

# **Die wirkliche Messlatte in der Kardiologie**

## **Gratwanderung zwischen Möglichkeit und Menschlichkeit**

---

Kardiologisches Kolloquium KSSG

27. November 2013

Werner Eugster, herzteam wil

# INHALT

- **Kritische Beurteilung einer Erfolgsgeschichte**
  - **Moralisches Dilemma**
  - **Komplementarität von Wissen und Erkenntnis**
-

## Verständnis von Kritik

- Kritik ist nicht als «Herumnörgelei» oder sogar Ablehnung zu verstehen
- Kritik verstanden als Hinterfragung gängiger/gewohnter Handlungsmuster
  - ⇒ Ermöglicht Einnahme neuer Perspektiven
- Aufgezeigte Entwicklung wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt
  - Beeindruckende Entwicklung der kardiologischen Möglichkeiten
  - Erfolge rechtfertigen / verstärken jedoch Denkansätze
- Diese Entwicklung ist in Übereinstimmung mit heutigem naturwissenschaftlich-technisch geprägtem Denken
- Gefahr der Ideologisierung dieses Denkens

## Kleiner Exkurs: Ideologie

- Wie lassen sich ideologische Denkformen erkennen?
- Eine Antwort gibt die kritisch-systematische Ideologietheorie von Karl Popper<sup>1</sup>
- Eine Ideologie ist an diesen Denkmustern zu erkennen<sup>2</sup>:
  - **Absolutheits- und Ausschliesslichkeitsansprüche** (*Einsichten sind in einem absoluten Sinn wahr, ...*)
  - **Erkenntnismonopole oder Interpretationsprivilegien** (*Denkmotiv eines unkontrollierbare höheren Wissens, ...*)
  - **Immunisierungsstrategien** (*Zensuren, Leerformeln, ...*)
  - **Alternativ-radikalistische Denkmuster** (*bipolare Kategorien, ...*)
  - **Dogmatisch ganzheitliche Denkformen** (*letzte Einheit, Ganzheit*)
  - **Feind-Stereotypien und Verschwörungstheorien** (*Sündenböcke, ...*)
  - **Utopisch-messianische Heilsideen** (*auserwählte Elite, ...*)

## Naturwissenschaft / Medizin im Ideologieverdacht?

- Heutiger Imperativ mit Ansprüchen auf Absolutheit und Erkenntnismonopol
- Heilsversprechungen:
  - Vorhersagbarkeit der Zukunft
  - Überwindung der biologischen Vergänglichkeit
- Beispiel: Schulmedizin-Alternativmedizin
  - Formulierung der WZW-Kriterien
  - Wirksamkeit beruht auf Messbarkeit
  - Alternativmedizin muss sich mit naturwissenschaftlichen Methoden rechtfertigen
  - Eine Arzt-Patienten-Beziehung oder Vertrauen werden jedoch nie messbar sein
  - Kranksein lässt sich durch Krankheit allein nicht erklären

## Zusammenfassung

- **Die Entwicklung der Kardiologie in den letzten 30 Jahren ist beeindruckend**
- Ermöglicht wurde dies durch ein reduktionistisch-technisch geprägtes Denken
- **Erfolgreiche Denkansätze neigen zu Absolutheitsansprüchen bzw. zur Monopolisierung von Erkenntnis**
- Die naturwissenschaftliche Medizin ist nicht wahr, sie wird nur in der heutigen Wirklichkeit als wahr wahrgenommen
- **Die heutige Medizin tut für ihre Glaubwürdigkeit gut daran, ihre Ideologisierungstendenz selber immer wieder zu hinterfragen**

# INHALT

- **Kritische Beurteilung einer Erfolgsgeschichte**
  - **Moralisches Dilemma**
  - **Komplementarität von Wissen und Erkenntnis**
-

## Angewandte Ethik

- Aus ethischen Theorien auf die Praxis übertragbare Handlungsorientierungen
- Hierfür ist ein praktikables und «allgemeingültiges» ethisches Theoriedestillat notwendig
- Für die Biomedizin haben Beauchamp und Childress<sup>3</sup> einen solchen Ansatz geliefert durch Formulierung ethischer Prinzipien «mittlerer Reichweite»:
  - **Autonomieprinzip**
  - **Prinzip des «Nicht-Schadens»**
  - **Prinzip des «Gutes-tun»**
  - **Gerechtigkeitsprinzip**

## Moralisches Dilemma

- Was ist ein moralisches Dilemma<sup>4</sup>?
  - Eine praktische Situation, bei der wir zwischen zwei gleichwertigen Handlungsoptionen entscheiden müssen, die sich aus moralischer Perspektive gegenseitig ausschliessen
- Worin besteht das Dilemma bei Fragestellungen wie im geschilderten «TAVI-Fall»?
  - Einerseits: Autonomieprinzip des Patienten
  - Andererseits: Prinzip des «Nichts-Schadens» der ÄrztIn
- Gibt es darauf eine abschliessende ethische Antwort?
  - Nein! – auch angewandte Ethik kann ein Dilemma nicht auflösen, sie kann jedoch eine Antwort auf das mehr oder weniger Richtige oder Falsche in der konkreten Situation geben

# Praktisches Vorgehen der angewandten Ethik

- Mögliche Formen:
  - Im Rahmen eines institutionell etablierten ethischen Vorgehens
  - 7-Schritte Dialog der Stiftung Dialog Ethik<sup>5</sup>  
(entwickelt von Frau Dr. Ruth Baumann-Hölzle)
  - ...
- Grundprinzipien dieser Methodik
  - Moderierter und strukturierter Dialog
  - Erkennen und Formulieren der Dilemmasituation
  - Arenaausweitung: Worüber wissen wir noch zu wenig  
(Fachliches, Lebensgeschichte und Umfeld der PatientIn, ...)
  - Welche grundsätzlichen Wertefragen stehen zur Diskussion  
(ethische Prinzipien mittlerer Reichweite)
  - Handlungsoptionen erarbeiten

## Welche Vorgehensweisen sind wenig zielführend?

- Problem als lästig empfinden und dadurch möglichst rasch «vom Tisch haben wollen»
- Hierfür sind reine Machbarkeitsüberlegungen verlockend:
  - Häufig handelt es sich um eine Problemdelegation an die nächste Instanz
  - Problem ist «innerlich» vom Tisch und damit nicht mehr lästig
- Hierarchisch autoritäre Einzelentscheidungen
  - Verletzt aus sich heraus das Autonomieprinzip
- Angstgetriebene Entscheidungen
  - Angst nicht alles gemacht zu haben

## Voraussetzungen für Methodik angewandte Ethik

- Sensibilisierung für ethische Problemsituationen
- Eigenes ethisches Wissen / Können oder Möglichkeit zur Inanspruchnahme entsprechender Beratung
- Offenheit aller Beteiligten, sich auf den Prozess einzulassen
- Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für gemeinsam getroffene Entscheidungen
- Zeitliche Ressourcen

## Vorteile der Methodik angewandte Ethik

- Begründetes Mittragen von Entscheidungen
- Vermeidung unguter/schlechter Gefühle durch Selbst(mit)bestimmung
- Mitgestaltende, nicht nur ausführende Position
- Hierdurch Bewahrung / Stärkung des ärztlichen Selbstverständnisses

## Zusammenfassung

- **Moralische Dilemmata gehören zur ärztlichen Tätigkeit wie Leben und Tod**
- Diese nicht einfach und schnell zu beantwortenden Fragen sind ein Hindernis im medizinischen Alltag mit den ökonomisch-technisch beschleunigten bzw. zu optimierenden Abläufen
- **Das ärztliche Einlassen auf diese Fragen ermöglicht uns eine eigene Positionsfindung und damit eine Stärkung unserer Selbstbestimmung**

# INHALT

- **Kritische Beurteilung einer Erfolgsgeschichte**
  - **Moralisches Dilemma**
  - **Komplementarität von Wissen und Erkenntnis**
-

# Exkurs: Wissen und Erkenntnis<sup>6</sup>

## Wissen

```
graph TD; Wissen --> Propositionales_Wissen[Propositionales Wissen]; Wissen --> Nichtpropositionale_Erkenntnis[Nichtpropositionale Erkenntnis];
```

### *Propositionales* **Wissen**

- Satzwissen:
  - «Ich weiss dass p»
  - Wissen, dass ...
- Anspruch auf Wahrheit und Begrifflichkeit

### *Nichtpropositionale* **Erkenntnis**

- Kein Satzwissen:
  - Kein Wissen, dass ...
- Kein Anspruch auf Wahrheit und Begrifflichkeit
- Platon:
  - Praktisches Wissen / Können
  - Dialektisches Wissen
- Systematisch:
  - Phänomenales Bewusstsein
  - Ästhetisches Wissen

## Entscheidung aufgrund unseres Wissens i.e.S.

- Dabei geht es um unser «Medizinersein»
- Unsere Basis ist die Evidenz-basierte Medizin
- Richtlinien basieren Entscheidungen in der Regel auf messbaren Kriterien
  - Richtlinien sind Kochbücher mit Hinweisen auf Wahrscheinlichkeit zum Gelingen des Rezeptes
- Worüber geben uns Richtlinien keine Auskunft, welches sind die Grenzen von Richtlinien?
  - Wie passt meine PatientIn in diese Empfehlung hinein?
  - Wo liegt meine PatientIn auf der den Richtlinien immer zugrunde liegenden Gauss'schen Verteilungskurve?
  - Die Lebenspraxis der PatientIn kann in den Richtlinien nicht berücksichtigt werden.

## Entscheidung aufgrund unserer Erkenntnis

- Dabei geht es um unser «Arztsein»
- Abhängig von unserem anthropologischen Bild
- Unterschiede zwischen «Medizinersein» und «Arztsein»
  - Medizinersein ist ein Ingenieursein
  - Ingenieure sind Anwender von Wissen i.e.S.
  - Das Objekt des Ingenieurs lässt sich empirisch konstruieren
  - Ärzte sind Anwender von Wissen und Erkenntnis
  - Das Objekt des Arztes lässt sich empirisch nie ganz erfassen, es lässt immer nur eine Annäherung zu

## Das phänomenale Bewusstsein<sup>6</sup>

- Das Bewusstsein der PatientIn, das wir nie erfahren können, dem wir uns nur annähern können
- Es ist charakterisiert durch
  - **Den Erlebnischarakter:**  
*wie-es-ist*, das Erleben der PatientIn
  - **Die Innenperspektive:**  
Die mit dem Erlebnischarakter untrennbar verbundene Perspektive der ersten Person
  - **Die Nicht-Begrifflichkeit:**  
Das ist der als nicht-begrifflich zu charakterisierende Gehalt qualitativer Erfahrung

## Narrative-basierte Medizin I

- Basiert auf der Erkenntnis der Nicht-Begrifflichkeit der qualitativen Erfahrung
- Die Begrifflichkeiten meiner Sprache lassen mich die PatientIn als individuellen Menschen nicht erkennen
  - Wittgenstein: Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt
- Unsere gemeinsamen Begrifflichkeiten sind lediglich die Knotenpunkte unseres Verständigungsnetzes
  - dazwischen liegt das begrifflich nicht Sagbare

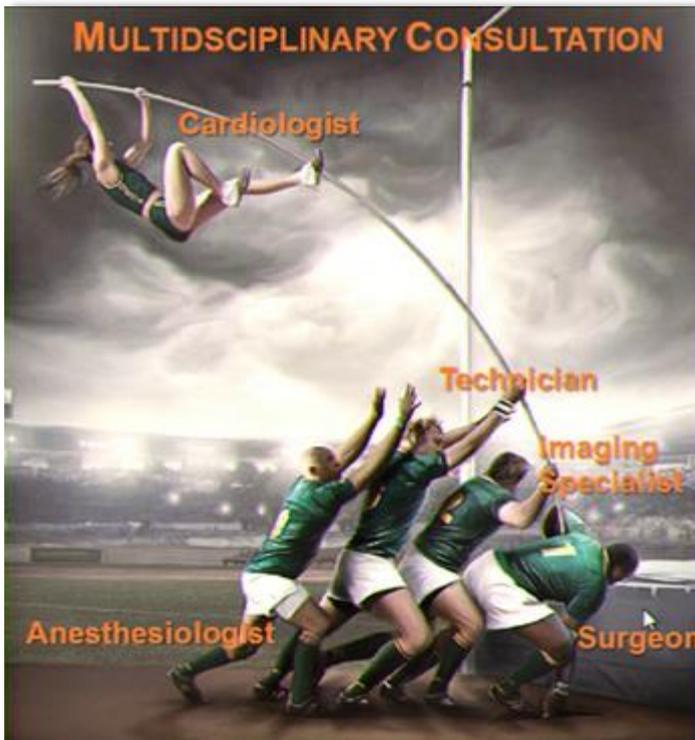
## Narrative-basierte Medizin II

- Diesem begrifflich nicht Sagbaren kann ich mich nur annähern, wenn ich Raum zum Erzählen zulassen
  - Je mehr Erzählung ich mir anhöre, je mehr wird der Erzähler auch zwischen den Begrifflichkeiten erkennbar
  - Erst durch Erzählungen bzw. Geschichten macht sich uns die PatientIn in einem umfassenden Sinn verständlich
  - So ist z.B. die informierte Zustimmung (informed consent) zu einem Vorgehen höchstens eine Zustimmung zum «Verstanden-haben», nicht aber über das «Verstanden-  
worden-sein»

## Wertung von EBM vs NBM

- Diese Ansätze sind zueinander komplementär
- Das «Medizinersein» ist eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für das «Arztsein»
- M.a.W.: Das Wissen i.e.S. ist Voraussetzung für mein «Arztssein», als weitere Voraussetzung versuche ich gleichwertig auch mein Nichtwissen über das Anderssein meiner PatientIn zu berücksichtigen
- Freiheit in der Arzt-Patienten-Beziehung und die daraus ableitbaren Handlungen lässt sich nur durch Einbezug bzw. Berücksichtigung beider Aspekte gewährleisten

## Beispiel eines EBM-basierten medizinisches Handelns



- **Wo ist die PatientIn?**
- **Welche Möglichkeiten hat die PatientIn?**
- **Beziehung Publikum zum Aktionsteam?**
- **Welche Grundstimmung herrscht hier vor?**

## Frage der Perspektive: PatientIn

- **Das medizinische Team wirkt von aussen betrachtet dynamisch und effektiv.**
- **Im gezeigten Bild ist die Dynamik voll und ganz auf das «Herzorgan» ausgerichtet (in Form der Messlatte).**
- **Diese Dynamik wird primär nicht durch die PatientIn getriggert, sondern durch das «Herzorgan», und v.a. durch das «interessierte» Umfeld in Schwung gehalten. (Ausbildung, heutiger fragmentierter Medizinbetrieb, Medizintechnik, Pharmaindustrie...)**
- **Ist dies aus der Perspektive der PatientIn so wünschbar?**

## Frage der Perspektive: ÄrztIn

- **Welches ist dabei der eigentliche ärztliche Anteil?**
  - *Offensichtlich in einem in die Höhe katapultiert werden!*
- **Wird die Arzt-Patienten-Beziehung nur noch als markt-relevante Arzt-Kunden-Beziehung gesehen?**
  - *Zu beklatschende Spitzenleistung schafft marktrelevante Bedürfnisse und Nachfragen*
- **Die Medizin kann hierdurch empfindliche Verletzungen ihrer zentralen Werte und Traditionen davontragen:**
  - *Vertrauen zwischen Arzt und Patient, altruistische Ziele, öffentliches Vertrauen in die Motive der Medizin*
- **Ist dies aus der Perspektive der Ärztin so wünschbar?**

## Frage der Perspektive: Gesellschaft<sup>7</sup>

### Eine solche Medizin ...

- ... ist ökonomisch langfristig untragbar
- ... ist klinisch verwirrend
  - verspricht mit ihrem biophysischen Modell primär Heilung
  - es geht darum kausale Krankheitsursachen aufzufinden und diese zu beseitigen bzw. zu neutralisieren
  - Erfahrung des Älterwerdens ist diametral anders!  
In der Mehrheit des Krankseins ginge es um helfen
- ... wird/muss daher langfristig gesellschaftlich enttäuschen
- ... verliert ihre Richtung (der eigene Kompass fehlt)
- Ist dies aus der Perspektive der Gesellschaft so wünschbar?

## Zusammenfassung I

- **Der Mensch ist ein dialogisch verfasstes Wesen**
- Daher kann ich als Arzt meiner PatientIn auch nur dialogisch in einem umfassenderen Sinn gerecht werden
- **Krankheit ist daher nicht inhaltsgleich mit Kranksein (zentrales ärztliches Anliegen)**
- Je höher sich eine Disziplin methodisch entwickelt, umso grösser wird die Gefahr, die Methode zum alleinigen Inhalt zu machen
- **Begünstigt wird dies durch die technische Virtuosität der Methoden Anwendung**

## Zusammenfassung II

- **Die Kardiologie *ist* methodisch hoch entwickelt**
- Die Messlatte der KardiologIn ist deshalb nicht allein ihr Wissen und Können, sondern wie sie das vielfältig Machbare in die Lebenspraxis der PatientIn einbindet
- **Auf gesellschaftlicher Ebene geht es um die nicht banale bzw. nicht folgenlosen Fragen**
  - **ob die ÄrztIn ein eigene Profession mit einem eigenen Selbstverständnis bewahren soll**
  - **ob die ÄrztIn im Rahmen des ökonomisch-technischen Imperativs auf den Platz einer subalternen Assistenz dieses Imperativs reduziert werden soll**

## Referenzen

- <sup>1</sup> Popper K., Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, 1945
- <sup>2</sup> Salamun K., Ideologien und Ideologiekritik, 1989
- <sup>3</sup> Beauchamp T., Childress J., Principles of Biomedical Ethics, 1979, 2013
- <sup>4</sup> Stoecker R., Handbuch Angewandte Ethik, 2011
- <sup>5</sup> Baumann-Hölze R., <http://dialog-ethik.ch/>, 2013
- <sup>6</sup> Schildknecht C., Masterkurs «Wissen, Erkenntnis, Narrativität», 2013
- <sup>7</sup> Harr H. et al, Report Hastings-Center, 1996