

Thomas Sören Hoffmann

# Macht und Ohnmacht in den Heilberufen: eine ethische Reflexion

Power and Powerlessness in Healing Professions: An Ethical Reflection

## Zusammenfassung

In den Heilberufen ist die Konfrontation mit den Grenzen eines rein technisch-praktisch ausgerichteten Handelns unausweichlich, was zu belastenden Ohnmachtserfahrungen führen kann. In dieser Situation hilft die Erinnerung daran, dass ein Sich-Einlassen-Können auf „Grenzsituationen“ im Sinne von Karl Jaspers zu dem Wissen, das Heilberufe voraussetzen, nicht nur äußerlich hinzukommt. Medizinisches Wissen umfasst naturwissenschaftliche Einsichten wie auch technisch-praktische Kompetenzen, ist jedoch in letzter Instanz immer in einer normativen Verpflichtung gegenüber dem Einzelnen, dem Heilauftrag, zentriert. Wirkliche heilberufliche Kompetenz setzt alle drei Komponenten voraus und vereinigt sie in der Fähigkeit, als ganzer Mensch im Gegenüber zu ganzen Menschen Grenzsituationen zu bestehen.

**Schlüsselwörter:** Grenzsituation, medizinisches Wissen, technisch-praktischer Weltumgang

## Abstract

In the healing professions, one is inevitably confronted with the limits of purely technical-practical ways of “solving problems”, which can immediately lead to stressful experiences of powerlessness. In such circumstances, it is helpful to remember that the ability to engage in “limit situations” – in Karl Jaspers’ sense – is not merely external to the practice of the healing professions. Medical knowledge comprises scientific insights along with technical-practical skills. But is ultimately always centred in a normative obligation towards individuals and the mission to heal. Real professional medical competence presupposes all three components – and combines them in the ability to meet the challenge of “limit situations”, as a whole person in relation to whole persons.

**Keywords:** limit situation, medical knowledge, technical-practical worldview

Univ.-Prof. Dr. Thomas Sören Hoffmann  
Institut für Philosophie  
Fernuniversität in Hagen  
Universitätsstraße 33 (KSW), D-58097 Hagen  
thomas.hoffmann@fernuni-hagen.de

## Einleitung

Dem Existenzphilosophen, Mediziner und Psychiater Karl Jaspers (1883 – 1969) verdanken wir mit dem Begriff der „Grenzsituation“ eine der wichtigsten terminologischen Neuprägungen, auf die sich auch die neuere Medizinethik immer mit Gewinn einlassen kann. Jaspers hat den neuen Terminus erstmals in seiner 1919 erschienenen *Psychologie der Weltanschauungen* verwendet und ihn 13 Jahre später in seinem Hauptwerk, der dreibändigen *Philosophie*, noch einmal ausführlicher entfaltet.<sup>1</sup> Die Begriffsschöpfung, die rasch auch in der nicht-deutschsprachigen Philosophie rezipiert worden ist,<sup>2</sup> zeigt dabei in mehrfacher Hinsicht eine enorme Sensibilität für das, was im 20. Jahrhundert unbedingt Not tat: In einem Jahrhundert, das sich, wie zuletzt noch in den Materialschlachten des Ersten Weltkriegs vor Augen geführt, anschickte, den Menschen zunehmend als Massenwesen, als austauschbaren Repräsentanten einer Gattung, einer Klasse oder auch Rasse zu verstehen, erinnerte Jaspers mit seiner Philosophie eindringlich daran, dass Menschen nicht nur beiläufig, sondern wesentlich *Einzelne* sind und so auch eigentliche Humanität nur in konkreter, sich ihrer Einzelheit bewusster Existenz zu haben ist. In genau diesen Kontext gehört der Hinweis darauf, dass sich Menschsein gerade in der Fähigkeit beweist, sich „Grenzsituationen“ aussetzen zu können und sich darin als durch niemanden sonst vertretbarer Einzelner zu finden.

## Drei Merkmale des Jaspers'schen Begriffs der Grenzsituation

Der Begriff „Grenzsituation“ zielt bei Jaspers auf weit mehr als nur etwa auf die „Extrem-“ oder „Ausnahmesituation“, an die man im gewöhnlichen Sprachgebrauch hier denken mag. Grenzsituationen sind vielmehr die Orte unserer Selbsterfahrung als begrenzter Wesen, als unverwechselbarer Einzelner, die in ihrer Begrenztheit freilich die Möglichkeit haben, sich zu ihrer Begrenztheit so oder anders, also frei, ins Verhältnis

zu setzen. Wir konzentrieren uns an dieser Stelle auf drei Merkmale, die die Jaspers'sche Grenzsituation wesentlich ausmachen:

- Grenzsituationen sind erstens individuelle Orte eines unbedingten *Wirklichkeitskontaktes*. Wenn Menschen stets dazu neigen, der Wirklichkeit durch „Träumerei“ und Illusionen auszuweichen, schneidet die ursprünglich erfahrene Grenzsituation alle Fluchtversuche in widerstandslose Sphären, sagen wir einer „virtuellen“ Welt ab: Ich finde mich vielmehr dazu genötigt, in den mir gezogenen Grenzen meine „Bestimmtheit“ zu erkennen und mich selbst eben von dieser her zu verstehen.<sup>3</sup>
- Grenzsituationen sind zweitens Orte, an denen wir unsere Existenz nicht als eine bloße Tatsache unter anderen Tatsachen, sondern als eine *uns gestellte Aufgabe*, als etwas praktisch zu Gestaltendes, erfahren. Grenzsituationen bergen in diesem Sinne die Möglichkeit, unser Leben ursprünglich neu zu organisieren, schon indem sie uns zwingen, uns Rechenschaft über unsere Prioritäten zu geben.
- Grenzsituationen enthalten drittens eben wegen der Chance der Neuorganisation unseres Lebens das Potential, unsere ganze Existenz in ein neues Licht zu tauchen und zur „Tiefe des Existierens“ durchzudringen. Nach Jaspers sind Grenzsituationen Orte der „Existenzerhellung“, eines Aufleuchtens des großen Ganzen, in dem wir stehen und das wir im durchautomatisierten Alltag in der Regel übersehen. Als Synonym für den Ursprung des Lichts, das unsere Existenz hier erhellt, kann Jaspers die „Transzendenz“ aufrufen, auf die unsere Welt- und Selbsterfahrung immer verweist.

Alles, was Jaspers über die Grenzsituation sagt (und er sagt über das hier Zusammengefasste hinaus noch einiges mehr), erinnert uns primär daran, dass wir den Menschen niemals auf ein dingliches Etwas reduzieren können – auch das steht einem vorherrschenden Trend des 20. Jahr-

hunderts entgegen, dessen herrschende Ideologien allesamt einer Verdinglichung des Menschen das Wort geredet haben. Anders als alle endlichen Wesen sprengt nach Jaspers der Mensch immer die dinglichen Horizonte, in die er sich sei es gestellt findet, sei es sich zuvor selber gesperrt hat; er erfährt seine Endlichkeit, richtet sich aber eben in dieser Erfahrung auf das Unendliche aus; er weiß sich „situativ“ auf eine gegebene, möglicherweise bedrängende Umwelt bezogen, weiß aber auch, dass er mit seiner Umwelt nicht identisch ist und vielmehr weit über sie hinausgreifen, sie eben *transzendieren* kann. Alle wesentlichen Leistungen des Menschen in der Kultur, alles ursprüngliche Sich-Einlassen auf Kunst, Religion und Wissenschaft sind Ausdruck des Transzendenzbezuges des Menschen, wie wir ihn authentisch im eigentlich menschlichen Umgang mit Grenzsituationen erfahren. Ein Kürzel für die hier in den Blick tretende Transzendenzoffenheit des Menschen ist etwa auch der Begriff der *Würde des Menschen*, der ja nichts Anderes zum Inhalt hat als eben die Nicht-Festlegbarkeit des Menschen auf dingliche Merkmale und Verhältnisse wie ebenso den Ausgriff seiner Freiheit über solche Verhältnisse hinaus. Wenn der Begriff der Menschenwürde gerade auch auf dem Gebiet der Medizinethik eine besondere orientierende Rolle spielt, hat dies seinen guten Grund darin, dass es in der Medizin nicht nur beiläufig – mit Jaspers zu reden – eben um *Grenzsituationen* geht, in denen wir uns in eigentümlicher Radikalität und Eindeutigkeit *als Menschen* (und eindeutig nicht als „etwas“) erfahren.

### Die Medizin: eine besondere Wissenschaft

Diese einleitenden Bemerkungen haben, so sehr sie vielleicht nach einer „weltfremden“ existenzphilosophischen Scholastik klingen können, keineswegs den Sinn, von der „praktischen“ Seite des Themas „Umgang mit Grenzsituationen“ bzw. der Problematik von Macht- und Ohnmachtserfahrungen in den Heilberufen abzuweichen; sie sollen vielmehr gleich von Anfang an

darin erinnern, dass „Praxis“, eben auch die Praxis der Heilberufe, nicht einfach in einem „Problemlösen“ nach Art des technischen Denkens aufgehen kann, sondern auf eine andere Dimension humanen Umgangs verweisen muss, in der wir als einander verantwortliche Wesen begegnen. Wir werden dafür im Folgenden so verfahren, dass wir uns an erster Stelle eine *wissenschaftstheoretische* Frage stellen: die Frage nämlich, welche Art Wissenschaft denn die Medizin eigentlich ist und welche Art Wissen wir beim Arzt voraussetzen, wenn er seiner Aufgabe gerecht werden soll. Wir werden dann, auf dem Wege zur Ethik, sehen, dass bereits in der Form und Grundstruktur eigentlich medizinischen Wissens interpersonale Obligationen enthalten sind, die uns auf Kategorien wie „Vertrauen“ oder „Gewissen“ als zur Realität medizinischen Handelns gehörig verweisen. Am Ende werden wir uns klarmachen, dass die grundlegende Bezogenheit der Medizin auf *Grenzsituationen* im Sinne von Karl Jaspers eine, wie wir es nennen können, über alles Fachwissen hinausweisende *existenzielle Wachheit* aller am medizinischen Handeln Beteiligten fordert. Diese Wachheit kann freilich kaum direkt zum Gegenstand einer Ausbildung in den Heilberufen gemacht werden; sie verlangt vielmehr eine persönliche Befähigung und Bereitschaft, sich immer aufs Neue auf Grenzsituationen wirklich einzulassen sowie darin authentisches menschliches Existieren zu erfahren. Sie verlangt so etwas wie eine *Habitualisierung* in der sich aussetzenden Wahrnehmung von Grenzsituationen, eine Habitualisierung, die zugleich eine der entscheidenden Voraussetzungen dafür ist, dass medizinisches Handeln *als* medizinisches (und nicht etwa nur technisches) Handeln gelingt und damit mehr ist als nur eine handwerkliche Verrichtung.

### Die drei Hauptkomponenten medizinischen Wissens

Kommen wir damit zu der ersten Frage: Welche Art „Wissenschaft“ treffen wir in der Medizin an, und was ist die Form und Struktur eigentlich medi-

zinischen Wissens, wie wir es beim Arzt voraussetzen? Wir erinnern uns daran, dass die Medizin seit alters<sup>4</sup> unter die vier Fakultäten gezählt wurde, die eigentlich eine Universität ausmachen. Sie gehörte dabei zusammen mit der Theologie und der Jurisprudenz zu den drei höheren Fakultäten: Während die Theologie das ewige Heil des Menschen, die Rechtswissenschaft dagegen das Wohl und die gute Ordnung der irdischen Gemeinschaft betraf, ging es in der Medizin um die Einsicht in das, was den individuellen Menschen heil und ganz sein lässt, welche Einsicht natürlich zugleich die Voraussetzung für medizinisches Handeln bilden sollte.

Schon von dieser traditionsreichen Platzierung der Medizin im „*orbis doctrinae*“ und ihrer Zielbestimmung her lassen sich *drei Komponenten des medizinischen Wissens* unterscheiden, die nur *alle zusammen* die Medizin und den Mediziner machen: Das medizinische Wissen umfasst zum einen die *theoretische Einsicht* in das, was der Mensch als Sinwesen ist – sie ist insofern eine empirisch-theoretische Wissenschaft oder auch ein „Ensemble“ von empirischen Wissenschaften, in denen allen es um den Menschen in seiner primär leiblichen Verfasstheit geht.<sup>5</sup>

Das medizinische Wissen umfasst zweitens auch eine *normative Vorstellung* davon, was das physisch Gute am und für den Menschen ist, wann er als heil und ganz, wann als leidend oder beeinträchtigt anzusehen ist – sie enthält damit zugleich in sich ein *Zielwissen*, ein Wissen um ein dann auch alles medizinische Handeln leitendes Gutes, dem die Medizin nicht nur nebenbei, sondern aus ihrer wissenschaftlichen Verfasstheit heraus verpflichtet ist. Kulturgeschichtlich ist die Revolution, die mit Hippokrates im 5. Jahrhundert vor Christus stattgefunden hat, darin zu sehen, dass der Gebrauch der Macht der Medizin auf den Zweck des Heilens eingeschränkt bzw. dieser Zweck als der Medizin inhärent angesehen wurde; der Medizinmann anderer Zeiten und Kulturen konnte seine Macht ebenso im Sinne der Schädigung, ja des Tötens einsetzen – der Medizinmann war magischer

Techniker, nicht Arzt, der sich nach Hippokrates eben nicht für beliebige Zwecke einspannen lässt, sondern „unter Meidung jedes wissentlichen Unrechts und Verderbens“ dem „Heil der Kranken“ verpflichtet ist.<sup>6</sup>

Die *dritte* Komponente des medizinischen Wissens schließlich hat sodann mit der auch im medizinischen Wissen enthaltenen *technischen* Kompetenz zu tun; es handelt sich um das medizinische *Erfahrungs- oder Klugheitswissen*, bei dem es je um die Wahl der richtigen Mittel zur Erreichung des vorausgesetzten Zieles medizinischen Handelns geht.

Wir können damit zu der Frage, welcher Art medizinisches Wissen ist, festhalten: ein „komplettes“ medizinisches Urteil hat die komplexe Gestalt einer Kombination aus 1. theoretischer Erkenntnis, 2. normativer Zielgewissheit (mit der zugleich die Motivation zu medizinischem Handeln gegeben ist) und 3. technisch-praktischer Kompetenz bei der Mittelwahl im Sinne wirklich zielführenden Handelns.

Schon rein epistemologisch gesehen ist diese dreigliedrige Grundstruktur medizinischen Wissens nicht uninteressant; aus ihr ergibt sich etwa, dass die Medizin nicht einfach eine „Angewandte Wissenschaft“ im gewöhnlichen Sinne sein kann, bei der theoretisches Wissen auf technisch-praktische Nutzung dieses Wissens hin organisiert ist, aber eine zentrale normative Komponente fehlt. Wir können auch noch einmal anders sagen: Medizinisches Wissen enthält theoretische und praktische, propositionale und nicht-propositionale, deontologische und utilitaristische Momente und gelangt offenbar erst durch die *proportionierte Verknüpfung* dieser Momente zu ihrem eigentlichen Begriff und Zweck. Wir wollen an dieser Stelle jedoch nicht tiefer in das Problem der Epistemologie der Medizin eindringen, sondern richten unser Augenmerk jetzt auf jene Fragen oder Probleme, die entstehen, wenn die drei Hauptkomponenten medizinischen Wissens auseinanderfallen oder gar gegeneinander ausgespielt werden. Dass dies geschehen kann und auch geschieht, liegt auf der Hand und ist einer der Gründe dafür, dass es seit

nunmehr einigen Jahrzehnten eine Medizin- oder Bioethik als eigene akademische Disziplin gibt.

Prinzipiell sind für dieses Auseinanderfallen folgende, in allen Fällen durchaus realistische Szenarien denkbar:

### **Medizin als reine Naturwissenschaft?**

Das medizinisch-theoretische Wissen verselbstständigt sich, die Medizin versteht sich entsprechend von sich aus als im Kern eine Art von Naturwissenschaft, die um ihrer selbst willen betrieben werden will. Das ist zwar schon insofern nicht ganz leicht zu behaupten, als die Medizin als Medizin ihre Identität ja nicht von einem bestimmten Erkenntnisgegenstand oder -feld her erhält, wie dies bei der Biologie, die sich mit dem Lebendigen beschäftigt, oder der Mathematik, die das Quantitative zum Gegenstand hat, der Fall ist. Die Medizin findet ihre Identität nicht in einem Objekt, sondern in einem Auftrag; sie liegt so auch im Schnittpunkt gleich mehrerer Naturwissenschaften und verdankt ihre relative Selbstständigkeit der Chemie, der Biologie, der Pharmakologie usw. gegenüber ausschließlich ihrer praktisch-pragmatischen Ausrichtung auf den Menschen bzw. auf die Ermöglichung von Heilung. Gleichwohl gibt es spätestens seit dem 19. Jahrhundert das Ideal einer sich *rein* *szientifisch* verstehenden Medizin, die ihren Zweck in objektiver Erkenntnis und allenfalls auch „objektivem“ Nutzen, nur sehr mittelbar aber noch im Heilen von Individuen findet, wie es dem hippokratischen Auftrag entsprach. So sehr die Medizin seit der Antike, zumal seit Galen, sich selbst auf Wissenschaftlichkeit verpflichtet hatte, ist das Novum, das mit dem Szientismus auftritt, doch dies, dass Wissenschaft jetzt als Institution und als diese als Selbstzweck begriffen ist, die nicht unmittelbar dem Menschen zu dienen hat, sondern der umgekehrt zunehmend der Mensch als ganzer dienstbar gemacht wird. Jetzt erst entstehen Fragen wie die nach der Zulässigkeit fremdnütziger Forschung an Individuen; erst jetzt entsteht so etwas wie ein großer medizinisch-industrieller Komplex, im Ver-

gleich zu dem die alte hippokratische Ursituation eines Arzt-Patient-Verhältnisses, das primär durch Vertrauen und persönliche Tugend geprägt war, als längst verloren gegangenes Idyll wirken muss.

### **Wenn „Gesundheit“ als Ziel verschwindet**

Eine zweite Weise der Auflösung und der Verunsicherung des medizinischen als medizinischen Wissens ergibt sich dann, wenn mit der Hinordnung auf das Individuum auch „Gesundheit“ als orientierender Begriff medizinischen Handelns wegfällt oder durch andere Zielorientierungen ergänzt oder relativiert werden kann. Es gibt dabei verschiedene Gründe dafür, dass es gerade in neuerer Zeit zu einer Verunsicherung über die Ziele medizinischen Handelns kommen konnte, so dass jedenfalls nicht mehr so ganz leicht klar zu sein scheint, was denn das orientierende Gut eigentlich ist, auf das hin die Medizin tätig wird. Geistesgeschichtlich gesehen steht hier vor allem der Wegfall der bis zum Beginn der Neuzeit allgemein geteilten Lehre von den natürlichen Zwecken, der Naturteleologie, im Hintergrund, in deren Perspektive natürlich auch der menschliche Organismus ein in sich Gutes, ja ein Selbstzweck war.<sup>7</sup> Wenn es freilich keine immanente Zweckmäßigkeit des menschlichen Organismus, auch keine objektive Differenz zwischen seiner Bestform und einer davon abweichenden Gestalt individuellen Lebens, wenn es keine normative „Natürlichkeit“ mehr gibt, dann wird nicht nur die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit zusehends problematisch, es gibt jetzt, um nur diese Beispiele zu nennen, auch keinen prinzipiellen Unterschied zwischen einer kurativen, einer ästhetischen oder einer auf ein „enhancement“ des Menschen hin ausgerichteten Medizin mehr, deren letztes Ziel eben nicht die Heilung, sondern die Ummodelung des Menschen auf eine größere technische Perfektion hin ist. Oder anders: Wenn das Ziel medizinischen Handelns nicht mehr im Menschen selbst liegt, dann wird die Zielwahl beliebig und medizinisches Handeln folgt dann auch beliebigen äußeren Vorgaben. Der Verlust

eines immanenten medizinischen Zielwissens und seine Eintauschung gegen von außen der Medizin diktierte Ziele kann dabei im Extremfall das meinen, was Friedrich Nietzsche im Jahre 1888 als neue „Moral für Ärzte“ hinausgeschrien hat: Nietzsche nennt in der *Götzendämmerung* den Kranken einen „Parasiten der Gesellschaft“, den zu verachten uns die Ärzte beibringen sollen; Ärzte hätten die Aufgabe, „Ekel vor ihrem Patienten“ zu empfinden und damit „das rücksichtsloseste Nieder- und Beiseite-Drängen des entartenden Lebens“<sup>8</sup> zu befördern. Es gibt hier, bei Nietzsche, so zwar weiter den Arztberuf, so wie es auch im Kommunismus und Nationalsozialismus „Ärzte“ gegeben hat, die mit der Heranzüchtung eines „neuen Menschen“ und zugleich der Überwindung des alten beauftragt waren – Ärzte also, die das Ziel der Medizin eben nicht mehr in dieser selbst, d.h. in ihrem Heilauftrag gefunden haben, sondern sich ihre Ziele zurufen ließen – und damit gerade zu den gefährlichsten Zeitgenossen wurden, die man sich vorstellen kann. In Wahrheit hat sich hier der Begriff der Medizin bereits aufgelöst, und was übrigbleibt, ist eine sozialtechnologische Unternehmung gleichen Namens mit dem Ziel gesellschaftlicher Macht- und Perfektionssteigerung, d.h. der Anpassung des Einzelnen an eine kollektive Imagination.

### Der Arzt als „Heil-Handwerker“

Das dritte Szenario eines Zerbrechens der ursprünglichen Einheit von Gegenstandserkenntnis, Zielwissen und Mittelbeherrschung schließlich ergibt sich dann, wenn sich ein rein instrumenteller oder technisch-praktischer Begriff der Medizin verselbständigt und der Arzt aus der Perspektive des Patienten wie möglicherweise auch in seiner Selbstwahrnehmung nur noch als der „Macher“, eben der „Heil-Handwerker“ mit möglichst unerschöpflichen Einfällen im „Problemlösen“ erscheint. Dieses Szenario kann der Sache nach mit der bereits erwähnten Verunsicherung über das Ziel medizinischen Handelns zusammenhängen; dies ist jedoch keineswegs zwangsläufig so, da mit

der einseitigen Fokussierung des „Machens“ der individuelle Heilauftrag der Medizin keineswegs in Frage gestellt sein muss. Worin hier das Problem vor allem liegt, können wir der Zeitdiagnose des Frankfurter Philosophen Bruno Liebrucks (1911 – 1986) entnehmen, der schon vor rund 50 Jahren nicht müde wurde zu betonen, dass die große Einseitigkeit, am Ende auch die in die Sprachlosigkeit führende Geistlosigkeit unserer Zeit darin besteht, dass das Grundmodell unseres Welt- und Selbstverhältnisses der „technisch-praktische Weltumgang“ geworden ist – und zwar bis hin zu dessen scheinbarer „Alternativlosigkeit“.<sup>9</sup>

Man kann diese Diagnose von verschiedenen Seiten her unterstützen, etwa mit der Beobachtung, dass wohl noch keine Generation wie die unsere so sehr in einer artifiziellen, sprich technologisch ermöglichten und aufrechterhaltenen Lebenswelt ihr Dasein gefristet hat; Jürgen Mittelstraß hat diese Welt oder diese ‚Raumkapsel‘, in der der heutige Mensch in maximaler Entfernung von einer „unmittelbaren“, natürlichen Lebenswelt existiert, die „Leonardo-Welt“ genannt,<sup>10</sup> damit auf einen genialen Denker und eben auch Ingenieur der italienischen Renaissance anspielend, der hier symbolisch für die Auswanderung des Menschen in eine Sphäre steht, in der fast alles, was ihm begegnet, bereits technisch-praktisch präformiert und kaum noch irgendwo eine genuine Begegnung mit einer nicht vom Menschen schon zubereiteten Welt möglich ist. Man wird sagen können, dass sich die Lage seit Mittelstraß’ Prägung des Titels insofern noch weiter zugespitzt hat, als sich inzwischen die technischen Kommunikationsmedien immer tiefer auch in die Begegnung von Mensch zu Mensch hineinschieben, ja ihr, über das Mensch-Welt-Verhältnis hinaus, ein neues, eben technomorphes Gesicht zu geben drohen; auch das hat mit unserem Thema zu tun, insofern man zum Beispiel fragen kann, inwieweit eine heute bisweilen angepriesene „Telemedizin“ nicht gerade als systematische Verhinderung der Konfrontation mit Grenzsituationen verstanden werden muss.

Nun ist weder nach Mittelstraß noch nach Liebrucks grundsätzlich etwas dagegen einzuwenden, dass der Mensch seinen Intellekt auch in technisch-praktischem Sinne einsetzt, dass er erfinderisch ist und auch mit großen, auf den privaten oder gemeinen Nutzen gerichteten Entwürfen umgeht. Ein Problem jedoch entsteht dann, wenn die Logik des technisch-praktischen Denkens, die Logik des Mittelgebrauchs und des findigen Problemlösens, die *regierende* Logik des Menschenlebens wird und wir nicht nur unser Verhältnis zur Welt da draußen, sondern auch unser Verhältnis zu uns selbst wie das zu unseren Mitmenschen durchgängig technisch-praktisch verstehen und entsprechend zu organisieren versuchen.

Die Geister, die man so rief und unversehens nicht mehr los wird, zeigen sich in der Folge etwa in der Herrschaft eines Ideals technischer Perfektion, unter dessen Diktat sich der Mensch in gewisser Weise selbst überholt: Wir beginnen, uns an unseren eigenen Artefakten zu messen, also zum Beispiel besorgt die Frage zu stellen, ob wir mit der von uns in die Welt gesetzten „Künstlichen Intelligenz“ noch mithalten können, wie manche auch eine neue Zwei-Klassen-Gesellschaft befürchten, in der es den „enancten“ Menschen möglich sein wird, eine despotische Herrschaft über die naturbelassenen zu errichten.<sup>11</sup>

Zum anderen aber, und das ist für unser die Heilberufe betreffendes Thema von Belang, kommt es jetzt ebenso zu *einem neuen Typ von Frustrationen*, die immer dann entstehen müssen, wenn sich ein Problem eben nicht *technisch-praktisch* lösen lässt, sondern es dazu einer ganz anderen Perspektive bedarf. Zu dem, was sich *nicht* technisch-praktisch beantworten lässt, gehören die Fragen, vor die uns eben die Grenzsituationen stellen – Fragen, die dann am liebsten sofort überspielt werden und die, wenn dies nicht gelingt, in eine aporetische Ohnmachtserfahrung münden. Man wird umso mehr zweifeln müssen, ob die erste Reaktion auf die Konfrontation mit Krankheit zwangsläufig die Frage sein muss: „Was kann man da machen?“ –

eine Frage, deren Logik das Gegenüber leicht in die Lage bringt, nur noch in Kategorien der Machbarkeit zu antworten und am Ende den Schein eines „Machens“ auch dann noch zu erzeugen, wenn in der Tat etwas ganz anderes als eine „Machenschaft“, vielmehr ein reflexives Verhältnis zu sich und den anderen am Platze wäre. Es ist die Logik eines besinnungslosen Immer-noch-etwas-Machen-Müssens,<sup>12</sup> das eben die Chance, in der Grenzsituation noch einmal zur Besinnung zu kommen oder andere dazu anzuleiten, verpasst. Wenn dagegen die unbegrenzte Sterbensverlängerung im Spital durch ein paar letzte Tage zuhause im Kreise der Familie ersetzt werden kann, ist dies nicht nur das Akzeptieren einer Grenze, sondern möglicherweise auch das Sich-Öffnen für das Potential von Grenzsituationen und damit für eine Antwort auf diese, die nicht technisch-praktisch, aber authentisch und human ist.

### Genuin normative Momente in der Medizin

*Ethik* ist, wie wir hier noch einmal unterstreichen wollen, der Medizin in dem für sie konstitutiven Zielwissen durchaus *immanent*, die Medizin „importiert“ mithin Ethik nicht einfach von außen.<sup>13</sup> Sowohl die Form und die Konstitutionsbedingungen medizinischen Wissens, das in einem Heilauftrag begründet ist, wie die medizinische Praxis, die ja immer primär eine Form interpersonaler Interaktion ist, verweisen auf genuin normative Momente, die in der Medizin selber liegen. Wir wollen diesbezüglich hier drei Aspekte herausstellen, die immer auch mit Grenzsituationen zu tun haben, wie sie im medizinischen Kontext auftauchen.

#### Rückbesinnung auf den individuellen Heilauftrag

Medizin ist, wie gesagt, ohne den sie als Wissenschaft wie auch als Praxis organisierenden Heilauftrag nicht denkbar. Ihren konstitutiven Heilauftrag empfängt die Medizin dabei nicht von der Wissenschaft, nicht von der Gesellschaft oder bestimmten gesellschaftlichen Gruppen, sie empfängt ihn – das

ist die Lektion, die zumindest die europäische Medizin bei Hippokrates lernen konnte – von Individuen, die der Heilung bedürfen. Auch in Zeiten der hochtechnisierten und institutionalisierten Medizin kann und darf diese Rückbindung an den individualisierten Heilauftrag nicht verloren gehen.<sup>14</sup> Paul Ricœur (1913 – 2005), der bekannte französische Phänomenologe, hat in diesem Sinne davon gesprochen, dass es eine anonyme, über die Köpfe der Individuen hinweggehende Medizin nicht oder wenn, dann nur als Verfallsform geben kann. Dem medizinischen Handeln liegt vielmehr ein „Pakt des Vertrauens“ zugrunde, der immer zwischen Individuen geschlossen wird und ohne den es den darauf aufsetzenden „Pakt der Behandlung“ nicht geben würde.

Dieser „Pakt des Vertrauens“ ist nach Ricœur durchaus fragil. Es handelt sich um einen „Pakt“, der schon insofern etwas mit Macht und Ohnmacht zu tun hat, als hier ein weniger handlungsmächtiger Mensch sich einem anderen, handlungsmächtigen Menschen anvertraut und dabei darauf setzt, dass die Macht des Handlungsmächtigen nur der eigenen Wiederermächtigung dienen, in keinem Fall aber die eigene Ohnmacht ausbeuten wird. Je schwerer es dabei für den Patienten ist, in den „Pakt des Vertrauens“ einzutreten und dem Arzt nicht schon mit vorlaufendem Misstrauen zu begegnen, desto wichtiger ist es, dass ihm von Seiten des Arztes klargemacht wird, wie weit die ärztlichen Handlungsmöglichkeiten reichen und wo sie enden.

Ebenso muss der Arzt dem Patienten zu verstehen geben, dass er auch seinerseits Vertrauen in ihn setzt, etwa was die rückhaltlose Offenheit bei der Anamnese oder die Bereitschaft, die therapeutischen Anordnungen zu befolgen, betrifft.<sup>15</sup> Dies alles hat auch etwas mit Unverfügbarkeit – der Unverfügbarkeit in diesem Fall des Vertrauens – zu tun und bezeichnet insofern eine faktische Grenze medizinischen Handelns. Die größte Garantie, dass Vertrauen ermöglicht und der „Pakt des Vertrauens“ tatsächlich geschlossen wird, dürfte dabei

nach wie vor weniger in den „Kodizes“ und sonstigen Regelwerken als vielmehr in einem persönlichen Ethos insbesondere der Heilberufler liegen, das keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass hier alles Tun und Lassen in der Tat dem Handlungsziel „Heilen“ verpflichtet ist.

### **Handeln unter der Bedingung der Ungewissheit**

Medizinisches Handeln ist, zweitens, ein Handeln unter Bedingungen der Ungewissheit. Hierbei handelt es sich um ein Argument, das nicht zuletzt von Immanuel Kant stark gemacht worden ist: Der Arzt, sagt Kant, muss unter Umständen gerade dann handeln, wenn seine Diagnose nur vorläufig ist, aber keine Zeit für weitere Nachforschungen oder ein Konsil mehr bleibt.<sup>16</sup> Er handelt dann auf einen „pragmatischen Glauben“ hin und darf dies auch tun, wenn sicher ist, dass gar nicht zu handeln in jedem Fall die schlechtere Option wäre. Entscheidend ist dabei, dass es sich hier um einen echten *Gewissensentscheid* handelt.

Der auf den pragmatischen Glauben hin handelnde Arzt kennt zum einen seine Verpflichtung zur ärztlichen Hilfeleistung. Er hat zum anderen nach bestem Wissen und Gewissen seine Optionen, dieser Verpflichtung gerecht zu werden, geprüft – er kann sich nicht vorwerfen, etwas aus mangelnder Sorgfalt außer Acht gelassen zu haben. Er handelt *eben dann* auf sein Gewissen hin: was heißt, nicht auf Grund einer Regel, nicht auf Grund einer Absprache, sondern im Rahmen einer gegebenen Situation, die keine andere Alternative lässt. Wir können dabei sagen, dass sich gerade auch der Arzt, der eine echte Gewissensentscheidung trifft, in einer Grenzsituation befindet, die ihn als ganzen Menschen herausfordert. Wobei übrigens nach Kant die Gewissensentscheidung niemals die Befugnis meint, sich über bestehende Normen oder gar über das Sittengesetz hinwegzusetzen oder auch nur eine selbst normsetzende Instanz wäre. Das Gewissen akzeptiert das Sittengesetz, riskiert aber eine Anwendung desselben, die nicht auf eine weitere Regel gestützt ist, sondern eben auf einen Glauben,

in den natürlich die ganze Erfahrung und darauf gestützte Erwartung des Arztes eingegangen ist.

### Möglichkeit der existenziellen Kommunikation

Mit dem dritten und letzten Aspekt kommen wir nochmals auf den Begriff der „Grenzsituation“ bei Karl Jaspers zurück. Niemand kann in die Grenzsituation im eigentlichen Sinne nur mit einem Teil seiner Persönlichkeit eintreten, so wie wir in der Regel unsere sogenannten „sozialen Rollen“ jeweils nur mit einem Teil unserer Persönlichkeit ausfüllen. In der Grenzsituation finden wir uns als ganze Menschen, sozusagen mit Haut und Haaren und ohne irgendwelche anderen Reserven, wieder. Eben deshalb bieten die Grenzsituationen – die Krankheit und das Leid, die Erfahrung von Schuld und Scheitern, aber etwa auch die Erfahrung unserer geschichtlichen Bedingtheit, die wir nicht überspringen können – nach Jaspers die Möglichkeit, ein wirklich authentisches Existieren einzuüben. Sie bieten darüber hinaus aber noch etwas Anderes: sie erschließen die Möglichkeit „existentieller Kommunikation“.

Die existentielle Kommunikation beginnt nach Jaspers, wenn wir die „Fragwürdigkeit“ „von allem, was wir kennen“ erfahren und sich nunmehr ein „Selbst an das andere wendet“, wir also gerade aufhören, nur Rollen zu spielen und voreinander Masken zu tragen.<sup>17</sup> Wenn es stimmt, dass Medizin es in besonderem Maße mit Menschen in Grenzsituationen – und zwar in dem starken Jaspers'schen Sinne – zu tun hat, dann heißt dies, dass es im Bereich medizinischen Handelns in besonderem Maße die *Chance* auf „existentielle Kommunikation“, auf die Begegnung von ganzen Menschen mit ganzen Menschen gibt. Das scheint auf den ersten Blick ganz quer zu liegen zu dem, was man in der Ordination oder dem Spital gebrauchen kann, rührt aber doch, wie wir sagen können, an den letzten Motivationsgrund medizinischen Handelns, an den äußersten Impuls, ohne den es eine Medizin, die mehr als ein Gewerbe ist, nicht gäbe.

Wer wirklich Arzt, wer wirklich Heilberufler

ist, kann nicht von der Dimension existentieller Kommunikation gänzlich unberührt sein; wir haben dies soeben auch am Fall des unausweichlichen Gewissensentscheids des Arztes bei Kant unterstrichen. Der Arzt und der Heilberufler müssen darum natürlich nicht ganztätig sozusagen auf höchste Authentizität gestimmt sein, was nur wieder in eine Karikatur des Existentiellen umschlagen könnte. Aber sie müssen dem Habitus nach offen sein für das, was sich ihnen als Grenzsituation zeigt und sich ihm aussetzen können. Sie müssen, wie wir eingangs gesagt haben, neben allem Fachwissen und aller konkreten Handlungskompetenz über eine *existentielle Wachheit* verfügen, die man sich weder im Physikum noch aus Anlass einer späteren Prüfung aneignen kann, sondern die alleine im eigenen authentischen Existenzvollzug zu erwerben ist. Der innere Zusammenhang zwischen dieser Wachheit und einem im Vollsinn medizinisch-praktischen Wissen wird sich im Vollzug oder der „Praxis“ dabei eher leicht und von selbst erschließen. Dass dies am Ende sogar öfter geschieht, als wir denken, wäre zu hoffen.

### Referenzen

- 1 Jaspers K., *Psychologie der Weltanschauungen*, Springer-Verlag, Berlin (1919), dort insbesondere S. 202-246. Die „Grenzsituationen“ erscheinen hier in der Einleitung zu der Lehre von den „Geistestypen“; die exemplarisch behandelten Grenzsituationen Kampf, Tod, Zufall und Schuld sind identisch mit denen, die später auch die *Philosophie* (Springer-Verlag, Berlin 1932) herausgreift; vgl. dort besonders Bd. II, S. 201-254, aber auch *passim*. – Zur Relevanz der Lehre Jaspers' von den „Grenzsituationen“ für die Medizinethik vgl. die gediegene Zusammenfassung von Rehbock Th., *Grenzsituationen: ihre philosophische Bedeutung, erläutert am Beispiel der Krankheit*, in: Hoffmann Th. S. (Hrsg.), *Grundbegriffe des Praktischen*, Verlag Karl Albert, Freiburg/München (2014), S. 105-129.
- 2 Vgl. dazu nur: Marcel G., *Situation fondamentale et situations-limites chez Karl Jaspers*, in: ders., *Du refus à l'invocation*, Gallimard, Paris (1940), S. 284-326; Monje G. F., *Análisis del concepto de situación límite en la filosofía de Karl Jaspers*, Diss. Barcelona (1971); Mundt Chr., *Jaspers Concept of "Limit Situation": Extensions and Therapeutic*

- Applications*, in: Fuchs Th. et al., *Karl Jaspers Philosophy and Psychopathology*, Springer New York, New York (2014), S. 169-178.
- 3 Auch „metaphysische Träumerei“ muss nach Jaspers „dazu herhalten ..., die Furchtbarkeiten der Grenzsituationen milde zu verschleiern“ (vgl. *Philosophie*, Bd. I, S. 233). Ebenso aber führt der „Positivismus“ zu einem „faktischen Vergessen“ der „Grenze“, die hier nur als Tatsache, nicht als Konstituens eines existentiellen Selbstverhältnisses verstanden wird.
  - 4 Genau genommen seit dem 12. Jhd.; vgl. dazu Schipperges H., Art. *Medizin II*, in: Ritter J., Gründer K. (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* Bd. II, Verlag Schwabe & Co., Basel (1980), Sp. 976-984, dort 978.
  - 5 Auch, insofern sie theoretische Wissenschaft ist, ist die Medizin nicht von einem ihr spezifisch zugehörigen Erkenntnisgegenstand her organisiert, sondern von einem Zweck her, der bereits bestimmt, welche Wissenschaften unter welchen Aspekten in ihr kombiniert werden müssen.
  - 6 Das hier in der Übersetzung von W. Capelle wieder gegebene Zitat entstammt dem Hippokratischen Eid; vgl. Capelle W. (Hrsg.), *Hippokrates: Von der Umwelt. Fünf auserlesene Schriften*, Artemis-Verlag, Zürich/München (1955), S. 212; zum spezifischen Ethos der hippokratischen Medizin und Mediziner vgl. in ebendieser Ausgabe auch Capelles Einleitung, bes. S. 31-38.
  - 7 Vgl. dazu Hoffmann Th. S., Rationalität versus Teleologie? Ein Problemaufriß zur Geschichte des Zweckbegriffs zwischen Descartes und Kant, in: Elm R. (Hrsg.), *Vernunft und Freiheit in der Kultur Europas. Ursprünge, Wandel und Herausforderungen*, Verlag Karl Alber Freiburg/München (2006), S. 245-269.
  - 8 Nietzsche Fr., *Götzen-Dämmerung, oder wie man mit dem Hammer philosophiert, Streifzüge eines Unzeitgemäßen*, Nr. 36, in: *Sämtliche Werke in zwölf Bänden. Band 8*, Kröner-Verlag, Stuttgart (1978'), S. 154.
  - 9 Das Thema des dominant „technisch-praktischen Weltumgangs“ des „modernen“ Menschen durchzieht Liebrucks' Hauptwerk *Sprache und Bewußtsein*, 7 Bde., Akademische Verlagsanstalt / Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main 1964 – 1979, wie ein roter Faden. Auf den Gedanken hinführen kann zum einen der Dialog Liebrucks Br., *Von der Koexistenz zum Frieden*, Herbert Lang / Peter Lang Verlag, Bern/Frankfurt am Main, 1972/73, sowie die autobiographische Skizze *Das nichtautomatisierte Denken*, in: Pongratz L. J. (Hrsg.), *Philosophie in Selbstdarstellungen*, Bd. 2, Verlag Felix Meiner, Hamburg (1975), S. 170-223.
  - 10 Mittelstraß J., *Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung*, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main (1992).
  - 11 Dazu Naumenko-Kühne A., *Projekt und Problematik einer „Perfektionierung“ des Menschen. Aspekte des „Human Enhancement“ zwischen Philosophie und Technokratie*, Shaker Verlag, Aachen (2018), bes. S. 292 ff.
  - 12 Was sich sowohl in sinnlosen Sterbeverlängerungen wie auch in einer leeren Betriebsamkeit äußern kann, die den Anschein therapeutischer Maßnahmen erwecken sollen, obwohl der Fall längst als „geschlossen“ angesehen wird.
  - 13 Vgl. dazu etwa Pellegrino E. D., *Bekennnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt*, in: Thomas H. (Hrsg.), *Ärztliche Freiheit und Berufsethos*, Verlag J. H. Röll, Dettenbach (2005), bes. S. 27-33.
  - 14 Für einen Versuch, die hippokratische Medizin unter Gegenwartsbedingungen zu erneuern, cf. Cameron N. M. de S., *The New Medicine. Life and Death after Hippocrates*, Bioethics Press, Chicago/London (2001<sup>2</sup>).
  - 15 Vgl. Ricoeur P., *Die drei Ebenen des medizinischen Urteils*, in: Hoffmann Th. S., Schweidler W. (Hrsg.), *Normkultur vs. Nutzenkultur. Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht*, Walter de Gruyter Verlag, Berlin/New York (2006), S. 519-535.
  - 16 Kant I., *Kritik der reinen Vernunft*, A 824/B 852; dazu Simon J., *Kant. Die fremde Vernunft und die Sprache der Philosophie*, Walter de Gruyter Verlag, Berlin/New York (2003), S. 200-205.
  - 17 Jaspers K., *Philosophie*, siehe Ref. 1. Bd. II, S. 106.