

Dimensionen der Sprache in medizinischen Grenzsituationen

Vortrag wurde am 20. 4. 2010 in der Sächsischen Landesärztekammer gehalten

I. Kontext

Sprache und Grenzsituationen gehören zur Medizin seit ihrem Beginn, liegen ihrem anthropologischen Ursprung zugrunde – ein leidender Mensch wendet sich an einen helfenden Menschen – und werden auch weiterhin unaufhebbar bei allem diagnostisch-therapeutischen Fortschritten ihr Wesen ausmachen. Sprache und Grenzsituationen beziehen sich auf unterschiedliche Ereignisse im menschlichen Leben und auf die vielfältigen diagnostisch-therapeutischen Aktivitäten der Medizin. Wissenschaftliche Studien erhalten wesentliche Ergänzungen in Darstellungen und Deutungen der Künste und Literatur. Medizin ist selbst nicht nur Wissenschaft (scientia), sondern immer auch Kunst (ars) – Kunst der Diagnostik und Therapie, Kunst nicht zuletzt auch der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. Umgekehrt haben Künste und Literatur therapeutische Kräfte, können zur Behandlung und Bewältigung der Krankheit beitragen.

II. Historische Voraussetzungen

In einem berühmten Aphorismus des antiken Arztes Hippokrates (um 460 bis um 375 v. Chr.) heißt es: „Das Leben ist kurz; die Kunst ist lang; der rechte Augenblick geht schnell vorüber; die Erfahrung ist trügerisch; die Entscheidung schwierig.“ Auch die Kranken und ihre Angehörigen müssen nach Hippokrates die Wahrheit dieses Aphorismus akzeptieren: „Nicht nur der Arzt muss bereit sein, das Notwendige zu tun – ebenso müssen es der Kranke, die Angehörigen, die äußeren Umstände.“

Diese fünf Sätze haben ihre Aktualität bis heute nicht verloren; sie gelten für die Notfalltherapie bei einem durch einen Sekundenschlaf verur-

sachten Massenunfall auf der Autobahn ebenso wie für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, für die Mitteilung der Diagnose, für den Beginn, die Durchführung und den Abbruch der Therapie, für die Aufklärung und Zustimmung in der medizinischen Forschung, für den Sterbebeistand, für den Umgang des Kranken und seiner Angehörigen mit der Krankheit und dem Sterben.

Verschiedene Arzttypen stehen sich in der Antike gegenüber, denen jeweils spezifische soziale Verhältnisse, Beziehungs- und Sprachstile entsprechen: religiöser Arzt, empirischer Arzt, wissenschaftlicher Arzt, Sklavenarzt, Arzt für Freie, Arzt als medizinisch gebildeter Laie. Im Tempelschlaf werden dem Kranken die Ursachen seines Leidens und auch die Wege der Therapie offenbart, die er dem ihn behandelnden Priesterarzt mitteilt.

Nicht alle Kranken haben einen Arzt oder können sich eine medizinische Therapie leisten. Herodot (um 490 bis um 430 v. Chr.) überliefert ein zeitloses Beispiel und Vorbild für diese Situationen aus dem babylonischen Reich: „Kranke werden in Babylon auf den Markt getragen; denn sie haben keine Ärzte. Vorübergehende geben dem Kranken gute Ratschläge, Leute, die an derselben Krankheit gelitten haben oder einen anderen an ihr haben leiden sehen... Schweigend an dem Kranken vorüberzugehen, ist nicht erlaubt. Jeder muss fragen, was für eine Krankheit er hat.“

Zu den Geboten des hippokratischen Eides (5. bis 4. Jhdt. v. Chr.) gehört

Verschwiegenheit, die im Unterschied zur modernen Schweigepflicht allerdings nicht justiziabel ist und einen konventionellen Sinn hat; wenn das Sprechen über Krankheit und Therapie in einer bestimmten Region üblich ist, dann darf das auch der Arzt tun. Die von den Philosophen Plato (427 v. Chr. bis 348/47 v. Chr.) und Aristoteles (184 v. Chr. bis 322 v. Chr.) entwickelten Typen eines Sklavenarztes und eines Arztes für Freie haben ihrerseits Auswirkungen auf die Kommunikation. Während der Sklavenarzt, nach Plato keine „Begründung für die jeweilige Krankheit“ gibt und seine Therapie „wie ein Tyrann“ verordnet, bespricht sich der Arzt für Freie „mit dem Kranken und dessen Freunden“, lernt vom Kranken, belehrt ihn und beginnt – heute ist von aufgeklärter Einwilligung oder informed consent die Rede – nicht eher mit der Therapie, als „bis er ihn davon überzeugt hat.“ Der Zusammenhang von Sprache und Ethik zeigt sich auch in der Medizin des Mittelalters. Die im Neuen Testament erwähnten und von den Theologen der Scholastik systematisierten körperlichen und geistigen Werke der Barmherzigkeit rufen zu einer physischen, sozialen, psychischen, geistigen und damit immer auch sprachlichen Zuwendung zum kranken, leidenden und sterbenden Menschen auf: Hungrige speisen, Durstige tränken, Fremde aufnehmen, Nackte bekleiden, Kranke besuchen, Gefangene besuchen, Tote begraben einerseits, Traurige trösten, Unwissende belehren, Zweifelnde beraten, Sünder bessern,

Beleidigern vergeben, Lästige ertragen, für alle Menschen beten andererseits.

Die heute etablierte asymmetrische Verteilung: der Kranke hat Rechte, der Arzt Pflichten, wird im Mittelalter wie in der Antike nicht vertreten; Rechte und Pflichten haben Ärzte, Kranke und die Mitwelt, im Übrigen können alle auch Tugenden zeigen, zu denen im Zentrum gehören: Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Mäßigung, Glaube, Liebe, Hoffnung. Ohne Verständnis und grausam sind die Worte, die Hiob von seiner Frau hören muss: „Hältst du noch fest an deiner Frömmigkeit? Sage Gott ab und stirb!“ Ethik als Tugend des Sterbenden manifestieren dagegen die letzten Worte der sterbenden Rachel zu ihrem Mann Jaakob im Alten Testament, die auch von Thomas Mann (1875 bis 1955) in seiner Josephstrilogie (1933/42) angeführt werden: „von dir gehe ich schwer, Jaakob, Geliebter, denn wir waren einander die Rechten. Ohne Rahel mußst du's nun sinnend ausmachen, wer Gott ist. Mache es aus und leb wohl.“ Das Schöne, das Gute und das Wahre finden sich in diesen bewegenden Worten von Rahel vereint. Ein literarisches Dokument aufgeklärter Zustimmung aus dem Mittelalter in der Extremsituation einer geplanten Herztransplantation enthält die Verserzählung „Der arme Heinrich“ (um 1190) von Hartmann von Aue (gest. um 1220). Der Arzt in Salerno klärt das junge Mädchen über ihre zum Tode führende Lebendspende auf, deren Erfolg von ihrer freiwilligen Zustimmung abhängt: „Wenn du stirbst, dich aber nicht aus freiem Willen geopfert hast, dann bist du junges Wesen tot, und es nützt uns leider überhaupt nichts!“

Sterben und Tod gehören im Mittelalter zum Leben; die Kunst des Lebens (ars vivendi) soll die Kunst des Sterbens (ars moriendi) einschließen. „Der plötzliche und unvorhergesehene Tod ist ein schlechter Tod“ („mors repentina et improvisa mala mors“), lautet eine verbreitete Wendung im Unterschied zu antiken wie auch zu gegenwärtigen Einstellungen. Das Stundenbuch der Prinzessin Katharina von Kleve (15. Jahrhun-

dert) gibt eine Szene des Sterbens in einem ganzheitlichen Spektrum physischer, psychischer, sozialer und geistiger Zuwendung zum Sterbenden wieder, dem ebenso wie seiner Umwelt bewusst ist, dass er sterben wird. Die Kommunikation erfolgt verbal und nonverbal, schließt alle Sinne ein, die Lektüre geistlicher Texte ist für den Sterbenden und die Anwesenden eine Hilfe, irdisches Leben wird getragen von transzendenten Verheißung.

Neue Entwicklungen und neue Herausforderungen bringt die Neuzeit in den Bereichen der Diagnostik und Therapie mit sich. Der Umgang mit dem werdenden Leben wirft, wie der Umgang mit dem endenden Leben, ethische, juristische und kommunikative Fragen auf, für die weiterhin noch nach überzeugenden Antworten gesucht wird. Liberale und emanzipatorische Ansätze sind keineswegs ohne Gefahren. Francis Bacon (1561 bis 1626) unterscheidet 1623 eine „euthanasia exterior“ als aktive Beihilfe zu einem leichten und angenehmen Ausgang aus dem Leben („excessus e vita magis lenis et placidus“) von einer „euthanasia interior“ als seelische Vorbereitung auf das Sterben („animae praeparatio“), die heute allerdings weitgehend in den Diskussionen vernachlässigt wird. Bereits 1516 hat Thomas Morus (1478 bis 1535) für die Möglichkeit der Lebensbeendigung, nicht ohne einen gewissen Druck von Priestern und Behörden in seiner Utopia plädiert. „Gegen seinen Willen aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig.“

Immanuel Kant (1724 bis 1804) setzt sich im Zeitalter der Aufklärung für die Autonomie jedes und auch des kranken Menschen ein: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit.“ In der Medizin der Romantik um 1800 werden die Arzt-Patient-Beziehung und auch die Kommunikation für zentral erklärt. Die Person soll im Zentrum der Medizin stehen. Dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird ein dialektischer Charakter zugeschrieben; die anfängliche Asymmetrie soll sich im thera-

peutischen Prozess zu einer Symmetrie umwandeln. Das naturwissenschaftliche 19. Jahrhundert stellt parallel zu eindrucksvollen Fortschritten der Diagnostik und Therapie die Objektivität in den Vordergrund, was sich auch auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient auswirken soll. Rudolf Virchow (1821 bis 1902) fordert die Überwindung des Subjektiven in der Medizin. Schweigepflicht wird für wesentlich gehalten, plädiert wird für eine eingeschränkte Aufklärung.

Im 20. Jahrhundert werden von der anthropologischen Medizin und philosophisch beeinflussten Psychiatrie die Subjektivität und die Sprache in ihrer grundsätzlichen Bedeutung erneut wieder hervorgehoben. Viktor von Weizsäcker (1886 bis 1957) programmatische Formel von der Einführung des Subjekts soll für den Kranken, den Arzt und die Medizin gelten. Das Urphänomen der Medizin ist ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer. Mit dem Begriff des „transjektiven Verstehens“ meint von Weizsäcker das Verstehen, wie der Kranke sich selbst versteht. Erklären und Verstehen machen als die beiden Methoden der Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften nach Karl Jaspers (1883 bis 1969) den Methodendualismus der Psychiatrie und allgemein der Medizin aus. Dem kausalen Erklären stellt der Psychiater und Philosoph verschiedene Typen des Verstehens gegenüber, mit denen jeweils spezifische Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung und die Kommunikation zwischen verbunden sind: statisches Verstehen, genetisches Verstehen, rationales Verstehen, geistiges Verstehen, existenzielles Verstehen, metaphysisches Verstehen.

III. Theorie, Begriff, Konzept

Krankheitsbegriff, Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung mit entsprechenden Auswirkungen auf Sprache und Kommunikation hängen zusammen. Wenn unter Krankheit eine defekte Maschine verstanden wird, legt sich als Therapieziel die Reparatur einer Maschine sowie als Arzt-Patienten-Beziehung die Beziehung eines Technikers zu einer

Maschine nahe. Wenn Krankheit aber das Leiden eines Menschen mit Bewusstsein, Sprache und sozialen Beziehungen bedeutet, dann muss das Therapieziel die Bereiche des Sozialen, des Individuellen, des Geistigen umfassen und muss auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient einen personalen und kommunikativen Charakter annehmen.

Die verschiedenen medizinischen Disziplinen und Situationen der Diagnostik und Therapie verlangen nach jeweils spezifischen Umsetzungen; ein bestimmter Typ der Beziehung und Kommunikation kann nicht grundsätzlich für die Medizin insgesamt vorgeschrieben erklärt werden. Die verbreitet vertretene Alternative eines autoritären und partnerschaftlichen Arztes kann nicht überzeugen, ist zu schlicht und pauschal, wird den spezifischen Anforderungen in der Medizin nicht gerecht. Während einer Operation kann von empathischer Kommunikation nicht die Rede sein, das Sprechen mit einem kranken Kind unterscheidet sich vom Sprechen mit einem schizophrenen oder depressiven Patienten, nicht jeder Zahnarztbesuch muss zu einer existenziellen Beziehung führen, die bei einer chronischen Erkrankung und im Sterben aber sinnvoll und notwendig sein kann.

Beispielhaft für den säkularisierten Geist der Neuzeit ist die weltweit verbreitete Definition der Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1947: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefin-

dens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche.“ Die ganzheitliche und nicht allein biologische Betrachtung überzeugt an dieser Definition, ihr anthropologischer Mangel liegt in der illusionären Vorstellung von einer vollständigen Gesundheit und der strikten Entgegensetzung von Gesundheit und Krankheit. Angemessener erscheint – nicht alternativ, sondern additiv – eine Interpretation der Gesundheit als Fähigkeit des Menschen, mit Krankheit, Behinderung und Tod leben zu können. Medizin bedeutet in dieser Perspektive dann die Paradoxie, wenn es denn eine Paradoxie ist, heilen zu wollen, was letztlich nicht zu heilen ist, und das mit Freude und partiellem Erfolg immer wieder von neuem zu tun.

Die Sprache des Kranken, des Arztes und der Medizin hat wiederholt zu Beschreibungen und Analysen geführt. Wichtig ist die Unterscheidung der Kommunikation in die Ebenen der verbalen und nonverbalen Kommunikation sowie der nonverbalen Kommunikation in die Ebenen der vokalen (Betonung, Pausen etc.) und nonvokalen (Gestik, Mimik etc.) Kommunikation. Nicht nur in der Psychotherapie, auch in der medizinischen Aufklärung, der Diagnostik und Diagnosemitteilung, der human-genetischen Beratung, der somatischen Therapie, im ärztlichen Sterbebeistand spielen diese Unterschiede eine Rolle.

Als wesentliche Dimensionen der Kommunikation in der therapeutischen Beziehung können angesehen

werden: Empathie und freundliches Klima, Authentizität und Selbstkritik, verbale und nonverbale Fähigkeiten, zuhören und schweigen können, Sach- und Situationswissen, Menschenkenntnis, kulturelle Bildung, Fantasie, geistiger Bedeutungsraum der Sprache. Empathie vermeidet Sympathie und Antipathie, meint partielle Partizipation und keine Identifizierung mit dem Kranken, richtet sich nicht nur auf Gefühle, sondern auch auf Willensakte und Gedanken, gilt nicht allein der Gegenwart (aktuell), sondern ebenfalls der Vergangenheit (retrospektiv) und Zukunft (prospektiv). Wer dem Kranken eine Krebsdiagnose mitteilt, muß sich die Gefühle, Gedanken und Wünsche des Kranken nach Verlassen des Krankenhauses oder der Praxis vorstellen können und entsprechend reagieren (= prospektive Empathie). In der Realität wird es immer wieder auf verschiedene Verbindungen von retrospektiver, aktueller und prospektiver Empathie ankommen; Erinnerungen an vergangene wie Antizipationen zukünftiger Situationen lösen beim Kranken Gefühle, Gedanken und Wünsche in der Gegenwart aus.

IV. Empirische Konkretionen

Geschichte und Theorie der Sprache in medizinischen Grenzsituationen verlangen nach Beschreibungen und Analysen konkreter Situationen. Nach einer empirischen Untersuchung von Dietlinde Goltz aus dem Jahre 1969 kann die Sprache des Kranken mit einer Reihe verschiedener Aspekte charakterisiert werden: Alltagsspra-

che (einfache Syntax); Fremdelemente (iatrogene Sprache oder Termini aus Medien); Redewendungen und Metaphern („es juckt wie verrückt“); Intensitätsbeschreibungen („wahn-sinnig“, „so“); Krankheit als das Fremdartige, Unerklärliche; Krankheit als das zu einer Person Hinzugekommene; Krankheit als Zustand und Bewegung, als tätiges Agens; Krankheit als Störung von Funktionen, als eigenständige Wesenheit.

Die ethnische Herkunft beeinflusst den Umgang mit der Krankheit und auch das Sprachverhalten des Kranken im Blick auf die Ursachen, Phänomene und Folgen der Krankheit, auf Therapie, Prävention und Rehabilitation. Puerto-Amerikaner besitzen geringere Kenntnis der Medizin und sind skeptischer gegenüber der Prävention als die weiße Bevölkerung der USA. Italiener drücken – auch noch nach ihrer Einwanderung in die USA – direkter und reicher in Gestik und Mimik ihre Schmerzen aus als eingewanderte Iren. Offen bleibt allerdings die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung, Schmerzartikulation, Schmerzbewertung und Schmerzbehandlung.

Aufklärung und Zustimmung sind entscheidende Voraussetzungen jeder Therapie; ohne aufgeklärte Zustimmung ist jede diagnostische Untersuchung und therapeutische Behandlung, wie gut auch immer gemeint und durchgeführt, in juristischer Sicht eine Körperverletzung. Gegen seinen Willen muss aber niemand – bei bestimmten Ausnahmen, vor allem bei Fremdgefährdung – aufgeklärt werden. Besondere Extremsituationen stellen Aufklärung und Zustimmung von Nichteinwilligungsfähigen in der Therapie und Forschung dar. Im allgemeinen wird die Ablehnung einer einwilligungsunfähigen Person, an einem medizinischen Experiment teilzunehmen, respektiert, auch wenn Eltern oder Betreuer sich für die Teilnahme aussprechen. Wie notwendig die Forschung in diesen Bereichen aber ist, erhellt die Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Anteil der medikamentösen Therapie von Kindern von der

Behandlung von Erwachsenen abgeleitet wird und nicht evidenzbasiert erfolgt.

Aufklärung und Zustimmung sollten sich auf Diagnose, Ursachen, Prognose, Therapie, Forschung sowie auf die Folgen der Krankheit und Therapie für das Leben des Kranken beziehen. Aufklärung besteht aus Information und Verständnis, Zustimmung aus Einwilligung und Freiwilligkeit. Aufklärung kann als eine Treppe mit verschiedenen Stufen aufgefasst werden, die vom „Verschweigen der Diagnose“ bis zur „Solidarität in der Wahrheit der Situation“ führt. „Verschweigen der Diagnose“ heißt nicht Lüge, „Solidarität in der Wahrheit der Situation“ geht weit über medizinische Information hinaus. Da sich die aufgeklärte Zustimmung auch auf unethische und illegale Themen beziehen kann, sollte nicht nur von informed consent, sondern genauer von „moral and legal informed consent“ gesprochen werden.

Jede medizinische Disziplin bringt ihre Besonderheiten mit sich. Aufgeklärte Zustimmung hat in der Pädiatrie eine andere Bedeutung als in der Geriatrie, unterscheidet sich von der aufgeklärten Zustimmung in der Chirurgie und Psychiatrie. In der Humangenetik wird mit Recht von Beratung gesprochen, da die Mitteilung der diagnostischen Ergebnisse keineswegs automatisch bestimmte Konsequenzen nach sich zieht, auch wenn der Arzt um einen Ratschlag oder eine Empfehlung gebeten wird. Humangenetische Beratung setzt im übrigen eine Aufklärung vor der Aufklärung voraus, da die mitgeteilte Diagnostik Verwandte und Lebenspartner betreffen kann.

Das kranke Kind hat es besonders schwer in seiner Kommunikation mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen wie bereits in der Suche nach einem angemessenen Selbstaussdruck. Der russische Schriftsteller F. M. Dostojewskij (1821 bis 1881) stellt mit Recht fest: „Es hat mich oft stutzig gemacht, wie schlecht Erwachsene Kinder verstehen, selbst Väter und Mütter ihre eigenen Kinder.“ Malen und Schreiben können eine große Hilfe sein; nicht selten können sich

kranke und sterbende Kinder besser mit Bildern, Gedichten und selbsterfundene Geschichten ausdrücken als direkt mit ihren eigenen Worten. Spezifisch sind die Herausforderungen in der postmortalen Organtransplantation wie in der Lebendspende. Für die postmortale Spende gelten in Deutschland als Voraussetzungen: gesicherte Hirntodfeststellung, Patientenverfügung, erweiterte Zustimmung, Aufklärung und Einwilligung der Angehörigen, würdevoller Umgang mit dem Leichnam, gerechte Verteilung der gespendeten Organe (Allokationsethik). Eine zweifache Extremsituation mit unterschiedlichen psychologischen und kommunikativen Anforderungen ergibt sich, wenn Menschen der Tod eines Angehörigen mitgeteilt und kurze Zeit später, um die Funktionserhaltung des Organs nicht zu gefährden, um ein Organ gebeten werden muss.

Die Organtransplantation als Lebendspende setzt in ethisch-juristischer Hinsicht voraus: Freiwilligkeit, Ausschluss von Organhandel, Einwilligungsfähigkeit und Volljährigkeit, Eingriff bei gesundem Spender, Beschränkung auf Verwandte, Ehepartner und nahe stehende Personen, damit in Deutschland zur Zeit im Prinzip keine anonyme Spende und keine Overcross-Spende, Nachbetreuung von Spender und Empfänger, Beachtung der psychosozialen Folgen, Votum einer Ethikkommission, Aufklärung der Öffentlichkeit und Mediziner.

Eine Extremsituation stellt die Kommunikation mit dem Sterbenden dar, wozu in den letzten Jahrzehnten verschiedene empirische Studien und theoretische Beiträge vorgelegt wurden. Eine wesentliche Initiative ging bekanntlich von der Ärztin Elisabeth Kübler-Ross (1926 bis 2004) mit ihrer Unterscheidung mehrerer Phasen in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod aus. Euthanasie meint unterschiedliche Formen zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand. Der äußeren Euthanasie als aktive, passive, direkte oder indirekte Euthanasie sowie ärztlich assistierter Suizid steht die innere Euthanasie als seelisch-geistige Vorbereitung auf Sterben und Tod und vor allem als Beglei-

tung des Sterbenden gegenüber; jeweils abweichend stellen sich die Bedingungen der Kommunikation, die Information und Zustimmung, die verbale und nonverbale Zuwendung, die Begleitung und Anwesenheit, das Schweigen, die Solidarität in der Wahrheit der Situation. Die Grenzen der Kommunikation mit dem Sterbenden können selbst noch zu Momenten der Kommunikation

werden; in der Erinnerung, im Gespräch mit Verwandten, Freunden und Bekannten lebt der Verstorbene weiter.

Medizin verbindet in der Theorie und Praxis, im Handeln und in der Kommunikation naturwissenschaftliche Objektivität und geisteswissenschaftliche Subjektivität. Kommunikation in medizinischen Extremsituationen ist eine Aufgabe für den Arzt und

die Pflegekraft, für den Kranken, seine Angehörigen und Freunde. An der Humanität der Sprache misst sich das Niveau der Medizin.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. phil. med. habil. Dietrich v. Engelhardt
Universität zu Lübeck
Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung
Königstraße 42, 23552 Lübeck