

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:



Nr. 2/2013

ISSN 2194-2730

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit der Zunahme technischer Neuerungen im Medizin- und Pflegebereich treten auch immer mehr ethische Schwierigkeiten auf. Erweiterte Therapieoptionen, neue Medikamente und innovative Medizintechnik können zur Verlängerung des Lebens beitragen, aber nicht immer auch zu einer erhöhten Lebensqualität.

Zur ethischen Beurteilung von Einzelfällen haben sich vier sogenannte mittlere Prinzipien durchgesetzt. Diese werden in Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern, im Hospizwesen, in Behinderteneinrichtungen oder psychiatrischen Einrichtungen verwendet. Nach und nach wollen wir Ihnen die vier Prinzipien vorstellen. Neben dem Prinzip der Patientenautonomie, das schwerpunktmäßig in der letzten Ausgabe vorgestellt wurde, nehmen wir dieses Mal das Prinzip des Nichtschadens in den Blick.

Wenn es dem Arzt zuvorderst darum gehen soll, seinem Patienten nicht zu schaden, dann ist damit auch angezielt, die Folgen von neuen Handlungsoptionen im Sinne des Patienten abzuwägen. In dieser Ausgabe soll es darum gehen, Ihnen den Blick für die damit verbundenen Schwierigkeiten zu eröffnen. Neben Beiträgen zur medizinischen und pflegerischen Praxis, gibt es wie gewohnt auch eine Buchrezension, einen Impulstext und eine Fallbesprechung.

Bleiben Sie mit uns ethisch am Ball.

Ihr Jonas Pavelka

Inhalt

2	Nichtschaden – non maleficence Timo Sauer
6	Positive und negative Gerechtigkeit als Kennzeichen von Professionalität in der Pflege Ruth Schwerdt
10	Hilfe zur ethischen Urteilsbildung. Der Deutsche Ethikrat Johannes Lorenz
15	Entscheiden in schwierigen Lebenssituationen. Eine Ethikberatung in der Kinderklinik Susanne Michl
19	Spirituelle Wege zur Wiedergewinnung der Identität Klaus Stock
23	Rezension: Jörg Blech – „Die Krankheitserfinder“ Klaus Klother

Das Zitat >>

Professionelle Pflege ist
Hilfe zur Selbsthilfe. *Ruth Schwerdt, Seite 7*

Nichtschaden – non maleficence

Bereits im „Corpus Hippocraticum“, der wichtigsten medizinischen Textsammlung der griechischen Antike, besteht ein wichtiges Element des ärztlichen Ethos in dem Verbot, dem Patienten Schaden zuzufügen. Dies gilt auch heute noch. Ärzte, Pflegende und andere medizinische Fachberufe dürfen keine Maßnahmen durchführen, die Patienten schaden. In einer modernen Form ist dieses Gebot als „Prinzip des Nichtschadens“ Teil eines pragmatischen Ansatzes der angewandten Ethik: den vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik nach Tom Beauchamp und James Childress. Bereits in der letzten Ausgabe der LER wurde das Prinzip des Respekts vor der Autonomie erläutert. Daran anknüpfend soll in dieser Ausgabe das Nichtschadensprinzip erörtert werden.

Zunächst scheint ein Prinzip des Nichtschadens im Kontext der Medizin trivial zu sein. Doch häufig stellen bereits einfache medizinische Maßnahmen wie etwa eine Blutentnahme, Eingriffe in die körperliche Integrität dar und sind damit, zumindest isoliert betrachtet, als Schaden zu bewerten. Für die Zulässigkeit eines solchen Eingriffs bedarf es 1. der Einwilligung des Patienten und 2. einer medizinischen Indikation. Die Einwilligung des Patienten leitet sich vom bereits erörterten Prinzip des Respekts vor der Autonomie ab, während die medizinische Indikation in unmittelbarer Nähe zum Nichtschadensprinzip steht. Eine Indikation besteht dann, wenn eine medizinische Maßnahme geeignet ist, einen Krankheitszustand positiv zu beeinflussen. Dafür muss zwischen dem potenziellen Nutzen und dem erwartbaren Schaden der Maßnahme abgewogen werden. Dies soll an einem Beispiel illustriert werden.



»»
Dr. rer. med. Timo Sauer M.A.,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
des Klinischen Ethikkomitees
der Uniklinik Frankfurt und des
Senckenbergischen Institutes
für Geschichte und Ethik
der Medizin, examinierter
Krankenpfleger

Abwägen zwischen Nutzen und Schaden

Ein Patient befindet sich in einem weit fortgeschrittenen Stadium seiner Krebserkrankung. Sein Primärtumor wurde zunächst erfolgreich mit einer präoperativen Radiochemotherapie und anschließender Operation behandelt. Einige Jahre später trat ein lokales Rezidiv (Rückfall) auf und bei weiteren Untersuchungen wurden inoperable Metastasen festgestellt. Auch wenn es nun keine kurative Perspektive mehr gibt, besteht die Möglichkeit, beispielsweise durch eine erneute Radiochemotherapie, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Zunächst muss dann zwischen dem Nutzen und dem Schaden der Maßnahme für den Patienten abgewogen werden. Der Nutzen könnte einerseits darin bestehen, durch die Radiochemotherapie den Krankheitsprozess zu verlangsamen und damit die letzte Lebensphase noch einmal verlängern zu können. Der Schaden besteht jedoch ggf. darin, dass die gewonnene Lebenszeit von entsprechenden Begleitsymptomen wie Übelkeit, Müdigkeit, Haarausfall, schlechtes Allgemeinbefinden, Entzündungen der Schleimhäute etc. geprägt sein wird. Kompliziert wird die Abwägung dadurch, dass nicht nur das Ausmaß des Nutzens mit dem Ausmaß des Schadens abgewogen werden muss, sondern auch die jeweilige Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens. So ist denkbar, dass eine bestimmte Maßnahme zwar eine hohe Wirksamkeit haben kann, deren Erfolg aber nur extrem selten eintritt, oder aber umgekehrt, dass der Erfolg einer Maßnahme zwar hochwahrscheinlich ist, jedoch den Zustand nur geringfügig verbessert. Erst dann, wenn eine Lebensverlängerung wahrscheinlich ist, die entweder die Belastungsphase zeitlich deutlich überschreitet oder mit einer moderaten Symptomatik einhergeht, kann von einer indizierten Maßnahme gesprochen werden. Dies zeigt, dass bereits die Indikationsstellung eine (in der Praxis meist unreflektierte) normative Abwägung beinhaltet: die Frage nach der Lebensqualität.

Bereits die Indikationsstellung beinhaltet eine normative Abwägung: die Frage nach der Lebensqualität.

Dennoch bedarf es bei positiver Abwägung noch der Einwilligung durch den Patienten. In der Praxis kann es sinnvoll sein, den Prozess des Abwägens bereits mit dem Patienten zusammen durchzuführen. Wichtig dabei ist jedoch, die methodische Trennung zwischen Indikationsstellung und der Einwilligung durch den Patienten nicht zu übersehen. Ob eine „sinnvolle“ medizinische Maßnahme durchgeführt werden darf, hängt grundsätzlich von der Einwilligung des Patienten ab. Die

Beurteilung über die Notwendigkeit der medizinischen Maßnahme obliegt jedoch ganz dem behandelnden Arzt.

Die Rolle des Patienten

Wenn Nutzen und Schaden in einem ungünstigen Verhältnis zueinander stehen, und wenn eine signifikante Lebensverlängerung nur sehr unwahrscheinlich und mit einer schweren Symptomatik verbunden ist, spielt die „Einwilligung“ des Patienten keine entscheidende Rolle. Eine Maßnahme, deren Nachteile die Vorteile überwiegen, ist nicht indiziert. Sie darf nicht durchgeführt werden, selbst dann nicht, wenn der Patient es wünscht. (Es sind allerdings Fälle denkbar, in denen eine nicht-indizierte Maßnahme aufgrund der Berücksichtigung des Patientenwunsches durchgeführt werden kann, weil der psychische Nutzen den Schaden der Durchführung überwiegt).

Eine Maßnahme, deren Nachteile die Vorteile überwiegen, darf nicht durchgeführt werden. Selbst dann nicht, wenn der Patient es wünscht.

Folgt aus dem Abwägungsprozess kein eindeutiges Ergebnis, was in der Praxis durchaus vorkommt, ist die Maßnahme aus medizinischer Sicht optional. Dann kann der Patient entscheiden, ob er in einen Therapieversuch einwilligt, auch wenn die Erfolgsaussichten schlecht kalkulierbar sind. Wichtig hierbei ist, dass der Patient in der Folge einer entsprechenden Aufklärung völlige Klarheit darüber besitzt, dass unter Umständen das Ergebnis der Durchführung keine Vorteile bringt und die ihm verbleibende Zeit mit einer quälenden Symptomatik belastet sein kann.

Das Nichtschadensprinzip darf nicht isoliert betrachtet werden. Es erschließt sich nur unter Berücksichtigung der anderen drei Prinzipien, besonders der Fürsorge (beneficence). Im klinischen Alltag wird das Prinzip häufig falsch verstanden. Es benennt keine ärztliche Pflicht eine Therapie durchzuführen, um Schaden beim Patienten zu verhindern. Unterlässt ein Arzt trotz vorliegender Einwilligung eine Handlung, kann dem Patienten im alltagsprachlichen Sinn zwar ein Schaden entstehen, das Nichtdurchführen einer indizierten Maßnahme ist dann jedoch kein Verstoß gegen das Prinzip des Nichtschadens, sondern ein Verstoß gegen das Prinzip der Fürsorge. Das Prin-

Das Prinzip des Nichtschadens ist ein auf konkrete medizinische, pflegerische oder therapeutische Handlungen ausgerichtetes regulatives Prinzip und kein zu konkreten Handlungen verpflichtendes Prinzip.

zip des Nichtschadens ist also ein auf konkrete medizinische, pflegerische oder therapeutische Handlungen ausgerichtetes regulatives Prinzip und kein zu konkreten Handlungen verpflichtendes Prinzip.

Fazit: Die Geschichte des ärztlichen Nichtschadensgebots reicht zurück bis in die griechische Antike. „Nichtschaden“ ist heute als eines der vier Prinzipien von Beauchamp und Childress wichtiger normativer Bezugspunkt für die klinische Ethik. Unabhängig von der grundsätzlich notwendigen Einwilligung durch den Patienten, dient es der Abwägung zwischen den Risiken und dem Nutzen einer medizinischen Maßnahme und ist somit Grundlage der Indikationsstellung.

Positive und negative Gerechtigkeit als Kennzeichen von Professionalität in der Pflege

Der Bedarf an professioneller Pflege wird häufig allein aus quantitativer Sicht als Mangel an Fachkräften problematisiert. Das ökonomische Prinzip setzt jedoch Zielsetzungen voraus. Die Legitimation für den helfenden Beruf der Pflege kann anhand ethischer Leitwerte bestimmt werden. Dieser Rekurs zeigt, dass Bedarfs- und Bedürfnisorientierung Ausdruck positiver Gerechtigkeit sein können, die nicht nur quantitativ, sondern qualitativ durch Qualifikation und Kompetenz der Pflegenden ermöglicht werden.

Der steigende Bedarf an professioneller Pflege und der gleichzeitige Mangel an Fachkräften machen deutlich, dass die bereits erreichte Qualität der Versorgung nicht gehalten, geschweige denn eine Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erwartet werden kann. In wissenschaftlichen Studien und im politischen Diskurs wird ein quantitativer Bedarf an Menschen, die in der Pflege arbeiten, offenbar. Aufgrund der demographischen Entwicklung, die einen enormen Mangel an jüngeren Menschen zur Folge hat und haben wird,

Die Knappheit des Guts „Pflege“ und die starke Inanspruchnahme personeller, institutioneller und finanzieller Ressourcen machen es erforderlich, dass Pflegenden und Gepflegte „gut“ damit umgehen.

kann der notwendige Bedarf bereits jetzt nicht mehr ausreichend abgedeckt werden. Die Knappheit des Guts „Pflege“ und die starke Inanspruchnahme personeller, institutioneller und finanzieller Ressourcen durch die professionelle Pflege machen es erforderlich, dass Pflegenden und Gepflegte „gut“ damit umgehen. Aus wirtschaftlicher Perspektive ist „gut“ dasjenige, was effektiv und effizient ist,

um gesetzte Ziele zu erreichen. Im Pflegeberuf sind diese Ziele mit ethischen Werten verknüpft. Aufgrund ihres radikalen Fragens nach Moralität, Freiheit



»
Prof. Dr. Ruth Schwerdt M.A.,
Professorin für Pflegewissenschaft
an der Fachhochschule Frankfurt
am Main, Leiterin eines Bachelor-
und eines Masterstudiengangs
Pflege, Altenpflegerin,
Diplompsychogerontologin

und Lebensqualität ermöglicht die ethische Reflexion eine grundlegende Legitimation und Spezifikation professioneller Pflege.

Leitwerte für professionelle Pflege

Ein Leitwert westlicher und westlich geprägter Industriegesellschaften ist die *Selbstbestimmung* des Einzelnen, die grundgesetzlich in den Freiheitsrechten verankert ist. Nun kann die Art und das Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Selbstbestimmung der Betroffenen einschränken. Sie können abhängig werden von der (Für)Sorge derjenigen, die die Hilfe und Pflege ermöglichen. Dass der Autonomieanspruch uneingeschränkt bei Pflegebedürftigkeit gilt, wird von der Bundesregierung in der Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen dokumentiert. Professionelle Pflege zielt auch im Selbstverständnis immer auf die Unterstützung und Förderung der Selbstbestimmung des Menschen mit Pflegebedarf. Sie ist Hilfe zur Selbsthilfe bei der selbstbestimmten Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wenn und solange die Selbstständigkeit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung eingeschränkt ist. Der Anspruch auf Selbstbestimmung kann jedoch aufgrund mangelnder Durchsetzungsfähigkeit einerseits oder übermäßigen Ansprüchen andererseits gefährdet sein und ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen Akteuren und ihren Autonomieansprüchen bewirken. Daher sichert der regulative Wert der *Gerechtigkeit* allen Mitgliedern der Gemeinschaft den Anspruch auf Selbstbestimmung in gleicher Weise zu. Die Abdeckung des Pflegebedarfs von betroffenen Mitbürgerinnen und Mitbürgern hat eine derart hohe gesellschaftliche Bedeutung, dass jeder Betroffene Anspruch auf professionelle Pflege hat. Damit der Pflegebedarf jedoch auf einem guten fachlichen Niveau abgedeckt werden kann, wird die Ausbildung der Pflegeberufe bundeseinheitlich gesetzlich geregelt.

*Professionelle Pflege ist
Hilfe zur Selbsthilfe.*

Die professionell Pflegenden sind dem Gleichheitsgebot in ihrem Ethikkodex verpflichtet (ICN 2012). Der Gerechtigkeitsgrundsatz, auf den sich die professionelle Pflege beruft, wäre jedoch falsch verstanden, wenn sich die Interventionen bei allen Pflegebedürftigen in der gleichen Art und Weise niederschlagen würden. Gerechtigkeit bedeu-

*Gerechte Pflege bedeutet nicht,
für alle das Gleiche zu tun.*

tet hier nicht das Gleiche für alle. Der Pflegebedarf ist inzwischen zu komplex, die medizinisch und pflegerisch möglichen und notwendigen Maßnahmen zu reichhaltig geworden, während die gesetzlichen Leistungsansprüche andererseits auf einem unverhältnismäßigen Niveau stagnieren. Im pflegerischen Alltag ist deshalb auch eine immer schärfere Prioritätensetzung erforderlich geworden. Auf sie spitzt sich die Frage nach „guter“ Pflege zu.

Kriterien für Prioritätensetzung

Um die Prioritäten richtig zu setzen, ist die Qualität der Pflege zu definieren und zu bestimmen, woran sie sich messen lässt. Nicht die Orientierung am Gleichheitsprinzip (*negative Gerechtigkeit*) allein ist geboten, denn pflegebedürftige Menschen brauchen nicht alle die gleiche Pflege. Vielmehr sollten sich die Kriterien für gute Pflege am Bedarf und im besonderen Maße an den jeweiligen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen ausrichten (*positive Gerechtigkeit*): Während der Pflegebedarf Erfordernisse darstellt, die mit objektiven und fachlichen Verfahren und Instrumenten feststellbar sind, sind Bedürfnisse demgegenüber an den persönlichen Lebensentwurf und eine Werteanamnese gebunden, die sich individuell voneinander unterscheiden können. Persönliche Bedürfnisse können im Gespräch herausgefunden werden. Sie hängen oft eng zusammen mit der jeweiligen Antwort auf die Sinnfrage des Daseins; sie berühren den persönlichen Lebensweg des Pflegebedürftigen und seiner Bezugspersonen.

Professionelle Pflege integriert die negative und die positive Ausrichtung der Gerechtigkeit. Sie wählt aus objektiven Wissensbeständen, aus wissenschaftlich fundierten Methoden, sowie aus der reflektierten Erfahrung die bestmöglichen Pflegeoptionen für eine bestimmte Person aus. Wichtig hierbei bleibt immer der Dialog: Beurteilungen werden prinzipiell gemeinsam mit der Person mit Pflegebedarf und/oder ihren Angehörigen bestimmt und interpretiert (North American Nursing Diagnosis Association). Pflegediagnostik ist somit immer verstehend, nie nur erklärend. Persönliche Erfahrungen und Bewertungen, der Glaube, die Gewohnheiten, die sozialen Bezugspersonen und das Umfeld werden einbezogen (vgl. ICN). Je größer das wertorientiert-dialogische Urteilsvermögen einer Pflegeperson neben der klinischen

*Pflegediagnostik ist
immer verstehend,
nie nur erklärend.*

(objektiv-fachlichen) Urteilsfähigkeit ausgeprägt ist (Rubin 2000), und je mehr Kenntnisse und Methoden ihr zur Verfügung stehen, desto sicherer wird sie Prioritäten zugunsten der Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen treffen. Die Qualität der Pflege als bedarfs- und bedürfnisorientierte Hilfe hängt also eng mit der fachlichen Qualifikation der Pflegeperson zusammen. Dazu gehören gleichermaßen Fachkenntnis und Werteorientierung.

Fazit

Nicht gleiche Pflege gewährleistet eine *gute* Versorgung, sondern eine Pflege, die den individuellen gesundheitsbezogenen Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen gerecht wird. Diese Form von *positiver Gerechtigkeit* kann nicht einfach durch eine Erhöhung der Anzahl des Pflegepersonals, sondern vielmehr durch Qualitätssteigerung verbunden mit Qualifikation und Fachkompetenz erreicht werden. Wenn der Zeitdruck erhöht wird und negative Gerechtigkeit eingefordert wird, ist die notwendige Bedarfs- und Bedürfnisorientierung gefährdet. Die pflegerische Perspektive, die die Krisen- und die Alltagsbewältigung trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung in der Lebenswelt des Betroffenen im Blick hat, kann von keiner anderen Berufsgruppe ersetzt werden.

Literatur

- » International Council of Nurses (2012): Code of Ethics for Nurses. Genf: ICN
- » Rubin, Jane (2009): Impediments to the Development of Clinical Knowledge and Ethical Judgment in Critical Care Nursing. In: Benner, Patricia; Tanner, Christine A., Chesla, Catherine A. (2nd Ed.): Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement & ethics. New York: Springer

Hilfe zur ethischen Urteilsbildung

Der Deutsche Ethikrat

Die Lebenswissenschaften (Biologie, Medizin, Chemie, Pharmazie etc.) kennen keine Pausen. Sie schreiten mal in etwas kleineren, mal in größeren Schritten ständig voran und überholen somit fast täglich ihre Forschungsergebnisse vom Vortag. Freuen sich die Forscher heute über bahnbrechende Neuigkeiten, etwa aus dem Bereich der molekularen Biologie, dienen diese Neuigkeiten morgen bereits als Grundlage für den nächsten Schritt u.s.w. Die Neuigkeiten kommen dann wiederum den Anwendungswissenschaften, wie zum Beispiel der Medizin zu. Das Voranschreiten der Forschung induziert die Weiterentwicklung der Technik und umgekehrt erfordern neue technische Bedürfnisse wieder neue Forschung. Bei dieser rasanten Entwicklung kann der Bürger oder Politiker leicht den Überblick verlieren. Könnte er sich nicht einfach auf den Standpunkt stellen und sagen: Was geht mich das noch an? Was die Wissenschaftler in ihren Labors und Forschungseinrichtungen erforschen hat mit mir nichts zu tun.

Er könnte dies so machen. Doch wird es in seinem Leben zwangsläufig Situationen geben, in denen er sich dann mit Forschungsergebnissen konfrontiert sieht. Etwa der Bürger in der Situation einer ethisch heiklen Frage am Lebensende seines Angehörigen oder der Politiker, wenn er sich im Parlament entscheiden muss, ob er dem Import von embryonalen Stammzellen für medizinische Forschungszwecke zustimmt oder nicht. Dann stehen beide vor dem Problem, sich eine fundierte und selbstbestimmte Meinung zu einem Thema bilden zu müssen, über das sie viel zu wenig Bescheid wissen. Der katholische Theologe Karl Rahner hat diesen Mangel an Wissen, trotz des zunehmenden Wissenszuwachses in unserer heutigen Gesellschaft pointiert ausgedrückt: „Wir leben in



»»
Johannes Lorenz,
Doktorand am Lehrstuhl für
Moraltheologie Freiburg bei
Prof. E. Schockenhoff, Freier
Mitarbeiter des Heinrich
Pesch Hauses Ludwigshafen

einer Wissensgesellschaft, aber wir werden immer dümmer.“ Um diese Lücke so gut wie möglich zu schließen und eine nachhaltige und verantwortliche Politik zu garantieren, hat die Bundesregierung im Mai 2001 beschlossen, einen Nationalen Ethikrat zu gründen. Ein kurzer Blick in die Entstehungsgeschichte:

„Wir leben in einer Wissensgesellschaft, aber wir werden immer dümmer.“

Zur Entstehungsgeschichte

Das Bestreben der Etablierung eines Nationalen Ethikrates (seit 2007 Deutscher Ethikrat) geht im Grunde zurück auf die Deklaration von Helsinki aus dem Jahr 1964, die zuletzt im Jahr 2008 in Seoul einer Novellierung unterzogen wurde. Dort beschloss die Generalversammlung des Weltärztebundes die standesethischen Richtlinien für die Ärzteschaft weltweit. Es folgte die Errichtung lokaler Ethikkommissionen in den USA, die vor allem dafür zuständig sein sollten, die universitäre Medizin rechtlich und ethisch zu beurteilen.¹ In den 80er Jahren entstanden in Europa die ersten großen nationalen Ethikräte in Frankreich, Schweden und Dänemark. In Deutschland dauerte es etwas länger, weil Ethikkommissionen zuerst wie in den USA auf lokale Einrichtungen beschränkt blieben. Zwar gab es vor 2001 auf der Länderebene bereits ähnliche Einrichtungen, doch erst 1997 kam die Debatte auf, eine ständige und öffentliche Beratungsinstitution auf Bundesebene zu gründen.

Auslöser für die Etablierung des Nationalen Ethikrates war die Debatte um die Einführung von embryonalen Stammzellen zu Forschungszwecken aus dem Ausland, worüber das Parlament 2002 konkret zu entscheiden hatte. Der damalige Bundeskanzler Gerhard Schröder errichtete am 2. Mai 2001 den Nationalen Ethikrat, um von ihm ein ausgewogenes Urteil zu ethischen Fragestellungen für die parlamentarische Abstimmung zu erhalten. Um seine Neutralität gegenüber der Bundesregierung zu wahren, wurde der Deutsche Ethikrat bei der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften angesiedelt. Dies war wichtig. Denn von Anfang an wurde dem Projekt vorgeworfen, es diene lediglich dazu, den Beschlüssen der Regierung den Schein ethischer Legitimität zu verleihen. Weil die Mitglieder damals noch ausschließlich von der Bundesregierung einberufen wurden, lag dieser Vorwurf in der Luft (in den Medien wurde damals häufig von

Um seine Neutralität gegenüber der Bundesregierung zu wahren, wurde der Deutsche Ethikrat bei der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften angesiedelt.

¹ Vgl. Ahlswede, Alexander: Der Nationale und der Deutsche Ethikrat. Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Einflüsse unabhängiger Politikberatung auf die staatliche Entscheidungsbildung, Frankfurt a. M. 2009. Im Folgenden 24f.

einem „Abnickgremium“ gesprochen), was sich allerdings nie bestätigt hatte, weil die Vertreter durchaus auch regierungskritische Positionen einnahmen.² Hauptsächlich aufgrund des einseitigen Verfahrens der Mitgliederbestimmung wurde im Jahr 2007 die Ernennung der Mitglieder auf eine breitere parlamentarische Grundlage gestellt. Daraus ging der Deutsche Ethikrat hervor, der durch das Ethikratgesetz (EthRG) in seiner Funktion als Beratungsgremium der Politik auch ein erweitertes Regelwerk bekam. Die Mitglieder werden heute nicht mehr nur von der Regierung, sondern im gleichen Verhältnis auch vom Deutschen Bundestag vorgeschlagen.³

² Vgl. Resch, Alexandra: Warum der Ethikrat das Rennen machte, in: Attempo. Forum der Universität Tübingen, Ausgabe 15, 2003. (www.uni-tuebingen.de/fileadmin/Uni_Tuebingen/Allgemein/Dokumente/attempo/attempo15.pdf).

³ Vgl. EthRG §4 Abs. 1

Aufgaben

Was aber sind seine Aufgaben? Die Befürchtungen zu Beginn seiner Arbeit, der Ethikrat werde der Bundesregierung bloß ethische Legitimität für ihr Handeln verleihen, haben sich nicht bestätigt. Kehren wir zurück zu der Perspektive des Bürgers und der Politiker, die sich trotz fehlenden Wissens zu entscheiden haben. Welche Möglichkeiten stellt ihnen der Deutsche Ethikrat zur Verfügung? Eine seiner zentralen Aufgaben besteht darin, Stellungnahmen zu veröffentlichen. Es handelt sich dabei um Papiere, in denen Argumentationslinien zu einem bestimmten, ethisch relevanten Thema erarbeitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Die Mitglieder können die Themen entweder selbst wählen, oder sie werden vom Parlament dazu beauftragt, sich mit einem dringend anstehenden Thema zu befassen. Die Mitglieder treffen sich dazu, um im Plenum oder in Arbeitsgruppen die möglichen Positionen herauszuarbeiten. Ausdrücklich stand von Anfang an die Forderung im Raum, nicht nur *eine* mögliche Position, sondern mehrere mögliche Positionen zu erarbeiten. Denn die Vielfältigkeit unserer heutigen Gesellschaft zwingt dazu, auch ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Lösungswegen und Handlungsoptionen anzubieten. Das breite Spektrum an Auffassungen spiegelt sich in den Mitgliedern wider. So setzen sich die 26 Mitglieder im Wesentlichen aus Vertretern der Kirchen oder Behindertenverbänden

Bei den Stellungnahmen handelt es sich um Papiere, in denen Argumentationslinien zu einem bestimmten, ethisch relevanten Thema erarbeitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Die 26 Mitglieder setzen sich aus Vertretern der Kirchen oder Behindertenverbänden, Wissenschaftlern (Biologen, Mediziner, Juristen, Philosophen, Theologen) und Menschen mit besonderem Bezug zu ethischen Themen zusammen.

den, Wissenschaftlern (Biologen, Mediziner, Juristen, Philosophen, Theologen) und Menschen mit besonderem Bezug zu ethischen Themen zusammen. In ihren Sitzungen versuchen sich die Mitglieder auf Positionen zu einigen, die dann in den Stellungnahmen formuliert werden. Schließlich kann der Politiker oder der Bürger sich eine solche Stellungnahme zur Hand nehmen und anhand der Empfehlungen zu einem ethisch ausgewogenes Urteil kommen.

Im Zuge der rasanten Entwicklung im Bereich der Lebenswissenschaften ist die Arbeit des Deutschen Ethikrates von großer Bedeutung. Denn er bietet der Gesellschaft die Möglichkeit, auf der Grundlage des technischen Sachstandes ein ethisches Problem und seine Auswirkungen für die Gesellschaft zu verstehen, beurteilen und reflektieren zu lernen. Ferner profitieren mit der Gesellschaft auch die einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler davon, die den Blick auf ihr eigenes Fach vertiefen können, wenn sie mit anderen Fachvertretern ins Gespräch kommen. Für die Ethik ist dies besonders wichtig. Denn ohne den genauen Stand der medizinischen Forschung kann kein begründetes Urteil abgegeben werden. Um beispielsweise den moralischen Status von menschlichen Embryonen beurteilen zu können, müssen sich alle gut über die genauen Abläufe der Befruchtung der Eizelle informieren. Der Ethikrat stellt deshalb eine Art Scharnier dar, ein rechtlich verankertes Gesprächsorgan zwischen Wissenschaft und Politik, Wissenschaft und Gesellschaft sowie zwischen der Wissenschaft und den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern.

Der Deutsche Ethikrat bietet der Gesellschaft die Möglichkeit, auf der Grundlage des technischen Sachstandes ein ethisches Problem in seinen rechtlichen und ethischen Auswirkungen verstehen, beurteilen und reflektieren zu können.

Fazit

Die Komplexität gegenwärtiger ethischer Probleme verlangt gut begründete Meinungen. Der Deutsche Ethikrat möchte dabei keine Spitzenlösung präsentieren, die unbedingt befolgt werden muss. Vielmehr möchte er eine Diskursgrundlage schaffen, die der Meinungsfreiheit in einer Demokratie gerecht wird. Nicht zuletzt auf dem Feld der Ethik sollte dann immer versucht werden, dem besseren Argument den Vorzug zu geben, wozu der Deutsche Ethikrat einen nicht zu verkennenden Beitrag leistet.⁴

⁴ Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Biopolitik im Ethikrat. Zur Arbeit des Nationalen Ethikrates (2001–2007) und des Deutschen Ethikrates (ab 2008), in: Spieker, Manfred (Hg.): Biopolitik. Probleme des Lebensschutzes in der Demokratie, Paderborn/München/Wien 2009, 87–103, hier: 96.

Literatur:

- » Ahlswede, Alexander: Der Nationale und der Deutsche Ethikrat. Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Einflüsse unabhängiger Politikberatung auf die staatliche Entscheidungsbildung, Frankfurt a. M. 2009.
- » Resch, Alexandra: Warum der Ethikrat das Rennen machte, in: Attempto. Forum der Universität Tübingen, Ausgabe 15, 2003. (www.uni-tuebingen.de/fileadmin/Uni_Tuebingen/Allgemein/Dokumente/attempto/attempto15.pdf)
- » Schockenhoff, Eberhard: Biopolitik im Ethikrat. Zur Arbeit des Nationalen Ethikrates (2001–2007) und des Deutschen Ethikrates (ab 2008), in: Spieker, Manfred (Hg.): Biopolitik. Probleme des Lebensschutzes in der Demokratie, Paderborn/München/Wien 2009, 87–103.
- » Ethikratgesetz (Quelle: www.ethikrat.org)

Entscheiden in schwierigen Lebenssituationen

Eine Ethikberatung in der Kinderklinik

Was bedeutet klinisch-ethisches Argumentieren und Entscheiden am Krankenbett und in welchem Verhältnis steht die klinische Ethikberatung zu medizinischem Wissen und Handeln? Ziel der Ethikberatung ist es, Entscheidungen über Therapieziele in einen strukturierten, von allen Beteiligten nachvollziehbaren und ethisch wohlbegründeten Prozess zu überführen. Eine kritische Evaluation klinischer Ethikberatung abseits moralischer Intuitionen Einzelner ist Teil einer umfassenden Qualitätssicherung zu klinisch-ethischen Entscheidungen im Krankenhaus.

Das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Mainz verfolgt in seiner Beratungspraxis einen rekonstruktiven Ansatz, der sich aus vier Schritten zusammensetzt. Die Phase der Rekonstruktion betrifft zuvorderst den medizinischen Sachverhalt, beinhaltet Gespräche mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal, einen Besuch des Patienten/der Patientin und – so weit möglich – ein Gespräch mit ihm/ihr oder den Angehörigen. In einem zweiten analytischen Schritt, einer reflektierten Therapiezielsetzung, werden alle indizierten und durchführbaren Therapieoptionen dargelegt. Es ergeben sich prinzipiell vier Gruppen von Therapieoptionen: 1. Therapiemaximierung (Ausschöpfen aller zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Erreichung des nächstgelegenen Therapieziels und des bestmöglichen Gesamtergebnisses), 2. Therapiebegrenzung (Vermeidung einer Eskalation von Maßnahmen, Anpassung der laufenden Therapie, ohne neue Therapien anzusetzen), 3. Therapiereduktion (Beschränkung der laufenden Therapie auf die zum Erreichen des nächstgelegenen The-



Dr. Susanne Michl,
Wiss. Mitarbeiterin Institut
für Geschichte, Theorie
und Ethik der Medizin
der Johannes Gutenberg
Universität Mainz

rapieziels erforderlichen Maßnahmen bei einer angemessenen Basisversorgung) sowie 4. Therapieabbruch (vollständiger Verzicht auf jede Intervention unter Sicherstellung der palliativ indizierten Basisversorgung). Ist diese Analyse noch ganz auf den Handlungsraum der klinischen Medizin bezogen, so wird im dritten Schritt eine genuin ethische Bewertung durchgeführt. Sie orientiert sich an den Konzepten der Wünschbarkeit (desirability) und Anwendbarkeit (applicability) und nimmt den Patienten, dessen geäußerten, vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen, sein Wohl sowie dessen subjektive Präferenzen als Dreh- und Angelpunkt. Der letzte Schritt bezieht sich auf das konkrete, und immer kontingente Anwendungsfeld klinisch-ethischer Entscheidungen.

Rekonstruktion

Der Patient A. kam in der 40. Schwangerschaftswoche zur Welt und war zum Zeitpunkt der Beratung fünf Monate alt. Bereits nach der Geburt fielen eine auffällige Gesichtsform, eine Hypoplasie des Thorax und eine Muskelhypotonie auf. Es bestätigte sich der Verdacht auf ein MECP2-Duplikationssyndrom, eine genetisch determinierte Erkrankung mit komplexer neurologischer Symptomatik und psychomotorischen Entwicklungsverzögerung, rekurrierenden respiratorischen Infekten und gastrointestinalen Funktionsstörungen. A. wird aller Voraussicht nach eine verminderte Lebensdauer haben und lebenslang einer multidisziplinären medizinischen Behandlung, Physiotherapie sowie Sprechtraining bedürfen. Den Eltern fällt es schwer, das Kind mit seiner schweren Behinderung anzunehmen. Für sie entspricht der Zustand ihres Kindes keinem würdevollen Leben. Sie sind jedoch unfähig, eine konkrete Entscheidung über den weiteren Therapieverlauf zu fällen, lassen im Gespräch aber durchscheinen, dass sie eine Weiterführung der Intensivtherapie ablehnen. Die geringen Fortschritte, die das Kind macht, können sie nur schwer würdigen. Dies führte auch zu erheblichen Belastungen auf der Station und zu Spannungen im Behandlungsteam. Die Beratung zur ethischen Bewertung des weiteren Vorgehens sollte bei Verlaufverschlechterung oder Komplikationen erfolgen.

Bereits nach der Geburt fielen eine auffällige Gesichtsform, eine Hypoplasie des Thorax und eine Muskelhypotonie auf.

Den Eltern fällt es schwer, das Kind mit seiner schweren Behinderung anzunehmen.

Analyse

Für das weitere Vorgehen ergaben sich folgende Behandlungsoptionen:

Ad 1: Die Weiterführung der bisherigen Behandlung mit maximaler Therapieeskalation bei Komplikationen und Folgeerkrankungen inkl. Beatmung, Reanimation und Kreislaufstabilisierung.

Ad 2: Die Weiterführung der bisherigen Behandlung mit begrenzter Therapieerweiterung je nach situativem Erfordernis.

Ad 3: Eine Umstellung auf eine weitgehend palliative Behandlung mit fachgerechter Leidenslinderung ohne Therapieeskalation.

Ethische Bewertung

Grundsätzlich müssen verschiedene Werte gegeneinander abgewogen werden. Maßnahmen zur Lebensverlängerung, die nur einer Leidensverlängerung entsprechen, sind ethisch nicht zu rechtfertigen. Auf der anderen Seite hat das Kind ein Entwicklungspotenzial, das ihm, mit Einschränkungen, Lebensqualität und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe bieten könnte. Es zeigt zudem deutlichen Lebenswillen. Aus ethischer Sicht ist es erforderlich, diesem Potenzial Rechnung zu tragen.

Ad 1: Die Therapieeskalation ist ethisch nur dann zu rechtfertigen, wenn Reanimation, inkl. der längerfristigen Gabe von Kreislauf erhaltenden Medikamenten oder etwa eine Dialysebehandlung die begrenzten Möglichkeiten des Kindes nicht gravierend einschränken.

Ad 2: Die begrenzte Therapieerweiterung, wie z.B. die Anlage einer Ernährungssonde, Sedierung, Atemunterstützung oder eine medikamentöse Krampfbehandlung sind aus ethischer Sicht legitimiert, da diese Maßnahmen der Leidenslinderung dienen und die Lebensqualität des Kindes erhalten, zumal mit der Lebensverlängerung keine Würdeverletzung verbunden ist.

Ad 3: Dem Wunsch der Eltern, auf palliative Behandlung umzustellen, erschien zum Zeitpunkt der Beratung mit dem Wohl und der Würde des nicht sterbenden Kindes nicht vereinbar. Zum Zeitpunkt der Beratung waren nur geringe medizinische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, um für das Kind eine – wenn auch begrenzte – soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Anwendung

Im Vordergrund des Gesprächs mit den Eltern standen nicht nur therapeutische Entscheidungen, sondern auch die langfristige Versorgung und Lebensperspektive des Kindes. In dieser Situation war den Eltern wichtig zu erfahren, dass kein Zeitdruck besteht, so dass sie alle Möglichkeiten nutzen können, sich mit der Situation auseinander zu setzen und Entscheidungen zum Wohle ihres Kindes zu treffen. Dabei sollten sie jedoch auch ihre persönliche Grenze des Zumutbaren beachten.

Mainzer Modell der rekonstruktiven klinischen Ethik



Spirituelle Wege zur Wiedergewinnung der Identität

Der Mensch ist keine Fälschung, sondern ein „Brief aus der Schreibwerkstatt Gottes“, so der Apostel Paulus (vgl. 2. Kor 3,3). Diese Wahrheit kann in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem verloren gehen. Man kann zum Fälscher werden. Man kann sein Leben so inszenieren, dass man seine Mitmenschen täuscht und am Ende sich selbst. Die Identität geht verloren. Wer bin ich eigentlich? Was ist meine Berufung, meine Profession? Im Folgenden werden Wege zur Wiedergewinnung der Identität aufgezeigt.

Zu wissen, wer man ist, was man kann und wo die eigenen Grenzen liegen: das gehört zu den großen Sehnsüchten unserer anspruchsvollen Zeit. Denn schnell ist das Selbstwertgefühl angekratzt, wenn anerkennende Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld ausbleiben. Die dann auftretenden Selbstzweifel gehören zu den beunruhigenden seelischen Reaktionen, mit denen wir uns herumschlagen müssen. Es gibt verschiedene Auswege aus solchen Krisen.

Sagte der Meister zu dem Geschäftsmann: „Wie der Fisch zugrunde geht auf dem Trockenen, so geht ihr zugrunde, wenn ihr euch verstrickt in den Dingen der Welt. Der Fisch muss zurück in das Wasser. Ihr müsst zurück in die Einsamkeit.“ Der Geschäftsmann war entsetzt. „Muss ich also mein Geschäft aufgeben?“ „Nein, nein,“ sagte der Meister. „Behaltet euer Geschäft und geht in euer Herz.“

Die „Reise nach Innen“ entspricht einem wachsenden Bedürfnis unserer Zeit. Die Menschen halten Ausschau nach mystischen Erlebnissen. Karl Rahner SJ



»
Klaus Stock, Pfr. i.R.
zuletzt: Seelsorger für
Beratungsdienste und
Pflegeberufe (1989–2010),
Bischöfl. Beauftragter
für Krankenhaus- und
Hospizseelsorge (1993–
2010); seit 01.09.2011 im
Ruhestand.

hat schon vor Jahren notiert: „Der Christ der Zukunft wird ein Mystiker sein oder er wird nicht mehr sein.“¹ Mystik wird ersehnt als Begleiterin und Deutungshilfe auf einem authentischen und persönlichen Glaubensweg, wenn möglich sogar ohne Kirchenzugehörigkeit. Man erhofft sich dabei eine Antwort auf die Frage nach sich selbst: „Wer bin ich? Was wird aus mir?“

¹ Rahner, Karl, Zur Theologie und Spiritualität der Pfarrseelsorge, in: ders., Schriften zur Theologie XIV. Zürich 1980, S. 161.

In der Spiritualität gibt es eine lange Tradition, die dem Suchenden empfiehlt, „in die Wüste zu gehen.“ Der Wüstenvater Arsenios rät seinen Anhängern: „Fuge, tace, quiesce!“ („Fliehe, schweige, ruhe aus!“, oder anders übersetzt: „Ziehe dich zurück, suche die Stille und finde darin deine Identität!“). Was aber kann der Normalbürger tun, dem die seltenen Höhenflüge geistlichen Erlebens nicht gegönnt sind und der sich bei schmalem Geldbeutel auch keine besinnliche Auszeit leisten kann? Wie soll er „aussteigen, um einzusteigen“ (Klaus Hemmerle) und gleichzeitig seine ganz persönliche Gestalt retten und bewahren?

Was kann der Normalbürger tun? Wie soll er aussteigen, um einzusteigen?

Es gibt dafür drei Wege, die sich ohne großen Aufwand in den Alltag implementieren lassen. Die einzige Voraussetzung ist eine gewisse Disziplin im Umgang mit sich selbst.

1. Das Tempo verlangsamen
2. Den Lärm abstellen!
3. Sich der Fähigkeit des Hörens und des Schauens bewusst werden und sich darin einüben.

Das Tempo verlangsamen

Es gilt, im täglichen Leben die Langsamkeit zu üben. Das widerspricht dem gewöhnlichen Verhalten vieler Zeitgenossen. Umgeben sind wir ständig von Bildern der Beschleunigung. Täglich werden neue Geschwindigkeitsrekorde aufgestellt. Auch im Alltag sind wir gewohnt, immer noch einmal etwas „schnell“ zu erledigen. Unsere Sprache, mit der wir unsere Entscheidungen und Vorhaben begleiten, verrät es. Wir kommentieren ein Vorhaben mit dem Füllwort „schnell“. Ich werde noch „schnell“ zum Tanken fahren, ich gehe noch „schnell“ zum Einkaufen. Heute Abend schrei-

Viele Krankheiten kommen daher, dass es ein Mensch nicht eine Stunde mit sich allein auf seinem Zimmer aushalten kann.

be ich noch „schnell“ eine Mail. Immer sind wir irgendwie auf der Flucht – vor uns selbst. Ein Kenner der menschlichen Seele hat einmal gesagt: Viele Krankheiten kommen daher, dass es ein Mensch nicht eine Stunde mit sich allein auf seinem Zimmer aushalten kann.

Nicht umsonst fordert Peter Sloterdijk eine „Entschleunigung“. Mit sich identisch zu leben kann man nur, wenn man seinen ganz persönlichen Tachometer im Blick behält und zur rechten Zeit sein Tempo verlangsamt.

Den Lärm abstellen

Wir sind ständig von Geräuschen umgeben, nehmen sie gar nicht mehr wahr, weil wir sonst buchstäblich ver-rückt würden! Unser Ohr hat die selektive Wahrnehmung schon so sehr trainiert, dass wir Ereignisse nur noch nach vordergründigen Interessen filtern. In seinem Buch „Erregte Gesellschaft, Philosophie der Sensation“ weist Christoph Türcke nach, dass die Reizüberflutung eine Folge unserer Mediengesellschaft ist. Was sich nicht vordergründig zeigt, existiert nicht. Deshalb steht der Mensch unter dem ständigen Zwang, etwas (von sich) zu „senden“, selbst dann, wenn gar kein Empfänger eingeschaltet ist. Dies lässt sich besonders gut anhand der sozialen Netzwerke (facebook, twitter etc.) zeigen. „Was machst du gerade?“ – so lautet die verführerische Eingangsfrage auf facebook. Wer kann da widerstehen? Wer ist nicht geneigt, aller Welt mitzuteilen, wie es gerade um ihn steht? In der Informationsgesellschaft erhofft der Mensch seine Identität durch permanentes „sich äußern“ zu gewinnen. Dies stellt aber eine maßlose Überforderung dar.

Hören und Schauen üben

Untersuchungen haben ergeben, dass bereits 20jährige die eingeschränkte Hörfähigkeit von 70jährigen haben. Im biblischen Buch der Könige wird die schöne Geschichte von Elia auf dem Berg Horeb erzählt. Gott war nicht im Sturm, nicht im Erdbeben, nicht im Feuer ..., sondern in einem „verschwebenden Schweigen“, wie Martin Buber das „Hörereignis“ des Elia übersetzt (vgl. 1 Kön 19,11). Dazu musste Elia allerdings erst 40 Tage und 40 Nächte allein durch die Wüste gehen – bis zum Berg Horeb. Dieses Gehen war auch eine Übung des Unterwegsbleibens. Da kommt einer

ganz zu sich selbst und vergisst gar seine Umwelt. Jogger sprechen in diesem Zusammenhang von einer spirituellen Erfahrung während des Laufens (Frank Hoffmann, Mein Lauf zu Gott.), sie fühlen sich dabei ganz authentisch. Auch die „Ich bin dann mal weg“-Mentalität der modernen Pilger hat hier ihren Grund (Hape Kerkeling).

Vor kurzem bedauerte ein blinder Schlagersänger vor der Fernsehkamera die Sehgesunden. Sie würden durch die ständig eindringenden Sehreize fast nur mehr von außen bestimmt, und damit ständig herausgefordert, zu reagieren. Eine Schau nach innen sei ihnen nicht in dem Maße möglich, wie ihm, dem Blinden. Seine Weltwahrnehmung stütze sich auf andere Sinne: Tasten, Hören. Aber man wisse ja, dass die letzten Geheimnisse um den Menschen geschaut werden müssen.

Man kann jeden Tag auf ganz verschiedene Weise versuchen, das Schauen wieder zu üben.

Man kann jeden Tag auf ganz verschiedene Weise versuchen, das Schauen wieder zu üben. Botho Strauß spricht in seinem Roman „Rumor“ von den täglichen „Löscharbeiten“ des Fernsehens. Er meint damit, dass die rasche Bilderfolge die jeweils vorausgegangen Bilder sofort wieder aus dem Sehspeicher löscht. Nichts kann sich mehr ein-bilden und damit die Persönlichkeit prägen. Ist nicht der beklagte Bildungsnotstand auch eine Folge der Überflutung von Bildern?

Identität erreicht ein Mensch also nicht nur durch Selbstmanagement, Zeitplanung und Supervision, sondern durch eine einfache Alltagsspiritualität. Es ist die tägliche Verwirklichung einer Grundwahrheit über den Menschen, dass er nicht nur ein bio-psycho-soziales, sondern vor allem ein geistbegabtes Wesen ist. Er lebt dann mit sich versöhnt, wenn er sich dieses seines Ursprungs bewusst bleibt.

Die „Medikalisierung“ des Lebens

Zum Buch „Die Krankheitserfinder“
von Jörg Blech

In seinem sehr lesenswerten Enthüllungsbuch „Die Krankheitserfinder“ stellt Bestseller-Autor und Spiegel-Redakteur Jörg Blech die These auf, dass die moderne Medizin und die Pharma-Industrie aus normalen körperlichen Vorgängen und Zuständen immer neue Krankheiten konstruieren. Das Leben werde von ihnen geradezu „medikalisiert“. Sie sind die „Krankheitserfinder“. Dabei geht es letztlich – wie könnte es anders sein – um viel Geld. Aber auch um die Aufgabe von Ärzten, Medien und Bürgern, einmal darüber nachzudenken, was genau „krank“ und „gesund“ bedeutet.



Jörg Blech, Die Krankheitserfinder.
Wie wir zu Patienten gemacht werden,
Frankfurt (Fischer Taschenbuch Verlag)
22010, ISBN: 978-3-596-15876-8,
270 S., 8,95 EUR

Mal Hand aufs Herz: Weswegen waren Sie das letzte Mal beim Arzt? Oder – für den Fall, dass Sie selbst Arzt sind – aus welchen Gründen kommen Ihre Patienten zu Ihnen? Natürlich, im „Idealfall“ gehen Menschen wegen einer Krankheit zum Arzt. Wegen einer Krankheit, die Beschwerden hervorbringt, welche wiederum behandelt werden sollen, damit Leiden und Schaden verhindert werden. Neben den „wirklichen“ Krankheiten, die physisch (oder psychisch) spürbare Folgen hervorbringen, an denen man tatsächlich leidet, gibt es nach Ansicht des Journalisten Jörg Blech auch erfundene Pseudo-Krankheiten. Die Erfinder stammen



Dr. Klaus Klother,
Ethik in Medizin und
Pflege, Katholischer
Krankenhausverband der
Diözese Osnabrück e.V.

seiner Ansicht nach aus der Pharma-Industrie und den Ärzteverbänden: „Die moderne Medizin redet dem Menschen ein, die Natur schlage ihn mit immer neuen Krankheiten, die nur von Ärzten geheilt werden könnten. ... Heute erfinden pharmazeutische Firmen und medizinische Interessenverbände Leiden – Krankheit wird zum Industrieprodukt.“

„Heute erfinden pharmazeutische Firmen und medizinische Interessenverbände Leiden – Krankheit wird zum Industrieprodukt.“

Mit seinem Bestseller „Die Krankheitserfinder“ möchte Jörg Blech keine Panik unter der Bevölkerung auslösen oder das so wichtige Vertrauens-Verhältnis zwischen Ärzten und ihren Patienten zerstören. Aber er will mit seinen Ausführungen in zwölf Kapiteln zum Nachdenken anregen. Er will den kritischen Blick der Menschen schärfen und zeigen, wie man sich schützen kann. Denn der globale Trend der „Medikalisierung“ des Lebens, also des Konstruierens und Vermarktens von Krankheiten, hat nach seiner Ansicht schwer wiegende Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, die Gesellschaft und jeden Einzelnen.

Das Buch benennt zahlreiche – auch sehr bekannte – Beispiele für die durchaus trickreiche Arbeit der Pharmafirmen und ihrer Marketing-Abteilungen. Etwa wenn ein internationales Unternehmen (Jörg Blech nennt alle Firmen mit ihren Medizinprodukten beim Namen) einen weltbekannten Fußballer nicht für ein Medikament, sondern für eine Krankheit Werbung machen lässt, nämlich für die sog. „erektilen Dysfunktion“. Ähnliches gilt für die Legende über das schädliche Cholesterin, welches der menschliche Körper (vor allem in den frühen Jahren) im Gehirn benötigt. Sogenannte „Disease-Awareness-Kampagnen“, also „Krankheits-Bewusstseins-Kampagnen“, sollen bestimmte Krankheiten in der Bevölkerung erst ins Blickfeld rücken. Was wir vorher als „normal“ angesehen haben, nennen wir ab morgen dann „krank“. Und der Effekt dieser Werbe-Strategie scheint sehr viel nachhaltiger: „Ist eine erfundene Krankheit erst einmal im öffentlichen Bewusstsein angekommen, zahlen Patienten und Krankenkassen wie selbstverständlich für die entsprechenden Medikamente und Therapien. Bisher hat es noch jede Reform des Gesundheitswesens versäumt, mit dem Erfinden von Krankheiten aufzuräumen – einer legal abgesicherten Ausbeutung der Sozialversicherung, aber auch leichtgläubiger Selbstzahler steht nichts im Wege.“ (S. 28) Nicht nur Medikamente, sondern auch Krankheiten werden „an den Patienten“ gebracht.

„Krankheits-Bewusstseins-Kampagnen“, sollen bestimmte Krankheiten in der Bevölkerung erst ins Blickfeld rücken.

War ein Jugendlicher noch vor zwanzig Jahren einfach nur schüchtern, leidet er heute an der „sozialen Phobie“. Das Gegenteil dieses Phänomens wird heutzutage in erschreckend vielen Fällen mit Ritalin behandelt, nämlich das „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“, kurz ADHS. Wir (gemeint sind Bürger, Eltern und Verantwortliche in Medizin und Pflege) sollten uns ernsthaft darüber Gedanken machen, was wir als Krankheit ansehen, welcher Behandlungsauftrag der Medizin zukommt und welchen Zustand wir im Anschluss daran als „Gesundheit“ bezeichnen.

Vertrauens-Verhältnis zwischen Arzt und Patient

Ganz wesentlich für den Umgang mit diesen modernen Trends dürfte ein „gesundes“ Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sein. Das beinhaltet nicht nur das Zugeständnis an den Arzt, eine Krankheit möglicherweise nicht auf Anhieb zu erkennen. Denn andernfalls werden vom Arzt wohlmöglich unklare oder Schein-Diagnosen gestellt, um nachher nicht belangt werden zu können, wie von Jörg Blech beschrieben: „In einer Studie wurden ‚positive‘ und ‚negative‘ Patientenberatungen miteinander verglichen. Bei den positiven Beratungen erhielten die Testpersonen eine klare Diagnose und die Zusicherung, sie würden bald wieder gesund sein. Bei den ‚negativen‘ Beratungen dagegen erklärte der Arzt den Patienten, er könne nicht mit Sicherheit sagen, was ihnen fehle. Das Ergebnis: Jene Menschen, die der Arzt eindeutig krank gesprochen hatte, waren zufriedener.“ (S. 69) In diesem Fall wäre ein klares „Sie sind gesund, Ihnen fehlt nichts!“ wohl angemessener gewesen. Aber wer traut sich das schon noch als Arzt? Umgekehrt: Warum sollte es denn so schlimm sein, gesund zu sein?

Die moderne Medizin hat die Möglichkeit, Risikofaktoren für bestimmte zukünftige Probleme oder Erkrankungen zu ermitteln. Dabei markieren „Glatze“, „schlechte Laune“ oder „Dicksein“ nur den unteren Rand des Spektrums (S. 76). Ungleich komplexer scheint die Einschätzung des Gefährdungspotenzials, von sich rasant „verbessernden“ Möglichkeiten der genetischer Diagnostik, wenn es beispielsweise um Alzheimer, Brust- oder Dickdarmkrebs, Osteoporose, Blutgerinnungsstörungen oder etwa Stoffwechselleiden geht. Gentests können keine Krankheit verhüten, sie können bei der Prävention helfen (wie etwa im Fall von Angelina Jolie). In jedem

Fall wird durch diese medizinisch-technischen Möglichkeiten die Krankheitszone verschoben, das heißt „beschwerdefreie Menschen werden massenhaft zu Patienten erklärt“ (S. 199). Dabei kann es zu abstrusen Szenarien kommen, die belegen, wie schwierig es ist, der vorbeugenden Medizin gerecht zu werden: „Die Liste der angeblichen Risikofaktoren wird jeden Tag länger – und mit jedem Eintrag unglaubwürdiger. Frauen beispielsweise sollten früh schwanger werden, um Brustkrebs zu vermeiden. Zur Abwehr von Gebärmutterkrebs indes haben sie Jungfrauen zu bleiben. Doch kinderlose Frauen tragen wiederum ein erhöhtes Risiko für Dickdarmkrebs.“ (S. 96)

„Die Liste der angeblichen Risikofaktoren wird jeden Tag länger – und mit jedem Eintrag unglaubwürdiger.“

Die entscheidende, von uns allen zu klärende Frage, zu deren Beantwortung Jörg Blech mit seinem Buch anregen möchte, dürfte es sein, was wir heute noch als „krank“ oder „gesund“ ansehen (sollen). Und da müssen wir bei uns selbst anfangen. Dabei dürfen wir all jene Betroffenen nicht bevormunden, deren körperliche Anomalien möglicherweise eingebildet sind, subjektiv jedoch als real erlebt werden. Jörg Blech setzt in seinem sehr lesenswerten Buch auf die evidenzbasierte Medizin, welche auch die eigenen Grenzen anerkennt und gar nicht jeden Lebensbereich zu ihrem Gegenstand macht. Sie kümmert sich um die Kranken. Und sie lässt die Gesunden in Ruhe. Diese Haltung auf Seite der Medizin in Kombination mit einer gehörigen Dosis Gelassenheit gegenüber der eigenen Gesundheit auf Patientenseite dürfte dafür sorgen, dass wir den „Krankheitserfindern“ weniger Raum geben.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:



Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

vertreten durch

P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dipl.-Theol. Jonas Pavelka
E-Mail: pavelka@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Dipl.-Theol. Johannes Lorenz
Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand.de – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0

Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org

Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730