



Arzt-Patient-Beziehung: Neue soziale Strukturen

Der Wandel in der Medizin ist evident. Wer dabei jedoch bloß an biotechnische Errungenschaften denkt, vergißt, daß auch die einschlägigen sozialen Strukturen großen Veränderungen unterworfen sind. Davon besonders betroffen ist die Arzt-Patient-Beziehung, die einen grundlegenden Wandel erfährt. Die sich dadurch ergebenden Auswirkungen wie auch die dem Wandel entgegenstehenden Probleme müssen einer genauen Analyse unterzogen werden, soll diese Beziehung abseits aller rechtlichen Überlegungen ihrer wesentlichen Bedeutung für den Gesundheitsprozeß gerecht werden.

Von Dr. Michael Peintinger¹

„Das Bild der medizinischen Welt hat sich gründlich geändert.“ Wer denkt angesichts solcher Statements nicht sofort an die großen medizinischen Errungenschaften der letzten Jahre oder den Wandel der Krankheitsbilder? Wem kommen dabei nicht die in Fach- und Laienmedien täglich neu verkündeten biotechnischen Vorstöße in bislang unvorstellbare Bereiche in den Sinn, für die allerdings zumeist erst eine effektive Verbindung zur traditionellen Heilkunst gefunden werden muß.

Weit weniger beachtet und den wissenschaftlichen Entwicklungen beträchtlich hinterherhinkend, begannen sich auch die sozialen Mechanismen im alltäglichen medizinischen Betrieb zu verändern. Von besonderer Bedeutung erscheint hier der Umbau

in der Arzt-Patient-Beziehung zu sein. Der langsam begonnene Abschied von paternalistisch ausgerichteten Auffassungen, nach denen der Arzt seine Patienten wie unwissende Kinder betreute, schuf Vorbedingungen für eine tatsächliche Partnerschaft zwischen den Medizinem und den kranken Menschen. Das Wissen um das Recht auf Selbstbestimmung (Autonomie) und die Respektierung dieses Prinzips schaffen unter dem Grundanspruch des gemeinsamen Vorgehens die Möglichkeit, das je notwendige Therapiekonzept auch von seiten des Patienten aktiv mitzugestalten.

Diesem derzeit im Alltag immer noch inkompletten Paradigmenwechsel von entmündigender Betreuung zu gleichberechtigter Partnerschaft stehen in unserer Gesellschaft derzeit unter anderem zwei bremsende Komponenten entgegen.

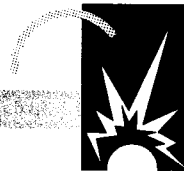
Die erste Komponente besteht im beharrlich traditionellen Handeln der Ärzteschaft. Mangels einschlägiger Ausbildung stellt die Weitergabe tradierter Verhaltensmuster von einer

medizinischen Generation zur nächsten immer noch die diesbezüglich geläufigste Ausbildung dar. Handlungsabläufe erfahren höchstens einige Nachjustierungen im Verhalten, wenn allzu großes Mißbehagen an gewöhnlich geübten Vorgangsweisen spürbar wird. Neue Ideen werden zumeist den zeitökonomischen Gegebenheiten und den Sachzwängen personeller Unterbesetzung zunächst geopfert und später vergessen. Hier muß derzeit immer noch eher von einer Fortschreibung des status quo als von einem bereits im Gange befindlichen Wandel gesprochen werden.

Die zweite hemmende Komponente findet sich in einer Patientenschaft, die in einem typischen Rollenverhalten verharrt. Nimmt man an Statistiken hinsichtlich des Durchschnittsalters der Patienten Maß, so läßt sich feststellen, daß auch die überwiegende Zahl der Patienten durch Jahrzehnte gewohnt war, im Rahmen eines paternalistischen Führungskonzepts betreut zu werden. Eine damit jahrzehntelang stattgefunden habende Internalisierung einer einschlägig strukturierten Patientenrolle war die Folge. Aus diesem Grund steht für neue Verhaltensweisen, die sich notwendigerweise aus den geänderten Grundbedingungen einer Partnerschaft ergeben müssen, auch nur ein bedingtes persönliches Verhaltensinstrumentarium zur Verfügung. Dies ist in besonderer Weise, etwa bei der geänderten Dynamik des Aufklärungsprozesses, zu berücksichtigen. Es sollte nämlich zu den bislang unter diesem Begriff subsumierten Aufgaben zusätzlich darauf geachtet werden, ob und inwieweit es gelingt, den kranken Menschen in seiner Schwäche dennoch zu befähigen, aus dem traditionellen Rollenbild herauszufinden. Gelingt dies, wird er imstande sein, seine neue Position in der Partnerschaft wahrzunehmen.

Die Qualität seiner Zustimmung zu diagnostischen oder therapeutischen Vorhaben gewinnt damit eine neue Dimension: Sie stellt damit keinen bloßen „Verwaltungsakt“ oder gar eine

¹Dr. Michael Peintinger ist Facharzt für Anästhesie, Leiter der Ethikkommission in der Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes, Seminarleiter der Reihe „Ethische Grundfragen in der Medizin“ am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien sowie Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen. E-Mail michael.peintinger@univie.ac.at.



Ein Seminar zu den Grundfragen der Ethik in der Medizin kann derzeit am Institut für „Ethik und Recht in der Medizin“ der Universität Wien besucht werden.

Seminarblock 1: 11.1.2001
18.1.2001
25.1.2001

Seminarblock 2: 6.3.2001
13.3.2001
20.3.2001

jeweils dienstags

Auskünfte: Institut für Ethik in der Medizin, 1090 Wien, Spitalgasse 2-4, Hof 2, Telefon 4277-22201, oder Dr. Michael Peintinger, Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes, Telefon 486 56 31-0.

Ergebnisbekundung an den Therapeuten mehr dar, sondern wird zu einer tatsächlichen persönlichen Bejahung des Vorgehens, die auch die Übernahme von (Mit-)Verantwortung für die Entscheidung nicht ausblendet. So gesehen mag zwar schon jetzt unter Vernachlässigung dieses Gesichtspunktes die Dokumentation eines Auf-

klärungsgesprächs sowie die Unterschrift des Patienten zum Zeichen einer Einwilligung in ein diagnostisches oder therapeutisches Vorhaben den rechtlichen Ansprüchen genügen. Wer aber täglich mit einer Vielzahl derartiger Gespräche konfrontiert ist, wird bestätigen können, wie häufig dabei ein Unbehagen bestehen bleibt, das

unter anderem auch darauf zurückgeführt werden kann, daß eine selbst rechtlich einwandfreie Zustimmung ein tatsächliches „inneres Ja“ vermissen läßt. Es erscheint daher dringend geboten, hier Wege und Mechanismen zu finden und zu lehren, die diesem ethischen Defizit abhelfen können.

Die weitere Abklärung des diskutierten Problembereichs erscheint überdies auch deshalb von großer Relevanz, weil erst nach Klärung der Bedeutung dieser und ähnlicher Einflüsse auf die Selbstbestimmtheit und die Freiheit des Willens des Patienten beispielsweise derart komplexe Materien wie die Bewertung des Willensaktes bei Patientenverfügungen oder der Rekurs auf einen mutmaßlichen Patientenwillen sinnvoll in Angriff genommen werden können. //