

In den dieser Vorlesung vorangegangenen Erwägungen über allgemeine ethische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit im Sozialismus wurde die moralische Pflicht zur optimalen Betreuung der kranken Menschen besonders hervorgehoben und begründet. Zu dieser optimalen Betreuung gehören sowohl das Bemühen um die Ausnutzung aller von der Wissenschaft und der Gesellschaft gebotenen Möglichkeiten zur Prophylaxe, Therapie und Metaphylaxe, als auch die achtungsvolle Behandlung des Kranken als Persönlichkeit. Die Einsicht, daß in vielen Fällen und Bereichen eine psychologische Einwirkung auf den Patienten neben den somatischen Verfahren und Techniken zu den therapeutischen Möglichkeiten gehört, ist bereits Allgemeingut modernen medizinischen Denkens geworden. Die naturwissenschaftliche Grundlage solcher Zusammenhänge ist durch die heute schon weitgehend in Einzelheiten erforschte Wechselwirkung zwischen den Funktionen des zentralen Nervensystems und den allgemeinen physiologischen Mechanismen des Organismus bekannt. In der Neurologie, speziell aber in den Forschungsrichtungen der cortiko-viszeralen Pathologie und Therapie und der auf den Einsichten der *Pawlowschen* Physiologie der höheren Nerventätigkeit aufbauenden Psychotherapie in der Deutschen Demokratischen Republik werden diese Erkenntnisse systematisch nutzbar gemacht und weiter entwickelt. Darüber hinaus gibt es die ebenfalls erklärbare und bekannte Erscheinung, daß beliebige Krankheiten im organischen Bereich, besonders wenn sie lange dauern und dem betroffenen Menschen als bedrohlich erscheinen, auf die Psyche einwirken und ihrerseits mittelbar über die psychische Haltung des Einzelnen beeinflußt werden können. Innerhalb dieses allgemeinen Zusammenhangs ergeben sich bestimmte, jeweils spezifisch begrenzte Möglichkeiten einer Vertiefung des therapeutischen Wirkens durch die Stärkung der psychischen Widerstandskraft des Kranken, durch die Entwicklung dessen, was man auch als den Gesundheitswillen bezeichnet. Andererseits handelt es sich gerade hier um Probleme, die das menschliche Verhältnis des Arztes zu seinen Patienten zutiefst berühren, auch (und vielleicht sogar besonders) in den Fällen, da eine heilungsfördernde Wirkung nicht mehr erwartet werden kann, wo es sich nur noch um Linderung und zeitweilige Hilfestellung dem Kranken gegenüber handelt. Da es in der Literatur durchaus verschiedene Auffassungen über die Haltung des Arztes zu diesen allgemeinen psychischen Reaktionen der Menschen auf schwere und bedrohliche Leiden gibt, die als Krankheitserlebnisse bezeichnet werden, soll versucht werden, von philosophischen Gesichtspunkten aus dazu Stellung zu nehmen.

Um nicht bei abstrakten Überlegungen bleiben zu müssen, sei die Problematik anhand einiger Beispiele erörtert, die in einer Klinik unserer Fakultät beobachtet werden konnten. [34] Der Kreis der Befragten war beschränkt auf solche Menschen, die mit schweren und schwersten Krankheiten mindestens mehrere Wochen in stationärer Behandlung waren und die, durchweg im Alter von über 50 Jahren stehend, über relativ große Lebenserfahrungen verfügten. Es handelte sich außerdem nur um Fälle schwerer organischer Leiden; psychopathologische Reaktionen bleiben hier ganz außerhalb der Betrachtung.

Ogleich es sehr schwierig ist, die individuell doch stark variierenden psychischen Zustandsbilder in eine gewisse Ordnung zu bringen und gerade in solchen Fragen jeder Schematismus unangebracht ist, kann man doch in einer groben Annäherung und zum Zwecke der Anschaulichkeit etwa folgende drei Gruppen von Krankheitserlebnissen voneinander unterscheiden.

Eine erste, sich deutlich abhebende Gruppe wird von jenen Patienten gebildet, bei denen das Erlebnis der Krankheitssituation vor allem Pessimismus, Resignation und weitgehend apathisches Verhalten hervorbringt. Zwei typische Beispiele seien hier dargestellt:

Es handelt sich erstens um eine Patientin des Jahrgangs 1889, die wegen eines inoperablen Nierencarcinoms mit ausgedehnten Metastasen seit vier Monaten in stationärer Behandlung war. Der Zeitpunkt der Gespräche mit ihr lag wenige Tage nach einem Suizidversuch. Ihre Stimmung war depressiv, das Leben sah sie für sich als sinnlos geworden an. Obwohl geistig durchaus rege, wollte sie sich anfangs mit keinen Problemen mehr beschäftigen und versuchte bewußt, die weitere Zeit der Krankheit apathisch hinzunehmen. Der wahre Charakter ihres Leidens war ihr nicht bekannt. Sie nahm an, eine Lungentuberkulose zu haben.

Die Patientin war von Beruf Postangestellte im Telegrafendienst. Ledig geblieben, hatte sie ihren Lebensinhalt in der pflichtgemäßen Erledigung ihrer Arbeit und darüber hinaus im Genuß kultureller Güter gesehen (Literatur, Musik, Theater). Stets an gesellschaftlichen Entwicklungsproblemen interessiert, war sie nach 1945

Mitglied der Arbeiterpartei (SED) geworden und hatte dort im Kollektiv ein für sie wichtiges Betätigungsfeld gefunden. 1950 mußte sie aus gesundheitlichen Gründen die Arbeit aufgeben, ließ bald darauf die Mitgliedschaft in der Partei erlöschen und schränkte dann nach und nach den Kreis ihrer Lebenstätigkeiten ein. Als 1965 ihre einzige Schwester verstarb, fühlte sie sich bereits völlig vereinsamt.

Auffallend war bei ihr die Diskrepanz zwischen der früheren Lebenshaltung und der späteren Reaktion in der Klinik wie auch der Umstand, daß gerade der Verlust an sozialen Bindungen in den letzten Jahren vor dem akuten Leiden mehr und mehr zu einer weltabgewandten und als sinnlos empfundenen Position geführt hatte.

Die andere Patientin, 1898 geboren, war wegen fortschreitender halbseitiger Lähmung und Schenkelhalsfraktur seit zwei Monaten in stationärer Behandlung. Die Haltung der Patientin in der Klinik war ausgeprägt pessimistisch. Sie hegte nicht nur starke Zweifel an einer baldigen Genesung, sondern erklärte auch, nicht recht zu wissen, was sie denn gegebenenfalls danach anfangen solle. Der Sinn ihres Lebens war in starkem Maße für sie fraglich geworden. Sie teilte mit, daß sie sich recht häufig den Tod herbeiwünsche und fürchtete, in Zukunft auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein. Aus ihrer vorherigen Entwicklung sind folgende Angaben wichtig. Die Kranke war seit ihrer Jugend Vollwaise, hatte durch die Hilfe entfernterer Verwandten eine gute schulische Ausbildung erhalten und einen Beruf im Bankwesen ausgeübt. Durch starke eigene Anstrengungen hatte sie sich eine geachtete und verantwortliche Position dabei erworben. Ihr wichtigster Lebensinhalt war die Arbeit, in der sie die Achtung und Wertschätzung anderer Menschen erfuhr und mittels derer sie auch Bindungen zu einem recht breiten Bekanntenkreis mit vielfältigen kulturellen Neigungen und Kenntnissen herstellte. Sie hatte nicht geheiratet, sich aber auch nie einsam gefühlt. Ihre Interessen betrafen vor allem Kunstbetrachtung, Reisen, und zeitweilig betrieb sie auch selbständig Studien auf dem Gebiet der Philosophie. Seit 1950 nicht mehr berufstätig, geriet sie immer mehr in eine isolierte Stellung und verlor auch viele Möglichkeiten, ihren früheren Interessen und Neigungen nachzugehen. Die allmählich beschwerlicher werdende Krankheit nahm ihr die Kraft und Fähigkeit sich selbst zu erhalten und führte schon vor der Aufnahme in die Klinik zu Tendenzen der oben geschilderten psychischen Stellungnahme.

Auch hier findet sich eine ähnliche Abweichung im psychischen Bereich von der früheren Haltung und eine allmähliche Vorbereitung des in der Klinik ausgeprägt vorhandenen Bildes durch eine Reihe gleicher Umstellungen in den Lebensbedingungen.

[35] Eine, zweite Gruppe bilden jene Patienten, bei denen eine eigene Willensanstrengung gegen das Kranksein vorhanden ist und bei denen Pessimismus und resignative Stimmungen keine wesentliche Rolle zu spielen vermochten, obgleich auch bei ihnen gelegentlich stärkere Befürchtungen um die eigene Zukunft auftraten. Dabei sind die äußeren Bedingungen gleich denen der Patienten der erstgenannten Gruppe. Auch hier seien zwei typische Beispiele kurz geschildert:

Der erste hier zu charakterisierende Patient gehörte dem Jahrgang 1903 an und befand sich wegen eines Lungentumors seit sechs Wochen in stationärer Behandlung. Er hatte bei relativ sachlicher Einsicht in die Notwendigkeit einer längeren Behandlungszeit und eventuell dauernde Folgen seines Leidens eine ausgeprägte optimistische Einstellung. Charakteristisch war sein Bemühen um eine präzise Einhaltung der ärztlichen Vorschriften. Obwohl er unter starken Schmerzen litt, versuchte er die Zeit durch Lesen, Gespräche, Gehübungen usw. sinnvoll zu nutzen. Er war der festen Überzeugung, daß er mit einem festen Willen den Gesundungsprozeß positiv beeinflussen könnte.

Der Patient besaß eine Familie mit bereits erwachsenen Kindern und stand in einem sehr guten Verhältnis zu seinen Angehörigen. Seine Arbeit, die er seit etwa 30 Jahren im gleichen Betrieb als Hofmeister und Leiter des innerbetrieblichen Transportwesens ausübte, hatte ihn stets viel bedeutet und ihm gerade in den letzten Jahren eine bedeutende Eigenverantwortung gegeben. Seit 1946 war er Mitglied der Arbeiterpartei (SED) und hatte in verschiedenen Funktionen eine anerkannte Stellung im Kollektiv des Betriebs erworben. Kennzeichnend für seine Weltanschauung waren die Hochschätzung der Arbeit und die Überzeugung von der Eigenverantwortlichkeit des Menschen für seine Lebensgestaltung.

Bei dem zweiten Beispiel handelt es sich um einen 1897 geborenen, wegen eines operierten Schilddrüsenkarzinoms bereits seit so Monaten in stationärer Behandlung liegenden Patienten. In der Klinik war seine optimistische Grundeinstellung trotz sehr langer Dauer der Behandlung und trotz häufiger Schmerzen direkt auffallend. Er galt in dieser Hinsicht anderen Patienten als Vorbild und wurde nicht selten bewundert. Die gewissenhafte Befolgung der ärztlichen Anordnungen betrachtete er als verbindliche Pflicht und als Teil eines eigenen Beitrags zur Genesung. Er zeichnete sich in seiner Lebensgestaltung auf der Station durch vielseitige Interessen aus und hatte nie über Langeweile zu klagen. Mit dem Pflegepersonal verband ihn ein direkt freundschaftliches Verhältnis.

Der Patient war von Beruf Landwirt und Schäfer. Neben seiner Arbeit hatte er sich schon immer für gesellschaftliche Entwicklungsprobleme interessiert und am Kampf um die Schaffung gerechter sozialer Verhältnisse auf dem Lande teilgenommen. 1920 wurde er Mitglied der SPD, und nach 1945 hat er als Mitglied der Arbeiterpartei (SED) in verschiedenen Funktionen nebenamtlich gewirkt. Gemeinsam mit seiner Familie war er seit Jahren Mitglied einer LPG. Seine Kinder waren gute Menschen geworden und unterstützten ihn in seinen Altersjahren. Seit drei Jahren lebte er faktisch als Rentner, nahm aber, soweit sein Zustand das erlaubte, noch an der Arbeit im Bereich der individuellen Hauswirtschaft (Imkerei u. a.) teil. Seine Lebenseinstellung charakterisierte er mit folgenden, für ihn gültigen Maximen: Man muß immer tätig sein, denn die Arbeit macht Freude und erhält den Menschen jung – Man muß die unabwendbaren Dinge im Leben mit Geduld und etwas Humor ertragen – Man muß selber versuchen, mit allem fertig zu werden und darf sich nie gehen lassen.

Eine dritte Gruppe bilden schließlich die Patienten, bei denen weder deutliche Reaktionen in der Richtung zu Pessimismus und Selbstaufgabe noch eine klare optimistische und aktive Einstellung vorherrschten. Ihre psychische Haltung ist unbeständig und wechselhaft, nach keiner Seite tiefer verfestigt. Solche Menschen fanden wir vor allem unter älteren Frauen ohne profilierte Persönlichkeitsmerkmale.

Die vorliegenden Beispiele machen deutlich, daß das Erlebnis der Krankheit nicht an sich wirksam wird, sondern in seinem individuellen psychischen Resultat abhängig ist von der bisherigen Entwicklung der Persönlichkeit. Es ist weiterhin zu sehen, daß die Situation der schweren Krankheit kaum einmal tiefgehende Wandlungen der weltanschaulichen Grundpositionen und der Verhaltensmotivationen bewirkt. Zwar überwiegen bei der Mehrheit der Patienten Stimmungen der Resignation, aber nur selten [36] (bei den direkt untersuchten Fällen überhaupt nicht) finden sich bewußte Untermauerungen dieser situationsbedingten Einstellungen. Selbst bei den Kranken der ersten Gruppe wurden die im früheren Leben vertretenen Anschauungen und Haltungen als richtig und für die anderen Menschen als gültig angesehen, d. h. es wurde die augenblickliche Einstellung als relativ und nur der Situation entsprechend empfunden. Man kann daraus wohl mit Recht folgern, daß das Erlebnis schwerer Krankheit gegenüber den sonstigen, Weltbild und Lebenseinstellung formenden Faktoren, eine untergeordnete Rolle spielt.

Es ist andererseits deutlich sichtbar, daß die Krankheitserlebnisse in der Mehrzahl der Fälle, wenn auch mit graduellen Unterschieden, eine negative Wirkung auf die psychische Einstellung der Menschen haben. Sie sind, auf rationale und emotionale Sphären gleichermaßen wirkend, Belastungsproben für dem Menschen bis dahin gültige weltanschauliche Ansichten und von ihm anerkannte Verhaltensnormen. Der an einer schweren Krankheit Leidende findet sich in einer ungewohnten und viele neue Züge aufweisenden Lage. Seine Umweltbeziehungen sind weitgehend eingeschränkt, er ist vielen Anforderungen des Lebens gegenüber hilflos geworden und sieht die Möglichkeit des Todes als reale Gefahr und damit in völlig neuer Weise. Es ist nur natürlich, daß nun neben der Sorge um praktische Lebensprobleme auch Gedanken um den Sinngehalt des bisherigen Lebens, Gedanken um die Bedeutung des Todes usw. auftauchen. Die praktische Einengung der Umweltbeziehungen und die dadurch, sowie durch starke Schmerzen herbeigeführte Hinwendung zu den Problemen des eigenen Ich nähren pessimistische Stimmungen und erzeugen oft eine Abkehr von den sonst wichtigen Lebensaufgaben. Der kranke Mensch erfährt sich als ein abhängiges, dem Wirken natürlicher Gesetze und dem Wollen und Können anderer Menschen ausgeliefertes Wesen und ist leicht geneigt, die andere, im Leben sonst überwiegende Seite der Eigenmöglichkeit aktiver Gestaltung der Verhältnisse außer acht zu lassen. Die Spezifik der Krankheitssituation, bestehend in einer relativ starken Isolierung von den gewohnten Lebensverhältnissen und in der Erfahrung der Hilflosigkeit, führt also zunächst zu einer Wandlung, in der nicht nur richtige Erkenntnisse und Einsichten einseitig verzerrt werden können, sondern die auch dadurch die psychischen Abwehrkräfte des Organismus lahmlegen und ausschalten kann. Besonders kraß wirkt sich diese Tendenz aus, wenn schon längere Zeit vorher ähnliche Züge in der Lebenslage des Einzelnen wirksam geworden sind.

Es ergibt sich aus den dargelegten Zusammenhängen für den ethisch denkenden Arzt zwingend die Notwendigkeit, so weit als möglich leitend und korrigierend auf den psychischen Zustand seiner Patienten einzuwirken. Das mag oft recht schwierig sein: nicht einmal deshalb, weil im Verhältnis des

Patienten zu seinem Arzt große Hemmungen vorhanden wären, sondern vor allem wohl deshalb, weil es eine gründliche Kenntnis der Probleme und Ansichten des Kranken erfordert, eine Kenntnis, die nur zu geringem Teil aus den Unterlagen und während der üblichen Behandlung, sondern hauptsächlich im vertraulichen persönlichen Gespräch erlangt werden kann. Oft wird sich als helfend und vorwärtsweisend für den Kranken schon ein ausführlicheres Gespräch erweisen. Wo es möglich ist und besonders erforderlich scheint, sollte versucht werden, auch andere Kräfte, die zum Patienten in engeren Beziehungen stehen, für diese Aufgabe heranzuziehen (etwa aus dem Kreis der Angehörigen und des Arbeitskollektivs). Soweit es sich darum handelt, dem Patienten eine gewisse Perspektive für seine Zukunft hinsichtlich der Heilung oder doch Linderung der Krankheit zu bieten, genügt sicher das Wort des Arztes und sein [37] Anspruch an den Patienten, eigene Willenskraft zu mobilisieren, um das gestellte Ziel zu erreichen. Sobald jedoch dem Kranken selbst die Genesung als sinnlos oder doch nicht sonderlich erstrebenswert erscheint, was aus Gründen des Alters, der verlorenen Lebensaufgabe oder der mangelnden Bindung an Angehörige hin und wieder der Fall ist, wird ein Versuch zur Neubildung solcher Antriebe nötig sein. Hierzu bietet gerade unsere Gesellschaftsordnung mit den sich allmählich formenden neuen Lebensbeziehungen der Menschen viele Möglichkeiten. Sie reichen von dem vom Arzt gegebenenfalls an Angehörige oder sonst Nahestehende zu richtenden moralischen Anspruch auf Sorge um eben diesen Menschen (womit gerade am wenigsten rein materielle Verantwortlichkeiten gemeint sind), bis zur Anrufung gesellschaftlicher Institutionen (Pflegerheime, Organe der Sozialfürsorge und der Volkssolidarität, Veteranenklubs usw.). Zu den Möglichkeiten der psychologischen Einflußnahme auf die Kranken gehört zu einem bestimmten Teil auch die entsprechende Gestaltung der gesamten Atmosphäre, soweit es sich um eine stationäre Einrichtung handelt. Über das hinaus, was in der Rahmenkrankenhausordnung an diesbezüglichen Aufgaben im Abschnitt über die kulturelle Betreuung der Patienten gesagt wird, gibt es schon spezielle interessante Erfahrungen auf diesem Gebiet. Wir möchten hier auf eine 1962 erschienene Arbeit über die kulturelle Betreuung der Kranken als Heilfaktor verweisen¹, die wichtige Grundgedanken und praktische Anregungen vermittelt. Heute ist eine derartige Betreuung zugegebenermaßen noch eine sehr große und wegen starker Belastung des Einzelnen nicht immer voll zu erfüllende ethische Aufgabenstellung. Bekanntlich schafft aber der Wille, geboren aus der Einsicht in die große Verpflichtung, viele Möglichkeiten sich mit Ernst und Leidenschaft um den Kranken als ganzen Menschen zu bemühen. In der Perspektive wird wohl sogar ein recht beträchtlicher Teil der ärztlichen Tätigkeit überhaupt auf diese Seite der Betreuung der schwer erkrankten Menschen entfallen.

Es erscheint angebracht, zu einigen Anschauungen über diese Problematik Stellung zu nehmen, die im Gegensatz zu den eben geäußerten Gedanken stehen. Auf der 101. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte hielt Obermedizinalrat Prof. *Brednow* (Jena) einen Vortrag zum Thema der Krankheitserlebnisse. Er hat diese Darlegungen 1961 veröffentlicht. Sie schließen mit folgender zusammenfassender These: „Es wird als anthropologische Möglichkeit erachtet, durch leidvolles Kranksein, das bewußt erlebt und angenommen wird, den Weg zu tieferen Seinsbezügen zu finden und zu gehen.“² Prof. *Brednow* stützt sich philosophisch auf die existentialistische Auffassung von der Bedeutung der sogenannten Grenzsituationen des Daseins für die menschliche Erkenntnis. Unter diesen Grenzsituationen versteht man Lebenslagen, in denen das Individuum durch den Druck außergewöhnlicher äußerer Umstände zur Selbstbesinnung und Entscheidung über Grundanschauungen philosophischer und speziell ethischer Natur gezwungen werden soll. *Karl Jaspers*, auf den sich Prof. *Brednow* in diesem Zusammenhang ausdrücklich bezieht, definiert sie als die „unüberschreitbaren, unwandelbaren Situationen des Daseins als solchen, an denen es erwacht zur Existenz und als Dasein scheitert ...“ bzw. als „Situationen, wie die, ... daß ich nicht ohne Kampf und Leid leben kann, daß [38] ich unvermeidlich Schuld auf mich nehme, daß ich sterben muß ... Sie sind wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern.“³

¹ *Fickel, G.*, Die kulturelle Betreuung der Patienten als Heilfaktor. In: „Die Heilberufe“, H. 1, 1962, Beilage.

² *Brednow, W.*, Der Kranke und seine Krankheit. Nova Acta Leopoldina. Neue Folge Nr. 152, Bd. 24. Leipzig 1961. S. 16.

³ *Jaspers, K.*, Allgemeine Psychopathologie Berlin 3946, S. 275. Ders., Philosophie Bd. I – Philosophische Weltorientierung. Berlin 1962, S. 203.

Es sind damit also ausdrücklich Lebenslagen gemeint, in denen der Mensch seine (tatsächlich ja nur partiell vorhandene) Abhängigkeit und Ohnmacht erfährt und in denen er aus dieser ganz spezifischen Erfahrung heraus urteilt. Das sind aber sehr einseitige Erfahrungsbereiche, die eben gerade durch ihre emotional sehr starke Wirkung zu verzerrten, weil eben einseitigen Ergebnissen führen. Der tatsächliche Erkenntniswert dieser sogenannten Grenzsituationen ist im Gegensatz zu der Annahme der Existenzphilosophie als sehr gering und beschränkt zu bezeichnen; sie führen zu Pessimismus und zur Negation sinnvoller Lebenshaltungen und damit direkt zum Gegenteil richtiger Weltbetrachtung. Bezogen auf die Krankheitssituation wird diese unsere Meinung durch die vorliegenden Materialien ausdrücklich bestätigt, wenn auch nicht völlig ausgeschlossen werden soll, daß unter ganz bestimmten Umständen solche persönlichen Konflikt- und Belastungssituationen auch diesen oder jenen Menschen auf Fragen aufmerksam machen können, die bisher außerhalb seines Nachdenkens standen. In der Tendenz und für die Gesamtheit jedoch ist die Annahme eines erkenntnisfördernden Wertes solcher Lebenslagen falsch. Auffassungen dieser Art sind nun zwar nicht mit der Meinung verbunden, daß man die Krankheit ungehindert wirken lassen sollte, wohl aber führen sie zur Konsequenz, den Kranken in seiner psychischen Haltung allein und ohne Hilfe zu lassen. Es wird ja vorausgesetzt, daß schlechthin alles, was sich in dieser Situation an Emotionen und Gedanken aufdrängt, positiv und sinnvoll für die Persönlichkeitsentwicklung wäre – der Wahrheitswert des Denkens und die Wirkung des psychischen Zustandes auf den Gesamtprozeß der Krankheit werden dabei außer acht gelassen. Wenn wir von einer Gruppe von Patienten gesprochen haben, bei denen durchaus positive Reaktionen in dieser schweren Situation vorhanden waren, dann handelte es sich bei ihnen eben gerade nicht um Menschen, die ihr Leiden „angenommen“ hatten, d. h. bereit waren, es irgendwie als Schicksal oder Schuld zu tragen, sondern um eindeutige Willensanstrengungen gegen das Kranksein, ausgehend von einer weltanschaulichen Grundposition, die die Krankheit als Einbruch in ein tätiges Leben negativ empfand und von der Ansicht, daß der Mensch als verantwortliches Wesen bis zuletzt bemüht sein muß, sich dagegen zu wehren.

Karl *Jaspers* als einer der philosophischen Begründer dieser als falsch gekennzeichneten Gedanken von der möglichen erkenntnisfördernden Rolle der Situation schwerer Krankheit ist Vertreter einer sich der Theologie weitgehend annähernden Richtung der Existenzphilosophie. Es bestehen daher auch Parallelen seiner Gedanken zu ausgesprochen christlichen Stellungnahmen zur Deutung der Krankheitserlebnisse. Zu solchen Stellungnahmen gehört auch die Meinung des Freiburger Pathologen Franz *Büchner*, der die Krankheit als einen „geheiligten Bezirk“ bezeichnet und vom Mediziner unserer Zeit fordert, „dem Prozeß der Säkularisierung der Krankheit Einhalt“ zu gebieten.⁴ Auch er nimmt an, daß die Krankheitssituation geeignet sei, den kranken Menschen Ansatzpunkte für eine persönliche Läuterung oder Höherentwicklung zu bieten. Der derzeitige Gesundheitsminister der Bundesrepublik, Frau Dr. *Schwarzhaupt*⁵, fordert aus einer gleichen [39] Einstellung heraus eine noch stärkere Konfessionalisierung der Krankenpflege. Bei ihr spielt zweifellos die Hoffnung auf eine Stärkung des Einflusses der Religion durch die konfessionelle Betreuung eine Rolle. Unsere Erfahrungen besagen dazu, daß die Wendung aus der Krankheitssituation heraus zu einer christlichen Lebensansicht außerordentlich selten vorkommt und daß weiterhin nicht einmal schon mitgebrachte religiöse Ideen unbedingt beibehalten werden. Bei einigen älteren Patientinnen war der aus der Kindheit bewahrte Glaube oft ein ideeller Haltepunkt; in der Mehrzahl der Fälle wurde jedoch entschieden die Bedeutungslosigkeit der Religion für die persönliche Haltung betont, z. T. auch mit dem Argument, daß der religiöse Glaube stille Duldung fordere und damit auch keinen Ausweg zeigen könne.

Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß die erwähnten Stellungnahmen erfahrener Mediziner zum Problem der Krankheitserlebnisse in ihrem subjektiven Ausgangspunkt von humanistischen Zielen getragen sind. Trotzdem führen diese auf falschen philosophischen Ansichten aufbauenden Gedanken zu letzten Endes schädlichen Ergebnissen, die im Widerspruch zum eigentlich humanistischen Anliegen der ärztlichen Tätigkeit stehen. Die Konsequenz aller Meinungen, die dem Krankheitserlebnis irgendeinen möglichen erkenntnismäßigen oder moralischen Wert zusprechen, ist stets – auch wenn sie nicht

⁴ *Büchner, F.*, Das kosmische Denken in der Heilkunde. In: „Ärztliche Mitteilungen“ H. 5, 1962, S. 248.

⁵ *Schwarzhaupt, E.*, Der kranke Mensch und der Staat. In: „Ärztliche Mitteilungen“, H. 6, 1962, S. 286.

bewußt wird – die Anerkennung und das Gewährenlassen der Krankheit. Selbst überall dort, wo man den Kampf in naturwissenschaftlich-technischer Hinsicht um die Beseitigung der Leiden in den Vordergrund stellt und nur gleichsam nebenbei die ungehinderte Einwirkung der Krankheitssituation auf den psychischen Status der Patienten für richtig hält, wird die Verantwortung des Mediziners in gewisser Weise eingeschränkt. Sie wird deshalb eingeschränkt, weil ein wichtiges Mittel der wirksamen therapeutischen Möglichkeiten im weitesten Sinne die Stärkung der psychischen Willensanstrengung der Kranken gegen ihre Leiden und Leidenszustände ist und weil deshalb diese Seite aus ethischen Gründen nie außer acht gelassen werden darf. Man muß schließlich bei allen Überlegungen davon ausgehen, daß die Krankheit ihrem Wesen und Charakter nach prinzipiell eine negative, lebenszerstörende Rolle spielt und deshalb immer mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln bis in ihre entfernten Auswirkungen zu bekämpfen ist. Gilt das für die ärztliche Tätigkeit als allgemein anerkannte ethische Grundeinstellung, so muß man in Konsequenz dessen auch eine entsprechende Stellung zur psychischen Führung der Kranken anerkennen. Dabei handelt es sich durchaus nicht um eine unzulässige Einschränkung der Freiheiten und Rechte der Person, wie etwa auch ein Einwand lauten könnte. Von einer Einschränkung der persönlichen Integrität des Menschen und von einem Eingriff in seine Rechte kann in diesem Zusammenhang nicht gesprochen werden, weil der Kranke bei allen geforderten Bemühungen nie als Objekt behandelt wird, sondern jede Einflußnahme des Arztes sich immer an das Mitdenken und die eigenverantwortliche Entscheidung des einzelnen wendet und wenden muß.

Es sei gestattet, zusammenfassend die allgemeinen philosophischen Grundthesen zu nennen, die den Ansatzpunkt der eben entwickelten Gedanken bilden.

Wir betrachten die Gesundheit des Menschen als eines der wertvollsten Güter, für deren Erhaltung und Förderung alle Möglichkeiten zu nutzen sind, über die die heutige medizinische Einsicht verfügt und den Patienten als Persönlichkeit, die in allen ihren Bereichen geachtet und gefördert werden muß. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit und Berechtigung einer gezielten psychologischen Betreuung des Kranken durch den Arzt.

[40] Wir betrachten den Menschen weiterhin als ein soziales Wesen und gehen davon aus, daß er in seiner Entwicklung vor allem von tätigen, aktiven Beziehungen zur Umwelt und von seiner Stellung in der Gesellschaft geprägt wird. Seine der Lebensverantwortung adäquate Einstellung sollte diese Tatsachen widerspiegeln. Daraus folgt die philosophische Ablehnung aller pessimistischen und resignativen Tendenzen in der psychischen Haltung auch des Kranken und die Notwendigkeit einer Teilnahme des Arztes an der eventuell nötigen Ausformung einer richtigen Einstellung, unter Umständen auch durch die Entwicklung entsprechender sozialer Lebensziele und gesellschaftlicher Bindungen beim einzelnen Individuum.

Die sich aus dieser Sicht anbietenden ethischen Verpflichtungen des Arztes sind dann sinnvoll zu erfüllen, wenn sie in ihren Grundlagen durchdacht und ständig vom eigenen Streben nach vorbildlicher Lebenshaltung begleitet werden.

Quelle: Sozialismus und ärztliche Pflichten. Karl-Marx-Universität 1964. Wissenschaftliche Zeitschrift der Karl-Marx-Universität. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe. Sonderband IV.