

**Hartmut Kreß****Dialogische Ethik im Blick auf Menschenwürde und heutige Arztethik**

*Referat auf der Tagung der Philosophischen Sektion der Wissenschaftlichen Martin Buber-Gesellschaft „Martin Buber und die Ethik – philosophische, psychologische und medizinethische Aspekte“ am 10. Oktober 2009 in Heppenheim*

Den gedanklichen Hintergrund meiner Überlegungen bildet das Werk Martin Bubers. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist Buber zum „Entdecker“ und Vordenker dialogischer Ethik geworden. Das klassische Dokument bildet seine Schrift „Ich und Du“ (1923). Seine Anthropologie und Ethik laufen darauf hinaus, die menschliche Existenz und die Normen gelingenden Menschseins aus der Wechselwirkung heraus zu deuten, die zwischen Mensch und Mitmensch besteht. Aus Bubers Sicht gilt: „das innerste Wachstum des Selbst vollzieht sich nicht ... aus dem Verhältnis des Menschen zu sich selbst, sondern aus dem zwischen dem Einen und dem Andern.“ Im Folgenden soll erörtert werden, welche Implikationen sich aus dieser dialogischen Konzeption des Menschseins für das Verständnis von „Menschenwürde“ ergeben und was sie speziell für die Arztethik besagen.

**1. Vorbemerkung zum Begriff der Menschenwürde**

Die Menschenwürde gehört zu den tragenden Begriffen unserer ethischen Kultur und Rechtskultur. Im Jahr 1949 wurde sie als Artikel 1 an die Spitze der Bonner Verfassung, des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, gestellt. In den letzten Jahren ist diese grundlegende Norm freilich zunehmend zum Gegenstand von Kontroversen geworden. Oftmals wird sie allzu schlagwortartig und inflationär zitiert. Uneindeutig ist, worauf sie sich gedanklich zurückführen lässt. Handelt es sich um eine naturrechtliche, überpositive und geradezu „ewige“ Norm oder ist die Menschenwürde ein in der Verfassung positiviertes Grundrecht, das „nur“ aus bestimmten historischen und kulturellen Bedingungen heraus zu begreifen ist?

Darüber hinaus ist es zur offenen Frage geworden, welchen materialen, inhaltlichen Sinn der Terminus „Menschenwürde“ im Einzelnen besitzt. Greift er z.B. angesichts von

Problemfragen, die sich heutzutage angesichts der Biomedizin stellen? Lassen sich aus ihm Folgerungen etwa für den moralischen oder rechtlichen Status von Frühembryonen ziehen? Meines Erachtens greift es fehl, ontologisch zu behaupten, der Frühembryo sei bereits im vollen Sinn ein „Mensch“ mit entsprechender Menschenwürde. Sachgemäßer erscheint es, für vorgeburtliches Leben einen zunehmenden, graduell ansteigenden Würdeschutz zu durchdenken, der in Korrelation zu seinem Entwicklungsstatus zu sehen ist.

Auf solche Einzelfragen werde ich im Folgenden aber nicht eingehen. Es kommt mir hier nur auf die Feststellung an: „Menschenwürde“ ist ein deutungsoffener Begriff, der der sachgerechten und sinnvollen Auslegung bedarf. Hierzu werde ich das Werk Bubers zu Rate ziehen. Buber hat zwar keine begrifflichen oder juristischen Definitionen zur Menschenwürde vorgetragen. Trotzdem ist sein Werk für ein inhaltlich vertieftes Verständnis von Menschenwürde in bestimmter Hinsicht interessant. Konkret lässt sich – von seinem Werk ausgehend – das wichtige medizinethische Postulat beleuchten, dass das Verhalten von Ärzten der individuellen Würde ihrer Patienten in möglichst hohem Maß gerecht werden soll.

## **2. Grundsatzüberlegungen zur Würde des Individuums**

Im Licht verschiedener Denkmodelle und auch von Bubers Denken ist zu sagen: Jeder Mensch ist in seiner Würde zu achten – und zwar in seiner jeweiligen *Individualität*. Die Idee der Menschenwürde beinhaltet demnach zwei Teilaspekte: den Gleichheitsaspekt – jeder Angehörige der Gattung Mensch besitzt Würde – und darüber hinaus den Individualitätsaspekt: Es ist geboten, jeden Einzelnen in seiner Besonderheit, in seinem individuellen Personsein und in seiner höchstpersönlichen Individuation zu respektieren. Auf dies Letztere kommt es mir im Folgenden besonders an.

Geistesgeschichtlich musste eine solche Einsicht freilich erst einmal errungen werden. Zu den philosophischen Lehrern Bubers gehörte Georg Simmel (1858-1918). Neben Max Weber war Simmel einer der Klassiker der Soziologie; er zählt zu den bedeutenden philosophischen Vordenkern des frühen 20. Jahrhunderts. In seiner kritischen Auseinandersetzung mit Kant legte Simmel dar, jeder Mensch sei ein „individuelles

Gesetz“. Hiermit grenzte er sich von dem Verständnis der Menschenwürde ab, das er bei Kant vorfand. Kants kategorischer Imperativ lautete: „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ Mit dieser Formulierung hatte Kant klassisch zur Geltung gebracht: Menschen sind „Selbstzweck“ und besitzen Würde. Dabei legte Kant den Akzent aber nicht so sehr auf den *einzelnen* Menschen, sondern darauf, dass den Menschen *als solchen, generell*, nämlich in ihrer „Menschheit“, Würde zukomme. Er begründete dies damit, dass Menschen grundsätzlich vernunft-, freiheits- und moralfähig sind. In seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ heißt es: „Nun ist Moralität die Bedingung, unter der allein ein vernünftiges Wesen Zweck an sich selbst sein kann; weil nur durch sie [die Moralität] es möglich ist, ein gesetzgebend Glied im Reiche der Zwecke zu sein. Also ist Sittlichkeit und die Menschheit, sofern sie derselben fähig ist, dasjenige, was allein Würde hat.“ Diese Formulierung besagt: Dem *einzelnen* Menschen kommt nur abgeleitet Würde zu. Er besitzt Würde, insofern er an der Würde teilhat, die der Menschheit bzw. dem vernünftigen Menschsein *schlechthin* gebührt.

Hierin widersprach Simmel. Kant habe mit seinem kategorischen Imperativ ein „allgemeines Gesetz“ in den Mittelpunkt gerückt. Er habe zu sehr auf die Gleichheit der Menschen, nämlich auf ihre Teilhabe an der allgemeinmenschlichen Vernunft geblickt. Stattdessen sei das Augenmerk auf den einzelnen Menschen als „individuelles Gesetz“ zu lenken; es gelte, den Einzelnen in seiner Besonderheit, d.h. im profilierten Sinn als Ich zu begreifen. Denn: „Je mehr wir erlebt haben, desto entschiedener markiert sich das Ich als das Eine und Kontinuierende in allen Pendelschwingungen des Schicksals und des Weltvorstellens“. So gesehen ergibt sich der Eigenwert eines Menschen gerade aus seiner Individualität. Gegenüber den Mitmenschen schließt das individuelle Ich-Sein die Differenz, das Anders-Sein ein.

Buber war gedanklich von Simmel beeinflusst. Auch ihm lag daran, jede einzelne Existenz in ihrer höchstpersönlichen Besonderheit wahrzunehmen und ernstzunehmen. Dabei legte er den Akzent darauf, dass die Individuation, das „Ich“-Werden des einzelnen Menschen vor allem aus den vielfältigen Begegnungen mit den Mitmenschen re-

sultiert: Das Ich „wird“ zu dem, was sein Ich-Sein ausmacht, durch den Dialog mit dem Du.

Für den Denkansatz, die menschliche *Individualität* hervorzuheben, nenne ich noch zwei weitere Autoren. Der eine war ein Zeitgenosse und gedanklicher Weggefährte Bubers, der andere ein jüngerer Autor jüdischer Provenienz.

1. Als Zeitgenosse Bubers ist Leo Baeck zu erwähnen. In seiner Schrift „Das Wesen des Judentums“ (2. Aufl. 1921) entwarf er Gesichtspunkte einer Anthropologie mit jüdischen Konturen. Hierbei betonte er beides: die Gleichheit bzw. die Gleichwertigkeit sowie die Individualität der Menschen.

Um die beiden Aspekte mit zwei Zitaten aus dem „Wesen des Judentums“ zu verdeutlichen: (1.) „Der Mensch ist im *Ebenbilde Gottes* geschaffen ... Ein bleibendes Symbol, ein *Prinzip des Menschentums*, das den religiösen, sittlichen Begriff ‚Mensch‘, den Begriff der *Menschheitswürde* gibt, ist damit gewonnen. Wie groß immer der Unterschied von Mensch zu Mensch ist, die Gottesebenbildlichkeit ist ihnen allen ihr Charakter, ist ihnen allen gemeinsam; sie ist es, die den Menschen zum Menschen macht, ihn als Menschen bezeichnet.“ Für Baeck waren „Gottebenbildlichkeit“ und „Menschenwürde“ Wechselbegriffe. Das Zitat arbeitet als ihren Kern den Gleichheitsaspekt, die Gleichwertigkeit aller Menschen heraus (Baeck zufolge ist die Gottebenbildlichkeit allen Menschen „gemeinsam“). Gleichzeitig heißt es dann aber (2.): „In seinem Eigentlichen, in seinem Individuellen und Persönlichen ... kann der Mensch das Göttliche entfalten; es ist ihm gegeben, daß es werde.“ Auf diese Weise gelangt als Merkmal von Gottebenbildlichkeit bzw. Menschenwürde zusätzlich der Individualitätsaspekt zum Zuge.

2. Ähnliches legte Hans Jonas (1903-1993) dar. Er wurde bekannt durch sein Buch „Das Prinzip Verantwortung“ (1979). Angesichts der technologischen Umwälzungen im späten 20. Jahrhundert wollte er das Leitbild ethischer Verantwortung neu zur Geltung bringen. Neben der Ökologie beschäftigte ihn die moderne Medizintechnologie, darunter die Humangenetik. Sein Leitgedanke besagte, dass jeder Mensch eine genuine Schutz-Würdigkeit hinsichtlich seiner Individualität besitzt; diese Individualität sei von Natur oder vom Schicksal oder vom Zufall, von der Zufallskombination der elterlichen Genome und von biographischen Prägungen vorgegeben. Schon vor ca. 25 Jahren be-

fasste er sich mit Optionen der Fortpflanzungsmedizin, mit genetischen Eingriffen in frühe Formen menschlichen Lebens und mit dem reproduktiven Klonieren. Angesichts dessen sei das Schutzrecht der naturhaft vorgegebenen Individualität von Belang. Sein ethischer Imperativ lautete: „Achte das Recht jedes Menschenlebens, seinen eigenen Weg zu finden und eine Überraschung für sich selbst zu sein.“ Deshalb übte er an genetischen Eingriffen in den frühen Embryo oder an reproduktivem Klonieren heftige Kritik. Sein Postulat – die Individualität ist das Gut, das unter dem Schutz der Menschenwürde steht – entfaltete er philosophisch-ethisch, aber auch durch Rückgriff auf jene jüdischen Traditionen, die schon für Leo Baeck eine Rolle gespielt hatten. Aus dem Talmud zitierte er den Satz: „Ein Mensch [nämlich ein irdischer König] prägt viele Münzen von einer Form und sie sind alle einander gleich; aber der König, welcher König über alle Könige ist [d.h. Gott der Schöpfer], hat jeden Menschen in der Form des ersten Menschen geprägt und doch ist keiner seinem Nächsten gleich.“ Das Zitat zielt darauf ab, als Kern von Gottebenbildlichkeit resp. Menschenwürde vor allem die Besonderheit jedes Einzelnen herauszuarbeiten.

Ich vertiefe dies jetzt nicht weiter; und ich gehe auch nicht darauf ein, dass mir etliche Schlussfolgerungen, die Jonas materiaethisch zog, nicht plausibel erscheinen; sie fallen zu restriktiv aus. In der Sache habe ich jedoch deutlich machen wollen: Autoren, die Buber gedanklich nahestanden – Simmel; Baeck; Jonas –, und auch Buber selbst vermitteln die Einsicht: „Menschenwürde“ wird nur dann angemessen gedacht, wenn die Menschen in ihrer jeweiligen Individualität betrachtet werden. Dies bedeutet zugleich: Jeder Mensch hat moralisch einen *Anspruch* darauf, dass ich ihn in seiner Individualität anerkenne und mich zu ihm seiner individuellen Würde gemäß verhalte. D.h.: Die individuelle Menschenwürde ist ein Schutzrecht, und sie stellt gleichfalls ein Anrecht dar, das die einzelne Person geltend machen kann; bzw. sie ist eine Schutzpflicht, auf die Dritte zugunsten dieser Einzelperson moralisch zu behaften sind. Hieraus ergeben sich bestimmte Konsequenzen speziell für die Arztethik, für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient: Vom Arzt ist zu erwarten, dass er den Patienten als eigenständiges individuelles Gegenüber würdigt. – Nun hat Buber selbst sich zur Arztethik nur selten geäußert. Dennoch lassen sich Ideen, die von ihm stammen oder die in seinem Umfeld entworfen worden sind, hierfür fruchtbar machen.

### **3. Menschenwürde als Schutzpflicht. Erörtert am Beispiel der Verantwortung des Arztes für den Patienten**

Zunächst greife ich geistesgeschichtliche Sachverhalte auf.

#### **3.1. Die Schrift „Der Arzt“ in Bubers Schriftenreihe „Die Gesellschaft“**

Seit 1905 gab Buber eine Schriftenreihe heraus, die den Titel trug: „Die Gesellschaft. Sammlung sozialpsychologischer Monographien“. In dieser Schriftenreihe erörterten namhafte Autoren damalige sozialphilosophisch relevante Themen. Die Reihe wurde eröffnet mit einem Band von Werner Sombart über „Das Proletariat“. Band 2 der Reihe hat wissenschaftsgeschichtlich einen Markstein gesetzt: Georg Simmel mit seiner Schrift „Die Religion“. Diese Schrift gilt als das literarische Gründungsdokument der Religionssoziologie als einer eigenständigen Disziplin. Neben Monographien über „Presse“, „Staat“, „Der Richter“, „Das Recht“, „Erziehung“ erschien als Band 8 ein Buch „Der Arzt“. Der Verfasser war Ernst Schweningen (1850-1924). Schweningen war Pathologe und Dermatologe; er ist der Erstbeschreiber einer Hautkrankheit, die nach ihm benannt wurde (Anetodermie vom Typ Schweningen-Buzzi). Davon abgesehen war er medizinisch-naturwissenschaftlich ein Außenseiter. Er stemmte sich dem Siegeszug der naturwissenschaftlich-experimentellen Medizin entgegen und wurde zum Protagonisten der Naturheilkunde. Berühmtheit erlangte er als Leibarzt Bismarcks. Der Reichskanzler war nie geneigt gewesen, auf ärztlichen Rat zu hören. Als er im Jahr 1881 physisch hochgradig verfiel – er selbst nannte dies seinen „Gesundheitsbankrott“ –, machte er auf Empfehlung seines Sohnes hin schließlich Schweningen zu seinem Leibarzt. Schweningen setzte eine Diätbehandlung durch; Ende 1883 war Bismarck physisch wiederhergestellt. Schweningen schrieb, er habe bei Bismarck eine „individuelle Behandlung auf[genommen], bei der man im Krankheitsfall den Menschen und die ganze Lebensweise in Betracht ziehen müsse“.

Das Zitat deutet auf Ideen hin, die Buber an Schweningen interessiert haben dürften, so dass er ihn bat, in der Reihe „Die Gesellschaft“ den Band über den Arztberuf zu schreiben. In Schweningens Buch aus dem Jahr 1906 geht es konzeptionell um die „Humanität“ des Arztes („Humanität“ ist die Überschrift für das erste Buchkapitel) und um die „Wechselbeziehung“ zwischen dem Arzt und dem Patienten: „Ärztliche Hilfe bringen ist aufgebaut auf dem innerlichen Gewährwerden der Wechselbeziehungen

von Mensch zu Mensch“. Unter Anknüpfung an Hippokrates bezeichnete Schweninger das „Arzten“ als eine „Kunst“; er sprach vom „Künstlerarzt“ – im Unterschied zum allein wissenschaftlichen Arzt. Dabei bedachte er für die Arzt-Patient-Beziehung auch den Stellenwert des „Schweigens“. Die alte hippokratische Formel „salus aegroti suprema lex“ sei wie folgt zu übersetzen: „Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“

Nun wird man manche Polemik Schweningers gegen die wissenschaftliche Medizin für sachlich ganz überzogen halten. Er umschrieb die Arzt-Patient-Beziehung in einer Form und mit Worten – der Arzt soll ein „Herrscher“ sein –, deren autoritär patriarchaler Stil schwer erträglich ist. Man kann aber vermuten, dass Buber ihn deshalb als Autor angefragt hatte, weil er die Verantwortung des Arztes für den *einzelnen* Patienten in dessen biographischer und gesundheitlicher Besonderheit ins Zentrum rückte. In Schweningers Formulierung: „Das Verhältnis Arzt-Patient ergibt sich für jeden einzelnen Fall ... neu aus der besonderen Humanität des einzelnen Arztes und der Humanität seines Patienten“. Hier klingen Ideen zur dialogischen Humanität an, die Buber selbst dann vor allem seit den 1920er Jahren entfaltete.

Sodann ist ein zweiter geistesgeschichtlicher Sachverhalt zu erwähnen. Er ist noch für die Gegenwartsdiskussion bedeutsam: die Publikation des Aufsatzes „Der Arzt und der Kranke“ in Bubers Zeitschrift „Die Kreatur“.

### **3.2. Die anthropologische Medizin Viktor von Weizsäckers im Kontext Martin Bubers**

Im Jahr 1926 erschien der erste Jahrgang einer Zeitschrift, die Buber initiiert hatte: „Die Kreatur“. Ihrer Zeit ganz weit vorausseilend war sie interkulturell konzipiert. Für Buber war es nicht einfach, Mitherausgeber zu finden. Auf Seiten des katholischen Christentums stieß er schließlich auf den Theologieprofessor Joseph Wittig (1879-1949), der 1926 freilich exkommuniziert wurde. Auf protestantischer Seite konnte Buber keinen Theologen als Mitherausgeber ausfindig machen. Stattdessen fragte er den Arzt, Neurologen und Neuropathologen Viktor von Weizsäcker. Von Weizsäcker war damals in Heidelberg tätig; er begründete die sog. anthropologische Medizin. Sein Anliegen bestand darin, den einzelnen Patienten als „ganzen“ Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit zu begreifen. Der Arzt solle den Patienten in seiner Subjektivität würdigen, seine Krankheit im Kontext der individuellen Biographie erfassen, zu ihm eine per-

sonale Beziehung aufbauen und das intensive Gespräch mit ihm suchen. Im Arzt-Patient-Gespräch soll es von Weizsäcker zufolge nicht nur um die medizinische Anamnese im engeren Sinn, sondern um die biographische Dimension der Krankheit gehen. Aufgrund solcher Ideen gilt er als Klassiker einer Denkrichtung, der an einer personorientierten Arzt-Patient-Beziehung liegt und die der Individualität des Patienten Genüge leisten möchte.

Den Artikel, der diese Gedanken erstmals programmatisch entwarf, veröffentlichte er in Band 1 der Zeitschrift „Die Kreatur“. Er trug den Titel: „Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie“. Von Weizsäcker war besorgt gewesen, ob Buber vom Untertitel zu überzeugen sei. Er schrieb ihm zu seiner Beteiligung an der „Kreatur“ am 5.4.1926, ihm sei „die Aussicht, eine Zeitlang fortlaufend mich aussprechen zu können, in letzter Zeit immer sympathischer und deutlicher geworden. In diesem Sinn wollen Sie bitte den Untertitel, den ich dem Aufsatz gab, akzeptieren“. Der Sache nach wirkt der Aufsatz streckenweise so, als habe Viktor von Weizsäcker Schlüsselgedanken der dialogischen Ethik Bubers in die Medizinethik übertragen. Leitgedanken zum Arzt-Patient-Verhältnis, so wie Viktor von Weizsäcker sie darlegte, lassen sich stichwortartig wie folgt zusammenfassen:

- Er betonte die „Biographik“ oder die „biographische Methode“ in der Arzt-Patient-Beziehung; das Verhältnis von Arzt und Patient sei ein „Erschließungsgeschehen“: Der „Anfang ist eine biographische Szene und ist zuerst ein Gespräch“;
- der Arzt habe den Patienten im Horizont seiner Geschichtlichkeit und Zeitlichkeit wahrzunehmen. Hieraus ergibt sich für ihn die Frage: „Was wird dieser Mensch?“;
- der Arzt solle nach dem Kranken und seiner Krankheitsgeschichte als persönlicher „Lebensgeschichte“ fragen;
- Krankheit lasse sich als Lebenskrise deuten, die zugleich eine „Wandlungskrise“ sein könne, falls sie vom Kranken innerlich verarbeitet wird. In diesem Fall könne er mit einem „existentiellen Sprung“ innerlich gestärkt aus der Krankheit herausgehen.

Hiermit konzipierte von Weizsäcker ein personales, dialogisches und prozessuales Verständnis von Krankheit, das die leibliche und die geistige Existenz des Menschen inte-



griert und die Krankheit im Licht der inneren Einstellung des Betroffenen deutet. In der Arzt-Patient-Beziehung sei nicht der Arzt, sondern der Patient das eigentliche Subjekt.

Nun möchte ich das Leben und das Werk Viktor von Weizsäcker nicht ohne kritische Distanzierung erwähnen. Bis heute ist unklar, wie seine Vorlesungen und sein Verhalten im Nationalsozialismus zu bewerten sind. In Breslau wurden in einer ihm zugeordneten Abteilung neuropathologische Untersuchungen an Kinderhirnen durchgeführt, die aus den NS-Kindereuthanasieaktionen stammten. Inwieweit ihm diese Hintergründe bekannt waren, ist nicht deutlich. Von den biographischen Hypothesen abgesehen: In seinen Schriften finden sich Spekulationen über Krankheitsätiologien, die esoterischen Zuschnitt haben. So werden somatische Krankheiten unmittelbar aus psychischen Belastungen oder Ereignissen der Vergangenheit deduziert, etwa der Hochdruck eines Patienten aus chronisch unterdrückter Wut. Sigmund Freud und Karl Jaspers haben sich hiervon frühzeitig distanziert.

Oder: Im ersten Jahrgang der „Kreatur“ (1926) erschien auch sein Artikel „Die Schmerzen“. Allzu einseitig heißt es dort: „die Heilbehandlung besteht ja nur [!] aus der Berührung zweier Menschen“. D.h.: Er hat die interpersonale Arzt-Patient-Beziehung oftmals geradezu verklärt und sie hypostasiert. Arzt und Patient wurden für ihn zu einem „bipersonellen Menschen“ erklärt. Er deutete das menschliche „Wir“ als „metaphysische Absolutheit“. Hiermit hat er den Dialog zwischen Arzt und Patient und die Verantwortung des Arztes für den Patienten begrifflich verzeichnet.

Dennoch bleiben arztethische Intentionen, die er darlegte, bis heute belangvoll.

### **3.3. Patientenzentrierte Medizin und ärztliches Rollenbild in der Gegenwart**

Für die heutige Medizinethik ist belangvoll, dass der Arzt nicht nur die klinische Anamnese durchzuführen und den objektiven Krankheitsbefund zu erheben hat. Vielmehr soll er sich auch für eine sog. Wertanamnese des Patienten interessieren. Neben der „medical history“ sei die „value history“ eines Patienten zu beachten. Auf dieser Basis könne der Arzt einen Patienten in die Lage versetzen, gesundheitsbezogene Entscheidungen im Licht seiner eigenen, höchstpersönlichen Wertpräferenzen zu treffen. Anstelle bloßer Schulmedizin und im Gegenzug zur Bürokratisierung, Zeitknappheit, Ressourcenknappheit und Ökonomisierung des heutigen Medizinalltags werden in der

gegenwärtigen Medizinethik deshalb die Leitbilder einer „patientenzentrierten Medizin“ (Karlheinz Engelhardt) und einer „Verantwortungspartnerschaft“ von Arzt und Patient (Hans-Martin Sass) in den Blick gerückt.

Meinerseits möchte ich dies auf folgenden Nenner bringen: Heutzutage sind die Arztrolle und das Arztbild neu zu reflektieren. Genauso wie andere Berufe – Hochschullehrer, Jurist, Geistlicher – sind Ärzte von den Umbrüchen unserer Gesellschaft betroffen. In unserer säkularen, pluralen Kultur stellen für existentielle Fragen – und hierzu zählen ja die Entscheidungskonflikte im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Sterben – oft nicht mehr Pfarrer oder Geistliche die Ansprechpartner dar, an die sich Menschen quasi selbstverständlich wenden würden. Stattdessen wachsen Ärzten neue Aufgaben zu: auch hinsichtlich der Beratung und der Begleitung von Patienten (Beratung angesichts komplexer gesundheitlicher Entscheidungen, z.B. über das Ja oder Nein oder die Modalitäten einer IVF-Behandlung oder über das Ja oder Nein einer humangenetischen Diagnostik; Begleitung bei chronischer Krankheit; Sterbebegleitung; Beratung bei Patientenverfügungen; u.a.).

Ärzte sollten sich dieser Fortbildung ihres Berufsbildes und der Rollenerwartung, die sich an sie richtet, bewusst stellen. Für sie wird es ganz neu zur Herausforderung, auf die individuelle Würde ihrer Patienten zu achten, indem sie sich auf den einzelnen Patienten, seine Persönlichkeit und seine Lebenssituation durch Beratung und Begleitung einlassen. Hierdurch gewinnt das ärztliche Gespräch einen zusätzlichen Stellenwert.

Diesen Sachverhalt hatte Viktor von Weizsäcker vor achtzig Jahren im Grundsatz zutreffend erkannt. Sinnvoll erscheint mir allerdings, angesichts dieser Themen – Deutung des Arzt-Patient-Verhältnisses im Sinn einer Verantwortungspartnerschaft; Verpflichtung des Arztes auf das Wohl, den Willen und die Selbstbestimmung des Patienten; Stellenwert des ärztlichen Gesprächs – Gedanken aufzuarbeiten, die von Buber selbst stammen. Zwar hat er selten das Arzt-Patient-Verhältnis als solches erörtert. Jedoch lassen sich Grundideen seiner dialogischen Ethik der Sache nach aufgreifen.

### 3.4. Impulse der Dialogik Bubers

Buber hat immer wieder zum Ausdruck gebracht: Das Ich soll sich bei seinen Entscheidungen und Handlungen am konkret begegnenden Du ausrichten. Ethik wurde für ihn als „Antwort auf das Du“ ausgelegt.

Hierfür war bei ihm eine doppelte Begründung leitend: 1. Philosophisch legte er dar, dass das mir begegnende Individuum Eigenwert und Würde besitzt, weil es ein „Du“ und eine „Person“ ist. Als ein „Du“ ist der Mitmensch von bloßen Objekten oder Gegenständen (als „Es“) kategorial abzuheben. 2. Darüber hinaus lag Buber an einer religiösen Vertiefung. Vor jüdischem Hintergrund deutete er das „Du“ des Mitmenschen als ein Symbol für das „ewige Du“ Gottes. Wenn das Ich der Würde des Du gerecht zu werden versuche, richte es sich letztlich an Gott aus. Denn das mitmenschliche Du eröffne einen „Durchblick“ auf das ewige Du Gottes.

Für Buber selbst war diese jüdisch-religionsphilosophische Vertiefung überaus wichtig. Im heutigen säkularen Zusammenhang ist freilich zu unterstreichen, dass die Leitidee der dialogischen Ethik – mein Handeln soll der Würde des Anderen Genüge leisten – auch immanent, rein „weltlich“ plausibilisierbar ist. Abgesehen von rationalen Argumenten erschließt sie sich überdies der moralischen Intuition. Vor allem ist jedoch von Interesse: In Bubers Schriften zum dialogischen Prinzip werden *Kriterien* dargelegt, an denen sich das würdegemäße Handeln und das dialogische Gespräch bemessen lassen. Diese Kriterien können wie folgt zusammengefasst werden:

- die „Unmittelbarkeit“ zwischen den einander begegnenden Menschen. Das Ich ist aufgefordert, sich dem Mitmenschen unverstellt und unvoreingenommen zuzuwenden;
- die „Ausschließlichkeit“ zwischen Ich und Du. Demgemäß soll ich mich bemühen, dem Anderen in seiner individuellen Wirklichkeit umfassend gerecht zu werden;
- die eigene „Wahrhaftigkeit“ dem Anderen gegenüber;
- die „Rückhaltlosigkeit“. Indem ich mich dem Anderen ohne Vorbehalte zuwende, entsteht ein Vertrauensmoment, das für einen gelingenden Dialog unerlässlich ist;
- das „Innewerden“, die „Vergegenwärtigung“ des Anderen sowie die „Realphantasie“. Ich bin dazu aufgerufen, den mir begegnenden Mitmenschen in dessen *eige-*

- nem Denk- sowie Wertehorizont wahrzunehmen und mir die Wirkung meiner eigenen Person aus *seiner* Sicht zu verdeutlichen;
- die „Akzeption“ des Anderen und die Toleranz ihm gegenüber. Akzeption meint nicht, dass ich dem, was der Andere äußert, stets zustimmen müsste. Sie bedeutet – mit Buber gesagt – „keineswegs schon eine Billigung; aber worin immer ich wider den andern bin, ich habe damit, dass ich ihn als Partner echten Gesprächs annehme, zu ihm als Person Ja gesagt“;
  - die „Gegenseitigkeit“ zwischen den Personen, die sich begegnen und miteinander sprechen. Eine solche Gegenseitigkeit kann sich nicht nur beim Wortwechsel oder beim aktiven Handeln, sondern auch im Modus des Schweigens oder in der Form eines Blickwechsels ereignen.

Buber hat diese Kriterien der Dialogik generell anthropologisch entworfen; sie waren nicht speziell auf das Arzt-Patient-Verhältnis zugeschnitten. Es liegt aber auf der Hand, dass sie für die ärztliche Ethik bemerkenswerte Impulse enthalten. Dies sei anhand eines gegenwärtigen klinischen Fallbeispiels erläutert.

### **3.5. Dialogische Ethik im Umgang mit Patienten: Ein heutiges Fallbeispiel**

In Anbetracht des nachfolgenden Falls kommt es mir insbesondere auf zwei Gesichtspunkte an, die sich – Buber aufgreifend – für die Arztethik ins Licht rücken lassen: die personale Vergegenwärtigung des Patienten durch den Arzt sowie die Wahrhaftigkeit des Arztes. 1.: Personale Vergegenwärtigung besagt: Der Arzt wird dem Patienten dann gerecht, wenn er ihn in seiner Individualität und seiner konkreten Situation wahrnimmt und wenn er sich verdeutlicht, wie sein eigenes Reden und Handeln auf den Patienten wirkt. 2.: Bei der Wahrhaftigkeit geht es um die Authentizität des Arztes sowie um sein Bemühen, korrekt zu informieren und dem Betroffenen und seinen Angehörigen dabei zugleich in einer *ihnen* gemäßen Form gerecht zu werden.

In einer neueren Publikation zur interkulturellen Medizinethik wird folgender Fall geschildert, für den dies beides relevant ist:

„Das 6 Tage alte Kind türkisch-muslimischer Eltern leidet an einem Oto-palato-digitalen Syndrom (OPD) Typ II, das eine sehr seltene, genetisch bedingte Erkrankung mit schweren Organanomalien ist. Das Kind hat weitere schwere Or-

ganomalien, sodass es ohne maschinelle Unterstützung nicht lebensfähig ist. Auch mit dem Einsatz von Geräten – insbesondere mit dem Einsatz eines Beatmungsgerätes – kann das Kind nur sehr kurze Zeit überleben. Dieses Kind ist nach 3 Aborten der erste lebende Sohn der Familie.

Es findet mithilfe einer Dolmetscherin aus dem Verwandtenkreis der Eltern ein Gespräch statt. Das medizinische Team schlägt in diesem Gespräch vor, nicht erforderliche Therapien zu beenden bzw. nicht erneut zu beginnen. Die Eltern wünschen sich jedoch, dass alle lebensverlängernden Maßnahmen für ihr Kind weitergeführt werden sollen, auch wenn es nur um eine Lebensverlängerung und nicht um eine kurative Behandlung des Kindes geht. Eine andere Entscheidung würden die Eltern im Jenseits vor Gott nicht verantworten können.“

Angesichts dieser Situation bedeutet „personale Vergegenwärtigung“: Ärzte sollten sich die kulturell bedingte Vorstellungswelt der Angehörigen verdeutlichen. Die Eltern des schwerkranken Neugeborenen sind muslimisch geprägt. Im Islam gilt das Leben als das Eigentum Gottes; für die Gläubigen besteht die Pflicht, Gesundheit wiederherzustellen und das Leben aufrechtzuerhalten. Daher lehnen Muslime nicht nur den Suizid ab und wahren Distanz gegenüber Patientenverfügungen. Oftmals vermögen sie sogar die passive Sterbehilfe nicht zu akzeptieren, die nach hiesigen Standards medizinisch, ethisch und rechtlich vertretbar und unter Umständen sogar geboten ist.

Im vorliegenden Fall sind es noch weitere Gesichtspunkte, die der ärztlichen „Vergegenwärtigung“ bedürfen. Hierzu gehört die persönliche Situation der Eltern, deren erster lebendgeborener Sohn betroffen ist. Darüber hinaus ist darauf Rücksicht zu nehmen, inwieweit die Eltern die einschlägigen medizinischen und medizinethischen Leitgedanken („das beste Interesse“ / „das Wohl des Kindes“) überhaupt nachvollziehen können und in welchem Maß sie emotional überfordert sind.

Zusätzlich gelangt anlässlich der geschilderten Konstellation noch die „Wahrhaftigkeit“ als Element dialogischer Ethik ins Spiel. Der Autor, der das Fallbeispiel publizierte – ein Mediziner und Ethiker, der selbst türkischer Muslim ist (Ilhan Ilkilic) –, schreibt in seinem Kommentar:

„In diesem Fall konnte durch Vermittlungstätigkeiten des Autors in der ersten Phase ein Konsens zwischen den Eltern und dem medizinischen Team erreicht

werden. Danach sollte die bereits durchgeführte Behandlung nicht erweitert werden. Ferner sollten nicht erforderliche Maßnahmen beendet und nicht wieder begonnen werden. Es sollte jederzeit sichergestellt sein, dass das Kind weder Hunger noch Schmerzen oder Angst hat. Ein(en) Tag später verschlechterte sich die Situation des Kindes sehr schnell, und es verstarb. Der Familie war es möglich, angemessen zu trauern. In einem Nachgespräch wurden gleichzeitig Erleichterung sowie Dankbarkeit gegenüber dem medizinischen Team zum Ausdruck gebracht.“

Den Kommentar möchte ich aufgreifen und vertiefen: Es geht um „Wahrheit“ in Anbetracht von Krankheit, Gesundheit und Sterben. Heute ist anstelle der traditionellen Formulierung „Wahrheit am Krankenbett“ vom „informed consent“ die Rede. Indem ich jetzt aber an den Terminus „Wahrheit“ anknüpfe, gibt dies die Gelegenheit, verschiedene Dimensionen von Wahrheit auseinanderzuhalten:

- Wahrheit im Sinne der Korrespondenztheorie: Eine Aussage ist dann wahr bzw. richtig, wenn sie mit dem Sachverhalt übereinstimmt, den sie bezeichnet;
- Wahrheit im Sinne der Kohärenztheorie: Eine Aussage ist wahr, sofern sie in einem logisch kohärenten Bezug zu anderen Aussagen steht;
- pragmatisches Wahrheitsverständnis: Die Wahrheit einer Aussage bemisst sich an ihrem theoretischen oder praktischen Nutzen;
- Konsenstheorie der Wahrheit: Aussagen sind gültig und als wahr anzuerkennen, wenn aufgrund eines freien, argumentativen Diskurses Einigkeit über sie erzielt worden ist;
- Wahrheit als Seins- oder Glaubenswahrheit: Hierunter ist Wahrheit zu verstehen, die sich auf Transzendenz ausrichtet und die den Sinngehalt, die Vertrauensgrundlage des Lebens betrifft;
- Wahrheit als dogmatische oder metaphysische Begriffswahrheit: In diesem Fall wird auf die Wahrheit bzw. die Geltung einzelner dogmatischer Begriffe oder Lehrinhalte abgehoben, „an“ die zu glauben ist;
- Wahrheit als Geschehen: Wahrheit „ereignet“ sich in bestimmten Lebensvollzügen. So wird z.B. in der philosophischen Hermeneutik die Auffassung vertreten, Wahrheit erschließe sich in dem Bemühen der Geisteswissenschaft um das Verstehen

von Geschichte: „Die Erfahrung der geschichtlichen Überlieferung ...vermittelt stets Wahrheit, an der es teil zu gewinnen gilt“ (Hans-Georg Gadamer). In allem geschichtlichen „Verstehen“ sei „Geschehen“ wirksam.

- Wahrheit in der dialogischen Begegnung: Hierbei handelt es sich um ein interpersonales, kommunikatives Wahrheitsverständnis im Sinn des „hebräischen Humanismus“ und der dialogischen Ethik Bubers. Wahrheit „geschieht“ bzw. sie „ereignet“ sich aktual in den Beziehungen zwischen den Menschen.
- Wahrheit als Wahrhaftigkeit: Dieses Wahrheitsverständnis trägt lebensphilosophische und existentialistische Züge; es stand bei Georg Simmel oder bei dem protestantischen Kulturphilosophen Albert Schweitzer im Vordergrund und kehrt bei Buber wieder. Für die Arzt-Patient-Beziehung ist das Ethos der Wahrhaftigkeit tragend. Vor allem bei belastenden Mitteilungen ist ein wahrhaftiges – nämlich ein authentisches, persönlich glaubwürdiges und aufrichtiges, einfühlsames – Verhalten des Arztes für Patienten überaus hilfreich.

Nun kann es mir nicht darum gehen, ethische und rechtliche Einzelfragen der ärztlichen Wahrheits- und Aufklärungspflicht zu entfalten. Aber im Kern ist zu sagen: Sicherlich bedeutet „Wahrheit“ gegenüber Patienten: korrekte, sachlich „richtige“ Information (Korrespondenztheorie der Wahrheit). Jedoch entstehen bisweilen Situationen, in denen es nicht ratsam ist, einen Patienten schonungslos einfach nur mit der sachlich richtigen, begrifflich zutreffenden Information über seinen Krankheitszustand zu konfrontieren. Vielmehr ist die kommunikative, dialogische Dimension von Wahrheit zu beachten. Hierdurch werden die angemessene Form, die Verhältnismäßigkeit, die Begleitumstände und der Zeitpunkt der Mitteilung von Informationen durch den Arzt, darüber hinaus z.B. die Einbeziehung von Vertrauenspersonen belangvoll. Einer solchen dialogischen und prozessualen Dimension von Wahrheit haben diejenigen, die im Fallbeispiel mit den Eltern zu tun hatten, Rechnung zu tragen versucht. Zwischen Ärzten und den Eltern fand – unter Beteiligung eines Dritten – ein Gedankenaustausch statt, der den Eltern die westlich-medizinethische Einschätzung in ihrem eigenen, muslimisch geprägten Horizont plausibel erscheinen ließ. Wenn Ärzte sich ein solches Ethos des Dialogs aneignen, achten sie die individuelle Würde und Lebenssituation ihrer Patienten.

#### **4. „Es gibt ein Zusammengehen ohne Zusammenkommen“**

Abschließend sei der Blick über die Arztethik hinaus ausgeweitet. Hierzu knüpfe ich – erneut – an den ersten Jahrgang der Zeitschrift „Die Kreatur“ von 1926 an. Er enthält ein Vorwort, das die drei Herausgeber Joseph Wittig, Viktor von Weizsäcker sowie Martin Buber gemeinsam unterzeichneten. Man merkt dem Text an, dass Buber ihn formuliert hatte. Der Sprachstil und das Pathos dieses Textes mögen heute fremd erscheinen; aber dies mindert nicht die Aussagekraft und den Gehalt der Textpassagen. Es ging Buber darum, wie sich drängende ethische, politische und kulturelle Probleme angemessen aufarbeiten lassen, so dass dies in einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft zur Konvivenz, zu einem befriedeten und gelingenden Zusammenleben führt. Ein knapper Satz dieses Textes lautete: „Es gibt ein Zusammengehen ohne Zusammenkommen.“

Die Worte „ohne Zusammenkommen“ mögen missverständlich sein. Sie bedeuten keinesfalls, dass Buber die Möglichkeit problematisierte, bei strittigen Fragen zu tragfähigen Kompromissen zu gelangen. Die Sinnspitze des Satzes besteht in Folgendem: Es gilt, die Individualität des jeweils anderen Menschen einschließlich seiner sittlichen oder religiösen Überzeugungen wahrzunehmen, ernstzunehmen und zu respektieren (ein „Zusammenkommen“ hinsichtlich der „letzten“ Überzeugungen wird dabei oft nicht möglich sein). Gleichzeitig ist geboten, mit den Mitmenschen bei lebensweltlichen, ethischen Fragen zu kooperieren (in diesem Sinn ist ein „Zusammengehen“ möglich und erforderlich). Anders gesagt: Buber legte die Einsicht zugrunde, dass die Würde, der Eigenwert und die Eigenart jedes Individuums zu achten ist. Auf dieser Basis plädierte er für aktive, materiale, alltäglich realisierte Toleranz – ein Anliegen, das angesichts aktueller sozialer und zivilisatorischer Verwerfungen nicht nur medizin- oder arztethisch, sondern auch generell sozialetisch und interkulturell heute neu mit Leben zu erfüllen ist.

#### **Verfasser:**

Prof. Dr. Hartmut Kreß  
Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik  
Am Hof 1, 53113 Bonn  
[www.sozialethik.uni-bonn.de](http://www.sozialethik.uni-bonn.de)  
email: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)