

Kommentar zur Zeit

Digitale und analoge Entscheidungsfindung

Je nach Umständen trifft der Mensch unterschiedliche Entscheidungen. So beeinflusst der Erfolg bzw. -misserfolg einer Behandlung die Therapie eines nächsten Patienten oder einer nächsten Patientin und das Gespräch darüber. Hat zum Beispiel eine Brustkrebspatientin eine aggressivere Behandlung gut überstanden, wird auch die nächste Patientin eher derart behandelt werden. Auch die Uhrzeit, der eigene Lebensentwurf und die eigene Lebenswelt der Behandelnden beeinflussen Therapieentscheidungen massgeblich. Die daraus entstehende Vielfalt der Entscheidungen in vergleichbaren Situationen beschreibt der Nobelpreisträger Daniel Kahnemann et. al. in seinem neusten Buch, «Was unsere Entscheidungen verzerrt – und was wir verbessern können», als «Noise», als Lärm. Aus Sicht der von solchen Entscheidungen betroffenen Patientinnen und Patienten stellt dieser «Lärm» eine gewisse Entscheidungswillkür dar, auch wenn sich der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin darum bemüht, nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. Dieser Entscheidungs-«Lärm» kann viel Schmerz, Leid und Kosten verursachen, nämlich dann, wenn schlechte, schädliche Entscheidungen getroffen werden. Je weitreichender Entscheidungen sind und je grösser ihre Eingriffstiefe für Mensch, Tier und Umwelt, umso wichtiger erscheint es, die Entscheidungsvielfalt und damit den «Lärm» zu reduzieren. Wie im Folgenden gezeigt wird, ergänzen sich digitale und analoge Methoden bei Entscheidungsfindungsprozessen.

Geht es darum, die Funktionalität von Informationen oder Maschinen sicherzustellen, sind digitale Algorithmen und Applikationen gegenüber dem Menschen im Vorteil. Denn sie schalten, wenn sie gut programmiert und konzipiert sind, die menschlichen Einflussfaktoren aus und ermöglichen maximale Funktionalität. Digitale Informationssysteme geben in kürzester Zeit Auskunft über verschiedenste Gesundheits- und Krankheitsparameter eines Patienten oder einer Patientin und hierfür wirksame Therapieoptionen. Solche Fakteninformationen sind unabdingbar für gutes Entscheiden und Handeln. Die Therapieentscheidungen werden dann faktenbasiert aufgrund der medizinischen Alltagsmoral getroffen. Aus diesen Fakteninformationen werden eine Diagnose und Prognose für den Patienten respektive die Patientin erstellt und diese u. a. auch in Bezug zu den Wertvorstellungen des Patienten oder der Patientin und seiner oder ihrer gesamten Lebenssituation gesetzt. Denn wenn ein Medikament wirkt, bedeutet das noch nicht, dass es auch eingesetzt werden soll. So werden z. B. lebensverlängernde Massnahmen am Lebensende u. U. nicht mehr ergriffen, obwohl sie wirksam sind. Welche therapeutischen Massnahmen in einer konkreten Patientensituation angemessen sind, ist individuell zu klären. Menschen sind keine Maschinen und Ärztinnen und Ärzte keine Techniker. Medizin ist denn auch keine Technik, sondern eine Kunst. Therapieentscheidungen setzen medizinisches und pflegerisches Fachwissen voraus. Darüber hinaus sind sie stets auch moralische Entscheidungen. Für die meisten Therapieentscheidungen reicht die medizinische Alltagsmoral aus, und sie erscheinen als selbstverständlich. Bei komplexen Entscheidungssituationen mit schwerwiegenden Auswirkungen für den Patienten oder die Patientin, bei denen die Selbstverständlichkeit der Alltagsmoral zerbricht, können sorgfältige, interdisziplinäre und interprofessionelle ethische Güterabwägungen eine informierte und reflektierte Entscheidung unterstützen. Solche Entscheidungsfindungsprozesse als ethischer Dialog dämpfen diesen «Lärm» unterschiedlicher Therapievorstellungen und schaffen Ruheinseln im hektischen und lärmigen Alltag einer Gesundheitsinstitution. Gemeinsam und in Ruhe werden so die Fakten geprüft, die Argumente für und gegen bestimmte Therapieoptionen ausgetauscht, und dann wird gemeinsam mit dem Patienten, der Patientin oder im Falle einer Urteilsunfähigkeit mit der Stellvertretung ein Therapievorschlag entwickelt. Für einen ethischen Dialog innerhalb des Behandlungsteams haben sich verbindliche Entscheidungsfindungsverfahren mit einer Organisations-, einer Gesprächs- und einer Ablaufstruktur bewährt. Die Organisationsstruktur gibt an, wer wann und unter welchen Bedingungen ein solches Gespräch einberufen und moderieren soll. Die Gesprächsstruktur zeigt auf, aus welchen Teilnehmenden sich der ethische Dialog zusammensetzt und wie das Gespräch ablaufen soll. Ein so gestalteter ethischer Dialog ist in einer Organisation mit einem erheblichen Organisationsaufwand verbunden. Und Kahnemann et. al. weisen in ihrem neusten Buch zu Recht auf diesen administrativen Aufwand hin. Solche ethischen Entscheidungsfindungsprozesse im Rahmen des Behandlungsteams werden denn auch nur dann vollzogen, wenn die Selbstverständlichkeit von Entscheiden und Handeln nicht mehr gegeben ist und sich den Beteiligten die Frage stellt: Was sollen wir tun? Welche Therapie können wir verantworten? Die behandelnde Ärztin und der behandelnde Arzt werden durch den ethischen Dialog in ihrer Verantwortung gegenüber dem Patienten beziehungsweise der Patientin für eine angemessene Behandlung unterstützt und auch entlastet, nicht aber davon befreit. Es handelt sich dabei nicht um einen unpersönlichen Algorithmus, sondern um einen personalen und strukturierten ethischen Dialog, bei dem um bestes Entscheiden und Handeln gerungen wird. Solche Entscheidungsfindungsverfahren setzen voraus, dass alle Beteiligten bereit sind, sich gegenseitig auf Augenhöhe zu begegnen.

Der 7-Schritte-Dialog von Dialog Ethik ist ein solches Entscheidungsfindungsverfahren, welches auf der integrativen Verantwortungsethik basiert. Die Anwendung des 7-Schritte-Dialogs wird in Moderationskursen vermittelt. Der 7-Schritte-Dialog vermag die Entscheidungswillkür, den von Daniel Kahnemann et. al. monierten «Lärm», nicht völlig auszuschalten. Sein Ziel aber ist es, einen Gesprächsraum der beredten Stille im lauten und hektischen Alltag von Gesundheitsorganisationen zu eröffnen, indem er Zeit schafft für strukturiertes gemeinsames Nachdenken und so verantwortliches Handeln fördert.

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Institutsleiterin

29. Juni 2021