
Götter, Kranke und Gelehrte – das komplizierte Verhältnis von Ärzten und Patienten

Klaus Bergdolt

Arzt und Patient – dieses ungleiche Duo spielt, wie es scheint, in allen Kulturen eine besondere, ja einzigartige Rolle. Die Begegnung beider gilt als Nukleus der Medizin überhaupt, die, obgleich sie im 19. Jahrhundert in den unumkehrbaren Sog des naturwissenschaftlichen Positivismus geriet, zu Recht immer auch Philosophen, Ethiker, Theologen und Vertreter verschiedener Gesellschaftswissenschaften in ihren Bann zog. Tatsächlich stehen nicht das naturwissenschaftliche Labor (wie Claude Bernard behauptete), nicht die medizinischen Fakultäten (wie Virchow und Emil Du Bois Reymond postulierten), ja nicht einmal das Krankenhaus, geschweige denn die Gesundheitsbürokratie und -ökonomie (wie es heute von Klinikverwaltern, die in Wirklichkeit Sparkommissare sind, und einer hilflosen Fraktion von Politikern suggeriert wird) im Mittelpunkt der Heilkunde, sondern der Kampf gegen eine konkrete Krankheit oder mehrere, in welchem, ungeachtet der zunehmenden Technisierung und Anonymisierung der Medizin, zunächst zwei Menschen stehen. Angesichts der Tatsache, dass heute nicht die Einzelverantwortung, sondern das „Teamwork“ der gesellschaftlichen und politischen „correctness“ entspricht, fordern Krankenhaupsychologen, Patientenvertreter, Medizinethiker und ärztliche Standesvertreter zu Recht, dass der Patient im Krankenhaus im Gewirr der Spezialuntersuchungen *einen* ärzt-

lichen Ansprechpartner behält, dem er Vertrauen schenken kann und von dem er weiß, dass er seine „Geschichte“ kennt. Bestürzt nimmt man zur Kenntnis, dass auch Verwaltungsrichtlinien und Gesetzesvorlagen, die zur „Modernisierung“ der Krankenhäuser erlassen wurden, die uralte Arzt-Patient-Beziehung zunehmend zerstören. Bürokratische Restriktionen, Schreibtischverpflichtungen und Abrechnungsmodalitäten gefährden das Vertrauensverhältnis inzwischen selbst in den Praxen der niedergelassenen Ärzte! Spürt der Patient, dass sein Arzt unter Zeitdruck steht und die Behandlung womöglich ökonomisch beurteilt, ist es kaum möglich, Vertrauen zu entwickeln.

Schon in der Antike, welche die abendländische Medizin so nachhaltig prägte, wünschte man sich einen *menschlichen* Arzt, welcher der Empathie und des Mitleids fähig war. Platon favorisierte einen erfahrenen Heiler, der nicht nur viele Kranke behandelt, sondern „selbst an allen Krankheiten“ gelitten hat (!). Aus Sicht der Patienten hat sich inzwischen wenig geändert: Über das Messende, Vergleichende und Einordnende hinaus, das im Medizinstudium gelehrt wird, wird vom Arzt auch Sensibilität und Einfühlbarkeit erwartet, d. h. eine Doppelbegabung, die alles andere als selbstverständlich ist. Der hohe Anspruch hat wiederum historische Wurzeln. Bereits die Hippokratiker sowie ihre römischen und mittelalterlichen Epigonen verlangten, dass er über vielerlei, teilweise konträr erscheinende Fähigkeiten verfüge. Dass sein heutiger Alltag von Stress und Überforderung geprägt ist, war, wie ein Blick in die Vergangenheit zeigt, spätestens seit dem 19. und frühen 20. Jahrhundert vorprogrammiert. Medizinprofessoren wie Virchow demonstrierten eine vielfältige Kompetenz und Bildung. Es gab keine medizinische, soziale oder politische Herausforderung, vor der sich die ärztlichen Positivisten des 19. Jahrhunderts versteckten. Die Gesundheit des Einzelnen wie des Staates galt als ihre Aufgabe.

Auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts soll ein guter Arzt – so der Anspruch der Öffentlichkeit – den letzten Kenntnisstand der naturwissenschaftlich-technischen Forschung verinnerlicht haben, ökonomisch denken, ja – auch wenn es ungern ausgesprochen wird – utilitaristischen Grundsätzen genügen und schließlich bürokratischen Vorschriften Rechnung tragen, ohne die er, wie auch die Kassen und Krankenhausträger, kein Geld bekommt. Er soll zudem nicht nur menschlich handeln, sondern auch, und zwar durchaus im wissenschaftlichen Sinn, soziologisch und psychologisch versiert sein, muss er doch, wie es viele herausragende Kollegen von Hufeland bis Ludolf Krehl, von Jaspers bis Thure von Uexküll forderten, den familiären Hintergrund und mögliche Umweltgründe von Krankheiten und Schmerzen berücksichtigen. Arbeitet er als Chirurg, ist eine zusätzliche manuelle Begabung unabdingbar: Er muss fingerfertig sein, basteln können, ja künstlerische Fähigkeiten entwickeln. Stets behält er, wie Professor Brinkmann in der berühmten, inzwischen selbst als historisch empfundenen Schwarzwaldklinik-Serie, einen klaren Kopf, den man beim Kranken, den Angst und Inkompetenz verwirren, nur bedingt findet. Ironisch könnte man sagen: Er verfügt über eine Universalbegabung, welche die Natur außerhalb seines Standes nicht geschaffen hat.

Der Psychiater Viktor von Gebssattel, nach dem Krieg in Würzburg erster deutscher Lehrstuhlinhaber für medizinische Psychologie, hat die klassische Begegnung von Arzt und Patient in drei Phasen unterteilt: Zunächst ist das empathische, menschliche Gespräch angemessen, das Vertrauen schafft, danach – notgedrungen entfremdend, aber im Interesse des Kranken – die kühle Analyse, in der sich der Arzt in einen kritisch beobachtenden, durchaus distanzierten Naturwissenschaftler verwandelt. Stehen die Ergebnisse der Untersuchungen und Analysen fest, folgt erneut ein einfühlsames Gespräch, das in der Regel den

Charakter einer Beratung hat und auf den Ausgangsdialog Bezug nimmt. Der Gebattel'schen Behandlungstrias entspricht ein Ideal, das die Tradition des Naturforschers aus dem 19. Jahrhundert mit dem Bild des humanen Arztes verbindet, wie es etwa Adalbert Stifter in der „Mappe meines Urgroßvaters“, eines Arztes im Böhmerwald, aufzeigte. Der Hausarzt erscheint als Berater der Familie und stellt für sie eine selbstverständliche Vertrauensperson dar. Es ist vielleicht bezeichnend, dass uns dieses Ideal vor allem in der schöngeistigen Literatur des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, bei Ibsen, Stifter, Storm und Balzac, begegnet. Es handelt sich um ein hochgehängtes, schwer zu verwirklichendes Leitbild, das nach Gebattel immer wieder verinnerlicht werden sollte. Die rasante Entwicklung des medizinischen Positivismus, den in Deutschland – unter Berufung auf den französischen Philosophen Auguste Comte – vor allem Virchow, Du Bois-Reymond und ihre Schüler vertraten, wurde so schon seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kritisch begleitet. Nicht zuletzt meldeten hier die frühen Psychoanalytiker und die Vertreter alternativer Medizinlehren Widerspruch an.

Dieses humane Arztbild, das bei manchen Anhängern der *Evidence-Based Medicine* und überzeugten Leitlinienfreaks wohl nur ein müdes Lächeln bewirkt, wurde zwar immer wieder relativiert (vor allem an den Universitäten, wo die medizinischen *opinion-makers* den Erfolg und Sinn ihres Handelns einzig aus dem naturwissenschaftlichen Paradigma begründeten), galt aber auch immer wieder als wünschenswert. Selbst der fanatischste Positivist konnte nicht ausschließen, selbst irgendwann in seinem Leben nicht nur gewisser Labordaten, sondern auch menschlicher Zuwendung zu bedürfen. In einem häufig von einem geradezu pathologischen Optimismus getragenen Sendungsbewusstsein übersah mancher vom Erfolg der Naturwissenschaft geblendete Mediziner des 19. Jahr-

hunderts, dass das *Gespräch*, tröstend, erklärend oder prognostizierend, in der Heilkunde einen zentralen Stellenwert hat. Kein Wunder, dass die Kritik an der modernen Medizin, wie der Epidemiologe und Statistiker Feinstein zeigen konnte, prompt auch nicht an Gebtsattels erster und dritter Phase ansetzte, sondern an der mittleren, in der es um die Objektivierung der Daten geht. Kritisch wurde herausgestellt, dass bei der Befunderhebung des Röntgenologen, Pathologen, ja des Labormediziners, aber auch, was die ins Auge gefassten therapeutischen Konsequenzen angeht, das Subjektive eine größere Rolle spielt, als gemeinhin wahrgenommen wird. Peter Sawicki, Direktor des Kölner „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, ein entschiedener Verfechter der *Evidence-Based Medicine*, vertritt so die These, die *Evidence-Based Medicine* schließe selbstverständlich auch die *Erfahrung* ein, deren subjektive Spielbreite anzuerkennen sei. Einen Praktiker dürfte dies kaum überraschen: Als gesichert geltende wissenschaftliche Fakten sind, wie der Kölner Internist Rudolf Groß in seinen mit Markus Löffler herausgegebenen „Prinzipien der Medizin“ betonte, stets von Ausnahmen „umgeben“. Die Erfahrung gilt hier geradezu als zweite Säule der Evidenz, die somit auf Studien *und* Erfahrung baut, deren Bedeutung im Übrigen schon den alten Ärzten bewusst war. „Unerfahrenheit setzt einem Arzt Tag und Nacht zu, raubt ihm sein Selbstvertrauen und macht ihn ängstlich“, hieß es in den hippokratischen „Gesetzen“ (ca. 300 v. Chr.). Die damaligen Gelehrten sahen den „vorbildlichen Arzt“, der die „Ursachen der Krankheiten“ kennt und seine Patienten entsprechend aufklärt, vor allem *auch* als „Führer der Gesunden“, als Lebensberater, Philosophen, ja, wie Aischylos, als „Seher“ bzw. Propheten. Patienten, welche ihren Arzt wechselten, wurden ihrer Wankelmur und Illoyalität wegen getadelt! Ein Wechsel des Arztes schließt eine Vertrauensbildung aus, ebenso wie

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

Worin liegt nun das Erfolgsgeheimnis des guten Arztes? In der über zwei Jahrtausende Hippokrates zugeschriebenen Schrift „Über den Arzt“, die vom Mittelalter bis zur frühen Neuzeit immer wieder kopiert bzw. paraphrasiert wurde, wird gefordert, dass er zunächst durch seine äußere *Lebensführung* Vorbild sei. Er hat sonst als Therapeut, so der strenge, in Wirklichkeit anonyme Autor, mangels Ansehens und ohne die gebotene Autorität keine Chance, Krankheiten zu besiegen. Vorbedingung ärztlicher „dignitas“ war bis in die frühe Neuzeit eine Art bürgerliche „Etikette“, die auch für andere Stände wegweisend schien:

„Er sei allen gegenüber freundlich, aber zurückhaltend, denn allzu beflissenes Entgegenkommen wird verachtet ... Seine Miene sei nachdenklich, ohne streng zu wirken, weil ein allzu selbstbewusster Mensch den Eindruck erweckt, menschenfeindlich zu sein. Wer andererseits immer zum Lachen neigt und allzu vergnügt ist, wird für unfein gehalten. Nicht zuletzt davor muss man sich (als Arzt) hüten.“ Spätestens im Mittelalter wurde es auch als unseriös erachtet, wenn sich Ärzte Kranken gegenüber einer unverständlichen Fachsprache bedienten, die Ängste hervorrief und womöglich, wie der Scholastiker Johannes von Salisbury (12. Jh.), aber auch Petrarca (14. Jh.) vermuteten, nur ihre Unsicherheit überspielen sollte. In seinem „*Medicus politicus*“ (1614) betonte der Hamburger Stadtarzt Rodericus Castro, seine Kollegen sollten „ohne Stottern, gelehrt, nicht bäurisch und töricht“ reden, denn ein „gurrender Arzt“ sei für den Patienten eine „zweite Krankheit“. Klarheit, Offenheit, Bescheidenheit – dies war die Basis des ärztlichen Verhaltenskanons, den Kranke über Jahrhunderte erwarten durften. Samuel Sorbière lehnte in seinem ärztlichen Benimmbuch (1644) „sowohl Schwätzer wie Schweiger“ ab, dazu Ärzte, „die immer nur mit der Stirn runzeln“. Zögerliche Ignoranten, die nur durch nutzlose Besserwisserei auffielen, hatte wiederum bereits Petrarca kritisiert.

Den psychologischen folgten im hippokratischen Text praktisch-moralische Mahnungen: „Die Kranken haben enge Beziehungen zu Ärzten. Sie geben ihnen die Hand, und diese kommen stets mit Frauen, Mädchen und ihrem wertvollsten Besitz in Berührung. Deshalb ist in erster Linie Selbstbeherrschung zu üben“ – eine Mahnung, die bekanntlich im Eid des Hippokrates thematisiert wurde, der besonders auch die Pflicht zur Verschwiegenheit herausstellte. Vor allem galt der Arzt jahrhundertlang als „Diener der Natur“. Man ging bis zur Zeit der Aufklärung da-

von aus, dass der Gesundungsprozess einem Naturgesetz entspricht. Die aristotelische Vorstellung der Entelechie implizierte, dass ein positives Lebensprinzip den Heilversuch unterstützt. Krankheit galt, sofern es sich nicht um die endgültige, tödliche oder eine Folge des Alters handelte, als Ausbruch aus der Natur, was dem Kranken erklärt werden musste. Mit Hilfe des Arztes musste er sich auf den Pfad der Gesundheit zurückbegeben – durch eine überlegte Auswahl der Speisen, durch Selbstdisziplin, Selbstkontrolle sowie eine Kooperation mit der Familie und – nicht zuletzt – die Pflege der Umwelt.

Die hippokratischen Ethik-Traktate und Verhaltensanweisungen erfreuten sich bis zum 19. Jahrhundert großer Beliebtheit. Der ärztliche Paternalismus stand stets außer Frage – auch der hippokratische Eid legte ihn nahe! Der Arzt entscheidet, der Kranke gehorcht, allerdings nach Aufklärung und plausibler Begründung seines Handelns. 1791 wurde der ärztliche Entscheidungsvorrang in Friedrich Hennings Buch „Von den Pflichten der Kranken gegen die Ärzte“ vertreten – noch heute dürften sich die meisten Ärzte hier bestätigt fühlen! Kritik in der Öffentlichkeit hätte wohl folgende, dem „Corpus Hippocraticum“ entnommene Argumentation Hennings hervorgerufen: Im Falle ihres unerwarteten Ablebens seien die Patienten selbst schuld, „denn es ist wahrscheinlicher, dass die Kranken unfähig sind, die Verordnungen einzuhalten, als dass Ärzte das Falsche verordnen“. Bereits Plinius der Ältere hatte sich kritisch, ja empört auf diese Hippokrates-Passage bezogen und daraus den Schluss gezogen: „Die Ärzte lernen durch unsere Gefahren und wälzen ihre Schuld auf die Verstorbenen.“ Folgt man dem großen römischen Naturforscher, erschleichen sie nicht selten Testamente, begehen Ehebruch, jagen nach Geld, verlängern absichtlich Krankheiten, um die Kranken auszunutzen, und verordnen ihre Therapien nach widersprüchlichen Grundsätzen.

Die hippokratische Tradition erforderte somit – sehen wir von Plinius' übertreibender Rhetorik ab – einen strikten Paternalismus des Arztes, d.h. auch eine gewisse *Demut* des Patienten, der einsehen muss, dass die missliche Situation des Krankseins dem Willen der Götter oder einer Laune der Natur entspricht, nicht aber der Missgunst oder gar freien Entscheidung von Heilern. Dass die Abhängigkeit bzw. Demut des Kranken freilich zuweilen missbraucht wurde, lässt sich aus vielen arztkritischen Schriften rekonstruieren. Später wurde, etwa in der Benediktus-Regel des frühen 6. Jahrhunderts, eine regelrechte *Patientenethik* entwickelt. Wer Kranke pflegt oder behandelt, muss sie zwar verstehen, ja in vielem bevorzugen, doch gibt ihnen selbst das schlimmste Leiden nicht das Recht, ihre Pfleger und Ärzte zu schikanieren. Patienten müssen eine Art *Coping* lernen, den hier fast philosophisch verstandenen Umgang mit der Krankheit. Diese Ethik der Akzeptanz des Leidens hing natürlich auch mit dem Gedanken zusammen, dass Krankheit etwas mit dem Willen Gottes zu tun hat. Erst die Erbsünde, so der hl. Augustinus, hat sie in die Welt gebracht.

Die hippokratischen Autoren verurteilten allerdings streng jene Ärzte, die sich bewusst als Helfer „in Szene setzten“ und z.B. „nur schön aussehende Verbände machten“, denn „es handelt sich um Wichtigtuerei“. Das spontane, in Wirklichkeit oft aus taktischen Gründen vorgebrachte Lob der Patienten – welcher Arzt kennt es nicht! – verführt, so bereits die antike Erkenntnis, nicht selten zu Eitelkeit und Selbstüberschätzung. Da viele Krankheiten harmloser Natur sind, gelingen die meisten Behandlungen. „Auch ein schlechter Seemann bringt ja bei gutem Wetter sein Schiff zum Hafen; im Sturm versagt er dagegen jämmerlich“, schrieb ein anonym griechischer Arzt. In harmlosen Fällen bewirkt in der Regel selbst der schlechteste Arzt einen Placebo-Effekt.

Zum Erfolg gehört dennoch, ungeachtet aller Selbstgefälligkeit und Selbstüberschätzung, ein positives Image, an dem der Arzt wie ein Schauspieler arbeiten muss. Bei diesem Selbstdarstellungsprozess, der moralisch durchaus ambivalent zu bewerten ist (einerseits fördert das konstruierte Bild des souveränen Heilers beim Patienten den Gesundungsprozess, andererseits riskiert der Arzt, von Eitelkeit und Hybris verführt zu werden!), ging es, vertraut man den Quellen, häufig sehr menschlich zu. Isaak Judaeus riet im 10. Jahrhundert den ärztlichen Kollegen in Kairouan: „Je teurer du deine Kuren ansetzt, desto prestigeträchtiger werden sie in den Augen der Leute sein“. Wenn der flämische Arzt Jan Yperman (um 1330) den idealen Arzt charakterisierte, hatte er die Autorität der arabischen und hippokratischen Vorbilder vor Augen: „Er muss wohlgestaltet sowie von gesunder und stabiler Konstitution sein und eine gute Ausstrahlung haben, denn Rhases sagt, ein unangenehmes Äußeres lässt sich nicht mit einem guten Herzen vereinen, und Avicenna behauptet, ein schönes Gesicht verbirgt wahrscheinlich auch einen lauterer Charakter...“. Ein Chirurg brauche wohlgeformte Hände und schlanke Finger. Sie „sollten nicht zittern, und er sollte scharf sehen“. Um 1400 stieß der englische Chirurg John of Ardern in dasselbe Horn: „Er sollte auch saubere Hände und wohlgeformte Nägel haben, frei von aller Schwärze und Schmutz.“

Der Arzt muss auch im schlimmsten Fall Vertrauen einflößen und die Kranken ermutigen. Hufelands berühmte Einsicht blieb lange Zeit eine kaum hinterfragte Standesregel, die erst unter dem juristischen Druck der heute üblichen Radikalaufklärung relativiert wurde. Für den großen Mediziner der Goethezeit darf, wer immer mit Patienten zu tun hat, niemals die Hoffnungslosigkeit einer Situation betonen, denn dies „konsumiert die Lebenskraft“. Es sei vielmehr „heilige Pflicht des Arztes, alles zu vermeiden,

was den Kranken niedergeschlagen oder mutlos machen“ könne. Dabei darf es keine Unterschiede zwischen Reichen und Armen, Prominenten und einfachen Menschen geben. Berühmt wurde Hufelands Diktum: „Den Tod verkündigen heißt den Tod geben.“ Der Arzt ist vielmehr dazu da, „Leben zu verbreiten“. Man darf hier daran erinnern, dass er jahrhundertlang seine Aufgabe dann für beendet hielt, wenn der Tod des Patienten abzusehen war. Sterbebegleitung war, von Fürsten- und Papsthöfen abgesehen, wo sich der Arzt diskret in den Hintergrund zurückzog, Aufgabe der Priester und Familienangehörigen.

Kein Zweifel, dass die Aufklärung (nicht immer hatte sie humane Züge, schon gar nicht in der Medizin!) den Vorrang des Gemeinschaftsinteresses gegenüber dem Einzelnen betonte. Hufeland setzte hier bewusst ein Gegenprogramm. In der 1806 erschienenen Schrift „Die Verhältnisse des Arztes“ betonte er: „Der Arzt führt im Übrigen ein Leben für andere, nicht für sich.“ Sein Handeln ist nach Hufeland von Pflichtbewusstsein und Opferbereitschaft geprägt. Satire, Witz oder gar zynische Bemerkungen hat er zu meiden. Seine Existenz ist gelebte Caritas. Nicht Geld oder materielle Belohnung, sondern der berechtigte Dank des Patienten bereitet ihm Freude. In Epidemiezeiten zeigen sich sein Mut und seine Liebe zum Kranken besonders. Tatsächlich war zu Pestzeiten seit 1348 immer wieder die Frage aufgekommen, ob ein Arzt bei Gefahr die Flucht ergreifen dürfe. Die meisten Ethik-Traktate bejahten dies. Ein toter Mediziner nütze auf Dauer weniger als ein vorübergehend geflohener. Galen selbst war einst aus Rom geflüchtet, nicht weniger als 1500 Jahre später der englische Arzt Thomas Sydenham aus London floh. Luther verteidigte diese Haltung, während Calvin sie kritisierte.

Im 19. Jahrhundert wurden solche Fragen angesichts „neuer Epidemien“ wie der Cholera und Tuberkulose wieder lauter. Hufelands Kurs hielt sich nicht. Die Begeiste-

rung für den naturwissenschaftlichen Positivismus und die ersten großen Erfolge (etwa in der Bakteriologie) wiesen den nicht primär oder ausschließlich naturwissenschaftlich gebildeten Arzt in die zweite Reihe. Die führenden Wissenschaftler konnten es mit ihrem Gewissen vereinbaren, im Kranken auch ein Objekt zu sehen, dessen wenig hinterfragte Opferrolle späteren Generationen zugute kommen sollte, nämlich durch die Möglichkeit der Heilung damals noch unheilbar erscheinender Krankheiten. Es wurde normal, Kranke in Studien und Reihen einzuplanen, von denen sie nichts ahnten. Die Statistik (die übrigens selbst Hufeland schätzte) sah den Patienten als mathematisch fassbares Glied einer „Studienkette“, der Menschenversuch kam in Mode. Erkrankte ein Arzt selbst, kam er dagegen in Verruf. Dies war häufig, da die Mortalität im frühen 19. Jahrhundert nirgends so hoch wie unter Ärzten war. Infektionen, Reise- und Wegeunfälle, aber auch Gesundheitsschäden infolge von Nachtruhestörungen und unregelmäßiger Lebensgestaltung drohten. Karl Friedrich Marx (1876) zufolge zeigte der gute Arzt „blühendes Aussehen, kräftiges Auftreten, frohe Stimmung“. Ein solcher Arzt protestierte nicht, wenn man vermutete, er verdanke seinen beneidenswerten Zustand der eigenen medizinischen Sachkenntnis und souveränen Beherrschung der Kunst der Prophylaxe. Das eigene Leben wie das der Patienten schien, so die Überzeugung des 19. Jahrhunderts, durch kühles, vernunftgetragenes Management organisierbar.

Der französische Physiologe Claude Bernard (1813–78) schuf das Bild vom Tempel der medizinischen Wissenschaft, dessen Vorhalle der Patient, dessen Allerheiligstes das Labor darstellt. Niemand aus der Wissenschaftselite widersprach. Gegen 1900 ging entsprechend nur derjenige ins Krankenhaus, der dazu getrieben wurde. Reiche, Beamte, Künstler, Adlige blieben auch bei schlimmsten Krankheiten zu Hause. Nicht ohne Grund – das Image der Klini-

ken sank, und selbst die konfessionellen Krankenhäuser waren nicht frei von Verdacht. Moral wurde nach den Kriterien und Ergebnissen der Naturwissenschaften interpretiert. Bereits 1869 hatte der Chirurg Friedrich Esmarch erklärt, „dass unsere Zeit in der Humanität mächtig Fortschritte gemacht hat und auch in dieser Beziehung höher steht als die sogenannte ‚gute alte Zeit‘“. Es erschien konsequent, das Studium der Medizin zu reformieren und das Tentamen *Philosophicum* durch das Tentamen *Physicum* zu ersetzen. Neben Mechanik, Hydrostatik und Hydraulik zählte nun vor allem die Mathematik, „welche zu einem geordneten Denken gewöhnt“ (so der Tübinger Arzt Wilhelm Plouquet), zu den medizinischen Basisfächern. Das Gespräch mit dem Kranken, jahrtausendlang im Mittelpunkt des Arzt-Patient-Verhältnisses, verlor an Bedeutung. Plouquet zeigte selbst Bedenken, in kritischen Situationen Verwandte oder Familienangehörige zu informieren, könnten sie doch „mit Weinen und Lamentieren“ den Patienten belästigen und „eine dem Kranken nicht eben vorteilhafte Unruhe“ ins Krankenhaus bringen ...

Nach dem Zweiten Weltkrieg gewann die Frage nach dem Verhältnis von Arzt und Patient – vor dem Hintergrund der medizinischen Verbrechen zwischen 1933 und 1945 – nicht nur in Deutschland eine neue Intensität. Schon in den Fünfzigerjahren nahmen sich zahlreiche Ärzte, Medizintheoretiker und Medizinhistoriker des Themas an. Nach 1968 wurde vielerorts die Psychosomatik gefördert, vielleicht auch zuweilen überschätzt. Die „Heidelberger Schule“ setzte, auch vom Ausland beachtet, die von Krehl, Siebeck und Viktor von Weizsäcker begründete Tradition fort. Kein Zweifel allerdings, dass die nach der deutschen Wiedervereinigung (1990) einsetzende Ökonomisierung der Medizin Lösungen als akzeptabel erscheinen ließ, die man zuvor als utilitaristische Fehlentwicklung abgelehnt hätte, Lösungen, die, historisch gesehen, sogar bedenklich stim-

men. Man kann, wagt man den Blick in die Vergangenheit, sich des Eindrucks nicht erwehren, dass immer dann, wenn rein ökonomisch argumentiert und betont wurde, dass im Zweifelsfall das Glück und die Gesundheit vieler vor dem Glück und der Gesundheit Einzelner Vorrang hätten, die Medizin von Inhumanität bedroht war. Der Arzt darf sich eine solche Degradierung, die ihn zum Techniker und Buchhalter statt zum humanen Partner des Kranken stempelt, nicht gefallen lassen. „Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden“, erklärte der frühere Bundespräsident Johannes Rau beim Deutschen Ärztetag 1994. Es ist zu fürchten, dass man in absehbarer Zeit über solche Äußerungen lächeln wird.

Es ist so zu befürchten, dass die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems das ärztliche Gewissen, aber auch dasjenige der Gesellschaft beeinflussen wird. Allokationsfragen bzw. das alte Problem der „Triage“ werden heute wieder offen diskutiert. Dürfen (oder müssen) bestimmte Patienten, auch im Hinblick auf die drohende „umgekehrte Alterspyramide“, in der Behandlung bevorzugt oder benachteiligt werden? Auch die Messung der Lebensqualität, vor der man aus historischer Sicht hätte warnen müssen, wird wieder für möglich gehalten. Das Verhältnis von Arzt und Patient wird hier substantiell berührt. Es wäre zwar naiv, anzunehmen, dass es jemals von gesellschaftlichen Einflüssen frei gewesen wäre, doch hat der Arzt das Recht und die Pflicht, gegen jede „Verzwecklichung“ des menschlichen Lebens (Hans Jonas) zu protestieren, ja sich entsprechenden Tendenzen, das menschliche Leben mathematisch bzw. in „quality adjusted life years“ zu werten, zu verweigern. Der große englische Arzt und Ethiker des 18. Jahrhunderts, Thomas Percival, sah es gerade in einem utilitaristisch geprägten Umfeld als ärztliche Aufgabe an, die Interessen der Kranken gegen Sparbeschlüsse und Wirtschaftsplanungen des Staates zu ver-

teidigen. Die Grenzen staatlicher Einflussnahme wurden mit Leidenschaft diskutiert. In Deutschland und den meisten westlichen Ländern, die in den letzten Jahren in ökonomische Schwierigkeiten geraten sind, ist eine echte öffentliche Gesundheitsdebatte – nicht zu verwechseln mit der häufig schrillen Thematisierung verwandter Fragen in Talkshows und an anderer Stelle – bis heute ausgeblieben. Genau sie muss aber in der Zukunft, angesichts der Krise unseres Gesundheitssystems, über die Zukunft des Arzt-Patient-Verhältnisses entscheiden! Der Zeitpunkt, zu dem nicht mehr alle nach dem letzten Stand der Wissenschaft behandelt werden können, weil dies zu teuer ist, ist absehbar. Gerade deshalb dürfen wirtschaftliche Argumente nicht zu allein entscheidenden Kriterien über Krankheit und Gesundheit, ja über Leben und Tod werden.

Literatur

- Bergdolt, Klaus*: Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute. München 2004.
- Deppe, Hans-Ulrich / Regus, Michael* (Hg.): Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte (= Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 67). Frankfurt am Main 1975.
- Engelhardt, Karlheinz*: Kranke Medizin. Das Abhandenkommen der Patienten (= Agenda Zeitlupe 16). Münster 1999.
- Gäfigen, Gérard*: Das Dilemma zwischen humanem Anspruch und ökonomischer Knappheit im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 3 (1998), S. 149–158.
- Hennekeuser, Hans-Heinrich*: Zwischen Ethik und Wirtschaftlichkeit. Der leitende Krankenhausarzt im Spannungsfeld von Patientenbetreuung und Ökonomie. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 3 (1998), S. 141–147.
- Hilger, Hans Hermann*: Der Arztberuf im Wandel der Zeit. Wissenschaftliches Symposium im Rahmen der 600-Jahr-Feiern (1388–1988) der Universität zu Köln. Stuttgart/New York 1990.
- Höffe, Otfried*: Medizin ohne Ethik? (= Edition Suhrkamp 2245). Frankfurt am Main 2002.

Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und Medizinische Praxis (= Kultur der Medizin 14). Frankfurt am Main 2005.

Rudolph, Günter (Hg.): Medizin und Menschenbild. Eine selbstkritische Bestandsaufnahme. Tübingen 1994.

Schipperges, Heinrich: Heidelberger Schule der Medizin. Medizin in Bewegung. Heidelberg 1990.

Wiesing, Urban: Wer heilt, hat Recht. Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. Stuttgart 2004.

Wolf, Hanns P.: Arzt und Patient. In: Medizin und Ethik. Hrsg. Von Hans-Martin Sass (= Reclam Universal-Bibl. 8599). Stuttgart 1989, S. 184–211.