



Elektronischer Sonderdruck für H. Kreß

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1085–1092 · DOI 10.1007/s00103-012-1535-y

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

H. Kreß

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin

Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin

Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen

Das Gesundheitswesen und die ärztlichen Tätigkeiten werden heute an Maßstäben der Wirtschaftlichkeit und der technischen Effizienz bemessen. Darüber darf aber nicht vernachlässigt werden, dass die Adressaten ärztlichen Handelns Patienten sind, die jeweils in ihrer Individualität, ihrer persönlichen Biografie und ihren sozialen und kulturellen Einbindungen zu verstehen sind. Das Anliegen, ärztliches Handeln am einzelnen Patienten zu orientieren, wird nicht immer hinreichend beachtet. Nachfolgend werden grundlegende Gesichtspunkte der Ethik und der Anthropologie dargelegt, die dieses Anliegen stützen. Danach werden Schlussfolgerungen genannt, die sich für die Arztrolle und den ärztlichen Umgang mit Patienten heute konkret ziehen lassen.

„Die Ärzte sind der Kranken wegen da“

„Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“ Dieser Satz findet sich in der Monografie „Der Arzt“ aus dem Jahr 1906, die in der von Martin Buber herausgegebenen Schriftenreihe „Die Gesellschaft“ erschien ([1], S. 78). Er stammt von dem Dermatologen Ernst Schwening (1850–1924). Schwening war 1882 zum Leibarzt des Reichskanzlers Otto von Bismarck berufen worden. Medizinisch blieb er ein Außenseiter; medizinhistorisch erinnert eine nach ihm benannte Haut-

krankheit an ihn ([2], S. 349). In seinem Satz wandelte er ein Diktum aus dem Neuen Testament ab, das in der jüdischen Antike einen religionskritischen Sinn gehabt hatte: „Der Sabbat ist um des Menschen willen da und nicht der Mensch um des Sabbats willen“ (Markus 2,27). Dem alten Diktum zufolge besitzt der einzelne Mensch den Vorrang sogar vor religiösen Traditionen und vor kultischen Geboten. In unserem Zusammenhang ist die medizinethische Pointe von Interesse. Das ärztliche Handeln ist kein Selbstzweck, sondern soll dem einzelnen Patienten gerecht werden. Schwening selbst meinte 1906, er habe hiermit zugleich das hippokratische Arztethos ins Gedächtnis rufen wollen: „salus aegroti suprema lex“/ das Wohl des Kranken soll für den Arzt das höchste Gesetz sein. Modern ausgedrückt: Im Zentrum ärztlicher Ethik steht der Gesundheitsschutz des Patienten (vgl. auch [3], § 1 I).

Krankheit und Gesundheit in der Patientenperspektive

Nun gehört „Gesundheit“ zu den Leitbegriffen der Ethik und der Rechtsordnung, die unbestimmt, das heißt deutungs offen, klärungs- und definitionsbedürftig sind. Das Spektrum seiner Bedeutungen zeigt sich anhand der Menschenrechtskonventionen, die den Schutz der menschlichen Gesundheit zum Grundrecht erhoben haben. Im Internationalen Pakt der Verein-

ten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966 heißt es in Artikel 12: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ Andere Menschenrechtskonventionen haben dieses Grundrecht – ein Schutz- und Abwehr-, aber auch ein Anspruchs- und Leistungsrecht – gruppenspezifisch ausdifferenziert. Die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 brachte es in Artikel 24 zugunsten von Kindern, die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 in Artikel 25 zugunsten von Behinderten zur Sprache. Darüber hinaus ist der Gesundheitsschutz fachmedizinisch zu spezifizieren, z. B. in Bezug auf die reproduktive oder die psychische Gesundheit ([4], S. 105 f, [5], S. 220 ff). Dass die psychische Gesundheit ein wesentliches Teilelement des Gesundheitsbegriffs und -schutzes bildet, haben neuere epidemiologische Studien ins Licht gerückt [6].

Anthropologisch sind vor allem die objektive und die subjektive Komponente von Gesundheit auseinanderzuhalten. Einerseits lassen sich der Gesundheitsstatus eines Menschen bzw. seine Erkrankung diagnostisch-objektivierend, von außen her betrachten. Andererseits besitzen Menschen hierzu ihre persönliche Perspektive. Was Kranksein oder was „Gesundheitsschutz“ für einen Einzelnen konkret besagt, hängt von seiner jeweiligen Lebenssituation und seinen Erfah-

rungen ab. Ein statistisch durchschnittlich gesunder Erwachsener in mittleren Lebensjahren versteht unter Gesundheit oder Krankheit anderes als ein unter chronischem Schmerz leidender älterer Patient oder als ein genetisch belasteter, dem Ausbruch einer amyotrophen Lateralsklerose, einer Chorea-Huntington- oder einer Parkinson-Erkrankung entgegensehender Mensch oder als ein auf ein Spenderorgan angewiesener Dialysepatient. Wenn Menschen sich zu ihrer Gesundheit äußern, spielen neben situativen, biografischen oder familiären Faktoren oftmals kulturelle Prägungen und die persönliche Lebensanschauung und Religiosität eine Rolle ([7], S. 56 ff).

Dies alles ist für das Verhältnis aufzuarbeiten, das zwischen Arzt und Patient besteht. Kulturgeschichtlich hat sich die Arzt-Patient-Beziehung immer wieder verändert. Während der Arzt in der Antike oder im Mittelalter als Erzieher, als karitativer Helfer oder auch als tugendhafter Freund beschrieben wurde ([8], S. 111 ff), fiel ihm seit der naturwissenschaftlich-empirischen Wende der Medizin im 19. Jahrhundert eine andere Funktion zu. Er wurde zum medizinisch-technischen Experten, zum „Techniker“ oder „homo faber“, der den Patienten analytisch-diagnostisch betrachtet und sein Augenmerk auf die medizinische Anamnese, den objektiven Krankheitsbefund richtet. In unserer eigenen Gegenwart sind das Arztbild und die Arztrolle neu zu durchdenken. Dabei ist wichtig, dass Patienten mehr sind als bloßes Objekt von Diagnose und Therapie. Sie sind vielmehr in ihrer Biografie, ihrer Individualität und in ihrer persönlichen, subjektiven Sicht von Gesundheit und Krankheit wahrzunehmen. Für das Verhältnis von Arzt und Patient ergibt sich hieraus das Leitbild einer therapeutischen Allianz oder einer gesundheitsbezogenen Verantwortungspartnerschaft ([9, 10], S. 175 f), sodass es gilt, die moderne naturwissenschaftlich-analytische Konzeption der Medizin im Sinn einer „patient-centered care“, einer patientenorientierten oder patientenzentrierten Medizin fortzuentwickeln ([7], S. 25 ff, [11], S. 27 f).

Anthropologische Medizin

Solche Bemühungen können an Denkanstöße anknüpfen, die im Lauf des 20. Jahrhunderts nach und nach zum Zuge gebracht worden sind. In die Richtung einer patientenorientierten Medizin zielte bereits 1906 das eingangs zitierte Wort Ernst Schwengers: „Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“ Zwei Jahrzehnte später entwarf der Heidelberger Neurologe und Psychosomatiker Viktor von Weizsäcker (1886–1957) ein Denkmodell, das sich konsequent am Patienten ausrichtete. In seinem Aufsatz „Der Arzt und der Kranke“ legte er 1926 dar, es komme darauf an, einen Patienten im Horizont seiner individuellen Biografie zu sehen, zu ihm eine personale Beziehung aufzubauen und das persönliche Gespräch zu suchen. Für den Arzt solle die „Biographik“, die „biographische Methode“ maßgebend sein. Zwischen Arzt und Patient existiere ein „Erschließungsgeschehen“: Der „Anfang ist eine biographische Szene und ist zuerst ein Gespräch“. Der Arzt habe den Patienten in seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte, seiner Geschichtlichkeit und Zeitlichkeit zu sehen und sich zu fragen: „Was wird dieser Mensch?“ Eine Krankheit lasse sich als Lebenskrise begreifen, die zur „Wandlungskrise“ werden könne, falls der Patient sie innerlich verarbeite. Dieser könne aus ihr innerlich gestärkt mit einem „existentiellen Sprung“ herausgehen. In der Arzt-Patient-Beziehung sei grundsätzlich nicht der Arzt, sondern der Patient das eigentliche Subjekt (Nachweise: [7] S. 26 f, vgl. [12]).

Hiermit entwarf von Weizsäcker ein personales sowie prozessuales Bild von Gesundheit bzw. Krankheit, welches die leibliche und die seelische, geistige Seite des Patienten einschloss und die Krankheit im Licht persönlicher Einstellungen interpretierte. Sein Denkansatz leidet freilich unter manchen Einseitigkeiten. So leitete er somatische Krankheiten geradezu monokausal aus psychischen Belastungen oder aus der biografischen Vergangenheit ab, indem er den Bluthochdruck eines Patienten aus chronisch unterdrückter Wut oder eine Gelbsucht mithilfe von Neid und Eifersucht erklärte. In seiner „Pathosophie“ schrieb er, „jede

[!] Erkrankung“ hänge mit „unbewußter Schuld“ zusammen. Auf diese Weise verschränkte er Krankheit mit Sünde oder Schuld. Ein solcher Ansatz belastet Patienten zusätzlich zu ihrem Krankheitschicksal noch mit moralischen oder religiösen Vorwürfen und macht sie „doppelt unglücklich“: Der Patient „hat nicht nur eine ernste Krankheit, er ist gleichzeitig ihr schuldiger Verursacher“ ([13]).¹ Überdies hat von Weizsäcker die Heilkraft des Arztes und die interpersonale Arzt-Patient-Beziehung geradezu überhöht. Er erklärte den Arzt und den Patienten zum „bipersonellen Menschen“ und meinte zum ärztlichen Umgang mit Schmerzen: „Die Heilbehandlung besteht ja nur [!] in einer Berührung zweier Menschen“ ([15], S. 315).

Andere ärztliche Vordenker der „Heidelberger Schule“ wie Richard Siebeck oder der Philosoph und Psychiater Karl Jaspers haben die Spekulationen, die von Weizäckers psychosomatisches und psychogenetisches Krankheitsbild enthielt, nicht geteilt [16]. Dennoch bleibt es konzeptionell bemerkenswert, dass er die interpersonale, intersubjektive Dimension der Arzt-Patient-Beziehung grundsätzlich erfasst hat. Um den Kern seines Denkansatzes zu vertiefen, liegt es nahe, die dialogische Ethik aufzugreifen, die von dem Philosophen Martin Buber (1878–1965) stammt. Viktor von Weizsäcker war seinerseits von der Dialogphilosophie Bubers beeinflusst gewesen.

Dialogische Ethik

Buber hatte in den 1920er-Jahren für die philosophische Anthropologie einen Paradigmenwechsel eröffnet. Er ließ den philosophischen Idealismus Immanuel Kants hinter sich, demzufolge der einzelne Mensch seine Würde und seine Subjektstellung aus seiner Vernunftexistenz, seiner Teilhabe an der universalen Vernunft gewinnt. Darüber hinaus überschritt er

¹ Die Deutung von Krankheit als Strafe, die sich therapeutisch sehr hemmend auswirken kann, findet sich noch heute in religiösem, keineswegs nur in islamischem Denken. Der prominente katholische Theologe Karl Rahner ging so weit, Krankheit als „Sichtbarwerden der Macht der Sünde und des Teufels“ zu bezeichnen ([14], S. 70).

den abendländischen Dualismus – repräsentiert vom Platonismus, von christlichen Überlieferungen und in der Neuzeit im Cartesianismus und im Idealismus wiederkehrend –, der Leib und Seele voneinander abhob und die körperliche Existenz als anthropologisch nachrangig bewertete. Stattdessen entfaltete er ein ganzheitliches Menschenbild, das die geistige und leibliche Seite der Existenz integrierte und interpersonal angelegt war [17, 18]. Ausgehend von der Einsicht: „Die fundamentale Tatsache der menschlichen Existenz ist der Mensch mit dem Menschen“ ([19], S. 164), analysierte er die Phänomene der menschlichen Begegnung und deutete Ethik als „Antwort auf das Du“. Dem Mitmenschen ist Würde und Eigenwert nicht allein aufgrund seiner Vernunft, seines Geistes zu eigen, sondern weil er ein leiblich begegnendes „Du“ und eine Individualität ist, die von bloßen Objekten oder Gegenständen, dem „Es“, kategorial abzuheben ist.

Ethisch heißt dies, dass der eine, das Ich, dem anderen als dem Du in seiner jeweiligen Situation und den konkreten Umständen gemäß gerecht werden soll. Zur Verdeutlichung entfaltete Bubers Dialogphilosophie Kriterien, an denen sich die Dynamik der mitmenschlichen Begegnung und ein gelingendes Gespräch normativ bemessen lassen. Hierzu gehören die „Unmittelbarkeit“, der gemäß das Ich aufgefordert ist, sich dem Mitmenschen unverstellt und unvoreingenommen zuzuwenden, oder die „Ausschließlichkeit“. Letztere zielt darauf ab, dass das Ich den jeweils anderen in seiner individuellen Identität erfasst. Sodann hob Buber die „Wahrhaftigkeit“ dem anderen gegenüber, die „personale Vergegenwärtigung“, die „Realphantasie“, die „Rückhaltlosigkeit“ und das „Vertrauen“ hervor. Für den zwischenmenschlichen Dialog ist es wesentlich, dass ich mich in die Erwartungshaltungen und in die Vorstellungswelt meines Gegenübers hineinsetze, den Denk- und Wertehorizont des anderen aus seiner Perspektive wahrnehme und mir die Wirkung meiner eigenen Person aus dessen Sicht vor Augen führe. Im Verhältnis von Mensch und Mitmensch kommt es auf die „Akzeptation“, auf materiale Toleranz und auf „Gegenseitigkeit“ bzw. Reziprozität an. Phäno-

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1085–1092 DOI 10.1007/s00103-012-1535-y
© Springer-Verlag 2012

H. Kreß

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin. Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen

Zusammenfassung

„Gesundheit“ und „Krankheit“ sind vielschichtige Begriffe. Das Verständnis der menschlichen Gesundheit hängt außer von naturwissenschaftlichen Aspekten von den individuellen Vorstellungen der Menschen und von kulturellen sowie weltanschaulichen Faktoren ab. Das Leitbild einer patientenzentrierten Medizin bringt zum Ausdruck, dass ein Arzt nicht nur den objektivierbaren Krankheitsbefund zu erheben hat. Vielmehr soll er auch dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten, ihren persönlichen Werten und ihrer subjektiven Sicht von Gesundheit und Krankheit gerecht werden. Einen gedanklichen Hintergrund bietet die Dialogphilosophie, die im 20. Jahrhundert entstand. Auf empirischer Basis lässt sich die gelingende Kommunikation des Arztes mit dem Patienten als nützliches Placebophänomen interpretieren. Die

alternative Medizin legt auf die Zuwendung des Arztes großen Wert. Hieraus erklärt sich weitgehend die Sogkraft, die sie für viele Patienten besitzt. Daher sollte auch die naturwissenschaftlich orientierte Medizin („Schulmedizin“) verstärkt aufarbeiten, dass Empathie und die Dialogfähigkeit des Arztes für den Erfolg einer Behandlung wesentlich sind. Es gehört zur ärztlichen Verantwortung, die persönlichen Perspektiven von Patienten wahrzunehmen, sie zu respektieren und sich, wenn nötig, auch kritisch mit ihnen auseinanderzusetzen.

Schlüsselwörter

Arzt-Patient-Verhältnis · Patientenzentrierte Medizin · Alternative Medizin · Placebo · Dialogphilosophie

The doctor–patient relationship against the backdrop of patient-centered medicine. The conclusions of dialogical ethics

Abstract

“Health” and “illness” are multilayered terms. The understanding of human health depends, apart from scientific aspects, on people’s individual perceptions as well as on aspects of culture and world view. The ideal of patient-centered medicine requires that a physician does not merely have to establish an objectifiable diagnosis. Rather, a physician should also respect the patients’ right to self-determination, their personal values, and their subjective view of health and illness. The philosophy of dialogue, which developed in the twentieth century, offers a conceptual background for this ideal. On an empirical basis, the successful communication between doctor and patient can be interpreted as a useful placebo phenomenon. Alternative

medicine puts great emphasis on the doctor’s attentive care. This also explains why the alternative branch of medicine has appealed to many patients. Therefore, science-oriented medicine should review methods in which the doctor’s empathy and dialogue ability are crucial to treatment success. It is part of the physician’s responsibility to appreciate the personal perspectives of patients, to respect them and, if necessary, to engage with them critically.

Keywords

Doctor–patient relationship · Patient-centered medicine · Alternative medicine · Placebos · Philosophy of dialogue

menologisch legte Buber dar, dass sich Interpersonalität keineswegs nur im Wortwechsel oder aktiven Handeln erschöpft, sondern sich auch durch beredtes Schweigen oder beim Blickwechsel erignet ([18], S. 173–185).

Die Dialogik Bubers ist im 20. Jahrhundert in der Reformpädagogik und in der Psychotherapie rezipiert worden. Sie

lässt sich ebenfalls für die Arzt-Patient-Beziehung auswerten. Übersetzt man ihre Intentionen in heutige medizinische Terminologie, dann ist die Kommunikation des Arztes mit dem Patienten im Rahmen der ärztlichen Behandlung als unspezifischer Wirkfaktor oder als ein nützlicher Placeboeffekt zu beschreiben. Dies ist näher zu erläutern.

Heutige medizinische Interpretation: Das ärztliche Gespräch als hilfreiches Placebophänomen

Neben der fachlichen Diagnostik und der „lege artis“, nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführten Therapie sind die Information und Aufklärung des Patienten fester Bestandteil einer ärztlichen Behandlung. Erst nachdem diese erfolgt sind und die informierte Zustimmung, der „informed consent“ des Patienten vorliegt, können Medikamente eingesetzt oder darf eine Operation in Gang gebracht werden. Gegebenenfalls ist der Arzt sogar verpflichtet, den Patienten über wirtschaftliche Aspekte einer Behandlung, die Kosten und die Möglichkeiten der Kostenerstattung zu unterrichten [20]. In unserem Zusammenhang ist zu unterstreichen, dass das Gespräch, das der Arzt mit einem Patienten führt, *als solches* zu den behandlungsrelevanten Kontextfaktoren zählt. Gelingt die Gesprächsführung des Arztes in zwischenmenschlicher Hinsicht, vermag dies einen Placeboeffekt zu erzielen, der sich auf das gesundheitliche Wohl, auf die physische und die psychische Situation des Patienten positiv auswirkt.

Das Wort „Placebo“ ist auf die lateinische Übersetzung des alttestamentlichen Psalms 116,9 zurückzuführen („placebo domino in regione vivorum“/„ich werde dem Herrn im Lande der Lebenden gefallen“). Im 12. Jahrhundert wurde das Wort im englischen Sprachgebrauch für die gesungene Totenandacht verwendet. Das Wort „Placebo“ besitzt heute oftmals einen negativen Beiklang. Die negativen Assoziationen haben eine alte Wurzel darin, dass Trauergäste ehemals dafür bezahlt wurden, diese Totenandacht zu vollziehen; sie waren Schein- oder Ersatztrauernde. Im 14. Jahrhundert wurde das Wort dann in einem weltlichen Sinn benutzt: „to sing a placebo“ als Synonym für Schmeicheleien. Seit dem 17. Jahrhundert wurde es medikalisiert. Es umschrieb Medikamente, die dem Patienten einen Dienst erweisen sollen, ohne dass der Arzt hiervon einen spezifischen Therapieeffekt erwartete. Die Gabe von Placebos war eine Gefälligkeit des Arztes gegenüber dem Patienten ([21], S. 447).

Heute fasst man unter den Begriff des Placebos pharmakologisch unwirksame Substanzen, die in der medizinischen Forschung und in klinischen Studien verwendet werden. Allerdings können sie medizinisch durchaus positive Effekte erzeugen. Der Nutzen einer ärztlichen Behandlung setzt sich durchgängig aus einem Verum- und einem Placeboanteil zusammen. Je nach Krankheit und Behandlung variiert es, welchen Stellenwert die Medikamente besitzen, die als direkt wirksam gelten, und welcher Anteil Placebomedikationen oder sonstigen Maßnahmen zukommt. Über die Wirkung von Placebos ist im Einzelfall zwar keine Prognose möglich. Empirische, sozialwissenschaftliche und neurobiologisch angelegte Studien belegen aber, dass Placebos faktisch nützlich sind. Umgekehrt erzeugen sie im Problemfall als Nocebos auch Schaden.

Gesundheitsdienliche Placeboeffekte gehen freilich nicht allein von Medikamenten aus, sondern beruhen auch auf dem Verhalten des Arztes und der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung. Daher enthält die Ausarbeitung, die der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer 2010 über Placebos vorlegte, als wichtigen Teilaspekt die Arzt-Patient-Beziehung, das „therapeutische Setting“. Der Bundesärztekammer zufolge besitzen eine gelingende Verantwortungspartnerschaft und ein ertragreiches Gespräch von Arzt und Patient eine Placebowirkung, die dem Patienten – zu ergänzen ist: je nach Fallkonstellation auch den Angehörigen – existenziell zugutekommen und die Therapie stützen. Die Studie macht auf zahlreiche Einzelfaktoren aufmerksam, z. B.:

- die Empathie des Arztes, seine psychosoziale Kompetenz, sein Zuhörenkönnen und seine Bereitschaft zu antworten,
- die Verständlichkeit und Gründlichkeit seiner Information,
- die Zeit, die er sich für den Patienten nimmt, und seine Geduld,
- den Blickkontakt zum Patienten, d. h. neben der verbalen die nonverbale Kommunikation,
- das wechselseitige Loyalitätsverhältnis ([22], S. 157–176).

Ein von Vertrauen getragenes Arzt-Patient-Gespräch fördert die Compliance bzw. die Adhärenz des Patienten. Der positive Placeboeffekt, den die Kommunikation von Arzt und Patient und die Macht des Wortes mit sich bringen, lässt sich mentalistisch aus der Befindlichkeit des Patienten und aus seiner Erwartungshaltung gegenüber dem Arzt erklären. Im besten Fall vermag die kommunikative Zuwendung des Arztes einen Patienten zu motivieren, durch eigene Verhaltensänderungen aktiv zur Wiederherstellung seiner Gesundheit beizutragen. Umgekehrt können das abweisende Auftreten und die Verweigerung des Gesprächs durch den Arzt Noceboeffekte auslösen und therapeutisch kontraproduktiv sein: „In diesem Fall kommt es durch Erwartung und Erfahrung zu einer Verschlechterung des Befindens“ ([23], S. A-1418, vgl. [24], S. 1940).

Ärztliche Gesprächsführung und Authentizität

In der Substanz sind es die in Bubers Dialogphilosophie entfaltenen Elemente des Zwischenmenschlichen – Wahrhaftigkeit, personale Vergegenwärtigung, Realphantasie, Rückhaltlosigkeit, Vertrauen, Akzeptation –, die sich medizinisch als Unterstützung des Patienten, d. h. als nützliche Placebophänomene erweisen. Sie stellen einen Begleitumstand dar, der die fachlich-medizinische Expertise in der Diagnostik und in der Therapie konstruktiv ergänzt. Wenn man die Begriffsbildung aufgreift, die sich bei Buber selbst findet ([18], S. 177 f, [25], S. 293 ff), ist noch auf weitere Aspekte hinzuweisen. Wesentlich ist es, dass der Arzt zu einem „echten“ oder „authentischen“ Dialog mit dem Patienten bereit ist. Er sollte mit ihm nicht nur einen „fiktiven“ oder „technischen“ Dialog führen und sich keinesfalls zu einem „dialogisch verkleideten Monolog“ verleiten lassen. Für Ärzte ist es immer wieder eine schwierige Aufgabe, einem Patienten einen belastenden Krankheitsbefund oder eine niederdrückende Prognose mitzuteilen. Die „Wahrheit“ zu sagen bedeutet für den Arzt aber nicht nur, den Patienten sachlich korrekt zu informieren (Wahrheit als Satz- oder Begriffswahrheit im Sinn der Kor-

responzenztheorie). Vielmehr ist zusätzlich die prozessuale oder kommunikative Seite von Wahrheit ernst zu nehmen, aufgrund derer Wahrheit als interpersonales Geschehen zu deuten und sie an der intersubjektiven Beziehungsqualität zu bemessen ist. Darüber hinaus sollte der Arzt auf die subjektive Dimension von Wahrheit achten, nämlich auf die Wahrheit als „Wahrhaftigkeit“ im Sinn seiner persönlichen Authentizität.

Dies steht in Kontrast dazu, dass Mediziner im 20. Jahrhundert in die Rolle des naturwissenschaftlich-technischen Experten, des „homo faber“ gerieten. Verschärfend kommt heute hinzu, dass die Strukturen der Gesundheitsversorgung für Patienten unübersichtlich geworden sind. Aufgrund von Ökonomisierung und Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen und von Zeitknappheit bei Ärzten und Pflegepersonal ist der medizinische und klinische Alltag in hohem Maß depersonalisiert und entpersönlicht. Umso relevanter ist es, den „weichen“, kommunikativen Komponenten der gesundheitlichen Versorgung, namentlich dem ärztlichen Gespräch, wieder einen höheren Stellenwert zuzugestehen. Dies tritt noch deutlicher zutage, wenn man sich zum Vergleich vor Augen führt, auf welche Resonanz zurzeit die alternative Medizin stößt.

Alternative Medizin – in interpersonaler Hinsicht für die Schulmedizin beispielgebend

Bei Patienten finden Homöopathie, Anthroposophie, Pflanzenmedizin, Akupunktur und die Vielzahl weiterer Spielarten alternativer oder komplementärer Medizin großen Anklang. Zwar sind die Homöopathie mit ihrem Ähnlichkeitsgrundsatz „Similia similibus curantur“ und der These, Heilmittel würden durch Verdünnung potenziert, sowie weitere alternativmedizinische Behandlungsansätze auf der Basis naturwissenschaftlicher Plausibilität und Evidenz hochgradig

anfechtbar.² Dennoch sehen Patienten in ihr eine ganzheitliche Alternative zur technologiegetriebenen konventionellen Medizin und einen Ausweg aus der „Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen“ ([28], S. 23). Die Popularität alternativmedizinischer Behandlungen beruht wesentlich auf ihren Placeboeffekten, namentlich auf dem Kontexteffekt, der aus dem Zeitaufwand des Arztes, seiner Gesprächsbereitschaft und seiner affektiven Zuwendung zum Patienten resultiert. Patienten erleben dort einen „stärkeren Einbezug auch persönlicher Probleme aus der Familie und dem Berufsleben. Bereits der zeitliche Umfang des persönlichen Kontaktes beim Alternativtherapeuten wird doppelt so hoch eingeschätzt wie beim Schulmediziner“ ([28], S. 23). Gerade auch bei schweren, unheilbaren Krankheiten wird alternative Medizin nachgefragt, um die konventionelle schulmedizinische Behandlung zu ergänzen [29, 30]. Wohltuende Placeboeffekte sind für Schmerzen, Depression oder die Parkinson-Krankheit beschrieben worden. Dass sich mit alternativer Medizin – Akupressur, ätherische Öle – der subjektive Leidensdruck mildern und hilfreiche menschliche Zuwendung zum Ausdruck bringen lässt, zeigt sich ferner beim pflegerischen Umgang mit Sterbenden [31, 32].

Andererseits wurde bei Onkologiepatienten die Tumorprogression nicht beeinflusst. Bei Patienten mit Bewusstseins- oder kognitiven Einschränkungen, unter Narkose oder bei Alzheimer-Demenz ließ sich keine positive Placebowirkung beobachten. Zudem führt die „versteckte Verabreichung eines Placebos ... zu keiner Placeboantwort“. Daher ist zur alternativen Medizin die Bilanz zu ziehen: „Der Patient muss wissen, dass er behandelt wird“ ([21], S. 452, vgl. [33]). Die von

² Kritisch kann man hierin „ein sehr komplexes nichtreligiöses Glaubenssystem“ sehen ([11], S. 83). Politisch wurden im Jahr 2010 in Großbritannien starke Vorbehalte erhoben. Sie bezogen sich auf die öffentliche Finanzierung der Homöopathie [26]. Diese Problematik ist ebenfalls in der Bundesrepublik Deutschland zu diskutieren ([11], S. 71). Das Bundessozialgericht urteilte 2011, dass die Homöopathie von Wirkstoffprüfung und vom Wirtschaftlichkeitsgebot nicht ausgenommen werden darf [27].

ihr insbesondere durch die Arzt-Patient-Kommunikation erzielten Placeboeffekte wirken sich weniger auf die Krankheit als objektivierbare klinische Funktionsstörung („disease“), sondern auf das subjektive Empfinden, auf eine Krankheit als „illness“ aus.

Es liegt an der naturwissenschaftlichen Medizin, diese Beobachtung konstruktiv aufzugreifen. Wenn „eine schulmedizinisch richtige Therapie von einem kommunikativ begabten Arzt verordnet wird, addieren sich günstige Placebozu den spezifischen Wirkungen“ ([24], S. 1940). Aufgrund von Sachzwängen und Zeitdruck sind Ärzte im heutigen medizinischen Alltag zwar oftmals kaum in der Lage und manchmal auch gar nicht willens, Patienten ausreden zu lassen oder zeitintensivere Gespräche mit ihnen zu führen ([22], S. 165). Eine der Ursachen ist die Honorarordnung. Die Gesundheitspolitik hat es bislang sogar versäumt, ein adäquates Honorar vorzusehen und eine Gebührensatz dafür einzuführen, dass Ärzte Patienten ausführlich beraten, wenn es um eine Patientenverfügung geht ([34] S. 57 ff). Allerdings kommt es nicht immer nur auf die Quantität an Zeit an, die ein Arzt für ein Patientengespräch aufwendet. Auch in einem zeitlich knapp bemessenen Gespräch ist die qualitative Dimension wichtig, nämlich das Bemühen des Arztes um Empathie und um eine dialogische Gesprächsführung. Hierdurch zeigt er dem Patienten, dass er ihn als personales Gegenüber wertschätzt.

In dieser Hinsicht sind die Kriterien des dialogischen Gesprächs, die Buber entwickelt hat, unverändert bedeutsam. Die Impulse, die seine Dialogphilosophie setzte, sind heute sodann noch in einer weiteren Perspektive aufzugreifen. Für ihn war tragend, dass jeder Mensch in seiner Individualität und damit auch in seinem jeweiligen Anderssein, seinem biografischen So-Sein zu respektieren ist. Auf dieser Basis hatte er bereits im frühen 20. Jahrhundert zu religiöser und weltanschaulicher Toleranz aufgerufen [35]. Heute ist das Postulat der Toleranz speziell für die Arzt-Patient-Beziehung fruchtbar zu machen. In unserer Gesellschaft ist ein Grad an weltanschaulicher und religiöser Pluralisierung eingetreten, der kulturgeschichtlich neuartig ist. In

der Bundesrepublik Deutschland bilden die Menschen ohne Konfessions- oder Religionszugehörigkeit die größte Teilgruppe (ca. 34%). Der römisch-katholischen oder den evangelischen Kirchen gehören, mit abnehmender Tendenz, jeweils noch ca. 30% an. Unter den sonstigen Religionen kommt den islamischen Strömungen der größte Anteil zu. Zusätzlich ist innerhalb der Weltanschauungen und Religionen selbst ein sehr hoher Grad an Binnendifferenzierung und Individualisierung anzutreffen.

Kultureller und religiöser Pluralismus – Herausforderung für den Arzt

Diese weltanschaulich-religiöse Pluralisierung kehrt sowohl bei Ärzten als auch bei den Patienten wieder. Unter den Ärzten zeigt sich die Pluralität von Wertüberzeugungen exemplarisch an ihren heterogenen Einstellungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung (z. B. [36], S. 79). Persönliche religiöse Überzeugungen der Ärzte fließen unter Umständen sogar unbewusst und unreflektiert in ihre Entscheidungen und ihr Verhalten gegenüber Patienten ein, die dem Tod entgegengehen ([37], S. 427, [38]).

Bei Patienten ist ebenfalls ein Spektrum von Lebens- und Weltanschauungen vorhanden, das sehr weit gespannt und völlig heterogen ist [39]. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsrechte und ihrer Gewissens-, Religions- und Weltanschauungsfreiheit haben sie sowohl ethisch als auch juristisch das gute Recht, über ihre Gesundheit, ihren Umgang mit Krankheit und mit dem Sterben im Horizont ihrer jeweils eigenen, höchstpersönlichen Wertüberzeugungen zu entscheiden. Ärzte sollten ihrerseits in der Lage sein, sich die Anschauungen der Patienten zu vergegenwärtigen und kultursensibel auf sie einzugehen. Daher sollten sie über bestimmte Konventionen (z. B. kulturelle Unüblichkeit eines Händedrucks) oder über religiös-kulturell bedingte Schamgefühle Bescheid wissen (etwa bei Patientinnen muslimischer Herkunft in der Gynäkologie) und gegenüber kulturellen oder religiösen Werten ihrer Patienten tolerant sein. Im Krankheitsfall vermag eine religiöse Überzeugung zur

psychischen Stabilisierung des Patienten und zur sozialen Unterstützung durch seine jeweilige religiöse Gemeinschaft beizutragen. Für das Coping, die Bewältigung von Konflikten und von Krankheitslasten kann sie hilfreich sein.

Dies besagt freilich nicht, ein Arzt müsse die Anschauungen des Patienten inhaltlich stets nachvollziehen oder seinem Willen bedingungslos Folge leisten. Schon Buber hatte betont, dass Toleranz keineswegs immer eine „Billigung“ dessen impliziert, was der andere jeweils meint und sagt ([18], S. 177). Der Arzt darf und soll gedanklich Distanz wahren. Unter Umständen ist er sogar verpflichtet, Schranken zu setzen. In der Gegenwart haben Ärzte immer wieder eine Gratwanderung zwischen der Achtung vor dem Patientenwillen einerseits und notwendiger Grenzziehung andererseits zu vollziehen: angesichts wunscherfüllender Medizin, kosmetischer Chirurgie, Strategien des Enhancement oder des Wunsches eines Patienten nach Chemotherapie, die ärztlich eigentlich nicht mehr indiziert ist [40]. Eine Gratwanderung ist manchmal ebenfalls in Anbetracht religiöser oder weltanschaulich-kultureller Vorstellungen erforderlich. Im Problemfall löst eine religiöse Bindung Fatalismus, vorschnelle Ergebung in das Schicksal oder zusätzliche psychische Belastungen aus, z. B. wenn Krankheit oder Depression als Zeichen der Strafe Gottes empfunden werden ([41], S. 324). Der Arzt wird auf jeden Fall dann Grenzen zu ziehen haben, wenn es um den Schutz Dritter geht. Gegebenenfalls hat er Nein zu sagen – z. B. wenn ein Ehemann türkischer oder muslimischer Herkunft seiner Frau um der zügigen Erzeugung von Nachkommen willen eine In-vitro-Fertilisation vorschnell aufnötigt. Derartige Grenzziehungen ergeben sich aus dem positiven Recht und aus dem *ordre public*.

Grundsätzlich ist im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin jedoch anzustreben, kulturell oder religiös bedingte Eigenarten mithilfe von Dialog und Überzeugungsarbeit zu bewältigen. Um ein Beispiel zu nennen, das mit dem Lebensende zu tun hat: Bis heute ist für muslimische Patienten sowie ihre Angehörigen die Idee der Allmacht Got-

tes leitend. Das menschliche Leben sei Gottes Eigentum, über das der Mensch nicht verfügen dürfe. Für Muslime ergeben sich hierdurch Vorbehalte sogar gegen passive Sterbehilfe, das Sterben-Lassen. Im klinischen Alltag kann es hilfreich sein, bei Meinungsdivergenzen, die in solchen Fällen zwischen Ärzten einerseits und muslimisch geprägten Patienten oder Angehörigen andererseits auftreten, Dritte als Vermittler einzubeziehen oder auch einen Imam zu Rate zu ziehen, um westliche medizinische und ethisch-rechtliche Gesichtspunkte sowie islamische Einschätzungen in einen Ausgleich zu bringen [42]. Das dialogische Arzt-Patient-Verhältnis wird hiermit zum Trialog erweitert.

Arztrolle und Arztverhalten im Licht patientenzentrierter Medizin: Konkretisierungen

Der religiöse, moralische und kulturelle Pluralismus zählt in der Gegenwart zu den Sachverhalten, die für das Arzt-Patient-Verhältnis in viel stärkerem Maße eine Rolle spielen, als es bislang der Fall war. Ein weiteres Kernproblem für die Beziehung des Arztes zum Patienten bildet der Zielkonflikt zwischen Ökonomie und Gesundheitsschutz, in den Ärzte zurzeit geraten. Sie befinden sich in der Zwickmühle, faktisch zu Rationierungsbeauftragten des Gesundheitswesens zu werden und den Sachzwängen der technisierten Medizin und der Ökonomisierung ausgesetzt zu sein, obwohl sie eigentlich auf das Patientenwohl verpflichtet sind. Patienten können und sollen sich ihrerseits auf die Patientenautonomie und auf ihr Recht auf Selbstbestimmung berufen. Für sie entsteht jedoch das Dilemma, einerseits als rational agierende Klienten des Gesundheitssystems und als Kunden der Ärzte zu gelten. Andererseits herrscht in der konkreten Situation der Krankheit zwischen ihnen und den Ärzten ein Machtgefälle, eine Asymmetrie; der Patient gerät umstandsbedingt in die Lage der Unterlegenheit.

Angesichts dieses Geflechts unterschiedlicher, ja widerstreitender Faktoren ist das ärztliche Rollenbild heute neu zu durchdenken. Eine patientenzentrierte

Medizin führt zu konkreten Schlussfolgerungen. Zu ihnen gehört, dass Ärzte

- nicht allein auf das Krankheitsbild und die Krankheitssymptome blicken, sondern den Patienten als individuelle Person wahrnehmen,
- ihre Patienten umfassend informieren, aufklären und beraten, um dem „Chancen aspekt der Freiheit“ ([43], S. 259) gerecht zu werden. Es gilt, Patienten zu befähigen, auch bei komplexen Gesundheitsproblemen und in Anbetracht komplizierter medizinischer Sachverhalte – etwa in der Humangenetik oder der Fortpflanzungsmedizin – zu abgewogenen eigenverantworteten Entscheidungen zu gelangen,
- die Patienten ggf. auf zusätzliche Angebote der psychosozialen Beratung aufmerksam machen, die ergebnisoffen durchgeführt wird. Arztethisch-standesrechtlich ist z. B. schon seit Längerem vorgesehen, dass Ärzte ihre Patienten auf die Möglichkeit der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung hinweisen, bevor eine In-vitro-Fertilisation beginnt ([44], S. A-1396),
- sowohl die Reichweite als auch die Begrenzung des technisch Machbaren beachten und gemeinsam mit dem Patienten zu einer für ihn adäquaten Lösung gelangen – im Sinn des „shared decision making“ [9, 45], der partizipativen Entscheidungsfindung und der Verantwortungspartnerschaft von Arzt und Patient,
- die persönlichen Wertüberzeugungen von Patienten tolerieren und ihre eigenen religiös-weltanschaulichen Vorstellungen und Wertpräferenzen in den Hintergrund treten lassen,
- im Fall von Wert- und Entscheidungskonflikten eine dialogische Konfliktlösung suchen und dabei auch Dritte – ein Ethikonsil, eine Vertrauensperson des Patienten, einen Psychologen, einen Seelsorger – in den Meinungsbildungsprozess einbeziehen,
- einem Patienten „bei der langfristigen Erstellung von Wertbildern“ zur Seite stehen, „die bei Koma, Demenz oder Multimorbidität adjuvan-

tiv oder regulativ herangezogen werden können“ ([10], S. 176). Sofern Patienten sich rechtzeitig ärztlich beraten lassen und sie vorsorglich Entscheidungen zur Therapiebegrenzung am Lebensende treffen, verringert dies für sie die Gefahr, durch Intensivmedizin und medizinische Hochtechnologie fremdbestimmt zu werden [46],

- gegenüber einem Patienten eigene Entscheidungsunsicherheiten, Zweifel oder Fehltritte einräumen und ggf. auch um Verständnis und Entschuldigung bitten. Letzteres ist Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland 2008 durch eine Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes erleichtert worden. Die persönliche Aussprache des Arztes mit dem Patienten kann unbeschadet von Rechts-, Haftungs- oder Versicherungsfragen erfolgen ([5], S. 77),
- sich um eine „sprechende Medizin“ bemühen und die Kriterien der dialogischen Gesprächsführung beachten.

Fazit

Solche Gesichtspunkte zum Arzt-Patient-Verhältnis haben die Funktion, kontrafaktisch zu den einengenden Sachzwängen des ökonomisierten medizinischen Alltags die Vertrauenswürdigkeit des ärztlichen Handelns in der Gesellschaft und bei den Patienten zu stützen bzw. wiederherzustellen. Sie orientieren sich für das Gesundheitswesen am Leitbild der Partizipations- und Befähigungsgerechtigkeit ([5], S. 225 ff, [43], S. 258 ff) und tragen zur Gesundheitsverantwortung und -mündigkeit der Patienten selbst bei. Das Arzt-Patient-Verhältnis dahingehend auszugestalten, dass die moderne naturwissenschaftliche, technisierte durch eine patientenzentrierte Medizin bereichert wird, nutzt dem Gesundheitsschutz der Patienten, berücksichtigt ihren persönlichen Zugang zu Fragen von Gesundheit und Krankheit und stärkt ihr individuelles Selbstbestimmungsrecht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Kreß

Evangelisch-Theologische Fakultät,
Abteilung für Sozialethik,
Universität Bonn
Am Hof 1, 53113 Bonn
hkress@uni-bonn.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Schwenger E (1906) Der Arzt. Rütten & Loening, Frankfurt/M
2. Haas N, Barthelmes H (2001) Ernst Schwenger, Leibarzt des Reichskanzlers und Direktor der Charité-Hautklinik 1884–1902. Hautarzt 52:346–351
3. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143 (Zugriff: 9. März 2012)
4. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2010) Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen. Ministerium der Justiz, Mainz
5. Kreß H (2012) Ethik der Rechtsordnung. W. Kohlhammer, Stuttgart
6. Wittchen HU et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21:655–679
7. Kreß H (2009) Medizinische Ethik, 2. erweiterte Aufl. W. Kohlhammer, Stuttgart
8. Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Schattauer, Stuttgart
9. Krones T, Richter G (2008) Ärztliche Verantwortung: Das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51:818–826
10. Sass H-M (2006) Differentialethik. Anwendungen in Medizin, Wirtschaft und Politik. LIT, Berlin
11. Engelhardt K (2011) Verlorene Patienten? Für mehr Menschlichkeit in der Medizin. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
12. Hartmann F (2008) Lässt sich der Begriff der Person bei Viktor von Weizsäcker mit einem praxisnahen Verständnis von Menschenwürde verbinden? In: Gahl K et al. (Hrsg) Gegenseitigkeit. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 317–336
13. Engelhardt K (2009) Viktor von Weizsäcker, Warum wird man krank? Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 62:5, 64
14. Rahner K (1963) Zur Theologie des Todes. 4. Aufl. Herder, Freiburg
15. Von Weizsäcker V (1926) Die Schmerzen. Kreatur 1:315–335
16. Engelhardt K (2011) Die „Heidelberger Schule“. Dtsch Med Wochenschr 136:2692–2695
17. Theunissen M (1977) Der Andere, 2. Aufl. de Gruyter, Berlin
18. Kreß H (1985) Religiöse Ethik und dialogisches Denken. Das Werk Martin Bubers in der Beziehung zu Georg Simmel. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
19. Buber M (1971) Das Problem des Menschen, 4. Aufl. Lambert Schneider, Heidelberg

20. Wienke A, Mündnich A (2011) Wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes. Hessisches Ärztebl 72:156–157
21. Oeltjenbruns J, Schäfer M (2008) Klinische Bedeutung des Placeboeffektes. Anästhesist 57:447–463
22. Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats (Hrsg) (2011) Placebo in der Medizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
23. Bundesärztekammer (2010) Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Placebo in der Medizin“. Dtsch Ärztebl 107:A1417–1421
24. Engelhardt K (2004) Ethische Probleme der Placebobenutzung. Dtsch Med Wochenschr 129:1939–1942
25. Buber M (1973) Das dialogische Prinzip, 3. Aufl. Lambert Schneider, Heidelberg
26. House of Commons (2010) Science and Technology Committee. Evidence Check 2: Homeopathy. The Stationery Office Limited, London
27. Bundessozialgericht, Urteil vom 14.12.2011, Aktenzeichen B 6 KA 29/10 R
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes H. 9, Selbstverlag, Berlin
29. Heese O et al (2010) Complementary therapy use in patients with glioma. An observational study. Neurology 75:2229–2235
30. Läengler A et al (2010) Anthroposophic medicine in paediatric oncology in Germany: results of a population-based retrospective parental survey. Pediatr Blood Cancer 55:1111–1117
31. Wellens-Mücher D (2011) Akupressur bei Sterbenden. Pflegezeitschrift 64:532–535
32. Luz-Bißmaier A (2011) Aromapflege bei Schwerkranken und Sterbenden. Pflegezeitschrift 64:548–550
33. Hausteil K-O (2004) Homöopathie und die Behandlung von Geschwulstkrankheiten. Onkologie 10:269–275
34. Bickhardt J (2012) Folgerungen für die Beratungspraxis. In: Borasio GD et al (Hrsg) Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis. W. Kohlhammer, Stuttgart, S 45–61
35. Buber M (1926) Vorwort. Kreatur 1:1–2
36. Van den Daele W (2012) Die medizinische Profession unter dem Druck gesellschaftlicher Erwartungen. Zur Zukunft der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. In: Borasio GD et al (Hrsg) Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis. W. Kohlhammer, Stuttgart, S 73–84
37. Bülow H-H et al (2008) The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. Intensive Care Med 34:423–430
38. Seale C (2010) The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. J Med Ethics 36:677–682
39. Mönter N (Hrsg) (2007) Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung. Psychiatrie-Verlag, Bonn
40. Alt-Epping B, Nauck F (2012) Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? Ethik Med 24:19–28
41. Murken S, Reis D (2011) Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung. In: Klein C et al (Hrsg) Gesundheit – Religion – Spiritualität. Juventa, Weinheim, S 321–331
42. Ilklic I (2008) Kulturelle Aspekte bei Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51:857–864
43. Sen A (2010) Die Idee der Gerechtigkeit. C.H.Beck, München
44. Bundesärztekammer (2006) (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Dtsch Ärztebl 103:A1392–1403
45. Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003) Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz Präventivmed 48:11–24
46. Schneiderman LJ et al (2003) Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. A randomized controlled trial. JAMA 290:1166–1172

Der Mensch im Mittelpunkt

Die enormen technischen, diagnostischen und therapeutischen Erfolge der vergangenen Jahrzehnte haben zu einem fundamentalen demographischen Wandel mit immer älteren und multimorbiden Patienten geführt. Das Behandlungsteam auf der Intensivstation steht angesichts dieser Entwicklung vor immer größeren medizinischen Herausforderungen und den häufig damit verbundenen ethischen Problemen. Immer wieder sind im Grenzbereich zwischen Leben und Tod äußerst schwierige Entscheidungen zu treffen.



Das Leitthemenheft „Der Mensch im Mittelpunkt“ der Fachzeitschrift Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin (Ausgabe 4/2014) beschäftigt sich

mit elementaren Voraussetzungen der modernen Intensivmedizin.

Es beinhaltet u.a. Beiträge zu folgenden Themen:

- Der palliativmedizinische Dienst auf der Intensivstation
- Fehlerentstehung und Fehlerprävention auf Intensivstationen
- Kommunikation in der Intensivmedizin
- Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin
- Sicherheit in der Intensivmedizin

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von

EUR 32,- zzgl. Versandkosten bei:

Springer Customer Service Center

Kundenservice Zeitschriften

Haberstr. 7

69126 Heidelberg

Tel.: +49 6221-345-4303

Fax: +49 6221-345-4229

E-Mail: leserservice@springer.com

P.S. Vieles mehr rund um Ihr Fachgebiet finden Sie auf www.springermedizin.de