
Definition von Arzt und Patient aus philosophischer Sicht

Walter Schweidler

Die Existenz und Eigenart des Arztberufs gehören zu den ursprünglichsten Elementen der menschlichen Kultur. Nimmt man die Zentralthesen der Kulturanthropologie des zwanzigsten Jahrhunderts, wie sie etwa von Lévi-Strauss vorgetragen worden sind, in ihrer ganzen Radikalität – also inklusive der Annahme, dass die Klassifikation der Heilpflanzen in den Kern der Leistung hineingehört, durch den der Schritt des Menschen aus der Natur in die sprachlich codierten Kulturverbände hinein erfolgt, deren struktureller Austausch erst den genuin menschlichen Familienverband konstituiert –, dann kann man geradezu schließen, dass die Relation von Arzt und Patient nicht weniger ursprünglich zum spezifisch menschlichen Dasein gehört als die zwischen Vater und Mutter, Eltern und Kindern. Ob man so weit geht oder nicht – in jedem Fall heißt den Arzt zu definieren gewissermaßen das zu zitieren, was den Menschen überhaupt mit definiert. Und damit ist klar, dass der „Patient“ ebenso ein Derivat des spezifisch menschlichen, des kulturellen Daseins ist. Patienten gibt es nur unter menschlichen Verhältnissen, und ich will dahingestellt bleiben lassen, ob man angesichts der jedenfalls auch menschlichen Institution des „Tierarztes“ das Wort auch auf Tiere anwenden mag oder nicht. Patienten gibt es nur, weil und insofern es unter Menschen Ärzte gibt.

Der Hinweis auf diese essentielle Relativität des Daseins des Patienten auf das des Arztes mag simpel erschei-

nen, aber er ist für die Bedeutung dessen, was wir mit dem Wort „Patient“ bezeichnen, von größter Bedeutung. Er hält etwas fest, das sogar durch die Etymologie des Wortes selbst verwischt zu werden droht, nämlich dass der Patient letztendlich nicht durch die Tatsache seines Leidens, sondern durch die Möglichkeit seiner ärztlichen Behandlung, also idealiter der Heilung, definiert ist. Wie wichtig das ist, wird einem sofort klar, wenn man auf den Fall des Menschen blickt, dessen Leiden zu behandeln, aber nicht zu heilen ist. Wäre der Patient allein durch sein Leiden definiert, dann könnten wir ohne fundamentale Bedenken davon ausgehen, dass die ärztliche Behandlung nur eine innerhalb eines Spektrums von mehreren Möglichkeiten wäre, mit diesem Leiden auf menschliche Weise umzugehen. Leiden, das nicht zu heilen wäre, bräuchte dann ärztlich gar nicht behandelt zu werden. Wenn gar die Beseitigung des Leidens der Gesichtspunkt wäre, dem dieses Spektrum verschiedener Reaktionsmöglichkeiten zu gehorchen hätte, dann müsste man den Schluss ziehen, dass der Sinn der ärztlichen Behandlung in nichts anderem als der Beseitigung von Leiden bestünde und dass dort, wo die Behandlung nicht oder nicht mehr zu heilen vermag, die Beseitigung des Leidenden selbst eine genauso menschliche Umgehensweise mit dem Leiden wäre wie die ärztliche Kunst – oder dass die Kapazität und Kompetenz zur Beseitigung des Leidenden gleichwertig neben denen zu seiner Heilung in den genuinen Definitionsbereich der ärztlichen Behandlung gehörten. Wären Arzt und Patient Partner im Ringen um die Beseitigung von Leiden, dann würde es zu den Bedingungen einer fairen und anständigen Partnerschaft gehören, dass der Patient sich, wenn der Arzt ihn nicht mehr heilen kann, dessen Kunst zum Zweck seiner eigenen Beseitigung zu bedienen hätte.

Aber über Jahrtausende hinweg ist das Gegenteil der Fall gewesen: Das Prinzip, unheilbar leidende Menschen nicht

zu beseitigen, sie nicht einmal als Siechende völlig aus dem Kreis der Kranken auszuschließen, sondern sie eben wie die heilbaren als „Patienten“ anzuerkennen, gehört zu den Marksteinen der menschlichen Kulturentwicklung, und die von der keines anderen Berufs überbotene Reputation des Arztes hängt ohne Zweifel damit zusammen, dass er eben nicht als Exekutor der Option zwischen Heilen und Töten der Leidenden, sondern als unbedingter Anwalt der Kranken anerkannt ist. Nicht die Beseitigung des Leidens, sondern die Überwindung der Krankheit definiert den Arzt, und zwar auch dort noch, wo sie unerreichbar ist und er vor ihr kapitulieren muss – bis in die ihm nur wegen dieser vorhergehenden Orientierung am Leben auch noch anvertraute Grenzzone hinein, in der sich ihm die Demarkation zwischen Schmerzbehandlung und Lebensbeendigung des Todkranken verwischt. Die Orientierung an der Grundaufgabe, keinesfalls zur Vernichtung der ihm anvertrauten Menschen beizutragen, ist kein Relikt historisch gewordener Formeln oder religiöser Weltanschauungen der christlichen oder auch anderer Kulturen;¹ sie ist noch am Werk, wenn die Ärzteschaft, wie im Kontext der deutschen „Hirntod“-Debatte geschehen, sich darauf beruft, keine Todesdefinition mehr akzeptieren zu können, unter deren Zugrundelegung sie einen Großteil der Praktiken der Organverpflanzung als Tötung lebendiger Menschen gelten lassen müsste.

Die Definition des Arztes durch die Aufgabe der Überwindung der Krankheit ist der Schlüssel nicht für alle Antworten, aber für die Markierung der wesentlichen Fragen, die sich in Hinblick auf das Wesen und gegebenenfalls den Wandel des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient stellen lassen. Sie wirft zuerst einmal ein Licht auf die Natur dessen, was sich da überhaupt wandeln kann oder soll. Die Definition des Arztes durch eine Aufgabe, die Aufgabe der Überwindung der Krankheit seines Patienten, ist eine

essentiell ethische Definition. So wie die Würde eines Menschen unantastbar bleibt, auch wenn sie verletzt und ihr Träger aus der Welt geschafft wird, so bleibt das ärztliche Handeln die Verkörperung der universal menschlichen Weise, Krankheit zu überwinden, auch in dem konkreten einzelnen Fall, in dem es zum Scheitern verurteilt ist. Für ethische Definitionen ist es immer charakteristisch, dass sie ein Ziel enthalten, das mit den Fakten nicht notwendig zusammenfällt. Und dieses Ziel ist die Klammer, die die Glieder des durch es definierten Verhältnisses erst konstituiert. Darum ist, solange es Ärzte gibt, die Aufgabe, um die Überwindung der Krankheit zu ringen, auch die des Patienten und die der den Arzt aussuchenden und ausbildenden humanen Gesellschaft.

Man kann sich, um die Seinsart einer solchen zielhaft konstituierten, spezifisch menschlichen Relation zu kennzeichnen, des Begriffs „Wert“ bedienen; aber dabei ist große Vorsicht geboten. Es gibt einen soziologischen und einen ethischen Wertbegriff. Der soziologische Wertbegriff stellt für den ethischen einen unentbehrlichen Bezugspunkt dar, aber er darf mit ihm keinesfalls verwechselt und vermennt werden. Der soziologische Wertbegriff bezeichnet keine Aufgabe, sondern Fakten, nämlich *Werthaltungen* oder *Wertschätzungen*, also die tatsächlichen Auffassungen, die Menschen von dem, was ihre Aufgaben und ihre Ziele sind, haben. Diese Auffassungen ändern sich mit der Zeit, und zwar deshalb, weil Menschen sich immer auch an dem Ziel orientiert haben, ihre Ziele zum Besseren zu ändern. Will man dieses Streben adäquat charakterisieren, dann muss man sich allerdings des *ethischen* Wertbegriffs bedienen, der letztendlich der Begriff des *Guten* ist. „Werte“ im soziologischen Sinne sollen sich zum Besseren ändern, weil es das gibt, was man die ethischen „Werte“ nennen kann. Ohne solche ethischen „Werte“ hätte es gar keinen Sinn, von der Änderung soziologisch feststellbarer Wert-

schätzungen zum Besseren oder zum Schlechteren zu sprechen. Dann hätte es aber auch keinen adäquaten Sinn, von „Wertewandel“ zu reden, denn Menschen wandeln ihre „Werte“ – hier wird wieder das Wort im soziologischen Sinn gebraucht – eben zugunsten derer, die sie nunmehr für besser halten. Man kann diesen ethischen Aspekt des Guten nicht ausblenden, ohne nicht auch das soziologische Phänomen zu verlieren.

Die Verwirrungen, die sich in diesem ganzen Geflecht einzustellen drohen, haben einen recht simplen philosophiegeschichtlichen Grund: Der Begriff „Wert“ ist in die Philosophie gerade nicht als ethischer, sondern als soziologischer eingeführt worden, und zwar von Theoretikern wie Nietzsche² und Max Weber³, die einen dezidiert ethikkritischen Ansatz vertraten. Ihre These war es gerade, dass „das Gute“ eine Fiktion sei oder eine faktische Dezision widerspiegele, die man nicht durch Ethik begründen könne, sondern die man durch soziologische Analyse freilegen müsse, um sich von ihr zu distanzieren. Das Gute, woran Menschen glauben, sind doch, so könnte man ihren Standpunkt zusammenfassen, „nur“ Werte, das heißt „Werte“ im soziologischen Sinne. Dagegen richtete sich dann die „Wertethik“ des zwanzigsten Jahrhunderts, die den Wertbegriff, der bis dahin in der Ethik nie eine bedeutsame Rolle gespielt hatte, quasi zu „besetzen“ versuchte. Diesen verwirrenden Hintergrund schleppt man als Ballast immer mit sich, wenn man den Kern des Ethischen, das Gute, mit dem Wertbegriff abzudecken versucht. Schleicht sich dann allerdings der soziologische Inhalt in den Wertbegriff ein, wird die Verwirrung heillos. Wenn man den Wertbegriff zuerst soziologisch auflädt als eine Bezeichnung für das, was sich durch die Geschichte hindurch an tatsächlichen Wertschätzungen der Menschen gezeigt hat, und dann nach „ewigen Werten“ fragt, ist jede Antwort, sei sie positiv oder negativ, unsinnig. Dann ist es zur Klärung wirklich

besser, man verzichtet im ethischen Kontext ganz auf den Wertbegriff und greift auf die Größe zurück, in der sich die eigentliche Maßeinheit des Guten und Schlechten ethisch am präzisesten – und durchaus soziologisch „anschlussfähig“ – fassen lässt: die *Handlung*.

Konstitutiv für die ethische Dimension des Menschseins ist, dass es gute Handlungen gibt, das heißt Handlungsweisen, von denen wir sicher sein können, dass diese Einschätzung sich durch noch so radikale Änderungen unseres Faktenwissens wie auch unserer soziologisch feststellbaren Wertschätzungen niemals ändern wird. Unter die elementaren Glieder der Klasse dieser humanen Kernaktionen gehört die Handlung, die für das Verhältnis von Arzt und Patient definitorisch entscheidend ist, die Handlung des Heilens. Wer einen „Wert“ gezeigt bekommen will, der kann unter vielem anderem auf das verwiesen werden, was sich abspielt, wenn ein kranker Mensch unter Voraussetzung des Bestehens der äußeren und inneren Gelingensorientierung dieses Handelns von seinem Arzt behandelt wird. Unsere im Gewissen zum Ausdruck kommende Sicherheit, dass es nicht schlecht sein kann, einen kranken Menschen zu heilen, kann vor allem, was sich an unseren „Werten“ je ändern könnte, bestehen; denn es ist Sicherheit von der Art, die selbst noch das ethische Maß jedes Wandels dessen sein wird, was sich an unseren Auffassungen, beispielsweise den Auffassungen von den richtigen Methoden, Medikamenten, Organisationsformen des Heilens, eines Tages wandeln mag. Ja, selbst wenn wir uns vorstellen, dass die Institution des Arztes und damit auch die des Patienten einmal aus der Menschheit verschwinden sollte, dann müssten wir annehmen, dass dadurch eher die Menschheit als unser Urteil über die Qualität des Heilungshandelns ethisch entwertet würde.

Heilungshandeln ist gut, nicht weil das Leiden an sich schlecht ist, sondern weil der Mensch von Natur aus nicht

leiden will, aber ebenso von Natur aus an Krankheiten leidet und die kulturelle Institution des Arztes geschaffen hat, um aus dem Krankheits- wieder in den ursprünglichen natürlichen Zustand zurückzugelangen, den man den Zustand der Autonomie oder auch der Mündigkeit nennen kann. Die genuin ethische Verantwortung des Arztes ergibt sich gerade daraus, dass diese Rückkehr des Patienten in diesen Normalzustand selbst eine natürliche, nämlich leibliche Basis auch noch unseres ethischen Urteils darstellt – und damit auch außerhalb der Klammer steht, in die wir dieses ethische Urteil bei soziologischer Betrachtungsweise versetzen. Von „Wertewandel“ kann man sinnvollerweise nur dort sprechen, wo dieser in Freiheit und Autonomie vor sich geht, und schon darum ist dasjenige menschliche Handeln, das auf die Wiederherstellung der natürlichen Bedingungen von Freiheit und Autonomie durch die Überwindung des natürlichen Störungszustandes Krankheit gerichtet ist, in seinem ethischen Kern jedem Beurteilungswandel entzogen. Dennoch gibt es jenseits dieses Kerns zwei Arten von Faktoren, die auch das ärztliche Handeln einem ethisch relevanten Beurteilungswandel aussetzen, nämlich, wie man der Kürze halber sagen kann, einen objektiven und einen subjektiven Faktor. Ihnen will ich mich zum Schluss mit notgedrungen kurzen thesenhaften Bemerkungen zuwenden.

Der objektive Faktor ergibt sich aus der Erweiterung unserer Handlungsmöglichkeiten durch den biomedizinischen Fortschritt. Am Anfang, am Ende und in wesentlichen krankhaften Grenzzuständen seines Lebens überhaupt ist der Mensch durch den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zum Gegenstand erweiterter Beobachtungs- und damit auch Behandlungsmöglichkeiten geworden. Leiden, mit dem sich der Arzt früher eben durch den heranwachsenden Patienten konfrontiert sah, kann nun durch pränatale Analyse vorausgesehen und womög-

lich schon in Bezug auf noch gar nicht existierende Nachkommen exakt prognostiziert werden. Damit wird die Frage aufgeworfen, ob die ethische Beurteilung nicht selbst Kriterien ihrer Weiterentwicklung benötigt, um mit diesem medizinischen Fortschrittsprozess gewissermaßen „Schritt zu halten“. Stellt sich nicht die Frage nach dem „Wert“ des Lebens in neuer Weise, wenn man sie auf Zustände bezieht, die bislang gar nicht beobachtbar, behandelbar und damit auch beurteilbar waren? Ist ein „Zellhaufen“ oder ein „Hirntoter“ im selben Sinne Patient wie ein kranker Erwachsener? Wieder stiftet hier der Wertbegriff eher Verwirrung als Klarheit. Genuiner Gegenstand ethischer Beurteilung sind nicht Zustände, sondern Handlungen, und die entscheidende Frage ist, ob es zur ärztlichen Kompetenz und Verantwortung gehört, das behandelte Wesen auf den Wert seines Lebens hin zu beurteilen. Wenn nicht die Beseitigung von Leiden, sondern die Überwindung von Krankheit das ärztliche Handeln – und damit übrigens auch die akzeptablen Grenzen des Fortschritts der Medizin – definiert, dann kann die Verantwortung gegenüber dem kranken menschlichen Wesen durch neue Möglichkeiten von Diagnose und Therapie zwar sicher differenziert, aber letztendlich niemals obsolet gemacht werden. Mit dieser Feststellung werden ja nicht nur prekäre Erweiterungen der ärztlichen Handlungsverantwortung, sondern auch ihre ethisch unaufgebbaren Grenzen neu gezogen: Niemand, keine gesellschaftliche oder politische Instanz, kann dem Arzt die Selbstbestimmung abnehmen, die seinem ärztlichen Handeln zugrunde liegt. Er handelt, er urteilt, er muss verantworten – und nicht „die Gesellschaft“, in deren Gesundheitssystem er integriert ist und der er seine Ausbildung verdankt. Sie hat mit dem Arzt einen Anwalt der Interessen kranker Wesen eingesetzt, die jedem ethisch relevanten Bewusstseinswandel der feststellbaren sozialen Werthaltungen entzogen sind.

Der subjektive Faktor möglichen ethischen Wertewandels schließlich ergibt sich daraus, dass die Anforderungen sich weiterentwickeln können, die sich aus der Autonomie und Mündigkeit der Patienten – aber auch an diese Autonomie und Mündigkeit – durch die Weiterentwicklung der Verfügungsmacht von Patienten über Information, Bildung und Beratung ergeben. Die natürliche Basis für den auf diesem Feld zweifellos möglichen Wertewandel liegt einfach darin, dass es ja ein differenziertes Spektrum von Graden und Arten gibt, in denen dem Patienten durch die Krankheit seine Lebensherrschaft entzogen ist und er, je nach Umfang und Voraussetzungen seiner persönlichen Urteilsfähigkeit, in ebenso differenzierter Weise Mitverantwortung für seine Krankheit und deren Behandlung trägt. Aber wiederum kann und muss man die Grenzen, die diese Mitverantwortung mit definieren, am ethischen Grundbegriff des ärztlichen Handelns festmachen. Es gibt aufgrund ganz nachvollziehbarer soziokultureller Bewusstseinswandlungen einen Übergang von der paternalistischen zur partnerschaftlichen Beurteilungsbasis ärztlichen Handelns; aber das ändert nichts daran, dass der Inhalt, über den da geurteilt werden muss, eben ärztliches Handeln ist – und nicht die sonstigen Lebens- und Sinnprozesse unseres sozialen Daseins. Das Urteil des Patienten, dessen Bedeutung wir neu und anders sehen, kann doch nur sein Urteil über ärztliches Handeln sein, also über das Handeln, das er für richtig hielte, wenn er selbst die ärztliche Verantwortung trüge. Nicht hingegen kann es darauf gerichtet sein, den Arzt neu und aus anderen Quellen als denen des ärztlichen Ethos gespeist darüber zu belehren, was ein Arzt und was ärztliches Handeln ist. Die Verantwortung dafür bleibt die des Arztes, und wer sie nicht wahrzunehmen vermag, entwertet sein noch so autonomes oder mündiges Urteil. Insbesondere muss der Arzt bzw. derjenige, der sich in seinem partnerschaftlich bedeutsamen Urteil an seine Stelle versetzt, auch die Souverä-

nität über die Grenze zwischen soziokulturell induzierter Wunsch- und Anspruchswandlung und der Definition dessen behalten, was Krankheit ist und was nicht. Kinderlosigkeit z. B. kann auf Krankheit beruhen, aber sie ist selbst keine Krankheit, und der Wunsch zu ihrer Überwindung konstituiert kein Leiden, dem der Arzt unmittelbar verantwortlich wäre. Nicht die medizinische Erforschung neuer Handlungsmöglichkeiten und darum auch nicht der gesellschaftlich virulente Prozess der Information über sie und womöglich des Leidens an ihrer begrenzten Verfügbarkeit bestimmt, was ein Arzt einem Patienten schuldet, sondern die Verantwortung des Arztes für die Aufgabe, die ihn definiert: die Überwindung von Krankheit.

Anmerkungen

¹ Auch im Kontext des muslimischen ärztlichen Eides wird bis heute auf das Prinzip verwiesen, von dem der Koran spricht, wenn es heißt, dass wer einen Menschen tötet, sich an der ganzen Menschheit vergeht, und wer einen rettet, zum Retter aller wird; vgl. dazu meinen Aufsatz: Global Bioethics Initiatives – From a European Perspective. In: Abu Bakar Abdul Majeed (ed.): Bioethics. Ethics in the Biotechnology Century, IKIM Kuala Lumpur 2002, 17–46.

² *Nietzsche, Friedrich*: Jenseits von Gut und Böse (1886). Mit der Streitschrift „Zur Genealogie der Moral“ und einem Nachwort von Ralph-Rainer Wuthenow, Frankfurt 1999.

³ *Weber, Max*: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie (1922), hrsg. von Johannes Winckelmann, Studienausgabe, Tübingen, 5. Auflage 1980.