

der diagnostisch-therapeutischen Bekämpfung akuter Krankheiten wegzukommen und eine Begleiten von Menschen zu ermöglichen. Es geht in unseren Gesellschaften längst um eine „Chronisch-Kranken-Medizin“. Die ärztliche Grundhaltung muss sich neu formulieren und wir können eine Arztrolle entwickeln, in der die Ärzte sich aus fremden Sorgen eigene Sorgen machen, in der die Krankengeschichte in die Lebensgeschichte ein- und umgeschrieben wird, in der die Zeit des Patienten mehr zählt als die des Arztes, in der der Arzt zum „biografischen Reisebegleiter“ wird, in der der Arzt dem chronischen Kranken ein chronischer Arzt ist.

„Wir Ärzte finden zu neuer Glaubwürdigkeit nur über radikale Selbstkritik und Rückzug auf unsere Kernaufgaben.“ Der alte Grundsatz: „Die Natur heilt, der Arzt assistiert ihr“ ist abgelöst vom Anspruch der Ärzte, sie selbst seien es, die heilen können. Im Praxiswartezimmer sollte ein Plakat hängen: „Hier erfüllen wir keine Wünsche, dafür übernehmen wir Verantwortung“. Demut (wörtlich: Dienst-Mut) und Vertrauen kultivieren die Grundhaltung des Arztes, für den es nicht darauf ankommt, den anderen zu verstehen, sondern sich so zu verhalten, dass der andere sich selbst wieder besser versteht.

„Hausärzte sind die Hoffnungsträger der kranken Medizin.“ Die kleinste gesellschaftliche Einheit ist der Haushalt (oikos). Der Hausarzt als „Ökiater“ in einem System der Selbsthilfe- und Selbstverwaltungsgemeinschaft oder der Hausarzt in „Lotsenfunktion“? Soll er bloß vermitteln, das Tun aber anderen überlassen? Schon jetzt erfolgen im halbwegs funktionierenden Primärarztsystem 96% aller Behandlungsfälle ambulant, zu 45% durch Hausärzte, die zu 80% die ganze Familie betreuen, davon 75% länger als fünf Jahre, 60% der Medikamente verordnen sowie zu 36% Gesunde beraten. Der „Bedeutungsboom des Hausarztes“ ist durch die Wiederentdeckung familiärer Strukturen und die zunehmende Zahl chronisch Kranker und Alterskranker zu erklären. Die wichtigste Reformmaßnahme überhaupt sieht Dörner darin, die kostbare Ressource des Hausarztes nicht zu verschleudern.

Auf dem Wege zu einer gesunden Gesellschaft bedeutet gesund leben für uns heute nicht mehr wie bisher die einseitige Entlastung von Lasten, vielmehr die ständig neue Ausbalancierung des menschengemäßen Gleichgewichts zwischen Entlastung und Belastung im Sinne des Spannungsfeldes zwischen Selbstgenuss und „selbstvergessenem Weggebensein“ an andere.

„Wir Bürger und Ärzte handeln den Lastenausgleich aus – vom Letzten her.“ Gelingendes Leben bedarf der Last. Der Mangel an Beanspruchung durch andere führt zu sozialmoralischer Atrophie. Wenn alle Sorgebedürftigen weit gehend gleichmäßig über die Gesellschaft oder die Kommune verteilt leben, wohnen und arbeiten, damit die Last, die sie bedeuten, sich auf die Schultern möglichst aller anderen Bürger gleichmäßig verteilen kann, wird ein gesünderes Sozialsystem entstehen. Damit könnten Heime und Anstalten überflüssig werden. Dem Bundestag liegt ein entsprechender Vorschlag zu einer Heim-Enquete vor.

Gesundheit braucht die zweite Aufklärung. Es gilt die medizinische Forschung durch Gewaltenteilung zwischen Wissenschaft, Staat und Wirtschaft aus der Gesundheitsfalle zu holen, nur dadurch wird sie menschen- statt marktdienlich.

Nur unser Bündnis zwischen Bürgern und Ärzten, Medizin und Sozialgesellschaft, zu Vertrauen verurteilt, heilt die Medizin, führt das individuelle wie allgemeine Gesundsein aus der Gesundheitsfalle. Sachen haben einen Wert, Menschen dagegen ha-

ben keinen Wert, dafür haben sie Würde. Der Grundgesetzartikel 1 findet seine Anwendung für die Heilung der Medizin in der Formulierung: „Die Schwachen und Kranken zu schützen, ist die Würde der Gesunden.“
W. Rimpau, Berlin

„Machen wir immer noch in die Hose?“ – 50 Rollenspiele zur tatsächlichen Gesundheitsreform

Peter Helmich, Kerstin Richter

Frankfurt: VAS, 2003

Ich möchte Peter Helmichs und Kerstin Richters 100-Seiten-Buch „50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch“ als ein herausragendes Lehrmittel vorstellen, die so dringlich eingeforderte psychosoziale Kompetenz des Arztes und der Ärztin zu vermitteln. Das gilt gleichermaßen für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vermittelt werden soll ein *heilsamer Umgang* des Arztes mit dem Patienten.

Was machen die Autoren? – Sie sichten die Allgemeinmedizin und identifizieren „20 häufige oder wichtige Problembereiche im ärztlichen Gespräch“. Diese bezeichnen sie als „besondere Beratungssituationen und häufige Probleme“ des niedergelassenen und hausärztlich tätigen Arztes bzw. der Ärztin.

Wer macht es und wo geschieht es? – Gemacht wird es im Rahmen eines Seminars im Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf, das in der Zeit von 1970 bis 2003 ablief. Es wurde vom Seniorautor (Geburtsjahr 1930), Emeritus für Allgemeinmedizin und Nestor der deutschen Allgemeinmedizin, geleitet. Die Juniorautorin (Geburtsjahr 1968) ist Allgemeinärztin, geübt in der Hochschuldidaktik wie in Fragen *Psychosomatischer Grundversorgung*. Die beiden Autoren stellen also ein Mann-Frau-Gespann unterschiedlicher Generationen her. Ihre Arbeitsgruppe ist eine halboffene, auf Selbsterfahrung basierende Arbeitsgruppe, sodass hinreichend Vertrautheit und Identifizierung mit den Arbeitszielen entsteht.

Wie machen es die Autoren? – Sie finden 50 Arzt-Patienten- und ÄrztInnen-PatientInnen-Situationen, die sie als Gruppensituationen sehen. Hier entwickeln die Seminarteilnehmer und -teilnehmerinnen aufgrund *ausreichend haltender* (Winnicott) Kräfte neuartige Lösungsschritte im Sinne ausreichend guter ärztlicher Versorgung. Bemerkenswert ist, dass *Lernziele* für jeden Problembereich erarbeitet werden. Sie scheuen sich nicht, die Arbeit als *Heilkunst* in Abgrenzung zu „medizinischer Leistungserbringung“ zu bezeichnen.

Wieso handelt es sich um ein herausragendes Buch? – Die Problemsammlung ist in ihrer Auflistung derzeit bestehender kommunikativer Probleme in der Versorgungspraxis nahezu *erschöpfend*. Als Ergänzung wären zu erwägen: Missbrauch, Psychotraumatologie, Salutogenese, Konsiliarverhalten vis-à-vis dem Patienten (als Beispiel aufgabenzentrierten Peer-learnings; Anamnesegruppe). Das wären dann Problembereiche 21 bis 24.

Wann bringen die Autoren ihr Werk auf den Markt? – Zu einer Zeit, in der es um den Einsatz bisher nicht eingesetzter menschlicher Ressourcen geht. Die größten Ressourcen liegen in der Fähigkeit und Möglichkeit des Arztes, berufsbegleitend eigene kommunikative Kompetenz zu erweitern und qualitätssichernd einzusetzen. Das könnte in Abgrenzung zu rein ökonomisch fundierten Managementstrategien mit Hilfe des vorgelegten Leitfadens allgemeinärztlichen Verhaltens unmittelbar geschehen. Wir, die unmittelbar Beteiligten, müssten freilich unsere Ängste

überwinden und aufhören, uns „immer noch in die Hose“ zu machen. Auf dem Umschlag ist nämlich das Cartoon eines Allgemeinarztes zu sehen, der eine kleine Patientin fragt: „Na, machen wir immer noch in die Hose?“ – Das Mädchen antwortet: „Was, Du auch?“

Die Autoren tun nichts weniger, als die Inhalte der tatsächlichen Gesundheitsreform anzusprechen: eine Neugestaltung ärztlicher Fort- und Weiterbildung, alles in der Ausbildung beginnend, machbar in konkreten, in *tatsächlich machbaren Schritten*.

W. Schüffel. Marburg

Biotechnik in der Humanmedizin – Fluch oder Segen?

Informations- und Entscheidungshilfen für Ärzte und medizinisch interessierte Leser.

Kurd Stapenhorst

Stuttgart, New York: Schattauer, 2003

„Unliebsame Betrachtungen“ nannte Kurd Stapenhorst sein Buch zur Transplantationsmedizin 1999 (Vandenhoeck & Ruprecht). Ob er sich mit seinen neuesten Betrachtungen auch unbeliebt macht? Es wäre zu wünschen!

Stapenhorst reiht sich ein in die „Grenzgänger“. „Grenzgängertum ist in einer sich immer mehr in getrennten Fachdisziplinen zersplitternden Wissenschaft dringlich erforderlich“ – so H.-P. Dürr zu Wissen als Verantwortung (1991). Was können wir wissen, was können wir tun? Dies fragt sich der pensionierte Ordinarier für Thorax- und Gefäßchirurgie.

Als „Ethische Nagelprobe“ titeln derzeit Fachzeitschriften und Zeitungen die Frage, ob Stammzellforschung gefördert werden soll, kann oder darf. Der Theologe Richard Schröder („Der ursprüngliche Sinn“ – Tagesspiegel 7.12.2003) tritt für die Stammzellforschung ein: „Jeder von uns war einmal eine befruchtete Eizelle. Deshalb verdient jeder Respekt. Aber nicht jede befruchtete Eizelle wird jemand von uns. [...]. Wer sie geborenen Menschen gleichsetzt, kommt um den seltsamen Satz nicht herum: 70 Prozent aller Menschen werden nicht geboren.“

Frau Bundesminister B. Zypries (29.10.2003) relativiert den Lebensschutz, wenn sie diesen zwar ab der Befruchtung einräumt, aber für die befruchtete Eizelle lediglich die Perspektive sieht, die wesentlichen Bestandteile der Menschenwürde auszubilden und damit keine Zuerkennung von Menschenwürde im Sinne des Artikel 1 unseres Grundgesetzes erkennt. Ist das der erste Schritt zur Aushöhlung eines Grundrechtes, die Eröffnung einer Hintertür, die Flexibilität und Aufweichung durch die Politik ankündigt, um der daran interessierten Forschung entgegenzukommen? Werden damit potenziell schwerwiegende Folgen auch für behinderte Kinder oder kranke alte Menschen, die keine „Perspektive“ mehr bieten, „sich als Menschen zu entwickeln“, deutlich? Schon der Verzicht auf den Begriff „Medizinethik“ 1996 bei der Diskussion um die europäische Bioethik-Konvention zugunsten der Bezeichnung „Menschenrechte und Biomedizin“ suggeriert die Gleichordnung des bisher Untergeordneten. Welche Medizin soll es denn neben der Biomedizin geben? Humanmedizin und die ihr unterlegte Medizinethik bleiben unauflösbare Termini für Sachverhalte, die mit dieser neuen Nomenklatur relativiert werden und damit wurden schon einmal eine Hintertür geöffnet und Grundpositionen verlassen.

„Taugt die Würdeformel des Grundgesetzes und ihre Begründung auch angesichts moderner Grenzziehungsfragen der Bio- und Gentechnik, wie der Forschung an menschlichen Embryonen und dem Klonen von menschlichem Erbgut?“ fragt der Tübinger Jurist Wolfgang Graf Vitzthum („Zurück zu Kant!“ – Heidelberger Klon-Tagung 2003) und antwortet: „Wo Evidenz und Konsens fehlen, bedarf es eines normativen Rückgriffs auf die wert- und transzendentalphilosophische Begründung der Menschenwürde“. Kategorien der Ethik sind ihrem Wesen und Wirkungsbedürfnis nach universal, der normative Gehalt der Grundrechte raum- und zeitgebunden, kulturbedingt.“

Am 200. Todestages Kants am 12. Februar 2004 sei daran erinnert, dass dieser 1785 (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten) die Würde aus der Vernunftbestimmung des Menschen, aus der abstrakten Fähigkeit zur Selbstbestimmung begründet: „Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“. Würde ist also nicht erworben, sondern ist ungeschuldet zugesprochen. Würde hat einen Eigenwert, der nicht instrumentalisiert werden kann. Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.

Erst im Jahr 2005 soll über ein internationales Verbot des Klonens auf UN-Ebene entschieden werden. Bis dahin muss offen und systematisch über das Leitthema nachgedacht werden: Achten und Schützen der Würde des Menschen unter der Bedingung des pluralistischen offenen Staates, der Freiheit des Einzelnen und der raschen Entwicklung von Biomedizin und Humangenetik mit ihren Chancen und Risiken für das menschliche Leben. Angesichts wachsender Tendenzen, den Schutz der Menschenwürde und den des menschlichen Lebens zu entkoppeln und aufzuweichen, lautet Vitzthums Parole „Zurück zu Kant“.

Auf insgesamt 90 Seiten hat Stapenhorst jetzt auch dem medizinischen Laien ein verständliches Nachschlagebuch und Kompendium zur Verfügung gestellt. In einzelnen Kapiteln wird zur Reproduktionsmedizin die Pränataldiagnostik, künstliche Insemination, In-vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik vorgestellt. Ein Kapitel beschreibt den Forschungs- und Anwendungsstand der Reproduktionsmedizin in den USA, ein nächstes den Status des Embryo. Zur Gentechnik wird die verbrauchende Embryonenforschung, das Klonen des Menschen und die medizinische Anwendung der Gentechnik besprochen. Jeder fachlichen Darstellung folgen die jeweiligen immanenten ethischen Aspekte.

Stapenhorst trifft eine kritische Abwägung der Chancen und Risiken der neuen biologischen Verfahren. Es wird nicht nur die grundlegende Sachkenntnis vermittelt, sondern eine Gesamtbeurteilung, die auch moralische und ethische Normen diskutiert. Kenntnis der Sachverhalte ist eine notwendige, keinesfalls aber hinreichende Voraussetzung zu ihrer Bewertung. Stapenhorst fragt nach der Zumutbarkeit für die nicht unmittelbar Betroffenen und für zukünftige Generationen. Er unterlegt seinen Analysen die Matrix, ob die neuen biotechnischen Verfahren auf volle Kooperation mit der Natur und nicht auf ihre Überwindung und Beherrschung ausgerichtet sind, und folgt darin dem eingangs zitierten H.-P. Dürr.

Stapenhorst will der „allgemeinen Orientierungsschwäche“ entgegenwirken, will zur Nachdenklichkeit anregen und die Nachdenklichen im Lande auffordern, sich am öffentlichen Diskurs zu beteiligen. Stapenhorst charakterisiert seinen Beitrag von vornherein durch unvermeidbare selektive und durch subjektive