

Klaus Gahl

Begegnung und Verantwortung

Beiträge zu einer
ärztlichen Menschenkunde

Verlag Karl Alber Freiburg / München

Klaus Gahl

Engagement and Responsibility

Contributions to a medical anthropology

Pain, illness and suffering and the certainty of death constitute fundamental and inescapable human experiences. As experiences of the limits of physical and psychological vulnerability, they alter our perception of ourselves. We turn into objects of our own perception and feelings, at the same time as acting as subjects of our experiences and shaping our physical condition. When we consult a doctor, we also turn into the object of diagnostic and therapeutic procedures. Thus, the disease and the experience of illness become existential experiences of the embodied self, of our temporality, and of the threats to self-determination and autonomy. Objectification, by ourselves and by others, carries the risk of estrangement of one's self, and of becoming impersonal targets of medical practice. The physician's function, in encounters with the patient, is to understand, through empathy, the patient's concerns, and contribute to medically appropriate treatment. In the terminal phase, »encounter and function« turn into accompaniment and support.

The book is grounded in the author's nearly forty years of interacting with patients as a doctor of internal medicine: from the initial encounter and physical examination, to reflections on the language of the patient, to truth and truthfulness at bedside, up until palliative care and support during serious illness and the final phases of life.

The Author:

Klaus Gahl (born in 1937) received his MD in 1966; habilitation in internal medicine in 1974. He served as medical resident and senior clinician at Hanover Medical School (in Hanover, Germany) until 1982, before being appointed Chief Physician (Professor of Cardiology) at Municipal Hospital of Braunschweig (Germany), where he served until 2002. He has published papers on internal medicine (mainly on endocarditis), medical ethics, and medical anthropology.

Klaus Gahl

Begegnung und Verantwortung

Beiträge zu einer ärztlichen Menschenkunde

Schmerz, Krankheit, Leiden und die Gewissheit, sterben zu müssen, gehören zu den Grunderfahrungen des Menschen. Ihnen kann er nicht entfliehen. Es sind Grenzerfahrungen leiblicher und seelischer Anfälligkeit, die zu einer veränderten Selbstwahrnehmung führen. Der Betroffene wird sich selbst zum Objekt seines gestörten Befindens, das er zugleich als Subjekt, als Person erlebt und überwiegend unbewusst gestaltet, bis in die »Leibgestalt« seines Krankseins. Indem der Kranke sich an einen Arzt wendet, wird er auch für den Untersucher zum Objekt von Diagnostik und Therapie. So werden Kranksein und Krankheit zu existenziellen Erfahrungen der eigenen Leiblichkeit und Zeitlichkeit, der bedrohten Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie. Selbst- und Fremd-Objektivierung bringen die Gefahr der Selbst-Entfremdung zu einem unpersönlichen Gegenstand der Medizin mit sich. Die Begegnung des Arztes mit dem Patienten soll der empathisch zu erfassenden Sorge des Kranken gerecht werden und zu einer sachlich notwendigen, medizinisch angemessenen Behandlung beitragen. In der Sterbephase werden »Begegnung und Funktion« zu menschlicher Begleitung.

Das Buch entspringt der fast 40-jährigen Erfahrung des Autors als Internist im Umgang mit Kranken: von der Erstbegegnung und der unmittelbaren Krankenuntersuchung, zum Nachdenken der Sprache des Kranken, zur Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett bis zur palliativmedizinischen Betreuung und der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Der Autor:

Klaus Gahl, Prof. Dr. med., geb. 1937. Nach der Promotion 1966 und der Habilitation 1974 Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover und von 1982 bis 2002 Chefarzt der Medizinischen Klinik 2 im Städtischen Klinikum Braunschweig. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Medizinethik und zur Medizinischen Anthropologie.



MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C083411

Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2019
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz: SatzWeise, Bad Wünnenberg
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-495-49017-4

*Für
Hilde
in großer Dankbarkeit*

Inhalt

Vorwort	11
Die Begegnung des Kranken mit dem Arzt – eine doppelte Entsprechung	13
Verantwortung und Vertrauen in der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken	43
Krankheit als Sprache – über Herzschmerzen	61
Aspekte eines für ärztliches Handeln relevanten Menschenbildes	72
Futurische Krankheit	94
Sprache, Leib und Körper des Kranken	101
Vom ärztlichen Handeln zum Blick auf den Menschen	120
Autonomie und Selbstbestimmung des Kranken	148
Wahrheit und Wahrhaftigkeit im ärztlichen Alltag	160
Schmerz als Grenzerfahrung – Beitrag zu einer Anthropologie aus dem Schmerz	176
Achtung der Menschenwürde im ärztlichen Handeln – eine Annäherung	193
Palliativmedizin – ein neues Paradigma der Medizin	212
Wie wollen wir sterben?	234
Nachwort	252
Literaturverzeichnis	253
Verzeichnis der Erstveröffentlichungen	261

Vorwort

Wohl kaum ein Beruf führt prinzipiell so an die Grenzen menschlicher Existenz wie der des Arztes. Ist doch jede von ihm zu behandelnde Krankheit, jedes erlebte Kranksein ein möglicher Anstoß für den Kranken und für den betreuenden Arzt¹, sich der grundlegenden Anfälligkeit, der Verletzbarkeit, ja unserer Sterblichkeit bewusst zu werden. So rührt das Erkranken stets an die Frage, was der Mensch ist. Jede Krankheit ist »ein kleiner Tod«, jede körperliche »Unpässlichkeit« eine Unruhe, jede Verletzung eine Zellzerstörung. Auch da, wo sich der Erkrankte nicht unmittelbar vom Tode bedroht sieht, ist er in seinem physischen und psycho-sozialen Selbst betroffen.

Dieser konstitutiven Unsicherheit zu begegnen, dient die Medizin, dient der Arzt. Welches Bild vom Menschen und von seiner stets möglichen Gefährdung hat er aber und auf welches Ziel hin behandelt er die sich ihm anvertrauenden Kranken?

Die hier vorgelegten Vorträge und Aufsätze aus drei Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit als Internist sind Beiträge zu einem ärztlichen Menschenbild, das aus der Betreuung kranker Menschen erwachsen ist. Es sind je für gegebene Anlässe verfasste Einzelarbeiten, die hier durch kurze Zwischentexte verbunden sind zu »Kapiteln« eines nachträglich zusammengestellten Buches. Es sind Annäherungen an ein praktisch und theoretisch vielfältiges, facettenreiches Thema, an das alltägliche »Gegenüber« ärztlichen Handelns: an den kranken oder um seine Gesundheit besorgten Menschen, Annäherungen also an ein Objekt, das selbst ein Subjekt ist und sich als solches fühlen will. Dies dem Kranken zu ermöglichen, gehört zu den wichtigen Aufgaben des Arztes.

Die Überlegungen schließen sich an die von Viktor von Weizsäcker inaugurierte Anthropologische Medizin, seinem Anliegen an,

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum, der Arzt, der Patient, der Kranke etc., verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

den kranken Menschen als Person in seinem Kranksein zu sehen. Oft hat das phänomenologische Interesse Pate gestanden – so bei den Gedanken zur Leiblichkeit, der Zeitlichkeit und anderen menschlichen Konstitutiva, die für den Umgang des Arztes mit dem Kranken und für das ärztliche Verhalten von Bedeutung sind.

Die beiden ersten Beiträge betreffen die grundlegende Beziehung zwischen dem um seine Gesundheit besorgten Menschen und dem zu fachlicher und menschlicher Hilfe für den Kranken bereiten Arzt. Diese Beziehung ist eine gleichermaßen von Empathie und Verantwortungsbewusstsein wie von funktioneller Kompetenz getragene Zuwendung. Sie folgt einer »sachlichen und personalen Entsprechung«. – Mit den Beiträgen »Sprache, Leib und Körper« und der »Krankheit als Sprache« werden Äußerungsweisen des biographischen und situativen Selbstverständnisses des Kranken wahrnehmbar, sofern sich der Arzt und der Kranke selbst für diese mögliche Bedeutungshaftigkeit des Krankseins öffnen. – Was können wir als Ärzte und was kann der Kranke über unsere bzw. seine leiblich-seelische Konstitution erfahren in der Ermittlung der Kranken- und Krankheitsgeschichte, der unmittelbaren Untersuchung und seiner Behandlung? Es geht auch um die selbst im Kranksein autonome, unverfügbare Person und den wahrhaftigen Umgang mit ihr, der ein allein sachlich richtiges, wissenschaftliches Verständnis der ihn betreffenden Verunsicherung nicht angemessen ist. – Lässt uns der Schmerz unser Dasein zum Tode und zum Leben spüren, so stellt er uns vielleicht auch vor die Frage, wie wir sterben wollen.

Damit ist der das Buch durchziehende rote Faden skizziert: von der ersten Begegnung und der übernommenen Verantwortung über das mögliche Memento im Kranksein hin bis zu unserem Umfangensein »mitten im Leben« von der Möglichkeit des Todes.

Den Freundinnen und Freunden, die mich ermutigt haben, diese über einen langen Zeitraum geschriebenen Beiträge zu einem Buch zusammenzustellen, sei herzlich gedankt. Es bedurfte wiederholter, drängender Anstöße, das Buch fertigzustellen.

Möge das Buch seinen Lesern wie dem Autor Anregungen geben zu einer menschlichen Medizin in der »doppelten, der sachlichen und der personalen Entsprechung« ärztlichen Handelns für den kranken Menschen.

Die Begegnung des Kranken mit dem Arzt – eine doppelte Entsprechung

Zu den existenziellen Grunderfahrungen des Menschen gehört die Möglichkeit, zu erkranken, ja auf den Tod hin krank werden zu können und sterben zu müssen. Vielfältige Ursachen oder Bedingungen können unsere leibliche und seelische Existenz bedrohen. Der Mensch kann aber – anders als das Tier – zu dieser fundamentalen Anfälligkeit ein Verhältnis gewinnen, ihr und seinem gefährdeten Leben einen Sinn geben. Es ist ein Verhältnis von Freiheit und biologischer, biographischer und sozialer Gegebenheit. Auch sind dem Menschen Mittel und Wege gegeben, die gestörte Befindlichkeit zu lindern und meist auch zu überwinden. Dem dient ein komplex institutionalisiertes System: das sog. Gesundheitswesen, das die Infrastruktur bereitstellt, um Krankheiten zu diagnostizieren, zu behandeln, zu heilen, Symptome zu mildern und – wo eine Heilung nicht möglich ist – Leidenslinderung und ggf. eine angemessene Sterbegleitung zu gewährleisten.

Trotzdem können wir der anthropologisch konstitutiven Unsicherheit nur bedingt begegnen und begrenzt ausweichen. Zu einem angemessenen Umgang mit der Verletzbarkeit unserer leiblichen, psychophysischen Existenz können aber – so die grundlegende These dieses Buches – Ansätze einer anthropologischen Medizin beitragen, die bereits in den 1920er Jahren im Zuge einer allgemeinen Krise der Medizin die dominierende Bedeutung der Naturwissenschaften für die Medizin in Frage gestellt hat. Der seinerzeit geltenden Forderung des Internisten Bernhard Naunyn (1839–1925), Medizin müsse Naturwissenschaft sein,¹ begegneten Ludolf von Krehl (1861–1937) und seine Schüler Viktor von Weizsäcker (1886–1957) und Richard Sie-

¹ Naunyn, Bernhard (1905), S. 349: »Für mich ist es kein Zweifel, dass das Wort: ›Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein‹ auch für die Therapie gelten muss und gilt. Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein! Mir ist es sonnenklar, dass da, wo die Wissenschaft aufhört, nicht die Kunst anfängt, sondern rohe Empirie und das Handwerk.«

beck (1883–1965) mit der »personalen« bzw. »anthropologischen Medizin« und der »Einführung des Subjektes in die Krankheitslehre«. Damit sollte auch der psychosoziale und geistige Bereich von Krankheit und Kranksein berücksichtigt werden. Diese Bemühungen um eine »neue Medizin« wurden in den Jahren des Nationalsozialismus weitgehend erstickt. Nach der Erfahrung der Unmenschlichkeit der Medizin der NS-Zeit begann man sich wieder für die bio-psychosoziale Konstitution des Menschen zu interessieren, und es setzte ein neuer Entwicklungsschub psychosomatischer Medizin ein.

Inzwischen haben die rasanten Fortschritte der Molekularbiologie und der Genetik unser Krankheitsverständnis zwar enorm vertieft und die Möglichkeiten der Therapie erweitert – doch hat der mehr und mehr skotomisierte Blick auf die faszinierende Komplexität der biologischen Dimension von Krankheit zu einer Ausblendung der spezifisch menschlichen Seite erlebten Krankseins geführt. So kann oder muss man fragen, ob wir nicht mit der starken Dominanz der Naturwissenschaften gegenüber Geistes- und Sozialwissenschaften, Soziologie und Psychologie wieder eine ähnliche Krise der Medizin erleben wie vor etwa 100 Jahren.

Hier ist dringend nach einem für das ärztliche Handeln relevanten Menschenbild zu fragen, das über den naturwissenschaftlich erfassbaren, erklärbaren Bereich von Krankheit hinausgeht und die persönliche, fundamental anthropologische Dimension des Krankseins berücksichtigt. Der Blick für das spezifisch Menschliche des Krankseins droht getrübt zu werden. Umso wichtiger ist die Rückbesinnung auf die grundlegende Beziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken. Sie zeigt eine »aus zwei Arten der Entsprechung gewobene Doppelstruktur [...]«: eine personale Entsprechung: Mensch in Not und Mensch als Helfer, und eine sachliche Entsprechung: Krankheit und Medizin² – so Viktor von Weizsäcker in seinem Aufsatz »Der Arzt und der Kranke« (1926). Die genannte Doppelstruktur »personaler und sachlicher Entsprechung« – der durchgängige Hintergrund der hier vorgelegten Überlegungen – sollte auch heute noch das ärztliche Handeln mitprägen.

Die heute übliche Benennung »Arzt-Patient-Beziehung« möchte ich zur »Arzt-Kranker-Beziehung« verändern. Mit dieser kleinen sprachlichen Abwandlung schon rückt der kranke Mensch ins Blickfeld. Mehr noch ist zu beachten, dass der Kranke oder der um seine

² Weizsäcker, Viktor von (1926a): S. 13.

Gesundheit besorgte Mensch derjenige ist, der den Anlass zu der Beziehung gibt. Es ist die kranke Person, von der wir zunächst nicht wissen, wer sie ist und warum sie einen Arzt aufsucht. Das eine aber wissen wir: Er ist Person. Die gilt es zu achten. So wird im Folgenden häufiger von der *Kranker-Arzt-Beziehung* gesprochen. Damit soll nicht die konstitutive Asymmetrie zwischen dem Arzt und dem Kranken geleugnet werden. Es gilt vielmehr, das Bewusstsein der personalen Gleichheit beider auch in der Sprache präsent zu halten.

A) Die asymmetrische Beziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken

Die Beziehung eines Kranken zu einem Arzt – sei es in der ärztlichen Praxis oder einem Krankenhaus – ist durchgehend asymmetrisch. Sie wird ungleich bleiben trotz des starken historischen Wandels von einem praktizierten paternalistischen zu einem eher partnerschaftlichen Verhältnis.³ Gemäß dem Bild des *pater familias* hat lange Zeit der Arzt allein die Gesprächsführung und die diagnostischen oder therapeutischen Handlungsentscheidungen für den Kranken bestimmt. Der Kranke hatte den ärztlichen Rat zu befolgen und sich den Anordnungen weitgehend bedingungslos zu unterwerfen. Erst seit der Mitte des letzten Jahrhunderts wurde das paternalistisch-direktive Verhältnis allmählich verlassen. Die anti-autoritäre Entwicklung in der Gesellschaft hat auch im ärztlichen Berufsfeld zum Abbau von Herrschaftsstrukturen geführt. So ist das paternalistische Verhältnis zu einem »fürsorglichen Paternalismus« gemildert und mehr und mehr einem eher partnerschaftlich-deliberativen gewichen.⁴ Wünsche, Präferenzen oder auch von der naturwissenschaftlichen (»Schul-«)Medizin abweichende, sog. alternative Behandlungsmethoden können heute zwischen dem Arzt und dem Kranken »ausgehandelt« werden. Der Kranke wird zur Mitverantwortung in die *partizipative Entscheidungsfindung* bezüglich des *Procedere* einbezogen. Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit werden zur *gemeinsamen* Aufgabe beider Partner.

Dieses Partnerschaftsmodell gewinnt heute mehr und mehr Züge eines *Konsumenten-* oder *Vertragsmodells* von Kunde und

³ Wittern-Sterzel, Renate (2015); Wolf-Braun, Barbara (2010).

⁴ Krones, Tanja & Richter, Gerd (2008). – Klemperer, David (2006).

Dienstleister.⁵ Es basiert auf vertraglich abgesicherten Vereinbarungen der Vertragspartner. Wo es sich auf die unmittelbare ärztliche Behandlung des Patienten i. w. S. ausweitet, droht die Beziehung in eine ökonomisch und arbeitsrechtlich geregelte, berechenbare *Dienstleistungsmedizin* zu geraten.

Außerhalb dieser nur angedeuteten historischen Entwicklung der Arzt-Kranker-Beziehung möchte ich hier – weitgehend bestimmend auch für die folgenden Kapitel, ja mehr oder weniger für das ganze Buch – ein weiteres Beziehungsmodell zwischen dem Arzt und dem kranken Menschen skizzieren: Nennen wir es – um einen Begriff zu haben – eine *anthropologische Beziehung*. Auch hier gelten vertraglicher Rechtsschutz, Aufklärungsanspruch und -pflicht als rechtliche Grundlagen, gelten Sachkompetenz und Erfahrung als Voraussetzung ärztlichen Handelns, des Vertrauens und der Verantwortung als personaler Zuwendung. Auch sind beide Partner eingebunden in die Versorgungs- und Organisationsstrukturen institutionalisierter Medizin von der Praxis des niedergelassenen Arztes bis zu der hochtechnisierten Medizin von Universitäts- oder Spezialkliniken. Die anthropologische Beziehung will jedoch die wechselseitige Achtung und den ärztlichen Blick stärker auf die lebensgeschichtliche Bedeutung des *Krankseins*, auf die Biographie und die aktuelle psycho-soziale Situation, auf die Person des Kranken richten. Auch gelten konstitutive Kennzeichen des Menschlichen wie die Leiblichkeit, Subjektivität, Zeitlichkeit und Endlichkeit als für das Kranksein relevant. Die Sinnhaftigkeit menschlicher Existenz wie die menschliche Anfälligkeit und Ungesicherheit sind dem Arzt und der kranken Person in dieser Form der Beziehung grundlegend.

Die skizzierten Formen der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt sind nicht scharf voneinander abgrenzbar. Sie haben in jeder Behandlungssituation je ihre partielle Berechtigung und verlangen kommunikative Beurteilungs-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz und die dem Kranken angemessene Haltung. Sie sind aber nicht allein handlungspraktisch kritisch zu reflektieren. Wichtig ist, dass sie unterschiedliche Konzepte von Krankheit und vom kranken Menschen implizieren, die beachtet werden müssen.

So positiv in vielen Aspekten der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung zu sehen ist, so darf ihr konstitutiv asymmetrischer Charakter nicht übersehen werden. Es ist der Kranke, der des medizinischen

⁵ Krones, Tanja & Richter, Gerd (2008).

Rates bedarf, der in seiner Lebensqualität beeinträchtigt, von Sorge und Angst, von Leid und existenzieller Bedrohung betroffen ist – nicht der Arzt. Es ist der Kranke, der von der Zuwendung, der (mindestens) sachlichen Hilfsbereitschaft und Kompetenz des Gegenübers abhängig ist – nicht der Arzt. Kurz: Es ist der Patient, der leidet, er ist der Hilfsbedürftige. Jedoch ist auch umgekehrt der Arzt in seinen Handlungsmöglichkeiten durch eigene Vorurteile, Hemmnisse sowie innere und äußere Bedingungen (z. B. Ressourcen i. w. S.) und durch die Haltung und Mitarbeit des Kranken begrenzt.

Die verschiedenen Formen der Beziehung implizieren zudem unterschiedliche Bilder vom Kranken. Ist es im paternalistischen Verhältnis der zum Gehorsam verpflichtete, unwissende, unmündige Patient, dem ein Selbstbestimmungsrecht nur im juristisch geforderten Rahmen der Einverständniserklärung zu (diagnostischen und therapeutischen) Maßnahmen zugestanden wird, so wird der Kranke in partnerschaftlich-deliberativen Modellen als autonome Person zur selbständigen Mitsprache in Entscheidungsprozesse einbezogen. Im Konsumenten- oder Kundenmodell bestimmt der Kranke, »wo es langgeht«. Das anthropologische Modell sieht das Kranksein als eine »Weise des Menschseins« in einer biographischen Krisensituation, in der der Arzt Helfer, d. h. vielleicht auch »Ermöglicher« von Gesundheit sein kann.⁶

Zu berücksichtigen ist auch der dramatische »Strukturwandel der Medizin« als Institution für ambulante und stationäre Krankenversorgung, der den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung begleitet. Technisierung und Verwissenschaftlichung, Bürokratisierung und Ökonomisierung, Juridifizierung⁷ und Medikalisierung vieler normaler biologischer Prozesse haben zu einer erheblichen Veränderung des Selbstverständnisses des Arztes geführt. Dieser Wandel beeinflusst auch dessen Beziehung zum und sein Handeln für den Kranken erheblich. Durch die Juridifizierung mit den immer mehr ausgeweiteten Patienten- und Arztrechten werden zwar – z. T. sehr zu begrüßen – beide Seiten rechtlich geschützt. Die Verrechtlichung kann aber die unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung gefährden. Partnerschaftliche Entscheidungsfindung verlagert die ehemals ausschließliche Verantwortung für medizinische Maßnahmen vom Arzt mehr auf die Schultern beider Partner. Sie verlangt die vollumfäng-

⁶ Weizsäcker, Viktor von (1927): S. 192.

⁷ Wieland, Wolfgang (1986).

liche Aufklärung über Aussichten, Risiken und Alternativen zu den gewählten Vorgehensweisen. Die Medikalisierung (z. B. des normalen Alterns, der Hypermotilität von Kindern), die Verwissenschaftlichung und Technisierung fördern die reduktionistische Skotomisierung auf messbare und apparativ fassbare Aspekte von Krankheit. Die Ökonomisierung einschließlich Rationalisierung und Rationierung wie arbeitszeit-regulative, personelle und organisatorische Restriktionen lassen für die menschlichen, pflegenden und ärztlichen Tätigkeiten immer weniger Zeit und Freiraum.

Diese grobe Skizze einiger Facetten des Wandels der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken sowie des Strukturwandels der Versorgungsmedizin mögen für eine Kennzeichnung des Umfeldes medizinischen, ärztlichen Handelns genügen. Angesichts solcher Entwicklung müssen wir aber fragen, wie wir der doppelten Entsprechung, vor allem der *personalen Beziehung* zwischen dem Kranken und dem Arzt gerecht werden. Es ist ja die medizinisch-sachliche und die personale Korrespondenz, also die »doppelte Entsprechung«, der tragende Grund der Hilfeleistung.

Im Folgenden will ich mich dem Prozess der ärztlichen Behandlung, genauer: der unmittelbaren Patientenuntersuchung widmen vor dem Hintergrund des anthropologischen Beziehungsmodells.

Um die bisherigen Überlegungen zu veranschaulichen, sei hier die Geschichte der 48j. Frau U. N. eingefügt, die uns mehr oder weniger durch dieses ganze Kapitel hindurch begleiten und manch allzu theoretisch oder auch spekulativ Erscheinendes konkretisieren wird.

U. N. ist verheiratet, Mutter eines jetzt 27j. Sohnes (Lehrer) und einer 19j. Tochter (eben Abitur). Ihr Ehemann, 54 Jr., (BWL) ist im mittleren Managementbereich einer großen Produktionsfirma beschäftigt, häufig (auch im außereuropäischen Ausland) unterwegs. – U. N. stammt aus einer »gesunden Familie« ohne auffällige körperliche oder psychische Erkrankungen, keine allergischen oder genetisch disponierten Krankheiten bekannt. Einzelkind. – Normale körperliche und psychosoziale vorschulische Entwicklung. Zeitgerechte Einschulung, unauffällige Schulentwicklung. 11j. durch Sportunfall Unterarmfraktur, folgenlos ausgeheilt.

Erste Regelblutung 13j. mit »normalen« pubertären Beschwerden und Periodenunregelmäßigkeiten. Erster Kontakt mit einem 14j. Freund; Antikonzeptiva über etwa 3 Jahre. Nach Trennung vom Freund etwa 1 Jahr ohne Geschlechtsverkehr. Im Studium »normale« Partnerschaft bis zum 25. Ljr. Dann Bekanntschaft und enge Bindung an den späteren Ehemann, Heirat 28j. in Erwartung des ersten Kindes. Komplikationsfreie Schwangerschaft und Spontangeburt. – »Ungestörte, aufs Praktische konzentrierte Ehejahre«

bis zum 36. Ljr., seitdem wachsende Spannungen, verstärkt durch die häufige Abwesenheit des Ehemannes und den Verdacht der Untreue. Erste offene Auseinandersetzung etwa mit 40 Jahren.

Berufliche Entwicklung: normale Grundschulentwicklung und Eintritt in Sekundarstufe. Mit 16½ Jahren Streit mit den Eltern über geplanten Schulabbruch, letztlich aber normaler Schulabschluss 19j. mit der Absicht, Biologie und Erdkunde für das Lehramt zu studieren. Studium (nicht am Heimatort) mit »Klappen«, aber schließlich mit zeitgerechtem, befriedigendem Studienabschluss nach 3½ Jahren. Eintritt in den Schuldienst mit beiden Wahlfächern. Im Kollegium findet ein etwa 10 Jahre älterer verheirateter Mann Gefallen an der jüngeren, attraktiven Frau, die nicht ungerührt auf die ihr gezeigte Zuneigung reagiert; soweit sie darüber berichtet, bleibt es aber bei einer »platonischen Bekanntschaft«. – In der Studienzeit habe sie gerne getanzt, sie habe aber nie intensiver Sport getrieben, auch nicht während der Berufstätigkeit; sie wolle aber jetzt zu einer Gymnastik-Gruppe gehen. Das Tanzen habe sie wegen des Desinteresses ihres Mannes fast gänzlich aufgegeben bis auf wenige Gelegenheiten bei Schul- oder Betriebsveranstaltungen. Neben ihren beiden Schulfächern verfolge sie keine literarischen oder musischen Interessen systematisch (als Jugendliche habe sie kurze Zeit Klavier gespielt, aber keine Freude daran gefunden); sie lese nicht viel und nicht gezielt.

Zur Krankengeschichte von Frau U. N.: An Kinderkrankheiten könne sie sich nicht erinnern, vielleicht habe sie Masern gehabt. Im Alter zwischen 12 und 14 habe sie wohl häufiger die Schule geschwänzt wegen »Bauchschmerzen«, »vielleicht war das die beginnende Periode«. Blinddarm-Operation 16j. – Anfang ihrer 20er Jahre wiederholte Bauchkrämpfe, aber keine Durchfälle bis zu einer ersten lang anhaltenden Episode von sehr heftigen Bauchschmerzen, nicht blutigen Durchfällen, (soweit sie sich erinnern könne) auch leichtem Fieber im Alter von 26; erster Klinikaufenthalt wegen der »Darmentzündung«. Dann über Jahre weitgehende Beschwerdefreiheit bis zu erneutem Ausbruch mit 32; seitdem mit wechselnden Intervallen und Dauern Schübe mit heftigen Durchfällen, auch blutig, Bauchkrämpfen; mit 37 (soweit sie sich erinnern könne) erstmals mit Gelenkschmerzen und leichten -schwellungen. »Entzündungshemmende Medikamente« über Monate; allmähliche »Beruhigung« des Darmes über etwa drei Jahre bis zu erneuten Schüben mit diffusen Bauchschmerzen, teils blutigen Stühlen und wieder Gelenksbeschwerden. Leistungsminderung, Stimmungsschwankungen; trotzdem keine längeren Fehlzeiten in der Schule. »Entzündungsmedikamente« auch konsequent in relativ beschwerdefreien Wochen und Monaten eingenommen. – Erneute Klinikaufnahme im Alter von 48 Jahren wegen sehr arger Schmerzen, Durchfällen mit Blut, Fieber und Gelenkschmerzen.

Untersuchungsbefund: 48j. grazile, attraktive Frau (164 cm/53,6 kg). Für den flüchtigen Blick unauffällige Mimik und Gestik; Haltung, Gang und grobe Bewegungen »normal«. Blässe von Haut und sichtbaren Schleim-

Die Begegnung des Kranken mit dem Arzt

häuten. Keine Auffälligkeiten an Haut und tastbaren Lymphknoten. Kopf und Halsbereich ohne pathologischen Befund – Brustkorb symmetrisch, Lunge auskultatorisch normal. Herz: regelmäßiger Puls, vermutlich akzidentelles systolisches Geräusch. Blutdruck 120/78 mmHg. – Brüste seiten- gleich, mittelkräftig, links etwa haselnussgroßer derber Knoten; Brust- warzen ohne Befund – Bauch: leicht eingefallene Bauchdecken, keine auffälligen Vorwölbungen. Bei der Palpation diffuse Abwehrspannung, hef- tiger Druckschmerz, deswegen erschwerte Abtastung von Leber und Milz. Abnorme Resistenz im rechten Unterbauch. Darmgeräusche verstärkt. Nie- renlager klopfschmerzfrei. Extremitäten ohne Auffälligkeiten.

B) Zur Struktur ärztlichen Handelns

Ärztliches Handeln ist formal und inhaltlich handlungslogisch struk- turiert. Der Weg wird durch das verbale oder nonverbale Hilfe- ersuchen eines Kranken, des medizinischen Rates oder Handelns Be- dürftigen eingeleitet, worauf das Beschwerdebild ermittelt wird; die Erhebung der aktuellen Krankheitssituation und der Kranken- geschichte führt zur Diagnostik bis zu einer behandlungsleitenden, -begründenden und -rechtfertigenden (Arbeits-)Diagnose, die die Therapie und die Prognose begründet – so im Groben der handlungs- logische Gang.

Davon zu unterscheiden ist eine *innere Handlung*: die nahezu instantan sich ereignende Folge von unmittelbarer Wahrnehmung – Beobachtung – Beurteilung – Handlung. Diese Schritte sind wohl di- daktisch mehr oder weniger unterscheidbar und verlaufen sukzessive, im konkreten Vollzug sind sie oft aber nicht trennbar – besonders deutlich bei akuter Lebensbedrohung eines Kranken, wenn unter Umständen blitzartig die Situation erfasst, ihre mögliche Gefahr ein- geschätzt und gehandelt werden muss.

Diese »innere Handlung« birgt mögliche Fallstricke. Die persön- liche und personale Dimension der Begegnung kann von dem funk- tional-sachlichen Selbstverständnis des Arztes »verschluckt« werden, sodass weder die *Person* als solche noch die *Not* des Hilfsbedürftigen wahrgenommen wird. Die *Wahrnehmung* mit unseren fünf Sinnen wie auch die empathische Wahrnehmung des Kranken kann ge- täuscht werden. In der *Beobachtung* kann die Spannung von Nähe und Distanz, von Zuwendung und Zurückhaltung nach beiden Seiten hin verletzt werden durch bloße (vielleicht wissenschaftliche) Neu- gier oder distanzierende Verdinglichung. In der *Beurteilung* kann

die rationale Reflexion des Wahrgenommenen infolge mangelnder Kenntnis und Erfahrung falsch ausfallen. Und schließlich kann auch die Umsetzung in *Handlung* im weitesten Sinne – dazu gehören auch Sprechen und Schweigen – auf Abwege führen.

Von der äußeren und der inneren *Handlungsstruktur* ist des Weiteren die fundierende *Sinn-Struktur* ärztlichen Handelns zu unterscheiden. Sie wird eröffnet mit der Wahrnehmung der Not und Bedürftigkeit eines Menschen für medizinische, ärztliche Hilfe und des darin liegenden Appells an kompetente Hilfsbereitschaft. *Not und Hilfe* zu erkennen und bestmöglich zu lindern, ist der durchgängige Impetus des Handelns. Der Appell ist (mindestens) ein doppelter: die Not i. w. S. als solche zu sehen und *für wahr* zu nehmen sowie die Hilfe in möglichst kompetenter Weise zu gewähren.

Nach der Begrüßung beginnt die im engeren Sinne medizinische Handlung meist mit einer Frage, einem wechselseitigen »Angebot«.⁸ Die medizinisch-fachlich und pragmatisch indizierten Schritte des Handlungsprozesses einschließlich der Fragen und Antworten des Arztes und des Kranken bedürfen stets (potenziell) der Begründung und der Rechtfertigung. Die auch in dieser Handlungsstruktur institutionalisierte Medizin ist in solcher Selbst-Reflexion Handlungswissenschaft – geleitet von der Verpflichtung auf Begründbarkeit, Sachgemäßheit, methodische Stringenz und Strukturierung in einem Feld ursächlicher, ätio-pathogenetischer Krankheitslehre. Ihr Gegenstand ist der kranke Mensch und der ärztliche Umgang mit ihm. Über die sachliche Entsprechung hinaus bedarf auch die Kommunikation – ob nur fachlich-medizinisch oder empathisch-menschlich – der Reflexion unter praktischen und wertorientierten Gesichtspunkten.

Mit der wechselseitigen Begrüßung treten Arzt und Kranker in eine soziale Rolle ein, in eine Funktion für den anderen. Der Arzt wird jetzt der *Arzt für diesen Kranken*, der Kranke vertraut sich in diesem Moment (der Möglichkeit nach) *diesem Arzt* an. Beide Partner übernehmen eine Sach- und Verantwortungsbeziehung sowie eine solidarisch anthropologische Beziehung. Sie sind zudem in weitere Sozialgefüge eingebunden: in die Funktions- und Organisationsgefüge (»Gesundheitssystem«), Sozialisationshorizonte (»scientific

⁸ Es geht hier nicht allein um die Erst-Begegnung, wenngleich sie einen oft den weiteren Weg miteinander maßgeblich prägenden Einfluss hat. Die Wiederholungsbegegnungen haben aber im Grunde ähnliche Strukturen und bedürfen entsprechend der Achtung.

community«) und soziokulturelle Gemeinschaften (Familie, Beruf, Gesellschaft, Glaubensgemeinschaft u. a.), die auch das Arzt-Patient-Verhältnis mitbestimmen. Die Konstituierung der Zweier-Beziehung, der Dyade – sie ist in dieser Einbindung nur vordergründig eine Zweier-Beziehung! –, sie ist nicht ein einmaliges Ereignis und dann stabil, sie ist stets labil, gefährdet durch der Asymmetrie inhärente und äußere Faktoren; sie erfordert die immer wieder erneuerte Aktualisierung.

Bedenkt man die unvermeidliche Asymmetrie der Beziehung, so wird deutlich, welche grundsätzlichen ethischen Fragen sich in diesem sach- und person-bezogenen Verhältnis auftun. In der potenziell vulnerablen Situation geht es vor allem um die gegenseitige *Achtung der Autonomie*. Der Kranke ist auch in seiner Hilfsbedürftigkeit, seiner Unselbständigkeit, in aller Unterlegenheit autonome Person, die in keinem Moment fremdverfügbar ist für manipulatives Verhalten oder Entscheiden, für nicht ihm geltende Zwecke oder Zielsetzungen. Die Autonomie ist der Person eigen von der Geburt bis in den Tod, sie ist unabhängig von kognitiven oder emotionalen Fähigkeiten, von sozialen oder kulturellen Eigenheiten, unabhängig von aktuell oder permanent vielleicht nicht realisierbarer *Selbstbestimmung*. Diese ist ihm rechtsgeschützt, sie kann und muss u.U. tutorisch für ihn (durch Eltern, Vormund oder mit seinem mutmaßlichen Willen) übernommen werden. Immer ist es der Kranke, dessen Wohl und Willen (*salus et voluntas aegroti!*) zu achten ist.

Schon sehr rasch begegnet der Arzt dem Kranken mit einem *ärztlichen* und zugleich *medizinischen Blick*. Dem Mediziner zeigen sich oft schnell mehr oder weniger spezifische Krankheitszeichen: Körperhaltung, Gestik, Mimik, Kräfte- und Ernährungszustand oder Hautveränderungen etc. Der medizinische Blick wird solche Krankheitszeichen aufnehmen und sie u.U. je nach Deutlichkeit zum Anstoß für erste diagnostische Überlegungen nehmen, auch mit der Gefahr der Fehldeutung oder der reduzierten Wahrnehmung, die die Beziehung programmiert. Der *medizinische Blick* kann mit der aktuellen Aufgabe des Arztes sich weiter einengen auf den spezialisierten, fachspezifischen Funktionsblick – einer zunehmenden Zentrierung entsprechend: ein möglicher Beginn eines Prozesses von konzeptionellem oder methodischem Reduktionismus.

Der *ärztliche Blick* hingegen nimmt den Kranken in seinem Kranksein wahr, die konkrete Person in ihrem Leiden. Medizinischer und ärztlicher Blick sind komplementär zueinander: der ärztliche

Blick stärker auf den leiblichen Ausdruck des Krankseins, der medizinische Blick auf die Erkennung und Behandlung bedrohter körperlicher oder psychischer Gesundheit. Beide Sehweisen bedürfen der Schärfung und der Reflexion ihrer wechselseitigen Abhängigkeit und ihrer notwendigen Komplementarität durch den ganzen Handlungsgang hindurch.

Der Kranke gerät schon in der Begrüßung in eine »Rolle«: aus der Selbstverständlichkeit des bis dahin selbstbestimmten Subjektes in die Situation des abhängigen Objektes, Objekt des Arztes, der Institution oder der Gesellschaft (z. B. mit der sog. Krankschreibung). Er bringt auch Erwartungen an den Arzt, an die Medizin, an die Gesundheitsversorgung mit. Der Arzt ist dem Erwartungsdruck des Kranken, der durch dessen Rechtsansprüche auf bestmögliche Behandlung mitgeprägt sein kann, ausgesetzt. Informationsvorenthaltung, Irreführung, Compliance-Verletzung, sachliches oder persönliches Misstrauen oder konkurrierende Arztkonsultationen sind mögliche Mittel von »Machtausübung« des Kranken über den Arzt.

Die Beobachtung von Praktiken und Verhaltensweisen von Ärzten und Pflegenden in der Sprechstunde oder in der Klinik zeigt aber oft die Verdinglichung des Kranken (zur Nummer oder zur Diagnose), die häufig oktroyierte Regression, seine Entmündigung, seine Einordnung in Funktionsabläufe des medizinischen Betriebes. Hier ist empathische Wachsamkeit des Arztes und der i. w. S. Behandelnden geboten.

Nach diesen Skizzen der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt soll im Folgenden von der Sinnstruktur ärztlichen Handelns die Rede sein.

C) »Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung« nach Viktor Emil von Gebattel

Ausgehend von dem Appell der Not oder der Rat- oder Hilfsbedürftigkeit beschreibt der Psychiater Viktor Emil von Gebattel (1883–1976) drei Stufen der Sinnstruktur:⁹

- a) Die Stufe der Wahrnehmung von Not i. w. S. als *Unmittelbarkeitsstufe* des Verhältnisses oder »elementar-sympathetische

⁹ Gebattel, Viktor Emil von (1954b): S. 371.

Die Begegnung des Kranken mit dem Arzt

- Sinnstufe des Angerufenseins durch die Not eines Begegnenden«;
- b) die Stufe der Ent- oder Verfremdung, Versachlichung, Objektivierung als »diagnostisch-therapeutische Sinnstufe«, die »*Entfremdungsstufe* des Verhältnisses«;
 - c) die Stufe der Partnerschaft von Arzt und Krankem als »die *personale Stufe* des Verhältnisses«, die Stufe der Re-Integration in das körperliche, leibliche, soziale und biographische Selbstvertrauen, in das Selbstgefühl des Kranken und in seine Gemeinschaft.

Zu beachten ist die Dynamik dieser Stufen wie auch ihre sachliche, funktionsvariable Zeitfolge. Der Helfer ist auf diesen Stufen der Mitmensch, der Sachverständige und der personale Partner.

»Auf jeder dieser Stufen [...] ist das Verhalten des Arztes einer besonderen Gefahr ausgesetzt: auf der Sinnstufe der unmittelbaren Teilhaberschaft der *Täuschung*, auf der Stufe der technischen Notbekämpfung [der i. e. S. medizinischen Hilfe; K. G.] dem *Irrtum* und auf der der Partnerschaft der *Schuld*.«¹⁰ Konkret kann das heißen: Ablenkung, Ausblendung, Gegenübertragung bzw. nicht begründbare diagnostische oder therapeutische Fehlhandlung bzw. Ignoranz gegenüber der personalen Dimension des Kranken und seines Krankseins.

Die Gefahr der Verfehlung ist aber wechselseitig, da auch der Kranke absichtlich oder unabsichtlich täuschen, irreführen oder verweigern kann. Auf der Entfremdungsstufe ist er der Gefahr der Selbst-Entfremdung ausgesetzt, indem er sich selbst nur als Objekt, das der Reparatur bedarf, sieht und nur so verstanden werden will. Auf der personalen Stufe kann die Schuld des Kranken in der Selbstverweigerung, der Verweigerung, gesund werden zu wollen, oder der Verweigerung der eigenen Verantwortung liegen. Der Arzt kann die personale Sinnstufe verfehlen, indem er nur die Reparatur eines Defektes oder die Normalisierung der Funktionstüchtigkeit inkl. Wiederverwendbarkeit des Kranken im Arbeitsprozess im Auge hat.

Ein Blick auf unsere Patientin U. N.: Wird in der Schilderung der »Krankengeschichte« (sog. KG) die »Unmittelbarkeitsstufe oder die elementar-sympathetische Sinnstufe des Angerufenseins durch die Not« von Frau U. N. deutlich? Überspringt sie nicht die »unmittelbare Wahrnehmung«? – Welche mögliche Bedeutung hat die langjährige, in zeitweilig quälenden

¹⁰ Ebd., S. 372.