



## Die therapeutische Beziehung in ethischer Sicht

### I.

Bei Durchsicht der Literatur zu Fragen der Ethik in der Psychotherapie und Psychiatrie fällt auf, dass der Bezug dieser Disziplinen zur Ethik auf zwei ganz unterschiedliche Weisen hergestellt wird. Auf der einen Seite wird eine geradezu *intrinsische Beziehung* angenommen. Exemplarisch hierfür sind die Beiträge von Renate Hutterer-Krisch in dem von ihr herausgegebenen Sammelband „Fragen der Ethik in der Psychotherapie“<sup>1</sup>. Ihnen liegt ein bestimmtes Verständnis von Ethik zugrunde, wonach Ethik es mit „Werten“ zu tun hat, und da auch Therapiemethoden sich mit „Werten“ in Verbindung bringen lassen, die für sie leitend sind<sup>2</sup>, scheint der Bezug zur Ethik unmittelbar gegeben zu sein. Folgt man dieser Auffassung, dann geht es in der Therapie nicht nur um die Beförderung des Patientenwohles, sondern ineins damit um die Verwirklichung moralischer Werte, und das Ethos des Therapeuten ist ein moralisches<sup>3</sup>. Auf der anderen Seite konzentriert sich ein Grossteil der Beiträge zum Themenkreis Psychotherapie und Ethik auf normative Fragen, bei denen es um die Wahrung bzw. Verletzung fundamentaler moralischer Prinzipien und Rechte geht. Das betrifft zum Beispiel den ganzen Komplex des Verhältnisses von Patientenautonomie und Paternalismus. Oder es betrifft die Frage von Übergriffen und von sexuellem Missbrauch in der therapeutischen Beziehung. Hier markieren Moral und Ethik *äussere Grenzen* therapeutischer Beziehungen und Handlungen, die durch diese respektiert und nicht verletzt werden sollen. Einerseits also wird die Beziehung zwischen Therapie und Ethik in Gestalt einer intrinsischen Beziehung aufgesucht, andererseits in Gestalt einer äusseren Begrenzung des einen durch das andere. Beide Auffassungen werfen Rückfragen auf. Bei der ersten fragt es sich, ob Therapie und Ethik hier nicht zu eng ineinander geschoben werden und ob es angemessen ist, den Therapeuten als moralischen Akteur zu begreifen. Bei der zweiten Auffas-

---

<sup>1</sup> R. Hutterer-Krisch, Fragen der Ethik in der Psychotherapie, Wien 1996.

<sup>2</sup> Vgl. R. Hutterer-Krisch, Werte in den Psychotherapiemethoden, in: dies. (Hg.), Fragen der Ethik in der Psychotherapie, aaO. 74-108.

<sup>3</sup> R. Hutterer-Krisch, Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie, in: dies. (Hg.) Fragen der Ethik in der Psychotherapie, aaO. 17-60, 19.



sung bleibt unberücksichtigt, dass das therapeutische Geschehen nicht nur äusserlich durch Moral und Ethik begrenzt wird, sondern dass es selbst eine ethische Dimension hat, deren Erhellung für das Verständnis dessen, was darin geschieht, von erheblicher Bedeutung ist.

Diese Beobachtungen lassen es angezeigt erscheinen, zunächst einige grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis von Therapie und Ethik bzw. Medizin und Ethik vorzuschicken. Dabei soll es darum gehen, zweierlei zu verdeutlichen, nämlich erstens, dass und vor allem warum dieses Verhältnis kein intrinsisches ist, und zweitens, dass und warum die Medizin gleichwohl eine ethische Dimension hat, die über eine nur äussere Begrenzung durch moralische Rücksichten weit hinausreicht. Die Klärung dieser Fragen dürfte von nicht geringer Bedeutung sein für das Selbstverständnis des Therapeuten und des Arztes.

Der Schlüssel zum Verständnis der spezifischen Beziehung zwischen Medizin und Ethik liegt in der Tatsache, dass die Medizin eine *praktische Disziplin* ist. Damit ist gemeint, dass sie ihren Charakter und ihre Einheit als Medizin von den Zielen her bezieht, denen sie dient. Dies gilt sowohl für die Medizin als Wissenschaft als auch für die Medizin als ärztliche Kunst. Wissenschaftliche Forschungen sind medizinische, wenn und insoweit sie dem Ziel der Prävention oder Therapie von Krankheiten dienen. Abgesehen von diesen Zielen fallen sie in das Gebiet der jeweiligen theoretischen Wissenschaften (Chemie, Biologie, Soziologie usw.). Dasselbe gilt für die praktischen Tätigkeiten, in denen medizinisches Wissen und Können zur Anwendung kommt. Sie sind medizinische und der ärztlichen Kunst zuzurechnen, wenn und insoweit sie dem Wohl gesunder und kranker Menschen dienen, im Unterschied zur nichtmedizinischen Verwendung medizinischen Wissens z. B. in Gestalt der Folter.<sup>4</sup> Die Klammer, die die Medizin als Wissenschaft und als ärztliche Kunst zu-

---

<sup>4</sup> Weil die Medizin ihre Einheit als Disziplin von ihren Zielen her gewinnt, ist die Bestimmung dieser Ziele für sie absolut essentiell. Der Hastings-Report für eine Neuorientierung der Medizin versucht daher einen Kernbestand von Zielen zu bestimmen, die der Medizin kulturinvariant inhärent sind und die ihr nicht bloss von aussen in Gestalt gesellschaftlicher Erwartungen vorgegeben sind. Es sind dies im Wesentlichen Prävention und Erhaltung von Gesundheit, die Bekämpfung von Schmerzen und



sammenhält, wird dadurch gestiftet, dass das Ziel, auf das Letztere gerichtet ist, nämlich das Wohl gesunder und kranker Menschen, zugleich das oberste und letzte Ziel der Medizin insgesamt ist, dem also auch die medizinische Wissenschaft in letzter Instanz verpflichtet ist.

Das hat die wichtige Implikation, dass zur medizinischen Wissenschaft sämtliche Forschungen zu rechnen sind, die auf dieses oberste Ziel aller Medizin bezogen sind. Diesbezüglich ist nicht nur an die Erforschung somatischer und psychischer Krankheiten und an die Entwicklung entsprechender Therapien zu denken, sondern auch an die Erforschung der Bedingungen, unter denen sich die Ausübung der Medizin als ärztliche Kunst vollzieht. Das betrifft insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung, innerhalb deren der Begriff des „Wohles“ des Patienten erst seine einzelfallbezogene Konkretion erfährt. Bezeichnet doch dieser Begriff einen subjektiven Sachverhalt, der mit individuellen Lebensauffassungen und Wertüberzeugungen zu tun hat und der, bei gegebener Diagnose und Prognose einer Krankheit, nur in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ausgemittelt werden kann. Wenn also das Wohl des kranken Menschen und auch des gesunden, insofern dieser krank werden kann, das letzte Ziel aller Medizin ist, dann muss die wissenschaftliche Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung als des Ortes der Bestimmung dieses Wohles als ein essentieller Bestandteil der Medizin betrachtet werden.<sup>5</sup> Insofern hat die Medizin auch geisteswissenschaftliche Anteile.

Es scheint nun naheliegend zu sein anzunehmen, die Medizin habe allein schon aufgrund ihres praktischen Charakters einen intrinsischen Bezug zur Ethik. Ist die

---

Leiden, die Heilung von Kranken und die Versorgung der nicht Heilbaren, das Verhindern eines vorzeitigen Todes und das Streben nach einem friedvollen Tod. Dementsprechend schliesst der Report bestimmte Verwendungsweisen medizinischen Wissens aus dem eigentlichen Aufgabenbereich der Medizin aus und unterscheidet zwischen einem akzeptablen nichtmedizinischen Gebrauch medizinischen Wissens (z. B. Familienplanung, Gerichtsmedizin) und einem unter Umständen akzeptablen (z. B. Behebung genetischer Defekte) und einem inakzeptablen Gebrauch medizinischen Wissens (z. B. erzwungene genetische Reihenuntersuchungen). Vgl. Hastings Center: *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, 1996.

<sup>5</sup> Dieser Gesichtspunkt ist besonders von Viktor von Weizsäcker betont worden. Vgl. ders., *Der Arzt und der Kranke*, in: ders., *Gesammelte Schriften*, Bd. 5, 9-26.



Sorge für das Wohl Kranker und Gesunder nicht etwas, das aus ethischer Sicht als „gut“ zu beurteilen ist? Stellt es damit nicht einen moralischen „Wert“ dar? Müssen folglich nicht auch Therapieziele wie „Freiheit“, „Autonomie“ oder „Selbstverwirklichung“ im Sinne moralischer Ziele oder Werte interpretiert werden? „Das Ziel der Psychotherapie, den Menschen von psychischen Einengungen zu befreien, ist an sich ein moralisches Ziel, das dem Psychotherapeuten ein hohes Mass an Verantwortung abverlangt. In diesem Sinne ist die Psychotherapie wie die Ethik eine Wissenschaft in praktischer Absicht und beruht auf einem moralischen Ethos.“<sup>6</sup> So einleuchtend dies auf den ersten Blick zu sein scheint, so fragwürdig ist es doch bei genauerer Betrachtung. Gewiss ist die Befreiung von psychischen Einengungen ein moralisch positiv zu bewertendes Ziel. Doch der Ausdruck „moralisches Ziel“ legt das Missverständnis nahe, dass die Psychotherapie moralische Absichten verfolgt und moralische Zielsetzungen zu verwirklichen sucht. Ersichtlich ist es etwas Anderes, moralisch wünschenswerte Ziele zu verfolgen oder moralische Ziele zu verfolgen. Die moralisch begrüßenswerte Intention, einem Patienten zu mehr Autonomie zu verhelfen, ist nicht dasselbe wie die moralische Intention, Gutes zu tun. Würden der Charakter und die Einheit der Medizin von moralischen Zielen abgeleitet, dann würde dies bedeuten, dass medizinische Forschungen oder ärztliche Handlungen nur dann als medizinische gelten könnten, wenn sie mit moralischen Intentionen verbunden wären. Sie mögen wissenschaftlich korrekt und medizinisch fachgerecht sein, dem Ziel der Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit dienen und am individuellen Wohl des Patienten orientiert sein – all das würde nicht zureichen, sie als medizinische zu qualifizieren, wenn sie nicht auch noch eine moralische Zielsetzung verfolgten in Gestalt der Verwirklichung moralischer Werte.

Es ist daher ein Fragezeichen auch hinter die Feststellung zu setzen, dass die Psychotherapie auf einem moralischen Ethos beruht. Gewiss hat jeder Psychotherapeut bestimmte moralische Überzeugungen und Werthaltungen, und sie haben Einfluss darauf, wie er seinen Beruf versteht und welche Therapiemethoden er favorisiert.

---

<sup>6</sup> R. Hutterer-Krisch, Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie, aaO. 19.



Und dennoch ist zu unterscheiden zwischen seiner moralischen Einstellung, die ihn zum Beispiel in der Befreiung von psychischen Einengungen etwas moralisch Wünschens- und Erstrebenswertes sehen lässt, und dem professionellen Ethos der Psychotherapie, das sich auf die Tugenden und Regeln bezieht, die der Therapeut in Ausübung seines Berufes und bei der Anwendung der von ihm favorisierten Therapiemethoden zu beachten hat. Der Unterschied lässt sich an der Rede von einem „guten Therapeuten“ verdeutlichen, mit der in aller Regel ja nicht ein im moralischen Sinne guter Mensch, sondern vielmehr ein Therapeut gemeint ist, der seinen Beruf gut ausübt, wozu die Beachtung entsprechender professioneller Regeln und Tugenden gehört.

Es gibt also gute Gründe, eine Auffassung zurückzuweisen, die man als „medizinethischen Essentialismus“<sup>7</sup> bezeichnen kann, wonach die Orientierung an moralischen Zielen oder Werten zum Wesen der Medizin gehört. Zwar ist das Bild von der Medizin als einer „ethisch“ orientierten Disziplin weithin verbreitet, und dieses Bild ist auch innerhalb des medizinischen Berufsstandes anzutreffen. Mediziner stehen hiernach unmittelbar im Dienste des Guten. Wie angedeutet, trägt zu diesem Bild nicht unwesentlich die Tatsache bei, dass die Medizin auf „Werte“ bezogen zu sein scheint wie Gesundheit, Autonomie oder Selbstverwirklichung, und wo es um Werte geht, da geht es nach einer verbreiteten Auffassung um Ethik. Doch erstens ist er Wertbegriff keineswegs auf die Ethik beschränkt, sondern er umfasst auch nichtmoralische Werte<sup>8</sup>, und zweitens handelt es sich bei diesen vermeintlichen „Werten“ in Wahrheit um *Ziele*, an denen die Medizin als praktische Disziplin ausgerichtet ist. In Ausübung seines Berufes verfolgt der Arzt das Ziel der Gesundheit nicht deshalb,

---

<sup>7</sup> Der Begriff ist in Analogie zum Begriff des „rechtsethischen Essentialismus“ gebildet, der eine bestimmte Position in der Frage des Verhältnisses von Recht und Ethik bezeichnet. „Der rechtsethische Essentialismus vertritt die These, dass zwischen Recht und Ethik eine notwendige ontische oder begriffliche Identität, Teilidentität oder zumindest Verbindung besteht ... . Rechtsnormen, bei denen eine solche notwendige ethische Komponente fehle, seien kein Recht.“ D. von der Pfordten, Rechtsethik, in: J. Nida-Rümelin, *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*, Stuttgart 1996, 200-289, 234.

<sup>8</sup> Vgl. Zum philosophischen Wertbegriff H. Schnädelbach, *Philosophie in Deutschland 1831-1933*, Frankfurt 1983, 198-234.



weil es moralisch wertvoll sind, sondern weil es Ziel der Medizin ist, in deren Dienst er sich gestellt hat.

Im Übrigen entspricht das Bild von der Medizin als einer irgendwie „ethisch“ imprägnierten Disziplin ersichtlich nicht den Realitäten, und so manche Kritik an dem medizinischen Berufsstand mag aus einer enttäuschten Erwartung resultieren, die durch dieses Bild geweckt wird. Tatsache ist, dass im medizinischen Alltag neben moralischen Motiven, die es sicherlich auch gibt, ganz andere Motive wie finanzielle Anreize oder die Aussicht auf Reputation oder Karriere eine Rolle spielen. Die Einschätzung der Professionalität des Mediziners ist von diesen seinen subjektiven Motiven in der Regel gänzlich unabhängig. Ob jemand ein guter Chirurg ist, hängt nicht von seiner moralischen Einstellung ab, sondern davon, ob er sein chirurgisches Handwerk versteht. Das schliesst freilich nicht aus, dass wir dem, was er als Chirurg tut, dennoch einen moralischen Wert beimessen. Indem er durch sein chirurgisches Können das Leben von Menschen rettet, tut er etwas, das wir in moralischer Hinsicht als gut und wünschenswert erachten. Diese Entkoppelung des „objektiven“ moralischen Wertes, den wir einer Tätigkeit zuerkennen, von den „subjektiven“, nichtmoralischen Motiven ist etwas für die moderne, arbeitsteilige Gesellschaft Charakteristisches. In vielen Bereichen lässt sich das, was unter moralischen Gesichtspunkten wünschenswert ist, nur durch nichtmoralische Anreize wie Geld oder Reputation effizient auf den Weg bringen. Das ist im Bereich der Umwelt so, und das ist im Bereich der Medizin nicht anders.

Das bedeutet nun allerdings nicht, dass das ärztliche Handeln gänzlich von moralischen Rücksichten entlastet ist. So wichtig es gegenüber der essentialistischen Verknüpfung von Medizin und Ethik ist, auf einer klaren Trennung beider Disziplinen zu insistieren, so sehr ist nun doch auch die Beziehung zwischen beiden Disziplinen zu betonen. Selbstverständlich können medizinische Entscheidungen und Handlungen unter moralischen Gesichtspunkten angefragt und bewertet werden. Auch wenn wir einem Arzt die Motive seines Handelns freistellen und ihm nichtmoralische Beweg-



gründe zugestehen, erwarten wir doch von ihm, dass er in Ausübung seines Berufes geltende moralische Standards einhält und sich darüber hinaus mit den ethischen Fragen auseinandersetzt, mit denen er durch seine Tätigkeit konfrontiert wird. Es geht hier um eine Unterscheidung, die für die Moraltheorie von fundamentaler Bedeutung ist, nämlich um die Unterscheidung von „begründen durch“ und „rechtfertigen vor“. Wir erwarten von einem Arzt in der Regel nicht, dass sein Handeln moralisch begründet und motiviert ist, aber wir erwarten von ihm – was immer seine Gründe und Motive sein mögen –, dass er sein Handeln jederzeit vor arztethischen Standards rechtfertigen kann. Einerseits liegt darin eine Entlastung des ärztlichen Handelns von moralischer Überforderung, was seine unmittelbaren Motive betrifft, andererseits bleibt es damit auf moralische Standards und ethische Reflexionsanforderungen verpflichtet und muss sich in dieser Hinsicht ausweisen können.

Zusammenfassend lässt sich die Unterscheidung und Beziehung zwischen Medizin und Ethik folgendermassen auf den Begriff bringen. Insofern die Medizin eine praktische Disziplin ist, bestimmt sich das, was Medizin ist, was zur Medizin gehört oder was als „medizinisch“ zu qualifizieren ist, von dem Ziel bzw. den Zielen der Medizin her. Das bedeutet, dass im Bereich der Medizin alles eine *funktionale* Bedeutung hat als Mittel zur Erreichung dieser Ziele. Das betrifft die medizinische Forschung ebenso wie das ärztliche Können, das Patientengespräch ebenso wie die Untersuchung, Diagnosestellung und Therapie. Es betrifft schliesslich auch die Prinzipien und Regeln, die für das ärztliche Handeln im Interesse dieser Ziele gelten, sowie die Haltungen bzw. Tugenden – z. B. Empathie, wohlwollende Geduld, usw. –, die der Arzt dem Patienten entgegenbringt. *Es ist dieser funktionale Charakter, der die professionellen ärztlichen Regeln und Tugenden von moralischen Normen und Tugenden unterscheidet.* Der Arzt orientiert sich an ihnen nicht deshalb, weil sie in einem moralischen Sinne gut sind, sondern deshalb, weil sie den Zielen dienlich sind, auf die ihn sein Beruf verpflichtet. Es ist in diesem Zusammenhang sogar zu fragen, ob nicht auch die Prinzipien der Fürsorge, der Schadensvermeidung und der Respektierung der Patientenautonomie, die gemeinhin als fundamentale Prinzipien der Medizin-



ethik betrachtet werden<sup>9</sup>, im Kontext der ärztlichen Praxis in diesem funktionalen Sinne als ärztliche Berufsregeln aufzufassen sind. Auch hier dürfte gelten, dass der Arzt sich in Ausübung seines Berufes nicht deshalb an ihnen orientiert, weil sie moralisch geboten sind, sondern weil sie das, was das Ziel seiner Tätigkeit ist, nämlich das Wohl des Patienten, in verbindliche Verhaltensanweisungen übersetzen.

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Ethik wird durch die Tatsache markiert, dass die Medizin es mit *Personen* zu tun hat. *In der Anerkennung und Achtung des Patienten als Person hat die funktionale Perspektive der Medizin ihre Grenze.* Denn eine Person kann nur um ihrer selbst willen geachtet werden und nicht um der Verwirklichung eines bestimmten Zieles willen, und sei dieses ihr eigenes Wohl. Die Achtung der Person des Patienten ist m. a. W. nicht medizinisch indiziert, sondern ein der Medizin vorgegebenes moralisches Gebot. Hier liegt das Feld der Medizinethik. Sie reflektiert das, was in der Medizin und insbesondere in der Beziehung zwischen Arzt und Patient geschieht, im Hinblick darauf, dass es sich dabei um ein Geschehen zwischen Personen handelt, welches bestimmte moralische Implikationen hat. Sie bringt damit einen Gesichtspunkt zur Geltung, der nicht zuletzt für die Medizin selbst von erheblicher Bedeutung ist. Denn die vorbehaltlose Achtung der Person des Patienten und die Beachtung der damit verbundenen moralischen Pflichten bildet die entscheidende Vertrauensgrundlage der Arzt-Patienten-Beziehung. Und sie ist zugleich ein Gegengewicht zum funktionalen Charakter der Medizin selbst, der ja auf Seiten des Patienten zu der Verunsicherung führen kann, ob und inwieweit er um seiner selbst willen Beachtung findet oder nur im Hinblick auf bestimmte Behandlungsziele, die medizinische Spezialisten mit ihm verfolgen. Dass im funktionalen Charakter der Medizin die Gefahr einer derartigen Funktionalisierung des Patienten liegen kann – z. B. bei der Erprobung neuer Medikamente und Therapien –, wird man schwerlich bestreiten können. So wichtig es ist, dass der Arzt sich zu seiner funktionalen Rolle und Aufgabe bekennt, so wichtig ist es, dass diese ihr Korrektiv in der Achtung des Patienten hat. Dieser Punkt ist nicht zuletzt im Hinblick auf

---

<sup>9</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York/ Oxford, 1979.





die therapeutische Beziehung von Bedeutung. Denn auch diese ist ihrem Wesen nach eine funktionale, auf bestimmte Ziele gerichtete Beziehung.

Nicht also die Tatsache, dass die Medizin es mit Zielen oder „Werten“ zu tun hat, sondern die Tatsache, dass sie es mit menschlichen Personen zu tun hat, begründet den Zusammenhang von Medizin und Ethik. Die Ethik nimmt dabei eine nicht-funktionale Perspektive auf das medizinische Geschehen ein, in welcher das, was innerhalb der Eigenperspektive der Medizin unter funktionalem Gesichtspunkt reflektiert wird, auf seinen moralischen Sinn und seine moralische Akzeptabilität hin befragt wird. Beide Perspektiven sollten klar unterschieden und auseinandergehalten werden. Wir können die Prinzipien der Fürsorge, der Schadensvermeidung und der Respektierung der Patientenautonomie als Regeln des ärztlichen Berufes betrachten, und wir können andererseits über ihren moralischen Sinn und ihre moralische Begründung nachdenken. Die Ablehnung und Verurteilung sexueller Übergriffe im Rahmen therapeutischer Beziehungen kann aus rein therapeutischen Erwägungen heraus erfolgen, oder sie kann moralisch fundiert sein in dem Urteil, dass es sich hierbei um die Verletzung der Integrität einer abhängigen Person handelt. Oftmals ist es freilich nicht ohne Weiteres klar, in welcher der beiden Perspektiven man sich bewegt. Wenn zum Beispiel darüber nachgedacht wird, wie im Hinblick auf eine bestimmte Entscheidungssituation die Prinzipien der Fürsorge und der Schadensvermeidung auszutarieren sind, dann kann sich dies im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht des Arztes vollziehen, und es kann eine moralische Überlegung sein. Viele der Fragen, die in lokalen Ethikkommissionen in Spitälern verhandelt werden, dürften von dieser Art sein und auf der Grenze zwischen professioneller und moralischer Perspektive liegen.

Erhebliche Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Einsicht zu, dass keine der beiden Perspektiven die andere ersetzen oder überflüssig machen kann. Insbesondere kann die therapeutische Perspektive nicht die moralische ersetzen. Zwar ist die Psychotherapie unter anderem gegen krankmachende moralische Zwänge und



Wertvorstellungen angetreten, und insofern ist ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen Psychotherapie einerseits und Moral und Ethik andererseits nicht zu übersehen.<sup>10</sup> Doch wollte man die moralische Perspektive ganz durch die therapeutische ersetzen, dann würde damit das moralische Korrektiv der Achtung ausser Kraft gesetzt. Die Vorstellung, die Therapie bewege sich in einem moralfreien Raum und alles in ihr habe nur funktionalen Charakter im Hinblick auf den therapeutischen Prozess, kann die Gefahr in sich bergen, dass Grenzen nicht mehr gesehen und verletzt werden, die durch die Achtung der Person des Patienten auferlegt werden. So gesehen wirft die Tatsache von Übergriffen in therapeutischen Beziehungen nicht nur die Frage nach individuellem Versagen auf, sondern auch die grundsätzlichere Frage nach dem (Selbst-)Verständnis der Therapie und nach der Bedeutung, welche die moralische Perspektive der Achtung in ihr spielt.

Angesichts der hier möglichen Grenzverschiebungen und Unklarheiten muss darauf insistiert werden, dass zum Ethos des Arztes und Therapeuten eine unverzichtbare moralische Komponente gehört. Wohlgemerkt, es handelt sich um eine *Komponente*. Das Ethos des Arztes ist nicht durch und durch moralisch qualifiziert, sondern wesentlich funktional durch die Ziele seines Berufes bestimmt. Und dennoch ist eine moralische Bindung für es konstitutiv und unverzichtbar. Diese Feststellung steht nicht im Widerspruch zu früheren Aussagen, die sich gegen die These richteten, dass die Medizin als *praktische Disziplin* auf einem moralischen Ethos beruht oder in einem solchen Ethos fundiert ist. Es handelt sich bei der moralischen Komponente des ärztlichen Ethos nicht um moralische Ziele, die der Arzt in Ausübung seiner Tätigkeit zu verfolgen hätte, oder um eine besondere moralische Motivation, die er für seinen Beruf mitbringen müsste. Vielmehr resultiert ganz unabhängig von der beruflichen und persönlichen Motivation des Arztes die moralische Komponente des ärztlichen Ethos aus der schlichten Tatsache, dass der Arzt der Person des Patienten verpflichtet ist, und sie besteht in einer Grundhaltung der Achtung, welche der Arzt dem Patienten jenseits therapeutischer Zielsetzungen und Rücksichten schuldet. Alles,

---

<sup>10</sup> Vgl. R. Hutterer-Krisch, Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie, aaO. 17f.



was hier in ethischer Hinsicht zu sagen ist, hat sich an diesem Grunddatum zu orientieren.

Nun wurde einleitend bereits erwähnt, dass die Medizinethik zu weiten Teilen von einer normativen Perspektive beherrscht wird, bei der es darum geht, unter Zugrundelegung entsprechender moralischer Kriterien medizinische Entscheidungen, Handlungen oder Verhaltensweisen als richtig, akzeptabel oder falsch, geboten, verboten oder erlaubt zu beurteilen. Die Moral fungiert hier gleichsam als eine *von aussen* kommende Instanz zur normativen Kanalisierung medizinischer Entscheidungen und Handlungen. In der Perspektive dieser Auffassung liegt es nahe, die ethischen Probleme der therapeutischen Beziehung vor allem in moralischen Normverletzungen aufzusuchen. Doch läuft dies auf ein sehr verkürztes Verständnis der Beziehung zwischen Medizin und Ethik hinaus. Der *sittliche Sinn* der Medizin selbst und dessen, was sie im positiven Sinne leistet, bleibt bei dieser Betrachtungsweise ausserhalb des Blickfelds. Hier eröffnet nun die oben getroffene Unterscheidung zwischen den Perspektiven von Medizin und Ethik einen weiteren Horizont. Dieser lässt sich so umschreiben, dass die Medizinethik die Aufgabe hat, dasjenige, was innerhalb der Medizin in funktionaler Hinsicht reflektiert wird – die therapeutische Beziehung; ärztliche Regeln und Tugenden; Therapieansätze, -ziele und -methoden usw. –, auf seinen nichtfunktionalen sittlichen bzw. moralischen Sinn hin durchsichtig zu machen und damit die Medizin in einen umfassenderen Sinnhorizont zu stellen.

Nach dem bisher Ausgeführten liegt der Schlüssel hierzu im Verständnis des Patienten als *Person*. Die Medizinethik muss dabei in Anbetracht der spezifischen Aufgabe der Medizin einen Aspekt akzentuieren, der von der modernen, am Autonomiegedanken orientierten Ethik weitgehend vernachlässigt worden ist, und das ist *die fundamentale Abhängigkeit und Angewiesenheit personaler Existenz*. Noch die selbstbestimmteste Person ist auf die Anerkennung und Achtung anderer Personen angewiesen und in diesem Sinne abhängig. Erst recht besteht solche Abhängigkeit dort, wo die Fähigkeit zur Autonomie erst noch erworben werden muss. Und



schliesslich ist sie in besonderem Masse da gegeben, wo Personen in ihrer körperlichen und psychischen Verfassung Beschränkungen unterworfen und auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Um dieser Seite personaler Existenz gerecht zu werden, bedarf es der Ausbildung entsprechender Einstellungen und Tugenden.<sup>11</sup> Auch dabei geht es wesentlich um *Achtung*, nämlich um die Achtung einer anderen Person gerade in ihrer Angewiesenheit und Abhängigkeit. Ohne solche Achtung und die Ausbildung entsprechender Einstellungen und Tugenden kann menschliches Zusammenleben nicht gedeihen, eben weil es in vielfältiger Weise auf Angewiesenheiten und Abhängigkeiten beruht.

Dies ist der Horizont, innerhalb dessen der sittliche Sinn der Medizin ins Blickfeld tritt. Die Medizin nimmt eine Aufgabe wahr, die durch die Grundverfassung personaler Existenz gestellt ist, und sie ist mit ihrer blossen Existenz Ausdruck der Achtung, die eine Gesellschaft dem angewiesenen und abhängigen Menschen entgegenbringt. Mögen in ihrer eigenen Perspektive Einstellungen und Tugenden – wie etwa die validierende Grundhaltung eines Therapeuten – einen rein funktionalen Sinn im Hinblick auf verfolgte therapeutische Ziele haben: In dem umfassenderen Horizont der ethischen Reflexion auf die Grundverfassung personaler Existenz und die Bedingungen menschlichen Zusammenlebens kommt ihnen ein elementarer sittlicher Sinn zu. Die Vergewisserung dieses Sinnes ist nicht zuletzt für die Medizin selbst von erheblicher Bedeutung, nämlich im Hinblick auf die Ziele, von denen her sie sich als praktische Disziplin definiert. Solange man sich innerhalb einer rein funktionalen Betrachtungsweise bewegt, ist es letztlich gleichgültig, welche Ziele den jeweiligen Bezugspunkt bilden, und so verfügt die Medizin diesbezüglich über keine eigenen Kriterien und steht daher in Gefahr, aufgrund ausufernder gesellschaftlicher Erwartungen für beliebige Ziele funktionalisiert zu werden.<sup>12</sup> In dieser Situation ist es eine Grundfrage, ob sie sich zu einem letztlich ethisch fundierten Kernbestand von Zielen verstehen will, von denen her sie ihre Aufgabe definiert und welche darüber entscheiden, was genuin zur Medizin gehört und was nicht. Das bedeutet, wie ge-

---

<sup>11</sup> Vgl. dazu A. MacIntyre, Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden, 2001.

<sup>12</sup> Diese Gefahr wird besonders im Hastings-Report thematisiert, vgl. Anm. 4.



sagt, nicht, dass die Medizin ethische Zielsetzungen verfolgt, sondern vielmehr, dass sie Ziele verfolgt, die unter einem ethischen, d. h. vor- oder aussermedizinischen Blickwinkel vorzugswürdig sind.

## II.

Was heisst es, die *Person* eines anderen Menschen zu achten? Es ist nach den vorausgehenden Überlegungen diese Frage, welche die Medizin mit der Ethik verknüpft. Ihr kommt besonderes Gewicht im Blick auf die therapeutische Beziehung zu, weil hier in besonderer Weise das Moment der Abhängigkeit und Einschränkung von Autonomie eine Rolle spielt. Um die Frage beantworten zu können, müssen wir uns näher damit befassen, was eine Person ist.

Bekanntlich hat der Begriff der Person über die christliche Theologie Eingang gefunden in unser kulturelles Bewusstsein. Die antike Philosophie und Ethik kannte keinen entsprechenden Begriff. Es ist hier nicht der Ort, auf die theologischen Zusammenhänge einzugehen, die zur Ausbildung des Personbegriffs geführt haben<sup>13</sup>. Hier interessiert nur das Resultat. Hiernach bezeichnet der Personbegriff *erstens* eine Relation. Person ist jemand nur in Relation zu anderen Personen. Die Frage, ob ein anderer – z. B. komatöser – Mensch eine Person ist, lässt sich daher in dieser Form gar nicht stellen. Recht begriffen kann nur gefragt werden, ob wir zu einem anderen Wesen in einer Person-Beziehung stehen. Das bedeutet im Hinblick auf die Achtung eines anderen Menschen als Person, dass wir hier genaugenommen eine bestimmte *Beziehung* achten, in der wir zu ihm stehen. Wir können zu anderen Menschen in vielfältigen Beziehungen stehen, als Eltern, Lebensgefährte, Freunde oder Therapeuten, welche uns je auf ihre Weise beanspruchen. Die Person-Beziehung ist keine weitere Beziehung dieser Art neben Elternschaft, Freundschaft usw., sondern sie ist eine Beziehung, in der wir in allen diesen Beziehungen stehen, und es hängt für das

---

<sup>13</sup> Vgl. dazu z. B. R. Spaemann, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘*, 1996.



Gelingen dieser Beziehungen Entscheidendes davon ab, dass wir in ihnen die Person des Anderen achten.

*Zweitens* ist der Personbegriff durch eine bestimmte Differenz charakterisiert, nämlich zwischen der Person als einem unverwechselbaren Individuum und ihrer „Natur“ – wie die theologische Tradition es genannt hat –, d. h. ihrem Leib und ihrer Psyche. Die Person ist nicht identisch mit dieser ihrer Natur, die in Eigenschaften wie Haarfarbe, Körpergrösse oder Charaktermerkmalen beschreibbar ist, sondern sie „hat“ diese Natur als das Medium ihres In-Erscheinung-Tretens, und sie muss sich in bewusstem Zustand zu ihr verhalten. Während ihre Natur unter allgemeine Beschreibungen subsumierbar und in diesem Sinne ein „Fall von etwas“ ist wie z. B. Darmkrebs (Leib) oder Schizophrenie (Psyche), ist die Person als Individuum dies nicht. Einen anderen Menschen als Person achten heisst hiernach, ihn in seiner unverwechselbaren Identität, aber auch in seiner leiblichen und psychischen Konstitution und Bedingtheit achten mitsamt allem, was dies an Angewiesenheit und Abhängigkeit bedeutet.

Es sei hier nur angemerkt, dass in der heutigen Bioethik auch ein anderer nicht-relationaler Personbegriff begegnet. Diesem zufolge ist Personsein an die Bedingung von Bewusstsein und insbesondere Zeitbewusstsein geknüpft. An diesem Personbegriff entzündet sich die Debatte, ob auch dementen oder bewusstlosen Menschen der Status von Personen zuzuerkennen ist. Für unseren Zusammenhang kommt es auf die Einsicht an, dass die Medizin eine klare Affinität zu dem zuerst genannten Personverständnis mit seiner Differenzierung zwischen der Person und ihrer Natur hat. Man kann sich dies an den Regeln verdeutlichen, die für das ärztliche Handeln gelten. Jene Differenz findet ihre Entsprechung in der Unterscheidung zweier Arten von Regeln: solchen, die die leib-psychische Natur des Patienten betreffen, d.h. den Regeln der ärztlichen Kunst; und solchen, die die Person des Patienten betreffen, d.h. medizinethischen Richtlinien, ärztlichen Standesregeln und entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen. Beide Arten von Regeln haben unterschiedlichen Status, wie man sich anhand der erwähnten Unterscheidung zwischen „begründen durch“ und „rechtfertigen vor“ verdeutlichen kann. Ärztliche Kunstregeln *begrün-*



den ärztliches Handeln: Wenn der und der Zustand des Patienten gegeben ist, dann ist das und das medizinische Handeln – diagnostisch, therapeutisch, palliativ usw. – angezeigt. Der Patient wird hier hinsichtlich seiner „Natur“ den betreffenden Regeln subsumiert und zum „Fall von etwas“. Wo es hingegen um die Person des Patienten geht, da ist es ihrer Achtung als unverwechselbares Individuum geschuldet, dass sie gerade nicht als „Fall von etwas“ behandelt werden darf. Das bedeutet nicht einen regelfreien Zustand, ganz im Gegenteil. Es bedeutet vielmehr, dass das ärztliche Handeln hier nicht in den entsprechenden Regeln begründet ist, sondern dass es jederzeit vor ihnen muss gerechtfertigt werden können. Dies eröffnet dem ärztlichen Handeln den notwendigen Freiraum, den es braucht, um sich an der unter keine Regeln zu subsumierenden, schlechthin individuellen Person des Patienten, seiner Biographie und Lebensperspektive, orientieren zu können.

Gerade das ärztliche Handeln ist damit ein Beleg für die praktische Evidenz des hier in Rede stehenden Person-Begriffs. Das, was die Person in ihrer unverwechselbaren Individualität und in ihrer Differenz und Einheit mit ihrer Natur ausmacht, findet seine Widerspiegelung in der Unterschiedlichkeit der Regeln, die für das ärztliche Handeln gelten, sowie in diesem notwendigem Freiraum. Ethische Argumentationen haben ihre grösste Überzeugungskraft immer dann, wenn sie lediglich etwas ins Bewusstsein heben, das in der Praxis immer schon handlungsleitend ist, ohne doch begrifflich bewusst zu sein. In diesem Sinne kommt dem Personbegriff eine Schlüsselstellung für die Medizinethik zu.

Wir sagten, dass der Personbegriff eine Beziehung bezeichnet und dass wir dementsprechend in der Person eines anderen Menschen eine Beziehung achten, in der wir zu ihm stehen. *Wer* er als Person ist, kann sich nur darin zeigen, wie er in dieser Beziehung in Erscheinung tritt. Offenbar hat das, was man als „Würde“ einer Person bezeichnet, mit diesem Sachverhalt zu tun. Nach Kant hat der Mensch Würde, insofern er Zweck an sich selbst und nicht bloss Mittel ist. Wo immer etwas als Mittel gebraucht wird, da wird ihm von aussen eine Bestimmung gegeben im Hinblick



auf einen Zweck, der durch es erreicht werden soll. Innerhalb jener Beziehung, die durch den Personbegriff bezeichnet wird, erlangt hingegen der Andere Bestimmtheit für uns als die Person, die er ist, dadurch, dass er selbst sich uns bestimmt, weshalb wir ihn im Zweifelsfall fragen müssen, was er will, was er tut, wie er etwas erlebt, was er fühlt, wie ein bestimmtes Verhalten zu verstehen, eine bestimmte Äusserung gemeint ist usw. Das bedeutet, dass er in dieser Perspektive nicht fremder Bestimmung unterliegt in dem Sinne, dass ein Anderer dies alles an seiner Stelle über ihn verfügen könnte. Vielmehr kann er sich uns nur selbst enthüllen. Die Achtung einer anderen Person und ihrer Würde hat ihren Kern in der Achtung dieser ihrer Selbstbestimmung, und zwar in dem umfassenden Sinne der Selbstbestimmung nicht nur darüber, was sie will oder was man mit ihr machen darf, sondern darüber, *wer sie ist*.

Man kann diesen Sachverhalt in folgenden Satz fassen: Eine Person im hier in Rede stehenden Sinn ist dadurch charakterisiert, dass sie, *wenn* sie als die, die sie ist, Bestimmtheit für uns erlangt, diese nur von sich selbst her, d. h. über ihre Selbstpräsentation in Kommunikation mit uns erlangen kann. Formuliert man es in dieser hypothetischen Form, dann lassen sich darunter auch jene Fälle fassen, die in der heutigen Bioethik kontrovers diskutiert werden wie Menschen in demenztem oder bewusstlosem Zustand. Sie als Personen wahrnehmen heisst, auch für sie zu unterstellen, dass sie, *wenn* sie es könnten, sich uns nur selbst bestimmen könnten als die Personen, die sie sind. Selbst wenn dies nie eingelöst werden kann, weil die Voraussetzungen dafür von Geburt an fehlen, entzieht diese Unterstellung jene Menschen der Möglichkeit, dass sie nur fremder Bestimmung unterworfen werden. Und zugleich wahrt diese Unterstellung jene Differenz, die für das Personsein konstitutiv ist: dass auch sie nicht die Natur *sind*, die wir von aussen an ihnen in Gestalt ihres Körpers feststellen können, sondern dass sie sich von dieser Natur unterscheiden und etwas anderes sind als diese – auch wenn wir es nicht kennen und nicht wissen, wie es ist, eine solche Person zu sein.





Im Blick auf die therapeutische Situation ist es nun eine wichtige Frage, in welcher Beziehung Personsein einerseits und Autonomie und Freiheit andererseits stehen. Hierüber gehen die Auffassungen auseinander. So war Thomas von Aquin, der Entscheidendes zur Präzisierung des Personbegriffs beigetragen hat, der Meinung, dass eine Person wesentlich dadurch charakterisiert ist, dass sie selbst ihr Handeln steuert und nicht durch anderes gesteuert wird. In der Tat legt sich diese Auffassung nahe, wenn man in Rechnung stellt, dass die Relation, die der Personbegriff bezeichnet, sich in ausgezeichneter Weise in der Verständigung zwischen Personen manifestiert, in der ein „Ich“ einem „Du“ gegenüber steht. Wo immer wir uns mit einer anderen Person verständigen, ist dies mit der Unterstellung verbunden, dass sie der selbstbestimmte Urheber dessen ist, was sie sagt, denkt, tut oder wie sie sich verhält. Dies zeigt sich daran, dass wir sie nach *Gründen* für ihr Handeln fragen, statt nach *Erklärungen* für ihr Verhalten zu suchen. Denn Urheberschaft manifestiert sich darin, dass jemand sein Handeln und Verhalten hinreichend aus nachvollziehbaren Gründen verständlich machen kann, so dass wir nicht gleichsam hinter ihn zurückgehen und nach verhaltensbestimmenden Ursachen suchen müssen. Offenbar ist es diese Verknüpfung mit der Grundsituation der Verständigung, welche den Gedanken nahe legt, dass Personsein mit Autonomie und Freiheit einher geht. Doch muss man sich hier vergegenwärtigen, dass die Unterstellung von Urheberschaft und Autonomie schon im Normalfall von Verständigung, bei Abwesenheit offensichtlicher psychischer Störungen, eine Idealisierung ist und kontrafaktischen Status hat. Niemand ist vollkommen selbstbestimmt und autonom, und so sehen wir uns ständig Situationen ausgesetzt, in denen statt nach Gründen nurmehr nach Erklärungen gefragt werden kann. Offensichtlich hebt dies den Personstatus nicht auf. Denn auch wenn das Verhalten eines anderen Menschen unverständlich und irrational ist, hört dieser doch nicht auf, als „Du“ das Gegenüber in einer Relation zu sein, in die wir selbst als „Ich“ involviert sind.

Mit diesen Charakterisierungen wird nun auch deutlich, dass und inwiefern Personsein Angewiesenheit und Abhängigkeit bedeutet. Das beginnt damit, dass ein Mensch Person ist nur in der Beziehung zu anderen Personen, die ihn anerkennen



und von denen er seinen Namen empfangen hat. Es setzt sich fort darin, dass er ein Selbst nur entwickeln kann, indem er es in der Kommunikation mit anderen artikulieren lernt<sup>14</sup>. Und schliesslich ist er auch im Blick auf die Entwicklung von Autonomie und Freiheit auf die Begleitung und Unterstützung Anderer angewiesen.

Was diesen letzten Punkt betrifft, so ist zu fragen, ob wir nicht die Betrachtungsweise überdenken sollten, die in der Medizinethik im Hinblick auf die Autonomie- und Kompetenzproblematik vorherrschend ist. In normativer Perspektive geht es hier vor allem darum, den jeweiligen Grad der Kompetenz und Autonomiefähigkeit möglichst genau zu bestimmen, von dem abhängt, inwieweit der Selbstbestimmung des Patienten Rechnung zu tragen ist oder aber eine paternalistische Haltung gerechtfertigt oder gar geboten ist. Diese Betrachtungsweise hat gewiss ihr Recht. Es geht ihr vor allem darum, etwas zu *vermeiden*, nämlich dass der Patient in unzulässiger, seine Autonomiefähigkeit missachtender Weise bevormundet wird. Demgegenüber könnte eine andere Betrachtungsweise darin bestehen, in Analogie zum Konzept der Salutogenese eine jede, also auch die „gesunde“ Person irgendwo angesiedelt zu sehen zwischen den Polen vollständiger Autonomie bzw. Kompetenz und vollständiger Nicht-Autonomie und Inkompetenz. Wie erwähnt, ist Autonomie ja auch im Normalfall eine weithin kontrafaktische Unterstellung. Bei dieser Betrachtungsweise wäre das Ziel ein positives, nämlich dem Anderen dabei zu helfen, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten so weit als möglich dem Pol der Autonomie und Kompetenz anzunähern. Dies entspricht einer eher tugendethischen Perspektive und bedingt die Entwicklung von Einstellungen und Haltungen, die diesem Ziel förderlich sind. Da wir alle in bezug auf unsere Freiheit und Autonomie auf Andere angewiesen sind, können wir uns nur wechselseitig in unserer Freiheit fördern, indem jeder von der Freiheit, die er hat, in einer Weise Gebrauch macht, die der Freiheit des Anderen, welche vielleicht grösseren Einschränkungen und Handicaps ausgesetzt ist, zugute kommt. Man kann hierin den ethischen Sinn der therapeutischen Beziehung erblicken.

---

<sup>14</sup> Zum Begriff der „Artikulation“ vgl. Charles Taylor, Was ist menschliches Handeln?, in: ders., Negative Freiheit? : Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus, <sup>3</sup>1999, 9-51.



Einen anderen Menschen als Person zu achten heisst nach alledem gerade nicht, lediglich seine Selbstbestimmung und Autonomie zu achten. Es heisst vielmehr, ihn zu achten als jemanden, der auf die Anerkennung anderer angewiesen ist, der nur in der Kommunikation mit anderen ein Selbst entwickeln kann, der Anspruch hat auf Respektierung seiner Autonomie, aber der in dieser auch eingeschränkt sein kann und dann Unterstützung braucht und der körperlichen und seelischen Gebrechen und Leiden ausgesetzt sein kann, bei denen er auf die Hilfe Anderer angewiesen ist. Für die Medizinethik bedeutet dies, dass der Bezugspunkt nicht der autonome und kompetente Patient ist, von dem aus gesehen die Fälle eingeschränkter Autonomie und Kompetenz Abweichungen vom Normalfall sind, die dann gesonderter ethischer Behandlung bedürfen, sondern dass der Bezugspunkt der angewiesene Mensch ist, der viele Facetten hat und der sich irgendwo zwischen den Polen von Selbstbestimmung und völliger Abhängigkeit bewegt.

### III.

Die therapeutische Beziehung ist dadurch charakterisiert, dass sie es dem Patienten ermöglicht, neue Beziehungserfahrungen zu machen und frühere Beziehungserfahrungen über den Mechanismus der Projektion zu reaktivieren und zu verarbeiten. Nach dem Gesagten vollzieht sie sich auf zwei Ebenen zugleich: der Ebene der affektiven Beziehungen, die in ihr aktiviert werden, und der Ebene der Personalbeziehung zwischen Therapeut und Patient, welche gleichsam den Rahmen bildet, innerhalb dessen sich der therapeutische Prozess vollzieht und über den dieser in einen übergreifenden Kontext moralischer Rücksichten eingebettet ist, der im Gebot der Achtung zusammengefasst ist.



Um den Unterschied zwischen beiden Beziehungsebenen zu illustrieren, mag die Erinnerung an eine alte, aus dem Mittelalter stammende Definition der Medizin nützlich sein. Danach ist die Medizin einerseits *ars iatrike*, d. h. ärztliche Kunst, andererseits *ars agapatike*, d. h. Kunst liebender Zuwendung. Das Wort ‚Liebe‘ meint dabei nicht ein Gefühl, sondern eine – wie man es damals auf christlichem Hintergrund verstanden hat – „geistliche“ Tugend. Während das Gefühl der Liebe sich auf einen bestimmten Menschen bezieht, der geliebt wird, bezieht sich der Geist der Liebe auf den Nächsten im anderen Menschen, und dieser kann in vielen Menschen begegnen. Damit hängt zweitens zusammen, dass das Gefühl der Liebe enttäuscht werden kann, wenn der geliebte Mensch es nicht erwidert, der Geist der Liebe jedoch nicht. Schliesslich besteht ein weiterer Unterschied darin, dass das Gefühl der Liebe durch die Eigenschaften der geliebten Person hervorgerufen wird, während der Geist der Liebe von diesen unabhängig ist. Man muss für einen Anderen kein Gefühl der Liebe empfinden, um ihm dennoch im Geist der Liebe zugewandt sein zu können.

In unseren aufgeklärten Zeiten und in Anbetracht arbeitsteiliger Hochspezialisierung mag der Gedanke an eine Medizin, welche einem Ethos der Liebe verpflichtet ist, ziemlich abwegig erscheinen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil für unser Verständnis Liebe nichts ist, was als professionelle Einstellung oder Tugend gefordert und abverlangt werden könnte. Gefordert werden kann hingegen Achtung, und zwar die Achtung eines anderen Menschen nicht aufgrund bestimmter Vorzüge, die er besitzt – darüber können die Meinungen auseinandergehen, und daher kann diesbezüglich Achtung nicht gefordert werden –, sondern die Achtung seiner Person. Die Achtung nimmt gewissermassen die Stelle ein, die in jenem alten Verständnis der Medizin die Liebe innehatte. Das zeigt sich daran, dass sie mit dieser gewisse Merkmale teilt: Indem sie sich nicht auf die Besonderheiten des betreffenden Menschen, sondern auf die Person dieses Menschen richtet, bezieht sie sich auf etwas, das nicht nur in ihm, sondern in allen Menschen begegnet (so wie auch der Nächste in vielen Menschen Gestalt hat). Sie kann deshalb auch nicht enttäuscht werden dadurch, dass dieser Mensch sich verändert oder dem nicht entspricht, was man in



ihm an Besonderem zu sehen meinte. Man muss demnach für einen anderen Menschen auch keine Wertschätzung empfinden, um ihn dennoch als Person achten zu können. Schliesslich gibt es auch darin eine Parallele zwischen Liebe und Achtung, dass Liebe das, was sie tut, ganz um dessen willen tut, dem sie zugewandt ist, so wie die Achtung einer anderen Person dieser ganz um ihrer selbst willen gilt.

Dies ist der Rahmen, den die Person-Beziehung für die therapeutische Beziehung setzt. Er bildet das Gegengewicht und Korrektiv zu jener anderen Beziehungsebene, auf der der therapeutische Prozess sich vollzieht und die dadurch charakterisiert ist, dass hier *Gefühle* eine entscheidende Rolle spielen, die sich, teils vermittelt über Projektionen, an den Eigenschaften und Besonderheiten der Beteiligten festmachen. Dies gilt natürlich vor allem für den Patienten. Der Haltung des Therapeuten entspricht es demgegenüber, sich in dieser Hinsicht Zurückhaltung aufzuerlegen und sich gerade nicht von Gefühlen hinreissen zu lassen. Hierin liegt die fundamentale Asymmetrie, welche die therapeutische Beziehung kennzeichnet, und sie kann nur gelingen, wo diese Asymmetrie gewahrt bleibt. Auch in diesem Punkt lässt sich eine Parallele ziehen zu jener alten Definition der Medizin: Liebe im dort gemeinten, geistlichen Sinne beruht ebenfalls nicht auf persönlichen Gefühlen, die der Arzt dem Kranken gegenüber hegt, sondern sie gilt dem Nächsten in Gestalt dieses Kranken. Für das damalige Verständnis verband sich dies mit dem christlichen Gedanken, dass der Geist der Liebe im Unterschied zu Gefühlen der Liebe nicht nur auf das Liebenswerte gerichtet ist, sondern oftmals auf das Nichtliebenswerte, um dieses dahingehend zu verwandeln, dass es liebenswert wird. In einem ähnlichen, wenn auch viel prosaischeren Sinne lässt sich auch die Haltung des Therapeuten beschreiben, indem man ‚Liebe‘ durch ‚Achtung‘ und das Wort ‚liebenswert‘ durch ‚Wertschätzung‘ ersetzt.

Es war in den voranstehenden Überlegungen viel von Tugenden die Rede. Innerhalb der heutigen Ethik unterscheidet man zwischen normativen und tugendethischen Ansätzen, und das Verhältnis und die Vermittlung zwischen beiden Arten von Ansätzen ist Gegenstand der Diskussion. Oben wurde angeregt, im Blick auf das ärztliche Handeln moralische Normen und Prinzipien nicht als Begründungs-, sondern als



Rechtfertigungsinstanzen zu betrachten. Das eröffnet der Tugendorientierung den notwendigen Freiraum. So verlangen wir ja auch von Eltern nicht, dass sie zuerst moralisch begründen müssen, warum sie für ihre Kinder sorgen. Sie sollen und dürfen dies aus elterlicher Liebe tun. Andererseits müssen sie sich rechtfertigen, wenn sie *nicht* für ihre Kinder sorgen, und zwar rechtfertigen vor der moralischen Norm, dass Eltern für ihre Kinder sorgen sollen. In tugendethischer Perspektive kann in bestimmten Fällen die Forderung nach Begründungen geradezu ein Zeichen fehlender Tugend sein. Alasdair MacIntyre hat dies folgendermassen beschrieben: „Betrachten wir folgende Situation: Jemand stösst auf einen schwer verletzten, kranken oder hungernden Fremden, verfügt über die nötigen Hilfsmittel, und es gibt keinen anderen, der dazu bereit wäre und gerade helfen könnte. Die dringende Notlage des Fremden ist ein hinreichender Grund, ihm zu Hilfe zu eilen. Nehmen wir an, ein Zuschauer, der selbst nicht daran denkt zu helfen, fragt nach einer Rechtfertigung des Urteils, dass die Notlage des Fremden ein hinreichender Grund ist, ihm zu helfen. Es ist eines der Kennzeichen der Tugenden gerechter Grosszügigkeit, unter solchen Umständen in der Notlage eines anderen einen hinreichenden Grund für eine Hilfeleistung zu sehen, ein anderes aber ist, gar nicht erst auf die Idee zu kommen, dass ein solcher Grund einer Rechtfertigung bedarf oder noch durch weitere Argumente gerechtfertigt werden muss. Eine solche Rechtfertigung anzubieten oder zu verlangen, ist selbst ein Zeichen fehlender Tugend.“<sup>15</sup>

Wir haben die moralische Grundhaltung des Arztes und speziell des Therapeuten als eine solche der Achtung beschrieben, die besonders der angewiesenen und abhängigen Seite personaler Existenz gilt. Diese Grundhaltung schliesst eine bestimmte intuitive Orientierung in sich im Hinblick darauf, wie dem Patienten zu begegnen und was *um seinetwillen* – und nicht nur funktional im Hinblick auf bestimmte therapeutische Ziele – zu tun ist. Diese Orientierung in Umrissen zu beschreiben, war das Ziel der vorstehenden Überlegungen.

Zürich, 27.01.2009

---

<sup>15</sup> A. MacIntyre, Die Anerkennung der Abhängigkeit, aaO. 187f.