

Autonomie und Lebenswirklichkeit – Spiritualität als Teil des Heilungsauftrages im Krankenhaus

Vortrag Dr. Michael Peintinger

Graz, 13.11. 2003

„Spiritualität ist der Baustil, der die Architektur meines Lebenshauses bestimmt.“

Dieses Zitat eines deutschen evangelischen Theologen erweist sich als hilfreiches Bild, will man den Stellenwert der Spiritualität im medizinischen Heilungsprozess beschreiben.

Die Architektur des Lebenshauses wird von der persönlichen, emotional gefärbten Lebensgeschichte und den Erfahrungen und Überzeugungen gebildet. Sie ruht damit auf einer Hierarchie von Werten, Normen und Präferenzen. Spiritualität verhilft dazu, dieser individuellen Wertehierarchie eine konkrete Ausrichtung – einen bestimmten Stil - zu verleihen und sie damit maßgeblich im Sinne einer Lebenssinneinschätzung und Lebenszielorientierung auf ein größeres Ganzes hin zu ordnen. Sie ist es, die – fußend auf den inneren Wertungsprozessen - den je individuellen Hoffnungen Halt und den persönlichen Sehnsüchten Form gibt.

Es ist verständlich, dass diese individuelle Werthierarchie insbesondere im Zuge von Krankheitsprozessen häufig Veränderungen unterliegt, die in dramatischen Fällen sogar bis zu einem gänzlichen Umbau des Gefüges führen können. Ändert sich also die Wert-„Architektur“, wird dies nicht ohne Einfluss auf den spirituellen Baustil bleiben. Andererseits werden Umbauten und Wiederherstellungen des Gefüges ohne Berücksichtigung des Baustils nicht sinnvoll erfolgen können. Um daher die Bedeutung der Spiritualität im Heilungsprozess zu beschreiben, muss ein wenig weiter ausgeholt werden.

Betrachtet man nämlich den medizinischen Alltagsbetrieb, so drängt sich der begründete Verdacht auf, dass Wertorientierung und Spiritualität des kranken Menschen, ebenso wie die Spiritualität, die dem Heilungsprozess innewohnen kann, im Krankenhaus nur selten wahrgenommen wird. Dafür lassen sich einige Faktoren verantwortlich machen.

Unbestritten ist, dass durch den weitreichenden Umbau der Werte in der Gesellschaft während der letzten Jahrzehnte eine allgemein gültige, gemeinsame Hinordnung auf ein größeres Ganzes grundsätzlich erschwert wurde. Allein die *Wandlung des Bedeutungsinhalts des „Höchsten Gutes“*, als welches ursprünglich das religiös begründete „Ewige Leben“ angesehen wurde, unter dem jedoch heute zumeist eher die „Gesundheit“ verstanden und mit dem Begriff Lebensqualität operationalisierbar gemacht wird, hat dazu beigetragen.

Denn die allgemeine, gleichgerichtete Hinordnung auf ein jenseitiges „Ganzes“ erleichterte neben der Einordnung des krankheitsbedingten Zustandsbildes in das Lebenskonzept auch eine kollektive Ausrichtung. Die individuellen Wertehierarchien unterschieden sich deshalb oft nur unwesentlich von einander. Selbst wenn die je eigenen Auffassungen nicht explizit kommuniziert und dargelegt wurden, konnte von anderen darauf Bezug genommen werden. Wertbegründete Entscheidungen waren auf diese Weise leichter vorhersehbar und blieben auch mit je eigenen Vorstellungen kongruent, weshalb Abweichungen davon zum Teil auch einfacher als tatsächliche Fehlauffassung oder als durch eine psychische Alteration verursacht zu identifizieren waren.

Mit dem „Transzendenzverlust“ des „Höchsten Gutes“ und der durch ihn teilweise bedingten nachfolgenden Aufsplitterung und Pluralisierung von Wertorientierungen standen sich Arzt und Patient¹ als „moral strangers“ gegenüber.² Es konnte nicht mehr unreflektiert von gleichen hierarchischen Strukturen und Einschätzungen ausgegangen werden. Mit anderen Worten: Es wurde zunehmend notwendig, die je individuelle Auffassung der Kranken auszuloten. Indem man sich jedoch dieser Mühe selten unterzog und die persönlichen Präferenzen des Patienten vernachlässigte, wurde damit statt der Wertehierarchie des Patienten die je eigene – wertgestützte – paternalistische Einschätzung des Patientenwohls zum eigentlichen Maßstab von Entscheidungen gemacht.³

Von besonderer Bedeutung für die Ausblendung der Wertorientierung im medizinischen Bereich hat sich weiters die durch den Aufschwung der naturwissenschaftlichen Medizin stattfindende *Objektwerdung des Menschen* erwiesen.

In der Zeit vor dem naturwissenschaftlichen Aufschwung wurden Begründungszusammenhänge zwischen krankheitsbedingtem Zustand und Leben gesucht, um daraus Therapien abzuleiten. Durch den zunehmenden Vorrang von „horizontalen“ Kausalitätsüberlegungen ging die „vertikale“ Wahrnehmung der *Bedeutung des Krankheitszustandes* für das Leben des betreffenden Menschen verloren und durch die Suche nach einer naturwissenschaftlich erklärbaren Krankheitsursache ersetzt. Dies lässt sich beispielsweise anhand von Infektionskrankheiten veranschaulichen.

Mit der Entdeckung von Bakterien und Viren konnte die Krankheitsursache von Infektionen beschrieben, und durch entsprechende Antibiotika kausal behandelt werden. Dabei war und ist zur richtigen Auswahl des Antibiotikums die Kenntnis des Erregers (Kausalität), nicht je-

¹ Die Verwendung der gebräuchlichen maskulinen Termini bezieht sich selbstverständlich sinngemäß auf Personen beiderlei Geschlechts und stellt nur eine Konzession an die Lesbarkeit des Textes dar!

² vgl. Rössler, D., Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns, 62

³ weiterführend dazu: Peintinger, M., Therapeutische Partnerschaft, 193ff. und 272f.

doch die *Bedeutung* der Erkrankung für den Menschen (Vertikalität) maßgeblich. Der Erfolg der Strategie war insbesondere für die Infektionserkrankungen überwältigend und gilt weitgehend als unumstritten.

Das Problem, vor dem die naturwissenschaftliche Medizin jedoch ungeachtet ihres enormen und hilfreichen Fortschritts stand und noch steht, liegt allerdings darin, dass sie erstens nahezu *alle* Krankheitsbilder auf diese Weise beschreiben, erklären und behandeln will.⁴ Zweitens, dass etwa die Frage, weshalb bei gleicher Keimexposition einige Menschen erkranken, andere sich jedoch als resistent erweisen, damit auch weiterhin selten ausreichend geklärt werden kann. So weist beispielsweise allein die Diskussion um die Bedeutung emotionaler Faktoren für die Immunabwehr weiterhin auf diese „vertikalen“ Faktoren der Krankheitsgenese hin.

Wo aber alles auf der naturwissenschaftlichen Ebene begründet, erklärt und behandelt werden kann und will, wo jede Bedeutung des Krankheitserlebens für mechanistisch anmutende Therapiekonzepte als unerheblich eingestuft wird, stellt auch die Spiritualität im Sinne einer Hinordnung auf ein größeres Ganzes einen gänzlich verzichtbaren Fremdkörper dar.

Neben dieser ersten Objektwerdung, also der „Entwendung der Krankheit“ durch Ausblendung des persönlichen Krankheitserlebens, lässt sich jedoch noch eine „modernere“, mindestens ebenso wirkungsvolle Verobjektivierung feststellen, die erst mit der zunehmenden Selbstbestimmung des Patienten ins Bewusstsein rückte.

Das Prinzip der Selbstbestimmung wurde lange Zeit mit den übrigen so genannten mittleren medizinethischen Prinzipien⁵ - nämlich Fürsorgeprinzip, Nichtschadensverpflichtung und Gerechtigkeitsprinzip - als gleichrangig angesehen. Mit der fortgesetzten Entwicklung des Menschenbildes und der Gesellschaft wurde und wird das Prinzip der Autonomie des Kranken jedoch immer prominenter. Die übrigen Prinzipien, insbesondere das zumeist als im Spannungsfeld mit ihm stehend angesehene Fürsorgeprinzip, werden ihm immer deutlicher nachgeordnet.⁶

Dabei muss allerdings zugleich eingeräumt werden, dass sich gegenwärtig die Bedeutung des Autonomieprinzips in der Medizin - wenn überhaupt! - nur in der Notwendigkeit der Zustimmung zu einer therapeutischen Handlung erschöpft.⁷ In diesem Fall wird jedoch bloß auf das - noch - wertneutrale „Erkennen“ also das analytische Verstehen, nicht jedoch auf ein

⁴ Erst vereinzelt setzen sich manche Konzepte durch, die beispielsweise bei malignen Erkrankungen vermehrt auf individuelle Faktoren Bezug nehmen. Diese Konzepte werden allerdings in der Regel von naturwissenschaftlich orientierten Medizinerinnen nach wie vor als „romantisch“ und verzichtbar angesehen.

⁵ vgl. Beauchamp TL, und Childress, JF, Principles of Biomedical Ethics.

⁶ vgl. Peintinger, M., Therapeutische Partnerschaft, 98ff.

⁷ Schon bei der Zustimmung zu den diagnostischen Verfahrensschritten lassen sich heute noch große Defizite feststellen!

tatsächliches „Be-werten“ Bedacht genommen. Mit anderen Worten: Die Entscheidung des Patienten kann auch unter weitgehender Ausblendung seiner individuellen Werte und seiner auf Präferenzen basierenden Auffassung erfolgen.

Der eigentliche Sinn der Autonomie reicht jedoch weiter. Eine Entscheidung ist nämlich erst dann wahrhaft selbstbestimmt, wenn sie umfassend auf der individuellen Wertehierarchie aufbaut und damit tatsächlich mit der aktuellen Lebenswirklichkeit kongruent ist; wenn sie nicht auf der kritiklosen Annahme der vom Arzt angebotenen Werte beruht; wenn sie nicht auf einer durch strategische Manipulation erzeugten virtuellen Wirklichkeit aufbaut, wozu unter anderem etwa eine nicht wahrheitsgemäße Zustandsbeschreibung oder die bewusste Ausblendung anderer, vom Therapeuten weniger beherrschter Therapieverfahren im Aufklärungsgespräch zu zählen sind; wenn sie weiters nicht auf einer streng naturwissenschaftlichen, also „unreflektierten“ Analyse, und nicht bloß auf der jede weitere Überlegungen hemmende fatalistisch-resignativen Frage „Was soll ich denn tun?“ beruht. Dementsprechend dient das Fürsorgeprinzip dazu, das Wohl des Patienten, welches somit um die gewährleistete und weitreichende Selbstbestimmung des Patienten erweitert wird, zu fördern. Schon dadurch lassen sich im Alltag zahlreiche vermeintliche Spannungsfelder zwischen den Prinzipien durchaus sinnvoll und heilsstiftend auflösen!

Damit besteht die zweite, „modernere“ Objektwerdung des Patienten darin, dass neben der Vernachlässigung des persönlichen, emotional gebundenen Krankheitserlebens durch eine bloße „Symptomenübersetzung“ in naturwissenschaftliche Termini auch die wertgesättigte Lebenswirklichkeit und damit die individuelle Wertehierarchie ausgeblendet werden.

Gerade diese zweite Objektwerdung, also die *Vernachlässigung der individuellen Wertehierarchie* des Kranken und die daraus folgende Einschränkung der Selbstbestimmung stehen jedoch dem Gesundungsprozess des Patienten entgegen.

Denn die Heilsamkeit von Therapien und Genesungsvorgängen werden schon vom kranken Menschen selbst längst nicht nur hinsichtlich der Beeinträchtigung unter den einzelnen Therapieschritten und dem naturwissenschaftlichen Endergebnis bewertet, sondern beziehen sich darauf, wie sich der Mensch in seiner Gesamtheit am Ende des Verlaufes erfährt und inwieweit er sich selbst im umgangssprachlichen Sinn wieder als „gesund“ bezeichnen kann. Diese Einschätzung stellt dabei auf die je individuelle Wertorientierung ab und bezieht auch einen gegebenenfalls im Krankheits- und Gesundungsprozess stattgehabten Hierarchieumbau mit

ein. Diese neue Selbsteinschätzung stellt zugleich einen Beweis der (wiedererstarkten) Selbstbestimmungskompetenz dar.

Dieser Entwicklung haben auch die moderneren Gesundheitsdefinitionen, welche die utopische Gesundheitsdefinition der WHO endgültig und zu Recht abgelöst haben, Rechnung getragen. Sie sprechen – realistischer - davon, dass jeder Mensch als gesund anzusehen ist, der ungeachtet seiner Beschränkungen und Belastungen imstande ist, relativ autonom zu bleiben.⁸ Demnach stellt die Zunahme einer Autonomiekompetenz, im Einklang mit den Überlegungen des belgischen Philosophen Malherbe, auch ein wesentliches zusätzliches Therapieziel dar.⁹

Wer daher die Wertorientierungen im Krankheitsprozess nicht außer acht lässt, ja mehr noch: Wer darauf drängt, diese von Anfang an in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, um dadurch wirklich authentische Entscheidungen zu ermöglichen, der trägt damit zur Förderung der Selbstbestimmungskompetenz des Patienten und – gemäß Malherbe'scher Definition - zu seiner eigenen Gesundheit bei.

Damit aber obliegt es den die Kranken betreuenden Berufsgruppen, insbesondere dem Pflegepersonal und den Ärzten, die individuelle Wertorientierung des kranken Menschen wahrzunehmen, wollen sie nicht einen umfassenden, weit über den naturwissenschaftlichen Aspekt hinausreichenden Therapieerfolg gefährden.

Diese fürsorgliche Hilfe kann dabei bereits zu jenem Zeitpunkt einsetzen, indem sich der sich krankühlende Mensch seiner Werte bewusst wird, die er – verleitet durch das als selbstverständlich empfundene „Schweigen der Organe“ (Gadamer) und ungeachtet der Tatsache, dass er in jeder alltäglichen Entscheidung auf sie Bezug nimmt häufig ausblendet.

Der Patient sieht sich damit zugleich vor die Bewältigung zweier Probleme gestellt.

Zum einen wird ihm – vielleicht erstmals - seine eigene Wertewelt konkret und umfassend bewusst, zum anderen erlebt er sich selbst in der Einschätzung dieser Werte und in der Reflexion von Tatsachen an ihnen als unerfahren.

Erschwerend kommt hinzu, dass bei dramatischen Erkrankungen und Diagnosen die wohlgefügte Ordnung und Balance der Werte entweder häufig zerstört ist, oder, im Gegenteil, für den Augenblick extrem fixiert wird, um anhand dieser – letztlich nicht immer gewährleisteten - Sicherheit die Orientierung nicht zu verlieren. Beide Zustände erschweren die sinnvolle Reflexion von Wünschen und Vorstellungen an den persönlichen Präferenzen und verhindern

⁸ vgl. Siegrist, J., Medizinische Soziologie, 202f.

⁹ vgl. Malherbe, J.-F., Medizinische Ethik, 125.

eine authentische individuelle Interpretation des augenblicklichen Zustandes, die jedoch die unverzichtbare Voraussetzung für eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung darstellt.

Damit lässt sich der konkrete Beitrag, den die Gesundheitsberufe in diesem Prozess zu leisten vermögen, aufzeigen.

Er besteht darin, dem Patienten beim Bewusstwerden und der Adaptation der Wertorientierung behilflich zu sein und ihn auch zu dieser Reflexion zu ermuntern. Diese Hilfe beginnt bereits bei der ersten Begegnung. Schon in der Schilderung des Krankheitserlebens lassen sich in der Einschätzung des Zustandsbildes aktuelle und erinnerte Bewertungen feststellen, auf die nachfolgend Bezug genommen werden kann. Aus ihnen lassen sich überdies bereits erste Hinweise auf die gegenwärtige Wertehierarchie ableiten, die im Rahmen dieser Wertanamnese erhoben werden soll.

Dieses Wissen trägt dazu bei, dass nachfolgende Veränderungen in der Wertstruktur des Patienten im Laufe des therapeutischen Prozesses leichter wahrgenommen und auch angesprochen werden können. Der frühe Zeitpunkt dieser Kenntnisnahme, lange vor der Besprechung anstehender diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen, fördert zudem auch die Einschätzungsmöglichkeit, inwieweit der Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt sein Recht wahrnehmen kann, eine authentische, wertegestützte Entscheidung zu treffen. Abgesehen davon, dass jede nachfolgende Aufklärung bezüglich diagnostischer und therapeutischer Schritte, jede Information von Ergebnissen den Bedürfnissen des Patienten besser angepasst werden kann, ermöglicht es die frühzeitige Kenntnis der Werte auch leichter, überraschende oder nicht nachvollziehbare Entscheidungen besser einzuordnen, hilfreicher zu hinterfragen und daran anknüpfende eigene Bedenken besser zu argumentieren.

Der Beitrag der Gesundheitsberufe zur Wertorientierung besteht weiters darin, dem Kranken beizustehen, wenn er in dramatischen Situationen eine neue Hierarchie zumeist nur aus wenigen zentralen Werten zu entwickeln beginnt, um überhaupt Entscheidungen treffen zu können. Dem in diesem Zusammenhang möglicherweise erhobenen Vorwurf, zum Leid des Patienten werde ihm offenbar auch noch eine „pädagogische Fleißaufgabe“ aufgebürdet, kann insofern begegnet werden, als ja der Patient, verleitet durch die „Verborgenheit der Gesundheit“ (Gadamer) schon durch die Wahrnehmung der ersten Symptome früher oder später von selbst in diesen Lern- und Adaptationsprozess eintritt.

Die Hilfe der Gesundheitsberufe besteht nicht zuletzt auch darin, dem kranken Menschen insbesondere bei schicksalshaft dramatischen Entscheidungen die Gewissheit zu bieten, dass meist genügend Zeit zur Verfügung steht, damit er zunächst erst ein wenig Ordnung in seine

Gedanken und Wertorientierung bringen kann, ehe er zu einer Entscheidung aufgefordert wird.¹⁰

Wer sich dieser Hilfe nicht verschließt, muss sich zugleich auch einer Gefahr bewusst sein. Diese besteht darin, dass der ärztliche oder pflegerische Ansprechpartner dem Patienten, wohl oft mit der Intention, Entscheidungen aus Zeitersparnis rasch herbeizuführen, statt der möglicherweise weitgehend daniederliegenden Wertehierarchie des Kranken die *eigene* Wertorientierung – gewissermaßen als „Instant-Wertorientierung“ - anbietet.¹¹ Nützt der Kranke dieses Angebot unkritisch und trifft seine Entscheidung dann aufgrund dieser „Leih-Orientierung“, mag sein Willensakt möglicherweise selbstbestimmt *erscheinen* und wohl auch rechtlich unproblematisch eingeschätzt werden können. Als tatsächlich autonom in der umfassenden Bedeutung und daher authentisch wird sie jedoch kaum anzusehen sein.

Sowohl bei der Neuadaptation der Werte aufgrund der geänderten Lebensumstände als auch beim Umbau der Wertehierarchie wird sich der je individuelle Baustil - also die Spiritualität - verdeutlichen. Die durch sie bedingte Klarheit, wie ein individuelles Lebenskonzept aussehen könnte, auf das dann die je eigene Wertehierarchie ausgerichtet werden kann, wird jede Neustrukturierung erleichtern. Die spirituelle Hinordnung auf ein „Größeres Ganzes“ trägt damit zur Rehabilitation der vertikalen Bedeutung von Krankheitszuständen bei und fördert die Frage nach dem Sinn der Krankheit.¹² Sie äußert sich insbesondere darin, dass aus der Frage „Warum bin ich krank geworden?“ die Frage „*Wozu* bin ich krank geworden?“ entwickelt werden kann.

Allerdings lässt die Behandlung von Fragen, in denen die spirituelle Dimension des Lebenssinnes implizit mitschwingen, die Medizin mitunter auch als partiellen Ersatz von Religionen erscheinen.¹³ So sehr die Fragen daher aus Gründen der Heilsamkeit in vertrauensvollen Gesprächen zu behandeln sind, so gefährlich ist es jedoch auch, wenn dabei die vorhandene medizinische Kompetenz mit einer Expertenkompetenz zur Sinndeutung gleichgesetzt oder sogar verwechselt wird.

¹⁰ Wer in diesem Fall immer gleich den „Notfall“ ins Spiel bringt, übersieht einerseits, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle keineswegs augenblickliche Entscheidungen oder Urteile innerhalb von Stunden und Tagen erfordern, was oft nur durch strukturelle Gegebenheiten und abteilungsspezifischen Gewohnheiten, automatisierte Abläufe oder die Ungeduld der medizinisch handelnden Personen ausgelöst wird. Andererseits wird übersehen, dass mit zunehmender Einführung von Patientenverfügungen eine Möglichkeit zu einer Reflexion vorab geboten wird!

¹¹ Beispielsweise liegt dies in der typischen Aussage verborgen: „Wenn Sie meine Mutter/mein Vater wären...“. So sehr sie Nähe, Empathie und Mitmenschlichkeit ausdrücken soll, so sehr wird zugleich auch eine gänzlich andere Wertorientierung zur Entscheidung angeboten. Entscheidet sich der Patient daraufhin ohne weiteres Besinnen, lässt sich dies nicht ohne weiteres als tatsächlich authentisch bezeichnen.

¹² vgl. Häring, B., Heilender Dienst, 141.

¹³ vgl. Jung, C.G., Gesammelte Werke, Band 11, 362.

Denn mangels Ausbildung und Einübung können sich Ärzte wie Pflegeberufe in unserer multiethnischen, multikulturellen und daher auch „multi-agnostischen“ Gesellschaft höchstens auf eine „Kompetenz der Mitmenschlichkeit“ berufen. In Anlehnung an Jaspers steht daher „bloß“ ein Mensch dem kranken Menschen zur Verfügung, der mit ihm gemeinsam durch diesen von den Gegebenheiten und Fakten erzwungenen Lernprozess zu schreiten versucht.¹⁴

Eine durch die je maßgebliche Spiritualität erleichterte Adaptation der Wertehierarchie kann so dazu führen, dass der Mensch am Ende des Krankheitsprozesses sein Leben – selbst unter den geänderten Umständen - nach Möglichkeit wieder selbstbestimmt zu gestalten vermag.

Malherbe schreibt: „Die Medizin ist die Kunst, die Wissenschaft und die biomedizinische Technik an der Entfaltung der Autonomie der Mitmenschen zu beteiligen.“¹⁵

Wenn sich die Medizin des 21. Jahrhunderts – gestärkt durch ihre vielfältigen naturwissenschaftlichen Erfolge - weder dem Gedanken der Autonomieförderung von Patient und therapeutischem Partner verschließt und stattdessen selbstgenügsam bis „autistisch“ die Krankheitsprobleme rein sachorientiert zu lösen versucht, wenn sie darüber hinaus bereit ist, die Wertorientierung des kranken Menschen und seine individuelle Spiritualität vermehrt in das therapeutische Gesamtkonzept einzubeziehen, wird ihr Dienst über eine „Reparatur“ hinaus tatsächlich wieder das Attribut *heilsam* verdienen können!

Univ. Lektor OA Dr. Michael Peintinger

Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Universität Wien

Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Univ. Wien

Facharzt für Anästhesie u. Vorsitzender der Ethikkommission der KA „Göttlicher Heiland“

Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen

Tel: 0676-320 80 13

Forum Medizin Ethik: <http://www.medizinethik.at.tf>

© MP 02/2004

¹⁴ „Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen.“: Jaspers, K., Philosophie, Band I, 127.

¹⁵ Malherbe, J.-F., Medizinische Ethik, 125.