

---

---

## Kommentar zum Fall: „Therapieversager und Gesundheitspflicht“

*Michael PEINTINGER*

**W**ER hat nicht schon so einen ähnlichen Fall in der eigenen Praxis erlebt, hat nicht – je nach Temperament – zähneknirschend, frustriert oder achselzuckend zur Kenntnis nehmen müssen, daß das – ich unterstelle einmal! – beste und umfassendste Aufklärungsgespräch, der volle Einsatz empathischer Fähigkeiten, die Berufung auf Statistiken und die Beschreibung von „worst case“-Szenarien von Patienten ebenso geduldig zustimmend aufgenommen wie anschließend konsequenzlos unterlaufen wurde! Wer hing nicht nach abendlichem Ordinationsschluß geheimen paternalistischen Phantasien zur Bekehrung solcher „Therapieversager“ nach! Doch wie jedes Problem zeigt auch dieses wesentlich mehr Facetten als Therapieineffizienz und die mögliche Frustration des Therapeuten. Es seien daher anhand dieses konkreten Falles einige der vielen möglichen Reflexionen zur ethischen Problematik vom Standpunkt des Patienten und des Mediziners sowie – als alles Umhüllende und Bedingende – aus gesellschaftlicher Sicht durchgeführt.

### **I. Der Patient:**

Zunächst soll durchaus darauf verwiesen werden, daß die Handlung des Patienten, die schließlich zur Diagnosefindung führte, sozial war: Als Akt der Solidarität spendet er Blut (wobei wir eigennützige Motive, die gelegentlich zu solcher „Freiwilligkeit“ führen, z.B. Gewährung eines freien Tages für Grundwehrdiener ausklammern!). Diese Interpretation mag dann zum Tragen kommen, wenn später-

hin womöglich vorschnell von mangelnder gesellschaftlicher Solidarität mit der Gemeinschaft (Erhöhung des finanziellen Aufwandes der Allgemeinheit für eine zukünftige eventuelle Krankheits-Therapie) gesprochen werden sollte.

Auch im Verlauf des Erstgespräches muß die Ehrlichkeit des Patienten durchaus gewürdigt werden, wenn er seine fehlende Krankheitseinsicht („Weh tut mir ja nix“) ebenso wenig verschweigt wie sein Gefühl, daß angesichts seines Berufes eine Änderung der Lebensweise nicht vorstellbar ist. Wie viele Patienten neigen in solchen Situationen viel eher dazu, zuzustimmen, um auf diese Weise das Gespräch ohne Widerstand auslaufen zu lassen!

Ebenso darf die anfänglich bestehende und offenbar durch Monate aufrechterhaltene Kooperationswilligkeit nicht übersehen werden: „Mehrere Versuche mit unterschiedlichen Medikamenten zur befriedigenden Einstellung“ bedingen zunächst die vom Arzt bestätigte grundsätzliche Befolgung der Therapie (sonst wäre der unbefriedigende Wirkungsgrad der zuvor verordneten Tabletten aufgrund mangelnder Einnahme nicht verifizierbar gewesen!), zweitens beweisen sie die Einhaltung von Kontrollen und Arztterminen, ohne die der Umstieg auf eine andere Kombination wohl kaum sinnvoll bewerkstelligt worden wäre.

Interessant ist ferner festzustellen, daß nach geraumer Zeit laufender Therapieversuche der Patient sogar noch willens ist, auf den Tabakkonsum zu verzichten. Neben einem so zu würdigenden positiven Willen zur Sanierung ist auch die Willenskraft festzustellen, derer es zur Durchführung dieses Vorsatzes bedarf!

(Wie dieses Konzept seitens des Therapeuten zu werten ist, soll im Punkt II besprochen werden!)

Schließlich muß hervorgehoben werden, daß sogar nach Ende des erfolgreichen Kuraufenthaltes und der „Anweisung zur Weiterführung der Therapie“ der Patient einige Monate(!) imstande ist, sowohl sein Gewicht zu halten, seinen Nikotinverzicht fortzusetzen und offenbar auch die Tabletteneinnahmen sorgfältig zu befolgen, ehe es zu einer Trendumkehr kam.

## II. Der Arzt

Der Rat zu kontrollierter Gewichtsabnahme und Nikotinverzicht – so naturwissenschaftlich richtig und allgemein einleuchtend er ist! – sollte stets mit Rückbezug auf den sozialen Kontext besprochen werden, soll er nicht Gefahr laufen, zu einer farblosen Mahnung zu verkommen.

Gerade in den Ordinationen mag es allzuoft geschehen, daß allgemein formulierte Ratschläge hinsichtlich der Sanierung sozialer Umstände – oft mehr als Aperçu zur Ausstellung eines Rezeptes – gegeben werden, die – wenngleich auch logisch und in sich richtig – so doch zumindest ein wenig weltfremd sind. Im gegenständlichen Fall entspricht der Rat zu weniger Stress, Konsum gesünderen Essens und risikoärmerer Lebensgewohnheiten eher einem frommen Wunsch als einer tatsächlich praktikablen Maßnahme. Hier gilt unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit die Frage, wie realistisch die Forderung ist, bzw. ob eine anschließend sehr schnelle Zuhilfenahme der Modediagnose „mangelnde Compliance“ nicht vielmehr die Kehrseite einer in der Lebensgeschichte des Betroffenen unrealistisch wirkenden „Verordnung“ darstellen kann.

„Mangelnde Compliance“ wäre somit grundsätzlich aus beiderseitiger Sicht der Arzt-Patientenbeziehung zu hinterfragen: Ärztliche Compliance-Defizite, wenn durch ausschließli-

chen Rückbezug auf Fakten und Statistiken ein konstruktiv beratendes Einlassen in die konkrete Lebensgeschichte des kranken Menschen vermieden wird, sowie die mangelnde Compliance des Patienten, wenn er – wiewohl krankheitseinsichtig – an seine Situation adaptierte „Verordnungen“ nicht selbständig in seine Lebensgeschichte zu integrieren vermag und in der Folge kaum mehr praktiziert.

Aufgrund der Erfolglosigkeit eines auf den Alltag zugeschnittenen Therapiekonzeptes (mit Ansätzen zu einer sinkenden Beteiligungswilligkeit des Patienten) wird der Einsatz eines Kurheilverfahrens angestrebt und letztlich durchgeführt. Wenn diese Vorgangsweise möglicherweise als ein „Befreiungsschlag“ aus einer therapeutisch unbefriedigenden Situation gedacht war, erscheint sie jedoch m.E. so, als ob doch bloß eine andere neue Medikamentenkombination versucht würde. Die befriedigende Wirkung der nachfolgenden Kur darf wohl zuallererst in der atypischen Lebenssituation in Kur- und Rehabilitationszentren gesucht werden: So ist der positive Trend in den Blutdruckwerten und die befriedigende Entwicklung der zu Risikofaktoren erhobenen chemischen Serumparameter wohl hauptsächlich auf die Streßminimierung und den Ersatz des Gasthausessens durch die Kurküche zurückzuführen.

Daß sich dieses Konzept unter den „In-vitro-Bedingungen“ einer kurbedingten Lebensweise bewährt, mag kaum verwundern. Um so problematischer erscheint die aus der Fortführungsempfehlung herauszulesende Annahme, ein Erfolg „in vivo“, also unter den Alltagsbedingungen (die letztlich zur Problematik geführt hatten!) sei grundsätzlich zu erwarten! Wenn es auch zweifellos einem Teil der im Rahmen eines Kuraufenthaltes geschulten (vor allem Post-Infarkt-Rehabilitations-) Patienten gelingen mag, die dort erlernten Verhaltensweisen auf lange Sicht fortzuführen, so darf doch davon ausgegangen werden, daß aufgetragene Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle durch

die Wiederkehr des Alltags (inclusive eines ungleichmäßigeren Tagesablaufes) zusehends vernachlässigt werden. Die Kur ohne lernerfektive, langzeitige Wirkung mutiert so zu einer Form gesunden, gesellschaftlich gebilligten (und finanzierten) Urlaubes, auf den – gerade in der jetzigen finanzierungsbedingten Diskussionsphase deutlich – die Menschen aus manchen Gründen sogar einen Anspruch zu haben glauben.

### III. Die Gesellschaft

Die Art und Weise, wie die Gesellschaft selbst in diese Problematik eingebunden ist, reicht von der vergleichsweise einfachen Implikation der überwiegenden Kostenübernahme für Medikamente (weshalb die regelmäßige Einnahme und bestmögliche Wirksamkeit auch gefordert werden darf), über die solidarische Finanzierung des Kuraufenthaltes bis hin zur komplexen Problematik der Gesellschaft als mögliche „Mit-Verursacherin“ der vorbestehenden sozialen Bedingungen, die die vielfältigen Formen der Streßantworten auf allen Daseinsebenen des Patienten provozieren. Unausgesprochen, aber ebenso bedeutsam ist das Einwirken gesellschaftlicher Gegebenheiten in das Verhältnis zwischen Patienten und Arzt, selbst wenn letzterer sich in seiner eigenen Verhaltensweise bewußt den augenblicklich vorherrschenden oder zumindest sanktionierten Trends verweigert.

Aus dieser Einbindung versteht sich daher auch die ethische Frage der Gesellschaft, inwieweit sie beispielsweise ihren eigenen Mitgliedern eine Gesundheitspflicht auferlegen könne bzw. dürfe.

Wenn man sich dieser Frage nähert, muß untersucht werden, welcher Argumente sich unsere (demokratische) Gesellschaft gegebenenfalls bedienen könnte, sollte ihr das Recht zur „Verordnung einer Gesundheitspflicht“ zuerkannt werden, da die Charakteristik der Mittel zwei-

fellos einige wertvolle Hinweise auf die Behandlung der Gesamtfrage zu liefern imstande ist, bzw. in der Betrachtung konkreter Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben Fehlentwicklungen wesentlich nachdrücklicher aufzuzeigen imstande wäre.

Argumentationsstrategien für eine von der Gesellschaft verordnete Verpflichtung, Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit zu erfüllen, basieren zumeist auf Paternalismus, auf Fairnessargumenten und dem Argument des Gesamtnutzens (utilitaristische Argumentation).

### IV. Conclusio

Zusammengefaßt soll festgestellt werden, daß in den vielfältigen Auffassungen von privater und staatlicher „Gesundheitspflicht“, die zwischen der Ambivalenz gegenüber öffentlicher Bevormundung und der Resignation über unbeeinflussbare, weil hedonistisch orientierte Einzelinteressen schwanken, daher ein möglicherweise erfolgversprechender *dritter Weg* begangen werden sollte: Die selbsttätige, zunächst nicht eine Pflicht Einzelner einfordernde, sondern als gemeinschaftlichen Auftrag verstandene aktive Gesundheitspflicht des Staates im Rahmen forcierter Bildungsinitiativen!

Diese sollten nicht erst in den höheren Schulstufen vorgesehen werden. Von den Kindergartenjahren angefangen über die Pflichtschulzeit bis hin zum jeweils gewählten Schulabschluß ließen sich altersadäquate Informationen und Gesundheitsauffassungen vermitteln: Vom derzeit bereits gelegentlich praktizierten spielerischen (Kindergarten-)Einstieg in die Zahnhygiene über die – der Verkehrserziehung in den Volksschulen mehr als ebenbürtigen! – Propagierung gesunder Verhaltensweisen bis hin zu naturwissenschaftlich fundierten (und prüfbar!) Kenntnissen (vgl. SLANY) sowie deren praktischen Folgerungen in den höheren (Pflichtschul-)Klassen stünden der Bildungsof-

fensive alle Möglichkeiten offen. Selbstverständlich nicht ohne auch geeignete Mechanismen festzulegen, die der „Übermedikalisierung“ der Gesellschaft nachdrücklich gegensteuern. Dies könnte in Form breitest angelegter Beratergremien verwirklicht werden, in denen Mediziner, Medizinethiker, Pädagogen, Sozialinstitutionen, Gesundheitspolitiker und selbstverständlich auch Kirchen wesentliche Gesundheitswerte und deren didaktische Transportabilität herauszuarbeiten hätten.

Unter Zugrundelegung der dort erarbeiteten Auffassungen wäre der Gesellschaft parallel dazu die Möglichkeit zur (als schwach paternalistisch bewerteten) prohibitiven Steuerung gewisser Werbekampagnen (z.B. Zigarettenwerbung) einzuräumen, zu der sie meines Erachtens angesichts des massiven auch finanziellen Einsatzes zur Durchführung des „dritten Weges“ wohl berechtigt wäre.

Dieser beschriebene didaktische Versuch zur Bildung der Vernunft der nächsten Generation, deren Motivationsfähigkeit ich weitaus weniger pessimistisch beurteilen möchte, als es derzeit in der öffentlichen Meinung geschieht, stellte darüber hinaus, ergänzt durch eine in diesem Bereich engagierter als bisher agierende Kirche, womöglich auch eine Chance zur Entwicklung tragfähiger Handlungs- Alternativen zu jenen sozialen Problemen (z.B. Sterbehilfe, Euthanasie, etc.) dar, die in naher Zukunft noch für umfassende Diskussionen sorgen werden.

#### Weiterführende Literatur:

1. ALT, Th.: Ethik des Rauchens; in: „Zeitschrift für medizinische Ethik“, 40. Jg 1 1994, S. 41-47;
2. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. (Hg): Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford 1989
3. ILLICH, I.: Die Nemesis der Medizin, Hamburg 1987
4. IRRGANG, B: Grundriß der medizinischen Ethik, München, Basel, 1995
5. Katechismus der Katholischen Kirche, Oldenbourg, Benno, Paulusverlag, Veritas 1993 (KKK)
6. MALHERBE, J.-F.: Medizinische Ethik, Echter, Würzburg, 1990
7. MARSHALL, Mary F.: Clinical Reasoning gone wrong. The unholy alliance between health care and criminal justice; Vortrag gehalten bei „Philosophy of the Health Sciences. From Disease Prevention to Health Promotion“: 10th. Annual Conference of the European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (in coop. with. IEM, Hans-Jonas-Gesellschaft, 14-17. August 1996)
8. Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Vatikanstadt, 1995
9. PATZIG, G.: Gibt es eine Gesundheitspflicht? (Originalarbeit) in Zeitschrift: „Ethik in der Medizin“, Bd 1,1 1989; Seite 3-12;
10. RAWLS, J.: Gerechtigkeit und Fairneß. (Ü: J. SCHULTE), Freiburg, München 1977
11. SASS, H.-M.: Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Springer, 1988
12. SCHOCKENHOFF, E.: Die Verantwortung für das eigene Leben: Gesundheit und Krankheit (5. Kapitel); in: S. E.: „Ethik des Lebens“ Mainz, 1993
13. SLANY, J.: „Den Einsatz der Thrombolyse gezielt forcieren.“ in Ärzte-Woche 10. Jg Nr. 29 v. 28. August 1996, S.1-2
14. THEURL E., (Hg), Tödliche Grenzen. Rationierung im Gesundheitswesen. Dokumentenband zum 13. Hochschulkurs aus Gesundheitsökonomik der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck. APIS Theorie 4; Alfred & Söhne, Verleger, Meran, 1995
15. VEATCH, R.M.: Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität in: Buch: SASS, Hans-Martin (Hg.): „Medizin und Ethik“, Universal-Bibliothek Nr. 8599 [5]; Stuttgart, 1989; [Orig: Robert M. Veatch: Voluntary Risks to Health: The Ethical Issues. In: Journal of the American Medical Association 243 (4. Januar 1980); S.50-55]

OA. Dr. Michael PEINTINGER, FA f. Anästhesie, Vorsitzender der Ethikkommission des Krankenhauses „Göttlicher Heiland“, Dornbacher Straße 20-28, A-1170 Wien, Mitglied d. Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, wissenschaftl. Mitarbeiter des Institutes für Ethik in der Medizin, Universität Wien.