

3 Das Menschenbild als Entscheidungshintergrund in der Notfallmedizin

Fred Salomon

3.1 Blickrichtung Mensch

„Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns.“ So heißt es in Leitbildern vieler Einrichtungen des Gesundheitswesens, auch im Bereich der Notfallmedizin. Kritiker dieser Aussage behaupten dagegen, dass zwar Rettungssysteme und notfallmedizinische Versorgungsformen mit viel Aufwand, Geld und auch politischem Druck aufgebaut werden, Menschen mit ihren Bedürfnissen aber eher in den Hintergrund treten. Vorrangig scheinen evidenzbasierte Daten und Checklisten den Umgang mit dem Patienten zu bestimmen. In der Notfallmedizin kommt es auf rasches, fast automatisches Handeln nach vorgegebenen Algorithmen an. Erkennbare Symptome und Organschäden treten so in den Vordergrund, dass psychosoziale, emotionale und spirituelle Aspekte nicht immer gleich bewusst werden. So läuft Notfallmedizin Gefahr, den Patienten zum „Objekt“ zu machen, an dem „mechanisch“ gearbeitet wird (Wettreck 1999: 237). Ebenso lenken finanzielle Einschränkungen bei den Trägern der Rettungsdienste den Blick weg vom Bedürfnis und Wohl des individuellen Patienten und lassen ihn bestenfalls als statistische Größe erscheinen. Ziel von Notfallmedizin ist die Rettung eines bedrohten Menschen, die Verhinderung größerer Schäden durch frühes Eingreifen und die Gewährleistung einer qualifizierten, lückenlosen Weiterversorgung. Sie ist eine Dienstleistung am Menschen und als gesellschaftliche Aufgabe Ausdruck von Solidarität mit dem Hilfsbedürftigen.



Medizin als Dienstleistung am kranken oder von Krankheit bedrohten Menschen ist abhängig vom Menschenbild, aus dem folgt, wie man mit ihm umgeht und was man ihm zukommen lässt oder vorenthält.

Menschenbild meint sowohl die generelle philosophisch-anthropologische als auch die individuelle psychologisch-emotionale Sicht. Zum einen geht es darum, wie der Mensch grundsätzlich gesehen wird, in seiner Wesenheit und seinem Bezogensein in der Welt, zum anderen darum, wie das konkrete Gegenüber erlebt wird, mit seinen Stärken, Schwächen, sympathischen und provozierenden Seiten.

Die anthropologische Sicht hat sich aufgrund von Sozialisation, Erziehung, kulturellen Einflüssen und konkreten Erfahrungen mit Menschen geformt und ist oft nicht bewusst. Die psychologischen Elemente einer Interaktion basieren auf gewachsenen Einstellungen und werden durch Faktoren aktiviert, die beim Behandelnden liegen, aber zum Teil durch den Patienten getriggert werden (s. Tab. 5). Der Kontakt zwischen Helfenden und Patient im Notfall ist außerdem oft der erste zwischen den Beteiligten und stark durch situative Gegebenheiten wie Zeit, Ort oder Grad der Widrigkeiten beeinflusst.

Tab. 5 Einflussfaktoren darauf, wie der konkrete Patient gesehen wird (psychologisch-emotionales Menschenbild)

Faktoren beim Patienten	Faktoren beim Behandelnden/Pflegenden/Rettungsdienstleistenden
Erscheinungsbild/(vermutete) Gruppenzugehörigkeit	aktuelle Stimmungslage
Verhalten	Grad des Ausgeruhtheits/der Erschöpfung
Compliance	arbeitsbezogener Stress mit Vorgesetzten/Mitarbeitenden
(ihm zugeschriebener) Anteil am Krankheitsgeschehen (z.B. Unfallopfer/-verursacher oder Sucht)	arbeitsunabhängiger Stress (z.B. Partnerprobleme, finanzielle Krise)
Alter, Geschlecht	Assoziationen zu bekannten Personen

3.2 Die naturwissenschaftliche Sicht

Notfallmedizin ist ein Symbol unseres Kampfes gegen den plötzlichen Tod. Sie konnte sich etablieren, weil unsere heutige Einstellung zum Tod sich gegenüber früheren Zeiten geändert hat (Brandt 1989). Die wachsenden Kenntnisse in der Medizin führten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu vielen manuellen, technischen und medikamentösen Möglichkeiten. Ihre Erfolge lagen im naturwissenschaftlich orientierten Umgang mit dem Körper, in der Konzentration auf Teilfunktionen und der Abstraktion vom komplexen Ganzen menschlichen Seins.

Dieser Zugangsweg zum kranken Menschen gründet in einem Menschenbild, das wesentlich von René Descartes geprägt ist. Sein dualistischer Denkansatz, in dem der Geist den Menschen zum Ich macht (*cogito, ergo sum*) und der Körper ein materielles Ding ist, hat es ermöglicht, sich dem Körper analytisch zuzuwenden, ohne den Menschen in seinem Wesen zu entheiligen. Wenn wir „den menschlichen Körper als eine Art Maschine ansehen, die aus Knochen, Nerven, Muskeln, Adern, Blut und Haut zusammengepasst ist“ und er verglichen wird mit einer „Uhr, die aus Rädern und Gewichten besteht“ (Descartes 1642: 104), ist ein Krankheitsverständnis vorgezeichnet, in dem Krankheit als Funktionsstörung oder Ausfall einzelner Teile und Therapie als Reparatur oder Austausch defekter Teile begriffen wird. Die materialistische Sicht erreichte einen Gipfel gut 200 Jahre später, als sich das mechanisch-naturgesetzliche Denken durchsetzte und die empirische For-

schung in der Medizin als alleiniger Zugangsweg zum Menschen für die Medizin propagiert wurde, weil „im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen“ (Du Bois-Reymond 1842, zitiert bei Uexküll et al. 2002).



Der dualistische Denkansatz Descartes hat durch Säkularisierung und Versachlichung des Körpers sowie der daraus folgenden empirisch-analytischen Betrachtung den Kenntnis- und Handlungszuwachs in der Medizin bewirkt und ist auch Wegbereiter von Intensiv- und Notfallmedizin.

Die Erfolge schienen Beweis genug für die Richtigkeit des mechanistisch-naturwissenschaftlichen Menschenbildes mit seinem Ursache-Wirkungs-Prinzip. Die Faszination dieses Ansatzes bescherte Ärzten die erste Stufe in Berufsprestigeskalen (Institut für Demoskopie Allensbach 2013), brachte Gelder ins Gesundheitswesen und führte auch zum flächendeckenden Ausbau des Rettungswesens und der jederzeit verfügbaren Notfallmedizin. Diese Sicht auf den Menschen birgt aber auch Gefahren (s. Tab. 6).

Tab. 6 Vor- und Nachteile des empirisch-naturwissenschaftlichen Menschenbildes für die Notfallmedizin

Positive Konsequenzen/Vorteile	Negative Konsequenzen/Gefahren
Entmythisierung des Körpers und seiner Funktionen	Vernachlässigung psychosozialer Aspekte
Differenzierte Diagnostik und Therapie von Organfunktionen	Vernachlässigung von autonomen Willensäußerungen
Apparative Unterstützung und Ersatz von Körperfunktionen	Mechanisierung und Technisierung des Körpers bis hin zum Transhumanismus
Überwindung lebensbedrohlicher Zustände, wodurch die körperlichen Voraussetzungen für ein ganzheitliches Leben erhalten werden	Vernachlässigung einer integrierten Sicht von Körper, Psyche und Geist
Maximaltherapie mit Einsatz aller verfügbaren Mittel	Kosten treten in den Hintergrund
Engagierte Forschung und Suche nach Problemlösungen	Vernachlässigung ethischer Grenzen

3.3 Erweiterter Blickwinkel



Ab den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde deutlich, dass durch Konzentration auf die Körperlichkeit wesentliche Dimensionen des Menschseins vernachlässigt werden.

Diese Gedanken waren zwar schon Anfang des 20. Jahrhunderts in der biographischen Medizin, z.B. bei S. Freud, und der psychosomatischen Medizin, z.B. bei V. von Weizsäcker, formuliert. Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts tauchten Fragen nach Sinn und Grenzen auf. Die Überwindung lebensbedrohlicher Situationen endete nicht

immer mit einem vom Patienten gewollten und für ihn und seine Angehörigen tragbaren Ergebnis. Schwere körperliche und psychische Defekte bis hin zu dauerhafter Bewusstlosigkeit warfen Fragen der Ethik auf (Salomon 1996).

Fragwürdige Therapieergebnisse und Sinnfragen brachten zunächst in der Intensivtherapie und nachfolgend auch in der Notfallmedizin die Patientenautonomie in den Vordergrund. Die Funktionsstörung als Trigger für eine Therapie wird relativiert durch den expliziten oder mutmaßlichen Patientenwillen.

3.4 Der ökonomisierte Mensch

Ehe sich die Erweiterung des Blickwinkels von der empirisch-naturwissenschaftlichen Sicht auf die psychosozialen und ethischen Aspekte im klinischen Alltag positiv auswirken konnte, drängten sich finanzielle Fragestellungen in den Vordergrund. Sie dominieren derzeit nahezu alle Überlegungen im Gesundheitswesen, sodass auch das Menschenbild in den Sog der Ökonomie gerät (Nagel 2007; Oberender u. Schwegel 2007). Der Patient als Kunde, Effizienzsteigerung, Gewinnmaximierung oder Mitarbeiter als Humankapital – diese Schlagworte machen deutlich, wie wirtschaftliche Maßstäbe Planungen und Entscheidungen prägen. Dienstleister im Gesundheitswesen werden zu Unternehmen, die sich um Kundenfang und -bindung bemühen.

Patient und Krankheit werden zum Produktionsfaktor, der möglichst viel Gewinn bringen soll. Dagegen wird das Personal zum belastenden Kostenfaktor, den man durch Minderung der Anzahl oder Absenken der Qualifizierung optimieren will. Wie wir den Menschen sehen, so gehen wir mit ihm um. Der Umgang mit dem Gegenüber, sei es Patient, Angehöriger oder Mitarbeiter, und Entscheidungen über Art und Umfang der Versorgung werden dadurch beeinflusst, oft unbewusst.

Ein belastender Kostenfaktor kann kaum wertgeschätzt werden oder sich angenommen fühlen. Auch pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen sowie Anbieter von Informationstechnologien nutzen das beherrschende ökonomische Denken für ihre Interessen. Neue Therapieoptionen oder technische Systeme werden damit beworben, dass sie trotz Investitionen Kosten sparen, durch geringeren Personalbedarf, verkürzte Therapiezeiten oder verminderte Folgekosten (Salomon 2010).



Der ökonomische Ansatz ist ethisch nur zu befürworten, wenn das Ziel der bedürftige Mensch ist, Ökonomie also Werkzeug bleibt.

Der verantwortliche Umgang mit Ressourcen hat moralische Dimensionen, weil durch eine gerechtere Allokation mehr Menschen geholfen oder das Ziel mit weniger Mitteln erreicht werden kann. Viele Einsparmodelle erwecken jedoch den Eindruck, dass Ökonomie Selbstzweck und Leitgedanke ist. Wenn Patient und Personal vorrangig unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden, kommt es zu einem ökonomischen Reduktionismus des Menschenbildes (s. Tab. 7). Warnsignal sind Abwanderung von Medizinstudenten und Ärzten in andere Berufsfelder oder Länder und der hohe Ausfall ärztlichen und pflegerischen Personals durch Krankheit, Sucht und Burn-out sowie das ärztliche Suizidrisiko (Bergner 2010).

Tab. 7 Vor- und Nachteile eines ökonomischen Menschenbildes für die Notfallmedizin

Positive Konsequenzen/Vorteile	Negative Konsequenzen/Gefahren
Kosten im Blick	Ausgrenzung kritisch kranker Patienten
Bedarfs-/Kundenorientierung	Fürsorgegedanke tritt in den Hintergrund
Bemühen um effiziente Strukturen und Abläufe	Vernachlässigung persönlich zugewandter Versorgung
Arbeitserleichterung durch moderne apparative Ausstattung	Reduktion von Personalzahl und Qualifikation

3.5 Der Mensch in seiner Mehrdimensionalität



Der Erfolg des naturwissenschaftlichen Welt- und Menschenbildes für die Erkenntnisse und Handlungskompetenz des Menschen basiert darauf, dass aus der Fülle der Phänomene die handhabbaren herausgegriffen und andere ausgeblendet werden. Die Faszination des so gewonnenen Wissens darf aber nicht dazu verleiten, die methodisch ausgeblendeten Aspekte ganz zu negieren.

Die Abstraktion von individuellen Details in komplexen Zusammenhängen erleichtert die Betrachtung von Teilaspekten. Das gilt für jede Disziplin. Die reduktionistische Sicht auf den Menschen in der neuzeitlichen Medizin blendete zunächst schwer fassbare oder als nebensächlich betrachtete Dimensionen aus. In der komplexen Lebenswirklichkeit wurde aber bald der Mangel dieser eingeschränkten Sicht deutlich. Wir brauchen ein mehrdimensionales Menschenbild (s. Tab. 8). Es trägt den verschiedenen Aspekten menschlichen Lebens Rechnung und wirkt mit seinen Konsequenzen für den Umgang mit dem Patienten, den Angehörigen und im Team untereinander dem beklagten Mangel an Humanität entgegen. Die Dimensionen gehören jederzeit zusammen, wenn auch nach Situation mal die eine und mal die andere hervor tritt. Sie sind wie die Seiten eines Würfels immer da, auch wenn sie nicht alle gleichzeitig ins Auge fallen.

Tab. 8 Mehrdimensionales Menschenbild

1	Der Mensch ist ein autonomes, ganzheitliches Individuum.
2	Der Mensch steht in Beziehungen zu Mitmenschen und Mitwelt.
3	Der Mensch steht in einem transzendentalen Zusammenhang.
4	Der Mensch ist ein geschichtliches Wesen mit einer einmaligen Biografie.
5	Der Mensch ist ein verletzliches, bedürftiges und hoffendes Wesen.

3.6 Konsequenzen für die Notfallmedizin

3.6.1 Autonomes, ganzheitliches Individuum

Autonomie anzuerkennen bedeutet, die Therapieentscheidungen dem Willen des Patienten gemäß zu treffen. Sie ist unabhängig von intellektueller Leistung. Bewusstlosigkeit eines Patienten hebt sie nicht auf, sondern führt dazu, seinen mutmaßlichen Willen zu erkunden. Auch im fürsorglichen Umgang geht es darum, die Autonomie wirksam werden zu lassen (Rehbock 2005).

Das heißt auch in Notfallsituationen: aktiv nach dem Willen des Patienten und eventuellen mündlichen oder schriftlichen Vorausverfügungen (Patientenverfügungen) zu fragen; den Patienten, soweit es möglich ist, über die durchgeführten und geplanten Schritte zu informieren; und partnerschaftlich mit dem Kranken umzugehen, denn trotz des Gefälles in der Fachkompetenz und des zeitlichen und emotionalen Drucks im Notfall begegnen sich zwei autonome Individuen. Individualität hat auch mit Identität zu tun. Charakteristikum von Leben ist das Bestreben, seine Identität zu erhalten und gegen Zerstörung zu schützen (Weber 2015). Inhalt und Umfang dieses Bestrebens kann nur vom Betroffenen her festgelegt werden.

Notfallmedizin zielt primär auf Organfunktionen, wirkt aber immer auf den ganzen Menschen mit Körper und Psyche. Für den Kranken greift eins ins andere. In einem ganzheitlichen Menschenbild sind alle Aspekte gleichgewichtig, wenn auch nicht immer gleichzeitig. Der Erhalt der Organfunktionen ist unverzichtbares Element von Humanität, weil der Körper Basis für das ganzheitliche menschliche Leben ist. Daher steht er bei Störung der Vitalfunktionen zunächst auch im Vordergrund. Ist die Lebensbedrohung überwunden, bekommen psychische und spirituelle Aspekte größeres Gewicht. Die apparativ gestützte Medizin wird ohne Zuwendung als unmenschlich bezeichnet. Eine persönliche Zuwendung ist aber ebenso inhuman, wenn dabei z.B. die Ateminsuffizienz nicht durch eine mögliche Beatmung überbrückt wird (Salomon 1996).



Jede einseitige Medizin – ob nur technisch oder nur psychisch orientiert – ist inhuman.

3.6.2 Mensch in Beziehungen

Der Mensch ist Mitmensch. Der relationale Aspekt bedeutet: Wenn die Erkrankung den Patienten auch aus Umgebung und Lebensrhythmus reißt, bleibt er doch in seinen sozialen Bezügen. Notfälle ereignen sich zu einem Teil im gewohnten sozialen Umfeld, z.B. in Anwesenheit von Familienangehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen. Hier ist hohe Sensibilität vom Rettungsteam gefordert, ob man die Angehörigen als Vertrauenspersonen beim Notfallpatienten läßt. Auch Reanimationen sind in Gegenwart von Angehörigen möglich, ja sogar sinnvoll, weil die Angehörigen das engagierte Bemühen wahrnehmen oder sogar als Helfende (z.B. Infusion halten) unterstützen können. Ist die Bezugsperson eher ein Stressfaktor für den noch wahrnehmungsfähigen Notfallpatienten, muss ihr deutlich gemacht werden, dass der Schutz des Kranken Vorrang hat und sie den Raum verlassen muss. Bei Notfällen am

Arbeitsplatz muss der Schutz der Intimsphäre beachtet werden. Der Kranke als Hilfloser oder Entkleideter sollte den Blicken der Kollegen nur ausgesetzt werden, wenn es unvermeidbar ist. Das gilt absolut bei Notfällen in der Öffentlichkeit, um das Notfallopfer vor Voyeurismen zu schützen.

Im Umgang miteinander realisiert sich Bezogensein menschlichen Lebens und in der Kommunikation die Gewissheit der gegenseitigen Zuwendung (Buber 1984; Werbick 2005).

Relationalität meint neben dem zwischenmenschlichen Kontakt auch die gesellschaftliche Einbindung. Hier haben Ressourcen- und Allokationsfragen ihren angemessenen Platz, denn Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit dürfen nicht ausgeblendet werden. Der Verzicht auf eine nicht mehr wirksame oder gewollte Therapie kann Mittel für andere freimachen. Das ist kein unmenschlicher, sondern ein mitmenschlicher Gedanke, der bei Therapieentscheidungen mit erwogen werden muss.

3.6.3 Transzendenz

Für die meisten Weltanschauungen und Religionen ist der Mensch in einen transzendentalen Sinnzusammenhang eingebunden, was nicht per se eine über das erfahrbare Leben hinausgehende Weiterexistenz meint (Härle 2002; Heim 1998; Schmidt 1995; Lehmann 2008). Theologisch formuliert ist der Mensch Geschöpf. Transzendenz relativiert die Selbstbezogenheit des Menschen, entlastet vom Erfolgsdruck der Letztverantwortlichkeit und weist auf Grenzen und Bereiche hin, die unverfügbar sind.



Transzendenz macht bescheiden und wirkt einer Selbstüberheblichkeit entgegen.

In der Notfallmedizin wird massiv über einen anderen Menschen verfügt. Geschöpflichkeit oder transzendente Einbindung weisen auf ein Personsein des Patienten hin, das dem Personsein des Therapeuten entspricht (Werbick 2005). Beide sind gleichwertige Partner vor einem außerhalb ihrer selbst verorteten sinngebenden Prinzip. Patienten sind nicht Verfügungsmasse von Arzt, Pflegenden und Rettungskräften, sondern sich ihnen anvertrauende Menschen. Da das Leben letztlich nicht in der Hand des helfenden Teams liegt, ist der Tod eines Patienten auch nicht Niederlage.

3.6.4 Biografische Geschichtlichkeit

Der Mensch ist eingebunden in Zeit und Geschichte, sein Leben hat Anfang und Ende. Dazwischen durchlebt jeder seine individuelle Biografie, die Verhalten und Sosein bedingen. Es geht um die Lebensgeschichte des Kranken, nicht der Krankheit (Gahl 1999; Heim 1998; Uexküll et al. 2002).

In der zeitgerichteten Existenz hat jede Lebensphase trotz spezifischer Besonderheiten gleichen Wert für den Menschen, der jederzeit ganzheitliches Individuum, Mitmensch und in einen transzendentalen Sinnzusammenhang eingebunden ist. Alter ist kein Defektzustand, sondern wie Kindheit, Adoleszenz oder mittleres Lebensalter von je eigenen Fähigkeiten, physiologischen Normalwerten und sozialen Bezügen

gekennzeichnet. Lebensalter darf kein Kriterium für oder gegen eine Therapie sein, wenn auch Einsätze zu Kindernotfällen beim Rettungsteam zu schnellerem Handeln und Fahren führen als Alarmierungen aus Altenpflegeeinrichtungen. Wenn alte Menschen im Mittel eine geringere Chance haben, Notfälle schadlos zu überstehen, liegt das an Multimorbidität, geringeren eigenen Ressourcen zur Rehabilitation sowie an der häufiger zu findenden Haltung, das nahende Lebensende zu akzeptieren und nicht mehr alle Mittel nutzen zu wollen.

3.6.5 Verletzlich und hoffend

Menschliches Leben ist verletzlich und bedürftig (Lehmann 2008; Rehbock 2005). Daraus erwachsen der Wunsch, Hilfe zu bekommen (Weber 2015), und der Antrieb, Hilfe zu leisten. Medizin bezieht ihren Auftrag aus der Mangelhaftigkeit des Menschen, die sie – so differenziert und engagiert sie sein mag – nicht aufheben kann, da sie wesenhaft zum Menschen gehört.

Zum Menschen gehört aber auch die Hoffnung, Gefahren meistern und den Tod – wenn nicht abschaffen – so doch wenigstens hinausschieben zu können. Soweit sie sich auf Überwinden der akuten Bedrohung, Minderung des Leidens und Steigerung von Lebensqualität richtet, muss sie vom Notfallteam bestärkt werden, weil das Ressourcen des Kranken mobilisiert. Wenn keine Hilfe zum Überleben möglich ist, ist durch Anwesenheit, Zuwendung und Symptombehandlung (Schmerztherapie, Lindern von Luftnot und Angst) sowie gegebenenfalls auch Sedierung verbal und nonverbal Beistand zu vermitteln. Bei Massenunfällen mit der Erfordernis, durch Triage Behandlungsschwerpunkte zu setzen, kann das zu emotionalen Konflikten bei den Helfenden führen. Sie müssen zu deren Schutz nachbearbeitet werden.



Unbegrenzttes Leben, Fehlen von Krankheit und uneingeschränkte Heilung bleiben Utopie. Eine Medizin, die den Eindruck vermittelt, das Erreichen zu können, ist unredlich und muss an ihrer Überheblichkeit scheitern.

3.7 Fähig zum Dialog

In Notfällen treffen innerhalb und außerhalb der Klinik Beteiligte unterschiedlicher Kulturkreise und Religionen aufeinander. Wenn auch primär die Lebensrettung bei allen weltanschaulichen Positionen konsensfähig ist, ergeben sich für die Art des Umgangs miteinander und die mögliche weitere Versorgung je nach persönlicher Haltung unterschiedliche Optionen. Die unvermeidbaren Entscheidungen verlangen eine Verständigung über Handlungsalternativen und eine Begründung der jeweiligen Position. Auch vermeintlich reine Sachentscheidungen sind eingebettet in ein Menschenbild, z.B.: Kümmert sich eine weibliche oder männliche Person um das Notfallopfer? Wie wird mit dem Leichnam nach erfolgloser Reanimation umgegangen?



Zur Humanität gehört unverzichtbar der kooperative, herrschaftsfreie Dialog zwischen den Beteiligten.

Nur im Dialog können die kritischen ethischen Fragen im Kontext aller anderen Aspekte nachvollziehbar geklärt werden (Habermas 1983; Werbick 2005). Das braucht institutionalisierte Zeiten, zum Gespräch einladende Räume und dialogbereite Mitarbeitende (s. Tab. 9). Die Abläufe von Notfallversorgungen mit den aufgekommenen Emotionen und ethischen Fragen brauchen ein Nachgespräch, um die Qualität zu erhalten und zu verbessern, die eigenen Belastungen zu versprachlichen und die Entscheidungskriterien bewusst zu machen und auch zu hinterfragen.

Tab. 9 Elemente der Dialogfähigkeit im Diskurs

Ein Dialog ist notwendig ...	Er muss mit folgenden Eigenschaften erfolgen
... mit sich selbst	selbstkritisch, emotional kompetent
... mit dem Patienten	offen, partnerschaftlich
... mit den Angehörigen	zugewandt, aufmerksam
... mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe	kritisch, herrschaftsfrei, über Hierarchiestufen hinweg
... mit Vertretern anderer Berufsgruppen	teamfähig, kooperativ, wertschätzend
... mit der Öffentlichkeit	ehrlich, bescheiden

Dialog verlangt Kommunikation. Auch wenn wir in Interaktionen ständig kommunizieren – in Notfällen allerdings in pragmatischer Kürze –, brauchen gerade Gespräche und Umgang miteinander bei kritischen, emotionalen und weltanschaulichen Inhalten eine bewusste Vorbereitung. Kommunikation darüber muss in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung sowie Fortbildung eingeübt werden. Jeder im Rettungsdienst und in Notfallteam Tätige bringt aus seiner Sozialisation ein Menschenbild mit, das im Diskurs versprachlicht und vertreten werden muss. Nur so können andere Positionen verstanden und respektiert werden – eine notwendige Voraussetzung, um Medizin human sein zu lassen.



Ethik erschöpft sich nicht in Kommunikation, aber ohne Kommunikation läuft Ethik Gefahr, dogmatisch und engstirnig zu werden.

Literatur

- Bergner T (2010) Burnout bei Ärzten. Schattauer, Stuttgart, New York, 2. Aufl.
 Brandt L (1989) Die Entstehung der modernen Notfallmedizin im 17. und 18. Jahrhundert. Notfallmed 15: 357–365
 Buber M (1984) Das dialogische Prinzip. Wissenschaftl. Buchges., Darmstadt, 5. Aufl.
 Descartes R (1642) Meditationen über die Erste Philosophie. Reclam, Stuttgart 1971
 Gahl K (1999) Über die Einheit des Menschen aus ärztlicher Sicht. EthikMed 11: 2–11
 Habermas J (1983) Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp, Frankfurt/M.
 Härle W (2002) Mensch – VII.1. problemgeschichtlich und systematisch. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.) RGG. Mohr, Siebeck, Tübingen, 4. Aufl., Bd. 5, S. 1066–1072
 Heim N (1998) Leitideen und Menschenbilder in der Medizin. Zeitschr. f. med. Ethik 44: 231–246

- Institut für Demoskopie Allensbach (2013) Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf (Zugriff am 09.06.2015)
- Lehmann K (2008) Leiden ohne Ende – Lebenserhaltung um jeden Preis? Oder: Wann darf ein Mensch sterben? In: Junginger T, Pernecky A, Vahl C-F, Werner C (Hrsg.) Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Springer, Heidelberg, S. 45–58
- Nagel E (2007) Solidarität oder Eigenverantwortung, Zuwendung oder Zuteilung? In: Bittman K (Hrsg.) Ärzte im Sog der Ökonomie. mdv, Berlin, S. 106–113
- Oberender P, Schwegel P (2007) Patient Gesundheitswesen: Ökonomen setzen das Skalpell an. In: Bittman K (Hrsg.) Ärzte im Sog der Ökonomie. mdv, Berlin, 14–23
- Rehbock T (2005) Personsein in Grenzsituationen. Mentis, Paderborn
- Salomon F (1996) Leben und Sterben in der Intensivmedizin – eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2. Aufl.
- Salomon F (2010) Ökonomie und Ethik im Klinikalltag. Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 45: 128–131
- Schmidt KW (1995) Therapieziel und „Menschenbild“. LIT, Münster
- Uexküll T von, Geigges W, Plassmann R (2002) Integrierte Medizin. Schattauer, Stuttgart, New York
- Weber A (2015) Leben auf der Kippe, ZEIT-Interview. <http://www.zeit.de/2015/14/leben-biologie-philosophie-andreas-weber/komplettansicht> (Zugriff am 10.06.15)
- Werbick J (2005) Person. In: Eicher P (Hrsg.) NHthG. Kösel, München, Bd. 3, S. 351–361
- Wettreck R (1999) „Arzt sein – Mensch bleiben“. LIT, Münster



Prof. Dr. med. Fred Salomon

Studium der Evangelischen Theologie und Medizin. Habilitation für „Ethik in der Medizin“ an der Universität Gießen. Von 1990 bis 2013 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo. Lehre in „Ethik in der Medizin“ an der Universität Gießen. Ethikberater, Koordinator für Ethikberatung und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM). Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Mitglied der AEM-Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik“ und „Ethikberatung im Gesundheitswesen“. Mitglied der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Publikationen zu ethischen Fragen von Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin, Organtransplantation, Menschenbild in der Medizin, Wahrheit am Krankenbett, Grenzfragen zwischen Theologie und Medizin, Ethikberatung und Vermittlung von Ethik.