

Vom praktischen Nutzen theoretisch fundierter Ethik in der Medizin

Der Mainzer Masterstudiengang Medizinethik als Weiterbildung „from books to bedside“

NORBERT W. PAUL UND JOHANNES MÜLLER-SALO

Die Besuche in der Seniorenresidenz, jeden Mittwoch, sind Anna Hansen noch nie leicht gefallen. Zwei Jahre lebt ihre Mutter nun schon dort. Trotz anfänglicher, inzwischen nur noch gelegentlich wiederkehrender Zweifel ist Anna davon überzeugt, dass ihre Mutter in der Residenz gut aufgehoben ist, liebevoll versorgt und gepflegt wird. Doch die Demenz schreitet fort. Nur noch an guten Tagen scheint die Mutter genau zu wissen, wer da wie jeden Mittwoch in ihr Zimmer gekommen ist, ihr erzählt, ihr vorliest, sie durch den Park der Anlage schiebt. Ratlos und traurig verlässt Anna oft die Residenz.

Seit letztem Samstag kommt sie jeden Tag vorbei, am späten Nachmittag, nach der Arbeit. Ihrer Mutter geht es sehr schlecht. Ihr Arzt hat eine Lungenentzündung diagnostiziert, die sich zusehends verschlimmert. Anna hat schon mehrfach mit ihm diskutiert. Auch er kennt Jutta Hansen gut, hat sie über Jahrzehnte als Hausarzt begleitet. Das macht es nun für Anna nicht leichter. Denn ihre Mutter ist immer eine resolute, entschlossene Frau gewesen. Rechtzeitig hat sie mit dem Arzt über die wichtigen Fragen am Ende des Lebens gesprochen. Demenz – das war für Jutta Hansen immer eine fürchterliche Vorstellung. Auch noch in den frühen Stadien ihrer Krankheit, als sie mit Anna offen darüber redet, war sie bei ihrem Standpunkt geblieben: Wenn ich nicht mehr da bin, mich nicht erinnere, nicht klar denken kann, dann will ich nicht mehr leben, dann hat es keinen Sinn mehr.

Jutta Hansen hat vorgesorgt. Sie hat eine Patientenverfügung geschrieben, ihr Hausarzt hat sie beraten. Er hat auch, ihrem Wunsch folgend, die Leitung der Seniorenresidenz über den Inhalt der Verfügung informiert. Und dieser Inhalt ist eindeutig. Wenn Sie eine fortgeschrittenen Demenz haben sollte, keine Besserung zu erwarten und die Erkrankung irreversibel ist und

wenn eine zusätzliche Krankheit wie ein Infekt auftritt, dann soll es keine weitere Behandlung geben; auch dann nicht, wenn die Nichtbehandlung zum Tode führt. So wollte Jutta Hansen es. Und daran hält sich der Arzt nun. Anna kann ihn verstehen, sehr gut sogar. Auch sie erinnert sich an die in ihren Grundsätzen feste Mutter, die Jutta Hansen einst gewesen ist. Doch noch näher ist ihr das Bild der vergangenen Jahre, noch näher sind ihr vor allem die Mittwochsmomente, wenn sie die Obsttüten auspackt. Denn mittwochs ist Markt. Jutta Hansen ist mehr als sechzig Jahre immer dort gewesen. Jede Frucht zu ihrer Zeit, Erdbeeren im Juni, Birnen im Herbst, Mandarinen zum Jahreswechsel. Jeden Nachmittag hat Jutta Hansen Obst zu ihrem Kaffee gegessen. Und wenn Anna ihr jetzt, in den vergangenen Monaten, das Obst geschnitten hat, dann hat sie jedes Mal geglaubt, ihre alte Mutter vor sich zu haben. Noch immer aß sie mit Freuden, sie lächelte, sie erinnerte sich vielleicht. In jedem Fall genoss sie es. Und Anna ist sich sicher: Hätte ihre Mutter von diesen kleinen Freuden gewusst, hätte sie sich vorstellen können, was auch am Ende noch möglich ist, sie hätte es sich anders überlegt. Sie hätte noch bleiben wollen.

Welche Anliegen sollen zum Handeln führen?

Die Geschichte von Anna und Jutta Hansen ist alles andere als ein Einzelfall. Täglich stehen Patienten, Angehörige, Medizinerinnen und Pflegende vor Entscheidungen wie derjenigen, die Anna Hansen und der ihre Mutter behandelnde Arzt zu treffen haben. Sollten beide dem schriftlich niedergelegten Willen Jutta Hansens folgen, der doch eindeutig und entschieden ist? Oder sollten sie die Gültigkeit dieses Willens in Frage stellen? Jutta Hansen hat

sich am Beginn ihrer Krankheit vielleicht nicht ausmalen können, was es bedeutet, schwer an Demenz erkrankt zu sein. Sie ahnte nicht, welche positiven Erlebnisse auch dann unter bestimmten Bedingungen noch möglich sind. Denn das Obst scheint ihr sehr gut zu schmecken. Ist es nicht im Interesse der Schwerkranken, solche Erlebnisse noch etwas länger haben zu können? Sollte die Lungenentzündung also doch behandelt werden?

Unabhängig davon, welche Entscheidung man in diesem konkreten Fall für richtig hält: Zweierlei scheint festzustehen. Erstens, auf beiden Seiten, von Anna wie von Jutta Hansens Hausarzt, werden Gründe für die eigene Position und den eigenen Entscheidungsvorschlag benannt, die nicht ohne weiteres als irrelevant oder nebensächlich abgetan werden können. Keine Seite hat so eindeutig Recht, dass es keiner weiteren Diskussion mehr bedarf. Zweitens, es ist vorstellbar, dass in ähnlich gelagerten Fällen dieser Art die Betroffenen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Je nach Einschätzung der aktuellen Lage der Patientin, aber auch je nach Blick auf die Biographie dieser Person, je nach Wissen um die Werte und Ziele, die diesem Menschen im Leben wichtig gewesen sind, können sie sich in einem Fall begründet für einen Verzicht auf die weitere Behandlung, in einem anderen Fall jedoch für die Behandlung entscheiden.

In der Praxis medizinischen Handelns treten regelmäßig – und immer öfter – Situationen ein, in denen eben diese beiden Bedingungen erfüllt sind. Es besteht Uneinigkeit über das weitere Vorgehen, da für die verschiedenen möglichen Optionen gute Gründe sprechen. Zugleich gibt es keine allgemeine Entscheidungsregel, welche Option in einem solchen Fall warum zu bevorzugen ist. Spätestens in diesen Situationen offenbart sich die Notwendigkeit der Medizinethik. Als wissenschaftliche Disziplin befasst sich die Medizinethik mit der normativen Reflexion der medizinischen Praxis und Forschung, mit Prinzipien und Normen medizinischen Handelns sowie mit Verfahren und Instrumenten der konkreten Bewältigung ethisch komplexer medizinischer Problemlagen. Der medizinischen Praxis kann sie vor allem eines geben: wichtige Orientierung bei schwerwiegenden Entscheidungen.

Medizinethische Kompetenz ist gefragt

Medizinethische Kompetenz steht nicht sofort und auf Abruf zur Verfügung. Im medizinischen Alltag müssen oftmals Entscheidungen unter hohem Zeitdruck gefällt werden. Diese Entscheidungen sind auch durch Zufälle geprägt: Wer hat gerade Dienst und ist bei einer Besprechung anwesend? Wer hat zuletzt vom Patienten welchen Eindruck gehabt? In solchen Situationen bleibt wenig Raum für Grundsätzliches. Im Idealfall sind die Beteiligten mit dem Grundsätzlichen vertraut, um auf dessen Basis den Einzelfall bewerten und zu einer begründeten Entscheidung gelangen zu können. Eben diese Überlegung ist leitend für das Studienprogramm des weiterbildenden Masterstudienganges Medizinethik an der Universitätsmedizin Mainz. Denn, so wenig

medizinethische Kompetenz auf Abruf zur Verfügung steht, so sehr ist sie doch zugleich systematisch und erfolgreich erlernbar.

Der Mainzer Masterstudiengang Medizinethik sucht, wissenschaftlich fundiert und mit aktuellen Debatten der Forschung eng verbunden, medizinethisches Grundlagenwissen wie praktische medizinethische Kompetenz zu vermitteln. Das Studienangebot richtet sich an alle in den Heilberufen und im Gesundheitssystem Tätigen; es wird vorwiegend von Ärztinnen und Ärzten, aber auch von Inhabern klinischer und gesundheitsökonomischer Führungspositionen sowie von Angehörigen der Pflegeberufe in Anspruch genommen. Begründet wurde der Studiengang zunächst an der Fernuniversität Hagen, um wenige Jahre später durch die *Europäische Akademie zur Erforschung von Folgen des wissenschaftlich-technischen Fortschritts* in Bad Neuenahr/Ahrweiler unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Carl Friedrich Gethmann fortgeführt zu werden. Mit der Übernahme des Studienprogramms durch die *Europäische Akademie* erfolgte eine inhaltliche Neuausrichtung. Lag der Fokus zunächst auf der Vermittlung der theoretischen – philosophischen, anthropologischen und rechtswissenschaftlichen – Grundlagen der Medizinethik, wurde nun anwendungsorientierten Studieninhalten größere Bedeutung beigemessen. Um die enge Anbindung des Studiums an die medizinische Praxis auch institutionell zu gewährleisten, wurde die Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Mainz gesucht. Deren produktives akademisches wie klinisches Umfeld ermöglichte schließlich, mit Unterstützung des Landes Rheinland-Pfalz, die Transferierung des gesamten Studienprogramms nach Mainz. So wird der Studiengang seit 2008 vom *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* der Universitätsmedizin Mainz getragen und steht unter der wissenschaftlichen Leitung des Institutsdirektors, Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, M.A.

Das Studium ist als weiterbildendes Fernstudium konzipiert, so dass die Studierenden im Regelfall einen Hochschulabschluss und/oder einschlägige Berufserfahrung mitbringen und sich die Studieninhalte primär individuell auf der Basis von eigens für den Masterstudiengang erstellten Studienbriefen erarbeiten. Ergänzt wird dieses Lernformat durch Präsenzseminare, die von ausgewiesenen Experten verschiedener deutscher Universitäten unterrichtet werden und insbesondere die enge Anbindung des Studienprogramms an die wissenschaftlichen Debatten der Medizinethik sicherstellen. Dienen die ersten Module des Studiums der Vermittlung der philosophischen Grundlagen der Medizinethik – von der allgemeinen Ethik über die philosophische Anthropologie bis hin zur politischen Philosophie –, stehen ab dem dritten Semester anwendungsbezogene Themen im Vordergrund. So werden Module zum ärztlichen Handeln im Gesundheitssystem, zum Verhältnis von Medizinethik und Recht, zur klinischen Ethik und Beratung wie zur Ethik moderner interventioneller und diagnostischer Verfahren angeboten.

Der Masterstudiengang Medizinethik vermittelt somit ein wissenschaftlich fundiertes theoretisches Rüstzeug für die medizinische Praxis. Er ermöglicht es den Absolventinnen und Absolventen

ten, im medizinischen Alltag bei schwierigen Entscheidungen die moralisch relevanten Elemente und genuin ethischen Aspekte eines Falls zu identifizieren. Die Vielfalt der im Studiengang besprochenen theoretischen Ansätze schärft das kritische Bewusstsein für die Tatsache, dass an einer Einzelfallentscheidung Beteiligte und Betroffene mit guten Gründen zu unterschiedlichen Einschätzungen und Ergebnissen gelangen können. Eine solche Pluralität an Meinungen muss ausgehalten werden und kann angesichts der oftmals komplexen Problemlagen auch nicht überraschen. Die auf die klinische Praxis bezogenen Studieninhalte sollen anwendungsorientiert die Kompetenz der Studierenden zur ethischen Entscheidungsfindung, etwa im institutionellen Rahmen eines klinischen Ethik-Komitees, stärken. Die darüber hinaus und unabhängig vom Masterstudiengang vom Mainzer *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* angebotenen Fortbildungen der Ethikberatung ergänzen und vertiefen das Angebot durch Vermittlung konkreter Techniken der Moderation und Gesprächsführung in konfliktbehafteten Situationen.

Individuelle und systemische Fragen für die Medizinethik

Befragt man die Studierenden – gegenwärtig sind es knapp 150 – nach ihren Gründen für das Studium, so sind zwei Antworten regelmäßig zu hören. Manche berichten aus ihrem Alltag, v. a. in der Klinik, dass sie sich regelmäßig mit ethisch problematischen Entscheidungssituationen konfrontiert sehen, auf die sie sich durch das Studium wie die (fach-)ärztliche Ausbildung nicht hinreichend vorbereitet sehen und die nicht selten eine gewisse Ratlosigkeit und unangenehme Erinnerungen zurücklassen. Andere Studierende kommen mit grundsätzlichen, weniger mit konkreten Problemsituationen verbundenen Fragen und Zweifeln in den Studiengang. Sie berichten davon, dass sie große Diskrepanzen zwischen dem eigenen wie dem kollektiven Selbstverständnis als Arzt bzw. als Ärzteschaft auf der einen und der durch strukturelle, personelle und zunehmend vor allem ökonomische Zwänge geprägten Organisation des klinischen Alltags auf der anderen Seite wahrnehmen. So entsteht die Frage, welcher Raum für ethisch verantwortetes Handeln im System Krankenhaus bleibt – und welche Möglichkeiten es gibt, diesen Raum zu erweitern oder zumindest das oftmals als Konflikt wahrgenommene Verhältnis von Ethik und Ökonomie zu entspannen.

Diese Ausgabe der Zeitschrift DER MENSCH ist der Suche nach den Bedingungen und Voraussetzungen einer ethisch tragfähigen Praxis u. a. in der Gesundheitsfürsorge gewidmet. Diese Suche ist – dies mag man durchaus bedauern – zunächst kein Spezifikum der Gegenwart. Schon zu den Anfängen der europäischen medizinischen Tradition in der Antike ist die Bedeutung der Ethik für das medizinische Handeln erkannt und thematisiert worden. Der berühmte hippokratische Eid formuliert als standesethischer Verhaltenskodex explizit umfassende moralische Anforderungen an ärztliches Handeln. Der

Missbrauch medizinischer Fähigkeiten und medizinischen Wissens – etwa zu Zwecken der Kriegsführung oder der inhumanen medizinischen Forschung – hat jedoch nach den Erfahrungen insbesondere des Zweiten Weltkriegs und der totalitären Diktatur zu Fortschreibungen und Erneuerungen der ärztlichen Standesethik geführt. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich schließlich die Medizinethik als eigenständige, von Medizinern und Philosophen im Austausch mit Sozial- und Rechtswissenschaftlern betriebene Disziplin fest etabliert. Das Aufblühen des Faches ist nicht nur der allerorten im Wissenschaftssystem zu beobachtenden Spezialisierung und Ausdifferenzierung geschuldet. Vielmehr sind sich die im Gesundheitssystem Tätigen der ethischen Dimensionen und Herausforderungen ihres Handelns, vor allem auch vor dem Hintergrund zunehmend medizinischer Kriterien für ärztliches Entscheiden, immer stärker bewusst.

Drei besondere ethische Herausforderungen in der Medizin

Diese wachsende Sensibilisierung für die Relevanz der Ethik für Medizin und Gesundheit, für die Notwendigkeit einer Ethik des Gesundheitssystems, lässt sich unseres Erachtens unter anderem auf drei zentrale Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte zurückführen, deren Auswirkungen sich überall in der Gesellschaft beobachten lassen, im Gesundheitssystem jedoch zu besonderen Herausforderungen führen. An *erster* Stelle ist die gesellschaftliche Pluralisierung zu nennen. Angesichts sich auflösender kulturell-sozialer Milieus, angesichts der zunehmenden Lösung von religiösen Traditionen und Überzeugungen wie angesichts der Individualisierung von Lebensstilen und Weltbildern wachsen die Unterschiede in den Erwartungen, die an ärztliches Handeln gestellt werden. Besonders deutlich zeigt sich dieses an dem Gebrauch, den Personen von ihrer rechtlich gesicherten Patientenautonomie machen. Während die eine vollumfängliche Aufklärung und schonungslose Offenheit von ihrem Arzt verlangt, überlässt der andere schwierige Entscheidungen, so möglich, gerne noch seiner Ärztin, im Vertrauen auf ihr Verantwortungsbewusstsein. Während der eine im Wesentlichen von seinem Arzt fordert, Krankheiten und Beschwerden zu behandeln, erwartet die andere, von ihrer Ärztin bei der Verwirklichung ihres Wunsches nach Verbesserung des eigenen Körpers und nach physisch-psychischer Leistungssteigerung tatkräftig unterstützt zu werden.

Als wichtiger Teilaspekt dieser Pluralisierung sind die zunehmenden interkulturellen Herausforderungen im klinischen Alltag anzusehen. Der Kontakt mit Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer jeweiligen kulturellen Sozialisation radikal verschiedene Vorstellungen etwa von der Autonomie des Patienten, vom Wert bestimmter medizinischer Maßnahmen – beispielsweise der Lebenserhaltung oder der Schmerzlinderung –, sowie von der Rolle des Arztes mit in das Krankenhaus bringen, wirft die Frage

auf, inwiefern diesen Unterschieden Rechnung getragen werden muss und wie diese Rücksichtnahme praktisch im Klinikalltag gewährleistet werden kann.

An zweiter Stelle ist der insbesondere in der Medizin immer schneller voranschreitende technische Wandel zu nennen. Die beständig erweiterten Möglichkeiten medizinischen Handelns werfen ethische Fragen auf, die noch vor kurzer Zeit als praktisch irrelevant betrachtet wurden. An das wachsende Wissen über das menschliche Genom und die daraus resultierenden Möglichkeiten für Forschung und Praxis ist dabei ebenso zu denken wie an das Problem der Xenotransplantation¹. Technische Innovationen schaffen Bedürfnisse nach ethischer Orientierung. Um nur ein weiteres aktuelles Beispiel zu erwähnen: Die Fortschritte im Bereich der Forschung zur künstlichen Intelligenz wie die immer umfangreicheren Möglichkeiten zum Einsatz von Chips o.ä. werfen grundsätzliche Fragen zum Verhältnis von Mensch und Maschine, von lebendem Organismus und geschaffener Technik auf, die in der Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Drittens ist schließlich das bereits angesprochene Problem der „Rationalisierung“ in der Medizin zu nennen, die im Kern auf eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems hinausläuft. Die zunehmende Orientierung an ökonomischen Werten lässt sich in vielen gesellschaftlichen Bereichen beobachten, im Gesundheitssystem tritt sie derzeit in aller Deutlichkeit und mit besonderer Wucht zutage. Das alte Problem, wie eine endliche und tendenziell zu geringe Menge an Ressourcen gerecht zu verteilen ist, erleben viele Angehörige der Heilberufe als eine äußerst wichtige und andere Fragen zunehmend überlagernde Schwierigkeit. Die Dominanz ökonomischer Fragen wird nicht zuletzt deswegen als höchst problematisch empfunden, weil sie als systembedingt, den grundlegenden Strukturen des Gesundheitssystems eingeschrieben erscheint und daher individuelle Versuche, diesen Zwängen entgegen zu wirken, von vielen Beteiligten als vergeblicher Kampf gegen Windmühlen einerseits und als Fehlsteuerung durch teils fragwürdige Anreizsysteme andererseits wahrgenommen werden. Die Medizinethik ist hier gefragt – nicht nur, um grundlegend Kritik zu üben, sondern auch, um nach Wegen zu suchen, den Konflikt zwischen dem, was ökonomisch geboten, und dem, was ethisch vertretbar ist, zu entschärfen.

Eine grundlegende Wandlung oder gar eine Umkehrung der hier knapp beschriebenen Entwicklungsprozesse in der Gesellschaft wie im Gesundheitssystem ist nicht in Sicht. Dass der Medizinethik die Themen ausgehen und sie an Bedeutung verliert, steht daher sicher nicht zu befürchten. Der Gesprächsbedarf wird weiter wachsen – und unser Ziel ist es, dass der Mainzer Masterstudiengang Medizinethik seinen Beitrag dazu leistet, diesem Bedarf professionell und praxisorientiert gerecht zu werden.

Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, M.A.,

Studium der Medizin, Geschichte, Philosophie und Deutschen Philologie; wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Münster und Düsseldorf; Forschungsaufenthalte u. a. am Kennedy Institute for Ethics, Washington und an der Stanford University; seit 2004 Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Mainz, Sprecher des DFG-Graduiertenkollegs „Life Sciences – Life Writing“.

Ausgewählte Publikationen:

„Überbringen schlechter Nachrichten in der Pädiatrie. Das Gewicht der Worte“, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 164/7 (2016), S. 583-590; (zus. m. M. Halstein); „Denn sie wissen nicht, was sie tun?! Ethische Dimensionen von Prognosen in der Perinatalogie“, in: *Kinderärztliche Praxis* 86/1 (2015), S. 16-22; (zus. m. A. Mitzkat); „Ethische und medizintheoretische Anmerkungen zu Wunsch und Wirklichkeit der individualisierten Medizin“, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56/11 (2013), S. 1473-1479; (hrsg. zus. m. H. Fangerau, S. Schulz u. K. Steigleder); *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2006.

Johannes Müller-Salo, M.A., M.A.,

Studium der Geschichte und der Philosophie an den Universitäten Münster und York, wissenschaftlicher Mitarbeiter der DFG-Kollegforschergruppe „Theoretische Grundfragen der Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“ an der Universität Münster von 2013 bis 2018, seit 2018 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Koordinator des Masterstudiengangs Medizinethik am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Universität Mainz.

Ausgewählte Publikationen:

Gewalt. Texte von der Antike bis in die Gegenwart. Stuttgart: Reclam 2018; (hrsg. zus. m. F. Dietrich u. R. Schmücker); *Zeit – eine normative Ressource?* Frankfurt: Klostermann 2018; „Historische Erfahrung und wertende Interpretation“, in: *Natur und Erfahrung. Bausteine zu einer praktischen Philosophie der Gegenwart*. Hrsg. v. M. Hoesch u. S. Laukötter. Münster 2017, S. 175-193.

Weitere Informationen zum Masterstudiengang Medizinethik erhalten Sie unter:

www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medinethik.html

¹ Bei einer Xenotransplantation handelt es sich um die Übertragung von Lebens- und funktionstüchtigen Zellen oder Zellverbänden zwischen verschiedenen Spezies.