

„Heilsame Therapiezieländerung?“

Vortrag anlässlich der 17. Hospizenquete „Grenzen(los)“

Die Medizin des 20. Jahrhunderts war geprägt von den großen Entdeckungen sowie technologischen und pharmazeutischen Innovationen. Zugleich konnte statistisch nachgewiesen werden, dass in den letzten Jahrzehnten bis zur Gegenwart immer mehr Menschen, insbesondere ältere zwischen 70 und 90 Jahren, unter einer zunehmenden Multimorbidität leiden. Die Zahl jener Patienten¹, die unter vier bis fünf diagnostisch verifizierten Erkrankungen litten und leiden, hat deutlich zugenommen.

Stand ursprünglich die Therapie unter dem Aspekt, dass die Medizin überhaupt eine Handlungsmöglichkeit hatte, so wurde mit Erweiterung der Möglichkeiten und zunehmendem Erkrankungsstatus der Menschen die Frage der Sinnhaftigkeit eines therapeutischen Handelns in den Raum gestellt.

Die damit zunächst verbundenen Begriffe wie „Therapieabbruch“, „Therapieverzicht“ oder „Therapiereduktion“ waren die ersten Ansatzpunkte, die eine grundsätzlich mögliche Ausschöpfung medizintechnischer und pharmakologischer Möglichkeiten mit der Frage der Sinnhaftigkeit verbanden. Da die genannten Begriffe mit zahlreichen negativen Konnotationen versehen waren und sind, ist es wenig verwunderlich, dass seitens der Medizinethik darauf gedrängt wurde, stattdessen von „Therapiezieländerungen“ zu sprechen.

Dies wirft allerdings die Frage auf, inwieweit dem Thema des Vortrags gemäß – eine Therapiezieländerung überhaupt den Charakter von Heilsamkeit beanspruchen könne. Verbindet man diese Begriffe doch vorwiegend mit der logischen Konsequenz, dass am Ende dieses Prozesses der Tod des Patienten stünde.

¹ Geschlechtsspezifische Termini sind zur leichteren Lesbarkeit nur einfach angeführt. Das jeweils andere Geschlecht ist dabei mitgemeint!

Will man sich dem Begriff einer „heilsamen Therapiezieländerung“ nähern, so muss man zur Verdeutlichung auf das typische Brückenbild mit den zwei Pfeilern „Indikation“ und „Selbstbestimmung“ (Autonomie) zurückgreifen, auf denen die Therapiebrücke ruht.

Dabei zeigte sich bereits bei dem Indikationsbegriff, dass sich dieser in zwei Anteile aufschließen lässt. Der medizinischen Vorhersage hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung (als „medizinische Indikation“) steht die wertende Aussage gegenüber, inwieweit diese Behandlung einen Nutzen für den konkreten Patienten darstelle („ärztliche“ Indikation).

Bereits in diesem zweiten Aspekt leuchtet der Umstand auf, dass sich die Frage der Sinnhaftigkeit einer Therapie nicht bloß aus dem medizinischen Können ableiten lässt (und notwendigerweise auch aus der Zustimmung des Patienten!), sondern die bedeutsamere Aufgabe darin liegt, den Handlungsnutzen für den Patienten als „Wertung“ auszuloten- und dies im Idealfall in gemeinsamen Überlegungen mit dem therapeutischen Team und dem Patienten!

Ähnliche Gedanken gelten naturgemäß der Therapie selbst. Auch diese kann im Laufe ihres prozesshaften Charakters Dimensionen annehmen, in denen Belastung und Kraft des Patienten ebenso limitierend wirken, wie auch Erkenntnisse im Lauf des Therapieprozesses entstehen, die zu einem Stillstand, ja möglicherweise auch zu einer Umkehr anregen.

Die zweite Säule der Grundlage des therapeutischen Handelns, nämlich die Selbstbestimmung, wurde als Recht und Vermögen des Patienten beschrieben, selbstständig zu entscheiden, was mit ihm geschehen soll. Dabei beruht die autonome Entscheidung auf drei wesentlichen Säulen. Erstens der Wertorientierung der betreffenden Person. Zweitens einer adäquaten Information, die zu einem „Verstehens“-Prozess führen soll, in welchem der Patient das in der Aufklärung Begriffene in seinen persönlichen Lebenskontext einzubetten vermag. Schließlich soll - als dritte Säule - auch die möglichst weitgehende Freiheit von äußeren und inneren Nötigungen angestrebt werden. (Dies abseits der unumgänglich existenten Nötigung durch die Krankheitssituation selbst und beispielsweise die dadurch entstehenden Defizite des sozialen Beziehungsgefüges).

Die Autonomie, wie sie sich im kontinentaleuropäischen Raum auf dem Boden von Immanuel Kant präsentiert, wird dabei als „Schutzrecht“ angesehen. Der Patient hat das Recht alle an ihn herangetragenen Therapieoptionen abzulehnen, selbst wenn dies mit einem weiteren Überleben nicht vereinbar ist, sofern er in Kenntnis der Folgen dieser Entscheidung klar, frei und ungenötigt und trifft. Die Autonomie als Schutzrecht bildet sich – im Gegensatz zum deutschen Strafrecht – auch im österreichischen Strafrecht ab. Dabei wird in §110 StGb die „eigenmächtige Heilbehandlung“ selbst dann sanktionierbar, wenn die Handlung korrekt, lege artis und erfolgreich durchgeführt wurde, der Patient jedoch zu diesen Handlungen keine Zustimmung erteilt oder gar eine Ablehnung formuliert hat.

Dieses letztlich einfache Brückenkonzept bildet gewissermaßen das ethische Grundverständnis der Medizin ab jenem Augenblick ab, ab welchem die (späte) Erkenntnis der Selbstbestimmung des Patienten maßgeblich wurde und das „Können“ der Medizin nicht mehr als einziger Maßstab des Handelns herangezogen werden konnte.

Paradigmenwechsel

Nun aber, im 21. Jahrhundert findet, ausgehend vom Spannungsfeld zwischen sich zunehmend entfaltender Therapieoptionen und der Multimorbidität des Patienten ein Paradigmenwechsel statt, welcher sich mit drei wesentlichen Begriffen beschreiben lässt.

Erstens der sogenannten „bedingten Gesundheit als Ausdruck gelebter Selbstbestimmung“, zweitens dem Begriff der „mittelbaren Therapieziele“ und drittens der „Mehrdimensionalität eines umfassenden Lebensqualitätsbegriffs“.

Bedingte Gesundheit

Ausgehend von dem Umstand, dass angesichts chronischer Erkrankungen und Multimorbidität der ursprünglich von der WHO begründete Gesundheitsbegriff nicht mehr als Zielgröße des therapeutischen Handelns herangezogen werden konnte, musste die grundsätzliche Frage aufgeworfen werden, wie sich beispielsweise angesichts chronischer Erkrankungen ein ähnliches Äquivalent zur Gesundheit beschreiben ließe. Dies ist dem Medizinsoziologen Johannes Siegrist zu verdanken, der Ende der 1990er Jahre den Begriff der "bedingten Gesundheit" prägte.

Gesundheit wird dabei als die Fähigkeit beschrieben „unter Belastungen und Beschränkungen relativ selbstbestimmt zu leben.“

Aus diesem „bedingten“ Gesundheitsbegriff lassen sich mehrere Aspekte entwickeln, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Therapie aufweisen.

Erstens wird der Begriff „Gesundheit“ selbst umfassender, indem die Selbstbestimmung an sich zu einem Teil der Gesundheitsdefinition wird.

Zweitens erweitert sich der daraus resultierende Therapiebegriff. Denn alle Handlungen, die dem Patienten helfen „unter Belastungen und Beschränkungen“ einen Zuwachs an Selbstbestimmung oder autonomer Lebensgestaltung zu gewinnen, tragen damit in sich therapeutische Züge.

Drittens schließlich wird auch der Kreis jener, die therapeutisch tätig sind, erweitert. Denn jeder, der im Rahmen eines kommunikativen Aktes einen Beitrag zur bedingten Gesundheit zu leisten vermag, leistet dann Therapie im wahrsten Sinn des Wortes und kann heilsam wirken.

So kann beispielsweise ein Gespräch mit Angehörigen, in dem das Widerfahrene in den Lebenskontext eingeordnet und ein Konzept zur Bewältigung der (therapeutisch nicht

beeinflussbaren) Belastungen entwickelt wird, einen unschätzbaren Beitrag zur „bedingten Gesundheit“ leisten.

Dementsprechend kann auch das mitunter noch vorherrschende medizinische Verständnis, wonach etwa Handlungen grundsätzlich wertvoller und vordringlicher seien als die Kommunikation, nicht aufrechterhalten werden! Im Gegenteil: In dem Maß, in dem der Fokus bloß auf naturwissenschaftlich korrektes Handeln gelegt wird und der Mensch in seiner Gesamtheit im Laufe des therapeutischen Prozesses ausgeblendet wird, wird diese betreffende Person dies als „weniger heilsam“ erleben, als es aufgrund der naturwissenschaftlichen Handlungen möglich gewesen wäre (Typische Aussage von Patientinnen und Patienten: „Operiert haben sie mich gut, aber als Menschen haben sie mich nicht wahrgenommen!“).

Des Weiteren ist einsichtig, dass die „bedingte Gesundheit“ keine externe diagnostische Zuschreibung mit einer gewissen Statik darstellt, sondern die je eigene, individuelle Einschätzung des Patienten, die mitunter auch innerhalb von Stunden unterschiedliche persönliche Bewertungen erfährt.

Mittelbarer Therapieziele

Zusätzlich zur „bedingten Gesundheit“ als Ausdruck gelebter Selbstbestimmung sind weiters die „mittelbaren Therapieziele“ in den Blick zu rücken.

Auch in diesem Zusammenhang darf nochmals an das Brückenbild erinnert werden. Bei gegebener Indikation und Zustimmung des Patienten läge das unmittelbare Therapieziel am „Ende der Brücke“ im Sinne einer in sich gelungenen therapeutischen Handlung. Dieses Verständnis beherrschte die Medizin aufgrund der Erkenntnis des „Könnens“ im 20. Jahrhundert, ließ aber immerhin bei aufgeschlossenen Ärztinnen und Ärzten zumindest die Frage nach der Lebensqualität im Rahmen des Therapieverfahrens zu.

Das Erreichen des unmittelbaren Therapieziels stellt jedoch im 21. Jahrhundert nicht mehr die eigentliche Herausforderung dar. Vielmehr besteht im Wissen um das grundsätzlich mögliche „Können“ die Frage nach den „mittelbaren Therapiezielen“, also der Weiterung des therapeutischen Blicks auf die Zeit „nach“ dem Therapieschritt. Zeichnet sich – ohne prophetische Gabe sondern nur in realistischer Einsicht – nach dem Therapieschritt ein weiterer als individuell sinnvoller und vor allem heilsam begehbarer Weg für den Patienten ab? Oder wird mit dem bloßen „Befahren der Brücke“ (der unmittelbaren Therapieoption) schon selbstgenügsam eine erfolgreiche Therapie proklamiert, wohingegen dem nachfolgenden weiteren Weg keine Beachtung geschenkt wird? Aus medizinethischer Sicht zählt es jedenfalls im 21. Jahrhundert zu den wesentlichen, moralisch begründbaren ärztlichen Aufgaben, nicht nur die unmittelbaren sondern insbesondere die

mittelbaren Therapieziele in das geplante Handeln einzubeziehen. Ja, mehr noch: Jenen mittelbaren Therapiezielen ist – nochmals betont: in realistischer Einschätzung – so viel Bedeutung beizumessen, dass dadurch auch möglicherweise sinnvolle unmittelbare Therapieziele zur Disposition stehen können! Wenn keine realistischen mittelbaren Therapieziele gefunden werden können, kann es notwendig oder sogar geboten sein, eine therapeutische Handlung trotz eines unmittelbaren Therapieziels zu unterlassen.

In diesen mittelbaren Therapiezielen verdeutlicht sich die Zielgröße der „Lebensqualität nach dem Therapieschritt“.

Lebensqualität

Damit ist der dritte Aspekt des paradigmatischen Wechsels angesprochen. Dabei muss bedacht werden, dass der Begriff „Lebensqualität“ zwar schon lange in den medizinischen Argumentationen Einzug gehalten hat, dieser jedoch zumeist in einer gewissermaßen „hermetischen“ Weise verwendet wird. Da dies leicht – und oft unbeabsichtigt – mit einer implizit mitgedachten *Lebensbewertung* einhergeht, muss der Begriff konkreter gedacht und entfaltet werden.

Es ist dem Onkologen David. A. Karnofsky zu verdanken, dass er darauf verwiesen hat, dass die Lebensqualität in vier Dimensionen, nämlich der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen betrachtet werden muss. Die spirituelle Dimension muss dabei keine Transzendenzgebundenheit aufweisen. In ihrer säkularen Darstellung lässt sie sich in etwa mit der „Sinnfrage“ nach Viktor Frankl beschreiben. Ähnlich wie bei der „Bedingten Gesundheit“ ist die Einschätzung der Lebensqualität weniger eine extraindividuelle durch das therapeutische Team, geschweige denn eine problematische interindividuelle im Sinne statistischer Verrechnungsweisen persönlicher Lebensqualitätseinschätzungen. Vielmehr stellen die individuelle Einschätzung in den Dimensionen und auch die unterschiedlichen Gewichtungen dieser Akte der Selbstbestimmung des Patienten dar. Dementsprechend kann die individuelle Lebensqualitätsbeschreibung als Kehrseite der bedingten Gesundheit aufgefasst werden.

Heilsame Therapiezieländerung

Sind die drei paradigmatischen Grundaspekte für eine medizinisch erfolgreiche und darüber hinaus auch „heilsam“ wirkende Therapie akzeptiert, lässt sich plausibel begründen, worin eine „heilsame Therapiezieländerung“ liegen kann. Sie ist jedenfalls dann gegeben, wenn nach einer Nachjustierung therapeutischer Vorhaben aufgrund dieser Grundaspekte der Patient sich selbst als „bedingt gesund“ erfährt, obschon Belastungen und Beschränkungen nicht völlig oder nur minimal verringert werden konnten. Sie ist gegeben, wenn in der Güterabwägung zwischen Indikation

aufgrund eines unmittelbaren Therapieziels und mittelbaren Therapiezielen sowie persönlicher Lebensqualitätseinschätzung eine Entscheidung zugunsten der Sicherung einer adäquaten „bedingten Gesundheit“ getroffen wird. Und sie verdeutlicht sich, wenn auf therapeutische Möglichkeiten (mit Ausnahme von palliativmedizinischer Maßnahmen!) bei Einschätzung des völligen Fehlens mittelbarer Therapieziele verzichtet wird.

Hinderungsgründe

Welche Aspekte verhindern nun typischerweise diese vorgeschlagene Harmonisierung therapeutischer Konzepte auf Basis des Paradigmenwechsels?

Dazu zählt etwa die „Indikations-Bewertung“ aus unterschiedlichen Fach-Blickwinkeln, die eine Gesamtschau erschweren. Dazu zählt weiters der Umstand, dass „Können“ als „normative Kraft des Faktischen“ immer noch einen – oft unreflektiert – hervorgehobenen Stellenwert besitzt. Dazu zählen aber insbesondere auch die Unkenntnis der Rechtslagen und die sogenannte defensivmedizinische Haltung.

Die auch in Studien nachgewiesene Unkenntnis der Rechtslage insbesondere bezüglich möglicher „Sterbehilfe-Aspekte“ lässt es oftmals nicht zu, dass bei Fehlen mittelbarer Ziele aber auch potenziell unangemessener Therapiehandlungen auf ein medizinisches Vorgehen verzichtet wird. Schon allein die Möglichkeit eines konsekutiven Todes scheint irrtümlicherweise mit einer Form von Sterbehilfe bezeichnet werden zu können, die – abgesehen von der Unkenntnis der Unterscheidungen - als moralisch fragwürdig und rechtlich gefährlich eingeschätzt wird.

Es gilt einmal mehr die klare Botschaft zu vermitteln: Wenn eine Indikation fehlt oder die klare Ablehnung des Patienten in Würdigung der Folgen besteht, ist auch die Garantenpflicht des Arztes begrenzt. Mit anderen Worten: Sowohl die klare Therapieablehnung des Patienten, der sich dabei ja auf seine Autonomie als Schutzrecht bezieht, als auch der Wegfall der Indikation, der den Arzt seiner Garantenpflicht enthebt, mögen zwar im Tod des Patienten münden, haben jedoch keinen Bezug zu jeglicher Art von Sterbehilfe!

In der defensivmedizinischen Haltung, die einer heilsamen Therapiezieländerung entgegenstehen kann, liegt der Fokus auf der eigenen ärztlichen Absicherung. In dem Intentionswechsel vom „Heilsdenken“ zum „Sicherheitsdenken“ ändert sich das ärztliche Grundverständnis. Zur eigenen Sicherheit wird der Patient zum Objekt der ärztlichen Absicherung.

Förderung der „heilsamen Therapiezieländerung“

Wie können der Paradigmenwechsel gelingen und damit gemeinsam heilsame Therapiezieländerungen angedacht und durchgeführt werden?

Neben der persönlichen Haltung, die eine Aufgeschlossenheit gegenüber diesen moralisch relevanten Aspekten erfordert, können auch die jeweils bereits jetzt etablierten oder in Etablierung begriffenen Klinischen Ethikkomitees der Institutionen beziehungsweise eine gut moderierte Ethikberatung zur Entscheidungsfindung beitragen.

Ethikberatung, die insbesondere auf Basis der vier mittleren medizinethischen Prinzipien erfolgt, stellt dabei einen Dienst der Moderation und Reflexion dar. In multidisziplinärem Rahmen kann - moderiert - nach diskursethischen Kriterien eine argumentative Abwägung zwischen einzelnen Optionen im Hinblick auf die Möglichkeiten bei der individuellen Person, ihrer aufzuzeigenden mittelbaren Therapieziele und der Förderung der bedingten Gesundheit erfolgen. Damit kann ein gemeinsamer Weg des therapeutischen Handelns erarbeitet werden. Der Dienst der Ethikberatung beruht dabei auf der Hilfe zur Darlegung der Argumente, keinesfalls aber fungiert sie als „moralischer Schiedsrichter“: Die Freiheit der Entscheidung und die Verantwortung dessen, der sich mit dem Patienten in therapeutischer Beziehung befindet, bleibt dabei unangetastet!

Wer diese Konzepte in seine therapeutischen Entscheidungen einbindet und darauf aufbauend „heilsame Therapiezieländerungen“ vornimmt, wird feststellen, dass die bedingte Gesundheit des Patienten sich in der ganzen Bandbreite des Lebens fördern und bewahren lässt, sei es, dass der Patient noch die Zeit für ein belastungsarmes friedliches selbstbestimmtes Leben genießen kann, sei es, dass er ebenso „bedingt gesund“ seine letzte Lebensstrecke zum Tod beschreitet.

Alle Mitglieder der Gesundheitsberufe, die bereit sind, in Ruhe – ohne Anlassfall - diese Aspekte zu bedenken und die „bedingte Gesundheit“ der Patienten sowie die „mittelbaren Therapieziele“ einschließlich der individuellen Lebensqualität in die Mitte aller ihrer Überlegungen zu stellen, werden im wahrsten Sinn des Wortes „heilsam“ handeln und „heilsam“ sein.

Dr. Michael Peintinger

© IMEG - Dr. Michael Peintinger 2018
Urheberrechtlich geschützt.
Verbreitung nur mit Genehmigung des Autors