

Was ist ein guter Arzt? Überlegungen eines Internisten

Klaus Gahl

Aufgefordert, aus der Sicht eines Arztes¹ zu der Antwort auf die Frage, was ein guter Arzt sei, beizutragen, möchte ich im Folgenden dem Blick auf das Selbstverständnis des Arztes quasi aus der Innenperspektive der Arzt-Patienten-Beziehung folgen. Darin wird sich zwar auch der Reflex der Erwartungen des Kranken, der Angehörigen, der Gesellschaft an den Arzt spiegeln. Das Hauptaugenmerk der Besinnung wird aber auf der Selbstanforderung liegen, ein guter Arzt² sein zu wollen.

Ausgangspunkt jeder Arzt-Patienten-Beziehung ist die Sorge eines Menschen um die aktuelle oder vorgehend als bedroht gesehene Gesundheit oder die Beeinträchtigung durch eine akute oder chronische Krankheit – eine Sorge, die einen Menschen zum Arzt treibt oder den Arzt zum Handeln veranlasst. Mögen vielerlei unterschiedliche Anlässe gegeben sein, so wird doch eine mehr oder weniger einheitliche „Grundfigur“ damit konstituiert, die Viktor von Weizsäcker als „doppelte Entsprechung“ beschreibt [1]: als sachliche von „Krankheit und Medizin“ und als personale von „Mensch in Not und Mensch als Helfer“. Mit diesem „Koordinatensystem“ sind die Orientierungspunkte ärztlichen Handelns markiert: die sachliche und die personale Aufgabe, die aufgegebenen Entsprechung.

Diese Grundsituation konstituiert eine wechselseitig be- und entlastende Asymmetrie zwischen Ratlosigkeit, Hilfsbedürftigkeit, körperlicher (leiblicher), seelischer oder sozialer Betroffenheit einerseits und wissenschaftlicher und pragmatischer Kompetenz, Distanz und nüchterner Sachlichkeit andererseits. Der Kranke ist durch sein Kranksein in seinem Selbstwertgefühl, in seinem Selbstverhältnis

zu seinem Körper, zum Leib (als dem Zentrum von Selbstempfindung, Selbsterleben, Intentionalität), in seiner sozialen Rolle, in seinem Weltverhältnis und möglicherweise in seiner religiösen Bindung mehr oder weniger tief betroffen.

Indem der Arzt den moralischen Anspruch des Kranken, den Rat oder Hilfe Suchenden (damit sei hier auch der vorsorglich den Arzt konsultierende Gesunde mitgedacht) wahrnimmt, beginnt eine Beziehung, die großenteils nonverbal in Mimik, Gestik, Haltung wechselseitig gelebt, agiert wird; die rasch eine positive, tragfähige Basis entstehen lassen oder aber ein dauerndes Hemmnis für eine beiderseits offene, dem Anliegen förderliche Zuwendung bilden oder sich erst über lange gemeinsame Zeit zu der von Vertrauen und Verantwortung getragenen Beziehung entwickeln kann.

Fragt sich hier zum ersten, vielleicht auf Dauer entscheidenden Male: Worin äußert sich das im Thema gefragte Gut-Sein des Arztes in dieser Erstbegegnung? – auf Dauer vielleicht (mit)entscheidend, weil in ihr die Weichen gestellt werden können für den weiteren Prozess. Das Gut-Sein wird spürbar für beide „Partner“ in der Qualität und Intensität der unmittelbaren, nonverbalen, nicht instrumentellen Wahrnehmung als nicht nur sinnlich-perzeptive, sondern auch emotionale Öffnung für den Anderen [2] in seiner Not, seiner Hilfsbedürftigkeit. Im ersten wechselseitigen „Angebot“ ereignet sich potenziell der Beginn des gemeinsamen Weges, der der sachlichen und der personalen Entsprechung zu folgen sucht. Für diesen Beginn gilt es, eine Sensibilität zu entwickeln, die Wahrnehmungsfähigkeit zu schulen für die vielerlei Signale, die mir der Kranke gibt, die ich als Arzt aber auch dem Kranken – bewusst oder unbewusst, hinderlich oder förderlich – sende, noch oder schon vor den verbalen Informationen, die dann auch für den Weg der sachlichen Entsprechung von „Krankheit und Medizin“ erforderlich sind. Wir wären einäugig blind, wollten wir übersehen, dass verbale Informationen nur verbal und nur für die Verfolgung der sachlichen Aufgabe, die nonverbalen Signale dagegen allein

für die Wahrnehmung der personalen Entsprechung zu beachten seien.

In dieser ersten wechselseitigen Information gilt es auch zu erfassen, in welcher Dringlichkeit spezifisch medizinisches, d. h. gezielt anamnestisches, unmittelbar oder mittelbar (apparativ) diagnostisches oder therapeutisches Handeln gefordert ist. Hier zeigt sich die sog. klinische Erfahrung des guten Arztes, der nicht dem Impuls eines halbblinden Aktionismus folgt, sondern in der je individuell und situativ gebotenen Geschwindigkeit mit dem rechten Augenmaß handelt. Das zu schulen erfordert meine intensive klinische, am Kranken orientierte, nicht allein auf lernbares Wissen gestützte Erfahrung, das „in das praktische Bewusstsein des Handelnden integrierte Wissen“ [3] und Urteilskraft.

Der erste gezielte Schritt in die „doppelte Entsprechung“ ist – nach der persönlichen Begrüßung – die aufmerksame Zuwendung zur verbalen Information. Ist schon die nonverbale Wahrnehmung vielfach aufschlussreich für das Erkennen der mir entgegneten Person und medizinischer prima-vista-Daten, so ist auch der gezielte Dialog hinsichtlich mindestens zweier Ebenen zu sehen: wengleich mehr auf die der „sachlichen Entsprechung“ dienende Information zielend, ist doch auch die personale Dimension des Anamnesengesprächs zu beachten, die Erhebung, das „Hervorbringen der Erinnerung“ der Kranken- und der Krankheitsgeschichte mit dem psychosozialen Hintergrund des Kranken und seiner Erkrankung. Das Gespräch sollte trotz der unvermeidbaren Asymmetrie, in der beide Beteiligten Vor- und Nachteile tragen, „herrschaftsfrei“ und möglichst wenig paternalistisch-direktiv, wenn auch zieloffen geführt werden. Ich muss – wie beim perspektivischen Sehen – lernen, geduldig zuzuhören mit beiden Ohren oder zwischen den Zeilen, in den Tönen des Gesprochenen, muss den Kranken auch spüren lassen, dass ich mir nach Möglichkeit für ihn Zeit nehmen will, mich in Anspruch nehmen zu lassen bereit bin. Nicht die messbare Zeit ist es, sondern die intensive offene Zuwendung.

Redaktion:
Prof. Dr. med. Dr.
phil. Urban Wiesing,
Dr. med. Georg
Marckmann,
Universität Tübingen,
Institut für Ethik
und Geschichte
der Medizin,
Schleichstraße 8,
72076 Tübingen

¹ Die folgenden Überlegungen sind die eines internistischen Klinikarztes. Für den niedergelassenen Kollegen gelten andere Zielsetzungen, besonders bezüglich der Diagnostik. Die hier zugrunde gelegte Orientierung an der personalen und sachlichen Entsprechung von Not und Hilfe gilt aber grosso modo auch dort.

² Wenn im Folgenden von dem Arzt als Masculinum gesprochen wird, so ist die Ärztin gleichermaßen mitgedacht. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind für meine Überlegungen hier nicht relevant.

Dann kann ein Augenblick mehr für den gemeinsamen Weg, für die Arzt-Patienten-Beziehung bedeuten als ein langer, aber weniger zugewandter Zeitraum.

Die konstitutive Asymmetrie, die mit dem Hilfersuchen des Notleidenden gesetzt wird, kann den Eindruck erwecken, als sei nur der Kranke belastet und der Arzt durchweg im Vorteil. Meine medizinische Sachkompetenz, Objektivität und Nüchternheit, die geforderte wissenschaftliche und pragmatische Rationalität und die Distanz, nicht selber vom Kranksein betroffen zu sein, auch meine Sozialisation im naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis – alles das kann mich blind machen für das Leiden, die Not, die Ängste oder Zukunftssorgen, für die leibliche, seelische und soziale Kränkung, die existenzielle Verunsicherung des Anderen. Diese Betroffenheit kann mir – sofern ich mich dem öffne – den Blick auf das „Arztsein vom Anderen her“ (Dörner) freimachen. Ich habe das auszuhalten: die Spannung von Nähe und Distanz, ohne die ein sach- und persongerechtes Wahrnehmen nicht möglich ist.

Ein nächster Schritt ist die unmittelbare Krankenuntersuchung, die Behandlung des Kranken. Auch sie wieder ist doppelbödig, sie hat eine i. e. S. fachlich-medizinische und eine personale Ebene. Viktor Emil von Gebattel spricht hier nach der ersten „Unmittelbarkeitsstufe der Begegnung“ von der „Entfremdungstufe ärztlichen Handelns“ [4], die durch die apparativ vermittelte Diagnostik noch verschärft wird. Auf der Sachebene wird der Kranke zum Objekt, zum Gegenstand meiner Untersuchung, die „objektive Daten“ zu gewinnen sucht: von dem körperlichen Befund bis zu höchst differenzierten makro- und mikromorphologischen oder funktionellen oder chemischen Daten. Mit stichhaltiger Begründung (Indikation) gewonnen, sind diese den Patienten versachlichenden Untersuchungen unabdingbar zur Klärung seiner Beschwerden, seiner Krankheit. Aber ich muss neben der begründbaren und ggf. zu rechtfertigenden Verdinglichung (das Einverständnis des Kranken, soweit ausdrücklich oder gar schriftlich erforderlich, ist keine hinreichende Rechtfertigung!) die Ebene der Betroffenheit im Auge behalten. Auch ist (nicht nur juristisch, sondern im Sinne personaler Achtung) der Kranke in verständlicher, wahrhaftiger Weise aufzuklären über die Gründe und Ziele der Untersuchungen. Hier ist wieder mein Einfühlungsvermögen, meine Empathie gefordert. In der Offenheit des Aufklä-

rungsgespräches – für die Diagnostik wie für die Therapie – zeigt sich meine Akzeptanz des Kranken als die eines gleichgestellten Partners. Das ist hier nicht der Vertragspartner, nicht der Kunde in einem Geschäftsverhältnis, sondern die betroffene kranke Person, die ich in ihrer Verletzbarkeit, in ihrem Kranksein zu schützen habe – aber nicht durch paternalistische Bevormundung, sondern durch Achtung ihrer auch in der Abhängigkeit unantastbaren Würde.

Da die hier angesprochenen Formen der Arzt-Patienten-Beziehung auch das Selbstverständnis des Arztes prägen, seien sie kurz skizziert. Ein rechtlich und moralisch geschützter Behandlungsvertrag – individuell oder institutionell mit dem Krankenhaus abgeschlossen – schließt die erforderliche Diagnostik und Therapie incl. Aufklärung gemäß anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und des ärztlichen Handelns ein. Der Kranke hat darin Rechtsansprüche auf bestmögliche, den geltenden Standards gemäße Behandlung, auf Vertraulichkeit, Verschwiegenheit, Respektierung seines Willens. Er hat aber auch Pflichten: Mitwirkungspflicht, Befolgung ärztlicher Empfehlungen und Kooperation u. a.

In jüngster Zeit gewinnt der Patient als Kunde vermehrt Beachtung. Als Sozialbeitragszahler sei ihm – rechtlich ohnehin – nun auch aufgrund von Vorleistungen der Anspruch auf Leistungen aus dem Gesundheitssystem zuerkannt. Der Arzt habe die Pflicht des bestmöglichen Angebotes, das zu wählen oder abzulehnen dem „Kunden“ freistehe. Diese geforderte bzw. akzeptierte Haltung impliziert eine potenziell absurde Betonung des Autonomie-Anspruches des „Kunden“ Patient.

Das Experten-Klient-Modell betont die Asymmetrie zugunsten einer rationalen Kompetenzzuweisung, es akzeptiert die auf die medizinische Sachebene reduzierte Beziehung und das dementsprechende Verständnis der beiderseitigen Rollen und der Krankheit. Der Arzt nimmt sich das alleinige Recht der Sachentscheidung für sein Handeln. Der vermeintlich sachbegründeten Verantwortungsübernahme auf Seiten des Arztes steht oft ein Verzicht auf Mitverantwortung seitens des Patienten gegenüber.

Die versachlichte Arzt-Patienten-Beziehung gewinnt in der häufig praktizierten paternalistisch-direktiven Beziehung ein emotional-affektives Element von Fürsorge und Entlastung durch den Arzt: Entlastung von rationaler Inkompetenz und Unentschlossenheit, psychischem Druck

oder sozialer Besorgnis, zur „Abkürzung von Entscheidungsprozessen“ „im Interesse des Kranken“. Diese Struktur kann ganz offensichtlich die Regression des Kranken in die Rolle des Betreuten fördern.

Ein Modell gemäß einer anthropologischen Medizin akzeptiert die rechtlichen Regelungen, Ansprüche und Pflichten und berücksichtigt die konstitutive Asymmetrie der Beziehung. Ärztliches Handeln wird aber gemäß der personalen Entsprechung [5] von Not und Hilfe bzw. Kranksein und Helfer gesehen in der Intersubjektivität zweier gleichberechtigter, wenn auch nicht gleichermaßen betroffener und nicht ebenbürtig sachkompetenter Personen in ihrer rationalen, emotional-empathischen und existenziell-solidarischen Beziehung. Sie ermöglicht Kommunikation und Kooperation in (soweit möglich) gemeinsam erarbeiteter, getragener und verantworteter Entscheidung. Dieses „Modell“ betont auch die Achtung anderer menschlich konstitutiver Aspekte wie Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Sozialität, Endlichkeit und Sinnhaftigkeit menschlicher Existenz auch im Kranksein.

Diese Aspekte einer sich wandelnden Arzt-Patienten-Beziehung haben auch für das Selbstverständnis des Arztes Bedeutung. Erfülle ich nur die Vertragspflicht? Bringe ich dem Kranken nur meine Sachkompetenz entgegen? Sehe ich mich als Anbieter möglicher gesundheitsfördernder Leistungen? Werde ich dem Kranken als Person durch eine paternalistisch bevormundende Verantwortungsabnahme gerecht? Das „Modell“ anthropologischer Gegenseitigkeit und Solidarität ist dasjenige, das der Bemühung, ein „guter Arzt“ zu sein, am ehesten entspricht.

Zurück zu dem ärztlichen Handlungsgang! Die direkte körperliche Untersuchung hat über den informativen auch den kommunikativen Aspekt: ob ich grob oder behutsam, flüchtig oder sorgfältig, gezielt oder diffus den Kranken in seiner Leiblichkeit untersuche, ihn in seiner Verletzbarkeit, seine Scham achtend berühre, oder ob er mir nur Gegenstand von Diagnostik und Therapie ist. Auch habe ich seine möglichen Gefühle von Sorge und Angst, sein Unverständnis bezüglich der medizinischen Maßnahmen oder seiner Krankheit zu achten und darf nicht von meiner persönlichen Akzeptanz der erforderlichen Maßnahmen oder von meiner fachlichen Einschätzung der „technischen Untersuchungen“ her von ihm das rationale oder affektive Einverständnis und die Bereitwilligkeit zur verfremdenden Diagnostik verlangen. Die Grenzen des mir

Zumutbaren sind nicht unbedingt die gleichen wie die des Kranken. Auch muss ich beachten, dass nicht der sachlich partiell und passager auf der „Entfremdungsstufe“ gebotene methodische Reduktionismus in eine konzeptionelle Einseitigkeit mündet und damit die personale Beziehung zum Kranken dem Blick verloren geht. Nicht erst oder nur eine psychosomatische Medizin hat diesen Reduktionismus als defizitär zu sehen, weil mit ihm die leibliche Befindlichkeit nur partiell berücksichtigt wird.

So sind unmittelbare und mittelbare Krankenuntersuchung Prüfsteine, mittels derer der Kranke oft die Qualität des Arztes bemisst; an denen ich selber meine fachlichen Fähigkeiten wie meine Resonanz, die Kongruenz meiner personalen Achtung des Gegenübers mit meiner Art des Umgangs prüfen kann. Die Resonanz aber ist wechselseitig, individuell vom Patienten und von der Situation geprägt, sie erfordert ein höchst sensibles Gespür meinerseits.

Die sachlich-fachliche, i. e. S. medizinische Entsprechung zu erreichen, erfordert meine ständige Bereitschaft der Wissens- und Erfahrungserweiterung und der Schärfung der Urteilskraft. Daran werde ich nicht nur vom Kranken gemessen, sondern auch von den Angehörigen, den Mitbetreuenden, der „medical community“ und der Gesellschaft.

Im Rahmen der Diagnostik, vor allem der apparativen, gilt es auch, den möglichen Korruptionen standzuhalten: über das für den Kranken sachlich und persönlich Erforderliche hinaus nicht auf meinen möglichen Profit aus technischen Untersuchungen zu sehen, nicht meinen wissenschaftlichen Ehrgeiz zu befriedigen, nicht der defensivmedizinisch begründeten vielfältigen Absicherung durch einander nur marginal in der Treffsicherheit steigende Untersuchungsmaßnahmen zu folgen, die ich aus Angst vor dem Vorwurf von Unterlassung vornehme. Es ist der begründbare Umfang von Diagnostik, nicht die mögliche Vollständigkeit oder gar die darüber hinausgehende Ausschlussdiagnostik, die „das rechte Maß“ meines Handelns bestimmt. Das schließt Begrenzung, u. U. Verzicht auf gesetzte Ziele ein.

Unmittelbare und apparative Untersuchungen zielen auf eine Diagnose, die wieder meine Sachkenntnis, meine Erfahrung und mein Urteilsvermögen erfordern. Ich muss mir aber – über die sachliche Entsprechung hinaus – der personalen Bedeutung der

Diagnose für den Kranken klar sein: was bedeutet ihm psychisch, sozial, kulturell – aktuell oder auf Zukunft hin – die Diagnose einer Krankheit, einer Kränkung, einer Risikobelastung oder Disposition? Diagnose hat ja neben dem klassifikatorischen, deskriptiven und explanativen, definitiven Inhalt auch eine soziale Bedeutung der eventuell isolierenden, invalidisierenden Zuschreibung und der psychischen Dimension mit der möglichen Ängstigung, der Sorge. Die mit der Diagnose zu benennende Krankheit ist ja ein „Allgemeines“, die Subsumtion der individuellen „objektiven“ Daten unter einen Begriff. Sie ist nicht das individuelle Kranksein, die subjektive Krankheitswirklichkeit dieses einzelnen Patienten vor mir, der leidend und agierend die gestörte Befindlichkeit subjektiv mitgestaltet und erlebt. Dieses mitzubedenken (nicht nur im psychotherapeutischen Prozess, sondern potenziell in jeder somatischen oder psychischen Erkrankung – eine derartige Dichotomie ist hier nicht angebracht) zeichnet den guten Arzt aus.

Die Diagnose, wie gut sie pathophysiologisch, kausalanalytisch begründet und vollständig sein mag, ob als Arbeits- oder als definitive Beurteilung des aktuellen Krankheitszustandes – sie stellt die Weichen für das therapeutische Handeln. In der Zusammenführung der auf der „Entfremdungsstufe“ gewonnenen Informationen zur Diagnose wird auch die Versachlichung, die Objektivierung des Patienten überwunden hin zur „personalen Sinnstufe“ (Gebaertel). Auf ihr muss ich auch mit dem Kranken gemeinsam das Behandlungsziel ermitteln: geht es ihm um eine momentane Überwindung von Beschwerden oder einer akuten Erkrankung, um die Linderung oder Meidung eines chronischen Leidens; geht es um einen psychosozialen Konflikt, der ihn kränkt, oder um Prävention? Oder worum noch?

Bei dieser Sinn- oder Zielsuche für die Therapie muss ich mich wieder um des rechten Maßes für den Kranken willen zurücknehmen können und nicht allein von dem medizinisch Möglichen her, sondern von dem menschlich Gewollten das gemeinsame Ziel stecken. Das gilt in besonderer Weise für therapeutische Entscheidungen am absehbaren Lebensende. Wieder erfordert das „Absehen“ meine klinische Erfahrung hinsichtlich der Entscheidung pathophysiologischer Zeichen und Befunde (i. e. die sachliche Entsprechung) und gleichermaßen meine Sensibilität für nonverbale (einschließlich der „zwischen den

Zeilen“ ausgedrückten) Mitteilungen des Kranken. Halte ich es dann aus, meine medizinische sachliche Kompetenz der menschlich-personalen Dimension des Kranken unterzuordnen, die sachliche Entsprechung in der personalen aufgehen zu lassen? Oder will ich meine fachliche Dominanz durchhalten bis zu dem dann nur noch biologisch verstandenen Tod, der mir meine Ohnmacht als eine Niederlage deutlich macht? Es ist die Erfahrung der eigenen Zeitlichkeit, der Kontingenz angesichts von Krankheit und Tod. Hier muss ich mich als „Arzt vom Letzten her“ (Dörner) verstehen, von der existenziellen Wucht und Unausweichlichkeit des Todes – darin solidarisch mit dem „Anderen“. Wenn auch nicht jede „Krankheit zum Tode“ ist, so begegne ich als Arzt doch immer wieder und immer wieder neu meiner eigenen Kränkbarkeit, Verletzbarkeit, Sterblichkeit, die mich unterschiedlich treffen und erschüttern kann. Jedoch bin ich sachlich und personal stets auch gefordert, mich von der potenziellen Erschütterung nicht überwältigen und für den Kranken handlungsunfähig machen zu lassen.

Der geschilderte Ablauf von der ersten Begegnung bis zum Ende der Therapie oder Nachbetreuung wird wesentlich von der Indikation der Schritte gelenkt. Dieser ständig benutzte Begriff wird vielfach missverstanden als objektive Regel, gar ein Muss, das der Arzt zu befolgen habe. Ist sie nicht vielmehr mein Entscheidungsakt, in den sachliche und wertorientierte, medizinische und personale (d. h. nicht nur persönliche!) Begründung eingeht? Habe ich neben der im engeren Sinne medizinischen die psychische, die soziale Situation, das Selbstbestimmungsrecht des Kranken, seine Zielsetzung berücksichtigt, bevor ich es für angezeigt halte, einer 78-jährigen Frau eine Herzoperation dringend anzuraten? Habe ich verstanden, dass es für den Kranken ja stets nicht nur um das rationale Verstehen und Einsehen geht in seinen Entscheidungen, sondern um ein pathisches, das neben der Unausweichlichkeit der Entscheidung kognitives und existenzielles Verstehen umfasst?

In der Epikrise schließlich sollte – die primäre ungleiche Grundfigur von Not und Hilfe, von Krankem und Arzt berücksichtigend – die mehrschichtige Betroffenheit des Kranken wahrgenommen und beurteilt werden auch im Blick auf seine Zukunft: ob eine Rezidivprophylaxe, eine Sekundärprävention erforderlich ist und welche Prognose, welche qualitative Lebenserwartung er haben mag. Auch darüber zu sprechen, zeichnet den guten Arzt aus.

Zusammenfassung

Entlang dem ärztlichen Handlungs-gang von dem ersten Hilfe-Ersuchen eines aktuell oder potenziell Kranken habe ich mich in dem Koordinaten-system der „doppelten Entsprechung“ von Not und Hilfe bzw. Arzt und Kran-ker zu besinnen versucht, was aus dem ärztlichen Selbstverständnis heraus einen „guten Arzt“ kennzeichnen mag. Sehr kurz gefasst lassen sich die Über-legungen in den folgenden Qualitäten und Kompetenzen zusammenfassen:

- der Fähigkeit, perspektivisch zu sehen und zu hören auf die meist nicht nur leibliche Not des Anderen als solchen;
- die je geforderte Spannung zwischen Nähe und Distanz, unmittelbarer empathischer Zuwendung und un-abdingbarer Versachlichung, Objektivierung des Kranken als Spannung auszuhalten und nicht zugunsten der gebotenen medizinischen Sach-lichkeit zu reduzieren oder in dem ebenso gefährlichen Mitleidsgefühl verschwimmen zu lassen;

- das Vertrauen, das der kranke oder hilfsbedürftige Andere mir entge-genbringt oder entwickelt, durch mein in der sachlichen Verpflich-tung kompetentes Handeln und der personalen Zuwendung verantwor-tungsvoll zu rechtfertigen;
- den Kranken in seiner leiblichen Selbstempfindung und seiner Sub-jekthaftigkeit, in seiner biographi-schen und sozialen Situation und Zeitlichkeit zu achten;
- meine rationale ebenso wie meine emotional-empathische Kommu-nikationsfähigkeit zu schulen für das erläuternde und beratende Gespräch.
- Darin stecken auch die ärztlichen „Kardinaltugenden“ von Geduld, Aufmerksamkeit, Zuwendung, Wahrhaftigkeit, Verschwiegenheit, Besonnenheit und Maß, sachlicher und empathisch-kommunikativer Kompetenz.

Die hier genannten Eigenschaften und Fähigkeiten gilt es zu entwickeln und ständig zu schulen, um ein guter Arzt zu sein.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Klaus Gahl
Dürerstraße 10
38106 Braunschweig

Literatur

- 1 Weizsäcker von, V. (1926): Der Arzt und der Kranke. In: Achilles, P., Janz, D., Schrenk, M. und Weizsäcker von, C. F. (Hrsg.): Viktor von Weizsäcker – Gesammelte Schriften Bd. 5, S. 9–26. Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag (1987)
- 2 Auf der Sicht des mir begegnenden Mit-menschen als den Anderen hat – geleitet von Emmanuel Levinas – sehr eindringlich Klaus Dörner sein bewegendes „Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung – Der gute Arzt“ aufgebaut. Stuttgart, New York: Schattauer-Verlag 2003.
- 3 Gadamer, H.-G. (1993): Über die Verbor-genheit der Gesundheit. Frankfurt/Main: Suhrkamp S. 12
- 4 Gebtsattel von, V. E. (1954): Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. In: Prolegomena einer anthropologischen Medizin. Berlin–Göttingen–Heidelberg: Springer-Verlag, pp 361–378
- 5 Weizsäcker von, V. (1927): „Der Arzt und der Kranke“. In: Gesammelte Schriften, hrsg. von P. Achilles et al. Frankfurt 1987, Suhrkamp-Verlag, Bd. V, pp 9–26

Veranstaltungshinweise

08.–09. Juni 2004, Arnoldshain bei Frankfurt/M.
Internationale Konferenz: The Role of the Family in Medical Decision Making
Auskunft: Dr. Kurt. W. Schmidt, Zen-trum für Ethik in der Medizin, Mar-kus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, 60431 Frankfurt/M., Tel.: (0 69) 95 33 25 55, Fax: (0 61 71) 91 24 23, E-Mail: ZEMmarkus@aol.com

18.–19. Juni 2004, Berlin
Fortbildungsveranstaltung: Bre-aking bad news – Kommunikation und Interaktion in der Medizin
Auskunft: Jan Schildmann, Klinische Medizinethik, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Glückstr. 10, 91054 Erlangen, Tel.: (0 91 31) 8 52 64 37/8 52 64 30, Fax: (0 91 31) 8 52 28 52, E-Mail: jan.schildmann@ethik.med.uni-erlangen.de

09.–11. Juli 2004, Tutzing
Tagung: Ethik in den Heilberufen – lehren und lernen
Auskunft: <http://www.ev-akademie-tutzing.de>

18. September 2004, Hannover
Ethisches Fallseminar Konflikte im ärztlichen Alltag: Umgang mit nichteinwilligungsfähigen Pati-enten
Auskunft: Zentrum für Gesundheits-ethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de www.zfg-hannover.de

20.–22. September 2004, Loccum
Tagung: Risiko Leben. Taugt das Vorsorgeprinzip für das Gesund-heitsmanagement?
Auskunft: Zentrum für Gesundheits-ethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hanno-ver, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de www.zfg-hannover.de

30. September – 2. Oktober 2004, Münster
Jahrestagung der AEM: Gerech-tigkeit im Gesundheitswesen – Ethische Probleme in Theorie und Praxis
Auskunft: Geschäftsstelle der Aka-demie für Ethik in der Medizin e. V., Humboldtallee 36, D-37073 Göttin-

gen, Tel.: (05 51) 39 96 80, E-Mail: info@aem-online.de

11.–12. November 2004, Loccum
Tagung: Pflege alter Menschen und Patientenautonomie
Auskunft: Zentrum für Gesundheits-ethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hanno-ver, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de www.zfg-hannover.de

13. November 2004, Hannover
Tagung: Patientenautonomie am Lebensende. Ist der Gesetzgeber gefordert?
Auskunft: Zentrum für Gesundheits-ethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hanno-ver, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de www.zfg-hannover.de

19.–21. November 2004, Loccum
Workshop: Medical Need and Jus-tice in Health Care
Auskunft: Zentrum für Gesundheits-ethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hanno-ver, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de www.zfg-hannover.de