

Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen

Gerd Gigerenzer, J. A. Muir Gray (Hrsg.)
 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
 2013
 402 Seiten
 ISBN 978-3-9414-6882-5

Das von einer gleichnamigen Stiftung getragene Ernst Strüngmann Forum in Frankfurt führt seit Jahren Experten zusammen, die ein Thema höchster Priorität aus verschiedenen Blickwinkeln genau untersuchen können. Das vorliegende Buch – Publikation der jährlichen Konferenz – nimmt die Zukunft des Gesundheitssystems in den Blick, angestoßen, wie im Vorwort betont, vom Problem der Gesundheitskompetenz der einzelnen Akteure im Gesundheitssystem: Ärzte und andere Anbieter, Patienten, Versicherungsträger, Öffentlichkeit.

Internationale Fachleute steuern Diskussionsbeiträge bei, die in einem Schlusskapitel, das eine Art Konsensus der einzelnen Gesprächskreise widerspiegelt, aufgenommen und nochmals in den verschiedensten Facetten beleuchtet werden soll, so der Aufbau des Buches.

Auch wenn sich der Leserkreis nach dem Wunsch der Verfasser auf alle oben genannten Beteiligten im Gesundheitssystem erstrecken sollte, werden doch wohl in erster Linie Ärzte, Versorgungswissenschaftler, Gesundheitsökonomien und andere Entscheidungsträger im Gesundheitssystem das Buch mit Gewinn lesen, nahezu alle Kapitel sind anspruchsvoll, aber klar geschrieben, wobei sich gewisse Redundanzen bemerkbar machen.

Im ersten Teil beschreiben die beiden Herausgeber das kommende Jahrhundert als jenes der Patienten. Den immer mehr ausufernden Kosten des Gesundheitssystems sei am ehesten dadurch zu begegnen, dass die Gesundheitskompetenz der einzelnen Patienten gesteigert würde. Dass es hieran krankt, wird immer wieder durch durchaus verblüffende Zahlen belegt, z. B. dass die beiden gängigsten Krebs-Screeningmethoden (Mammogra-

phie bzw. PSA Screening) in ihrer Nützlichkeit von der Bevölkerung bis zum 100fachen überschätzt werden; dass dann auch nur etwa ein Zehntel einer Stichprobe von Berliner Urologen das Für und Wider eines PSA-Tests hinreichend erklären konnten, verschärft die Brisanz.

Bei den Patienten gebietet es weithin an basaler „Gesundheitskompetenz“ (health literacy), bei den Ärzten in erster Linie an Statistikkompetenz (statistic literacy). Die forschende Pharmaindustrie unternimmt wenig bis nichts, um diesen Missständen abzuwehren, da diese den Gewinnen der Pharmaindustrie jedenfalls zuträglich zu sein scheinen. Eine Reihe von Beispielen wird angeführt, so etwa das Problem der Scheininnovation (Me-Too-Medikamente), mit denen seit Jahren der Markt überschwemmt wird: Präparate erhalten aufgrund ihrer Überlegenheit gegenüber Placebo die Zulassung, mussten sich aber einem Vergleich mit bereits etablierten Medikamenten nie stellen.

Auch die Berichterstattung über tatsächliche Arzneiinnovationen ist dadurch verzerrt, dass sich die öffentliche Hand weltweit aus der klinischen Forschung weitgehend zurückgezogen hat und Pharmafirmen dazu neigen, Studien mit Negativresultaten nicht zur Publikation einzureichen. Der Widerstand auch der führenden Fachpublikationen gegen diesen schwer datenverzerrenden Missstand hält sich in Grenzen, zumal auch weltweit führende Magazine von Einschaltungen der Pharmafirmen und insbesondere dem Verkauf von Sonderdrucken zum Gutteil ihr Budget finanzieren.

Zur Verwirrung von Ärzten wie Patienten trägt bei, dass Vor- und Nachteile eines Präparats einer Früherkennungsmethode usw. meist als relative Risiken dargestellt werden; die Hersteller verkünden, das Präparat XY würde etwa die Häufigkeit, einen Schlaganfall zu erleiden, um 50% reduzieren, wohingegen in absoluten Zahlen, beispielsweise 10.000 Personen 10 Jahre lang behandelt werden müssten, damit anstatt zwei nur eine von ihnen einen Insult erleidet. Derlei Daten werden dann in Wegwerfpostillen von Pharmareferenten

an Ärzte weitergegeben oder gar via Medien den Laien mitgeteilt.

Oft werden absolute und relative Wahrscheinlichkeitsangaben auch vermischt, indem der Nutzen einer Intervention in relativen, der potentielle Schaden aber in absoluten Zahlen angegeben wird. Die Autoren fordern demgemäß transparente Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften, in Patientenbroschüren, im Zeitalter des Internets und von „Dr. Google“ immer wichtiger, auch auf Websites.

Schließlich kommen sie auf die Interessenskonflikte verantwortlicher Mediziner zu sprechen; Fachleute, die Leitlinien entsprechend der evidence based medicine verfassen, sind oft gleichzeitig Berater zahlreicher Pharmafirmen oder Medizinproduktehersteller, was sich in teilweise schier unglaublichen Differenzen in den Verschreibungshäufigkeiten von Medikamenten oder aber auch in der Durchführung chirurgischer Eingriffe z. B. zwischen amerikanischen Bundesstaaten niederschlägt. In einem US-Bundesstaat werden Frauen bis zum Alter von 70 Jahren zu weniger als 20% einer Hysterektomie unterzogen, in einem benachbarten zu über 70%, bei Prostataoperationen kann sich ein ähnliches Verhältnis finden. Weitere Problemfelder stellen die „defensive Medizin“ dar, wo Ärzte gemäß dem Grundsatz „niemand wird je wegen Überbehandlung verklagt“ sich genötigt sehen, ein Höchstmaß an diagnostischen wie therapeutischen Interventionen anzufordern, wobei die öffentliche Hand, so die Autoren, daran interessiert sein müsste, die Patienten über die Gefahren dieser ihren behandelnden Ärzten aufgezwungenen Defensivmedizin und der damit einhergehenden Übertherapie aufzuklären.

Das Kapitel, das durchaus auch als Schnelldurchlauf durch die meisten in dem Buch angerissenen Themen betrachtet werden kann, schließt mit einem neuerlichen Verweis auf das „statische Alphabetentum“ von Ärzten (weniger als 10% der Ärzte konnten in gewissen Studien mit

Begriffen wie Vorlaufzeit Bias oder Überdiagnose Bias etwas anfangen).

Ein Zitat des zweiten Präsidenten der Vereinigten Staaten John Adams, „den untersten Schichten die Möglichkeiten zum Wissen zu erhalten ist wichtiger für die Allgemeinheit als aller Besitz der Reichen im Land“ zitierend, wird dem verblüfften Leser mitgeteilt, dass etwa in einer Befragung in Neuseeland nur knapp 50% aller Schulabgänger in der Lage waren, eine Wahrscheinlichkeit von 1:100 mit jener von 1% zu identifizieren.

In den nächsten Kapiteln stellen die Autoren für die häufigsten Beratungsfälle der täglichen Praxis (Prostatakrebs Screening, Mammographie, Pränataldiagnostik) Entscheidungsbäume vor, die im Patientenberatungsgespräch auch angesichts solcher erschreckender Voraussetzungen eine informierte Entscheidung möglich machen sollen. Die Behauptung, im täglichen klinischen Alltag mangle es einfach an Zeit, wollen sie nicht gelten lassen.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit der Rolle der Forschung in Hinblick auf mangelnde Gesundheitskompetenz. Dass Forschungsbereiche, die gewinnbringende Pharmainnovationen versprechen, ungleich mehr gefördert werden als Präventionsmaßnahmen, deren Ertrag sich oft erst in Jahrzehnten einstellen würde, wird hier erwähnt, ebenso die Taktik vieler Firmen oder Interessensverbände, sich Prominenten (Schauspieler, Sportler usw.) zu bedienen, um die Aufmerksamkeit auf einzelne Krankheiten zu lenken. Auch akute Ausbrüche ansteckender Krankheiten, die regelmäßig in ihrer Gefahr, auf weite Bevölkerungsteile überzugreifen, überschätzt werden, können die Mittelvergabe was Forschung anlangt, massiv beeinflussen. Die Verbreitung und Anwendung von Forschungsergebnissen zur health literacy und sinnvollen Investition im Zeitalter knapper Ressourcen sei dem gegenüber nahezu „Dezimalstaub“.

Einen kritischen Blick müssen sich auch die medizinischen Fachzeitschriften gefallen lassen. Einen gängigen medizinischen Terminus abwandelnd wird die NNR (number needed to treat) an

Fachbeiträgen in vielen auch renommierten Zeitschriften als höchstens 1:100 (das heißt 99 Artikel stellen de facto redundanten Ausschuss dar) angegeben. Gelingt ein Artikel mit tatsächlich wissenschaftlich profunder Aussage, liegt die Versuchung für die Autoren nahe, diesen mehrmals zu publizieren, indem die Resultate in Untergruppen zerstückelt werden, um so den Impact Faktor der Arbeit zu erhöhen. Wiederum sei es der Staat, dem es obliege, hier gegenzusteuern. Beispielhaft wird die Förderung der Evaluationsforschung in Großbritannien genannt, als abschreckendes Beispiel über Weiterbildung der Öffentlichkeit, die zumindest geduldete Hysterie um vermeintliche Vogelgrippe und Schweinegrippe Pandemien, die das Vertrauen in der Öffentlichkeit in Gesundheitserziehung im Allgemeinen unterminiert und die generelle Impfbereitschaft im Besonderen reduziert hätten.

Die beiden letzten Abschnitte des Buches beschäftigen sich mit der Gesundheitskompetenz von Meinungsbildnern (Journalisten) und, wiederum speziell mit Blick auf die Ärzteschaft, dem Gesundheitswissen der Zukunft. Wie können Arzt und Patient, aufbauend auf einer gemeinsam erarbeiteten, die Wertesysteme des Patienten ins Kalkül ziehenden, Zielsetzung miteinander arbeiten? Unterstrichen wird auch die Notwendigkeit, die in der Grundausbildung heutzutage oft noch viel zu rudimentär unterrichtete statistische Kompetenz der Ärzte im Rahmen eines lebenslangen Lernens auszugleichen.

Insgesamt gelingt es den Autoren des Sammelbandes, Problemstellungen, die den meisten Akteuren im Gesundheitssystem da und dort wohl schon begegnet sind, in kombinierter Form vorzustellen und zu veranschaulichen. Das Buch kann jedem ans Herz gelegt werden, der es sich vorgenommen hat, medizinische Fachliteratur kritisch zu lesen, ebenso wie jenen, denen die zunehmende Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems Sorgen bereitet oder die ans Unethische grenzende, verzerrende Darstellung von Forschungsergebnissen mit Hilfe der Mathema-

tik und Statistik unter Ausnützung mangelnder Kompetenz des „Konsumenten“, Arzt wie Patient gleichermaßen.

K. Usar

Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen

Claudia Wiesemann, Alfred Simon (Hrsg.)
mentis, Münster 2013
455 Seiten
ISBN 978-3-8978-5804-6

Die Autonomie des Patienten als „wichtiges moralisches Gut“ (445) zählt seit ihrer späten Wahrnehmung im medizinischen Umfeld zu den „thematischen Klassikern“ (237) unter den Publikationen. Insofern setzt sich jede neue Veröffentlichung der Frage aus, inwieweit sie tatsächlich vertiefte theoretische Erkenntnisse, neue Entfaltungen für den Alltag, zu klärende Kritikpunkte oder zusätzliche hilfreiche Lösungsansätze bei alltagsrelevanten Problemstellungen zu liefern imstande ist, oder ob sich im interessierten Leser aus dem konkreten medizinischen Umfeld mit seinen vielfältigen Erfahrungen nicht doch der Verdacht regt, dass alle „Teilnehmer der Autonomiedebatten ... auf die eine oder andere Weise zur Verwirrung“ beitragen (73). Diese Einschätzung bestimmt, ob eine Publikation insbesondere aus der Sicht einer alltagspragmatischen Medizinethik empfehlenswert erscheint.

Auch der von den bekannten Autoren Wiesemann und Simon herausgegebene Sammelband „Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen“ setzt sich diesem Anspruch aus.

Im theoretischen Teil werden verständlicherweise zahlreiche bekannte Gesichtspunkte präsentiert, wobei sich mitunter auch Redundanzen – etwa die vielfältigen Bezüge auf Beauchamp, Childress und Faden – nicht vermeiden lassen. Dankenswert erscheinen im theoretischen Teil die Gedanken, die aus dem „Respekt vor der Autonomie“ positive ärztliche Verpflichtungen zur Förderung der Patien-

tenselbstbestimmung ableiten (45) und damit über ein bloß negativ abwehrendes Autonomieverständnis hinausführen, das in den Alltagsroutinen und bedingt durch eine starke Verrechtlichungstendenz häufig bestimmend erscheint (51).

Für den Alltag ebenfalls hilfreich erscheinen jene Sentenzen, welche sich den theoretischen Autonomieansätzen – individuell vs. relational – widmen und dadurch zahlreiche bedenkenswerte Assoziationen bieten. Dazu zählt etwa die soziale Einbettung individueller autonomer Entscheidungen (48 f.) oder das Bild relationaler Autonomie, welche erst durch eine gelungene gemeinsame Vorgehensweise – hier am Bild des Tangotanzens (64) – mit Leben erfüllt werden kann. Einwänden, wonach Personen nicht imstande wären, sich aufgrund vorab getroffener Festlegungen von evaluativen Perspektiven zu distanzieren, wird mit Berufung auf die jüngsten Arbeiten von Harry Frankfurt eine Absage erteilt (64 f.). Dies ist insbesondere für Alltagsdiskussionen bedeutsam, in denen Patienten mit intensivem Glaubensleben (zumeist Zeugen Jehovas und Ablehnung von Blutgabe) schon vorab eine mentale Enge und damit eine relative Unfreiheit in Entscheidungen unterstellt wird!

Zugleich wird auf die bislang zweifellos zu wenig beachtete Gefahr hingewiesen, dass über relationale Autonomiekonzepte „durch die Hintertür paternalistische Ideen von einem ‚gelingenden Leben‘ eindringen könnten (53). Diese und einige weitere Punkte helfen bei der alltäglich notwendigen Rezeption der Autonomie im Alltag. Die jeweils aufgezeigten Divergenzen zwischen individuellen und relationalen Autonomiekonzepten überlässt man der theoretischen Auseinandersetzung.

Nicht genug unterstreichen kann man jedoch die in individuellen Ansätzen wertvolle Feststellung, wonach Menschen auch unter sehr widrigen Umständen autonom sein können (69 f.), was an Malherbes Konzept von „Gesundheit und Autonomie“ Anfang der 1990er Jahre erinnert. Die unterstützende Funktion der Umgebung – in gewisser Weise also auch eine relationale Komponente! – be-

ziehungsweise die Beeinträchtigung, wenn Bestrebungen des Patienten von der Umgebung nicht anerkannt würden, kann zur Gewissenerforschung allen Institutionen ans Herz gelegt werden.

Die im juristischen Teil getroffene Feststellung, wonach die Rolle einer ausdifferenzierten Judikatur zu einem formalistischen Autonomiekonzept verführt hat, das die „Varianz von Patientenfähigkeiten“ nicht berücksichtigt (97), kann unterstrichen werden. Bedenklich hingegen mutet es an, dass im Jahr 2012 tatsächlich noch das „hohe Alter“ (sic!) als „konkreter Verdachtsmoment“ für Autonomiedefizite angeführt wird (79 und tendenziell auch 85). Dass dies in einem prononciert die Autonomie befürwortenden Sammelband zu finden ist, überrascht.

Hinsichtlich theologischer Adnota zum Thema Autonomie hätte man sich – in Anbetracht zahlreicher anderer Autoren, die sich in den vergangenen Jahren diesem Thema widmeten, zweifellos Erhellenderes erwarten dürfen. So mutet es ein wenig eigenartig an, wenn im katholischen Abschnitt eher das Spannungsfeld zwischen „moderner Theologie“ und dem Lehramt durchscheint (148) oder anhand des Beispiels von Terry Schiavo zwar die Thematik von Autonomie und Lebensrecht angesprochen und dabei die bekannte Rede des Papstes Johannes Paul II aus dem Jahr 2004 zur Begründung herangezogen wird (141), zugleich aber die vielfältige Zahl der durch die Moralthologie anschließend rezipierten Interpretationen mit durchaus hilfreichen Zugängen für den Alltag gänzlich verschwiegen wird. Wie es zudem zu verstehen wäre, dass ein „nicht mehr geteiltes moralisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit“ den Arzt „daher zu einem Dienstleister der selbstbestimmten Interessen des Patienten“ werden lässt (143), ist nicht nur unklar, sondern verkennt zudem, dass auch dem Arzt – wie ja in den entsprechenden Gesetzesbestimmungen ersichtlich – selbstverständlich eine Autonomie als Schutzrecht zukommt. Dem Verständnis des alltagspragmatischen Medizinethikers entspricht

es eher, dass gerade das in den Alltagsgesprächen oft aufleuchtende unterschiedliche Verständnis in einer therapeutischen Partnerschaft die Qualität des gemeinsamen Aushandelns auf eine höhere Stufe führen kann.

Darauf, dass auch die evangelische Theologie ihre Not mit konkreten Hilfen für die Autonomie im Alltag hat, verweist – nach drei interessanten Zugängen, die damit durchaus mehr bieten – der Autor selbst, wenn er bezweifelt, dass Dabrock, Fischer und Härle in medizinischen Konfliktsituationen einen Dienst zu leisten vermögen (164).

Der mit „klinischer Praxis“ überschriebene vierte Teil bezieht sich aus Sicht des Rezensenten doch auch eher auf theoretische Grundlagen. Dies zeigt sich beispielsweise durch sehr allgemein gehaltene Adnota zu Notfallsituationen. Hervorzuheben sind jedoch die Aspekte, welche die Bedeutung des Verständnisses als zentrale Notwendigkeit autonomer Entscheidungen beschreiben – interessanterweise mit Bezug auf die Arbeit von Helmchen aus dem Jahr 1989 (171). Bei der Darstellung der unterschiedlichen Spielarten des Paternalismus (174 f.) wäre vielleicht auch der „konzedierte Paternalismus“ von Rössler zu erwähnen gewesen, insbesondere deshalb, weil seine Überlegungen angesichts zunehmender Formalitäten und Formalismen im Alltag neuerdings wieder als *Modus vivendi* ins Spiel gebracht werden.

Hervorzuheben ist der Beitrag von Dörries, in welchem individuelle und relationale Autonomieaspekte im Alltag anschaulich aufgezeigt werden. Dem Umstand, dass Kinder auch in Entscheidungen einer leichten Beeinflussung unterliegen, hätte vielleicht noch etwas mehr Augenmerk geschenkt werden können.

In einem der reproduktiven Autonomie gewidmeten Abschnitt finden sich interessante Überlegungen zur Ethik einer Elternschaft (217) in Verbindung mit der Kritik am Konzept einer „postnatalen reproduktiven Autonomie“ und „einem Selbstbestimmungsrecht der Eltern nach der Geburt“ (220), das durchaus auch an altrö-

mische Gepflogenheiten zu erinnern vermag.

Aus dem Abschnitt „Autonomie und Biopolitik“ ist der Beitrag von Schickeltanz hervorzuheben, der sich – abseits der rechtlichen Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich – gut der strukturell bedingten Statik einer Patientenverfügung widmet (239). Der Hinweis, wonach aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten die ärztliche Beratung fehle (239), sollte aus Sicht des Rezensenten mit der geläufigen Problematik ergänzt werden, dass der im Alltag nicht selten vorgebrachte Interpretationsvorbehalt einer „mangelnden Folgeabschätzung“ des Verfügungsautors durch Beratungen verhindert und damit die Verfügung besser abgesichert werden kann.

Feuerstein verweist sehr pointiert auf die Vielschichtigkeit des Autonomiebegriffs. Außerdem zeigt er in Ansätzen auch das Spannungsfeld zwischen dem ärztlichen Fokus auf das Wohl des Kranken und der Autonomiezunahme des Patienten auf (250 f.). Spannend sind die Gedanken Arnasons, der kulturellen und ökonomischen Kräften als Bedingungen für ein „freies Entscheiden“ nachspürt (275) und das Spannungsfeld zwischen der Betonung einer individuellen Verantwortung des Patienten und den gesellschaftlichen Einflussfaktoren der Gesundheit aufzeigt (282 f.). Es lässt höchstens ein wenig erstaunen, dass zwar die „sittliche Selbstverpflichtung“ Kants vielfältig hörbar wird, ohne dass dieser Autor bewusst genannt wird.

Dies zeigt Graumann allerdings dafür in ihrem Beitrag dankenswerterweise umso deutlicher auf, wenn sie eine sehr gute und verständliche Auslegung Kant'scher Gedanken im Hinblick auf den für den Alltag sehr bedenkenswerten Begriff einer „Assistierten Freiheit“ (324 f.) vorlegt, mit der auch weniger Belesene die nach wie vor aktuelle Bedeutung des Philosophen für die gegenwärtigen Spannungsfelder erfahren kann.

Dass Bratu „gute Gründe“ bei Diskriminierungsaspekten demaskiert, schiene noch positiver, wenn nicht – wie in ähnlichen thematischen Abhandlungen häufig – ständig die Sklavenhaltung im

christlichen Kontext als Beispiel erhalten müsste (270), sondern etwas aktueller auch die gegenwärtig ökonomischen „guten Gründe“ wie sexuelle Ausbeutung oder Kinderarbeit präsentiert würden.

Naturgemäß wendet sich das Interesse im Alltag stehender Mediziner wohl besonders dem 8. Teil zu, in welchem schließlich Anwendungsprobleme thematisiert werden, die für den medizinischen Alltag konkret hilfreiche Erkenntnisse bieten, auf die jedoch im Einzelnen mangels Platz nicht eingegangen werden kann. Es sollen daher nur stichwortartig einige besondere Aspekte hervorgehoben werden.

Dazu zählen vor allem die Thematik eines „natürlichen Willens“ und des „Lebensgenusses“ von Demenzerkrankten, selbst wenn dies an anderer Stelle von Hufen im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Ethikkomitees als unzulässig qualifiziert wird (435). Ebenso zählen die Studierenerkenntnisse über die Beeinflussung von Entscheidungen aufgrund des Patientenverhaltens (Jox, 330, 335) dazu oder die Überlegungen, den typischen Begriff „lebensverlängernde Maßnahmen“ zugunsten des Begriffs „medizinische Maßnahme, ohne die der Patient wahrscheinlich in den nächsten 6 Monaten sterben würde“ zu verlassen (Kühlmeier, 349).

Höchst interessant ist es, insbesondere im Hinblick auf Demenzerkrankte, denen die Wortsprache verloren gegangen ist, die Bedeutung der „Kommunikation durch Leiblichkeit“ im Sinne einer „pro-körpersprachlichen Autonomie“ (Hofmann, 355 f.) wahrzunehmen, was mit vielen Alltagserfahrungen konform geht, jedoch gegen Erkenntnisse im Beitrag von Jox steht.

Auch der Beitrag von Seifert über einen „Paradoxen Paternalismus“ (364 ff.), der darauf Bezug nimmt, inwieweit der Patient auf Information oder Einwilligung verzichten könnte (wieder ein Anklang an Aspekte des konzidierten Paternalismus nach Rössler!), verdient besondere Beachtung. Für österreichische Leser wäre höchstens noch zu ergänzen, dass beispielsweise im sog. „Aids-Gesetz“ letztlich ein Aufklärungsverzicht des Patienten grundsätzlich ausgeschlossen wird.

Weiters von Interesse erscheinen die Überlegungen von Schildmann zur Frage einer Wunscherfüllung (376 ff.), wengleich in seiner Aussage, wonach der Wunsch eines Patienten erfüllt wird, wenn ihm „kein Schaden zugefügt wird“ (381), das Spannungsfeld zur eigentlich handlungsleitenden Indikation nicht allzu deutlich wird.

Überlegungen Inthorns auf Basis der ersten Evaluation bzgl. des Umgangs mit Patientenverfügungen können hinsichtlich ihrer Aktualität hinterfragt werden, wenn etwa auf einen Spezialbereich des Österreichischen Patientenverfügungsgesetzes Bezug genommen und festgestellt wird, dass den Ärzten die „Unterscheidung zw. verbindlich und beachtlich ... nicht geläufig“ sei (411), was Inkongruenzen zur aktuellen Situation aufzeigt. Auch der Umstand, dass eine „beachtliche Patientenverfügung“ nur als „Hinweis auf den Patientenwillen“ gedeutet wird, verschweigt die Entwicklung in den vergangenen Jahren, welche auch diesem Instrument eine hoch authentische Qualität zubilligt und in Verbindung mit einem erhellenden OGH-Urteil schließlich im juristischen Fachbereich den Begriff einer „qualifiziert beachtlichen“ Patientenverfügung hervorgebracht hat.

Hufen plädiert dafür, Patientenverfügungen als Selbstbestimmungsinstrument ernstzunehmen. Gegen relativierende Interpretationsversuche stellt er dem Grundsatz „in dubio pro vita“ seinen Grundsatz „In dubio pro dignitate“ entgegen (436 f.). Er geht allerdings zugleich sehr kritisch mit Ethikkomitees um, denen er – auch in Bezug zur Leitlinienarbeit – unterstellt, dem Patientenwillen eine „objektive Sicht des ethisch ‚Richtigen‘ entgegenzusetzen“ (439). Abgesehen von der Frage, was mit „ethisch richtig“ überhaupt gemeint sein soll, scheinen aus Sicht des Rezensenten jedoch gerade diese Einrichtungen derzeit eher als Garanten für eine dem Patientenwillen folgende Interpretation zu dienen. Der Umstand, dass eine Beratung des therapeutischen Teams aufgrund der daraus resultierenden Entscheidungen bereits als „Tätigkeit mit Grundrechtseingriff“ (435) qualifiziert

ist, erscheint sehr weit ausgelegt, umso mehr, als der Autor selbst auf Seite 439 nur mehr von einem Mitwirken „an äußerst grundrechtsrelevanten Entscheidungen“ spricht. Ebenso kann die extreme Skepsis gegenüber Mitgliedern mit religiöser Ausrichtung (440) aus persönlicher langjähriger Erfahrung in unterschiedlichen Ethikberatungsbereichen nicht nachvollzogen werden.

Diese kritische Sicht wird allerdings durch den letzten Beitrag im Buch von Neitzke anhand von interessanten Beispielen aus der Ethikberatung (447 ff.) mehr als wettgemacht, wenn auch, wie in seinem Fallbeispiel sechs zwischen Autonomie als Schutzrecht bei Indikation und Autonomie und Wunscherfüllung deutlicher differenziert werden könnte (450). Ausgehend vom Grundsatz „Autonomie zu ermöglichen“ bietet er in seiner erfahrungsgesättigten Darstellung zweifellos ausreichend Stoff für Themen, welche Ethikkomitees in Gesprächen abseits individueller Fallberatungen mehr als der letztgenannte Beitrag zu besserer Qualität verhelfen können.

Das 450 Seiten umfassende Buch kann mit Blick auf zahlreiche für den Alltag hilfreiche Aspekte zur Lektüre empfohlen werden, selbst wenn sich auch danach der Eindruck vertiefen mag, dass sich in Bezug auf die Facetten der Autonomie und ihrer Berücksichtigung noch „eine ganze Menge von Baustellen (Henn)“ (242) finden.

M. Peintinger

Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin

Tobias Eichinger
transcript Verlag, Bielefeld 2013
303 Seiten
ISBN 978-3-8376-2543-1

Wo ein Wunsch ist, ist auch ein Weg. Kosmetik, Ästhetik und Wellness weckt Wünsche, der Weg ist via Industrie bereits geebnet und wird lukrativ verkauft. Hinter den Aspekten der „wunscherfüllenden Medizin“ liegen Motivationen. „Wunsch und Bedürfnis“ lautet daher das

erste Kapitel dieser am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin ausgereiften Studie. Dem Autor gelingt hier eine feinsinnige Differenzierung: Der Wunsch mag nebulos, emotionell und letztlich utopisch-unerfüllbar sein, während das Bedürfnis auf einen konkreten Mangel und dessen Beseitigung fokussiert (Schaden, Schmerz, Gefahr etc.) und damit mehr dem herkömmlichen Image der „Heil-kunde“ entspricht, im Gegensatz zur schlecht definierbaren Wunschvorstellung. Freilich gibt es auch Überschneidungen von Wunsch und Bedürfnis: So kann ein zunächst abstrakter Wunsch bis zur Handlungswirksamkeit verdichtet werden, während ein chronisches, dem Lebensentwurf inhärentes Bedürfnis vielfach nicht beseitigt werden kann, wenn es dem „Mängelwesen Mensch“ anhaftet (Arnold Gehlen).

T. Eichinger unternimmt den interessanten Versuch, die Dimensionen der Bedürfnisse (Reichweite, Dringlichkeit etc.) zu gewichten und einer philosophischen Anthropologie zu unterwerfen: Der Mensch (Mängelwesen, Stiefkind der Natur) ist herausgefordert, seine Mängel selbst zu kompensieren. Bei diesem Prozess spielt die individuelle Verantwortung bzgl. Hierarchie der Wünsche und Bedürfnisse eine entscheidende Rolle – besonders wenn die Grenzen des „Normalen“ und „Berechtigten“ ungenügend definiert sind.

Was nun die Medizin betrifft, so ist der Begriff des Bedürfnisses näher an der Krankheit, der des Wunsches näher der „Aufbesserung“ des Gesunden (enhancement).

Im zweiten Teil befasst sich der Autor mit den „Ausweitungen der Medizin“. Jetzt kommt die Autonomie des Patienten gegenüber Medizin im Allgemeinen und „Arzt“ im Besonderen ins Spiel (Prinzipienethik). Letzterer muss die *Wünsche* des Klienten an der *Indikation* bemessen. Das aufklärende Gespräch hat einen offenen Ausgang, wenn gleich die Asymmetrie des Wissensstandes in ein Einverständnis münden sollte (informed consent), auch wenn dadurch ein der Gesundheit abträglicher Wunsch des Klienten nicht erfüllt wird.

Eine wichtige Voraussetzung: die freundliche Zuwendung des Arztes darf nicht geschmälert werden, auch wenn einer Wunscherfüllung im Sinne einer Ausweitung des therapeutischen Paradigmas nicht stattgegeben wird. Eine konkrete Liste der üblichen Wünsche und Ansinnen (Eingriffe, Medikamente, auch paramedizinische Verfahren) liefert der Autor am Ende dieses zweiten Teiles (Kap. E; S. 214 f.).

Zwangsläufig spricht der Autor hier auch die Rolle des Marktes an, die nicht nur mit den Wünschen der Klienten, sondern auch mit den Interessen einer gewissen Ärzteschaft spekuliert im Sinne der Korrumpierung eines Dienstleistungsparadigmas, wenn sich Ärzte in die Rolle des Verkäufers (von Schönheit und Doping) begeben und ihre Rolle als care-giver gegen die eines „health-consultant“ eintauschen. Auf diesem Boden sprießen nicht zuletzt in Deutschland die „individuellen Gesundheitsleistungen“, in Österreich: Leistungen im kassenfreien Raum, die aber immerhin als (noch) „ärztlich erforderlich ... und vertretbar“ angesehen werden können.

Dem Autor ist zuzustimmen: Gesundheit im weitesten Sinn kann und darf nicht zum Konsumgut werden (bestellt, geliefert, bezahlt); sie würde dadurch auch der Kaufkraft unterworfen und der allgemeinen Verfügbarkeit entzogen werden. Ganz nebenbei: Es ist schließlich die Natur, die heilt (sanat), worin sie vom Arzt unterstützt wird (curat). Für den Menschen als integrales Wesen aus Körper, Geist und Seele kann keine Garantie bestehen, dass mit „Heilung“ alles Übel eliminiert ist. Hier wird Pöltner (2007) zitiert: Gesundheit ist ein dem Menschen vorgegebener Zweck, der nicht hergestellt, sondern bestenfalls wiederhergestellt werden kann. Dazu Giovanni Maio: Gesund ist, wer „in ein gutes und akzeptierendes Verhältnis zu seinem Kranksein treten“ kann (2009).

Durch Pathologisierung und Medikalisierung werden Mängel im Befinden, der Verhaltensweisen und das Altern als Krankheiten definiert, sobald ihretwegen ein Arzt aufgesucht und eine Medizin

verschrieben wird: Der Begriffskomplex Beschwerde/Arzt/Pille reicht aus für den Stempel „Krankheit“, die in der Gesellschaft „ausgehandelt“ wird, wie z. B. Kosmetika gegen Altershaut und Pillen gegen Gedächtnisschwund.

Auch in der Prävention rangiert bei vielen Menschen die Medikalisierung vor der Änderung der Lebensführung, gestützt durch eine unheilige Allianz aus Bequemlichkeit und kassenpflichtigen Produkten der Pharmaindustrie (Eichinger spricht von „Parteigängern problematischer Lebensentwürfe“).

Der dritte Teil ist schließlich der Anti-Aging-Bewegung gewidmet. Der Autor bleibt auch hier in seiner Kritik sachlich und nobel, auch dort, wo es um die abstrusen Machenschaften der American Academy of Anti-Aging-Medicine, kurz 4AM, geht – ein höchst erfolgreicher Geschäftszweig an der Grenze der Medizin, der sich die „Abschaffung der Krankheit namens Alter“ zum Ziel gemacht hat (Pathologisierung, s. o.). Diese primitive „Wunscherfüllung“ hat schon aus finanzieller Sicht Probleme mit der allgemeinen Verfügbarkeit und damit der Gerechtigkeit (Wohlstandslastigkeit). Klug setzt der Autor all dem entgegen, indem er für die Diskussion einer Akzeptanz des Alter(n)s im Patientengespräch wie in der öffentlichen Meinungsbildung eintritt.

Fazit: Das Buch zeigt auf medizinisch-anthropologischem hohem Niveau kritische Zugänge zu aktuellen Fragen der sogenannten wunscherfüllenden Medizin.

F. Kummer