

Pierre Corbaz

Komplexität und Patientenorientiertheit

Die Norm in der Medizin am Lebensende bei Alzheimer- oder Palliativpatienten; Plädoyer für Utilitarismus im Dienste der Autonomie

Der Philosoph und Mediziner Georges Canguilhem¹ setzt sich mit der Frage der Norm und dem Unterschied zwischen dem *Normalen* und dem *Pathologischen* auseinander.

Von der unter den Physiologen seiner Zeit noch üblichen Durchschnittsnorm wendet er sich schon bald ab. Diese hatte Quételet² als den Durchschnitt der in einer Population gemessenen Werte aufgefasst, von dem die auf einer klassischen Gauss'schen Kurve angeordneten individuellen Besonderheiten mehr oder weniger stark abweichen. Nach Quételet gründet die Norm auf dem göttlichen Gesetz: «Mein Hauptgedanke ist, der Wahrheit Geltung zu verschaffen und nachzuweisen, wie sehr der Mensch ohne sein Wissen den göttlichen Gesetzen unterworfen ist und mit welcher Regelmässigkeit er ihnen nachkommt.» [1] Ein Forscher hatte sogar versucht, die durchschnittliche Zusammensetzung des menschlichen Urins zu bestimmen, indem er vermischte Proben in einem Bahnhofpissoir sammelte ...

Im Anschluss an Ausführungen, auf die wir hier nicht weiter eingehen, wendet sich Canguilhem von den Zahlen und deren Rigidität ab und weicht die Grenze zwischen dem Normalen und dem Pathologischen auf. Vor allem stellt er nicht mehr auf eine Gesamtheit von Durchschnittswerten ab, die anonym auf das Gesamt einer bestimmten Population Anwendung fänden, sondern auf die einzigartige und unwandelbare Person des Patienten.

Er definiert den Begriff der Gesundheit als Fähigkeit des Individuums, sich seine eigenen Normen zu setzen oder sie zu verändern. Der kranke Mensch vermag sich nicht mehr, an neue Zustände des inneren oder äusseren Umfelds anzupassen. «Wir müssen also festhalten, dass der pathologische oder anormale Zustand keineswegs jeglicher Norm entbehrt. Die Krankheit ist noch eine Lebensnorm, allerdings eine niedrigere, da sie keine Abweichung von den Bedingungen duldet, unter denen sie Geltung hat: ist ihr doch jeder Übergang in eine andere Norm unmöglich. Das kranke Lebewesen ist auf ganz bestimmte Existenzbedingungen genormt; verloren hat es die normative Kraft, d.h. die Fähigkeit, unter anderen Bedingungen andere Normen zu setzen.» [2]

Verläuft die Anpassung an Milieuveränderungen harmonisch, spricht Canguilhem von *ausgezeichneten* Verhaltensweisen, im Gegensatz zu einer von ihm als *katastrophal* bezeichneten Verhaltensweise, die Leiden nach sich zieht.

In der Folge des von ihm zitierten Goldstein³ bezeichnet Canguilhem das Lebensumfeld des Kranken als eingeschränkt. Häufige, vom Patienten nicht länger überwindbare Krisen beeinträchtigen dessen Homöostase und, so Canguilhem weiter: «Gesundheit ist der Luxus, krank zu werden und sich davon zu erholen. Jede Krankheit hingegen ist die Schwächung der Kraft, andere Krankheiten zu überwinden.» [3]

Für die Medizin am Lebensende ist eine solche Sicht von Krankheit in vielerlei Hinsicht von hohem Interesse. Der Komplex Gesundheit-Krankheit verabschiedet sich von der Idee der Spaltung; es gibt nicht länger zwei distinkte Zustände des Organismus und des Menschen, sondern ein Kontinuum, das von der zunehmenden Einschränkung der Anpassungsfähigkeit geprägt ist. Der Patient am

Lebensende erfährt, dass seine Möglichkeit schwindet, *sich zu erholen*, dass er sich im Unerreichbaren verliert, aber er bleibt sich selbst und ist in seinem Wesen nicht grundsätzlich, nicht nach Massgabe seiner organischen Schwächen verändert.

Diese Sicht des kranken Menschen verbindet zudem Medizin und Philosophie. In einer kohärenten Anthropologie treffen wir auf die Begriffe von Freiheit und Autonomie. In derselben Denkströmung befinden wir uns mit Rousseau, der von der Freiheit sagt, sie bestehe darin, sich die eigenen Ketten auszusuchen, und mit Kant, der den autonomen Menschen als denjenigen beschreibt, der sich sein eigenes Gesetz gibt.

Die Kluft zwischen der Gesundheit und der Krankheit, zwischen dem Normalen und dem Pathologischen lässt sich nicht länger in Zahlen ausdrücken, selbst wenn für uns die aus den verschiedenen paraklinischen Untersuchungen resultierenden Messergebnisse die dem Praktiker unentbehrlichen Werkzeuge sind. Und hier ist niemals die Rede davon gewesen, auf sie zu verzichten. Die Kluft schreibt sich in den einzigartigen und ganzen Menschen ein, der seine normative Fähigkeit mehr oder weniger stark verliert.

So schreibt sich denn die Arbeit des Arztes, dessen wohlthätige, nützliche und möglichst viel Glück verschaffende Arbeit für unsere Patienten am Lebensende in einen neuen Utilitarismus ein. Dieser hat nicht den Zweck, die Glykämie, die Körpertemperatur, den Blutdruck zu regulieren, Schmerz zu unterbinden oder den Organismus von pathogenen Mikroben zu befreien. Die Arbeit des Arztes, insbesondere wenn es um Patienten am Lebensende geht, besteht darin, deren normative Fähigkeit so gut wie möglich wiederherzustellen. Bei der Erfüllung dieser Aufgabe setzt er als Werkzeuge – und nur als Werkzeuge – die bereits erwähnten Untersuchungen und Behandlungen ein. Mit Insulin wird die im Blut gemessene Glykämie abnehmen und so den Durst des dekompenzierten Diabetes lindern, das Infektionsrisiko mindern und die Konzentrationsfähigkeit verbessern. Dann wird der Patient einige Lebensnormen harmonischer festlegen können. Gleiches gilt für die Schwankungen des Blutdrucks: Ob zu hoch oder zu niedrig, er beeinträchtigt den Patienten und vermindert so ebendiese Freiheit der Normsetzung. Dieselben Überlegungen gelten auch für Schmerz und Fieber.

Entgegen einer häufigen Annahme besteht also Utilitarismus in der Medizin am Lebensende, wenn er denn auf einen einzigen Patienten und dessen Glücksmaximierung ausgerichtet ist, nicht darin, die vitalen Parameter des Patienten in die durch Kohortenwerte bestimmten Altersintervalle zu bringen.

Für das Wohl eines Patienten zu sorgen, heisst, ihm so weit wie möglich seine normative Autonomie zurückzugeben. Ihm zu ermöglichen, sich seine eigenen Ketten auszusuchen und sich daran anzupassen. Das heisst auch, die Ketten der Krankheit leichter zu machen, ihm zu helfen, diejenigen zu tragen, die zu schwer sind und

¹ Georges Canguilhem (1904–1995), französischer Philosoph.

² Adolphe Quételet (1796–1874), belgischer Statistiker (ihm verdanken wir unter anderem den Body-Mass-Index).

³ Kurt Goldstein (1878–1965), deutscher Neurologe und Psychiater.

nicht abgeworfen werden können, und ihm so zu ermöglichen, freier diejenigen zu wählen, die er sich als Gesetz gibt. Seinem Körper zu ermöglichen, der eigenen Vernunft zu folgen, wenn diese autonom versucht, ihm seine eigenen Regeln zu geben. Und dies bis zum Tode – dem Endpunkt der maximalen Einschränkung des Lebensumfelds und der finalen Unmöglichkeit jeder Anpassung.

Für das Wohl des Patienten am Lebensende zu sorgen, heisst nicht, seine Krankheit zu behandeln, sondern ihn, den Patienten, zu behandeln, den einzig möglichen Begegnungsort zwischen ihm selbst und seiner Krankheit. Dann wird die Behandlung der Pathologie zum Werkzeug, zum Mittel – unterschieden vom Zweck, eine Pflege im Dienst des Patienten, ein Mittel zur Stärkung seiner normativen Fähigkeit.

Die so erworbene oder wiedergefundene Form von Autonomie wird für den Patienten die schöpferische Quelle eines neuen Potentials zur Entdeckung der einer künftigen, noch unbekannt Situation angemessenen Norm. So vermag die Krankheit paradoxerweise diese normative Fähigkeit zu stärken. Der gesunde Menschenverstand drückt dies mit folgenden Worten aus: «Was mich nicht umbringt, macht mich stark.»⁴

⁴ Die Formel stammt von F. Nietzsche: Götzen-Dämmerung (KSA 6, 8, S. 60): «Aus der Kriegsschule des Lebens. – Was mich nicht umbringt, macht mich stärker.»

⁵ Jeremy Bentham (1748–1832) und John Stuart Mill (1806–1873), englische Philosophen und Vertreter des Utilitarismus.

So gibt es denn Konvergenz und Kohärenz zwischen der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Maximierung der Autonomie. Diese Bewegung ist nicht ohne Bedeutung, gestattet sie doch dem Patienten, seine Würde zu wahren. Wohltätig sein stellt sich in den Dienst der Autonomie – so verneigten sich Bentham und Mill⁵ vor Kant ... und der Leser wird mir diese der präziösen Sprache entnommene Verkürzung nachsehen.

Dieser Artikel ist ein Auszug aus einem Buch «Médecine des confins de la vie. Une approche philosophique pour le patient Alzheimer ou en soins palliatifs» von Pierre Corbaz, das bald bei Editions de l'Aire erscheinen wird.

Literatur

- 1 Quételet A. Anthropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme. Brüssel: Muquardt; 1871. S. 21; zit. nach Canguilhem G. Das Normale und das Pathologische. München: Carl Hanser; 1974, S. 105.
- 2 Canguilhem G. Das Normale und das Pathologische, S. 122–123.
- 3 Canguilhem G. La connaissance de la vie. 2. Aufl. Paris: Vrin; 1980, S. 167.

Korrespondenz:
Dr. med. und Dr. phil. Pierre Corbaz
28, Avenue Vinet
1004 Lausanne
pierre.corbaz@yahoo.fr

PrimarySpots

Buchbesprechung

Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen

Das Autorenteam des handlichen Werks hat sich die Aufgabe gestellt, auf 342 Seiten die wichtigsten Demenzformen, deren Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie die therapeutischen Ansätze des Umgangs mit Demenz darzustellen. Insgesamt ist diese Aufgabe gut gelöst worden: Nach einer gut lesbaren Einführung ist den verschiedenen dementiellen Krankheitsbildern, ihrer Diagnostik und der Abgrenzung voneinander breiter Raum gewidmet, der eher zum Nachschlagen als zum Durchlesen einlädt. Etwas praxisfremd wirken die Kapitel zu Liquor- und EEG-Diagnostik bei Demenzkranken. Näher dürfte uns, nebst Laboranalysen, die bildgebende Ausschlussdiagnostik mit CT und MRI sein.

In der nützlichen Übersicht zum Dschungel neuropsychologischer Testbatterien findet sich auch die Quelle des verbreiteten CERAD-Tests, den Interessierte über die

Memory-Klinik Basel (www.memoryclinic.ch) beziehen können. Noch nützlicher für die tägliche Praxis ist die Darstellung vier gängiger Screeninginstrumente: «Mini-Mental-Test» (MMSE) und «Uhrentest» sind sattsam bekannt, weniger geläufig sind der (in der Frühphase der Demenz sensitive) «DemTect-Test» und der «Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung» (TFDD). Die Tests werden einer kritischen Bewertung unterzogen und praktischerweise im Anhang beigelegt. Die Autoren werden nicht müde zu betonen, wie wichtig eine frühe Diagnosestellung für die Bewältigung der Krankheit ist.

Der Bereich Therapie und Versorgung fällt im Vergleich dazu etwas weniger voluminös aus, ist dafür sehr vielseitig und berücksichtigt nicht nur die (kritisch kommentierten) medikamentösen Therapiemöglichkeiten, sondern auch die wichtigen nichtmedikamentösen Ansätze. Auch «schwierige» Themen wie Genetik, Zurechnungsfähigkeit, Sexualität, Sondenernährung, Überforde-

rung pflegender Angehöriger und Gewalt im häuslichen wie institutionellen Setting, Sterben und Suizid fehlen nicht.

Ein Wermutstropfen ist die Tatsache, dass das Buch nur ganz vereinzelt Grafiken und Bilder enthält und damit optisch etwas eintönig daherkommt. Auch kann es die (utopische?) Hoffnung auf ein Patentrezept für den Umgang mit Demenz nicht erfüllen. Insgesamt ist das Werk aber gelungen und vermittelt uns Praktikern einige Anregungen, im klinischen Alltag (noch) professioneller mit Demenz umzugehen.

Stefan Neuner-Jehle

Mahlberg R, Gutzmann H (Hrsg.). Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009. ISBN: 978-3-7691-0563-6. 342 S. CHF 49.50.