

KARL HUNSTORFER
Universität Wien, Austria
ORCID ID: 0009-0005-0328-9123

„ZUHÖREN-KÖNNEN“ IN DER PATIENTENVERSORGUNG. EIN INTERDISZIPLINÄRER BEITRAG VON MEDIZIN UND THEOLOGIE

Respektvoll mit PatientInnen in der Behandlung und Betreuung umzugehen scheint selbstverständlich zu sein. Wie gelingt eine solche Begegnung, dass zu behandelnde Personen sich in ihrer Erkrankung verstanden fühlen? Eine weltweit durchgeführte Studie des Hasting Center (Washington DC) Mitte der 1990-iger Jahre zur Frage nach der Medizin im 3. Jahrtausend, hat unter anderem erhoben, dass die Menschen von den Ärzten und Ärztinnen ‚Respekt‘ erwarten (Callahan et al. 1996, Supplement). Was bedeutet dieser Wunsch seitens der PatientInnen und wodurch könnte die Arzt-PatientInnen-Beziehung diesem Anliegen gerechter werden? Ein ähnliches Anliegen wird auch in der Krankenhausseelsorge bestehen ihren Beitrag zu einer gelingenden Krankheitsbewältigung zu leisten. Eingehen und Mitgehen mit den kranken Menschen mit dem Ziel eines gelingenden Miteinanders sind ein wichtiges Augenmerk in einer vulnerablen Situation.

Dieser Artikel möchte den Versuch unternehmen eine Antwort auf diese Fragestellung zu geben. Respektvoller Umgang in der Betreuung von kranken Menschen liegt sowohl in der Wertschätzung des Gegenübers wie auch der Achtung der ethischen Prinzipien von Autonomie, Gerechtigkeit, Wohlwollen und Nicht-Schaden. Ein wesentlicher Aspekt, diesen Anforderungen gerecht zu werden, besteht nicht nur in der „Zeit“, die in der Begegnung zur Verfügung



Copyright (c) 2025 Karl Hunstorfer. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NoDerivs 4.0 Poland (CC BY-ND 4.0 PL) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en>), which permits copying and redistribution of the material in any medium or format for any purpose, even commercially, provided the original author and source are properly cited. If you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material.

steht – im Regelfall des klinischen Alltags ist die Zeit z.B. durch die prozessualen Abläufe oft sehr begrenzt –, sondern auch durch die Haltung des ‚Zuhören-Könnens‘. Was ist damit gemeint und was bedeutet ‚Zuhören- Können‘?

KOMMUNIKATION ALS SCHLÜSSEL FÜR EIN GELINGENDES MITEINANDER

Niemand wird daran zweifeln, dass Medizin wie Seelsorge ohne Gespräch und Hinwendung zu einem Hilfe suchenden Menschen auskommen kann. Kommunikation ist ein zentraler Aspekt in der Tätigkeit der Medizin und Seelsorge. Beide verbindet aus unterschiedlicher Perspektive „Heil und Heilung“. Auch wenn die Tätigkeiten unterschiedlich sind, so ist ein gemeinsamer Nenner ein gelingendes Miteinander von Betreuer und erkrankten Menschen.

Seitens der Krankenhausseelsorge ist, so unsere Ansicht, auch eine Kenntnis der Entscheidungsfindung im ärztlichen Kontext notwendig, soll eine entsprechend gläubig-spirituelle Begleitung gelingen. Patienten und Patientinnen verfolgen natürlich das Ziel, wieder zu gesunden und wohlbehalten ihr Leben zu gestalten. Schwieriger wird es, wenn die Situation der Erkrankung ernsthaft und der Verlauf wie der Ausgang ungewiss ist. In solchen Situationen steigt auch das Bedürfnis nach Gesprächen, Auseinandersetzungen und Erarbeitung von Perspektiven. Gerade aus diesen Gründen ist eine gelingende Kommunikation unerlässlich, soll eine Lebensqualität im Sinne der Zufriedenheit erreicht werden. Ärztliche Praxis sollte durchaus den Beitrag einer geistig-spirituellen Betreuung im Sinne einer Unterstützung der seelisch-individuellen Verfassung der PatientInnen kennen. Die positive Mitwirkung seitens der Kranken in therapeutischen Behandlungen ist bekannt und trägt dadurch auch einen wesentlichen Teil zu einem gelingenden Verlauf bei (Frick and Roser 2011; Körtner, Müller, Kletecka-Pulker, and Inthorn 2009).

Die Kommunikation spielt hierbei in einer PatientInnen orientierten Medizin, wie die heutige moderne Medizin sich selbst auch versteht, eine wichtige Rolle. Aufklärungspflicht und Selbstbestimmungsrecht sind als ethisch und rechtlich bekannte Vorschriften leitend. Niemand kann über einen Menschen entscheiden, was in einer konkreten Situation zu tun ist. Ausnahme bildet die Notfallsituation, in der „Leben zu retten“ ist.

Damit sind wir bereits mitten in unserer Thematik, die, so bin ich überzeugt, von beiden Seiten, nämlich aus ärztlicher Sicht und Patienten-Sicht angegangen werden muss. Eine Kommunikation gelingt aber nur, wenn man zuhören kann. Erst das Zuhören ermöglicht einen Dialog auf Augenhöhe, wie es u.a. auch G. Maio (Prof. für Medizinethik in Freiburg i.Br.) in seinem Buch „Auf den Menschen hören“ (eine Beitragssammlung) anführt (Maio 2017, 7).

Wir fokussieren hier auf die Arzt-PatientInnen-Begegnung, die unserer Ansicht nach vergleichbar ist, wenn auch mit thematischen Unterschieden, mit einem pastoral-seelsorglichen Gespräch, da es im Kern in beiden Bereichen um das Verstehen der Situation des erkrankten Menschen und seiner Grundhaltung der ‚Hoffnung‘ geht. Welche Aspekte sind nun zu berücksichtigen, die zu einem gelingenden Miteinander gehören? Im Besonderen wollen wir auf die PatientInnen blicken. Ein gelingendes Miteinander kann nur dann als solches bezeichnet werden, wenn von der professionellen Seite eine Bereitschaft zur Offenheit den anderen gegenüber gegeben ist.

DIE BEDEUTUNG DER NARRATION IN DER PATIENTINNENBETREUUNG

Eine hilfreiche Unterstützung zu unserer Thematik kann die sogenannte ‚Narrative Medizin‘ leisten. Sie beschäftigt sich mit dem erzählenden Charakter der PatientInnen, wenn sie über ihre Erkrankung oder Beschwerden sprechen.

Die Sprache der PatientInnen und deren erzählender Stil bergen unterschiedliche Inhalte, die zwischen den Zeilen gelesen, auf das Befinden und das Sich-selbst-Verstehen des/der Einzelnen hinweisen. Die Spannung zwischen Wissen und Nicht-Wissen, das auch als Noch-Nicht-Wissen verstanden werden kann, prägt diese Rede. Durch sie werden Inhalte zum Ausdruck gebracht, die die Vielschichtigkeit und Komplexität der Welt und des Lebens als Gesagtes und Ungesagtes auszeichnet. Die narrative Medizin weist auf die Bedeutsamkeit der Versprachlichung dieser inhaltlichen Komplexität von Krankheit und Kranksein hin, die den Kategorien der medizinisch-ärztlichen Krankheitskonzeptionen vorgelagert ist und auf Augenhöhe mit der Erfahrungswelt der Ärzteschaft steht (Fürholzer 2020, 273).¹ Wie K. Fürholzer aufgezeigt hat, werden durch die narrative Medizin Inhalte von zugrundeliegenden bewussten wie unbewussten Bedingungsmöglichkeiten als Vorraussetzungen für verstehendes Umgehen mit der konkreten Situation sichtbar gemacht. Das geschieht dadurch, indem der epistemische Aspekt des Narrativen auf das kognitive, symbolische und affektive Verständnis der Bedeutung und Relevanz von Geschichten, welche das lokale und partikulare Erfassen einer Situation begünstigen, hinweist. Logisch-wissenschaftliches Wissen versucht, universale Wahrheit durch Transzendierung des Partikularen aufzuzeigen. Hingegen sucht erzählendes Wissen universale Wahrheit durch Erhellung des Partikularen zu eruieren (Fürholzer 2020, 273). Die hermeneutische Entschlüsselung des in der Erzählung mitgeteilten Wissens und

¹ Mit Hinweis auf: G. Lucius-Hoehne. 2008 „Krankheitserzählungen und die narrative Medizin,“ In: *Rehabilitation* 47:90–97.

Nicht-Wissens wie Verstehens und Nicht-Verstehens, die Ausdruck der Komplexität eines Sachverhaltes ist, verweist auf grundlegende anthropologische Aspekte, die die Bedingtheiten des Daseins begründen und im Partikularen ihren Ausdruck finden. Aus diesem Grund werden alternative Verstehenskonzepte freigesetzt, wo wissenschaftliches Wissen an ihre Grenzen kommt.

Ein besonderes Augenmerk z.B. auf Seiten der PatientInnen liegt in der Bedeutung dessen, was durch eine Therapie erreicht werden kann, also im prognostischen Aspekt. Damit zeigt sich aber, dass sprachlich-grammatikalisch gesehen hier nicht ein Indikativ steht, sondern ein Konjunktiv. Erst während des Verlaufes einer Behandlung wird sich zeigen, ob diese wirkt und damit hilfreich ist. Am Anfang steht immer das ‚es könnte angezeigt sein‘. Damit ist eine Grundhaltung des Hoffens und des Vertrauens grundsätzlich mit-vorhanden.

Aus diesem Grund würde sich ein Überdenken des Umganges sowohl mit der prognostischen Ungewissheit, die sowohl im narrativen Erzählen von PatientInnen, wie auch in der Einschätzung von Therapieoptionen seitens der Ärzteschaft mitschwingt, nahelegen. Damit würde aber auch der Bedeutungsvielfalt von Behandlungsmöglichkeiten und Ratschlägen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und nicht in der Sprachlosigkeit des Unausdrückbaren verbleiben. Zu denken ist auch an die Vulnerabilität eines Patienten in seiner Situation, die das Nichtausgesprochene und in der Sprache Verborgene, das nicht ins Wort gebracht wird, die Situation zusätzlich belasten kann. Insofern kann die Entschlüsselung des Narrativen für den klinischen Entscheidungsprozess wie auch in einem seelsorglichen Gespräch eine Schutzfunktion ausüben, in dem Belastungen psychosozialer Natur entlastet werden.

Auf diesem Hintergrund des narrativen Aspektes im klinischen Alltag wird in einer erweiterten Weise deutlich, wie empirisches Wissen in der Medizin eingebettet ist in eine sinnorientierte Perspektivierung gestaltender Praxis. Im klinischen Alltag geht es nicht nur um das fachlich-medizinische Können, sondern ebenso um die kommunikative Struktur im Arzt-Patienten-Verhältnis. Sinnfindung als gestaltende Kraft fordert eine Perspektivierung ein, die in einem kommunikativen Kontext eingebettet ist, die sich nicht nur an den kontingenten Realbedingungen des Lebens abarbeitet. Die hermeneutische Aufschlüsselung persönlich individueller Erfahrung und gelebter Praxis im Hinblick auf grundlegende Aspekte des Person- und Menschseins können in dieser Weise eine zuarbeitende Hilfe in der Bewältigung von konkreten Krankheitssituationen darstellen. Damit wollen wir in einem weiteren Schritt auf einen Aspekt aufmerksam machen, der im Diskurs des Zuhören-Könnens eine relevante Rolle spielt: PatientInnen beeinflussende Faktoren.

FAKTOREN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG VON PATIENTEN UND PATIENTINNEN

Hier wollen wir nur skizzenhaft jene Faktoren ansprechen, die einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess von PatientInnen nehmen. Kurz genannt, handelt es sich um interpersonelle Faktoren, strukturelle Zwänge, emotionale Einflüsse und um Werte und Präferenzen (Hamilton et al. 2017, 40:52–68). Diese kurze Aufzählung von Einflüssen, die auf den Entscheidungsprozess im Behandlungskontext Einfluss nehmen, ist bereits seit langem Gegenstand der Diskussion.² Vor allem die klinische Ethikberatung und klinische Ethikkonsile widmen sich der Thematik der Einbindung des Patienten in Entscheidungsprozesse in schwierigen klinischen Situationen, die eine Auseinandersetzung mit dem Therapieziel erfordern (Jonsen, Siegler, and Winslade 2006). Für jeden Patienten geht es um die Bewältigung der Erkrankung und den Wunsch, diese unter Kontrolle zu haben. Hier brechen oft Dimensionen menschlichen Lebens auf, die im alltäglichen Leben nicht ausdrücklich wahrgenommen werden. Das Ringen um das Leben und das Bemühen darum, es in einer annehmbaren Lebensqualität noch gestalten zu können, wenn auch mit Einschränkungen, bedingt nicht nur durch die Grundkrankheit, sondern eben sosehr durch Wirkung und Nebenwirkungen einer Therapie, sind grundlegende Aspekte, die in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden müssen.

Die mitschwingende Sinnfrage wird zur Grundfrage für die Bewertung einer qualitativen Entscheidungsfindung. Zufriedenheit auf ärztlicher wie PatientInnen-Seite wird sich durch die Integrationsleistung der unterschiedlichen Aspekte auszeichnen, die eine Auseinandersetzung mit dem erreichbaren Ziel oder den Zielen bereits im Vorfeld voraussetzt. Diese kurzen Ausführungen zeichnen nun klarer jene Voraussetzungen für Arzt- und Patientenzufriedenheit im Entscheidungsfindungsprozess und im Behandlungsverlauf.

Hier wollen wir kurz festhalten, dass in der Entscheidungsfindung zu einer therapeutischen Maßnahme aufgrund des empirisch geprägten Selbstverständnisses der Medizin, die Werturteile, die in der ärztlichen Entscheidung mit eingeschlossen sind, auf reine Empirie ausgerichtet sind und nicht jene Güter in den Blick kommen, die wir als Personengüter bezeichnen. Die Werturteile bleiben im Grunde auf Sachgüter ausgerichtet mit der vermeintlichen Annahme, man würde damit Personengüter miteinholen. Anders mit G. Marckmann (Medizinethiker in München) ausgedrückt, man verschmelze in einem Therapieversuch (Indikation) Werturteile mit medizinisch-fachlichen Urteilen über die Situation eines Patienten und die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen auf unbedachte Weise

² Vgl. stellvertretend für die zahlreiche Literatur die wissenschaftliche Zeitschrift „Der Onkologe“ mit den Themenheften: Ethik in der Onkologie, 2003 oder 2009.

(Marckmann 2015, 115). Diese Tatsache provoziert aber gerade die gestellte Frage nach den Sinngehalten im ärztlichen Entscheiden und Handeln. Da die klinische Medizin in ihrer Aufgabenstellung Ausgang nimmt von der Arzt-Patienten-Begegnung, so gehört konsequenter Weise neben den wissenschaftstheoretischen Grundlagen zur Pathogenese und Behandlungsstrategien die kommunikative Dimension, die in einer konkreten Begegnungskultur ihren Ausdruck findet. Der Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten entspricht in dieser Sichtweise die ‚Fürsorge‘ des Arztes/der Ärztin, die sich eben und gerade in einem kommunikativen Begleitungsgeschehen ausdrückt.

ZUHÖRENDE KOMMUNIKATION ALS GRUNDBEDINGUNG FÜR EIN GELINGENDES ENTSCHEIDEN UND HANDELN

Wie eingangs bereits angemerkt basiert eine gelingende Kommunikation auf einer Haltung des Zuhören-Könnens. Zuhören kann vieles und unterschiedliches heißen: Zuhören im Sinne des Anhörens, Mithörens, Hinhörens, Aufsnappens, Wahrnehmen des Lärms der Umgebung, Hineinhörens in sich selbst, beim Reden oder Sprechen sich selbst hören (‚hör dir einmal selber zu, wie du sprichst‘).

Welche Bedeutung hat das Hören? Hören und Sehen gehören zu jenen Sinnesorganen, die es ermöglichen, uns im Raum zu bewegen. Was wäre, wenn wir uns zwischen Sehen und Hören entscheiden müssten? Wie gerade im Alter Menschen schlechter sehen oder hören. In durchgeführten Studien haben sich die meisten für den Verlust des Hörens entschieden. Mit dem Sehen hätte man sich besser unter Kontrolle, man könnte schneller auf eine Gefahr reagieren, man kann vieles machen, was man bei Blindheit nicht machen kann. So denken viele. Wir sind auf das Sehen fixiert. Die Wissenschaften, insbesondere die experimentellen Wissenschaften sind auf diese Form des Beobachtens ausgelegt. Die Wahrnehmung, wie durch das Sinnesorgan Ohr, fließt nicht ein. Der Blick ist fokussiert auf das Gegenständliche, das Materielle. Das, was nicht gegenständlich sichtbar gemacht werden kann, gehört nicht dazu. Denken wir an das Mikroskop, an Laborwerte, radiologisch-diagnostische wie –interventionelle Verfahren, usw. Das ist eine Seite unseres rationalen Denkens und Reflektierens.

Ein anderer Zugang zu unserer Lebenswirklichkeit ist das Hören. Das Hören ist ein Hineinhören in diese Wirklichkeit, die wir hörend aufnehmen. Auf die Wichtigkeit dieser Dimension der Wirklichkeit verweist insbesondere ein Beitrag von David Espinet im Buch von G. Maio, Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin, mit dem Titel: Was heißt ‚Zuhören‘? (Espinete 2017, 342–61)³. D. Espinete geht von der Metaphorologie Hans Blumen-

³ Zitiert nach H. Blumenberg, 1998, 13.

bergs aus. Metaphern sind nach Blumenberg konstitutiver Bestandteil der rationalen Begriffsbildung. Metaphern erlauben an „die Substruktur des Denkens heranzukommen, an den Untergrund, die Nährlösung der systematischen Kristallisationen“ (Espinete 2017, 343). An diesen Gedanken kann man nun Aristoteles Art und Weise, wie er die Hörmetapher in seinen Überlegungen zur Ethik (Nikomachischen Ethik) aufnimmt, anlehnen. Es handelt sich hier um eine Metaethik des Zuhörens. Das 1. Buch der Nikomachischen Ethik dürfe man daher nicht einfachhin überlesen. Aristoteles dient offenkundig eine Versinnbildlichung durch eine spezifische Form des Hörens, eine zentrale Unterscheidung einzuführen. „*Hörenkönnen* im übertragenen Sinne ist der Grundzug der sogenannten *ethischen* Tugenden, die er von den *dianoethischen* oder verstandesmäßigen Tugenden unterscheidet.“ (Espinete 2017, 343–45) Die Verstandestugenden als intellektuelle Fähigkeiten setzten die selbständige Überlegung voraus. Die ethischen Tugenden sind jene Verhaltensweisen, welche auf die Regulierung der Triebe und Affekte gerichtet sind: Selbstbeherrschung, Besonnenheit, Tapferkeit, Großzügigkeit, Freigiebigkeit und die Gerechtigkeit. Hier hört stets etwas (in mir) auf etwas anderes (in mir). Wie z.B. „Gebe nicht allen Gelüsten nach, sondern beherrsche dich soweit als nötig!; „Handle nicht im Affekt, sondern besonnen!“ oder „Behalte nicht allein den Nutzenkalkül im Auge, sondern ebenfalls die Interessen der Anderen!“.

Eine weitere vertiefte Auseinandersetzung kann aufgrund des Gesamtrahmens nicht erfolgen. Jedoch versuchen wir auf Wesentliches kurz einzugehen. Ehe Aristoteles auf die einzelnen Tugenden eingeht, beschreibt er die allgemeine, gewissermaßen metaethische Struktur eines solchen Selbstbezugs rationaler Akteure als eine Art innerseelischer Logik des Hin- und Zuhörens. Es stellt sich heraus, dass die Tugenden in einem doppelten Sinn auf Vernunft basieren. Einmal, dass man auf die eigene Vernunft, etwas das aus der Seele kommt, innerlich hört (bestimmend) und andererseits wie auf einen Vater hören (so Aristoteles), das von außen kommt. Es ist etwas sozusagen da, dem man Gehör schenkt und dadurch überzeugt wird. Darin steckt eine gewisse Offenheit auf etwas hin, sich etwas sagen zu lassen, was Heidegger in einer frühen Vorlesung mit Bezug auf Aristoteles einmal treffend formuliert hat: „Der Mensch ist ein Seiendes, das zu anderen etwas sagt und, in eins damit, sich von anderen etwas sagen lässt – diese ganz primäre Bedeutung von Sprechen im Sinne des Sich-etwas-sagen-Lassens-von-anderen. Sofern der Mensch der Sprechende ist, kann er sich selbst etwas sagen, er hat als Sprechender die Möglichkeit des Sich-von-sich-selbst-etwas-sagen-Lassens.“ (Heidegger 2002, 111)

In dieser komprimierten Darstellung kann bereits verständlich werden, von welcher Bedeutung das konkrete Phänomen einer leiblichen und sozialen Praxis des Hin- und Zuhörens auf andere im Gespräch ist. Das sprachliche Sein in Gemeinschaft, insbesondere die vertrauensvolle Zuwendung zu anderen, besitzt

auch dann Sinn, wenn nicht immer auf Anhieb einsichtig ist, was diese vorbringen. Es scheint also, dass der Untergrund ethischer Tugend eine Fähigkeit ist, etwas, das außerhalb des eigenen intentionalen Horizonts liegt, gleichwohl zur Geltung kommen zu lassen. Also eine gewisse vorrationale Fähigkeit meint, fremdartigen Ansprüchen entsprechen zu können (Espinete 2017, 345–46). Damit zeigt sich eine grundsätzliche Offenheit im Hören-können selbst, ob nun etwas als sinnvoll oder nicht sinnvoll zunächst aufgefasst wird. Erst mit Hilfe der Vernunft/Ratio wird Sinn formuliert. Und wie mir scheint, kann Sinn einmal durch die Selbst- und Eigenbeantwortung, andererseits durch Hinweise Anderer, durch „Hören auf“ (Ratschlag, Mahnung, usw.) formuliert werden. Immer in dem Sinne, dass das Ziel eines gelingenden Lebens vor Augen steht.

Im ärztlichen Kontext würde das bedeuten, dass das, was getan werden sollte, sich immer zusammensetzt aus Fachwissen und einem Wissen zu Personengütern (biologischer und personal-individueller Integrität). In der konkreten Situation erschließt sich das Sinnvolle, das diesen Ansprüchen gerecht wird, erst durch Kommunikation. Grundlegend dafür ist immer auch die Zielformulierung, was erreicht werden kann und was nicht. Dass hier die Initiative auf Seiten des Patienten/der Patientin ebenso gegeben sein muss, versteht sich, so glaube ich, von selbst – was durchaus immer wieder problematisch sein kann.

In diesem Zusammenhang könnten wir auch an den Vorschlag von H. Jonas zur ethischen Legitimation von Studien an Menschen denken. Diese sind nur dann ethisch gerechtfertigt, wenn die betroffene Person die Studie zum eigenen Interesse macht. In einer patientenorientierten Medizin könnte dieser Ansatz als Aspekt der grundlegenden Struktur im Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient mit angesehen werden. Der Hinweis auf das Adhärenzmodell, das die Involvierung der PatientInnen in den Entscheidungsfindungsprozess einfordert, legt sich mehr als nahe.

Ein Aspekt aus der aristotelischen Tugendlehre soll noch Erwähnung finden und zwar die Tugend der Gerechtigkeit, weil sie auch einen Beitrag zur Ressourcenverteilung leistet. Für Aristoteles bildet die Tugend der Gerechtigkeit den Grundzug aller ethischen Tugenden oder Werthaftigkeit überhaupt. „Gerechtigkeit, weil sie auf den anderen bezogen ist und weil sie verwirklicht, was dem anderen nützlich ist, sei gewissermaßen des anderen Gut“ (Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1130a, 3–5). Hörenkönnen, die Fähigkeit hin- und zuzuhören, ist gerecht, weil es ein Gut realisiert, das auf Andere und deren Bedürfnisse und legitime Ansprüche bezogen ist. Damit verbindet Aristoteles eine Kritik an einer berechnenden Tauschlogik. Espinete schreibt: „Eine Gemeinschaft, die sich bei der ökonomischen Interaktion am (monetär implementierten) Tauschwert der Werke (Leistungen und Artefakte) orientiert, steht in der Gefahr, sich zu desintegrieren, weil hier nicht mehr das Gut und der Nutzen des Anderen die Interaktion regelt, sondern allein das eigennützige Streben nach persönlichem Ge-

winn.“ (Espinet 2017, 348–49) Mit anderen Worten, der Gebrauchswert würde aus dem Blick geraten. Eine Therapie würde z.B. den Nützlichkeitswert für den Anderen verlieren.

Ein weiterer Aspekt, der die Bedeutung des Zuhören-Könnens charakterisiert, betrifft den Ausdruck des Respektes. Dieser wurde von Aristoteles nicht weiter ausgeführt. Aber die Phänomenologie kann hier weiterhelfen, weil wir beim Hin- und Zuhören intentional und meist auch persönlich involvierter bei der Sache sind (Espinet 2017, 350–52). Espinet verweist hier auf eine Arbeit von Axel Honneth, der mit Bezug auf Kant und Hegel feststellt, dass sich Hinhören und Zuhören zueinander verhalten wie Erkennen und Anerkennen. „Wer zuhört, möchte nicht nur etwas erkennen, also einen intentionalen Gegenstand identifizieren und begrifflich fixieren, sondern zuhörend erkennt man zudem an, dass man es mit jemandem, also mit einer Person zu tun hat. Damit richtet man, aristotelisch gedacht, die Aufmerksamkeit auf das Gut des/der Anderen und – nun kantisch weitergedacht – erkennt die Verpflichtung an, den eigenen, individuellen Standpunkt zu dezentrieren. Honneth formuliert dies so: „Im anerkennenden Subjekt vollzieht sich die Dezentrierung, weil es einem anderen Subjekt einen Wert einräumt, der die Quelle von legitimen Ansprüchen ist“ (Espinet 2017, 352).

Dadurch wird nun aber auch einsichtig, wie bedeutungsvoll Zuhören-Können in der ärztlichen Praxis ist. Es geht nicht darum Wünsche zu erfüllen, sondern frei von jeder Voreingenommenheit persönlich subjektiver Einschätzungen, Wertvorstellungen und fachlichem Wissen, hörend Anliegen und Zielvorstellungen eines Patienten zu eruieren. Mit anderen Worten, den Patientenwillen feststellen.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

„Zuhören-Können“ ist ein entscheidender Aspekt in einem kommunikativen Geschehen wie zwischen Arzt und Patient oder auch Seelsorger und Patient. Dieses vermittelt dem Anderen gegenüber Aufmerksamkeit, wodurch „Respekt“ zum Ausdruck kommt. Im Hinweis auf die Narrative Medizin wird die Bedeutung des erzählenden Charakters von PatientInnen hervorgehoben. Die Gedanken, die durch den erzählenden Stil von PatientInnen mitgeteilt werden, umfassen den Aspekt des Erfahrens, des Erlebens einer Krankheitssituation, die über die pathologischen Gründe einer Erkrankung hinausgehen. Diese Inhalte auch wahrnehmen, einordnen und fruchtbar für den Begleitungsverlauf zu machen, ins Wort zu bringen, gelingt nur über das konkrete „Zuhören-Können“. Gadamer spricht vom Hören als der „freien Öffnung in die Dimension des Anderen“. Wir könnten auch sagen: Hören kann der, der das zu Hörende auf sich zukommen lassen kann. In diesem Sinne ist auch die Unterscheidung von Hören und Sehen

zu verstehen, da Hinhören sich auf das richtet, was kommt, das Hinsehen hingegen auf das, was ist. Unter dieser Rücksicht sind die unterschiedlichen Faktoren einer Begleitungs- und Entscheidungssituation in den dynamisch kommunikativen Prozess zu integrieren. Der Verweis auf die PatientInnen beeinflussenden Faktoren ist ein wichtiger Aspekt, da dieser nicht selten vernachlässigt wird. Ein offenes Hinhören wird die Aspekte sozialer, emotionaler, struktureller und wertgebundener Gehalte mitbedenken.

Aus diesen Gründen wird das ‚Zuhören-Können‘ zu einer Schlüsselfunktion in einer gelingenden Kommunikation, die einen Ausdruck von respektvollem Umgang und respektvoller Begegnung zwischen Arzt und Patient ermöglicht.

UMIĘTNOŚĆ SŁUCHANIA W OPIECE NAD PACJENTAMI. INTERDYSCYPLINARNY WKŁAD MEDYCYNY I TEOLOGII

Abstrakt

Relacja lekarz–pacjent jest podstawą praktyki lekarskiej. Również opieka duchowa nad pacjentami jest istotnym aspektem w radzeniu sobie z chorobą i cierpieniem. Oba elementy opieki nad pacjentami mają ten sam cel: pomoc w procesie leczenia. Jednym z ważnych aspektów dobrej opieki jest udana komunikacja. W trudnej sytuacji ważne jest, aby skupić się na empatii i współpracy z chorym w celu osiągnięcia udanej komunikacji. Dzięki niej opiekujący się musi być w stanie wysłuchać woli pacjenta. Medycyna narracyjna wnosi ważny wkład w zrozumienie narracji pacjenta, gdy mówi on o swojej chorobie. Niniejszy artykuł koncentruje się na tym aspekcie słuchania, aby móc zrozumieć życzenia pacjentów i ich wkład w opiekę w ich chorobie. W ten sposób pacjenci postrzegają tę postawę słuchania jako szacunek dla ich osoby. Celem artykułu jest wniesienie konstruktywnego wkładu w dyskusję na temat dobrej relacji lekarz–pacjent.

Słowa kluczowe: opieka medyczna, relacja lekarz–pacjent, etyka medyczna, medycyna narracyjna, decyzje lekarskie, proces decyzyjny, współdziałanie.

THE LISTENING SKILL IN THE CARE OF PATIENTS. AN INTERDISCIPLINARY CONTRIBUTION OF MEDICINE AND THEOLOGY

Abstract

Medical practice is based upon a relationship between the physician and the patient. Also, spiritual care of patients is an essential aspect in dealing with illness and suffering. Both views in the care of patients have the same topic: ‘to cure.’ One of the important aspect of good care is effective communication. Communication needs to be able to listen to patient’s wishes. Narrative medicine gives an important contribution to understand

patient narrations when they are talking about their illness. This article focuses on this aspect of listening, to be able to understand patients wishes and contributions in the care of their illness. In this way patients perceive this attitude of listening as manifesting regard for themselves. We aim to contribute to the discussion of a good physician–patient relationship.

Key words: medical care, doctor–patient relationship, medical ethics, narrative medicine, medical decision-making, decision-making process, interaction.

„ZUHÖREN-KÖNNEN“ IN DER PATIENTENVERSORGUNG. EIN INTERDISZIPLINÄRER BEITRAG VON MEDIZIN UND THEOLOGIE

Abstrakt

Die Arzt-Patient-Beziehung ist die Grundlage der ärztlichen Praxis. Auch die spirituelle Betreuung von Patienten ist ein wesentlicher Aspekt im Umgang mit Krankheit und Leiden. Beide Elemente der Patientenversorgung haben das gleiche Ziel: Hilfe im Heilungsprozess. Ein wichtiger Aspekt guter Versorgung ist die erfolgreiche Kommunikation. In schwierigen Situationen ist es wichtig, sich auf Empathie und Zusammenarbeit mit dem Kranken zu konzentrieren, um eine erfolgreiche Kommunikation zu erreichen. Durch sie muss der Betreuende in der Lage sein, den Willen des Patienten zu hören. Die narrative Medizin leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Erzählung des Patienten, wenn er über seine Krankheit spricht. Dieser Artikel konzentriert sich auf diesen Aspekt des Zuhörens, um die Wünsche der Patienten und ihren Beitrag zur Versorgung in ihrer Krankheit verstehen zu können. Auf diese Weise nehmen Patienten diese Haltung des Zuhörens als Respekt für ihre Person wahr. Ziel des Artikels ist es, einen konstruktiven Beitrag zur Diskussion über eine gute Arzt-Patient-Beziehung zu leisten.

Schlüsselwörter: medizinische Versorgung, Arzt-Patient-Beziehung, medizinische Ethik, narrative Medizin, ärztliche Entscheidungen, Entscheidungsprozess, Zusammenarbeit.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aristoteles, *Ethica Nicomachea* (Aristoteles). 2003. *Nikomachische Ethik*. Übersetzung von Franz Dirlmeier. Stuttgart: Reclam.
- Beauchamp, Tom L., James F. Childress. 1989. *Principles of Biomedical Ethics*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- Blumenberg, H. 1998. *Paradigmen zu einer Metaphorologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Callahan, D. et al. 1996. "Goals of medicine: Setting new priorities." *Hasting Center Report. Special Supplement* 26 (6): S1–S27.

- Espinet, D. 2017. „Was heißt ‘Zuhören’? Zu den Voraussetzungen einer medizinischen Praxis,” In: *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*, edited by G. Maio, 342–61. Freiburg i. Breisgau: Herder.
- Der Onkologe*, Bd. 9, Heft 12 (2003) oder Bd. 15, Heft 10 (2009) Springer-Verlag Heidelberg.
- Frick, E., T. Roser, ed. 2011. *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Fürholzer, K. 2020. “Unerhörte Narrative. Die medizinische Indikation zwischen Bericht und Erzählung.” *Ethik in der Medizin* 32 (3): 267–77.
- Heidegger, H. 2002. *Grundbegriffe der aristotelischen Philosophie*. Gesamtausgabe vol. 18. Edited by Mark Michalski. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Hunstorfer, K. 2021. *Der ärztliche Indikationsbegriff als kommunikativer Begriff, Klaus Demmers Beitrag zu einem sinngeliteten Entscheiden und Handeln im Kontext der Onkologie*. Habilitation diss., Wien. (In Publikation).
- Jada, G. Hamilton et al. 2017. “What is a good medical decision? A researchagenda guided by perspectives from multiple stakeholder.” *Journal of Behavioral Medicine* 40:52–68.
- Jonsen, A.R., M. Siegler, W. Winslade. 2006. *Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung in der Medizin*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Körtner, U.H.J., S. Müller, M. Kletecka-Pulker, and J. Inthorn, eds. 2009. *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*. Wien – New York: Springer.
- Maio, G., ed. 2017. *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg i. Breisgau: Herder.
- Marckmann, G. 2015. “Wirksamkeit und Nutzen als alternative Konzepte zur medizinischen Indikation.” In *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*, edited by A. Dörries, V. Lipp, 113–24. Stuttgart: Kohlhammer.

Karl Hunstorfer – ist Mitglied der „Akademie für Ethik in der Medizin“ in Göttingen. Er studierte Philosophie und Theologie in Innsbruck und promovierte dort in Philosophie (1990). Er promovierte in Medizin an der Universität La Sapienza in Rom (2002) und promovierte in theologischer Ethik an der Pontificia Università Gregoriana in Rom (2005). Er arbeitet als Stationsarzt im Bereich Innere Medizin/Onkologie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien und hält Vorlesungen an der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien. Er war Projektleiter des vom FWF geförderten Projekts „Medizinische Indikation“ (2017–2020) und hat eine Professur im Bereich der theologischen Ethik inne. Ausgewählte Veröffentlichungen: *Werte im ärztlichen Handeln*, in: S. Müller, B. Baldt, S. Höllinger (ed.), *Werte im Beruf. Ethik und Praxis im Gespräch*, Studien der Moraltheologie neue Folge, vol. 14 (Vienna 2020); *Der ärztliche Indikationsbegriff als kommunikativer Begriff, Klaus Demmers Beitrag zu einem sinngeliteten Entscheiden und Handeln im Kontext der Onkologie*, Habilitationsschrift, (Vienna 2021). (in publication); *Die Indikation. Medizinethische und rechtsethische*

Aspekte, in: *Der Onkologe* 22, Heft 11, Vienna 2016; *Palliativmedizin: Das „Lebensende“ aus Sicht der Medizinethik*, in: M. Maier / J. Hörhan (Hrsg.), *Arzt/Ärztin und Ethik*, Vienna 2012; *Kulturelle und ethnische Aspekte der naturwissenschaftlichen Behandlungsindikation*, in: M. Peintinger (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Vienna 2012; *Zur Ethik des ärztlichen Ethos*, in: P.C. Chittilappilly (Hrsg.), *Ethik der Lebensfelder*, Freiburg/Basel/Vienna 2010; *Ethische Überlegungen zur palliativen Sedierung*, in: *Wiener Medizinische Wochenzeitschrift* 13–14, Vienna 2010; *Ärztliches Ethos: Technikbewältigung in der modernen Medizin?*, Frankfurt am Main 2006.

Kontaktadress: karl.hunstorfer@univie.ac.at.