

INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

„Ein professioneller Arzt darf nicht aus der Sorge heraus helfen“

Ob es unter professionellen Aspekten statthaft ist, nahestehende Personen medizinisch zu versorgen, war hierzulande bisher kein öffentliches Thema. Der gesprächsweise Versuch einer ersten Standortbestimmung



Foto: Oliver Lieber

Nach Studium der Medizin und Philosophie und klinisch-internistischer Tätigkeit habilitierte sich Giovanni Maio im Jahr 2000 mit einem Thema zur Ethik der Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten. Seit 2005 ist er Professor für Bioethik und Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

„Behandlung von Familienangehörigen“ – ist das überhaupt ein Thema für einen Medizinethiker?

Giovanni Maio: Nahezu jeder Arzt wird früher oder später damit konfrontiert. Bei 95 Prozent gibt es Anfragen aus der Familie oder aus dem Bekanntenkreis, belegen Studien. Der Arzt wird unweigerlich als medizinischer Experte im privaten Bereich in Anspruch genommen.

Zur Professionalität des Arztes gehört, dass er zwar eine gute Beziehung zum Patienten braucht, um ihm wirklich zu helfen, aber eine professionelle Distanz unabdingbar ist, um weitsichtige Entscheidungen zu treffen. Bei der Behandlung von Angehörigen gerät man automatisch in einen Rollenkonflikt. Dann ist man Angehöriger und zugleich Arzt – das sind zwei Rollen, die kollidieren können. Denn das Betroffen-Sein durch das Angehörigen-Sein

könnte stärker sein, als meine Professionalität eigentlich erlaubt.

Aber es muss nicht sein, dass die ärztliche Professionalität beeinträchtigt ist?

Maio: Das Grundproblem liegt darin, dass man riskiert, dass die eigene Urteilskraft durch Kriterien beeinflusst wird, die nicht rein professioneller Art sind. Das heißt nicht, dass jemand, der Angehörige behandelt, automatisch Fehler macht. Aber die Gefahr besteht, dass er die Lage als Angehöriger anders einschätzt, als er das tun würde, wenn er nicht emotional beteiligt wäre.

Es gibt eine Reihe von Studien zu Interessenkonflikten, die auf diesen Sachverhalt übertragbar sind. Die subjektive Betroffenheit führt dazu, dass man zumindest tendenziell dazu neigt, Nutzen und Risiken anders zu bewerten, als wenn man subjektiv nicht betroffen wäre.

Bei Interessenkonflikten geht man davon aus, dass man diese ein Stück weit überwindet, indem man sie offenlegt.

Maio: Die Ärzte müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie als Angehörige das Risiko einer verzerrten Informationsverarbeitung eingehen. Bei den Interessenkonflikten gibt es den Begriff des Wish Bias – man sieht eher das, was für einen vorteilhaft ist. Wichtig ist, sich der Verführbarkeit bewusst zu sein. Es gibt das Phänomen der Resistenzillusion: Die Ärzte glauben, die anderen Ärzte seien beeinflussbar, nur sie selber nicht. Diese Gefahr der Resistenzillusion muss einem bewusst bleiben auch im Umgang mit Angehörigen. Man muss verdeutlichen, dass man dann tendenziell – nicht in jedem Fall – die notwendige Souveränität nicht mehr hat. Das ist eher eine Frage der Sensibilisierung, nicht der Kodifizierung.

Gibt es denn so etwas wie eine Kodifizierung im deutschsprachigen Raum?

Maio: Kodifizierungen gibt es hierzulande offenbar nicht. Es gibt auch keine große Diskussion darüber. Wichtig erscheint mir, unter dem Aspekt der Professionalität auf den Sachverhalt einzugehen. Was bedeutet Professionalität? Was erwartet man eigentlich von einem Arzt?

Wenn Angehörige sich an den Arzt wenden, wird dieser schnell dazu verführt, von den eigentlich erforderlichen Sorgfaltspflichten ein wenig zu abstrahieren, etwas eher en passant und nicht so strukturiert zu machen, wie er es sonst vielleicht machen würde. Und das ist gefährlich.

Wenn mit der Behandlung kleiner Wehwechen im Familienverbund begonnen wurde, ist es nicht so leicht, bei größeren Problemen auszusteigen.

Maio: Die Behandlung eines Schnupfens ist zunächst einmal unverfänglich. Aber gerade bei schweren Krankheiten müsste der Arzt von vornherein sagen: Der Patient ist besser bei einem Kollegen aufgehoben, den ich guten Gewissens empfehlen kann. Die ärztliche Professionalität besteht ja darin, dass man kein Freund ist, sondern ein professioneller Ratgeber, dem der Patient sich anvertraut. Der Arzt stellt intime Fragen, er untersucht intimste Bereiche. Bei Angehörigen kann man das eher nicht. Das ist eine Beziehung, die mit Schamgrenzen behaftet ist. Der Arztberuf ist nicht zuletzt deshalb so angesehen, weil ein Arzt Grenzen überschreiten muss, die kein anderer überschreiten darf. Dieses Vordringen-Dürfen funktioniert nur über den professionellen Status. Wenn man das mit einer persönlichen Beziehung verbindet, funktioniert das nicht mehr.

Nicht jeder wird es verstehen, wenn ihm die Behandlung verweigert wird.

Maio: Es geht hier nicht um eine Entweder-Oder-Entscheidung. Man kann ja seinen Standpunkt den Angehörigen gegenüber positiv deutlich machen: „Gerade weil Du mir so wichtig bist, ist es besser, dass ein Unbeteiligter das mit unvoreingenommenen Augen sieht. Aus der

Nun wird ja auch nicht jede Behandlung erfolgreich abgeschlossen.

Maio: Der Arzt muss immer überlegen, ob er es verantworten kann, eine Therapie einzuleiten, die vielleicht nicht hilft, bei der es auch deletäre Verläufe geben kann. Was bedeutet es für die Beziehung, wenn die Therapie missglückt? Es ist enorm, was der Arzt an Verantwortung übernimmt; zum Professionel-

„Man riskiert, dass die eigene Urteilskraft durch Kriterien beeinflusst wird, die nicht rein professioneller Art sind.“

len des Arztes gehört ja auch, dass er weiß, dass er keine Garantien geben kann. Wenn die Therapie nicht gelingt, ist dies schmerzlich, aber es muss nicht unvermeidlich mit Vertrauensverlust einhergehen. Bei normalen Patienten wird selbst ein missglückter Therapieversuch das Vertrauen nicht erschüttern. Aber bei einem Familienangehörigen führt das zu Schuldgefühlen, die enorm belastend sein können. Man macht sich Vorwürfe und verkompliziert die Beziehung.

Sollte in der Ausbildung mehr über dieses Thema gesprochen werden?

Maio: Ich bin sehr dafür, dass man die Studierenden auf eine Situation vorbereitet, die unweigerlich auf sie zukommen wird. Im Fach Allgemeinmedizin müsste es auf jeden Fall Teil des Lehrinhalts sein. Die Studierenden sollten lernen, dass ihre Urteilskraft beeinträchtigt ist, wenn sie zu sehr befangen sind.

„Ein guter Arzt ist jemand, der sich einfühlen kann, der sich aber von seinen Gefühlen nicht mitreißen lässt.“

Sorge heraus werde ich dazu neigen zu übertherapieren, und deshalb verweise ich Dich an einen guten Arzt.“ Ärzte müssen ihren Angehörigen-Patienten nicht von sich stoßen, wenn sie die Behandlung nicht selbst durchführen. Sie können den Patienten ja begleiten, mit ihm gehen, mit ihm reden. Die eigentliche Behandlung macht dann ein anderer, aber als Ansprechpartner bleibt man im Hintergrund.

Man sollte aber nicht dem Irrtum verfallen, dass man solche Dinge kodifizieren kann. Es gibt die verschiedensten Beziehungsformen; vieles hängt von der Schwere der Erkrankung ab. Das sind kontext-sensitive Dinge, die sich einer Kodifizierung entziehen. Man sollte aber mehr sensibilisieren: Wodurch werde ich beeinflusst? Was bedeutet dieser Rollenkonflikt? Was bedeutet eigentlich Professionalität? Ich würde es begrüßen, wenn Ärzte

in solchen Situationen entlastet würden. Viele fühlen sich ja irgendwie genötigt. So wäre es für Betroffene sicher hilfreich, wenn sie auf einen Diskussionsstand in der Fachgesellschaft verweisen könnten. Dann würde das vielleicht nicht allein als persönliche Entscheidung des Arztes wahrgenommen. Der Sachverhalt müsste ins-

gesamt mehr thematisiert werden, weil vermutlich viele Ärzte in etwas hineinschlittern, vor dem sie sich schon frühzeitig hätten schützen sollen.

Was sagen Sie über den Arzt, der behauptet, er gehe bei der Behandlung seiner Angehörigen professionell vor?

Maio: Das kann letztlich nur der Arzt entscheiden. Professionalität bedeutet, im klaren Bewusstsein der möglichen Fallstricke, wie Wish Bias oder Resistenzillusion, zu handeln. Ich halte den Kodex der American Medical Association, nach der die Behandlung enger Angehöriger nicht statthaft ist, allerdings für zu strikt. Für mich ist dies eine Abwägungsfrage, die der Arzt selbst beantworten muss und kein starrer Kodex. Ich finde, dass ein professioneller Arzt nicht aus der Sorge heraus helfen darf. Zu angemessenen Entscheidungen komme ich nicht mit Mut, sondern nur mit Gedankenschärfe. Private Beziehungen können befangen machen. Man sollte als begleitender Berater immer da sein, aber nicht als der direkt Behandelnde.

Letztlich lautet die Frage: Was ist ein guter Arzt? Ein guter Arzt ist jemand, der sich einfühlen kann, der sich aber von seinen Gefühlen nicht mitreißen lässt. Weil die Entscheidungen immer auf dem Boden von Unsicherheiten getroffen werden müssen, ist die praktische Urteilskraft das Entscheidende; und wenn diese getrübt ist, ist die Gefahr sehr groß, dass situationsunangemessene Entscheidungen getroffen werden. ■

Das Interview führte Thomas Gerst.