

Ärztliche Fürsorge Ein Auslaufmodell im Zeitalter des autonomen Patienten ?

Ich möchte meine Ausführungen mit einer Fallvignette beginnen. Eine Kollegin, selbst Pflegefachfrau und Ethikerin, Mutter von drei jungen erwachsenen Kindern und Ehefrau eines niedergelassenen Internisten, berichtete mir über ihre Krankheitserfahrung. Kurz nach ihrem fünfzigsten Geburtstag wurde bei ihr ein Mammakarzinom diagnostiziert. Eine brusterhaltende Tumorentfernung wurde vorgenommen. Eine anschliessende Chemo- und Radiotherapie wurde geplant, zu der die Patientin ihr Einverständnis gegeben hat. Zur Erleichterung der Chemotherapie wurde ihr auch ein permanenter Venenkatheter eingelegt. Wenige Tage nach Einlage erlitt die Patientin einen Hirnschlag mit einer Halbseitenlähmung links. Ursache war ein Gerinnsel, das sich am Katheter gebildet hatte und durch ein bisher nicht bekanntes, persistierendes offenes Foramen ovale, eine Verbindung zwischen den beiden Herzvorhöfen, den Weg in den Hirnkreislauf fand. Nun galt es unter Zeitdruck zu entscheiden, ob innerhalb der nächsten Stunden eine Lysebehandlung vorgenommen werden sollte, da dadurch die besten Chancen zur Auflösung des Gerinnsels und damit zur Rückbildung der Lähmung bestand. Die behandelnden Ärzte klärten die Patientin und ihren Ehemann über die möglichen Risiken auf. Sie machten dies oberflächlich und betonten, dass meine Kollegin und ihr Ehemann ja von Fach sind. Doch meine Kollegin war in dieser Situation nicht in erster Linie Fachperson, sondern eine auf Hilfe angewiesene Patientin. Auch ihr Ehemann war nicht in seiner Arztrolle am Krankenbett, sondern als mitleidender Angehöriger. Beide fühlten sich in der Entscheidungsfindung alleine gelassen.

Es stellen sich bei diesem Beispiel klassische Fragen an das Arzt-Patient-Verhältnis: Wie umfassend ist ein Patient aufzuklärend? Wie kann man sicherstellen, dass der Patient den Inhalt der Aufklärung wirklich verstanden hat? Kann man angesichts der vielfältigen Einflüsse, denen ein Patient bei seiner Entscheidung unterliegt, überhaupt noch von einem freiwilligen Entschluss ausgehen? Wann sind die Grenzen der berechtigten Einflussnahme durch argumentative Überzeugung überschritten? An welche Bedingungen ist die Einsichtsfähigkeit und Entscheidungskompetenz des Patienten gebunden?

Ich nehme an, dass sie gerne wissen möchten, wie die Geschichte meiner Kollegin weiterging. Sie und ihr Ehemann entschlossen sich für eine Lysebehandlung, die erfolgreich verlief. Alle neurologischen Symptome bildeten sich vollständig zurück. Was half letztlich zur Entscheidung zu Gunsten der Lysebehandlung? Der Ehemann suchte noch einmal das Gespräch mit dem zuständigen Oberarzt und fragte: „Zu was würden Sie sich entscheiden, wenn es ihre Ehefrau betreffen würde?“ Er meinte, er würde sich für eine Lysebehandlung entscheiden. Erst diese persönliche Stellungnahme des behandelnden Oberarztes, in der er als Mensch angesprochen wurde, half meiner Kollegin und ihrem Ehemann, zu einer Entscheidung zu kommen.

Bis heute bildet die Arzt-Patient-Beziehung das zentrale Element medizinischen Handelns. Diese Beziehung unterlag in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel. Die traditionelle, von der paternalistischen Fürsorge des Arztes geprägte Arzt-Patient-Beziehung geriet zunehmend in Kritik. Die Ursachen für diesen Wandel sind vielfältig. Sicher hat die zunehmende Pluralität von Wertüberzeugungen in modernen Gesellschaften dazu beigetragen. Die Ökonomisierung aller Lebensbereiche, von der auch die Medizin nicht verschont blieb, hat auch ihren Anteil an diesem Wandel. Die klassischen ethischen Fragen an das Arzt-Patient-Verhältnis stellen sich aus diesem Grunde mit neuer Aktualität und waren wohl auch leitend für die Auswahl des Tagungsthemas: „ Wer entscheidet über die Behandlung? Arzt, Patient, oder...?“. Diese Fragen werden besonders bedeutsam, wenn das, was aus ärztlicher Sicht das Wohl des Patienten am meisten fördern würde, nicht mit dem Willen des Patienten übereinstimmt.

Der Mensch als souveräner Kunde

Ursache für solche Meinungsverschiedenheiten sind oftmals nicht die unterschiedlichen Bewertungen einzelner Handlungen, sondern vielmehr das unterschiedliche Verständnis vom Menschsein, das Menschenbild. In weiten Teilen der Medizin ist in letzter Zeit an die Stelle des Hilfe suchenden und auf Vertrauen angewiesenen Leidenden immer mehr ein Leitbild vom Patienten als Kunden getreten. Dieses Leitbild entspricht dem eines souveränen Menschen, der sich Leistungen nach eigenem Belieben kaufen kann. Vor dem Hintergrund eines solchen Menschenbildes erlebt sich der Arzt immer weniger als jemand, der vor allem da ist, Leiden zu lindern. Er wird immer mehr in die Rolle eines Dienstleisters gedrängt. In dieser Position ist nur noch sein Wissen und technisches Können gefragt, um die Wünsche seiner Patienten zu erfüllen. Was nicht gefragt ist, ist seine Haltung diesen Patientenwünschen gegenüber. Es geht um eine reine Vertragsbeziehung, bei der Arzt als Person aussen vor bleibt. Was der Arzt hier anbieten soll, ist nicht mehr ein unverwechselbarer Dienst am Menschen, sondern die Lieferung eines Produktes, bei dem es primär um dessen Fehlerlosigkeit und um die Garantie des reibungslosen Funktionierens geht. In einem solchen Dienstleistungsdenken spielt es kaum mehr eine Rolle, ob die verfolgten Ziele gute und vertretbare Ziele sind. Der souveräne Kunde allein bestimmt über die Richtigkeit der Ziele. Hiermit wird die Medizin immer mehr zu einer wünscherfüllenden Tätigkeit, wie sie zum Beispiel in der ästhetischen Chirurgie sehr offen zu Tage tritt. Eine Medizin, die unreflektiert Wünsche erfüllt, bietet jedoch dem Menschen nur eine sehr eingeschränkte Hilfe an. Sie bestärkt ihn vielmehr in der Kurzsichtigkeit seiner aktuellen Begehrlichkeiten. In diesem Kundenmodell gerät die Medizin in eine Situation, in der oftmals die Zeit das Erste ist, was dem Effizienz- und Rentabilitätsdenken geopfert wird: die Zeit für das geduldige Abwarten und das Zulassen eines Reifungsprozesses, wo der Mensch nicht als Kunde, sondern als Patient, als Hilfe suchender Leidender betrachtet wird. Können wir uns jedoch von solchen Entwicklungen überhaupt abgrenzen?

Helfen nach Vorgaben

Die Kostenträger, also Krankenkassen sowie staatliche Institutionen, welche von einem Heer von Gesundheitsökonomern beraten und beeinflusst werden, folgen ebenso immer mehr dem Trend, die Medizin als Teil eines industriellen Unternehmens zu betrachten, das sich nach den Leitkategorien der Industrie und nicht nach Kriterien der Heilkunde orientiert. Spitäler bieten ihre Dienste auf Hochglanzbroschüren an, geben zunehmend finanzielle Ressourcen aus für Marketing und Kundenservice. Es stellt sich hier die Frage, wie viel von dem eigentlichen sozialen Gedanken der Medizin noch bewahrt werden kann und es ist vor diesem Hintergrund von zentraler ethischer Bedeutung,

darüber nachzudenken, wie sich die Medizin durch die ökonomische Infiltrierung nicht nur von außen, sondern vor allem auch von innen her verändert. Unter dem Diktat des Marktes werden die Abläufe in der Medizin zunehmend als Produktionsprozesse verstanden. Die ärztliche Handlung wird zum Produkt, das auf seine Qualitätskriterien abgeklopft werden muss. Damit verliert die ärztliche Handlung aber ihre Einzigartigkeit, sie wird etwas Austauschbares, etwas vom einzelnen Arzt Unabhängiges, Kontrollierbares, ja etwas Garantierbares. Das Resultat ist, analog zur Industrie, die Modularisierung und Standardisierung. Unter dem Marktsystem wird dem Handlungsaspekt ein enormer Wert beigemessen. Die Haltung, mit der die Handlung vollzogen wird, scheint irrelevant zu sein. Es lassen sich durchaus bestimmte ärztliche Tätigkeiten überprüfen, vergleichen, manchmal sogar messen. Aber man verliert dabei immer mehr aus dem Blick, dass sich das Behandeln von Menschen, stets innerhalb einer Begegnung vollzieht und nicht allein als Produkt einer Anwendung von Verfahren betrachtet werden kann. Auch geht die ärztliche Behandlung nicht darin auf, was getan wird. Vielmehr bemisst sich die Güte einer ärztlichen Handlung gerade danach, mit welcher persönlicher Einstellung und Motivation, mit welchem Geist sie vollzogen wird. Damit die soziale Identität als Grundelement der Medizin wieder erkennbar wird, muss die moderne Medizin nicht nur in die Optimierung der Abläufe in den Kliniken und Praxen investieren, sondern sie muss vor allem in die Grundhaltungen investieren. Wir haben es, zumindest in der westlichen Welt, weniger mit einer Krise der Ressourcen, sondern vielmehr mit einer Krise der Grundhaltungen zu tun. Eine Krise der Grundhaltungen bei den Patienten, die Gesundheitsleistungen als Konsumgüter betrachten. Und es ist auch eine Krise der Grundhaltungen der Ärzte. Sie müssen lernen, sich vom Paradigma des Anbieters wieder zu lösen und zu dem zurückkommen, was den Arztberuf eigentlich ausmacht. Was bedeutet dies für die konkrete Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ?

Die Arzt-Patient-Beziehung als Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung

In einem heute noch lesenswerten Artikel haben Linda und Ezekiel Emanuel bereits 1992 über verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung geschrieben. Ausgangspunkt war das Ringen um die Rolle des Patienten im medizinischen Entscheidungsprozess. Das Thema unserer Tagung ist nicht neu. Dieses Ringen, das oft als Konflikt zwischen den Wertvorstellungen des Patienten und den Wertvorstellungen des Arztes charakterisiert wird, berührt zentrale ethische und rechtliche Aspekte in Bezug auf die ärztlichen Pflichten. Es ist deshalb für die Medizin von grosser Bedeutung, sich immer wieder mit der Frage auseinanderzusetzen, wie eine möglichst ideale Arzt-Patient-Beziehung aussehen müsste. Ich möchte drei idealtypische Modelle der Arzt-Patient-Beziehung vorstellen :

Das informative Modell beschreibt ziemlich genau die Situation des souveränen Kunden. Es wird deshalb auch als Vertrags- oder Konsumentenmodell bezeichnet. Hier wird die Entscheidungsautonomie des Patienten betont. Nachdem der Arzt den Patienten über die medizinischen Sachverhalte informiert hat, wählt dieser selbstbestimmt und entsprechend seinen eigenen Wertvorstellungen die von ihm bevorzugte Behandlungsoption. Dieses Modell wird auch mit der Annahme begründet, Arzt und Patient seien sich hinsichtlich grundlegender Wertüberzeugungen fremd.

Demgegenüber akzentuiert **das paternalistische Modell**, das über Jahrhunderte das ärztliche Selbstverständnis prägte, die Fürsorgepflicht. Es wird auch Eltern- oder Priestermodell genannt. Das paternalistische Modell geht davon aus, dass es allgemein geteilte objektive Kriterien gibt, nach denen bestimmt werden kann, was das Beste ist. Als Fachperson ist demzufolge der Arzt befähigt zu beurteilen, was im besten Interesse des Patienten ist. Er entscheidet, welche Massnahmen das Wohl des Patienten am besten fördern. Der Patient seinerseits ordnet sich vertrauensvoll der Entscheidungsautorität des Arztes unter. Der Arzt handelt hier eher als Vormund des Patienten.

Im **deliberativen Modell** der Arzt-Patient-Beziehung wird der gemeinsame Entscheidungsprozess betont. Der Arzt informiert den Patienten über die in der aktuellen klinischen Situation möglichen Behandlungsziele. Er und der Patient überlegen gemeinsam, welche gesundheitlichen Ziele mit welchen Mitteln angestrebt werden können. Nach dem deliberativen Modell handelt der Arzt eher wie ein Lehrer oder Freund, der mit dem Patienten ein Gespräch über die beste Handlungsmöglichkeit führt. Der Patient soll im Gespräch dazu befähigt werden, nicht einfach vorbestehenden Wünschen unreflektiert zu folgen, sondern alternative gesundheitliche Zielsetzungen und deren Wert und Konsequenzen für die Behandlung zu erwägen. Die ärztliche Fürsorge besteht hier also darin, dem Patienten zu einer informierten, seinen Wertvorstellungen entsprechenden Entscheidung zu verhelfen. Aus ethischer Sicht ist diesem deliberativen Modell heute den Vorzug zu geben. Arzt und Patient sind hier auf einer gleichwertigen Ebene darum bemüht, ein gemeinsames Verständnis für die aktuelle Krankheitssituation zu entwickeln. Wenn dieser Prozess gelingt, so wird dies auch zu einem Behandlungsplan führen, bei dem Konflikte zwischen Fürsorgepflicht und Patientenselbstbestimmung vermieden werden können. Es versteht sich von selbst, dass in diesem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung an die Einwilligungsfähigkeit des Patienten hohe Ansprüche gestellt werden. Aber was macht die Einwilligung eines Patienten zu einer wirklich autonomen Handlung?

Wann ist die Einwilligung eines Patienten auch autonom ?

Was muss das ärztliche Gespräch alles voraussetzen, damit der Patient in die Lage versetzt wird, als Folge dieses Gesprächs selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln? In Anlehnung an die amerikanischen Ethiker Ruth Faden und Tom Beauchamp sind hierbei mindestens vier Voraussetzungen zu bedenken: die Urteilsfähigkeit, das Verstehen, die Freiwilligkeit sowie die Authentizität.

1. Urteilsfähigkeit (Kompetenz):

Die allererste Frage, die geklärt werden muss, berührt die Frage nach der Urteilsfähigkeit des Patienten. Ist der Patient fähig, die relevanten Informationen des Gesprächs aufzunehmen und zu verarbeiten? Urteilsfähigkeit liegt im Grunde nur dann vor, wenn der Patient die Konsequenzen seiner Entscheidung überblicken kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Urteilsfähigkeit keine kategoriale Grösse ist, die besteht oder nicht besteht. Vielmehr muss die Fähigkeit als eine graduelle betrachtet werden, die man in Abstufungen haben oder verlieren kann. So ist ein Patient mit Alzheimer-Demenz zu Beginn seiner Erkrankung vollkommen urteilsfähig. Diese Fähigkeit geht dann in langsamen Schritten verloren. Andererseits muss bedacht werden, dass die Urteilsfähigkeit immer nur in Bezug auf bestimmte Entscheidungen gilt. So kann ein Patient mit Alzheimer-Demenz, auch wenn er nicht mehr beurteilen kann, wozu die Medikamente gut sind, die er einnimmt, dennoch gut beurteilen, ob er lieber Tropfen haben möchte oder eine Tablette. Die Frage der Urteilsfähigkeit muss also immer in Bezug auf eine konkrete Massnahme gestellt werden.

2. Verstehen (Aufgeklärtheit)

Das Verstehen gehört zu den Kernvoraussetzungen einer selbstbestimmten Handlung. Aber was bedeutet „Verstehen“? Das Kriterium, an dem sich das Verstehen bemisst, ist nicht die Vollständigkeit der Information. Das Verstehen hängt vielmehr davon ab, inwiefern die Informationen angemessen und vor allem relevant sind. Während viele Ärzte dazu neigen, sich auf rein medizinische Informationen zu beschränken, betrachten viele Patienten ihre Erkrankung im Zusammenhang mit den Folgen, die diese für ihre Lebensumstände hat. Diese Aspekte und nicht nur die technischen Details müssen daher wesentliche Inhalte des Gesprächs im Entscheidungsprozess sein.

3. **Freiwilligkeit**

Die Entscheidung für einen Behandlungsplan darf nicht bloss durch äussere Einflüsse gesteuert sein. Diese können vielfältig sein und von handfesten ökonomischen Einflüssen bis hin zu psychologischer Beeinflussung reichen. Ein kritischer Grenzbereich ist bereits dort erreicht, wo das Gespräch auf Überredung setzt. Überreden heisst ja, dass die Bereitschaft sich auf Gegenargumente einzulassen fehlt, der Patient also nicht mehr gehört wird. Überreden muss deshalb als manipulativ angesehen werden. Können wir jemand im Gespräch jedoch überzeugen, dann bedeutet dies, dass mein Gegenüber freiwillig bereit ist meine Ansicht zu übernehmen. Mit guten Argumenten zu überzeugen gefährdet demzufolge keineswegs die Autonomie des Kranken. Es muss auch bedacht werden, dass von Freiwilligkeit nur gesprochen werden kann, wenn eine ausreichende Kenntnis der alternativen Handlungsmöglichkeiten gegeben ist. Freiwilligkeit hängt also eng zusammen mit der Aufgeklärtheit.

4. **Authentizität** (Wohlüberlegtheit)

Der Arzt muss sich im Rahmen der gemeinsamen Entscheidungsfindung auch vergewissern, ob die Zustimmung des Patienten im Einklang mit dessen Werten, Zielen und Haltungen steht, also authentisch und in diesem Sinne wohlüberlegt ist. Hierbei ist jedoch besondere Vorsicht geboten, da man Gefahr läuft, den Patienten erziehen oder gar bevormunden zu wollen. Andererseits kann nur durch Beachtung der Wohlüberlegtheit verhindert werden, dass ein Patient zu Entscheidungen kommt, die eindeutig seinem subjektiven Wertmassstab zuwiderlaufen. Als Beispiel wäre die irrationale Überschätzung akuter Belastungen wie Schmerzen zu nennen, die den Blick des Patienten auf seine Werte und Haltungen zumindest kurzfristig entscheidend trüben können.

Die Respektierung der Autonomie des Kranken ist als grundlegende Maxime ärztlichen Handelns heute nicht nur aus rechtlicher, sondern vielmehr auch aus ethischer Sicht unbestritten. Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen jedoch, dass dies eine herausfordernde Angelegenheit ist, die nur in einer authentischen Beziehung zwischen Arzt und Patient verwirklicht werden kann.

Für eine Medizin der Zuwendung

In der modernen Medizin scheint man jedoch zunehmend zu vergessen, dass sich jede Behandlung letztlich innerhalb einer Begegnung von Menschen vollzieht, die einmalig ist und sich der Standardisierung entzieht. Heilung ist in einem wesentlichen Sinne als Resultat einer solchen Begegnung zu verstehen. An Gedanken des Medizinethikers Giovanni Maio orientierend, möchte ich mich für eine „Medizin der Zuwendung“ einsetzen. Zuwendung bedeutet, als Person einer anderen Person gegenüberzutreten und sich für sie in einer authentischen Weise zu interessieren und einzusetzen. Eine grosse Herausforderung ist hierbei die Tatsache, dass der Arzt in der Beziehung zum Patient immer in einer Doppelrolle steht. Einerseits ist er durchaus als professioneller Helfer und fachmännischer Experte gefragt, andererseits wird er diese Rolle nicht gut erfüllen können, wenn er sich nicht zugleich als Mensch in dieser Begegnung versteht. Technik ist unverzichtbar, aber sie bedarf der Beziehung um wirklich zu greifen. Die Beziehung steht also nicht als Ersatz für die Technik, sondern als Voraussetzung für deren Erfolg. Je vertrauenswürdiger, je verständnisvoller, je empathischer eine Ärztin oder ein Arzt empfunden werden, desto mehr wird die technische Anwendung ihre Wirkung entfalten. Nur über diese verstehende Zuwendung wird dem hilfeschenden Menschen hinreichend verdeutlicht, dass er uns wichtig ist und dass das, was er fühlt und denkt als bedeutsam anerkannt wird. Es ist eine Haltung des Beistandes, die im kranken Menschen ein Gefühl der heilsamen Selbstachtung aufkommen lässt. Und dies ist der eigentliche Wirkfaktor einer Medizin der Zuwendung.

Ist die ärztliche Fürsorge ein Auslaufmodell im Zeitalter des autonomen Patienten? Ich hoffe, dass meine Ausführungen deutlich machen konnten, dass diese Frage mit einem entschiedenen „Nein“ zu beantworten ist. Die ärztliche Fürsorge hat sich jedoch im Laufe der Zeit stark gewandelt und ist in der Postmoderne deutlich komplexer geworden, in der Mensch die Freiheit hat jedes beliebige Ziel zu verfolgen, dabei jedoch immer unsicherer wird, welche Ziele es wert sind, verfolgt zu werden. Als Ärzte sind wir weiterhin berufen, uns um das Wohl des Patienten zu kümmern. Unter dem Wohl des Patienten ist heute jedoch zu verstehen, diesen auf dem Weg zu einer freien, wirklich autonomen Entscheidung für oder gegen medizinische Handlungen zu begleiten. Eine Medizin der Zuwendung, eine Haltung des Beistandes, ist ohne diesen Aspekt der Fürsorge nicht denkbar.

Am Schluss meines Vortrages beschleicht mich das ungute Gefühl, dass dies alles für Sie ja selbstverständlich ist, dass ich den falschen Vortrag vor dem richtigen Publikum gehalten habe. Denn die von Paul Tournier geprägte *Médecine de la Personne* ist ja eine Medizin der Zuwendung. Ist Giovanni Maio und mit ihm auch ich auf Umwegen zu dem gekommen, was für Paul Tournier schon immer ein zentrales Anliegen war? Nun, falls dieser Vortrag für Sie nur lauter Selbstverständlichkeiten wiederholte, so kann ich mich wenigstens damit trösten, dass es die Wiederholung ist, die uns darin unterstützt, zu Meister zu werden. Und wenn ich einen kleinen Teil dazu beitragen konnte, dass sie ermutigt wurden, ihre Meisterschaft in ärztlicher Fürsorge in die moderne Medizin zu tragen, so haben sich diese Wiederholungen gelohnt.