

Der Autonomie-Therapie-Zielkonflikt in der Allgemeinmedizin

Gedanken anlässlich eines Artikels von Abholz/Pentzek [1]

The Autonomy-Therapy-Conflict in General Practice

Autor

S. Sachtleben

Institut

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Schlüsselwörter

- Therapiestrategien
- Allgemeinmedizin
- chronische Krankheit

Key words

- Therapeutic approach
- general practice
- chronic illness

Zusammenfassung

▼
Chronische Krankheiten erfordern ein Umdenken über unser Verständnis von gesund und krank. In der Hausarztpraxis sind die Konflikte zwischen akut-medizinischer Ausbildung und chronisch-medizinischer Wirklichkeit täglicher Gegenstand der Auseinandersetzung. Die Entscheidung zu Therapien mit meist geringer Therapiechance steht nicht selten im Konflikt zum Bemühen, Autonomie des Patienten zu erhalten. Der Text stellt Konfliktkonstellationen dar und begründet den Konflikt auch aus unserer Art zu denken.

Abstract

▼
GPs' daily work is full of contradiction between an education focussed on one cause-related treatment, often resulting in success, and the reality of chronic illness making therapeutic success very small and caring very important. Within that antagonism GPs see themselves in another conflict, the one between respecting the autonomy of the patient and endangering it by a therapeutic intervention – which usually has only a small chance to help effectively. The text explains the reasons for this conflict, including our way of thinking.

Abholz und Pentzek [1] haben bereits im ersten Satz das Schwierige einfach ausgedrückt: Das „... Fehlen eines Bewusstseins von Störung und Defizit ...“ begründet Gesundheit. Dieses Verständnis von Gesundheit ist nicht selbstverständlich! Soll aber mit diesem Kommentar ausdrücklich unterstützt werden. Weiter stellt der von Abholz thematisierte Autonomie-Therapie-Zielkonflikt nach meiner Ansicht das dritte wesentliche Typikum der Allgemeinmedizin dar, neben Niedrigprävalenz und Niedrigausprägung (gut dargestellt und systematisiert von der Kollegin W. Fink in der ZFA 3/2007).

Das Gesundheitsverständnis von Abholz und Pentzek ist nicht selbstverständlich, weil es das Bewusstsein eines Menschen als begründend für gesund/krank erkennt. Klassisches medizinisch-wissenschaftliches Denken begründet gesund/krank ganz anders, nämlich nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip – am schlüssigsten bis heute im Keim-Krankheits-Prinzip verwirklicht. Wird der Keim entfernt, dann verschwindet „Krankheit“ und „Gesundheit“ stellt sich von selbst (!) ein. Patienten sind in diesem Verständnis entindividualisierte „Organismen“, die sich ohne Ansehen von Person, Persönlichkeit oder gar Be-

wusstsein erfolgreich behandeln lassen. Dieses Prinzip ist das Paradigma, welches bis heute unser Denken dominiert, in welchem wir ausgebildet wurden, wir unbewusst und unreflektiert weiterdenken und in welchem wir erstaunlich erfolgreich sind. Das Rückgrat dieses Denkens ist die Bildung objektiver Begriffe – vernünftig, am besten gesetzmäßig begründet, von jedem (!) nachvollziehbar, immer wahr; wissenschaftsgeschichtlich die Quintessenz aufgeklärten Denkens.

In diesem Denken kann „mein Bewusstsein“ von mir keinen Platz haben, denn mein Bewusstsein ist subjektiv – nur in mir begründet, weder immer wahr, noch von jedem verstehbar, bar jeder Gesetzmäßigkeit, geschweige denn Vernunft. Deswegen ist Abholz Definition nicht nur nicht selbstverständlich, sondern diese Definition zieht eine ganze Reihe von Konsequenzen nach sich, die man sich ganz klar machen muss: es ist der Schritt vom objektiven Denken zum subjektivem Denken – vom „Vernünftigen“ zum „Unvernünftigen“, vom Wissen zum Interpretieren, vom Naturgesetzlichen zur Unabhängigkeit von Gesetzen, wenn man so will.

Peer reviewed article

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-984360
Online-Publikation: 10.07.2007
Z Allg Med 2007; 83: 277–279
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. S. Sachtleben
Kaiserstr. 2a
66955 Pirmasens
stefan.sachtleben@t-online.de

Subjektives Denken steht immer am Rande des Abgrundes zur Beliebigkeit. Subjektive Begriffe kann nur das jeweilige Ich mit Inhalt wirklich füllen. Ein Zweiter oder Dritter kann nicht objektiv von mir sagen, ich wäre „gesund“ oder „krank“. Er kann dies nur interpretieren. Subjektives Denken ist das Denken in Sinn und Bedeutung. Es ist das Denken in inneren Zielen, die etwas für mich bedeuten – in inneren Sinnzusammenhängen. Es ist paralogisch und hat seine, „meine eigene Rationalität“. Es gehört damit dem teleologischen Denken an, also einem Denken, das auf ein Ziel hin ausgerichtet ist; dies im Gegensatz zur bisher so gedachten ziellosen Ursache-Wirkungs-Gesetzmäßigkeit, die zufällig Leben und Sein hervorbringt. Teleologisches Denken berührt jedoch kausales Denken nie und widerspricht diesem nie – es ist gleichwertig neben ihm. Subjektives, teleologisches Denken ist nicht logisch, noch unlogisch, nicht rational, noch irrational, denn es folgt der Beschreibung seiner eigenen Sinn- und Bedeutungszusammenhänge.

Subjektivem Denken kann man sich als Anderer nur durch Interpretieren annähern. Interpretieren ist nach allem Gesagten ein notwendigerweise weder rationaler noch irrationaler Analogieschluss aufgrund eigener Erlebnisse. Interpretation ist ein Extrakt aus dem subjektivem Denken des Anderen aufgrund des jeweils eigenen Bewusstseins, das in seinen eigenen Bedeutungen die Bedeutungen des zu interpretierenden Subjektes wieder zu finden vermeint. Meine Interpretationen als Arzt bleiben daher immer meine. Interpretation meint daher auch immer mich und sagt immer auch etwas über mich.

Genau hier liegen die Grenzen eines im Bewusstsein begründeten Gesundheitsbegriffes – subjektives Denken ist kein System von Begriffen, sondern ein System des Begreifens. Begreifen heißt Sinn setzen. Sinn setzen für andere kann nur, wer für sich selbst Sinn gesetzt hat. Andere verstehen kann nur, wer selbst erlebt, erfahren, verstanden hat. Subjektives Leben verstehen kann nur der- oder diejenige, der sein oder ihr Leben verstanden hat. Hausärztliche Hilfe wirkt daher auf Weisen, die uns durchaus unnachvollziehbar bleiben können, da der Sinnkosmos unseres Gegenübers eben nicht wirklich von jedem und dann noch identisch verstehbar ist (Details und Literatur siehe [2].)

Heutige Hausarztarbeit hat zwei Schwerpunkte: einmal die Betreuung so genannter chronisch Kranker, zum anderen die Versorgung großer Patientenzahlen im hier sogenannten „Niedrigausprägungsbereich“.

Bei den chronischen Zivilisations-Krankheiten lässt sich zwar meist eine Ursache-Wirkungs-Pathophysiologie formulieren, diese wird aber nur begrenzt therapeutisch nutzbar. Zudem spielt bei diesen Krankheiten das subjektive Denken des Patienten die entscheidende Rolle. Bei weitem nicht jeder, den wir zum Beispiel als Diabetiker bezeichnen, sieht sich auch selbst so und schon gar nicht in der Konsequenz, in welcher wir diesen Begriff meinen. Wer schon mal Ernährungsberatungssprechstunden versucht hat, der wird erstaunt sein, wie wenig Menschen Übergewicht auf Fehlernährung und Bewegungsmangel zurückführen. Genau hier entsteht dann der Autonomie-Therapie-Zielkonflikt.

Bei der Arbeit im „Bereich der Niedrigausprägung“ besteht das gleiche Problem, nur andersherum. Zahlreiche Patienten präsentieren sich mit Symptomen und Bildern, die aber keine diagnostische Zuordnung erlauben. W. Fink [3] beziffert ihren Anteil an der hausärztlichen Arbeit auf 80–90%. Hier wird Therapie

und Diagnostik gewünscht und der rationale, objektive Hausarzt kann die Notwendigkeit nicht sehen und würde lieber „abwarten“. Auch hier entsteht der Autonomie-Therapie-Zielkonflikt. Der Autonomie-Therapie-Zielkonflikt ist auch einer der Gründe, warum die Langjährigkeit der Patient-Arzt-Beziehung in der Allgemeinmedizin so eine große Rolle spielt. Nur so kann der subjektive Bedeutungskosmos allmählich erkundet und Therapie angepasst und möglich gemacht werden.

Der Autonomie-Therapie-Zielkonflikt begründet den allgemeinmedizinischen Konflikt schlechthin. Wissenschaftlich geschulte Ärzte wollen ihre Patienten zu Verhaltensweisen bewegen, die diese nicht selten „irrational“ ablehnen, d. h. darin für sich keine Bedeutung erkennen können. Unsere Patienten wollen, genau wie wir selbst, zuerst autonom sein, bevor sie „gesund“ sein wollen. Was die Medizin als gesund versteht, entspricht meinem Autonomiebestreben nur idealerweise.

Hausärzte haben die zentrale Bedeutung dieses Konfliktes für ihre Arbeit allerdings schon immer beachtet. Daher haben sie in der bewussten und unbewussten Erkenntnis ihres Behandlungsspielraumes schon immer auch und häufig „falsch“ und „unwissenschaftlich“ therapiert, wie Abholz es detailliert darstellt.

Dieser Konflikt ist für uns durchaus auch bitter, weil wir alle daran schon mal verzweifelt sind. Bitter, weil daher die Ablehnung rührt, die die Allgemeinmedizin bis heute vom „Establishment“ erfährt. Bitter, weil so manche Studie vermeintlich leichtes Spiel mit Vorwürfen an die Allgemeinmedizin hat. Diese Studien lassen völlig außer Acht, dass sich zum Beispiel Depression eben gerade nicht in einem Score, oder einer Fremdeinschätzung begründet, sondern dass „echte“ Krankheit im Bewusstsein der Betroffenen entsteht. Die eigentliche Frage wäre also, wie ein Score mit der Selbsteinschätzung der Patienten übereinstimmt. Wie krank und behandlungsbedürftig sehen sich die Patienten selbst?! Jedoch Selbsteinschätzung von Patienten sinnvoll zu messen ist schwierig. Einfach nur zu fragen, ob sich zum Beispiel jemand depressiv fühlt, dürfte allein kaum reichen, um subjektive Bedeutungsgefüge zu erkunden. Letzteres aber ist handlungsleitend. Eine gradlinige Frage nach dem Befinden mobilisiert hingegen sozial erwünschtes Verhalten – zumindest für die Zeit der Beantwortung der gestellten Frage.

Gesundheit als das Fehlen eines Bewusstseins von Störung und Defizit zu verstehen, beinhaltet einen weit reichenden Paradigmenwechsel. Er anerkennt die Bedeutung subjektiven Denkens unserer Patienten für ihr Wohlergehen. Er konfrontiert uns mit der Unmöglichkeit als Ärztin oder Arzt alles zu verstehen, was unsere Patienten bewegt. Er konfrontiert uns mit uns selbst und er zeigt uns den (zeitgenössischen) hausärztlichen Konflikt schlechthin – den Autonomie-Therapie-Zielkonflikt.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Abholz H-H, Pentzek M. Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz; *Z Allg Med* 2007; 83: 61–65
- 2 Sachtleben S. Der Begriff „Gesundheit“ und sein Zusammenhang mit der zeitgenössischen Medizin. S. Roderer Verlag, Regensburg, 1992; Theorie und Forschung Bd. 200, Medizin Bd. 3
- 3 Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis; *Z Allg Med* 2007; 83: 102–108

Zur Person

**Dr. Stefan Sachtleben,**

Studium in Homburg und München. Approbation 1985 in München. Stipendiat der Robert-Bosch-Stiftung für Wissenschaftsjournalismus, Promotions-Stipendiat des bayrischen Staates. Klinische Ausbildung in Bayern und Großbritannien. Seit 1994 niedergelassen in eigener Praxis in Pirmasens

als Facharzt für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Jugendmedizin, Geriatrie, Naturheilverfahren. Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Med. Fakultät der Universität der Saarlandes in Homburg/Saar. Verheiratet, 3 Kinder.

Buchbesprechung

Was ist ein Arzt – Arzt oder Mediziner

Helmut Pillau

132 S., 7 Abb., € 9,80.

Books on Demand GmbH, Norderstedt November 2006

ISBN-10: 3-8334-6094-6

ISBN 13: 978-3-83346094-4

Auf der Suche nach einem aktuellen Bild des Arztes im Spiegel der ethischen und politischen Erwartungen der Gesellschaft lässt Pillau in seinem Essay eine komplexe Skizze entstehen. Neben den klar definierbaren Voraussetzungen für Approbation und Zulassung des Arztes werden weitere schwerer fassbare Kriterien formuliert, deren Erfüllung ebenfalls Voraussetzung für die Ausübung des ärztlichen Berufs sein sollte.

Mit dem Titel des Buches vollzieht der Autor ein bewusstes Trennen des Medizinerberufs von dem des Arztes. Das Berufsbild des Arztes wird von dem des Mediziners („Ärzte, die aber in anderen Berufen nicht mehr den Menschen heilen“) abgelöst und im Weiteren für sich behandelt.

Was ist ein Arzt? Nach einer einleitenden Suche durch Beschreibungen und Definitionen des Arztbegriffs und der Attribute „Wissen“, „Können“ und „Haltung“ werden weitere Aspekte zur Erfassung eines Arztbildes diskutiert: der Arzt in der Ausbildungs- und Berufsordnung, im Wandel der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung, in der Gesetzgebung, in der Literatur und in den Medien, aus der Sicht der Patienten, Juristen, Politiker und in der eigenen Darstellung.

Im Hauptteil beschreibt der Autor die wesentlichen Inhalte ärztlicher Tätigkeit, die Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung und einzelne wichtige Kompetenzen wie Aufklärung, Mitteilung einer Diagnose, Sterbebegleitung oder Intuition und Erfahrung, über welche der „gute Arzt“ neben fundiertem Fachwissen verfügen sollte.

An Lebendigkeit gewinnt Pillaus Beschreibung durch Fallbeispiele aus der eigenen Praxis. Leider mangelt es in der Darstellung vielerorts an Aktualität, insbesondere wenn es um die längst abgeschafften Tests für Zulassung zum Medizinstudium oder über die aktuellen Erfahrungen eines AIP (Arzt im Praktikum), den es seit 2 Jahren nicht mehr gibt, berichtet wird. Auch zahlen die gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 kein Sterbe-

geld mehr. Die zitierten Abrechnungsziffern aus dem EBM sind genauso überholt wie die alte Deutschmark in den Preisangaben. Genauso wenig aktuell ist die Behauptung, dass Kurse zur Förderung der ärztlichen Kommunikationsfähigkeit an den Universitäten lediglich als Wahlfächer angeboten werden. An mehreren Universitäten Deutschlands gibt es bereits Pflichtfächer mit diesen Inhalten. Die Behauptung, dass ärztliche Kompetenzen vorwiegend durch eine Vorbildfunktion vermittelt werden können, ist nicht zeitgemäß.

Das Buch schließt mit einer Vision über den Arzt der Zukunft. Wie zu Beginn wiederholt sich hier die Suche nach einer Definition von Krankheit. Das „Arztbild der Zukunft“ ist wenig fassbar. Als Kernaussage lässt sich festhalten, dass in der Zukunftsvision der Arzt – wie bereits in der Gegenwart – sich im Gefüge der ethisch-sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen der Gesellschaft und den Erwartungen der einzelnen Patienten befinden und durch diese mitgeformt wird.

Die Zielgruppe des Buches wird erst im letzten Kapitel angesprochen: „Fachleute und Laien, Gesunde, Kranke und Ärzte“ – also alle, die das Thema interessiert. Trotz einiger Schwächen bereichert das Buch durch Lebendigkeit und prägnanten Stil und nicht zuletzt durch Wissen und Erfahrung des Autors gleichermaßen Arzt und Laie.

Prof. Dr. med. Helmut Pillau ist seit 1972 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Ludwig-Maximilian-Universität in München. Neben seiner Publikationstätigkeit (ZFA, MMW und Der Hausarzt u.a.) ist Pillau mit den Arbeiten „Der Arzt und sein Patient – Einsichten eines Allgemeinarztes“ (1982) und „Glossen aus dem medizinischen Alltag“ (2004) auch als Buchautor bekannt geworden. 1994 wurde er mit der Hippokrates-Medaille geehrt.

Dr. med. Ildikó Gágyor, Göttingen