

DER PATIENT, ALS TYPUS, ALS INDIVIDUUM,
ALS PERSON

MAINZER UNIVERSITÄTS-REDEN

24

1110
L. 1. 18

DER PATIENT ALS TYPUS, ALS INDIVIDUUM,
ALS PERSON

REDE

ANLÄSSLICH DER ÜBERNAHME DES REKTORATES
DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ

AM 26. NOVEMBER 1964

VON

Professor Dr. med. Hans Leicher

VERLAG DER JOHANNES GUTENBERG-BUCHHANDLUNG
JOSEF A. KOHL · MAINZ

1965

Der Patient als Typus, als Individuum und als Person

Im Mittelpunkt alles ärztlichen Denkens steht der kranke Mensch, der Patient. Täglich werden auf der ganzen Welt Hunderttausende von Patienten „routinemäßig“ untersucht und behandelt, ohne daß die Ärzte in der Regel Zeit finden, über das „Objekt“ ihrer Untersuchung und Behandlung etwas tiefer nachzudenken. In den letzten Jahren hat sich hier aber ein erfreulicher Wandel vollzogen. In zahlreichen Aufsätzen, Monographien und Büchern wird die „Situation des Patienten“, die „Partnerschaft zwischen Arzt und Patient“, die „Leib-Seele-Einheit“ des Kranken, „das Individualgefühl und Persönlichkeitsbewußtsein beim Patienten der Gegenwart“ ausführlich untersucht. Der gewissenhafte Arzt von heute, der auch auf diesem Gebiet eine Fülle von Problemen vorfindet und sie überdenkt, kann vom Patienten in Abwandlung eines Augustinus-Wortes sagen: *Homo patiens mihi quaestio factus est. Der Patient ist mir zur Frage geworden.*

Der Patient ist nicht nur uns Ärzten zur Frage geworden, er ist auch dem Gesetzgeber, den politischen Parteien und den Verbänden der Wirtschaft zur Frage geworden, wie die leidenschaftlich geführte Diskussion über die Reform der Krankenversicherung gezeigt hat. Kranksein ist ein eminent bedeutsames volkswirtschaftliches Problem¹⁾. Die Vielschichtigkeit des Patientenproblems geht weit über das hinaus, was Aufgabe der medizinischen Wissenschaft ist. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir den Patienten von sehr verschiedenen Standorten aus betrachten können.

¹⁾ *Hans Schaefer* macht dazu folgende (für die Bundesrepublik Deutschland geltende) Angaben: „Der Umsatz der Krankenkassen und Rentenversicherungen mit derzeit vermutlich rund 30 Milliarden jährlich ist dabei die kleinere Summe.“ Durch vorzeitige Invalidisierung (mit 59 statt mit 65 Jahren) sowie durch Krankheit und Krankmeldungen der arbeitenden Bevölkerung entsteht nach der Berechnung *Schaefers* jährlich ein Ausfall des Sozialproduktes von rund 51 Milliarden DM. „Die Aufwendungen zum Unterhalt von Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten kommen als relativ kleine Summe hinzu. *Medizin* ist ein Superproblem; der Geldwert wird jährlich 80 Milliarden übersteigen.“ (*Die Medizin in unserer Zeit*. R. Piper-Verlag, München 1963). Richtiger würde man sagen: Nicht die Medizin, sondern das Patientenproblem sei ein Superproblem.

Müssen wir den Patienten nicht auch befragen, wie er sich selbst sieht? *M. Pinner* und *B. F. Miller*¹⁾ haben ein Buch herausgegeben, in dem Ärzte schildern, was sie als Patienten erlebten und wie sie ihre Krankheit erlebten. Der Stuttgarter Internist *Dennig* schreibt im Geleitwort zu diesem Buch: „Mit großer Spannung liest man, wie die kranken Ärzte sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, wie sie mit klarer Einsicht aus ihrem Leben retten, was noch zu retten ist, wie sie manchmal noch eine Befriedigung darin finden, sich selbst interessant zu sein, wie der eine immer wieder seine Krankheit unterschätzt und wie der andere sie vor sich selbst übertreibt, wie sie sich über die behandelnden Kollegen ärgern, ihnen Vorwürfe machen, sie durchschauen oder ihnen dankbar sind. Erstaunlich ist, wie wenig Groll und Hader dem Schicksal gegenüber zum Ausdruck kommt.“ Mir ist bei der Lektüre dieses Buches aufgefallen, wie weit Krankheiten auf die Persönlichkeit des Kranken einwirken können und wie umgekehrt aber auch die Persönlichkeit die Krankheit zu beeinflussen imstande ist.

Fragen wir uns ganz allgemein, wie der Arzt den Patienten sieht, wie er ihn sehen sollte, so können wir sagen: *Der Arzt sieht den Patienten als Typus, als Individuum und als Person.*

*

Betrachten wir zunächst den *Typus*, dem im ärztlichen Denken eine besonders wichtige Rolle zukommt. Der Arzt, der eine Diagnose stellen will, vergleicht die beim Patienten festgestellten subjektiven und objektiven Symptome mit einem „Krankheitsbild“, das aus der „Erfahrung von vielen Generationen von Ärzten“ (*S. Koller*) gewonnen worden ist. Diese Erfahrung beruht auf typischen, häufig beobachteten Symptomenkomplexen, denen in der großen Mehrzahl der Fälle ganz bestimmte, für jede Krankheit charakteristische anatomisch oder physiologisch nachweisbare Veränderungen des Organismus entsprechen. Das

¹⁾ *M. Pinner* und *B. F. Miller*: *When Doctors are Patients*. Verlag W. W. Norton & Co. New York. Deutsche Ausgabe im Gustav Klipper Verlag, Stuttgart, 1953 unter dem Titel: *Was Ärzte als Patienten erlebten*.

typische Krankheitsbild ist nichts Reales, es ist — wie jedes Bild — eine Fiktion, eine Abstraktion. *Hermann Hesse* läßt in „Klingsors letzter Sommer“ den Maler Louis sagen: „Die Natur hat zehntausend Farben, und wir haben uns in den Kopf gesetzt, die Skala auf zwanzig zu reduzieren. Das ist Malerei.“ Auch wir Mediziner haben uns in den Kopf gesetzt, die bunte Farbenskala, die uns das kranke Individuum in seinem Erscheinungsbild bietet, auf 10 bis 20 oder noch weniger Symptome zu reduzieren, weil es für die Einordnung eines Patienten in ein bestimmtes typisches Krankheitsbild und die sich daraus ergebende Behandlung so am zweckmäßigsten ist.

Zum Begriff und Wesen der Typisierung sagt *Siegfried Koller*¹⁾: „Gleichartigkeit, Häufigkeit und Unterscheidbarkeit können wir wohl als Vorbedingungen dafür annehmen, daß sich dem Beobachter die Erkenntnis der Existenz eines besonderen Typs aufdrängt — gleichgültig um welches Gebiet empirischer Erkenntnis es sich handelt. Wir sollten beachten, daß es sich dabei um statistische Kriterien handelt, die unbewußt die Begriffsentstehung lenken.“ Es gibt kaum eine Wissenschaft, die auf die Aufstellung von Typen verzichten könnte. Über Probleme der Typisierung gibt es aus allen Gebieten der Wissenschaft eine umfangreiche Literatur²⁾. In der Medizin bedienen wir uns des

¹⁾ *S. Koller*: Die Aufgaben der Statistik und Dokumentation in der Medizin. Dtsch. med. Wschr. 88 (1963): 1917–1924.

²⁾ Es sei nur auf eine Serie von Aufsätzen hingewiesen, die in „Studium generale“ (Springer-Verlag Bd. 4 [1951], Heft 7 u. Bd. 5 [1952], Heft 4) erschienen sind: *W. Troll*, Biomorphologie und Biosystematik als typologische Wissenschaften. — *A. Remane*, Das Problem des Typus in der morphologischen Biologie. — *E. Kretschmer*, Der Typus als erkenntnistheoretisches Problem. — *K. Strunz*, Zur Methodologie der psychologischen Typenforschung. — *E. Lewy*, Die Lehre von den Sprachtypen. — *H. J. Wolff*, Typen im Recht und in der Rechtswissenschaft. — *J. v. Kempfski*, Zur Logik der Ordnungsbegriffe, besonders in den Sozialwissenschaften. — *W. Knapp*, Möglichkeit und Ziel einer Typologie in der Burgenkunde. — *Th. Schieder*, Der Typus in der Geschichtswissenschaft. — *J. E. Heyde*, Typus. Ein Beitrag zur Typologie. — *F. Brock*, Die Bedeutung des Typusbegriffs für die biologische Eigenweltforschung. — Außerdem: *Werner Wagner*, Die Exekution des Typus. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1952. — *F. Curtius*: Typologie und Individualität. In: Individuum und Krankheit. Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1959. — *A. Wellek*: Typologie der Musikbegabung im deutschen Volke. Grundlegung einer psychologischen Theorie der Musik und Musikgeschichte. München (C. H. Beck) 1959, 307 S. — *Derselbe*: Das Absolute Gehör und seine Typen. Leipzig (J. A. Barth) 368 S. — *Derselbe*: Typ, Typus. Artikel in: Lexikon der Pädagogik Bd. II, Bern 1951 (Francke), S. 788–790. — *Derselbe*: Typologie. Artikel in: Lexikon der Pädagogik Bd. II, Bern 1951 (Francke), S. 790–797. — *Derselbe*: Gehörtypen und Gehörbildung. Musik im Unterricht. (Ausgabe B.) 55, 1964, S. 115–119. Weitere Arbeiten von *A. Wellek* über Typologie siehe in: *A. Wellek*, Wissenschaftliche Veröffentlichungen. Arch. f. d. gesamte Psychologie, 116 (1964), S. 415–423.

Typus oder der Typisierung vorwiegend dazu, um uns das Maßgebende des Krankheitsprozesses als Grundlage für die meist typische Therapie zugänglich zu machen.

Wir müssen uns aber darüber im klaren sein, daß wir mit einer „Typen-Diagnose“, mit der Diagnose eines typischen Krankheitsbildes niemals die Individualität des kranken Menschen erfassen. „Keine Etikettierung umfaßt voll und ganz das Lebendige . . . Kein Schema langt zu, das Kranksein des Individuums zu erfassen“ (*Werner Wagner*).

In jedem Menschen, auch in jedem Kranken, werden Typus *und* Individualität, Typus *und* Person offenbar, je nach dem Aspekt in verschiedener Weise. *Karl Jaspers*¹⁾ hat aber mit Recht vor Täuschungen gewarnt, denen wir ausgesetzt sind, wenn wir „das Ganze“ zu umgreifen suchen: „Der Mensch als Ganzes wird nie Gegenstand der Erkenntnis. Es gibt kein System des Menschseins. In welcher Ganzheit wir auch immer den Menschen zu fassen meinen, er selbst ist uns entschlüpft. Alle Erkenntnis vom Menschen geschieht in partikularen Aspekten, zeigt jedesmal *eine* Wirklichkeit, aber nicht *die* Wirklichkeit des Menschen.“ Typus und Individualität, diese beiden polaren Kategorien des Seins oder des Verhaltens des Patienten sollten dem Arzt immer vor Augen stehen, bei der Diagnostik und bei der Behandlung, in der Sprechstunde und in der Klinik. Der Patient, den wir vor uns haben, ist sowohl „Vertreter“ eines bestimmten Krankheitstypus — er ist ein Diabeteskranker, ein Krebskranker, ein Otosklerosekranker, ein Herz- und Kreislaufkranker — er ist aber auch ein Mensch mit Leib und Seele, ein Individuum, eine Person, nicht nur ein „naturwissenschaftliches Objekt“.

Trotzdem gilt heute noch, *wenn auch nicht ausschließlich*, die Bemerkung des großen Klinikers *Bernhard Naunyn*, die auf dem diesjährigen Internistenkongreß von *Heilmeyer* zitiert wurde: „Medizin wird Naturwissenschaft sein, oder sie wird

¹⁾ *K. Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl. Berlin und Heidelberg 1959. Derselbe: Arzt und Patient. Studium Generale 6 (1953): 435.

überhaupt nicht sein.“ Es müssen jährlich weit mehr Patienten ihr Leben einbüßen durch Unkenntnis oder Außerachtlassung der typischen naturwissenschaftlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als durch Vernachlässigung des seelischen Befundes. Dieser Satz gilt nicht nur für mein Fachgebiet, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, sondern für die große Mehrzahl aller medizinischen Fachdisziplinen. Wir kennen aber auch die andere unentbehrliche Aufgabe der Medizin, die mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht zu lösen und nicht zu fassen ist: die Berücksichtigung seelischer Wirklichkeiten, von der in manchen Fällen die Heilung des Kranken allein oder vorwiegend abhängt.

Schon lange bevor es ein wissenschaftlich begründetes Krankheitsbild gab, bereits im Altertum und im Mittelalter, gab es Ärzte und Ärzteschulen, die Krankheitstypen beschrieben, während andere die Person des Kranken in den Vordergrund stellten. Wenn auch bereits aus dem Altertum einige gute Beschreibungen von Krankheiten bekannt sind, so können wir von einem wissenschaftlich begründeten Krankheitsbild eigentlich erst seit *Virchow* sprechen, der zuerst die Hypothese aufgestellt hat, daß jeder krankhaften Störung im lebenden Organismus eine von der Norm abweichende Veränderung von Zellen entspräche oder — anders ausgedrückt — daß jede Krankheit an einen Ort im Körper gebunden sei, eben an die morphologisch veränderten Zellen oder Organe.

Wir können uns heute kaum vorstellen, welchen ungeheueren Einfluß die Entdeckung *Virchows* in der damaligen Zeit auf die Entwicklung der Medizin ausgeübt hat. Eine bestürzende Fülle von Erkenntnissen und Einsichten über Art und Wesen der Krankheiten ergab sich plötzlich aus der genialen Vorstellung *Virchows*, die zunächst nur als Hypothese vorgetragen wurde, aber sehr bald auf eine geradezu überwältigende Art und Weise durch histologische (feingewebliche) Untersuchungen bei vielen Krankheiten bewiesen werden konnte. Mit einem Male stand *der Patient als Typus eines naturwissenschaftlich exakt faßbaren*

Krankheitsbildes im Mittelpunkt diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Der Patient wurde gewissermaßen zum naturwissenschaftlichen Objekt mit allen seinen Vorteilen und Nachteilen.

Beachten Sie bitte, daß ich nicht nur von Nachteilen spreche, wenn ich den Patienten als naturwissenschaftliches Objekt betrachte. Ich möchte das ausdrücklich ebenso wie mein Schweizer Fachkollege *E. Lüscher*¹⁾ und andere Kliniker betonen „in Anbetracht der Bestrebungen gewisser psychologisch orientierter Ärzte wie z. B. *v. Weizsäcker* und seiner Schüler, die den prinzipiellen Ersatz der gegenwärtigen Medizin durch eine *medizinische Anthropologie* ganz anderer Einstellung verlangen“. Ihre Einwände gegen die „naturwissenschaftliche Schulmedizin“ sind nicht neu. Wir dürfen nicht übersehen, daß schon *Virchow* auf dem Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Erkenntnis mit bewundernswerter Klarheit festgestellt hat, daß die pathologische Anatomie wohl eine Aussage über das Wesen vieler Krankheiten machen kann, nicht aber über die Person des Kranken. Oder um es ganz einfach mit den Worten *Curt Emmrichs*²⁾ zu sagen: Die pathologische Anatomie erfaßt nicht „den gesamten Umfang des Phänomens Krankheit“, sondern „nur seine naturwissenschaftliche Seite . . . Wenn der Arzt . . . eine Lues heilt, heilt er wohl den Schaden, den die Krankheit dem Körper zugefügt hat, nicht aber die Zerstörungen, die sie im Schicksal des Kranken angerichtet hat“. Wir müssen also bei jeder Krankheit auch *die Person des Kranken* berücksichtigen. *Wir behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen.*

Trotzdem gibt es eine Vielzahl von Krankheiten, bei denen die somatische (körperliche) Behandlung allein oder ganz vorwiegend für eine erfolgreiche Heilung verantwortlich zu machen ist: die Infektionskrankheiten und infektiösen Erkrankungen, die bös-

¹⁾ *E. Lüscher*: Psychische Faktoren bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden. *Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde* 175 (1959): 69–216.

²⁾ *P. Bamm* (alias: Curt Emmrich): *Ex ovo. Essays über die Medizin.* Fischer-Bücherei. Frankfurt a. M. u. Hamburg 1961.

artigen Geschwülste, die Mißbildungen, die Unfallverletzungen, die Ernährungsstörungen, die Hautkrankheiten, die meisten Hals-Nasen-Ohren- und Augenkrankheiten, vor allem aber die lebensbedrohenden Erkrankungen aus allen Fachdisziplinen der Medizin. Hier hat die Berücksichtigung der rein körperlichen Befunde — sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie — eine ungleich größere Bedeutung als die Beachtung des seelischen Zustandes des Patienten, der aber deswegen nicht vernachlässigt werden darf.

Es muß zugegeben werden, „daß die naturwissenschaftliche Denkart mit der weitgehenden Technisierung in der Medizin gerade in der Betrachtung der sogenannten großen klinischen Krankheitsbilder eine gewisse *Entseelung* mit sich gebracht hat“ (*Lüscher*). Diese Entseelung oder „Entpersönlichung“ in der Medizin ist übrigens nicht nur auf das Schuldkonto mancher Ärzte zu setzen. Viele Patienten verlangen vom Arzt nicht mehr, als daß sie so, wie sie ihren Kraftwagen in der Reparaturwerkstätte überholen lassen, auch vom Arzt repariert oder überholt werden möchten. Trefflich charakterisiert der Psychiater *Mauz*¹⁾ die Situation des Patienten von heute: „Mit einer verblüffenden Selbstverständlichkeit hat sich der Mensch daran gewöhnt, daß man alles, was das Leben erleichtert, genormt und etikettiert beziehen kann und dazu noch die Garantie für das perfekte Funktionieren bekommt. Da Gesundsein ebenfalls zu den Erleichterungen des Daseins gehört, erwartet man unter den Angeboten des höheren Lebensstandards auch die Mittel und Wege, die eine perfekte Gesundheit garantieren. Auf diese Weise hat die Vorstellung des Menschen vom Gesundsein derart an individueller Abstimmung und Nuancierung verloren, daß man von einer Entpersönlichung und Industrialisierung des Gesundheitsbegriffs sprechen kann. Im Grunde erwartet der Mensch von den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, daß man

¹⁾ F. *Mauz*: Die funktionellen und psychogenen Erkrankungen im Hals-, Nasen- und Ohrengebiet vom Standpunkt des Psychiaters. *Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde* 175 (1959): 405-413.

ihm die Mühe des Gesundseins abnimmt. Der Mensch *braucht den Befund*, der ihn von der Aufgabe einer persönlichen Bewältigung des Gesundseins entbindet. Der Befund allein gibt das moralische Recht, weniger gesund zu sein als man sein könnte, weniger Erfolg zu haben als der andere, unausstehlicher gewesen zu sein als man müßte. So nur ist es zu erklären, daß der Mensch von heute geradezu befundsüchtig geworden ist.“ Der „Befundsüchtige“ ist nur einer von vielen Typen, die beim Patienten zu beobachten sind¹⁾).

Unsere Betrachtungen über das Typische beim Patienten wären aber zu oberflächlich, wenn wir sie nur auf den Befund und das Krankheitsbild oder nur auf die meist typische Therapie beschränken würden. Der Patient tritt uns immer auch als *anatomischer* oder *physiologischer Typus* gegenüber. Der Chirurg, der an einer bestimmten Stelle der Körperoberfläche einen Einschnitt macht, um in der Tiefe ein bestimmtes Organ freizulegen, setzt als selbstverständlich voraus, daß er das gesuchte Organ — den horizontalen Bogengang, die Vena jugularis, den Nervus facialis — an „typischer“ Stelle vorfindet, wenn auch im Einzelfall, aber relativ selten nach Zahl und Ausmaß, anatomische Variationen vorkommen. Der anatomische Typus — an sich ebenso fiktiv wie das Krankheitsbild — macht es dem Chirurgen überhaupt erst möglich, zu operieren.

Wir Ärzte haben uns fast daran gewöhnt, den normalen anatomischen und physiologischen Typus als etwas Gegebenes, als etwas Selbstverständliches hinzunehmen. Und doch ist nichts weniger selbstverständlich, nichts rätselhafter, nichts großartiger, nichts bewunderungswürdiger als die *Entwicklung dieses normalen anatomischen und physiologischen Typus*, mit

¹⁾ Als weitere Typen können erwähnt werden: der „Karzinophobe“, der hinter dem geringsten Symptom eine Krebsgeschwulst fürchtet, nur weil einer seiner Verwandten an Krebs gestorben ist; der Typ des „gehetzten Unternehmers“ (Manager-Typ), der keine Zeit hat, krank zu sein und deswegen meistens viel zu spät zur Behandlung kommt; der „nervöse“ oder „vegetativ-dystone Typ“, der über zahlreiche Beschwerden klagt, die er oft auf einem Zettel genau aufgeschrieben hat, um ja nichts zu vergessen, dem Arzt vorzutragen; der „Typ der gestörten Liebesfähigkeit“ usw.

dem wir alles Krankhafte vergleichen, der aber auch beim Patienten noch in vielen Einzelheiten in Erscheinung tritt.

Daß bei der Entwicklung des Menschen aus einer winzigen befruchteten Eizelle immer wieder ein Mensch der gleichen Art, des gleichen anatomischen und physiologischen Typs mit hochdifferenzierten Organen entsteht, muß uns mit größerer Bewunderung erfüllen als die Tatsache, daß diese Entwicklung im Einzelfall ein wenig verschieden verläuft, so daß kein Individuum dem anderen völlig gleicht. Die „Erhaltung der Art“, d. h. die präzise Wiederholung des anatomischen und physiologischen Typus ist meines Erachtens viel großartiger als das Einmalige der Individualität²⁾).

Nach rein physikalischen oder chemischen Gesetzen ist diese Entwicklung aus der winzigen befruchteten Eizelle zum immergleichen Typus nicht zu verstehen. Wir wissen, daß sich die Zellen durch Teilung vermehren. Der Vorgang der Zellteilung ist morphologisch schon recht gut geklärt, aber über die chemischen Vorgänge bei der Zellteilung haben uns erst die Forschungen der letzten Jahre auf dem Gebiet der Zellchemie, der Vererbungschemie, der Molekulargenetik einige Aufklärungen gebracht. Wie aber die Differenzierung zu bestimmten Organen zustande kommt, wie es möglich ist, daß sich Zellen in einem bestimmten Entwicklungsstadium in einer besonderen „Richtung“ entwickeln, andere wieder in einer ganz anderen „Richtung“, darüber können uns auch die modernen Modellvorstellungen, die der Nachrichtentechnik entnommen sind, die Vorstellungen von Selbstregelungen und Rückkoppelungseffekten, von Informations- und Induktionsanlagen nur in wenigen Teilfunktionen eine Vorstellung geben, nicht aber über das

¹⁾ Ähnliches gilt für die *Psyche* des Menschen, auch des Patienten: „Das Wunder der menschlichen Seele wird uns nicht geringer, sondern tiefer dadurch, daß wir in ihrer unendlichen Vielfältigkeit doch geheime Ordnung am Werke finden, wie uns ein großes Kunstwerk, eine Symphonie etwa, darum nur schöner wird, weil wir verstehen, daß sie kein Chaos von Tönen, sondern ein gesetzlicher Wunderbau ist“ (R. Müller-Freienfels: *Die Seele des Alltags*. Wegweiser-Verlag. Berlin 1925). *Auch im Bereich des Psychischen und des Psychopathologischen werden Typus und Individualität offenbar.*

Endziel, über die „sinnvolle“ Entwicklung des gesamten Organismus.

Die modernen Forschungen der Vererbungsschemie haben zu der Erkenntnis geführt, daß nicht die Erbmerkmale als solche, sondern „Potenzen zu ihrer Ausprägung“ vererbt werden. Schon in dieser Bezeichnung liegt etwas Teleologisches, etwas Transphysisches. Nach *Hedwig Conrad-Martius*¹⁾ sind solche Gestaltungspotenzen „im Organismus vorhandene zielursächliche Dynamismen, die die Ausformung der lebendigen Materie zu Organen und Organteilen zu leisten imstande sind. Sie können das nur in einem zielursächlichen Sinne, indem sie das, was sie zu leisten haben, virtuell vorentworfen in sich tragen oder, eigentlicher gesprochen, indem sie selber die virtuellen, aber höchst wirksamen Vorentwürfe des zu Gestaltenden sind; so bilden sie die physische Keimesmaterie . . . *sich selber nach.*“ Die Einsicht, daß bei der Entwicklung des artgleichen Organismus aus der winzigen befruchteten Eizelle neben den physischen Wirkfaktoren auch transphysische Faktoren eine Rolle spielen, ist eine der bedeutendsten Erkenntnisse der modernen Biologie. Die letzten steuernden Akte im organischen Leben vollziehen sich, wie der Physiker *Pascual Jordan*²⁾ betont, im Bereich der atomphysikalischen, der molekularphysischen Akausalität, „in der Zone derjenigen Naturvorgänge, in denen unvorhersehbare Entscheidungen zu überraschender Wirkung kommen . . . Es gehört zum Wesen des Lebendigen, daß in ihm und von ihm Entscheidungen gefällt werden . . . , die aus dem uhrwerkmäßigen Ablauf der mechanischen Zwanghaftigkeit, der Begrenztheit unseres (rein naturwissenschaftlichen³⁾) Wissens und unseres Antwortens heraustreten.“ Der Heidelberger Humangenetiker *F. Vogel* hat auf Grund genauer Molekulargewichtsanalysen er-

1) *H. Conrad-Martius*: Bios und Psyche. Verlag Claasen u. Goverts. Hamburg 1949.

2) *P. Jordan*: Das Schöpferische in der Natur. In: E. Bender, Deutsches Lesebuch. Verlag G. Braun, Karlsruhe 1960.

3) Dem Sinne nach vom Verfasser eingefügt.

rechnet, daß in dem kompletten Chromosomensatz einer befruchteten menschlichen Keimzelle, der nur 6 Billionstel Gramm wiegt, etwa 13,3 Millionen Erbfaktoren, sogenannte „Struktur-gene“, und über eine Milliarde „regulierende Gene“ enthalten sein müssen. *Zehntausendbillionenfach*¹⁾ muß sich dieses in den Chromosomen enthaltene minimale Quantum von Desoxy-ribo-Nukleinsäuren vermehren und vieltausendmal geringfügig verändern, bis ein neuer ausgewachsener Mensch daraus geworden ist. Dabei werden im Verlaufe der Entwicklung nach *Linus C. Pauling* zwischen 50 000 und 100 000 verschiedene Protein-(Eiweiß-) Arten gebildet. Nicht nur diese ungeheuer große Zahl verschiedener Proteine erregt unser Erstaunen, sondern vor allem der „richtige“ Zeitpunkt, in dem diese einzelnen Proteinarten gebildet werden müssen, damit der sinnvolle Bauplan des Organismus, des „Typus Mensch“ gewährleistet ist. Wir können die Entwicklung zum artgleichen anatomischen und physiologischen Typus nur mit Bewunderung betrachten. „Wenn Ihr nicht mit der Bewunderung anfangt“, sagt *Goethe*, „werdet Ihr nie in das innere Heiligtum eindringen.“ Wahrscheinlich werden wir nie bis zum Innersten des Heiligtums vordringen.

*

Wir hatten bisher schon mehrmals dem *Typus* des Patienten *das kranke Individuum* gegenübergestellt. Individualität, die Grundeigenschaft alles Lebens, ist etwas Einmaliges. Und darum sagt *Richard Koch*: „Nicht erkennbar ist die Individualität, denn dieser Begriff schließt die Erkennbarkeit aus. Erkennbar ist nur, was sich wiederholt. Die Individualität wiederholt sich aber überhaupt nicht.“ Individuen gibt es *in der gesamten belebten Welt, auch bei Pflanzen und Tieren.*

Das nur dem Menschen zukommende Prädikat „Person“ bedeutet mehr als nur „Individualität“. Person zu sein ist, wie

¹⁾ 10 000 × 1 000 000 × 1 000 000

*Friedrich Curtius*¹⁾ sagt, „das Vorrecht des Menschen kraft der ihm eigenen seelisch-geistigen Kräfte, die seine beherrschende Stellung im Kosmos bedingen und ihn dazu befähigen, dem animalischen Getriebensein den Willen der Entscheidung entgegenzusetzen sowie sein Todesschicksal vorausszusehen“. „Erst die den Naturbereich transzendierende Geistesbefähigung macht die Person zum Inbegriff menschlicher Existenz“ (*A. Vetter*)²⁾. *Der Mensch, auch der kranke Mensch, ist sowohl Typus* (der sich wiederholt) *als auch* (einmalige) *Person*. Er ist Objekt und Subjekt zugleich (*J. Zutt*³⁾, *Igor Caruso*⁴⁾ u. a.). Er ist materieller Körper und immaterieller Geist. Nach *Karl Rahner* sind Materie und Geist nur zwei Aspekte des einen geschaffenen Seins. Der Pathologe *Franz Büchner*⁵⁾ betont — ähnlich wie *Jaspers* —, „daß wir zwar unsere Aufmerksamkeit im gleichen Augenblick immer nur auf den seelischen oder den körperlichen Bereich lenken können und daß es uns kraft unserer Bewußtseinsstruktur nicht gegeben ist, simultan beides gleichzeitig in den Blick zu nehmen, daß aber hinter Psyche und Soma eine Einheit steht, für die wir noch keine Begriffe und keinen Namen haben, es sei denn, wir füllen die Vorstellung von der Personalität des Menschen mit dem Wissen um beide Prinzipien“. Auch *A. Wellek*⁶⁾ und viele andere (Psychologen und Philosophen, Theologen) haben sich mit dem Problem der Person und der Leib-Seele-Einheit ausführlich befaßt.

¹⁾ *F. Curtius*: loco citato.

²⁾ *A. Vetter*: *Wirklichkeit des Menschlichen*. Verlag Karl Alber. Freiburg/München 1960.

³⁾ *J. Zutt*: (*Studium gen.* 6, 1953: 443) unterscheidet 1. den Arzt als naturwissenschaftlichen Forscher, der sich für die Krankheit bzw. den Fall interessiert und für den *der Patient ein Objekt* ist, und 2. den Arzt als „Bruder“ bzw. als Mitmensch, der an der Persönlichkeit und dem Schicksal des Kranken verstehend und helfend teilnimmt, und dem *der Patient ein Subjekt* ist. Für den Patienten wäre es schlecht, wenn er nur ein Subjekt oder nur ein Objekt wäre (*Leicher*)!

⁴⁾ *Igor Caruso*: *Bios-Psyche-Person*. Verlag Karl Alber. Freiburg/München 1957.

⁵⁾ *F. Büchner*: *Von der Größe und Gefährdung der modernen Medizin*. Verlag Herder, Freiburg i. Br. 1962.

⁶⁾ *A. Wellek*: *Das Leib-Seele-Problem und die Ganzheit der Person*. In: *Seelenleben und Menschenbild*. Festschr. f. Ph. Lersch. (Hg. A. Däumling.) München (J. A. Barth) 1958, S. 11–25.

Derselbe: *Die Anschauung vom Menschen in der modernen Psychologie*. In: *Das ist der Mensch*. (Eine Sendereihe.) Stuttgart (Kröner) 1959, S. 55–69.

Derselbe: *Das Problem des seelischen Seins*. *Die Strukturtheorie Felix Kruegers: Deutung und Kritik*. *Zschr. f. angew. Psychol. u. Charakterkd.* 61 (1941), S. 129–238.

Es ist die Frage, ob uns diese Definition genügt: die Person ist die Einheit von Psyche und Soma, die „Leib-Seele-Einheit“, die Verbindung von „gegenständlichem Körper“ und „nichtgegenständlichem Bewußtsein“ mit dem ganzen Komplex der Empfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gemütsstimmungen und Willensakte? Können wir über den Personenbegriff nicht noch etwas mehr aussagen, wenn wir bedenken, daß *jede Person ein „Ich“* ist? „Nicht die Funktionen des Empfindens, Vorstellens, Denkens und des Bewußtseins als solche stellen uns vor das tiefste Problem, sondern das Subjekt aller dieser Funktionen, nämlich das Ich, dessen Objekt alle diese Funktionen sind. *Dieses Ich ist nicht mehr objektivierbar*“ (K. Heim)¹⁾. *Dieses Ich ist, wie Heinrich Rickert*²⁾ und Karl Heim betonen, *der sehende Punkt, der selbst nicht sichtbar ist und nicht sichtbar sein kann. Sonst wäre er nicht der sehende Punkt. Das Ich „gleicht dem Zuschauer, der im verdunkelten Zuschauerraum sitzt und vor dem alles Geschehen, auch unser eigenes Empfinden und Denken, wie ein Schauspiel auf einer erhellten Bühne vorbeizieht. Wir können uns darum dieses unser eigenes Ich überhaupt nicht mehr vorstellen. Dieses Ich ist nicht unser Körper, aber auch nicht unser Geistesleben, unsere Gedanken und Empfindungen. Auch diese ziehen nur als Schauspiel auf der erleuchteten Bühne der Gegenstandswelt an uns vorüber. Wir können es uns überhaupt nicht gegenüberstellen, wir können uns unser Ich nicht vorstellen, wir können es immer nur sein“.*

Die *Beziehung zwischen Arzt und Patient* wird uns verständlicher, wenn wir sie im Sinne von *Heim als Ich-Du-Es-Beziehung* zu begreifen suchen: „Wir müssen uns endgültig frei machen von der irrigen Vorstellung, durch die das Verständnis der Wirklichkeit solange aufgehalten worden ist, die Menschheit bestehe aus ‚Personen‘ oder ‚Individuen‘, die als Gegenstände voneinander geschieden nebeneinander im Raum stehen. Diese mythologische Vorstellung steht auch heute noch bei den

¹⁾ K. Heim: Glaube und Denken. Furche-Verlag. Hamburg. 5. Auflage, 1957.

²⁾ H. Rickert: Der Gegenstand der Erkenntnis. Freiburg i. Br. 1892/1928.

meisten Menschen einem tieferen Verständnis der eigenartigen Beziehung im Wege, die sich uns erschließt, wenn wir dem Du begegnet sind . . . Man hat das Du mit Recht durch den paradoxen Satz definiert: Ein Du ist ein Nicht-Ich, das ein Ich ist.“ Nur wenn ich (als Arzt und Mensch) im Patienten ein „anderes Ich“ (ein Subjekt) sehe, kann ich mich, allerdings nur bis zu einem gewissen Grade, in seine Welt, in seine Nöte hineinversetzen. „Wenn ich ein Du als ein Es behandle, bin ich der Begegnung mit ihm aus dem Wege gegangen“ (K. Heim).

Wenn wir vom Patienten als Typus und als Person sprechen, wenn wir im Patienten nicht nur seinen Körper sehen, sondern auch seinen Geist, seine Seele berücksichtigen, so soll damit nicht gesagt sein, daß sich der Typus nur im Körperlichen manifestiert und daß in der Person nur das Seelische zum Ausdruck kommt: Auch im Bereich der Psyche sind bis zu einem gewissen Grade Typisierungen möglich und notwendig — wir brauchen nur ein Lehrbuch der Psychopathologie aufzuschlagen, um dies zu erkennen —, und auch in der Person kommt das Einmalige der *körperlichen* Individualität zum Ausdruck (Identifizierung der Person durch ein „Paß-Bild“), wenn auch zugegeben werden muß, daß bei der Person dem geistig-seelischen Bereich eine weit größere Bedeutung zukommt als dem rein körperlichen Bereich. Die Entwicklung der (geistigen) Person, die — ebenso wie die Entwicklung des anatomischen und physiologischen Typus — nur in Umrissen angedeutet werden kann, reicht bis in das frühe Kindesalter zurück. Sie beginnt mit der Entwicklung der Sprache, mit dem Erleben der Märchenwelt, mit der „Entdeckung des Ichs“ (Eduard Spranger), d. h. mit der Fähigkeit, „sich als Selbst von den anderen zu unterscheiden“ (I. Caruso) und mit der Hinwendung zum „Du“, zum anderen Menschen, der nun als Person gesehen werden kann. Es würde viel zu weit führen, an dieser Stelle auf den Vorgang der „*fortschreitenden Personalisation*“¹⁾

¹⁾ Im Sinne der Entfaltung der (nach H. E. Hengstenberg u. a. bereits im Embryonalstadium existierenden) Person. „Was wir Person nennen, ist in seinem Sein nicht davon abhängig, daß es bereits de facto über seine Kräfte verfügen kann.“ (Hengstenberg, in: Dokumente der Paulus-Gesellschaft, Gespräche um Glauben und Wissen, Band II, München 1962.)

näher einzugehen, die etwas anderes und viel mehr bedeutet als der von C. G. Jung geprägte Begriff der „Individuation“. Wir müssen uns damit begnügen, auf die „abartigen“ und krankhaften Verhältnisse bei der Entwicklung der Person hinzuweisen, auf die Psychopathien und Neurosen des Kindesalters, die in ihren Anfängen oft bis in das Säuglingsalter zurückreichen, auf die schweren Hör- und Sprachstörungen im frühen Kindesalter, die ohne Behandlung zu einer geistigen Verarmung oder Verkümmern der Person führen, ferner auf die Pubertätskrisen, die heutzutage eine so große Rolle spielen. Hier zeigt sich besonders deutlich, daß der Arzt mit den naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin nicht auskommt.

Wenn vom Patienten als Person die Rede ist, dürfen selbstverständlich die Veränderungen und die Umwandlung der Persönlichkeit nicht unerwähnt bleiben, wie sie sowohl bei organischen Hirnkrankheiten als auch bei Geisteskrankheiten beobachtet werden. In manchen Fällen ist ein vollkommener „Verlust der Persönlichkeit“ festzustellen, der das fehlende Krankheitsbewußtsein als Teilmoment in sich schließt (*Jaspers*).

Aber auch wenn solche schwere Gehirnveränderungen oder Geisteskrankheiten auszuschließen sind, auch bei einer völlig normalen Entwicklung der Person, bleiben dem Arzt noch Anlässe genug, sich mit der Person des Kranken zu beschäftigen. Es gibt eigentlich keine Krankheit, bei der die Person oder die Psyche des Kranken nicht in irgendeiner Weise in „Mitleidenschaft“ gezogen würde. Trotzdem pflegen wir von einer „*psychosomatischen Erkrankung*“ nur dann zu sprechen, wenn die Persönlichkeit des Kranken und seine emotionellen Erlebnisse eine wichtige, in der Behandlung nicht zu vernachlässigende Rolle spielen (*Hamilton*)¹⁾.

Ob bei einem Patienten eine örtlich begrenzte Krankheit oder die durch sie gestörte Funktion „ein isolierter Vorgang bleibt . . . oder zu einer Dekompensation der Person führt, hängt in erster

¹⁾ *Hamilton, M.: Psychosomatics. London 1955.*

Linie von der Konstellation ab, in der sich der Patient gerade befindet. Das Vertrautsein mit den menschlichen Situationen und Konstellationen wäre also die wichtigste Voraussetzung für eine wirklichkeitsnahe Diagnose und eine sinnvolle Therapie“ (Mauz). Da wir die Welt des andern nur in der echten Begegnung¹⁾ erfahren können, halten wir gerade *die erste Begegnung zwischen Patient und Arzt in der Sprechstunde für entscheidend* nicht nur zur Beurteilung der praktisch wichtigen Frage, ob und inwieweit wesentliche psychogene Faktoren bei der Krankheit eine Rolle spielen, sondern auch entscheidend für das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, ohne das eine erfolgreiche Behandlung in den meisten Fällen nicht möglich ist. Selbst wenn es sich nur um eine ganz einfache somatische Krankheit handelt, sollten wir immer auch die Person des Kranken berücksichtigen. Der Patient erwartet in solchen Fällen gar nicht — ja er wünscht es meistens gar nicht —, daß wir uns ausführlich mit seiner „Intimsphäre“ beschäftigen, hier genügt *ein kurzes persönliches Wort*, für das der Patient aber sehr dankbar ist. Der Patient ist erfreut, wenn er nicht nur als ein „Fall von Stimmbandpolyp“, als ein „Fall von Nasenbeinbruch“ oder als ein „Fall von Kieferhöhleneiterung“ behandelt wird!

Es ist allgemein bekannt, daß *schwere psychische Belastungen der Person* (Konflikte in der Familie, Ärger im Beruf, Streitigkeiten mit Nachbarn) imstande sind, rein körperliche Krankheiten ungünstig zu beeinflussen, ihre Symptome zu verstärken, die Heilungstendenz herabzusetzen, ja sogar Krankheiten auszulösen. Für den Arzt ist es nicht immer leicht zu entscheiden, ob der Patient mehr unter seiner körperlichen Krankheit oder unter seiner seelischen Belastung „leidet“. Sehr anschaulich schildert *Curt Emmrich (Peter Bamm)* einen solchen Fall: „Da sitzt er, der *patiens*, der Leidende, dieses erstaunliche und bewundernswerte Wesen, das wie Prometheus an den Felsen sei-

¹⁾ „Wir begegnen einander, indem ich weiß, daß derselbe Akt für dich ein Sprechen ist, der für mich ein Hören ist, und umgekehrt“ (K. Heim).

ner Konstitution geschmiedet ist, das wie Herakles täglich der Hydra des Milieus ihre Köpfe abschlagen muß, ohne sie jemals töten zu können, das wie Atlas das Himmelsgewölbe seines Schicksals auf den gebeugten Schultern trägt, dieses Kind der Schöpfung, das, wenn es die asphodelischen Blüten auf der Wiese des Lebens pflücken will, mit Maschinengewehren beschossen wird. Da sitzt er, dieser Leidende des Lebens, und während er den Frieden seiner Seele sucht, hat er Rheuma im Knie. Aber das, wessen er bedarf, ist eben nicht nur das Medikament. Er bedarf des Trostes“ (auch wenn nicht jedes rheumatische Leiden ein rheumatisches Schicksal ist). Es fehlt dem Medikament, das wir dem Kranken verschreiben, oft noch ein ganz kleines „Geheimnis, das nur aus dem Stein der Weisen zu gewinnen ist. Es fehlt ihm noch ein halbes Milligramm Substantiae humanitatis“ (C. Emmrich) oder ein Milligramm caritatis. Dann erst wird das Medikament richtig wirksam. Denn der Patient ist nicht nur ein Typus, er ist auch eine Person.

Die *Beteiligung der Person am Krankheitsgeschehen* kann unter Umständen von differentialdiagnostischer Bedeutung sein. Verhältnismäßig häufig kommen Patienten zu uns, die über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl oder Fehlempfindungen in Nase, Mundhöhle oder Rachen klagen. Diese Beschwerden können rein „psychogen“ oder „funktionell“ sein, sie können aber auch Symptom einer Nasennebenhöhleneiterung oder eines vom Ohr oder von der Nase ausgehenden Hirnabszesses oder einer bösartigen Geschwulst sein. „Im Gegensatz zum funktionell Kranken, dessen Person bereits durch die geringfügigste Körperstörung unverhältnismäßig schwer angeschlagen ist, neigt . . . ein Kranker mit einem beginnenden Hirntumor zu einer mangelnden Ernstwertung seiner Symptome und einer erstaunlichen Bagatellisierung seiner Beschwerden, die man richtig herausfragen muß, weil sie ihn nicht erfüllen, sondern außerhalb seiner Person für sich allein stehen. Ein Kopfschmerz oder Schwindel, an dem die Person völlig unbeteiligt ist, kann nicht psychogen sein. Die Psychogenie beginnt ja nicht am Symptom, sondern in

der Person. Es ist erstaunlich, wie oft ein Symptom als nervös gewertet wird, obwohl der Träger dieses Symptoms bereits mimisch und sprachmotorisch deutlich verarmt ist und ein Minimum an Spontaneität zeigt“ (*Mauz*).

Jedem Arzt ist bekannt, daß die gleiche Krankheit bei verschiedenen Menschen infolge der unterschiedlichen Reaktionsweise der erkrankten Person recht verschieden verlaufen kann. Der Konstitutionsforscher *Julius Bauer*¹⁾ weist sehr eindrucksvoll darauf hin, daß die unendliche Vielfalt im Erscheinungsbild der einzelnen Krankheit nur zu verstehen ist, wenn der kranke Mensch in seiner individuellen Reaktion — der körperlichen und seelischen — berücksichtigt wird. „Das Individuelle der Persönlichkeit muß hinter der Krankheit gesehen werden.“ Wir können auch sagen: *In der Person des Kranken variiert der Typus der Krankheit.*

In den letzten Jahren stand die Person des Kranken wiederholt im Mittelpunkt lebhafter Diskussionen zwischen Juristen und Ärzten bei der Erörterung der *ärztlichen Aufklärungspflicht*, die auch von den Ärzten grundsätzlich anerkannt wird. Der Patient hat nicht nur einen gesetzlichen, sondern auch einen moralischen Anspruch darauf, über die Art seiner Krankheit und die vorgeschlagene Behandlung und ihre Gefahren aufgeklärt zu werden. In der Praxis ergeben sich hier aber oft große Schwierigkeiten für den Arzt²⁾: Soll er dem Patienten sagen, daß er an einem vorgeschrittenen, unheilbaren Krebs leide, soll er ihm sagen, daß keine Aussicht auf Heilung mehr bestehe, daß der Tod in kurzer Zeit zu erwarten sei, wenn der Patient wissen will, wie es um ihn steht? Der Jurist sagt: *Der Wille* des Patienten ist entscheidend. *Voluntas aegroti suprema lex*. Der Arzt vertritt dagegen den alten hippokratischen Standpunkt, *das Wohl* des Kranken sei oberstes Gesetz: *Salus aegroti suprema lex*. Der

¹⁾ *J. Bauer*: *The Person behind the Disease*. Grune & Stratton, New York. Deutsche Ausgabe unter dem Titel: *Der kranke Mensch als biologische Einheit*. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 1958.

²⁾ *H. Leicher*: *Über die Aufklärungspflicht bei bösartigen Geschwülsten des Kehlkopfs und Hypopharynx*. *Zeitschr. für Laryngologie* 40 (1961): 725.

Arzt weiß aus Erfahrung, daß die Aufklärung des Kranken in solchen Fällen nicht nur eine schwere seelische Depression, sondern auch eine Verkürzung der Lebensdauer, in manchen Fällen sogar den sofortigen Tod des Patienten zur Folge haben kann (*Jores*).

Für welchen Standpunkt soll sich der Arzt am Krankenbett entscheiden? Für die „grausame“ Aufklärung oder für ein „humanes“ Verschweigen oder für die Leugnung der wahren Situation? Der große Chirurg und Menschenkenner *Erwin Payr* gab uns Ärzten einen klugen Rat, der das *Recht der Person auf Aufklärung* gewährleistet, ohne daß dabei dem Patienten ein körperlicher oder seelischer Schaden zugefügt wird: Er sagt: „Ein guter Arzt und Mensch zugleich wird seinem Kranken und dessen Angehörigen gegenüber die Wahrheit in richtige Form zu kleiden wissen . . . Man läßt die notwendige Dosis Wahrheit mit dem Tropfglas bald da, bald dort einfließen, und auch der Kranke bekommt, soviel er nötig hat, davon. Der Kranke kommt zu seinem Recht, aber es ist Vorrecht seines Arztes, darüber von Fall zu Fall, von Mensch zu Mensch, zu entscheiden.“ Das langsame Durchsickern der Wahrheit verursacht dem Kranken keine Depression, keine Gesundheitsschädigung. Meist kommt uns die Natur zu Hilfe, indem der Kranke um so ruhiger wird, je mehr es dem Ende zugeht. Die Aufklärung über eine unheilbare Krankheit muß richtig dosiert werden gemäß dem Paracelsus-Wort: „Alle Dinge sind Gift; allein die Dosis macht, daß ein Ding kein Gift ist.“ Nie sollte aber ein Arzt, der doch letztlich zum Lindern der Leiden berufen ist, dem Patienten die letzte Hoffnung nehmen. Wie oft haben sich Ärzte schon in der Prognose geirrt! Hoffnung ist eine spezifisch menschliche Kategorie, die dem Leben erst ihren rechten Sinn verleiht¹⁾.

¹⁾ Nach christlicher Auffassung aber auch dem Sterben: „In te, Domine, speravi, non confundar in aeternum“, von *Anton Bruckner* in herrlicher Weise vertont. („*Bruckner* ist einer jener in der gesamten europäischen Geschichte nur ganz selten erschienenen Genies gewesen, deren auferlegtes Schicksal es war, das Übernatürliche wirklich zu machen, das Göttliche in unsere menschliche Welt hineinzureißen, hineinzuzwingen“ (*Wilhelm Furtwängler*)).

Man hat die „*urbildliche Herkunft des Personbegriffs*“ (A. Vetter) mit dem feierlichen Schauspiel im griechischen Altertum in Verbindung gebracht. Im antiken Drama war das individuelle Antlitz des Sprechers und sein Mienenspiel durch eine Maske verhüllt. Nach einer (allerdings umstrittenen) sprachlichen Ableitung wird die *Person* des kultischen Schauspielers, ursprünglich aufs engste mit der Gestalt des sterbenden und auferstehenden Naturgottes Dionysos verknüpft, durch das *Hindurchtönen*¹⁾ der inneren Stimme durch die äußere Maske zum Sinnbild dafür, daß die göttliche Botschaft im gesprochenen Wort erfaßt werden kann (A. Vetter)²⁾. Sollten wir Ärzte nicht ebenso bei unseren Patienten, auch wenn sie keine Maske tragen, auf das *hinhören*, was diese Menschen in ihrem Inneren bewegt, auch wenn es kein göttlicher Auftrag ist, den wir vernehmen, sondern nur ein sehr menschliches Anliegen, eine brennende Sorge, eine innere Not? Wir könnten damit manche Krankheit besser aufklären, besser verstehen und besser behandeln³⁾. Und noch eines wollen wir zum Schluß bedenken: *Wenn wir im Patienten die Person achten, achten wir damit zugleich seine Menschenwürde*. Deshalb möchte ich — auf zahllose unwürdige Ereignisse vergangener Jahre mit Beschämung zurückblickend, aber doch voll Hoffnung in die Zukunft schauend — besonders meinen jungen Kommilitonen von der Medizinischen Fakultät ein Schillerwort mahnend zurufen, ein Wort, das eigentlich den Künstlern zugeeignet ist, das aber für die Jünger der ärztlichen Kunst in gleicher Weise verpflichtend ist:

Der Menschheit Würde ist in Eure Hand gegeben,
bewahret sie!

Sie sinkt mit Euch! Mit Euch wird sie sich heben!

¹⁾ personare = hindurchtönen.

²⁾ A. Vetter: *Wirklichkeit des Menschlichen*. Verlag Karl Alber. Freiburg/München 1960. Dasselbst findet sich ein Zitat aus einem Brief Yorck von Wartenbergs an Dilthey: „An sich ist Personalität ein religiöses Postulat“.

³⁾ Es ist Aufgabe der Therapie, „das Leid zur Sprache zu bringen“ (Georg Volk).