

Imago Hominis

BAND IV/Nr. 2 • 1997 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 89

AUS AKTUELLEM ANLASS

W. HUBER
*Das LKF-System – Gesundheitsökonomische
Betrachtung* 91
PÄPSTLICHER RAT FÜR DIE FAMILIE
Drogenliberalisierung? 94

FOCUS

N. AUNER
*Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-
Patient-Beziehung* 99

SCHWERPUNKT Arzt-Patient-Beziehung

M. MEMMER
Das Arzt-Patienten-Verhältnis 109
J.B. TORELLÓ
*Über die Nöte von Arzt und Patient in der
heutigen Zeit* 115
K. FEDORYKA
*Arzt-Patient-Beziehung zwischen
Objektivität und Subjektivität* 125
H.B. GERL-FALKOVITZ
*Gesundheit als private Aufgabe
und soziales Gut* 133

FALLBERICHT

*Abwegige Außenseitermeinung oder
ernstzunehmendes neues Therapiekonzept?* ... 142
P. SAAME *Kommentar zum Fall* 143

NACHRICHTEN 146

*Das japanische Abgeordnetenhaus erstellt einen Hirntod-
Gesetzesentwurf* ♦ *In-vitro-Fertilisation – eine sozial-
medizinische Analyse* ♦ *Kompetente Pflege statt Beihilfe zum
Selbstmord* ♦ *Erstmalige Verwendung von gefrorenem
Nabelschnurblut in der Gentherapie*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 148

BUCHBESPRECHUNGEN 151

IMPRESSUM 158



DVR:002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN
1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

„Der Arzt ist der Anwalt des Patienten und sonst niemand mehr“ sagte neulich mit beträchtlichem Pathos ein namhafter Professor eines chirurgischen Faches anlässlich einer Podiumsdiskussion in Wien. Nach wie vor versucht die Ärzteschaft an diesem, vom tradierten Berufsbild des Arztes übernommenen Prinzip festzuhalten. Dieser Grundsatz wird aber in der letzten Zeit mehr und mehr hinterfragt. Welcher Patient kann hier gemeint sein? Welcher Patient sucht schon diese Anwaltschaft? Der sogenannte mündige Patient? Jener, der mit ganz klaren Vorstellungen über Diagnose und Therapie in die Ordination oder in das Spital kommt? Oder vielleicht jener andere, der das Urteil des Arztes mit der Bemerkung in Zweifel zieht, daß dessen Kollege etwas anderes gemeint habe? Oder der Patient, der ständig zweifelt, ob es wirklich so sei, und der Arzt sich nicht irrt? Oder jener andere, der deutlich erkennen läßt, daß er sich bezüglich gesetzlich geregelter Aufklärungspflicht und Haftung gut auskennt? Oder jener, der schüchtern fragt, ob da ein bestimmtes homöopathisches Mittel vielleicht doch wirksamer wäre? Natürlich nehmen die meisten Patienten gerne das Angebot der Ärzte an, Anwalt ihrer Gesundheit zu sein, und schenken ihnen Vertrauen, besonders, wenn sie sich buchstäblich in existentieller Not befinden. Nicht selten aber ziehen sie unter fremden Druck ihr Vertrauen zurück. Was sich heute in der Arzt-Patient-Beziehung abzeichnet, ist eine Krise des Vertrauens. Anwaltschaft setzt Vertrauen voraus.

Niemand besser als der Arzt weiß, wie wichtig das Vertrauen des Patienten ist. Ohne dieses Vertrauen kann er seinen Heilsauftrag nicht ausführen. Dies war immer so und wird es künftig auch bleiben. Das Vertrauen ist unentbehrlich. Es ist kein Bestandteil der Therapie, aber meistens Voraussetzung für ihr Gelingen,

denn ohne Vertrauen wird der Patient die Anordnungen des Arztes nicht befolgen. Es ist verständlich, daß in unserer aufgeklärten und egalitären modernen Gesellschaft das Selbstbestimmungsprinzip des Patienten einen ganz anderen Stellenwert hat als in der hierarchisch strukturierten prämodernen Gesellschaft. Die Frage, die wir uns oft stellen, ist, ob dabei nicht über das Ziel geschossen wird, wenn im Namen dieses Prinzips Regelungen und Praktiken zum Zuge kommen, die das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu untergraben drohen. Cui bono? Wem nützt das?

Im letzten Heft von *Imago Hominis* und auch in dieser Ausgabe wurde wiederholt, aber nicht systematisch auf die verschiedenen Ursachen dieses bedauerlichen Vertrauenschwundes der Patienten hingewiesen. Sicherlich gibt es zahlreiche unterschiedliche Ursachen, die zum Teil unerwähnt geblieben sind. Es scheint uns aber, daß vor allem für die Ärzteschaft jene Ursachen besonders von Bedeutung sind, für welche sie zumindest mitverantwortlich zeichnet. Denn auch von seiten der Medizin sind Entwicklungen eingetreten, die dazu beigetragen haben, das Vertrauen des Patienten zu schmälern. Durch den rasanten Fortschritt der Naturwissenschaften, gerade im letzten Jahrhundert und dem Siegeszug der Vernunft seit der Aufklärung, ist der Mensch der verhängnisvollen Illusion erlegen, er könne Natur durch Technik beherrschen, die erste durch die zweite ersetzen: alles ist machbar und wenn noch nicht, wird es in absehbarer Zeit sein. Dieses Denken hat sich auch in der Medizin immer mehr verbreitet. Hier haben ganz besonders die unglaublichen wissenschaftlich-technischen Entwicklungen zu einem falschen Bild dessen geführt, was die Medizin wirklich kann und vor allem falsche Erwartungen hervorgerufen. So gerät die Ärzteschaft zunehmend unter

Erfolgsdruck. Aber sie ist nicht ganz unschuldig, weil gerade sie die Erwartungen geweckt oder zumindest nicht in der richtigen Weise gebremst hat.

Im medizinisch-naturwissenschaftlichen Denken dominiert jene Auffassung, die etwa lauten könnte: „Der Mensch ist eine hochdifferenzierte Apparatur, in der physikalisch-biochemische Prozesse nach ganz bestimmten Gesetzmäßigkeiten ablaufen“. Der Ansatz gilt als Erklärungsmodell für Krankheit und Therapie und der Erfolg scheint ihm auch recht zu geben. Was dem Diabetiker fehlt, ist das Insulin, und führt man es ihm in richtiger Dosierung zu, so hat man damit auch schon alle seine Beschwerden behoben. Ersetzt man die defekte Herzklappe, so kann die Hämodynamik normalisiert werden; findet man das richtige Antibiotikum, so hat der bakterielle Erreger keine Chance. Die Liste kann mühelos beliebig fortgesetzt werden. Das monokausale Denkmodell gibt einfache und klare Antworten.

Die Versuchung liegt darin, den Arzt als „Leibingenieur“ (J. JONAS) aufzufassen, Krankheit ist vornehmlich Symptom, das möglichst schnell zum Verschwinden gebracht werden muß. Nicht mehr gilt das „ich bin krank“ sondern „ich habe eine Krankheit“.

In einer Medizin, die „alles kann“, versagt ein Arzt, wenn er einen Patienten nicht heilen kann. Es scheint, als hätte daher die allzu mechanistische Auffassung der Medizin eine sonderbare Frucht der entgegengesetzte Auffassung von Heilkunst heraufbeschworen. Relativiert nämlich ein Arzt seine Heilungsprognosen, so beobachtet man nun allzuoft einen plötzlichen Vertrauensentzug: der Patient wendet sich anderen „Medizinauffassungen“ zu.

Alles ist „seelisch“, Konflikte als Krankheitsauslöser, Kosmologie und Esoterik sind die wahren Wege zur Selbstfindung und -heilung, herkömmliche Medikamente sind „Chemie“ und „Gift“ und schaden mehr als sie nützen, weil das natürliche Gleichgewicht aus dem Lot kommt. Quacksalber erleben ein Comeback.

Der kranke Mensch ist mehr als eine Sache. Wer seine Leiblichkeit berührt, stößt an seine Person. Er hat Würde und Verantwortung, Freiheit und Lebensschicksal. Das biologische Individuum ist Ausdruck des Geistigen. Eine Medizin, die der Wahrheit über den Menschen gerecht werden will, muß in der Lage sein, hinter den biochemischen Prozessen im Körper einen Menschen zu sehen, und ihm als solchen auch zu begegnen. Versteht der Arzt sich so zu verhalten, dann erhält seine Aufgabe eine neue Tiefe.

Was nun not tut ist, das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung wirksam zu stärken. Dazu können gut ausgedachte gesetzliche Regelungen einiges beitragen. Darüber handelt der Aufsatz von M. MEMMER in diesem Heft. N. AUNER analysiert den Vertrauensschwund aus kommunikationspsychologischer Sicht und zeigt, wie der Arzt durch Verbesserung seiner kommunikativen Haltung das Vertrauen des Patienten zu ihm aufbauen kann. Der Beitrag von K. FEDORYKA bringt philosophische Erwägungen über Subjektivität und Objektivität im Gesundheitswesen. J. B. TORELLÓ stellt die Arzt-Patientenbeziehung in einen transzendenten Gesamtzusammenhang. H. B. GERL-FALKOVITZ schließlich zeigt auf, welchen Einfluß die Ideologien des Individualismus und des Kollektivismus auf das Gesundheitswesen haben und welche Konfliktfelder dadurch entstehen.

Die Herausgeber

Das LKF (Leistungs-Kosten-Finanzierung)-System Gesundheitsökonomische Betrachtungen

Wolfgang HUBER

Es gibt im Gesundheitswesen eine Entscheidungshierarchie, der auch wir hier in Österreich folgen, wengleich sie uns nicht allen bewußt ist. Diese Entscheidungshierarchie basiert auf der Erkenntnis, daß der Bedarf für me-

dizinische Leistung nach oben offen ist. Dies wird eindrucksvoll durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen der reichen Länder bewiesen, wo die Kosten eines Gesundheitswesens kaum mit der Volksgesundheit, wenig mit der

	Lebenserwartung		Geburtensterblichkeit	Gesundheitskosten (% des BSP)	Ärzte pro 10.000 Einwohner
	männlich	weiblich			
Japan	75,9	81,8	4,6	6,7	16
BRD	71,8	78,4	7,5	8,2	30
USA	71,5	78,5	9,7	11,8	23
GB	71,4	78,1	8,4	5,8	14
F	72,4	80,6	7,5	8,7	30
Canada	73,0	79,8	7,2	8,7	22
Holland	73,7	80,0	6,8	8,3	24

Tabelle 1: Gesundheitsindikatoren 1989 (OECD)

	BSP (in \$) pro Einwohner	Gesundheitskosten pro Einwohner
Japan	16000	1.000
BRD	14400	1.200
USA	20000	2.300
GB	14100	800
F	14200	1.300
Canada	19000	1.600
Holland	13900	1.200

Tabelle 2

Anzahl der Ärzte, aber sehr stark mit dem Reichtum korreliert.

Aufgrund dieser Tatsache, kann es nur eine Entscheidung der Gesellschaft sein, wieviel sie sich an Gesundheitskosten leisten möchte. Das Gesundheitssystem ist ein Dienstleistungssegment und es ist nun einmal eine Frage der gesellschaftlichen Präferenz, wie ich meinen Reichtum einsetze.

Die erste Entscheidungsebene ist also die gesellschaftliche

und die muß die Frage beantworten, wieviel an Gesundheitskosten wir uns leisten wollen. Es sind hier die Politiker, als unsere gewählten Vertreter, aufgefordert, eine Antwort zu geben, und die Antwort ist eigentlich sehr leicht, denn sie ist, wenn man eine reiche Gesellschaft ist, die eine gewisse Basisversorgung allen zukommen läßt, eine willkürliche Entscheidung, die den Politikern leicht fallen sollte, denn ab einem gewissen Ausgabenvolumen sind die Gesundheitskosten eben ein Luxusgut. Sicher ist es aber falsch, diese Entscheidung den Ärzten zuzuschieben, denn das würde wirklich heißen, sie zu Göttern in Weiß machen zu wollen.

Die zweite Entscheidungsebene ist die ärztliche. Wenn entschieden ist, wieviel finanzielle Mittel vorhanden sind, so gilt es dann die Frage zu beantworten, wie man diese Mittel ef-

fektiv einsetzt. An dieser Stelle gibt es immer den völlig richtigen ärztlichen Einwand, wie können wir diese Entscheidung fällen, solange es keine Kostentransparenz gibt. Dieser Einwand ist aber nicht so gravierend, daß man nicht trotzdem nach ethischen Grundsätzen entscheiden könnte, denn in der Medizin kann und soll die menschliche und ethische Entscheidung über der wirtschaftlichen stehen. Es ist aber zweifelsohne eine sehr schwierige und dringend notwendige Entscheidung und es bedarf einer eingehenden Diskussion, wie unsere Mittel effektiv eingesetzt werden können. Sicher ist aber die derzeitige Entwicklung falsch, daß zum Beispiel aus falsch verstandener Sparsamkeit Impfprogramme nicht mehr finanziert werden. Hier finden bereits unbewußt ethische Entscheidungen statt, die einfach katastrophal sind.

Die dritte Entscheidungsebene ist die wirtschaftliche. Sie funktioniert nach allgemeinen wirtschaftlichen Kriterien und beantwortet die Frage, wie können wir das, was wir als effektiv im Rahmen unserer finanziellen Bedingungen erkannt haben, auch möglichst effektiv erbringen. Diese Entscheidungsebene wäre sehr leicht zu beantworten, wenn man nur ein bißchen wirtschaftliche Instrumentarien in den Krankenhäusern einsetzen würde.

Entscheidungsebene	WAS	WIE
1. politische	Wieviele Mittel	willkürlich, präferentiell
2. ärztliche	Was ist effektiv?	ethisch
3. wirtschaftliche	Was ist effizient?	wirtschaftlich

Die Konklusion aus diesen Überlegungen ist also, daß die Problematik im Gesundheitswesen vor allem eine ethische ist, und die übermäßige Beschäftigung mit den wirtschaftlichen Problemen geschieht wohl nicht deswegen, weil diese Frage die wichtigere, sondern weil sie die leichtere ist.

Die politische Ebene behauptet nun, eine Entscheidung gefällt zu haben, denn wir haben eine Spitalsfinanzierungsreform, und zwar sind wir angeblich von einem retrospektiven Finan-

zierungssystem auf ein prospektives gewechselt. Was ist nun der wesentliche Unterschied zwischen diesen Systemen? Bei der retrospektiven Finanzierung liegt das Kostenrisiko nicht bei den Kostenverursachern und damit ist der Anreiz gegeben, viele Kosten zu verursachen und zu expandieren. Bei einer Unterversorgung ist dieses System sogar erwünscht, obwohl interessanterweise Länder mit Unterversorgung meistens ein prospektives System haben. Das retrospektive System endet früher oder später in der Unfinanzierbarkeit, was schließlich zu einem prospektiven System führt. Im prospektiven System liegt das Kostenrisiko beim Kostenverursacher, das heißt, er bekommt nur mehr eine bestimmte Summe für seine Leistung und er muß diese Leistung kostengünstig erbringen. Die Gefahr besteht hier, daß auf Kosten der Patienten gespart wird und daher braucht man eine Qualitätssicherung auf einem klaren ethischen Fundament.

Finanzierungssysteme im Vergleich

Die jetzige Reform ist aber nur ein scheinbarer Wechsel zu einem prospektiven System, da nur ein Teil der Kosten über das LKF-System ausgeschüttet wird, womit der Rest wieder über das Betriebsabgangsdeckungssystem kommen wird. Dies kommt de facto einer Beibehaltung des bisherigen Systems gleich.

	Retrospektiv	Prospektiv
System	Betriebsabgangsdeckung	LKF, Budgetierung
Anreiz	Expansion	wirt. Führung
Indikation	Unterversorgung	normale oder Überversorgung
Nachteile	Unfinanzierbarkeit	Qualitätsverlust
Gegenmaßnahmen	prospektives System	Qualitätssicherung

Diese Reform ist also eigentlich eine Verschlechterung, denn es macht langfristig überhaupt keinen Sinn, eine Mischform einzuführen, weil man dadurch nur die Nachteile beider Systeme verbindet. Ein prospektives System verlangt das Wirtschaften und damit ist ein

höherer Verwaltungsaufwand verbunden. Ein retrospektives System verlangt oder fordert sogar kein Wirtschaften, da das Wirtschaften bestraft wird. Bei der jetzigen geplanten Mischform zwischen prospektiver und retrospektiver Bezahlungsform wird uns daher wahrscheinlich nur gelingen, die erhöhten Verwaltungskosten des prospektiven Systems mit der falschen Anreizstruktur des retrospektiven Systems zu verbinden. Nun muß man allerdings zugeben, daß es sehr wohl einige Bundesländer gibt, die planen, daß es in 2 bis 3 Jahren zu einem reinen LKF-System kommen wird. Diese Bundesländer scheinen die Reform ernstzunehmen. Andere, hier ist vor allem Wien zu nennen, sind an einer Reform nicht wirklich interessiert, und dort findet auch keine Spitalsfinanzierungsreform statt, sondern eher eine Rechtsträgerentmündigungsreform.

Das richtige LKF-System ist nur ein Schritt in die richtige Richtung, da es der medizinischen und wirtschaftlichen Realität näher kommt als das bisherige System und die Spitäler zwingt, endlich einmal bedarfswirtschaftliche Mindestkriterien zu erfüllen. Da das LKF-System aber keine Kosten senken wird, werden sogar jene, die es jetzt zu einer Farce werden lassen, meinen, daß sie recht gehabt hätten. Kurzfristig mag das wohl stimmen, langfristig verhindern sie allerdings damit eine effektive Qualitätssicherung, die eine Begleiterscheinung eines funktionierenden LKF-Systems ist. Nur eine effiziente bedarfswirtschaftliche Krankenhausführung und nur sie wird eine gute Medizin für alle Patienten auf Dauer garantieren.

Dr. Wolfgang HUBER MBA, Geschäftsführer der Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern, Stumpergasse 13, A-1060 Wien

Drogenliberalisierung?

Eine pastorale Stellungnahme des Päpstlichen Rats für die Familie

IN wenigen Jahrzehnten hat sich die Drogenabhängigkeit vom relativ geringen Konsum einer wohlhabenden und zügellosen Gesellschaftsschicht zu einem in erster Linie die Jugend betreffenden Massenphänomen entwickelt, das Leben zerstört, viele Hoffnungen zunichte macht - ein Phänomen, das bisher kein Land mindern oder auch nur eindämmen konnte. „Eine große Zahl derjenigen, die Drogen konsumieren, sind Jugendliche, die Altersgrenze sinkt dabei ständig“. Kinder und Jugendliche „banalisieren“ den Drogenkonsum sogar in den Schulen, und die Erzieher sind machtlos. Die Zukunft unserer Gesellschaft selbst ist durch Rauschmittel gefährdet. Daher gilt unsere Sorge vor allem den jungen Menschen, Jugendlichen und Erwachsenen, denn sie sind heute die ersten, die dem Mißbrauch von Drogen zum Opfer fallen.

Bei der Befürwortung oder Ablehnung von Gesetzesentwürfen zur Legalisierung „leichter“ Drogen sollte jede Vereinfachung, jede Verallgemeinerung und vor allem die Politisierung einer zutiefst humanen und ethischen Frage vermieden werden. Verschiedentlich wird die Meinung vertreten, daß ein mäßiger Konsum von als „Drogen“ klassifizierten Substanzen weder biochemische Abhängigkeit verursache noch negative Auswirkungen auf den Organismus habe. Andere wiederum sind der Ansicht, daß es besser wäre, die Süchtigen zu kennen und sie zu betreuen, anstatt sie der Illegalität zu überlassen: sowohl um ihnen zu helfen als auch um die Gesellschaft zu schützen. Aufgrund dieser Argumente befürwortet man die Legalisierung des Drogenkonsums.

Wissenschaft und Technik haben stets versucht, aus chemischen Substanzen Nutzen zu ziehen für die Behandlung von Krankheiten, für eine Besserung der Lebensbedingungen und

für eine angenehmere Gestaltung des Zusammenlebens. Die Konsumenten solcher Substanzen konnten die angenehme euphorische, anxiolytische, sedative, stimulierende oder halluzinogene Wirkung verschiedener Stoffe konstatieren. Gleichzeitig führen solche „Drogen“ jedoch zu verringerter Aufmerksamkeit und einem verfälschten Realitätsempfinden.

Der Gebrauch dieser Substanzen bewirkt zunächst Isolierung und dann Abhängigkeit und Übergang zu stets stärkeren Drogen. In einigen Fällen kommt es zu einer derart starken Abhängigkeit, daß der Süchtige nur noch für die Beschaffung seiner Drogen lebt.

Die Wirkung ist von Droge zu Droge unterschiedlich, und auf pharmakologischer Ebene kann nicht eindeutig zwischen „weichen Drogen“ und „harten Drogen“ unterschieden werden. Ausschlaggebende Faktoren sind die eingenommene Menge, die Art und Weise der Absorption und eventuelle Verbindungen (vgl. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (Paris) „Rapport sur les toxicomanies“, S 13). Außerdem werden jeden Tag neue Drogen mit neuer Wirkung und einer neuen Problematik auf den Markt gebracht. Schließlich müßte man den Bereich der Drogenabhängigkeit berechtigterweise auf viele Substanzen ausdehnen (anxiolytische, sedative, antidepressive und stimulierende), die nicht als „Drogen“ gelten, einschließlich Tabakwaren und Alkohol. Papst JOHANNES PAUL II. verdeutlichte den Unterschied zwischen Toxikomanie und Alkoholsucht mit folgenden Worten: „Es besteht selbstverständlich ein klarer Unterschied zwischen Drogen und Alkoholkonsum: während nämlich der letztere, sofern er in Grenzen gehalten wird, nicht gegen die sittlichen Verbote verstößt und nur der Mißbrauch zu verurteilen ist, ist der Drogenkonsum in jedem Fall ver-

boten, weil er einen unberechtigten und unvernünftigen Verzicht auf das Denken, Wollen und Handeln als freie Menschen mit sich bringt“ (Ansprache vom 23.11.1991 an die Teilnehmer der 6.Internationalen Studentagung über Drogen und Alkoholismus, veranstaltet vom Päpstlichen Rat für die Pastoral im Krankendienst, Nr.4; in: Der Apostolische Stuhl (1991), S 1348). In der Tat kann das Problem nicht lediglich in biochemischer Hinsicht betrachtet werden.

Das Problem sind nicht die Drogen, sondern vielmehr psychologische und existentielle Fragen des Menschen, die solchen Verhaltensweisen zugrunde liegen. Allzu oft werden diese Fragen ignoriert, und man vergißt, daß nicht die Substanz Toxikomanie auslöst, sondern die Person, die von ihr abhängig ist. Zwar mögen die Substanzen unterschiedlicher Art sein, aber die Beweggründe bleiben immer dieselben. Aus diesem Grund kann die Trennung zwischen „harten“ und „weichen“ Drogen nur in eine Sackgasse führen.

Drogenmißbrauch zeugt von tiefem Unbehagen. Der Päpstliche Rat für die Familie betonte bereits: „Die Droge schlägt im Leben eines Menschen nicht wie ein plötzlicher Blitzschlag aus heiterem Himmel ein, sondern ist wie ein Samen, der aufkeimt, nachdem er über lange Zeit in der Erde geruht hat“ (Päpstlicher Rat für die Familie: a.a.O., S 7). Hinter diesem Phänomen steckt der Hilferuf des Menschen, der mit seinem Leben allein geblieben ist, sein Bedürfnis nicht nur nach Anerkennung und Geltung, sondern auch nach Liebe. Daher muß vor allem die Ursache des Phänomens ergründet werden, wenn man auf wirksame Art die persönlichen und sozialen Konsequenzen des Drogenmißbrauchs bekämpfen will.

Das Problem liegt nicht bei den Drogen an sich, sondern vielmehr in jenem krankhaften Geisteszustand, der zu ihnen Zuflucht nehmen läßt, wie auch Papst JOHANNES PAUL II. schon betonte: „Wir müssen eingestehen, daß eine Verbindung besteht zwischen der durch Dro-

genmißbrauch hervorgerufenen tödlichen Pathologie und jenem krankhaften Geisteszustand, der den Menschen veranlaßt, vor sich selbst zu fliehen und trügerische Erfüllung in der Flucht vor der Realität zu suchen, bis jeder Sinn seiner Existenz vollkommen zerstört ist“ (vgl. Botschaft an Dr. Giorgio GIACOMELLA, Generaluntersekretär und Leiter des internationalen Drogenkontrollprogramms der Vereinten Nationen, anlässlich des Internationalen Tags der Bekämpfung von Drogenmißbrauch und illegalem Rauschgifthandel).

Diese menschlichen Probleme stehen insbesondere bei jugendlichen Drogenabhängigen im Vordergrund. Der von Drogen verleitete Jugendliche hat eine labile, unreife, wenig strukturierte Persönlichkeit, was in direkter Verbindung mit einer nicht erhaltenen Erziehung steht. Die Mehrheit der Humanwissenschaftler betont seit Jahren immer wieder, daß die Gesellschaft die Jugend im Stich läßt, daß sie ihr keine Aufmerksamkeit und Achtung entgegenbringt und daß die Umgebung keineswegs alle notwendigen sozialen, kulturellen und religiösen Elemente für die Persönlichkeitsentfaltung des Jugendlichen bietet.

Wir leben in einer Welt, in der Kinder zu früh sich selbst überlassen werden. Man hofft so, ihr Streben nach Freiheit und Unabhängigkeit zu fördern, während sie auf die Dauer aber zerbrechlich werden, denn es wird ihnen nicht die Möglichkeit gegeben, sie während des Reifeprozesses auf die Erwachsenen oder die Gesellschaft zu stützen. Fehlt eine solche grundlegende Unterstützung, erreichen viele das Jugendalter ohne wirkliche innere Formung oder Struktur. Als Reaktion auf die scheinbar inhaltslose Welt angesichts einer aussichtslosen Zukunft für sie selbst versuchen einige, sich allem zum Trotz lebendig zu fühlen. Sie suchen nach Anhaltspunkten und unterhalten verschiedene Verhältnisse der Abhängigkeit mit anderen, mit verschiedenen Produkten oder mit gefährlichen Verhaltensweisen.

Die Eltern dieser Jugendlichen sind berechtigterweise besorgt und bemühen sich oft um

Hilfe, wenn sie mit dem konfrontiert werden, was sie für ein schweres Problem halten, da zumindest die psychische, ethische und geistige Reife ihrer Kinder beeinträchtigt. Kinder wie auch Jugendliche wissen nicht, wo ihre Grenzen liegen, insbesondere in einer Welt, in der die Meinung herrscht, daß alles möglich ist, und in der jeder macht, was er will. Die Eltern versuchen, ihre Kinder zu lehren, was annehmbar ist und was nicht, was gut ist und was schlecht. Oft haben sie den Eindruck, daß ihre Erziehung von den in der Gesellschaft kursierenden Überzeugungen und Vorstellungen geschwächt oder gar abgewertet wird.

Folglich empfinden die Eltern sich oft als Verlierer gegenüber ihren Kindern, besiegt von dem, was leider stärker zu sein scheint als sie im Chor der Einflüsse. Sie sind verwirrt, weil sie sich von der Gesellschaft nicht unterstützt fühlen. Sie wollen nicht, daß ihre Kinder von Drogen Gebrauch machen, während zugleich andere sich dafür einsetzen, den Handel und Gebrauch von Substanzen zu legalisieren, die Drogenabhängigkeit fördern.

Angesichts einer stets intensiveren Befürwortung der Legalisierung ist es notwendig, auf die eigentlichen Fragen einzugehen. Zahlreiche leider fehlgeschlagene Versuche sind diesbezüglich unternommen worden. Weiß man wirklich, warum der Drogenhandel legalisiert werden sollte? Haben wir tatsächlich noch die Absicht, Rauschgiftkonsum ernsthaft zu bekämpfen, oder haben wir bereits das Handtuch geworfen? Bequemen wir uns mit einfachen Lösungen und ergeben wir uns der Demagogie, oder versuchen wir wirklich vorzubeugen? Ist es vertretbar, eine Untergattung von Lebewesen auf subhumaner Ebene zu schaffen, wie es leider in jenen Städten zu beobachten ist, in denen Drogen frei verkauft werden? Hat man dem ausreichend Beachtung geschenkt, was Experten seit Jahren unermüdlich betonen, nämlich daß die Süchtigkeit nicht von den Drogen abhängt, sondern vielmehr von den Beweggründen, die den Men-

schen zum Rauschgiftkonsum veranlassen? Haben wir vergessen, daß, um zu leben, jeder in der Lage sein muß, einige wesentliche existentielle Fragen zu beantworten? Wird die Legalisierung der Drogen nicht lediglich dazu beitragen, dieses Versäumnis zu verfestigen?

Da die Drogenabhängigkeit unter Jugendlichen auf die Unzulänglichkeit unseres Erziehungssystems zurückzuführen ist, ist nicht zu sehen, auf welche Weise die Legalisierung solcher Substanzen die Jugendlichen zu einer verantwortungsvolleren Einstellung veranlassen und ihnen vor allem helfen könnte, zu erkennen, was sie mit Hilfe dieser Substanzen erlangen wollen.

Durch die Legalisierung der Drogen laufen wir Gefahr, das Gegenteil von dem zu erreichen, was wir anstreben. Was legal ist, wird leicht als normal und schließlich auch als moralisch vertretbar betrachtet. Durch die Freigabe von Drogen werden nicht die Substanzen als solche legitimiert, sondern vielmehr die Ursachen des Rauschgiftkonsums. Nun wird niemand bestreiten wollen, daß der Gebrauch von Drogen ein Übel ist. Es spielt keine Rolle, ob sie auf illegale Weise erworben oder vom Staat verteilt werden: Sie sind in jedem Fall zerstörend für den Menschen.

Im übrigen würde man sich von dem Augenblick an, wo das Gesetz dieses Verhalten als normal anerkennt, fragen, wie der Staat angesichts der Risiken einer solchen Legalisierung seiner Erziehungs- und Fürsorgepflicht gegenüber süchtigen Personen nachkommen will. Hierin besteht ein weiterer Widerspruch der heutigen Welt, die ein Phänomen banalisiert und dann versucht, dessen negative Auswirkungen zu behandeln.

Auch die sozialen Auswirkungen der Drogenfreigabe müssen berücksichtigt werden. Wird man die Zunahme der Kriminalität, der mit Drogenabhängigkeit verbundenen Krankheiten und der Verkehrsunfälle objektiv prüfen, deren Ursache auf den problemlosen auf den problemlosen Zugang zu Rauschmitteln

zurückzuführen ist? Sind wir bereit, uns auf beruflicher Ebene süchtigen Personen anzuvertrauen? Soll man ihnen einen sicheren Arbeitsplatz bieten? Verfügt der Staat außerdem wirklich über die finanziellen Mittel und das notwendige Personal, um das wachsende Gesundheitsproblem bewältigen zu können, das unweigerlich mit der Liberalisierung von Drogen verbunden wäre?

In Anbetracht dieser Fragen hat der Staat vor allem die Pflicht, das Gemeinwohl zu fördern. Das setzt voraus, daß er die Rechte, die Stabilität und die Einheit der Familie schützt. Mit der Jugend zerstören die Drogen auch die Familie: die heutige wie auch die zukünftige. Wenn diese grundlegende Urzelle der menschlichen Gesellschaft bedroht wird, ist zugleich die gesamte Gesellschaft betroffen. Wie der Päpstliche Rat für die Familie unterstreicht, ist Drogenabhängigkeit teilweise für die Schwächung der Familie, die Zerstörung des Heims verantwortlich: „Der Drogenabhängige kommt häufig aus einer Familie, die nicht auf den Streß zu reagieren versteht, da sie instabil, unvollkommen oder geteilt ist“; „die Erfahrung der Drogenexperten (zeigt) einhellig, daß das (...) Modell der Familie, gegründet auf „der wahren Liebe, die zwischen den Verheirateten einzigartig, treu und unauflöslich ist“,...“der Punkt ist, auf den jede Art von Vorbeugung und Wiedereingliederung des betroffenen Individuums in die Gesellschaft sich beziehen muß“.

So gewährleistet der Staat einerseits das Gemeinwohl, andererseits hat er aber auch die Aufgabe, über das Wohl der einzelnen Bürger zu wachen. Die staatliche Unterstützung der Bürger muß den Grundsätzen der Gerechtigkeit und der Subsidiarität entsprechen, d.h. sie muß vor allem die Schwächsten und Ärmsten der Gesellschaft verteidigen - auch gegen den Staat selbst. Der Staat hat demnach nicht das Recht, von seiner Pflicht zurückzutreten, diejenigen zu schützen, die noch keine innere Reife erlangt haben und

somit potentielle Opfer der Drogen sind. Wenn der Staat ferner eine konsequente und mutige Einstellung dem Drogenproblem gegenüber einnimmt oder beibehält und gegen den Gebrauch von Suchtmitteln, jede Art von Suchtmitteln, vorgeht, dann wird diese Haltung gleichzeitig auch dem Kampf gegen Alkohol- und Tabakwarenmißbrauch förderlich sein.

Die Kirche möchte auf die Kehrseite dieses Phänomens hinweisen und die Tatsache betonen, daß es bei der Legalisierung des Handels und Konsums von Suchtmitteln um das Schicksal von Menschen geht. Das Leben von einigen wird angeschlagen, verletzt sein, während andere - vielleicht ohne wirklich süchtig zu werden - ihre Jugendzeit zerstören und nicht in der Lage sind, ihre eigentlichen Fähigkeiten zu entwickeln. Man kann nicht auf Kosten der Menschen Erfahrungen machen. Das zur Drogenabhängigkeit führende Verhalten kann sich nicht bessern, wenn die Substanzen, die eben dieses Verhalten fördern, frei zur Verfügung stehen.

Im Gegenteil ist, wie auch der Heilige Vater betonte, „die Befreiung von diesem sklavischen Zwang möglich“ mit Methoden, beruhend auf Annahme, Anerkennung, Erziehung zur Freiheit und auf Liebe, wie „konkret bewiesen“ wurde, ... „und es ist bezeichnend, daß das mit Methoden erfolgte, die jedes Zugeständnis im Hinblick auf den Konsum von Drogen als Ersatz, ob legal oder illegal, rigoros ausschließen“, ganz gleich, ob es sich um Rauschgift als solches oder um ein Surrogat handelt. Papst JOHANNES PAUL II. fügte dann hinzu: „Die Droge läßt sich nicht durch die Droge besiegen“ (Ansprache an die Teilnehmer des 8. Weltkongresses der therapeutischen Gemeinschaften, Castelgandolfo, 7. September 1984).

Angesichts des Drogenproblems sind verschiedene, durchaus zu rechtfertigende Einstellungen möglich. Doch wäre einer Politik der einfachen „Beschränkung“ oder „Minde-

„Entwicklung“ des Schadens unter Hinnahme der Tatsache, daß ein Teil der Bevölkerung von Drogen Gebrauch macht und seiner Zerstörung entgegengeht, nicht eine wirklich vorbeugende Politik vorzuziehen, deren Ziel der Aufbau -

oder Wiederaufbau - einer „Kultur des Lebens“ in diesem „Randbereich“ unserer Leistungskultur ist?

(Ausschnittsweise Wiedergabe der Stellungnahme, Orig. ital. in O.R. 22.1.1997)

FOCUS

Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung

Notburga AUNER

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arzt-Patient-Beziehung hat sich in der letzten Zeit stark gewandelt. Während früher ein paternalistisches Modell diese Beziehung strukturierte, stehen sich heute Arzt und Patient in einem partnerschaftlichen Vertragsmodell gegenüber. Dies führt auch zu einem Wandel der Kommunikationsmuster. Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung äußern sich vornehmlich in Störungen in der Kommunikation. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient erhält besondere Bedeutung, weil die ungleiche Informationsverteilung für den Patienten ein entscheidender Begrenzungsfaktor ist. Zur Stärkung des Vertrauens kommt der Kommunikation ein besonderer Stellenwert zu.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation, Vertrauen, Partnerschaftliches Modell, Paternalismus

ABSTRACT

The doctor-patient-relationship has undergone a strong change in recent times. At one time a paternalistical structured model existed in this relationship, whereas today the doctor and the patient saw themselves faced with a partnership-Agreement model. This led to a great change in the method of communicating. A breakdown in the doctor-patient-relationship is generally caused by disturbances in communications. The dialogue between doctor and patient is therefore now of special importance because an unequal exchange of information is a decisive detriment for the patient. Good communication is of great importance in strenghtening confidence.

keywords: doctor-patient-relationship, communication, confidence, partnership model, paternalism

Eine asymmetrische Beziehungsstruktur

Die Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten ist asymmetrisch. Ihre Rollen sind nicht austauschbar. Diese Asymmetrie wird durch drei wesentliche Strukturmerkmale, die für diese Beziehung konstitutiv sind, verdeutlicht:

1. Die *unterschiedliche Wissensverteilung* führt dazu, daß der Arzt in der Regel „theoretischer“ Experte, der Patient hingegen „Laie“ ist. Gerade dieser Wissensvorsprung des Arztes ist Anlaß dafür, daß der Patient bei ihm Hilfe sucht. In unserem Gesellschaftssystem gibt es zahlreiche Berufssparten, die auf demselben Prinzip basieren. Der Experte (Steuerberater, KFZ-Mechaniker, Rechtsanwalt) stellt sein Wissen gegen Entgelt in den Dienst eines anderen.
2. Die soziale Rollenverteilung bedingt, daß der Arzt über eine gesellschaftliche *Definitivonsmacht* verfügt (Diagnosestellung, Krankenschreibung, Recht zur Behandlung etc.). Den Patienten als Hilfesuchenden obliegt die Pflicht der Inanspruchnahme des Arztes und der Befolgung ärztlicher Anordnungen¹. Das Prestige, das mit dem Arztberuf verbunden ist, wurzelt zum Teil in dieser Tatsache.
3. Der Gegenstand der Beziehung ist die *Gesundheit*, besser gesagt, die mangelnde Gesundheit eines Kranken. Die Krankheit ist immer für den Patienten (selbst wenn dieser auch Arzt wäre) der Verlust eines persönlichen, ureigenen und intimen Gutes, das er wiederzuerlangen hofft. Krankheit impliziert also in gewisser Weise immer eine existentielle Bedrohung für den Patienten. Richtiges oder falsches Handeln des Arztes können daher über Leben und Tod des Patienten entscheiden, ohne daß der Arzt davon existentiell mitbetroffen wäre.

Es bedarf keiner weiteren Argumentation um zur Einsicht zu gelangen, daß die erwähnte Asymmetrie unabhängig von ihrer konkreten Strukturie-

rung konstitutiv ist. Damit ist aber nicht gesagt, daß die Asymmetrie immer gleichermaßen ausgeprägt ist. Die genannten Strukturmerkmale erhalten in den verschiedenen Beziehungsmodellen – paternalistisches oder partnerschaftliches Modell – unterschiedliches Gewicht. So z.B. ist in der partnerschaftlich konstituierten Beziehung die Rolle des Patienten aktiver, weil von ihm viel mehr Verantwortung übernommen wird als in einer paternalistischen Beziehung.

Der Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung: Paternalismus versus Selbstbestimmung

Diese Asymmetrie steht zumindest scheinbar in Konflikt mit der Gleichheit, jenem Wert, der seit der Aufklärung nach und nach in allen Gesellschaftsstrukturen Eingang gefunden hat. Darin mag einer der wichtigsten Gründe für den radikalen Wandel des Berufsbildes des Arztes, aber auch der Rolle des Patienten liegen. Der Grundsatz des Paternalismus – ärztliches Handeln zum Wohl des Patienten, notfalls auch ohne seinen Willen berücksichtigen zu müssen – muß dem höher eingeschätzten Selbstbestimmungsrecht des Patienten weichen. Jenem wird Autonomie und Kompetenz zugesprochen und von rechtlicher Seite auch abverlangt. Er soll alle ärztlichen Eingriffe hinterfragen und entscheiden, ob er ihnen auch zustimmen will. Der Kranke, meist medizinischer Laie, steht nunmehr im partnerschaftlichen Verhältnis zum Arzt, dessen Obsorge er sich anvertraut. Das Gespräch, der Dialog, ja ganz allgemein die Kommunikation, wird zu einem wichtigen Faktor und zwar nicht bloß im Sinne einer ärztlich fürsorgenden Begleitung, sondern als unabdingbares Mittel der Information. Ärztliches Handeln ist grundsätzlich an die Zustimmung des Kranken gebunden. Erst dadurch erhält der therapeutische Eingriff seine Legitimation.

Zieht man auch die zunehmende Verrechtlichung der Medizin und das Eindringen der

Medien in jenen intimen Bereich des Gesundheitswesens in Betracht, so wird deutlich, daß die heutige Begegnung zwischen Patient und Arzt nur mehr einige wenige Gemeinsamkeiten aufweist, wenn man den Vergleich zu früheren A-P-Beziehungen, etwa zum paternalistischen Familien-Hausarzt oder zur diktatorisch-unnahbaren Professorenautorität in einer Klinik, zieht. Im wesentlichen handelt es sich heute wie damals um Kranke, die der Hilfe und Obsorge des Arztes bedürfen. Hierin liegt das ursprüngliche Grundmotiv der Beziehung. Die große Herausforderung liegt demnach in der geforderten Neuformulierung dieses Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Unnötiger Balast, unzeitgemäß gewordene Relikte anderer Epochen können und müssen dabei abgeworfen werden. Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahre, vor allem in Nord-Amerika, bekommt man den nachhaltigen Eindruck, daß die Tendenz dahingeht, eher zu viel über Bord zu werfen. Es scheint sich vor allem die Ansicht durchzusetzen, daß das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung nicht so wesentlich ist und daß es durch richtig juristisch abgesicherte Kontroll- und Haftungsregelungen ersetzt werden kann. Darf man auf das Vertrauen wirklich verzichten?

Das Vertrauen als Wesenselement in einer funktionsfähigen Arzt-Patient-Beziehung

Ärztliches Handeln berührt stets die Grundlagen der biologischen Existenz des Kranken. Dem menschlichen Handeln allgemein kommt es zu, einmalig und unwiderrufbar zu sein. Eine bereits vollzogene Handlung kann nicht mehr ungeschehen gemacht werden. Man kann sie bereuen oder versuchen, die Folgen zu modifizieren, es gibt strenggenommen aber kein Zurück in den vorigen Stand². Das Vertrauen ist schon deshalb ein Wesenselement, weil es in der Beziehung um ein so kostbares und inkommensurables Gut geht, dessen Schädigung in den meisten Fällen nur schwer wieder gutzumachen ist.

Ärztliches Handeln zeichnet sich außerdem durch die Nicht-Garantierbarkeit des intendierten Erfolges aus. Zwischen dem angestrebten Ziel und den realen Folgen eines Eingriffes besteht eine Diskrepanz, die immer Unsicherheit beinhaltet. Selbst bei sorgfältigem Planen und Ausführen kann das Unvorhersehbare eintreten und damit das Gelingen ausbleiben. Führt man sich wiederum vor Augen, daß der inkommensurable Wert der Gesundheit das Ziel ist, so wird klar, daß unter diesen Umständen immer eine gewisse Spannung verbleibt. Das Vertrauen des Patienten vermag diese Restspannung zu überbrücken.

Das Vertrauen selbst ist ja wesentlich am Gelingen einer Therapie beteiligt, denn nur der vertrauende Patient wird den Anweisungen des Arztes folgen. Ein ständig hinterfragender, mündiger Patient torpediert dagegen die heilende Tätigkeit des Arztes bis zu ihrer vollständigen Behinderung. Der Patient befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis. Je nach Krankheit wird dieses kleiner oder größer sein, in jedem Fall aber muß er dem Arzt vertrauen können, daß sich dieser loyal seiner Bedürftigkeit und Schwäche gegenüber verhalten wird. Lange Zeit hindurch wurde eine solche Loyalität zweifelsfrei vorausgesetzt. Die hierarchisch organisierte Gesellschaft hatte beim paternalistischen Modell dem Arzt und dem Patienten ihre Rollen zugewiesen, außerdem waren die Werte von oben nach unten vorgegeben. In der Anpassung lag zum Teil tatsächlich das Glück des einzelnen. Wer darauf vertraute, daß das System gut ist, bekam, was es versprach. Vertrauen wird zur Voraussetzung der Systemkonformität und damit der systemkonformen Zufriedenheit. Das Vertrauen war in diesem Modell gleichsam systeminduziert.³

In einer pluralistischen und egalitären Gesellschaft werden die Werte nicht vorgegeben, sondern jedem wird das Recht eingeräumt, sich frei für eigene Werte zu entscheiden. Für das Zusammenleben ist daher ein Konsens über die

Rahmenbedingungen und Wertvorstellungen sowie ein Ausgleich von Interessen erforderlich. Dem Arzt steht es nicht zu, festzulegen und für den anderen zu entscheiden, was gut oder schlecht wäre, was diesem gut täte oder schade, ohne dadurch dessen Selbstbestimmungsrecht zu übergehen. Nur das partnerschaftliche Modell kann in dieser Lage durch Interessensausgleich und Wertediskussion zur einvernehmlichen Entscheidung führen. Bei der Gestaltung dieses Modells kann man aber nicht umhin, den wesentlichen Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung Rechnung zu tragen. Darunter fallen die Vorgaben der Asymmetrie, aber auch die Vertrauensbasis. Was vom paternalistischen Modell gesagt werden konnte, trifft auf das partnerschaftliche nicht mehr zu. In letzterem ist das Vertrauen nicht systeminduziert. Es muß daher in jeder Beziehung von neuem gewonnen, beziehungsweise geschenkt werden. Die überregulierende Gesetzgebung und die Organisation des Gesundheitswesens (Massenmedizin) wirken sich auf die Arzt-Patient-Beziehung eher vertrauensschwächend aus. Es ist ja ohneweiters zu unterstreichen, daß besonders im partnerschaftlichen Modell Vorsicht und Klugheit walten müssen, wenn es darum geht, einen so hohen Wert wie das eigene Leben den Händen eines anderen zu überlassen. Ohne Vertrauen aber kann eine Arzt-Patient-Beziehung mit Sicherheit nicht gelingen. Es räumt dem Arzt den notwendigen Handlungsspielraum ein, ohne den er nur schwer agieren kann und er könnte nicht im gebührenden Maße dem Patienteninteresse nachkommen.

Der gesetzliche Sicherheitsrahmen soll Schutz für Patienten und gleichfalls für die Ärzte darstellen. Dennoch ersetzt er nicht das Vertrauen. Dieses kann, streng genommen, auch nicht einfach gefordert werden. Vertrauen muß gewonnen und immer wieder neu bestätigt werden. Das ist eine große Herausforderung für den Arzt, wenn sich ihm ein Kranker anvertraut. Ein möglicher Vertrauensvorschuß

darf keineswegs zu Fahrlässigkeit oder Oberflächlichkeit verleiten.

Vertrauen und Kommunikation

Zur Stärkung des Vertrauens in der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung kommt der Kommunikation ein besonderer Stellenwert zu. Die vom paternalistischen Modell übernommenen Kommunikationsmuster, bei denen sich der Arzt aus einer übergestellten Position dem Patienten zuwandte, sind heute meistens kontraproduktiv. Ein solches Verhalten würde im heutigen partnerschaftlichen Modell als arrogant und provokant empfunden und den eventuell noch vorhandenen Vertrauensvorschuß zunichte machen. Es genüge nicht, wenn sich ein verunsicherter Arzt, der sich im partnerschaftlichen Kommunikationsstil nicht zurechtfindet, auf die reine Sachebene der Beziehung zurückziehen würde. Daraus entstünden erneut wieder Störungen, denn „der Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit ist nicht die Krankheit in abstractum, sondern der kranke Mensch; es ist demnach nicht hinreichend nur die Krankheit zu kennen und zu behandeln, sondern auch der Mensch als solcher will auf seine besondere Weise behandelt werden“.⁴

Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung äußern sich vornehmlich in Störungen in der Kommunikation. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient erhält besondere Bedeutung, wenn man sich vor Augen führt, daß gerade die ungleiche Informationsverteilung für den Patienten einen entscheidenden Begrenzungsfaktor darstellt. Damit der Kranke zur geplanten Behandlung seine Zustimmung geben kann, wird der Dialog nicht nur von rechtlicher Seite eingefordert. Es wäre vorstellbar, daß in Zukunft die Ärzte mehr und mehr ihre Informationspflicht mittels Aufklärungsbögen o.ä. erfüllen. Die an manchen Orten schon gängige Praxis hat sicherlich auch ihre Vorteile. Das eigentli-

che Defizit besteht aber nicht in einer fachlich unkorrekten, oder nicht bis ins Detail gehenden Aufklärung.

Soziologische und sprachwissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß von der Patientenseite aus gesehen der Arzt zu wenig oder unverständlich spricht. Er verstehe es zu wenig, auf die Fragen einzugehen, die den Patienten am brennendsten interessieren. Die Schwerpunkte, die der Arzt im Gespräch festlegt, scheinen oftmals nicht patientenrelevant zu sein. Das heißt, es wird aneinander vorbeigeredet. Für den Patienten ist es zumindest vorerst wenig ausschlaggebend, wie die histologische Diagnose lautet, oder wieviel Prozent statistisch gesehen die Heilungsaussichten sind. Er will wissen, was sich in seinem Leben ändert, er erwartet vom Arzt eine „Übersetzung“ der Fachausdruck-Diagnose in seine konkreten Lebensumstände. Besondere Informationsdefizite konnten beispielsweise bei hospitalisierten Patienten beobachtet werden.⁵

Das Gespräch gehört zur Grundausrüstung medizinischen Tuns, es ist ärztliches Instrument. Dagegen darf nicht, wie sonst oft argumentiert wird, eingewendet werden, daß es an Zeit fehlt, um dieses Gespräch zu führen. Meistens ist es keine Frage von Zeit, sondern eher eine Frage der Zeiteinteilung und darüberhinaus der Bereitschaft und Fähigkeit zur richtigen Gesprächsführung.

Kommunikationspsychologischer Exkurs

In der Folge sollen nun einige Grundsätze der Kommunikationspsychologie kurz angerissen werden, um die Bedeutung der Kommunikation zur Gewinnung, Erhaltung und Stärkung des Vertrauens in der Arzt-Patient-Beziehung zu verdeutlichen. Eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema ersetzen sie freilich nicht. Grundsätzlich ist jede Art menschlicher Kommunikation mehrschichtig. Ange-

regt durch P.WAZLAWICK und BÜHLER hat F.SCHULZ VON THUN vier Aspekte ausgearbeitet, die anhand einer Aussage analysiert werden können⁷. Primär finden wir den Sachaspekt. Darüber hinaus gibt der Beziehungsaspekt Aufschluß über die Art der Einstellung zum Mitmenschen, der angesprochen wurde. Die Nachricht läßt aber auch Einblick in die Persönlichkeit des „Senders“ zu – der Selbstoffenbarungsaspekt. Nicht zuletzt hat jede Nachricht auch Appellfunktion: Wenn einer etwas von sich gibt, will er in der Regel auch etwas bewirken.

Zur Erläuterung sei ein Beispiel gebracht:⁸ Patient bei der Morgensvisite: „Ich habe immer noch starke Schmerzen“. Der Sachinhalt der Aussage ist klar und unmißverständlich: *ich habe starke Schmerzen*. Der Patient gibt einen Teil seines Inneren preis, das in etwa lauten könnte: *ich bin entmutigt, trotz Therapie noch immer keine Änderung*. Das ist der Selbstoffenbarungsaspekt. Was seine Beziehung zum Arzt angeht, so ist klar, daß er sich vom Arzt Hilfe erwartet: *Sie sind derjenige der mir helfen kann!* Der Appell der Nachricht ist nicht schwer zu erfassen: *Helfen Sie mir!*

Für den Arzt ist es wichtig, sich der Tatsache der Mehr-Dimensionalität einer Nachricht bewußt zu sein. In ein und derselben Nachricht

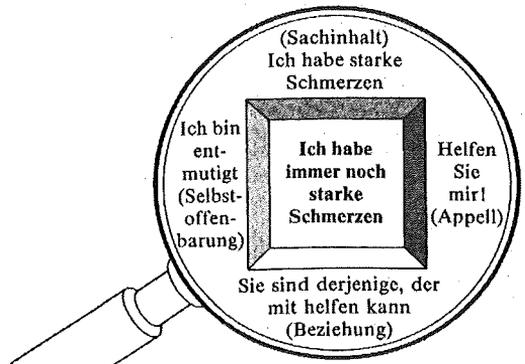


Bild1: Kommunikationspsychologische Betrachtung (modif. nach F. SCHULZ VON THUN), in L.GEISLER, „Arzt und Patient“ (S 68)

sind gleichzeitig mehrere Botschaften verschlüsselt. Das macht den Vorgang zwischenmenschlicher Kommunikation komplizierter und auch störanfällig. Wichtig ist, daß er die Fähigkeit entwickelt, die „Anatomie“ einer Nachricht richtig zu erfassen. F. SCHULZ VON THUN spricht vom „vierohrigen Empfänger“. Gerade der Arzt sollte geschult werden, auf allen vier Ohren zu hören. Je nach Situation muß dann entschieden werden, nach welcher Seite hin zu reagieren ist. Ein häufiger Fehler liegt darin, daß der Arzt vornehmlich auf der Sachebene verbleibt, und dabei die Selbstoffenbarungsaspekte von Patientenseite vernachlässigt oder nicht zu deuten versteht. Blendet er gewohnheitsmäßig diese Aspekte aus, dann wird keine wirkliche Kommunikation zustande kommen, weil er sich ausschließlich der Behandlung der „Krankheit“ und der Symptome widmet, während der Patient das Bedürfnis hat, als Kranker (Mensch) betreut zu werden. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird dadurch erschwert und kaum zustande kommen können.

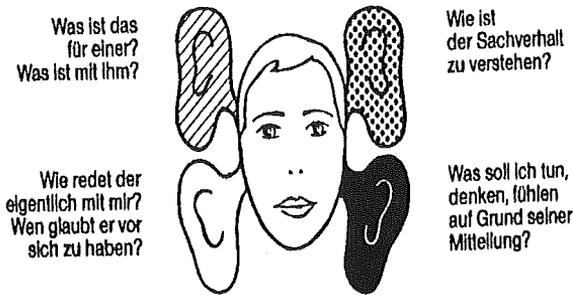


Bild 2: Der „vierohrige Empfänger“
in SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden 1“ (S 45)

Die non-verbale Nachrichtenanteile spielen auch eine Rolle in der Arzt-Patienten Kommunikation: Körperhaltung, Atemrhythmus, Mimik, Hautfarbe etc. dürfen dem Arzt nicht entgehen. Sie liefern wertvolle Hinweise, die in der Diagnosefindung und für das Gelingen der Therapie von Bedeutung sind. Da wir aber zunehmend in der Lage

sind, mit Hilfe der Technik exakte Daten zu erfassen, wird der klinischen Untersuchung und der Anamneseerhebung immer weniger Bedeutung beigemessen. Es zeichnet sich der Verlust einer Seite ärztlicher Kunst ab, nämlich die Diagnostik unter Bezugnahme der Daten, die der „klinische Blick“ liefert. Nicht unterschätzt werden darf die klinische Untersuchung des Patienten gerade auch im Hinblick auf die Beziehung zum Arzt. Sie beinhaltet eine starke non-verbale kommunikative Komponente: der Patient fühlt sich ernstgenommen.

Eine Grundvoraussetzung für die geglückte Kommunikation ist das „aktive Zuhören“⁹. Dieses entsteht durch eine „aufnahmebereite Zuwendung“ und verlangt vom Arzt, daß er neben dem 1) Interesse, auch 2) die Bereitschaft zum Zuhören, 3) die Fähigkeit zum Zuhören und 4) Aufmerksamkeit oder aktives Präsentsein mitbringt. Es ist wichtig, daß der Patient merkt, daß man ihm aufmerksam zuhört. Unterbrechungen von seiten des Arztes, „Nebenunterhaltungen“ mit anderen Personen, oder auch das intensive Durchlesen eines Befundes, während der Patient seine Beschwerden schildert oder Fragen zu formulieren versucht, vermögen kaum beim Kranken den Eindruck zu vermitteln, daß die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet ist. Die Gesprächstechnik des Spiegels kann in diesem Zusammenhang eine wertvolle Hilfe darstellen. Dabei versucht der Arzt dem Patienten gegenüber primär einmal das wiederzugeben, was er gehört und verstanden hat, bzw. glaubt verstanden zu haben. Er versucht in Worte zu fassen, was der Patient vielleicht nicht richtig auszudrücken in der Lage ist. Dabei stehen dem Arzt rein gesprächstechnisch drei Möglichkeiten offen: die wörtliche Wiederholung, das Paraphrasieren als ein Formulieren mit eigenen Worten, und das sogenannte Verbalisieren. Letzteres besagt, daß der Arzt bemüht ist, emotionale Erlebnisinhalte des Patienten in Worte zu fassen, und dadurch bewußt zu machen. Zur Erläuterung ein Bei-

spiel: Patient nach mehrfacher Chemotherapie: „Wenn das so weitergeht mache ich nicht mehr mit“. Arzt (paraphrasierend): „Sie wollen also die Behandlung abbrechen?“

Der Kranke soll durch das Gespräch mit dem Arzt zu allererst mehr Klarheit über seine eigene Erlebniswelt erlangen. Wenn er sich verstanden fühlt, ist bereits eine wichtige Voraussetzung für eine konstruktive Auseinandersetzung mit seiner Krankheit erreicht. Diese Vorgangsweise steht im Widerspruch zur häufig geübten Gesprächspraxis, in der der Arzt zu allererst mit Ratschlägen antwortet. Es wäre voreilig zu denken, daß das Spiegeln den ohnehin unter Zeitdruck stehenden Arzt noch zusätzlich belasten würde. Das beiderseitige Bewußtmachen und Verbalisieren des Patientenanliegens legt den Grundstein für die Verständlichkeit. In einfachen Mißverständnissen bis hin zum völligen Nicht-Verstehen liegt die Quelle für viele Kommunikationsstörungen, und zwar nicht bloß in der Arzt-Patientbeziehung.

In Kabarettstücken und Satiren wird gerne eine bestimmte Art des Kommunikationsstils der Ärzte, wie sie vornehmlich in Krankenhäusern vorkommt, parodiert. „Der Herzinfarkt auf Zimmer 7 braucht dringend ein Kontroll-EKG!“ Der scheinbar herzlose rauhe Umgangston, der von Seiten der betroffenen Patienten als verletzend und inhuman empfunden wird, kann auf ein interessantes psychologisches Phänomen zurückgeführt werden.¹⁰ Der professionelle Helfer muß, um seines seelischen Gleichgewichtes willen, ein rechtes Maß an Mitleid oder Anteilnahme finden, ohne in die Schicksale der anderen hineingezogen zu werden. Anderenfalls ist er nicht mehr in der Lage, wirksam zu helfen. In der Literatur wird auch im Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom vom distanzierten Engagement gesprochen. Was bei manchen Ärzten so abgestumpft und gleichgültig aussieht, erweist sich als innere Notwehr gegen das Elend, mit dem sie ständig konfrontiert sind.¹¹ Von kommunikationspsychologischer Seite wird empfohlen,

es an der nötigen inneren Abgrenzung nicht fehlen zu lassen. Paradoxerweise kann nämlich der innerlich Abgegrenzte den Notleidenden viel näher an sich heranlassen. Er hat die Voraussetzungen, eine empathische Haltung entstehen zu lassen und muß angesichts der Nöte des anderen nicht auf Abwehr schalten.

Sprachanalytische Studien über die Gesprächsverläufe zwischen Arzt und Patient zeigen mit ernüchternder Klarheit, wie mangelhaft die Technik der Gesprächsführung von den Ärzten beherrscht wird.¹² Es ist erwähnenswert, daß in einer Studie Medizinstudenten ihre eigene Unzufriedenheit mit der herrschenden kommunikativen Praxis herausstreichen. Sie sollten im Rahmen eines Praktikums mit Patienten Anamnesegespräche führen. Charakterliche Begabung oder prinzipielle Aufgeschlossenheit dem Patienten gegenüber reichen nicht aus. Der Umgangsstil mit den Patienten sollte bewußt erarbeitet und erlernt werden und soll nicht einfach dem Autodidakten überlassen bleiben.

Bei seiner Arbeit mit den Patienten bringt der Arzt auch seine Sinneswahrnehmung mit ein. Wie schon oben angedeutet, können ihm nonverbale Anteile der Kommunikation wichtige Daten liefern. Der Körper ist Ausdrucksform der Seele. Was der Mensch ist, ist er in und durch seinen Leib. Hier kann nun kein Exkurs über die Kinesik (Lehre über die Körpersprache) erfolgen, die an sich noch eine junge Wissenschaft ist, in der weite Bereiche der Forschung noch unerschlossen sind. Vorausgesetzt werden soll, daß man sich gerade auch im Umgang mit der Körpersprache vor Augen halten muß, daß körpersprachliche Aussagen grundsätzlich mehrdeutig sind und zuverlässige Interpretationen nur im Kontext einer verbalen Kommunikation möglich sind. Dennoch lohnt es sich, einige Überlegungen gerade während der Arzt-Patientengespräche präsent zu halten.

Verkrampfung und Angespanntheit sind im allgemeinen ein Hindernis für eine konstruktive Kommunikation. Aus der Art zu sitzen, der

Haltung der Arme und Beine, dem Gesichtsausdruck kann man gelegentlich förmlich ablese, daß jemand „verkrampft“ ist. Wer gespannt ist, wird aber nur schwer aufgeschlossene Informationen aufnehmen können¹³. Daher wird der Arzt versuchen müssen, eine geeignete Atmosphäre zu schaffen, in der eine „Entspannung“ möglich ist. Gelingt ihm das nicht, so muß er sich zumindest dessen bewußt sein, daß Ratschläge oder Erklärungen oftmals unter diesen Umständen ins Leere gehen. Der angespannte, nervöse Patient kann sie nicht erfassen. Man kann ihm einen neuen Gesprächstermin anbieten oder eine schriftliche Erklärung in die Hand drücken, falls dies ratsam erscheint, oder eine andere Form finden, um sich zu vergewissern, daß die Information auch „angekommen“ ist.

Die Hände, der Mund, die Augen sind starke Ausdrucksmedien unserer Innerlichkeit. Die Körpersprache macht einen Gutteil unserer Kommunikation aus, allerdings ist uns dies kaum bewußt. Da hier nicht ausführlicher ausgehört werden kann, sei auf die einschlägige Literatur hingewiesen, aus der der Arzt mit Sicherheit abschlußreiche Informationen erhalten wird.

Es ist nicht unbedeutend festzuhalten, daß meistens von seiten der Patienten ein Kommunikationsmangel als Beziehungsstörung und Vertrauensbeeinträchtigung empfunden wird.¹⁴ In der Apparatenmedizin ist der Arzt zunehmend weniger auf die Mitteilung des Patienten, als auf Befunde und die Informationen des Pflegepersonal angewiesen. Eine Medizin, die die Krankheit und nicht den kranken Menschen als ihren Gegenstand ansehen würde, könnte auf den Dialog mit dem Patienten verzichten oder ihn dem Pflegepersonal überlassen. Dies wird in der Praxis natürlich zu vermeiden versucht und jedenfalls nicht beabsichtigt, aber gewisse Sachzwänge in der Organisation des Gesundheitswesens verleiten allzuoft dazu, diesen notwendigen Dialog auf das für den Patienten zuträglichste Maß einzuschränken. Der Arzt, der auf der rein medizinischsachlichen Ebene seiner Sorg-

faltspflicht nachkommt, empfindet das nicht als gravierendes Manko. Ihm erscheint es fürs erste nicht einsichtig, daß sein Verhalten beziehungsstörend und vertrauensbeeinträchtigend sein kann, und er ist versucht, mögliche Mißverständnisse der Inkompetenz des Patienten in medizinischen Fragen zuzuschreiben und so abzutun.

Kommunikationsstörungen als Symptom

All das Gesagte darf keinesfalls nun zum Schluß verleiten, eine geglückte Arzt-Patient-Beziehung wäre die Folge der richtigen Technik und deren Effizienz läge im Beherrschen der Kommunikationspsychologie. Das ärztliche Handeln ist viel zu komplex und vielschichtig, als daß es auf Anleitung hin erlernbar wäre. All die Anweisungen und Regeln für eine Verbesserung in der Gesprächsführung müssen in den Gesamtkontext der Wertvorstellungen gestellt werden, die bei der ärztlichen Tätigkeit realisiert werden. Diese reicht ja weit über eine gelungene Kommunikation hinaus. Wie im paternalistischen Beziehungsmodell, so ist auch bei der partnerschaftlichen Begegnung des Arztes zum Patienten dessen Wohl zentraler Bezugspunkt. Diese Zielvorgabe gilt nicht nur der Medizin im allgemeinen, sondern ist vornehmlich im konkreten ärztlichen Tun präsent.

Oben wurde gesagt, daß die Störung der Beziehung sich in der Störung der Kommunikation äußert. Meistens liegen die Wurzeln tiefer. Jede Beziehung besteht aus zwei Elementen: aus der Kommunikation einerseits, die das „Leben“ der Beziehung ausmacht, und der Struktur andererseits, die das Tragende der Beziehung ist. Wie bereits dargelegt, kann die Arzt-Patient-Beziehung idealtypisch paternalistisch oder partnerschaftlich strukturiert werden.¹⁵ Man wird kaum beweisen können, daß der eine Typ besser als der andere ist. Man kann auf jeden Fall davon ausgehen, daß beide Modelle in-

nerhalb ihres eigenen kulturellen Umfeldes gut und richtig funktionieren können. Die Beziehung ist aber gestört, wenn die Kommunikation nicht richtig funktioniert, wobei die Ursache häufig in einer unterschiedlichen Strukturauffassung zu suchen ist. Dieser Fall tritt ein, wenn zwischen Patient und Arzt ungeklärte Auffassungsunterschiede der jeweiligen Rollenverteilung bestehen. Z.B. wenn der Arzt eher zu einem paternalistischen Verhalten tendiert, während sich der Patient zur Selbstbestimmung bekennt. Das Streben nach einer besseren Kommunikation allein würde in einem solchen Fall reiner Symptomtherapie gleichkommen, aber keine Heilung der Ursache bewirken können.

Eine Reduktion der Problematik auf die Kommunikation führt in letzter Konsequenz zur absurden Forderung, der Arzt solle möglichst eine Schauspielerausbildung erhalten, um befähigt zu werden, eine geordnete und harmonische Arzt-Patient-Beziehung zu inszenieren. Die Beherrschung der besten Technik nützt auch nichts, wenn es an Bereitschaft fehlt, diese Beziehung so zu gestalten, daß sie der Würde des Menschen entspricht. Diese Bereitschaft ist eine ethische Frage, die vom Menschenbild und vom Ethos des Arztes abhängt. Mit anderen Worten: zwischenmenschliche Kommunikation ist die treibende Kraft in einer Beziehung, die allerdings eine „menschenswürdige“ Struktur aufweisen muß. Die paternalistische A-P-Beziehung hat natürlich eine andere Struktur als die partnerschaftliche, und daher läuft in beiden Beziehungsmodellen die Kommunikation nach ganz anderen Gesetzen ab. Beide Strukturen können jedoch der Menschenwürde gerecht werden, obwohl sie an die Partner unterschiedliche kommunikative Anforderungen stellen. Wenn also der Arzt in einer prinzipiell partnerschaftlich strukturierten

Beziehung Kommunikationsmuster pflegt, die für das paternalistische Modell charakteristisch sind, wird es wahrscheinlich nicht lange dauern, bis die A-P-Beziehung gestört ist. Nicht durch ein Kommunikationstraining kann die Lösung herbeigeführt werden, hier muß eine Beziehungsklärung auf der Ebene der Struktur stattfinden.

Referenzen

1. SIEGRIST J., „Medizinische Soziologie“, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 5. Auflage (1995), S 244
2. WIELAND W., „Strukturtypen ärztlichen Handelns“, in SASS H.M. (Hrsg.) „Medizin und Ethik“, Reclam (1989), Stuttgart, S77f.
3. PRAT H.E., „Vertrauen versus Kontrolle in der Arzt-Patient-Beziehung“ in MAYER-MALY T., PRAT H.E. (Hrsg.), „Aufklärungspflicht und Haftung“, erscheint 1997 im Springer-Verlag Wien
4. SCHIPPERGES H., „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a. M. (1988) S 13, Zitat von G.F.C. GREINER (1809)
5. SIEGRIST J., „Medizinische Soziologie“, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 5. Auflage (1995), S249
6. GEISLER L., „Arzt und Patient- Begegnung im Gespräch“ Pharma Verlag Frankfurt, 3. Auflage, (1992), S46ff
7. SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden“, Rowohlt (1981), S25ff
8. GEISLER L., „Arzt und Patient- Begegnung im Gespräch“ Pharma Verlag Frankfurt, 3. Auflage, (1992), S65ff
9. wie 6, S65ff
10. SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden 2“, Rowohlt (1989), S91
11. wie 10, S89ff
12. z.B. LALOUSCHEK J., „I bin wegen einer Colitis ulcerosa hier. Oder Wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en miteinander sprechen lernen“. In Wiener Linguistische Gazette 47/1993. Ander Studien siehe SIEGRIST J., S251
13. MOLCHO S., „Körpersprache“, Goldmann Verlag, 1996, S46ff
14. COUSINS, N.: „How Patients Appraise Physicians“, NEJM 28 (1985), 1422-1424
15. WOLFF, H.P.: „Arzt und Patient“ in SASS H.M. (Hrsg.), „Medizin und Ethik“, Reclam Stuttgart (1989), S205ff

SCHWERPUNKT ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

**Das Arzt-Patienten-Verhältnis:
Vertrauensbeziehung und Rechtsverhältnis**

Michael MEMMER

ZUSAMMENFASSUNG

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird heute zunehmend auch als Rechtsbeziehung diskutiert. Der Autor zeigt am Beispiel der ärztlichen Aufklärungspflicht und am Beispiel der Patientenverfügung, daß rechtliche Regelungen das Vertrauen zwischen Arzt und Patient stabilisieren, ja sogar verbessern können.

Schlüsselwörter: Medizinrecht, Behandlungsvertrag, ärztliche Aufklärungspflicht, Patientenverfügungen, Vertrauensstabilisierung

ABSTRACT

The personal confidence of doctors and patients is more and more discussed as a legal relationship. Describing the doctor's duty of information and advance directives the author demonstrates that confidence of doctors and patients is stabilized or can even be improved by legal provisions.

keywords: medical law, contract of treatment, doctor's duty of information, advance directives, stabilization of confidence

Medizin und Recht – Medizinrecht

Medizin und Recht waren und sind untrennbar miteinander verbunden¹. Ärztliche Tätigkeiten finden keineswegs in einem „rechtsfreien Raum“ statt, das ärztliche Handeln ist wie jedes andere Handeln auch in die Rechtsordnung eingebettet. Wir können heute aber eine zunehmende Verrechtlichung der Medizin feststellen; die Gründe sind mannigfaltig². Die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik, die neue Diagnose- und Therapieverfahren ermöglicht, läßt das Schutzbedürfnis wachsen – jenes des Patienten, der einer für ihn immer weniger durchschaubaren Medizin gegenübersteht, und jenes des Arztes, der angesichts wachsender Handlungsmöglichkeiten normativer Anleitungen etwa für den Haftungsfall bedarf. Die hochtechnisierte Medizin erfordert darüber hinaus eine zunehmende Spezialisierung des Arztes und eine Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung; Konflikte aus Kompetenzproblemen erfordern vorausschauend gesetzliche Regelungen. Diese Entwicklungen haben auch zu Veränderungen in der Organisation und der Finanzierung des Gesundheitswesens geführt. Die Setzung und Abstimmung von Behandlungsschritten (insbesondere im Krankenanstaltenbereich) sowie deren Finanzierung erfordern die rechtliche Deutung von Beziehungen. Die immer größeren Handlungsmöglichkeiten einerseits und die limitierten personellen und finanziellen Ressourcen andererseits machen Auswahlentscheidungen notwendig. Um gerechte Entscheidungen fällen zu können, müssen Kriterien gefunden und normiert werden. Ein wesentlicher Faktor ist schließlich das Patientenverhalten, das sich in den letzten Jahrzehnten sehr stark verändert hat. Durch zunehmende Informationen über Krankheiten, mögliche Therapien, Chancen und Risiken medizinischer Behandlungen ist die Autoritätsgläubigkeit des Kranken geschwunden; der Patient hat sich emanzipiert.

Bis vor nicht allzu langer Zeit stand das Arztrecht (als Summe jener Rechtsnormen, die den

Arzt und seine Berufstätigkeit betreffen) im Vordergrund. Ihm lag eine arztzentrierte Betrachtungsweise zugrunde, die den Patienten nicht als gleichgeordneten Partner des Behandlungsverhältnisses sah. Der moderne emanzipierte Patient betont hingegen sein Selbstbestimmungsrecht. Ausgelöst durch das veränderte Patientenverhalten steht dem „Arztrecht“ heute ein „Patientenrecht“ gegenüber. Patientenrechte wurden durch die KAG-Novelle 1993 in § 5a KAG aufgenommen; korrespondierende Patientenrechtskataloge finden sich in den Landesausführungsgesetzen. Thema der heutigen rechtswissenschaftlichen Forschung ist somit das Recht der Medizin bzw. des Gesundheitswesens.

Infolge dieser Entwicklung wandte sich die Jurisprudenz verstärkt dem Arzt-Patienten-Verhältnis zu. Das Bedürfnis nach rechtlicher Regelung kann das Verhältnis zwischen Mediziner und Patient nicht ausklammern. Die gegenwärtige Sensibilisierung für die Beziehung von Arzt und Patient ist also nicht zufällig; sie resultiert aus der Anhäufung von Konfliktpotential, aus dem Wandel der Medizin und dem Wandel des Patienten.

Der ärztliche Behandlungsvertrag

Das Vertrauensverhältnis von Mediziner und Patient wird heute auch als eine rechtliche Beziehung gesehen. Ein Beispiel für die enge Verzahnung von Medizin und Recht ist der Behandlungsvertrag³. Die Mehrzahl der Kranken, die einen Arzt aufsuchen und sich in seine Behandlung begeben, versteht den Umgang mit ihrem Arzt, besonders wenn er sich über längere Zeit erstreckt, als Vertrauensverhältnis. Der Patient erwartet eine medizinische Behandlung *lege artis*, die Mitteilung von Untersuchungs- und Behandlungsergebnissen, die Beachtung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht, die ordnungsgemäße Dokumentation usw. Der Arzt seinerseits erwartet die Bezahlung des Honorars, eine gewisse „Mitwirkung“ bei der Behandlung in

Form von Duldungs- und Auskunftspflichten. Den Beteiligten werden diese gegenseitigen Erwartungen bekannt sein, sie werden diese Rechte und Pflichten aufgrund einer *ratio naturalis* auch als solche akzeptieren. Mit der faktischen Inanspruchnahme bzw. Gewährung ärztlicher Hilfe streben die Parteien damit auch eine Reihe von Vertragsrechtsfolgen an.

Ein (zivilrechtlicher) Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient wird zumeist abgeschlossen, obwohl den Beteiligten der Vertragsabschluß mit seinen Konsequenzen nicht immer bis ins Detail bewußt ist. In der Regel wird der Vertrag nicht ausdrücklich, sondern konkludent – durch die faktische Behandlungsübernahme, die Vereinbarung eines Untersuchungs- oder Operationstermins oder die Aufnahme im Spital – zustandekommen. Der Behandlungsvertrag – sei es im Einzelfall ein freier Dienstvertrag, sei es ein Werkvertrag – ist ein Grundpfeiler der Arzt-Patienten-Beziehung, er bildet die rechtliche Basis des konkreten Behandlungsverhältnisses. Aus dem Behandlungsvertrag ergeben sich die wechselseitigen Rechte und Pflichten von Arzt und Patient, er bildet die Grundlage für Schadenersatzansprüche oder die Minimierung solcher, falls sich einer der beiden Vertragspartner nicht entsprechend seinen Pflichten verhält.

Die ärztliche Aufklärung

In den rapiden Fortschritten der Medizin und in dem damit verbundenen Zuwachs an ärztlichen Handlungsmöglichkeiten liegt ein wesentlicher Grund für die Präzisierung der Aufklärungspflichten, zu deren Erfüllung der Arzt gegenüber seinem Patienten verpflichtet ist. Die Entscheidung des Arztes muß für den Patienten nachvollziehbar sein, er muß deshalb seinem Patienten das Für und Wider einer therapeutischen Maßnahme vermitteln und gegebenenfalls auch andere Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Die Aufklärungspflicht des Arztes⁴ ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Sie ist aber auch in § 5a KAG (und den im wesentlichen wortgleichen Bestimmungen der Landeskrankenanstaltengesetze) und §§ 22, 22a ÄrzteG festgelegt. § 5a KAG (idF BGBl 1993/801) bestimmt in Abs 2 das Recht des Patienten auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken, wobei diese Informationen nach Abs 3 dem Patienten durch einen Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Weise zu geben sind. § 22a ÄrzteG (idF BGBl 1994/100) normiert die Dokumentationspflicht des Arztes, aus der eine Aufklärungspflicht abzuleiten ist. Der Ausschußbericht zu dieser Novelle des ÄrzteG selbst bezeichnet die Auskunftspflicht als „Patientenrecht auf Aufklärung“. § 22 Abs 1 ÄrzteG betont die Verantwortung des Arztes für das Wohl des Patienten; die Aufklärung muß deshalb so vorgenommen werden, daß dadurch das Befinden des Patienten nicht gefährdet wird. Materienspezifische Aufklärungspflichten finden sich weiters im Unterbringungsgesetz, im Fortpflanzungsmedizingesetz, im Arzneimittelgesetz (Aufklärung des Probanden), im AIDS-Gesetz und im Gentechnikgesetz. Der Gesetzgeber gibt Richtlinien vor; Zeitpunkt, Art und Inhalt der Aufklärung werden durch die Judikatur und die Lehre konkretisiert. Dieses Zusammenspiel von Gesetzgebung, Rechtsprechung und Lehre ermöglicht für jeden Fall eine sachgerechte Lösung. Die rechtliche Regelung ist nicht starr und unbeweglich, sie läßt dabei auch Raum für die ethische Verantwortung des Arztes⁵.

Die rechtliche Normierung des ärztlichen Handelns bedeutet einerseits gerichtliche Überprüfbarkeit und ein Sanktionsrisiko für den Arzt, es kann aber nicht darauf verzichtet werden. Ein Verzicht würde zu einer Schwächung der rechtlichen Position des Patienten führen. Darüber hinaus wird der Kranke auch Vertrauen zur Medizin und zu den Ärzten fassen, wenn er davon ausgehen kann, von jedem

Arzt bei derselben Sachlage nach denselben Grundsätzen aufgeklärt und behandelt zu werden. Klare Richtlinien liegen andererseits im Interesse des Arztes, da sie ihn vor unrechtmäßigen Patientenansprüchen schützen. Vieles bleibt auch in der modernen Medizin einschließlich ihrem technischen Fortschritt „Schicksal“. Hat der Arzt seine Aufklärungspflicht erfüllt und der Kranke in Kenntnis der Chancen und Risiken der Behandlung zugestimmt, kann der Patient ein verwirklichtes Risiko nicht auf den Arzt, der *lege artis* gehandelt hat, abschieben, sondern muß es als Schicksalsschlag bewältigen.

Patientenverfügungen („Patiententestament“)

Die Fortschritte der modernen Medizin und Medizintechnik haben im terminalen Stadium Behandlungsmöglichkeiten geschaffen, deren Einsatz bei vielen Menschen Unbehagen auslöst. Zugleich wirkt sich die durch die hochtechnisierte Medizin ausgelöste Arbeitsteilung nachteilig auf das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus; der Kranke fühlt sich zunehmend allein gelassen. Auch die Informationsmöglichkeiten haben zugenommen, immer mehr Menschen sehen die Probleme des Sterbens differenzierter. Sie wollen mehr Informationen, erfahren von Mißständen und fürchten einen qualvoll verlängerten Sterbeprozess. In einer Patientenverfügung (oftmals als „Patiententestament“ bezeichnet)⁶ hält der Verfasser fest, welche lebenserhaltenden Behandlungen er im Fall einer unmittelbar zum Tod führenden Krankheit oder Verletzung wünscht und/oder welche er ablehnt.

§ 10 Abs 1 Z 7 KAG (idF BGBl 1993/801) sieht vor, daß der Patient eine Vorausverfügung der Krankengeschichte beilegen dürfe. Damit hat der österreichische Gesetzgeber die Idee des Patiententestaments implizit anerkannt, ohne aber administrativ-prozedurale Gültigkeitserfor-

dernisse aufzustellen. In der Literatur ist nach wie vor umstritten, ob die Patientenverfügung nur Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen oder (absolut oder relativ) verbindlich ist. Der Unterschied zwischen beiden Meinungen liegt vornehmlich in der rechtlichen Konstruktion; die in der juristischen Literatur vertretenen Standpunkte gelangen weitestgehend zum gleichen Ergebnis. Wird das Patiententestament als Indiz gesehen, bildet eine entsprechende Vorausverfügung eine gewichtige und authentische Entscheidungshilfe für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Durch die Patientenverfügung wird nachprüfbar festgelegt, welche medizinischen Maßnahmen seinem Willen entsprechen und welche nicht. Der festgestellte mutmaßliche Patientenwille aber bindet den Arzt rechtlich ebenso wie der aktuell artikulierende Wille. Dies entspricht im Ergebnis jener Meinung, die dem Patiententestament eine unmittelbare rechtsverbindliche Wirkung zuerkennen will: Der Patient ist berechtigt, in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts schon vor der terminalen Situation seinen Willen zu erklären und den Arzt an die antizipierte Behandlungsanweisung zu binden. Eine Willensäußerung im Sinne eines Patiententestaments kann deshalb – unabhängig vom juristischen Standpunkt – von den behandelnden Ärzten nie außer Acht gelassen werden.

Durch die Patientenverfügung werden die Ängste und Sorgen des Patienten, daß gegen seine Vorstellungen zuviel oder zuwenig getan wird, verringert. Er weiß, daß sein Wille über den Verlust seiner Handlungsfähigkeit hinaus beachtet werden wird. Dieses Wissen, auf die Therapie doch noch Einfluß zu haben, wenn man ganz ausgeliefert erscheint, kann emotional entlastend sein. In gleicher Weise kann die Patientenverfügung den Angehörigen zu einem Zeitpunkt, wo oft viel Angst herrscht, die Unsicherheit nehmen, etwas nicht im Sinne eines handlungsunfähigen Sterbenden zu regeln.

Patientenverfügungen greifen nicht in die ärztliche Kompetenz und Verantwortung ein.

Die medizinische Beurteilung und Bewertung von Krankheit und Krankheitsverlauf, die Erstellung von Diagnose und Prognose obliegen ausschließlich dem Arzt. Er allein kann und muß feststellen, ob jener Fall vorliegt, den der nunmehr willensunfähige Patient durch seine Verfügung zulässigerweise geregelt hat oder in seiner allgemein gehaltenen Formulierung regeln wollte. Das Patiententestament bietet jedoch dem Arzt Hilfe bei der Entscheidung im Grenzbereich von Leben und Tod. Die Unterlassung bzw. Tätigkeit des Mediziners gründet sich auf den ihm bekannten Patientenwunsch und nicht auf den von ihm selbst festzustellenden hypothetischen Patientenwillen. Darüber hinaus erleichtert ein Patiententestament, dem im konkreten Einzelfall bindende Wirkung zuerkannt wird, den Ärzten die Befolgung des Patientenwillens, wenn sich die Angehörigen (aus welchen Gründen auch immer) den Wünschen des Patienten entgegenstellen. Der verbindliche Wille eines selbstbestimmungsfähigen Menschen sichert den Arzt gegen Vorwürfe von Angehörigen, er habe nicht das Äußerste versucht, um das verlöschende Leben noch für einige Zeit zu erhalten, oder gar einen Kunstfehler begangen. Die rechtliche Anerkennung des Patiententestaments dient damit sowohl einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung wie auch des Verhältnisses zwischen dem Arzt und den Angehörigen des Patienten.

Aufgaben des Medizinrechts

Recht hat die Aufgabe, Konflikte im menschlichen Zusammenleben zu vermeiden und zu schlichten. Es besteht aus Normen, die das menschliche Verhalten in der Gemeinschaft regeln. Recht hat somit eine Schutzfunktion, dient der Mißbrauchsabwehr, der Richtliniengebung und der Vertrauensstabilisierung. Das Recht muß Regeln anbieten, die dem Patienten (in einer Situation, die durch Hilflosigkeit, Streß, Ausgeliefertsein und Ohnmachts-

erfahrung einerseits, Technisierung und Entpersonalisierung der Medizin andererseits gekennzeichnet ist) das Gefühl geben, sich nicht schutzlos in die Hand eines anderen zu geben, nicht dem Arzt ausgeliefert zu sein. Und es muß den Rahmen schaffen, in dem der Arzt seine Tätigkeit zum Wohl des Patienten ausüben kann, ohne sich der Gefahr auszusetzen, in einen Schadenersatzprozeß gezogen zu werden uä. Das Medizinrecht hat die Aufgabe, das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten und dabei die verantwortliche Freiheit beider Partner zu gewährleisten.

Soweit es das Recht in der Medizin betrifft, ist die Vertrauensstabilisierung als vorrangige Aufgabe zu nennen⁷: Vertrauen kann der Patient nicht gewinnen, wenn er davon ausgehen muß, daß ärztliches Handeln ausschließlich der Alleinverantwortung des einzelnen Mediziners überlassen ist. Diese Wirkung des Rechts ist von eminenter Wichtigkeit für die Beziehung zwischen Arzt und Patient. In diesem Beitrag konnten nur einige ausgewählte Fragen dargestellt werden. Die Beispiele lassen sich beliebig fortsetzen: Einwilligung in die ärztliche Behandlung, ärztliche Schweigepflicht, Dokumentationspflicht, Organentnahme und Organtransplantation, Sterbehilfe uam.

Die notwendige rechtliche Kontrolle der Medizin darf indessen nicht zu einer vollständigen Organisation des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient führen. Unter der Dominanz einer (zu weit getriebenen) Verrechtlichung liefe der Arzt Gefahr, seine Pflichten vernachlässigen zu müssen; er würde zu einem außergeleiteten, immer weniger seinem ärztlichen Ethos als der außenstehenden Justiz verpflichteten Akteur⁸. Aus der zu stark verrechtlichten Medizin droht eine defensive Medizin zu werden, die aus juristischer Vorsicht etwa bei der Diagnose zu viel tut oder therapeutisch zu wenig wagt. Der Arzt ist bei seiner Tätigkeit darauf bedacht, nichts zu tun, was ihm einmal vor Gericht zum Vorwurf gemacht werden könnte. Eine zu starke Verrechtlichung führt zu einer unerwünschten Ver-

änderung der Handlungsmotivationen bzw. des ärztlichen Verhaltens: Der „außengeleitete“ Arzt sieht im Patienten nicht nur den Hilfesuchenden, sondern den möglichen Gegner im juristischen Streit. Er wird deshalb versuchen, sich in seinem Tätigkeitsfeld, das ohnehin von unausschaltbaren Risiken geprägt ist, juristisch so weit wie möglich abzusichern. Das wiederum kann nur heißen, daß er sich auf seine rechtlichen Pflichten und Ansprüche beschränkt. Dadurch wird das Verhältnis zum Patienten negativ beeinflusst, hier kann Vertrauen nicht mehr oder nur schwer entstehen. WILLINGER⁹ hat diese Gefahr am Beispiel der ärztlichen Aufklärung auf den Punkt gebracht: Eine zu weit getriebene Verrechtlichung bedeutet, daß der Arzt den Patienten über möglichst alle relevanten Umstände informiert und jede Einzelheit der Aufklärung dokumentarisch festhält oder durch Zeugen absichert. Eine in solcher Weise rigorose Aufklärung hat eher die Wirkung, daß der Patient verunsichert und vom nützlichen Eingriff abgehalten wird, anstatt ihn im Beschluß zu bestärken.

Eine zu starke Verrechtlichung führt zur Defensivmedizin. Gegen die Gefahr einer extrem verrechtlichten Medizin ist sowohl aus der Sicht des Arztes als auch aus der Sicht des Juristen anzukämpfen. Die extreme Verrechtlichung würde sich nachteilig für den Patienten auswirken; die Position des Kranken sollte aber gerade mit Hilfe des Rechts gefestigt werden. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist so zu gestalten, daß die Autonomie des Patienten im Rahmen seiner akzeptierten Abhängigkeit gestärkt wird. Die Stärkung einer solchen Patientenautonomie führt dann zu einer Festigung bzw. zu einer Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Die Verknüpfung von Medizin und Recht erlaubt abschließend in der Frage, wieviel Recht die Medizin im allgemeinen und das Arzt-Patienten-Verhältnis im besonderen brauchen, den Vergleich mit der Medizin: Der Arzt wird Medikamente einsetzen, wo sie benötigt werden, und er muß die richtige Dosis wählen.

Ein Zuwenig und ein Zuviel an Medikamenten sind dem Patienten nicht förderlich, vielleicht sogar schädlich. Auch der Jurist muß die richtige Dosis finden: Ein Zuwenig an rechtlichen Regelungen ist dem Vertrauensverhältnis ebenso abträglich wie ein Zuviel.

Referenzen

1. Siehe etwa SCHREIBER/RODEGRA, Die Entwicklung der Medizin im Einflußbereich juristischer Kategorien, in: JUNG/SCHREIBER (Hrsg), Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht (1981) 27; ESER, Beobachtungen zum „Weg der Forschung“ im Recht der Medizin. Eine Einleitung, in: ESER (Hrsg), Recht und Medizin (1990) 1; LAUFS, Arzt und Recht im Wandel der Zeit, MedR 1986, 163; MÜLLER-DIETZ, Rechtliche Regelung und therapeutische Bedürfnisse, in: JUNG/SCHREIBER (Hrsg), Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht (1981) 7.
2. MAZAL, Zum Verhältnis Arzt-Patient aus juristischer Sicht, in: KAMPITS (Hrsg), Medizin - Ethik - Recht (Zentrum für Ethik und Medizin, 1994) 107.
3. Zum Behandlungsvertrag siehe VÖLKL-TORGGLE, Die Rechtsnatur des ärztlichen Behandlungsvertrages in Österreich, JBl 1984, 72; F. BYDLINSKI, Verträge über ärztliche Leistungen, in: Kralik-Festschrift (1986) 345; ENGLJÄHRINGER, Ärztlicher Behandlungsvertrag, ÖJZ 1993, 488; ENGLJÄHRINGER, Ärztliche Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen (1996) 34 ff.
4. Den juristischen Aspekten haben sich zuletzt ENGLJÄHRINGER, Ärztliche Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen (1996), und RESCH, Zur Rechtsgrundlage der ärztlichen Aufklärungspflicht, RdM 1996, 170, gewidmet.
5. Siehe hierzu H. WILLINGER, Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht (1996).
6. MEMMER, Das Patiententestament, RdM 1997, 99, und Das Patiententestament im Alltag, RdM 1997, 167 (beide Beiträge mit weiteren Nachweisen); MEMMER, Patientenverfügungen im österreichischen Recht, WMW 1997, 135. Zu diesem Thema siehe auch MERAN, Patientenverfügungen aus ärztlicher Sicht, WMW 1997, 117; VIRT, Moralthelogische Überlegungen zu Patientenverfügungen, WMW 1997, 130.
7. ESER, Der Arzt im Spannungsverhältnis von Recht und Ethik, in: MARQUARD/SEIDLER/STAUDINGER (Hrsg), Ethische Probleme des ärztlichen Alltags (1988) 78 (101), bezeichnet dies als die wichtigste Funktion des Rechts im Verhältnis zwischen Arzt und Patient.
8. KUHLENDAHL, Ärztlicher Entscheidungsspielraum - Handlungszwänge, in: Bockelmann-Festschrift (1978) 465 (470).
9. H. WILLINGER, Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht (1996).

Über die Nöte von Arzt und Patient in der heutigen Zeit

Johannes B. TORELLÓ

ZUSAMMENFASSUNG

Das ärztliche Handeln sucht die Wiederherstellung der durch das Kranksein verlorenen Ganzheit innerhalb der leib-geistigen Person und deren Beziehung zum Mitmenschen und zur Welt. Krankheit und Gesundheit sind keine absoluten Phänomene und lassen sich nicht eindeutig sauber voneinander trennen. Das Kranksein kann die Entdeckung von Werten fördern etc., die der Gesunde nicht zu ahnen vermag. Das „Dulden“ einer Krankheit stellt die eigentliche und einmalige Leistung der Freiheit dar. Die Bildung des Arztes muß ihn dazu führen, den Kranken in seiner Ganzheit zu betreuen, damit jener befähigt wird, auch im Leiden seinen Lebenssinn zu erfassen.

Schlüsselwörter: Krankheit, Gesundheit, Reduktionismus, Sinnfindung, Bildung zum Arzt

ABSTRACT

The doctor's actions seek to restore the totality in the body-soul relationship of a person which was lost through illness and his relationships to fellow men and the world in general. Illness and health are not absolute phenomena in themselves and cannot be really separated from one another. Being ill can promote the discovery of values etc. which a healthy person can hardly imagin. Eduring or „tolerating“ an illness shows an proper and singular achievement of freedom. The formation of an ongoing medical doctor must lead him to taking care of an ill person in their totality in order for them to be able to also grasp a sence of life in their suffering.

keywords: illness, health, reductionism, sence of life, formation of medical doctors

DAS Verhältnis Kranker – Arzt ist seit PARACELsus im deutschen Sprachraum immer wieder Thema für Denkende und Feinfühlende unter den Medizinern und für Kranke aller Art mehr oder minder reflektiert und artikuliert worden. Denn dieses Verhältnis ist nicht nur ein ganz besonderes unter allen anderen zwischenmenschlichen Kommunikationen, sondern ein bedeutsamer Bestandteil des therapeutischen Vorgangs. Vor vielen Jahren hat Paracelsus bereits den Kern dieser Frage ausgesprochen, indem er, ohne mit der Wimper zu zucken, dieses „fachmännische“ Verhältnis mit dem lapidaren Satz gekennzeichnet hat: „Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe“. ¹ PARACELsus (bzw. Theophrastus Bombastus von HOHENHEIM, 1493-1541) schrieb weiter: „Im Herzen wächst der Arzt. – So wisset hierauf, daß ein Kranker Tag und Nacht seinem Arzt soll eingebildet (eingepägt) sein, und (er soll) ihn täglich vor Augen tragen, all sein Sinn und Gedanken in des Kranken Gesundheit stellen mit wohlbedachter Handlung“. ² Man muß also nicht unsere aus der phänomenologischen Revolution abgeleitete moderne anthropologische Medizin bemühen, um den interpersonalen Charakter der Arzt-Patient-Beziehung aufzudecken, d.h., daß es sich dabei um ein Verhältnis handelt, in dem zwei einmalige Subjekte aufeinander bezogen sind und als solche miteinander wirken. Heutige Mediziner wissen es – theoretisch –, die Patienten (immer auch „Agenten“) nur nebulös – trotz des als tiefst persönlich empfundenen Leidenserlebnisses.

Der Kranke ist immer ein Mensch in Not, der sich nicht helfen kann und eines besserwisenden Mitmenschen bedarf, um den „normalen“ Verlauf der eigenen Existenz wiederherstellen zu können. Die Unmittelbarkeit des sorgenden Einsatzes eines Menschen beim Mitmenschen wurde durch die Technik – so wird des öfteren behauptet – zerstört, denn die Person des Arztes verschwindet tatsächlich hinter seinen Apparaten und jene des Kranken kann von den Apparaten nicht wahrgenommen wer-

den. Es stimmt, aber Schuld sind eigentlich nicht die Apparate – sie stellen kostbare, bis dato unerreichbare Informationen zur Verfügung –, sondern das reduktive Denken, welches die Naturwissenschaft und deren Tochter – die Technik – (die nichts anderes können als rechnen und messen) „abergläubisch“ zu Lieferanten eines „Totalwissens“ erhoben hat, um die prophetischen Worte Karl JASPERS noch einmal zu gebrauchen. ³

Nicht nur der Arzt-Techniker, sondern auch dessen Klient (ethymologisch: „Wer Anlehnung gefunden hat“ oder schlicht juristisch: „Der Auftraggeber“) ⁴ betrachten den kranken Menschen als gestörten Apparat, dem andere Apparate zu Hilfe kommen sollen. Es ist die chartesianische Dichotomie des Menschen – ein extramundanes cogitierendes ego steht da gegenüber der Welt und dem Menschen als der res extensa –, die unsere „moderne“ Denkweise beherrscht und unserer Medizin zugrunde liegt. Gewiß ahnt der Kranke, daß er mehr als ein Organismus-Apparat ist, der in ihm leidet, aber er – wie alle anderen Zeitgenossen – neigt zum Reduktionismus und verlangt danach, bloß „repariert“ zu werden, und zwar genau und rasch. Er weiß noch nicht, daß die „post-moderne“ Kultur dem Reduktionismus das endgültige Ende dekretiert hat ⁵. Der Arzt sollte daher und in erster Linie Erzieher sein. Aufklärer im besten Sinne dieses Ausdrucks (Aufklärer über die Aufklärung). Aber er ist es – gemäß seiner Ausbildung – leider nicht.

Am ebenso hellen wie betäubenden Faschingdienstag des Jahres 1979 sprach der verehrte Nestor der medizinischen Wiener Schule, Karl FELLINGER, unverblümt darüber: „Eine Generation von Ärzten wächst heran, die den Titel Arzt, wie wir ihn verstehen, nicht mehr verdient. Sie sind wissenschaftliche Doktoren der Medizin mit allen Qualifikationen, aber keine Ärzte“. Und weiter: „Der Medizinstudent lernt nichts über Menschenführung und Kontakthaltung, deren der Kranke besonders bedarf. Ich hab' zwar gegen heftigen Wider-

stand ein Fach „medizinische Psychologie“ in den Studienplan reingezwängt, aber das ist zu wenig. Gelehrt bekommt der Student den Umgang mit den Kranken überhaupt nicht“⁶.

Auch Deutschland hat das Fach „Medizinische Psychologie“ im vorklinischen Medizin-Studium eingebaut, mit dem Ziel, „ein Verständnis für die psychische Verfassung des Patienten, für die eigene Situation des Arztes, für die Interaktionen zwischen Arzt und Patient... und allgemein für den verhaltenswissenschaftlichen Aspekt von Krankheit und Gesundheit“ zu erwerben... Aber gerade dieses von einem angehenden Arzt zu Leistende, das als „sozialer Lernprozeß“ gekennzeichnet wird, ist etwas, was weder im vorwissenschaftlichen noch im wissenschaftstheoretischen Sinne „gelernt“ werden kann. Hubertus TELLENBACH, der vor kurzem verstorbene ärztliche Direktor der Abteilung klinische Psychopathologie der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, kommentierte den erwähnten Lernzielkatalog trefflich und besorgt auf folgende Weise: „Ob und wie sich mir die „seelische Verfassung“ eines Patienten erschließt, wie meine „eigene Situation“ als Arzt ist, wie sich mir die so spezifische Form des Kommunikativen zwischen Arzt und Patient gestaltet: das wird im Entscheidenden von dem Wesensbild des Ärztlichen her entschieden, auf das hin ich mich erzogen und *gebildet* habe. Und wo am Ende von „Krankheit und Gesundheit“ die Rede ist – und gar von der ‘Bedeutung des Todes’ (!): da ist eine Ebene betreten, auf der die Frage nach der *Bildung zum Arzt* ganz bedrängend wird, weil sich nur in ihrem Horizont entdecken läßt, daß wir Jünger einer Medizin sind, die nicht weiß, was „Krankheit“ – noch weniger, was „Gesundheit“ – eigentlich ist, ganz zu schweigen vom ‘Tod’, dessen Grenzfallproblematik wir den Juristen heutzutage übereignen müssen“... „Daß unsere Medizin demnach auch nicht wissen kann, und in der Tat auch nicht weiß, was ‘heilen’ eigentlich sei, ist ganz konsequent. Das Therapieren unserer Medizin ist Einwirken in

das Gefüge von Ursache und Wirkung der auf Kausalität reduzierten Körpernatur. Dieses Einwirken macht die Glorie ihrer Erfolge; aber von ‘Heilen’ im Sinne der Wiederherstellung einer natürlichen Lebenssituation ist sie weit entfernt. Das hat seinen Grund darin, daß unsere Medizin nicht über eine originäre *Begründung verfügt*, aus der sie das Wesen von Krankheit und Gesundheit begreifen und sich als Heilkunde entfalten könnte. Dem heutigen Medizinstudium kann ein Student keine Erfahrung dessen entnehmen, von welchen Sinnstrukturen seine Beziehung zum Patienten geformt ist, kein Bewußtsein davon, wie er sich zu erziehen, zu arten, ja vielleicht auch umzuarten hat, um seinen Beruf, zu heilen, wirklich nach allen Seiten hin auszufüllen. Was fehlt, ist die Bildung einer Instanz, die, unter Verfügung über die „technè“ des Sachwissens, was ARISTOTELES „phronesis“ genannt hat, leistet: das besonnene Erkennen dessen, was aus der Kenntnis der jeweiligen Lebenssituation des Patienten und aus dem Wissen vom Wesen des Menschen her getan und verantwortet werden kann: das praktisch Beste zur Wiederherstellung jenes schon im Hippokratischen Werke so zentralen Gleichgewichts, das „Gesundheit“ heißt.⁷

Gesundheit und Krankheit

Es geht um das Gleichgewicht zwischen Leib und Geist, zwischen Ich und Mitmenschen und Welt, zwischen Zeit und Ewigkeit. PLATON hat es „Eudokia“ genannt, welche nicht nur individuelles Wohlbefinden heißt, sondern auch gute, gerechte, friedliche Beziehung zum Nächsten. Im Evangelium erklingt dieses Wort aus dem Mund der Engel, die die Geburt Christi – des Stifters des Lebenssinnes im definitiven Äon der Menschheit bejubeln –: Frieden den anthropois eudokios, den man sowohl als „Menschen guten Willens“ als auch als den „Menschen Seiner Gnade“ übersetzt hat⁸. Das

ist die „Gesundheit“: diese Harmonie, die von Oben herkommt, dieser Friede, der im Innersten des Einzelnen herrscht und den Nächsten umfängt, welcher der Würde entspricht, die jede Person – als Ebenbild Gottes und als von Christus geheilte – auszeichnet.

Das ärztliche Handeln intendiert immer die Wiederherstellung der durch das Kranksein verlorenen Ganzheit – innerhalb der leib-geistigen Person und deren Beziehungen zum Mitmenschen und zur Welt. Die Krankheit entzweit, sie ist da und sollte nicht sein, sie zerstört oder wenigstens schwächt die Kommunikation, und daher wird sie immer als Unerwünschtes, Schädliches und Minderwertiges erlebt.⁹ Der Arzt muß nicht nur fügen, was getrennt ist: er muß – um seinen Heilsauftrag zu erfüllen – dem Kranken höhere Werte vor Augen halten und in ihm neue Kräfte erwecken, die ihn zu einer weiten, umfassenden Ganzheit und Einheit führen und somit wahre Überwindung des Krankseins hervorbringen. Der Arzt wird so zum Seelsorger und die Psychotherapie zu einem Teil echter Pädagogik.¹⁰ Gesundheit ist nicht einfach Fähigkeit zur Arbeit, sondern Leben in Freude oder wie es PLATON sagte, „gute Liebe“ zu sich (nicht egoistische, selbstsüchtige, sondern Maßstab der Nächstenliebe – auch nach dem christlichen Gebot „Liebe deinen nächsten wie dich selbst“¹¹), zum Mitmenschen und zu Gott. So steht im Symposium die berühmte Definition des Arztes ERYZIMACHOS: „Die Medizin ist, um es summarisch zu sagen, die Wissenschaft der Liebesphänomene, deren Sitz der Leib ist, sei es bezüglich der Erfüllung als der Ausstoßung, und wer, unter diesen Phänomenen, die gute von der bösen Liebe diagnostizieren kann, der ist der größte Mediziner aller Mediziner“¹².

Daher – weil die Doktoren der Medizin das menschliche Gesundsein nicht kennen – können sie vielleicht zahlreiche Krankheiten heilen, aber nicht die Menschen, die mehr oder minder „ausdrücklich“ nach Heilung und Heil verlangen.

„Gesundsein“ ist aber kein absolut *reines* Phänomen. Wie Leben als „Überwindung des Todes“ definiert worden ist, ist darum der Tod mitten im Leben gegenwärtig, so sind „Gesundsein“ und „Kranksein“ nicht eindeutig sauber voneinander zu trennen. Lebensprozesse sind auf biologischer Ebene bereits Sterbensprozesse. Leben ist ein „*correre alla morte*“ sagte DANTE Jahrhunderte früher als HEIDEGGER sein „Dasein zum Tode“ beschrieb. Und im tiefen (hellen) Mittelalter sang das christliche Volk das erschütternde Kirchenlied: „*Media vita in morte sumus*“ – „inmitten des Lebens sind wir vom Tod umfungen“ – nach heutiger milder Übersetzung, denn „sumus“ heißt in Wirklichkeit: „sein“ oder „stehen“. Der Tod ist, ja, „das größte Übel, da er uns des Kostbarsten beraubt: des Lebens“ (Thomas VON AQUIN¹³) und doch ist er, wegen der Gebrechlichkeit unseres Daseins, dessen Schattenseite: „Wenn wir uns mitten im Leben meinen – wagt er zu weinen – mitten in uns“ (RILKE)¹⁴.

Diese Beimischung von Krankheit oder wenigstens Normwidrigkeit ist unserem vollen Gesundsein eigen, sodaß es sich immer nur um das Überwiegen des einen über das andere handelt.¹⁵ Diese Verschränkung von „Gesundem“ und „Krankem“ – sowohl auf physiologischer als auch auf psychologischer Ebene – darf nicht bloß als negativ bewertet werden. Das „Kranke“ kann als Anreger einer höheren Einstellung wirken, zur Emporhebung der Person auf die Ebene des „Seins“ gerade durch Einschränkung und sogar Zerstörung des „Habens“ überhaupt: das Kranksein kann die Entdeckung von Werten fördern, die sonst der „tierisch Gesunde“ nicht einmal zu ahnen vermag,¹⁶ ja, es öffnet neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, der Selbsthingabe und der Kreativität (Kunst, Philosophie, Religion). Nach NIETZSCHE – der nach so langen und schmerzlichen Perioden seines Lebens dem Kranksein erlag und doch diese Zeiten für die unbedingte Voraussetzung seiner Produktivität hielt – gilt als Maßstab der „großen Gesundheit“ eines Men-

schen, „wieviel von Krankhaftem er auf sich nehmen und überwinden kann – wieviel er *gesund machen kann*. Das, worin die zarteren Menschen untergehen würden, gehört zu den Stimulanz-Mitteln der großen Gesundheit.¹⁷ Ganz anders gesinnt schreibt J.H. NEWMAN – wie „selbstverständlich“: „Krankheit, Betrübnis und Elend können *notwendige* Mittel eines großen Zweckes sein, der weit über unseren Gesichtskreis hinausragt“.¹⁸

Leid und Sinn

Der Mensch der „Moderne“ verkennt diese seine Verfaßtheit und deren Wert. Er glaubt fest daran, daß alles Leid nur von außen verursacht sei, daß es als solches für das Lebensgeschehen nicht notwendig, sondern etwas Zufälliges oder Hineingetragenes ist, und schließlich glaubt er an die „Machbarkeit aller Dinge“... in diesem Fall an die mögliche Herrschaft über alles, was seine Ruhe und sein Glück stören könnte. Daher kennt er nur einen Weg zur Überwindung des Leidens – unterstützt von einer hauptsächlich somatisch eingestellten Medizin und von der Überflutung der pharmazeutischen Werbung und den somatischen Gesundheitsratschlägen in Tageszeitungen und Illustrierten¹⁹: Entfernung und Ausrottung der „äußeren“ Ursachen aller Krankheiten und Schmerzen. Er verkennt das Phänomen des Duldens, des Ertragens, des „Erleidens“, sowohl als Erkenntnis (im Glauben) einer höheren Sinn- und Wertorientierung, die das bloß Rationale übersteigt, wie auch als eine Haltung, die keine Resignation à la SCHOPENHAUER ist, sondern ein Sich-Anvertrauen jener schöpferischen und erlösenden Allmacht der Liebe, die Gott ist, und die allein jedes Lebensgeschehen sinnvoll macht, weil sie dem Leidenden ermöglicht, das Gleichgewicht, den Frieden zu finden.

Und da sich Liebe nicht auf Allgemeines bezieht, sondern auf die einzelne Person, so ist auch das Dulden die Hauptmacht des persön-

lich Leidenden, ja die besondere einmalige „Leistung“²⁰, die ihn über *seine* einmalige Krankheit oder Leidenssituation erhebt. Das Dulden stellt keine Passivität dar, sondern gerade die eigentliche Leistung der Freiheit: Zuerst als Unabhängigkeit und Erhabenheit des Geistes über allen leiblichen und seelischen Zuständen²¹ (Boß); ähnlich die Selbstdistanzierung FRANKLS²² und KRONFELD²³. Das führt aber nicht sehr weit und kann bei den tiefsten Leidenserlebnissen scheitern, wenn das zweite konstituierende Moment der Freiheit nicht voll erreicht wird: der positive Akt der Annahme. Da ereignet sich das Höchste, dessen der Mensch fähig ist: in einem und demselben Willensakt vereinigen sich der Wille des Menschen und der Wille Gottes! Es gibt nichts Größeres, Erhebenderes und Heilbringenderes.²⁴ Darin besteht das wahre Dulden, das das Leben zu retten vermag²⁵ und die Person zur Vollkommenheit führt²⁶ und zwar „eilends“ dem endgültigen Ziel entgegen^{27, 28}.

Der Verlust des christlichen Glaubens, der die Ehrfurcht vor dem Gottesentwurf und der Gotteslenkung des Einzelnen in der Geduld lebendig hält, bringt die Erweckung allerhand angsterregender Götzen mit sich: materielle und soziale Sicherheit um jeden Preis, Erfolg als Bedingung des persönlichen Wertes, Arbeit als Selbsterhöhung (nicht als Dienst), Lust (nicht Freudel) als Erfüllung des Ich und sogar Ethik als Ersatz für Religion (Rückbindung an den lebendigen Gott, der Liebe ist). Die Verlagerung der Daseinsmitte auf die äußere Welt, der „vita contemplativa“ auf die isolierte, schließlich sinnlose „vita activa“, läßt jedes Versagen als Katastrophe erleben: Wer irgendwie versagt, kann in einer materialistisch-hedonistischen Gesellschaft nicht geschätzt und auch nicht geliebt werden. Der Anbeter von Götzen bricht zusammen, wenn diese ihm den Rücken wenden, denn allein die Ehrfurcht vor Gott – Schöpfer und Erlöser – sichert die Ehrfurcht und die Liebe aller einzelnen Menschen, unabhängig von den oben erwähnten äußeren – und

immer zerbrechlichen – „Sicherheiten“. Viele sogenannte psychosomatische Krankheiten und sogar schwere Neurosen und Psychosen entstehen auf dem Boden dieser „Lebenslügen“, die zu zahlreichen Fehlhaltungen und –verhalten führen, deren „Ausstrahlung“ im leibseelischen Bereich als Krankheit erscheint. Hier können wir nur die „pathogene“ Wirkung mancher Religiositätsformen erwähnen, welche auch mit bestem Willen und großzügigem Einsatz auf „Leistung“ beruhen – auch die Frömmigkeit kann auf Menschenwerk degradiert werden: Bei aller theoretischen Lobpreisung der Beschaulichkeit und des „inneren Lebens“ laufen nicht wenige Fromme und Geistliche in die Schlinge der ichzentrierten Betriebsamkeit hinein, welche eines Tages zermürbt und sich in mannigfaltigen „ehrenhaften“ Krankheitsbildern kundtut: Hypertonie, Magenleiden, Migräne, Hautausschlag, Zwangsvorstellungen, Hypochondrie und depressive Zustände... Die Helden kollabieren.²⁹

Das Verhältnis Arzt-Patient

Nach dem oben Festgestellten erübrigt sich beinahe zu sagen, daß der heutige Patient, wie der heutige Arzt sich selbst und auch einander des öfteren mißverstehen, sodaß das Verhältnis zueinander selten aufrichtig ist, auf sehr oberflächlicher Ebene bleibt und die wahre Heilung verhindert.

Es fehlt an wirklich personalem Kontakt, an „Partnerschaft“ von Arzt und Patient (v. GEBSATTEL³⁰), an realistischer, lebensgeschichtlicher Betrachtung des Krankheitsgeschehens beiderseits, und bei allgemeiner Hervorhebung der Wichtigkeit des Dialogs auf jeder Ebene zeitgenössisch-gesellschaftlicher Kultur an Zwiegespräch. Die cartesianische Subjekt-Objekt-Spaltung war schon für Viktor v. WEIZSÄCKER das, was der Arzt beim Umgang mit dem Patienten zu überwinden hatte. Sein Schüler MITSCHERLICH formulierte es scharf: „Es muß die

an der Leiche beginnende Erziehung des Arztes sein, die das natürliche Problembewußtsein für eine so schwierige zwischenmenschliche Beziehung wie die zwischen Arzt und Kranken ertötet³¹.“ Der Mensch, den die Krankheit zu einem Hilfs- und Trostbedürftigen gemacht hat, sucht bekanntlich vor allem nach Aussprache: er benötigt es, die schmerzvolle Veränderung, die in seiner Existenz aufgetreten ist (– Unterbrechung der Arbeit, Isolierung, Angewiesensein auf Beistand der Familienmitglieder oder völlig fremder Spitalsangestellter, Inanspruchnahme von Versicherungsdiensten etc.–) mitzuteilen, die eigenen, auch subjektiven Eindrücke und Meinungen über seinen neuen Zustand zum Ausdruck zu bringen. Er geht, mit mehr oder weniger offener Angst zum Sprechzimmer des Arztes, aber dort wird des öfteren gerade seine Sprache kaum beachtet: er muß sich dem System ausliefern: denn im medizinischen Betrieb gelten allein die „objektiven Befunde“ einer rein technischen und bürokratischen Vorgangsweise, die vom äußerst feinen, anonymen Apparaten und Laboratorien vermittelt werden. Der Mediziner spricht vielleicht höflich, aber häufig dem „Subjektiven“ gegenüber eher mißtrauisch: Da gilt die Tyrannei der Tatsachen und der therapeutischen Mechanik.

Der Mediziner ist überlastet, von Bürokratie beengt und hat keine Zeit für Gespräche, auch wenn er wissen sollte, daß seine Worte einen entscheidenden Teil der Behandlung darstellen. Der Zeitmangel in überfüllten Krankenstationen, Ambulanzen und privaten Ordinationen ist eine Realität, die das Verhältnis Arzt-Patient auf ein Minimum einschränkt: die personale Begegnung findet nicht statt oder artet einfach in einen vorwiegend technischen Ablauf aus, in dem alles schnell gehen soll, die Behandlung ebenso, wie der Eintritt der sog. Heilung. J. BODAMER sagt es trefflich: „So paradox es klingen mag: die moderne Medizin läßt der Krankheit so wenig ihre eigene Zeit wie dem Kranken, der zwar technisch gut versorgt wird, aber als Mensch eigentlich nicht in Erscheinung

tritt... Gerade heute – da der Arzt ein Pädagoge der Gesundheit sein müßte, der nicht allein Krankheiten beseitigt, sondern dazu erziehen muß, wie Gesundheit ihrer persönlichen und sozialen Bedeutung wegen erhalten werden kann – sollen Ärzte und Kranke wieder lernen, miteinander zu sprechen, damit sie sich gegenseitig erkennen und sich gegenseitig helfen“.³²

Am himmelschreiendsten erscheint und wirkt dieses Mißverhältnis in der heutigen Behandlung der Mehrheit der psychisch Kranken, die gerade den personalen Kontakt mit dem Arzt deutlich und unbedingt brauchen. Man versucht seit Jahren in Deutschland eine „Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich“ durchzuführen, die im Abschlußbericht einer von der Bundesregierung eingesetzten Expertenkommission auf 700 Seiten zu lesen ist. 13 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete, 3 Jahre nach dem Ende des Modellprogramms der Psychiatrie, das der Bund in 6 Ländern mit mehreren 100 MIO Mark gefördert hat, legte die Kommission umfassende Vorschläge vor, die in erster Linie die Verbesserung der ambulanten Versorgung und den Schutz chronisch-psychisch Kranker vor Verarmung zum Ziel hatten. Viel Geld, viel Papier, wenig Taten, die „die größte Schande“ unserer Medizin in Mitteleuropa endlich überwinden sollte. PINEL befreite – unter großem Widerstand ROBESPIERRES – die psychisch Kranken von den Gefängnissen. Diese wurden ersetzt durch gigantische „Irrenanstalten“, wo Kranke massenhaft lange Jahre lebten, Experimenten aller Arten unterzogen und häufig ans Bett gefesselt oder unmenschlich in Zwangsjacken gehalten wurden. Lassen wir die Unternehmungen der sog. „Antipsychiatrie“ hier beiseite, auch wenn die Werke von LAING und SZASZ von jedem Arzt heutzutage gelesen werden sollten, und stellen wir fest, daß die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie schon (endlich!) 1979 beschloß, die *unverzügliche* Auflösung der großen psychiatrischen Krankenhäuser zu fordern... Sehr wenig ist

strukturell geschehen, denn eine solche Reform bedeutet eine Revolution, die Politiker und Krankenversicherungen wirtschaftlich ermöglichen sollten. Aber die Hauptverantwortung tragen die Ärzte, welche sich mit den modernen „Fesselungen“ (Psychopharmaka) nicht zufrieden geben dürften und allen praktischen Schwierigkeiten zum Trotz die „personale Behandlung“ auf sich nehmen sollten.

Auf dem anderen Ufer der großen Not wirken die Analytiker verschiedener Schulen, die den Patienten hunderte Stunden Behandlung widmen – ohne bessere Ergebnisse... denn nicht wenige herkömmliche Psychologien hegen einen „maßlosen Anspruch der Interpretation“ (H.KUNZ), in dem sie in allen Gebilden des Geistes nur Derivate einer bewußtlosen und unverantwortlichen Instanz sehen. Ein großer Schwarm offiziell zugelassener Psychotherapeuten bemüht sich (gut bezahlt) um Patienten, deren personales Wesen ignoriert bleibt: in den zahlreichen Sitzungen wird viel „interpretiert“ und sehr wenig wirklich gesprochen.

Besonders arg ist die Lage von Leidenden, die die Schulmedizin nicht genau zu diagnostizieren vermag und in die Schublade des „Psychosomatischen“ wirft. Diese Patienten wandern vom einen zum anderen Arzt, denn keiner hat Zeit dafür... Der Versorgungsgrad dieser 26% der österreichischen Bevölkerung sei – nach dem Ausdruck BARTUSKA's Präsidiiumsmitglied des österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie – „miserabel“.³³

Man darf gewiß die ernste, tiefgehende selbstaufopfernde therapeutische Arbeit einer Minderheit nicht übersehen, die eine echt partnerschaftliche Beziehung zu den Patienten pflegen und sie also nicht vergegenständlichen, weder lang bevormunden, noch unreif und desorientiert bald frei lassen. Da sie wahre „Seelsorger“ sind, im heideggerschen Sinn der „voraus-springenden“ und nicht bloß „einspringenden“ Fürsorge, und daher wirklich mit den Patienten sprechen und an ihrem Leiden wirklich teilnehmen, können sie pro Tag und im Laufe ei-

nes Monats wenige Klienten behandeln und doch wissen sie – wie kaum andere Ärzte – was Einsatz, Anstrengung und Müdigkeit sind.

Diese Minderheit hat nicht bloß mehr „Wissen vom Menschen“ gespeichert, sie ist nicht besser „ausgebildet“ im üblichen akademischen Sinne, sie wurde „gebildet“, erzogen, umgeformt zum Arzt (oder zum Partner der Kranken zum Zweck einer Heilung, die Heil des ganzen Menschen ohne Verkürzung ist), aller Wahrscheinlichkeit nach selbständig, beinahe autodidaktisch.

Bildung zum Arzt

Bildung (Formung) gleicht der Arbeit des Bildhauers, die aus dem formlosen Steinblock die Statue hervorruft, und zwar durch die von MICHELANGELO genannte „ablatio“, d.h. durch die Entfernung all dessen, was dem geplanten Bild nicht entspricht. Die „Form“, die der Künstler dem Material gibt, macht die Wesenheit des vollendeten Kunstwerkes aus. So ist es die Bildung zum Arzt, was einem Menschen die „Form“ gibt, die ihn zu einem Arzt macht oder ihn Arztsein läßt.

Die Aus-Bildung (Information) liefert ihm das notwendige Wissen und Können. Das Arzt-Sein, die innere „Form“ bekommt er durch die Bildung, die er, ja, nicht selten durch persönliche Mühe erreicht, die aber normalerweise ein anderer Arzt (Vor-Bild) meisterhaft (nicht octroyierend, nicht manipulierend, sondern eher „ansteckend“) beim Jünger hervorbringt. – Persönlicher „Geist“ wird durch einen anderen „Geist“ vorzüglich geformt. Ein weltbekannter Erzieher von christlichen, freien und verantwortlichen Berufstätigen unserer Zeit – der selige Josefmaria ESCRIVÁ – hat es lapidarisch ausgedrückt: „Diamanten erhalten ihren Schliff durch Diamanten – und die Seelen durch andere Seelen“³⁴. Die beste Ausbildung könnte niemals die Bildung ersetzen. Da taucht der Unterschied zwischen Mediziner und Arzt

wieder auf, den Karl FELLINGER, M.THÜRKAUF und H.TELLENBACH hervorhoben und den andere einsichtige und besorgte Ärzte nicht so formuliert, aber deutlich thematisiert haben.³⁵

Denn die doch unentbehrliche Überwindung des verhängnisvollen „Fachwissens“ durch das Studium der mit dem totum humanum befaßten Disziplinen der philosophischen Fakultät, die allein den angehenden Arzt in umfassender Weise Kunde vom Menschen geben kann, genügt nicht, um einen Arzt zu *bil-*den. Auch genügt es nicht, die Leidenschaft zu entwickeln, das Schicksal des je einmaligen Kranken zu teilen, und sich in der Erhebung einer biographischen Vorgeschichte zu üben: Es genügt weiters nicht das Sich-zusprechen-lassen oder Hinhorchen auf das Entscheidende, das bei der Strukturierung des einzelnen Daseins, die krankmachende Situationen heraufführen kann. Schließlich genügt es nicht, die wünschenswerte Möglichkeit der Wahl eines Dozenten zu haben, denn die Bindung an ein Vorbild, die vor allem einmal die Bildung des Schülers zum reifen Arzt (die Erziehung!) bestimmte, kann durch keine noch so perfekte Didaktik ersetzt werden. TELLENBACH, der diese Voraussetzungen der Überwindung der ständig und unablässig wachsenden Vergegenständlichung und Versachlichung der Medizin verlangt, betont auch, daß das alles auf dem tiefsten Grund, auf dem das Wesen von „Bildung“ seine Heimat hat, aufgebaut werden muß, denn seinen Ursprung hat der Begriff „Bildung“ in der Mystik: der Seele wohnt das „Bild“ Gottes inne, nach dem der Mensch geschaffen ist – und sein Lebenssinn besteht darin, sich auf dieses Bild *hinzubilden*.³⁶

Wer sich um diese Hinbildung bemüht und nie aufgibt, danach zu forschen, wird bei allem „Stress“ Geduld haben, und geduldige Menschen finden – und erfinden – immer Zeit³⁷ für sich und für die Bedürftigen, die sich ihnen anvertrauen. „Zeit“ ist keine rein physikalische, mathematisch meßbare Wirklichkeit: Seit A.CARREL³⁸ darf man die „innere Zeit“ des

Menschen, der je einmaligen Person, nicht aus den Augen verlieren. Einige Minuten der Liebeshingebung gelten – dem Ebenbild Gottes – mehr als Jahre der „Schuster-Betriebsamkeit“ oder der „Seelenschlosserei“ (DODERER).

Referenzen

1. Zitiert in J.BONELLI „Der Patient als Person“ in „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, 1992, Springer Verlag, Wien, S 113-136
2. Sämtliche Werke, Bd.VII, 369; VIII, 321-322; 1922-33 Hrsg.K.SÜDHOF, München, Berlin
3. Die geistige Situation der Zeit, III, 2, 1931, Verlag W.de Gruyter & Co, Berlin
4. Das Herkunftswörterbuch Duden, 1963, S 333
5. H.PUTTNAM, Siehe das Werk von A.LLANO „La nuova sensibilità“, 1995, Ed.Ares, Milano
6. Siehe Bericht über diesen Vortrag im „Kurier“, 1.3.1979, Wien, S 19
7. H.TELLENBACH – Die Bildung zum Arzt. Kernstück der Ausbildung des Medizinstudenten. In „Psychiatrie als geistige Medizin“, 1987, Verlag für angewandte Wissenschaften, München, S 153-159
8. Lk. 2, 14
9. K.JASPERS – Allgemeine Psychopathologie, 1920, Springer Verlag, Berlin, S 4
10. Siehe A.KRONFELD, Psychopathologie, Springer Verlag, Berlin, S 97 ff. V.E.FRANKL – Ärztliche Seelsorge, 1952, Deutike, Wien, S 180 ff
11. Siehe Mt. 22, 36-40
12. Symposium, 196c
13. R.PANIKKAR versucht die griechische „eudokia“ mit dem asiatischen Begriff „dharma“ in einen gewissen Einklang zu bringen, gerade bezüglich einer Definition der Gesundheit, die Medizin und Religion umfaßt: „Medicine et Religion“, in „Inter culture“, 1994/125, S 2-28
14. Quaestiones disputatae de veritate, 26, 6 ad 8
15. Das Buch der Bilder, in „Sämtliche Werke“, Bd.I, 1955, Insel Verlag, Frankfurt a.M., S 477
16. H.TELLENBACH – Zur Anthropologie des Gesundseins und deren Konsequenzen für den Arzt. In „Psychiatrie als geistige Medizin“, Siehe Anm.7 S 153
17. Siehe V.E.FRANKL – Über den Sinn des Leidens. In „Ärztliche Seelsorge“, S 82 ff und „Homo patiens“, 1950, Deutike, Wien, S 53-79
18. F.NIETZSCHE, Wille zur Macht, Werke in 3 Bänden, 1966, Hansen Verlag, München, Bd.3, S 499
19. J.H.NEWMAN – Gott und die Seele, 1923, Grünewald-Verlag, Mainz, S 7
20. Schon 1969 schrieb H.K. VON RECHENBERG diesbezüglich: „Das geschriebene Wort ist nicht mehr erklärbar, es wird nur halbgelesen und halb verstanden, und ist daher Fehlinterpretationen vermehrt ausgesetzt, was an sich eine Gefahr bedeutet. Wenn aber das Geschriebene nur halbrichtig ist, dann stellt es eine Bedrohung für die gesamte Öffentlichkeit dar... Bedauerlicherweise sind die ärztlichen Ratgeber der Journale voller solcher, oft noch sensationell aufgezogen, halbrichtiger Aussagen... Der Arzt sollte seine Worte nicht nur auf die Goldwaage legen, sondern sich daran gewöhnen, jedes Wort daraufhin zu prüfen, erstens ob es den Patienten nutzen kann, zweitens ob es absolut zutreffend, drittens ob es überhaupt notwendig und viertens ob es selbstlos ist“ (In „Das Wort in der Medizin“, 1969, Documenta Geigy, S 8). Bei uns, in Österreich, wo „G'sundheit ist Hauptsache“ wortwörtlich genommen wird, wuchert es in allen Medien von täglichen Warnungen, Ratschlägen, Vorsichtsmaßnahmen und Rezepten aus mehr oder minder Kompetenten in Sachen der volkstümlichen und der naturwissenschaftlichen Heilkunde, gemischt mit Horoskopern und okkultistischen Pseudoweisheiten, die alle miteinander und durcheinander Ängstlichkeit und Halbwissen über Pharmaka und andere Mittel undskriminiert verbreiten. Es bildet sich bei uns allmählich ein „Land der Hypochonder“, das nur Negatives verspricht.
21. V.E.FRANKL – Homo patients, S 59 ff
22. M.BOß – Einführung in die psychosomatische Medizin, 1954, Huber, Bern, Kap.I, S 116
23. V.E.FRANKL – Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, 1975, Huber, Bern, Wien, S 219-221, 238
24. Zum Zweck des „Distanzerlebens des Leidenden zu sich selbst“ hat der Arzt die Aufgabe, den Kranken, je nach Möglichkeit, aufzuklären. A.KRONFELD schrieb im oben zitierten Werk: „Und schon diese Aussprache und Besprechung der Leidensgeschichte in allen ihren erlebten Einzelheiten mit dem wissenden ärztlichen Helfer wirkt in vielen Fällen wie eine Erleichterung und Befreiung. Der Leidende gewinnt Abstand zu seinem Leiden, seine Einsicht in den Leidenszusammenhang wächst, er vermag das Leiden wie etwas Objektives aus sich heraus zu stellen, und damit ist ein Standpunkt gewonnen, von dem aus die Bewältigung des Leidenserlebens leichter fällt: der Mensch vermag eher mit sich fertig zu werden“ (a.a.O. S 124)
25. Max SCHELER – Ordo amoris, Schriften aus dem Nachlaß, Bd.1, 1957, Francke-Verlag, Bern, S 347
26. Lk.21, 19: „in patientia vestra possidebitis animas vestras“
27. Jk. 1, 3-5
28. Hebr. 12,1: „per patientiam curramus“. In seinem Werk „Vom Beruf des Arztes“ schreibt C.HAEBERLIN 1925: „Leid und Not werden ganz anders, wenn der durch sie Gehende, anstatt sie nur unter der drückenden Gegenständlichkeit des gegenwärtigen Übels zu empfinden, die unter der lebendigen Bewußtheit des Ewigen, seiner Zusammenhänge und schöpfenden Notwendigkeiten erlebt, ja, wenn er, alle menschliche Beschränkung in

- seinem Denken hinter sich lassend, Sinn in diesen Zusammenhängen zu ahnen beginnt, tiefsten Sinn, im Vergleich zu dem auch wieder aller Menschensinn und alle Menschenvoraussicht nur Gleichnisse des Ewigen sind... Die Einstellung auf die Dinge des Ewigen mindert alles Leid am meisten, nicht, weil sie es vernichten und auslöschen könnte, sondern weil sie in der Veränderung der Einstellung des Menschen zu ihm aus Leid Lebendiges zu schaffen vermag“.
29. siehe das Werk N.DIEDERICHS a.a.O. bes. Kap. III
 30. J.B. TORELLÓ: „Neurose und Spiritualität“ in „Arzt und Christ“, 1988, Heft 1, S 31-37
 31. siehe J.B.TORELLÓ: „Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung der Kranken in der heutigen Medizin“, in „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, 1992, Springer, Wien, S 229-240
 32. Rainer APPER, „Geduldeter Fremdling. Der Begründer der anthropologischen Medizin. Zum 100. Geburtstag Viktor v. Weizsäcker“, in „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, 21.April 86, S 27
 33. J.BODAMER, „Arzt und Patient“, 1962, Herder Freiburg, S 56-57
 34. In „Wiener Arzt“ 9/96, S 76
 35. „Die Spur des Säumanns“, 1986, Adamas Verlag, Köln, Nr. 442
V.WEIZSÄCKER, E.MINKOWSKI, L.BINSWANGER, O.SCHWARZ, V.E.FRANKL u.a. Karl JASPERS nennt auch die Dimensionen der Bildung zum Arzt, die H.TELLENBACH trefflich betont: philosophieren können, Umgang mit den Kranken lernen, einem Meister folgen („Wesen und Kritik der Psychotherapie“, Piper, München, 1955, Teil II)
 36. siehe Anm. 7, S 161
 37. siehe Anm. 32, S 57
 38. A.CARREL, „Der Mensch, das unbekannte Wesen“, 1955, Dt.Verlag.Anst., Stuttgart

Arzt-Patient-Beziehung zwischen Objektivität und Subjektivität

Kateryna FEDORYKA

ZUSAMMENFASSUNG

Eine subjektivistische Definition der Gesundheit führt zur ideologiegebundenen Bestimmung des Umfanges und der Praxis der Medizin. Oftmals wird die subjektivistische Deutung der Gesundheit für die einzige Möglichkeit angesehen, eine unpersönliche, d.h. eine der Persönlichkeit des Patienten nicht gerechte Behandlung zu vermeiden. Dabei wird davon ausgegangen, daß nur eine subjektivistische Definition die Achtung vor der Einzigartigkeit eines jeden Menschen als dieser konkreten Person zu gewährleisten vermag. In diesem Aufsatz soll jedoch aufgezeigt werden, daß eine objektivistische Definition der Gesundheit dem Anspruch der Achtung des Patienten als Individuum gerecht werden kann, ohne unter den Mängeln und Folgen einer ideologischen Fundierung der praktischen Medizin zu leiden.

Schlüsselwörter: Gesundheitsdefinition, Objektivismus, Subjektivismus

ABSTRACT

A subjectivistic definition of health leads to an ideological foundation for the nature and the practice of medicine. Often, this subjectivist approach to defining health is proposed as the only way of avoiding an approach which addresses persons in terms of non-personal categories, and of doing justice to the uniqueness of individual subjects. This paper argues that an objectivist definition of health is compatible with these concerns, and that it is able to account for the 'subjective' elements of individual health, without suffering the consequence of having to define health-care in terms of ideologies or subjective preferences.

keywords: definition of health, objectivism, subjectivism

SICH auf den allgemein vorherrschenden Wertsubjektivismus stützend, versuchen zahlreiche Philosophen der Medizin eine Definition der Gesundheit auf der Grundlage subjektivistischer Voraussetzungen zu formulieren. Nach dieser Definition hängt der physische oder psychische Gesundheits-Zustand, des jeweiligen Patienten (bzw. der Wert oder Unwert eines solchen Zustandes) von seinen individuellen Urteilen, Wünschen und Vorstellungen ab. Gesund ist derjenige, der sich in seinem psychischen oder physischen Zustand wohlfühlt, oder dessen physischer oder psychischer Zustand es ihm erlaubt, die sich selbst gesteckten Ziele zu erreichen bzw. seine Wünsche zu verwirklichen usw.

Die ethische Dimension der Medizin muß unter einer solchen subjektivistischen Deutung leiden. Wäre die Güte oder Bosheit eines Zieles durch einen individuell subjektivistischen Beschluß festgelegt, so würden die Handlungen, die auf dieses Ziel gerichtet sind, ebenfalls willkürlich als gut oder schlecht definiert. Es kann dann auch nicht mehr überraschen, daß parallel zu dieser Entwicklung die Frage nach der Einwilligung bzw. Zustimmung eines Patienten an die Stelle der Frage nach der ethischen Erlaubtheit einer Handlung tritt. Daß ein Patient sein Befinden als negativ bewertet genügt, um daraus einen medizinischen Fall zu machen und die Billigung des Patienten in Bezug auf einen medizinischen Eingriff legitimiert diesen bereits.

Philosophen, wie ENGELHARDT und MARGOLIS vertreten z.B. die Auffassung, die Medizin sowie ihre Normen seien nichts weiter als ein Produkt der vorherrschenden Ideologie.¹ Die Medizin und ihre Normen werden auf einen Konsens individueller Urteile zurückgeführt. Ein extremes und nicht oft vertretenes (aber nicht weniger logisch konsequentes) Modell ist jenes, das Germund HESSLOW als Vorbild für die Medizin vorschlägt. HESSLOW vertritt die Meinung, daß die Begriffe der Gesundheit und Krankheit (und damit das Konzept eines Zweck-

kes der Medizin) für die Praxis überflüssig sind. Der Arzt habe sich in seiner Praxis um die Erfüllung der Wünsche seiner Patienten zu kümmern und um die Frage, ob er dank der technischen Mittel, die zu seiner Verfügung stehen, diese Erfüllung der Wünsche gewährleisten kann. Von der Definition des Zieles der Medizin durch Wünsche folgt als logischer Schritt die Behauptung, daß an sich ein Ziel unnötig ist, weil es durch das unmittelbare Eingehen auf die subjektiven Wünsche ersetzt werden kann. Die Medizin entbehrt in einem solchen Fall einer wesenhaften Zielgerichtetheit. Ihr Bereich wird durch fachliche Kompetenz abgegrenzt und kann grundsätzlich in jedwede beliebige Richtung erweitert werden: das „Können“ macht so das „Was“ der Medizin aus.

Das oben Erörterte sollte genügen, um die Probleme einer subjektivistischen Deutung des Gesundheitsbegriffes zu verdeutlichen. An dieser Stelle könnte der Einwand geltend gemacht werden, daß dieses subjektivistische Paradigma zum größten Teil (obwohl nicht nur) auf die Probleme, die mit ihrer Alternative – der objektivistischen Deutung des Gesundheitsbegriffes – scheinbar unvermeidlich verknüpft sind, zurückzuführen ist. Im Vergleich mit der subjektivistischen Auffassung wird die objektivistische als jene Position charakterisiert, die die Gesundheit und ihren Wert ohne Bezug auf die Urteile, Wünsche oder Ziele individueller Subjekte definiert. In einem solchen Rahmen ist „Gesundheit“ etwas, das „in sich“ besteht und nicht als Projektion eines individuellen oder kollektiven Subjektes verstanden werden kann. Daher wird dieser Auffassung nach die Gesundheit als „objektiv“ im Unterschied zu „subjektiv“ klassifiziert.

Die sogenannten „mechanistischen“ oder „bio-statischen“ Modelle von Gesundheit und Krankheit seien notwendige Folge eines objektivistischen Verständnisses der Medizin. Dieses Konzept identifiziert das „Objektive“ mit einem apersonalen Bezugspunkt, nämlich den mechanistischen oder biologischen Prozessen.

Gerade wegen dieses apersonalen Bezugspunktes scheinen sie dem Subjektiven diametral entgegengesetzt, weil ihnen das „Subjekt“ als grundlegende Kategorie für die Definition menschlicher Gesundheit fehlt.²

Diese Identifikation des Mechanistischen mit dem Objektiven ist ein Gedankenmodell, das gelegentlich eingebracht wird. Der selbst-evidente Gegensatz, den die zwei Termini 'objektiv' und 'subjektiv' scheinbar bilden, beruht jedoch auf einer Fehlinterpretation der Worte 'objektiv' und 'subjektiv', wie ich im folgenden zeigen möchte. Würde diese Mißdeutung einmal erkannt, so verschwindet die *prima facie* Opposition zwischen diesen beiden Begriffen oder sie hört zumindest auf, eine notwendige und – *per definitionem* – Opposition zu bilden. Es wird dadurch möglich sein, zu verstehen, daß dieses Begriffspaar nicht nur Gegensätzliches bezeichnet, sondern daß es sich in gewissem Sinne auch gegenseitig bedingt. Von der Objektivität gewisser Dinge zu sprechen, setzt ja das Erkennen und die Anerkennung der Subjektivität voraus. Nach der Betrachtung dieser Punkte möchte ich darauf hinweisen, daß die Medizin ganz besonders diese Vereinigung des 'Objektiven' mit dem 'Subjektiven' verlangt, sowohl für das angemessene Verständnis ihrer Praxis als auch für das ihres wesentlichen Zieles.

Eine Fehlinterpretation, die der Diskussion unterliegt

Das Wortpaar 'objektiv/subjektiv' weist auf mehr als einen Gegensatz hin. Die Worte sind oftmals benützt worden, um die Differenz zwischen dem, was in sich selber besteht oder existiert, und dem, dessen Existenz in oder durch ein Bewußtsein konstituiert wird, zu erläutern. Zum Beispiel existiert der Tisch, auf dem ich schreibe, 'objektiv', und dem zehn-beinigen Ungeheuer, das ich halluziniere oder träume, kommt nur 'subjektive' Existenz zu. Im

ersten Fall hat die in Frage stehende Sache ihre Existenz oder Realität unabhängig von meinem Bewußtsein, im zweiten nicht. Auch wenn meine *Gedanken* oder *Träume* selber wirklich existieren und in diesem Sinne 'objektiv' sind, existiert der Inhalt meiner Gedanken – das zehn-beinige Ungeheuer – nur *in* meinen Gedanken. Diese Existenz, die nur *in* Gedanken oder im Bewußtsein besteht, im Gegensatz zur Existenz *in sich*, nennen wir 'subjektiv'.³

Ein anderer Gegensatz, auf welchen dieses Wortpaar hinweist, besteht zwischen dem Personalen und dem Nicht-personalen. Das 'Objektive' in diesem Falle ist das 'Objekt'-mässige, das Nicht-Personale. Das 'Subjektive' ist das, was zu einem Subjekt (einer Person) gehört oder kennzeichnend für es ist. Diese Verwendung der Begriffe besagt, daß ein mechanistischer oder biochemischer Vorgang 'objektiv' ist, während Denken, Fühlen, Erleben und Bewerten 'subjektiv' sind.

Ferner, werden die Worte 'objektiv/subjektiv' im rein klinischen Sinne verwendet. Das 'Objektive' in diesem Sinne ist das, was empirisch wahrgenommen, beobachtet oder gemessen werden kann. Mit dem Begriff 'subjektiv' bezeichnen wir dasjenige, was nur durch die Kundgebung eines Patienten erfahren werden kann: seine Gefühle und Erlebnisse, die empirischen Methoden nicht zugänglich sind. Demnach sind die Begriffe Puls, Blutdruck und Atemschwierigkeiten objektiv, Schwindel, Übelkeit und Angst subjektiv.

Nachdem nun verschiedene mögliche Bedeutungen dieses Begriffspaares dargelegt wurden, wird deutlich, daß die unterschiedlichen Bedeutungen und Gegensätze, die die Worte bezeichnen, einander nicht decken. Zum Beispiel ist das 'Objektive' im ersten Sinne dem 'Subjektiven' in der personalistischen oder klinischen Bedeutung nicht entgegengesetzt. Ein individuelles Subjekt, wie auch seine Erlebnisse und Gefühle, seine Urteile und Gedanken, sind offenkundig 'objektiv' in dem Sinne, daß sie real existieren. Sie existieren nicht weniger

‘objektiv’ als Steine oder Bäume, auch wenn wir sie ohne die Verlautbarung des Subjektes nicht *wahrnehmen* oder *erkennen* können. Mit anderen Worten, nicht nur ‘Objekte’ oder Sachen, die empirisch wahrgenommen werden können, sind als ‘objektiv’ zu beschreiben.

Der Fehler in jener Argumentation, die vom notwendigen Respekt vor der Person ausgehend auf eine subjektivistische Definition der Gesundheit schließt bzw. eine objektivistische Definition aufgrund ihrer Unfähigkeit Personen ernst zu nehmen ausschließt, wird jetzt offenkundig geworden sein. Die Gleichsetzung dessen, was ohne Bezugnahme auf individuelle bewußte Zustände definiert werden kann, mit dem Mechanistischen und Nicht-Personalen, verwechselt zwei verschiedene Bedeutungsgegensätze und stellt das Objektive im Sinne des real Existierenden dem Subjektiven im personalistischen oder klinischen Sinne entgegen. Wie schon gesagt sind diese zwei Dinge einander nicht notwendigerweise entgegengesetzt und man dürfte ihre Opposition nicht ohne weitere Rechtfertigung oder Begründung annehmen oder voraussetzen.

Gelegentlich wird in der Medizin-Philosophie und in der Diskussion über den Gesundheitsbegriff diese Annahme wie eine schon innerhalb der allgemeinen Philosophie und Werttheorie begründete Theorie behandelt. Dort aber ist sie weit davon entfernt als allgemein anerkannt zu gelten. Im Gegenteil: sie gilt sogar mehr und mehr als umstritten. Teilweise wird sie auch als falsch zurückgewiesen, da die Probleme, die mit ihr unvermeidlich verbunden sind, sich immer mehr als unlösbar oder zumindest höchst problematisch erweisen. Es ist hier nicht möglich, diese Probleme weiter aufzuzeigen. Was aber trotzdem klar sein sollte, ist, daß innerhalb der Philosophie der Medizin das subjektivistische Paradigma als einzig hinreichende Basis für die Gesundheitsbestimmung aufgrund einer Nichtbeachtung der Mehrdeutigkeit der Begriffe oder einer unkritischen Annahme von Gegensätzen eingeführt wurde. Prüfen wir diese Opposition

genauer, können wir sie weder als so absolut wie sie zuerst zu sein schien annehmen, noch können wir die Meinung aufrecht erhalten, daß sie die einzige mögliche Grundlage für eine personalistische und der Person entsprechenden Medizin ausmacht.

Die Objektivität der Erfahrung des Subjektes

Ein Faktor, der zugunsten eines subjektivistischen Verständnisses der Gesundheit spricht, liegt in der Tatsache, daß Gesundheit und Krankheit erlebte und bewußt erfahrene Wirklichkeiten sind. Wir können hier eine der drei besprochenen Bedeutungen von ‘subjektiv’ wiederfinden. Mit den oben angeführten Unterscheidungen können wir im Prinzip einen Standpunkt glaubhaft vertreten, daß dieses Erleben der Gesundheit oder Krankheit durch ein Subjekt durchaus objektiv ist. Was bedeutet dann aber, daß jenes Erleben des eigenen Zustandes durch ein Subjekt ebenfalls wieder objektiv oder nicht objektiv sein kann?

Die Ursache, einen Unterschied zwischen einem objektiven Erleben einer Krankheit und einem lediglich subjektiv begründeten Erleben zu machen, beruht auf der Möglichkeit, daß es das Erleben eines physischen Zustandes gibt, welches dieser physische Zustand selbst begründet, aber auch das Erleben eines Zustandes, dessen Ursachen anderswo zu suchen sind. Wir müßten zwischen dem Erleben eines „Etwas“, das vollständig durch dieses „Etwas“ erklärt werden könnte, und dem Erlebens eines anderen „Etwas“, bei dem die Erklärung für dieses Empfinden vorwiegend im erlebenden Subjekt zu finden ist, unterscheiden. Ein Erlebnis, welches vom Objekt her erklärt werden kann, bezeichnen wir demnach als objektiv, ein Erlebnis, dessen Ursache oder Quelle im Subjekt selbst zu finden ist, als subjektiv.

Das folgende Beispiel soll diesen Unterschied erhellen. Das physische Unwohlsein, welches

von einem Exzem herrührt, unterscheidet sich von dem Unbehagen, das aufgrund der Beeinträchtigung der äußeren Erscheinung (des Aussehens des Betroffenen) erlebt wird. Beides mag von Bedeutung für den Arzt sein, jedoch ist das eine ein medizinischer Fall, das andere streng gesprochen nicht. Ein noch eindeutigeres Beispiel mag uns in dem Falle gegeben sein, wo wir vom Erleben einer großen Nase ausgehen (man denke etwa an „Cyrano de Bergerac“). Die Nase selbst ist nicht die Ursache eines Unwohlseins, jedoch das bewußte Erlebnis Besitzer dieser Nase zu sein. Die Überlegung, wie andere diese Nase sehen und über sie denken, kann durchaus zum Unbehagen führen. Das Erleben dieses Unwohlseins, das vom Gedanken herrührt, wie andere Menschen einen „anstarren“ werden, erfordert das Einbeziehen eines weiteren Faktors. Auch wenn wir diese zweite Art von Erlebnis bzw. Erfahrung als verständlich ansehen können, ist es nicht im objektiven medizinischen Zustand begründet und, wie gesagt, daher nicht direkt ein medizinisches Problem. Es kann zwar auch durch eine medizinische Behandlung eine Heilung erfahren (die Quelle des Unwohlseins verschwindet), jedoch ist es (das erlebte Unwohlsein) nicht das eigentliche Objekt der medizinischen Behandlung.

Die Unterscheidung mag auf den ersten Blick trivial erscheinen, solange wir es mit dieser Art von Erlebnissen zu tun haben. Wenn wir jedoch einen anderen medizinischen Fall in Betracht ziehen, wird uns die Bedeutsamkeit der Unterscheidung noch deutlicher werden, wie auch das Bestehen auf der Tatsache, daß einige Erlebnisse medizinisch gesehen 'objektiv', während andere 'subjektiv' sind.

Erst vor kurzem hat L.NORDENFELT die These verteidigt, daß das negative⁴ Erlebnis eines physischen Zustandes genügt, um daraus eine Krankheit zu machen. Er nahm die Schwangerschaft als Beispiel dafür und führte das Argument an, daß in den meisten Fällen eine Schwangerschaft ja nicht als eine Krankheit angesehen wird. Wird sie jedoch, was gelegentlich

vorkommt, als negativ erlebt, weil sie mit irgendwelchen persönlichen Zielen (z.B. eigene Karriere) in Konflikt gerät, dann würde dieses subjektive Erleben ausreichen, um diese Schwangerschaft als Krankheit zu definieren. Nun, es ist unbestreitbar, daß eine Schwangerschaft ein ernsthaftes Hindernis für viele persönliche Ziele bildet und aus diesem Grund als negativ erlebt werden kann. Jedoch würde, sofern dieses subjektive negative Erleben bestimmen könnte, daß eine Schwangerschaft in einem bestimmten Fall etwas anderes als ein normaler und gesunder Zustand ist, die gesamte medizinische Wirklichkeit durch das individuelle Erleben (Bewußtsein) und die individuellen Urteile konstituiert werden. In diesem Fall ist nicht dasjenige, was tatsächlich der Fall ist (der Tatbestand, der vorliegt), sondern dasjenige, was eine Person will, zum Objekt und Ziel der ärztlichen Fürsorge geworden. Ohne diese Unterscheidung zwischen einem objektiven und einem rein subjektiven Erlebnis zu machen fällt es schwer, den 'subjektivistischen' Begriff der Gesundheit auszuschließen, wenn man gleichzeitig dem individuellen Erleben der Gesundheit und Krankheit gerecht werden will.⁵

Objektivität erfordert die Anerkennung der Subjektivität

Es ist hoffentlich nun so klar geworden, daß eine objektivistische Auffassung der Gesundheit mit der Tatsache, daß Gesundheit und Krankheit von individuellen Subjekten erlebt und erfahren werden, vereinbar ist. Was ferner betont werden muß ist, daß der objektivistische Zugang zur Medizin des weiteren fordert, daß die Person als *individuelle* Instanz sich maßgebend bei der Bestimmung, welche Handlung unternommen werden soll, um ein medizinisches Problem zu bewältigen, beteiligt.

Wenn der 'Gegenstand' einer Bewertung oder einer Handlung ein 'Subjekt', eine Person

ist, verlangt der Objektivismus sowohl eine Anerkennung der einzigartigen ontologischen Realität der individuellen Personen wie auch die epistemologische Folge dieser Realität. So fordert er zum Beispiel, daß die Medizin nicht nur die 'Leiblichkeit' des Patienten, sondern auch das bewußte Sich-Erleben dieser Leiblichkeit als einen wichtigen Bestandteil der menschlichen Gesundheit anerkennt. Der Objektivismus erkennt, daß menschliche Gesundheit nicht nur aus Prozessen des biologischen Wachsens oder biologischer Funktionen besteht, die von außen und empirisch wahrgenommen bzw. begriffen werden können. Personale Gesundheit beinhaltet ferner das bewußte Erleben dieser Prozesse, welche nicht von außen beobachtet und nur aufgrund der Kundgebungen des Patienten über seine Erlebnisse erkannt werden kann. Kein Arzt ist fähig, sich gänzlich in die Lage seines Patienten zu versetzen, was für das vollständige Erfassen seines physischen oder psychischen Zustandes notwendig wäre. Mit anderen Worten: Objektivismus in bezug auf die Gesundheit sichert die Zentralität des 'Subjektiven' sowohl im personalistischen als auch im klinischen Sinne ab.

Der objektivistischen Auffassung nach verlangt der Respekt für die volle Wahrheit der Person nicht nur die Anerkennung der subjektiven Aspekte des einmaligen und individuellen Sich-Erlebens und -Erfahrens, sondern ebenso den Respekt vor dem moralisch relevanten Charakter der Person und den ethischen Normen, die darin begründet sind. Diese ethisch relevanten Normen reichen über das rein Medizinische hinaus, weil die Person mehr als nur ihre medizinisch-relevante Dimension ist. Die Praxis der Medizin, obwohl die Gesundheit der Person ihre unmittelbare Sorge ausmacht, muß daher diese außer- oder transmedizinischen Aspekte respektieren.

Dieser Grundsatz wird innerhalb der Medizin auch beachtet. Mediziner kümmern sich zum Beispiel nicht nur um die Art und Weise wie sie am besten eine Behandlung durchfüh-

ren können, sondern berücksichtigen auch die Würde der Person. Sie fällen ihre Entscheidungen nicht nur in bezug auf Regeln menschlich-physiologischer oder psychologischer Prozesse, sondern auch in bezug auf transmedizinische Fakten, welche die Achtung der Würde und das Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen vorschreiben. Diese ethische Dimension reflektiert sich darin, daß wir uns nicht nur nach der Möglichkeit einer gewissen Behandlung, sondern auch nach ihrer Erlaubtheit fragen. Weil die Gesundheit *der Person* das Ziel der Medizin ausmacht, haben das Wesen und das Wohl der Person eine maßgebende Bedeutung für die Praxis der Medizin.

Eine Praxis der Medizin, die *Personen* und nicht nur biologischen oder mechanistischen Vorgängen gerecht zu werden versucht, ist verpflichtet, auch die außerhalb der Medizin liegenden Dimensionen der Person zu beachten. Dazu ist sie verpflichtet, weil diese Normen, durch ihre allgemeine ethische Gültigkeit, für jede Handlung, die den individuellen Menschen zum Objekt und Ziel hat, verbindlich sind.

Die Notwendigkeit einer angemessenen Anthropologie als Vollendung einer objektiven Gesundheitsbestimmung

Die personale Würde des Menschen verlangt, daß der Patient über seine Behandlung informiert sein und ihr zustimmen soll. Obwohl dies vom Objektivismus anerkannt wird, erkennen auch viele subjektivistische Modelle der Gesundheit und der Medizin diesen Wert *als für die Praxis real verpflichtend* an. Ein Unterschied besteht aber darin, daß dieser Wert nur *einer* der Werte ist, die der Objektivismus anführt, für den Subjektivismus hingegen ist er der *einzig* ethisch-relevante Wert.⁶

Diese Einschränkung der Werte auf den der personalen Autonomie steht im Einklang mit der subjektivistischen Deutung, die Werte nur durch individuelle Urteile, Wünsche oder Pro-

jektionen bestimmt. Jene wiederum bekommen ihre Relevanz durch die zentrale Bedeutung, die dem Subjekt innerhalb dieser Theorien zugeschrieben wird. Diese Bedeutung hängt jedoch ferner mit einer weiteren Identifikation des Personseins mit dem 'Willen' zusammen. Der Wille wird nicht als eine transzendierende Fähigkeit, die auf eine objektiv-existierende Welt hin gerichtet ist, verstanden, sondern als eine rein immanente Kraft des Wollens. Diese Reduktion des Personseins auf das subjektive Wollen wird auf Kosten aller anderen Merkmale ihrer Wesensnatur durchgeführt, wie z.B. der objektiven Struktur des Körpers und der Psyche. Wird das Wesen der Person auf das rein subjektive Wollen reduziert, bleibt nichts anderes übrig als ihre Gesundheit nur in bezug auf dieses Wollen zu definieren. Genauer gesagt müßten wir sie durch das, was mit dem Willen gewollt wird, definieren.⁷

Eine 'personalistische' Praxis der Medizin oder Definition der Gesundheit, die nach dieser Auffassung der Person zusammengestellt wird, braucht keine Normativität eines objektiven Wesens wie auch objektiver Werte zu berücksichtigen. Ein Befürworter dieses Paradigmas könnte argumentieren, daß das Subjektivistische, gerade wenn wir über Personen sprechen, das 'Objektive' ist, weil Personen nichts anderes als diese subjektiven und immanenten Fähigkeiten des Willens sind. Eine verkürzte Anthropologie liegt diesem Menschenbild zugrunde: Weil es keinen 'Inhalt' dessen, was 'Mensch sein' bedeutet, gibt, existiert auch kein 'Inhalt' zum Konzept des 'Zieles der Medizin' außer dem, der durch individuelles Wollen oder Wünschen – durch Ideologie, wie am Anfang erwähnt wurde – geliefert wird.

Dieser ideologische Charakter der Medizin entsteht unvermeidlich, sobald eine subjektivistische Deutung ihres Zieles – des Menschen und der Gesundheit des Menschen – angenommen wird. Die Voraussetzungen, die diese Deutung aufnötigen, sind aber durchaus nicht allgemein anerkannt oder wissenschaftlich be-

gründet worden. Weder die Unverträglichkeit des Objektivismus mit dem Subjektiven im personalen oder klinischen Sinne, noch das Menschenbild, das die Person mit einer rein immanenten Willenskraft identifiziert, sind in solcher Weise bewiesen worden, daß es unmöglich wäre die Gesundheit der Person in bezug auf die objektiv existierende Wesensnatur und den Wert der Person zu bestimmen.

Abschließende Bemerkungen

Nur die Verbindung eines adäquaten anthropologischen Menschenbildes mit dem objektivistischen Prinzip, das die Realität zum Maßstab macht, an welchem Erkenntnis und Praxis gemessen werden sollen, wird der vollen Wirklichkeit der Individualität und Subjektivität der Person gerecht. Demzufolge könnte der Objektivismus auch eine Medizin begründen, die den wahren Einsichten, die einer subjektivistischen Gesundheitsbestimmung zugrundeliegen, gerecht wird. Er erlaubt es ferner eine organische Einheit des Ethischen und des Wissenschaftlichen mit einem personalistischen Charakter zu verbinden und zu begründen, was eine subjektivistische Deutung nicht erlaubt. Und dies deshalb, weil erstens das Subjektive im Sinne des Personalen dem Objektiven im Sinne des Realexistierenden oder objektiv Gedachten oder Gewollten nicht entgegengesetzt wird; und zweitens, weil das Ziel das Ausschlaggebende ist und wir dadurch in der Lage sind, eine Definition der Natur und der Praxis der Medizin zu erlangen, die fest in der Objektivität des Realexistierenden und wahrhaft Guten – und nicht im launischen Boden der Ideologie – verwurzelt ist.

Referenzen

1. Vgl. ENGELHARDT, H.T., 1976 *'Ideology and Etiology'*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1/3, S. 256-268;

- MARGOLIS, Joseph, 1981 'The Concept of Disease', *Concepts of Health and Disease, Interdisciplinary Perspectives*, Hrsg. Caplan, Engelhardt, McCartney, Addison-Wesley Publ. Co., Reading PA, S. 561-577.
2. Vgl. dazu NORDENFELT, L. 1987 *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, D. REIDEL Publ. Co., Dordrecht, kap. 2; 1993 'Concepts of Health and their Consequences for Health Care', *Theoretical Medicine* 14, S. 277-286; 1986 'Health and Disease: Two Philosophical Perspectives', *Journal of Epidemiology and Community Health* 41, pp. 281-284.
 3. Selbstverständlich ist in beiden Fällen ein erlebendes Subjekt eine notwendige Bedingung für jegliches Erlebnis. Es sollte in diesem Fall klar sein, daß diese Bedeutung von subjektiv hier nicht in Frage kommt.
 4. *On the Nature of Health*, S. 112 ff. Er bezeichnet dieses Erlebnis ferner aufgrund seiner Verbinderung von Fähigkeiten als negativ. Das Verständnis von „Fähigkeit“ ist dasselbe wie der Begriff von Erlebnis, den ich hier analysiere, d.h. durch die subjektive Entscheidung begründet, nicht durch den Begriff eines Wesens oder eines objektiven Zustandes.
 5. Von dieser Analyse des objektiven Erlebnisses ausgehend können wir auch sehen, wie wenig die Unterscheidung zwischen subjektiv und objektiv mit der Unterscheidung zwischen individuell und allgemein zu tun hat - trotz der Tatsache, daß Wissenschaftler sooft nur das Allgemeine als objektiv ansehen.
 6. Das finden wir in den oben zitierten Werken von ENGELHARDT, HESSLOW und NORDENFELT, u.a., widerspiegelt.
 7. Diese Folge kommt zu klarem Ausdruck in Engelhardts 'Some Persons are Human, Some Humans are Persons, and the World is what We Persons Make of It', in *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, Hrsg. SPICKER und ENGELHARDT, D. Reidel Publ. Co., Dordrecht, 1977, S. 183-194.

Gesundheit als private Aufgabe und soziales Gut

Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ

ZUSAMMENFASSUNG

Geistesgeschichtlich lassen sich zwei unterschiedliche Konzepte aufzeigen, die die Gesellschaft nachhaltig beeinflusst haben: Individualismus und Kollektivismus. Beide Strömungen haben auch das Gesundheitswesen geprägt. Der Arzt steht nun vor der Aufgabe, zwei Fehlformen der Erwartungen an sein Können in ein richtiges Maß zu bringen. Er kann sich nicht ausschließlich als Verwalter chemischer oder physiologischer Prozesse verstehen, muß andererseits aber auch der Überpsychologisierung der Krankheit gegensteuern.

Schlüsselwörter: Individualismus, Kollektivismus, Einstellung zu Krankheit / Gesundheit, Fehlerwartungen an den Arzt

ABSTRACT

The history of intellectual studies shows two different concepts of public health which have had a lasting influence on society: Individualism and Collectivism. Both have left their stamp on the idea of public health. The medical doctor faces the task of bringing about a bit of moderation between two wrong ideas of the expectations placed in his skills. He cannot understand himself as just being an administrator of chemical or physiological processes but on the other hand must also try to counteract the psychological over rating of bad health or illness.

keywords: individualism, collectivism, attitude to illness, health, wrong expectations regarding the doctor's powers

NICHTS scheint auf den ersten Blick so vernünftig zusammenzustimmen wie Gesundheit als privates (persönliches) und als soziales (gemeinschaftliches) Gut. Nichts scheint daher auch einfacher zu sein als die Forderung, der Arzt müsse „der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ dienen, wie es in der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte von 1933 steht. Daß zwischen diesen beiden Gütern Spannungen, ja Gegenläufigkeiten auftreten können, bleibt durch diese Formulierung zunächst verschleiert. Tatsächlich aber spannt die Formulierung unterschiedliche Konzepte der ärztlichen Tätigkeit zusammen, die sich in zwei verschiedene ärztliche Berufe ausgeformt haben: in den Arzt für Krankheiten der Einzelperson und den Arzt für die Gesundheit des Kollektivs (Amtsarzt auf den Gesundheitsbehörden, Schularzt, Wissenschaftler etc.).

Drei Fragefelder schließen sich an:

1. Welcher Art sind die dahinterstehenden Konzepte? Historisch gefragt: wie ist diese Differenz zwischen privatem und sozialem Gut in der Geistesgeschichte entstanden?
2. Wo liegen die möglichen ärztlichen Konfliktfelder?
3. Gibt es Fehlformen der Erwartungen an den Arzt und ein Richtmaß der Behandlung?

1. Individualismus und Kollektivismus im Gesundheitswesen

- a) Schon der Hippokratische Eid verpflichtet den Arzt auf den einzelnen Kranken und steht damit im Gesamtductus des griechischen Denkens. Dieses widersetzt sich mit dem neuen Bewußtsein (logos) den vorgängigen alten Bewußtseinsstrukturen des Magischen und Mythischen. Magie und Mythos sind beide von der Sippen- und Blutsbindung, also vom Kollektiv her bestimmt, während logos/Logizität die Fähigkeit zur

Differenzierung, zum Herausarbeiten und Werden des einzelnen bedeutet. Zu dieser logoshaften Differenzierung gesellt sich im europäischen Denkhorizont der zunächst jüdische, dann christliche Impuls von der Gottverwandtschaft des Menschen und der Ebengeburts der beiden Geschlechter, was begrifflich seit Boethius in den Terminus „Person“ zusammengefaßt wird. Personalität bedeutet – weltgeschichtlich erstmalig und einmalig – die in jedem Menschen selbst aufsteigende Würde, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, sozialer Klasse, Rasse etc. Dieses universale Konzept von Menschlichkeit ist religiös begründet: Brüderlichkeit ist die Folge des einen Vaters (PAULUS schreibt programmatisch in Gal 3,28: „Hier gilt nicht mehr Jude oder Grieche, Sklave oder Freier, Mann oder Frau...“). Diese religiöse Begründung von Menschlichkeit verbündet sich mit der griechischen Logizität bzw. mit der entmythologisierten, kausalen Naturbetrachtung, wie sie später auch der arabisch-islamischen Welt vom 8. bis 14. Jahrhundert die entscheidenden Forschungsvorgaben liefert.

Während die islamische Kultur aber seit dem 14. Jahrhundert diese wissenschaftliche Neugierde (curiositas) einbüßt (übrigens wegen einer theologischen Übergewichtung der göttlichen Allmacht, welche die Naturkausalitäten jederzeit willentlich aufheben könnte), hat das jüdisch-christliche Europa die Gedanken der unersetzlichen Personalität des Einzelnen in Verbindung mit einer kausal-rationalen Entzifferung der Naturgesetze zu staunenswerten Ergebnissen weiterentwickelt.

Auf der einen Seite ergaben sich humanwissenschaftlich das Naturrechtsdenken, die Menschenrechte, die französischen Revolutionsforderungen von Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit; auf der anderen Seite naturwissenschaftlich die technisch-wissenschaftliche Zivilisation der Moderne: beides heute

in weltweitem Export, d.h. maßstäblich geworden. Zugleich ist beides in einen unübersehbaren Selbstzweifel geraten.

Das Dilemma der Medizin an der Schnittstelle von Human- und Naturwissenschaft ergibt sich nämlich durch die Übersteigerung oder Vereinseitigung des Personalen zum Individualismus. Einmal abgesehen von allen frühen Wurzeln (Epikureismus, Nominalismus) hat das 18. Jahrhundert den Individualismus als Credo für die freie Wirtschaft, aber auch für die Politik entwickelt (letzteres z. B. im „Gesellschaftsvertrag“ ROUSSEAUS, welcher zwischen freien Einzelnen ein gemeinschaftliches Vertragswesen abschließen läßt). Insbesondere der englische Wirtschaftsliberalismus vertritt das Konzept des autonomen Individuums = Produzenten, der in freier Konkurrenz den Gütertausch maximierte. Bernard de MANDEVILLE bringt es in dem berühmten Buchtitel auf das Wesentliche: „The Fable of the Bees, or Private Vices Made Public Benefits“. In dieser „Bienenfabel“ wird die private Habgier zur Triebkraft der öffentlichen Wohlfahrt – da nämlich eine „Invisible Hand“, die wohl letztlich die Hand Gottes ist, diese privaten Laster in der Addition zu einem öffentlichen Gut mache. Was darin übersehen ist: Nicht jede Biene ist ein freier Unternehmer, sondern ganz im Gegenteil in ihren Funktionen festgelegt; sie ist also genau kein Individuum, sondern existiert nur im Kontext des Systems. Insofern handelt es sich bei der Rechtfertigung der Habgier um eine gefährliche These, deren Gefährlichkeit und eingetretene Wirklichkeit heute in der medizinischen Praxis offenkundig werden. Denn der Gedanke vom Wohl des Einzelnen als Maxime ärztlichen Handelns verbündet sich mit einem bis ins letzte ausgebauten Versicherungssystem und den medizinisch-technischen Höchstleistungen zu einem Maximum und Optimum an Einzelbetreuung, was in der Folge bis zu einer Forderung

anwächst, in der Einzelbetreuung überhaupt alle möglichen Reserven auszuschöpfen. Es ist soweit gekommen, daß der Einsatz aller möglichen medizinischen Mittel quasi als Menschenrecht angesehen wird. (Kürzlich wurde als Asylgrund von der Partei der Grünen vorgeschlagen, alle Kranken aufzunehmen, die in ihrer Heimat nicht nach dem Standard der Bundesrepublik behandelt würden.)

- b) Im Gegenzug hat sich im 19. Jahrhundert der Kollektivismus als gesellschaftstheoretische Antithese zum Individualismus herausgebildet: Die Gesellschaft als Ganze besitze seins- und wertmäßig den Vorrang vor dem Einzelnen (in der bekanntesten Ausformung stammt die Idee von MARX, aber auch der Soziologe Auguste COMTE nannte den Individualismus „die abendländische Krankheit“). Überhaupt traten Fragen des bonum commune in den Vordergrund, gerade auch in einer traditionsbewußten Größe wie der katholischen Kirche, die mit LEO XIII. am Ende des 19. Jahrhunderts die soziale Verpflichtung des Christseins unterstrich. Freilich haben sich in unserem „Jahrhundert der Wölfe“ (Nadeshda MANDELSTAM) wiederum die einseitigen und an kein individuelles Korrektiv gebundenen Kollektive verwirklicht. Der Weg vom sozialen zum sozialistischen, nationalsozialistischen und kommunistischen Kollektiv war kurz und für etwa 100 Millionen Menschen tödlich (1917-1989 gerechnet, Friedens- und Kriegszeiten zusammengenommen).

Auch für die Medizin bedeutet der Kollektivismus ein Erbe schwieriger, nicht einhelliger Art. Die folgenden Darstellungen schließen sich an einen vorzüglichen Aufsatz von Esther FISCHER-HOMBERGER von 1973 an.¹ Im Zuge der medizinischen Aufklärung des Volkes wurden einige wesentliche Errungenschaften im 19. Jahrhundert nicht nur für wenige, sondern für alle etabliert, so z. B. die Pockenimpfung. Insbesondere aber wurde

die Diätetik besser als Hygiene bekannt, zur allgemeinen Errungenschaft des 19. Jahrhunderts. Gerade in der hygienischen Aufklärung war das Wohlergehen der Allgemeinheit und nicht des Einzelnen das oberste Ziel. So formulierte einer der berühmtesten Ärzte des 19. Jahrhunderts, Rudolf VIRCHOW (1821-1902), gewissermaßen triumphierend: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im großen.“² Wesentlich erfüllt wurde diese Definition durch die tiefgreifenden Veränderungen in der Folge von Charles DARWIN (1809-1882) und seinem epochemachenden Buch über „Die Entstehung der Arten“ („The Origin of Species“). Mit der darin entwickelten Theorie von der natürlichen Selektion wurde der sogenannte „Sozialdarwinismus“ verbunden, der insbesondere von Alfred Russel WALLACE (1823-1913) auf das soziale Zusammenleben angewendet wurde. WALLACE vertrat 1864 die Meinung, wo die natürliche Zuchtwahl ausfalle, müsse eigentlich eine künstliche Zuchtwahl ergänzt werden. Unmittelbar ausgesprochen wurden diese naheliegenden Folgerungen auch von Sir Francis GALTON (1822-1911), dem Vetter DARWINs, der damit zum Vater der Eugenik wurde, welchen Ausdruck er selbst geprägt hatte.³ „Es ist Grund vorhanden anzunehmen, daß die Impfung Tausende erhalten hat, welche infolge ihrer schwachen Constitution früher den Pocken erlegen wären. Hierdurch geschieht es, daß auch die schwächeren Glieder der civilisierten Gesellschaft ihre Art fortpflanzen. Niemand, welcher der Zucht domestizierter Thiere seine Aufmerksamkeit gewidmet hat, wird daran zweifeln, daß dies für die Rasse des Menschen im höchsten Grade schädlich sein muß.“⁴

Insofern drängte sich die Frage unabweiglich auf, ob die Medizin eine neue Ethik entwickeln müsse, und zwar in Beantwortung der Frage, ob das Gemeinwohl oder das

Wohl des einzelnen Kranken im Vordergrund stünde. In England wurde diese Ethik freilich nicht im Sinne der Ausmerzungen der Kranken, sondern im Sinne einer Verträglichkeit beider Aufgaben der Ethik verstanden. Auch DARWIN wollte die bisherige Sittlichkeit im Umgang mit den Kranken nicht verändert wissen. „Wenn wir absichtlich den Schwachen und Hülflösen vernachlässigen sollten, so könnte es nur geschehen um den Preis einer aus einem vorliegenden überwältigenden Übel herzuleitenden großen Wohltath. Wir müssen daher die ganz zweifellos schlechte Wirkung des Lebenbleibens und der Vermehrung der Schwachen ertragen.“⁵

Anders war die Entwicklung in Deutschland, und zwar zunächst geistesgeschichtlich ausgelöst durch den Namen von Friedrich NIETZSCHE (1844-1900) und sein überaus einflußreiches Werk „Also sprach Zarathustra“ (1883-1885). Ohne unmittelbar auf medizinische Ethik einwirken zu wollen, wurden doch ausgesprochen brachiale Formulierungen im „Zarathustra“ unmittelbar praktisch verstanden. Dazu gehörten Sätze wie: „Nicht nur fort sollst du dich pflanzen, sondern hinauf!“ – „Sollte ich fürderhin euch Leidende bequemer betten? Nein! Nein! Drei mal Nein! Immer Mehr, immer Bessere eure Art sollen zugrunde gehen (...) Auf Weniges, auf Langes, auf Fernes geht mein Sinn und meine Sehnsucht: was gienge mich euer kleines, vieles, kurzes Elend an!“ – „Also heischt es meine große Liebe zu den Fernsten: schone deinen Nächsten nicht!“⁶ Die Wirkung solcher Provokationen, verbunden mit der Verachtung des Mitleids, führte 1895 zu Alexander TILLE (1866-1912) mit dem Werk „Von DARWIN bis NIETZSCHE. Ein Buch der Entwicklungsethik“.⁷ TILLE stellte Humanität und Entwicklungslehre als Gegensätze dar, mit der Prognose, die Entwicklungslehre werde die Humanität zurückdrängen. Verschärft trat dieser Ge-

danke bei dem berühmt-berüchtigten Sozialisten Alfred PLOETZ (1860-1940) auf, der den Begriff der „Rassenhygiene“ schuf. Im Falle eines Konfliktes zwischen Allgemeinheit und Einzelnen war PLOETZ ausdrücklich für die Rassenhygiene im Sinne der Höherentwicklung der Gesamtheit. Unter diesem gleichsam naturwissenschaftlichen Aspekt schrieben weitere Mediziner am Ende des Jahrhunderts deutlich und ausgeprägt für die Wohlfahrt des Ganzen im unbedingten Vorrang zur vernachlässigenswerten humanitären Einzelsorge.⁸ Die Konsequenzen im Dritten Reich sind zu bekannt, als daß sie hier wiederholt werden müßten. Weniger bekannt und noch kaum erforscht ist eine durchaus vergleichbare Entwicklung in den sozialistischen Staaten seit 1917. Auch hier galt weithin theoretisch wie praktisch eine gesellschaftsorientierte Ethik. FISCHER-HOMBERGER zitiert den Beschluß einer Ärztekonzferenz in Ungarn von 1961: „Der Arzt hat seine Patienten politisch zu beeinflussen, muß politischer Agitator sein!“⁹ Desgleichen lautete eine langjährige sowjetmedizinische Parole: „Die Interessen des Kollektivs nehmen gegenüber den Interessen des Individuums immer den Vorrang ein.“¹⁰

Mit diesen historischen und politischen Überlegungen seien nur einzelne, aber grundlegende Linien des medizinischen Kollektivdenkens aufgerissen. Von hier aus läßt sich die weitere Aktualisierung anfragen.

2. Ärztliche Konfliktfelder zwischen Individualismus und Kollektivismus

Als Nichtmedizinerin stütze ich mich im folgenden auf den im Herbst 1996 veröffentlichten Beitrag von Hans-Bernhard WUERMELING, „Wem der Arzt verpflichtet ist“.¹¹ Darin werden sieben Konfliktfelder dargestellt, die ich selbst um ein achttes ergänzen möchte. Der

Zwiespalt zwischen Einzel- und Gemeinwohl drückt sich in folgenden acht Themenbereichen aus:

1. Eindeutig dem Gemeinwohl dienen die „rein wissenschaftlichen Versuche“ mit dem Ziel, wissenschaftliche Forschung zu vertiefen, die für die Versuchsperson (den Probanden) ohne Nutzen bleiben. Diese fremdnützigen Versuche dürfen ethisch nur an Freiwilligen durchgeführt werden. Davon zu unterscheiden sind medizinische Versuche, die zugleich dem Patienten einen möglichen Nutzen bringen können, die „klinischen Versuche“.
2. Die genetische Beratung, die sich zwar deutlich von der „Eugenik“ oder Erbpflege absetzt, welche eindeutig kollektivorientiert ist, dient dennoch in der Mikrostruktur der Familie, nicht dem gezeugten Kind, sondern im Regelfall als Entscheidungshilfe für die Eltern. Genauer gesagt wird sie bei einer negativen Diagnose zur Tötung des Kindes führen, d. h. in diesem Fall das Individuum zu Gunsten eines Mikrokollektivs opfern.
3. Bei der Abtreibung gilt derselbe Konflikt, der auch in diesem Fall zuungunsten des Kindes und zugunsten der Interessen anderer Betroffener gelöst wird.
4. Ein Zwiespalt entsteht für den Arzt auch bei der Geheimhaltung und Meldepflicht. Für die Seuchenhygiene gelten ärztliche Meldepflichten, die kollidieren können mit dem privaten Geheimhaltungsanspruch. Insbesondere bei ansteckenden Krankheiten sind Kompromisse zwischen Einzel- und Gemeinwohl schwer einzugehen. In Falle von Aids ist allerdings gesetzlich die private Geheimhaltungspflicht des Arztes bestätigt worden – in diesem Fall zuungunsten des Kollektivs.
5. Die „wirtschaftliche Allokation“ meint eine ökonomische Begrenzung von medizinischen Mitteln im Falle übergroßer oder nicht zu befriedigender Ansprüche. Dies kann z. B. für die Katastrophenmedizin zu-

treffen, für die seit langem die „Triage“ entwickelt ist, was natürlich dem Überlebensinteresse des Einzelnen widerspricht. Andererseits ist gerade im Falle von Katastrophen mit knappen Mitteln zu rechnen, die der Arzt dann nach seinem Entscheiden am meisten nutzbringend zu verteilen hat. Dasselbe Problem wird sich bei steigendem Bedarf an Organen bei der Transplantation ergeben, wenn nicht genügend Menschen bereit sind, ihre Organe nach ihrem Tod zur Verfügung zu stellen. Auch bei der Transplantation kommt es bereits notwendig zur Triage, weil nicht jedem Empfänger ein Spender zugeordnet werden kann.

6. Ähnlich ist die Lage bei der „zeitlichen Allokation“, die der Arzt persönlich für sich zu klären hat. Soll er die Ausbildung auf die Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten konzentrieren oder bereits vorhandene Krankheiten behandeln? Beide Felder ergänzen sich nur scheinbar; in der Wirklichkeit liegt eine Notwendigkeit zur Interessenkonzentration und Studienkonzentration vor.
7. Im Rahmen der Organtransplantation ist ein Konflikt zu verzeichnen: Entgegen der Befürchtung der Allgemeinheit, schon zu Lebzeiten würden potentielle Organspender in ihren Daten erfaßt, gilt hier vielmehr, daß grundsätzlich abgelehnt wird, schon zu Lebzeiten solche Patienten auf ihre Verwendung zur Organspende zu untersuchen. Für den möglichen Empfänger wäre dies allerdings von Vorteil, da es hier um schnellstes Handeln bei der Übernahme der Organe ginge. Der Konflikt zwischen eigennützigem und fremdnützigem Interessenwahrung liegt hier klar auf der Hand.
8. Euthanasie und Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht sind ein zukünftiges Feld der „Interessenkollision“. Sollte Bestrebungen nachgegeben werden, den Tod auf Verlangen einzuführen, so stünde wohl hinter diesem Verlangen merklich oder un-

merklich der Druck des Kollektivs, den Leidenden, nicht aber sein Leid zu beseitigen. Andererseits ist heute eine neue *ars moriendi* nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt erforderlich. Statt die Lebenserhaltung um jeden Preis zu fordern, wäre es wichtig, für die gesamte Gesellschaft den Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten klar zu machen. Sterbenlassen läge im Interesse des Einzelnen, während Töten ein Ausdruck der Unfähigkeit des Kollektivs ist, den Tod für jeden Einzelnen unverfügbar zu halten. Der Unterschied zwischen Tun und Lassen ist gerade an dieser Stelle ein Unterschied zugunsten des Einzelnen.

3. Gesundheit als privates Gut.

Fehlformen der Erwartungen an den Arzt und Richtmaß der Behandlung

Das letzte Beispiel von der Kunst des Sterbenlassens, aber auch die eugenische Beratung und die notgedrungene Beschränkung der ärztlichen Mittel führten zu einem grundlegenden Bereich, der nicht vom Arzt allein zu verwalten ist. Er betrifft die Einstellung des Kranken selbst zu seiner Krankheit, anders: das Ethos gegenüber dem Leben und seinen Mängeln, schließlich auch gegenüber dem *finis* des Lebens. *Finis* kann ja als Schluß im Sinne von Ende, aber auch als Ziel im Sinne von Vollendung verstanden werden. Im Ethos des Leidenden selbst trifft der Arzt auf eine Vorentscheidung oder auch Gleichgültigkeit, die er nicht (mehr) beeinflussen kann oder soll. Gerade an der Grenze der ärztlichen Kunst wird dieses Ethos wirksam im Sinne einer Wirklichkeit. Hier grenzt der Arzt selber an Weltanschauung, an die Indifferenz oder an die Religion seines Patienten und muß mit einer suggestiven Reaktion rechnen. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, daß der Arzt selbst Weltanschau-

ung, Indifferenz oder Religion als Vorentscheidungen mit sich trägt.

Der Blick sei abschließend auf zwei heute mögliche Fehlformen im Bezug des Leidenden auf den Arzt gerichtet, auf die der Arzt korrigierend, also Fehlerwartungen geraderichtend, eingehen sollte.

a) Das eine ist ein mechanistisches Vorverständnis der Krankheit (es sei hier nicht beleuchtet, wie weit die Medizin dies selbst zu verantworten hat, besonders in der Nachfolge des mechanistischen 18. und 19. Jahrhunderts). Der Patient sieht den Arzt als Verwalter chemischer oder physiologischer Prozesse, die dieser ohne weiteres reparierend in Gang zu setzen habe, oder er sieht die Krankheit als „dinglichen Zustand“, der mechanisch beseitigt werden müsse. Sprachlich drückt sich das so aus: „Man hat eine Krankheit“, nicht „Ich bin krank“. Krankheit ist hier eine Normstörung, die sich wieder beheben läßt, im Zweifelsfall ohne viel eigenes Zutun. Hier ist der Arzt als Mechaniker erfaßt, als „Leibesingenieur“, wie Hans JONAS formulierte; wie der *Deus faber* des 17. Jahrhunderts, Gott als Uhrmacher, ist er *Medicus faber*, Uhrmacher und Maschinenbauer. Das wird dadurch unterstrichen, daß Krankheit keine Zeit mehr beanspruchen sollte; sie ist nicht menschliches Geschehen, das ausgetragen wird und möglicherweise in der Biographie verankert ist, sondern Symptom, das rasch zu verschwinden hat.

b) Eine zweite Fehlform bewirkt eine entgegengesetzte Haltung und ist seit einigen Jahren ein gesellschaftliches Krisenzeichen: die Überpsychologisierung der eigenen Krankheit und die Erwartung umfassender psychosomatischer Heilung, verbunden mit der Stilisierung des Arztes zum Seelenarzt und Guru, zum „holistischen“ Heiler und Soteriologen. Das drückt sich in der übertriebenen, haltlosen Aufmerksamkeit aus, die der Diät und magisch aufgeladenen Naturheilverfahren gewidmet wird. „Erlösung

durch Diät“ ist ein Massenphänomen; Dinkelmehl hat in gewissen Kreisen fast sakramentalen Charakter. Die „Hildegardmedizin“, mit der die große Heilige und Naturforscherin HILDEGARD VON BINGEN im 12. Jahrhundert, damals durchaus auf der Höhe der Kenntnisse ihrer Zeit und verwoben in eine kosmologische Deutung aller Naturvorgänge, Edelsteine und Nahrungsmittel zur Heilung beschrieb, werden heute ohne tieferes Nachprüfen mit magischer Gläubigkeit eingenommen: so die Rebholzwurzelasche zur Zahnpflege, das Auspendeln der Nahrung, die Edelsteine gegen bestimmte Krankheiten, auf der Haut zu tragen oder zermahlen in der Nahrung... Ernährung wird damit ein pseudoreligiöser Vorgang, ebenso wie auch schon Materialien zur Bekleidung (Hanfhemden) etc. Die Verwechslung von Heilung mit endgültigem Heil hat soeben der evangelische Theologe Ulrich KÖRTNER treffend beschrieben,¹² freilich den terminologisch gewagten Vorschlag gemacht, statt der gewünschten „holistischen“ Medizin eine „integrale“ Medizin auszuformulieren, die nicht derart religiös überhöht sei. Auf jeden Fall müsse man zu einem „mehrdimensionalen“ Krankheitsbild kommen.

Zweifellos ist in dieses holistische Bild des Arztes der richtige Wunsch des Patienten mit eingegangen, seine Krankheit nicht nur als biologischen, sondern als biographischen, personalen Vorgang zu sehen und helfend beantworten zu lassen. Dennoch kann der Arzt nicht, und zwar schon aus Verantwortung nicht, dem Kranken vorletzte und letzte Fragen nach Sinn und Bestehbarkeit seiner Krankheit und seines Todes abnehmen oder sich im Vorfeld in der Allmacht des Heilers, schlimmstenfalls des Schamanen präsentieren. Unsere Gesellschaft hat die Sinnfrage suspendiert, sie nur noch im Endlichen zugelassen. Bei existentiellen Einschnitten, wie schwerer Krankheit und Ster-

ben kommt es plötzlich zu Ausbrüchen des ansonsten Totgeschwiegenen: wozu das Ganze diene, wozu das Leiden überhaupt Sinn habe. Gekoppelt werden diese Ausbrüche nicht selten und ersatzhalber an eine „Mitleidsmoral“, nämlich den Wunsch nach aktiver Euthanasie: Wenn es schon aus sein solle, dann schnell und geräuschlos. Hier kann und darf der Arzt nicht plötzlich jenen transzendenten Sinn abdecken, den die gesamte Kultur und der Einzelne bislang vernachlässigte. Der Arzt darf sich nicht als Ersatz für einen innerweltlichen Holismus mißbrauchen lassen, nämlich einsteigen für ein in sich rundes, befriedetes, harmonisches Dasein. Die Harmonie des Daseins gibt es nicht, auch wenn ihr die berühmte und berühmte Definition der World Health Organisation nahekommt: Gesundheit sei der „Zustand (!) des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mit solchen utopischen Definitionen von glücklichen Menschen ist die Flucht aus der zu bestehenden fragmentarischen Wirklichkeit besiegelt. Mit diesem allseitigen Wohlbefinden scheint jenes „laue Behagen“ nahe gerückt, von dem Sigmund FREUD spöttisch sprach. Spöttisch, weil es die kulturelle Dekadenz begleitet...

Entgegen dem mechanischen, entgegen aber auch dem holistischen Bild hat der Arzt *Nähe* und *Ferne* zum Patienten einzuhalten. Nähe als Person in verantwortender und gegebenenfalls einführender Begleitung, Ferne in der wissenschaftlichen Distanz, wenn es geboten ist, auch als „Leibesingenieur“. Das Richtmaß oder richtige Maß ärztlichen Handelns ist der Mensch in seiner Unvollkommenheit, auch die Gesellschaft in ihrer Unvollkommenheit. Hier wird der Arzt nicht in einer Person die Ziele sowohl des Individuums wie des Kollektivs vertreten können; gerade um dieser Unvollkommenheit gerecht zu werden, bedarf es einer Aufgabenteilung. Ein Vorschlag: Diese Aufgabenteilung ist po-

litisch zu vollziehen, indem arbeitsteilig die verschiedenen Interessen unterschiedlichen Institutionen oder Personen zugewiesen werden (wie das in der Rechtsprechung der Fall ist, wo der Staatsanwalt die Belange der Allgemeinheit, der Rechtsanwalt die Belange seines Mandanten vertritt¹³).

Die Utopie beseitigten Leides ist freilich weder für den Einzelnen noch für die Gesamtheit als Rahmen ärztlichen Handelns sinnvoll. Menschsein enthält nicht als Ausnahme, sondern konstitutiv eine Störung. Der Bochumer Biochemiker Herbert SCHRIEFERS hat dafür den Ausdruck „Leidwesen Mensch“ treffend geprägt. Wir können krank werden und sterben nur, weil wir – wie die Philosophie, so etwa HEIDEGGER sagen würde – immer schon kränklich und sterblich sind. Die Annahme dieser Tatsache gehört zur Reife; die Annahme dieser Tragik gehört zum Menschsein, was Blaise PASCAL im 17. Jahrhundert ausgeführt hat. Der bloß naturalistische Begriff von Krankheit und Gesundheit mag für das Tier gelten (auch hier wäre er aber fraglich, wenn man Rö 8 trauen würde, wo PAULUS vom „Seufzen der gesamten Schöpfung“ nach dem Offenbarwerden der Kinder Gottes spricht). Für den Menschen gilt auf jeden Fall, daß er „mehr ist als er selbst“. Den bloß natürlichen Menschen gibt es gar nicht. Um noch einmal auf NIETZSCHE zu verweisen, der als Vordenker des Vitalismus gilt, der aber zur Selbstkorrektur auch in diesem Punkt fähig war: „Nichts ist unnatürlicher als die Natur.“ Immer transzendiert der Mensch sich selber, mit jeder Frage nach dem Sinn reicht er über das Vorfindliche hinaus. Im leiblich Gestillten wie im Ungestillten liegen von außen uneinsehbare, nicht beurteilbare Gewinne und Verluste.

Das freie, selbstgesetzliche Subjekt der Aufklärung war die eine Utopie, das optimierte Kollektiv war die andere Utopie der Neuzeit. In nicht auflösender Spannung bleibt der Mensch übrig. Die Sinnlinien sei-

nes Daseins dürfen nicht verkürzt werden: weder auf dem bloßen, perfekten Ichbezug des Einzelnen (Holismus), noch auf das Einfügen in dem bloßen Wirbezug ins Kollektiv einer irdischen *societas perfecta*.

Damit beide Pole einigermaßen gleichgewichtig im Lot bleiben, bedarf es einer dritten Sinnlinie: von Innen nach Oben. Bisher war von der horizontalen Sinnlinie die Rede: vom Wir zum Ich (von Außen nach Innen) und vom Ich zum Ich (von Innen nach Innen). Die dritte Sinnlinie steigt aber von Innen nach Oben auf. Von ihr hat die gesamte Kultur wieder zu sprechen, nach den Kahlschlägen des Atheismus, des Existentialismus, des Kollektivismus, des heutigen Holismus im Innerweltlichen. Die gesamte Kultur, nicht allein der Arzt hat die Oben-Dimension des Menschen neu und gründlich zu buchstabieren, wenn nicht bloß die lapidar-barocke Feststellung zutreffen soll: „humus fumus sumus“. Wir sind mehr als „Dreck und Rauch“, und diesem geheimnisvollen Mehr ist die ärztliche Kunst durchaus verpflichtet, ob sie nun mehr

das private oder das soziale Gut im Blick hat, oder ob sie nun Individualismus oder Kollektivismus in der Gesundheit anzielt.¹⁴

Referenzen

1. Esther FISCHER-HOMBERGER, Dem Einzelnen oder der Gesamtheit verpflichtet? Zwei Arten ärztlicher Ethik. Ein Kapitel aus der Medizingeschichte, in: Schweizerische Ärztezeitung 20 (1973).
2. Ebd.
3. Ebd., 3.
4. Ebd., 3f.
5. Ebd., 4.
6. Ebd., 5.
7. Ebd., 5.
8. Ebd., 6ff.
9. Ebd., 8.
10. Ebd., 8.
11. In: Stefan KOLB (Hg.), Fürsorge oder Vorsorge? Die Ethik medizinischer Forschung, 86-95, Frankfurt 1996.
12. In: Ethik in der Medizin 8(1986), 27-42.
13. WUERMELING a.a.O., 98
14. Vgl. dazu die Kapitel über Arzt und Heilen bei: Romano GUARDINI, Ethik. Vorlesungen an der Münchner Universität. 2 Bde., hrsg. v. Hans MERCKER, München 1994.

„Abwegige Außenseitermeinung oder ernstzunehmendes neues Therapiekonzept?“

DER Wald ist voller Gefahren. Diese Erfahrung mußten bisher nicht nur Hänsel und Gretel machen. – Bei Arbeiten im Wald im Januar 1991 verletzte sich der Patient am rechten Fuß und zog sich eine Nagelkranzfraktur der Großzehe zu. Die Verletzung wurde in der Klinik ambulant versorgt. Beim Arztgespräch wurde mit dem Patienten über die Möglichkeit der Verwendung von Unterarmgehstützen (anstatt des Anlegens eines Gipsverbands) gesprochen. Allerdings zog der Patient wegen der höheren Mobilität einen Gehgips vor. Auf Anordnung des behandelnden Arztes wurde dem Patienten zur Ruhigstellung ein Unterschenkelgehgips angelegt. Auf eine gleichzeitige medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde verzichtet. Im Januar 1991 gehörte es noch nicht zum allgemein anerkannten Stand der Medizin, bei Patienten mit Gipsruhigstellung im ambulanten Bereich eine Thromboembolieprophylaxe durch Heparin (oder andere Antikoagulantien) anzuwenden. Eine Studie, die die Notwendigkeit dieser Vorsorgemaßnahmen zweifelsfrei ergeben hat, ist erst ein Jahr später veröffentlicht worden.

Beim Arztgespräch wurde der Patient nicht über das mit der Immobilisation verbundene Risiko einer Thrombose, insbesondere nicht über die spezifische Gefahr einer tiefen Beinvenenthrombose aufgeklärt. Dies beruhte wohl darauf, dass im Gegensatz zur stationären Behandlung seinerzeit (Januar 1991) bei ambulanter Behandlung Maßnahmen zur medikamentösen Vorsorge gegen die Thrombosegefahr

noch nicht zum ärztlichen Standard gehörten. Vielmehr befand sich die Verabreichung von Heparin gegen das Thromboserisiko bei der Verordnung eines Gehgipses noch in der medizinischen Diskussion. Die generelle Gefahr von mit der Immobilisation verbundenen Blutumlaufstörungen bzw. Phlebothrombosen mit dem Risiko einer Embolie (nicht die Prophylaxe gegen diese Gefahr), die mit der Immobilisation verbunden sind, war bekannt, ja sie gehörte wohl bereits zum medizinischen Erfahrungsstand.

Einige Tage nach Anlegen des Gipsverbands stellte sich der Patient in der chirurgischen Ambulanz erneut vor und klagte über Druckschmerzen am Fuß, die in der Zwischenzeit aufgetreten waren. Der Gips wurde entfernt, und es wurden Druckstellen im Fersenbereich festgestellt. Ein neuer Gips wurde deshalb nicht mehr angelegt. Dem Patienten wurden vielmehr Gehstützen mitgegeben. Trotz starker Wadenschmerzen suchte der Patient die Ambulanz erst wieder zum vereinbarten Wiedervorstellungstermin am 20. Februar 1991 auf. Bei dieser Gelegenheit wurde eine Becken-Beinvenenthrombose rechts diagnostiziert, woraufhin der Patient für die folgenden drei Wochen stationär aufgenommen werden mußte. Die Thrombose war bereits mehrere Tage alt, so dass sie weder operativ noch medikamentös erfolgreich behandelt werden konnte.

Wegen des Gesundheitsschadens erhob der Patient Schadenersatzklage gegen die Klinik und den behandelnden Arzt.

Kommentar zum Fall:

Darstellung der jüngsten Rechtsprechung des deutschen Bundesgerichtshofs. Abzuwägen oder abwegig?

Philipp SAAME

EIN dem geschilderten Fall vergleichbarer Sachverhalt war Gegenstand eines kürzlich vom deutschen Bundesgerichtshof (BGH) veröffentlichten Urteils¹. Darin hat der BGH zu den Anforderungen an die ärztliche Aufklärung, insbesondere im Hinblick auf mögliche, noch nicht etablierte Behandlungsalternativen, Stellung genommen. Im Folgenden sollen das Urteil und mögliche Konsequenzen für die Ärzteschaft analysiert werden.

I. Zusammenfassung des Urteils

1. Leitsatz des Urteils

Die ärztliche Aufklärungspflicht setzt in Fällen zur Verfügung stehender Behandlungsalternativen nicht voraus, daß die wissenschaftliche Diskussion über bestimmte Risiken einer Behandlung bereits abgeschlossen ist und zu allgemein akzeptierten Ergebnissen geführt hat. Es genügt vielmehr, daß ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft auf bestimmte, mit einer Behandlung verbundene Gefahren hinweisen.

2. Entscheidung

Der klagende Patient hatte mit seiner Revision vor dem BGH Erfolg. Der BGH bejahte eine Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsalternativen, selbst wenn sich diese noch nicht in der Ärzteschaft durchgesetzt hatten. Das Ver-

fahren wurde zurückverwiesen zur Klärung der Tatfrage, ob die wissenschaftliche Diskussion zum Thromboserisiko und zu den Behandlungsalternativen bereits auf einer solchen ernsthaften Ebene stattgefunden hat, daß sie auch für den Beklagten erkennbar war².

3. Entscheidungsgründe

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe durch Gabe von Heparin oder anderen Antikoagulantien war zur Zeit der Behandlung (Januar 1991) für die ambulante Therapie nur diskutiert worden und gehörte noch nicht zum ärztlichen Standard³. Daher stellt die Anlegung eines Gehgipses ohne gleichzeitige Heparinprophylaxe im damaligen Zeitpunkt keinen Behandlungsfehler dar. Die Wahl der konventionellen Therapie durch den Arzt ist mithin als *lege artis* zu beurteilen. Allerdings hätte der Arzt den Kläger über das Thromboserisiko aufklären müssen, da dieses auch bei der Verordnung eines Gehgipses im ambulanten Bereich bereits hinreichend bekannt war⁴. Denn nach der Rechtsprechung des Senats muß der Arzt den Patienten über die spezifischen Risiken einer Behandlung aufklären, wenn sie im Falle einer Verwirklichung die Lebensführung schwer belasten. Eine solche mögliche schwere Belastung ist bei einer tiefen Beinvenenthrombose zu bejahen. Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten im Rahmen der Risikoaufklärung auch auf in der Diskussion befindliche Behandlungsalternativen hinzuweisen, die nicht zum ärztlichen Standard gehören. Dabei ist es nicht

erforderlich, daß die fachliche Diskussion über das Risiko einer Behandlung bereits abgeschlossen ist und zu allgemein akzeptierten Ergebnissen geführt hat. Vielmehr genügen für eine Aufklärungspflicht ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft, die nicht lediglich als unbeachtliche Außenseitermeinungen zu qualifizieren sind, sondern als gewichtige Warnungen angesehen werden müssen⁵. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebietet es, über die mit der gewählten Behandlungsmethode möglicherweise verbundenen Risiken aufzuklären und gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass solche Gefahren bei in Betracht kommenden alternativen Behandlungsmethoden vermieden oder reduziert werden können.

II. Kommentar:

Konsequenzen aus dem Urteil

Aufgrund der EU-weiten Harmonisierung privatrechtlicher Normen und der allgemeinen „Internationalisierung“ des Rechts, nicht zuletzt des Haftungsrechts, zeitigen höchstrichterliche Entscheidungen in zunehmendem Maße auch außerhalb der Grenzen des jeweiligen Landes beachtliche Wirkungen. So wie die anerkannten Regeln der Medizin machen auch rechtliche Grundsätze und Wertungen nicht vor den Landesgrenzen halt. In einem immer näher zusammenrückenden Europa können Gerichte nicht mehr Recht sprechen, ohne maßgebliche „leading cases“ aus dem Ausland zumindest zur Kenntnis zu nehmen. Das hier vorgestellte Urteil stellt möglicherweise eine derartige Leitentscheidung dar. Es ist ein neues Beispiel für den in Deutschland vorherrschenden Trend einer sich fortsetzenden Haftungsverschärfung im Bereich des Arztrechts – wie auch des Arzneimittelrechts.

Mit den immer höheren Anforderungen an die ärztliche Aufklärung ist nicht nur die Gefahr

der Überforderung des Patienten verbunden, sondern neben der naturgemäß eintretenden Verzerrung der Beurteilungsmaßstäbe für die jeweiligen Risiken auch die Einbuße an Rechtssicherheit. Diese Einbuße an Transparenz und Rechtssicherheit wird beispielsweise deutlich bei der Frage, welche Behandlungsalternativen zu den „ernsthaft“ diskutierten, aber noch nicht etablierten gehören. Während das Gericht *ex post* eine Methode, die sich später durchgesetzt hat, als bereits früher ernsthaft diskutiert erklärt, kann sich der Arzt in der konkreten Behandlungssituation diesen „Luxus“ nicht leisten. Er muß entscheiden, ob erste Äußerungen von Fachleuten nur spekulative „Versuchsballons“ bzw. unbeachtliche Außenseitermeinungen sind oder bereits seriöse Darstellungen von Methoden und deren Risiken, die künftig zum allgemeinen Stand des Wissens gehören werden.

Zweifellos ist über spezifische Risiken einer Behandlung aufzuklären, wenn die Realisierung eines derartigen Risikos die Lebensführung des Patienten schwer beeinträchtigen kann⁶. Auch die Frage, ob dem Arzt Behandlungsalternativen zur Verfügung standen, ist seit längerem als wichtiges Kriterium für die Verlaufs- und Risikoaufklärung von Bedeutung⁷. Damit der Patient eine autonome Entscheidung zwischen den in Betracht kommenden Behandlungen und eine Abwägung des Risikos vornehmen kann, muß er über Alternativbehandlungen aufgeklärt werden⁸. Dies fordert bereits das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Und selbstverständlich berücksichtigt der Arzt dies per se aufgrund seiner ethisch-moralischen Verantwortung. Zentrale Aussage des vorliegenden Urteils ist jedoch, dass zur Verfügung stehende alternative Behandlungsmethoden, die weder zum ärztlichen Standard gehören noch allgemein akzeptiert sind, bereits bei der ärztlichen Aufklärung zu berücksichtigen sind, wenn ernstzunehmende Stimmen in der Wissenschaft auf bestimmte mit der zunächst gewählten Behandlung verbundene Risiken hinweisen.

Das Urteil gibt über zwei Punkte keine Auskunft:

1. Welcher Bekanntheitsgrad ist für diskutierte Alternativmethoden zu fordern?
2. Wann sind Hinweise auf Risiken der gewählten Behandlung noch als „unbeachtliche Außenseitermeinungen“ und wann schon als „gewichtige Warnung“ anzusehen?

Es bleibt zu fragen, ob mit solchen an Bestimmtheit mangelnden Formulierungen der Rechtsklarheit und -sicherheit und damit dem Patienten wie dem Arzt ein Dienst erwiesen wird.

Referenzen

1. BGH, Urteil v. 21.11.1995 – VI ZR 329/94, in MedR 1996, S. 271-272
2. BGH MedR 1986, 77
3. Erst im Januar 1992 sei eine wissenschaftliche Studie erschienen, die auch für den ambulanten Bereich die Notwendigkeit einer Heparinprophylaxe bei Patienten mit Gipsruhigstellung zweifelsfrei ergeben habe.
4. BGH, Urteil vom 12.12.1989 – VI ZR 83/89, in VersR 1990, 522, 523
5. BGH, Urteil vom 27.9.1977 – VI ZR 162/76 – VersR 1978, 41, 42
6. So ist selbst bei einer minimalen Zwischenfallsquote über Risiken aufzuklären, die, wenn sie sich verwirklichen, typischerweise schwerste, die Lebensführung auf Dauer ändernde und beeinträchtigende Schädigungen zur Folge haben. Vgl. zu einer statistischen Polio-Ansteckungsquote von 1:15,5 Millionen: BGH, Urteil vom 7.7.1994 – III ZR 52/93, in MedR 1995, 25ff.
7. vgl. OLG Zweibrücken vom 16.6.1994 – 4 U 90/93, in MedR 1995, 407ff.
8. vgl. KERN/LAUFES, Die ärztliche Aufklärungspflicht, 1983, 4.4.3; vgl. auch im Bereich des Strafrechts BGH vom 29.6.1995 – 4 StR 760/94

*Dr. iur. Philipp SAAME, Immuno GmbH
Arabellastr. 4, D-81925 München*

Das japanische Abgeordnetenhaus erstellt einen Hirntod-Gesetzesentwurf.

Das japanische Abgeordnetenhaus genehmigte vergangene Woche einen Gesetzesentwurf, der das Prinzip des Hirntodes legalisiert.

Dies würde den Weg für Herz- und Lebertransplantationen ebnen, die seit fast drei Jahrzehnten verboten sind. Der Entwurf, der seit einigen Jahren zur Diskussion stand und von Mitgliedern der Liberaldemokratischen Partei vorangetrieben wurde, wurde mit 320 zu 148 Stimmen beschlossen. Der alternative Entwurf hielt die alte Definition des Herztodes aufrecht, erlaubte jedoch die Organentnahme, wenn vorher eine schriftliche Zustimmung des Spenders und der Angehörigen eingeholt worden war.

Der Begriff „Hirntod“ wird in Japan zum ersten Mal 1988 von der Japanischen Medizinischen Gesellschaft definiert. Die fünf Voraussetzungen, unter denen jemand für tot erklärt werden kann sind tiefes Koma, Erweiterung der Pupillen, zentral bedingter Atemstillstand (Apnoe) und das Fehlen von Hirnstammreflexen. Diese Bedingungen müssen durch eine 6-stündige Latenzzeit hindurch beobachtet werden.

In Japan waren Transplantationen seit der ersten und einzigen Herztransplantation 1968 verboten.

Der Gesetzesentwurf muß nun die Genehmigung durch das Oberhaus passieren, wo die zu erwartende Opposition noch stärker ist.

Das Datum der Entscheidung des Oberhauses für den Hirntod-Gesetzesentwurf ist unbestimmt.

The Lancet, Vol. 349, May 3, 1997

In-vitro-Fertilisation – eine sozialmedizinische Analyse

In-vitro-Fertilisation ist zu einer häufig angewandten Methode zur Behandlung von Unfruchtbarkeit geworden. Da die Kosten und Konsequenzen, aber auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme dieser Behandlung immer wieder Anlässe für Diskussionen und Unstimmigkeiten bieten, wurden im UK auf Initiative der Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) eine großangelegte Studie mit den IvF-Daten seit dem Jahr 1991 durchgeführt. Ziel war es, jene Faktoren, die den Ausgang einer IvF-Behandlung signifikant beeinflussen, genau unter die Lupe zu nehmen.

Insgesamt wurden 36.961 IvF-Zyklen berücksichtigt, die an 26.389 Frauen durchgeführt wurden.

71% der Frauen hatten sich einem, 21% zwei und 8% mehr als zwei Zyklen unterzogen. Die HFEA verbietet die Einpflanzung von mehr als 3 Embryonen pro Behandlungszyklus. Bei 69% der Transfers waren es 3 Embryonen, bei 31% zwei und in 10% der Fälle ein einziger Embryo, der eingepflanzt wurde. Weiters wurden 1.416 IvF's untersucht, bei denen die Eizellen gespendet worden waren. Es zeigte sich, daß die höchste Geburtenrate in der Altersgruppe von 25-30 Jahren zu finden war.

Zu keiner Schwangerschaft kam es bei Frauen über 45 Jahren.

Die Auswirkung des Alters auf die Geburtenrate wurde jedoch substantiell durch das Vorhandensein von Spendereizellen modifiziert. In allen Altersbereichen, ausgenommen bei Frauen mit 29 Jah-

ren oder jünger, war die Lebendgeburtenrate mit gespendeten Eizellen höher als mit eigenen.

Ein signifikanter Abfall der Lebendgeburtenrate korrelierte auch mit der vorangegangenen Zeit der Unfruchtbarkeit der behandelten Frauen. So hatten Frauen, die zuvor 10 Jahre unfruchtbar gewesen waren, eine Lebendgeburtenrate von 12,4 pro Behandlungszyklus, hingegen wiesen Frauen mit 3 Jahren Unfruchtbarkeit eine Rate von 15,3% auf.

Jedenfalls war die Geburtenrate pro Embryotransfer bei Frauen mit Unfruchtbarkeit ungeklärter Ursache höher als bei Frauen, die erwiesenermaßen tubale Erkrankungen durchgemacht hatten. Weiters zeigte sich, daß Frauen, die bereits Schwangerschaften hinter sich hatten, eine höher Lebendgeburtenrate hatten (23,2%) als jene die noch nie schwanger gewesen waren (12,5%).

Die Studie konnte nicht erhellen, warum Frauen, die unter 25 Jahre alt sind, eine niedrigere Geburtenrate zeigen.

The Lancet, Vol. 348, November 23, 1996

Kompetente Pflege statt Beihilfe zum Selbstmord

Kathleen M.FOLEY, M.D. vom Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York nahm im *Lancet* klar zum gegenwärtigen Trend zur legalen Akzeptanz von Beihilfe zum Selbstmord durch des Arzt (BzS): Mehrere Richter in den USA treten bereits für ein konstituiertes Recht auf Beihilfe zum Suizid ein; Hauptargument für ihren Vorstoß bildet die Tatsache, daß Patienten im Endstadium schwerer Er-

krankungen oft zu unmündigen, sedierten und hilflosen Kreaturen „gemacht“ würden. BzS ist ihrer Meinung nach die effektivste Maßnahme gegen diese unwürdige Behandlungsweise.

Unverhohlen wird von Seiten der Richter auch klargestellt, daß der Staat kein Interesse an der Verlängerung eines Lebens, das zu Ende geht, haben könne.

Dies allein, so FOLEY, dient als eiskalte Erinnerung an die geringe Priorität, die den Sterbenden zur Zeit eingeräumt wird. An zwei Kreisgerichten in den USA gab das Appellationsgericht grünes Licht für ein konstitutives Recht zu BzS. Die Anwendung dieses Gerichtsspruches richtet sich ausschließlich an Kranke im terminalen Stadium ihrer Krankheit. Offensichtlich scheint es dabei, daß das Aufheben des Unterschieds zwischen sterben lassen und töten durch das Gesetz dem Handlungsimperativ der Ärzte in der palliativen Medizin diametral entgegenläuft.

Die Absicht des Arztes ist es, Pflege und Behandlung zur Verfügung zu stellen, nicht den Tod. Die WHO stellt sich bis heute auf den Standpunkt, daß die Mittel der palliativen Medizin noch lange nicht ausgeschöpft seien und keinerlei Grund zu einer Legalisierung von BzS bestünde.

Die beiden Gerichte setzten sich also über diese klare Empfehlung der WHO hinweg, ja sie unterstellten sogar, daß die WHO BzS unterstütze.

Schmerz, Aids und degenerative Nervenerkrankungen sind die häufigsten Vorbedingungen, unter welchen Patienten nach BzS verlangen. Die Angst vor großen Schmerzen, Verlust von Kontrolle und das Gefühl, zur Last für andere zu wer-

den, sind Hauptgründe für ihr Verlangen. In allen Studien zeigt sich aber, daß diese Ursachen eng mit Depression und Mangel an sozialer Unterstützung verbunden sind.

Patienten, Pflegepersonal und die Angehörigen bilden ein sich gegenseitig beeinflussendes Dreieck. Die Effizienz der Schmerztherapie stellt nach wie vor ein ungelöstes Problem dar. 76% von 1177 Ärzten, die in den letzten 6 Monaten 70.000 Krebspatienten behandelt hatten, gaben im Rahmen einer Studie zu, nicht genügend zu wissen, um die Schmerzen der Patienten wirklich unter Kontrolle zu bekommen. Patienten mit Aids zeigen eine signifikant höhere Bereitschaft zum Selbstmord.

Suizid ist an achter Stelle der Todesursachen in den USA und bei Patienten mit Aids, Krebs und bei älteren Männern höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Es steigt die Besorgnis, daß Patienten, die aus Minderheitengruppen stammen, zukünftig die Behandlung ihrer physischen und psychologischen Symptome nicht mehr Vertretern des offiziellen Gesundheitssystems überlassen werden, schlicht aus der Angst davor, getötet zu werden. Hinweise dafür kommen aus den Norther Territories in Australien, wo bekanntlich BzS legal durchgeführt wird. Es könnte bald als Beispiel für die USA dienen, die ja eine multikulturelle Gesellschaft sind. Es liegt also in Zukunft an den Ärzten, an ihrer Bereitschaft, sich mit sich selbst und mit dem Leiden ihrer Patienten auseinanderzusetzen, aber auch an einer verbesserten Ausbildung für den Umgang mit Sterbenden,

ob in Zukunft Ärzte, die für die Bedürfnisse von Sterbenden inkompetent dastehen, im Namen des Mitleids Patienten in den Tod schicken werden oder nicht.

The New England Journal of Medicine, January 2, 1997

Erstmalige Verwendung von gefrorenem Nabelschnurblut in der Gentherapie. Jerusalem, Mailand.

Ein israelisch-italienisches Team transplantierte am 15. Februar 1997 genetisch veränderte Zellen unter Verwendung von gefrorenem Nabelschnurblut in einen Säugling, der an einer schweren Immunschwäche, kombiniert mit einem Adenosin-desaminasemangel leidet. Das Ergebnis der Therapie wird innerhalb der nächsten Monate vorliegen.

Das einzige Geschwisterkind des kleinen Patienten war an der gleichen Erbkrankheit gestorben.

Beim nunmehr behandelten Säugling wurde bei der Geburt im Hinblick auf die künftige Notwendigkeit eines autologen Transplantats Nabelschnurblut eingefroren.

„Es ist nicht das erste Mal, daß Nabelschnurblut transplantiert wurde, da es sich als sehr gutes Medium für die Expression eingeführter Gene erwiesen hat.“

Noch nie zuvor aber wurden gefrorene Nabelschnurblutzellen durch retrovirale Vektoren modifiziert und in einen Patienten verpflanzt“ sagt ARNON NAGLER, Vorstand der Israelischen Nationalen Nabelschnurblutbank.

The Lancet, Vol. 349, March 8 1997

RdM RECHT DER MEDIZIN: Wien

Zeitschrift in Deutsch

4. Jahrgang Heft 1 Februar 1997

PETER KÖNIG, PAUL WARTBERGER:

Zum Begriff der „Behandlung“ aus

mezinisch-psychiatrischer Sicht;

CHRISTIAN KOPETZKI: Zum Begriff

der („besonderen“) Heilbehand-

lung aus juristischer Sicht; RONALD

KLIMSCHA, HERBERT KLASCHKA:

Das Berufsbild der medizinisch-

technischen Dienste zwischen Ärz-

ten und Krankenpflegefachdienst.

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol.22 No.1 February 1997

LAURENCE B.MCCULLOUGH: The

Management of Instability and In-

completeness: Clinical Ethics and

Abstract Expressionism; ALBERT

W.MESSCHENGA: The Relation Between

Concepts of Quality-of-Life, Health

and Happiness; STEVEN

D.EDWARDS: The Moral Status of

Intellectually Disabled Individuals;

JUAN MANUEL TORRES: On the Limits

of Enhancement in Human

Gene Transfer: Drawing the Line;

DORAN SMOLKIN: HIV Infection,

Risk Taking, and the Duty to

Treat; BOGDA M.KOCZWARA AND

TIMOTHY J.MADIGAN: The Heterogeneity

of Clinical Ethics: The

State of the Field as Reflected in the

Encyclopedia of Bioethics.

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien.

Quartalsschrift in Spanisch.

Vol.VII No.28, 4a 1996

Tema de Estudio: Ética de la experimentación biomédica (I): En el

hombre y en animales.

G.HITZENBERGER: La experimentación

en el hombre; J.M.VEGA,

I.CEBRIÁN, V.ALVAREZ-GUISASOLA,

J.VEGA: Aspectos médico-legales de

la experimentación humana;

J.ROSADO: La licitud ética de los

experimentos en animales y la

diferencia animal/hombre; CECILIO

J.VIDAL MORENO: Bioética de la

experimentación con animales.

Colaboraciones: Fundamentación:

JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CREHUET

NAVAJAS: Antropología al servicio de

la Bioética: es Humanismo Metafísico;

Derecho: FRANCESCO D'AGOSTINO:

La Bioética como problema jurídico;

Biología: A.VERGARA, S.SÁNCHEZ,

J.LÓPEZ GUZMÁN: la ética profesional

en los nuevos Estatutos del

Colegio Oficial de Biólogos;

Atención Clínica: A.CASTILLA

VALERY: Limitación de medidas

terapéuticas; CARMEN GALDÁMEZ,

JESÚS GONZÁLEZ CAJAL: La familia

en situación de emergencia. Aspectos

éticos;

Cuestiones de Actualidad: GONZALO

HERRANZ: Los principios de

Ética Médica Europea cumplen diez

años; JOSÉ MIGUEL SERRANO

RUIZ-CALDERÓN:

Creación, precreación y manipulación;

A propósito de un caso clínico:

JESÚS GONZÁLEZ CAJAL: Es caso

R.A.B.: Mal estructural sanitario?

Panorama Internacional

Medicina, Salud y Ética

Documentación: Código de

Nuremberg; Declaración de

Helsinki de la World Medical

Association; Directrices y

recomendaciones para las

Comisiones éticas europeas.

Ethics Working Party del

European Forum for Good

Clinical Practics; Cursos,

Congresos y Seminarios

Bibliografía Recibida; Aebi:

Asociación Española de Bioética

y ética médica. Noticias

ETHICS & MEDICINE. An International

Christian Perspective on

Bioethics. Bannockburn, IL, USA,

London GB.

Quartalsschrift in Englisch.

Vol.12:3, 1996

C.BEN MITCHEL: Comment: Back

to the Future; SIMON DAVIES, M.B.,

CH.B.: Ignorance Increases the

Dangers of the Ecstasy Dance

Culture; ANDREW M.SEDDON, M.D.:

Predicting Our Health: Ethical

Implications of Neural Networks

and Outcome Potential Predictions;

DÓNAL P.O'MATHÚNA PH.D.:

Did Paul Condone Suicide? Implications

for Assisted Suicide and Active

Euthanasia; DENNIS HOLLINGER,

PH.D.: Theological Foundations

for Death and Dying Issues;

DR.CALUM MACKELLAR: The

Biological Child;

Book Reviews.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom,

Italien.

Quartalsschrift in Italienisch.

Vol.5 (1996), Fasc.2 Luglio/Dicembre

Studi: JUAN MANUEL BURGOS: Weber

e lo spirito del capitalismo.

Storia di un problema e nuove

prospettive; MARIANO FAZIO: Il

singolo kierkegaardiano. Una

analisi in divenire; MICHELE

MARSONET: I rapporti tra

scienza e metafisica; MIGUEL

PÉREZ DE LABORDA: Sujeto,

proprio y esencia: el fundamento

de la distinción aristotélica de

modos de predicar; IGNACIO

YARZA: Ética y dialéctica. Sócrates,

Platón y Aristóteles;

Note e commenti: ANTONIO

MALO: Il desiderio: precedenti

storici e concettualizzazione

platonica; GABRIEL J.ZANOTTI:

El problema de la „Theory

Ladennes“ de los juicios

singulares en la epistemología

contemporánea;

Recension: J.M.BURGOS, La

inteligencia ética. La propuesta

de Jac-

ques Maritain (F.Fernández); C.RAPP, Identität, Persistenz und Substantialität (L.F.Tuninetti); P.ROGER (ed.), L'homme des Lumières (D.Gamarra); J.VILLANUEVA, Noología y reología: una relectura de Xavier Zubiri (J.J.Sanguinetti); Schede bibliografiche: E.FORMENT, San Anselmo (M.Pérez de Labora-
da);

A.FUMAGALLI, Il reale nel linguaggio (D.Gamarra); D.INNERARITY, La irrealità (D.Gamarra); G.ROCCI, C.G.Jung e il suo Daimon. Filosofia e psicologia analitica (M.T.Russo).

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch.

Anno XII, n. 2 - Dicembre 1996
Sommario: Allocuzione di Sua Santità Giovanni Paolo II in occasione del 15° anniversario dell'istituzione del Pontificio Istituto per Studi su Matrimonio e Famiglia.

Editoriale: Sommari: TONY ANATRELLA: Crise de la paternité; GIANFRANCESCO ZUANAZZI: Il padre tra realtà e finzione; PEDRO MORANDÉ: La imagen del padre en la cultura de la postmodernidad; STANISLAW GRYGIEL: La dimensione pasquale della paternità e della figliolanza; GERHARD LUDWIG MÜLLER: Jesus Christus, der Sohn des Vaters. Zeugung und Sohnschaft im dreifaltigen Gott; MASSIMO SERRETTI: Paternità e senso religioso. A proposito del terzo manoscritto di Karl Marx; CARLO BRESCIANO: La paternità nella procreazione medicalmente assistita; ALDA MARIA VANONI: Adozione e paternità adottiva; ANGELO SCOLA: Paternità e libertà; PAUL BAUDIQUÉY: Rembrandt: histoire d'un Père „prodigue d'amour“; LORENZO DATRINO: Paternità di un vescovo: Gregorio Nissenò;

In rilievo: HORST SEIDL: The Conception of Felicity in Seneca. Critical Considerations on Eudemonism;

Nota critica: JOSÉ NORIEGA: Anotaciones sobre la ratio practica y la conciencia en Tomás de Aquino; Vita dell'istituto: A.Situatione dei titoli di studio. B. Attività scientifiche; Indice dell'anno 1996

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. Band 9, Heft 1 1997

Editorial

Originalarbeiten: GERD RICHTER: Ethische Probleme der Pharmakökonomie an einem Beispiel aus der Onkologie; UDO SCHÜKLENK: Ethische Probleme des Designs und der Zugangsvoraussetzungen klinischer AIDS-Versuchsreihen;

Fall und Kommentare: Hochdruck-Therapie bei milder Hypertonie: Dürfen Patienten während einer klinischen Vergleichsstudie unzureichend behandelt werden? Tagungsberichte, Rezensionen, Mitteilungen.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 27 Number 1 January-February 1997

Articles: LARRY R.CHURCHILL: Market Mediotopia: A Glimpse at American Health Care in 2005; BARUCH A.BRODY, JAY KATZ and ANNETTE DULA: Symposium In Case of Emergency: No Need to Consent Commentaries; MAURICE A.M. DE WACHTER: The European Convention on Bioethics; ROBERT D.TRUOG: Is It Time to Abandon Brain Death?; MARGARET WALTER: Review Essay - Geographies of Responsibility;

Features: RICHARD H.NICHOLSON: Old World News - In the Family's Best Interests; PAUL J.REITEMIER, ARTHUR R.DERSE and JEFFREY SPIKE: Case Study - Retiring the Pacema-

ker - Commentaries; CARL E.SCHNEIDER: At Law - Making Sausage: The Ninth Circuit's Opinion; JACKIE GLOVER: Review - Love and Justice in the Family; Departments: Letters, In the Literature, Research Notes, In Brief - Not just for Breakfast Anymore; Ethics Committees in Israel: For Better or Worse; The Twelve Methods of Bioethics; Contributors, Calendar and Announcements

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

1997/1

Editoriale: La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina; A.SERRA, G.BELLANOVA: Accertamento prenatale di rischio di patologia cromosomica fetale. Aspetti scientifici, etici e deontologici; A.BOMPIANI: Una valutazione della „Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina“ del Consiglio d'Europa; M.B.FISSO, E.SGREGGIA: Etica dell'ambiente; F.D'AGOSTINO: Sessualità e diritto; Notizie flash; Documentazione Dal Magistero del Santo Padre:

I. Il Papa: La vostra opera è un segno che il nuovo millennio vedrà una nuova fioritura di autentica umanità

II. Il Santo Padre: Incoraggiate i bisognosi a diventare i principali artefici del loro sviluppo sociale e culturale

III. Giovanni Paolo II: Sono di fronte a voi testimone della dignità dell'uomo

IV. Il Santo Padre: Sia fermata la produzione di embrioni umani Dalla Santa Sede:

I. L'Osservatore Permanente della Santa Sede presso l'ONU: Mettere in pratica il consenso del Cairo rispettando la dignità di ogni persona;

II. L'Osservatore Permanente della Santa Sede presso l'ONU: La persona umana deve essere al centro

- di ogni attività sociale, politica ed economica
- Dal Magistero Episcopale:
- I. Vescovi Presidenti delle Commissioni Episcopali per la Famiglia dell'Asia: Dichiarazione sulla famiglia santuario della vita
- II. Cardinali ed Episcopato USA: Lettera al Presidente Clinton sull'„aborto a nascita parziale“;
- Dagli Organismi internazionali: Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'etre humain a l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les droits de l'homme et la biomedecine;
- Autorità internazionali: Stati Uniti d'America. Lettera del Presidente Clinton ai Cardinali e Vescovi cattolici USA: „Sull'aborto a nascita parziale“;
- Dai Comitati di Etica: Italia, Comitato Nazionale per la Bioetica: Bioetica e Ambiente;
- Notiziario: Convegno su „i giovani nella società che cambia. Ruolo della scienza nella formazione e nel lavoro“. Tavola Rotonda su „Adozione nazionale ed internazionale e diritti del fanciullo“
- Recensione: T.MOORE: Care of the Soul. A guide for Cultivating Depth and Sacredness in Everyday
- Life (G.Miglietta); F.TONUCCI: La solitudine del bambino (M.Pennacchini); V.POSSENTI: Dio e il male (L.Cantoni);
- Dalla Letteratura Internazionale: Il dovere morale del dentista di denunciare le violenze sui bambini; Più cautela nel porre la diagnosi di stato vegetativo persistente; Comitati etici e sperimentazione multicentriche; Il gioco della morte, ovvero la guida australiana per l'assistenza all'eutanasia; Realtà e fantascienza nel trapianto di tronco/cervello; Segnalazione Bibliografiche; Etica e Ambiente; Medicina e Morale 1995-1996.

Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung in rechtlicher, medizinischer und ethischer Sicht

H.G.KOCH, J.G. MERAN, H.M. SASS

Zentrum für medizinische Ethik, Heft 93, 1996

ISBN 3-927855-71-5

Im Anschluß an ein 1994 in den USA durchgeführtes Symposium zum Thema Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung sind in der Reihe Medizinische Materialien des Zentrums für medizinische Ethik, Bochum (Heft 93/1996) drei überarbeitete Vorträge erschienen, die den Stand der deutschsprachigen Diskussion aus rechtlicher, medizinischer und ethischer Sicht darlegen.

Dr.med. Gobertus MERAN, Hämatologische Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover, stellt die Instrumente Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung im klinischen Kontext dar. Die große Mehrzahl der Patienten kommt in ein Krankenhaus, um Hilfe zu suchen und ist mit der Behandlung weitestgehend einverstanden, und zwar auch ohne zusätzliche Absicherung, daß ihr Wille befolgt werde. Therapieentscheidungen (Beginn, Erweiterung, Begrenzung oder Beendigung) zählen zu den schwierigsten und gleichzeitig wichtigsten Aufgaben des Arztes, der diese aber nicht alleine zu treffen hat, sondern in Übereinstimmung mit den Patienten. Wenngleich das Bild des väterlich fürsorgenden Arztes heute vom partnerschaftlichen Experten abgelöst worden ist, bleibt die asymmetrische Grundfigur vom - hilfesuchenden Leidenden und ratenden Helfer bestehen. Die Zustimmung zu einer vorgeschlagenen Therapie („Informed Consent“) ist - nach ausreichender Aufklärung über Alternativen, Nebenwirkungen und Komplikationen - unabdingbare Voraussetzung.

MERAN bezieht sich auf eine Studie über die Aufnahmekapazität von Informationen bei Pa-

tienten und stellt fest, daß nur kleine und konkrete Informationseinheiten über Krankheitsverläufe, Risiken und Therapieformen vom Patienten aufgenommen und gemerkt werden können. Weiters weist er auf die Schwierigkeiten einer freien und realistischen Entscheidungskompetenz des Patienten hin, wenn dieser bereits schwerkrank ist, bzw. die komplexen medizinischen Sachverhalte nicht versteht oder gewichten kann. Dennoch solle und müsse jeder mündige Patient das Recht haben, seine medizinische Behandlung zu bestimmen, insbesondere auch lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen zu können.

Seit ca. 16 Jahren wird die Patientenverfügung, das sogenannte Patiententestament, - praeter legem - als schriftliche Äußerung des Patientenwillens angeboten, in der Praxis aber kaum genutzt. In Österreich und Deutschland ist der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen wesentlicher Inhalt, deswegen „Testament“. Der in den USA bereits gesetzlich verankerte „Living Will“ deutet auf eine umfassendere Entscheidungskompetenz hin, die ebenso den Wunsch nach maximaler Therapie umfassen kann. Die Hauptprobleme sieht Meran in der fehlenden gesetzlichen Verankerung und der dadurch entstehenden Unsicherheit über die rechtliche Verbindlichkeit der Verfügungen sowie in der möglichen Inkonsistenz zwischen dem zurückliegenden früher geäußerten Willen und aktuellen Interessen des dann imkompetenten Patienten.

Im zweiten Beitrag geht der Jurist Dr.Hans-Georg KOCH, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br. auf Rechtsfragen der Entscheidungsfindung in Sterbehilfe-Fällen ein. Er behandelt das ärztliche Vorgehen in jenen Fällen, in denen sich der Patient selbst im Zeitpunkt der anstehenden ärztlichen Entscheidungen zur Handlung oder Unterlassung nicht mehr verbindlich äußern

kann. Seine Überlegungen basieren auf folgender Grundregel: ärztliches Handeln legitimiert sich nicht schon aus dem Vorliegen einer behandlungsbedürftigen und -fähigen Erkrankung, sondern erst aus der Einwilligung des Patienten. Abweichungen erfährt dieses Prinzip nur in den Fällen des nicht selbst entscheidungsfähigen Patienten, des Suizidenten und psychisch Kranken. In Ermangelung ausjudizierter Standardfälle stellt KOCH die Probleme der Entscheidungsfindung in fünf Spezialfällen aus der deutschen Gerichtspraxis dar. Generelle Erkenntnisse und Grundregeln über Patientenverfügungen, die die bestehende Rechtsunsicherheit vermindern könnten, können aus dieser Jurisdikatur aber nicht abgeleitet werden.

Zulässigkeitsvoraussetzungen und Grenzen der Sterbehilfe müssen aus den allgemeinen Normen des Strafrechts herausinterpretiert werden, da es keine ausdrückliche Regelung gibt. Patientenverfügung und Benennung eines Stellvertreters (Patientenanwalt) für den Fall künftiger Sterbehilfe-Situationen werden von der meinungstragenden juristischen Kommentarliteratur bislang nur pauschal abgehandelt. KOCH zitiert das neuere Schrifttum, das der „gewillkürten Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten“ in Verbindung mit dem seit 1992 in Kraft befindlichem Betreuungsrecht positiv gegenüber steht. Er folgert daraus, daß diese Bestimmungen durchaus als „...implizierte Anerkennung von Patientenverfügung und Benennung eines Entscheidungs-Stellvertreters verstanden werden können“.

Prof.Dr.phil.Hans-Martin SASS, Institut für Philosophie, Ruhr-Universität, Bochum, sieht die Aufarbeitung der ethischen Diskussion gleichsam als Gegengewicht zu den beiden vorhergehenden wissenschaftlich-theoretischen Beiträgen. Stellvertretende Entscheidungen von anderen über uns oder von uns über andere in Verbindung mit Tod und Sterben, Leiden und Abhängigsein enthalten nicht nur theoretische, sondern mehr noch praktische und existentielle Risiken. Spontane emotionale Empörung ersetzt

häufig rationale ethische Analyse und differenzierte Güterabwägung.

Anhand von mehreren medizinischen Fällen führt SASS ethische Fallstudien durch, wobei er die unterschiedlichsten Szenarien zu den Fragen stellvertretende Entscheidung, Inkonsistenz des Patientenwillens und Differenzierung zwischen Töten und Sterbenlassen darstellt und diese analysiert.

In unserer Gesellschaft werden Sterben und Tod, Leiden und Abhängigsein verdrängt und tabuisiert. Logische Konsequenz ist, daß es keine Diskussion und intensivere Beschäftigung mit Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten gibt. Fragen der Selbstbestimmung für die Fälle von Koma, Demenz und in bezug auf den eigenen Tod werden nur indirekt anhand von spektakulären Fällen oder in allgemeinen weltanschaulich-philosophischen Auseinandersetzungen diskutiert.

Es werden 5 Schlüsselworte definiert, die Hauptgegenstände dieser Debatten sind: Tötung aus Mitleid, Sterben in Würde, Selbstbestimmung, hippokratisches Ethos und Euthanasie. Bei näherer Betrachtung dieser Schlagworte fällt auf, daß diesbezügliche Kontroversen durchwegs auf ideologischen Divergenzen oder auf philosophischen Schulstreiten beruhen, die das breite Wertungsspektrum innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft widerspiegeln. Beim Thema Euthanasie greift SASS ein zusätzliches, der Situation in Deutschland eigenes Problem auf, nämlich die Mißbrauchsgeschichte im Dritten Reich. Dieses geschichtliche Phänomen sieht er bei weitem noch nicht als aufgearbeitet an, sondern im Gegenteil: die Diskussion wird davon als drohende Möglichkeit, weiterhin begleitet.

Nimmt man terminologische Differenzierungen des allgemeinen Begriffes Euthanasie vor, wie z.B. Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben oder passive und aktive Euthanasie, so können unterschiedliche Szenarien fallspezifisch und nicht nur generell bewertet werden. SASS sieht darin die große Chance, medizinisch mögliche und ethisch wünschbare Modelle der Inter-

vention zu beschreiben und Formulierungen sowie Konzepte zu entwickeln, die der weiteren Entwicklung von Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten dienen. Unabhängig von der aus rechtlicher und medizinischer Sicht anstrengenswerten Verbreitung dieser beiden Selbstbestimmungsinstrumente ist er der Ansicht, daß diese eine Verbesserung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, der Gesundheitsmündigkeit des medizinischen Laien sowie der intensiven Beschäftigung mit Werten und Wünschen für eine allfällige Betreuungssituation mit sich bringen.

Weder rechtliche Regelungen noch faktische Anwendung von Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten können in unserer – von Selbstbestimmung geprägten – Gesellschaft eine Enttabuisierung von Tod, Leiden und Sterben bewirken. Der Bürger verzichtet auf die individuelle Autonomie für diese Fälle, der Arzt flieht in die Möglichkeiten der Apparatemedizin, um ein persönliches Gespräch zu vermeiden. Kulturelle und ethische Unsicherheiten der individuellen, öffentlichen und medizinischen Kultur im Umgang mit Leiden, Schwäche und Sterben bewirken, daß Selbstbestimmung selten eingefordert und auch selten angeboten wird.

Nur eine breitere öffentliche Diskussion und Aufklärung über diese bis dato tabuisierten Themen könnten das eigentlich selbstverständliche Interesse des selbstbestimmungspflichtigen und -berechtigten Bürgers fördern!

E.SERDET

Personen – Versuche über den Unterschied zwischen 'etwas' und 'jemand'

Robert SPAEMANN

Klett-Cotta, Stuttgart 1996

ISBN 3-608-91813-2

In der ethischen und anthropologischen Diskussion wird neuerdings von mancher Seite wiederholt behauptet, daß die Verwendung des Personenbegriffes gar nichts zur Klärung vieler

wichtiger, existentieller Fragen beitrage und sogar den Konsens verhindere (Vgl. *Imago Hominis* 1997/I, S. 67). Mitten in dieser Stimmungslage legt der emeritierte Philosophieordnarius der Münchner Universität Robert SPAEMANN eine nahezu allumfassende Abhandlung dieses Begriffes vor. Allein der kämpferisch deutbare Untertitel „Versuch über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“ zeigt bereits, daß ein Verzicht auf den Begriff keinen Platz in der Position SPAEMANNS haben kann, weil ihm die Verwischung dieses Unterschiedes als ein zu hoher Preis für den Konsens erscheinen dürfte.

Es ist fast unmöglich, den Inhalt dieses Buches, wenn auch nur stichwortartig im Rahmen dieser Besprechung wiederzugeben. Abgesehen von einer sehr dichten philosophischen Argumentation, weist dieses letzte Buch SPAEMANNS eine unglaubliche thematische Spannweite auf, die schon bei der Durchsicht des Inhaltsverzeichnis deutlich wird: Warum wir von Personen sprechen; warum wir Personen „Personen“ nennen; über das Identifizieren von Personen; das Negative; Intentionalität; Transzendenz; Fiktion; Religion; Zeit; Tod und Futurum exaktum; Kontextunabhängigkeit; das Sein von Subjekten; Seelen; Gewissen; Anerkennung; Freiheit; Versprechen und Verzeihen; sind alle Menschen Personen? Man kann sagen, daß kein Aspekt des Personenbegriffes unerwähnt bleibt. SPAEMANN ist außerdem bemüht, ethische, ökonomische, theologische, soziologische, religiöse, naturwissenschaftliche, medizinische ebenso wie allgemeine lebensweltliche Implikationen des Personenbegriffes knapp, aber präzise zur Sprache zu bringen.

SPAEMANN geht von der klassischen Definition von BOETHIUS aus: *Persona est naturae rationalis individua substantia*. Allein mit dieser Definition konnte er seinem Untertitel nicht gerecht werden. Da ist große Differenzierungsarbeit notwendig, und darin sieht er seine Aufgabe in diesem Buch, das auch indirekt einen geschichtsphilosophischen Überblick der Per-

sonauffassungen seit der Antike und dem Mittelalter über LOCKE, HUME, KANT und HEGEL bis heute, zu SINGER und HÖRSTER, vermittelt.

Person wäre für SPAEMANN dann jemand, der das, was er ist, auf andere Weise ist, als die Dinge oder andere Lebewesen sind, was sie sind (vgl. S. 15 u. 175). So lautet die zentrale These des Autors, die im Laufe der Argumentation ständig in verschiedenen Variationen, in konkretisierenden und nuancierenden Formulierungen wiederkehrt: z.B. „Person“ ist nicht ein Klassenbegriff (S. 25 ff), sondern ein „allgemeiner Eigenname“. Personalität ist also eine Existenzweise, ein *modus existentiae*, nicht ein qualitativer Bestand, sondern dessen spezifischer individueller Vollzug (40). Personen sind nicht bloß „Fälle von.“ (41). Personen haben ihr Sosein, sind aber nicht eine Weise zu sein, sondern sie verhalten sich zu ihr (81 und 82), daher „wenn wir von jemandem sagen, er sei eine Person, dann sagen wir, daß er in einer Weise „jemand“, also ein Einzelner und Einziger ist, der nicht als beiläufige Folge eines seiner Prädikate oder der Gesamtheit seiner Prädikate verstanden werden kann (48). Das Sein der Person ist das Haben ihres Lebens (137), denn es gehört wesentlich zur Person, nicht nur Bewußtsein zu sein, sondern eine Natur zu haben.

Es dürfte für SPAEMANN ein wichtiges Anliegen sein, zu zeigen, daß die heute im bioethischen Diskurs immer stärker vertretene These (P. SINGER), die auf LOCKE zurückgeht, die Identität der Person konstituiere sich ausschließlich über das eigene Bewußtsein und über die eigene Erinnerung, ein Irrtum ist. Ob ich der bin, der dies oder jenes tat oder nicht tat, das zu entscheiden steht nicht allein mir zu. Die Identifikation personaler Identität mit dem Bewußtsein personaler Identität verkennt im übrigen die Tatsache, daß wir uns über die Zeit hinweg mit uns identifizieren, ohne uns aller unserer früheren Stadien bewußt zu sein. Identität des Bewußtseins ist eben nicht, wie LOCKE annahm, gleichbedeutend mit Bewußtsein der Identität. Erinnerung ist nicht Wissen, son-

dern Meinen. Die Verlässlichkeit meiner Erinnerung kann daher häufig durch die Erinnerung anderer überprüft werden, und zwar sogar dann, wenn die Erinnerung sich auf mich selbst bezieht (114). Wäre Personalität ein Bewußtseinsphänomen, dann könnte die Erinnerung der Person nicht von außen korrigiert werden.

Die Konsequenzen aus der Konzeption LOCKES – argumentiert SPAEMANN weiter – hat HUME gezogen. „Gibt es eine Vorstellung, die dem „Ich“ entspricht, das sich in allen Perzeptionen angeblich durchhält? HUME antwortet: nein. Was es gibt, sind immer nur Perzeptionen. Das Selbst ist keine solche „Perzeption“. Letztlich impliziert die Verwerfung des Gedankens der Transzendenz des Subjekts die Verwerfung der Realität der Zeit und macht damit den Gedanken personaler Identität als Selbstobjektivierung unmöglich (157).

Freiheit ist zunächst ein Reflexionsbegriff. Freiheit ist aber immer „frei sein von etwas“. Andernfalls ist sie ein leeres Wort (209). Beeinträchtigungen der Freiheit und die Reflexion darüber gibt es nur für Wesen, die von sich her auf etwas aus sind. Freiheit ist daher auch immer Freiheit für die Entfaltung einer eigenen Tendenz. Aber die vollständige Aufgabe des Egoismus ist nicht die Selbstaufgabe der Person, sondern im Gegenteil ihre eigentliche Selbstverwirklichung (216). Freiheit als radikale Autonomie, Freiheit zum Bösen ist dagegen die Freiheit zur grundlosen Weigerung, ins Freie zu treten (232).

Die Person steht ständig im Spannungsfeld zweier Kräfte: Selbstliebe und Nächstenliebe. Erst die Bejahung anderen Selbstseins – als Anerkennung, Gerechtigkeit, Liebe – erlaubt uns jene Selbstdistanz und Selbstaneignung, die für Personen konstitutiv ist, also die „Freiheit von uns selbst“ (230).

In diesem Buch, das ganz in der Linie der christlichen Philosophie steht, überrascht ein wenig die These, daß die Philosophie die Unsterblichkeit der Seele nicht beweisen, sondern nur als Postulat annehmen kann. Sie überrascht, weil sie vom Hauptstrom der christlichen philosophischen Tradition abweicht. SPA-

EMANN schreibt: „Die Unsterblichkeit der Seele ist ein Postulat der Liebe und ein Postulat mit Bezug auf die Liebe, die ihr eigenes Ende nicht denken will, weil sie es nicht denken kann, ohne ihre eigene Idee zu destruieren. Die Erfüllung dieses Postulats, das so alt ist wie der Mensch, kann keine Philosophie zwingend behaupten. Sie kann nur seinen Sinn aufklären und den Gedanken der Unmöglichkeit seiner Erfüllung destruieren“ (173). Obwohl der Beweis der Unmöglichkeit des Gegenteils auch als Beweis gelten kann, und man insofern nicht behaupten kann, daß er leugnet, daß die Philosophie die Beweisbarkeit der Unsterblichkeit leugnet, so ist doch die Grundlinie der christlichen Philosophie, die Unsterblichkeit der Seele mehr als ein Postulat. Sie ist eine im einfachen und geistigen Wesen der Seele seinshaft fundierte Tatsache (vgl. z.B. Walter BRUGGER S.J. „Phil. Wörterbuch“). Die Seele ist nicht in Teile auflösbar, als geschaffener kontingenter Geist kommt ihr einem der Ewigkeit hingeordnetes Sein zu.

Das letzte Kapitel des Buches hat eine ganz besondere Bedeutung im Rahmen der heutigen bioethischen Diskussion. In ihm, und zwar als Abschluß und Schlussfolgerung seiner ganzen Argumentation erteilt SPAEMANN jenen Positionen, die dafür plädieren, die Menschen in Personen und Nicht-Personen einzuteilen, und damit Abtreibung und Euthanasie rechtfertigen zu wollen, eine Absage. Die Frage ist, wie man das Personsein anerkennt. „Personensein ist deshalb nicht etwas, das vermutet und bei starker Vermutung dann sozusagen juristisch anerkannt wird. Es ist vielmehr überhaupt nur im Akt der Anerkennung gegeben. Und diese Anerkennung ist nicht ein Analogieschluß wie der Schluß von den eigenen Schmerzen auf die eines anderen Lebewesens. Vielmehr ist uns unser eigenes Personsein gar nicht früher gegeben als das Personsein anderer. Ob wir selbst eine Sprache verstehen, wissen wir nicht, ehe wir wissen, ob andere sie verstehen. Personsein ist das Einnehmen eines Platzes, den es gar nicht gibt ohne einen Raum, in dem andere Personen

ihre Plätze haben. Das Einnehmen dieses Platzes beruht nicht auf einer Zuweisung durch andere, die bereits vor uns da waren. Jeder Mensch nimmt diesen Platz als geborenes Mitglied kraft eigenen Rechtes ein. Aber er wird nicht empirisch an diesem Platz vorgefunden, sondern dieser Raum wird überhaupt nur wahrgenommen in der Weise der Anerkennung“ (193)

Die Anerkennung von Personen „ist Anerkennung des Anspruchs auf einen Platz in der bereits existierenden Personengemeinschaft, nicht Kooperation nach Kriterien, die von den bereits Anerkannten definiert werden“ (253). Eine Trennung des Biologischen vom Personalen verkennt, daß das Sein von Personen im Leben von Menschen besteht. Die fundamentalen biologischen Funktionen und Bezüge sind beim Menschen nicht etwas Apersonales, sondern sie sind spezifisch personale Vollzüge und Relationen (255).

Wie behindert muß ein Mensch sein, um keine Person mehr zu sein? Welches Bewußtsein muß eine Mensch noch haben, damit er noch als Person anerkannt wird? Auf diese brisante Fragen gibt SPAEMANN ganz klare und gut fundierte Antworten, z.B. wenn er schreibt: „Die Anerkennung als Person kann nicht erst die Reaktion auf das Vorliegen spezifisch personaler Eigenschaften sein, weil diese Eigenschaften überhaupt erst auftreten, wo ein Kind diejenige Zuwendung erfährt, die wir Personen entgegenbringen“ (256). Und außerdem „die Liebe zu einem Menschen oder seine Anerkennung gilt ihm, nicht seinen Eigenschaften“ (260).

Wie bereits oben erwähnt, ist die Argumentation ziemlich dicht; damit ist auch gemeint, daß das Buch nicht leicht lesbar ist. Eine einfache Lektüre wird nicht genügen, damit der philosophisch wenig geschulte Leser immer mitkommt. Der Text ist aber so reich an Anregungen, originellen Gedanken und geistreichen Impulsen, daß mit Sicherheit gesagt werden kann, daß die Lektüre für jeden Leser ein Gewinn sein wird, auch wenn für ihn nur ein Teil der Argumentation nachvollziehbar sein sollte.

E.PRAT

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchnummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
(können über das Institut bezogen werden)
BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien. ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. (1992) Hsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.(1995) Hsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Aufklärungspflicht und Haftung.(1997) Hsg. T. MAYER-MALY, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. (In Vorbereitung)

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (März 1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, März 1997
 Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin

VORSCHAU

Imago Hominis BAND IV/Nr. 3/97

SCHWERPUNKT

GESUNDHEITSÖKONOMIE UND ETHIK

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE - Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER, Paul HÖFINGER,
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Gerhard WAGNER
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebersdorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.-,
Ausland ATS 150.-
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.-,
Ausland ATS 500.-
Studentenabo ATS 250.-
Fördererabo ATS 1.000.-
Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ
Bankverbindung:
CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der medizinischen
Anthropologie und Bioethik
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre
Manuskripte an den Herausgeber.
Die einlangenden Beiträge werden
dann von den Mitgliedern des
wissenschaftlichen Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gem. §4
(4) Z 5 lit e EStG 1988 an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.



IMABE