



Die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes

Politische Abstinenz ein Gebot ärztlicher Ethik? / Von Horst-Eberhard Richter*)

Die Tätigkeit des Arztes, seine soziale Stellung und die auf ihn gerichteten gesellschaftlichen Erwartungen haben sich im 19. Jahrhundert radikal geändert und werden, wie es scheint, gerade von einer erneuten kritischen Wandlung betroffen.

Am Anfang des 19. Jahrhunderts ging der Arzt noch als Hausarzt im eigentlichen Sinne in die Wohnungen seiner Patienten und behandelte diese dort. Erst Mitte des Jahrhunderts setzte sich nach und nach die Sprechstundenpraxis im Hause des Arztes durch. Mit dem Aufschwung der Naturwissenschaften erweiterten sich die Kenntnisse von den körperlichen Funktionen und dementsprechend die ärztlichen Untersuchungsaufgaben. Immer neue Geräte erlaubten dem Arzt eine verfeinerte Organ-diagnostik, zu der er durch bloßes Befragen, Betrachten, Betasten, Beklopfen nicht gelangen konnte. Bis zum heutigen Tage dringt die Technik in den Praxen und Krankenhäusern stetig weiter vor. So ist entstanden, was wir gegenwärtig als „Apparateme-

dizin“ bezeichnen. Damit hat der Rückzug des Arztes vom Patienten als Person einen gewissen Endpunkt erreicht: Erst ging der Arzt zum Patienten. Dann kam dieser zum Arzt. Nun delegiert ihn der Arzt noch an das Labor bzw. an die Apparate weiter, die seinen Zustand messen und über die Behandlung weitgehend entscheiden.

Durch seine überlegene technische Ausstattung ist inzwischen das Krankenhaus zu einer zentralen Einrichtung der medizinischen Versorgung geworden.

Im Krankenhaus, dies ist die vorherrschende Meinung, findet die modernste Medizin statt. Der Grad der Technisierung bestimmt, was man modern, was man fortschrittlich heißt. Entsprechend häufen auch die Ärzte in ambulanten Praxen mehr und mehr Laborgerät an. Das allgemeine Streben zielt noch immer auf maximale Diagnostik. Die technischen Möglichkeiten immer differenzierterer diagnostischer Analysen werden voll, z. T. auch im Übermaß ausgeschöpft. Die Apparate definieren Krankheit durch die aus ihr zu abstrahierenden Zahlenwerte. Sie verwandeln den Kranken in einen „Meßdaten-Patienten“. Diese Entwicklung folgt logisch der traditionellen Doktrin, Gesundheit und Krankheit seien wissenschaftlich durch meßbare Zustände des Organismus zu definieren, der seinerseits als eine Art von selbstgesteu-

erter Maschine aufgefaßt wird. Störungen dieses maschinellen Funktionssystems mit immer subtileren naturwissenschaftlichen Methoden zu analysieren und durch gezielten Eingriff in die pathologischen Kausalzusammenhänge zu reparieren, gilt demnach als die primäre Aufgabe jedes rationalen ärztlichen Handelns.

Bislang kam der traditionellen ärztlichen Standespolitik eine besondere Idealisierung der Medizin im allgemeinen Bewußtsein zur Hilfe. Wie in kaum einem anderen sozialen Bereich schien sich hier die Hoffnung auf unendliche Chancen von Naturwissenschaft und Technik überzeugend zu bestätigen. Die Zurückdrängung der Kindersterblichkeit, die Ausrottung einiger der gefährlichsten epidemischen Krankheiten und viele weitere spektakuläre Siege wirkten auf weite Teile der Bevölkerung wie die sichere Verheißung, die Medizin werde unaufhaltsam bis zu dem Punkt voranschreiten können, ein unabsehbar langes Leben in permanenter Leistungsfrische garantieren zu können. So wurde der Arzt zu einer zentralen Symbolfigur jenes scheinbar unbegrenzt machbaren Fortschritts, der sich als lebensanschauliches Leitbild im Denken der westlichen Industriegesellschaft eingenistet hatte.

Diese einzigartige Idealisierung verschaffte den Ärzten einerseits eine lange gewünschte

*) Der folgende Beitrag ist die gekürzte Fassung des Festvortrages, den Horst-Eberhard Richter am 9. Juni auf dem 30. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin gehalten hat.

Selbstbestätigung, andererseits bürdete sie ihnen einen auf die Dauer unerfüllbaren Auftrag auf. Die Versuchung, sich die allgemeine Überschätzung gefallen zu lassen, bewirkte bei nicht wenigen Medizinern eine Verleugnung des Mißverhältnisses zwischen dem beschränkten eigenen Können und den ihnen von außen entgegengebrachten überhöhten Erwartungen. So half man von ärztlicher Seite mit, die Illusion zu nähren, man müsse nur ein Vielfaches der bisher angewendeten Mittel in die Laborforschung investieren, dann würden sich auch die bisher unergründeten Krankheiten bald ebenso wie die schon ausgerotteten Seuchen aufklären und besiegen lassen. Forschungszentren wuchsen wie Pilze empor, und viele Universitätskliniken haben sich inzwischen in eine Art von Großlaboratorien verwandelt. In der Tat stellen erfolgreiche Laborstudien auch längst eine wesentlich bessere Karrieregarantie für Ärzte dar als besonderes Engagement in fürsorglicher Krankenbetreuung. Habilitation und Berufung auf Professorenstellen erfolgen in der Medizin eher aus der theoretischen Qualifikation im Laboratorium als aus der Bewährung am Krankenbett.

Es verbreitet sich der Vorwurf, das Krankenhaus drohe zu einer Stätte der Seelenlosigkeit und der puren mechanistischen Funktionalität zu verkommen. Diese Kritik wäre indessen wohl noch lange nicht laut geworden, hätte die medizinische Forschung in den letzten Jahrzehnten wie zuvor einen Groß Erfolg an den anderen reihen können. Allmählich bemerkt man aber ein wachsendes Mißverhältnis zwischen den investierten Forschungsmilliarden einerseits und den inzwischen nur noch spärlich anfallenden praktisch nutzbaren Erkenntnisgewinnen andererseits. Die objektive Lage der medizinischen Forschung verlangt eine Ermäßigung der Ansprüche. Die Medizin wird gedrängt, einzugestehen, daß sie trotz aller ihr eingeräumten Vorrechte und der ihr zugestandenen gewaltigen Mittel ohnmächtiger ist und bleiben muß, als die meisten — und auch viele ihrer eigenen Repräsentanten — je wahrhaben wollten. Sie wird ohne Zweifel in Zukunft noch mehr für die allgemeine Gesundheit tun können, als sie das heute vermag. Aber dazu wird sie nur in kleinen Schritten gelangen können. Und sie wird nach wie vor nicht wettzumachen vermögen, was laufend neu produzierte Umweltgifte, was lieblose Erziehung, überlastende Arbeitsbedingungen, diverse sonstige Notlagen sowie alle möglichen Formen von Risikoverhalten laufend an Gesundheitsschäden produzieren. So erscheint dem kritischen Betrachter die Einsicht unabweisbar, daß die Medizin nicht länger als zentraler Stützpfiler der herkömmlichen Fortschrittsideologie taugt.

Im Augenblick ist die Situation des Arztes durch das Dilemma gekennzeichnet, daß sich die ihm zugewandten Ansprüche der Allgemeinheit aufgespalten haben. Der eine Teil der Bevölkerung, der von ihm nach wie vor die Wundertaten eines omnipotenten Gesundheitsingenieurs verlangt, strapaziert ihn durch fortbestehende ungeduldige Überansprüchlichkeit. Die andere Gruppe hat sich bereits in ihrer Grundhaltung gewandelt. Ihr ist der Arzt als der hektische Laboratoriumsmediziner, der hinter den Kurvenbildern und Zahlenreihen chemischer und physikalischer Analysen kaum mehr den Patienten als Person wahrnimmt, geschweige denn sich auf fürsorgliche Gespräche einläßt, eher ein Ärgernis geworden. Diese Patienten wünschen sich den ärztlichen Partner, der sich außer um ihre Organe auch um ihre Gefühle und um ihre mit der Krankheit verbundenen Lebensumstände kümmert. Sie sehen es als wesentlichen Teil seiner ärztlichen Aufgabe an, daß er sie gerade auch in unvermeidlichem Leiden und schließlich im Sterben mit persönlicher Anteilnahme unterstützt.

In das Wechselspiel von Patientenerwartungen und Angeboten der Medizin mischt sich nun indessen ein gewichtiger dritter Faktor ein, nämlich der wirtschaftliche. Fortschrittsideologie, auf die Medizin bezogen, bedeutet zu einem wesentlichen Teil die Hoffnung auf eine stetige Perfektionierung medizinischer Technologien und auf neue wunderbare Errungenschaften der Pharmakochemie. Diese Hoffnung hat sich nun bekanntlich längst in der Expansion entsprechender Industrien niederschlagen, die inzwischen wesentlich mitbestimmen, was aus der Medizin fernerhin wird. So ändern alle sich häufenden Klagen über die mechanistische Unpersönlichkeit der modernen Medizin vorläufig nichts daran, daß die Krankenhäuser und Praxen weiterhin mit immer noch kostspieligerem und komplizierterem Gerät vollgestopft werden. Und dies, obwohl als erwiesen gilt, daß rund 70 Prozent der diagnostischen Leistung durch Anamnese, 20 Prozent durch einfache körperliche Untersuchungen und nur der Rest durch Labor und Röntgen zu bewältigen wären.

Aber gerade diese unmittelbaren ärztlichen Leistungen des anamnestischen Gesprächs und der direkten körperlichen Untersuchung werden gegenüber den labortechnischen Maßnahmen gezielt finanziell unterbewertet. Ärztevereinigungen und Versicherungsträger haben zugestanden, daß in der ärztlichen Ambulanz alle apparativ-technischen Einrichtungen relativ besser bezahlt werden als die direkte ärztliche Untersuchung und das Gespräch. Die ökonomische Bevorzugung einer technisch appa-

rativen Medizin ist festgeschrieben, und es wäre naiv zu erwarten, daß ein bloßes diffuses Unbehagen an dem mechanistischen und zunehmend unpersönlichen Medizinbetrieb automatisch eine baldige Umstrukturierung bewirken könnte, so sehr dies auch einem wachsenden Teil des Publikums und auch zahlreichen kritischen Medizinern wünschenswert erscheint.

Nun sollte man meinen, daß die zunehmende Auszehrung der öffentlichen Haushalte denjenigen Kräften hilfreich werden könnte, die eine einfachere und persönlichere anstelle einer immer höher technisierten Labor-Medizin anstreben. Aber bisher hat sich das Sparargument noch nicht als durchschlagskräftig erwiesen. Noch schreckt man davor zurück, eine schlichtere, technisch sparsamere Medizin zu wagen. Die Allgemeinheit möchte schon mehr persönliche Begegnung mit dem Arzt, mehr Gelegenheit, sich auszusprechen, mehr Information, mehr Wärme, Trost und Vermittlung von Geborgenheit. Aber alles dies erwartet man möglichst als zusätzliche Wohltaten, ohne Abstriche am Standard der neuesten Möglichkeiten der Labormedizin.

Noch verschließt man sich weitgehend dem Erkenntnis, daß es hier nicht um zwei beliebig addierbare, vielmehr um zwei qualitativ grundsätzlich divergierende Perspektiven geht, von denen die eine der anderen untergeordnet werden muß. Diese Perspektiven wurzeln in zwei gegensätzlichen lebensanschaulichen Grundhaltungen. Und deren Konflikt bezeichnet den Kern der Krise nicht nur der Medizin, sondern des gesellschaftlichen Bewußtseins schlechthin. Die Unsicherheit über die Kursbestimmung einer künftigen Medizin ist in der Tat nur ein repräsentatives Abbild unserer viel tieferreichenden Unsicherheit über unsere Werte und Ziele überhaupt. Deshalb sind weder wir Ärzte noch die anderen unmittelbar der Medizin mittragenden Gruppen und Kräfte in der Lage, allein untereinander auszuhandeln, wohin es mit der Medizin letztlich gehen soll.

Es erscheint zunächst paradox, wenn man ausgerechnet in der Medizin eine traditionelle Wertorientierung in Zweifel zieht, die die wir Ärzte auf ewig eingeschworen zu sein scheinen. Aber im Grunde ist es natürlich, ja notwendig, daß gerade unsere Berufsgruppe dieses Problem diskutiert. Denn wir haben täglich Menschen zu sterben zu begleiten. Und dabei erfahren wir, daß zahlreiche Patienten — wie wir selbst — ungenügend gerüstet sind, diesen Schritt innerlich zu bewältigen. Ist der Tod nichts als ein Feind, den wir, wenn wir unsere Kunst nur schon weiterentwickelt hätten, üblicherweise besiegen müßten, könnten wir nur froh sein, wenn unheilbare Pa-

tienten von uns erwarten würden, daß wir ihnen ihre Lage verschweigen. Die Offenbarung von Unheilbarkeit wäre ja in jedem Fall gleichbedeutend mit dem Eingeständnis eines peinlichen Scheiterns. Und in der Tat passen die Verdrängungsbereitschaft von Kranken und Ärzten oft genau zueinander. Im Widerspruch zum allgemeinen Wissen von der Sterblichkeit unseres Geschlechtes benehmen wir uns noch immer weithin so, als käme der Tod im Einzelfall entweder völlig unerwartet — wie es auf vielen Traueranzeigen heißt — oder als vermeidbare Panne durch falsche Lebensführung, durch Fehler der Medizin oder dergleichen. Der Pathologe findet nichts als spezifische Todesursachen. Wie verblendet durch unseren sozio-kulturell eingewurzelten Größenwahn registrieren die meisten das Sterben um sich herum üblicherweise als tragisch zufälliges oder verschuldetes Unglück dieses oder jenes einzelnen. Im Kampf gegen die Feinde unserer Gesundheit und unseres Lebens gibt es — so denkt man weithin — eben Siege und Niederlagen. Niederlagen drohen, wo Menschen in ihrer Abwehrkraft versagen oder wo man den jeweiligen Feind nicht rechtzeitig aufgespürt oder bekämpft hat. Aber zum Trost kann man sich ja auch an Beispiele für spektakuläre Siege klammern, für geheilte Karzinome, wegoperierte Herzfehler oder jahrzehntelang überlebte Infarkte. Und an diesen Beispielen mißt man, was man von uns Ärzten an weiteren Siegen gegen die Gesundheitsfeinde erwartet. Aber gleichzeitig stehen wir vielen Todkranken gegenüber, die uns zeigen, daß sie mit eben dieser Feindbildtheorie nicht sterben können. Wie soll man sich auch mit dem bevorstehenden Tod aussöhnen, wenn er nur als das schmachliche Erliegen gegenüber einem Feind verstanden werden soll, dem die anderen, die am Leben bleiben, mit besserer persönlicher Vorsicht oder wirksamerer Unterstützung wesentlich länger zu entgegenen Aussicht haben?

Das macht ja eben die schmerzliche Einsamkeit vieler Sterbender aus, daß diejenigen, die sie zurücklassen, sich nicht innerlich mit ihrem Sterben verbinden können. Würden auch diese anderen mit ihrer eigenen Sterblichkeit ausgesöhnt sein, würden sie beim Abschiednehmen einem Sterbenden ganz nahebleiben können. Aber eine solche Gemeinschaft mit Sterbenden setzt eben eine neue kollektive Grundhaltung voraus, in welcher der natürliche Tod bejaht werden kann.

Manchmal können wir Ärzte Familien begegnen, die zusammen mit einem Mitglied, das sterben muß und das mit allen das Wissen um sein Schicksal teilt, noch eine Phase des intensivsten Zusammenlebens durchmachen. Sie nutzen die noch verbleibende

gemeinsame Zeit dazu aus, miteinander eine liebevollere Kommunikation zu pflegen, vieles bislang Ungesagte zusammen zu besprechen, manche nie bewältigte Konflikte zu klären und aufzulösen.

Aber wir müssen zugestehen, daß ein derart bewältigtes Sterben und Sterbenlassen heute eher ein rarer Glücksfall ist. Immerhin weisen solche Erfahrungen, so meine ich, den Weg, welcher Wandlung unserer kollektiven Grundhaltung es bedarf, um Krankheit und Sterben in anderer Weise als bisher in unser gemeinsames Selbstverständnis einzuordnen. Das Problem ist nicht, daß, sondern warum man Todkranke in Krankenhaus-Badezimmern sterben läßt. Das Problem ist die Ratlosigkeit und die unbewältigte Angst einer immer noch von Größenillusionen besessenen Gesellschaft, die verdrängen muß, was sie noch nicht aushalten kann. Das Abschieben ins Badezimmer ist nichts anderes als der augenfällig gewordene Ausdruck einer Verdrängung, die täglich millionenfach unsichtbar stattfindet, indem man sich überall panikartig innerlich von denen zurückzieht, die der Masse der noch Gesunden abspiegeln, was diese als eigene Bestimmung nicht anzuschauen wagen.

Eine echte fundamentale Revision dieses kollektiven Verhaltensmusters erfordert also eine breite radikale Wandlung unseres gesellschaftlichen Selbstverständnisses. Sterben kann nur akzeptabel werden, wenn es nicht länger den absoluten Gegensatz zu den Aspekten des Lebens darstellt, auf deren Verherrlichung wir bisher eingeschworen sind. Es geht hier um eine Umkehr kulturevolutionären Ausmaßes. Als Überwindung unseres soziokulturell verankerten „Gotteskomplexes“ habe ich die Aufgabe dieser Umkehr in meinem letzten Buch zu beschreiben versucht. Dabei sehe ich mich in der Nähe zu Vorstellungen des Münsteraner Theologen Johann Baptist Metz, der Ähnliches kürzlich unter dem Begriff einer allfälligen „anthropologischen Revolution“ formuliert hat. „Die Verdrängung des Todes“, so schreibt er, „hat uns zu hemmungslosen Unterwerfern gemacht. Sind wir inzwischen aber nicht längst unserem eigenen Unterwerfungsprinzip unterworfen, jenem Herrschaftsprinzip, das den Tod nur verdrängen kann, indem es selbst immer neue tote Verhältnisse produziert und so die Frage nach einem Leben vor dem Tod immer mehr zur Frage des reinen Überlebens reduziert?“ Die „anthropologische Revolution“, die ihm vorschwebt, nennt er einen „revolutionären Bildungsprozeß einer neuen Subjektivität“. „Es geht dabei“, wie er ausführt, „nicht um eine Befreiung von unserer Ohnmacht, sondern von unserer Art der Übermacht; nicht um eine Befreiung von unserem Beherrscht-

sein, sondern von unserem Herrschen; es geht nicht um Befreiung von unserem Leiden, sondern von unserer Apathie.“

Kernstück dieser erwarteten grundlegenden Umkehr wäre jedenfalls ein neues Verhältnis zum Leiden. Wer schicksalhaftere Leiden nicht selbst tragen kann, muß es stets anderen zuteilen und dort isolieren — bis er selbst eines Tages dieser Isolation ausgeliefert sein wird, indem schließlich auch die anderen bei ihm nicht werden mittragen wollen, was er bislang verpönt hatte.

Weit hinter die Medizin haben diese Überlegungen geführt, aber nicht von ihr fort, sondern geradewegs zu dem Punkt, wo auch und gerade über sie entschieden wird und wo sie selbst mitbestimmen muß, von welchem Menschenbild sie sich in ihrem Tun künftig leiten lassen soll. Sie kann nicht gleichzeitig mit einer absoluten Feindbildtheorie gegen Krankheit und Tod zu Felde ziehen und auf der anderen Seite diejenigen Todkranken partnerschaftlich und einfühlsam begleiten, die ihr Sterben annehmen wollen, um davon nicht wie von einer sinnlosen Katastrophe zerschmettert zu werden. Wir Ärzte benötigen dringend den Beistand der Gesellschaft, wenn wir uns gegenüber Patienten mit unheilbaren Krankheiten und gegenüber Sterbenden zu einer offeneren Haltung bereifinden sollen. Diese Haltung haben wir ja bislang nicht etwa deswegen verfehlt, weil sie uns unsinnlich schien. Aber solange wir noch von einem in letzter Zeit eher angestiegenen allgemeinen Mißtrauen überwacht und unnachtsichtig mit Prozessen bedroht werden, sofern wir nicht überall und jederzeit optimale Heilerfolge erzielen, solange müssen wir verständlicherweise defensiv auf der Hut sein. Wie sollen wir Patienten und Angehörige zum Akzeptieren eines tödlichen Krankheitsverlaufs ermutigen, der uns selbst als unverzeihliches Versagen angelastet zu werden droht. So ist noch immer für viele Ärzte leichter der Vorwurf zu tragen, eine intensivmedizinische künstliche Lebenserhaltung im Einzelfall über Gebühr lange betrieben, als irgendeine auch nur minimal lebensverlängernde Maßnahme unterlassen zu haben, die indessen den geschwächten Kranken ungemein gequält hätte. Wir müssen diesen Widerspruch einer Gesellschaft täglich austragen, die zwar allenthalben nach mehr Menschlichkeit und nach einem würdigeren Sterben in der Medizin schreit, im gleichen Augenblick indessen Gesunderhaltung um jeden Preis verlangt und uns mit Hilfe juristischer Einschüchterungen unter einen kaum erträglichen Erfolgszwang setzt.

Wir Ärzte könnten uns also leicht auf das Argument zurückziehen, das Publikum solle vorerst den Widerspruch in den eigenen Erwartungen auflösen, statt uns zu Sün-

denböcken zu machen. Die Menschen sollten erst einmal mit sich selbst, miteinander und mit uns nachsichtiger und bescheidener umgehen, statt von uns das menschliche Klima quasi als Therapie zusätzlich zu einer obendrein perfekten Reparatur der Maschine Organismus geliefert bekommen zu wollen. Gerechterweise müssen wir uns indes in diese Aufgabe einbezogen fühlen, und zwar nicht nur, um unserer Therapeutenrolle besser zu genügen. Es geht ja auch um unser eigenes Wohl. Wir haben es bitter nötig, uns mitzuverändern, um den Zustand des permanenten Gehetztseins und der inneren Spannung zu überwinden, der zweifellos ein maßgeblicher Grund für die statistisch bekannten besonders hohen Gesundheitsrisiken darstellt, die wir zu tragen haben. Und wie kann einer glaubwürdig ein guter Arzt sein, der sich durch permanente Selbstüberforderung fortschreitend gesundheitlich ruiniert und seine Lebenserwartung verkürzt? Aus der psychosomatischen Medizin wissen wir, daß ein innerlich unausgeglichener Arzt unfähig ist, Patienten zur Lösung derjenigen psychischen Spannungen zu verhelfen, die sich zumal in der ambulanten Praxis so oft als pathogener Hintergrund von Beschwerden erweisen. Unabhängig davon, was der Arzt sagt und rät, beeinflusst er den Patienten psychisch entscheidend dadurch, wie sanft oder wie gewaltsam er mit sich selber umgeht. Subtiler und nachdrücklicher, als man lange Zeit angenommen hat, werden diese mehr atmosphärischen Charakteristika des Arztes vom Kranken aufgenommen und bilden also je nach dem einen positiven oder negativen therapeutischen Faktor. Der Arzt muß seine Patienten spüren lassen, daß alles, was auch immer gemacht werden soll, nur etwas Gutes stiften kann, wenn es in Geduld, in Vertrauen, in Hoffnung, aber auch in der Gewißheit geschieht, daß man nichts erzwingen kann. Er wird sich von dem Kranken innerlich berühren lassen und sich auch selbst nicht als Mensch verbergen, also auch seine Teilnahme fühlen lassen. Und dies im Wissen um die Distanz, die durch seine Sachautorität als Experte und durch seine gutachterliche Funktion gegeben ist. Der Patient benötigt jedenfalls eine Medizin, die ihn ganzheitlich wahrnimmt in den Wechselbeziehungen von seelischer und körperlicher Verfassung, eingebettet in eine bestimmte soziale Situation. Die in den letzten Jahrzehnten fortgeschrittene Spezialisierung innerhalb des reinen Praxisfeldes steht nicht in notwendigem Widerspruch zu dem ärztlichen Ziel, den Patienten und seine Lebensumstände als Ganzheit zu sehen und zu behandeln. Wesentlich ist die grundlegende Einsicht für jeden Arzt, daß er infolge der unerläßlichen Beschränktheit der eigenen

Ausbildung stets der kollegialen Kooperation bedarf, um sein diagnostisches und therapeutisches Gesichtsfeld zu erweitern. Auch in den Krankenhäusern wird zum Teil mit neuen Kooperationsmodellen experimentiert. Man erkennt es als sinnvoll an, wenn Ärzte, Schwestern, Pfleger, Klinikpfarrer sich regelmäßig zusammensetzen, ihre Erfahrungen mit den Patienten austauschen und ihre Konzepte aufeinander abstimmen. Der einzelne Patient fühlt sich eher als Ganzheit behandelt, wenn er spürt, daß die Vertreter der verschiedenen Personalgruppen nicht isoliert nebeneinander herarbeiten, sondern ihn als kooperierende Gemeinschaft betreuen.

Auf der Patientenseite gewinnt neuerdings eine Strömung an Bedeutung, die bereits eine sehr deutliche Abkehr von der traditionellen Arztvergötterung demonstriert. Das ist die Bewegung der Selbsthilfegruppen. Immer mehr Menschen, die mit chronischen Krankheiten, psychischen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Süchten behaftet sind, schließen sich zu Selbsthilfegruppen oder auch größeren Selbsthilfeorganisationen zusammen. Der Arzt sieht sich durch diese Bewegung zum Teil vom Anspruchsdruck entbunden, zum Teil muß er sich erst daran gewöhnen, daß manche seiner Angebote nicht mehr angenommen werden. Und es mag ihn auch irritieren, daß man sich in manchen Selbsthilfegruppen nicht nur stützend und ermutigend einander kümmert, sondern zugleich mit wachsender kritischer Wachsamkeit verfolgt, was in der professionellen Medizin vor sich geht.

Jedenfalls findet der Arzt gegenwärtig um sich herum zahlreiche Anzeichen, die ihm helfen könnten, seine Tätigkeit und seine Stellung so zu verändern, daß sie sich sinnvoll in die Ansätze zu gewissen positiven sozialen Wandlungen einfügen.

Damit ist die politische Mitverantwortung des Arztes angesprochen. Gerade auch an diesem Punkt gilt es, wie mir scheint, daß wir gegenwärtig das Selbstverständnis unseres Berufsstandes kritisch überprüfen. Noch immer ist es weithin üblich, absolute politische Abstinenz für ein nahezu selbstverständliches Gebot ärztlicher Ethik zu halten. Es heißt, nur wer sich von politischen Kontroversen fernhalte, könne der gesellschaftlichen Rolle eines Helfers für alle gerecht werden. Als Patienten seien alle Menschen gleich. Und jedermann, wo er auch immer politisch stehe, habe denselben Anspruch auf engagierte ärztliche Zuwendung. Aber setzt die Erfüllung dieses Anspruchs, deren Notwendigkeit niemand ernstlich bestreiten kann, tatsächlich beim Arzt die Vermeidung politischer Stellungnahme voraus? Verlangt nicht vielmehr umgekehrt diese Verantwortung für das

Wohl der Gesamtheit eine stetige kritische Anteilnahme an solchen politischen Entscheidungen, von denen die gesundheitlichen Interessen großer Gruppen oder gar der gesamten Bevölkerung unmittelbar berührt werden? Sind wir nicht aufgrund unserer Kompetenz diejenige Berufsgruppe, die unablässig darüber zu wachen hätte, daß bei der immer totaleren Durchorganisation unserer Lebensverhältnisse die Gesundheitsvorsorge für die Menschen nicht laufend hinter bloße ökonomisch technische Zweckmäßigkeiten zurückgestellt wird? Droht uns etwa nicht eine Gesellschaft, in der Gesundheit nur noch als das augenblickliche reibungslose Mitfunktionieren der Bürger in einem total programmierten und bürokratisierten Betrieb verstanden wird? Eine Gesellschaft, die immer weniger danach fragt, wie die einzelnen sich als Personen wirklich fühlen und befinden und wie sie ihre Kräfte vor vorzeitigem Verschleiß bewahren können? Spiegelt sich diese Entwicklung nicht deutlich genug in der Förderung von Verhaltensweisen, die unsere Forschung als gravierende Risikofaktoren bei verschiedenen gefährlichen Volkskrankheiten, wie etwa bei der Koronarerkrankung, entlarvt hat?

Viele bislang mangelhaft gelösten Aufgaben der präventiven und der rehabilitativen Medizin verlangen eine intensivere und aktivere ärztliche Einmischung in die Gestaltung der Bedingungen für Arbeiten und Wohnen, für die Freizeiterholung, für die Erfüllung der speziellen Bedürfnisse von Kindern, von alten Leuten, von Behinderten oder chronisch Kranken.

Was am Ende geschehen kann, wenn die Ärzteschaft die ihr aufgebene besondere politische Mitverantwortung verkennt, darüber sind wir ja gerade in unserem Lande noch unlängst wahrlich furchtbar belehrt worden. Da ließen sich bekanntlich Teile einer sich als unpolitisch verstehenden Medizin für die unheilvollsten Zwecke instrumentalisieren. Nahezu kampfflos fügte man sich in die verordnete Mitwirkung bei den Massensterilisationen und schließlich gar bei dem entsetzlichen Euthanasieprogramm. Es mag in gewisser Hinsicht berechtigt sein, diejenigen Ärzte, die damals konformistisch viel Böses mittaten, als die wehrlosen Opfer eines diabolischen Systems zu sehen. Aber eben diese Wehrlosigkeit war selbst verschuldet. Vor der Möglichkeit ahnungsloser Anpassung an inhumane Zumutungen vermag sich in der Tat dauerhaft nur eine Ärzteschaft zu schützen, die sich mit geschärftem Sinn und in mutiger Konfliktbereitschaft kontinuierlich überall dort in Politik einmischt, wo das physische, das psychische und das soziale Wohlbefinden der Menschen auf dem Spiel stehen.