

Zwischen Standesinteressen und Dienst am Patienten

Ein Gespräch über Fragen des ärztlichen Ethos mit Professor Eduard Seidler

Das folgende Gespräch mit dem Freiburger Medizinhistoriker Professor Eduard Seidler konzentriert sich vor allem auf Fragen des ärztlichen Ethos, insoweit diese im Rahmen des heutigen Gesundheitswesens das Verhältnis Arzt-Patient betreffen. Die Fragen stellte D. A. Seeber.

HK: Wenn vom ärztlichen Ethos die Rede ist, dann denken viele, auch Ärzte, primär an Standesethos, wenn nicht gar an Standesinteressen. Von einem handfesten Nützlichkeitsdenken, das sich hinter einem so verstandenen Ethos auch verbergen kann, ist ein rein standesorientiertes Ethos angesichts der größer gewordenen gesellschaftlichen Bedeutung medizinischer Dienstleistungen und der zahlreichen Verflechtungen des Medizinischen mit anderen Bereichen überhaupt noch eine vertretbare Legitimationsbasis für ärztliches Handeln?

Seidler: Daß das medizinische Ethos vielfach noch mit Standesinteressen in Zusammenhang gebracht bzw. damit verwechselt wird, hat ausschließlich historische Gründe. Es hat von Anfang an in der Medizin die Notwendigkeit gegeben, das Tun des Arztes zu rechtfertigen: einmal sittlich, aber auch von der Berufsausübung und von der Ausbildung her und von der korporativen Verfassung derer, die diesen Stand bilden. Deswegen haben wir von Anfang an Gelöbnisse, Eide, Selbstverpflichtungen dieses Standes, die vor allem im 19. Jahrhundert aus hier nicht zu erörternden Gründen zu einer Pointierung des Standesethos als Berufsethos geführt haben. Daß in der medizinischen Ethik im Grunde genommen ganz andere, nämlich anthropologische Sachverhalte zur Diskussion stehen, ist in der reinen Standesethik in den wenigsten Fällen zum Ausdruck gekommen.

HK: Historisch, das könnte mehr oder weniger für jeden Stand gelten. Aber hat nicht gerade beim Mediziner die Konzentration auf das Standesethos auch zu tun mit den Berufsinteressen einer mit hohem Prestige ausgestatteten Berufsgruppe, vor allem aber mit dem Bedürfnis nach Selbstschutz innerhalb einer beruflichen Solidargemeinschaft?

Seidler: Das ist richtig, muß aber ebenfalls historisch gesehen werden. Nehmen Sie zum Beispiel den hippokratischen Eid, der ja immer beschworen wird, wenn es um ärztliche Ethik geht. Dieser entstand offenbar, soweit wir wissen, in einem Augenblick, wo die ärztliche Ausbildung aus der Familientradition herausgenommen wurde und in

eine Gildenformation, in eine Zunft, übergang. Und diese Gilde gibt sich jetzt sozusagen eine Standesverfassung, um diejenigen, die sie von draußen hereinnimmt in ärztliche Ausbildung und Tätigkeit, in die Schutzmeile dieses Standes mithineinzunehmen. Dies ist eine durchlaufende Tradition, die sich um so leichter erklären läßt, als der ärztliche Stand immer erheblicher öffentlicher Kritik ausgesetzt war.

„Ich hätte Bedenken gegen alle Normen, Rechte und Pflichten, die dem Arzt nur abstrakt auferlegt werden“

HK: Läßt sich überhaupt – jetzt vom medizinischen Betrieb her gesehen – soziologisch noch von einem ärztlichen Stand sprechen? Aus dem, was der Arzt einmal mit weniger Hilfspersonal tat, ist ein kaum mehr überschaubares Gesundheitswesen geworden, das nicht nur einen hohen Grad an ärztlicher Spezialisierung voraussetzt, sondern von einem sehr viel breiteren institutionell-gesellschaftlichen Kontext abhängt, an dem von Krankenhausverwaltungen bis zu den Kassen viele beteiligt sind. Muß ärztliches Ethos nicht aufgrund dieses gewandelten Kontextes grundlegend neu bestimmt werden?

Seidler: Das ist zweifellos richtig. Wir haben in den letzten 150 Jahren, vor allem in den letzten 50 Jahren eine Ausdifferenzierung des ärztlichen Dienstes erlebt in vielfältigen Verzweigungen. Daraus ist ein Gesundheitssystem entstanden, das in der Tat schon nicht mehr ganz überschaubar ist. Aber das ist nur die eine Seite. Geblieben sind, und das ist für die Frage nach der ärztlichen Ethik wichtig, die Erwartungen, die vom Patienten an die Ärzte herangezogen werden, geblieben sind die Grundfiguren von Not, von Leid, von Schmerz, von Krisen, von Hilflosigkeit, die der jeweils Betroffene als Herausforderung an den herantägt, der von der Gesellschaft die Berechtigung erhalten hat, Arzt zu heißen und ärztlich zu handeln.

HK: Was ist dann für Sie angesichts des gewandelten Kontextes ethische Grundlage ärztlichen Handelns? Was ist dem Arzt als Pflicht unbedingt auferlegt?

Seidler: Ich hätte Bedenken gegen alle Normen, Rechte und Pflichten, die dem Arzt nur abstrakt auferlegt würden. Allein in der Tatsache, daß der Patient seine Not zum Arzt

bringt, seinen Körper, seine Scham darbietet, seine Affekte bloßlegt, liegt eine grundlegende sittliche Herausforderung. Der Patient setzt Vertrauen in die freiwillige Abhängigkeit, in die er sich begibt. Auf dieses Vertrauen muß sich der Arzt einlassen. Es gibt in diesem Sinne nur einige wenige, allerdings grundlegende Elemente, die ärztliche Ethik konstituieren: die erste Regel heißt, das Wohl des Kranken allem anderen voranstellen; die zweite, das Leben erhalten, die dritte, dem Kranken nie schaden; die vierte, die Würde des Menschen achten und die fünfte, selbst vertrauenswürdig sein. Diese fünf sittlichen Imperative decken so gut wie alle Herausforderungen, in die der Arzt gestellt ist, ab.

HK: Diese sind aber alle so allgemein, daß sie mutatis mutandis für jeden Beruf gelten könnten, man müßte nur statt Patient, Schüler, Kind oder was immer setzen...

Seidler: Richtig, insofern sind sie fundamental, und sie gelten nicht nur für jeden Beruf, sondern für jeden Umgang des Menschen mit dem Menschen. Sie verschärfen sich allerdings im Verhältnis Arzt-Patient dadurch, daß hier Leben und Gesundheit als höchste soziale Güter überantwortet werden. Oder im Bereich des aktiven Handelns: Wieviel Schaden setzen wir heute in der Medizin, um zu nützen. Wir müssen z.B. Verstümmelungsoperationen durchführen, um jemanden am Leben zu erhalten. Denken Sie auch an das schwierige Gebiet der Forschung am Menschen. Hier werden zur Zeit mit Recht ganz scharfe Kategorien gefordert, bevor überhaupt etwas gemacht werden darf. Das scheinbar Allgemeine dieser fünf Punkte verschärft sich jeweils da, wo es auf die medizinische Situation angewandt wird.

HK: Sie sagten vorhin sinngemäß, die Berechtigung, Arzt zu sein, definiere sich vom Ziel ärztlicher Tätigkeit her. Als Ziel ärztlicher Tätigkeit oder als vom Arzt anzustrebende bzw. zu erfüllende Norm gilt das patientengerechte Heilen. Sie haben zudem gesagt: nicht schaden. Hier scheint sich doch eine immer schärfer werdende Problematik aufzubauen. Hat nicht nur im Betrieb eines Großklinikums, sondern schon in der Einzelpraxis die Apparatemedizin gegenüber dem persönlichen Verhältnis Arzt-Patient so sehr Vorrang erhalten, daß der Patient Mittel zum Zweck wird? Zum Mittel im Dienste der Perfektionierung vornehmlich technischer Leistung, die Vorrang erhält vor dem eigentlichen Heilen, wobei Ärzte- und Kassenpolitik dem entgegenkommen...

Seidler: Es geht nicht nur um das Heilen in der Medizin, sondern es geht um das Vorsorgen, es geht um das Erkennen, es geht auch um das Heilen und nicht zuletzt geht es um das Begleiten. In einem Punkte haben Sie natürlich recht. Wir stehen in meinen Augen am Ende einer ganz bestimmten Epoche in der Medizin, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts begonnen hat und die zur Zeit zu Ende geht. Es ist die Epoche einer Prädominanz der Naturwissenschaften in der Medizin, einer Epoche der Verselbständigung der Wissenschaftlichkeit in der Medizin, mit einem ganz bestimmten Krankheitsbegriff, der sich zunehmend

losgelöst hat vom Träger der Krankheit, vom Patienten. Wir dürfen aber auch nie übersehen, daß wir auf diesem Wege auch gigantische Erfolge erzielt haben wie sonst in keiner Periode der Medizingeschichte.

HK: Sie sprachen von Vorsorge und von Begleiten. Wird das Begleiten angesichts der Tatsache, daß die wenigsten Kranken noch von ihren Angehörigen gepflegt werden und die wenigsten zu Hause sterben, sondern sich aufgrund der Umstände dem Krankenhausbetrieb ausliefern, gerade weil oft so einseitig auf die medizinische Technik vertraut wird, nicht zur eigentlichen Herausforderung des Arztes? Und rückt damit neben dem Heilen nicht auch das patientengerechte Sterben stärker in den Umkreis nicht nur des pflegenden Personals, sondern der behandelnden Ärzte?

Seidler: Ich würde sagen, daß hier alte Dimensionen wiederentdeckt werden müssen. Die Ärzte der letzten Generationen sind mit gutem Recht als Kämpfer gegen Krankheiten erzogen worden. Von daher resultiert die Formel, die wir alle kennen, daß, wenn dem Arzt eine Krankheit entgleitet, er sagt: da kann ich nichts mehr machen...

„Arzt und Patient erziehen sich gegenseitig“

HK: Dann wird die Stafette an den Geistlichen, an die Schwester oder auch an gar niemanden weitergegeben. Und der Patient, an dem für den Erfolg der Medizin nichts mehr zu gewinnen ist, bleibt sich selbst überlassen...

Seidler: Nein. Wir sind heute an einem Punkt angelangt, wo wir allmählich wissen, daß das Nichts-mehr-machen-Können nicht den Endpunkt bedeutet, sondern daß der Patient darüber hinaus mit Fug und Recht vom Arzt erwartet, vor allem, wenn er derjenige ist, der die Diagnose gestellt hat, daß er ihn auch darüber hinaus begleitet, und dieses Begleiten nicht delegiert, auch wenn er hier nicht mehr zur aktiven Handlung befähigt ist kraft seiner Wissenschaft. Das ist aber nur die eine Dimension. Die andere Dimension ist meines Erachtens noch wichtiger und die geht über Arzt und Patient hinaus und betrifft das ganze System. Das ganze Krankenversicherungswesen hat dazu geführt, daß der Mensch von heute das Gefühl entwickelt hat, er habe ein Recht auf Gesundheit und er habe ein Recht darauf, daß ihm das Gesundheitssystem die Schicksalhaftigkeit, die Fatalität seines Krankseins und seines Sterbens abnimmt. Hier liegen seitens des Patienten ebenso Verhaltensprobleme wie in der Person des Arztes. Arzt, Patient und Gesundheitssystem haben sich ja auch gegenseitig erzogen.

HK: Nun sagen Sie, der Patient erwartet. Umgekehrt hört man ja auch Klagen seitens der Ärzte, sie würden in der Steigerung der technischen Möglichkeiten der Medizin selbst Opfer der Erwartungen der Patienten. Ist es im Grunde nicht so, daß der Mediziner, mehr orientiert am Ideal, nicht eigentlich nur zu heilen, sondern Krankheit

auszumerzen, den Tod an den Rand zu drängen, so als ob dieser in seinem Bereich eigentlich nicht vorkommen dürfte, selbst kräftig dazu beiträgt, Opfer von nicht lösba- ren Erwartungen zu werden?

Seidler: In Ihrer Frage sind zwei Elemente. Das eine ist die Fortschritts- und Wissenschaftstendenz in der Medi- zin. Es ist unzweifelhaft richtig und auch nötig, daß die Medizin bestrebt sein muß, weiter die Krankheiten zu er- forschen mit der Tendenz, sie zu vermeiden und sie zu verhindern. Man wird und soll den medizinischen Fort- schritt nicht aufhalten...

HK: Aber Menschen gegenüber, die, wie Sie sagten, er- warten, daß Ihnen die Fatalität von Krankheit und Tod abgenommen wird, müssen wohl auch an die Grenzen sol- chen Fortschritts erinnert werden...

Seidler: Gewiß, aber schon aus der Grundangst und Grundnot des Menschen heraus wird diese Erwartung im- mer an den Arzt herangetragen werden. Denken Sie nur an die Verkehrsunfallsituation, denken Sie an die Notfall- medizin, denken Sie an die Intensivmedizin. Es ist ganz selbstverständlich, daß die medizinische Wissenschaft be- strebt sein wird und auch bestrebt sein muß, hier weiter- zukommen. Die andere Dimension, die Sie genannt haben, dieses: wird vom Arzt nicht zuviel gefordert, wird er nicht überfordert, wird er nicht selbst zum Opfer? Hier sagen Ihnen viele Kollegen aus der täglichen Praxis, daß dies in der Tat eines der großen Probleme unserer medizinischen Szene ist...

HK: Ich meinte eigentlich, daß sich Ärzte selbst zum Opfer machen. Sie sagten ja, Arzt und Patient erziehen sich gegenseitig.

Seidler: Wenn ich meinen Gedanken zu Ende führen darf: Würde man zum Beispiel den Krankenstand eines Betrie- bes oder einer Praxis durchanalysieren, dann könnten wir, das ist nachgewiesen, mit Sicherheit feststellen, daß ein hoher Prozentsatz der Patienten weiterarbeiten oder zu Hause Selbstmedikation betreiben könnte. Es ist nicht notwendig, daß vor jeder Fußballweltmeisterschaft der Wunsch nach Krankschreiben ansteigt, nur weil unser Ge- sundheitssystem dafür eine Möglichkeit bietet.

HK: Es wäre am Arzt zu sagen: ihnen fehlt eigentlich nichts oder: ich kann sie nach meinen berufsethischen Vorstellungen eigentlich nicht krankschreiben...

Seidler: Ich wollte das auch nicht als Vorwurf an den Pa- tienten verstehen. Die Bedenken richten sich auch hier ge- gen das System. Und dem unterliegt auch der Arzt. Ein Arzt, der in seiner Praxis jedem dritten Patienten sagt, sie haben eigentlich nichts, wird sich nicht lange der Prosperität seiner Praxis erfreuen.

HK: Wenn man sich gegenwärtig die öffentliche Kritik an den Einkommensverhältnissen der Ärzte anhört, dann entsteht nicht der Eindruck, Ärzte müßten, um ehrenwert leben zu können, Patienten durch gewünschte, aber nicht gerechtfertigte Krankschreibungen entgegenkommen...

Seidler: Ärzte waren eigentlich stets der Kritik ausgesetzt, Großverdiener zu sein und Großverdienertum zu kultu- vieren. Das halte ich für übertrieben, wengleich sich durch das Krankenversicherungssystem der letzten hundert Jahre hier die Situation im Grunde genommen noch verschärft hat. Wenn ein Arzt, um zu einem erträglichen Auskommen zu kommen, am Tage eigentlich zu viele Patienten behandeln muß, dann schlägt das wie alles in der Medizin zurück auf den Patienten. Man hört heute, wie ich meine zu Recht, die Forderung an die Ärzte, kümmert euch vor allem zeitlich mehr um die Patienten und verdient halt etwas weniger. Wenn man aber diese Forderung ernst meint, dann, meine ich, muß man allerdings auch die ge- schilderte Grundsituation ernst nehmen, daß alle am Sys- tem beteiligten Faktoren zum Mitdenken gebracht wer- den müssen.

„Auch das so schwierige Problem der Aufklärung ist nicht standardisierbar“

HK: Wenn sich alle gleich als Opfer des Systems fühlen, bewegt sich niemand und gar nichts; es hat ja jeder sein mehr oder weniger glaubhaftes Alibi: die Ärzte, die Kas- sen, die Krankenhausträger, der Gesetzgeber, der Pa- tient...

Seidler: Damit mögen sie recht haben, dennoch ist einsei- tige Schuldzuweisung falsch. Wir haben so viele außerme- dizinische Einflüsse in unserem Verhältnis zum Patienten, denen wir gerecht werden müssen, daß wir vielfach ge- zwungen sind, Dinge zu tun, die wir wohl als handelnde Ärzte nicht tun würden, wenn es nur um diesen einen Pa- tienten und um mich als Arzt ginge. Wenn ich z. B. einen Patienten zu seinem Recht verhelfen muß, zur Kur zu ge- hen oder für eine Berentung oder für einen öffentlich-ge- sellschaftlichen Auftrag, der diesen Patienten betrifft, dann verlangen von mir die Instanzen – nicht die medi- zinischen Instanzen, sondern die sozialen – den gesamten Einsatz dieses Apparates, sie verlangen von mir eine Dia- gnose, sie verlangen von mir Befunde, und die Kasse be- zahlt es.

HK: Das verdeutlicht einmal mehr, was an der Kosten- Nutzen-Rechnung alles nicht in Ordnung ist. Können Ärzte das alles einfach auf die Krankenkassen oder auf die Sozialversicherung abschieben?

Seidler: Auch hier sehen Sie den Akzent nicht richtig. Un- ser System, das als Grundlage für die Kosten-Nutzen- Analyse im Gesundheitswesen heranzuziehen ist, hat sich an vielen Punkten längst überlebt. Es ist zunehmend deut- licher zu sehen, daß grundlegende Veränderungen in der demographischen und sozial-politischen Bevölkerungs- struktur, im Krankheitsspektrum und im ökonomischen System eine gänzlich andere Planung der Versorgungssi- tuation erfahren.

HK: Wir haben vielleicht vorhin zu früh die Frage verlas- sen, ob Ärzte nicht wissentlich oder unwissentlich zum

Opfer medizinischer Technik werden: nach der Devise, Leben erhalten, soweit es technisch geht, ob das auch im Sinne des Patienten ist, müsse nicht so genau geprüft werden. Ich möchte hier das Problem auf die ärztliche Aufklärung zuspitzen. Versagen Ärzte Sterbenskranken nicht oft dadurch eine angemessene „Begleitung“, daß sie über ihre Kenntnis seines wahren Zustandes einfach hinwegreden.

Seidler: Die Heilkunde hat es zu tun mit Gesundheit, mit Wohlbefinden, mit Mißbefinden, mit Krankheit und mit Leid. Was der Patient bringt, sind seine höchsten Güter, nämlich seine Gesundheit, sein Leben und insofern verschärft sich, wie ich schon sagte, wie in kaum einem anderen Beruf diese Herausforderung, in die einer durch den anderen gerät. Man hat aus dieser Situation heraus versucht, ein spezielles ärztliches Problem herauszukonstruieren, in dem Sinne, daß es in vergleichbarer Struktur nur im ärztlichen Handeln vorkommt. Ich glaube nicht, daß es eine solche gibt. Alles muß man im Rahmen der sittlichen Verhaltensstrukturen und Handlungsstrukturen der Menschen untereinander sehen; gleichwohl verschärft und vertieft sich dieser Anspruch an den Arzt und seine Mitarbeiter, denn es betrifft ja nicht nur den Arzt, sondern auch die Pflegepersonen und alle anderen Beteiligten.

HK: Ich meinte jetzt nicht diese grundsätzliche Seite, über die wir bereits gesprochen haben. Sondern mir ging es um die Frage, ob es zum patientengerechten Begleiten nicht gehört, aussichtslose Situationen nicht zu verdrängen, sondern den Patienten, bei dem die Befunde auf Unheilbarkeit deuten, in aller Behutsamkeit über seinen Zustand nicht im unklaren zu lassen. Ist das Recht auf Aufklärung nicht eigentlich das Unrecht des Patienten? Und ist nicht der Arzt in erster Linie zuständig dafür, daß der Patient zu diesem Recht kommt?

Seidler: Der Arzt ist nicht nur der Zuständige, sondern er ist auch der Verantwortliche; der Arzt ist derjenige, der die Diagnose gestellt und damit das Urteil gefällt hat. Insofern besteht der Anspruch auf Aufklärung zu Recht. Jeder erfahrene Arzt und jeder nachdenkliche Patient wird Ihnen allerdings sagen, daß dies kein absoluter Anspruch sein kann. Der Arzt wird nicht zu entscheiden, sondern zu erspüren haben, ob und wann und wie aufgeklärt wird. Ein sehr erfahrener Arzt und ein ebenso erfahrener Klinikseelsorger haben das einmal im gleichen Worte gefaßt: Wahrheit am Krankenbett muß sich ereignen, d. h., es muß der für beide wichtige und richtige Zeitpunkt gesucht werden, erspürt werden, und es kann auch durchaus sein – und diese Freiheit müssen sie dem Arzt lassen –, daß es auch zum Wohl des Patienten gehören kann, über seine Diagnose nicht Bescheid zu wissen. Auch das so schwierige Problem der Aufklärung ist nicht standardisierbar.

HK: Standardisierbar vielleicht nicht generell, wohl aber in der Regel. Oder wollen sie den Patienten, der auf den Tod zugeht und wo es vielleicht auch darum geht, den einen oder anderen chirurgischen oder medizinischen Einsatz zu setzen oder nicht zu setzen, das Recht absprechen, über seinen Zustand Bescheid zu wissen? Natürlich gibt

es die Rücksicht auf den Patienten. Aber es gibt doch auch die Neigung, ihn mehr als Objekt, denn als im Prinzip mündige Person zu nehmen?

Seidler: Das Schlagwort von der Mündigkeit hat in der letzten Zeit die Diskussion eher schwierig gemacht als verbessert...

HK: Ich habe das Wort absichtlich gewählt. Erstens, weil ich meine, daß der Mensch gerade angesichts seines Todes ernst genommen werden muß, vielleicht auch gegen eigenes Aufbäumen und eigene Ablenkungen; zum anderen, weil die Abhängigkeit kaum einmal einseitiger und größer ist als im Verhältnis Patient-Arzt, und Ärzte schon deswegen dazu neigen, Patienten vornehmlich als „Gegenstand“ zu sehen, der um Gottes willen nicht zu viele Fragen stellen soll...

Seidler: Es ist absolut unethisch, einen Patienten wissentlich zu belügen oder mit einer burschikosen Loyalität, wie es aus eigener Angst vielfach geschieht, abzudrängen von der Kernproblematik. Damit ist aber, und dabei bleibe ich, keine Regelvorschrift gegeben, jeden Patienten mit seiner Diagnose gewissermaßen zu überfallen. Das ist eine Sache, die sich zwischen Arzt und Patient – ich wiederhole – ereignen muß und sich in einem guten Verhältnis auch ereignen wird. Im Regelfall sollte es so sein und wird es auch so sein. Ich habe nur etwas dagegen, in einer solch höchstpersönlichen Situation mit Worten wie „Regel“ und „Mündigkeit“ und „Norm“ zu operieren. Mit dem, was Sie generell zur Unmündigkeitsposition des Patienten im Medizinbetrieb anmerken, haben sie natürlich an vielen Punkten recht. Es ist z. B. nicht einzusehen, warum ein Patient, der zu Fuß in ein Krankenhaus kommt, sich als erstes ausziehen und ein Hemd anziehen und sich ins Bett legen muß. Das sind Strukturen, die aus einer langen Hospitaltradition, einer langen Krankenhaustradition heraus erwachsen sind, über die noch relativ wenig nachgedacht ist. Wir sollten aber auch nicht vergessen: Krankheit macht nun einmal hilflos und hilflos.

„Über den Tod wissen wir nichts, aber das Sterben gehört zum Diesseits“

HK: Sie selbst aber sprachen jüngst in einem Vortrag, einen mir nicht bekannten medizinischen Autor zitierend, von „Objekt sachlicher Lust“, zu dem der Patient für den Arzt oft wurde...

Seidler: Das war ein Zitat aus dem 19. Jahrhundert. Es betrifft Formen des menschlichen Umgangs des Arztes mit Patienten, die sicher auch heute so vorkommen, aber gewiß nicht so sein dürften. Gleichwohl: Krankheit bedeutet Hilflosigkeit, und Hilflosigkeit ruft ein bestimmtes Hilfeverhalten vor. Hilfesuchen und Hilfebringen sind zwei Dinge, die nie auf einer Ebene stattfinden können. Das wissen sie aus dem Umgang mit Kindern, das wissen sie aus dem Umgang mit Leuten in einer physischen, psychischen oder sozialen Schwächesituation. Es gibt einfach ein

nicht zu leugnendes Interaktionsgefälle zwischen dem, der Hilfe bringt, und dem, der Hilfe sucht. Dieses bestimmt dann auch Handlungsstrukturen.

HK: Ich wollte noch einmal auf den Punkt zurückkommen: ärztliches Verhalten und Verdrängung des Todes. Steht der Arzt nicht zuletzt deswegen vor einer neuen Herausforderung, weil an der Grenze des Lebens Menschen, die nur im Diesseits verankert sind, Ersatzantworten für das erwarten, was zu beantworten sie einmal eher Religionen zugetraut hatten?

Seidler: Damit mögen Sie recht haben, aber die Medizin ist hieran nicht schuld. Die Medizin steht hier im Gesamtkontext mit der Zeitentwicklung...

HK: Nicht schuld, natürlich nicht. Aber ist der Arzt damit nicht tatsächlich vor eine relativ neue Herausforderung gestellt, die die Medizin mit ihrem Glauben an die eigenen, quasi unbegrenzten Möglichkeiten mitheraufbeschworen hat?

Seidler: Das tat sie zu Recht. Denn sie hat ja auch dazu beigetragen, daß z.B. die Lebenserwartungen sich innerhalb von hundert Jahren verdoppelt haben. Es ist die Frage gestellt worden, ob sie das überhaupt darf. Nur wenn der Auftrag der Medizin der der Heilung ist, dann wird die Möglichkeit der Medizin, den Menschen älter werden zu lassen, natürlich zwangsläufig mitfolgen. Und daraus folgt wieder, daß die Fatalitäten der Menschen verdrängt oder in andere Dimensionen gerückt werden. Es gibt das schöne Wort von Thomas Mann: „Der Tod ist eine Angelegenheit der anderen.“ Über den Tod wissen wir nichts, aber das Sterben gehört zum Diesseits. Und insofern gehört es auch zum Auftrag der Medizin. Wir haben das allerdings erst in den letzten Jahrzehnten wieder neu entdecken müssen, weil ein ganz bestimmtes Verständnis der medizinischen Wissenschaft vorwiegend vom Bemühen geprägt war, Fatalität aufzuheben und zu verhindern und da ihre Aufgabe als beendet anzusehen, wo es keine Umkehr mehr gibt.

HK: Lebensverlängerung, so sagten Sie, sei ein Verdienst der Medizin und dazu solle und könne sie stehen. Kommt ärztliches Handeln aber nicht auch da allmählich an eine Grenze? Einmal dort, wo etwa mit Hilfe einer Herz-Lungen-Maschine es um nur noch technische Verlängerung des Lebens oder besser des Sterbens geht; dann aber auch insofern, als Lebensverlängerung kein Zweck an sich sein kann. Es hängt doch auch einiges, damit kommt man gedanklich natürlich auf eine schiefe Bahn, von der Qualität eines Lebens ab, das einem dann noch bleibt.

Seidler: Hier kommen Sie in der Tat auf eine schiefe Bahn, die aber als Herausforderung in der Situation liegt. Die ganze Problematik der Lebensverlängerung kann und darf eigentlich nur als Dilemma angesprochen werden, das ertragen werden muß. Der Arzt ist verpflichtet, Leben zu erhalten. Das gehört zu den ältesten ethischen Traditionen und ethischen Selbstverpflichtungen des Arztes. Denken Sie nur einmal, was das bedeutete: Ein Patient würde eingeliefert und hätte nicht das Gefühl, daß alles getan wird,

seine Heilhoffnung und sein Leben zu erhalten. Es würde ein gigantisches Mißtrauen in der Patientenschaft entstehen. Andererseits: wir können heute Leben über den klinischen Tod hinaus künstlich in Gang halten und müssen dies auch tun, wenn wir z. B. Organe zur Transplantation entnehmen wollen. Die Lösung der jeweiligen Einzelsituation wird letzten Endes immer etwas Bekenntnishafte an sich haben und nicht in strikte Normen gefaßt werden können. Sie erinnern sich an den berühmten Fall des jungen Mädchens A. Quinlan in den USA, wo ein Gericht beschlossen hat, den Apparat abzustellen, und die Natur makabrerweise dafür gesorgt hat, daß das Mädchen dann weitergeatmet hat und heute noch atmet. Normen, außer der einen, daß der Arzt grundsätzlich und ausnahmslos verpflichtet ist, Leben zu schützen, sind in diesem Bereich nur schwer setzbar.

HK: Kann dieses Dilemma nicht dadurch gemildert werden, daß Patient und Angehörige über das Mögliche und Sinnvolle möglichst vollständig auf dem laufenden gehalten werden? Hat nicht auch das letztlich mit Aufklärungspflicht zu tun?

Seidler: Leben erhalten und Leben schützen heißt nicht, Leben um jeden Preis erhalten. Es gibt heute täglich Situationen, es wird sie zunehmend mehr geben, wo auch die biologischen Kriterien dafür sprechen, daß da kein Leben mehr ist und wo uns unsere apparativen Möglichkeiten dennoch in Stand setzen, einen Menschen weiter zu beatmen. Hier tritt ein weiteres Element uralter ärztlicher Selbstverpflichtung auf, daß nämlich der Wille des Patienten das oberste Gesetz sein muß. Und wenn der Patient selbst diesen Willen nicht mehr äußern kann, dann sind es die Angehörigen. Übrigens wird kein Arzt heute solche Situationen allein, sondern im Consilium mehrerer Ärzte entscheiden, in engem Kontakt mit dem Patienten bzw., wo dies nicht mehr geht, den Angehörigen. Gleichwohl muß ich Ihnen sagen, daß wir heute schon vor Situationen stehen, wo uns Leute bitten, ihren Angehörigen doch erst nach dem nächsten Monatswechsel „sterben zu lassen“, weil dann die Rentensituation eine bessere wird. D.h., hier haben Probleme gesellschaftlich durchgeschlagen, die längst nichts mehr mit Medizin zu tun haben...

„Man kann Gesundheit und Krankheit ausschließlich anthropologisch definieren“

HK: ... Die aber der Arzt dann doch so oder so entscheiden muß ...

Seidler: Er kann sich aus der Situation nicht herausstellen. Und darin besteht dann seine letzte Herausforderung. Der Arzt kann eben nicht sagen: Schwester, stellen Sie den Apparat ab, oder der Arzt kann nicht gehen und hoffen, daß das Problem bis morgen gelöst ist, sondern er wird letzten Endes eine Entscheidung treffen müssen. Die Entscheidung, ein Leben zu einem Tod werden zu lassen, um mich vorsichtig auszudrücken, das ist letzten Endes eine, die er

ertragen lernen muß, für die man ihm aber keine Normen oder Rechte, sondern nur sittliche Pflichten auferlegen kann.

HK: Wir haben schon wiederholt von Überforderungen gesprochen, an deren Zustandekommen die moderne Medizin und der Arzt als Stand möglicherweise nicht ganz unbeteiligt ist. Gehört zu diesen Überforderungen nicht auch ein überzogen formulierter Gesundheitsbegriff, wie er von der Weltgesundheitsorganisation vorgegeben wurde: Gesundheit = leibliches, seelisches und soziales Wohlbefinden? So etwas schafft doch keine „medizinische Polizei“ und auch kein „kuratives“ Begleiten.

Seidler: Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation hat sich sowohl theoretisch als auch praktisch als unbrauchbar erwiesen. Er beschreibt etwas, ohne es zu definieren und ohne Grundnormen zu setzen. Das Wohlbefinden des Menschen ist immer das Wohlbefinden des einzelnen und immer das Wohlbefinden des einzelnen in seiner spezifischen Situation. Letzten Endes ist auch die Begegnung des Patienten mit der Medizin immer die eines einzelnen. Gesundheit wirklich zu definieren hat sich die Medizin aus guten Gründen nie getraut...

HK: Kann so etwas überhaupt Aufgabe der Medizin sein? Sie tut sich ja schon schwer, Krankheit zu definieren...

Seidler: Ganz richtig. Krankheit ist nur durch die Reichsversicherungsordnung definiert als ein Zustand, der ärztliche Behandlung erheischt. Man kann beides, Gesundheit und Krankheit, ausschließlich anthropologisch bestimmen. Ein Blick auf den Menschen in seiner Gesamtverfassung könnte einen höchstens dazu bringen zu sagen, die Gesundheit ist die Fähigkeit, sich selbst und andere zu ertragen. Das aber hat nichts mit einer Gesundheitsdefinition aus einer Fülle von Befunden heraus zu tun. Das richtet sich auf das Befinden des Menschen. Und die Befund-Medizin, wie wir sie in den letzten Jahrzehnten praktiziert haben, ist gottlob dabei, sich wieder in eine Medizin des Befindens zu überführen, was dem Menschen immer gerechter geworden ist.

HK: Aber mit dieser Umschreibung des Befindens haben Sie auch mehr den psychosozialen „Befund“ charakterisiert als körperliches Befinden, das doch wohl in erster Linie Aufgabe des Mediziners ist...

Seidler: Ich möchte ganz scharf widersprechen, daß nur das körperliche Befinden die Aufgabe des Arztes ist. Es gibt kein körperliches Kranksein ohne psychische Alteration, es gibt kein psychisches Kranksein ohne körperliches Mißbefinden. Der Mensch ist eine Einheit, und alle Krankheiten sind psychophysisch. Bezeichnenderweise leben ja nur wir Abendländer in dieser dualistischen Vorstellung. Andere Völker und Medizinen haben es da einfacher.

HK: Aber muß dagegen nicht vorgebracht werden, vielleicht gegen meine eigene bisherige Argumentation, daß keine Medizin in der Bekämpfung von Krankheit so erfolgreich war wie eben die „abendländische“? Und gibt es nicht auch manche Ganzheitskonzeptionen, denen gegen-

über die primär auf Körperfunktionen gerichtete Medizin ins Recht gesetzt werden muß? Nicht hinter jedem Geschwür oder hinter jeder Grippe ein Übel in der Seele zu vermuten ist ja noch kein anthropologischer Dualismus.

Seidler: Nein, aber schon z.B. jede Grippeerkrankung schafft ein Übel, macht hilflos, ruft Pflege hervor, befördert Angst, macht Beistand notwendig. Auch die banalste Erkrankung wirft einen Menschen aus seinem gewohnten Alltag heraus und setzt die ganze Breite physischer, psychischer und sozialer Faktoren in Gang, die Kranksein eigentlich bestimmen.

„Die grundsätzlichen Handlungs- und Verhaltensstrukturen des Arztes sind nur abschaubar“

HK: Das ist ebenso unbestritten wie selbstverständlich. Ich meinte die Ursachendeutung, nicht die psychosozialen Begleit- und Folgeerscheinungen von Krankheit...

Seidler: Es ist vieles in der Medizin eine Selbstverständlichkeit, was wir in unserem Spezialistentum heute zum Problem gemacht haben. Auch dies ist ja eine Kardinalfrage unseres Gesundheitssystems: Der eine geht mit Kopfschmerzen arbeiten, der andere bleibt mit Kopfschmerzen zu Hause. Der Patient kommt vielfach mit Reparaturvorstellungen, die besser auf sein Auto als auf seine Leiblichkeit passen. Andererseits antwortet die Medizin auf solche Herausforderungen in gleicher Weise, indem sie einem ein Bein amputiert und ihn als geheilt entläßt, nicht überlegend, daß er jetzt als Einbeiniger durch die Welt gehen muß. Wir sind wieder an dem Punkt, wo wir schon einmal waren, nämlich, daß alle Elemente in unserem Gesundheitswesen an eine Grenze gelangt sind, an der sowohl das Krankheitsverhalten des einzelnen wie die Gesundheitsproblematik der Gemeinschaft zu überdenken sind.

HK: Uranliegen eines ganzheitlichen Verständnisses ärztlichen Handelns und Verhaltens ist es, medizinisches Können und die Erfordernisse im Umgang mit den Patienten wieder enger zusammenzuführen bzw. ineinander zu integrieren und die vernachlässigten psychischen und anthropologischen Aspekte im Handeln des Arztes selbst deutlicher ins Licht zu setzen. Wenn die Rede davon ist, warum das so schwer sei, dann wird meist auf Lücken in der Ausbildung verwiesen. Aber nicht alles lernt man in der Ausbildung. Man ist für dieses geeignet und für jenes nicht. Wäre es nicht wichtiger, anstatt Ausbildungsgänge überzustrapazieren, Eignungskriterien zu entwickeln, die schon beim Zugang zum Medizinstudium eine Hilfe sein könnten?

Seidler: Medizin ist nicht nur ein Lernberuf, sondern vor allem ein Erfahrungsberuf. Die Praxiselemente, die der Arzt braucht, haben wir in der Ausbildung nicht drin. Es ist, glaube ich, hier nicht mehr der richtige Ort zu beschreiben, wie der Arzt sie sich zusätzlich verschaffen muß. Tatsache ist aber, daß er sie sich verschaffen muß,

denn gerade die grundsätzlichen Handlungs- und Verhaltensstrukturen des Arztes sind nicht lehrbar, sind auch nicht schriftlich abprüfbar, sondern sie sind nur abschau- bar. D. h., der junge Mediziner muß Gelegenheit bekom- men, in diese Situation hineingestellt zu werden, sich in ihr zu erfahren, seine eigenen sittlichen und qualitativen Strukturen auszuloten und zu entwickeln. Er muß hierfür auch – nehmen wir ruhig das veraltete Wort – Vorbilder haben dürfen, er muß am erfahrenen Vorbild lernen und sehen können.

HK: Sie haben gesagt, der Beruf des Arztes sei nicht weni- ger ein Lern- als ein Erfahrungsberuf. Das hohe Prestige und hohe Auskommen, das mit dem Arztberuf verbunden ist, scheinen es mit sich zu bringen, daß diejenigen, die die geforderte Abiturnote von 1,5, die man braucht, um Medizin studieren zu können, es ihrem Prestige schuldig zu sein scheinen, auch tatsächlich Arzt zu werden. Läuft

das nicht auf einen Typ von Arzt hinaus, den es auf jeden Fall zu vermeiden gälte?

Seidler: Hier muß ganz eindeutig der Vorwurf an die ge- sellschaftlichen Verhältnisse gemacht werden, daß es zur Überfüllung durch Mediziner an den Universitäten ge- kommen ist, weil wir ein Abiturkriterium haben, das uns nicht die besten und geeignetsten aussucht. Und daß wir vor der Situation stehen, daß junge Mediziner heute nicht mehr wissen, ob sie in wenigen Jahren auch ihren Beruf ausüben können, auch dies ist die Folge einer verfehlten Bildungspolitik, die nicht mit der Medizin selbst zu tun hat, die sich unglücklicherweise mit einem bestimmten Prestigedenken verbindet, die aber von dort her mit Si- cherheit nicht zu lösen ist. Was wir brauchen, ist der lern- fähige, erfahrungsfähige und gewissenfähige Arzt, wobei der Wortanteil „-fähig“ bedeutet, daß dies eine lebens- lange, immer wieder neu herausgeforderte Aufgabe ist.

Dokumentation

„Nicht den Geist der Verzagttheit, sondern den Geist der Kraft“

Eine Dokumentation zum Deutschlandbesuch Johannes Pauls II.

In Ergänzung zu unserem Bericht über den Deutschland- besuch Johannes Pauls II. (s. ds. Heft S. 36) dokumentie- ren wir eine Auswahl der Reden und Ansprachen des Papstes. Dabei wurden solche Texte berücksichtigt, in denen über die direkte Verkündigung hinaus grundsätz- liche Aussagen zu wichtigen Problemfeldern gemacht werden: die Ansprachen an die Deutsche Bischofskonfe- renz in Fulda, an die Vertreter der EKD in Mainz (zusam- men mit der Ansprache von Landesbischof Eduard Lohse), an die Wissenschaftler in Köln und an die Künstler und Publizisten in München.

An die Deutsche Bischofs- konferenz: Treue zur Sendung und Nähe zum Menschen

In seiner Ansprache vom 17. November in Fulda entwarf der Papst ein den bisherigen Kurs der deutschen Bischöfe weithin bestätigendes Programm innerkirchlicher Erneue- rung und gesellschaftlicher Verantwortung für den deut- schen Katholizismus. Der Text wurde um zwei kurze ein- leitende Abschnitte gekürzt.

Die innere Erneuerung des religiösen und kirchlichen Le- bens und das ökumenische Bemühen um die Annäherung und Verständigung der getrennten Christen bilden die

Hauptanliegen auch meiner apostolischen Reisen in die verschiedenen Ortskirchen und Kontinente. Sie sind es ebenso bei meinem Pastoralbesuch in der Kirche eures Landes und bei dieser unserer heutigen Begegnung. Die geistige Erneuerung der Kirche und die Einheit der Chris- ten sind der ausdrückliche Auftrag des II. Vatikanischen Konzils, dem Papst, Bischöfe, Priester und Gläubige glei- chermaßen verpflichtet sind. Sich diesen Aufgaben in ge- meinsamer Verantwortung zu stellen ist das vordringliche Gebot der Stunde. Sie sind die große Herausforderung und Pflicht vor allem unserer kollegialen Verantwortung als Hirten der Kirche. Ihnen wollen auch meine folgenden Überlegungen und Ausführungen gelten und dienen.

Von der ersten Stunde meines Pontifikates an verstand ich das oberste Hirtenamt insbesondere als Dienst an der Kol- legialität der Bischöfe, die vereint sind mit dem Nachfolger Petri, und ich verstand umgekehrt die „*collegialitas effec- tiva et affectiva*“ der Bischöfe als eine wichtige Hilfe für meinen eigenen Dienst.

So drängt es mich, wenn ich euer Land besuche, vor allem meine Nähe zu euch, meine *communio* mit euch zum Ausdruck zu bringen und sie durch mein Zeugnis zu be- stärken. Dabei gehen meine Gedanken zurück in den Sep- tember 1978, als ich hier, im selben Raum in Fulda, zum brüderlichen Austausch zwischen den Episkopaten mei- nes Heimatlandes Polen und eures Landes unter euch weilte. Es freut mich, dieselben Gesichter wiederzusehen,