

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Band: 36 (1980)

Artikel: Die Würde des Patienten

Autor: Vogelsanger, Peter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-308240>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DIE WÜRDE DES PATIENTEN

PETER VOGELSANGER

Vorbemerkung

Was ich Ihnen vorzutragen habe, ist nichts Neues, vielmehr die Darlegung einiger uralter, längst bekannter, als Selbstverständlichkeit geltender Wahrheiten, über die jeder verantwortungsbewusste Arzt in seiner Praxis schon hundertmal nachgedacht hat, oder die er unbewusst in sich trägt. Da aber gerade die tägliche Praxis mit ihren Strapazen sie immer wieder zu verdunkeln droht; da vor allem die phänomenale Explosion technisch-chemischer Möglichkeiten der modernen Medizin die Konsequenzen dieser Wahrheiten in Frage zu stellen scheint, vor neue Probleme stellt, ist es gut, immer wieder darüber - über ihre Begründung wie über ihre Konsequenzen - zu reflektieren und sie sich einzuprägen. Sie gehören nicht ins Gebiet der Medizin im engeren Sinn, sondern des Ethos, der Ethik, der speziellen ärztlichen Ethik. Auf diesem Gebiet ist der Dialog zwischen Medizin und Theologie nicht nur fruchtbar, sondern unerlässlich.

1. Was ist Menschenwürde?

Von einer Würde des Patienten kann nur im Rahmen und auf dem Boden der Anerkennung einer allgemeinen Menschenwürde gesprochen werden. Nicht kraft seines Patientseins, also einer Angelegenheit der Pathologie, sondern kraft seines Menschseins, also einer Angelegenheit der philosophischen und der theologischen Anthropologie, besitzt der Mensch eine Würde. Worin besteht sie, und worin ist sie begründet? Menschenwürde - im Unterschied von der von uns subjektiv empfundenen Würde jedes Naturphänomens, etwa des Matterhorns oder eines Rassenpferdes - besteht in der Tatsache, dass das menschliche Subjekt in ontologischer Hinsicht vor einer das bloss Naturhafte transzendierenden Instanz, wie immer wir diese benennen mögen, Auszeichnung, einen speziellen, unverwechselbaren Wert hat. Der Mensch ist nach unserer Erfahrung und Erkenntnis das einzige sich selbst transzendierende, auf eine Transzendenz, auf ein höheres, uns nicht verfügbares Sein bezogene, dieser höheren Seinsordnung bewusste Wesen. Das lässt sich nicht in einer autonomen Vernunftidee begründen, in einem allgemeinen Begriff der Menschlichkeit, der auf Konvention oder Tradition beruht; denn gerade der Begriff der

Autonomie würde sie – die Menschenwürde – zu einer jederzeit kündbaren, variablen, dem menschlichen Ermessen beliebig verfügbaren Grösse degradieren. Die blossе Vernunft, weder die reine noch die praktische, kann nicht die Instanz sein, die Menschenwürde allgemeinverpflichtend, unverletzlich werden lässt. Noch weniger lässt sich solche Würde aus einer naturalistisch-positivistischen Sicht des Menschen, also aus einer naturwissenschaftlichen Anthropologie, die diesen als blosses Produkt biologisch-chemisch-physikalischer Vorgänge versteht, deduzieren. Der Mensch, rein biologisch als homo sapiens betrachtet, besitzt im Rahmen der allgemeinen Natur keine spezielle, höchstens eine ästhetische Würde. Vielmehr steht hinter der Statuierung einer besonderen, unverwechselbaren und unverlierbaren Menschenwürde stets bewusst oder unbewusst das christliche Leitbild – das eben mehr als ein Leitbild ist, das vielmehr eine ontologische Wirklichkeit ausdrückt – von der Imago Dei, von dem durch Gott ausgezeichneten und auf Gott hin bezogenen Wesen der Schöpfung, dem in jedem Einzelwesen ein besonderer, unverletzbarer, unverlierbarer, von allen anzuerkennender Wert zukommt. Seine Würde besteht also nicht in naturhaften physischen oder geistigen Vorzügen – wobei die geistigen nach dem Verständnis des Positivismus sich auch wieder auf physische reduzieren liessen –, sondern in diesem letztlich auf Gott bezogenen Subjektsein. Dementsprechend stehen hinter dem ethischen Postulat der Anerkennung und des Schutzes der Menschenwürde stets bewusst oder unbewusst die Kategorien der christlich-theologischen Anthropologie und Ethik. Ohne deren Gültigkeit würde jedes Reden von Menschenwürde zur Phraseologie.

2. Das Patientsein als spezieller Aufruf zur verantwortlichen Mitmenschlichkeit

Der Patient, also der der Behandlung des Arztes anvertraute Kranke, stellt insofern ein besonderes Problem der allgemeinen Anerkennung der Menschenwürde dar, als bei ihm dieses eigentliche Humanum, sein Subjektsein, durch den physiologischen oder seelischen Defomationsprozess bedroht oder gefährdet ist. Wenn Gesundheit, Gesundsein – etwas vereinfacht – als Fähigkeit zum vollen Menschsein definiert werden muss, so ist demgegenüber Kranksein in jedem möglichen Sinn eine Beeinträchtigung dieser Fähigkeit zum vollen Menschsein. Krankheit hat also beim Menschen neben allen andern auch immer einen metaphysischen Aspekt. Das wurde freilich gerade von den ethisch höchst achtbaren älteren Vertretern des Positivismus geradezu affektiv bestritten; so wenn etwa Virchow resolut erklärt, Krankheit sei "nichts anderes als eine Lebensäusserung der Materie", oder ähnlich Herwig, dass "das Organische nur eine höhere Form des Mechanischen" sei, oder wenn Lotze definiert, dass der Organismus nichts anderes sei "als

eine bestimmte Richtung und Kombination rein mechanischer Prozesse". Wenn ethische Persönlichkeiten von höchstem Format so definierten, so taten sie es ohne Zweifel aus dem Streben nach möglichst reiner wissenschaftlicher Erforschung des Naturvorganges im Krankheits- und Genesungsprozess, die durch metaphysische Reflexionen nach ihrem Empfinden nur gestört werden konnte. Die Frage aber, warum, auf Grund welcher Forderungen, in welchen Grenzen, zu welchem Zweck und Ziel einem kranken Menschen zur Gesundheit zu verhelfen sei, inwiefern also medizinische Wissenschaft und Praxis einer Forderung der Ethik zu genügen haben, liessen sie ausser acht. – Erst bei Louis Binswanger taucht, soweit ich sehe, die bewusste Verbindung von Medizin und Ethik wieder auf, die Ueberwindung des rein biologisch-naturalistischen Standpunktes in seiner Formulierung von der "ontologischen Zusammengehörigkeit der biologischen und der geistig-seelischen Krankheitssymptome". Vor allem die anthropologische Schule der Medizin hat alles getan – ich nenne als ihren Exponenten nur Victor von Weizsäcker – um klarzumachen, dass eine rein naturalistische Erklärung der Krankheit durchaus unzureichend sei. Ohne die naturwissenschaftlichen Zusammenhänge zu vernachlässigen, betont diese Schule, dass Krankheit weitgehend als eine Kritik und Krise des menschlichen Daseins, also des Subjektseins, sich aufdrängt und dass wir uns mit ihr als einem Prüfstein menschlichen Verhaltens auseinandersetzen müssen. Darin liegt die seit Hippokrates von der abendländischen Ethik nicht angezweifelte, vom christlichen Ethos vertiefte Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit der Medizin. Die Beeinträchtigung des Menschseins, dieses ontologischen Wertes an sich, ruft der besonderen Verantwortlichkeit des Gesunden dem Kranken gegenüber, mit allen verfügbaren Mitteln ihm zur Restitution des vollen Menschseins, also der Gesundheit zu verhelfen oder wenigstens die Folgen solcher Beeinträchtigung nach Möglichkeit zu lindern. Der Repräsentant dieser Verantwortung und Verpflichtung, der stellvertretend und sachgemäss – "im Amte", wie Luther sagen würde – handelt, ist der Arzt und mit ihm das gesamte ärztliche Personal. Das macht seine besondere Würde aus. Ärztliche Hilfe ist nie nur eine technisch-wissenschaftliche, sondern eine mitmenschliche Angelegenheit, ist personhafte Verantwortung für den Kranken. Darin ist alle medizinische Ethik (als Sonderfall der allgemeinen humanen Ethik) begründet.

3. Res sacra miser

In dieser aus der christlich-stoischen Ethik stammenden Formulierung ist diese Sonderstellung des Patienten im Rahmen der allgemeinen Menschenwürde zugespitzt ausgedrückt. Sie hat sich mir aus meinem Gymnasialunterricht unvergesslich eingepägt. Ich bin nicht einmal ganz sicher, woher sie stammt. Zwei Altphilologen, die ich befragte, haben sie verschieden geortet. Der eine sagte, sie stamme von Seneca, der andere tippte auf Augustinus. Ursprünglich spielt viel-

leicht sogar Mythisches mit; die numinose Scheu vor dem Anderssein des Kranken, des Patienten. Ins Licht gehoben, erkennen wir darin die Unantastbarkeit und Hilfsbedürftigkeit des Kranken, die verbindliche Verantwortlichkeit des Gesunden gegenüber dem Kranken. Sie statuiert nicht eine besondere Tabuisierung oder Sakralisierung des Patienten, sondern fordert Pietät, Respekt vor ihm, enthält den Aufruf, das gefährdete Menschsein des Patienten als Herausforderung an den Nicht-Patienten nicht nur zum Mitleid, sondern zur tätigen Nächstenliebe aufzufassen. - Wie wenig selbstverständlich etwa im Sinne des Naturrechtes oder einer allgemeinen Vernunftidee diese Herausforderung und dieser Aufruf sind, zeigt der Blick auf jede "moderne" oder auch uraltheidnische Macht- und Vitalitätsphilosophie. In unreflektierter Form finden wir sie in der antiken Verachtung des Kranken und Schwachen, aber auch noch in der uns allen heimlich innewohnenden, durch traditionelles Mitleid nur überdeckten instinktmässigen Geringschätzung alles sogenannt Minderwertigen. In radikalster Ausprägung enthüllt sie sich etwa bei Nietzsche, der mit ausdrücklicher Berufung auf Vernunft, Gefühl, Natur, Instinkt aus dem grundlegenden Willen zum gesunden Menschsein und zum Leben als Grundprinzip der gesamten Natur gerade die entgegengesetzten Konsequenzen zieht: für ihn ist der miser nicht res sacra, sondern res detestabilis. Der vitale, instinktsichere Wille zum Leben im gesunden Menschen verlangt nicht Respekt vor, Rücksicht auf den Kranken und Elenden, vielmehr Abscheu, dessen Beseitigung. Umgekehrt ist Schonung, Rücksicht, Pflege, Mitleid, gar Liebe zum Schwachen und Geringen die Sklavenmoral einer dekadenten, instinktlosen Humanität. Der Starke und Gesunde soll über den Kranken, über alles Kranke und Deformierte triumphieren und kraft einer "Ethik der Natur" nach dem Selektionsprinzip dessen Beseitigung anstreben. In seiner harten Polemik gegen den christlichen Humanitätsgedanken übersieht allerdings Nietzsche, dass Jesu Parteinahme für den Kranken und Schwachen nicht etwa einer Glorifizierung des Elendes als besonderer Gottesnähe entstammt. Der Text der Evangelien spricht immer wieder davon, wie Jesus beim Anblick von Elend "ergrimmte" (ἐμβριμῶσεν = er empörte sich, er lehnte sich auf: also nichts von Ergebenheit ins Schicksal, von Heiligsprechung des Elendes). Es ist der Grimm gegen das Nichtseinsollende, Schöpfungswidrige von Krankheit und Elend in einer zur vollen, gesunden, allseitigen Entfaltung berufenen Schöpfung. Christus ist der Aufruf, alle Kräfte zu mobilisieren gegen die Krankheit, um so der Würde und der Freiheit des Menschen zu dienen.

4. Die spezifische Würde des Patienten

Die Würde des Patienten in seiner besonderen Situation läuft also auf seinen legitimen - freilich nur transzendent, d.h. in einer höheren Seinsordnung begründeten und respektierten - Anspruch auf Beachtung und Pflege, auf einen speziell durch seine besondere Gefährdung des Menschseins gebotenen Schutz, auf bestmögliche Wiederherstellung seines vollen Menschseins oder, in extremis, auf würdige Beendigung seines irdischen Menschseins hinaus. Als dieses ein in seiner allgemeinen Menschenwürde besonders bedrohte Subjekt ist, kann von einer spezifischen Würde des Patienten gesprochen werden. Als dieses einen legitimen Anspruch erhebende Subjekt begegnet es dem Arzt, hat Anspruch auf dessen Zeit, Kraft und Fähigkeit. Als dieses seinen Anspruch ernstnehmende, im Namen der Menschlichkeit zu erfüllen trachtende Subjekt begegnet ihm der Arzt. Die Grundlage des Verhältnisses Arzt-Patient ist stets diese Subjekt-Subjekt-Beziehung. Was sie eigentlich verbindet, ist dieser verpflichtende Anspruch. Der Patient will und soll als Subjekt vom Arzt ernstgenommen werden, nie zum Objekt einer anders motivierten ärztlichen Tätigkeit werden. Das ist - bei aller unumgänglichen und notwendigen Versachlichung in den einzelnen Funktionen der Medizin -, der Kern, das Kriterium, der nie aus den Augen zu lassende letzte Gesichtspunkt in der Arzt-Patient-Beziehung.

5. Die Objektivierung des Patienten

Diese ist, wie gesagt, unumgänglich, notwendig. Das Verhältnis Arzt-Patient verschiebt sich im Prozess der Behandlung insofern aus der prinzipiellen Ich-Du-Beziehung, also aus der humanen Ebene, in die Ich-Es-Beziehung, als der Patient in diesem Prozess unzweifelhaft zunächst zum Objekt ärztlicher Kunst und Hilfe wird und als der Arzt nach möglichst exakter, objektiver, naturwissenschaftlich reiner Erkenntnis des Krankheitsprozesses und entsprechender Behandlung streben muss. Damit kommt ein objektives Element in die Beziehung Arzt-Patient, und es ist sogar nach möglichst weitgehender Ausschaltung aller subjektiven Elemente zu trachten. Der Arzt wäre kein guter Arzt, wenn das nicht so wäre, wenn er statt dieser scheinbar unmenschlichen Objektivität subjektive Gefühle oder weltanschauliche Ideen sprechen liesse. Ohne Zweifel hat die rasante Entwicklung der modernen Medizin mit ihren phänomenalen diagnostischen und therapeutischen Methoden, und insbesondere der Chirurgie, diesen Aspekt noch verdeutlicht. Wir müssen uns aber gerade an diesem Punkt vor Trugschlüssen und vor einem falschen Pessimismus hüten, vor Kassandrarufern, die von einer Entmenschung der modernen Medizin, von Fabrikbetrieb in den modernen Spitälern etc. schreien. Es steckt in dieser ganzen Entwicklung und Versachlichung neben unbestreitbaren Gefahren auch ein hohes Element sublimster Ethik, verfeinertster Humanität, höchstentwickelter Sorgfalt dem

Menschenleben gegenüber, ja sie ist sogar, neben gewiss auch vorhandenem legitimem ärztlichem Ehrgeiz, das eigentliche Motiv dieser Entwicklung. Gerade vom christlichen Standpunkt aus ist einer gewissen, heutzutage oft, und leider manchmal auch von pastoraler Seite, praktizierter Verketzerung der modernen Medizin als einer inhumanen Angelegenheit energisch entgegenzutreten. Es werden dabei aus der ungeheuren Komplexheit medizinischer Erkenntnisse, Tatbestände und Methoden völlig falsche Schlüsse auf deren angebliche Enthumanisierung gezogen. Der wirkliche Tatbestand verhält sich so und ist für den, der ehrlich denken will, verhältnismässig einfach zu durchschauen: wirksame ärztliche Hilfe ist wesentlich auf das Vertrauen des Patienten zum Arzt angewiesen. Dieses Vertrauen basiert aber nicht in erster Linie auf irgendwelchen sympathischen menschlichen Qualitäten des Arztes, auf dessen Menschlichkeit im populären Sinn; vielmehr auf dessen wissenschaftliche Objektivität, auf die Zuverlässigkeit seines Wissens, seines Könnens, seiner Vertrautheit mit den richtigen Behandlungsmethoden. Es ergibt sich also die scheinbar paradoxe Tatsache, dass ein Höchstmass von Subjektivität, eben Vertrauen, sich auf ein Höchstmass von Objektivität, eben die wissenschaftliche Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit des Arztes stützt. Man sollte aufhören, die fachliche Kompetenz das Wissen und die Erfahrung des Arztes, die notwendig sachlich-objektiv sein müssen, gegen seine menschlichen, charakterlich-ethischen Qualitäten auszuspielen. Vielmehr besteht gerade in der kaum unterscheidbaren Verbindung beider Kompetenzkreise die eigentliche Eignung und Autorität des Arztes.

6. Das ärztliche Ziel: Wiederherstellung des vollen Subjektseins, also der Würde des Patienten.

Durch diese scheinbar kühle Objektivierung des wissenschaftlich-technischen Vorgangs in der ärztlichen Behandlung wird jedoch das Subjekt-Subjekt-Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht ausgeschaltet. Es geht hier um den Unterschied zwischen Weg und Ziel. Das eigentliche Ziel der ärztlichen Tätigkeit bleibt die bestmögliche Wiederherstellung des kranken Organismus und damit der Würde des Menschen als Fähigkeit zum vollen Menschsein. Es ist das gleiche Ethos, das beide miteinander verbindet. Gerade die einmalige Explosion der medizinischen Kenntnis und Kunst verlangt vom Arzt, wenn er dem ererbten Ethos treu bleiben will, eine ständige enorme Anstrengung, sich auf der Höhe seiner Wissenschaft und Kunst zu halten, durch unermüdliches Forschen und Austausch der Kenntnisse, durch die er dem Patienten helfen und sein Vertrauen bestärken kann. Durch diese Bemühung und Entwicklung sieht er sich heute von einer Fülle früherer Hemmungen und Begrenzungen, von denen seine Hilfe eingeengt war, befreit, um desto vollkommener jenes Ziel zu erreichen. Es kommt nur darauf an, diesen Zusam-

menhang dem Patienten auch ersichtlich zu machen. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass er durch seine nicht nur methodische, sondern menschliche Behandlung dem Vertrauen des Patienten, auf das er ja eben in der Behandlung zum Erfolg angewiesen ist, Vorschub leistet und es nicht etwa zerstört. Dabei geht es nicht um moralisierende Forderungen nach Nettigkeit, Güte, Freundlichkeit, Herzenswärme, Jovialität etc. – so sehr solche Qualitäten durchaus wünschbar sind –, sondern um das ethisch begründete Postulat, dass in der medizinischen Behandlung jene mehrfach zitierte Würde des Patienten, sein Subjektsein, den Primat behält und nie aus den Augen verloren wird. Hier ergibt sich in der Praxis eine Fülle von Konfliktmöglichkeiten, die gewiss durch den ungeahnten medizinischen Fortschritt noch bedeutend vermehrt worden sind. Scheinbar ist durch sie das Subjekt-Subjekt-Verhältnis zwischen Arzt und Patient stark verdunkelt, in den Hintergrund geschoben worden. In Wirklichkeit glaube ich, dass dieser Fortschritt an dem Verhältnis grundsätzlich nichts geändert hat, auch wenn er an die notwendige fortgesetzte Gewissenschärfung und Gewissensbildung des Arztes, vor allem auch an die parallel zur wissenschaftlichen Ausbildung laufende notwendige ethische Ausbildung des werdenden Mediziners, ungemein höhere Anforderungen stellt. Auch wenn das idyllische Hausarztideal historisch im Schwinden begriffen, fast ganz durch den medizinischen Techniker abgelöst werden sollte, bleibt doch am grundsätzlichen Verhältnis auch beim hochentwickelten und gebildeten Spezialisten alles unverändert, ist dieser Fortschritt im tiefsten Grunde als eine ungeheure Befreiungsbewegung zu wahrer Menschlichkeit zu werten. – Auf die Fülle dieser Probleme und Konfliktmöglichkeiten kann und darf der theologische Ethiker und der pastorale Praktiker nicht eingehen. Das käme nur auf einen unerträglichen Dilettantismus heraus. Der Mediziner sieht sich mit ihnen täglich konfrontiert, nur er kennt den genauen Fall und muss aus seiner Verantwortung heraus die richtige Entscheidung treffen. Es kann sich also hier höchstens um den Aufweis einiger Kriterien handeln.

7. Der Patient als Subjekt

Der Arzt muss immer, bei aller notwendigen Objektivierung des Patienten im Verlauf der Behandlung, dessen volles Menschsein resp. dessen Wiederherstellung oder sinnvollen irdischen Abschluss als Ziel vor Augen halten. Nie darf er dessen Subjektsein, also dessen Würde und Freiheit, ausschalten wollen. Schlicht gesprochen heisst das: er muss ihm menschlich-personenhaft begegnen, ihn nicht nur wissenschaftlich-technisch behandeln, und er muss auf diesen stark gefühlsbetonten Aspekt stets grösste Sorgfalt verwenden. Dazu gehört vor allem auch die bestmögliche Wahrung einer nicht durch äussere Regeln zu definierenden Intimsphäre. Gerade die Explosion der medizinischen Behandlungsmethoden und biologisch-chemisch-

chirurgischen Möglichkeiten darf nicht zu einem medizinischen Triumphalismus führen, bei dem der Selbstherrlichkeit keine Grenze gesetzt ist, bei der Gesundheit als etwas Objektiv-Machbares, Selbstzweckliches betrachtet und über den Patienten einfach verfügt wird. Es ist schwer, die Grenzen festzulegen, die der Medizin durch ethische Erwägungen gesetzt sind. Nur ungern berühre ich hier etwa die vielbesprochenen Probleme der Herztransplantation und der Euthanasie oder deren Gegenstück, der künstlichen Lebensverlängerung! Beide berühren die Frage, inwiefern der ärztlichen Tätigkeit Grenzen gesetzt sind. Natürlich ist jede ärztliche Tätigkeit Eingriff in den naturhaften Vorgang im Organismus des Subjekts. Die Frage ist nur, ob er dem Subjekt dient oder dieses schlechthin manipuliert. Und das Kriterium ist nicht die Machbarkeit, sondern die Verhältnismässigkeit. Es ist immer das kritische Bewusstsein wachzuhalten, inwiefern die technisch-wissenschaftliche Perfektion wirklich dem Menschen dient oder nicht in die Flucht vor den menschlichen Problemen des Patienten umschlägt. Ganz zu schweigen von einer klinischen Praxis, bei dem der Patient zum zwar notwendigen, sachlich unentbehrlichen, im Grunde aber eher lästigen Substrat der medizinischen Kunst oder gar des medizinischen Ehrgeizes zu werden droht.

8. Die Freiheit des Patienten

Zum Subjektsein des Patienten, zu seiner Würde gehört auch dessen Freiheit. Sie ist sogar deren Kern, bei allen Einschränkungen, die an einem optimistischen Freiheitsbegriff zu machen sind. - Der Arzt hat nach Möglichkeit immer die letzte Entscheidungsfreiheit des Patienten zu respektieren und ihn nicht nur vor dem subjektiven Gefühl, das im modernen Spitalbetrieb leicht aufzukommen droht, sondern vor dem objektiven Sachverhalt einer faktischen Entmündigung zu bewahren. Wie weit sich das, etwa bei vollständiger Hilflosigkeit und Bewusstlosigkeit des Patienten, in casu jeweils realisieren lässt, wie weit eventuell dieser Freiheitsbereich durch Einbeziehung der stellvertretend für den Patienten stehenden nächsten Verwandten gewahrt werden kann, wieweit aber vielmehr die ärztliche Verantwortung hier stellvertretend für die Freiheit des Patienten eingreift, lässt sich, vor allem bei sogenannten Notfällen, nicht durch eine Kasuistik, schon gar nicht durch staatliches Gesetz festlegen. Sie bleibt aber Kriterium der ärztlichen Berufsethik. Sie wird vor allem gewahrt werden müssen durch eine möglichst offene, weitgehende Informierung des Patienten über den Charakter, den Sinn und die eventuellen Konsequenzen einer bestimmten Behandlung, und die Klagen vieler Patienten über das Verstummen des Arztes auf seine - zugegeben vielleicht manchmal naiven, laienhaften und darum lästigen - Fragen, ja über ein eigentliches verächtliches Schweigen sind gewiss nicht alle aus der Luft gegriffen. In jedem Fall darf dem Patienten keine Behandlung aufgenötigt werden, die er bei vollem Bewusstsein eindeutig nicht will.

9. Der Anspruch auf Wahrheit

Zur Würde des Patienten als Subjekt gehört sein prinzipieller Anspruch auf Wahrheit. Wenn wir betonen, Vertrauen sei das eigentlich konstituierende Moment im Verhältnis Arzt-Patient, so ist beizufügen, dass alles Vertrauen auf Wahrheit gegründet ist. Das Vertrauen zum Arzt ist ja nicht ein schweigendes Vertrauen, das sich schweigend in die Hand des schweigenden Arztes fallen lässt. Vertrauen ist, wie kaum sonstwo, auf das Wort der Wahrheit gegründet, und es wird durch Lügen zerstört. Das ist wechselseitig. Wenn der Patient den Arzt belügt, so ist das schlimmer, als wenn der Tramfahrer den Kondukteur belügt; und wenn der Arzt den Patienten belügt, ist das schlimmer, als wenn der Viehhändler den Metzger belügt. Doch Sie fragen vielleicht mit Pilatus: "Was ist Wahrheit?" und Sie gehen noch weiter, dass die moderne Philosophie den ontologischen Wahrheitsbegriff eines Aristoteles längst erschüttert habe. Es ist mir auch bewusst, wie schwer und wie unterschiedlich in Diagnose und Prognose sich Wahrheit feststellen und aussagen lässt. Die Diagnose, wie sehr in ihr auch das Element der Kunst, der Intuition mitspielt, ist heute doch weitgehend eine nach naturwissenschaftlich-exakten Methoden erarbeitete Feststellung über organische Deformationen. Die Prognose jedoch, die Aussagen über den weiteren Verlauf der Krankheit und die Aussichten ihrer Behandlung, ist eine von viel subjektiven Faktoren abhängige, auf Erkenntnis, Erfahrung und auch bloße Vermutung beruhende Aussage, ja zuletzt eine Gleichung mit fast lauter Unbekannten. Auf dem ersten Gebiet bewegt sich der Arzt mit grosser Sicherheit, auf dem zweiten, gerade wenn er dem Patienten Mut und Vertrauen einflössen will, meist mit Recht mit höchster Vorsicht - vor allem, wenn es um die Prognose "unheilbar" geht. - So sehr das den Kreis der Wahrheitsaussage einschränkt, so bleibt doch der Anspruch selbst unbestritten: der Patient hat das Recht auf Information, und der Arzt hat die Pflicht, seine Diagnose und Prognose mitzuteilen. Gewiss nicht mit der Holzhammermethode. Es gibt auch das ernsthafte Problem, inwieweit der Patient in einem bestimmten Moment seines physischen und seelischen Zustandes diese Wahrheit zu ertragen vermag. Gleichwohl muss sein Subjektsein gerade in diesem Punkt ernstgenommen werden, auch gegenüber den verantwortlichen nächsten Angehörigen, die als Stellvertreter des Patienten zu gelten haben, und darf nicht leichtfertig beiseitegeschoben oder gar dessen Missachtung zum *medium sanitatis* erhoben und idealisiert werden. Doch gibt es auch hier keine Kasuistik.

10. Würde des Sterbens

Zum Anspruch des Patienten auf Beachtung seiner Würde gehört auch sein Anspruch auf ein würdiges Sterben. Damit berühren wir eine Sphäre, die den medizinischen Bereich überschreitet. Die ärztliche Kunst hat sich ja nicht mit dem Tod zu befassen. Sie hat ihn allenfalls festzustellen. Ärztliches Wissen und Können haben sich aber nicht mit der Vorbereitung auf das Sterben - das ist Sache des Patienten selbst und allenfalls seines Seelsorgers -, sondern mit dem Kampf um die Erhaltung des Lebens zu befassen, und hier stellt sich lediglich die Frage, wo allenfalls dieser Kampf als sinnlos einzustellen und der Natur ihr Lauf zu lassen sei. Mit dem Tod befasst sich der Arzt nicht als Mediziner, sondern als ein dem Sterbenden verbundener Mensch, der ihm das Sterben zu erleichtern, ja schmerzlos und mühelos zu machen versucht. - Wenn wir von einem würdigen Sterben sprechen, so verstehen wir darunter nicht ein feierlich-ornamentales oder sakralisiertes Lebensende, sondern einen Vorgang, bei dem der Sterbende mit seinem Bewusstsein nach Möglichkeit nicht gänzlich ausgeschaltet wird, sondern an diesem den möglichst maximalen Anteil haben kann. "Ein jeder stirbt seinen eigenen Tod", hat Rilke gesagt; ich möchte das leicht abwandeln: "Ein jeder hat das Recht auf seinen eigenen Tod." Wieweit diese Idealforderung realisiert werden kann, wieweit sie durch andere ethische Kriterien eingeschränkt ist, lässt sich wiederum nicht festlegen. Es geht nur darum, dass man das Problem sieht. Es schliesst nicht aus, sondern ein, dass man dem Sterbenden nach Möglichkeit alles zur Verfügung stellt, was seine Beschwerden und Schmerzen lindert. Wo die Narkotisierung Linderung von Qualen bedeutet, ist sie nicht nur erlaubt, sondern christlich geboten. Wo sie weiterschreitet zur völligen Entpersönlichung, wird sie problematisch. Erst recht problematisch wird es, wenn man, wo jede weitere Behandlung aussichtslos und damit sinnlos geworden ist, durch Apparaturen, Medikamente und Experimente ein Leben verlängert, das praktisch zu existieren aufgehört hat, vielleicht nur, um einer ambitiösen Perfektion zu genügen. Wichtig ist es auch, dass der Arzt den entscheidenden Moment erfasst und respektiert, wo sein Wirken am Patienten demjenigen des Seelsorgers Raum zu geben hat. Wichtig ist auch, dass er, vor allem im Spital, für eine Atmosphäre sorgt, die der gebotenen Ehrfurcht vor der Würde des Sterbens nicht Eintrag tut. Wie es das Gebot der Ehrfurcht vor dem Leben gibt, so gibt es ein Gebot der Ehrfurcht vor dem Sterben.

Adresse des Autors: Pfarrer Dr. theol. Peter Vogelsanger, Haus am Bühl, CH 8926 Kappel am Albis (Schweiz)