

# Dialog Ethik fit in die Zukunft

# Thema Im Fokus.

Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 159 | März 2024

Dialog Ethik –  
«Aus der Praxis –  
für die Praxis»

SEITE 4

Die Medizin von  
morgen – Chancen  
und Risiken

SEITE 16

Translationale Ethik –  
Gesundheitskompetenz  
stärken

SEITE 26

# Editorial

## Generationenwechsel

Banaler als Albert Einstein (1879-1955) die physikalische Grössenart Zeit beschrieben hat geht nicht: «Zeit ist das, was man an der Uhr abliest», wir der Begründer der Relativitätstheorie zitiert. Etwas anders sieht es der englische Naturforscher Isaac Newton (1643-1727), der Anfang des 18. Jahrhunderts den Begriff einer «absoluten Zeit» prägte. Während Newton behauptete, Zeit sei absolut und verlaufe überall im Universum gleich und ohne jeden Bezug auf einen äusseren Beobachter, ist die Zeit nach der von Einstein begründeten Relativitätstheorie vom Raum nicht zu trennen. Seit dem Urknall gilt: Ohne Raum keine Zeit und ohne Zeit kein Raum.

Nicht gerade ein Urknall, aber eine neue Zeitrechnung hat auch das Institut Dialog Ethik erfahren. Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle hat mit dieser Ausgabe des Magazins «Thema im Fokus» die Geschäfts- und Institutsleitung der Stiftung Dialog Ethik an PD Dr. med., Dr. sc. med. Jürg C. Streuli, MAS, abgegeben. Zudem hat das Stiftungsratspräsidium von Dr. med. Judit Pök Lundquist, ASAE, in die Verantwortung von Prof. Dr. med., Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, MHBA, gewechselt und auch der Stiftungsrat hat sich neu zusammengesetzt.

Allen Beteiligten ist es ein grosses Anliegen, Dialog Ethik gut aufgestellt und fit in die Zukunft zu führen. Ruth Baumann-Hölzle betont, dass die



Entwicklung und der Erfolg von Dialog Ethik vielen Menschen zu verdanken sei. Menschen, die seit vielen Jahren die Arbeit als Mitarbeitende, Stiftungsrätinnen und Stiftungsräte, Mitglieder von klinischen Ethikkommissionen oder im Rahmen von Arbeitsgruppen unterstützt und mitgetragen hätten. «Ihnen allen gebührt ein grosses Dankeschön».

Mit diesen Veränderungen in der Leitung von Dialog Ethik findet nun nicht nur ein Generationenwechsel statt, sondern es kommen auch zusätzlich neue Kompetenzen, neue Perspektiven und Ansätze dazu. Die Geschichte von Dialog Ethik wird so von neuen engagierten Menschen weitergeschrieben, die ihrerseits neue Entwicklungen im Gesundheitswesen und an den Schnittstellen zum Sozialwesen anstossen werden. Die Chancen stehen gut, dass Dialog auch in Zukunft Trendsetterin im Gesundheitswesen bleiben wird.

## Inhalt

<b>Editorial</b>	<b>3</b>
<b>Schwerpunkt</b>	
Dialog Ethik «Aus der Praxis für die Praxis»	4
Weiter geht's!	20
«Behinderter» Umgang mit Patienten mit Behinderung	22
«Nothing about us without us» – die Bedeutung von PatientInnen und Angehörigen für translationale Medizin und Ethik	24
<b>Interview</b>	
Die Medizin von morgen – Chancen und Risiken	16
Gesundheitskompetenz in allen Bereichen stärken	26
<b>Buch im Fokus</b>	<b>28</b>
<b>Interna</b>	<b>30</b>

Ruth Baumann-Hölzle freut sich auf neue Freiräume, auf mehr Raum und Zeit in ihrer neuen Lebensphase.

Jil Lüscher

Anzeige



# Thema

# Im Fokus.



Medizin und Kommunikation (Nr. 157)

[www.dialog-ethik.ch/tif157](http://www.dialog-ethik.ch/tif157)

**3) Gesundheitsbezogene Lebenspraxis**

Was unter «Gesundheit» zu verstehen ist, ist strittig. Wir definieren hier Gesundheit als die «Fähigkeit, die persönliche Lebenspraxis selbstbestimmt nach dem eigenen Lebensentwurf mit den entsprechenden Werten und Normen gestalten zu können». Diese Fähigkeit zur individuellen Lebenspraxis wird stark durch die sozioökonomische Lebenssituation der Menschen beeinflusst. Wer gut ausgebildet ist und/oder finanzielle Sicherheit hat, hat eine längere Lebensspanne und oft auch eine bessere Lebensqualität als Menschen in schlechten sozioökonomischen Verhältnissen. Dieses Gesundheitsverständnis macht deutlich, wie sehr die gesundheitsbezogene Lebenspraxis von äusseren Rahmenbedingungen abhängt. Damit ein Mensch zur gesundheitsbezogenen Lebenspraxis fähig wird, muss er nährnde und wohlwollende Beziehungen in seiner Kindheit erleben, die es ihm ermöglichen, sich zur autonomen Person entwickeln zu können. Die Erfahrung zeigt, dass auch trotz widriger Kindheitserfahrungen Menschen zu einer gesundheitsbezogenen Lebenspraxis finden können, dass es aber dort, wo dies nur schwer gelingt, politische Massnahmen braucht.

**Herausforderung:** Die gesundheitsbezogene Lebenspraxis ermöglicht den Menschen eine gute Lebensqualität und wirkt präventiv gegenüber Krankheiten. Es ist eine Herausforderung, diese mit politischen Massnahmen zur Förderung freiwilliger Verhaltensänderungen umzusetzen.

Dialog Ethik untersucht biopsychosoziale Voraussetzungen, welche gesundheitsbezogene Lebenspraxis fördern, zeigt Diskriminierungen gegenüber vulnerablen Gruppen wie z.B. gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen oder schwangeren Frauen auf und entwickelt Vorschläge, wie diese reduziert werden können.

**DIALOG ETHIK**  
Wissen und Kompetenz im Gesundheitswesen

**«Advance Care Planning» und Patientenverfügung – Behandlung im Arzt-Patienten-Dialog planen**



Thema **Im Fokus.**

Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 196 | Juni 2019

<p><b>Gesundheitliche (Voraus-)Planung:</b> «Advance Care Planning» Notfallplan und Patientenverfügung</p> <p style="text-align: right;">SEITE 16</p>	<p>«Das Behandlungsgespräch in einem lebensbedrohlichen Zustand ist unersetzbar» Interview mit Prof. Dr. Marco Maggiori</p> <p style="text-align: right;">SEITE 22</p>	<p>Erfahrungen aus zwanzig Jahren Beratung bei Patientenverfügungen Patientenverfügungen sollten die Arzt-Patienten-Verhalten-Behandlung stärken</p> <p style="text-align: right;">SEITE 26</p>
---	--	---

**4) Krankheitsbezogene Lebenspraxis**

Wird ein Mensch krank oder hat einen Unfall, zerbricht die Selbstverständlichkeit seiner Autonomiefähigkeiten und auch diese bio-psycho-soziale und spirituelle Einheit. Kranke Menschen werden sich ihrer Abhängigkeiten von ihrer Leiblichkeit, ihrer Verletzlichkeit und Sterblichkeit bewusst. Eine schwere Krankheit oder ein Unfall sind das Echo des Todes und erzeugen unter Umständen Todesängste. Bei kranken Menschen ist die Selbststeuerung eingeschränkt, sie können nicht mehr tun und lassen, was sie wollen. Je kränker Menschen sind, umso weniger vermögen sie auch ihren eigenen Sorgebedarf zu decken. Die Krankheitserfahrung zwingt sie, sich mit dieser neuen Realität auseinanderzusetzen und stellt ihre bisherigen Selbstverständlichkeiten und auch ihre Art der Lebenspraxis in Frage. Auch die Lebenswelt verändert sich. Eine schwere Krankheit kann einen Menschen aus seiner bisherigen Lebenswelt herauswerfen. Er kann nicht mehr arbeiten, seine Beziehungen nicht mehr so leben, wie er möchte. Diese Veränderungen betreffen auch die Menschen, mit denen der Kranke zusammenlebt. Auch ihr Leben verändert sich unter Umständen grundlegend.

Aufgrund ihrer Krankheitserfahrung sind Menschen zuerst nicht urteilsfähig im Hinblick auf die Frage, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen können und wollen. Hinzu kommt die existentielle Auseinandersetzung mit der Frage, was

ihnen wichtig ist, was für sie Sinn macht im Leben und was für sie eine gute Lebens- und eine gute Sterbequalität bedeutet. Der kranke Mensch findet sich in einer neuen Abhängigkeitsdimension vor, die seine Aktivitäten unter Umständen massiv einschränkt und ihn zur Passivität zwingt. Kranke Menschen werden ungewollt zur Patientin oder zum Patienten. Sie sind auf andere Menschen angewiesen, die sie behandeln, pflegen und betreuen. Die Krankheitserfahrung kann auch bisherige Moralvorstellungen in Frage stellen. Kann die Krankheitserfahrung nicht in den bisherigen Lebensentwurf integriert werden oder vermag dieser auf die neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten keine Antworten zu geben, bedarf es der bewussten ethischen Reflexion, die nun aus einer Vogelperspektive Entscheidungen und Handlungen zu reflektieren beginnt.

Zwischen der gesundheitsbezogenen Lebenspraxis und der krankheitsbezogenen Lebenspraxis besteht ein Spannungsfeld. Solange Menschen in der Lage sind, ihre gesundheitsbezogene Lebenspraxis selbst wieder herzustellen, sind sie nur leicht erkrankt. Ist dies nicht mehr möglich, ist ein Mensch auf Hilfe angewiesen. Für diese Menschen ist das Gesundheitswesen da und würde wohl besser «Krankheitswesen» genannt werden. Es gibt auch kranke Menschen, die sich nicht oder nicht mehr behandeln, pflegen oder betreuen lassen wollen, sondern lieber

**DIALOG ETHIK**  
Wissen und Kompetenz im Gesundheitswesen

**Kinderwunsch psychisch erkrankter Frauen**



Thema **Im Fokus.**

Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 197 | Dezember 2017

<p>Enttabuisierung als Resultat einer Interviewstudie mit betroffenen Frauen</p> <p style="text-align: right;">SEITE 4</p>	<p>Im Streben nach der perfekten Mutter muss es auch mal gut genug sein</p> <p style="text-align: right;">SEITE 10</p>	<p>Perspektive aus der Gynäkopsychiatrie offenbart «teuflische» Geschichte</p> <p style="text-align: right;">SEITE 14</p>
--	--	---

sein, sich ein Urteil über die Situation zu bilden. Hierzu müssen sie bereit sein, aufeinander hören zu wollen. Dialog Ethik hat daher ein Ohr im Logo. Die Urteilsbildung gilt für beide Seiten und umfasst analog den Komponenten der Urteilsfähigkeit Wissen und Verstehen des vorliegenden Krankheitsbildes, seiner Diagnose und Prognose, dann geht es um die Bewertung verschiedener Therapiemöglichkeiten, dann muss herausgefunden werden, was dem Willen der Patientin entspricht und von ärztlicher Seite aus verantwortet werden kann.

Dabei stellt sich individualetisch die Frage, wie und nach welchen Kriterien, basierend auf welchen Werten und Normen sollen Therapieentscheide getroffen werden. Danach folgt die Prüfung der Willensumsetzungsmöglichkeit. Die Parallelität der Augenhöhe und die einseitige Partizipation der Patientin reicht für die Entscheidungsfindung nicht aus, sondern diese muss interaktiv erfolgen und im Prozess. Dieser interaktive Prozess enthält ethische Implikationen, die bereits beim Wissen beginnen: Was heisst ärztlicherseits Wissensvermittlung? Was und wie viel will die Patientin wissen? Wie viel Wissen ist der Patientin zumutbar und angemessen und kann verantwortet werden? Welche Behandlungsmöglichkeiten entsprechen dem Lebensentwurf und der Lebenspraxis der Patientin? Welche Behandlungsmöglichkeiten können von ärztlicher Seite aus verantwortet werden?

Ohne zusätzliche Kenntnisse über die Lebenspraxis und den Lebensentwurf der Patientin sind diese Fragen auf ärztlicher und auf Patientenseite nicht zu beantworten. Sie betreffen aber ebenso das Werteprofil und die Haltung der Ärztin. Welche Behandlungsmöglichkeiten können umgesetzt werden? Dabei sind nicht allein Fragen der rein medizinischen Umsetzungsmöglichkeiten zu berücksichtigen, sondern ebenso vorhandene subjektive Fähigkeiten der Patientin, die sich aus individuellen Fähigkeiten und kontextbezogenen Möglichkeiten ergeben. Ohne Kenntnisse und Berücksichtigung des Lebensentwurfes und des sozialen sowie kulturellen Kontextes einer Patientin kann ein angemessener Therapieentscheid nicht gelingen.

**Herausforderung:** Damit der Patientin und dem Patienten eine angemessene Entscheidung ermöglicht wird, müssen sowohl die Ärztin und der Arzt als auch die Patientin und der Patient urteilsfähig werden: Die Patientin und der Patient müssen die Diagnose, die Prognose und die Therapiemöglichkeiten kennen und verstehen. Die Ärztin und der Arzt müssen den Lebensentwurf kennen und die Autonomiefähigkeiten der Patientin und des Patienten einschätzen können. Erst dann kann der gemeinsame Güterabwägungsprozess für das Therapieziel und den Behandlungsplan im Rahmen der ärztlichen Kunst beginnen.

Dialog Ethik entwickelt Entscheidungsfindungsinstrumente, welche den Güterabwägungs- und Entscheidungsfindungsprozess zwischen der Ärztin und dem Arzt einerseits und der Patientin und dem Patienten andererseits unterstützen. Diese Beziehungsdynamiken werden auch forschungsmässig untersucht.

**4) Organisationale Praxis des Gesundheitswesens**

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist eingebettet in die organisationale Praxis des Gesundheitswesens. Diese ist der Schnittpunkt der organisationalen Praxis des Gesundheitswesens. In der Hausarztpraxis ist die Arzt-Patienten-Beziehung vernetzt mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens wie z.B. der Spitex, der Physiotherapie, der Psychotherapie und anderen Spezialpraxen. Im Spital ist die Arzt-Patienten-Beziehung sowohl eingebettet in ein hochkomplexes Beziehungsnetz der im Spital tätigen Personen als auch mit Patientinnen und Patienten zuweisen und im Anschluss behandelnden Organisationen. Der existentielle Pflege- und Betreuungsbedarf wird durch die Pflegefachkräfte gestillt.

Gutes Zusammenwirken zwischen Patientinnen und Patienten und den im Gesundheitswesen tätigen Personen

hängt stark davon ab, wie diese Menschen ihre Beziehungen untereinander gestalten: wohlwollend, gleichgültig, gar feindselig oder vertrauensvoll? Wie in jeder Beziehung beeinflussen beide Seiten die Beziehung. Aufgrund des Machtgefälles zwischen Patienten und den im Gesundheitswesen tätigen Personen liegt die Hauptverantwortung für die Beziehungsgestaltung auf Seiten der Professionellen. Gleichwohl ist auch der Patient mit seinen Angehörigen für eine gute Beziehung mitverantwortlich. Gute Beziehungen beginnen damit, dass die Menschen aufeinander hören und sich für die Praxis des Gegenübers interessieren. Das Gesundheitspersonal hat die Aufgabe, die krankheitsbezogene Lebenspraxis des Patienten kennenzulernen, und der Patient lernt die organisationale Praxis kennen, indem sie zuerst einander zuhören.

Die Beziehungen in Organisationen des Gesundheitswesens sind alle Dialogprozesse. Organisiert ist dieses dialogische Beziehungsnetz innerhalb und zum Teil auch ausserhalb des Spitals, in vielen Bereichen ausgehend von der Arzt-Patienten-Beziehung, stark hierarchisch. Denn das Therapieziel bestimmt die nachfolgenden organisationalen Prozesse. Es stellt sich die Frage, wo diese Organisationsform notwendig ist und wo nicht. In interprofessionellen Entscheidungsfindungsprozessen ist sie insofern eine Herausforderung, als im Rahmen von ethischen Güterabwägungen alle beteiligten Personen gleichberechtigt sind.

**Dialog ETHIK**  
Wissen und Kompetenz im Gesundheitswesen

«Von der Information zum Dialog» – mehrdimensionale Kommunikation in Organisationen des Gesundheitswesens

**Thema Im Fokus.**  
Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 142 | Dezember 2019

<p>Der Entscheid für eine ärztliche Behandlung ist das Ergebnis eines dialogischen Prozesses</p> <p>Dr. Ines Ruth Bachmann-Högler zur Rolle der Diagnostik in der Versorgungsgesellschaft</p> <p>SEITE 8</p>	<p>«Der Startschuss ist gelungen»</p> <p>Interview mit Präsidiumsmitglied Silvia Degen und Prof. Dr. med. Christof Schüriger zum Projekt «Von der Information zum Dialog» am Luzerner Kantonsspital</p> <p>SEITE 10</p>	<p>Kliniken müssen nicht zwingend geschlossen sein</p> <p>Dr. med. Diana Maria Altmannberger zur Strategie der Dienstleistungs- und Pflegeleistungen</p> <p>SEITE 32</p>
--	---	--

# Die Medizin von morgen – Chancen und Risiken

Integrierte statt fragmentierter Medizin und mehr zielführende Prävention – die Medizin der Zukunft müsse vor allem im Bereich der «delivery of healthcare» fundamentale Veränderungen erfahren, sagt Professor Dr. med. Christoph A. Meier, Klinikdirektor, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Unispital Zürich, im Interview mit Dialog Ethik.

## INTERVIEW JIL LÜSCHER

**Herr Professor Meier, Ziel der Medizin muss es sein, den Menschen gegen jede Art von Krankheit imprägnieren zu können, irgendwann wird es keine (heute bekannten) Krankheiten mehr geben – einverstanden?**  
Das beschriebene Szenario liegt sehr nahe an der Beschreibung der WHO von «Gesundheit». Diese sehr idealistisch gefärbte Definition ist und wird in der Realität nie umsetzbar sein. Sinnvoller

ist es (neben den entscheidend wichtigen «social determinants of health») Krankheiten mit einem vernünftigen und zielführenden Aufwand (verglichen mit all den anderen Bedürfnissen einer Gesellschaft!) zu verhüten. Ziel muss es zudem sein, erkrankten Menschen eine Medizin zukommen zu lassen, die sich prioritär an den Werten, Präferenzen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert, was auch ein würdevolles Lebensende einschliesst.

Unser Handeln nur auf die Prävention von Krankheiten auszurichten, greift zu kurz, denn wir werden immer älter und zwangsläufig leider auch kränker, weshalb eine «behandelnde» Medizin zentral bleiben wird; dazu gehört auch PatientInnen anzuleiten und zu ermutigen, trotz allfälligen Einschränkungen ein möglichst erfülltes Leben führen zu können.



Diese Auflistung zeigt nur einen kleinen Teil von all den damals aktuellen Projekten. Daneben war der permanente Kampf ums Geld eine sehr mühsame und frustrierende Dauerbelastung. Es gab auch immer wieder Tiefpunkte und echte Tiefschläge, die nicht leicht zu verarbeiten waren, nebst all den Erfolgen und Lorbeeren.

Ohne den unerschütterlichen Optimismus von Ruth Baumann-Hölzle, ihre Tatkraft und die Fähigkeit trotz Rückschlägen und Widrigkeiten immer wieder auf die Füße zu kommen, wäre die Arbeit nicht möglich gewesen, und Dialog Ethik hätte nicht 25 Jahre überlebt.

Nun hat eine neue Ära begonnen, mit den altbewährten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber unter neuer Führung. Die Arbeit wird in gewohnter Art und

Weise weitergeführt und an den ideellen und emotionalen Werten, für welche Dialog Ethik steht, wird festgehalten. Dies ist für alle, die mit Dialog Ethik verbunden waren und sind, eine sehr gute Sache und Grund zur Freude.

Von Beginn an unterstützte ich die Werte, für die Dialog Ethik steht: Den Solidaritätsgedanken, das Streben nach ausgleichender Gerechtigkeit auch im Gesundheitswesen und die Überzeugung, dass das Gesundheitswesen nicht allein von Geldfragen geprägt sein darf und auch nicht unter dem Geldaspekt betrachtet werden darf. Es ist mir persönlich eine grosse Freude, dass die Arbeit von Dialog Ethik weitergeführt wird.

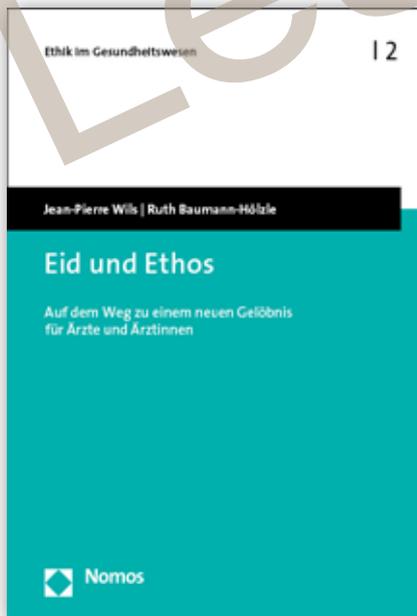
In diesem Sinne: Weiter gehts!



#### Über die Person

**Dr. med. Judit Pök Lundquist**, ASAE, FMH, Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie ist ehemalige leitende Ärztin für Frauenheilkunde am Dep. FHK des Universitätsspitals Zürich. Sie hat ein Nachdiplomstudium in Angewandter Ethik mit Masterabschluss an der Universität Zürich absolviert. Judit Pök Lundquist ist Mitglied in verschiedenen Verbänden und Kommissionen, u. a. der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Zudem hat Judit Pök Lundquist Lehraufträge an der UZH und ZHAW, und sie ist seit Beginn Mitglied bei Dialog Ethik, von 2007 bis Dezember 2023 als Präsidentin des Stiftungsrates.

Anzeige



Nomos Verlagsgesellschaft  
ISBN 978-3-8487-5171-6  
66 Seiten, broschiert  
CHF 36.50

#### Reihe «Ethik im Gesundheitswesen»

### Eid und Ethos

Auf dem Weg zu einem neuen Gelöbnis für Ärzte und Ärztinnen

Von Jean-Pierre Wils und Ruth Baumann-Hölzle

Das Buch informiert umfassend über die überraschende Renaissance des ärztlichen Eides und über den «Schweizer Eid» im Besonderen ([www.dialog-ethik.ch/projekte/schweizer-eid](http://www.dialog-ethik.ch/projekte/schweizer-eid)).

Lange Zeit galt der ärztliche Eid als ein veraltetes Instrument der Standeswahrung, das modernen Gesundheitswesen nicht angemessen sei. Inzwischen mehren sich die Anzeichen dafür, dass der wachsende marktwirtschaftliche Druck auf die medizinische Tätigkeit das Berufsethos zu entkernen beginnt. Monetäre Erwartungen dominieren, und die ärztliche Praxis wird ihnen untergeordnet. Es findet eine «Ökonomisierung des Gesundheitswesens» statt.

Dieses Buch zeigt den Weg auf, der zu dieser Umkehrung der Prioritäten geführt hat, erinnert an die essentiellen Aufgaben der Medizin und schlägt einen Eid vor, der bereits in etlichen Institutionen in der Schweiz implementiert worden ist. An die Ärzteschaft wird appelliert, sich einem solchen Eidprojekt anzuschliessen und die Würde des Berufs zu verteidigen.

[www.dialog-ethik.ch/shop](http://www.dialog-ethik.ch/shop), Tel. +41 44 252 42 01 oder [info@dialog-ethik.ch](mailto:info@dialog-ethik.ch)

# «Nothing about us without us» – die Bedeutung von PatientInnen und Angehörigen für translationale Medizin und Ethik

PatientInnen und Angehörige sind neben ihrer Rolle als Forschungsobjekt eine wichtige subjektive Ressource, die zunehmend auch für Forschung und Praxis interessant wird. Gerade die translationale Medizin und Ethik könnte sich die Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen noch stärker zunutze machen.

VON SUSANNE GEDAMKE

Die translationale Medizin zielt darauf ab, wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Labor zur Anwendung zu bringen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Translationale Prozesse bein-

halten eine Art «Übersetzungsfunktion», indem theoretische Erkenntnisse in der Praxis evaluiert und umgekehrt praktische Erfahrungen wieder in die Forschung zurückgegeben werden können. Dementsprechend sind trans-

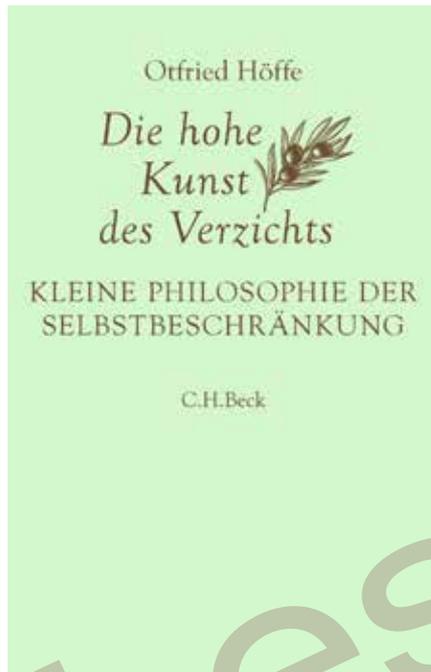
lationale Prozesse in der Medizin und Ethik immer als Austauschsystem im Dreieck zwischen Forschung, klinischem Fachpersonal und den NutzerInnen des Systems – PatientInnen und Angehörige – zu verstehen.



# Über «Die hohe Kunst des Verzichts»

VON JEAN-PIERRE WILS

LEHRSTUHL FÜR PRAKTISCHE PHILOSOPHIE AN DER RADBOUD-UNIVERSITÄT NIJMEGEN (NL) UND WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DES INSTITUTS DIALOG ETHIK, WO ER ALS VIELLESER DAS SAMSTAGSSEMINAR «LITERATUR UND PHILOSOPHIE» DURCHFÜHRT.



Otfried Höffe, **Die hohe Kunst des Verzichts. Kleine Philosophie der Selbstbeschränkung**

C. H. Beck, München 2023  
ISBN 978-3-406-807466-6,  
192 Seiten.

Aus dem reichen Fundus moralischer Kategorien heraus begegnen uns momentan Begriffe, die sich in den letzten Jahrzehnten eher in seinen Margen befunden haben. Zu ihnen gehört zweifelsohne der Begriff des Verzichts. In einer Umgebung, die sich vor allem an Formeln wie «Autonomie», «Selbstbestimmung» und «Freiheit» orientierte, mutet dieser Begriff zunächst wie ein Fremdkörper an, für einige vielleicht wie eine Provokation. In seinem Umfeld tauchen neuerdings auch andere Kategorien auf, die mit ihm eine gewisse Verwandtschaft teilen – die schwache Reputation in der jüngsten Vergangenheit. Die Rede von «Verböten» und die Sprache des «Masses» wären an dieser Stelle hervorzuheben.

Die Gründe für ihre sich abzeichnende Renaissance sind unschwer zu finden. Es ist die schwerwiegende ökologische Krise – gewissermaßen die Mega-Krise unserer Zeit –, die uns zwingt, von lieb gewonnenen Vorstellungen Abschied zu nehmen. Wir haben in einer Kultur der ständigen Reichweitenvergrößerung gelebt, die das offene Zeitfenster der Zukunft als ihre selbstverständliche Voraussetzung betrachtet hat. Diese Reichweitenvergrößerung prägte sowohl die privaten Ambitionen der Einzelnen als auch die Dynamik der ökonomischen Prozesse. Allzu offenkundig sind wir inzwischen an eine Grenze gelangt – an die Erschöpfung unserer psychischen und materiellen Ressourcen. Die Frage ist unabweisbar, ob es nicht an der Zeit sei, über Einschränkungen nachzudenken. Der Soziologe Philipp Staab hat für diese Situation bereits eine griffige Formel geprägt – die von der «Selbstentfaltung» zur «Selbsterhaltung».

«Der Verzicht ist in seiner Bedeutung erheblich aufzuwerten; er verdient den Rang eines philosophischen und politischen Grundbegriffs.»

Die Aufforderung zum «Verzicht» kommt uns vermutlich «contre coeur» vor. Gehört sie nicht zu einer Zeit der Kleinhaltung ihrer Bürger, zu den ungunstigen Epochen moralisch erzwungener Selbstbescheidung, zur Anpassung an fremdauferlegte Gebote? Oder sollten wir nicht viel besser davon ausgehen, dass der «Verzicht» im Grunde viel gegenwärtiger in unseren Praktiken und Institutionen ist und dort geradezu unabdingbarer, als wir gängigerweise annehmen? Otfried Höffe legt uns diese Vermutung nahe und hat eine schöne,

sehr zugängliche Studie zu diesem Thema vorgelegt. Der finale Satz seines Essays lautet: «Der Verzicht ist in seiner Bedeutung erheblich aufzuwerten; er verdient den Rang eines philosophischen und politischen Grundbegriffs.» (187) Diese Rehabilitation ist dem Autor gelungen.

«Die Konsumgewohnheiten müssen grundlegend geändert werden, was ohne erhebliche Selbsteinschränkungen nicht denkbar ist.»

Höffe nimmt uns mit in die Geschichte der europäischen Ethik und fahndet dort nach den impliziten und expliziten Verzichtsannahmen, die dort vorherrschen. Der Verzicht ist ein Grundbestandteil der Tugendethik: Er geschieht nicht um seiner selbst willen, sondern der Steigerung des eigenen Menschseins. Sich vervollkommen setzt voraus, dass die Person erforderlichen Selbsteinschränkungen nicht aus dem Wege geht. «Tugend ist das Ziel und der Zweck einer menschlich vortrefflichen Persönlichkeit.» (58) Verzichtsmuster sind überall anwesend: Toleranz ist ohne sie nicht möglich. Lebensideale lassen sich ohne sie nicht verwirklichen. Politische Krisen können ebenfalls nicht ohne Verzicht bewältigt werden. Erst recht ist die Klima-Krise auf Verzicht angewiesen. Auch in diesem Zusammenhang nimmt Höffe kein Blatt vor den Mund: «Die Konsumgewohnheiten müssen grundlegend geändert werden, was ohne erhebliche Selbsteinschränkungen nicht denkbar ist.» (172).

Aber auch die Produktionsgewohnheiten stehen zur Disposition. Von uns wird nichts weniger erwartet als über Wohlstandsverluste nachzudenken, vor allem aber über unser Verständnis von

## Zweitägiger Kurs «Leben mit Einschränkungen – zwischen Realität und Konstruktion»

Das menschliche Leben ist von Grenzen charakterisiert, aber diese existenzielle Tatsache gilt nicht für alle in gleichem Masse. Während wir uns in einer Kultur der Grenzverletzung und -überschreitung bewegen, sind nicht wenige von dieser Dynamik ausgeschlossen – unterschiedlich radikal, unterschiedlich verursacht, zeitweilig oder definitiv. Sind wir fähig, diese Unterschiedlichkeit anzuerkennen und zu würdigen?

Die Begriffe, die wir für diesen Sachverhalt verwenden, sind strittig: «Handicap», «Behinderung», «Invalidität» und «Einschränkung» gehören immerhin zu den zivilisierten Bezeichnungen, die uns zur Verfügung stehen. Aber auch sie stossen nicht überall auf Akzeptanz.

Wie unterscheiden wir zwischen konstruierten Asymmetrien, die es zu reduzieren gilt, und der Anerkennung von Einschränkungen im Leben, die durch keine noch so wohlgemeinte Sprachpolitik aufgelöst werden können? Wir dürfen uns nicht mit der schlichten Behauptung begnügen, das Leben sei ungerecht, sondern müssen uns sowohl ethisch als auch rechtsphilosophisch um Anerkennungsverhältnisse kümmern. Aber wie sehen diese aus?



### Kursleitung

Prof. Dr. Jean-Pierre Wils

Ordentlicher Professor für Philosophische Ethik und Kulturphilosophie an der Radboud-Universität Nijmegen (Niederlande).

### Kursdaten und Zeit

Donnerstag, 12. September 2024  
und  
Freitag, 13. September 2024  
jeweils 8.45 bis 17.00 Uhr

### Zielgruppe

Der Kurs steht allen am Thema Interessierten offen und ist nur als Ganzes buchbar. Vorkenntnisse sind nicht nötig.

### Kursort

Stiftung Dialog Ethik  
Schaffhauserstrasse 418  
8050 Zürich

### Kosten

CHF 980.– (exkl. Buch)

### Anmeldung

info@dialog-ethik.ch  
Tel. +41 44 252 42 01

### Weitere Informationen

www.dialog-ethik.ch/jpw1-2024

Anzeige



Nomos Verlagsgesellschaft  
ISBN 978-3-8487-8165-2  
282 Seiten, broschiert  
CHF 79.90

### Reihe «Ethik im Gesundheitswesen»

## Galileis Fernrohr und das Menschen-Bild

Technologie, Utopie und Angewandte Ethik in der Medizin

Von Denise Battaglia

Die neuen Biotechnologien haben tiefgreifende Fragen zum Menschsein ausgelöst, wie die Debatten um «unser» Menschenbild zeigen. Wie wir mit menschlichem Leben vor der Geburt oder mit Menschen am Lebensende umgehen, berührt unser Selbstverständnis. Diese Dilemmata haben wir an die Angewandte Ethik delegiert, die aber der anthropologischen Frage ausweicht.

Dieses Buch versucht entlang der letzten 500 Jahre und entlang der wissenschaftlichen Menschen-Bilder die Krise unseres heutigen Selbstverständnisses herauszuschälen. Es zeigt sich, dass die wissenschaftliche Anthropologie seit Beginn von den Medizinern bestimmt und von der Technik getrieben wird – wie die Angewandte Ethik heute.

www.dialog-ethik.ch/shop, Tel. +41 44 252 42 01 oder info@dialog-ethik.ch