

## Indikation und Patientenwille

Der Gesprächskreis Ethik befasst sich mit Fragen zur Beziehung von Indikationsstellung und Patientenwillen.

In Zusammenhang mit Diskussionen in der Öffentlichkeit zum Thema Indikationen von Magensonden bei Sterbenden und schwerst Demenzkranken hat sich der Ethikgesprächskreis unserer Kammer des Themas angenommen und Thesen zu „Indikation und Patientenwille“ formuliert, die nachfolgend veröffentlicht und zur Diskussion gestellt werden.

Der Gesprächskreis Ethik – nicht zu verwechseln mit der Ethikkommission, die andere Aufgaben zu erledigen hat – wünscht sich einen Diskurs mit Ärztinnen und Ärzten zu Problemen, die sich aus dem ärztlichen Alltag ergeben und gegebenenfalls der ethischen Durchdringung bedürfen. Zu Fragen in Zusammenhang mit dem Phänomen einer zunehmenden Indikationsstellung von Magensonden (es sollen in der Bundesrepublik etwa 140.000 Ernährungssonden jährlich gelegt werden) findet im Frühjahr 2009 eine öffentliche Sitzung des Gesprächskreises statt, zu der ein kompetenter Referent eingeladen wurde und in der einer größeren ärztlichen Öffentlichkeit das Problem näher gebracht werden soll. Wir werden unsere Kolleginnen und Kollegen zu gegebener Zeit näher informieren.

Im Lichte einer Diskussion auf der politischen Ebene zum Patientenverfügungsgesetz und der Tatsache, dass das Rollenverständnis des Arztes und die Selbstverständnisse der Patienten einem stetigen Wandel unterliegen, sind Auseinandersetzungen mit diesen Phänomenen ein Grundanliegen der Ärzteschaft. Der Ethikgesprächskreis der Sächsischen Landesärztekammer möchte hier hilfreich mitwirken.

### Thesen zum Thema „Indikation und Patientenwille“

1. „Indikation“ oder „Anzeige“ ist die aus der ärztlichen Diagnostik sich ergebende Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren in Anwendung zu bringen. Die Indikation umfasst damit alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung differentialdiagnostischer Erwägung und Bewertung der Situation des Patienten einerseits und den daraus resultierenden Behandlungsangeboten und -notwendigkeiten.

2. Ein wesentlicher Aspekt der Bewertung der Behandlungsbedürfnisse durch den Arzt (in begrenzten Feldern durch andere Heil- und Hilfsberufe) ist ein Krankheitsbegriff, der sich unterschiedlichen Ebenen der menschlichen Existenz zuwenden und dieselben in eine komplexe Betrachtung des Patientenproblems einbeziehen muss. Dieser Krankheitsbegriff hat die biologischen (somatischen), die psychologischen und die sozialen Aspekte des individuellen Gesundheitsproblems einzubeziehen. Dabei kann wirksames Handeln auf allen genannten Daseinsebenen des Menschen möglich und erforderlich sein (biologisch durch körperliche Eingriffe, Pharmakotherapie etc.), psychologisches durch psychotherapeutische Maßnahmen und soziales durch Eingriffe in sozialkontextuelle Bedingungen (zum Beispiel Ehepaartherapie oder Schonplatzregelungen und vieles anderes mehr).

3. Der Arzt trifft die Entscheidung zur Indikation. Für die sich daraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist der Wille des Patienten – seine Autonomie, die Einsichtsfähigkeit einschließt – von großer Bedeutung. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist zwar im Allgemeinen bestimmt durch Sachkenntnis auf der einen Seite und durch Leidenserfahrung auf der anderen Seite. Diese Leidenserfahrung macht den mit Alltagskompetenz versehenen Patienten zu einem gleichberechtigten und in letzter Entscheidung selbst verantwortlichen Partner des Arztes. Ärztli-

ches Handeln geschieht in der Regel mit dem Einverständnis des Patienten.

4. Spezielle Situationen, in denen der Patient seiner Handlungsfähigkeit beraubt ist, erfordern eine einspringende fürsorgliche Aktivität des Arztes. Diese Situationen können juristisch, aber auch ethisch unproblematisch sein, etwa in der Notfallsituation eines bewusstlosen Patienten, in der die Situationsbereinigung allein durch die Fachkompetenz des Arztes nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen kann.

5. Höchster ethischer Durchdringung bedürfen aber Situationen besonders in Lebensendphasen, wenn das für erforderlich angesehene Handeln nicht mehr vom Patienten selbst bestimmt werden kann, wenn er einwilligungsunfähig ist und ein Ersatz für die fehlende Einwilligungsfähigkeit in Form eines gesetzlichen Vertreters (zum Beispiel bei Minderjährigen), eines gesetzlichen Betreuers, einer Bevollmächtigung oder einer Patientenverfügung nicht vorliegt. Bleibt im Notfall für die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers keine Zeit, müssen gegebenenfalls andere Rechtfertigungsgründe des Handelns herangezogen werden, zum Beispiel die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen.

6. Die vermutlich komplizierteste und mit hoher Ambivalenz versehene Situation ergibt sich, wenn es um die Fragen der Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen (Beatmungsgeräte, Sondenernährung) geht. Bei diesen Konstellationen sind nicht nur die von entscheidungswilligen Angehörigen oder durch eine Patientenverfügung gegebenen Handlungsalternativen maßgeblich, sondern auch die aus der inneren Auseinandersetzung des handelnden Arztes mit dem Problem resultierenden Entscheidungen. Es muss eben auch einer da sein, der am Ende die Geräte ausschaltet.

Entscheidungen dieser Art können durch Teamberatungen befördert werden, liegen aber letztlich allein in

der Beurteilung des verantwortlich Handelnden. Auch institutionelle Strukturen – wie manchmal gefordert – können im Einzelfall nicht weiterhelfen. Das Prinzip der Patientenautonomie muss bei ethischen Erwägungen deshalb besonders hervorgehoben werden, weil der Arztberuf historisch eher paternalistisch geprägt war und weil die deutsche Medizingeschichte durch verbrecherischen Umgang mit sogenanntem „unwerten Leben“ zu besonderer Sensibilität im Umgang mit diesen Fragen verpflichtet.

7. Ein spezielles Kapitel der Beziehung von Indikation und Patientenwille ist die zunehmend zu beobachtende Tendenz, Indikationen zu stellen, die eindeutig wirtschaftlich motiviert sind. Ein ethisch bedenkliches Kapitel sind hierbei viele sogenannte IGEL-Leistungen, die – nicht von der Solidargemeinschaft getragen – dem verordnenden Arzt sofortigen wirtschaftlichen Vorteil bringen. Die Bedenklichkeit geht dabei in verschiedene Richtungen:

- Manche dieser Behandlungsangebote sind irrational und in keiner Weise studiengesichert – sie zu verordnen, bedeutet eigentlich, dem Patienten in seiner Heilserwartung Sand in die Augen zu streuen; selbst wenn man bedenkt, dass durch Placebowirkung und Wirkung der Arztpersönlichkeit Effekte eintreten; zumindest sollte der Arzt den mündigen Patienten über die Möglichkeit der Unmöglichkeit nicht im Unklaren lassen.
- Besonders sorgfältiger Erwägung über das eigene Handeln und den Patientenwillen bedürfen ästhetisch-chirurgische Eingriffe, wenn sie nicht nahe an medizinischer Indikation liegen und verstiegenen Ansprüchen einer von den Medien verbogenen Population genüge leisten sollen. Hier sollten merkantile Interessen nicht die Unsinnigkeit von „Pseudopatienten-Wünschen“ überwuchern. Der Arzt darf nicht „Wunscherfüller“ nach dem Kundenprinzip werden (Dörner 2001). Der „Patient als Kunde“ entspringt einer unternehmensberaterischen Sicht der Arzt-Patienten-

tenbeziehung – sie trifft die Begegnung von Arzt und Patient nur marginal. Das heißt aber auch, dass sich ein Arzt konsequent gegen einen Patientenwunsch stellen kann und in bestimmten Situationen sogar stellen muss (Tötung auf Verlangen – Brustvergrößerung aus Typberatungsgründen, Wunschsectio und vieles anderes mehr).

8. Arztethisch höchst problematisch, aber wirtschaftsethisch zumindest diskussionswürdig, sind die vielfältigen Fragen, die sich aus der bestehenden – wenngleich von der Gesundheitspolitik heruntergespielten – Rationierung medizinischer Leistungen ergeben. Kann zum Beispiel das Alter ein Faktor von Therapieentscheidungen sein? Die Argumente in der Arztethik-Literatur gehen überwiegend davon aus, dass Alter allein kein Kriterium für Entscheidungen gegen eine Therapie sein kann – auch im Sinne der in These 2 vertretenen Ansicht, von den unterschiedlichen Ebenen des Zugangs zu einem Krankheitsproblem.

Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass die unter dem Druck von Wirtschaftlichkeitserwägungen zu treffenden ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen zur Sparsamkeit, zum Unterlassen von Maßnahmen, der ärztlichen Ethik fremd sind (Disler 2008), wenngleich wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen zur ärztlichen Grundhaltung gehören sollte.

9. Ärztliche Indikationsstellung – von deren Exaktheit ein Krankheitsverlauf ganz entschieden beeinflusst werden kann – ist ein dialogischer Prozess in den neben ärztlichem Fachverstand, Patientensichten (die je einmaligen Erfahrungen des Patienten mit seiner Krankheit hat den Psychotherapeuten Balint zu der Formulierung geführt, der Patient sei sein bester Facharzt), gesellschaftlicher Konsens und ethische Grundsätze einfließen. Um auf diesem Felde ärztlichen Tuns bestehen zu können, müssen personelle Qualitäten erfüllt sein, die leider in der Ausbildung und Weiterbildung sträflich vernachlässigt werden: Philosophische Grundkenntnisse, Ausbildung im ethischen Diskurs, gesprächstherapeutische Techniken, Empathietraining, Selbsterfahrung und Einsicht in metakommunikative Prozesse.

10. Eine innergesellschaftliche Wertediskussion und gegebenenfalls gesundheitspolitische Vorgaben müssen erreichen, dass Grauzonen auf diesen sensiblen Feldern so klein wie möglich gehalten werden. Zu bedenken ist dabei auch, dass es eine Verpflichtung des Patienten zu Compliance, Auskunftsbereitschaft, Risikovermeidung und eventuell auch Kostenbeteiligung geben muss. In gewisser Weise muss einer Ethik des Arztes auch eine Patientenethik gegenüberstehen.

Für den Gesprächskreis Ethik

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie  
für ärztliche Fort- und Weiterbildung