
Menschenwürde und Wirtschaftlichkeit – aus psychiatrischer Sicht

Hanfried Helmchen

1. Einleitung

Der erste Satz unseres Grundgesetzes lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Rechtlich meint dies das unverletzliche Recht, als Mensch respektiert und vor bestimmten Interventionen, speziell vor erniedrigenden oder gar grausamen Eingriffen des Staates, geschützt zu werden. Aber in der Öffentlichkeit wird dieser Satz oft überdehnt, indem jegliche körperliche oder seelische Beeinträchtigung eines Menschen zu einer Verletzung der Menschenwürde hochstilisiert wird. Auch wird der Begriff „Würde“ gewöhnlich auf die Bedeutung von kontingenter Würde reduziert und das Konzept der inhärenten Würde außer Acht gelassen. Kontingente Würde meint hauptsächlich, für selbstbestimmtes Leben und Leistungen geehrt und respektiert zu werden, während inhärente Würde als Würde verstanden wird, die jeder Mensch als Mensch, unabhängig von jeglichen Leistungen, besitzt. Das letztgenannte Verständnis hat seine Wurzeln im europäischen Erbe alten griechischen, jüdischen und christlichen Denkens und ist vor allem in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen begründet.

Diesen unterschiedlichen Verständnissen und der Überdehnung des Begriffes Menschenwürde, die ihn gelegentlich fast seiner Bedeutung zu berauben droht, entsprechend will ich mich hier nicht auf Menschenwürde als einen abstrakten Grundwert¹ beziehen (der, nebenbei gesagt, in unseren post-

modernen säkularen und multikulturellen Gesellschaften einer Redefinition bedarf), sondern vielmehr als praktisch tätiger Psychiater von seiner spezifischen Bedeutung im Umgang mit psychisch Kranken ausgehen. Dies erscheint umso wichtiger, je mehr erkannt wird, dass eine mehr oder weniger große Distanz zwischen den moralischen Prinzipien oder gesetzlichen Regeln einerseits und der alltäglichen Lebenswirklichkeit andererseits besteht. Dies war nicht nur während der nationalsozialistischen Zeit der Fall bei der grausamen Tötung von Menschen im Namen der medizinischen Wissenschaft, obwohl Deutschland früher als die meisten anderen Länder, d. h. bereits seit 1900 und besonders mit dem entsprechenden Gesetz von 1931, eindeutige Regeln für die Forschung mit Menschen besaß. Solche Distanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit kann in wesentlich subtileren Formen gelegentlich auch heute noch im Umgang mit psychisch Kranken erfahren werden.

Psychische Krankheiten beeinträchtigen oft die Fähigkeit, unabhängig und in sozial angemessener Weise zu leben. Deshalb werden psychisch Kranke gelegentlich sozial ausgegrenzt und stigmatisiert und dadurch ihre Würde missachtet. Für diese Menschen sollte deshalb der Blick auf die inhärente Würde fokussiert werden. Das bedeutet, psychisch Kranke ernst zu nehmen und ihnen zu helfen, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zu bewahren oder wiederzugewinnen sowie sie zu befähigen, der goldenen Regel zu folgen, indem ihre Selbständigkeit respektiert wird, auch wenn sie eingeschränkt ist.

Was dies in der alltäglichen Arbeit des Psychiaters heißt, und zwar unter den derzeitigen ökonomischen Bedingungen, die ich hier bereits mehrfach skizziert habe,² kann ich in der notwendigen Kürze nur mit zwei Beispielen andeuten. Sie betreffen alltägliche Probleme der Behandlung mit Psychopharmaka.

2. Respektierung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten unter dem Diktat der Wirtschaftlichkeit bei Behandlung mit Psychopharmaka

Zuweisung von Verantwortung bei der Langzeitmedikation

Bald nach der Einführung psychotroper Arzneimittel vor 50 Jahren wurde ihre antipsychotische, antidepressive und anxiolytische Wirksamkeit als therapeutischer Durchbruch für bis dahin fast unbehandelbare schwer psychisch Kranke begrüßt. Dieser Erfolg wurde jedoch durch unerwünschte Nebenwirkungen überschattet, die in den Sechziger- und Siebzigerjahren zunehmend wahrgenommen wurden. Dies war bedeutsam, je mehr erkannt wurde, dass diese Nebenwirkungen die Bereitschaft der Patienten zur Einnahme der Arzneimittel vermindern konnten und sich somit die Behandlungsergebnisse verschlechterten. Dementsprechend änderte sich die Einstellung der Ärzte: vom vorrangigen Ziel der Symptombeseitigung zum Ernstnehmen der Klagen von Patienten über (und ihrer Erfahrungen mit) Nebenwirkungen.

Als ich vor 50 Jahren Epilepsiekranken zu behandeln begann, war das Hauptziel, ihre Anfälle zu beenden. Dabei dachten wir, dass die Patienten um dieses Zieles willen Nebenwirkungen der antiepileptischen Medikation akzeptieren müssten und damit zu leben hätten. Heute versuchen wir, den Patienten dabei zu helfen, mit ihrer Krankheit in einer Weise umzugehen, die die Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität nicht nur durch die Krankheit, sondern auch durch die Behandlung so gering wie möglich hält.

Vor diesem Hintergrund will ich die veränderte Einstellung gegenüber den Erfahrungen des Patienten mit einem Beispiel illustrieren und gleichzeitig deutlich machen, dass dabei ethische Prinzipien miteinander in Konflikt geraten können.

Der sorgfältige Psychiater wird bei jeder Medikation die erwünschten Wirkungen gegen die unerwünschten abwägen – wenn irgend möglich zusammen mit dem Patienten. Er wird die Medikation so wählen, dass unter Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten ein optimales Verhältnis zwischen Wirksamkeit und Nebenwirkungen erreicht wird. So gibt es Patienten, die das Risiko einer Späthyperkinese³ akzeptieren, um anhaltende und quälende psychotische Erfahrungen abzuschwächen; andere Patienten hingegen lehnen eine antipsychotische Langzeitmedikation wegen dieses Risikos – oder auch ohne jegliche Angabe von Gründen – ab. Wenn in diesen Fällen der Psychiater jedoch die Medikation für unverzichtbar hält, um Rückfällen mit ernsthaften sozialen Konsequenzen wie der Zwangseinweisung in eine geschlossene Abteilung vorzubeugen, dann steht er vor dem Problem, dass der Wille des Patienten mit seinem Wohl bzw. seinem besten Interesse in Konflikt gerät.

In solchen Fällen habe ich dem Patienten gesagt, dass ich eine Medikation zum Schutz vor Rückfällen für unverzichtbar halte, aber sie ihm nicht aufzwingen will, abgesehen davon, dass dies bei einer ambulanten Behandlung auch kaum möglich ist. Denn Druck zur Stärkung der Einhaltung der Langzeitmedikation, z. B. indem die Auszahlung von Taschengeld an die Einhaltung der Injektionstermine für eine Depot-Medikation gebunden wird, ist ethisch fragwürdig. Vor allem aber kann eine Depot-Medikation gegen den Willen des Patienten, selbst wenn sie durch den Betreuer legalisiert wird, Vertrauen zerstören. Dies kann ethisch nur gerechtfertigt sein, wenn der Patient einwilligungsunfähig ist und sein Wohlergehen gegenüber seinem krankheitsverzerrten Willen Vorrang hat. In allen anderen Fällen habe ich dem Patienten vermittelt, dass ich ihn wieder zur Behandlung annehmen würde, wenn er (was höchstwahrscheinlich sei) erneut einen Rückfall erleben und Hilfe benötigen werde. In dieser Weise kamen Pa-

tienten mehrfach nach einem Rückfall zurück, konnten sich jedoch erst nach einem zweiten oder dritten Rückfall zu einer Medikation entschließen. Gelegentlich habe ich meine vertrauensbildende Geduld allerdings auch infrage gestellt, weil sie dem Patienten das Leid von Rückfällen und hohe Krankenhauskosten für die Versicherung mit sich bringen konnte.

Offensichtlich bedarf es erheblicher Zeit, um einen Patienten für eine solche Langzeitmedikation zu gewinnen und stabil dabei zu halten. Denn mit einem einzigen Aufklärungsgespräch ist es nicht getan. Vielmehr ist es die Aufgabe, den Patienten in seinem Kranksein ernst zu nehmen, ihn nicht nur über seine Einwände gegen die vorgeschlagene Therapie, sondern auch über seine Erfahrungen mit seiner Krankheit, mit seiner Behandlung (einschließlich der medizinischen Institutionen) und mit seinen Angehörigen zum Sprechen zu bringen, einiges über seine Bedürfnisse und Ziele zu erfahren und seine Einsicht zu stärken, dass er selbst auch als durch die Krankheit Behinderter einige Verantwortung dafür hat, dass er seine Ziele erreicht.

Übrigens manifestiert sich der Respekt vor der Würde jedes psychisch kranken Individuums auch darin, seine Fähigkeiten ebenso wie auch seine Einschränkungen zutreffend zu erkennen, speziell die Einschränkungen der individuellen Fähigkeit zur Einwilligung. Dies ist deswegen bedeutsam, weil eine unzutreffende Einschätzung entweder zu einer ungültigen Einwilligung führt und die Verantwortung für Entscheidungen bei einem einwilligungsunfähigen Patienten belässt oder aber umgekehrt einen einwilligungsfähigen Patienten diskriminiert.⁴ Auch die Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit kostet natürlich Zeit. Zeit für den Patienten ist in der Medizin und besonders in der Psychiatrie an eine ausreichende Personalausstattung gebunden.

So zeigen Untersuchungen, besonders eine gerade erschienene aus England, dass mit Pflegepersonal unterausgestattete Krankenhäuser⁵ schlechtere Ergebnisse aufweisen, gemessen an der Patientenmortalität und der Fluktuation von Pflegekräften infolge von Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit, Burn-out-Syndromen und schlechter Pflegequalität.⁶ Eine andere Untersuchung ergab, dass emotionale Erschöpfung zwar durch soziale Unterstützung aus der Pflegegruppe gemildert werden kann, aber nur, wenn diese so strukturiert wird, dass negative Kommunikation minimiert und die Mitarbeiter ermutigt werden, ihre Klagen in einer konstruktiven Weise miteinander zu besprechen.⁷ Auch das Personal selbst braucht also für einen qualifizierten und entlastenden Umgang miteinander Zeit.

Anwendung psychotroper Arzneimittel mit nur begrenzter Wirksamkeit

Die Forderung nach Wirtschaftlichkeit des medizinischen Handelns⁸ konfrontiert den Psychiater mit dem Konflikt zwischen dem Wohl des individuellen Patienten und dem Gemeinwohl.

Dieses Problem stellt sich derzeit vor allem im Falle antidementiver Arzneimittel: Während die den Verlauf der Demenz komplizierende Begleitsymptomatik von Angst, Unruhe, Halluzinationen oder Wahn durch Arzneimittel bereits recht gut kontrolliert werden kann, gilt dies nicht in gleichem Maße für die Arzneimittelbehandlung des progressiven Verlaufes der neurodegenerativen Demenz selbst. Denn die derzeit für diese Indikation allein zugelassenen Antidementiva haben eine zwar evidenz-basierte⁹, aber den Verlauf nur passager verzögernde Wirksamkeit.¹⁰ Immerhin kann eine Verzögerung der Übersiedlung vom häuslichen Ambiente in ein Pflegeheim auch von nur einigen Monaten für den Kranken schon ein großer Gewinn

sein. Demgegenüber wird die Effizienz, d. h. das Verhältnis dieses Gewinns zu den – finanziellen wie nebenwirkungsbedingten – Kosten der Behandlung, von vielen als zu gering angesehen, um diese Behandlung zu rechtfertigen.¹¹

Die Abwägung zwischen dem individuellen Nutzen von Antidementiva einerseits und ihrer relativ geringen Effizienz andererseits scheint auch niedergelassenen Ärzten mit gedeckeltem Budget nicht fremd zu sein, wenn sie glauben, mit dem bei Demenzkranken eingesparten Geld andere Patienten mit größerer Effizienz behandeln zu können.¹² Es gibt Indizien sowohl dafür, dass Ärzte die Indikation für eine antidementive Behandlung in diesem Sinne (aber ebenso in Sorge vor dem Regress) kritisch stellen, wie auch dafür, dass diese Erwägungen von einem negativen Altersstereotyp gefärbt werden.¹³ In Letzterem kommt ein Menschenbild zum Ausdruck, das nur die negativen Seiten des Alters sieht und manchen Arzt zu Effizienz-Erwägungen führt – oder auch verführt –, während demgegenüber der Arzt, der sich jedem einzelnen seiner altersdementen Patienten verpflichtet fühlt, jede Intervention durchführen will, die dem Kranken helfen kann und die der Patient wünscht.¹⁴ In dieser rhetorisch zugespitzten Gegenüberstellung haben Ärzte des ersteren Entscheidungsverhaltens eine Allokationsentscheidung getroffen bzw. in die Arzt-Patienten-Beziehung übernommen, die eher auf die gesamtgesellschaftliche Makro-Ebene gehört, während Ärzte des letzteren Entscheidungsverhaltens nur dann verantwortlich handeln, wenn sie ihre medizinische Indikationsentscheidung kritisch begründen.

Damit werfen antidementive Arzneimittel eine Frage der Allokationsethik auf, nämlich die, ob diese Behandlung mit ziemlich begrenzter Wirksamkeit und beträchtlichen Kosten dementen Kranken zugunsten aller Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse vorenthalten werden darf. Darauf gibt es keine einfache Antwort.¹⁵ Aber die tägliche Praxis

zeigt, dass unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot bzw. Rationierungsdruck gemeinschaftsbezogene (bzw. utilitaristische) gegenüber individuell orientierten (bzw. deontologischen) Ansätzen an Gewicht gewinnen. Damit hat der Arzt im tradierten Verständnis, der sich primär dem individuellen Patienten verpflichtet weiß und ihm die jeweils beste Behandlung zukommen lassen will, wachsende Schwierigkeiten. Dieser Herausforderung seiner beruflichen Identität kann er jedoch nicht entgehen.

3. Schlussfolgerung

Das Respektieren der Würde des anderen, besonders der Würde des Kranken und speziell der Würde des psychisch Kranken, besteht eben in dem Bemühen, ihn zu verstehen sowie auch das, was ihm geschieht, ihm verständlich zu machen. Wesentlich dafür ist das Gespräch. Es konstituiert die vom Patienten erlebte Qualität der Behandlung. Diese Qualität kostet Zeit, auch wenn das Gespräch professionell zielorientiert geführt wird. Zeit aber kostet Geld, d. h. Personalkosten. Diese erforderliche und vom Staat zu gewährleistende Qualität muss jeden Wirtschaftlichkeitsdruck begrenzen. Denn wenn sie außer Acht gelassen wird, dann können nicht nur die Kosten steigen, indem etwa eine unzureichende Anamneseerhebung unnötige diagnostische Maßnahmen zur Folge haben kann oder ein sich unzureichend informiert fühlender Patient den nächsten oder gar weitere Ärzte aufsucht, also deren Zeit und Ressourcen unnötig in Anspruch nimmt.¹⁶ Auch die Versorgungsqualität kann dann auf ein Niveau sinken, dessen Menschenwürdigkeit infrage zu stellen ist.

Literatur

- Brockmann, H.:* Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: *Social Science and Medicine* 55 (2002), 593–608.
- Harries, C. / Forrest, D. / Harvey, N. / McClelland, A. / Bowling, A.:* Which doctors are influenced by a patient's age? A multi-method study of angina treatment in general practice, cardiology and gerontology. In: *Quality and Safety in Health Care* 16 (2007), 23–27.
- Helmchen, H.:* Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Psychiaters. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (Hrsg.): *Grenzen der Gesundheit*. Freiburg 2004, 155–169.
- Helmchen, H.:* Einwilligungsunfähige Patienten in der Psychiatrie. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg 2006, 433–440.
- Helmchen, H.:* Das medizinisch „Notwendige“, „Zweckmäßige“ und „Wünschenswerte“: Prioritäten in der Medizin – aus der Sicht des Psychiaters. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (Hrsg.): *Was ist uns die Gesundheit wert? Gerechte Verteilung knapper Ressourcen*. Freiburg 2007, 163–181.
- Helmchen, H.:* Antidementiva in allokaationsethischer Perspektive. Dem einzelnen Patienten verpflichtet. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), A2396–A2399.
- Helmchen, H. / Kanowski, S. / Lauter, H. / Neumann, E. M.:* Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart 2006.
- Jenkins, R. / Elliott, P.:* Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. In: *Journal of Advanced Nursing* 48 (2004), 622–631.
- Lübbe, W.:* Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit: zwei ethische Gebote? Eine Grundlagenreflexion. In: *Gesundheitswesen* 67 (2005), 325–331.
- Lübbe, W.:* Patientenorientierung und Kostenorientierung. Über die (Un-)Vereinbarkeiten von Kostenbewusstsein und ärztlichem Ethos. In: *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 47 (2006), 177–192.
- Marckmann, G. (Hrsg.):* Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart 2003.

- Mösch, D. / Förstl, H.: *Neuro-Psychiatrische Nachrichten* 6/2001.
- Rafferty, A. M. / Clarke, S. P. / Coles, J. / Ball, J. / James, P. / McKee, M. / Aiken, L. H.: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007), 175–182.
- Rauprich, O. / Marckmann, G. / Vollmann, J. (Hrsg.): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn 2005.
- Riepe, M. W. / Frölich, L. / Gertz, H. J. / Haupt, M. / Kohler, J. / Mielke, R. / Damerau-Dambrowski, V. / Kurz, A.: Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), C2543.
- Sabin, J. E.: Is Managed Care Ethical Care? In: Lazarus, A. (Hrsg.): *Controversies in Managed Mental Health Care*. Washington/London 1996, 115–126.
- Schulz, V.: Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung: Umstrittener Zusatznutzen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), A857.
- Weisstub, D. N.: Honor, Dignity and the Framing of Multiculturalist Values. In: Kretzmer, D. / Klein, E. (Hrsg.): *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse*. Den Haag 2002, 263–294.

Anmerkungen

¹ „... what is interesting about human dignity is how it colours differently, depending upon the social needs in question. Its centrality and attractiveness for global ethics may be, thereby, its malleability rather than the tightness of its logic“ (Weisstub 2001, 265).

² Helmchen 2004; Helmchen 2007.

³ Unwillkürliche und anhaltende, teilweise irreversible, distal betonte Bewegungen von Gesicht, Armen oder Beinen.

⁴ Helmchen 2006.

⁵ Die New York Times hat vor einiger Zeit eine Analyse publiziert, wonach in 60 % der in den letzten fünf Jahren von Investoren übernommenen Pflegeheime die Stellen für Pflegekräfte reduziert wurden (New York Times vom 23.9.2007).

⁶ Rafferty et al. 2007.

⁷ Jenkins / Elliott 2004.

⁸ ... dass „es des Arztes ethische Pflicht ist, die wirtschaftlichste und effizienteste verfügbare Behandlung einzusetzen“ (Sabin 1996).

⁹ Hier handelt es sich ausschließlich um Azetylcholinesterasehemmer.

¹⁰ Riepe et al. 2005.

¹¹ Zur Diskussion mit Autoren, die die Evidenzbasierung antidepressiver Medikation als gesichert (Riepe et al. 2005) und ihre Nichtanwendung als Kunstfehler ansehen (z. B. Mösch / Förstl 2001) und denen ein industriegesponsorter Bias unterstellt wird, muss auf die breite Diskussion, z. B. im Deutschen Ärzteblatt 2006, verwiesen werden (z. B. Schulz 2006). Im Sinne weiterführender, auch kritischer und alternativer Argumentation sei verwiesen auf Weyma Lübbe (2005 und 2006) sowie Georg Marckmann u. a. (Marckmann 2003; Rauprich et al. 2005).

¹² Brockmann 2002.

¹³ Harries et al. 2007.

¹⁴ Helmchen et al. 2006.

¹⁵ Helmchen 2007.

¹⁶ Jenkins / Elliott 2004.