



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Das ärztliche Ethos – Zwischen Bedeutung,
Etablierungsproblematik und Erneuerung

verfasst von / submitted by

Dr. Karin Hajek-Prouza BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Interdisziplinäre Ethik

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gunter Prüller-Jagenteufel

Medice, cura te ipsum!

Arzt heile dich selbst!

Evangelium nach Lukas 4,23

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Bedeutungen des Ethos.....	5
2.1	Ursprung.....	6
2.2	Synthese	11
2.3	Bewahrung	18
2.4	Weltethos.....	20
2.5	Zwischenresümee	22
3	Das Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos	23
3.1	Der Arzt.....	26
3.2	Das Berufsethos.....	33
3.3	Die Sprache	37
3.4	Medizin und Patient	41
3.4.1	Überökonomisierte und wunschbasierte Medizin.....	43
3.4.2	Patient und Autonomie	48
3.5	Recht und Gesellschaft.....	50
3.6	Abmilderung des Etablierungsproblems	53
3.6.1	Gewissen	54
3.6.2	Vertrauen	56
3.6.3	Tugend	58
3.7	Zwischenresümee	62
4	Verantwortung.....	63
4.1	Definition	65
4.2	Relationselemente der Verantwortung.....	67
4.2.1	Das Subjekt	68
4.2.2	Das Objekt	72
4.2.3	Der Adressat	74

4.2.4	Die Instanz	76
5	Das Verantwortungsnetzwerk des ärztlichen Ethos	81
6	Resümee	83
7	Praktischer Kontext und Ausblick.....	85
8	Literatur	87
9	Abkürzungen	92
10	Anhang.....	93
10.1	Abstract Deutsch	93
10.2	Abstract Englisch.....	93

1 Einleitung

In dieser Einleitung zu meiner Arbeit möchte ich zunächst aufzeigen, wie ich zu meinem Thema kam, da damit auch auf die persönliche Bedeutung hingewiesen werden kann, und so die Forschungsfrage dieser Arbeit deutlich wird.

Das Thema des Ethos beschäftigt mich schon seit Jahrzehnten. Bedingt durch meinen Beruf als Ärztin bin ich tagtäglich mit dem Ethos, genauer gesagt mit dem ärztlichen Ethos konfrontiert. Jedoch liegt diese Konfrontation mit dem ärztlichen Ethos eigentlich in einer Nicht-Konfrontation begründet. In der Spitalspraxis entsteht der Eindruck, dass das ärztliche Ethos nicht vorhanden ist und sich damit ein Leerraum zwischen Patient und Arzt¹ auftut. Auch liegt die Bedeutung der Begrifflichkeit des ärztlichen Ethos weitgehend im Dunkel. Es ist nicht klar, was mit dem ärztlichen Ethos gemeint ist, wie und ob es existiert.

Auf dieser Basis stellt sich die Forschungsfrage meiner Arbeit, nämlich, ob das Konstrukt des ärztlichen Ethos, umrahmt von tradierten Bedeutungen der Begrifflichkeit des Ethos, beizubehalten ist. Zugleich fragt sich auch, ob eine andere Sichtweise und Systematik zum Wohle der Patienten erforderlich ist, und das ärztliche Ethos neu zu denken wäre. Dabei wird der Versuch einer Verortung zwischen historischer Bedeutung und gegenwärtigen Gefahren unternommen. Dies dient der Klärung des Vorhandenseins von basalen Instabilitäten und einer multikausalen Etablierungsproblematik, die einer erneuerten Herangehensweise an das ärztliche Ethos bedarf. So präsentiere ich das Neu-Denken des ärztlichen Ethos in einer strukturellen Gleichsetzung mit der Verantwortung und zugleich als fundamentale Aufgabe des Arztes, die in einer Über- und Annahme und nicht in einem Haben der Verantwortung besteht. Für den praktischen Kontext bedeutet das, dass eine Evaluierung der Zugangsbeschränkungen zum Human- und Zahnmedizinstudium dringend erforderlich ist.

Der Problemhorizont, der sich mit dieser Fragestellung und Vorgehensweise eröffnet, ist vielschichtig. Einerseits betrifft er das Ethos als historisches Konstrukt und die Schwierigkeit einer zeitgemäßen Definition, sofern diese überhaupt möglich ist. Andererseits verhindert die historische Instabilität und Wandelbarkeit der Bedeutung der Begrifflichkeit, eine praktische Umsetzung, da das ärztliche Ethos unkonkret erscheint. Eben diese Unkonkretheit erschwert die praktische Umsetzung. Wenn man

¹In meiner Arbeit wird das generische Maskulinum verwendet, weibliche und diverse Geschlechtsidentitäten werden dabei ausdrücklich mitgedacht, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

nicht weiß, was die Bedeutung der Begrifflichkeit des ärztlichen Ethos darstellt, ist es unmöglich, diese für die Praxis zu erfassen. Folglich gerät das ärztliche Ethos aus dem Blick, es kann nicht mehr definiert und daher nicht in die Praxis umgesetzt werden. Doch nicht nur die mangelnde definitorische Entwicklung des ärztlichen Ethos führt zu einer Etablierungsproblematik, sondern auch die verschiedenen Gefahren, die auf die praktische Umsetzung des ärztlichen Ethos einwirken und ein Nicht-Vorhanden-Sein festigen. Einige dieser Bedrohungen, sind bereits im Etablierungsschritt des hippokratischen Eides vorhanden, andere kommen durch die Sprache und durch die Veränderung der Medizin selbst hinzu. Was durch die grundlegende Instabilität und Wandelbarkeit, wie auch in den Bedrohungen durch die Gefahren deutlich wird, ist das Erfordernis einer neuen Sichtweise des ärztlichen Ethos, um ärztliche Handlungen und deren Umfeld, in ein neues Licht zu rücken. Wobei die Bedeutung für die Praxis in einer Sicherung des Patientenwohls liegt.

Daraus ergeben sich konkrete Probleme, die es in dieser Arbeit zu untersuchen gilt. Einleitend wird der Versuch unternommen, durch eine detaillierte Aufarbeitung der Bedeutung des Begriffes Ethos, ein Fundament zu präsentieren: Ein Fundament im Sinne einer Grundlegung im historischen Kontext, damit deutlich wird, wovon überhaupt gesprochen wird, wenn man vom Ethos und speziell vom ärztlichen Ethos spricht. Dies wird unter Zuhilfenahme historischer Autoren, über einzelne Vorsokratiker hin zu Platon und Aristoteles erfolgen. Der Blickwinkel auf den Begriff des Ethos wird dabei nicht nur aus der Sicht der Begrifflichkeit erfolgen, sondern auch aus der Sicht der Zusammenführung, Stabilisierung und Weiterentwicklung ihrer Bedeutung. Dieser einleitende Abschnitt der Arbeit wird dazu dienen, festzustellen, wovon man überhaupt spricht, wenn man vom Ethos des Arztes spricht. Eine Definition soll an dieser Stelle nicht vorweggenommen werden, da sie der Bedeutung der Begrifflichkeit nicht gerecht werden würde. Zugleich dient dieser Abschnitt als Basis, um die Bedeutung des Begriffes klassifizieren zu können. Die Klassifikation ist im Sinne einer Beschreibung zu verstehen, die festlegt, ob das Fundament der begrifflichen Bedeutung als stabil zu bewerten ist oder aus einem wandelbaren und instabilen Konstrukt besteht. Dies hat für die weitere Arbeit insofern Bedeutung, als ein instabiles begriffliches Fundament schon von Grund auf eine Etablierung des ärztlichen Ethos erschwert oder verhindert.

Danach widme ich mich dem Problem der praktischen Etablierung des ärztlichen Ethos aus unterschiedlichen Blickwinkeln, um die Gefahrenlage für die Etablierung festzumachen und damit aufzuzeigen, dass die multifaktoriellen Gefahren, die auf das

ärztliche Ethos einwirken, die praktische Etablierung des ärztlichen Ethos erschweren oder auch gänzlich verhindern. Die Blickwinkel, aus denen die Betrachtung der praktischen Umsetzung und Beeinflussung erfolgt, ergeben sich aus den beteiligten Faktoren, die im Kontext des ärztlichen Ethos von Bedeutung sind. Der Arzt mit seinem „speziellen“ Berufsethos und das gegenwärtige Wesen der Medizin, fernab von der Heilkunde, bilden dabei den Hauptfokus, um die Gefahren für die praktische Etablierung des ärztlichen Ethos zu verdeutlichen. Eine generelle und omnipräsente Gefahr für die Etablierung des ärztlichen Ethos wird angelehnt an Wittgenstein präsentiert, denn die Sprache selbst weist nur die Richtung, in welche sich das ärztliche Ethos entwickelt und trifft keine Einordnung in ein erwünschtes oder unerwünschtes Ethos. Generell wird mit der Darstellung der einzelnen Faktoren eine erweiterte Instabilität, die über die Begriffsinstabilität hinausgeht, dargestellt. Dadurch wird die Gefährdungslage, die bis hin zu einer Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos reichen kann, aufgezeigt, wobei die Gefahren für die Praxis des ärztlichen Ethos immer unterschiedlicher Natur sind.

Die Darlegung des Gefährdungspotenzials zeichnet eine prekäre Situation für die Etablierung des ärztlichen Ethos in der Praxis. Die Situation ist deshalb als prekär zu bewerten, weil mit der Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos eine Lücke zwischen Patient und Arzt entsteht, die die partnerschaftliche Beziehung zum Wohle des Patienten gefährdet. Mit der Suche nach den Gefahren im Etablierungsprozess wird die Bedrohung für die Praxis des ärztlichen Ethos untermauert und zugleich das Nicht-Vorhanden-Sein oder mangelnde Vorhandensein des ärztlichen Ethos in der Praxis begründet. Ergänzend stellt sich auch die Frage nach dem Schließen, der so entstandenen Lücke zwischen Patient und Arzt. So ergibt sich eine Suche nach Abmilderungsfaktoren, die in der Lage sind, eine Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos zu verhindern oder abzuschwächen und die Lücke zwischen Arzt und Patient zu füllen. Dieser Teil der Arbeit kann die Gefahren für die praktische Etablierung des ärztlichen Ethos ausweisen, daneben leitet die Suche nach Abmilderungsfaktoren der Nicht-Etablierung, wie Gewissen, Vertrauen und Tugend², den Weg des Neu-Denkens des ärztlichen Ethos ein, doch reichen diese nicht aus, um eine Lösung zu erarbeiten. Die Feststellung des multifaktoriellen Etablierungsdefizites in der Praxis, legt aber den

²Meiner Arbeit lege ich den aristotelischen Tugendbegriff zugrunde und stütze mich dabei auf die aristotelischen Charaktertugenden (vgl. Aristoteles EN II).

Grundstein für das Nachdenken darüber, in welcher Form eine zeitgemäße Lösung dieser Problematik erfolgen kann.

Der Lösungsversuch für das Neudenken des ärztlichen Ethos liegt für mich begründet in einem Seminar über Roboterethik, welches ich bei Dr. Janina Loh besucht habe. Im Kontext des Seminars und in der nachfolgenden Lektüre der Drei-Ebenen-Analyse der Verantwortung (vgl. Sombetzki 2014), eröffnete mir der Begriff der Verantwortung eine Möglichkeit, das ärztliche Ethos neu zu denken. Um dieses Neudenken aufzuzeigen, wird primär der Begriff der Verantwortung definiert, um dann eine schrittweise Darstellung der Struktur der Verantwortung zu ermöglichen. Zugleich mit der Darstellung der Struktur des Begriffes der Verantwortung erfolgt dessen Vergleich mit den Elementen des ärztlichen Ethos. Diese Darstellung der identen Strukturierung des ärztlichen Ethos und der Verantwortung bildet den Grundbaustein für das Neudenken des ärztlichen Ethos. Ein neues, zeitgemäßes System eines Netzwerkes der Verantwortung, begründet in der gegenseitigen Beeinflussung, Stützung und auch Abhängigkeit, der beteiligten Faktoren, soll die durch die mangelnde Etablierung des ärztlichen Ethos ausgewiesene Lücke zwischen Arzt und Patient schließen. Das Netzwerk der Verantwortung präsentiert sich multifaktoriell. Damit kann gleichzeitig eine Förderung des Wohls des Patienten erfolgen, was der gemeinsamen Zielsetzung von Arzt und Patient entspricht. Der Arzt wird als Netzwerker der Verantwortung, mit der Aufgabe der Über- und Annahme der Verantwortung präsentiert und nicht als alleiniger Träger des ärztlichen Ethos. So konnte mit diesem Lösungsvorschlag eine Möglichkeit der Förderung des Patientenwohls aufgezeigt werden, da die Lücke zwischen Arzt und Patient, unter Verwendung eines zeitgemäßen, auf multiplen Faktoren beruhenden Netzwerkes der Verantwortung, geschlossen werden kann.

Was die vorliegende Arbeit nicht beantworten kann, ist, wie beim praktischen Aufbau eines Netzwerkes der Verantwortung vorzugehen ist. Es konnte jedoch deutlich gezeigt werden, dass es nicht ausreichend ist ohne Kenntnis der Folgen für die gegenwärtige Praxis an den tradierten Bedeutungen des ärztlichen Ethos festzuhalten. Konsequenterweise ergibt sich aus den Überlegungen in meiner Arbeit ein Diskurserfordernis, vor allem bei den Zugangsprüfungen zum Human- und Zahnmedizinstudium im Sinne einer Implementierung von Ethik und Moral in diesen Zugangsprüfungen. Anzumerken ist auch, dass jetzt, in der Phase der Fertigstellung meiner Arbeit, eine Diskussion über Änderungen der Zugangsbeschränkungen in Gang

kommt. Diese Diskussion umfasst aber leider nicht den Bereich der Ethik und Moral im medizinischen Alltag, sondern versucht, politische Versäumnisse der letzten Jahrzehnte zuzudecken.

Doch ich beginne meine Arbeit einleitend mit der Untersuchung des Ethos-Begriffs, um zu verdeutlichen, welches Konzept dem Ethos zugrunde liegt.

2 Bedeutungen des Ethos

Um das ärztliche Ethos einer Kritik unterziehen zu können, ist es erforderlich, auf die Bedeutungen des *Ethos*³ einzugehen und die Ursprünge des Begriffes und seine inhaltliche Füllung zu untersuchen, um eine Grundlegung zu schaffen, die eine Abgrenzung des Diskussionsfeldes etabliert und eine Ausgangsbasis für die folgende Untersuchung des ärztlichen Ethos schafft. Diese Grundlegung stellt ein Erfordernis dar, weil nur so gewährleistet ist, dass untersucht werden kann, wie die unterschiedlichen Bedeutungen des Ethos fundiert sind und in welchem Kontext sie heute zu definieren sind. Nur durch diese Abgrenzung und inhaltliche Festmachung kann das *Ethos* in seiner umfangreichen Bedeutung und Kontextualisierung verortet werden. Zugleich wird untersucht, ob die Bedeutung des ärztlichen Ethos in der Gegenwart noch praxiskonform ist.

Zuerst untersuche ich die historischen Wurzeln des Begriffes, nicht nur, um eine inhaltliche Bedeutung in den Blick zu nehmen, sondern um dann die Weiterentwicklung der inhaltlichen Füllung des Begriffes bis in die Gegenwart zu evaluieren. Das dient nicht nur der Grundlegung und Abgrenzung der Bedeutung des Begriffes, sondern auch dazu, die Instabilitäten in der Bedeutung des ärztlichen Ethos oder auch mögliche Stabilitäten darin aufzuzeigen.

Dieser einleitende Abschnitt der Arbeit beantwortet einerseits die Frage, ob eine Bedeutungsinstabilität des Ethos in der Grundlage des Begriffes vorhanden ist, andererseits, ob das historische Konstrukt des Ethos noch Relevanz für die Gegenwart besitzt, oder eine praktische Umsetzung des ärztlichen Ethos aufgrund der Unkonkretheit seiner Bedeutung erschwert ist.

³Auf die unterschiedlichen Schreibweisen des Wortes wird im Verlauf der Arbeit eingegangen.

2.1 Ursprung

Um die Bedeutung des Ethos in seiner Grundlegung zu evaluieren, sind unterschiedliche Spuren zu verfolgen. So wird aufgezeigt, dass der Konnex zwischen Arzt und Ethos in die Richtung des guten Handelns, zum Wohle der Patienten, weist.

Zuerst werden im Altgriechischen eine ältere und eine jüngere Bedeutung mit unterschiedlichen Schreibweisen, nämlich *êthos* und *ethos*, unterschieden, die in aristotelischer Zeit nochmals einen Wandel durchliefen (vgl. Elm 2008, 155–157). Ralf Elm, Professor für Philosophie und Ethik an der Pädagogischen Hochschule Weingarten, präsentiert kurzgefasst den Konnex zur Instabilität der Bedeutung des Ethos. Die ältere Bedeutung des *êthos* wird in seiner Zusammenfassung im Wörterbuch der antiken Philosophie bei Horn/Rapp, in ihrem Ursprung bei Homer (8. Jh. v. Chr.) beschrieben (vgl. Elm 2008, 156). Daher ist eine Untersuchung von Homers Ilias in Bezug auf die Bedeutung der Begrifflichkeit des *êthos* fundamental für meine Untersuchung des Begriffs. Erwähnung findet *êthos* sinngemäß zuerst als der gewohnte Lebensraum, der Wohnort und auch der gewohnte Aufenthalt von Menschen.

Homer fasst in der „Ilias“ den Begriff etwas weiter und bezieht den gewohnten Aufenthalt der Tiere mit ein (vgl. Homer Ilias 6, 511)⁴, in dem er Pferde erwähnt, die ihren gewohnten Weideplatz aufsuchen. Auch tritt in der Ilias noch eine weitere wichtige Erwähnung in den Fokus, die eine mythologische Verwobenheit der Bedeutung des Begriffs präsentiert. Homer, sofern man ihn als Autor⁵ der Ilias bezeichnet, erwähnt im 11. Gesang den Gott Asklepios⁶. Dies geschieht zwar nur indirekt, da er Asklepios` Sohn Machaon als einen Mitkämpfer im Krieg bezeichnet und dann, indem er ergänzend eine Beschreibung des Heilers Asklepios präsentiert. Homer weist hier dem Arzt einen besonderen Wert zu, der den Wert des Einzelnen übersteigt und unvergleichbar ist. Zudem geht er auf die Tätigkeit des Arztes ein, indem er ihm chirurgische Fähigkeiten und auch Kenntnisse über Heilpflanzen zuweist (vgl. Homer Ilias 11, 510–518).

Hier ist eine weitere Bedeutung des *êthos* in ihren Grundzügen zu erkennen. Homer fokussiert eine Bedeutung des *êthos*, die weg vom gewohnten Lebensbereich führt und den Charakter des Arztes beleuchtet. Zugleich weist Homer dem Arzt eine bestimmte

⁴Es wird die Übersetzung von Johann Heinrich Voß verwendet.

⁵Die Zuschreibung der Autorschaft Homers betrifft ein eigenes Forschungsgebiet und wird in dieser Arbeit nicht behandelt.

⁶Asklepios wird als Gott der Heilkunde verehrt. An seinen Kultstätten praktizierte man Medizin, die in Konnex mit Religiosität stand. (vgl. Kollesch, Nickel 1979, 13).

Expertise zu, wobei dies keine Aussage über den Charakter des Arztes darstellt. Jedoch sind die Handlungen, die der Arzt setzt, in den Wertvorstellungen der damaligen Zeit als gute Handlungen festzumachen. So beschreibt er die Handlung des Arztes, indem er eine Verbesserung des Zustands des Verletzten in Aussicht stellt. Dies ist als positive, sittlich gute Handlung zu bewerten, da sie dem Wohle des Patienten dient. Homer beschreibt die Arbeit des Arztes als „Der ausschneidet den Pfeil, und mit lindernder Salbe verbindet“ (Homer Ilias 11, 515). Das bestätigt, dass der Charakter des Arztes, da er zum Wohle seiner Patienten handelt, in Grundzügen positiv besetzt ist. In diesen Ausführungen präsentiert Homer das Fundament für das ärztliche Ethos. Das Wohl des Menschen ist das Ziel der ärztlichen Handlungen und damit ist der Ursprung der Bedeutung des ärztlichen Ethos gelegt. Im 3. Jh. v. Chr. haben die Römer die Gottheit Asklepios in ihr religiöses Leben integriert (vgl. Leven 2005, 572). Asklepios soll sich bei der Überfahrt nach Rom die Gestalt einer Schlange gegeben haben, die damit an seiner Göttlichkeit Anteil nahm. Einen Wanderstab umschlingend, wurde sie zum bis heute bekannten Symbol des ärztlichen und des pharmazeutischen Standes (vgl. Ovid Metamorphosen, Buch 15, 622–744)⁷. Diese mythologische Darstellung in Ovids Metamorphosen unterstreicht nicht nur die Göttlichkeit des Asklepios, sondern auch die Symbolkraft, die über Jahrhunderte bestehen bleibt und in Form des Äskulapstabes bis heute besteht.

Durch die Betrachtung des sprachlichen und mythologischen Fundaments des Begriffs ist eine Erweiterung der Bedeutung des *êthos* im Sinne einer zusätzlichen charakterlichen Beschreibung, die sich aus der Bedeutung der „gewohnten Lebensweise“ entwickelt hat, (vgl. Elm 2008, 156) hinzugekommen. Damit bewegt sich Homer auf der individuellen Ebene, die enge Grenzen vorgibt und neuerlich einer Bedeutungserweiterung bedarf. Die Wandelbarkeit und Instabilität der Bedeutung des Begriffes „Ethos“ tritt durch die Vermischung von Mythen mit den Gewohnheits- und Charakteraspekt deutlich in den Fokus. Zu erkennen ist, dass es sich bei der Bedeutung des *êthos* um keinen vorgegebenen, genau definierten Begriff und die entsprechenden Inhalte handelt, sondern um eine umschriebene Sammlung von Bedeutungen.

Auch bei Herodot (5. Jh. v. Chr.) lässt sich ergänzend eine Bedeutungserweiterung des *êthos* erkennen. Er geht einen Schritt weiter als Homer und positioniert die Bedeutung umfassender, indem er sie auf eine weitere inhaltliche Ebene hebt. Für

⁷Es wird die Übersetzung von Michael von Albrecht verwendet.

Herodot umfasst *êthos* den gewohnten Aufenthalts- und Lebensraum ganzer Völker. (vgl. Herodot I, 15–17)⁸. Dies bedeutet eine Erweiterung des engen individuellen Bereiches der Bedeutung und damit eine Positionierung des Begriffs auf der gesellschaftlichen Ebene. Diese breitere Positionierung eröffnet einen zusätzlichen Faktor, der einen Beitrag zur semantischen Instabilität leistet, denn mit der Hereinnahme ganzer Völker werden nicht nur die charakterlichen Beschreibungen einzelner Individuen, sondern auch normative Vorgaben einzelner Völker miteinbezogen. Das liefert den ersten Hinweis darauf, dass auch das ärztliche Ethos in der Gegenwart davon beeinflusst ist. Die Richtung, die dabei eingeschlagen wird, nämlich hin zu einer Normativierung findet ihre Fortsetzung bei Platon.

Hesiod (7. Jh. v. Chr.) schließlich spezifiziert die Bedeutung von *êthos* in seiner „Theogonie“. Er benennt nicht wörtlich den Begriff *êthos*, doch er beschreibt das *êthos* mit Worten wie „edel und sittlich“. Die Beschreibung der Menschen umfasst keine Abwertungen, er stellt die Menschen, welche die Götter preisen, als frohe und singende Menschen dar (Hesiod, Theogonie Vers 65–67)⁹, was in seiner Wertvorstellung in einem „edlen und sittlichen“ Bereich zu verorten ist. Um diese moralische Einordnung des Begriffs bei Hesiod zu stärken, könnte man anmerken, dass auch heute noch ein Sprichwort überliefert ist, das auf ein Gedicht des deutschen Schriftstellers Johann Gottfried Seume zurückzuführen ist, in dem es heißt, dass böse Menschen keine Lieder haben (vgl. Seume 1993, 505) und mit dem Singen auch ein Miteinander in den Blick genommen wird, welches unsittlichen Menschen widersprechen würde. Doch auch Gegenteiliges findet sich bei Hesiod in den „Hauslehren“ oder „Opera“, im Sinne von charakterlich schlechten Eigenschaften. So schreibt Hesiod über Pallas Athene:

Ihr auch legt' in die Brust der bestellende Argoswürger
Sanft einnehmende Wort', und Lug und bethörende Schalkheit
So wie Zeus ihm geboten, der Donnerer;
(Hesiod. Hauslehren, Vers 77–79)

Zeus, der Göttervater, hatte Hermes, der auch als Argoswürger bezeichnet wird, aufgetragen, Pallas Athene auch mit einer weniger edlen Gesinnung auszustatten. Damit wird von Hesiod die Vielfältigkeit der Bedeutung des *êthos* in seinen Ursprüngen präsentiert und zugleich eine Verbindung zu Bedeutungsinstabilität und Wandelbarkeit fokussiert. Einerseits ist bei Hesiod das *êthos* im Kontext positiver, andererseits aber im Zusammenhang negativer Charaktereigenschaften verortet. Die Zuweisung der

⁸Es wird die Übersetzung von Paul Ernst verwendet.

⁹Es wird die Übersetzung von Johann Heinrich Voß verwendet.

unterschiedlichsten Bedeutungen positioniert das *êthos* ergänzend in einer Grauzone, da weder ausschließlich Gutheit noch bloß Unsittlichkeit zugewiesen wird. Dies lässt den Schluss zu, wie auch Elm anführt, dass das *êthos* ergänzend durch einen sozialen Aspekt geprägt wird (vgl. Elm 2008, 156). So bewirkt die gemeinschaftliche Lebensweise einen steten Wandel in der Bedeutung des *êthos*. Es ist nicht die individuelle, charakterliche Bedeutung des *êthos*, die im Kontext der Gesellschaft und des Miteinander Bedeutung erlangt: Es ist die Variabilität und Instabilität der Bedeutung des *êthos*, die dabei zu Tage tritt. Daraus ist zu schließen, dass sich Hesiod inhaltlich nicht festlegt, aber erkennt, dass das *êthos* multiplen Einflüssen unterliegt. So präsentiert Hesiod eine Offenheit für ein sittliches und unsittliches *êthos*. Hesiod positioniert das *êthos* im Gegensatz zu Homer nicht ausschließlich als Charakterbegriff, sondern er denkt ergänzend die Gesellschaft als beeinflussenden Faktor an.

Heraklit¹⁰ (um 520 v. Chr. - 475 v. Chr.) bedarf ebenfalls einer Erwähnung, da er die Instabilität der Bedeutung des *êthos* mit seiner ganz eigenen Sichtweise der Welt stützt. In den von seinen Schriften erhaltenen Fragmenten ist zu erkennen, dass sich das *êthos* im Sinne des älteren Begriffes immer weiter entwickelt, indem es zu einer Verschiebung der Bedeutung der gewohnten Lebensweise hin zur Bedeutung des Charakters kommt. Der Wandel der Bedeutung des *êthos* reiht sich damit auch in Heraklits Denkmuster ein. Heraklit nimmt den Wandel auch beim Charakter sehr weit gefasst in den Blick, „Êthos anthrôpôi daimôn.“ (DK 22 B 119). In diesem Fragment bezeichnet Heraklit mit dem Begriff *êthos* tatsächlich den Charakter des Menschen und er fügt sogar hinzu, dass der Charakter für den Menschen ein Daimon ist, was wieder Wandel und Instabilität impliziert und keine Festlegung der Unterscheidung von Sittlichkeit oder Unsittlichkeit beschreibt. Es tritt sogar eine Bedrohung des Menschen in den Blick, denn der Daimon, durch den der Mensch ins Wanken gebracht werden kann, findet sich in ihm selbst. Der Mensch selbst bringt sich in eine mögliche Gefahrensituation, nämlich durch seine Gewohnheiten, die ihm zum Schicksal werden. Jedoch könnte es sich auch um einen edlen Daimon handeln, der den Menschen stützt und zum Guten wendet. Alle Wege stehen offen, auch die Wandlung vom Unsittlichen zum Sittlichen. Hinzugefügt sei, dass unter Daimon bei Heraklit jene Macht zu verstehen ist, die für die Zuteilung des Schicksals zuständig ist und bei Heraklit damit der Charakter des Menschen zu seinem Schicksal wird (vgl. Riedweg 2008, 95). Damit

¹⁰Es wird die Übersetzung von Gemelli Marciano verwendet.

findet sich bei Heraklit eine Bedeutung des Ethos, die für das ärztliche Ethos wesentlich ist, nämlich, dass bereits die Fundierung des ärztlichen Ethos Instabilität und eine wandelbare Verbindung von Arzt und Ethos vermuten lassen. Was bei Heraklit aber anders als bei Homer, Herodot und Hesiod ist, ist die Fokussierung auf das Einzelindividuum, das *aus sich heraus* einen Weg bestimmt, der sittlich und auch unsittlich sein kann. Eben dies stellt die Besonderheit des *êthos* dar, denn damit ergibt sich der direkte Konnex zur Moral¹¹ und folglich auch zur Ethik¹².

Was den unterschiedlichen Autoren gemeinsam ist, ist ein Wandel und eine Instabilität, die ein genuines Element der Bedeutung des *êthos* darstellt. Eine gewisse Konstanz scheint nur über eine kurze Zeitspanne aufzutreten, bis der Faktor des menschlichen Zusammenlebens und auch das Einzelindividuum selbst, als Motor der Veränderung seine Wirkung entfaltet und damit die Bedeutung des *êthos* neuerlich einem Wandel unterzieht. So umfasst die Bedeutung von *êthos* sowohl eine gewohnte und gemeinschaftliche, als auch eine individuelle Seite und positioniert sich gleichzeitig in einem bestimmten soziokulturellen Kontext, der ebenfalls wandelbar ist. Das Besondere an dieser Instabilität der Bedeutung des Begriffs ist, dass hier auch jede Moralvorstellung, von der etwa anzunehmen sein könnte, dass sie etwas Stabiles darstellt, zu einer bedeutungsinstabilen Wertesammlung wird.

Ein abschließender Rückgriff auf die Etymologie des Begriffs in Hinblick auf die Verschriftlichung in griechischen Originaltexten unterstreicht die unterschiedliche Entwicklung der Bedeutung des Begriffs. Die ältere Bedeutung von *êthos* wurde im Griechischen mit η (Eta) verschriftlicht. Diese Bedeutung entwickelt sich bis hin zum Charakterbegriff und besitzt kein Verb, nur ein Adjektiv *edopoios* (den Charakter bildend), dies scheint ebenfalls ein Hinweis für die Bedeutungsentwicklung bis hin zur Beschreibung des Charakters zu sein. Die jüngere Bedeutung von *ethos* hingegen wurde mit ε (Epsilon) festgehalten. Auch das weist in eine interessante Richtung, da *ethos* mit *edo* (handeln, pflegen) ein Verb besitzt und damit die Ausrichtung der Bedeutung, hin auf das Handeln unterstrichen wird. Gewohnte Lebensweisen und sittliche Gebräuche umfassen einerseits sich wiederholende Abläufe und lassen andererseits auch angedeutete normative Aspekte erkennen. Die Wiederkehr von bestimmten Handlungen

¹¹Die Definition richte ich nach Dagmar Fenner, die die Moral, als eine gelten sollende Gesamtheit der Normen und Regelungen des Zusammenlebens in einer Gemeinschaft in den Blick nimmt. (vgl. Fenner 2010, 3).

¹²Ethik, im Unterschied zu Moral, erhebt den Anspruch eines methodischen Vorgehens, eine Unterfütterung durch Prinzipien, die bestimmen sollen, wie das menschliche Handeln in der Praxis, sein soll. (vgl. Fenner 2010, 2).

impliziert das Erfordernis einer Regelung, der sie unterworfen werden müssen, um ein friedliches Zusammenleben zu ermöglichen. Damit tritt ein zusätzlicher Faktor in den Blick, nämlich das Recht, wie auch Funke in Ritters historischem Handbuch der Philosophie festhält (Funke 1972, 812–814). Zu erkennen ist damit ein stabilisierender Faktor in Form des Rechts, da das Recht im Unterschied zu Moral wesentlich stabiler erscheint. Gewohnheiten, Bräuche und Regelungen bilden keinen stabilen Ansatz, doch können sie ergänzend einen Rahmen für das Ethos bilden.

Zusammenfassend ist in diesem Abschnitt, in dem ich mich mit der Begriffsgeschichte auseinandergesetzt habe, erkennbar geworden, dass Wandelbarkeit und Instabilität der Bedeutungen von *êthos* und *ethos* überwiegen, was einerseits der Einbettung in den soziokulturellen Kontext und individuellen Lebenswegen im historischen Verlauf geschuldet ist, andererseits aber auch durch die mythologische Fundierung unterschiedliche Bedeutungen in den Blick kommen. Damit wird für das ärztliche Ethos deutlich, dass die grundlegende Bedeutung des Ethos nicht ausschließlich in einer Verbindung des Begriffes mit der charakterlichen Bedeutung von Einzelindividuen liegt. Entsprechend unterliegt auch das ärztliche Ethos keiner ursprünglichen Verbindung zu bestimmten individuellen Charaktereigenschaften. Daraus ergibt sich für das ärztliche Ethos eine weitere Instabilität, da so nicht festgemacht werden kann, ob es sich beim ärztlichen Ethos um etwas sittlich Gutes handelt oder nicht, und ob das ärztliche Ethos bei einem Arzt überhaupt vorhanden ist. Es ist schwierig, auszumachen, wie sich ärztliches Ethos etabliert, sei es im Berufstand der Ärzte, in der Medizin selbst oder auch im Einzelindividuum. Daher ist die weitere Untersuchung der Bedeutung des Ethos unumgänglich um Faktoren und Konstellationen zu erkennen, die entscheidend in der Weiterentwicklung des ärztlichen Ethos bis in die Gegenwart sind. Daher untersuche ich historisch-rekonstruktiv die Beiträge einzelner Philosophen, die an die Bedeutung des *ethos* in unterschiedlicher Weise herangehen.

2.2 Synthese

Einleitend sei gesagt, dass *êthos* und *ethos* ihre begriffliche Synthese nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt vollzogen, sondern es zu einer langsamen Annäherung der Begrifflichkeiten kam, wie aus dem Abschnitt über den Ursprung der Bedeutung ersichtlich geworden ist. „Zusammen bilden e. und *êthos* so quasi das Ethos als ein gewachsenes Ganzes von Sitten, Haltungen, Handlungs- und Urteilmustern einer

geschichtlich konkreten Lebensform.“ (Elm 2008, 156). Der Begriff des Ethos scheint damit eine begriffliche Ganzheit zu präsentieren, die sowohl Teile von *êthos* als auch *ethos* verbindet. Der Zusammenschluss einer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung wird damit deutlich. Die ersten Schritte hin zu dieser Einheit und Verortung im Kontext der Konzeptualisierung von Tugendhaftigkeit erfolgten schon früh, wobei ich den Begriff der Tugendhaftigkeit in aristotelischer Prägung verstehe. Aristoteles versteht darunter eine Disposition (*hexis*) (vgl. EN II 4 1106a 12).

Andeutungen dieser begrifflichen Synthese finden sich auch bei Protagoras (490 v. Chr. - 411 v. Chr.). Er war der Erste, der den Begriff der Gewöhnung, aufbauend auf natürlichen Anlagen, in den Blick nahm und um jene des Unterrichtens und der Einübung ergänzte (vgl. DK 80 B 3). Protagoras schafft so einen Konnex zwischen dem Körper in Form der natürlichen Anlagen und dem Geist, indem er als Vermittler die Unterrichtung und Einübung fokussiert. Er geht noch einen Schritt weiter und verbindet die beiden synchronen vorhandenen Systeme von *êthos* und *ethos*. So schafft er eine Einheit zwischen der gewohnten Lebensweise und dem charakterlichen Aspekt, denn die Einübung impliziert immer eine bestimmte charakterliche Grundhaltung. Es lässt sich bei Protagoras anhand der Trias der natürlichen Anlagen, der Gewöhnung und der Einübung ein genuiner Funke der Etablierung des ärztlichen Ethos erkennen. Doch auch bei Protagoras bleibt eine Wandelbarkeit und Instabilität der Bedeutung sichtbar, die in einer praktischen Umsetzung des Ethos besteht. Die Bedeutung dessen für unsere Gegenwart liegt darin, dass das ärztliche Ethos eine Vielschichtigkeit aufweist, die nicht bloß aus erlernbaren Elementen besteht. Nicht nur Protagoras beschritt den Weg der Synthese von *êthos* und *ethos* hin zu einer einheitlichen Bedeutung, auch für Platon und Aristoteles stehen die Bedeutungen von *êthos* und *ethos* in Verbindung, wobei sie aber den Versuch der Integration der Tugendhaftigkeit und der Normativität, in den Blick nehmen.

Platon (428 v. Chr. - 348 v. Chr.) verbindet die Begriffe *êthos* und *ethos*. Diese Verbindung vollzieht er jedoch nicht in einem Schritt. Zunächst deutet er im siebten Buch der Gesetze am Beispiel der Kindererziehung dafür Wesentliches an. Er präsentiert hier beispielhaft die Bildung des Charakters, und legt dafür die Kindheit als den wesentlichen Zeitraum fest, in dem die Charakterbildung durch Gewohnheit von statten gehe (vgl. Platon, Gesetze VII, 792)¹³. Mit dieser Feststellung verbindet Platon

¹³Es wird die Ausgabe von Hildebrandt, Ritter, Schneider verwendet, die mit Anmerkungen von Otto Appelt versehen ist.

êthos und *ethos* und vollzieht eine Verbindung zwischen Gewohnheits- und Charakterbegriff¹⁴. Gleichzeitig setzt er auch neue Akzente, indem er der Gewohnheit, in Form der ererbten Bräuche, ein normatives Naheverhältnis bescheinigt und damit diese, gewissermaßen als ungeschriebene Gesetze, als Band der Staatsordnung präsentiert (vgl. Platon, Gesetze VII, 793). Bisher war Normatives nur ein Rahmen, wie man bei Herodot erkennen konnte, da Bräuche und Gewohnheiten nur leiten können, aber nicht die Wirkung von Gesetzen haben. An einer weiteren Stelle im zwölften Buch der Gesetze listet Platon ergänzend auf, welche Eignungskriterien¹⁵ für das der Verteidigung des Staates gewidmete Wächteramt erforderlich sind (vgl. Platon, Gesetze XII, 968). Meines Erachtens wird damit schon ein Berufsethos deutlich, das den alten und jüngeren Begriff des Ethos verbindet. Im Dialog Phaidon hingegen ist zu erkennen, dass Platon auch mit Kritik an der gewohnten, überlieferten sittlichen Haltung nicht spart. So verberge sich oft hinter Tapferkeit oder Sittlichkeit ganz etwas anderes, meint Sokrates in diesem Dialog mit Semmias, nämlich deren Gegenteil. So bezeichnet er einen Sittsamen als eigentlich nicht sittsam, sondern eher als zügellos, da dieser fürchtet, Annehmlichkeiten zu verlieren (vgl. Platon, Phaidon, 68, 69). Das bedeutet folglich, dass Platon als Ergänzung zu den Überlieferungen und Gewohnheiten an dieser Stelle noch etwas ganz anderes einfordert, nämlich eine Reflexionsfähigkeit im Sinne der Vernunftkenntnis, wie er es nennt. Tugend ohne Reflexivität ist für Platon nur ein schwaches Echo wirklicher Tugend. Doch eben mit dieser Reflexivität nimmt Platon ein weiteres Element der Instabilität in den Blick. Wenn die Intention möglicherweise hin zu einer Reflexion im Sinne von *hin zum Sittlichen* gedacht ist, bedeutet eine erweiterte Reflexivität immer auch ein Mehr an Instabilität. Vorab ist nicht zu erkennen, ob durch vermehrte Reflexion auch ein Mehr an Tugend oder ein „besserer“ Charakter zu erreichen ist. Ergänzend sind in *der Staat* mehrere Aspekte zu erkennen, die eine verbindende Strukturierung der Begrifflichkeiten *êthos* und *ethos* ausdrücken. Einerseits erwähnt Platon natürliche Anlagen als Basis für das *êthos*, stellt aber auch das Einüben in den Fokus, da ohne Übung und Formung weder für Hunde noch für die menschlichen Wächter ein *êthos* zu erreichen wäre (vgl. Platon, *der Staat* II 375, 376). Damit lässt er meines Erachtens den charakterlichen Aspekt, zu erkennen in den natürlichen Anlagen, und den Aspekt der Gewöhnung, zu erkennen in der Übung,

¹⁴Idem zu EN 1103a 17 bei Aristoteles, der ebenfalls auf die charakterliche Gutheit, die aus Gewöhnung hervorgeht, verweist.

¹⁵Diese sind: Alter, wissenschaftliche Befähigung, Charakter und Lebensgewohnheit. (vgl. Platon, Gesetze XII, 968).

einfließen. Er verbindet damit die ältere Bedeutung des Begriffes, die sich hin zur charakterlichen Beschreibung entwickelt und die jüngere Bedeutung, die beim Gewöhnungsfaktor abbricht und sich nicht weiterentwickelt, miteinander.

Auch im dritten Buch von der Staat greift Platon den Erziehungsaspekt auf, um zu verdeutlichen, dass charakterliche Tugendhaftigkeit der Erziehung unter dem Aspekt der Gutheit bedarf. Besonders hebt er die musische Kunst hervor und meint:

Ist nun, mein Glaukon, die Erziehung durch Musik nicht darum von entscheidender Wichtigkeit, weil Rhythmus und Harmonie am meisten in das Innere der Seele eindringen und sie am stärksten ergreifen, indem sie edle Haltung mit sich bringen und den Menschen demgemäß gestalten, wenn er richtig erzogen wird, wo nicht, das Gegenteil? (Platon, der Staat III 401)

So nimmt er die Methode der Erziehung in den Blick und positioniert die charakterliche Tugendhaftigkeit in die Seele, denn es ist die Seele, die zur Wohlgestalt geformt wird, nämlich durch die musischen Künste. Weiters versteht er die Lehrer als wesentliche Faktoren dabei. Ergänzend ist zu erwähnen, dass die Seele bei den Göttern im Himmel die Möglichkeit hatte, das „Überhimmlische“, den Ideenhimmel, zu erblicken. Damit hatte sie auch Zugang zur Idee der Gutheit und konnte sich davon nähren (vgl. Platon, Phaidros 246–250).

So legt die Argumentation Platons nahe, dass das *êthos* eines Menschen durch Erziehung, im Sinne einer Führung durch Lehrer, und dem Fundament in der Seele, in Form der früher erblickten Gutheit, zu charakterlicher Tugendhaftigkeit geführt werden kann. Generell ist durch die unterschiedlichen Aspekte in Platons Betrachtung eine Vermischung der früheren Bedeutungen von *êthos* und *ethos* festzumachen. Wie allerdings die Gewichtung der einzelnen Aspekte zu beurteilen ist, kann nicht mit Sicherheit festgemacht werden. In der Gewöhnung und Erziehung ist jedoch ein prominenter Verweis zu erkennen. Eben die Unsicherheit in der Gewichtung und die unterschiedlichen Faktoren im Erziehungsaspekt machen auch bei Platon den Aspekt der Wandelbarkeit des Begriffs deutlich, obwohl auch ein kleiner Teil an inhaltlicher Stabilität, ausgedrückt durch den vernünftigen Teil der Seele, mitgedacht werden muss. Für das ärztliche Ethos ist zu erkennen, dass in Platons Syntheseleistung für den Begriff des Ethos ein ganz wesentlicher Faktor begründet liegt, der durch Platons Ideenlehre in den Blick kommt. Die charakterliche Tugendhaftigkeit entsteht bei Platon nicht nur durch Gewohnheit in der Kindheit, sondern ist auch dem Umstand geschuldet, dass die Seele die oberste Idee der Gutheit geschaut hat. Dies bedeutet in meiner Lesart Platons eine Fundierung der Tugendhaftigkeit in der Seele des Individuums. Betrachtet man das

ärztliche Ethos aus Platons Blickwinkel, so ist die Gutheit zwar in der Seele fundiert, doch sie benötigt auch geeignete Lehrer, welche die charakterliche Gutheit erst in Vollzug bringen. Ergänzend fordert Platon auch eine Form der Reflexivität ein, welche die Tugend nicht zu einem schwachen Echo ihrer selbst macht. Platons Syntheseleistung umfasst damit individuelle, gesellschaftliche und normative Aspekte.

Ergänzend holt Aristoteles (384 v. Chr. - 322 v. Chr.), als Schüler Platons, in der Nikomachischen Ethik weiter aus als Platon, indem er die Vorstellung der charakterlichen Gutheit differenzierter aufgreift. Aristoteles untersucht diese bezüglich ihrer Entstehung von Natur aus. Doch wie ist nun der Bedeutungskonnex von *êthos* und *ethos* bei Aristoteles zu fassen? Aristoteles meint in der Nikomachischen Ethik in seiner Untersuchung der Tugend:

Da die Gutheit (*aretē*) also zwei Arten aufweist, die Gutheit des Denkens (*dianoētikē*) und die charakterliche (*ēthikē*) Gutheit, verdankt die Gutheit des Denkens sowohl ihr Entstehen als auch ihr Anwachsen größtenteils der Belehrung (*didaskalia*) – weshalb sie Erfahrung und Zeit erfordert –, während die charakterliche Gutheit aus Gewöhnung hervorgeht; daher auch der Name (*ēthikē*), der nur wenig von dem Wort *ethos* (Gewohnheit) abweicht.
(Aristoteles EN II 1 1103 a 17)¹⁶

Aus dem Zitat ist ersichtlich, dass die Gutheit des Denkens für Aristoteles im Wesentlichen von soziokulturellen Faktoren abhängt. Im Vordergrund steht die Interaktion des Lehrers mit dem Schüler. Wie die Lehrer ihre Schüler belehren, so denken danach auch die Schüler. Aristoteles denkt den zeitlichen Faktor mit und macht damit deutlich, dass Belehrung nicht in einem Moment von statten geht, sondern einen längeren Prozess darstellt. Gleichzeitig weist er den Lehrern eine Expertise zu. Indirekt fließen auch andere Faktoren in die Belehrung ein. Zu diesen Faktoren gehört der Ort der Belehrung, ja sogar der gewohnte Lebensraum ganzer Völker.

Durch das Ausgeführte positioniert sich die Gutheit des Denkens bei Aristoteles als etwas grundsätzlich Variables und Instabiles. Das hat Aristoteles erkannt und einschränkend hinzugefügt, dass das Anwachsen der Gutheit des Denkens nur *größtenteils* der Belehrung zu verdanken ist. Die Erzieher leiten damit nur an, gut zu denken. Charakterliche Gutheit hingegen entsteht aus Gewöhnung, meint Aristoteles. So stellt er an der gleichen Stelle auch fest, dass Tugenden des Charakters nicht von Natur (*physei*) aus entstehen, denn er argumentiert, dass kein natürliches Ding durch Gewöhnung geändert werden kann (vgl. Aristoteles EN II, 1 1103 a 21, 22). Seine

¹⁶Es wird die Übersetzung von Wolf Ursula verwendet.

Argumentation und Beispielgebung ist in diesem Fall für mich jedoch nicht überzeugend, da er als Beispiel einen Stein wählt, dem man durch Gewöhnung nicht beibringen kann, nach oben zu fliegen, weil er von Natur aus nach unten fällt. Dieser Vergleich ist deshalb nicht gut gewählt, weil Aristoteles Unbelebtes mit handlungsfähigen Wesen vergleicht. Vielmehr besteht nur das Vermögen (*dynamis*), von Natur aus tugendhaft zu sein, da der Mensch die Fähigkeit besitzt, und zwar von Natur aus, eine gewissen Tugendhaftigkeit aufzunehmen, wobei Aristoteles auch in diesem Zusammenhang der Gewöhnung eine wesentliche Rolle zuweist (vgl. Aristoteles EN II, 1 1103 a 19-20; 24–27).

Es lässt sich erkennen, dass Aristoteles der Gewöhnung eine Rolle als Grundbedingung zur vollständigen Ausbildung charakterlicher Tugend zuweist, aber der Tugend keine natürliche Präexistenz zuordnet, sondern diese nur als ein Vermögen (*dynamis*), im Sinne einer Möglichkeit, konzipiert. Jedoch ist festzuhalten, dass das Gesagte die unterschiedlichen Bedeutungen von *êthos* und *ethos* versucht zusammenzuführen, da auch Aristoteles hier eine Verbindung zwischen dem Gewöhnungsaspekt des *ethos* und dem charakterlichen Aspekt des *êthos* präsentiert. Bestehen bleibt aber auch bei Aristoteles eine Instabilität und Wandelbarkeit des Begriffs, bedingt durch den Gewohnheitsaspekt. Mit dem Vermögen (*dynamis*), das von Natur aus gegeben ist, fügt er dem Ethos einen weiteren instabilen Faktor hinzu. Das ärztliche Ethos erscheint damit aus dem Blickwinkel Aristoteles` in einer bivalenten Positionierung. Das Vermögen (*dynamis*) tugendhaft zu handeln, kann als Stabilisierungsfaktor oder als Instabilitätsfaktor gewertet werden. So impliziert die Möglichkeit des tugendhaften Handelns nicht die Realität tugendhaften Handelns.

Vergleicht man Protagoras, Platon und Aristoteles in ihrer Syntheseleistung für die Bedeutung des Ethos, so sind unterschiedliche Fokussierungen zu erkennen. Protagoras greift zwar die Trias von natürliche Anlagen, Gewöhnung und Unterrichtung/Einübung auf, bleibt aber oberflächlich. Er präsentiert die Gewöhnung als eine Vermittlerin zwischen Körper und Geist (vgl. Elm 2008, 156). Das ist bereits in Grundzügen als eine Verbindung zwischen *êthos* und *ethos* zu werten. Es gelingt ihm jedoch nicht, wesentliche stabilisierende Faktoren für das Ethos zu etablieren.

Platon differenziert bei seiner Synthese ausführlicher, da er ergänzend den Faktor Zeit bei der Charakterbildung, den normativen Aspekt der Gewohnheit, in Form ererbter Bräuche, und vor allem die charakterliche Tugend als Bestandteil der Seele, in den Blick nimmt. Insgesamt wirft er einen kritischen Blick auf die Gewohnheit und fordert

reflexives Vorgehen ein. Insgesamt gewinnt das Ethos bei Platon jedoch an inhaltlicher Stabilität, und zwar durch die multimodale Betrachtungsweise, die von einer geforderten reflexiven Betrachtungsweise gestützt wird.

Aristoteles verbindet, wie Protagoras und Platon, die Bedeutungen des Ethos und kommt nach Aufarbeitung des Begriffs der Gutheit (*arete*) zu dem Schluss, dass Tugend nicht von Natur aus gegeben ist, sondern nur das Vermögen (*dynamis*) dazu im Menschen vorhanden ist und der Gewöhnungsaspekt wesentliche Arbeit zu leisten hat, denn erst durch Gewöhnung (*ethos*), tritt die charakterliche Gutheit (*ēthikē*) zu Tage. Eindeutiger positioniert Aristoteles das Ethos aber im Kontext der Untersuchung des Vorsatzes (*prohairesis*). Denn der Vorsatz (*prohairesis*) stellt ergänzend eine Verbindung zur Tugend dar. Mehr noch als die Handlung (*praxis*) selbst ist für Aristoteles der Vorsatz (*prohairesis*) ein Gradmesser für den Charakter (*ethos*) eines Menschen (vgl. Aristoteles EN IV 4 1111 b 7–8). Insgesamt stellt sich bei Aristoteles das Ethos damit aber als etwas instabiler und wandelbarer als bei Platon dar. Deutlich wird jedoch, dass für Aristoteles ohne Ethos die Tugend (*arete*) nicht zu ihrer Wirksamkeit gelangen kann.

Den hier untersuchten Autoren gelingt insgesamt eine Synthese der Bedeutungen des Ethos-Begriffes, da sowohl Platon als auch Aristoteles deutlich versuchen, die Gewohnheits- mit der Charakterbedeutung zusammenzuführen. Dabei legen beide bei der Charakterbedeutung den Fokus auf die Tugend, einerseits als in der Seele inhärent, andererseits als Vermögen (*dynamis*), das heißt als eine vorhandene Möglichkeit. Es konnte so zwar noch keine stabile Verbindung zwischen Ethos und Tugend etabliert werden, jedoch ist die Syntheseleistung ein erster Schritt, der Normen oder Regeln, sei es auch solche aus Gewohnheit, und die charakterliche Bedeutung des Ethos in einen moralischen Kontext setzt. Dieser Schritt der Synthese deutet die Verwobenheit der Bedeutung des Ethos mit der Tugend an. Das impliziert aber nicht, dass dieses Naheverhältnis auch zu einer Realisierung der Tugend führt. Daraus ergibt sich für das ärztliche Ethos, dass diese Syntheseleistung der Autoren nicht zu einer automatischen Verortung des ärztlichen Ethos im tugendhaften Bereich führt und weiterhin eine Instabilität in der Bedeutung des Begriffs zu erkennen ist, da nicht feststeht, ob das ärztliche Ethos eine Realisierung im tugendhaften Bereich des Handelns erfährt. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil das ärztliche Ethos in der Praxis dem Wohle des Patienten dient. Folglich ist ein Naheverhältnis zur Tugend offenkundig. Daher stellt sich die Frage, ob eine Möglichkeit besteht, die Tugenden und die synthetisierte Bedeutung des

Ethos¹⁷ stabil zu verbinden und so indirekt eine Stabilisierung für das Patientenwohl zu erreichen.

2.3 Bewahrung

Mit einer „Bewahrung“ findet in meiner Verwendung des Begriffes eine Verbindung zwischen den unterschiedlichen Bedeutungen des Ethos und den Tugenden statt. Ob diese Stabilität aber auf Dauer gelingt und lebbar ist, oder nur im Sinne einer Idealisierung in den Blick kommt, wird nun verdeutlicht.

Um die Verbindung zwischen der Bedeutung des Ethos und der Tugend weiter zu verfolgen, sei auf Thomas von Aquin (1225 - 1274) verwiesen, der in aristotelischer Tradition steht. Thomas von Aquins Versuch, das Ethos konzeptuell zu bewahren, ist ein Versuch, im Bereich des gelebten Lebens, und damit im Bereich des gesamten soziokulturellen Kontexts, ein Band zu schaffen und einen tugendhaften Rahmen für das Ethos zu etablieren. Als christlicher Theologe ist dies für ihn eine Verbindung, die er in einer Zusammenführung der Interpretation des Evangeliums mit dem philosophischen Begriff des Ethos verortet. So stellte sich Thomas eine Bewahrung des Ethos vor, die seinem historischen Kontext entspricht. Ethos und Religiosität stellen in seinem Denken eine Einheit dar, die sich aus der Armuts- und Predigerbewegung des Mittelalters speist (vgl. Pfürtnner 1988, 141). In seinem Denken und zu seiner Zeit war damit eine gewisse Stabilisierung des Ethos erreicht, denn der Glaube an Gott, repräsentiert durch das Evangelium, stellt ein Fundament dar, das für Thomas von Aquin ethische Stabilität herstellen hilft. Dies auch deshalb, weil sittliche gotteskundliche Tugenden¹⁸ in Thomas von Aquins Diktion von Gott dem Menschen *eingegossen* sind, (vgl. T. v. Aquin 63, 2. 3–4). Damit schafft er einen gewichtigen stabilisierenden Faktor, der historisch, also von der philosophischen Tradition der Antike, in dieser Art nicht in den Blick genommen wurde. Der allmächtige Gott fungiert als Stabilitätsgarant, doch Gott schafft nur eine Basis und die weitere Entwicklung des Menschen bleibt offen, denn diese Entwicklung scheint nicht vorgegeben (vgl. T. v. Aquin 51, 4) und nur an der Basis mit Stabilität unterlegt. In der Gegenwart ist diese Bündelung des Ethos mit dem Glauben jedoch nur als Bewahrung des Ethos, für bestimmte Gruppen zu werten. Denn für Ungläubige, wie auch immer sich diese Ungläubigkeit definiert, besteht keine Stabilität für das Ethos, da für sie kein

¹⁷Damit ist eine Verbindung von Gewohnheits- und Charakteraspekt des Ethos gemeint.

¹⁸Unter gotteskundliche Tugenden sind „theologische“ Tugenden zu verstehen, wie Liebe, Glaube und Hoffnung und die Gabe des heiligen Geistes. (vgl. T. v. Aquin 62, 3).

allmächtiger Gott vorhanden ist. Das Fazit dessen ist, dass diese Verbindung des Ethos mit Tugend nur für einen Teil der Menschen Bedeutung hat und im Kontext der Gegenwart als ausgrenzender Faktor zu werten ist. Die christlich-theologische Moralfundierung greift aufgrund der Exklusivität ihrer religiösen Grundlage zu kurz.

Als ein Bewahrer, der einen radikaleren Schritt versucht, kann Immanuel Kant (1724 - 1804) gelten. Kant kann meiner Ansicht nach als Bewahrer des Ethos bezeichnet werden, der jegliche Instabilität und Wandelbarkeit „vernichtet“, indem er sein Ideal von Ethos in Form des Kategorischen Imperativs in den Blick nimmt. „[...] handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Kant GMS , BA 52). Den Kategorischen Imperativ bezeichne ich deshalb als ein ideales Ethos, weil Kant damit versucht, Normativität und Tugendhaftigkeit, nicht nur zu verbinden, sondern auch zu stabilisieren und in die Nähe der tatsächlichen Gesetzgebung zu rücken. Damit bringt er die Gewohnheit und die Bräuche, die schon Platon in die Nähe des Normativen gerückt hat, in eine in der Praxis erwünschte Form. Dabei übersieht er aber, dass diese Fokussierung auf sein Ideal im Sinne der Pflichterfüllung und Normativität zwar Stabilität bringt, doch praxisfern ist. Der Kategorische Imperativ ist zwar ein Vorschlag hin zu einer stabilen Verbindung von Bedeutung des Ethos und Tugend, doch ist er eine theoretische Konzeption und in dieser Form nicht lebbar, denn er beleuchtet nur das Regelwerk. Tugendhaft zu sein bedeutet mehr als das Befolgen von Regeln. Regeln und Gesetze sind in der Lage, Vorgaben und auch Konsequenzen für Handlungen darzustellen. Sie sind aber nicht in der Lage, tugendhaftes Handeln zu garantieren. Damit bleibt auch bei Kant die Instabilität des Ethos bestehen, obgleich er den umfassendsten Versuch der Bewahrung des Ethos in Form des Kategorischen Imperativs entwirft. Meiner Ansicht nach vernachlässigt Kant den soziokulturellen Kontext des Ethos und auch das Individuum. Doch besteht auch die Möglichkeit, Kants Position zu stärken, indem man ihm genau diese Absicht unterstellt, da er nur in der völligen Idealisierung seines Vorhabens eine tatsächliche Stabilisierung des Ethos und die Erhebung zur Pflicht und Festigung im normativen Kontext erkannte.

Es ist in den Bewahrungstendenzen und damit den stabilen Verbindung des Ethos mit den Tugenden bei Thomas von Aquin keine umfassende und universelle Stabilisierung des Ethos zu erkennen. Eine partielle Stabilisierung erreicht Thomas von Aquin allerdings für die Gruppe der Gläubigen, doch nur in den Grundlagen. Kant hingegen präsentiert ein Ideal und eine Möglichkeit der dauerhaften Stabilisierung,

beleuchtet aber nur die normative Seite und bleibt dem Bereich der Theorie verhaftet. Er schafft keinen Übergang zu einer praktischen Umsetzung und Lebbarkeit des Ethos in seinem Sinne. Thomas von Aquins und Kants ärztliches Ethos wäre damit ausgrenzend und einseitig normativ, zugleich wäre eine dauerhafte Bewahrung nicht in Sicht. Damit bleibt die Frage weiter offen, ob das Ethos als lebbares und zugleich tugendhaftes und universelles in der heutigen Zeit in den Blick genommen werden kann. Dabei wäre an ein globales Ethos zu denken, das auch mit der pluralen Gesellschaft zu einer Einheit zusammengefügt werden kann und im Kontext der Tugend verortet ist.

2.4 Weltethos

Zu untersuchen ist, ob das Weltethos¹⁹ jener Ansatz sein kann, in dem das Ethos nicht nur stabilisiert, sondern auch, in der Tugend verhaftet, gelebt werden kann. Zugleich sollte aber auch der Anspruch einer lebberen Gültigkeit erfüllt sein. Das Weltethos erscheint deshalb ein guter Kandidat zu sein, weil schon im Begriff des Weltethos der Versuch unternommen wird, das Ethos auf eine allgemeingültige Ebene zu heben. Für alle Menschen, aller Religionen und Ethnien sollte es darin einen verbindlichen, moralischen Grundkonsens geben.

Einleitend sei die Definition Hans Küngs²⁰ vorangestellt „Das Weltethos ist der *Grundkonsens* bezüglich verbindlicher Werte, unwiderruflicher Maßstäbe und Grundhaltungen, die *von allen Religionen* trotz ihrer dogmatischen Differenzen bejaht, ja, auch *von Nichtgläubigen* mitgetragen werden können.“ (Küng 1997, 132). Küng positioniert den Menschen als zentrales Element und führt Begriffe der Kernmoral an, die ein ganzes Paket elementarer ethischer Standards umfasst. Zu diesen ethischen Standards gehört zum Beispiel das grundsätzliche Recht auf Leben, auf gerechte Behandlung und leibliche und psychische Unversehrtheit. Hans Küng befindet sich damit auf der Suche nach einem minimalen Konsens für das menschliche Zusammenleben und gemeinsames Handeln (vgl. Küng 1997, 132–138). Die Listung der ethischen Standards erinnert dabei an die Menschenrechte²¹. Damit bemüht Küng sich um eine lebbare Stabilität in einem tugendhaften Kontext abseits jeder Religion oder Kultur. Das eingangs erwähnte zentrale Element, der Mensch in seiner

¹⁹ Hier ist der Begriff *Welt* im Sinne des Einheitsgedankens in den Blick zu nehmen. (vgl. Bader 2007, 64).

²⁰ Hans Küng verwendet „Ethos“ in der Bedeutung der sittlichen Grundhaltung eines Menschen oder einer Gruppe. (vgl. Küng 1997, 133).

²¹ Jedem Menschen stehen auf Grund seines Mensch-Seins unteilbare, unveräußerliche und universelle Freiheits- und Autonomierechte zu, deren Begründung moralisch erfolgt. (vgl. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Straßburg 2022).

Menschlichkeit, ist für Hans Küng das omnipräsente Element in den unterschiedlichen Kulturen. So fokussiert Küng die von ihm formulierte „Goldene Regel der Menschlichkeit“, die er in verschiedenen Schriften der unterschiedlichen Religionen²² und Kulturen ausmacht, als das Fundament des Ethos. Die Menschlichkeit scheint über Religionen und Kulturen erhaben und damit kann sie als ein stabiles Element, das von Natur aus im Menschen vorhanden ist und nicht erschaffen werden muss, betrachtet werden. Dies ist als die individuelle Seite des Weltethos zu betrachten, doch erscheint in meiner Lesart dessen, die mangelnde genaue definitorische Aufarbeitung der Menschlichkeit ein Faktor für neuerliche Instabilität zu sein. Zugleich verschwinden die früheren erarbeiteten Fundamente des Ethos, im Sinne der Charakter- und Gewohnheitsbedeutung, völlig. Küng fundiert das Ethos ontologisch, denn das Mensch-Sein ist für ihn die Grundlegung der Bedeutung.

Erwin Bader²³ hebt das Weltethos auf eine höhere Ebene, indem er diffiziler vorgeht. Er subsummiert unter dem Weltethos das von Hans Küng bereitgestellte Grundgerüst des Weltethos. Dies beinhaltet eine Dialogizität zwischen den unterschiedlichen Religionen und Nationen, in die wiederum ethische Grundstandards hineinwirken. Daneben nimmt er eine definitive Zielsetzung in den Blick, die er in einem friedlichen Zusammenleben, im Sinne einer neuen Weltordnung, versteht. Das diffizilere Vorgehen Baders besteht darin, dass er den individuellen Bereich des Weltethos näher betrachtet und beim Individuum das Bewusstsein sittlicher Haltungen und Handlungen festhält (vgl. Bader 2007, 67, 76). Er integriert damit, wie wir es auch schon bei Platon kennengelernt haben, die bewusste Reflexion über die Gründe des Verhaltens in die Bedeutung des Ethos. Damit wird deutlich, dass der Begriff des Weltethos dem Individuum, bedingt durch eben diese Reflexivität, eine Verantwortlichkeit und eine Verbindlichkeit zuweist (vgl. Bader 2007, 96) sowie auch Stabilität in den Fokus rückt, wobei diese Verbindlichkeit einen Schritt in die Richtung der Normativität andeutet. Bei Verantwortung ist immer auch Haftung mitzudenken und Haftung positioniert sich im Umkreis des Rechts und der Gesetzgebung, was wiederum an Platon erinnert, denn auch er deutet in den Gesetzen an, dass ererbte Bräuche in einem normativen Sinne zu deuten sind, ja sogar ein unsichtbares Band der Staatsordnung darstellen. Bader

²²So z.B. im Evangelium nach Lukas. „Was ihr von anderen erwartet, das tut ebenso auch ihnen.“ (Lk 6,31).

²³Erwin Bader gebührt besondere Aufmerksamkeit, nicht nur als Universitätsprofessor, am Institut für Philosophie der Universität Wien war, sondern, sondern auch, weil als Vorsitzender des Universitätszentrums für Friedensforschung seine Arbeit im Sinne der internationalen Kooperation und Interdisziplinarität betrieb. (vgl. E. Bader Universität Wien, Biographie 2022).

schwächt die normative Seite der Bedeutung des Ethos jedoch ab, indem er meint „Eine sittliche Regel wird erst zum Ethos, wenn sie auch tatsächlich zur bewussten und verbindlichen Regel des Handelns einer konkreten Person wird.“ (Bader 2007, 77) So weist er dem Individuum bei der Universalisierung des Ethos neuerlich die entscheidende Rolle zu, denn eine sittliche Regel alleine ist noch kein Ethos.

In Zusammenschau von Küng und Bader lässt sich ein Konzept des Weltethos erkennen, das, mangels detaillierter Definition der Menschlichkeit, zum Scheitern verurteilt ist. Der Rettungsversuch Baders, indem er zusätzlich eine individuelle Reflexion einfordert, rettet das Weltethos nicht. Die Einbeziehung der konkreten Person lässt jedoch den Gedanken an Verantwortung zu.

2.5 Zwischenresümee

Nach dieser einleitenden Spurensuche ist zu erkennen, dass das Ethos in seiner inhaltlichen Bedeutung ein fragiles Konstrukt darstellt, das einem steten Wandel unterliegt und damit auch eine fundamentale Bedeutungsinstabilität aufweist. Der Konnex des ärztlichen Ethos zur Tugendhaftigkeit wird immer wieder in den Blick genommen, eine überzeugende stabile Verbindung gelingt meines Erachtens jedoch nur Platon mit der Verortung der Gutheit in der Seele.

Schließlich ist festzuhalten, dass es sich bei der historischen Bedeutung des Ethos um ein instabiles Gefüge handelt, das über Jahrhunderte nie einer länger währenden Stabilisierung zugeführt werden konnte. Diese Bedeutungsinstabilität weist den Weg in viele mögliche Richtungen, auch im Sinne einer Offenheit für eine negative Entwicklung²⁴ des ärztlichen Ethos. Die Versuche der Autoren, sei es im Sinne der Ausformulierung der Bedeutung, der Synthese und zugleich Kontextualisierung mit der Tugend sowie der Bewahrung oder Universalisierung der Bedeutung des Ethos, konnten keine einheitliche und stabile Bedeutung des Ethos festmachen. Die stabilisierenden Tendenzen, die bei Platon mit der Hinrückung der Bedeutung des Ethos zum Normativen und zur Tugendhaftigkeit eingeleitet werden, bleiben nicht lange bestehen. Auch Thomas von Aquins Stabilisierungsversuch bleibt auf die Gruppe der Gläubigen und das Christentum begrenzt. Immanuel Kant präsentiert in seiner Idealisierung und Fokussierung auf das Normative, eine Vernachlässigung des soziokulturellen Kontextes und damit eine Unlebbarkeit seines ethischen Konzepts. Abschließend weist die

²⁴Damit ist eine Entwicklung des ärztlichen Ethos gemeint, die nicht zum Wohle des Patienten gereicht, sondern andere Ziele fokussiert.

Bedeutung des Weltethos auf eine Weiterentwicklung des Ethos in der Gegenwart hin. Diese setzt einerseits auf Menschlichkeit und die menschliche Rationalität als leitenden Faktor, kann aber durch mangelnde Definition der Grundlagen keine fundierte Gültigkeit erzielen.

Ergänzend zu diesen Überlegungen sei an dieser Stelle auf eine zeitgemäße Version des Hippokratischen Eides verwiesen, die im Jahre 1948 in Form des Genfer Gelöbnisses vom Weltärzteverband ins Leben gerufen wurde. Doch auch diese Formulierung unterliegt einem steten Wandel und erfuhr 1968, 1983, 1994, 2005, 2006 und 2017 Anpassungen, die die Tradition der Instabilität weiterführen (vgl. Weltärzteverband 2022).

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, jene beeinflussenden Faktoren zu untersuchen, welche die Bedeutungsinstabilität des Ethos ausformen, weitertragen und vor allem das ärztliche Ethos der Gefahr der unzureichenden Etablierung aussetzen.

3 Das Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos

Nachdem die inhaltliche Füllung des Begriffs des Ethos in seiner Uneinheitlichkeit und auch Instabilität²⁵ dargelegt wurde, wende ich mich der Ergänzung des Ethos um jene Faktoren zu, die eine *erweiterte Instabilität* verursachen und zu Gefahren im Etablierungsprozess für das ärztliche Ethos werden. Mit der erweiterten Instabilität wird nicht nur die Bedeutungsinstabilität des Ethos in den soziokulturellen Kontexten fokussiert, sondern auch eine ethische-moralische Einordnung des ärztlichen Ethos versucht. In der bisherigen Untersuchung, im Sinne einer historisch-rekonstruktiven Darstellung des begrifflichen Wandels, konnte der ethisch-moralische Kontext, nicht ausreichend dargestellt werden. Erst durch die Einbeziehung des ethisch-moralischen Kontextes erscheint es möglich, das ärztliche Ethos genauer zu untersuchen und seine praktische Seite in den Blick zu nehmen. Damit wird das Problem der Etablierung des ärztlichen Ethos aufgezeigt, das sich, bedingt durch unterschiedliche Faktoren und deren Einfluss auf das ärztliche Ethos, entfaltet. Diese Bedrohung der Existenz des ärztlichen Ethos entfaltet eine Zerstörungskraft, deren Reichweite nicht nur auf die Etablierung des ärztlichen Ethos beschränkt bleibt. So wird die Zerstörung oder Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos zu einer Gefahr für das Wohl der Patienten und damit zu einer Kombination aus medizinischen, moralischen und auch ethischen Problemen. Ein Arzt

²⁵Hiermit ist eine Instabilität und Wandelbarkeit in der Bedeutung gemeint.

ohne ärztliches Ethos etwa wäre mit Sicherheit bereit, invasive Untersuchungen durchzuführen, die medizinisch nicht erforderlich sind, und dies nur aus finanziellen Gründen. Er würde Patienten damit einer erhöhten Gefahr aussetzen und das Patientenwohl missachten. Die Etablierung des ärztlichen Ethos unterfüttert jedes ärztliche Handeln und dient in seiner erwünschten und etablierten Form dem *Wohle der Patienten*²⁶. So stellt das ärztliche Ethos eine essentielle Stütze jeder ärztlichen Handlung dar.

Daher gilt es zu zeigen, wie das ärztliche Ethos aus seiner Bedeutungsinstabilität in eine Existenzbedrohung abgeleitet, die medizinethische und moralische Folgen nach sich zieht. Die Abklärung der wesentlichen Faktoren für eine erweiterte Instabilität des Begriffs des ärztlichen Ethos wird zuerst durch die Untersuchung des Arztbegriffes und seiner inhaltlichen Füllung begonnen. Es wird dafür das besondere Regelwerk der Ärzte, der hippokratischen Eid in den Blick genommen, um herauszufinden, welche Vorgaben und Regeln das ärztliche Ethos schon anfänglich beeinflussen. Es gilt einerseits, herauszufinden, ob der hippokratische Eid für medizinethische Entscheidungen in einem normativen Kontext verstanden werden muss und zugleich das ärztliche Ethos ausreichend etabliert wird. Andererseits erfolgt eine Untersuchung des hippokratischen Eides ergänzend nach individuellen Aspekten wie Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*), die das ärztliche Ethos möglicherweise für seine vollkommene Etablierung benötigt. So wird geklärt, ob der Arzt selbst einen ergänzenden Faktor in der angenommenen erweiterten Instabilität und damit in der Problematik der Etablierung des ärztlichen Ethos darstellt. In Verbindung mit dem Arzt ist es erforderlich, das spezielle Berufsethos, das ihm zugeschrieben wird, zu beleuchten und zu erforschen, ob das ärztliche Berufsethos etwas „Besonderes“ darstellt oder ob es ein Berufsethos wie jedes andere ist. In diesem Kontext werden auch Einflussnahmen durch das Recht, die Gesellschaft, aber auch durch die Ärzteschaft²⁷ selbst in den Blick genommen, um herauszufinden, ob es sich dabei um stützende Parameter oder um Instabilitätsfaktoren handelt, die für das ärztliche Ethos, zu einer Gefahr und Bedrohung oder zu einem Stabilitätsfaktor werden können. Unter Gefahren und Bedrohungen für

²⁶An dieser Stelle ist es erforderlich, das *Patientenwohl* zu definieren, damit die Richtung des ärztlichen Handelns deutlich wird. Der deutsche Ethikrat hat das Patientenwohl an drei wesentlichen Faktoren festgemacht. Erstens an der Patientenautonomie, zweitens an der Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität, die auch den Anspruch der Patienten auf eine Behandlung nach aktuellem medizinischen Standard einschließt. Drittens gehört zum Patientenwohl die Gewährleistung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. (Deutscher Ethikrat 2016, 37–58).

²⁷Unter Ärzteschaft ist hier die institutionelle Vereinigung der Ärzte zu verstehen.

das ärztliche Ethos sind immer Faktoren zu verstehen, die die Etablierung des ärztlichen Ethos hintanhaltend und damit das ärztliche Ethos und das ärztliche Handeln in eine ethisch-moralische Schieflage bringen, die nicht zum Wohle der Patienten gereicht. Der Mangel an ärztlichem Ethos bedingt eine Hintanhaltung der Patientenautonomie, die Abnahme der Versorgungsqualität und möglicherweise auch einen Mangel der Verteilungsgerechtigkeit.

Nach diesen Untersuchungen im Kontext der Rollen des Individuums Arzt, der Gesellschaft und der normativen und institutionellen Vorgaben, wende ich mich der sprachlichen Betrachtung des ärztlichen Ethos zu, die einen wesentlichen Faktor im soziokulturellen Kontext darstellt. Diese Untersuchung hat das Ziel, dass einerseits das Gefahrenpotenzial für das ärztliche Ethos aufgezeigt wird, andererseits auch Möglichkeiten der Entwicklung im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos, in den Blick genommen werden. Die erweiterte Instabilität, die ergänzend in der Sprache als solcher festgemacht wird, zeigt, wie fundamental die Sprachbetrachtung für das ärztliche Ethos ist. Durch die Sprachbetrachtung wird eine dichotome Strukturierung²⁸ im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos offenbar.

Abschließend darf nicht auf das „Wesen“ der Medizin selbst als Gefahr für das ärztliche Ethos vergessen werden, denn sie stellt das Trägermedium für die Bedeutung des ärztlichen Ethos dar. Dies dient der Klärung der Frage, ob das ärztliche Ethos im Wesen der Medizin inhärent ist und der Faktor Arzt nur ein Beiwerk dessen darstellt. Mit dem Wesen der Medizin sind ergänzend ökonomische Faktoren mitzudenken. Der ökonomische Kontext bedarf einer besonderen Betrachtung, da Ökonomie und Medizin im ethisch-moralischen Sinne als Widersacher festgemacht werden.

Nach der Bestandsaufnahme der Faktoren die zu einer erweiterten Instabilität beitragen und Gefahren im Etablierungsprozess darstellen, ergibt sich die Frage, ob es Möglichkeiten gibt, das ärztliche Handeln, dem die Unterfütterung durch das ärztliche Ethos fehlt oder wo dieses mangelhaft ausgebildet ist, zu stützen. Dabei untersuche ich ergänzend Faktoren wie das Gewissen und in einer kombinierten Version auch das Vertrauen der Patienten und das Versprechen des Arztes, um Faktoren zu erarbeiten, die zu einer möglichen Hintanhaltung der Gefahren und damit der Etablierungsproblematik

²⁸Die dichotome Strukturierung im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos weist auf Möglichkeiten hin, wie das ärztliche Ethos im ärztlichen Handeln wirken kann. Damit ist einerseits gemeint, dass es die ärztliche Handlung zum Wohle der Patienten lenken kann, andererseits darf auf die zweite Option der Lenkung, im Sinne einer Unterfütterung des ärztlichen Handelns, nicht vergessen werden, die nicht zum Wohle der Patienten vollzogen wird.

beitragen. Ergänzend ist die Frage zu klären, ob es für den Etablierungsprozess ausreichend ist, dass die innere Instanz des Gewissens, tugendhaftes Handeln generell und der Komplex Vertrauen/Versprechen ihre Wirkung entfalten, und dadurch eine Etablierung des ärztlichen Ethos trotz der verschiedenen Gefahren und Bedrohungen, stabil erfolgen kann.

Abschließend wird mit dieser Untersuchung gezeigt, dass das ärztliche Ethos im Prozess der Etablierung einigen Bedrohungen, im Sinne erweiterter Instabilitäten und Gefahren, ausgesetzt ist, welche die Etablierung des ärztlichen Ethos behindern oder sogar verhindern. Dies stellt zugleich eine existenzielle Bedrohung für das ärztliche Ethos dar, führt aber auch zu einem medizinischen, ethischen und moralischen Problem. Ergänzend wird durch die Darstellung der möglichen Abmilderungsfaktoren der Etablierungsproblematik der Versuch unternommen, den Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos begrifflich und praktisch zu stützen und gleichzeitig zu stabilisieren.

3.1 Der Arzt

Abgesehen von der naturwissenschaftlichen Ausbildung, die ein Arzt durchläuft, ist es weiters erforderlich, die Bedeutung des Begriffes „Arzt“ und wodurch ein Arzt zu einem Arzt wird, zu untersuchen. Damit erfolgt eine weitere Spezifizierung des Ethos hin zu einem ärztlichen Ethos. Mit dem Arzt wird der Faktor im Etablierungsprozess präsentiert, der das Fundament für das ärztliche Ethos darstellt und einen wesentlichen Anteil an der Struktur des ärztlichen Ethos hat. So wird der Frage nachgegangen, ob der Arzt einen Beitrag zur erweiterten Instabilität des ärztlichen Ethos, und zwar aufgrund seiner Disposition (*hexis*) liefert und welche Position er im medizinethischen Kontext einnimmt. Die medizinethische Rolle des Arztes wird geprägt durch seine Zielsetzung im Patientenwohl. Dabei wird nicht nur der mythologische Kontext in den Blick genommen, sondern auch der hippokratische Eid untersucht, der den Rahmen für das ärztliche Ethos bildet. Dann wird eine Beleuchtung der dem Begriff des Arztes inhärenten Grundlagen versucht, die die Bedingung der Möglichkeit für das ärztliche Ethos darstellen. Damit scheint eine Verortung des Arztes im medizinethischen Kontext möglich.

Der Begriff „Arzt“ impliziert sozusagen einen Automatismus, so erfolgt die Nennung des Begriffes „Arzt“ historisch in einem engen Zusammenhang mit Hippokrates von Kos (460 v. Chr. - 370 v. Chr.). Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieser Zusammenhang der realen Person gilt, oder ob ein anderer Hintergrund darin zu suchen

ist. Rudolph Berlinger, ehemaliger Ordinarius der philosophischen Fakultät der Universität Würzburg²⁹, nimmt Hippokrates als Symbol in den Blick „Darum ist uns der *Urarzt* Hippokrates nicht irgendein Name des 4. vorchristlichen Jahrhunderts, sondern er ist das Prinzip *Arztum* in persona, wodurch der Arzt *Arzt* ist.“ (Berlinger 1992, 227). Dies bedeutet, dass Arzt-Sein auch impliziert, dass bestimmte Prinzipien für diesen „Beruf“ grundlegend sind, denn Hippokrates ist mit dem ganzen Corpus Hippocraticum eng verbunden. Unter diese, sind ethische Prinzipien zu subsumieren, die das ärztliche Handeln erst ermöglichen, so es dem Wohle der Patienten dienen soll. Damit rückt ein besonderes Schriftstück, der hippokratische Eid, in den Fokus, der sowohl den Charakter des Arztes, als auch das soziokulturelle Umfeld beinhaltet, vor allem aber ein Regelwerk darstellt, das ein Naheverhältnis zu Normen impliziert.

Der hippokratische Eid als Teil des Corpus Hippocraticum ist keine Lehrschrift, sondern eine Archivakte, eine Verpflichtung, die ein neu eintretender Arzt auf das Statut einer alten Ärzteschule zu leisten hatte, womit er in Verbindung mit einer festen Institution, mit Vorgaben und besonderen Regeln stand. Warum allerdings eben dieser Eid erhalten ist, schreibt Deichgräber, als klassischer Philologe, Medizinhistoriker und Hippokrates - Spezialist³⁰, mehreren Faktoren zu. Einerseits spricht die Einbettung in das Corpus Hippocraticum³¹ und sein Transfer in die Bibliothek nach Alexandria dafür, dass das Schriftstück immer eng verbunden mit dem Namen Hippokrates ist. Andererseits ist auch nicht zu vergessen, dass Alexandria zu dieser Zeit, etwa 270 v. Chr., ein Zentrum hellenistischer Forschung und Lehre war.

Fest steht jedenfalls, dass der Eid einen historischen Wegweiser zum idealen Arztum mit verpflichtenden Prinzipien ärztlichen Handelns darstellt (vgl. Deichgräber 1983, 7-9), doch Begründungen beinhaltet der hippokratische Eid nicht. Er präsentiert sich als Appell an die Ärzte. Deichgräber nennt ihn zwar einen Appell, doch ist darin auch eine darüber hinausgehende Struktur zu erkennen. Eine feste Institution, wie eine alte Ärzteschule, stellt Regeln auf und verpflichtet die Mitglieder dazu, diesen Regeln zu folgen.

²⁹http://stiftung-metaphysik.de/index.php?cur_hm=020_Stiftung.htm&html_file=030a_Rudolph_Berlinger.htm [Zugriff 13.11.2022].

³⁰<http://www.teuchos.uni-hamburg.de/interim/prosop/Deichgraeber.Karl.html> [Zugriff 13.11.2022].

³¹Das Corpus Hippocraticum ist eine Sammlung medizinischer Texte, die nicht alle von Hippokrates stammen, aber ab dem dritten Jahrhundert vor Christus als Textsammlung in Alexandria aufbewahrt wurden. Ihnen ist gemeinsam, dass sie alle von einem wissenschaftlich-rationalen Geist geprägt sind. (vgl. Kollesch, Nickel 1979, 7)

Ergänzend ist anzumerken, dass der Eid des Hippokrates erst im 16. Jahrhundert bekannter wurde und die erste lateinische Ausgabe von Marco Fabio Calvo im Jahre 1525 erschien, was für eine größere Verbreitung sorgte. (vgl. Bergdolt 2004, 49). Ob der Eid tatsächlich von Hippokrates stammt, ist historisch nicht gesichert (vgl. Kollesch, Nickel 1979, 17). Ab dem 16. Jahrhundert, so belegen die Statuten der Universitäten in Wittenberg (1508) und Basel (1570) (vgl. Nutton 1995, 521), wurde der Eid des Hippokrates erstmalig von Ärzten abgelegt und rückte damit hin zu einer moralischen Norm, die das ärztliche Handeln bestimmte. Im Gegensatz dazu erfolgte in der Antike keine Ablegung des hippokratischen Eides, Grund dafür dürfte gewesen sein, dass der Ärztestand bei den Römern eher von niedrigem Ansehen war. Die Einstufung als niedriger Stand erfolgte deshalb, weil die Arbeit der Ärzte einem Handwerk glich und dem Gelderwerb diene (vgl. Kollesch, Nickel 1979, 16) und jede Arbeit, die mit den Händen verrichtet wurde, als minder betrachtet wurde. Damit stellt sich auch die Frage, was das Arztum beinhaltet, welches Ethos und damit welche gelebte Moral im Konnex mit der Bezeichnung „Arzt“ stehen. Ob der Eid des Hippokrates Aufschluss darüber gibt, welche Art von Regelwerk damit vorliegt, ist zu untersuchen.

Aus diesen Gründen ist der Eid des Hippokrates auf normative Vorgaben und ethisch-moralische Prinzipien hin zu beleuchten, um festzustellen, ob das ärztliche Ethos in seiner Etablierung befördert wird oder ein Schriftstück vorliegt, das ausschließlich normative Vorgaben für den Arzt enthält

Der hippokratische Eid³² beinhaltet eine einleitende Anrufung der Götter, einer göttlich-ärztlichen Familie und eine kultischen Anrufung Apollons, des Arztes. So heißt es einleitend, „Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia³³ und Panakeia³⁴ und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen rufe, daß ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde.“ (Deichgräber 1983, 13). Auch die spätere Ablösung durch den Asklepios-Kult präsentiert einen Konnex mit der griechischen Götterwelt einerseits und stellt eine Sonderstellung dar (vgl. Deichgräber 1983, 19, 20). Denn es obliegt dem Gott-Arzt Apollon, Menschen zu heilen oder mit Krankheiten zu bestrafen. So ist durch den Bezug zur griechischen Götterwelt und zur Allmächtigkeit der göttlich-ärztlichen Familie, der hippokratische Eid in seiner Grundlegung von dichotomen Strukturen

³²Es wurde der hippokratische Eid in der Übersetzung von Karl Deichgräber verwendet.

³³Hygieia ist in der griechischen Mythologie die Göttin der Gesundheit. (vgl. Steuding 1890, S. 2772).

³⁴Panakeia ist in der griechischen Mythologie die Personifizierung des ärztlichen Heilens. (vgl. Steuding 1890, S. 2776).

geprägt. Dieses dichotome Muster überträgt sich bis in die Gegenwart in das ärztliche Handeln, in Form der Dichotomie von Heilen und Nicht-Heilen oder auch in Strukturen, wie der Hochhaltung oder Vernachlässigung des Patientenwohls. Dadurch ist die Bezeichnung „Arzt“ vom Moment der Eidleistung an mit diesen dichotomen Strukturen verknüpft. Der Arzt selbst ist durch den hippokratischen Eid, auch wenn Deichgräber darin eine vorgegebene Richtung und ein verpflichtendes Handlungsprinzip erkennt, insbesondere durch die Anrufung der Götter im Eid, mit einem grundlegenden dichotomen Muster verbunden. In diesem Muster findet sich nicht nur das angedeutete normative Handlungsprinzip, sondern eine breite Offenheit auch hin zu einer negativen Entwicklung des ärztlichen Ethos. Mit der negativen Entwicklung ist eine Positionierung der ärztlichen Handlungen gegen das Wohl des Patienten oder zumindest gegen eine Komponente des Patientenwohls gemeint. Folglich stellt der Arzt selbst mit seiner Eidleistung ein Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos dar, da im Fundament des hippokratischen Eides zwar der ethisch-moralische Weg im Sinne des Patientenwohls vorgegeben ist, doch die moralische Positionierung des ärztlichen Ethos durch das dichotome, mythologische Fundament immer präsent zu sein scheint. Das bedeutet für die Praxis, dass ethisch-moralische Vorgaben vorhanden sind, doch deren Umsetzung nicht identisch damit ist.

Die dichotome Strukturierung des ärztlichen Ethos in der griechischen Bezeichnung des hippokratischen Eides bei Deichgräber ist bereits im Namen zu finden. Der hippokratische Eid wird als ΟΠΚΟΣ (vgl. Deichgräber 1983, 11), als Eid, bezeichnet. In der Theogonie bei Hesiod (vgl. Hesiod, Th. Vers 226, 227) wird der Eid auch als Sohn der Eris bezeichnet. Dabei ist bedeutend, dass Eris in der griechischen Mythologie die Göttin der Zwietracht ist, und, bei Homer sogar als die Freundin und Schwester des Ares bezeichnet wird. (vgl. Homer Ilias 4 441, 442). So stellt sie die personifizierte Dichotomie dar, da ihr jegliche neutrale Positionierung fehlt, was sich im Begriff der Zwietracht ausdrückt. Dies legt nahe, dass Hórkos, als die personifizierte Kraft des Eides, die ihm von Geburt an innewohnende Dichotomie, die ihm seine Mutter Eris und sein Vater Apollon in die Wiege gelegt haben, keine Stabilität präsentieren kann. Dies bedeutet für den hippokratischen Eid, dass die Ärzte, die diesen Eid performativ ablegen, der Instabilität nicht entrinnen können. Auch Apollon, der im hippokratischen Eid angerufen wird, stellt einen Bewahrer dichotomer Strukturen dar, da er als Bestimmer über Leben und Tod fungiert (vgl. Homer, Ilias 1 50–54). Damit schafft die Kraft des Eides es nicht, einer Dichotomie und erweiterten Instabilität zu entrinnen, weil

die Ablegung des Eides im griechischen Verständnis immer mit Apollon und Eris in Verbindung steht.

Im hippokratischen Eid selbst ist das Ethos des Arztes bereits in der einleitenden Passage zu erkennen. Dabei werden generell die charakterlichen Eigenschaften des Arztes in den Fokus gerückt. So ist der einleitende Satz von besonderer Bedeutung, der lautet: „[...] daß ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde: [...]“ (Deichgräber 1983, 13). Damit wird das Individuum Arzt angesprochen und aufgefordert, zu handeln. Das Vermögen, etwas zu tun, beinhaltet eine bestimmte Grundhaltung und auch Verfassung, Befähigung oder Talent etwas zu tun. Hingegen wird die normative Seite im hippokratischen Eid damit nicht angesprochen. Daher positioniert sich der Eid nicht nur als Regelwerk, sondern beinhaltet auch eine individuelle Positionierungsmöglichkeit im moralischen Kontext.

Ein Rückgriff auf Aristoteles erscheint mir an dieser Stelle erforderlich, da das Individuum Arzt ergänzend aus einer tugendethischen Sicht zu beleuchten ist. Das ärztliche Ethos ist in seiner erwünschten Form im Sinne eines tugendhaften Verhaltens zu werten. Daher untersuche ich die Grundlegungen des ärztlichen Ethos im Individuum Arzt, um deren Bedeutung für die Etablierung des ärztlichen Ethos in den Blick zu nehmen. Im aristotelischen Vermögen (*dynamis*) ist eine genuine Wurzel für das ärztliche Ethos zu vermuten und die Grundhaltung des Arztes in den Blick zu nehmen. Ohne das grundlegende Vermögen (*dynamis*) des Arztes, Gutes zu tun, kann die Zielsetzung des ärztlichen Ethos nicht erreicht werden. Auch kann die medizinethische Positionierung des Arztes, mangels der Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos, nicht zum Wohle der Patienten erfolgen. Mit anderen Worten, die Gutheit des Arztes kommt nicht ans Licht, denn eine Erfordernis für das *erwünschte* ärztliche Ethos, das sich im Handeln zum Wohle des Patienten zeigt, ist die Gutheit des Denken. Ohne die Gutheit des Denkens ist eine wohlwollende Behandlung der Patienten nicht möglich, da nicht sichergestellt wäre, dass der Arzt oder die Ärztin den Patienten nicht schaden würde, bzw. gegen das Patientenwohl agieren würde. Zwar geht die Gutheit des Denkens (*dianoetike*) größtenteils aus Belehrung (*didaskalia*) hervor und die charakterliche Gutheit (*ethike*) aus Gewohnheit, doch allen vorangestellt ist das Vermögen, die *Dynamis*, die den Arzt überhaupt erst befähigt, dianoetische Tugenden aufzunehmen und entsprechend zu handeln. Dies bedeutet, dass das Vermögen (*dynamis*), das auch als Fähigkeit zu bezeichnen ist, grundlegend ist (vgl. Aristoteles, EN II, 1 1103a 11–27) für das ärztliche Ethos. Nun stellt sich aber die Frage, wo ist das Vermögen (*dynamis*)

zu finden? Wie kann überprüft werden, ob dieses vorhanden ist? Aristoteles verortet das Vermögen (*dynamis*) in der Seele, neben den Affekten (*pathos*) und der Disposition (*hexis*) (vgl. Aristoteles, EN II, 4 1105 b 20). In der Annahme, dass jeder Mensch eine Seele besitzt, sind die Bestandteile, Affekte (*pathos*), Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) bei jedem Menschen zu finden. Das Vermögen (*dynamis*) macht den Menschen empfänglich für Affekte. Erst die Disposition (*hexis*) ermöglicht es uns, mit den Affekten (*pathos*) umzugehen und sich gut oder schlecht gegenüber Affekten (*pathos*) zu positionieren (vgl. Aristoteles, EN II, 4 1105 b 24–27). So stellt sich Tugend weitergedacht als eine Disposition der Seele dar. (vgl. Aristoteles, EN II, 5 1106 a 11). Damit wird deutlich, dass das Vermögen (*dynamis*) einer Grundlegung entspricht, und eine Fähigkeit darstellt, Tugenden anzunehmen, sei es die Tugend des Denkens oder die charakterlichen Tugenden.

Das Gesagte bedeutet für den hippokratischen Eid, genauer für die Befolgung des hippokratischen Eides *dem Vermögen nach*, eine generelle Offenheit für die Aufnahme von Tugenden oder deren Gegenteil. Dies lässt den Schluss zu, dass das ärztliche Ethos, da es im erwünschten Sinne, zum Wohle der Patienten, als tugendhaft aufzufassen ist, eines Vermögens (*dynamis*) bedarf, aber dieses Vermögen (*dynamis*) alleine nicht als Tugend einzuordnen ist. Das, weil man gut oder schlecht nicht von Natur aus ist, sondern erst eine Disposition (*hexis*) dazu erforderlich ist, wie sie in der Seele vorhanden ist. (vgl. Aristoteles EN, II 5 1106 a 11–13). Diese Dichotomie von Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) lässt für unsere Interpretation in der Gegenwart den Schluss einer charakterlichen Fundierung zu. Dennoch zeigt die Disposition (*hexis*) etwas Bedeutendes für die Beweisführung der erweiterten Instabilität des ärztlichen Ethos auf. Die Disposition (*hexis*) kann einerseits aus einem positiven Blickwinkel betrachtet werden, andererseits in die Abgründe der Seele des Arztes blicken lassen, wenn eine mangelhafte Disposition (*hexis*) keinen adäquaten Umgang mit den Affekten zustande bringt. Dies bedeutet einen zusätzlichen Faktor in der Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos. So kann der Arzt, der das Vermögen (*dynamis*) besitzt, zum Wohle der Patienten zu handeln, aber keine Disposition (*hexis*) dazu aufweist, das ärztliche Ethos im eigentlichen Sinne nicht etablieren. Allerdings handelt der Arzt nicht nur der dichotomen Struktur von Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) entsprechend, sondern auch nach seinem jeweiligen Urteil.

Wie ist das Urteil des Arztes zu verstehen? Ist darin eine Variable des ärztlichen Ethos versteckt, die das ärztliche Ethos zu einem *erwünschten*³⁵ oder *unerwünschten*³⁶ ärztlichen Ethos macht? Im griechischen Originaltext des hippokratischen Eides wird der Begriff *krisin* (κρίσιν)³⁷ verwendet, (vgl. Deichgräber 1983, 12), und dieser bedeutet urteilen, erkennen und meinen. Dem Arzt bleibt offensichtlich die Entscheidung frei, ob er den Inhalt des Eides und dessen Vereinbarungen als moralisch oder unmoralisch einstuft. Dies stellt nicht nur eine Dichotomie dar, sondern weist dem Inhalt des Eides eine Instabilität zu. Dies liegt darin begründet, dass die Einhaltung der Regeln nicht gesichert ist. Mit dieser Feststellung schließt sich der Kreis zu Aristoteles und die fundamentale Stellung des Vermögens (*dynamis*) wird bestätigt sich. Denn nur durch das Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*), fundiert in Charakter und Gewohnheit, ergibt sich die Möglichkeit dem ärztlichen Ethos eine tugendhafte Position zuzuweisen.

Schlussendlich ist zu erkennen, dass das ärztliche Ethos schon im ersten Satz des hippokratischen Eides verborgen liegt. Verborgен ist das erwünschte ärztliche Ethos einerseits deshalb, weil es nicht direkt benannt wird, andererseits auch, weil es geprägt ist von dichotomen Strukturierungen, wie dem Vermögen und dem Urteilen des Arztes. All dies geht über die Bedeutungsinstabilität des Begriffes des ärztlichen Ethos, hinaus und führt zu einer erweiterten Instabilität. Ergänzend lässt der hippokratische Eid in seiner mythologischen Fundierung eine erweiterte Instabilität, und zwar im Sinne der personifizierten Dichotomie des Eides, erkennen. Der Arzt, der das Ethos zu einem ärztlichen Ethos macht, setzt die Bedeutungsinstabilität weiter fort. Dies vollzieht er indirekt durch die dichotomen Strukturen des Vermögens (*dynamis*) und der Disposition (*hexis*), die in seiner Seele verankert sind. Auch diese Dichotomie lässt die Richtung der moralethischen Entwicklung des ärztlichen Ethos weiter offen. Primär ist im hippokratischen Eid eine angedeutete Normativität, bedingt durch die Präsentation als Regelwerk zu erkennen, sekundär ist aber, durch die Faktoren *Vermögen und Urteilen*, eine Zuweisung in den ethisch-moralischen Bereich zu vollziehen, da das Vermögen und das Urteilen im Individuum verortet sind und die Basis der individuellen Handlungen darstellen. Der hippokratische Eid ist damit nicht nur ein Regelwerk,

³⁵Unter einem *erwünschten* ärztlichen Ethos versteh ich, ein auf das Patientenwohl ausgerichtete Ethos.

³⁶Unter einem *unerwünschten* ärztlichen Ethos versteh ich ein Ethos, dessen Zielsetzung im Patientenwohl, nicht vorgesehen ist.

³⁷Der Abstammung nach von Krise (κρίσις): Entscheidung auch im Sinne von Zuspitzung, entscheidende Wendung oder auch schwierige Situation. (vgl. Duden 2020,479).

sondern trägt auch den instabilen Faktor des Individuums in sich. So stellt das Urteilen des Arztes, das in Abhängigkeit von Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) steht, eine zusätzliche Erweiterung der Etablierungsproblematik dar: Je nachdem, ob Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) des Arztes in einer tugendhaften Verbindung stehen.

So stellt sich die Frage, ob andere Entwürfe des ärztlichen Ethos eine gesicherte Etablierung des erwünschten ärztlichen Ethos vollziehen können. Ob das Berufsethos des ärztlichen Standes ein geeigneter Kandidat dafür ist, wird im Folgenden geklärt.

3.2 Das Berufsethos

Das ärztliche Berufsethos ist detailliert zu untersuchen, da die Frage in den Blick kommt, ob dieses Gruppenethos ergänzend dazu beiträgt, die erweiterte Instabilität des ärztlichen Ethos zu fördern oder ob mit dem Berufsethos normative Vorgaben den Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos festigen.

Ein eigenes Ethos wird bei einigen Berufsgruppen³⁸ beschrieben, zum Beispiel bei Juristen, bei Wirtschaftswissenschaftlern oder auch bei Lehrern. Doch wo liegt der Unterschied zur speziellen Berufsgruppe der Ärzte? Hat die Berufsgruppe der Ärzte tatsächlich ein anderes Ethos? Oder ist eine Unterscheidung des Ethos der unterschiedlichen Berufsgruppen überhaupt nicht gegeben? Möglicherweise liegt der Unterschied nicht im ärztlichen Ethos verborgen, sondern in der Grundlegung dieses speziellen Berufsgruppen-Ethos, im Faktum, dass in der Medizin das Ethos immer schon inhärent ist? Auch ist hier der soziokulturelle Kontext, in dem die Medizin steht, mitzudenken, da das Aufgabengebiet der Medizin im Wandel der Zeit großen Umwälzungen ausgesetzt war und es weiterhin ist.

Daher ist zunächst die Rolle des Arztes im Kontext seiner Berufsgruppe zu klären. Der Arzt erfüllt eine gesellschaftlich definierte Rolle, die einerseits aus Rechten und Pflichten, andererseits aus einer freiwillig übernommenen Leistung besteht. Dieser freiwillig übernommene Anteil resultiert aus bestimmten Qualifikationen und Kompetenzen, die sich der Arzt angeeignet hat. Durch diese spezielle Eignung und Qualifikation entsteht eine moralische Hilfspflicht, deren Zielsetzung die Erhaltung und eventuell sogar die Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt in den Blick nimmt (vgl. Birnbacher 2018, 216, 217).

³⁸Exemplarisch sei hier angeführt: Dikwo, Joachim: *Vom Ethos des Lehrers*. Münster: Aschendorff 1987.

Dazu meint Birnbacher weiter, „Ein Ethos kann als die Gesamtheit der für besondere Berufsrollen spezifischen moralischen Normen verstanden werden.“ (Birnbacher 2018, 217). Diese Positionierung des Berufsethos beinhaltet einen wesentlichen Faktor, nämlich die Fokussierung auf Normen und damit auch auf die Gesellschaft und in diesem Fall auch auf das ausführende Individuum, den Arzt. Birnbacher spricht nicht nur die ärztliche Ausbildung an, sondern auch die Eignung zum Arztberuf, also auch die Eignung des jeweiligen Individuums, aus sich heraus moralisch zu handeln. Damit schließt sich der Kreis zu Aristoteles. In meiner Lesart tritt damit das aristotelische Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*) neuerlich in den Fokus, welche ein fundierendes Element für jegliches Ethos bilden. Das aristotelische konzipierte Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*) begründen die Eignung für den Beruf des Arztes.

Die Forderungen nach einer *besonderen* Eignung für das ärztliche Ethos kommen aus der Gesellschaft und beinhalten mehr als die Einhaltung allgemeiner moralischer oder rechtlicher Normen. Die Gesellschaft verlangt dem Individuum Arzt mehr ab, im Sinne einer Selbstverpflichtung (vgl. Birnbacher 2018, 217), die wiederum nur erfolgen kann, wenn das Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*) dazu vorhanden sind.

Doch wo liegt nun der Unterschied zu anderen Berufsgruppen und deren Ethos? Ist nicht für Juristen oder Lehrer ebenso ein Vermögen (*dynamis*) und eine Disposition (*hexis*) erforderlich, um nicht nur allgemein moralische oder rechtliche Normen einzuhalten, sondern ein Darüberhinausgehen im Sinne einer Selbstverpflichtung, zu ermöglichen und damit ein Hinrücken zur Tugendhaftigkeit zu gewährleisten. Ich behalte den Begriff der aristotelischen Tugendhaftigkeit auch für die Gegenwart bei, da modernere Bezeichnungen, wie zum Beispiel „Anstand“ nicht die Tragweite haben, wie die Tugendhaftigkeit, die in der Seele des Menschen beheimatet ist. Generell lässt sich zwischen den einzelnen Berufsgruppen kein Unterschied festmachen. Das Individuum Arzt oder das Individuum Jurist benötigt jeweils die gleiche Fundierung, denn ohne fundierendes Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) kann es zu keiner Selbstverpflichtung kommen, da das individuelle Fundament fehlen würde. Es kann jedoch gesagt werden, dass das Berufsethos, egal welcher Gruppe, aus dem normativen Bereich hinaus weist, da deren Nichteinhaltung zu strafrechtlichen Konsequenzen³⁹ führt. Zugleich wird das Berufsethos in Form moralischer Grundsätze von der

³⁹Siehe Ärztegesetz Österreich: <https://www.jusline.at/gesetz/aerztegch> [Zugriff 13.11.2022].

Gesellschaft eingefordert. Im hippokratischen Eid ist der normative Rahmen fundierend zu erkennen, da auch dieser Eid von einer Institution festgelegt wurde. Die Selbstverpflichtung, die Birnbacher anspricht, bringt jedoch auch im Bereich des Berufsethos die erweiterte Instabilität durch den Arzt in den Fokus, die im Kontext von Vermögen und Disposition steht. Daher gilt für das Berufsethos allgemein das gleiche wie für den Arzt und den hippokratischen Eid, denn so ist eine sichere Etablierung des ärztlichen Ethos ebenfalls nicht möglich, denn es erscheint zu wenig differenziert und nur als normativer Rahmen präsent.

Nachdem kein Unterschied zwischen dem Berufsethos unterschiedlicher Berufsgruppen festgemacht werden konnte, scheint es erforderlich, genauer zu untersuchen, ob die unterschiedliche Bewertung⁴⁰ des ärztlichen Ethos bereits durch den praktischen Bereich der Medizin erfolgt. Daraus ergibt sich die Frage nach einem möglichen internen Ethos der Medizin. Dies untermauert jedoch eine Aufspaltung des ärztlichen Ethos schon durch den Gedanken, dass das ärztliche Ethos nicht nur durch das Individuum Arzt bestimmt wird. Diese Trennung in ärztliches Ethos und ein Ethos, das in der Medizin inhärent ist, ist nicht möglich, da die Verwobenheit des Individuums Arzt mit der Medizin gegeben ist. Das Wesen der Medizin drückt die Handlungen des Arztes aus, und Handlung und Handelnder sind untrennbar. Um das Wesen der Medizin näher zu beleuchten, wende ich mich Hector Wittwers vier Bereichen zu, die seiner Ansicht nach konstitutiv für das Wesen der Medizin und das ihr inhärente Ethos sind, aber zugleich auch die wenigen, allgemeinen Grundsätze des internen Ethos der Medizin darstellen (vgl. Wittwer 2018, 276). Der Deutlichkeit halber ist es erforderlich, diese Bereiche anzuführen. Erstens meint der Autor, dass die ärztliche Pflicht immer auf das Wohl der Patienten gerichtet sei, damit ein der Medizin inhärentes Ethos in den Blick kommt. Dabei handelt es sich jedoch um eine Pflicht des Individuums und nicht um etwas Präexistentes in der Medizin. Zweitens führt der Autor ergänzend eine weitere Pflicht, nämlich die Pflicht der Kompetenz des Arztes, an, und auch diese ist in meiner Lesart im Individuum verortet. Man könnte dies etwas weiter fassen und die Kompetenz des Wissenschaftlers mit den normativen Pflichtvorgaben des Wissenschaftlers kombinieren. Auch die folgenden Pflichten, die Schweigepflicht, um das Vertrauen der Patienten zu sichern, und die Pflichten das unlautere Verhalten und die damit verbundene Vorteil-Verschaffung betreffend, können nicht in ein internes Ethos der

⁴⁰Mit dieser Bewertung ist die moralische Einordnung von Seiten der Gesellschaft angesprochen.

Medizin projiziert werden, wobei Wittwer die vier angeführten Pflichten bzw. das unlautere Verhalten als die Elemente der *ärztlichen Ethik* bezeichnet (vgl. Wittwer 2018, 276) und sich damit selbst widerspricht. Der Widerspruch liegt darin, dass Wittwer primär die vier Pflichten als inhärent in der Medizin verortet, diese aber aus dem Individuum und auch aus dem soziokulturellen Kontext erwachsen und damit eben nicht in der Medizin schon primär inhärent sind. Um Wittwers Thesen zu stärken, ist festzuhalten, dass Medizin und Arzt nicht zu trennen sind und damit die Grenzen zwischen ärztlichem Ethos und dem der Medizin inhärenten Ethos nicht klar zu ziehen sind. Voraussetzung dafür ist, dass Medizin als menschliche Praxis bewertet wird und auch ein Ausdruck des Individuums ist. Eine Unterscheidung des ärztlichen Ethos vom in der Medizin inhärenten Ethos ist aus diesem Grund nicht möglich. Die Medizin als menschliche Praxis bedarf jedoch einer historisch-induktiven Rekonstruktion (vgl. Wittwer 2018, 278), denn nur so ist feststellbar, was der Begriff Medizin inkludiert. Der Begriff der Medizin und seine Bedeutung sind in ihrer Abhängigkeit vom jeweiligen soziokulturellen Kontext instabil und wandelbar.

Offen bleiben muss, warum Wittwer seine von ihm postulierten Grundsätze als allgemeine Grundsätze⁴¹ bezeichnet, denn wenn sie dies wären, könnte man sie zur Lösung medizinethischer Probleme im Sinne eines deduktiven Vorgehens, heranziehen. Pflichten wie Wittwer sie beschreibt sind jedoch mit dem Einzelindividuum verbunden und nicht im Sinne allgemeiner Grundsätze zu verstehen.

In diesem Abschnitt konnte gezeigt werden, dass eine Trennung des ärztlichen Ethos und des in der Medizin vermeintlich enthaltenen Ethos nicht möglich ist, denn Individuen und ihr Handeln sind untrennbar verbunden. Auch ist eine Unterscheidung zwischen dem ärztlichen Ethos und dem Ethos der Medizin nicht möglich, da die Medizin ein Ausdruck des Handelns des Individuums ist. Damit bestätigt sich eine erweiterte Instabilität auch im Bereich des Berufsethos der Ärzte, da fundierend, wie einleitend schon festgestellt, das Vermögen (*dynamis*) jedes einzelnen Individuums die Basis für das ärztliche Ethos darstellt. Damit ist eine erweiterte Instabilität gegeben, zugleich zeigt jedoch auch die normativ unterlegte Positionierung des inhärenten medizinischen Ethos, bedingt durch seinen soziokulturellen Zusammenhang, eine ebensolche erweiterte Instabilität auf. Dies formuliert Wittwer, indem er den

⁴¹In meiner Lesart sind unter allgemeinen Grundsätzen, Prinzipien zu verstehen, die als Grundlage des ethischen Handelns dienen. Dieses Vorgehen ist auch in der philosophische Ethik als Bereich der praktischen Philosophie ersichtlich, denn diese sucht in allgemeinen Prinzipien oder Beurteilungskriterien die Frage nach dem richtigen Handeln zu begründen. (vgl. Fenner 2010, 2).

gesellschaftlichen und historischen Kontext unterstreicht (vgl. Wittwer 2018, 278). Denn der soziokulturelle Kontext⁴² stellt für Normen einen gewichtigen Instabilitätsfaktor dar.

Daher sind erweiterte Instabilitäten und damit auch ein Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos, im speziellen als Berufsethos, zu erkennen, vor allem in den Strukturen, die primär in einer Uneinheitlichkeit des ärztlichen Ethos selbst bestehen. Diese Uneinheitlichkeit findet sich in den unterschiedlichen Pflichtvorgaben bzw. normativ orientierten Regelungen, die sich in der Praxis der Medizin in unterschiedlicher Ausprägung manifestieren. Generell handelt es sich beim Berufsethos daher um Vorgaben, deren offene medizinethische Entwicklung in alle Richtungen in den Blick kommt, da sie normativ unterlegt und vom soziokulturellen Kontext abhängig sind.

Es ist festzuhalten, dass das ärztliche Berufsethos und das Ethos in der Medizin ident sind, da sie nicht zu trennen sind. Die Fundierung des Berufsethos scheint historisch gegeben und durch den gesellschaftlichen Wandel einer steten normativen Umformulierung unterworfen zu sein. Dies geht auch aus den Unterlagen und Vorgaben des Weltärztebund seit 1948⁴³ (vgl. WMA 2022) hervor. Die Leistung des Berufsethos ist in seiner Rahmen- und Wegweiserfunktion zu verorten. Ein Wegweiser, der noch basaler erscheint, ist die Sprache.

3.3 Die Sprache

Unter Zuhilfenahme von Ludwig Wittgensteins philosophischer Arbeit ergibt sich eine weitere ganz besondere Konstellation in Bezug auf das ärztliche Ethos, die belegt, dass das ärztliche Ethos eine noch basälere Instabilität in sich trägt und die Etablierung des ärztlichen Ethos schon allein aus diesem Grund Schwierigkeiten aufweist. Darin ist auch zu erkennen, dass Wege für eine mögliche negative Entwicklung des ärztlichen Ethos im ethisch-moralischen Sinne jederzeit offen stehen.

Es ist daher nochmals erforderlich, den hippokratischen Eid unter Zuhilfenahme von Wittgensteins Betrachtungen einerseits als Regel mit bestimmten Strukturen, andererseits als ein Stück Sprache zu betrachten.

⁴²Der soziokulturelle Kontext soll an dieser Stelle nicht tiefgreifend behandelt werden, doch sei erwähnt, dass ein historischer Rückblick in die NS-Zeit deutlich machen kann, wie Normen, die aus dem soziokulturellen Kontext heraus entstehen, auch das ärztliche Handeln beeinflusst haben.

⁴³Weltärzteverband Umformulierungen der Vorgaben 1948-2006.

Das Stück Sprache präsentiert bestimmte Grenzen, die man nicht eindeutiger beschreiben kann, als Ludwig Wittgenstein es getan hat, indem er meinte, „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt.“ (Wittgenstein 2022, TLP 5.6). Damit präsentiert sich auch der hippokratische Eid im Sinne eines Stücks Sprache als Grenze des Denkhorizontes des Arztes. So bilden der hippokratische Eid und auch seine Nachfolger ein Gedankengebäude, das in eine *erwünschte* oder auch *unerwünschte* Richtung in Bezug auf das ärztliche Ethos weist, je nachdem, ob eine tugendhafte oder eine unsittliche Richtung darin festgelegt wird.

Betrachtet man den hippokratischen Eid als Regel, ist die Frage danach zu stellen, ob diese Regel tatsächlich eine Norm für das ärztliche Ethos darstellt. Doch was hat es nach Wittgenstein mit einer Regel auf sich, ist hier, um meine These zu stützen, eine erweiterte Instabilität oder sogar ein Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos zu erkennen? Im Tractatus logico-philosophicus vertritt Wittgenstein eine Autonomie der Regeln. „An unseren Notationen ist zwar etwas willkürlich, aber das ist nicht willkürlich: Dass, wenn wir etwas willkürlich bestimmt haben, dann etwas anderes der Fall sein muss.“ (Wittgenstein 2022, TLP 3.342). Damit setzt sich Wittgenstein jedoch der möglichen Kritik aus, dass bei einer Entscheidung der Regel über Korrektheit oder Inkorrektheit jede Anwendungssituation zuerst genau zu definieren ist, wenn der Regel gefolgt werden soll. Wenn dies gelänge, würde dies genau das Gegenteil meiner These bedeuten und die Autonomie der Regel stützen. In den Philosophischen Untersuchungen geht Wittgenstein aber einen anderen Weg und argumentiert, dass eine Regel, wenn sie nicht in Gebrauch ist, ihre funktionelle Wirkung nicht entfalten kann. Es schwebt ihm damit zwar eine bestimmte Verwendung der Regel vor, im Sinne eines *psychologischen Zwanges* (vgl. Puhl 2010, 120, 130), doch er präsentiert diesen psychologischen Zwang abgeschwächt und meint, „Und das Wesentliche ist nun, daß wir sehen, daß uns das Gleiche beim Hören des Wortes vorschweben, und seine Anwendung doch eine andere sein kann. Und hat es dann beide Male die *gleiche* Bedeutung? Ich glaube, das werden wir verneinen.“ (Wittgenstein 1967, PU 140). Die Wirkmächtigkeit der Regel liegt in diesem Satz verborgen, denn Wittgenstein lässt sein logisches Vorgehen beiseite und verpackt die vorherige logische Autonomie der Regel nur mehr in einer Art *Andenken*, in welche Richtung die Regel gehen könnte. Dies allein würde schon reichen, der Regel Instabilität zu unterstellen, denn es stehen alle Wege offen, die Regel kann nur als Leitlinie verstanden werden. Klaus Puhl nennt Regeln Wegweiser, die aber ihre Wirksamkeit nur entfalten können, wenn es die Praxis des Sich-nach-Wegweisern-

Richtens gibt (vgl. Puhl 2010, 140). Diese Praxis ist mit der Anwendung gemeint, die für Wittgenstein in den Philosophischen Untersuchungen ein zentrales Element darstellt. Hier ist zu erkennen, dass Regeln-folgen eine Praxis (vgl. Wittgenstein 1967, PU 202) darstellt, die in meiner Lesart von Wittgensteins Werken in einem soziokulturellen Kontext verortet ist und eingeübt werden muss, um ihre Funktionalität zu entfalten. Das bedeutet, dass erst die gewohnte, eingeübte Praxis die Regel konstituiert, und um ihre Funktionalität zu festigen, auch nach Regelmäßigkeit verlangt (vgl. Wittgenstein 1967, PU 199).

Eine ganz entscheidende Bedeutung dessen für den hippokratischen Eid stellt die Betrachtung des Eides in seiner Bedeutung als Regel dar. Wenn eine Regel einen Wegweiser darstellt, kann der Wegweiser in eine Richtung zeigen, doch auch in eine andere. „Die Sprache ist ein Labyrinth von Wegen. Du kommst von *einer* Seite und kennst dich aus; du kommst von einer anderen zur selben Stelle, und kennst dich nicht mehr aus.“ (Wittgenstein 1967, PU 203). Oft wird auch der Fall eintreten, dass nicht genau ersichtlich ist, wohin der Wegweiser zeigt. Die Anwendung einer Regel ist das Wichtige, nicht ihr Ausdruck. Dies bedeutet für den hippokratischen Eid zusammengefasst, dass er als Regel und auch als ein Stück Sprache zu betrachten ist.

Vor allem ist hier zu erkennen, dass der Arzt neuerlich eine wesentliche Rolle im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos innehat. Das Denken des Individuums Arzt und seine Sprache bilden eine Einheit und bedingen sich gegenseitig. Damit mutiert der hippokratische Eid zu einem Denkmuster des Arztes, auch wenn dieses soziokulturell oder institutionell vorgegeben ist.

Der hippokratische Eid ist jedoch auch eine Regel, die, regelmäßig eingeübt und im Praxiskontext verortet, sich erst als Regel konstituiert. Dies bedeutet aber, dass der hippokratische Eid zwar ein Wegweiser ist, in der Praxis und damit im soziokulturellen Kontext aber erst zu dem *wird*, was man tatsächlich als Regel bezeichnen kann, wobei die soziokulturellen Kontexte entscheidend dafür sind, in welche Richtung der Wegweiser führt. Die Richtung des ärztlichen Handelns, das unterfüttert mit dem ärztlichen Ethos, von statuten geht, kann im ethisch-moralischen Kontext in jede Richtung führen, doch darf nicht vergessen werden, dass erst die Praxis den entscheidenden Schritt für die Konstitution der Regel vollzieht und die moralisch-ethische Richtung vorgibt.

Folglich lässt diese Betrachtung den Schluss zu, dass der hippokratische Eid, als besondere Regel und als eigene Form der Sprache, eine Beeinflussung durch das

Individuum Arzt selbst, aber auch durch den soziokulturellen Kontext erfährt. Somit rücken neuerlich Charakter- und Gewohnheitsaspekte des ärztlichen Ethos in den Fokus. Entscheidend ist jedoch die Konsequenz, die sich aus Wittgensteins Darstellungen ergibt. So kann der hippokratische Eid aus Sicht der Sprache nicht als begründete Regel bestätigt werden. Denn erst die jeweilige Praxis und der Arzt selbst konstituieren die Regel. Daraus ergibt sich eine erweiterte Instabilität und ein Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos. So ist das ärztliche Ethos, bedingt durch die Eidablegung, formell ohne Sprache⁴⁴ nicht vorhanden. Die Instabilität betrifft das ärztliche Ethos ganz besonders, weil die Sprache eines der Hauptwerkzeuge der Arbeit zwischen Patient und Arzt, in der Praxis darstellt. Diese Instabilität lässt nur begrenzte Möglichkeiten offen, dass sich das ärztliche Ethos unter Einbeziehung des hippokratischen Eides, zwar einer Normativität unterordnet, die möglicherweise in einem bestimmten Praxis-Kontext eine medizinethische Entscheidungsfindung zum Wohle des Patienten fördern kann. Aber auch die Normativität, mit ihrem engen Konnex zu soziokulturellen Einflüssen, kann keine länger währende Stabilität aufrecht halten. Meine primäre Feststellung, dass das ärztliche Ethos im ersten Satz des hippokratischen Eides zu erkennen ist, stimmt daher nur teilweise. In dieser Feststellung fehlte die praktische Funktionalisierung der Regel und, daher ist der einleitende Satz im hippokratischen Eid als unvollständig in Bezug auf die Etablierung des ärztlichen Ethos zu werten.

Diese Feststellung ändert sich auch nicht in Bezug auf die moderne Version des hippokratischen Eides. Das Genfer Gelöbnis wurde erstmals 1948 von der Generalversammlung des Weltärztebundes angenommen und erfuhr laufend bis ins Jahr 2017 Anpassungen und Veränderungen (vgl. WMA 1948–2017). Auch diese vielen Anpassungen und Abänderungen des hippokratischen Eides konstituieren sich erst in der Praxis und können, wie der hippokratische Eid, nie eine stabile Positionierung einnehmen, da die Einflussnahme durch die Praxis die Regel erst konstituiert und den Wegweiser für das ärztliche Ethos darstellt. Insgesamt ist die sprachliche Wegweiserfunktion im Kontext der heutigen Medizin besonders wichtig, da vor allem das Problem der Etablierung, das sich für das erwünschte ärztliche Ethos ergibt, deutlich gemacht werden kann. So rückt ganz besonders auch das Wesen der Medizin in

⁴⁴Dabei ist auch die verschriftlichte Form mitzudenken.

den Fokus, das eine besondere Neigung zur mangelnden Etablierung des ärztlichen Ethos in sich birgt.

3.4 Medizin und Patient

Bei der Betrachtung des Gegenstandes der aktuellen Medizin tritt ein Merkmal besonders in den Fokus. Die Medizin, wie wir sie heute kennen, vertechnisiert zunehmend. Ganz besonders lässt sich dies in operativen Bereichen erkennen, die in den letzten 20 Jahren einen technischen Wandel durchlebt haben, den es bis dahin nicht gab. Allen voran die endoskopische Methodik⁴⁵, die in operativen Fächern Einzug gehalten hat, ist ein Beispiel für technisch Machbares. Daher versteht sich die Medizin nicht mehr ausschließlich als Heilkunde (vgl. Ringkamp; Wittwer 2018, 11–16), gelenkt und fundiert durch und im ärztlichen Ethos. Die ehemalige Heilkunde driftet in technische, ökonomische und auch in wunschbasierte Bereiche der Medizin ab. Was technisch machbar ist und bezahlt werden kann, wird von Patienten in Ausübung ihrer Autonomie auch gewünscht. Dies ist zwar eine überspitzte Beschreibung, doch ist dies in der Realität zu beobachten. Moon Ribas, eine Aktivistin und Künstlerin ließ sich zum Beispiel einen Seismographen implantieren (vgl. Schaur-Wünsch 2017), um Erdbeben zu spüren.

Das zu bestimmende Wesen der Medizin befördert einen gesellschaftlichen Diskurs, vor allem im Kontext der wunschbasierten Medizin. Für einen Teil der Gesellschaft stellt dieses heutige Wesen der Medizin einen Verrat am ärztlichen Ethos dar (vgl. Eichinger, 2018, 42). Verrat bedeutet, dass etwas, was geheim bleiben sollte, wovon nicht gesprochen werden sollte, weitergegeben oder weitergesagt wird. Seit dem 17. Jahrhundert ist der Begriff als Treuebruch zu deuten (vgl. Pfeifer/DWDS 1993). Wenn nun ein Verrat am ärztlichen Ethos begangen wird, würde dies bedeuten, dass das ärztliche Ethos dann nicht mehr existent ist. Wenn das ärztliche Ethos als Charakterbegriff allerdings doch vorhanden ist, so ist dieser Verrat nicht möglich. Allein im Sinne eines Gewohnheitsbegriffs ist Verrat am ärztlichen Ethos möglich und durch Faktoren, wie zum Beispiel die Überökonomisierung, wird dieser befördert. Damit wird deutlich, dass nicht das Wesen der Medizin selbst das ärztliche Ethos

⁴⁵Dabei wird bei Operationen nicht mehr mittels Hautschnitt zum zu operierenden Organ vorgedrungen, sondern man bringt optische Geräte durch Minimalinzisionen in den Körper ein. Durch Arbeitskanäle, über die diese optischen Geräte verfügen, erfolgt dann die eigentliche Operation. Dieses Vorgehen verkürzt die Heilungsphase für den Patienten und bringt auch im ökonomischen Sektor Einsparungen.

beeinflusst, sondern Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Wesen der Medizin⁴⁶ stehen.

Bemerkenswert ist auch die Positionierung des Patienten, denn der Patient nimmt im Dreiecksverhältnis von Arzt-Medizin-Patient einen besonderen Platz ein. Zentralisiert im Patientenwohl, rückt die Patientenautonomie in der Gegenwart immer mehr in den Fokus. Sie beeinflusst wesentlich das erwünschte ärztliche Ethos, deren Ziel das Patientenwohl im eigentlichen Sinne ist. Nur marginal gehe ich in einigen Worten auf die Patientenautonomie ein, da sie im Wesentlichen mitgedacht werden muss und auch für das Wesen der Medizin und dessen Wandel indirekt mitverantwortlich zeichnet.

Doch welche Folgen ergeben sich daraus für das ärztliche Ethos und für die Anforderungen, die an das ärztliche Ethos gestellt werden? Denn, wie oben festgestellt, sind ärztliches Ethos und das Wesen der Medizin mit dem darin enthaltenen Ethos, im ärztlichen Handeln untrennbar verbunden. Daher sind das Wesen der Medizin und die damit ergänzend in dieser Arbeit zu fokussierende Patientenautonomie von zentraler Bedeutung.

Um die Gefahren und das Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos in den Blick zu nehmen, ist es erforderlich, das Wesen der Medizin (vgl. Ringkamp; Wittwer 2018, 13) zu definieren, denn nur so kann ein Beitrag zur Beantwortung medizinethischer Fragen sichergestellt werden, wobei die Multidisziplinarität der Untersuchung zentral erscheint. Multidisziplinarität ist deshalb erforderlich, um bei der Betrachtung des Wesens der Medizin einen Blick aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zu gewährleisten (vgl. Ringkamp, Wittwer 2018, 15). Die Wesensbestimmung der Medizin stellt vereinfacht betrachtet eine Grenzziehung zu aktuell nicht-medizinischen Bereichen dar, oder auch nur eine Aus- bzw. Eingliederung bestimmter Gegenstände aus der oder in die Medizin.

Zur besseren Verständlichkeit wird hier ein pragmatisches Vorgehen gewählt und zuerst ein Bereich des Wesens der Medizin näher beleuchtet, der die Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos anschaulich verdeutlicht. In einem zweiten Schritt bedarf es ergänzend der Untersuchung der Patientenautonomie und deren Fundierung, da das Wesen der wunschbasierten Medizin und die

⁴⁶Um das Wesen der Medizin zu beschreiben, nimmt Wittwer eine historisch-induktive Untersuchung der Medizin in den Blick, da die Festlegung, was den Bereich der Medizin umfasst, nur durch historisch-induktive Rekonstruktion festgestellt werden kann. Die Medizin erfüllte im Verlauf ihrer Geschichte verschiedene Aufgaben und wandte unterschiedliche Methoden an, um ihre Funktion zu erfüllen. (vgl. Wittwer 2018, 270; 278).

Patientenautonomie eng verbunden sind. Damit wird ersichtlich gemacht, welche Position die Ökonomie generell und die Autonomie des Patienten im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos einnehmen und wie sie einander beeinflussen.

3.4.1 Überökonomisierte und wunschbasierte Medizin

Die Untersuchung des Bereiches der wunschbasierten Medizin und ihrer Unterschiede zur kurativen Medizin macht Kettner in einer peniblen Gegenüberstellung deutlich. Matthias Kettner, als Inhaber des Lehrstuhls für Praktische Philosophie an der Universität Witten/Herdecke war es, der 2005 den Begriff der wunscherfüllenden Medizin in den medizinethischen Diskurs einführte (vgl. Kettner 2018, 23). Kettner definiert die wunscherfüllende Medizin als Praxis, die sich nicht nach einer allgemein anerkannten ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit der Patienten orientiert, sondern nach den Wünschen des Patienten (vgl. Kettner 2018, 25). Im Kern der Bestrebungen der wunschbasierten Medizin lässt sich deutlich die Zielsetzung des Enhancements verorten. „Unter dem Label ‚Human Enhancement‘ sind Methoden einer genetischen, medizinischen, neuro- und ganz allgemein technischen Optimierung des Menschen versammelt.“ (Loh 2020, 50). Enhancement geht zwar über den medizinischen Bereich hinaus und nicht jeder medizinische Kundenwunsch ist als Verbesserung zu betrachten. Dazu ist oftmals nicht definiert, was unter einer Verbesserung tatsächlich zu verstehen ist, bzw. ob dabei eine Verbesserung des Normalzustandes oder eine Therapie zu verstehen ist. Das Gegenteil tritt eigentlich ein, denn es ergeben sich weitere unklare Begriffe, wie zum Beispiel der so genannte Normalzustand, der für jeden etwas anderes bedeuten kann.

Damit tritt ein Diskurs in den Fokus, der Begriffe wie Sinn und Unsinn, Wert und Unwert und ganz besonders Begrenzungswürdigkeit und Zulässigkeit von entsprechenden Kundenwünschen thematisieren muss (vgl. Kettner 2018, 39). Ergänzend darf bei der Bestimmung ihres Wesens aber nicht vergessen werden, dass die Medizin sich immer in Wissenschaft und Praxis trennt, was den Bereich der Grenzziehung zusätzlich erschwert.

Die Gefahren, die aus der Praxis⁴⁷ auf das ärztliche Ethos einwirken, fokussiert dagegen Maio deutlich, da er die praktizierende Medizin als Dienstleistungssektor mit potenziellen Konsumenten und wunscherfüllenden Dienstleistungen benennt und zugleich auch ihre Marktorientierung deutlich macht (vgl. Maio 2017, 408). Daraus ergeben sich die Gefahren für das ärztliche Ethos, das damit nicht nur vom ökonomischen Bereich beeinflusst wird, sondern in einen Bereich abgeleitet, den Birnbacher wiederum als den Gefahrenbereich der Ökonomisierung bezeichnet (vgl. Birnbacher 2018, 223–227). Ökonomisches Vorgehen ist ein wesentlicher Bestandteil des medizinischen Handelns, doch ist mit der Gefahr, die Birnbacher fokussiert, nicht das ökonomische Vorgehen, der Umgang mit den Ressourcen zum Wohle der Patienten und der Allgemeinheit, gemeint. Es ist die Gefahr für das ärztliche Ethos gemeint, dass in einer *Überökonomisierung* in den Blick kommt. Ergänzt sei hier, dass der Begriff der *Überökonomisierung* im Gegensatz zu einem ökonomischen Vorgehen steht, welche Legitimität besitzt (vgl. Birnbacher 2018, 226).

So stellt die *Überökonomisierung*, das prompte Reagieren auf den Markt und das Eingehen auf die Kundenwünsche unter Hintanhalten jeglicher Indikationen⁴⁸, per se eine krisenhafte Situation für das ärztliche Ethos dar. Auch das ausschließlich in Gewohnheit fundierte ärztliche Ethos ist auf einem wackeligen Fundament gebaut und könnte nicht instabiler sein. Gewohnheit ist veränderlich und kann sich leicht den Markterfordernissen und Kundenwünschen anpassen. Dies bedeutet, dass das fehlende Vermögen (*dynamis*) und die mangelnde Disposition (*hexis*) eine Lücke hinterlassen, die trotz Einübung und Gewöhnung nicht gefüllt werden kann. Es mag zwar der stufenweise Erwerb des ärztlichen Ethos im Rahmen der Ausbildung in den Fokus genommen werden, doch das ärztliche Ethos erreicht seine Wirksamkeit dadurch nicht oder ist nur in Fragmenten vorhanden. Daher befindet sich das ärztliche Ethos, dem die wesentliche Fundierung im Vermögen (*dynamis*) und der Disposition (*hexis*) fehlt, in einer instabilen Position und ist nicht in der Lage, zum Wohl des Patienten zu wirken. Ergänzend versetzt das Wesen der modernen Medizin, im Kontext der *Überökonomisierung* betrachtet, das ärztliche Ethos in eine Situation der mangelnden

⁴⁷Nur ein approbierter Arzt unterliegt dem ärztlichen Ethos, ein wissenschaftlich tätiger Arzt nur während der tatsächlichen Forschungsarbeit dem wissenschaftlichen Ethos.

⁴⁸So konnte festgestellt werden, dass Diagnosen und Indikationsstellungen häufig ökonomisch mitbedingt sind und Längsschnittuntersuchungen zeigen konnten, dass Indikationen auf Änderungen der Vergütung reagieren. (vgl. Birnbacher 2018, 219, 224).

Etablierung, da die überökonomischen Faktoren die Oberhand gewinnen, wenn sie auf eine fehlende tugendhafte Basis im Individuum treffen.

Als Beispiel dafür seien die Vertragsverlängerungen für leitende Ärzte herangezogen. Diese Verträge werden unter der Bedingung eines wirtschaftlichen Erfolges neuerlich verlängert (vgl. Birnbacher 2018, 225), wobei das ärztliche Ethos kein Entscheidungskriterium für eine Vertragsverlängerung darstellt. Die überökonomisierte Herangehensweise an die Besetzung von Führungspositionen verdeutlicht die Schwerpunktsetzung im Wesen der modernen Medizin.

Die Überökonomisierung und die damit im Kontext stehenden Schlagworte, wie *Diagnosen-Tuning*⁴⁹, *Verkrankung*⁵⁰ und *cash-cows*⁵¹ sind besonders in den Blick zu nehmen und lassen einen Teil der Gefahren für das ärztliche Ethos erkennen. Diese Phänomene stellen insofern ein Novum dar, als das Patientenwohl nicht mehr als Primat betrachtet wird, sondern ökonomische Aspekte aus Eigennutz in den Vordergrund treten. Damit verliert das ärztliche Ethos sein Ziel und seine Etablierung findet nicht statt. Bei genauerer Betrachtung besteht darin eigentlich ein Widerspruch, da doch die Patientenautonomie, als Bestandteil des Patientenwohls, im Zielbereich des erwünschten ärztlichen Ethos verortet ist. Die Stärkung der Autonomie des Patienten als genuine Zielsetzung des erwünschten ärztlichen Ethos führt dazu, dass das ärztliche Ethos durch das moderne Wesen der Medizin, in eine Etablierungskrise gerät. Dies bewirkt, dass das Patientenwohl, da das ärztliche Ethos nicht oder nur fragmentarisch vorhanden ist, nicht als Zielsetzung in den Blick kommt. Daraus ergibt sich der Rückschluss, dass das ärztliche Ethos durch grenzenlose Patientenautonomie indirekt der Gefahr der mangelhaften Etablierung ausgesetzt ist.

Schlussendlich wird im angeführten neuen Aspekt des Wesens der Medizin, im Bereich der wunschbasierten Medizin, deutlich, dass das ärztliche Ethos nicht nur instabil ist, sondern auch, dass es, hervorgerufen durch eine Überökonomisierung, in die Gefahr der Nicht-Etablierung abgeleitet. Damit ist nicht gesagt, dass das ärztliche Ethos im Kontext der kurativen Medizin, nicht in der Lage ist, sich zu etablieren und Lösungsvorschläge für medizinethische Fragestellungen zu liefern. Die kurative

⁴⁹Darunter versteht man das Anführen zusätzlicher Diagnosen, die in oft banalen Handlungen von Patienten fundiert sind, z.B. das wiederholte Umdrehen nach Frauen auf der Straße als Zwangsstörung zu diagnostizieren.

⁵⁰Dies bedeutet: Patienten kränker erscheinen lassen als sie sind, nur um mehr mit den Krankenkassen abrechnen zu können.

⁵¹Bezeichnung für Patienten, die besonders einfach verkrankt werden können und dementsprechend zur Geldquelle werden (vgl. Birnbacher 2018, 224, 225).

Medizin hat in ihrer Zielsetzung das Patientenwohl im Fokus. Es wird aber mit dem überökonomisierenden Faktor, der das instabile ärztliche Ethos in die Etablierungskrise stürzt, nahezu eine Zerstörung des ärztlichen Ethos bewirkt. Vor allem die Folgen in Bezug auf das ärztliche Handeln, die aus der grenzenlosen Überökonomisierung entstehen, beinhalten die größte Gefahr.

Bedenklich für das ärztliche Ethos ist allerdings die umgekehrte Reaktion: die Übernahme der entsprechenden Orientierung in die eigene Denk- und Verhaltensweise, möglicherweise so weitgehend, dass der Widerspruch zwischen ärztlichem Ethos und Orientierung an Profitabilität gar nicht mehr als solcher gespürt wird.
(Birnbacher 2018, 226)

Die Gefahr, die Birnbacher anspricht, zeigt neuerlich die fehlende tugendhafte Basis im Individuum Arzt. Bei fehlender tugendhafter Basis trifft die Überökonomisierung auf fruchtbaren Boden. So nimmt er die Gefahr der Überökonomisierung nicht nur als krisenhaft wahr, sondern denkt den Widerspruch zwischen ärztlichem Ethos und Überökonomisierung noch weiter, indem er das eigentliche Ziel und die Funktion des ärztlichen Ethos fokussiert. Er nimmt zwei für den Patienten wesentliche Funktionen des ärztlichen Ethos in den Blick. Einerseits ist das die Funktion, Vertrauen zu ermöglichen und andererseits auch die ins Wanken geratende Patientenautonomie. So ist es gegenwärtig kaum mehr möglich, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass die Handlung des Arztes durch das ärztliche Ethos gesteuert wird. Der Patient kann sich nicht sicher sein, dass die Handlungen des Arztes nicht reinem Profitdenken folgen und das ärztliche Ethos nur noch durch derzeit geltende normative Vorgaben ein geringes Maß an Stabilität erhalten. Zugleich ergeht durch die Krise des ärztlichen Ethos ein Angriff auf die Patientenautonomie, denn der Patient ist nicht mehr in der Lage zu differenzieren, ob eine Diagnose und die folgende Indikation zu einer Behandlung tatsächlich nur medizinischen Kriterien oder einer problematischen Ökonomisierung folgt (vgl. Birnbacher 2018, 226, 227). Diesen Aspekt greife ich später nochmals auf, um aufzuzeigen, dass er nur ein Aspekt ist und auch umgekehrt, ausgelöst durch eine unbegrenzte Patientenautonomie, ein Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos entsteht und einen problematischen Kreislauf in Gang setzt.

Eine andere Sichtweise auf das ärztliche Ethos und die Ökonomie präsentiert Gethmann-Seifert, indem sie die vertechnisierte Medizin und den Handlungsspielraum des Arztes untersucht. So versucht sie herauszufinden, wie diese „unheilige Allianz“ des ärztlichen Handelns und der Ökonomie, im Sinne einer Kooperation zweier praktischer Wissenschaften vollzogen wird. Die problematische Grundlegung dessen erfolgt für

Gethmann-Seifert nicht in einer Ressourcenknappheit in Kombination mit einem Einsparzwang. Als Fundament für die Krise des ärztlichen Ethos sieht sie daher nicht einen Mangel an Ressourcen in der Medizin generell, sondern einen durch die vertechnisierte, moderne Medizin erweiterten Handlungsspielraum, der den Arzt und damit auch das ärztliche Ethos vor ein Zuteilungsproblem stellt. Damit tritt eine generelle Debatte in den Blick, die sich mit Zielen und Zwecken der Zuteilungen auseinandersetzt, was die individuellen Forderungen jedes einzelnen fokussiert (vgl. Gethmann-Seifert 2011, 37–57). Für die Autorin liegt die Bedeutung des Konfliktes zwischen ärztlichem Ethos und Ökonomie nicht in einem Mangel an Tugendhaftigkeit begründet, sondern sie postuliert dagegen einen neuen Konflikt zwischen Handlungsspielraum und ökonomischen Möglichkeiten. Ob diese theoretische Evaluierung des Verhältnisses von Ökonomie und ärztlichem Ethos erfolgversprechend ist, kann aus der Praxis nicht bestätigt werden. Der Anspruch des Individuums auf eine solidarische Hilfeleistung im Kontext der Ressourcenknappheit, wie auch immer diese entsteht, positioniert sich auf *einer* Ebene. Folglich stellen sich damit ärztliches Ethos und Ökonomie wieder als Kontrahenten auf und bringen im Diskurs um die Überökonomisierung und die dadurch entstandene Krise für das ärztliche Ethos, keine weitere Erkenntnis. Gethmann-Seifert verschiebt die Problematik in einen Bereich, der sich außerhalb des ärztlichen Handelns und der Ökonomie befindet und bezeichnet ihn als *externe Realisierungsgrenze*. Denn die externe Realisierungsgrenze besteht für sie in einem Konflikt zwischen dem extrem angewachsenen ärztlichen Handlungsspielraum⁵² und der tatsächlichen ökonomischen Verwirklichung der Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Gethmann-Seifert 2011, 55).

In meiner Lesart blickt Gethmann-Seifert am Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos vorbei. Es ergibt sich daher keine Problemlösung, sondern nur eine Verschiebung der Problematik. Sie verschiebt das Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos aus dem Individuum hinaus und in die vertechnisierte Medizin hinein. Ob damit tatsächlich eine Kooperation von Ökonomie und ärztlichen Ethos erreicht werden kann, muss offen bleiben. Der Diskurs greift hier noch weiter und inkludiert Gerechtigkeit, Ungleichheit und auch gerechtfertigte Ungleichheit. Doch nicht nur das wunschbasierte Wesen der Medizin und der für das ärztliche Ethos krisenleitende Begriff der Überökonomisierung

⁵²Unter dem Begriff des Handlungsspielraums wird in diesem Kontext darauf verwiesen, dass dem Arzt durch die ständig wachsende Bandbreite der Behandlungsmöglichkeiten und ungeahnte Optionen der Behandlung offen stehen. Man denke zum Beispiel an die Reproduktionsmedizin oder auch an die technisch operativen Innovationen der letzten Jahre.

befördern den Weg des Etablierungsproblems. Auch der Lösungsvorschlag Gethmann-Seiferts im Sinne einer Problemverlagerung weg vom ärztlichen Ethos, erreicht keine effizientere Etablierung des ärztlichen Ethos, da es zu einer permanenten Rückkoppelung aus dem externen Bereich des Machbaren hin zum ärztlichen Ethos kommt und das ärztliche Ethos auch damit nicht der Krise entkommen kann. Generell kann aber gesagt werden, dass durch die Überökonomisierung die Zielsetzung des ärztlichen Ethos zerstört wird. Damit ist das Patientenwohl, als oberstes Ziel des ärztlichen Ethos, und daher auch der Patient in seiner Autonomie in Gefahr.

3.4.2 Patient und Autonomie

Die Stellung des Patienten ist im Kontext der modernen Medizin als problematisch zu bezeichnen. Problematisch deswegen, weil die Patientenautonomie einerseits einen Teil des Patientenwohls darstellt, das als Zielsetzung des ärztlichen Ethos zu betrachten ist. Andererseits aber auch, weil die Patientenautonomie in ihrer *grenzenlosen* Form ein wesentliches Element in der wunschbasierten Medizin darstellt und damit auch ein Treiber des Etablierungsproblems des ärztlichen Ethos im Rahmen der Überökonomisierung ist. Dieses Dilemma ist zu untersuchen, da das Mehr an Patientenautonomie nicht in jedem Fall eine Mehr an Patientenwohl darstellt.

Ich erinnere an dieser Stelle an die Ausführungen des deutschen Ethikrates, der das *Patientenwohl* aus unterschiedlichen Blickwinkeln definiert, damit die erwünschte Richtung des ärztlichen Handelns deutlich wird. Der deutsche Ethikrat hat das Patientenwohl an drei wesentlichen Faktoren festgemacht, die man als Trias des Patientenwohls bezeichnen kann: Erstens an der Patientenautonomie, zweitens an der Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität, die auch den Anspruch der Patienten auf eine Behandlung nach aktuellem medizinischen Standard einschließt. Drittens gehört zum Patientenwohl die Gewährleistung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit (Deutscher Ethikrat 2016, 37–58). Da es den Umfang der vorliegenden Arbeit überschreiten würde, wird die Patientenautonomie nur angedeutet dargestellt, einerseits in der Fundierung und andererseits in der Auswirkung auf das ärztliche Ethos.

Die Grundlegung der Autonomie führt zuerst in eine Richtung, die in Kantischer Tradition steht. Kant postuliert den vernünftigen Willen als einen selbstgesetzgebenden Willen und zugleich als oberstes Prinzip der Sittlichkeit und benennt die Autonomie, im ursprünglichen Sinne von *autos* und *nomos* (Selbst und Gesetz). So spricht er davon,

“[...], daß das gedachte Prinzip der Autonomie das alleinige Prinzip der Moral sei [...]“ (Kant GMS BA 88) Darin ist das Grundlegende seiner Konzeption zu erkennen, wobei er dieses alleinige Prinzip noch näher bestimmt und im Kategorischen Imperativ festhält, zugleich aber einschränkt und auch diesen der Autonomie unterstellt. Kant konzentriert sich hier auf nur zwei wesentliche Bestandteile seines Denkens, einerseits auf die Vernunft, andererseits auf die Handlungsfähigkeit des moralischen Subjekts. Diese Lückenhaftigkeit und das erhebliche Exklusionspotential des Kantischen Konzepts nimmt Thomas Gutmann, aus rechtsphilosophischer Sicht in den Blick. Er selbst stellt sich in die Kantischer Tradition, sieht aber deren Grundlegung durch Kant als zu wenig inklusiv (vgl. Gutmann 2010, 3). Gutmann bewertet Kants Darlegung im Sinne einer ausschließenden Moral, die einem Menschen im Wachkoma keine Autonomie zuordnen würde, weil dieser Mensch der Vernunft und einer moralischen Handlungsweise verlustig ist (vgl. Gutmann 2010, 7). Gutmann geht weiter und zieht zum Vergleich auch Weiterentwicklungen des Kantischen Gedankens heran, um festzustellen, ob das Exklusivitätspotential abgelegt werden konnte. Dazu untersucht er Habermas' Diskursethik,⁵³ die eine Weiterentwicklung des Kantischen Konzeptes im Sinne der Dialogizität darstellt. Nun verhält es sich aber so, dass auch bei Habermas die Rechtfertigung der eigenen Handlungen nur vor und an der Vernunft des anderen, nämlich des konkreten wie des generalisierten anderen zu rechtfertigen ist. Das heißt, dass auch bei dieser Weiterentwicklung in Gestalt der Dialogizität oder mit dem Eintritt des anderen in das Wertesystem die Position Kants nicht verlassen wird und die Vernunft als Grundlage weiterhin wirksam ist. Vernunft gilt hier als Prämisse, die bei dem anderen vorausgesetzt werden muss, um die Sinnhaftigkeit des Diskurses zu gewährleisten und die Anerkennung und Gültigkeit von Normen zu sichern (vgl. Gutmann 2010, 9, 10). Auch bei Habermas müssen die am Diskurs Beteiligten die Grundvoraussetzung des normativ zurechnungsfähigen Handelns erfüllen, denn ohne diese Zuschreibung sind eine sinnvolle Teilnahme am Diskurs und die Erfüllung einer Rolle im Diskurs nicht möglich (vgl. Habermas 1988, 67–78). Das Beispiel der Wachkomapatienten zeigt die Schwierigkeiten der Begrifflichkeit der Autonomie auf, da es durch eine enge Bindung an die Vernunftfähigkeit zum Ausschluss doch eines beachtlichen Kreises von Menschen führt.

⁵³Auf die vollständige Darlegung der Diskursethik von Habermas wird hier verzichtet, da dies den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

Schlussendlich lässt die Fundierung der Autonomie bei Kant, Gutmann oder auch Habermas meiner Ansicht nach deutlich erkennen, dass Vernunft den zentralen Faktor der Autonomie darstellt und so die Autonomie in ihrer grundlegenden Bedeutung formt. Für das ärztliche Ethos ergibt sich daraus, dass die Patientenautonomie grundsätzlich in einem vernunftbegabten Menschen zu verorten ist, wenn man von Gutmanns Lücken absieht. Daher ist auch davon auszugehen, dass der vernunftbegabte Patient an seinem eigenen Wohl interessiert ist. Dies bedeutet, dass der Patient autonom entscheiden möchte, dass die Qualität seiner Versorgung gewährleistet ist, er Zugang zu Versorgung hat und diese auch gerecht erfolgt. So ist das Patientenwohl im Sinne eines gemeinsamen Gutes des Patienten und des Arztes in den Blick zu nehmen. Das Patientenwohl stellt ein „shared good“ da, doch der Effekt, der indirekt bei der Stützung dieses „shared good“ entsteht, kann negative Auswirkungen auf das ärztliche Ethos haben. Denn ein Mehr an Patientenautonomie als Teil des Patientenwohl bedeutet eine Zunahme der wunschbasierten Medizin, ein Ansteigen der Überökonomisierung und folglich ein Etablierungsproblem für das ärztliche Ethos. Die Zielsetzung des Patientenwohls gerät dabei aus dem Blick. Damit würde der vernunftbegabte Patient zumindest teilweise gegen sein eigenes Wohl handeln. Doch nicht nur die Patientenautonomie scheint ein wesentlicher Faktor im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos zu sein.

Die mangelhafte Etablierung ist nicht nur aus Patientensicht zu fokussieren, sondern noch weiter zu fassen. Dies ist erforderlich, um Lösungsstrategien aufzuzeigen und das Etablierungsproblem abzuschwächen oder gänzlich zu verhindern. Ob das Recht zur Stützung des ärztlichen Ethos beitragen kann, oder sogar einen Lösungsansatz zur Beseitigung der Etablierungsproblematik darstellt, ist noch offen.

3.5 Recht und Gesellschaft

Mit dem Fokus auf das Recht wird der Kreis zur Gesellschaft geschlossen, denn neben der Überökonomisierung stellt der Pluralismus in unserer Gesellschaft (vgl. Birnbacher 2018, 229) eine weitere Gefahr im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos dar. Der Blick soll damit auf eine Krise gelenkt werden, die in der Diversität der Gesellschaft und zugleich in der Unerfüllbarkeit von Kundenwünschen liegt. Denn unsere plural strukturierte Gesellschaft stellt multiple, unterschiedliche und widersprüchliche Ansprüche an Ärzte und damit an das ärztliche Ethos. Die daraus entstehende Gefahr für das ärztliche Ethos besteht darin, durch die unterschiedlichen Wünsche der Kunden

an der Leine geführt zu werden. *Das an der Leine geführt werden* bedeutet nicht nur Abhängigkeit, sondern auch Manipulation in die jeweils gewünschte Richtung, welche durch den Kunden erfolgt. Doch nicht alles ist durch die plurale Gesellschaft einforderbar, denn das Recht stellt ein wesentliches gesellschaftliches Regulativ in der Interaktion zwischen Arzt und Kunden oder auch Patienten dar. Damit ist die Rolle des Rechts zu erkennen. Das Recht stellt eine Minimalvorgabe dar, die keinen direkten Bezug zum ärztlichen Ethos hat, doch einen Rahmen vorgibt.

Birnbacher positioniert das Recht in einem Dreieck mit Gesellschaft und Ärzteschaft, und bezeichnet das ärztliche Ethos als wandelbares Konstrukt, das unter dem Einfluss dieser externen Faktoren steht (vgl. Birnbacher 2018, 232). Dies unterstreicht die Instabilität und zugleich auch die Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos. Die Ärzteschaft selbst ist im Inneren uneinheitlich strukturiert und zugleich trägt sie durch ihre unterschiedlichen Fachgebiete und Intentionen⁵⁴ keine Konstante in sich. „So etwas wie ein schlechthin vorgegebenes, ärztliches ‚Telos‘ gibt es nicht und kann es nicht geben. Das ‚Telos‘ des Arztes unterliegt der Veränderung, weil es derselben gesellschaftlichen und kulturellen Dynamik unterworfen ist wie die moralische Norm insgesamt.“ (Birnbacher 2018, 228). Was Dieter Birnbacher genau unter dem Telos versteht, definiert er nicht, doch fokussiert er die Instabilität des Telos, die bedingt durch die Forderungshaltung der pluralen Gesellschaft entsteht. Ergänzend sei zum Telos angeführt, dass ein instabiles Telos auch ein instabiles ärztliches Ethos in den Blick rücken lässt. Der kulturelle Pluralismus (vgl. Birnbacher 2018, 229) mit seinen unterschiedlichen Lebenswelten bedingt andere Forderungen an die Ärzteschaft, denn die Wertvorstellungen der Patienten und Kunden könnten unterschiedlicher nicht sein. Dies eröffnet auch den Weg vom Paternalismus weg und hin zu einer gestärkten Patientenautonomie, welcher grundsätzlich positiv zu bewerten ist, wobei immer mitgedacht werden muss, dass eine alleinige Übernahme der Entscheidung durch den Patienten oder Kunden zwar die Hintanhaltung des Paternalismus bedeutet, aber zugleich auch den direkten Weg hin zu einer ausschließlich wunschbasierten Medizin darstellt, welche das ärztliche Ethos destabilisiert. Damit besteht durch die Patientenautonomie eine indirekte Gefahr für die Etablierung des ärztlichen Ethos. Dieses Ergebnis war zunächst nicht zu erwarten, da die Patientenautonomie eine

⁵⁴Hier seien beispielhaft nicht nur der Generationenkonflikt, sondern auch die divergierenden Ansichten innerhalb der Ärzteschaft erwähnt, die traditionsverhaftete oder progressive Positionierungen zum ärztlichen Ethos präsentieren. (vgl. Birnbacher 2018, 230).

positive Konnotation aufweist und in der Zielsetzung des ärztlichen Ethos vorhanden ist. Indirekt, über den Umweg über die Patientenautonomie, verhindert das ärztliche Ethos seine Etablierung damit jedoch selbst.

Ob externe Faktoren, wie das Recht, die Gesetze und Normen, eine Stützung des ärztlichen Ethos leisten können, ist näher zu betrachten: Führen doch Regeln und deren Anerkennung im positiven Sinne betrachtet zu Stabilisierungen. Eine Flut an Gesetzen, wie konkret zum Beispiel beim Fortpflanzungsmedizin-Gesetz, beim Patientenverfügungs-Gesetz, und auch im Erwachsenenschutz-Gesetz (vgl. RIS des BKA 2019) zu erkennen ist, birgt das Problem eines Übermaßes an Regeln. Was nicht normativ reguliert ist, gerät in den Fokus des Unethischen und ist folglich mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar: „[...] gut ist, was juristisch erlaubt ist [...].“ (Schlögel 2016, 577). Recht und Moral agieren jedoch auf unterschiedlichen Ebenen. Recht kann sich immer nur so präsentieren, als ob es moralisch wäre, denn seine Durchsetzung beruht auf Zwang, da bei Nichteinhaltung mit Konsequenzen zu rechnen ist. Diese Grundlage des Rechts beinhaltet damit einen Widerspruch zu Moral, denn Moral als gesellschaftliche Bestrebung präsentiert sich ohne festgeschriebene Konsequenzen. Dadurch wird ersichtlich, dass Recht und ärztliches Ethos bestenfalls in einer Verschränkung existieren und damit auch Einfluss aufeinander nehmen können. Georg Jellinek ordnet das Recht in einer klassischen Definition als ethisches Minimum ein: „[...] das Minimum sittlicher Lebensbetätigung und Gesinnung, welches von den Gesellschaftsgliedern gefordert wird.“ (Jellinek 1908, 45). Auch dies zeigt die angesprochene Verschränkung von Recht und ärztlichem Ethos. Nur dort wo es zu seiner sozialen Akzeptanz kommt, erlangt das Recht seine tatsächliche moralische Wirksamkeit. Es ist aus dem Blickwinkel der Ärzteschaft verständlich, dass im Kontext der Behandlung von Patienten, ein gewisser rechtlicher Rahmen zur Absicherung des ärztlichen Handelns vorgegeben sein muss. Ärzte brauchen bei ihrer Heilbehandlung eine unterstützende normative Seite, die ihnen abnimmt, jedes Mal von neuem über ihre Vorgehensweisen zu reflektieren. Doch die allgemeine Gefahr, die dem Recht innewohnt, liegt in der Uneinheitlichkeit soziokultureller Kontexte und ihrer unterschiedlichen Gesetzgebung, daher tritt damit die Frage auf, welche Norm nun die „gerechte und gute“ Norm ist, nach der sich das ärztliche Ethos zu richten hat. So ist ein Dilemma vorprogrammiert. Auch sind Normen, die keine Sanktionen bedingen, nicht effizient, um ein geordnetes Gesellschaftssystem aufrecht zu halten. Der heutige Zeitgeist, betrachtet man etwa die Corona Krise, zeigt einen neuen Umgang mit

normativen Systemen. Es geht heute häufig darum, normative Systeme zu umgehen und Lücken⁵⁵ zu finden. Damit präsentiert sich eine Kultur des Hinterfragens, welche eine Instabilität des normativen Systems aufzeigt. Gesetzeslücken öffnen das Tor für die Umgehung der Gesetze. Dies kann als Beispiel für in der Gesellschaft *nicht angekommene* Normen in den Blick genommen werden.

Das Recht kann in diesem Dreieck mit Ärzteschaft und Gesellschaft im Kontext des ärztlichen Ethos eine stützende Funktion einnehmen bzw. einen Minimalrahmen vorgeben. Im Rückgriff auf Jellineks sozialrechtliche Sichtweise gelingt auch der Aufweis einer gegenseitigen Beeinflussung, die erforderlich scheint, um dem Recht überhaupt zu seiner Durchsetzung im ethischen Sinne zu verhelfen. Normativer Zwang und Sanktionen reichen nicht aus, um das Recht in einem ethischen Licht zu positionieren.

Daraus folgt, dass die Handlungen des Arztes, sollten sie ausschließlich normativ fundiert sein, keine ethische Relevanz haben und in keinem Etablierungskontext für das ärztliche Ethos stehen. Einzuwenden ist, dass das Recht zumindest einen gesellschaftlichen ethischen Minimalkonsens in den Blick nimmt. Sind die ärztlichen Handlungen jedoch getragen vom Vermögen (*dynamis*) ein ärztliches Ethos zu leben, unter Miteinbeziehung der Disposition (*hexis*) und Vernunft (*ratio*), so ist dem Recht eine stützende Funktion für das ärztliche Ethos zuzuweisen. Diese Verschränkung von Recht und ärztlichem Ethos kann so als ein stabilisierender Faktor in den Blick genommen werden, um das ärztliche Ethos in eine erwünschte⁵⁶ Richtung zu lenken. Doch auch andere wesentliche Faktoren, die außerhalb des normativen Bereiches liegen, haben die Potenz eine Abmilderung der Instabilität des ärztlichen Ethos zu erzielen.

3.6 Abmilderung des Etablierungsproblems

Abseits des Normativen geraten in diesem Kontext Begrifflichkeiten wie „Gewissen“ und „Vertrauen“ und mit diesen Begrifflichkeiten auch neuerlich Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*) in den Fokus. Wie die Disposition (*hexis*) dem ärztlichen Ethos zu einer Stabilisierung und Neupositionierung verhelfen kann, ist jetzt zu klären. Dabei wird mit der Neupositionierung eine Verschiebung hin zu einem *erwünschten* ärztlichen Ethos in den Blick genommen. *Erwünscht* zu sagen, bedeutet auch eine

⁵⁵Aktuelles Beispiel für die Lückenhaftigkeit einzelner Gesetze und deren Umgehungversuchen in der Praxis: Verordnung zur Hintanhaltung von Covid-19 Infektionen (vgl. RIS COVID-19-Basismaßnahmenverordnung).

⁵⁶An dieser Stelle möchte ich nochmals darauf verweisen, dass *erwünscht* im Kontext des ärztlichen Ethos immer auf das ärztliche Ethos verweist, dass das Wohl des Patienten im Blick hat.

instabile Fundierung, denn eine Gruppe wünscht dies, die andere Gruppe das. So wünscht eine Gruppe von Patienten ein ärztliches Ethos, das ihr Wohl im Blick hat. Eine andere Gruppe von Patienten wünscht ein ärztliches Ethos, das bedingungslos der Patientenautonomie gehorcht. Ich widme mich hier der Untersuchung des ärztlichen Ethos, das ein Abrücken von eigennützigen ärztlichen Handlungen darstellt und nur dem Patientenwohl verpflichtet ist.

Dabei untersuche ich grundsätzlich, ob es Faktoren gibt, die eine Abmilderung des Etablierungsproblems des ärztlichen Ethos bewirken können. So stellt sich die Frage, ob es Gegenfaktoren zu Überökonomisierung und der ausufernden Patientenautonomie gibt, die das ärztliche Ethos, sofern es als Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) im Arzt vorhanden ist, hin zu einer *erwünschten* Funktionalität verschieben können? Geeignete Kandidaten für diese Funktion scheinen Gewissen, Vertrauen und Tugend zu sein, die ich einer Evaluation im Kontext der erwünschten Funktionalität des ärztlichen Ethos unterziehe. Gewissen, Vertrauen und Tugend könnten die durch die mangelnde Etablierung des ärztlichen Ethos entstandene Lücke zwischen Patient und Arzt schließen.

3.6.1 Gewissen

Die innere Haltung des Individuums Arzt kann als Regulativ zu einer *erwünschten* Entwicklung des ärztlichen Ethos beitragen. Das Gewissen scheint als Kandidat für eine ergänzende Abmilderung des Etablierungsproblems des ärztlichen Ethos in Frage zu kommen, wenngleich es heute nicht mehr zeitgemäß zu sein scheint, davon zu sprechen. „Das alte Bedeutungsfeld von Gewissen reicht damit vom normativ allgemeinen Wissen und vom Mitwissen eines äußeren und inneren Richters bis zu eigener Einsicht in Wohl- oder Fehlverhalten, Werturteil, Selbstbeurteilung und –anklage.“ (sic!) (H. B. Gerl-Falkovitz 2013, 106). Besonders interessant an der Darstellung des Gewissens, durch Gerl-Falkovitz, ist ihre interdisziplinäre und historisch-rekonstruktive Herangehensweise. Im Zentrum steht für sie eine anthropologische Fundierung des Gewissens als eine innere Instanz und das lässt das Gewissen im Kontext von *das Gute* in den Blick kommen. Das Gewissen ist als Leistung festzumachen, wobei die Leistung darin besteht, eine bestimmte Disposition (*hexis*) zwischen einem Wert und einer Handlung einzunehmen (vgl. Gerl-Falkovitz 2013, 114). „Das bedeutet ein geschmeidiges Erfassen der Situation im Lichte des Guten.“ (Gerl-Falkovitz 2013, 115). Diese Feststellung der Autorin erfasst das Fundament des Gewissens als das Gute. Das

schlechte Gewissen zählt in diesem Kontext dazu, denn auch dieses ergibt sich erst aus dem Konzept des *guten Gewissens*. Dabei stellt sich aber die Frage, woher *das Gute* stammt. Gerl-Falkovitz beleuchtet *das Gute* in ihrer historischen Spurensuche aus unterschiedlichen Perspektiven, in einem religiösen und auch kulturellen Sinne (vgl. Gerl-Falkovitz 2013, 114, 115), wobei jedoch der zeitliche Faktor einen besonderen Stellenwert einnimmt und für das ärztliche Ethos eine Bedeutung hat. Das Gewissen erfasst eine Situation, wie oben beschrieben, doch dabei handelt es sich nicht um ein einmaliges, singuläres Aufflackern einer Disposition (*hexis*). In meiner Sichtweise bringt die Disposition (*hexis*), sich immer neu und doch gleich ein, unaufhörlich und immer wieder, im Sinne eines iterativen Vorganges. Damit wird ersichtlich, dass nicht nur negative iterative Vorgänge, wie zum Beispiel die Wiederholung von *hate speech* etwas bewirken können, sondern Iteration auch positiv genutzt werden kann. Das bedeutet, dass eine Orientierung hin *zum Guten* und die damit verbundene zeitliche Kontextualisierung des Gewissens einen anhaltenden Effekt zur Stützung des *erwünschten* ärztlichen Ethos und der Abmilderung der Etablierungsproblematik darstellen.

Als Gegenargument, das ein Mehr an Instabilität einbringt, kann angeführt werden, dass das Gewissen eine Repräsentation dessen darstellt, was durch Normen vorgegeben wird und zugleich daraus das individuelle Gewissen entsteht. Dies bedeutet eine Mischung soziokultureller mit individuellen Zusammenhängen. Eben dieses Argument gegen die Abmilderung des Etablierungsproblems stellt im Grunde aber eine Möglichkeit für ein Mehr an Stabilisierung dar. Wie bei den inklusiven Ethiken ergibt sich daraus ein breiterer Schutzschirm gegen das *unerwünschte* ärztliche Ethos, im Sinne eines mehrsäuligen Modells. Mehrsäulig deshalb, da das Gewissen einerseits durch normative Vorgaben, andererseits auch durch die generelle Hinwendung und Kontextualisierung mit dem Guten im zeitlichen Verlauf eine Stabilisierung erfährt.

Dabei lässt sich jedoch erkennen, dass dem Gewissen als innere Instanz nicht die Macht zu einer tatsächlichen Stabilisierung der Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos zugewiesen werden kann, da die Instabilität des Gewissens als beeinflussbare, inneren Instanz präsent ist, einerseits durch den Einfluss des soziokulturellen Kontextes, andererseits auch mit der Vorgabe von gesetzlichen Regelungen.

3.6.2 Vertrauen

Auch das Vertrauen, das Patienten ihren Ärzten entgegen bringen, spiegelt Gerl-Falkovitz's Kontextualisierung des Gewissens mit dem Begriff des „Guten“ wieder. Das Vertrauen basiert auf der bedingungslosen Annahme der Patienten, dass Ärzte immer zum Wohle ihrer Patienten handeln. So soll das Ziel des ärztlichen Ethos erreicht werden. Doch was verbirgt sich hinter dem Begriff des Vertrauens genau? Anette Baiers⁵⁷ Betrachtung zum Vertrauen zeigt die Säulen des Vertrauens auf. Die mittlerweile verstorbene Professorin war international als Moralphilosophin anerkannt und leitete die philosophische Fakultät an der Universität von Pittsburgh. Einerseits definiert sie das Urvertrauen als einen wichtigen Bestandteil des Vertrauens, wobei sie ergänzend die non-verbale Kommunikation mit einbezieht (vgl. Baier 1991, 167, 168), andererseits erkennt sie im Vertrauen auch eine Leistung des Individuums, nämlich eine Verzichtleistung (vgl. Baier 1991, 144, 145). Diese Verzichtleistung ist im Sinne der völligen Aufgabe des Eigenschutzes zu definieren. So legt der Patient sein Leben in die Hände seines Arztes. Wie kann der Patient dem Arzt allerdings Glauben schenken, dass er ihn nicht verletzt bzw. wohlwollend behandelt? Eben darin ist dieser enorme Verzicht zu verorten. (vgl. Baier 1991, 170).

In der Verzichtleistung des Patienten allein kann jedoch noch keine Beeinflussung der Vertrauenspraxis liegen. Hartmann⁵⁸ vergleicht daher das Vertrauen mit dem Klima⁵⁹, das ist ein interessanter ergänzender Ansatz, um das Vertrauen als möglichen Abmilderungsfaktor im Etablierungsprozess des ärztlichen Ethos zu untersuchen. Martin Hartmann, Professor für Philosophie an der Universität von Luzern mit Hauptforschungsschwerpunkt auf Theorien des Vertrauens, nimmt die Gemeinsamkeit als wichtiges Element, denn das Klima des Vertrauens betrifft alle, man kann der Gemeinsamkeit nicht entinnen. Auch dem Klima auf der Erde können die Menschen nicht entinnen, auch dieses stellt eine Gemeinsamkeit aller Menschen dar. Auch verweist Hartmann auf den affektiven Einfluss des Klimas, der oft unbewusst abläuft. Das Vertrauensklima scheint für Hartmann bei einem Großteil für Menschen nicht beeinflussbar und der Mensch damit doch eher ein Spielball unwillkürlicher Affektionen, in diesem Kontext zu sein (vgl. Hartmann 2011, 198).

⁵⁷A. Baier: <https://www.utimes.pitt.edu/archives/?p=23544> [Zugriff 15.11.2022].

⁵⁸M. Hartmann: <https://www.unilu.ch/fakultaeten/ksf/institute/philosophisches-seminar/mitarbeitende/martin-hartmann/#tab=c4478> [Zugriff 16.11.2022].

⁵⁹Damit ist tatsächlich das Klima als Umweltbegriff gemeint.

Hartmann bringt trotzdem noch Hoffnung auf eine Beeinflussung ins Spiel und meint: „Dieser Einfluss mag verschwindend gering sein, trotzdem ist er da.“ (Hartmann 2011, 297, 298). Es existiert eine Möglichkeit der Einflussnahme auf Praktiken des Vertrauens. Vertrauen wird gemacht und ist nicht einfach vorhanden (vgl. Hartmann 2011, 299). Hartmann sucht nach der Gemeinsamkeit, die allen Vertrauenspraktiken inne ist und findet die Gemeinsamkeit im *Gut*. Im Kontext des ärztlichen Ethos stellt das Patientenwohl diese gemeinsame Gut dar: Das Patientenwohl als Zielsetzung des ärztlichen Ethos, als Gut der gemeinsamen Sorge, als Gemeinsamkeit zwischen Arzt und Patient. Dies impliziert nicht automatisch, dass die Vertrauenspraxis gut ist und den geltenden Normen entspricht, dies macht er am Beispiel der Mafia deutlich. Institutionen, welcher Art auch immer, mögen zwar den Einzelpersonen Stabilitätsarbeit abnehmen, sind deswegen aber nicht gleich gut (vgl. Hartmann 2011, 302). Doch was ist eine *gute* Vertrauenspraxis? Für Hartmann bezieht sich die *gute* Vertrauenspraxis nicht auf eine intersubjektive Bewertung, sondern auf die Auswirkungen des Vertrauens, auf die Effekte, die dieses Vertrauen hat und er ergänzt hier um einen neutralen Dritten, der erst beurteilen kann, ob das Vertrauen gut ist. Aus der intersubjektiven Position mag etwas als gut erscheinen, was in Wirklichkeit nicht der Fall ist (vgl. Hartmann 2011, 303). Schlussendlich nennt Hartmann die Grundvoraussetzung für jegliche Praxis des Vertrauens: Es ist der *Rahmen*, den man ihr gibt, und in diesem wird die Erforderlichkeit des Wertes der Vertrauenswürdigkeit als Grundsatz postuliert (vgl. Hartmann 2011, 304). Nur wenn Menschen diesen Wert anerkennen und auch praktisch lebbar machen, hat die Vertrauenspraxis eine Zukunft.

Doch worin besteht hier der Konnex zum ärztlichen Ethos? Die Verzichtleistung der Patienten bedarf immer eines Gegenübers. Damit manifestiert sich ein weiterer Begriff, der deutlich macht, inwieweit der Verzicht einen Bezug zum ärztlichen Ethos aufweist. Dieser Begriff kommt als „Versprechen“ in den Blick. Der Arzt verspricht dem Patienten, dass er immer zu seinem Wohl handelt. Diese Verbindung von Verzicht des Patienten und Versprechen des Arztes etabliert im besten Fall ein gemeinsames Ziel, das Wohl des Patienten. Dies ist in Hartmanns Kontext als das gemeinsame Gut festzumachen. Diese Sorge um ein gemeinsames Gut, denn als solches ist das Wohl des Patienten zu bezeichnen, führt indirekt zu einer gegenseitigen Beeinflussung und der Schaffung eines besonderen Klimas des Vertrauens und dadurch auch zu der Möglichkeit, das ärztliche Ethos in einem *erwünschten* Bereich zu verankern. Denn erst

das Vertrauen des Patienten und das Versprechen des Arztes bilden gemeinsam den Schutzschild, der das *unerwünschte* Ethos abmildert oder ganz verhindert.

Dies bedeutet, dass durch das Vertrauen, dass der Patient hat oder entwickelt, auch eine Abmilderung des unerwünschten ärztlichen Ethos hin zu einer Etablierung der erwünschten Funktionalität in den Blick kommt, um ein gemeinsames Klima des Vertrauens zu ermöglichen. Ob der Patient dem Arzt vertraut, wenn dieser nicht zum Wohl des Patienten handelt, oder auch, wenn der Patient nur diesen Eindruck hat, darf bezweifelt werden. Daher ist jetzt ein Blick in die Richtung des tugendhaften Handelns zu werfen und es sind noch weitere Möglichkeiten der Etablierung zu untersuchen.

3.6.3 Tugend

Ob tugendhaftes Handeln ein Erfordernis in der stabilen Etablierung des ärztlichen Ethos darstellt, wird ergänzend untersucht. Damit stellt sich auch die Frage, ob ohne tugendhaftes Handeln überhaupt eine Etablierung des ärztlichen Ethos möglich ist, oder ob die Tugend in Kombination mit Gewissen und Vertrauen, als dreisäuliges Modell, die Etablierung des erwünschten ärztlichen Ethos gewährleisten kann.

Es soll mit diesem Kapitel keine ausführliche Abhandlung über die Seele entstehen, doch ist eine nähere Beschreibung der antiken Vorstellung der Seele erforderlich, da dies für die weitere Untersuchung des ärztlichen Ethos hilfreich erscheint. Die Seele wird aus aristotelischer Sicht beleuchtet werden, um dem grundlegenden Problem der Verortung des ärztlichen Ethos folgen zu können. Die aristotelische Seelendarstellung verweist auf Begrifflichkeiten, die einen Kreislauf zwischen dem ärztlichen Ethos als Charaktertugend und dem Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) innerhalb der Seele aufzeigen. Die Notwendigkeit dieser Fokussierung ergibt sich aus der Kraft, die mir in Vermögen (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) vorhanden scheint, um ein erwünschtes ärztliches Ethos für medizinethisches Handeln bereitzustellen. Dies wird jedoch nur ein Zwischenschritt sein, da die Erfordernisse des ärztlichen Ethos noch fundamentaler sind.

Um eine ganzheitliche Untersuchung des ärztlichen Ethos in den Blick zu nehmen, präsentiere ich anschließend einen Lösungsansatz, der dem Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos entgegenwirken wird.

Beginnen möchte ich mit der Definition der Seele, die Aristoteles in *De Anima* gibt: “Deswegen ist die Seele die erste Vollendung eines natürlichen Körpers, der dem Vermögen nach Leben hat.“ (Aristoteles, *De anima* II 1 412a 29) Die Seele ist daher

nicht eine Eigenschaft, die der lebendige Körper hat, sondern ist seine Wirklichkeit, sein Lebendig-sein. Dies fasst deutlich in den Blick, dass es Aristoteles offensichtlich um die besondere Relationalität von Körper und Seele geht. Körper und Seele erklären einander, sind eng verbunden und als Einheit zu verstehen, wobei ergänzend auch zu definieren ist, was Aristoteles mit der ersten Vollendung gemeint hat.

Eine gute Verständlichkeit des Begriffes Vollendung (*entelecheia*) wird erreicht, wenn man als *entelecheia*⁶⁰ den Moment festmacht, der zu einer Erfüllung *in seinem Ziel* gelangt (vgl. Höffe 1999, 143). Damit lässt sich feststellen, dass eine ganzheitliche Betrachtung auch im Kontext des ärztlichen Ethos erforderlich ist, da Körper und Seele nur als Einheit zu betrachten sind, was wiederum philosophisch betrachtet, Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften vereint. Es ist weder Körper noch Seele des Arztes, die für eine Etablierung des ärztlichen Ethos erforderlich sind. Es sind beide zusammen, die das ärztliche Handeln bestimmen.

Diesbezüglich sind einige weitere Vorbemerkungen erforderlich, die es erst ermöglichen, die Verortung des ärztlichen Ethos in seiner Tiefe zu erkennen und damit auch seine Komplexität. Primär nehme ich die aristotelische Erklärung der Tugend in den Blick, da das erwünschte ärztliche Ethos im Sinne einer Charaktertugend zu werten ist. Grundsätzlich trennt Aristoteles die Tugenden in Tugenden des Denkens⁶¹ (*dianoetike*) und Tugenden des Charakters⁶² (*ethike*) (vgl. Aristoteles, EN I 13 1103 a 5–10) und bezeichnet sie allgemein als Haltung oder Disposition (*hexis*) der Seele, wodurch der Mensch gut (*agathos*) wird und sein Werk (*ergon*) auf gute Weise (*eu*) erfüllt (vgl. Aristoteles, EN II 5 1106 a 22–24). Festzuhalten ist auch, dass sich die Tugenden als besondere Disposition (*hexis*) der Seele deutlich von rationalem Vermögen (*dynamis*), wissenschaftlichen Kenntnissen (*episteme*) und technischer Fertigkeit (*techne*) unterscheiden (vgl. Aristoteles, EN V 1 1129 a 11–16). Der Unterschied liegt darin, dass die Tugend kein Instrument ist, wie zum Beispiel das Wissen (*episteme*).

⁶⁰Zwei Beispiele seien angeführt: Die *Entelechie* des Beils verortet Aristoteles im Spalten des Holzes. (vgl. De anima. II, 412b 13–14). Auch führt er ein Beispiel auf Organebene an, das Auge wäre dann *hyle* (Materie) und die Sehkraft seine *Entelechie*. Wenn dies nun auf den ganzen Körper übertragen wird, so ist die Seele seine *Entelechie*. (vgl. De anima II, 412b 20–21). Ergänzend sei gesagt, dass der Begriff *entelecheia* von Aristoteles als Kunstwort in synonyme Verwendung zu *energeia* (Akt, Verwirklichung) eingeführt wurde. Die versuchte Unterscheidung durch die Richtung der *energeia*, die eher auf das *ergon* (Werk), mit der Betonung des Aktes, und der *entelecheia*, mit Betonung des Charakters eines Ziels, gelingt nicht wirklich. (vgl. Horn/Rapp 2008, 143).

⁶¹Als Beispiel: Weisheit (*sophia*), Verständigkeit (*synesis*) und Klugheit (*phronesis*) (vgl. Aristoteles, EN I 13 1103 a 5).

⁶²Als Beispiel: Großzügigkeit und Mäßigkeit (vgl. Aristoteles, EN I 13 1103 a 7).

Daher ist die Tugend immer im Kontext des Guten zu verorten und der Tugendhafte ist auch nicht in der Lage, sich dafür zu entscheiden, seine Tugend für schlechte Zwecke einzusetzen. (vgl. Rapp/Corcilius 2011, 362). Die menschliche Tugend als Disposition (*hexis*) der Seele steht allerdings in engen Verbindung mit dem Vernunftvermögen der Menschen und Aristoteles trennt daher dezidiert in Verstandestugenden und Charaktertugenden (vgl. Aristoteles, EN I 13 1103 a 5–7), Charaktertugenden (*ethike arete*) deshalb, weil dieser Teil der Seele, der durch Gewöhnung (*ethos*) verfestigt wird, als Charakter (*ethos*) bezeichnet wird (vgl. Aristoteles, EE 1220 b 1–3) und dem strebend gehorchenden Seelenteil unterliegt. Ergänzend ist hinzuzufügen: „Die Tugend ist eine Disposition (*hexis*), die sich in Vorsätzen äußert (*prohairesis*), wobei sie in der Mitte liegt, und zwar in der Mitte in Bezug auf uns, die bestimmt wird durch die Überlegung (*logos*), das heißt so, wie der Kluge (*phronimos*) sie bestimmen würde.“ (Aristoteles, EN II 6 1106 b 36–1107 a 27).

Damit lässt sich erklären, dass die Charaktertugend, modern ausgedrückt, der Entscheidungsträger für menschliche Handlungen ist. Damit ist auch das Strebevermögen aufgrund der Tugend erst in einem Zustand, der Entscheidungen ermöglicht, die in edlen Tätigkeiten resultieren können (vgl. Rapp/Corcilius 2011, 363).

Welche Schlüsse können aus dem Gesagten für das ärztliche Ethos gezogen werden? Zunächst kann das ärztliche Ethos, im Kontext eines speziellen Ethos, als in der Seele verhaftet betrachtet werden, wobei die Einflüsse, die das ärztliche Ethos antreiben oder erst zur Entstehung bringen, durch den vernünftigen Seelenteil beeinflusst sind. Dieses Erkenntnis bringt Hoffnung, da offensichtlich der vernünftige Seelenteil (*logon echon*) in seiner überlegenden und denkenden Form einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Charaktertugenden aufweist, insofern, als der strebende, gehorchende Seelenteil auf den vernünftigen Seelenteil zu hören vermag. Das bedeutet, dass das ärztliche Ethos der Vernunft unterliegt, da das Strebevermögen im Kontext der Charaktertugenden und des guten Handelns steht. Die Schwachstelle ist damit im strebenden Seelenteil zu suchen. Eine Schwachstelle nenne ich den strebenden Seelenteil deshalb, weil er manipulierbar und angreifbar ist. Denn mit dem Erwerb der Charaktertugenden geraten auch Lust (*hedone*) oder Unlust (*lype*) in den Blick (vgl. Aristoteles, EN II 2 1104 b 4–9) und dies ist eine Schwachstelle des Menschen, da er dadurch manipulierbar wird. Auch der Arzt mit seinem besonderen ärztlichen Ethos gerät in diesen Dunstkreis. Als Beispiel wurde schon die wunschbasierte Medizin besprochen, die kostenintensiv für die Patienten ist und damit auch die Befriedigung der

Lust nach Geld beim Arzt zum Thema wird. Damit besteht die Möglichkeit, dass das Strebevermögen in der Ausbildung der Charaktertugenden und dem guten Handeln versagt. So schließt sich wiederum der Kreis hin zum Vermögen (*dynamis*) im Sinne seiner Potentialität. Das Vernunftvermögen besitzt zwei Aspekte des Vermögens (*dynamis*), das Denkvermögen als leitenden Teil und das Strebevermögen als geleiteten Teil (vgl. Wolf 2017, 351). Im Sinne dieser Dualität sind die beiden Seelenteile untrennbar verbunden. Wenn es zu einem Versagen im Bereich des Strebevermögens kommt, greift die zweite Hälfte dieses Dualsystems unterstützend ein, um das gute Handeln zu stützen. So erfolgt auch eine Stützung des ärztlichen Ethos durch diesen Kreislauf innerhalb der Seele, unter der Obhut der Klugheit (*phronesis*). Damit erfolgt die Bereitstellung des Fundaments für die Ausbildung des ärztlichen Ethos im Sinne einer Leitung des Strebevermögens durch das Vernunftvermögen, was als Grundvoraussetzung für das gute Handeln in den Blick zu nehmen ist. So ist ein Fundament für medizinethische Entscheidungen und gute Handlungen, im Kontext des ärztlichen Ethos, zum Wohl der Patienten, geschaffen. Damit zeigt sich auch, dass das Ethos nicht nur für Ärzte im Sinne eines Vermögens existiert, sondern für alle Menschen. Für den Arzt im speziellen entsteht damit aber eine besondere Konstellation. Es geht beim ärztlichen Ethos nicht, wie zunächst angenommen, um ein erwünschtes und unerwünschtes ärztliches Ethos. Das ärztliche Ethos, das im Kontext des Kreislaufes zwischen Strebevermögen und Vernunftvermögen steht und in seiner Ausprägung im Sinne einer Tugend und damit Disposition der Seele zu verorten ist, richtet sich immer nur auf das gute Handeln. Auch wenn das Strebevermögen in unerwünschte Bereiche abgeleitet, leitet die Vernunft mit ihrem Vermögen das Handeln des Arztes in eine gute Richtung und befähigt ihn, zum Wohl seiner Patienten zu arbeiten. Grundlegend bleibt aber, dass das Ethos aller Menschen aus dem Strebevermögen heraus gebildet wird.

Doch was bedeutet dies für meinen weiteren Lösungsversuch für die Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos? Es stellt sich die Frage nach dem vernachlässigten Faktor für die Festmachung des Ethos im Allgemeinen, nicht nur aus dem Blickwinkel des Individuums Arzt, seines Gewissen, seiner Tugend und der Schaffung eines vertrauensvollen Klimas für die Patienten. Gewissen, Tugend und ein vertrauensvolles Klima zwischen Arzt und Patient sind zwar wünschenswert im Etablierungsprozess, doch ist damit nur die Verfasstheit des Individuums im Blick. Bedeutet die Suche nach dem vernachlässigten Faktor im Etablierungsprozess einen

generellen Wandel der Betrachtungsweise und ist dieser daher auf den ersten Blick schwer auszumachen? Bevor ich dieser Frage nachgehe, halte ich die bisher erreichten Ergebnisse zur Etablierungsproblematik fest.

3.7 Zwischenresümee

Die Etablierung des ärztlichen Ethos bedeutet in der heutigen Zeit ein schwieriges Unterfangen und stellt für das ärztliche Ethos eine ernste Gefahr dar, da hierbei auch die Relationalität der Etablierungsproblematik evident wird.

Der mythologische Kontext der griechischen Antike und seine Sicht des ärztlichen Ethos erweitert in seinem Aufweisen einer Dichotomie die angesprochene Bedeutungsinstabilität. Der Arzt selbst, betrachtet aus einem aristotelischen Blickwinkel, mit seinem potentiellen Vermögen (*dynamis*) und seiner Disposition (*hexis*) verstärkt dies noch. Der hippokratische Eid fördert dabei als eine Formel des personifizierten Arzttums die Instabilität des ärztlichen Ethos durch die Inklusion eines urteilenden Prozesses zusätzlich.

Der hippokratische Eid ist, sprachphilosophisch gestützt mit Wittgenstein, im Sinne eines Wegweisers zu betrachten, der ergänzend die Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos befördert, da das ärztliche Ethos erst in der Praxis zu einer tatsächlichen Regel wird. Es ist festzuhalten, dass der hippokratische Eid auch aus dem Blickwinkel der Sprachphilosophie keine Grundregel für das ärztliche Ethos darstellen kann, da weiterhin eine Offenheit der Entwicklung des ärztlichen Ethos besteht und nicht absehbar ist, ob das ärztliche Ethos sich in eine *erwünschte* oder *unerwünschte* Richtung entwickelt.

Festzuhalten ist auch, dass das ärztliche Berufsethos, im Sinne von spezifischen, moralischen Normen, die gesellschaftlich eingefordert werden, in der Kombination mit einer besonderen Selbstverpflichtung, nicht für eine Stabilisierung ausreicht, da der instabile Anteil des soziokulturellen Kontextes sehr stark ist. Auch der Stützungsversuch, den Wittwer (vgl. Wittwer 2018, 276) unternimmt, indem er die individuellen ärztlichen Pflichten als in der Medizin inhärent in den Blick nimmt, greift zu kurz, um das ärztliche Ethos zu festigen. In der Praxis wird damit das Individuum in seiner Instabilität des Handelns fokussiert und zugleich das ärztliche Ethos in seiner Etablierung hintangehalten oder in unerwünschte Bereiche gelenkt.

Auch die Medizin selbst ist, in ihrem Wandel und der Anpassung an den soziokulturellen Kontext sozusagen ein soziales Chamäleon und stellt damit in ihrer

mangelhaften Abgrenzung zu anderen Disziplinen, wie Technik und Ökonomie, einen Krisentreiber für das ärztliche Ethos dar, wobei das ärztliche Ethos ganz besonders durch die wunschbasierte Medizin herausgefordert wird, die nicht primär auf das Patientenwohl gerichtet ist, wenngleich sie durch die Patientenautonomie befördert wird.

Den normativen Vorgaben kann eine Rahmenfunktion für das ärztliche Ethos zuerkannt werden, die damit eine Stabilisierung im Etablierungsprozess andeuten. Jedoch sind auch die Verfasstheiten des Arztes, wie Gewissen, Tugend und Versprechen, in Kombination mit dem Vertrauen des Patienten, Ermöglichungsbedingungen einer Abmilderung der Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos.

Schlussendlich ergibt sich nach dieser Untersuchung ein erweitertes instabiles Bild des ärztlichen Ethos, das über die bloße Bedeutungsinstabilität hinausgeht und durch gewichtige Faktoren, wie den Arzt, den Patienten, die Medizin, die Gesellschaft und auch das Recht gekennzeichnet wird. Die Instabilität des ärztlichen Ethos wird durch das Einwirken all dieser Faktoren erweitert. Dabei wird die dadurch entstehende Lücke zwischen Patient und Arzt vergrößert, und das Patientenwohl gerät aus dem Blick. Es konnten jedoch auch mögliche Gegenspieler des Etablierungsproblems ausgemacht werden, die eine Abmilderung des Problems aufzeigen, aber nicht ausreichen, um das Problem der mangelhaften Etablierung, zu beseitigen. Folglich ist es erforderlich, einen Lösungsvorschlag für das Etablierungsproblem zu erarbeiten. Damit wende ich mich vom Einzelindividuum als alleinigem Träger des ärztlichen Ethos ab, da das Individuum *alleine* die Stabilisierungs- und Etablierungsleistung, die für das ärztliche Ethos erforderlich ist, nicht erbringen kann. Die Leistung des Einzelindividuums Arzt liegt in einer Vernetzung von Strukturelementen des ärztlichen Ethos, die ich im Folgenden als Lösungsvorschlag aufzeigen möchte, um das ärztliche Ethos neu oder anders zu denken.

4 Verantwortung

In diesem Kapitel meiner Arbeit wird ein Lösungsweg beschritten, der einen anderen Blick auf das ärztliche Ethos bringt. In meiner Darstellung wird das ärztliche Ethos als Netzwerk der Verantwortung neu zu denken sein und die Verantwortung wird genuin als Trägerin des ärztlichen Ethos dargestellt. Daraus folgt, dass eine Sichtbarmachung der Verantwortung im ärztlichen Ethos erforderlich ist. Nur durch Betrachtung des

ärztlichen Ethos aus einem anderen Blickwinkel wird deutlich, dass das ärztliche Ethos und die Verantwortung als eines zu erkennen sind. Zugleich schließt sich damit auch der Kreis hin zum Individuum Arzt, dessen Aufgabe im Kontext der Etablierung des ärztlichen Ethos als Verantwortung in einer Vernetzung und Sichtbarmachung der unterschiedlichen Verantwortungselemente liegt. Diese Grundleistung der Zusammenführung und Bildung eines Netzwerkes der Verantwortung bringt den Arzt seiner Zielsetzung, dem Erreichen des Patientenwohls, näher.

Zu Beginn ist daher eine Aufarbeitung der strukturellen Definition der Verantwortung erforderlich, damit ersichtlich wird, von welcher grundlegenden Struktur und Funktion der Verantwortung hier ausgegangen wird. Nach der Grundlegung der Bedeutung der Verantwortung erfolgt eine Darstellung der Verantwortungselemente und der Frage, inwiefern diese Elemente bereits im ärztlichen Ethos, verborgen liegen. Auch werden strukturelle Parallelen zu den Hauptakteuren⁶³ im ärztlichen Ethos gezogen. Schlussendlich wird mit dem Schritt der Sichtbarmachung der Verantwortung im Sinne einer ärztlichen Aufgabe ein Verantwortungsnetz gespannt, das im eigentlichen Sinne das ärztliche Ethos darstellt. Der Begriff des Verantwortungsnetzes bzw. des Verantwortungsnetzwerkes entstammt thematisch der Strukturierung der Verantwortung selbst. Die Strukturierung und gegenseitige Bedingung der Elemente der Verantwortung folgt der Kernthese in Janina Sombetzki's Analyse des Verantwortungsbegriffes (vgl. Sombetzki 2014, 133, 140). Damit wird gezeigt, dass das ärztliche Ethos und die Verantwortung ident zu denken sind, im Sinne einer gegenseitigen Bedingung ihrer Einzelelemente. So soll die Verantwortung nicht in den alten Mustern der Haftung verankert bleibt und das ärztliche Ethos nicht im Sinne eines *Habens* zu denken sein. Das ärztliche Ethos besteht in einer *Annahme* und *Übernahme* von Verantwortung und ist schlussendlich erst etabliert, wenn es als Verantwortungsnetzwerk etabliert ist, denn der medizinische Fortschritt, die Vertechnisierung der Medizin und die unabsehbaren Folgen medizinischen Handelns verlangen ein *neues* ärztliches Ethos, das nicht nur vom Individuum Arzt und von normativen Vorgaben gespeist wird. Durch die neue Gestalt der vertechnisierten Medizin, mit all ihren Angriffen auf das ärztliche Ethos und dem Verlust der Menschenzentrierung (vgl. Spiekermann 2019, 134), ist das ärztliche Ethos neu zu denken.

⁶³Damit sind Arzt, Patient, Patientenwohl und soziokultureller Hintergrund gemeint.

4.1 Definition

Einleitend wende ich mich dem Begriff der Verantwortung zu, um darzulegen, welche Definition der Verantwortung in meiner Arbeit in den Blick genommen wird.

Die Verantwortungsforschung⁶⁴ kann uneinheitlicher nicht sein: grob lassen sich dabei vier Lager ausmachen, die sich einerseits mit dem Begriff, andererseits mit den unterschiedlichen individuellen, phasenhaften Verantwortungsübernahmen in bestimmten Lebensabschnitten, dann mit problemorientierter Verantwortungsübernahme, wie sie bei bestimmten Berufsgruppen zu erkennen sind, befassen. Das vierte Lager widmet sich thematisch der Möglichkeit und Unmöglichkeit einer Verantwortungsethik (vgl. Sombetzki 2014, 26, 27). Die unterschiedlichen Darstellungen und Herangehensweisen sind nicht das Thema dieser Arbeit, doch ist die Vielfalt dieser Blickwinkel bemerkenswert und für einen Lösungsvorschlag im Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos ein Erfordernis. Ein Erfordernis deshalb, weil ich in meinem Lösungsvorschlag von der Zentrierung auf individuelle oder auch normative Blickwinkel abrücken möchte. Mein Lösungsvorschlag für das Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos wird sich in die Vielfältigkeit des Verantwortungsdiskurses einreihen.

„Man kann das Wort ‚Verantwortung‘ nicht unabhängig davon denken, dass Rede- und Antwort-Stehen zugleich eine Fähigkeit im sozialen Raum ist, die wir durch Beobachtung und Ausübung bestimmter Rollen lernen.“ (Sombetzki 2014, 27). Damit beschreibt Sombetzki das Subjekt der Verantwortung, aber auch den soziokulturellen Kontext dieses Subjektes. Andere Autoren, wie Freyer, positionieren die Verantwortung in einem Bezug zur Welt und erkennen darin zugleich ein strukturelles Netzwerk (vgl. Freyer 1970, 200). Sowohl Sombetzkis als auch Freyers Feststellungen bestätigen das Erfordernis, im Kontext des ärztlichen Ethos, Verantwortung multiperspektivisch zu betrachten. Die Verantwortung bietet der Betrachtung unterschiedliche Aspekte an, einerseits in der Begrifflichkeit, in ihrer Funktionalität und auch als Prinzip einer praktischen Lösung. Daher wird von der Definition ausgegangen, die Sombetzki formuliert, denn diese erscheint als die umfassendste und Verantwortung wird hier nicht als einfache Verbindungslinie zwischen Subjekt und Objekt der Verantwortung gedacht. Diese Definition, die Sombetzki als die Minimaldefinition der Verantwortung bezeichnet, (vgl. Sombetzki 2014, 33) wird nun dargestellt, um eine Basis zu schaffen,

⁶⁴Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht auf die einzelnen Gebiete der Verantwortungsforschung eingegangen, da dies den Rahmen des Vorhabens überschreiten würde.

die auch ersichtlich macht, welche Position und Funktionalität die Verantwortung im untersuchten Kontext des ärztlichen Ethos einnimmt.

Als Grundlegung lassen sich in der Definition der Verantwortung bei Sombetzki unterschiedliche Komponenten fokussieren. Primär nimmt sie das Rede-und-Antwort-Stehen, als ein dialogisches Prinzip, das bereits im Begriff in Form des *Antwortens* auszumachen ist, in den Blick. Es handelt sich nicht nur um ein einfaches Antworten, denn es geht um *Ver*-Antwortung. Die Vorsilbe ist im Sinne einer Verstärkung und Zweckgerichtetheit auszumachen. Allerdings erfolgt erst im substantivischen Gebrauch des Wortes ab dem 18. Jahrhundert, eine Vergegenständlichung des Begriffes, wodurch Verantwortung zu einer Kompetenz wurde, die sich einschätzen und bewerten lässt (vgl. Sombetzki 2014, 35–37). Das bedeutet, dass diese erste Komponente der Verantwortung als Aufgabe zu definieren ist, als Aufgabe, Rede und Antwort zu stehen. Daher ist auch ein Gegenüber erforderlich und so ergibt sich aus der ersten Komponente gleich Intersubjektivität. Das bedeutet, dass im Kontext des ärztlichen Ethos und seiner Etablierungsproblematik ein Subjekt vorhanden sein muss, das die Aufgabe des Rede-und-Antwort-Stehens übernimmt und dabei auch einen Zweck erfüllt. Für diese erste Komponente rückt der Arzt in den Fokus, der ein Gegenüber, sei es im Sinne eines Patienten, der Kollegenschaft oder auch in anderer Form hat. Zugleich ist auch die Zweckhaftigkeit festzumachen, denn der Zweck des Rede- und Antwort-Stehens des Arztes liegt im Ziel des Patientenwohls.

Die zweite Komponente der Verantwortung ist in einem kausalen und bewertenden Sinne des Begriffs zu verorten. Denn Rede- und Antwort-Stehen bedeutet nicht nur eine mögliche kausale Zuordnung, sondern eine bewertende Rolle. Am Beispiel des Satzes *Susi ist für den Tod der Katze verantwortlich*, ist die Kausalität, aber auch die Normativität des Begriffs deutlich ersichtlich. Susi kann einerseits den Tod der Katze verursacht haben, und andererseits auch vor Gericht dafür verurteilt werden (vgl. Sombetzki 2014, 37, 38). Diese zweite Komponente erinnert an die Formulierung von Julian Nida-Rümelin, der es noch deutlicher als Sombetzki ausdrückt „Es ist unsere Fähigkeit, Gründe zu wägen, die uns zu verantwortlichen Akteuren macht.“ (Nida-Rümelin 2011, §9). In dieser zweiten Komponente der Verantwortung klingt das Urteilen an, das einen wesentlichen Faktor bei der Etablierung des ärztlichen Ethos darstellt, denn die Bedingung der Möglichkeit der Verantwortungsübernahme, und damit auch der Etablierung des ärztlichen Ethos, zum Wohl der Patienten, besteht in der Möglichkeit der Urteilsbildung.

Die dritte Komponente betrifft wieder das Subjekt und umfasst dessen psychomotionale Verfasstheit. Dabei inkludiert Sombetzki nicht nur die Reflexions- und Urteilsfähigkeit, sondern auch das Einnehmen einer besonderen Haltung, die der Verantwortliche in seiner Rede jeweils als *sprachliche Rechnung* äußert, wobei unter sprachlicher Rechnung, unter Rückgriff auf die Grundbedeutung des Rechnunglegens, ein Ablegen von Rechenschaft und damit auch ein Auskunftgeben, gemeint ist (vgl. Sombetzki 2014, 39).

Zusammengefasst ergibt Sombetzkis Minimaldefinition der Verantwortung, dass das Rede- und Antwort-Stehen in einem bewertenden Sinn durch eine spezifische psychomotionale Verfasstheit des Verantwortlichen zustande kommt. Diese spezifische psychomotionale Verfasstheit inkludiert nicht nur die Urteils- und Reflexionsfähigkeit, sondern auch das Spezifikum des Sich-Angesprochen-Fühlens. Das bedeutet, dass die Ausstattung des Verantwortlichen mit besonderen kognitiven Fähigkeiten, die all dies erst ermöglichen, erforderlich ist (vgl. Sombetzki 2014, 40, 41).

Diese definitorische Aufarbeitung macht deutlich, dass ein besonderes Element des ärztlichen Ethos, der Arzt, in der untersuchten Definition der Verantwortung angesprochen wird. Dies bedeutet für das ärztliche Ethos eine erste Übereinstimmung mit dieser Konzeption von Verantwortung, denn auch das ärztliche Ethos bedarf eines Arztes, der dieser Definition unterliegt. Daher ist es jetzt erforderlich, alle Relationselemente der Verantwortung darzustellen, um weitere Parallelen aufzuzeigen und einen ersten Lösungsschritt im Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos zu präsentieren.

4.2 Relationselemente der Verantwortung

„Dass Verantwortung ein relationaler Begriff ist, kann zwar innerhalb des Verantwortungsdiskurses als common sense betrachtet werden, [...]“ (Sombetzki 2014, 63), Sombetzki fordert aber eine detailliertere Bestimmung der Relata⁶⁵, auch in zahlenmäßiger Hinsicht, ein. Die Philosophin bewertet diese als das strukturelle Rahmengerüst des Verantwortungsbegriffes, um zu erkennen was in einem bestimmten Kontext Verantwortung heißt (vgl. Sombetzki 2014, 65). Eben dieser Weg ist zu beschreiten, um die Frage zu beantworten, welche Relationselemente der Verantwortung im Kontext des ärztlichen Ethos in den Blick zu nehmen sind und wie

⁶⁵Relata sind die Eckpunkte des strukturellen Rahmens der Begrifflichkeit der Verantwortung, und sind als Relationselemente zu denken. (vgl. Sombetzki 2014, 65).

sie sich zueinander verhalten, um zu zeigen, dass die Verantwortung als Netzwerk immer schon im ärztlichen Ethos präsent ist.

Methodisch präsentiere ich die einzelnen Relationselemente der Verantwortung mit dem Zweck, ersichtlich zu machen, dass die Hauptakteure, die im Kontext des ärztlichen Ethos stehen, eine bestimmte Position im Verantwortungsnetzwerk einnehmen und damit die Eckpfeiler für die Etablierung des ärztlichen Ethos bilden. Dies dient der Aufgabenbestimmung der einzelnen Relationselemente der Verantwortung. Damit wird nicht nur gezeigt, was Verantwortung in einem bestimmten Kontext bedeutet, sondern auch, dass die Verantwortung schon immer im ärztlichen Ethos präsent war und ist, da die Akteure im Netzwerk der Verantwortung und im ärztlichen Ethos strukturell gleich sind. Dies wird in der gegenseitigen Bedingung ihrer Einzelelemente verdeutlicht. Als das Hauptelement der Sichtbarmachung präsentiere ich den Arzt, der durch Übernahme von Verantwortung den ersten Schritt in der Sichtbarmachung des Netzwerkes der Verantwortung vollzieht. Denn nur durch die Übernahme dieser Aufgabe kann der Arzt die durch die mangelnde Etablierung des ärztlichen Ethos entstandene Lücke zwischen Arzt und Patient schließen. Dies ist erforderlich, weil das Patientenwohl als besondere Zielsetzung des ärztlichen Ethos zu denken ist.

4.2.1 Das Subjekt

Wie schon einleitend gesagt, nimmt der Arzt als Relatum der Struktur der Verantwortung, eine besondere Position in deren Kontext ein. Das Rede und Antwort-Stehen, das Urteilen und die besondere psychomotivationale Verfasstheit des Subjekts der Verantwortung weisen auf ein Subjekt hin, das besondere Fähigkeiten besitzt. Der Arzt als Subjekt bedarf gleichzeitig der Kommunikationsfähigkeit, der Handlungsfähigkeit in ihrer Vielschichtigkeit und auch der Urteilskraft, um als Subjekt der Verantwortung gelten zu können. Die Kommunikationsfähigkeit scheint klar definiert, denn Rede- und Antwort-Stehen ist nur möglich, wenn das Subjekt dazu die sprachlichen Voraussetzungen hat. (Sombetzki 2014, 44). Die Handlungsfähigkeit des Subjekts der Verantwortung ist vielschichtig. Ergänzend kann die Handlung an ihrer Intention ausgemacht werden und damit kommt auch die Folge des Handelns in den Blick (vgl. Sombetzki 2014, 48). Damit wird ersichtlich, dass das Subjekt der Verantwortung einer mehrdimensionalen Betrachtung unterzogen werden muss, denn

die Fähigkeiten des Arztes und damit auch seine Aufgabe sind von besonderer Bedeutung bei der Übernahme von Verantwortung.

Im Kontext des ärztlichen Ethos ist nicht nur die Intention, sondern auch das Wissen relevant. Fenner spricht in diesem Kontext auch von den Wissensdefiziten, die in die Verantwortlichkeit hineinwirken. Der Arzt handelt unverantwortlich, wenn er negative Spätfolgen seines Handelns nicht sicher ausschließen kann. „Wo irreversible negative Spätfolgen nicht sicher ausgeschlossen werden können, sollte nicht gehandelt werden.“ (Fenner 2008, 45). Mitzudenken sind hier auch jene Überzeugungen, die erst zu Urteilen führen. Die Urteilskraft liefert erst Gründe, die oft normativen Ursprungs sind, um verantwortlich zu agieren (vgl. Sombetzki 2014, 58). Normative Gründe sind nicht nur vom Kontext, sondern auch vom soziokulturellen Hintergrund des Subjektes abhängig, denn Normen verändern sich entsprechend der kulturellen Herkunft. Die Urteilskraft präsentiert sich aber auch noch in einem weiteren Zusammenspiel, nämlich mit der Rationalität, denn wir wenden sie auch interpersonell, nicht nur für unser eigenes Leben, an (vgl. Nida-Rümelin 2011, §65). Ergänzend sind auch Faktoren, wie zum Beispiel das Vertrauen, das bereits besprochen wurde, mitzudenken. Damit wird ersichtlich, dass vom Subjekt viele Voraussetzungen zu erfüllen sind.

Mit dem Gesagten ergibt sich eine besondere Stellung des Subjektes, denn Urteilen oder Bewerten setzt generell eine autonome Person⁶⁶ voraus. Damit wird der Kreis der Subjekte der Verantwortung eingeschränkt. Kleine Kinder oder auch Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen wären damit nicht in der Lage, Verantwortung in vollem Umfang zu übernehmen. Doch urteilen auch Kinder und Menschen mit Beeinträchtigungen bis zu einem bestimmten Grad und können so auch Verantwortung tragen. Daher wird ersichtlich, dass sich die Verantwortungsübernahme für das Subjekt graduell darstellt. Zu einer bestimmten Zeit in seinem Leben hat das Subjekt bestimmte Fähigkeiten und kann auch nur in einem bestimmten Ausmaß Verantwortung übernehmen (vgl. Sombetzki 2014, 69, 70). Das Relatum des Subjekts macht deutlich,

⁶⁶Die Begrifflichkeit der Autonomie führt in eine Richtung, die in Kantischer Tradition steht. Kant postuliert den vernünftigen Willen als einen selbstgesetzgebenden Willen und zugleich als oberstes Prinzip der Sittlichkeit und benennt so die Autonomie, im ursprünglichen Sinne von *autos* und *nomos* (Selbst und Gesetz) so spricht er davon, “[...], daß das gedachte Prinzip der Autonomie das alleinige Prinzip der Moral sei [...]“ (Kant GMS BA 88) Darin ist das Grundlegende seiner Konzeption zu erkennen. Kant konzentriert sich hier auf zwei wesentliche Bestandteile, einerseits auf die Vernunft, andererseits auf eine Handlungsfähigkeit als moralisches Subjekt. Doch auch das Kant’sche Autonomiekonzept hat Lücken, eben weil es vernunftgebunden ist.

dass die Funktion der Verantwortung im Sinne einer Fähigkeit des Verantwortungssubjektes zu bewerten ist, die sich jedoch graduell präsentiert.

Das bedeutet für das Subjekt Arzt, dass auch der Arzt bestimmte Fähigkeiten haben muss oder diese Fähigkeiten erlernt, um Verantwortung zu übernehmen. „Doch einige Gegenstände erweisen sich als zu komplex für eine genuine Individualverantwortung.“ (Sombetzki 2014, 95). Damit sind in diesem Kontext Sachverhalte zu verstehen, die, aufgrund des technischen Fortschrittes, vom Subjekt Arzt alleine nicht mehr zum Wohl der Patienten, zu bewältigen sind. Hier möchte ich ein ganz einfaches Beispiel aus der Praxis anführen: Jede Operation, die gegenwärtig durchgeführt wird, erfolgt in einem hochkomplexen Zusammenspiel aus Maschinen und Menschen. Ein Mensch alleine ist weder in der Lage, eine Operation in Vollnarkose durchzuführen, noch sie alleine zu verantworten, da er die Konsequenzen, die aus diesen komplexen Sachverhalten entstehen, nicht in einer Individualverantwortung übernehmen kann.

Daher ist auch ein anderes Denken des ärztlichen Ethos vonnöten. Das Subjekt ist gefordert und herausgefordert, andere Wege zu gehen, um das ärztliche Ethos zu etablieren, denn durch individuellen Charakter, durch Gewohnheit und Einübung kann dies nicht mehr erfolgen, da das Subjekt Arzt zwar die Folgen *seines* Handelns beurteilen kann, doch durch den Wandel des Wesens der Medizin hin zur Technik das ärztliche Handeln und die Folgen des ärztlichen Handelns einem komplexen System unterliegen, das in seinen Konsequenzen für das Einzelindividuum nicht überschaubar ist. Damit ist keine alleinige Übernahme der Verantwortung durch das Einzelindividuum möglich, was andere Relata in den Blick rückt. Vom Subjekt Arzt ist aber eine Offenheit und jeweilige neue Aufgabenübernahme einzufordern. Die Aufgabenübernahme ist darin zu verorten, dass das Subjekt Arzt die Verantwortung als Netzwerk etabliert. Dies kann der Arzt durch sein Bewerten und Urteilen im Sinne seiner Fähigkeit ausführen, doch ist es zusätzlich erforderlich, weitere Akteure der Verantwortung sichtbar zu machen. Diese Sichtbarmachung der einzelnen Relata durch das integrative Subjekt des Arztes etabliert die Verantwortung als Netzwerk.

Daraus folgt, dass der Arzt als Subjekt der Verantwortung, mit seinen graduellen Fähigkeiten, wie einleitend festgestellt, als grundlegend für die Übernahme der Verantwortung eingestuft werden kann. Diese Über- und Annahme der Verantwortung stellt zugleich auch eine Aufgabe des Arztes dar. Diese Aufgabe liegt in der Sichtbarmachung der weiteren Akteure der Verantwortung und deren Vernetzung. Dasselbe gilt auch für das ärztliche Ethos, da im tatsächlichen Etablierungsprozess des

ärztlichen Ethos eine Vernetzung der Hauptakteure erforderlich ist, damit dieses etabliert wird. Dies lässt daher den Schluss zu, dass die Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos grundlegend im Einzelindividuum Arzt verortet ist, wenn die Erfüllung der grundlegenden ärztlichen Aufgabe nicht vollzogen wird. Sollte der einzelne Arzt allerdings nicht in der Lage sein, seine Aufgabe und damit Netzwerkfunktion zu übernehmen, bleibt auch eine Etablierung des ärztlichen Ethos aus.

Die fundamentale Bedeutung des Subjektes der Verantwortung stützt indirekt auch Volker Gerhardt, der jedoch das Einzelindividuum zum Paradigma der Verantwortung erhebt (vgl. Gerhardt 2017, 432). Gerhardt, Professor für Philosophie mit Forschungsschwerpunkt Ethik, an der Humboldt-Universität in Berlin, konzentriert seine Sichtweise auf das Haben einer Verantwortung, was jedoch nicht in meiner Lösungsintention liegt. Der Blick wird in Gerhardts Sichtweise ausschließlich auf das Einzelindividuum und sein Haben der Verantwortung gerichtet und zugleich wird die Aufgabe, die der Arzt im Kontext zu erfüllen hat, vernachlässigt. Auch lässt Gerhardt die weiteren Akteure der Verantwortung damit außen vor und zeichnet ein unvollständiges Bild der Verantwortung. Obwohl Gerhardt kein umfassendes Bild der Verantwortung darstellt, wird deutlich, wie zentral das Subjekt der Verantwortung ist. Doch ist gegenwärtig ein über das Individuum hinaus Denken gefordert, um der Komplexität des Verantwortungsbegriffes gerecht zu werden.

Grundlegend ergibt sich aus dem Gesagten ein neuer Blickwinkel, der wesentlich für das Neu-Denken des ärztlichen Ethos wird. Es konnte zwar festgestellt werden, dass das Subjekt Arzt im Kontext des ärztlichen Ethos eine zentrale Position einnimmt, doch die Etablierung des ärztlichen Ethos zum Scheitern verurteilt ist, wenn der Arzt seiner Aufgabe im Sinne der Verantwortungsübernahme nicht gerecht wird. Auch wurde im Kapitel über die Etablierungsdefizite des ärztlichen Ethos die multifaktorielle Genese der Probleme aufgezeigt, die zu einer mangelnden Etablierung des ärztlichen Ethos führt. Gleichzeitig konnte der Arzt als Subjekt der Verantwortung positioniert werden, indem seine Fähigkeiten in den Blick genommen wurden. Dabei ist zu erkennen, dass das Subjekt der Verantwortung seine Fähigkeiten nicht ohne die anderen Relata der Verantwortung in die Praxis umsetzen kann. Doch das Subjekt der Verantwortung beruft sich selbst aufgrund seiner Fähigkeiten zu einer neuen Aufgabe, indem es Verantwortung übernimmt, und zugleich zu einem Integrationsfaktor, um einen modernen Begriff im Kontext des ärztlichen Ethos zu verwenden, zu einem Netzwerker

wird. Doch nicht nur das Subjekt der Verantwortung und der sogenannte Träger des ärztlichen Ethos sind eins.

Es ist ergänzend zu zeigen, dass weitere Elemente der Verantwortung im (ärztlichen)⁶⁷ Ethos bereits vorhanden sind und einen wesentlichen Teil des Netzwerks der Verantwortung darstellen. Ich bezeichne den Arzt zwar als Basis für das ärztliche Ethos, aber nicht als Träger des (ärztlichen) Ethos. Denn es geht nicht um das Haben des ärztlichen Ethos oder um ein Haben von Verantwortung, sondern um ein Neudenken des ärztlichen Ethos, im Sinne einer Übernahme von Verantwortung einerseits, andererseits um die Aufgabe einer Vernetzung der Relationselemente der Verantwortung und Verortung im Ethos. Denn die Übernahme von Verantwortung weist erst die benötigten Elemente aus, die für das Schließen der Lücke zwischen Arzt und Patient, und zwar in der Praxis, erforderlich sind.

4.2.2 Das Objekt

„In jedem Verantwortungskonzept muss es ein Objekt bzw. einen Gegenstand geben, denn warum sollte jemand dazu veranlasst sein, Rede und Antwort zu stehen, wenn er dies nicht für jemanden oder etwas tut? Man ist prinzipiell für etwas oder jemanden verantwortlich [...].“ (Sombetzki 2014, 95). Die ergänzende Darstellung eines weiteren Relationselementes der Verantwortung soll das Netzwerk der Verantwortung in seiner Struktur weiter entfalten. Im Kontext des ärztlichen Ethos ist das Objekt der Verantwortung nicht im Sinne eines Gegenstandes zu betrachten, sondern als die Verantwortung für ein Lebewesen, oder genauer betrachtet für das Wohlergehen dieses Lebewesens. Das Patientenwohl beinhaltet damit nicht nur das jeweilige Lebewesen, sondern auch die ganz besondere Zielsetzung des Arztes, die in seinem Handeln zum Wohl der Patienten zu erkennen ist. Nicht nur diese Zielsetzung des (ärztlichen) Ethos verbindet den Patienten mit dem Arzt, sondern auch die Position des Patienten bzw. seines Wohlergehens im Kontext der Verantwortung. Damit zeigt sich, dass auch das Objekt der Verantwortung im Etablierungsprozess des (ärztlichen) Ethos grundlegend präsent ist. Mit diesem Relatum der Verantwortung wird nicht nur ein weiterer Eckpfeiler des Verantwortungszuges präsentiert, sondern auch eine moralische Forderung an den Arzt gestellt, die zugleich den kommunikativen Charakter der Verantwortung präsentiert.

⁶⁷Das Wort *ärztlich* wird deshalb in Klammer gesetzt, weil das ursprüngliche Ethos seine Zentrierung auf den Arzt zu verlieren beginnt.

Es wird mit der Untersuchung des Verantwortungsobjektes gezeigt, dass das Objekt für ein Verantwortungsnetzwerk ebenso erforderlich ist wie das Subjekt und zugleich auch eine moralische Forderung an das Subjekt der Verantwortung gestellt wird. Dies wird ergänzend der Beantwortung der Frage dienen, warum die Verantwortung und damit das (ärztliche) Ethos einer Erweiterung über das Individuum Arzt hinaus bedarf. So nähere ich mich mit der Untersuchung des Objekts der Verantwortung einerseits an den moralischen Kern des (ärztlichen) Ethos an, andererseits auch an die Struktur der Verantwortung. Als moralischer Kern des ärztlichen Ethos bezeichne ich das Objekt der Verantwortung deshalb, weil es die Richtung und das Ziel des (ärztlichen) Ethos aufzeigt. Zunächst ist dafür zu klären, welche moralische Forderung an das Subjekt der Verantwortung gestellt wird.

Was ist im Kontext des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient unter einer moralischen Forderung zu verstehen? Das Verhältnis ist, anders als in früheren Zeiten, heute als ein deliberatives Modell in den Blick zu nehmen (vgl. Fenner 2010, 66). Darunter ist ein partnerschaftliches Vorgehen hin zum gemeinsamen Ziel des Patientenwohls gemeint, im Sinne eines Mittelweges zwischen Fürsorge des Arztes und Autonomie des Patienten. Dabei nimmt das Recht auf Autonomie eine wesentliche Rolle ein. Dies bedeutet, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt, wie es heute verstanden wird, auf einer moralischen Forderung aufbaut, nämlich auf der Einhaltung des Menschenrechtes auf Autonomie. Im Kontext des ärztlichen Ethos geht es um ein *gemeinsames Gut*⁶⁸, um das *gemeinsame Gut* des Patientenwohls, und hierin schließt sich der Kreis zur Autonomie: Denn die Autonomie ist ein wesentlicher Bestandteil des Patientenwohls. Daraus ergibt sich etwas Wesentliches für die Verantwortung. Die Verantwortung obliegt nicht nur dem Subjekt der Verantwortung, denn das Objekt der Verantwortung präsentiert nicht nur seine Notwendigkeit für die Existenz der Verantwortung, sondern wird in diesem Kontext selbst ergänzend zu einem Träger der Verantwortung, denn auch der Patient ist für sein Wohl verantwortlich. Damit konnte eine Erweiterung der Verantwortung, über das Individuum Arzt hinaus, gezeigt werden und ein weiterer Schritt in der Etablierung eines Netzwerkes der Verantwortung fokussiert werden. Denn Verantwortlichkeit ohne Objekt wäre grundlos und die Anforderung an das Subjekt, also die Verantwortung selbst, bliebe im Dunkeln (vgl. Sombetzki 2014, 96). Auch konnte die moralische Forderung des Objekts der

⁶⁸Das gemeinsame Gut wurde bereits, in der Ausführung im Kontext des Vertrauens behandelt.

Verantwortung dargelegt werden. Diese besteht in der Einhaltung der Autonomie und zugleich auch in der moralischen Forderung nach dem Patientenwohl. Damit zeichnet auch der Patient selbst für sein Wohl verantwortlich. Die Aufgabe des Arztes ist, als Subjekt der Verantwortung, die moralische Forderung des Patienten anzunehmen. Dasselbe gilt für das (ärztliche) Ethos. So ist auch das (ärztliche) Ethos ohne den Hauptakteur Patient nicht etablierbar. Das präsentiert eine Mitverantwortlichkeit des Patienten im Etablierungsprozess des (ärztlichen) Ethos.

Von besonderer Bedeutung für das Netzwerk der Verantwortung ist jedoch, dass das Objekt der Verantwortung eine moralische Forderung an das Subjekt der Verantwortung richtet. Damit konnte deutlich eine gegenseitige Bedingung der beiden Relationselemente gezeigt und eine Verknüpfung dieser Elemente in den Blick genommen werden. Allerdings besteht ein Netzwerk nicht nur aus zwei Elementen. Daher ergänze ich das Gerüst der Verantwortung durch ein drittes Relationselement und damit gleichzeitig um ein ergänzendes Element im Netzwerk der Verantwortung. Mit diesem Element in meinem Entwurf des Netzwerks der Verantwortung wird ein weiterer Hauptbeteiligter im Etablierungsprozess des (ärztlichen) Ethos präsentiert. Dieser ist von besonderer Bedeutung, da der Adressat, definiert durch das *Warum* der Verantwortung, den Kontext der Verantwortung mitbestimmt. Der Adressat ist das Gegenüber des Verantwortungssubjekts (vgl. Sombetzki 2014, 65, 113).

4.2.3 Der Adressat

Einleitend stellt sich die Frage, wer oder was dieses Relatum sein kann, welche Bedeutung es im Verantwortungsnetzwerk aufweist und welche Aufgabe es tatsächlich erfüllt. Auch ist zu untersuchen, wie sich der Adressat der Verantwortung im Kontext des ärztlichen Ethos positioniert. Die bisherigen Relata, das Subjekt und das Objekt der Verantwortung, präsentieren sich als eng verwoben, ja sogar in Abhängigkeit von einander. So kann ein Subjekt der Verantwortung keine Verantwortung übernehmen, ohne das Vorhandensein eines Objektes der Verantwortung und ohne das Subjekt der Verantwortung existiert Verantwortungsübernahme nicht. Damit wird deutlich, „[...] dass nämlich der Verantwortungsbegriff über eine Struktur verfügt, in der sich die Relationselemente wechselseitig bedingen.“ (Sombetzki 2014, 105) Dies ist für das (ärztliche) Ethos insofern von Bedeutung, als das (ärztliche) Ethos in seiner Etablierung ebenso von Hauptakteuren geleitet wird, wie die Verantwortung. So zeigen die

Strukturen des (ärztlichen) Ethos und die Struktur der Verantwortung bisher ein identes Bild.

Wie positioniert sich allerdings der Adressat zu den Relata? Ist dem Adressaten eine ebenso grundlegende Bedeutung für die Verantwortung zuzuweisen wie dem Subjekt und Objekt der Verantwortung? Wie stellt sich der Adressat im Kontext des ärztlichen Ethos dar? Sombetzki formuliert es treffend, „Anders als man bislang vielleicht vermutet haben könnte, geht es in einer Verantwortungskonstellation also nicht um den Träger oder die Instanz⁶⁹, sondern wir veranstalten den ganzen ‚Zirkus‘ der Verantwortung eigentlich per se nur aufgrund des Adressaten.“ (Sombetzki 2014, 114). Der Adressat muss nicht Rede- und Antwort-Stehen, denn bei Adressaten kann es sich auch um Abstraktes bzw. um Tiere und Pflanzen handeln, der Adressat ist einfach das Gegenüber des Verantwortlichen (vgl. Sombetzki 2014, 113, 114). Die Bedeutung des Adressaten ist damit festgeschrieben und so ist ohne den Adressaten kein Netzwerk der Verantwortung möglich.

Gleichermaßen verhält es sich mit dem (ärztlichen) Ethos, das ein Gegenüber benötigt. Das (ärztliche) Ethos benötigt einen Adressaten, denn ohne den tatsächlichen Adressaten des ärztlichen Ethos, würde das (ärztliche) Ethos unbestimmt erscheinen. Wenn keine Zielsetzung für das (ärztliche) Ethos und die Verantwortung existiert, führen sich beide Begriffe ad absurdum. Diese Unbestimmtheit, die jede Etablierung des (ärztlichen) Ethos hintanhaltend würde, zeigt neuerlich die Vernetzung und gegenseitige Bedingung der Hauptakteure/Relata, sowohl in der Etablierung des (ärztlichen) Ethos, als auch im Netzwerk der Verantwortung. Der Adressat gibt der Verantwortung erst einen Sinn. Denn es gäbe wohl nichts Sinnloseres als eine Verantwortung, die ohne eine Zielsetzung in den Blick kommt. Diese wäre wohl nicht als Verantwortung zu definieren. So verhält es sich auch im Kontext der Etablierung des (ärztlichen) Ethos, denn das (ärztliche) Ethos würde in der Etablierung kläglich scheitern, wenn der Adressat fehlen würde, dem die Etablierung gilt. Das Gegenüber des Arztes, im Sinne von dessen Ziel, ist das zu erreichende Patientenwohl. Damit kommen im Adressaten der Verantwortung die Zielsetzung des ärztlichen Ethos und damit die moralische Komponente des (ärztlichen) Ethos in den Fokus.

⁶⁹Dieses Relatum ist noch zu besprechen.

Denn „Anspruch einer Moral ist es, die Interessen der potentiell vom Handeln Betroffenen zu schützen und eine gerechte Form des Zusammenlebens in einer Gemeinschaft zu ermöglichen.“ (Fenner 2010, 3). Dieser Schutz, den Fenner beschreibt, drückt sich im Patientenwohl einerseits aus, andererseits im Adressaten der Verantwortung, der durch die Verantwortungsübernahme ebenso Schutz zuerkannt bekommt. Grundlegend ist hier die An- und Übernahme von Verantwortung bzw. (ärztlichem) Ethos zu erkennen, denn die An- und Übernahme stellt immer die Frage nach dem Warum.

Schließlich ist im Adressaten nicht nur das *Warum*, wie J. Sombetzki meint, zu erkennen, sondern es ist zu ergänzen: das *warum überhaupt*. Damit meine ich nicht nur eine gegenseitige Bedingung der Relata im Kontext der Verantwortung und der Etablierung des ärztlichen Ethos. Es ist ein Mehr an Sinnhaftigkeit gemeint, das sowohl in der Verantwortung, als auch im (ärztlichen) Ethos zu finden ist. So ergibt sich neuerlich eine strukturelle Identität des (ärztlichen) Ethos und der Verantwortung. Darin gibt der Adressat dem Subjekt und dem Objekt erst seine Existenzberechtigung in der Etablierung der Zielsetzung und damit auch die Bestimmung eines Kontextes. Die Zielsetzung und der Kontext, in dem das strukturelle Netzwerk der Verantwortung in den Blick zu nehmen ist, ist das Patientenwohl. Die bisherigen Relata der Verantwortung und die Hauptakteure des (ärztlichen) Ethos präsentieren sich damit als gleichbedeutend.

Dabei bleibt noch offen, ob das verbleibende Relatum der Verantwortung, die Instanz, eine Unterscheidung zur Instanz im (ärztlichen) Ethos darstellt.

4.2.4 Die Instanz

Einleitend gehe ich der Frage nach, wie sich das Relatum der Instanz präsentiert und welche Funktion die Instanz der Verantwortung innehat. Daraus wird ein Vergleich mit der Instanz des (ärztlichen) Ethos gezogen, und mögliche Unterscheidungen präsentiert. Das dient der Beantwortung der Frage, ob die Instanzen der Verantwortung und die Instanzen des (ärztlichen) Ethos ident sind.

Einleitend sei gesagt, dass die Instanz der Verantwortung in der Forschung anerkannt ist, zumal sie ihre Fundierung im Recht erfährt und generell vor einem Gericht oder Richter zu tragen ist (vgl. Sombetzki 2014, 106), doch die Instanz ist ein vielfältiges Relatum und umfasst nicht nur den normativen Bereich. Bei der Untersuchung der Instanz ist weiter zu denken und deutlich zwischen externer und interner Instanz zu

unterscheiden (vgl. Sombetzki 2014, 106). Die Frage nach der Instanz der Verantwortung beinhaltet die Frage nach dem *Wovor* der Verantwortung. Wenn die Frage gestellt wird, wovor man sich zu verantworten hat, so impliziert dies, dass dieses Übergeordnete, in Form der Instanz, mit dem Subjekt der Verantwortung in einen Dialog zu treten vermag.

Einleitend ist festzuhalten, dass Instanzen, funktional gesehen als Maßstabgeber zur Beurteilung der Handlung der Verantwortlichen, in den Blick zu nehmen sind (vgl. Forschner 1989, 591). Damit führt Maximilian Forschner, ehemaliger Ordinarius für Philosophie an der Universität in Osnabrück und Inhaber des Lehrstuhls für Praktische Philosophie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg⁷⁰, in meiner Lesart innere und äußere Instanz zusammen und macht daraus ein Ganzes, denn der Maßstab kann in Form der inneren Instanz oder der äußeren Instanz, in den Blick kommen. Auch eine Kombination beider Instanzen ist in seiner Definition möglich. Daher scheint es erforderlich, diese Maßstäbe genauer zu untersuchen, um ihre Stabilität und mögliche allgemeingültige Verwendung zu untersuchen.

Die innere Instanz wird als das persönliche Gewissen bezeichnet, als „[...] *forum internum*, vor dem der Mensch sich auch dann zu verantworten hat, wenn er sich allen äußeren menschlichen Richtern zu entziehen vermocht hat [...]“ (Bayertz 1995, 18). Dies findet deshalb Erwähnung, weil die angewandte Ethik und philosophische Anthropologie zu den zentralen Forschungsbereichen von Kurt Bayertz zählen. Das Gewissen ist, wie bereits im Rahmen eines Abmilderungsfaktors im Etablierungsproblem des ärztlichen Ethos besprochen, ein wirksames Hilfsmittel im Lichte des Guten, um wieder mit Gerl-Falkovitz zu sprechen. Damit rufe ich das Gewissen nochmals als eine Fähigkeit in Erinnerung, nämlich als Fähigkeit eine bestimmte Haltung einzunehmen (vgl. Gerl-Falkovitz 2013, 114,115). Auch wenn das Gewissen als innere Instanz im Diskurs unterschiedlich in den Blick kommt, ist doch eines deutlich zu erkennen, dass das Gewissen kein blindes Gefühl ist, sondern ein Aspekt des menschlichen Selbstverständnisses.

Es regt sich jedoch auch Kritik im Diskurs um die innere Instanz der Verantwortung und damit auch an der inneren Instanz des (ärztlichen) Ethos. Besonders aus normativer Sicht wird dem Gewissen Willkür und mangelnde Verbindlichkeit vorgeworfen (vgl. Sombetzki 2014, 109). Aus rechtlicher Sicht kann dagegen kein Einwand erhoben

⁷⁰<https://www.philosophie.phil.fau.de/person/forschner/> [Zugriff 15.11.2022].

werden, doch man kann ergänzend andere Normen heranziehen, die nicht dem rechtlichen Bereich entstammen und so die innere Instanz, sowohl im Kontext der Verantwortung als auch im Kontext des ärztlichen Ethos, stärken. Ein Kandidat dafür, bedingt durch den Bezug zur Praxis und zum Einzelfall, scheint die aristotelische Klugheit (*phronesis*) (vgl. Aristoteles NE VI 8 1141 b 16) zu sein. Sie ist als Mittlerin zwischen dem Subjekt der Verantwortung und seinen Handlungen zu positionieren, zugleich ist sie eine Tugend und ermöglicht praktisch-moralisches Vorgehen (vgl. Höffe 1998, 42). Ihre Bedeutung liegt darin, dass sie „[...] eine mit Überlegung verbundene wahre Disposition des Handelns [...]“ (Aristoteles NE VI 5 1140 b 20–22) und auch ein Seelenteil ist, da sie Anteil an der Vernunft (*logos*) in Form des praktischen Handelns hat (vgl. Aristoteles NE I 13 1102 a 23–29). Es ist die Kompetenz einer Person, die die Orientierung hin auf das gute Leben generell (vgl. Aristoteles NE VI 5 1140 a 27), im Denken und Handeln in den Blick nimmt (vgl. Aristoteles NE VI 5 1140 b 5–8). Daraus folgt, dass die Klugheit (*phronesis*) zwar der Kritik an ihrer potentiellen Absolutheit nicht entgehen kann, doch als besondere Tugend und damit eine wesentliche Ergänzung der inneren Instanz des Gewissens darstellen kann.

Doch gibt es die absolute innere Instanz überhaupt? Bleibt die Absolutheit der inneren Instanz nicht immer eine Wunschvorstellung, dahingehend, dass man gerne eine Bestätigung der „guten“ Entscheidung in seinen Handlungen hätte? Meiner Ansicht nach bleibt die Absolutheit der inneren Instanz als Wunschvorstellung bestehen, schon allein durch den Anspruch, den man an die innere Instanz stellt. Denn die innere Instanz muss, wie eingangs erwähnt, in der Lage sein, Rede und Antwort zu stehen. Wenn man dazu metaphysische Konzepte heranzieht, wie zum Beispiel Gott, so kann dies nicht eingehalten werden. (vgl. Sombetzki 2014, 109). Denn Gott ist nicht in der Lage, in der Realität Rede und Antwort zu stehen.

Aus den genannten Gründen ist die Frage anders zu stellen. Besteht ein Erfordernis von absoluten Instanzen? Oder kann die Funktion der inneren Instanz nicht auch anders erfüllt werden? Zu denken ist dabei nicht an eine Instanz, die ausschließlich von außen kommt, im Sinne von Normen, sondern an eine Kombination von äußerer und innerer Instanz. Es kann etwa auch die moralische Empörung der Gesellschaft, unterfüttert durch Klugheit (*phronesis*), eine moralische Instanz darstellen. Auch ist eine geteilte intrasubjektive Instanz, die sich auf Vernunft, deren Teil die Klugheit (*phronesis*) darstellt, auf Urteilsvermögen und Rationalität stützt, möglich.

„Auch durch das Gewissen diktierte moralische Normen sind theoretisch universalisierbar, [...]“ (Sombetzki 2014, 245), und zwar im Sinne eines intersubjektiven Gewissens. Die Etablierung einer gemeinsam akzeptierten und folglich auch öffentlichen Instanz scheint praktikabler zu sein, wobei damit neuerlich eine Hinrückung zu normativen Kriterien erfolgen würde.

Aus dem Gesagten ergibt sich für die innere Instanz als Relatum der Verantwortung eine wichtige Positionierung im Kontext der Hinwendung zum richtigen Handeln und zum Guten. Die Tragfähigkeit der inneren Instanz liegt zwar nicht im Absoluten, außer für die Gruppe der Gläubigen, doch kann die innere Instanz durch die Aufteilung auf mehrere Säulen, tragfähiger gestalten werden, wobei ergänzend immer eine externe Instanz mitzudenken ist. Denn „Je eindeutiger die Instanz intersubjektiv akzeptiert ist, je unumstrittener demzufolge auch ihre Normen sind, desto klarer lassen sie sich ausformulieren und einfordern.“ (Sombetzki 2014, 245) Dies lässt auch erkennen, dass die Instanz im Verantwortungsnetzwerk eines Konsenses bedarf, der nicht nur aus dem Subjekt der Verantwortung kommen sollte, sondern auch gesellschaftlicher Akzeptanz bedarf.

Normative Kriterien können in sehr unterschiedlichem Gewand auftreten, als Maximen, Prinzipien, Gebote, Gesetze, Vorschriften, Befehle, Anweisungen, Aufgaben, Werte und Regeln, doch insbesondere die Pflichten als eine Form normativer Kriterien spielen seit jeher im Verantwortungsdiskurs eine wesentliche Rolle.
(Sombetzki 2014, 119)

Das bedeutet, dass der Maßstab, der für die Instanz gilt, in den unterschiedlichen Konzeptionen, vorliegt und oft auch nur bestimmte Handlungsanweisungen umfasst (vgl. Sombetzki 2014, 120).

Mit der Aufstellung normativer Kriterien, in den unterschiedlichsten Konzepten, mit der Suche nach dem Maßstab für die Instanz landet man aber beim Problem der Letztbegründung. Es stellt sich aber die Frage, ob die Verantwortungsübernahme überhaupt einer solchen Letztbegründung bedarf. Reicht es nicht aus, dass der Maßstab dazu da ist, ein friedliches Zusammenleben der Menschen zu sichern, bzw. im Kontext des (ärztlichen) Ethos überhaupt erst eine Beziehung zwischen Arzt und Patient herzustellen, um das gemeinsame Ziel des Patientenwohls in den Blick zu nehmen? Denn normative Systeme, die den Maßstab im Netzwerk der Verantwortung darstellen, erreichen ebenfalls keine Absolutheit in der Begründung (vgl. Sombetzki 2014, 123). Normative Kriterien geben einen Rahmen vor, der jedoch veränderbar ist und, vom

soziokulturellen Kontext beeinflusst, immer wieder neu geschrieben wird. Daraus ergibt sich eine Kontextabhängigkeit der normativen Kriterien und folglich auch der Maßstablegung für die Verantwortung. Es ist zu erkennen, dass der Maßstab der Verantwortung bereits vor den normativen Kriterien präexistent ist. Die normativen Kriterien entstammen dem soziokulturellen Kontext (vgl. Sombetzki 2014, 118). Damit umfassen sie nur eine Festschreibung des Maßstabes. Daraus wird ersichtlich, dass die normativen Kriterien nicht der definitive Maßstab für die Verantwortung sind. So sind normative Kriterien zwar ein Rahmen, eine Leitlinie oder ein gutes Hilfsmittel, um das Netzwerk der Verantwortung und damit die Etablierung eines (ärztlichen) Ethos zu stützen, doch entfaltet die externe Instanz der Normen ihre Wirkung nur im Zusammenspiel mit der inneren Instanz des Individuums. Festzuhalten ist, dass normative Kriterien keine Letztbegründung bringen und sich in diesem Punkt auch nicht von der inneren Instanz unterscheiden. Des Weiteren sind sie vom soziokulturellen Kontext abhängig und bilden einen wandelbaren Rahmen, der jedoch einer Wertung im Kontext der Moral unterliegt.

Für die Verantwortung ergibt sich damit etwas Wesentliches, nämlich eine Hinrückung zur Moralität, da die Grundlegung der Verantwortung in Werten und nicht in Normen erfolgt. Damit kommt es auch zu einer Stärkung des Verantwortungssubjektes, da dieses Rede und Antwort steht, denn es beeinflusst auch die Normen, die zu Anwendung kommen. Was damit aber noch deutlich wird, ist die Übereinstimmung des (ärztlichen) Ethos mit dem Netzwerk der Verantwortung. Auch im Kontext des (ärztlichen) Ethos stellen die Normen einen Rahmen dar, doch die Wertung durch das Individuum Arzt bildet dabei das Fundament, wobei in diesem Kontext auch noch die Basis für die Moralität, das Vermögen (*dynamis*) und die Disposition (*hexis*) des Arztes einen bedeutenden Platz einnimmt.

Schlussendlich lassen sich keine Unterschiede in der Funktionalität von Instanzen der Verantwortung und den Instanzen des ärztlichen Ethos ausmachen. Die innere Instanz im Konzept der Verantwortung, unabhängig davon, ob es sich dabei um das Gewissen, möglicherweise in einer erweiterten Version, oder um eine externe Instanz handelt, ist das Relatum, vor dem sich das Verantwortungssubjekt zu verantworten hat. Desgleichen findet sich im (ärztlichen) Ethos die innere Instanz des Arztes, die einen wesentlichen Beitrag im Etablierungsprozess des (ärztlichen) Ethos leistet, da im Individuum das Fundament für das (ärztliche) Ethos in Form des Vermögens (*dynamis*) und Disposition (*hexis*) bereitgestellt wird. Auch Vernunft, Urteilsfähigkeit und

Klugheit (*phronesis*) nehmen entsprechend unterstützende Funktionen im Etablierungsprozess des (ärztlichen) Ethos ein. Externe Instanzen, wie zum Beispiel Normen und gesellschaftliche Forderungen, sind ergänzend als Rahmen vorhanden. Abschließend ist die Frage zu beantworten, wie die Grundleistung des Arztes zu verstehen ist, die das ärztliche Ethos etabliert und worin das Neu-denken des ärztlichen Ethos zu verorten ist.

5 Das Verantwortungsnetzwerk des ärztlichen Ethos

Abschließend wird in diesem Abschnitt meiner Arbeit der Lösungsschritt zusammengefasst, der ein anderes Denken des ärztlichen Ethos im Sinne eines Verantwortungsnetzwerkes in den Blick nimmt. Es wird gezeigt, wie sich die gegenseitige Bedingung der Relata als Netzwerk der Verantwortung präsentiert, und dieses sich ident mit dem Etablierungsnetzwerk des ärztlichen Ethos verhält. Folglich entspricht das Netzwerk der Verantwortung dem Netzwerk des ärztlichen Ethos. Das ärztliche Ethos ist daher als eine Etablierung der Verantwortung neu zu denken. Es geht nicht darum, ärztliches Ethos zu haben, sondern darum, Verantwortung zu übernehmen.

Der zentrale Baustein im Andersdenken des ärztlichen Ethos ist, wie auch im Kontext der Verantwortung, das Subjekt der Verantwortung bzw. der Träger des ärztlichen Ethos. Wie ich zeigen konnte, handelt es sich dabei um eine Integrationsfigur, die über eine Fülle von Fähigkeiten verfügen muss. Diese Fähigkeiten sind teilweise angeboren, erworben und auch eingeübt. Zugleich schafft das Subjekt auch eine Verbindung zum soziokulturellen Kontext, urteilt und ist von einem normativen Rahmen umgeben. Dies schafft die Grundvoraussetzung der Vernetzung mit allen Relata der Verantwortung und zugleich mit allen Hauptakteuren des ärztlichen Ethos. Denn nur durch die Vernetzung und Schaffung der Verbindungen, durch gegenseitige Bedingung der Relata, ermöglicht das Subjekt der Verantwortung bzw. der Träger des (ärztlichen) Ethos die tatsächliche Etablierung des (ärztlichen) Ethos.

Eine weitere Vernetzung, sowohl in der Verantwortung als auch im ärztlichen Ethos, erreicht das Subjekt, in diesem Kontext der Arzt, durch den kommunikativen Charakter seiner Tätigkeit. Die Verantwortung wird erst durch das Verantwortungsobjekt etabliert. So tritt das ärztliche Ethos in der Koexistenz mit dem Patienten in den Blick. Damit vernetzt der Arzt als Verantwortungssubjekt und als bisheriger Träger des ärztlichen Ethos sich selbst im Sinne seiner kommunikativen Tätigkeit, mit der eigentlichen

moralischen Forderung, die an ihn gestellt wird. Damit möchte ich eine Erweiterung der Verantwortung und des ärztlichen Ethos über das Subjekt hinaus verdeutlichen. Das geschieht im Sinne der Schaffung einer zweiten Säule, und Etablierung des eigentlichen *Wozu* der Verantwortung und des ärztlichen Ethos, denn ohne das Verantwortungsobjekt gibt es keine Verantwortung. Gleiches gilt auch für den Patienten als einen Hauptakteur im Kontext des ärztlichen Ethos. Ohne diesen, der in seiner Autonomie als Träger von Verantwortung und als Ziel des ärztlichen Ethos einzuordnen ist, können weder Verantwortung noch ärztliches Ethos als solches benannt werden. Daher ist die kommunikative Leistung des Arztes ebenso als Vernetzung zu betrachten, um Verantwortung und ärztliches Ethos entstehen zu lassen.

Der Adressat der Verantwortung, also die eigentliche Zielsetzung im Verantwortungsnetzwerk, ist das Patientenwohl. Auch im ärztlichen Ethos ist das Patientenwohl ein Hauptakteur, und zwar im Sinne eines Ziels. Damit rückt das eigentliche *Warum überhaupt* der Verantwortung und des ärztlichen Ethos in den Blick. Der Unterschied zum Objekt der Verantwortung liegt meines Erachtens darin, dass der Adressat auch in einem abstrakten Sinn zu existieren vermag und kein Subjekt sein muss, obwohl im untersuchten Kontext das Objekt der Verantwortung und der Adressat der Verantwortung oft überlappen. Damit ist eine unscharfe Abgrenzung zwischen Objekt und Adressat der Verantwortung gemeint. Die eigentliche Sinnhaftigkeit der Verantwortung präsentiert sich erst im Patientenwohl und nicht im Patienten. Was darin aber zu erkennen ist, ist die Vernetzung der Relata und damit auch ein strukturelles Netzwerk der Verantwortung. Dasselbe gilt in dieser Form auch für das ärztliche Ethos, denn einer der Hauptakteure des ärztlichen Ethos, der Patient, macht es möglich, dass an den Träger des ärztlichen Ethos ein moralischer Anspruch mit einer bestimmten moralischen Zielsetzung gestellt wird. Dies macht die Vernetzung und gegenseitige Bedingung der Relata neuerlich deutlich.

Ein weiteres Element im Netzwerk der Verantwortung und im Etablierungsnetz des ärztlichen Ethos ist die Instanz. Die Instanz als Kontrollorgan oder auch als menschliches Selbstverständnis, je nachdem, ob es sich um eine von außen kommende Rede und Antwort stehende Instanz handelt oder um eine anthropologische Grundlegung in Form des Gewissens. Beide Instanzen lassen eine Absolutheit vermissen. In meiner Lesart ist dies auch nicht erforderlich und es scheint wichtiger zu sein, dass äußere Instanzen, die überwiegend aus dem Bereich des Rechts kommen und damit auch einem soziokulturellen Einfluss unterliegen, einem breiten Konsens

unterliegen, um ihrer Maßstabfunktion gerecht werden zu können. Die innere Instanz unterliegt ebenso keiner Absolutheit, kann aber durch unterstützende Maßnahmen im Sinne der Klugheit (*phronesis*), die vernunfttragend und auf ein gutes Leben hin orientiert ist, stark gemacht werden. Die Funktion der Instanz im Netzwerk der Verantwortung und auch im Etablierungsnetzwerk des ärztlichen Ethos ist als eine Sicherheitsfunktion zu werten. Denn wenn es kein *Wovor* man sich zu verantworten hat gibt, gleitet die Verantwortung in ihre Nicht-Existenz ab. Für die Etablierung des ärztlichen Ethos gilt dies ebenso, denn wenn die Instanz fehlt, zum Beispiel in Form des Ärztegesetzes, dann können sich Dammbürche entwickeln, wie die Geschichte (vgl. Hauenstein 2011) gezeigt hat. Daher kann festgehalten werden, dass die Strukturierung der Verantwortung in Form der Relata und die Hauptakteure im (ärztlichen) Ethos ident sind und ihre Funktionalität und gegenseitige Bedingung einander ebenso gleichen.

Damit kann auch gesagt werden, dass die Unterscheidung in Verantwortung und (ärztliches) Ethos fehlschlägt, da die Funktionalität, der Aufbau und auch die jeweiligen Hauptbestandteile einander gleichen. Daher ist im Kontext der Etablierungsproblematik des ärztlichen Ethos einzig und allein die Verantwortung in den Blick zu nehmen: Eine Verantwortung, die zum Wohle der Patienten, zu etablieren ist. Denn es geht nicht, wie in der Bezeichnung *ärztlichen Ethos* fokussiert, um das Individuum Arzt, das ein Ethos hat oder nicht. Es geht um die Etablierung eines Netzwerkes der Verantwortung, in dem der Arzt jener Netzwerker ist, von dem die Etablierung ausgeht, der aber nur einen Bestandteil des Netzwerkes darstellt. Die Relata der Verantwortung und auch die Hauptakteure des „ärztlichen Ethos“ sind als gleichwertig anzuerkennen.

6 Resümee

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten nach mythologischer, historischer und philosophischer Aufarbeitung der Bedeutung des Ethos-Begriffes eine deutliche Spaltung bereits in den Grundlagen dieses großen philosophischen Begriffes, sodass eine Entscheidung bezüglich der Verwendung der unterschiedlichen Bedeutung, meiner Ansicht nach nicht getroffen werden kann. Auch wenn die Entwicklung und die Gewichtung der Bedeutung unterschiedlich verlief, kann das Ethos wohl nur als eine Kombination aus unterschiedlichen Bedeutungen verstanden werden. Was aber in den Grundbedeutungen zu Tage tritt ist, eine fundamentale Instabilität. Historische Stabilisierungsversuche erbrachten ebenso keine Hinführung zu einer einheitlichen

Bedeutung des Begriffes. Damit wurde nicht nur die Instabilität und Wandelbarkeit aufgezeigt, sondern es konnte festgestellt werden, dass kein einheitliches Konzept des Ethos-Begriffes vorliegt, das für die Gegenwart verbindlich gilt.

Die Bedeutungsinstabilität des Begriffes stellt das ärztliche Ethos auf ein wackeliges Fundament. Daher war eine Suche nach weiteren Instabilitäten erforderlich, um die mögliche multifaktorielle Gefahrenlage und die Etablierungsproblematik für das ärztliche Ethos genau zu definieren und gleichzeitig festzustellen, ob das ärztliche Ethos in der Gegenwart noch existent ist. Als Hauptfaktoren einer erweiterten Instabilität, einer mangelhaften Etablierung des ärztlichen Ethos und Lückenbildung zwischen Arzt und Patient konnten mythologische, sprachphilosophische, individuelle, und im Wesen der Medizin inhärente Faktoren herausgearbeitet werden. So ergab die mythologische Fundierung eine Dichotomie, die in das ärztliche Ethos hineinwirkt. Im hippokratischen Eid ist ein sprachlicher Wegweiser zu erkennen, der jedoch nur mögliche moralische Richtungen aufzeigt, in die das ärztliche Ethos entwickelt werden kann. Die größte Gefahr für die Etablierung des ärztlichen Ethos stellt die heutige Medizin selbst dar, durch ihre Übertechnisierung und vor allem ihre wunschbasierte Erscheinungsform. Gesellschaft, Normen, Patienten und Ärzte ergänzen die Etablierungsproblematik und destabilisieren das ärztliche Ethos zusätzlich. Der angedachte Versuch der Stabilisierung und das Schließen der Lücke zwischen Arzt und Patient, die durch die mangelnde Etablierung des ärztlichen Ethos entstanden ist, gelingen nicht. Durch Gewissen, Vertrauen und Tugend wird zwar eine Abmilderung der Nicht-Etablierung des ärztlichen Ethos angedacht, doch kann diese die Etablierungsproblematik für das ärztliche Ethos nicht beseitigen.

Daher fokussiere ich mich in meinem Lösungsvorschlag auf ein Neu-Denken, einerseits des ärztlichen Ethos, als auch der Verantwortung. Über die Untersuchung der begrifflichen und strukturellen Darstellung des Denkens der Verantwortung erfolgte ein Vergleich mit der Struktur des ärztlichen Ethos. Diese Untersuchung ergab einen Verlust der Vorrangstellung des Arztes im Prozess der Etablierung des ärztlichen Ethos, aber auch die Erfüllung einer neuen Aufgabe durch den Arzt. Diese neue Aufgabe besteht in einer Vernetzung und Sichtbarmachung der Relata der Verantwortung, mit dem Ziel der Herstellung des Patientenwohls. Diese Sichtbarmachung und Vernetzung ist in der Übernahme und Annahme von Verantwortung festzumachen. Daher präsentiert sich mein Lösungsvorschlag in einer Sichtbarmachung der Verantwortung gerade im ärztlichen Ethos.

Schlussendlich ist das Ergebnis dieser Arbeit unerwartet, da das ärztliche Ethos im eigentlichen Sinne kein ärztliches Ethos ist und nicht einfach als solches bezeichnet werden kann. Es handelt sich dabei vielmehr um ein Ethos, das im Sinne der Verantwortungsübernahme durch das Subjekt der Verantwortung und dessen Fähigkeiten sichtbar gemacht wird.

7 Praktischer Kontext und Ausblick

Die Intention dieser Arbeit liegt nicht nur in einer wissenschaftlichen Aufarbeitung des Phänomens des ärztlichen Ethos, das ich in seiner tradierten Form als solches nicht bestätigen konnte, sondern auch in der Betrachtung der praktischen Bedeutung dessen für die Ausbildung zukünftiger Ärzte.

Diese praktische Bedeutung ergibt sich daraus, dass in Wien, Graz und Innsbruck seit 2013⁷¹ ein medizinischer Aufnahmetest, auch MedAT genannt, für die Studien Human- und Zahnmedizin etabliert wurde. In Linz erfolgte die Einführung dieses Testverfahrens ab 2014. (vgl. Ebbinghaus 2017). Bei diesem Test werden naturwissenschaftliche Kenntnisse und kognitive Fähigkeiten abgefragt. Die Abfrage der kognitiven Fähigkeiten beinhaltet auch einen Testung zum „Sozialen Entscheiden“. Dabei werden fünf Überlegungen nach ihrer Wichtigkeit für soziale und moralische Entscheidung gereiht. Dies ist offensichtlich die Art und Weise, wie moralische Entscheidungen in einem Multiple Choice Test abgefragt werden können. Nachdem dieser Test auf Kohlbergs Theorie⁷² der Moralentwicklung beruht, verkommt er zu einer erlernten Einordnung nach vorgegebenen Stufen, sagt jedoch nichts über die soziale und moralische Kompetenz der Testperson aus.

Dies bedeutet jedoch auch, dass man von angehenden Ärzten zwar weiß, dass sie sich Wissen aneignen können und bestimmte Kenntnisse im naturwissenschaftlichen Bereich aufweisen, man weiß aber nicht, ob sie in der Lage sind, Verantwortung anzunehmen und zu übernehmen und damit ein Netzwerk der Verantwortung, im Sinne eines generellen Ethos zu etablieren. Das Erfordernis der An- und Übernahme von Verantwortung, welches zugleich der Etablierung des Ethos entspricht, ist von grundlegender Bedeutung für jene Patienten, welche die angehenden Ärzte behandeln

⁷¹Von 2006-2012 gab es zwei unterschiedliche Testverfahren, einerseits den Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) andererseits den Basistest Medizinische Studien (BMS). (vgl. Ebbinghaus 2017).

⁷²Lawrence Kohlberg entwickelte seine Stufentheorie des Moralerwerbs, beginnend mit seiner Dissertation im Jahre 1958 kontinuierlich weiter und stützt sich auf einen kognitiv-entwicklungstheoretischen Ansatz (vgl. Kohlberg 2017, 123).

werden. Meine Intention besteht somit darin, mit dieser Untersuchung des (ärztlichen) Ethos, eine öffentliche Debatte und eine Reflexion der Entscheidungsträger anzuregen, um zu gewährleisten, dass zukünftige Ärzte in der Lage sind, zum Wohl der Patienten zu agieren. Denn ärztliches Handeln darf nicht ausschließlich auf ökonomischen, normativen oder standespolitischen Vorgaben basieren.

8 Literatur

- Ärztegesetz Österreich: <https://www.jusline.at/gesetz/aerztegch> [Zugriff 13.11.2022].
- Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. Hrsg. und Übersetzung: Wolf, Ursula. Mit einem Vorwort und Anmerkungen von U. Wolf. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2017.
- Aristoteles: *Über die Seele. De Anima*. Übersetzung von Klaus Corcilus. Meiner Verlag: Hamburg 2017.
- Bader, Erwin: „Weltethos, Philosophie und Religion. Eine globale Welt – ein globales Ethos“. In: *Weltethos-Weltfrieden-Weltreligionen*. Hrsg. von Erwin Bader im Auftrag der Initiative Weltethos Österreich. Geleitwort von Hans Küng. Wien: LIT Verlag 2007. S.63–97.
- Bader, Erwin–Biographie: <https://homepage.univie.ac.at/erwin.bader/bio.html> [Zugriff 12.11.2022].
- Baier, Annette: *Trust. The Tanner Lectures on Human Values*. Princeton – University. 1991. <https://tannerlectures.utah.edu/resources/documents/a-to-z/b/baier92.pdf> [Zugriff 20.3.2022; 09.12.2022].
- Baier, Annette–Biographie: <https://www.utimes.pitt.edu/archives/?p=23544> [Zugriff 15.11.2022].
- Bayertz, Kurt: „Eine kurze Geschichte der Herkunft der Verantwortung“. In: *Verantwortung. Prinzip oder Problem*. Hrsg.: Bayertz Kurt. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1995. S.3–71.
- Bergdolt, Klaus: *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*. München: C. H. Beck 2004.
- Berlinger, Rudolph: „Grundlegungsfragen Ärztlicher Ethik“. In: *Perspektiven der Philosophie* Vol.18. 1992. S. 227. <https://uaccess.univie.ac.at/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/grundlegungsfragen-aerztlicher-ethik/docview/1302899735/se-2>. [Zugriff 9.12.2022]
- Berlinger, Rudolph–Biographie: http://stiftung-metaphysik.de/index.php?cur_hm=020_Stiftung.htm&html_file=030a_Rudolph_Berlinger.htm [Zugriff 13.11.2022].
- Bibel: *Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift. Gesamtausgabe. Psalmen und Neues Testament. Ökumenischer Text*. Stuttgart, Klosterneuburg: Österreichisches Katholisches Bibelwerk 1986.
- Birnbacher, Dieter: „Das ärztliche Ethos im Spannungsfeld von ärztlichem Urteil, Recht und Erwartung der Öffentlichkeit“. In: *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Hrsg.: Hector Wittwer, Daniela Ringkamp. Freiburg/München 2018: Alber Verlag. S. 215–237.
- Deichgräber, Karl: *Der hippokratische Eid*. Text griechisch und deutsch-Interpretation-Nachleben. 4. erweiterte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH. 1983.
- Deichgräber, Karl–Biographie: <http://www.teuchos.uni-hamburg.de/interim/prosop/Deichgraeber.Karl.html> [Zugriff 13.11.2022]
- Deutscher Ethikrat: *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Hrsg.: Deutscher Ethikrat. Berlin 2016. S. 37–58.
- Diels, Hermann ; Kranz, Walter [DK]: *Die Fragmente der Vorsokratiker*, 8. Aufl. Hrsg. von W. Kranz, Berlin 1956.
- Dikwo, Joachim: *Vom Ethos des Lehrers*. Münster: Aschendorff 1987.

- Duden: „Das Herkunftswörterbuch : Etymologie der deutschen Sprache“. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. In: *Der Duden in zwölf Bänden. Das Standardwerk zur deutschen Sprache*. Band 7. (Hrsg.): Dudenredaktion. Berlin: Duden 2020. S. 479.
- Ebbinghaus, Peter: *Die Geschichte des MedAT und was Medizin-Bewerber 2017 erwartet*. Thieme via medici 8.2.2017. <https://m.thieme.de/viamedici/vor-dem-studium-zulassung-1494/a/33051.htm> [Zugriff 1.12.2022].
- Eichinger, Tobias: „Instrument oder Profession? Zur Ethischen Dimension einer Wesensbestimmung der Medizin. In: *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Hrsg.: Hector Wittwer, Daniela Ringkamp. Freiburg/München 2018: Alber Verlag. S.42–56.
- Elm, Ralf: „êthos/ethos“ In.: *Wörterbuch der antiken Philosophie*.(Hrsg.): Horn, Christoph; Rapp, Christof München: C.H.Beck Verlag. 2008 S. 155–157.
- Europäische Menschenrechtskonvention: Hrsg.: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte. Straßburg 2013. Übersetzung ins Deutsche. https://www.echr.coe.int/documents/convention_deu.pdf [Zugriff 29.7.2022, 9.12.2022].
- Fenner, Dagmar: *Ethik. Wie soll ich handeln?*. Tübingen: Francke 2008.
- Fenner, Dagmar: *Einführung in die angewandte Ethik*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag GmbH&Co.KG 2010.
- Forschner, Maximilian: „Verantwortung“. In: *Staatslexikon: Recht, Wirtschaft, Gesellschaft*. Band 5, Sozialindikatoren-Zwingli. Hrsg.: Görres-Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder. 1989, S. 589–593.
- Forschner, Maximilian: *Zur Person*. <https://www.philosophie.phil.fau.de/person/forschner/> [Zugriff 15.11.2022].
- Freyer, Hans: „Verantwortung-Heute“. In: *Gedanken zur Industriegesellschaft*. Mainz: von Hase & Koehler 1970. S.195–221.
- Funke, Gerhard: „Ethos“, In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Hrsg.: Ritter, Joachim; Gründer Karlfried: Bd. 2. Basel: Schwabe 1972, 812–814.
- Gemelli Marciano, M. Laura: *Die Vorsokratiker. Band 1: Thales, Anaximander, Anaximenes, Pythagoras und die Pythagoreer, Xenophanes, Heraklit*. Griechisch-lateinisch-deutsch. Auswahl der Fragmente und Zeugnisse. Übers. und Erl. Von Gemelli Marciano, M. Laura. Patmos Verlag, Artemis &Winkler Verlag: Düsseldorf 2007.
- Gerhardt, Volker: „Individuelle Verantwortung“. In: *Handbuch der Verantwortung*. Hrsg.: Heidbrink, Ludger; Langbehn, Claus; Loh, Janina. Kiel: Springer 2017. S.432–451.
- Gerl-Falkovitz, Hanna-Barbara: „Gewissen“. In: *Zwischen Philosophie und Theologie. Interpretationen zu zentralen fundamentaltheologischen Begriffen*. Hrsg.: Pech, Justinus C.:Be&Be 2013.
- Gethmann-Seifert, Annemarie: „Überlegungen zur Vereinbarkeit von Ökonomie und Medizinethik“. In: *Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit?*.Hrsg.: M. Kettner; P. Koslowski. Fink: München 2011. S. 37–57.
- Gutmann, Thomas: *Würde und Autonomie. Überlegungen zur Kantischen Tradition*. Münster 2010. [https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrueundung/intern/publikationen/gutmann/gutmann - wuerde und autonomie.pdf](https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrueundung/intern/publikationen/gutmann/gutmann_-_wuerde_und_autonomie.pdf) [Zugriff 14.11.2021, 8.12.2022].
- Habermas, Jürgen: *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt am Main 1988.
- Hartmann, Martin: *Die Praxis des Vertrauens*. Berlin: Suhrkamp 2011.

Hartmann, Martin–*Biographie*: <https://www.unilu.ch/fakultaeten/ksf/institute/philosophisches-seminar/mitarbeitende/martin-hartmann/#tab=c4478> [Zugriff 16.11.2022].

Hauenstein, Evelyn: *Ärzte im Dritten Reich*. 2.8.2011. <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/aerzte-im-dritten-reich-4456.htm> [Zugriff 18.11.2022; 11.12.2022].

Herodot: *Des Herodotos von Halikarnassos Geschichten*. Erstes Buch Klio. Leipzig: F.W. Hendel Verlag. 1940. Kap. 15-17.

Hesiod: „Theogonie. Der Götter und Göttinnen Geschlecht“. In: *Hesiods Werke*. Übersetzt von Johann Heinrich Voß. Tübingen: Verlag J.C.B. Mohr 1911. S.91-175.

Hesiod: „Hauslehren“. In: *Hesiods Werke*. Übersetzt von Johann Heinrich Voß. Tübingen: Verlag J.C.B. Mohr. 1911. S.21-90.

Höffe, Otfried: *Aristoteles*. München: Verlag C. H. Beck 1999.

Homer: *Ilias. Erster bis achter Gesang*. Übersetzt von Johann Heinrich Voß. Erster Gesang: <https://www.projekt-gutenberg.org/homer/ilias21/chap001.html>. Vierter Gesang: <https://www.projekt-gutenberg.org/homer/ilias21/chap004.html> Sechster Gesang: <https://www.projekt-gutenberg.org/homer/ilias21/chap006.html> [Zugriff 7.12.2022].

Homer: *Ilias. Neunter bis sechzehnter Gesang*. Übersetzt von Johann Heinrich Voß. Elfter Gesang: <https://www.projekt-gutenberg.org/homer/ilias22/chap011.html> [Zugriff 8.12.2022].

Horn, Christoph; Rapp, Christof: *Wörterbuch der antiken Philosophie*. München: C.H.Beck Verlag 2008.

Jellinek, Georg: *Die sozioethische Bedeutung von Recht, Unrecht und Strafe*. 2.Auflage Berlin 1908.

Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Werksausgabe Bd. VII, Hrsg.: Wilhelm Weischedel. Frankfurt am Main 1968. 22. Auflage Berlin: Suhrkamp 2016.

Kettner, Matthias: „Einheit und Differenz von kurativer und wunscherfüllender Medizin“. In: *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Freiburg/München: Alber Verlag 2018, S.19–41.

Kohlberg, Lawrence: *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Hrsg.: Althof Wolfgang unter Mitarbeit von Noam Gil und Oser Fritz. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2017. S. 123–174.

Kollesch, Jutta.; Nickel, Diethard (Hrsg.): *Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus dem medizinischen Schrifttum der Griechen und Römer*. Aus dem Griechischen und Lateinischen Auswahl, Übersetzung, Einleitung und Anmerkungen durch die Herausgeber. Leipzig: Philipp Reclam jun. 1979.

Küng, Hans: *Weltethos für Weltpolitik und Weltwirtschaft*. München: Piper Verlag 1997.

Leven, Karl-Heinz: *Antike Medizin. Ein Lexikon*. Hrsg.: K.-H. Leven. München: C.H. Beck 2005, S.572.

Loh, Janina: *Roboterethik. Eine Einführung*. Berlin: Suhrkamp 2019.

Loh, Janina: *Trans-und Posthumanismus. zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag 2018. 3. korrigierte Auflage 2020.

Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin - Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2017.

Nida-Rümelin, Julian: *Verantwortung*. Stuttgart: Reclam 2011.

Nutton, Vivian: *What´s in an oath?*. College Lecture. Journal of the Royal College of Physicians of London 1995 Nov-Dec; 29(6). 518–524. hier S.521:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5401239/?page=4> [Zugriff 2.3.2022, 9.12.2022] .

Ovidius Naso, Publius: *Metamorphosen*. Übersetzt und herausgegeben von Michael von Albrecht. Lateinisch/Deutsch. Bonn, Ditzingen: Reclam Verlag 1994, 2010.

Pfeifer, Wolfgang et al.: „Verrat“. In: *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. Digitalisierte und von W. Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. 1993. <https://www.dwds.de/wb/etymwb/Verrat> [Zugriff 2.3.2022, 10.12.2022].

Pförtner, Stephan H.: *Ethik in der europäischen Geschichte. Antike und Mittelalter*. Hrsg.: Pförtner, Stephan H ; Lührmann Dieter; Ritter Adolf Martin. Stuttgart: Kohlhammer 1988, S.141–166.

Platon: *Platon. Sämtliche Dialoge. Protagoras–Laches und Euthyphron–Apologie und Kriton–Gorgias*. Band I. In Verbindung mit K. Hildebrandt, C. Ritter und G. Schneider. Hrsg. und mit Erläuterungen, Literaturübersichten, Anmerkungen und Registern versehen von Otto Apelt. Hamburg: Meiner Verlag 1998.

Platon: *Platon. Sämtliche Dialoge. Menon–Kratylos–Phaidon–Phaidros*. Band II. In Verbindung mit K. Hildebrandt, C. Ritter und G. Schneider. Hrsg. und mit Erläuterungen, Literaturübersichten, Anmerkungen und Registern versehen von Otto Apelt. Hamburg: Felix Meiner Verlag 1998.

Platon: *Platon. Sämtliche Dialoge. Der Staat*. Band V. In Verbindung mit K. Hildebrandt, C. Ritter und G. Schneider. Hrsg. und mit Erläuterungen, Literaturübersichten, Anmerkungen und Registern versehen von Otto Apelt. Hamburg: Felix Meiner Verlag 1998.

Platon: *Platon. Sämtliche Dialoge. Gesetze*. Band VII. Register der Gesamtausgabe. In Verbindung mit K. Hildebrandt, C. Ritter und G. Schneider. Hrsg. und mit Erläuterungen, Literaturübersichten, Anmerkungen und Registern versehen von Otto Appelt. Hamburg: Felix Meiner Verlag 1998.

Puhl, Klaus: "5 Regelfolgen". In: *Ludwig Wittgenstein: Philosophische Untersuchungen*, edited by Eike von Savigny, Berlin: Akademie Verlag, 2010. S. 119–142.

Rapp, Christof; Corcilius, Klaus: *Aristoteles Handbuch. Leben-Werk-Wirkung*. Stuttgart: Metzler Verlag und C. E. Poeschel Verlag, 2011.

Riedweg, Christoph: „daimon“. In.: *Wörterbuch der antiken Philosophie*. (Hrsg.): Horn, Christoph; Rapp, Christof München: C. H. Beck Verlag. 2008. S.95–96.

Ringkamp, Daniela; Hector Wittwer: „Vorwort der Herausgeber“. In: *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Hrsg.: Hector Wittwer. Daniela Ringkamp. Freiburg/München: Alber Verlag. 2018. S.11–16.

RIS COVID-19-Basismaßnahmenverordnung:
[https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2022_II_86/BGBLA_2022_II_86.html#:~:text=\(1\)%20Als%20Maske%20im%20Sinne,mit%20mindestens%20gleichwertig%20genormtem%20Standard.](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2022_II_86/BGBLA_2022_II_86.html#:~:text=(1)%20Als%20Maske%20im%20Sinne,mit%20mindestens%20gleichwertig%20genormtem%20Standard.) [Zugriff 9.12.2022].

RIS Erwachsenenschutz-Gesetz
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf [Zugriff 9.12.2022].

RIS Fortpflanzungsmedizin-Gesetz:
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1992_275_0/1992_275_0.pdf [Zugriff 9.12.2022].

RIS Patientenverfügungs-Gesetz:
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_55/BGBLA_2006_I_55.pdf [Zugriff 9.12.2022] .

Schaur-Wünsch, Teresa: *Moon Ribas "Es ist wie ein zweiter Herzschlag"*. Presse 14.11.2017. <https://www.diepresse.com/5319574/moon-ribas-es-ist-wie-ein-zweiter-herzschlag> [Zugriff 29.9.2020].

Schlögel, Herbert: „Patientenautonomie und ärztliches Ethos. Klassische Begriffe in verändertem Kontext“. In: *Horizonte gegenwärtiger Ethik. Festschrift für Josef Schuster SJ*. Hrsg.: Paul-Chummar Chittilapilly. Freiburg im Breisgau 2016. Verlag Herder. S. 568–580.

Seume, Johann Gottfried: „Die Gesänge“. In *Werke und Briefe in drei Bänden. Band 2. Apokryphen/Kleine Schriften/Gedichte/Übersetzungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1993. S.505.

Sombetzki, Janina: *Verantwortung als Begriff, Fähigkeit, Aufgabe. Eine Drei-Ebenen-Analyse*. Wiesbaden: Springer VS 2014.

Spiekermann, Sarah: *Digitale Ethik. Ein Wertesystem für das 21. Jahrhundert*. München: Droemer Verlag 2019.

Steuding, Hermann: „Hygieia“. In: *Ausführliches Lexikon der griechischen und römischen Mythologie*. W.H. Roscher (Hrsg.).Band 1,2. Leipzig 1890. S.2772–2792.

Thomas von Aquin: *Summe der Theologie*. Zusammengestellt, eingeleitet und erläutert von J. Bernhart. 2.Band die Sittliche Weltordnung. Stuttgart: Kröner Verlag 1954.

Weltärztebund (WMA):

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1948-1.pdf>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1968-1.pdf>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1983-1.pdf>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1994-1.pdf>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v2005-1.pdf>
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v2006-1.pdf>
[Zugriff 30.7. 2022].

Wittgenstein, Ludwig: *Tractatus Logico-Philosophicus. Logisch-Philosophische Abhandlung*. First published bei Kenan Paul: London 1922. SIDE-BY-SIDE-BY-SIDE EDITION, VERSION 0.63. containing the original German, alongside both the Ogden/Ramsey, and Pears/McGuinness English translations. 2022. <https://people.umass.edu/klement/tlp/tlp.pdf> [Zugriff 8.12.2022].

Wittgenstein, Ludwig: *Philosophische Untersuchungen*. Wissenschaftliche Sonderausgabe. Hrsg.: Anscombe ,G.E.M.; Rhees, R. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1967.

Wittwer, Hector: “Die Frage nach dem internen Ethos der Medizin und ihre Bedeutung für die Medizinethik“. In: *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Hrsg.: Hector Wittwer. Daniela Ringkamp. Freiburg/München 2018: Alber Verlag. S. 256–279.

9 Abkürzungen

BA	Bundeskanzleramt
DWDS	Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache
EN	Nikomachische Ethik
GMS	Grundlegung zur Metaphysik der Sitten
Lk	Lukasevangelium
Op	Opera oder auch Hauslehren
PU	Philosophische Untersuchungen
RIS	Rechtsinformationssystem
Th	Theogonie
TLP	Tractatus Logico-Philosophicus
WMA	World Medical Association - Weltärztebund

10 Anhang

10.1 Abstract Deutsch

Diese Arbeit widmet sich der Frage, ob das ärztliche Ethos neu zu denken ist. Dabei wird der Versuch seiner Verortung zwischen historischer Bedeutung und gegenwärtigen Gefahren unternommen. Dies dient der Klärung des Vorhandenseins von basalen Instabilitäten und einer multikausalen Etablierungsproblematik, die eine erneuerte Herangehensweise an das ärztliche Ethos nötig werden lässt. Daher präsentiere ich das Neudenken des ärztlichen Ethos in einer strukturellen Gleichsetzung mit der Verantwortung und zugleich als fundamentale Vernetzungsaufgabe des Arztes, die in einer Über- und Annahme und nicht in einem bloßen Haben von Verantwortung besteht. Für den praktischen Kontext bedeutet dies, dass eine Evaluierung der Zugangsbeschränkungen zum Human- und Zahnmedizinstudium dringend erforderlich ist.

10.2 Abstract Englisch

My thesis is dedicated to the question whether medical ethos needs to be rethought or not. An attempt is made to locate the concept of a medical ethos between historical significance and modern dangers. This serves to clarify the existence of basal instabilities and a multicausal establishment problem, which requires a renewed approach to medical ethos. Thus, I present the rethinking of the medical ethos in a structural equation with responsibility and at the same time as a fundamental networking task of the doctor, which consists in accepting and not in simply having responsibility. For the practical context, this means that an evaluation of the access restrictions to medical and dental studies is urgently recommended.