

Vortrag zur öffentlichen Dialogveranstaltung der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ in Jena zum Thema:

„Chancen und Risiken der Patientenautonomie“ \*)

\*) Dem vorgegebenen Thema und den Zitaten folgend, behalte ich die männliche Form „Patienten“ und „Ärzte“ bei, beziehe aber Patientinnen und Ärztinnen immer ein)

Kaum ein Thema ist im letzten Jahrzehnt so vehement diskutiert worden, wie das der Patientenautonomie, wir sehen es an der Fülle der nationalen und internationalen Deklarationen zu Patientenrechten. (1) Die Überwindung eines autoritären Arztverhaltens war geschichtlich notwendig; sie wurde politisch begleitet von der Selbsthilfe-Bewegung und ethisch vielfach kritisch in der Diskussion über einen starken oder schwachen „Paternalismus“ beleuchtet. (2)

Es ist bekannt, dass in den vergangenen Jahren das ärztliche Traditionsprinzip „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz“ abgelöst wurde von dem Prinzip „Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz“.

Meine Aufgabe sehe ich nicht darin, zu den vielen Vorschlägen über eine Steigerung der Patientenautonomie noch einige hinzuzufügen, sondern – wie man so sagt, das Thema „gegen den Strich zu bürsten“, d.h. zu hinterfragen, wo sich die „Chance“ der Patientenautonomie als eine Illusion erweist und anstatt der Autonomie das Risiko der Verwahrlosung besteht.

Im folgenden möchte ich zuerst ein Beispiel für illusionäre Vorstellungen von Patientenautonomie nennen, danach ein zweites zu den Risiken anführen und zum Schluss auf Lösungsangebote eingehen.

Von der vorgeburtlichen Untersuchung bis zum Ende des Lebens ließen sich viele Beispiele anführen, die alle eine Grundkonsequenz haben: den berechtigten Wunsch, eigenverantwortlich, und nicht fremdbestimmt durch den Arzt, den eigenen Lebensprozess bestimmen zu können. In der Praxis entsteht aber – wesentlich mit beeinflusst durch den Willen der Patienten – eine neue Abhängigkeit.

Als ein Beispiel zu dieser Problematik soll die Entwicklung der Pränataldiagnostik (PD) dienen.

Irmgard Nippert hat dieses Thema auf dem Wissenschaftlichen Symposium im Mai letzten Jahres zur „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ u.a. im Zusammenhang mit Fragen der Patientenaufklärung behandelt. Ihre Ergebnisse stimmen mit vielen anderen Untersuchungen überein, die der Enquete-Kommission zugingen. (3)

Bei der Einführung der PD bestand Übereinstimmung, dass sie keine Routineuntersuchung in der Schwangerschaftsvorsorge werden sollte. Eine ausführliche, ergebnisoffene, nicht-direktive Beratung der Schwangeren *vor*

der PD sollte „die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und die Entscheidungsautonomie der Schwangeren“ gewährleisten. (4)

In der Praxis entstand das Gegenteil: durch die Einführung der Ultraschall- und Blutuntersuchung (Triple-Test) hat sich ein Routineverfahren herausgebildet. (5)

Ich verweise auf folgende Aussagen von Frau Nippert: „Dies geschah oft zu Lasten der getesteten Frauen. ... Die Durchführung des Testes erfolgte häufig ohne das Wissen und die Zustimmung der Frauen. Mangelhafte Handhabung des Tests und Ignoranz der Anbieter im Umgang mit Risikoziffern erzeugten eine Fülle von falsch-positiven Testergebnissen (Testergebnisse zeigten ein Risiko an, das nicht gegeben war). Diese Testergebnisse beunruhigten wiederum die Schwangeren derartig, dass eine Kaskade von anderen Untersuchungen (Spezialultraschall), Wiederholungsuntersuchungen, insbesondere aber die invasive PD zur endgültigen Abklärung des Befundes, ausgelöst wurde.“ (7)

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass das Zusammentreffen von bestimmten Interessen der Schwangeren und der Ärzte aus einer Chance der freien und selbstbestimmten Entscheidung eine Illusion machen, an deren Ende ein erhebliches Gesundheitsrisiko der Frauen herauskommt. Und genau das ist übrigens die Sorge, dass sich dieser Vorgang bei der Präimplantationsdiagnostik wiederholen kann.

In meinem zweiten Beispiel möchte ich auf eine allgemeine Erfahrung verweisen, die insbesondere in der Suchttherapie eine Rolle spielt.

Wenn wir Selbstbestimmtheit mit Unabhängigkeit und Eigenverantwortung verbinden, so wissen wir doch auch, dass nicht nur Egoismus und Selbstherrlichkeit, sondern auch ein Eigensinn sich bilden kann, der zur Selbstabschottung und zum Abbruch bestimmter sozialer Beziehungen führen kann. Das kennen wir von den Straßenkindern, die es zu Hause nicht mehr aushielten, von den Greisen, die sich bevormundet fühlen und Hilfen abweisen, insbesondere aber von Suchtkranken. Jeder „strenge Paternalismus“ erweist sich hier als wirkungslos und kontraproduktiv.

Wenn aber die in Anspruch genommene Selbstbestimmtheit in das Alleingelassen-Sein und schließlich in die Verwahrlosung umschlägt, was dann? Extreme Anhänger der Autonomie (bisher nur in mündlicher Diskussion erlebt) vertreten die Auffassung, es verbiete sich die Einmischung; denn es gäbe auch ein „Menschenrecht auf Verwahrlosung“.

Mir scheint, dass dieses Autonomieverständnis das Grundprinzip der Mitmenschlichkeit ignoriert.

Fürsorge, Zuwendung, kann umschlagen in Bevormundung und Entmündigung.

Selbstbestimmtheit kann umschlagen in Alleingelassensein und Verwahrlosung. (7)

Seitdem in den letzten zwei Jahrzehnten diese Problematik diskutiert wird und insbesondere von Ärzten erwartet wird, dass sie mit den Patienten nicht als Objekt, nicht als „die Fraktur auf Zimmer 7“ oder „das Ulcus auf Zimmer 2“,

sondern als Mensch mit seiner Würde umgehen, werden die verschiedensten Wege diskutiert.

Damit komme ich zu den Lösungsvorschlägen.

In dem von mir 1986 herausgegebenen Buch „Ethik in der Medizin“ habe ich die Forderung formuliert:

„Erstens muß sich das medizinische Denken unserer Zeit in völlig neuer Weise – bei Vervollkommnung der objektiven Untersuchungsmethoden – der Subjektivität des Patienten zuwenden und muß ihr wirkliches Wesen zu ergründen suchen; zweitens kann das Wohl und Interesse des Patienten nicht subjektivistisch und auch nicht rein emotional, sondern muß primär wissenschaftlich bestimmt werden.“ (8)

Mir schien das Bemühen, das Wohl des Patienten mit dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ zu ergründen, ein unzureichendes Herangehen. In vielen Situationen können chronisch Kranke nicht „zufrieden“ sein. Das gilt insbesondere bei einer infausten Prognose, von der die Patienten selbst überzeugt sind, was auch immer die Sicherheit oder Unsicherheit einer solchen Prognose ausmacht.

Mein Vorschlag in dem Buch zielt darauf, in der Arzt-Patient-Beziehung „Geborgenheit und Wahrhaftigkeit“ zu realisieren. Geborgenheit darf die Patientenautonomie nicht ignorieren, aber sie soll im wahrhaftigen Dialog um das Wohl des Patienten erreicht werden. Geborgenheit bietet Schutz ohne Aufgabe der Persönlichkeitsrechte.

In neuerer Zeit hat Klaus Dörner in seinem Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung „Der gute Arzt“ das Thema diskutiert und gefragt, ob der Gedanke von der „partnerschaftlichen“ Arzt-Patient-Beziehung ein tragfähiges Modell sei. Es gelte in der Öffentlichkeit geradezu als Ideal „auch im Umgang mit ernsteren und längerfristigen Erkrankungen“. (9) Aber in der Praxis werde beklagt, „dass die Patienten und noch mehr die Ärzte zumeist nicht fähig oder bereit seien, sich auf ein solches System einzulassen.“ (10)

Das Beteuern des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ändere nichts an dem realen Vorsprung an Wissen und Macht des Arztes und bleibe formal und rhetorisch. Aus den gleichen Gründen hält auch der Schweizer Theologe und Medizinethiker Alberto Bondolfi den „Egalitarismus im Verhältnis Arzt-Patient weder möglich noch immer wünschenswert.“ (11)

Dörner zieht aus dem Wissensunterschied und der Definitionsmacht des Arztes die Schlussfolgerung, dass nicht nur gemeinsame, sondern auch unterschiedliche Interessen vorhanden sind. Denn „... Krankheit nämlich, sofern sie nur einigermaßen ernst zu nehmen ist, bedeutet immer eine existentielle Verunsicherung, Todesangst, Selbstbezogenheit, Krise und Kränkung, ...“ (12) In dieser Situation, die Dörner provozierend eine „gegnerschaftliche Haltung der Arzt-Patient-Beziehung“ (13) nennt, könnte der Patient kritiklos und fast um jeden Preis das Angebot des Arztes annehmen. Der Gefahr, in die hier ein Arzt geraten kann, könnte nach Dörners Meinung durch eine ärztliche Haltung begegnet werden, die er die „Haltung vom Anspruch des Anderen her“ nennt und die für ihn eine ärztliche Grundhaltung sein soll.

„Diese Haltung ist nicht mehr beschützend, partnerschaftlich oder gegnerschaftlich, sondern in ihr setze ich mich dem Anderen aus, ohne die Chance einer Rückkehr zu mir, ...“ (14) Es ist die in Dörners Buch von dem Philosophen Emmanuel Levinas ausgehende ärztliche Grundhaltung, von der Dörner sagt: „Kein Mensch kann sie dauerhaft leben, realisieren; aber ich als Arzt vom Anderen her habe ihr ständig vorübergehend auf der Spur zu sein.“ (15)

Dies sei meine Konsequenz aus dem Gesagten: Die Chancen und Risiken der Patientenautonomie müssen von Grund auf neu durchdacht werden.

Es gilt, illusionäre Vorstellungen von der Selbstbestimmtheit kritisch zu hinterfragen, zu verhindern, dass über die Eigenverantwortung Gesundheit und Krankheit zum bloßen Kostenfaktor mutieren, dass im Bestreben, die Patientenautonomie zu stärken, die Verrechtlichung überhand nimmt und am Ende das Risiko der Gesundheitsschädigung bis zur Selbstzerstörung steht. Selbstbestimmtheit ist ein unverzichtbares Menschenrecht, das ohne Mitmenschlichkeit und Geborgenheit in der Arzt-Patient-Beziehung nicht realisierbar ist.

#### Literatur:

- 1 Rechtsgutachten „Ansätze für eine Stärkung der Patientenrechte im deutschen Recht – Bestandsaufnahme und Handlungsperspektiven“ erstellt im Auftrag der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin durch Prof. Dr. Gerfried Fischer, Prof. Dr. Winfried Kluth und Prof. Dr. Hans Lilie (Halle(Saale) 2001
- 2 Selbstbestimmung in der Offensive: Frauenbewegung, Selbsthilfe, Patientenrechte. Hrsg. Von Birgit Kerstan und Helga Wilde. Verlagsgesellschaft Gesundheit Berlin-West 1981 (Dokumentation des Gesundheitstages Berlin; Bd.5)  
Bierich, Jürgen, R. (Hrsg.): Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Attempto Verlag Tübingen 1992; Bauer, Axel W. (Hrsg.): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Johann Ambrosius Barth Verlag Heidelberg Leipzig 1998; Luther, Ernst: „Paternalismus“ und „informed consent“ – ethische Konzepte in der medizinischen Ethik. In: Ethik in der Medizin und Biotechnologie. (Hrsg.) Viola Schubert-Lehnhardt. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Halle 1991
- 3 Nippert, Irmgard: Was kann aus der bisherigen Entwicklung der Pränataldiagnostik für die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Einführung neuer Verfahren wie der Präimplantationsdiagnostik gelernt werden? In: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Band 132 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 2001
- 4 Ebenda, S. 294
- 5 Ebenda, S. 295; vgl. auch Michael Wunder: Pränatale Diagnostik und der Mensch nach Maß. (Ausschnitt aus einem Vortrag auf einer Tagung des Deutschen Hebammenverbandes, Rendsburg, 9/1999, Manuskript)
- 6 Nippert, a.a.O., S. 296f.
- 7 Luther, Ernst: Fürsorge gegen Selbstbestimmtheit. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, H. 5,(46),1993
- 8 Luther, Ernst (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Verlag Volk und Gesundheit Berlin 1986, S. 63
- 9 Dörner, Klaus: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung Schattauer Verlag Stuttgart New York 2001, S. 72
- 10 Ebenda, S. 73

- 11 Bondolfi, Alberto: Ethisch denken und moralisch handeln in der Medizin. Anstösse zur Verständigung. Pano Verlag Zürich 2000 , S. 33
- 12 Dörner, a.a.O., ebenda, S. 74
- 13 Ebenda, S. 73
- 14 Ebenda, S. 75
- 15 Ebenda, S. 76