

ÄRZTETAG 2007



**Arzt und
Patient –**

**wider den
Vertrauensverlust**

Dokumentation


Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Arzt und Patient –
wider den Vertrauensverlust 2

Prof. Dr. Volker Eid

Vertrauen und Sachlichkeit in der Kommunikation zwischen
Patient und Arzt
Theologisch-ethische Überlegungen 6

Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt

Ärzte und Patienten –
Eine zunehmend unheilige Allianz? 17

Biographische Hinweise zu den Referenten 31

Dokumentationen der Ärztetage 32

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Arzt und Patient - wider den Vertrauensverlust

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in der Kaiserpfalz Paderborn heiÙe ich Sie alle herzlich willkommen! Es ist eine besondere Freude für mich, dass diese Tradition des fachlichen, interdisziplinären Gesprächs mit Ihnen, den Ärztinnen und Ärzten in und auch außerhalb unseres Bistums, seit nunmehr 22 Jahren besteht. Ich sehe diese Tradition als ein gelungenes Beispiel, aktuelle Fragen aus dem Bereich der medizinischen Ethik im Horizont unseres christlichen Menschenbildes zu thematisieren. Natürlich gibt es viele Lebensbereiche und Tätigkeitsfelder, in denen es um das Wohl des Menschen zu tun ist: in der Seelsorge wie in der Pädagogik und in der Psychologie. Dass Menschen leiden und der Hilfe und Heilung bedürfen, ist nicht nur im medizinischen Kontext nachvollziehbar. Aber hier wohl am sinnfälligsten und unmittelbar gegeben. Ihre Verantwortung geht direkt auf den notleidenden Menschen und in dieser Beziehung zu ihm sind Sie als Ärztin und Arzt unvertretbar eingefordert. Nicht die Gesunden brauchen den Arzt, sondern die Kranken! (vgl. Mk 2,17; Mt 9,12) Um die Beziehung dieser beiden Personengruppen zueinander wird seit Jahren eine intensive Diskussion geführt. Der sogenannte Wertewandel in unserer Gesellschaft berührt offensichtlich auch dieses Beziehungsgefüge in zentralen Punkten. Nicht immer und nicht überall in gleicher Weise, aber wohl jeder von Ihnen wird, wenn er auf seine eigenen Patientenkontakte und -Gespräche sieht, etwas von diesem Wandel erfahren und erlebt haben.

So ist unser heutiges Tagungsthema diesem Verhältnis von Arzt und Patient gewidmet und mit einer Fragestellung versehen, die seit einigen Jahren verstärkt im gesellschaftlichen Bewusstsein als Diskussionspunkt erscheint. Ihre fachlichen Publikationen und Symposien signalisieren, dass bestimmte Entwicklungen gravierenden Einfluss auf diese Verhältnisbestimmung nehmen. „Arzt und Patient - Eine Beziehung im Wandel“ war zum Beispiel der Titel eines großen Symposiums der Konrad-Adenauer-Stiftung¹ im Jahre 2005 überschrieben. Ich möchte an dieser Stelle nur kurz auf die Stellungnahme Ihres Kollegen Prof. Dr. Eggert Beleites aus Jena zurückgreifen, der uns in seiner Wahrnehmung dieser Problematik mitteilt: „Ich selber habe auch an meinem eigenen Verhalten und Gehabe schon sehr deutlich empfunden, dass aus dem paternalistisch geprägten Fürsorgeverhalten der früheren Ärzte, so wie ich selbst zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit in den Arztberuf eingeführt worden bin, ein mit den Patienten partnerschaftliches gemeinsames Ringen um die Beseitigung der Leiden geworden ist. Hauptursache ist das mehr und mehr aufgewertete Selbstbestimmungsrecht des Patienten ...“² Auf der anderen Seite sind die Klagen von Patienten nicht zu überhören, die den Mangel an Zeit auf Seiten des Arztes, die Eingebundenheit in eine wenig durchschaubare Apparatedizin und die damit einhergehende Distanz zum untersuchenden Arzt benennen.

Es dürfte unbestritten sein, dass in der Beziehung zwischen dem Hilfesuchenden Patienten und dem behandelnden Arzt nicht nur durch die fachliche Hilfe, sondern auch die Art und Weise der Zuwendung eine tragende Rolle spielt. Wer hätte das nicht schon selbst in seiner Situation als Patient erfahren. Für Sie als Ärztinnen und Ärzte sind Kommunikationsbereitschaft und Empathie als einführendes Vermögen in die Leidsituation des Kranken ein spezifisches Kriterium Ihres Berufes. Um

¹ Volker Schumpelick / Bernhard Vogel (Hg.), Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel, Beiträge des Symposiums vom 15. – 18. September 2005 in Cadenabbia, Freiburg (Herder) 2006

² Ebd., S. 82

so erstaunter nimmt man den Hinweis zur Kenntnis, dass eine Untersuchung an der Universität Göttingen zur kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten zu dem Ergebnis kommt, dass es mit der Zunahme an biologischen Wissen im Verlauf des Studiums zu einem Verlust an kommunikativer und psychosozialer Kompetenz kommt.³

Dazu kommen Problemanzeigen, die mit der Ökonomisierung und Technisierung der Medizin einhergehen und fragen lassen, ob sich das Vertrauensverhältnis in ein Vertrags- und Dienstleistungsverhältnis wandelt, was bekanntlich für beide Seiten entsprechende Folgen nach sich zieht. Die aktuelle gesellschaftliche Diskussion zeigt, wie spannungsreich diese Beziehung sein kann. Sparzwänge im Gesundheitswesen, fehlende Zeitressourcen, Allokationsprobleme und ein erhöhter Verwaltungsaufwand auf der einen Seite, Sorge vor einer durch die fortschreitende Technisierung bedingten Anonymität und Verlust der mitmenschlichen Kommunikation auf dem Weg zur elektronische Patientenakte⁴ auf der anderen Seite. Während die einen schon vom „mündigen Patienten“ sprechen oder einen solchen zumindest fordern, machen andere auf das bleibende asymmetrische Verhältnis in dieser Beziehung aufmerksam: der Arzt hat dem Patienten gegenüber notwendigerweise einen enormen Wissensvorsprung – und das ist auch gut so. Denn Patienten müssen auf die ärztliche Professionalität und Fürsorge vertrauen können! Der Kranke hat ein Recht auf das abgesicherte Expertenwissen und die erfahrene Urteilskraft des behandelnden Arztes⁵.

³ Ärzte Zeitung, 30. Mai 2001; Linus Geisler: Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips, Beitrag im Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14. Mai 2004, S. 216-220

⁴ Christiane Groß: Gesundheitstelematik: Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Deutsches Ärzteblatt 103 vom 25. Dezember 2006

⁵ L. Hansen / E. Meier: Arzt-Patient-Verhältnis: Professionelle Fürsorge, in: Deutsches Ärzteblatt 103 vom 29. September 2006

So stehen wir heute vor der Frage, wie sich diese Perspektive auch zukünftig umsetzen lässt und welche Kriterien dabei besondere Beachtung erfahren müssen, um ein vertrauensvolles Miteinander von Arzt und Patient weiterhin zu ermöglichen. Denn nur so wird sich das humane Antlitz der Medizin bewahren lassen.

Vertrauen und Sachlichkeit in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt Theologisch-ethische Überlegungen

von Volker Eid

Aus der Sicht eines theologisch motivierten Ethikers möchte ich einige knapp gefasste Überlegungen zu den Erfordernissen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient beitragen. Wenn ich dabei stets diese maskulinen Wortformen gebrauche, so nur deswegen, weil andernfalls der Text überfrachtet würde. Ich bitte um Verständnis dafür.

1. Zur sozialen Einordnung des Arztberufs

Die Anfälligkeit für und die Gefährdung durch Krankheit gehören zu den unausweichlichen Tatsachen des Lebens. Patienten sind wir irgendwann fast alle. Nur wenigen Menschen gelingt es, ihr ganzes Leben hindurch schweren Erkrankungen zu entgehen. Wir sind darauf angewiesen, die Gesundheit zu sichern oder wieder herzustellen, Krankheitslasten und – folgen zu lindern. Unter den vielen Spezial-Kompetenzen, die für die Gestaltung unseres Lebens und Zusammenlebens entwickelt wurden (Gemeinwohl!), nimmt daher die ärztliche einen sehr hohen Rang ein. Wegen ihrer enormen Existenzbedeutung gehört diese „Dienstleistung“ in der Tat zu den ältesten Berufen, in den verschiedensten kulturell bedingten Formen, die in den Prozessen der gesellschaftlichen Differenzierung, Arbeitsteilung und Spezialisierung entstanden.

Arbeitsteilung und Spezialisierung sind notwendig. Wir können nämlich unser Leben nicht so autark gestalten und bewältigen, wie es das im Prinzip richtige Schlagwort der Individualisierung anzuzeigen scheint. Vielmehr sind wir von Anfang an auf nachbarschaftliche Zusammenarbeit

und Hilfe angewiesen. Ohne ein kulturelles Netzwerk, welches alle Lebensbereiche betrifft, ist es zumal in einer komplexen Gesellschaft unmöglich, das Leben zu gestalten. Wenn wir die Selbstständigkeit jedes Menschen betonen und rechtlich sichern, so müssen wir doch anerkennen, dass wir voneinander abhängen. Lebensgestaltung, die soziale ebenso wie die individuelle, ist immer auch Gemeinschaftswerk. Nur innerhalb und durch dieses ist die Befähigung zur Selbstständigkeit möglich. Sie ist aber auch vor der dabei immer möglichen Bevormundung zu schützen.

Arbeitsteilung und Spezialisierung dienen der Entlastung des Energie- und Zeitaufwands und ermöglichen so die Konzentration auf bestimmte Kompetenz- und Aufgabenbereiche. Das erbringt die im Interesse unserer Lebensqualität notwendige Chance, die Kompetenzen bestmöglich zu entwickeln und anzueignen. Dies wäre ohne die sozialen Unternehmungen und Prozesse der Zusammenarbeit und der adäquaten Weitergabe des Wissens und Könnens nicht möglich.

Arbeitsteilung und Spezialisierung erzeugen, das ist zu beachten, ein Kompetenz-Gefälle zwischen jeweiliger Fachkompetenz und jeweiliger Nicht-Kompetenz. Das bedeutet, dass wir uns alle auf die Zuverlässigkeit und Redlichkeit der jeweils zuständigen Fachleute verlassen (können) müssen. Das gilt ganz besonders für die Begegnung und die Kommunikation zwischen Patient und Arzt.

Hier erweisen sich, im Blick nicht zuletzt auch auf die ökonomischen Interessen, die in der christlichen Soziallehre entwickelten Prinzipien der Solidarität und der Subsidiarität als nicht nur-christliche, sondern allgemein gültige Lebens-Erfordernisse. Denn das biblische „Gebot der Gottes- und Nächstenliebe“ verweist auf grundsätzliche Erfordernisse unseres Lebens und Zusammenlebens: Solidarität und Respekt.

Soweit die kurz skizzierten sozialwissenschaftlichen Perspektiven, in denen m.E. der ärztliche Beruf zu sehen und zu würdigen ist, gerade auch unter

den Bedingungen einer hoch technisierten und ökonomisierten Lebenswirklichkeit.

2. Kommunikation

Es erscheint sinnvoll, einige Charakteristika der Kommunikation zwischen Patient und Arzt, zwischen Arzt und Patient zu bedenken.

Ein kranker, ein schwer kranker Mensch erlebt physische und psychische Lasten, Schmerzen, Ungewissheit und Angst. Er wird gegebenenfalls mit möglichen zukünftigen oder jetzt schon realen Einbrüchen seiner Lebensmöglichkeiten konfrontiert, schlimmstenfalls mit der Tatsache unheilbarer Erkrankung, mit der Nähe des Lebensendes. Gewiss können sozialpolitische Regelungen, können die Strukturen der ärztlichen „Versorgung“ von der einzelnen Praxis bis zu den Großkliniken nicht anders denn großflächig und generalisierend gestaltet werden. Es ist aber ein konkreter Mensch krank und gefährdet, ein Mensch mit seiner bestimmten Biographie, seinen bestimmten Eigenschaften und Eigenarten, mit seinen bestimmten familiären und freundschaftlichen Bindungen, ein Mensch mit bestimmten Bedürfnissen und Hoffnungen. Dieser konkrete Mensch braucht Hilfe, er vertraut sich ärztlicher „Dienstleistung“ an. Dass daraus eine besondere, um nicht zu sagen: intime Kommunikation entstehen kann, ist ein striktes Erfordernis der heilenden oder doch wenigstens lindernden Begegnung. Ein kranker Mensch ist auf die wissenschaftlich-technischen Kompetenzen und auf die mitmenschlich-ärztliche Aufmerksamkeit gleichermaßen angewiesen, und zwar als dieser Mensch, nicht als „Fall“, auch nicht nur als „Patient“.

Der Patienten-„Titel“ dient zur Rollen-Bezeichnung, um die Beziehung zwischen Arzt und Patient klar auszudrücken und bewusst zu machen. Als klischeehafte „Etikette“ zur Bezeichnung eines kranken Menschen darf er aber nicht verwendet werden. Denn das Recht, als diese Frau, als dieser Mann, als dieses Kind beachtet und nicht als „ein Fall unter vielen“

eingeschätzt zu werden, gründet in dem existenziell wichtigen Anspruch, die Würde und das Lebensschicksal eines Menschen zu respektieren.

Es liegt in theologischer Perspektive nahe, daran zu erinnern, dass wir das Bewusstsein der notwendigen Achtung vor jedem konkreten Menschen ganz wesentlich auch Jesus von Nazaret verdanken. Dass sich Gott, wie er ihn zeigt, prinzipiell jedem Menschen zuwendet und damit dessen Würde und Lebensrecht bekundet, ist kein nur frommer Gedanke, sondern eine geradezu therapeutische Antwort auf das tiefe Bedürfnis nach Glück und nach Heil. In der Hinwendung zu der tragenden „Kraft“, die wir „Gott“ nennen, bietet diese Antwort eine Basis-Perspektive an. Der Begriff „Heil“ reicht nämlich zwar weiter als „nur“ bis zur Heilung und zur Begleitung in Krankheit, aber Heilung und hilfreiche Begleitung geschehen für den kranken Menschen, also für uns irgendwann alle, in der Heils-Perspektive.

Die schwere Erkrankung ist für jeden Menschen eine irritierende Erfahrung. Dies zumal deshalb, weil sie in der Regel ja nicht zu seinen Alltagstatsachen gehört, weil sie eine schockierende Unterbrechung auslöst. Er kann, da ihm die Kompetenz dazu fehlt (sofern er nicht Arzt ist, aber selbst dann), die Schwere seiner Erkrankung unter Umständen nicht realistisch einschätzen und eine einigermaßen erträgliche Einstellung dazu gewinnen. Er braucht ärztliche Hilfe, um zu begreifen und realistisch wahrzunehmen.

Sicherlich, Menschen reagieren aus ihrer jeweiligen Lebensgeschichte heraus und mit ihrem jeweiligen Temperament verschieden. Dennoch wird sich der Prozess krisenhafter Annäherung an die Tatsachen einer schweren Krankheit oder Behinderung einstellen, so wie ihn vor vielen Jahren Elisabeth Kübler-Ross für die Situation tödlicher Erkrankung beschrieben hat. Für den Arzt ist es oft schwer, die spezifische Reaktion eines Menschen auf die Mitteilung einer schlimmen Diagnose und Prognose abzusehen. Nicht immer kennt er den Patienten schon seit

längerer Zeit, zumal dann nicht, wenn er ihm mitten im Klinik-Betrieb begegnet. Umso mehr liegt es an ihm, keinen formelhaften Gestus zu entwickeln, was den Patienten gegebenenfalls sofort verunsichert.

3. Nähe und Distanz, Autorität und Routine

Ein Arzt bedarf der Fähigkeit, Nähe zu geben und zugleich Distanz zu wahren. Nähe meint, sich auf diesen konkreten Menschen in seiner Situation einzulassen und ihm Solidarität zu erweisen. Distanz bedeutet nicht, sich kühl zurückzuhalten, wohl aber eine Zuwendung zu erweisen, die stützt, auch tröstet, damit der Mensch Stabilität gewinnt, nämlich die Kraft, für sich selbst einzustehen. Es geht also um subsidiäre Hilfe, Hilfe zur Selbsthilfe. Wenn ein Patient in Unsicherheit und seelischer Not einem Arzt mehr Autorität zuweisen will, was gewiss verständlich ist, liegt es am Arzt, diese Übertragung rücksichtsvoll anzunehmen, sie aber auch klug zu modifizieren.

Eine solche Auffassung widerspricht dem, was wir als paternalistisch bevormundendes ärztliches Verhalten diskreditieren. Daher ist zu bedenken: Der ärztliche Wissens- und Könnens-Vorsprung kann im medizinischen Alltag leicht zu einer mehr oder weniger starken „Hoheit“ verführen, welche den Patienten als Behandlungs-„Objekt“ sieht und nicht als den kranken Mitmenschen, dem die sprichwörtliche „gleiche Augenhöhe“ zu gewährleisten ist.

Es scheint indessen nicht falsch zu sein, dem ärztlichen Wissens- und Könnens-Vorsprung gleichwohl Autorität zuzusprechen. Es ist eine vom kranken Menschen gesuchte Autorität, aber nicht eine Autorität aus eigener „Hoheit“ des Arztes, wohl aber eine durch Kompetenz gestützte mitmenschliche Autorität. Gerade im Erweis von Nähe und Distanz kommt es darauf an, dass ein Arzt sich dessen bewusst ist, dass der Patient ihm Autorität zuweist, im Vertrauen auf eine respektvolle Kommunikation und Behandlung, bis die Phase der schwersten Belastung überwunden ist und

er die Selbstkontrolle wieder übernehmen kann. Nur auf eine so oder ähnlich gedachte Weise kann ein sachlich und mitmenschlich begründetes Vertrauen entstehen, kann die Kommunikation stressfrei verlaufen.

Auch dies will bedacht sein: Während eine schwere Erkrankung für den Patienten eine bestürzende Erfahrung darstellt, möglicherweise eine Ersterfahrung, stellt sie für den Arzt allermeist eine Routine-Aufgabe dar. Dies sei hier nicht negativ verstanden, weil jede „Dienstleistung“ Routine (Erfahrung) im denkbar besten Sinne genauso nötig braucht wie Kompetenz. Routine, die nicht zu einem formel- und klischeehaften Ritual verkommt, entlastet und verschafft die Chance jener unaufgeregten Distanz, die zur sachlich richtigen Einschätzung der Situation und sachlich richtigen Behandlung unbedingt erforderlich ist.

4. Verwaltete Gesellschaft

Die notwendigerweise skizzenhaften Überlegungen der beiden vorangehenden Abschnitte sollten bewusst machen, dass die Begegnung zwischen einem Arzt und seinem Mitmenschen ihre eigene Dynamik, ihre besonderen Erfordernisse hat. Sie zielen auf die Konsequenz, dass diese in den einschlägigen gesetzlichen und sonstigen Struktur-Regelungen (für Krankenkassen, aber auch für Praxen und Kliniken) zu respektieren und zu gewährleisten sind.

Denn diese Begegnung geschieht unter den Bedingungen einer hochgradig verwalteten Gesellschaft. Unsere Gesellschaft verfügt über ein vergleichsweise hohes Niveau der ärztlichen Versorgung. Deren makrosoziale Organisation führt aber, so unvermeidbar sie ist, leicht zu einer bürokratischen Reglementierung, in welcher das Schicksal des einzelnen Menschen zumindest tendenziell in eine generalisierende Perspektive gestellt wird.

Nochmals: in einer so komplexen Gesellschaft wie der unseren führt kein Weg daran vorbei, die notwendigen sozialen Aufgaben und Dienste zu regeln und zugleich den ökonomischen Aufwand auf ein vernünftiges Maß zu begrenzen. Verwaltung, ökonomisch überformte Strukturen - dies alles erzeugt trotz der dabei erzielten Reibungslosigkeit der Verfahrensabläufe aber auch den Effekt einer Anonymisierung sowohl der Patienten wie letztlich auch der Ärzte. Diese folgen den systemisch vorgegebenen Regeln eines Rollenspiels, welche die Kommunikationsmöglichkeiten nicht nur beeinflussen, sondern strikt dirigieren.

Dass Kliniken und Arztpraxen rentabel organisiert, dass Budgets begrenzt und damit die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten „geregelt“ werden, ist in ökonomische Perspektive selbstverständlich vernünftig, dass sie aber die Begegnung zwischen Arzt und Patient belasten und unter Umständen schädigen können, muss beachtet werden.

Andernfalls darf man sich nicht darüber wundern, dass sich Menschen über zu wenig Aufmerksamkeit und Beratung des unter Rentabilitäts- und damit Zeitdruck stehenden Arztes beklagen. Beratung und Behandlung eines kranken Menschen vertragen eine pedantische Reglementierung nicht. Zugestanden, zur ärztlichen Qualifikation gehört wie bei allen sozialen Berufen auch die Befähigung zur klugen und konsequenten, das heißt zielgemäßen, aber nicht ausufernden Kommunikation. Sie darf aber nicht unter einen durch bürokratische Verwaltung verursachten Druck gestellt werden, schon gar nicht dadurch, dass Arztpraxen und Kliniken vorrangig als merkantile Unternehmen deklariert werden, in denen die Patienten sich als Kunden fühlen (müssen).

5. „Mündiger Patient“

Nicht nur solche institutionellen Bedingungen beeinflussen und belasten möglicherweise die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, sondern auch Vorurteile und Wertungen, die man als kollektive Plausibilitäten

bezeichnet. Gemeint sind das durch allerlei Medien verbreitete, nicht immer hinreichend kompetente medizinische „Wissen“, die diversen Meinungen über Therapiemethoden, die Befürchtung, man könne nicht mit einer optimalen Behandlung rechnen, oder man müsse fürchten, in eine medizinisch-technische „Maschinerie“ zu geraten, im realen wie im übertragenen Sinne. All solches zeigt eine kollektive Verunsicherung gegenüber dem „Medizinsystem“ an, welche der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sicherlich nicht förderlich ist.

Wenn dann noch in dem Schlagwort vom „mündigen Patienten“, das uns höchst normativ auch in der Form der „Patienten-Autonomie“ begegnet, die Vorstellung des allround-gebildeten Staatsbürgers steckt, der alle wichtigen Kriterien der Lebensführung kennen und in seine quasi-souveränen Entscheidungen einbeziehen soll, muss es als unrealistisch, ja, kontraproduktiv bezeichnet werden. Deshalb, weil es den jeweils betroffenen Menschen unter Druck setzen und überfordern kann. Dies gilt ganz allgemein immer dann, wenn wir uns für eine Aufgabe als nicht hinreichend ausgebildet wissen, es gilt vor allem dann, wenn wir mit irgendeinem Problem, einer Last nicht allein umgehen können. Weil kein Mensch in der Lage ist, alles zu überblicken und allein zu bewältigen, brauchen wir Rat und Hilfe. Letztlich lernen wir nur mit- und voneinander, brauchen wir einander, um Situationen und Sachverhalte zu diskutieren, zu klären und dann eine Entscheidung zu treffen. Mündigkeit, Autonomie lassen sich nur in Kommunikation verwirklichen, weil der Austausch von Erfahrungen, Wissen und Können dafür nötig ist, eine wichtige Entscheidung zu fällen.

Also liegt es am Arzt, einen Patienten (seine Verwandten und Freunde eingeschlossen) so präzise und verständlich wie möglich zu unterrichten; an diesem liegt es, sich unterrichten zu lassen. Gewiss muss letztlich er entscheiden, ob und wie er behandelt werden will; der Arzt ist nicht sein Vormund. Dieser ist aber in den Prozess der Wahrnehmung, Urteilsbildung

und Entscheidung einbezogen: die „mündige Entscheidung“ ist, auch durch die Beratung mit Verwandten und Freunden, Gemeinschaftswerk. Nur darf ein Arzt nicht paternalistisch bedrängen, er hat sich in seiner Beraterrolle selbstkritisch zu prüfen und den Patienten so zu informieren, dass dieser seine Situation begreifen und beurteilen kann.

Auch hier zeigt sich die Bedeutung der vom Arzt zu gewährenden Nähe und der von ihm gleichzeitig zu bewahrenden Distanz. Nähe: er ist in die Situation des Kranken involviert; es liegt an ihm, so zu kommunizieren, dass dieser seelisch stabil wird, klarer sehen und auch entscheiden kann. Distanz: die Kommunikation soll es dem Kranken ermöglichen, sich so realitätsgerecht zu entscheiden wie möglich.

Es ist mir bewusst, dass einem Arzt Menschen begegnen, die nicht (mehr) oder nur eingeschränkt in der Lage sind, über sich selbst zu verfügen, dass oft auch Angehörige und Freunde eine Situation nicht sachgemäß einschätzen können oder wollen. Mir ist daher auch bewusst, dass sich der Weg zum Vormundschaftsgericht nicht immer vermeiden lässt. Gerade deshalb möchte ich daran erinnern, dass es im Sinne des Patienten-Wohls allemal besser ist, zunächst eine kluge Mediation zu versuchen. Nur muss man diese wollen, sie institutionalisieren und die dafür aufzuwendenden Mühen und auch Finanzen einsetzen.

Anmerkung: Der „schwierige“ Patient, wodurch auch immer er sich als schwierig erweist, braucht die Geduld des Arztes, strapaziert sie aber auch. Wenn alle Bemühungen ins Leere gehen, ist der Abbruch der Kommunikation einer andauernden Strapaze vorzuziehen.

6. Optionen

Aus diesen unvermeidlicherweise fragmentarisch dargestellten Sachverhalten lassen sich aus der Sicht eines nicht-ärztlichen, als Patient aber durchaus erfahrenen theologischen Ethikers einige Optionen ableiten:

a. Wir leben in einer Gesellschaft, in der mitmenschliche Kommunikation eher sachlich-distanziert verläuft und entsprechend organisiert wird. Die Kommunikation zwischen Patient und Arzt erträgt keine bürokratisch zudiktierte und kontrollierte Regulierung. Ihre besonderen zeit- und energieaufwändigen therapeutischen Erfordernisse müssen in den sozialgesetzlichen Verfügungen respektiert und förmlich „eingeplant“ werden. Arztpraxen und Kliniken unter bürokratischen und ökonomischen Druck zu bringen und ihre Handlungsmöglichkeiten zu reglementieren, muss sich letztlich kontraproduktiv auswirken. Der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist hohe sozialpolitische Priorität zuzuweisen!

b. Ärzte haben zwar eine naturwissenschaftliche Ausbildung. Ihr Beruf gehört aber zu den notwendigerweise solidarischen und subsidiären „Dienstleistungen“. (Dieser Begriff ist hier in einem dezidiert sozialen Sinne zu verstehen.) Daher brauchen sie eine Ausbildung auch für den Umgang mit Mitmenschen. Selbstverständlich sollte man ohne grundsätzliche Neigung den Arztberuf nicht wählen. Diese Neigung braucht aber eine genauso fachkundige Ausbildung wie die naturwissenschaftlich-medizinische Begabung. Eine ethisch-kasuistische Unterweisung stellt gewiss eine wichtige Ergänzung des Medizinstudiums dar, reicht aber als solche nicht aus. Notwendig wäre eine intensive Einführung in die soziale Kompetenz, nämlich kritisch und realistisch mit sich selbst, mit kranken Mitmenschen aufmerksam und respektvoll umzugehen. Wohlverstanden: es geht hier nicht um den keinesfalls bezweifelten guten Willen dazu, sondern um den Erwerb der, wenn man so will, diesem guten Willen entsprechenden „Technik“. Eine entsprechende Begleitung und berufliche Einweisung wäre für ärztliche „Anfänger“ sehr zu wünschen. Also: auch in der Struktur des Studiums und der Ausbildung ist der Befähigung zur ärztlichen Kommunikation hohe Priorität zuzuweisen!

Ich weise auf eine respektable Publikation hin, die unser Thema ausführlich und differenziert behandelt: Volker Schumpelick u. Bernhard Vogel (Hg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel (Beiträge des Symposiums vom 15. bis 18. September 2005 in Cadenabbia), herausgegeben im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Freiburg u.a. 2006.

Ärzte und Patienten – eine zunehmend unheilige Allianz?

von Klaus Bergdolt

„Mit diesem Überwachungsgesetz begründet die Politik eine tiefe Misstrauenskultur gegenüber den Patienten in Deutschland“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe vor einer Woche, d.h. vor der entscheidenden Beratung des Gesetzes zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung im Deutschen Bundestag. „Das Patientengeheimnis und die ärztliche Schweigepflicht sind keine Rechte, die nach Maßgabe eines Ermittlungsbeamten von Fall zu Fall ausgesetzt werden können. Arztgespräche – auch telefonische Kontakte und E-Mails zwischen Ärzten und Patienten – brauchen absoluten Schutz, weil Vertrauen nicht zu relativieren ist“, appellierte Hoppe an die Abgeordneten. Das Zitat - erfreulich klar in der Aussage – wurde von der Presseabteilung der Bundesärztekammer weitergegeben. Es ist eines unter vielen, die ich vorbringen könnte und die zeigen, wie der Urgrund der Medizin, nämlich das delicate Verhältnis von Arzt und Patient (genauer von kompetentem Heiler und hilfesusuchenden, häufig verzweifeltem Kranken) unterminiert (Kant hätte gesagt „verzwecklicht“) zu werden droht. Daß das Vertrauen zwischen beiden schützenswert ist, vor allem der Ausnahmestatus des ärztlichen Gesprächs, erscheint keinesfalls mehr selbstverständlich, wobei der früher gern gezogene Vergleich zwischen Beichtvater und Beichtkind inzwischen verpönt ist (nicht wegen der häufig geänderten Beichtpraxis, sondern weil der paternalistische, alles entscheidende und für alles die Verantwortung übernehmende Arzt nicht zuletzt aus juristischen Gründen etwas aus der Mode gekommen ist).

Ich möchte zunächst einige weitere Beispiele anführen, welche die fortschreitende Fremdbestimmung von Arzt und Patient unterstreichen. Zunächst spricht der Zeitgeist - das ist klar - für die volle Autonomie des Kranken. Er soll der Kunde, der Nutznießer und unabhängige Souverän des künftigen Gesundheitssystems sein, das mehr und mehr, auch schon in Verlautbarungen einiger Ministerien, „Gesundheitswirtschaft“ genannt wird. Wer sich mit der sogenannten „Gesundheitsreform“, aber auch nur mit rein ethischen Fragen des ärztlichen Alltags auseinandersetzt, kommt um Begriffe wie Synergie, Kompetenz, Dynamisierung, Effektsteigerung, rote und schwarze Zahlen, Controlling, Markt, Kunde und Anbieter nicht herum. Wer am neuen, inzwischen von Politikern fast aller Parteien bewunderten Paradigma des Wettbewerbs irgendeine Zweifel hegt, wird fast augenblicklich durch folgende Argumentation beruhigt: Nichts soll gegen den Willen des Kranken geschehen. Er hat sein Schicksal – angeblich mehr denn je – selbst in der Hand: durch entsprechende Verträge mit Krankenversicherungen in früher Jugend, durch einen offenen Dialog mit dem Arzt und dem Krankenhaus im Ernstfall. Da kann man auf den ersten Blick doch nichts dagegen haben! Auf den zweiten Blick freilich fröstelt man, haben wir doch plötzlich einen hilflosen, älteren, multimorbiden, vielleicht moribunden Patienten vor Augen, der sich, wenn er nicht schon resigniert hat, verzweifelt nach Hilfe, Zuspruch, Tröstung und Heilung sehnt und mit der Einladung zum neuen Wettbewerb - im Kaufhaus der Gesundheit sozusagen - wenig anfangen kann. Vergessen ist der Beifall, den Johannes Rau auf dem Deutschen Ärztetag erhielt, als er kurz vor dem Ausscheiden aus seinem Amt (2004) betonte: „Der Patient ist kein Kunde, der Arzt kein Anbieter, Gesundheit keine Ware“.

Das neue Zauberwort „Wettbewerb“, an dem die marode Gesundheitswirtschaft genesen soll, führt schon seit längerem, seit etwa 3 bis 5 Jahren dazu, dass der behandelnde Arzt, besonders der leitende Klinikchef, aber auch der niedergelassene Mediziner, sich auch, ja, wie

einige Arbeitsverträge suggerieren, sogar vor allem als Unternehmer verstehen muß. Ohne hier auf die Problematik des alten, in der Verwöhnung des Überflusses in den Siebziger- und Achtzigerjahren geborenen Gesundheitssystems eingehen zu wollen, das in seiner totalen, fast arroganten Ferne von wirklichem ökonomischem Denken irgendwie ja auch unethisch war und - seien wir offen – in Westdeutschland vor allem die Frucht vieler jeweils vor diversen Bundestagswahlen gewährter Wahlgeschenke darstellte, bleibt festzustellen, dass wir im Moment eine dramatische Verwirtschafterlichung des ärztlichen Alltags erleben, wie es seit den Bismarckschen Sozialreformen nicht mehr der Fall war. Man ahnt, dass manche Schwerkranke, die Pechgruppe des utilitaristischen Grundmodells, aus der Sicht des Kaufmännischen Direktors, aber auch - schlimmer noch - des Chefarztes, dessen Vertragsverlängerung oder Gehaltserhöhung von roten oder schwarzen Wirtschaftszahlen abhängig ist, nicht Idealpatienten eines primär kommerziell geführten Krankenhauses sein können. Gegenargumente und Zweifel werden weggewischt, etwa, dass ein Arzt oder eine Ärztin unter solchen Umständen kaum glücklich reüssieren kann, da er oder sie für dieses Denken eigentlich keine besondere Begabung haben (sonst hätte man wahrscheinlich etwas anderes studiert!), kurz dass er oder sie hier überfordert ist. Umfragen unter amerikanischen Ärzten ergaben eindeutig, daß ökonomische Anreize, etwa Kopfpauschalen im Akkord oder sogar wiederholte, erzwungene Teilnahmen an Managing-Kursen (man könnte auch sagen der ewige Zwang, sich im kompetitiven Wettbewerb und auf Feldern zu üben und zu behaupten, für die man keine Ausbildung hat) mit einer signifikant geringen Arbeitszufriedenheit verbunden sind. „Je stärker Ressourcenrestriktionen oder Mengenvorgaben die ärztlichen Handlungsspielräume einschränkten, desto eher ergab sich eine negative Korrelation zur Arbeitszufriedenheit“, lautete die Quintessenz einer Metaanalyse verschiedener Studien, über die das Deutsche Ärzteblatt am

18. Mai dieses Jahres (2007) berichtete. Es macht keinen Spaß und nagt offensichtlich nachhaltig am eigenen Ego, wenn man Patienten halbgesund nach Hause schicken muß, nur damit irgendwelche Zahlen stimmen und die Wirtschaftlichkeit des Konzerns erhalten bleibt.

Erschrecken muß auch das Experiment des Münchner Ökonomen Klaus Schmidt. Demnach haben die Menschen - entgegen dem klassischen Modell des allein auf den eigenen Vorteil bedachten „homo oeconomicus“ – und zwar kulturunabhängig - eine kollektivistische Ader. In zahlreichen Versuchen stellte sich heraus, dass sie durchaus gerne teilen und mehr an andere abgeben, als sie müssten, einfach weil das zu ihrem Glück beiträgt. Je wettbewerbler allerdings der Versuch gestaltet wird, desto geringer wird der Altruismus. Im Wettbewerb wird der Mensch offensichtlich hart und mitleidlos. Schon Adam Smith hatte (in der „Theory of Moral Sentiments“) erkannt, dass innerhalb der Familien und unter Freunden andere Gesetze gelten als auf dem Markt (also im Wettbewerb), wo pure Eigennützigkeit vorherrscht. Zu diesen Ausnahmen, die sich den reinen Marktgesetzen entzogen, gehörten in unserer Ethik-Tradition ursprünglich auch die Medizin und die Krankenpflege. Nicht ohne Grund gab es in der alteuropäischen Gesellschaft bestimmte Kautelen, die man vom Mittelalter übernommen hatte und die allzu große Härten und Ungerechtigkeiten vermeiden sollten. Die ganz Armen wurden in Spitälern aufgefangen, wo Ärzte auf Kosten der Stiftung bzw. Trägereinrichtung, die uralte sein konnten, in der Regel konsularisch tätig waren. Es gab, von den guten Werken abgesehen, so etwas wie einen Urinstinkt, die ganz Bedürftigen und Kranken der Welt des Feilschens und des Gewinns zu entziehen. Unter klassisch ökonomischen Wettbewerbsbedingungen hätte dieser Urinstinkt wohl nur noch dann eine Chance, wenn er sich in der Werbung vermarkten ließe (ich bitte Sie, diese Bemerkung nicht als zynisch aufzufassen).

Und da ist ein Punkt, der besonders beunruhigt. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit von Reformen, der Primärstoß für die Gesundheitsreform war zunächst nicht die Sorge um das Wohl der Kranken, sondern die Frage, wie man im Gesundheitssystem Geld einsparen kann. Dieser Umstand, angesichts der maroden Staatskasse übrigens ein durchaus legitimes und ethisches Anliegen, wird inzwischen allerdings durch soziale und politische Argumente vernebelt (wie überhaupt das „In-schöne-Worte-Kleiden“ - Stichwort „Gesundheitsreform!“ - eine wichtige Rolle spielt). Ohne dass es ausgesprochen wird, werden in Wirklichkeit kühl utilitaristische Gedanken aufgenommen. Ziel ist es, möglichst vielen Bürgern (wie es Jeremy Bentham und John Stuart Mill im 18. bzw. 19. Jahrhundert gefordert hatten) Glück und Gesundheit zu organisieren, während eine gewisse Minderheit von Alten, Schwerkranken und schlecht Versicherten das Nachsehen hat. Sparmaßnahmen im Personalbereich der Krankenhäuser finden inzwischen fast überall Beifall, bei den Johannitern wie den Maltesern, bei den Ordenskrankenhäusern und den kommunalen und staatlichen Großklinika, ohne dass, wie ich den Eindruck habe, zu Beginn die notwendigen Grenzen und Tabuzonen festgelegt werden. Der Marburger Bund glaubt sogar - so seine große Anklage in der letzten Woche -, dass gerade kirchlich geführte Krankenhäuser durch besonders radikale Personaleinsparungen auffallen. Ich kann das im Moment nicht verifizieren. Das ethisch gebotene Sparen ist jedenfalls vielerorts, wie ich den Eindruck habe, bereits in ein ethisch verwerfliches Sparen übergegangen. Ausnahmen bestätigen die Regel. Der Übergang ist nicht leicht zu erkennen, genauso wenig wie der Zeitpunkt, wo die kommerzielle Sicht ärztlicher Tätigkeit dem ärztlichen Selbstverständnis zuwider läuft. Einige Ökonomen scheinen da ethisch ziemlich unmusikalisch. Von den involvierten Ärzten müsste man hier aber klare, laute und kritische Proteste erwarten.

Und es gibt diese Gegenbewegungen, sogar von Seiten der Wirtschaft, verblüffenderweise sogar seitens der Gesundheitsökonominnen z.B. Wenn ein neu eingestellter kaufmännischer Direktor eines großen Klinikums seine Position und seine Vertragsverlängerung dadurch zu sichern sucht, dass er radikal die Zahl der Ärzte und Schwestern reduziert, etwa mit der Folge, dass die Patienten stundenlang warten müssen oder dass der durchschnittliche Dialog zwischen Arzt und Krankem am Tag mit vier oder zehn Minuten errechnet wird und Wut und Frust beim verbliebenen Personal zunehmen, so ist das, wie der Schweizer Gesundheitsökonom Peter Zweifel, aber auch sein Berliner Kollege Klaus-Dirk Henke jüngst herausgestellt hat, bestenfalls Pseudo-, ja Antiwettbewerb, der mittelfristig die Chancen der betreffenden Klinik schmälert. Potentielle Patienten werden dann nämlich hellhörig. Ein solch hilfloses Wettbewerbs-Getue müsste radikal abgelehnt werden, allein schon aus wirtschaftlichen Gründen, weil sich das herumspricht und der „Konkurrenz“ nützt, vor allem aber – das liegt auf der Hand – aus moralischen Gründen. Das fordert unsere Ethik-Tradition. Wenn Wettbewerb, dann bitte mit Sicherheitsventilen, die die Menschlichkeit im Notfall erhalten.

Man könnte (und vielleicht haben diesen Weg mehr Ärzte gewählt als man denkt!) in dieser Situation eine Art innere Emigration vorschlagen. Jüngere Ärzte nutzen allerdings zunehmend die Möglichkeit der äußeren. 30000 Ärzte und Ärztinnen, die in Deutschland studiert haben, sind bereits im Ausland tätig, vor allem weil sie sich hierzulande von Verwaltungs- und Wirtschaftsaufgaben gegängelt fühlen, weniger wohl (ich halte das für durchaus glaubhaft), weil sie dort mehr Geld erhalten. Der Auslandseinsatz hat auf Dauer auch Nachteile, wie Umfragen in jüngster Zeit ergaben.

Was unter der Einteilung und Chiffrierung ärztlichen Handelns nach ökonomischen Gesichtspunkten zunehmend besonders leidet, ist das Gespräch. Ich rede nicht von Psychotherapie, sondern vom simplen menschlichen Dialog zwischen Arzt und Patient, wie es Viktor von

Gebattel in den Fünfzigerjahren in drei Phasen (ich gebe zu etwas idealisiert, aber doch sehr plausibel und humanen Kriterien entsprechend) herausgearbeitet hat. Die Kriterien gelten für die Praxis des niedergelassenen Arztes, doch auch für die Klinik, wo das Gespräch für den diagnostischen und therapeutischen Erfolg nicht weniger berechtigt ist. Zunächst lernen sich der Patient und der Arzt kennen. Es ist vor allem ärztliche Aufgabe, das Vertrauen des Leidenden zu gewinnen. Freundlichkeit, Empathie, psychologisches Geschick, aber auch Takt und (es ist nicht verboten!) Mitleid sind gefordert. In der zweiten Phase kühlt sich das Gespräch zugunsten einer sachlichen Diagnose-Technik ab. Es wäre unethisch, die Möglichkeiten der modernen Medizin im Fall der Notwendigkeit außer acht zu lassen. Der gute Arzt kennt sich in der naturwissenschaftlich-medizinischen Technik selbstverständlich gut aus. Er ist Naturwissenschaftler und dennoch human. Er weiß, dass der naturwissenschaftliche Positivismus, der vor 100 Jahren angebetet wurde und bis heute in gewissen von jeder Art von Selbstzweifel verschonten Labors vorherrscht, seine methodischen und psychologischen Grenzen hat. Und dennoch nutzt er alle technischen Möglichkeiten, die dem Patienten zugute kommen. Die Ergebnisse – positiv, oft beunruhigend, oder negativ („es ist nichts schlimmes!“) – werden dann in Phase drei der Begegnung von Arzt und Patient besprochen, die wiederum menschlich-einfühlsam vonstatten geht, (im Idealfall) ohne Zeitdruck verläuft und den Arzt zum wirklichen Ratgeber und Tröster werden lässt. Ein solches Gespräch ist kein Luxus.

Der Gebattelschen Behandlungstrias entspricht ein Ideal, das die Tradition des Naturforschers aus dem 19. Jahrhundert mit dem Bild des humanen Arztes verbindet, wie es etwa Adalbert Stifter in der „Mappe meines Urgroßvaters“, eines Arztes im Böhmerwald, aufzeigte. Der Hausarzt erscheint als Berater der Familie und stellt für sie eine selbstverständliche Vertrauensperson dar. Es ist vielleicht bezeichnend,

daß uns dieses Ideal vor allem in der schöngestigen Literatur des 19. und frühen 20. Jahrhunderts - bei Ibsen, Stifter, Storm und Balzac - begegnet. Es handelt sich um ein hochgehängtes, schwer zu verwirklichendes Leitbild, das nach Gebtsattel immer wieder verinnerlicht werden soll. Die rasante Entwicklung des medizinischen Positivismus, den in Deutschland - unter Berufung auf den französischen Philosophen Auguste Comte - vor allem Virchow, Du Bois Reymond und ihre Schüler vertraten, wurde so schon (was man häufig vergisst) seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kritisch begleitet.

Das humane, alles andere als statische Arztbild à la Gebtsattel, das bei manchen Anhängern der *Evidence Based Medicine* und überzeugten Leitlinienfreaks wohl nur ein müdes Lächeln bewirkt, wurde zwar immer wieder relativiert (vor allem an den Universitäten, wo die medizinischen opinion-makers den Erfolg und Sinn ihres Handelns einzig aus dem naturwissenschaftlichen Paradigma begründeten), galt aber auch immer wieder als wünschenswert. Selbst der fanatischste Positivist konnte nicht ausschließen, selbst irgendwann in seinem Leben nicht nur gewisser Labordaten, sondern auch menschlicher Zuwendung zu bedürfen. In einem häufig von einem geradezu pathologischen Optimismus getragenen Sendungsbewußtsein übersah mancher vom Erfolg der Naturwissenschaft geblendete Mediziner des 19. Jahrhunderts, daß das Gespräch, tröstend, erklärend oder prognostizierend, in der Heilkunde einen zentralen Stellenwert hat. Kein Wunder, daß die Kritik an der modernen Medizin, wie der Epidemiologe und Statistiker Feinstein zeigen konnte, prompt auch nicht an Gebtsattels erster und dritter Phase ansetzte, sondern an der mittleren, in der es um die Objektivierung der Daten geht. Kritisch wurde herausgestellt, daß bei der Befunderhebung des Röntgenologen, Pathologen, ja des Labormediziners, aber auch was die ins Auge gefaßten therapeutischen Konsequenzen angeht, das Subjektive eine größere Rolle spielt, als gemeinhin wahrgenommen wird. Peter Sawicki, Direktor des

Kölner „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Iqwig)“, ein entschiedener Verfechter der *Evidence Based Medicine*, vertritt so die These, diese schließe selbstverständlich auch die Erfahrung ein, deren subjektive Spielbreite anzuerkennen sei. Einen Praktiker dürfte dies kaum überraschen: Als gesichert geltende wissenschaftliche Fakten sind, wie der Kölner Internist Rudolf Groß in seinen mit Markus Löffler herausgegebenen „Prinzipien der Medizin“ betonte, stets von Ausnahmen „umgeben“.

Die Erfahrung gilt hier geradezu als zweite Säule der Evidenz, die somit auf Studien und Erfahrung baut, deren Bedeutung im übrigen schon den alten Ärzten bewußt war. „Unerfahrenheit setzt einem Arzt Tag und Nacht zu, raubt ihm sein Selbstvertrauen und macht ihn ängstlich“, hieß es in den hippokratischen „Gesetzen“ (ca. 300 v. Chr.). Die damaligen Gelehrten sahen den vorbildlichen Arzt“, der die „Ursachen der Krankheiten“ kennt und seine Patienten entsprechend aufklärt, übrigens auch als „Führer der Gesunden“, als Lebensberater, Philosoph, ja, wie Aischylos, als „Seher“ bzw. Propheten. Patienten, welche ihren Arzt wechselten, wurden ihrer Wankelmüt und Illoyalität wegen getadelt! Ein Wechsel des Arztes schließt eine Vertrauensbildung aus, ebenso wie dieser, wenn er den Ort (und somit die Patienten wechselt), unethisch handelt! Man weiß es seit der Antike: Das gute Verhältnis von Arzt und Krankem setzt auf langzeitige gegenseitige Erfahrung!

Viele Aspekte ärztlichen Handelns, die früher eine große Rolle spielten, gehen heute unter. Dazu gehörte vor allem eine gewisse Freiheit der Entscheidung. Ein Beispiel: Hufeland, einer der großen Ärzte der Goethezeit, hielt es für die „heilige Pflicht“ des Arztes, „alles zu vermeiden, was den Kranken niedergeschlagen oder mutlos machen könnte. Er sah deshalb jede Radikalaufklärung (wie das heute vorgeschrieben ist!) sehr kritisch. Heute stünde er, juristisch gesehen, isoliert da. Der Zeitgeist - unter dem Einfluß der amerikanischen Prinzipienethik und die Autonomie

des Einzelnen verherrlichend - fordert nämlich genau diese Aufklärung, allerdings – dafür sorgt die neue Ökonomisierung – innerhalb einer umschriebenen Zeiteinheit. Hufeland verstieg sich zu dem berühmten Satz: „Den Tod verkünden heißt den Tod geben“. Zu Hufelands Zeiten hielt man den hippokratischen Eid für den höchsten autoritativen Text in Sachen ärztlicher Ethik, und durch ihn schien das „nil nocere“ wörtlich vorgeschrieben. Goethe schrieb 1819 im West-Östlichen Diwan: „Verzweifeln müsste jeder Kranke, das Übel kennend, wie es der Arzt kennt“. Solche Differenzierungen, die eine gewaltige Empathie verraten, sind heute am Bett des Schwerkranken verboten. Schuld sind zunächst schwachsinnige Schadensersatzklagen, die zunächst von amerikanischen Anwälten erfunden wurden, dann aber auch den ärztlichen Alltag westeuropäischer Ärzte bedrohten. Goethe und Hufeland wussten, dass viele Kranke in ihrer Not, aber auch, sofern dies möglich ist, nach kühler Analyse der Lage gar nicht unterscheiden können, ob die Krankheit sehr schwer oder hoffnungslos ist oder ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Es ist ihnen unmöglich, angesichts der tödlichen Gefahr und in Todesangst Pro- und Contraargumente einer bestimmten Therapie souverän und autonom abzuwägen. Ich möchte mich hier nicht gegen die Aufklärung, gegen das Aussprechen der Wahrheit wenden. Unsere Gesellschaft, unsere berufliche Verantwortung, unser Versicherungssystem, unsere Wirtschaft bauen auf Autonomie, d.h. man nimmt sein Schicksal, wie es Kant empfohlen hatte, beherzt in die Hand.

Hufeland hatte freilich erfahren, dass viele Patienten eher wie Kinder Anlehnung suchten. Seine Zweifel an der Radikalaufklärung hingen mit Zweifeln an der ärztlichen Prognostik überhaupt zusammen. Eine letzte Skepsis, ein letztes bewusstes Unwissen über den Verlauf einer Krankheit im Einzelfall zeichnet gerade den guten Mediziner aus, der weiß, „dass der Anfang des Zweifelns das sichere Kennzeichen und zugleich einzige Mittel des Fortschreitens ist“. Über allem steht aber der individuelle Zugang zum

Kranken. Jeder ist anders zu behandeln. Weshalb der Umgang mit dem Patienten nicht in Lehrbüchern – nach dem Motto „so muß man es machen“ – oder nach plötzlich erarbeiteten Leitlinien abgehandelt werden kann.

Hufeland stand für die eine Richtung. Jahrhundertlang war gerade die „mors improvisa“ gefürchtet. Nicht nur die katholische Kirche plädierte deshalb für die Offenlegung des Zustands des Schwerkranken. Versäumt es ein Arzt, human das Ende anzukündigen, versündigt er sich, so der Arzt Giovanni Battista Codronchi aus Imola im 17. Jahrhundert, da er dem Sterbenden die Möglichkeit nimmt, die letzten Dinge zu organisieren. Er verstößt aber auch gegen seine Berufspflichten, deren Katalog in der Schrift „De Christiana ac Tuta Medendi Ratione“ aufgelistet wird. Grobe, unfreundliche Worte am Krankenbett gelten lange vor Hufeland als schwere ärztliche Verfehlung. Der Patient ist, damit seine Seele gerettet werden kann, aufzuklären, aber höchst einfühlsam. Heute plädieren sogar die Theologen unterschiedlich: Die „Sozialarbeiterfraktion“ eher für Schonung, d.h. für eine Verharmlosung der Diagnose (Ausnahmen bestätigen die Regel), die traditionell gläubig argumentierende Gruppe im christlichen Sinn. Wer humaner argumentiert, entscheidet sich von Fall zu Fall.

Solche Feinheiten und Diskurse sind im neuen Gesundheitssystem, in dem Klinik-Konzerne Vorbilder sind und shareholder warten, schwierig zu vermitteln. Nicht in Sonntagsreden, aber im Alltag! Manchmal habe ich den Eindruck, dass allzu enge Vertrauenskontakte zwischen Ärzten und Patienten, werden sie nicht schon (ich erinnere an Klaus Schmidt!) systematisch verhindert, als unheilige Allianzen beargwöhnt werden. Es ist bezeichnend, wie von Insidern des Gesundheitsgeschäfts die Propagandisten positivistischer Gesundheitsökonomie - im Gegensatz zu den „Bedenkenträgern“ - eingestuft werden. In einem Aufsatz über das werbeorientierte Marketing der Ärzte wurden jüngst, was den ärztlichen

Wettbewerb - der Niedergelassenen untereinander wie der Krankenhäuser, aber auch die neue Ökonomisierung insgesamt - angeht, zwei Fraktionen ausgemacht. Die warnende Gruppe ist angeblich retro-orientiert, bewahrend, moralisierend, der Gesinnungsethik verdächtig, wert- nicht wirtschaftskonservativ, ärztlich (!), humanistisch, europäisch, fast romantisch orientiert. Die Pro-Gruppe gilt dagegen als progressiv-initiativ, mutig, kreativ, flexibel, unternehmerisch und von Verantwortungsethik geprägt. Wer immer von Ihnen in der Wirtschaft Verantwortung trägt, weiß, welchen Typus er bevorzugen würde.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts soll ein guter Arzt – so der Anspruch der Öffentlichkeit – den letzten Kenntnisstand der naturwissenschaftlich technischen Forschung verinnerlicht haben, ökonomisch denken, ja – auch wenn es ungern ausgesprochen wird – utilitaristischen Grundsätzen genügen, d.h. mithelfen, den Riesentanker des Gesundheitssystems in ein für die Mehrheit akzeptables ökonomisches Fahrwasser zu geleiten - und schließlich bürokratischen Vorschriften Rechnung tragen, ohne die er, wie auch die Kassen und Krankenhausträger, kein Geld bekommt. Er soll zudem nicht nur menschlich handeln, sondern auch, und zwar durchaus im wissenschaftlichen Sinn, soziologisch und psychologisch versiert sein, muß er doch, wie es viele herausragende Kollegen von Hufeland bis Ludolf Krehl, von Jaspers bis Thure von Uexküll forderten, den familiären Hintergrund und mögliche Umweltgründe von Krankheiten und Schmerzen berücksichtigen. Arbeitet er als Chirurg, ist eine zusätzliche manuelle Begabung unabdingbar: Er muß fingerfertig sein, basteln können, ja künstlerische Fähigkeiten entwickeln. Als Hochschullehrer ist er noch ein glänzender Redner und Lehrer und Wissenschaftsorganisator. Stets behält er, wie Professor Brinkmann in der berühmten, inzwischen selbst historischen Schwarzwaldklinik-Serie, einen klaren Kopf, den man beim Kranken, den Angst und Inkompetenz verwirren, nur bedingt findet.

Ironisch könnte man sagen: Er verfügt über eine Universalbegabung, welche die Natur außerhalb seines Standes nicht geschaffen hat...

Und deshalb ist Vorsicht geboten. Die Rechnung der neuen Gesundheitsökonomie setzt genau diesen Arzt voraus. Alles an ihm ist messbar, kalkulierbar, ökonomisch gegenwertig, vorausschaubar.

Aus der durch Höhen und Tiefen gekennzeichneten Krankengeschichte des konkreten Individuums, viel weniger aus der Theorie, sammelt der gute Arzt, der eben nicht messbar ist, nach allem was die Medizingeschichte lehrt, ein Leben lang Erfahrung. Zusammen mit dem Kranken ist er, wie es der Psychosomatiker Viktor von Weizsäcker formuliert hat, Former eines „Gestaltkreises“ bzw. Teilnehmer eines Schachspiels. Der Starke und fachlich Kompetente zieht den Schwachen, Hilfsbedürftigen und Abhängigen freilich nicht über den Tisch, sondern lernt von ihm jene Einsichten, die ihn im Leiden und durch seine Krankheit über sich hinauswachsen lassen. Bereits im 13. Jahrhundert hatte Roger Bacon, ein englischer Philosoph und Naturforscher, auf dieses gegenseitige Geben und Nehmen verwiesen: Der gute Arzt verhält sich selbst „gegenüber Bauern, alten Frauen und Kindern demütig..., da die Schlichten und Ungebildeten vieles wissen, was der Aufmerksamkeit des Gebildeten entgeht“. Die Bemühung um die richtige „ars vivendi“, die sich an Umwelt, Alter und Stand zu orientieren hat, spielte dabei eine wichtige Rolle. Man darf daran erinnern, daß die „Diätetik“ (gemeint ist natürlich nicht die Kunst des Vollkornbrotessens, sondern die psychisch wie physisch gesunde Lebensführung!) erst im 19. Jahrhundert aus dem Kanon der ärztlichen Disziplinen gestrichen wurde.

Daß namhafte Mathematiker wie Kurt Gödel, Einsteins Freund (wie er nach Princeton emigriert) nachwies, dass in komplexen Systemen wie dem der Gesundheit (und schon in viel simpleren!) Transparenz und sichere Prospektiven definitiv gar nicht möglich sind, worauf auch der

Soziologe Niklas Luhmann verwies, gibt zwar den Skeptikern recht, wird aber in den kaufmännischen Leitungsstäben der Kliniken nicht zur Kenntnis genommen. Ich bin sicher, dass hier mittel- und langfristig der Markt in Erscheinung tritt, ein Markt freilich, der den freundlichen, menschenliebenden Arzt nicht nur wieder fordert, sondern bevorzugt wird. Patienten und Ärzte werden sich wehren. Wie in der Politik um Mandate, geht es im Moment nur um kurzfristige Vertragsverlängerungen, um Pyrrhus-Siege einer nicht durchdachten ökonomischen Surrogat-Idee.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Klaus Bergdolt, Prof. Dr. med. Dr. phil.

geboren 1947 in Stuttgart, Studium der Medizin in Tübingen, Wien und Heidelberg; 1975 Promotion zum Dr. med. und 1981 Facharztprüfung an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg; 1981–1986 Studium der Geschichte, christlichen Archäologie und Religionswissenschaften in Heidelberg und Florenz; 1986 Promotion zum Dr. phil. und 1989 Habilitation in Medizingeschichte in Würzburg. 1990 Direktor des Deutschen Studienzentrums in Venedig; seit 1995 Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik in der Medizin an der Universität zu Köln. Seit 1996 O. Mitglied der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Europäischen Akademie für Wissenschaften und Künste Salzburg.

Volker Eid, Prof. Dr. theol.

1940 in der Rheinpfalz geboren. Seit 1960 Studium der Philosophie und der Kath. Theologie, vor allem an der Universität München; dort auch bis 1970 Erwerb der wissenschaftlichen Qualifikationen (dabei Wiss. Mitarbeiter) im Fach Theologische Ethik. 1968 Priesterweihe durch Kardinal Döpfner in Freising. Seit 1972 ordentlicher Prof. für Moralthologie an der Universität Bamberg. Forschungsschwerpunkte: Grenzfragen der Medizinischen Ethik; ethische Reflexion des Zusammenhangs von moralischer und weltanschaulich-religiöser Überzeugung; sozialetische Reflexion der Lebens- und Wissensbedingungen in der Moderne; aber auch „praktisch“: Fragen nach dem Zusammenhang von Lebensstil(en), Konsumismus und Suchtanfälligkeit.

Bisher erschienen:

- 1985 **Freiheit und Lebensengagement**
Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**
Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987 **Heil und Heilung in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
 Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988 **Sucht – ein Alarmsignal**
Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990 **Wahrheit am Krankenbett**
Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992 **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**
Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**
Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
 Dr. med. G. Markus, Paderborn
 Prof. Dr. F. Furger, Münster
 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**
Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**
 Beiträge von: Günter Haaf
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
 Bernward Büchner, Freiburg
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
 Christa Nickels MdB, Berlin
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund
Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg
Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Michael Pries, Hamburg
Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda
Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg

