

NEUE EVANGELISCHE FRAUENZEITUNG

H 5142 F

Verlagsort Hannover

SEPTEMBER
OKTOBER 1970

Beleg

5

HERAUSGEBER: DEUTSCHER EVANGELISCHER FRAUENBUND EV

Begleiten

Es gibt, um hierfür nur zwei Beispiele zu nennen, viele Jugendliche, die mit ihrer Freiheit und Freizeit nichts anzufangen wissen. Daß das unter anderem auch kriminelle Folgen hat, erfahren wir jeden Tag. Das „Haus der offenen Tür“ gibt eine in vielen Gemeinden praktizierte gute Möglichkeit zur Gestaltung der Freizeit. Diese Jugendlichen sollten das Bewußtsein haben können, daß sie sich an mehrere Glieder der Kirchengemeinde wenden können, die sie verstehen und die bereit sind, mit ihnen etwas zu unternehmen!?

Es gibt viele alte Menschen, die besucht werden wollen und müssen – und nicht nur einmal im Jahr. Sie sollten das Bewußtsein haben können, daß es viele Glieder der Kirchengemeinde gibt, die ihnen diesen Dienst erweisen!?

All diese Beispiele zeigen, daß es ohne eine ganz beträchtliche Zahl von Mitwirkenden nicht möglich ist, christliche Gemeinde in dieser Welt zu einer überzeugenden Sache zu machen. Ich sage das deshalb, weil viele engagierte Leute ihren Pastor damit trösten wollen, daß es ja auf die Zahl gar nicht ankomme. Aber wir dürfen nicht im Glauben an die „kleine Schar“ das immer wieder neue Nachdenken über unsere Situation vernachlässigen. Wenn das Bild der Bergpredigt stimmt, daß Christen wie eine Stadt sind, die oben auf einem Berge liegt und nicht verborgen bleiben kann, dann fragt man sich: Wo sind sie, die diese Stadt bauen werden?

WOLFGANG GIERE

Patient - Arzt - Technik — Zum Unbehagen in der Medizin

Aus der Deutschen Klinik für Diagnostik, Rechenzentrum

Gibt es in der Medizin die „gute alte Zeit“? Eine Zeit ohne Scheu vor dem Einsatz technischer Moderne? Sicher weder bei den Schädeltrepanationen¹⁾ des Altertums, noch während des magischen Unvermögens im Mittelalter, als die Heilkunst dem Exorzismus benachbart war. Oder zu Beginn der Neuzeit, etwa als der Aufbruch zur Wissenschaftlichkeit, die Suche nach Objektivität auch der Medizin neue Impulse gab? Mit der Einführung neuer technischer Hilfsmittel – Stethoskop und Perkussion²⁾?

Primär nichtmedizinischer Techniken verdankt die Medizin lawinenartig wachsendes Wissen: Physik – Blutkreislauf, Optik – Bakterien, Chemie – Stoffwechsel usw. Neue Wissenschaftszweige entstanden auf Grund primär medizinischer Notwendigkeiten: Endokrinologie³⁾ nach Entdeckung der Hormone, Immunologie nach Entdeckung der Antigen⁴⁾-Antikörperreaktionen. Neue Techniken erlauben tiefere Erkenntnisse: Röntgen, Elektrokardiogramm, Nuklearmedizin, Ultraschall, Herzschrittmacher usw. bis hin zur Fernübertragung ganzer Meßwertkomplexe von Mondfahrern.

Mit den neuen Techniken wächst das Unbehagen der Patienten gegenüber der apparativen Medizin, der sie sich hilflos ausgeliefert fühlen. Seit wann also?

¹⁾ Schädelbohrung

²⁾ Untersuchung innerer Organe durch Beklopfen der Körperoberfläche

³⁾ Hormonlehre

⁴⁾ artfremder Eiweißstoff, der im lebenden Organismus die Bildung sog. Antikörper bewirkt

Schon Hippokrates nannte seine ärztliche Tätigkeit „Techne“. Das Erkennen von Symptomen, das Erfassen des Krankheitsbildes, das den ganzen Menschen, Leib und Seele umgreift, ist keine mechanische Tätigkeit; es kommt auf die Bereitschaft des Patienten an, sich dem Arzt zu öffnen; der Arzt kann und muß dabei helfen. Der Wunsch des Patienten zur Heilung steht oft im Widerstreit zu seinen eigenen Verheimlichungswünschen und Blockierungen. Ja, die Krankheit ist von einem Teil seiner selbst oft gewollt. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, vom Erkennen des Symptoms zur Ursache durchzustoßen. Es liegt am Arzt, die spezifisch psychisch-physische Situation des Patienten so zu erfassen, daß er aufbauend einen erfolgversprechenden Therapieweg beginnen kann. Daran hat sich seit dem Altertum nichts geändert. Dies ärztliche Tun ist keine Wissenschaft. Mit „Kunst“ übersetzt man heute die „Techne“ des Hippokrates, Kunst des Vermittelns zwischen Patient und den Apparaten. Hat sich an dieser Rolle seit der Einführung der Narkose etwas geändert, die den Chirurgenstand aus den mittelalterlichen Fesseln der Baderstubenpraxis und Scharlatanerie führt zu den Erfolgen der Bauch-, Lungen- und Herzchirurgie? (Die Blinddarmentzündung hat erst seit Ende des vorigen Jahrhunderts ihre tödlichen Schrecken verloren!)

Wächst das Unbehagen seit dem Einsatz von Großgeräten? Derselben Marie Curie, die die Radioaktivität entdeckte, verdanken wir den ersten segensreichen, vielbewunderten Großeinsatz von fahrbaren Röntengeräten im Kriege. Wer möchte heute auf die Schirmbilduntersuchungen verzichten!

Was uns gelegentlich als „gute alte Zeit“ der Medizin vorgestellt wird, ist die Zeit, wo der Wissensstand noch so gering war, daß er von einzelnen großen Ärzten beherrscht werden konnte; das ist heute zweifellos nicht mehr möglich. Es ist die Zeit der großen Kliniker von legendärem Ruf. Bedenkt man jedoch, daß es nicht so lange her ist, daß der gesamte Wissensstand eines Zeitalters von einzelnen enzyklopädischen⁵⁾ Universalgenies übermittelt werden konnte, daß also auch schon das Wissen *nur* um die Medizin eine Spezialisierung bedeutet, wird klar, warum der Verfasser die Existenz einer „guten alten Zeit“ ablehnt.

Es wird ernstlich keiner bestreiten, daß es zur Aufgabe der Medizin gehört, die modernsten Erkenntnisse aller übrigen Wissenschaftszweige zum Wohle des Patienten anzuwenden. Spezialisierung ist unausweichlich, ebenso die Anwendung immer neuer technischer Möglichkeiten zu immer besserer Einsicht in das Krankheitsgeschehen. Das Unbehagen des Patienten gegenüber dem massiven Einsatz technischer Hilfsmittel basiert nicht darauf, daß immer bessere Geräte eingesetzt werden. Jede Neuentwicklung wird als Fortschritt gefeiert, und wehe dem Arzt, der glaubt, auf sie verzichten zu können. Andererseits wächst die Furcht des Patienten, sein Arzt könne nicht mehr alles beherrschen – Zauberlehrling – und zu Recht!

Dies jedoch ist kein Problem der Technik oder des ärztlichen Wissens, sondern ein Problem der Organisation der ärztlichen Hilfe. Es muß gewährleistet werden, daß jedem einzelnen Patienten durch seinen Arzt das gesamte Wissen und Rüstzeug der Medizin von heute zugute kommt. Es ist dies zu allererst ein Problem der Informationsübermittlung von Spezialisten zum „Arzt an der Front“. Die Diagnose kann bei einer „simplen“ Erkältung einfach sein, wo Patienten denn auch oft zur Selbsthilfe greifen, kann aber bei der gleichen Erkältung auch kompliziert sein, da einzelne deutlich sichtbare Symptome oft zu verschiedenen Krankheitsbildern gehören oder verschiedene Krankheiten einander überdecken können.

⁵⁾ die Gesamtheit des Wissens beherrschenden

Damit dem einzelnen Patienten auch im komplizierten Fall geholfen werden kann, müssen viele Spezialisten zusammenarbeiten, muß damit primär der Erstuntersuchende seine Grenzen kennen und wissen, was andere vermögen. Daran hapert es. Das ist der Hauptgrund für die Angst des Patienten heute. Ein anderer ist die Überlastung von Arzt und Hilfspersonal. Sie sind beide mit Papier und Bleistift mehr beschäftigt als mit dem Patienten – unbefriedigend für alle Beteiligten.

In dieser Situation bleibt nur die Flucht nach vorn, auch zur Informationsübermittlung bei der unübersichtlichen Fülle medizinischen Wissens heute neue apparative Methoden anzusetzen: die elektronische Datenverarbeitung (EDV). Gezielte Informationssuche und -übermittlung sowie die Übernahme von Routinearbeiten sind Domäne der EDV. Ein Computer ist in der Lage, unvorstellbar große Wissensberge und Datenmengen in Sekundenschnelle zu sichten und zu analysieren. Ohne seine Hilfe wäre unsere „informierte Gesellschaft“ zum Scheitern verurteilt. Er muß uns zur „informierten Medizin“ helfen.

Aber: Der Computer ist stur, durch und durch humorlos. Seine Grenzen in der Medizin lassen sich leicht aus seinem Wesen ableiten: Er ist eine *M a s c h i n e*, genau: ein programmierter und logisch kombinierender Automat. Er kann also nur quantitativ oder qualitativ normierte Informationen nach einem vorgegebenen Weg schnell verarbeiten. Er „denkt“ nach dem Ja-Nein-Prinzip. Er kennt also nicht den Zweifel, der auf Grund des Wissens oder Ahnens entsteht, daß Informationen, die nicht greifbar sind, das Ergebnis verändern können. Er kann auch nicht assoziieren⁶⁾ und eigenschöpferisch phantasieren, ihm fehlen diese Möglichkeiten der Informationskombination, die der Mensch täglich benutzt. Der Computer kann sich nicht einfühlen, kann auf den Patienten nicht in einer Weise reagieren, die aus der Eingebung heraus angemessen wäre. Er ist als Partner des Kranken wertlos, weil er mit der Psyche nicht verkehren kann, in der allein das Krankheitserlebnis sich ausprägt. Die Rechenmaschine ist eben keine Persona, mit der der Patient eine lebendige Beziehung aufnehmen kann. Aber zu dieser echt menschlichen Tätigkeit sollte der Computer dadurch, daß er Routinearbeit übernimmt, Arzt und Schwestern freistellen: Mehr Menschlichkeit durch noch mehr Technik also – zum Wohle des Patienten!

KÄTHE ROHLER

Krankenhausseelsorge im Schatten des Fortschritts

Welchen Stellenwert hat die Seelsorge in der Apparatur des Krankenhauses?

Bislang war es selbstverständlich, daß der Pfarrer verbindlich zu dem Personenkreis gehörte, der den Kranken direkt zu betreuen hat. Er rangierte früher neben dem Arzt. Arzt und Priester schlossen sich nicht aus, sondern waren einander zugeordnet. Heute ist das anders.

Der Patient ist eingeordnet in das medizinisch-technische Koordinatensystem. Dieses therapeutische System, orientiert an den neuesten Erkenntnissen und Entwicklungen auf physiologischem, psychologischem, chemischem, physikalischem, technischem Gebiet, ist ständig in der Wandlung begriffen, um mit allen verfügbaren Mitteln jedem Patienten in seiner speziellen Situation bestmöglich zu helfen.

⁶⁾ verknüpfen, verbinden