

Informed Consent: eine Utopie?

Rolf H. Adler

Ein 67-jähriger Freund, Nachbar und Architekt, bittet mich um ein Gespräch wegen Missempfindungen und Schmerzen in den Beinen und Händen. Er sei zwei Jahre lang abgeklärt und behandelt worden. Ich setze mich noch gleichentags zu ihm und bitte ihn, mir alle medizinischen Dokumente vorzulegen, die sich angesammelt haben. Die Diagnose in den Unterlagen lautet «idiopathische Polyneuropathie», und Rezepte für Lyrica sind ausgehändigt worden. Ich frage ihn, wie das Lyrica gewirkt habe. Er antwortet, nach dem Lesen des Beipackzettels habe er auf die Einnahme verzichtet, dem Arzt aber davon nichts gesagt.

Ein Architekt liest einen Beipackzettel, somit ist er informiert und wird kooperieren. Diese Annahme ist voreilig und naiv.

Entscheidungsgrundlage für den Informed Consent

Eine Pflegefachfrau löst ihre Kollegin ab und betritt ein Krankenzimmer, wo eine Patientin liegt, angeschlossen an eine Infusion. Die Pflegenden fragt die Kollegin ruhig, ob dies die Patientin mit den intensiven Durchfällen sei, die rehydriert werde. Eine Angehörige betritt kurz darauf das Zimmer und fährt erschreckt zurück. Für sie weist die Infusion auf einen gefährlichen Krankheitszustand hin.

Der Talmud hat recht: «Wir sehen die Dinge nicht, wie sie sind, sondern wie wir sind.» (Talmud: nachbiblisches Hauptwerk des Judentums mit Rechtssammlung in Hebräisch, abgeschlossen 200 Jahre n. Chr., und auf sie gestützte Kommentierung und Diskussion in Aramäisch, abgeschlossen 600 n. Chr.) Wie wir unsere Umgebung und uns selbst sehen, ist subjektiv, individuell. Thure von Uexküll hat dafür den Begriff der «individuellen Wirklichkeit» geprägt [1].

Die heutige Neigung der Ärzte, den Kranken als vollwertigen, mündigen und entscheidungsfähigen Partner zu betrachten, steht in krassem Gegensatz zur Auffassung, die bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts vorherrschte. Damals sah sich der Arzt als Lehrer und den Kranken als Schüler, sich als Wissenden und den Kranken als Unwissenden, sich als Autorität und den Kranken als inkompetenten Laien. Die heute vorherrschende Ansicht, der Patient als Partner könne dank Erklärungen des Arztes, TV-Sendungen und Internet diagnostische und therapeutische Vorschläge verstehen und sogar bedrohliche Diagnosen ohne weiteres ertragen, steht dieser Auffassung diametral gegenüber.

Beide Auffassungen greifen zu kurz. Die Ältere verhindert, dass der Kranke seine Erfahrungen vor und in der Krankheit in seinen eigenen Worten und der für ihn nötigen Zeit schildern kann. Die Jüngere setzt voraus, dass der Kranke so kompetent ist, dass er die Verantwortung für medizinische Pläne weitgehend selbst übernimmt und trägt.

Die Möglichkeit, sich via Internet und TV-Sendungen ins Bild zu setzen, bringt nichts, denn die Sozialisation eines Patienten in Bezug auf den Arzt und die Sozialisation des Arztes in Bezug auf einen noch so intelligenten, gebildeten Patienten sind zwei verschiedene Wege, die zu unterschiedlichen «individuellen Wirklichkeiten» führen. Der medizinische Laie verfügt nicht über genügendes medizinisches Grundlagenwissen, das einen wirklichen Informed Consent erlaubt. Der Arzt sollte erkennen, dass Informed Consent eine Utopie ist. Utopien sind in Ordnung, wenn sie uns anregen, ein Ziel anzustreben, auch wenn es unerreichbar ist.

Wäre die Arzt-Patient-Beziehung allein ein Diskurs über eine Sache, ein Produkt, dann wäre der Mensch davon ausgeschlossen. Die Persönlichkeit und die Lebensgeschichte des Kranken tragen dazu bei, wann jemand krank wird, wie die Krankheit verläuft, eingeschlossen die Möglichkeit einer Heilung. Zudem regrediert der erkrankende Mensch z.T. auf eine frühere Entwicklungsstufe: Der Arzt übernimmt die Elternfunktion und der Kranke die Funktion eines Kindes. Häufig treten sogar Übertragungsphänomene auf, d.h., unbewusste Lebenserfahrungen mit früheren Bezugspersonen werden auf den betreuenden Arzt verschoben. In diesem komplexen System muss geklärt werden, wie sich die Verantwortung auf Arzt und Patient verteilen lässt.

Eine Analogie aus dem Leben

Ein Tourist legt einem Bergführer seine Absicht vor, einen der Schweizer Viertausender zu besteigen. (Der Kranke präsentiert seine Krankheit.) Der Bergführer hat die Tour schon mehrmals bei verschiedenen Wetterbedingungen absolviert. (Der Arzt hat die theoretischen und praktischen Aspekte, die Patient und Krankheit bieten, schon oft erlebt.) Der Bergführer befragt seinen Gast, welche Touren er schon gemacht hat, ob er derzeit gesund, ausgeruht und an die Höhe angepasst ist, ob er je schon höhenkrank war, welche Erfahrungen er in Fels, Schnee und Eis gesammelt hat. (Der Arzt fragt nach der früheren Gesundheit und Krankheit, der Erholungszeit nach einer Belastung, dem Verhalten in

schwierigen Lebenssituationen.) Jetzt kann der Bergführer abschätzen, ob und wie die Tour unternommen werden kann. (Der Arzt kann abschätzen, welche Abklärungen und Behandlungen für den Kranken angemessen sind. In unserem Fall des Architekten schätzt der Arzt ab, ob er dem Mann das Lesen des Beipackzettels überlassen kann, ob er diesen mit ihm zusammen durchgehen soll, ob allfällige Ängste zu erwarten sind.)

Damit der Arzt dies zu tun vermag, muss er die individuelle Wirklichkeit des Kranken kennen lernen. Das Instrument dazu ist das Gespräch.

Das Gespräch

Naiverweise könnte man meinen, je technischer die Medizin wird, umso weniger müsse gesprochen werden. Aber das Umgekehrte ist der Fall. Je mehr Technik involviert ist, desto mehr Gespräch ist nötig [2]. Politiker, Ökonomen und Versicherer, die auf ein rationales Zeitmanagement drängen und den Arzt als Dienstleister betrachten, der ein Produkt abliefert, verbinden sich damit den falschen Finger. Ohne eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, zu der eben das Gespräch gehört, wird die Medizin endlos teuer. Sagt und schreibt man, dass das Gespräch der Schlüssel zur individuellen Wirklichkeit des Kranken ist und dass das Gespräch

Naiverweise könnte man meinen, je technischer die Medizin wird, umso weniger müsse gesprochen werden. Aber das Umgekehrte ist der Fall

den Arzt als Dienstleister betrachten, der ein Produkt abliefert, verbinden sich damit den falschen Finger. Ohne eine gute Arzt-Patienten-Beziehung,

gehört, wird die Medizin endlos teuer. Sagt und schreibt man, dass das Gespräch der Schlüssel zur individuellen Wirklichkeit des Kranken ist und dass das Gespräch

gelernt und geübt werden muss, dann läuft man Gefahr, als Besserwisser und Missionar verschrien zu werden. Obwohl wir durchschnittlich mit drei Jahren zu sprechen vermögen und dies bis ins Erwachsenenalter vervollkommen, ist das Erlernen der Gesprächsführung grundlegend für eine professionelle ärztliche Tätigkeit. Auch der noch so begabte Schachspieler muss durch eine harte Schulung bei Grossmeistern, wenn er es zur Meisterschaft im Schachspiel bringen möchte. Damit wird nichts gegen begabte Ärzte gesagt, die in manchen Fällen spontan mit Patienten gute Gespräche führen. «Wir sehen die Dinge nicht, wie sie sind, sondern wie wir sind» internationalen Meisters,

aber nicht eines Grossmeisters. Heute gibt es in der Schweiz nicht nur das Studium mit seinen spärlichen, dem Gespräch gewidmeten Stunden, sondern auch dreijährige berufsbegleitende Kurse zum Erlangen des Fähigkeitsausweises in psychosozialer und psychosomatischer Medizin, die an die Medizinischen Fakultäten gebunden sind.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Rolf H. Adler
[michele.rolf.adler\[at\]gmail.com](mailto:michele.rolf.adler[at]gmail.com)

Literatur

- 1 Uexküll Th von, Wesiack W. In: Psychosomatische Medizin. Hrsg. RH Adler et al. Urban und Fischer, 7. Auflage, Kap. 1.
- 2 Adler RH, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, New York, 1992, 3. Aufl.