

## 4. Neuansatz

### a. Erweiterung

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zeichnet sich die Notwendigkeit eines Neuansatzes in der Formulierung des Ethischen zu Gunsten aller Personen, der potentiell wie der aktuell vulnerablen, ab. Es geht darum, die philosophische Ethik um eine Ethik des Gesundheitswesens zu erweitern. Nachfolgend werden dazu Argumente von Emmanuel Levinas, die sich auf Vulnerabilität des verantwortlichen Ichs beziehen, und von Hans Jonas, die die Verankerung der Existenz in der Welt und den Abschied von der Welt betreffen, aufgenommen und teilweise mit Überlegungen zur *Ethik als Schutzbereich* verbunden, die sich im Anschluss an Paul Ricoeur bereits auf den Weg zu einer nichtexklusiven Ethik begeben haben (vgl.: Schnell 2008; Dederich/Schnell 2011).

Wenn der Mensch als vulnerable Person und wenn vulnerable Personen um ihrer selbst im Achtungs- und Schutzbereich des Ethischen berücksichtigt werden sollen, dann stellt sich auch die Frage nach dem Status von Tieren, da auf sie die Definition der vulnerablen Person auch zutrifft. Gleichwohl gehen Mensch und Tier nicht Hand in Pfote durchs Leben. Tiere sind eine Herausforderung für den Logos, der von der Philosophie in der Regel menschlich und auch männlich definiert wird. Tiere sind das »Andere einer Vernunft« und dienen dazu, die Potenzen des Menschen umso stärker herauszustellen. Gleichwohl gab es immer auch Gegenbewegungen. Zu erinnern ist unter anderem an Denis Diderots Artikel über Tiere (»Animal«, »Bete«) in der *Enzyklopädie* von 1747. Diderot legt dar, dass es keine Tiere in Singular gibt, dass Gattungsgrenzen zum Teil fließend verlaufen und dass es daher mit der Einmaligkeit des Menschen nicht ganz so weit her ist, wie oft angenommen werde. Dieser zum Teil noch sehr modernen Denkweise Diderots fühlt sich die Problemskizze zum ethischen Status des Tieres, die sich im Anhang des vorliegenden Buches befindet, verwandt.

### b. Der Weg

Die Überlegungen zur Neuformulierung des Ethischen gehen vom leiblichen Selbst und dessen Bezügen zur Welt aus. Im Durchgang durch die Sachgebiete wichtiger ethischer Prinzipien werden diese Bezüge entfaltet bis der Gang der Dinge auf verschiedene Aspekte der Exklusivität stößt. Gegen diese Aspekte soll im Namen der Wissenschaften der Heilberufe Protest eingelegt und Überlegungen der Ethik im Gesundheitswesen genutzt werden, um Auswege vorschlagen.

### c. Philosophie, Medizin, Ethik

Die angestrebte Erweiterung der Philosophie durch eine Ethik des Gesundheitswesens ist darum bemüht, die Debatte um das Verhältnis von Philosophie und Medizin, für die Namen wie Karl Jaspers, Victor von Weizsäcker, Thure von Uexküll, Victor von Gebattel, Viktor E. Frankl, Klaus Dörner, Josef Rattner, Heinrich Schipperges, Gerhard Danzer und Thomas Fuchs stehen, zu berücksichtigen.

Die medizinische Anthropologie, die Philosophie und Medizin in eins ist, hat das Phänomen der Vulnerabilität als ihr Eigenthema. Vulnerabilität ist einerseits menschlich und insofern ein Thema der Philosophie. Sie ist andererseits höchst akut bei Menschen, die Patienten sind und insofern auch ein Thema der Medizin. An dieser Stelle sei an den interdisziplinären Diskurs »Der leidende Mensch« (Sborowitz 1960) erinnert, der es in der Mitte des 20. Jahrhunderts, sicherlich nicht unbeeindruckt vom vergangenen Weltkrieg, als seine Aufgabe ansah, die Vulnerabilität als ein Konzept auszuarbeiten, von dem aus dann einzelne Krankheitsbilder erschlossen und auch behandelt werden sollten. Ich beschränke mich auf einige Grundaspekte.

Wir lernen als erstes, dass alles darauf ankommt, dass der Mensch vom Zur-Welt-Sein her gedacht wird, also nicht von einer Innerlichkeit aus. Diese Weichenstellung beinhaltet einen Vorrang des Wir vor dem Ich, eine leibliche Ausgesetztheit gegenüber der Welt und gegenüber den Anderen. Wenn der Mensch ein leidender sein können soll, dann muss er auch so gedacht werden, dass sich seine Vulnerabilität zeigen kann. Die Existenz ist pathisch, wie Victor von Weizsäcker sagt. Sie wird nicht nur aktiv bestritten, sondern zugleich auch passiv erlitten. Diese Mischung aus Aktivität und Passivität verweist auf einen Scheitelpunkt in der Existenz des Menschen als Patienten: an ihm treten die Phänomene Not und Hoffnung zusammen auf. Sie verleihen der Existenz Beweggrund und Richtung. An sie knüpft ein Arzt an. Die Medizin kann Funktions- und Leistungsfähigkeit von Menschen wieder herstellen, aber nur innerhalb jener gegebenen Grenzen, die von der Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit des Lebens markiert werden. Diese Konsequenz führt zweitens zu der Vorsicht, die Tätigkeit eines Arztes nicht als vergeistigten und grenzenlosen Dialog mit seinen Patienten miss zu verstehen und auch nicht nur im Licht der psychoanalytischen Kategorie der Übertragung zu betrachten (vgl.: Schnell 2009f).

An den Grundlagendiskurs über den leidenden Menschen knüpft die phänomenologisch ausgerichtete *Daseinsanalyse*, die ihrerseits den Dialog zwischen Philosophie und Medizin fortgesetzt hat, an. Kierkegaard, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty sind die Referenzautoren der Mediziner in der Philosophie. Der entscheidende Punkt ist hierbei, dass die

Weise, wie das Dasein über sich selbst denkt und sich selbst interpretiert, in die Analyse des Arztes einbezogen wird.

Die Verbindung von Medizin und Philosophie wird somit greifbar, wenn ein Anfang bei »Erfahrungen des (Er-)Lebens, des Wohlbefindens, des Leidens und des Sterbens« (Huth 2011, 17) gemacht wird. Dieser Ausgang ist wichtig, weil die Medizin nicht mit der Behandlung einer Krankheit beginnt, sondern mit der Wahrnehmung einer vom Dasein geäußerten, aktuellen (oder im Falle der Prävention einer potentiellen) Not und der Anbahnung einer ethisch relevanten Situation. So lesen wir bereits bei Viktor von Weizsäcker: »Das wirkliche Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als eine Bitte um Hilfe.« (Weizsäcker 1926, 13) Die Bitte bekundet, dass eine im Alltag verborgene Normalität ins Stocken geraten ist.

Der Anfang aller Sinnbildung im Alltag, in der Philosophie, in der Medizin und in jedem anderen Feld ist das lebensweltliche Dasein. Von der Welt her, vom Kontakt zu sich selbst, den Anderen und Dingen geht die *Daseinsanalyse* aus, die in ihrer Gänze ausdrücklich die Psychiatrie, die Psychotherapie und die Philosophie einbezogen hat (vgl.: Schnell/Schulz 2013). Seit Ludwig Binswanger versteht sie Krankheit als beeinträchtigende Veränderung des Vollzugs des Daseins (vgl.: Foucault 1968). Der Begriff des Daseins wird im Ausgang von Martin Heidegger verwendet. »Dasein ist ein Seiendes, das sich in seinem Sein verstehend zu diesem Sein verhält. Damit ist der formale Begriff der Existenz angezeigt. Dasein existiert. Dasein ist ferner Seiendes, das je ich selbst bin.« (Heidegger 1979, 52f)

Dasein ist Sorge und in der Sorge offenbart sich ein Vorlaufen, in dem das Dasein sein Sein zum Tode entdeckt. »Das Sein zum Tode ist Vorlaufen in ein Seinkönnen des Seienden, dessen Seinsart das Vorlaufen selbst ist.« (ebd., 262) Damit sind die Endlichkeit und Sterblichkeit des Menschen ein originäres Thema!

Von Metard Boss stammt eine an Heidegger anknüpfende und in die Psychotherapie führende daseinsanalytische Lehre von Krankheit. Sie umfasst fünf Existenzbeschreibungen:

1. die Beeinträchtigung für die Freiheit des Dasein (Krankheit: Psychose, Zwangsneurose),
2. die Störung des Gestimmtheits (Depression, Angstneurosen),
3. die Beeinträchtigung des Mitseins (Schizophrenie, Kontakt- u. Beziehungsstörungen),
4. die Beeinträchtigung der Zeitlichkeit (organische Schädigungen),
5. die Beeinträchtigung des leiblichen Existierens (psychosomatische Erkrankungen).

Jeder dieser Krankheitsgruppen lassen sich psychische Krankheiten zuordnen (vgl.: Cottier et al. 1990). Den Fluchtpunkt aller Überlegungen und therapeutischen Versuche bildet die Leiblichkeit des Menschen. Der Leib ist in der Welt und für Andere sichtbar. Nur leibliche Wesen können leben, gesund bleiben, krank werden und sie müssen schließlich sterben.

In den letzten Jahrzehnten sind neue Disziplinen in den Heilberufen entstanden. Die Pflegewissenschaft und die Wissenschaften der Therapieberufe künden davon, dass der medizinische Blick auf die Vulnerabilität von Patienten allein nicht mehr ausreicht. Es existiert eine steigende Zahl chronisch kranker Menschen, die nicht geheilt werden können, sondern lernen müssen, mit ihrem Kranksein zu leben. Auch diese neuen Wissenschaften und andere Wissenschaften der Heilberufe bilden einen gemischten Diskurs aus Natur-, Sozial- und Biowissenschaften. Allerdings kommt der sozialwissenschaftlicher Perspektive darin eine gewisse Leitperspektive zu. Es geht immer um ein Dasein, das sich verstehend zu seiner Vulnerabilität verhält, wie man es mit dem Worten der Daseinsanalyse sagen könnte.

Im Schnittpunkt von Philosophie und Medizin wird auch das genuin ethische Problem der Vulnerabilität sichtbar. Der Medizin und den anderen Wissenschaften geht es um die Sache der Rückseite der einseitigen Logosauszeichnung des Menschen durch die Philosophie (vgl.: Werner 2004). Die Würde ist ein sehr wichtiger Wert. Die Medizin im Zeitalter der Technologie teilt diese Ansicht, sie ist aber mit ernststen Fragen konfrontiert: Kann die Würde mit anderen Werten in Kollision geraten? Ab welchem Zeitpunkt seiner Entwicklung hat ein Wesen Würde? Wer hat zählt zum Adressatenkreis der Wesen, die Würde haben und wer nicht? Die vorliegenden Ausführungen knüpfen an diese Fragen an und weiten sie über den Aufgabenbereich einer spezifisch heilberuflichen Ethik aus, indem sie nach dem Status vulnerabler Personen insgesamt fragen.