

Gute Medizin und der ethische Imperativ

Karl-Heinz Wehkamp

Während meines 1976 begonnenen Medizinstudiums und der anschließenden zehnjährigen klinischen Tätigkeit in einem Klinikum der Maximalversorgung habe ich das Wort „Ethik“ nie gehört und nur selten gelesen. Dies galt auch für die häufig besuchten Fachkongresse. Es fiel nicht sehr auf, dass die Medizinethik fehlte.

1990 habe ich erstmals in einer Veröffentlichung eher spontan von einem „*ethischen Imperativ*“ geschrieben, um zur Unterstützung damals noch schwacher wissenschaftlicher Evidenz Gründe für einen veränderten Umgang mit dem perinatalen Kindstod anzuführen, dessen Kern die Annahme des verstorbenen Kindes war. Dieses sollte einen Namen bekommen, gesehen, bestattet und betrauert werden können, einen Ort in der Lebensgeschichte der Frau und in der Familie bekommen. Wir hielten dies aus Gründen der psychischen Gesundheit der Frauen und zur Unterstützung weiterer Schwangerschaften für geboten. Die Publikation begann mit folgenden Sätzen:

„Die Grundlagen der Medizin sind wissenschaftliche und ethische. Bei der Konfrontation mit dem perinatalen Kindstod sind beide Aspekte gefordert. Kommt die ethische Komponente in unserer Ausbildung zu kurz, so können wir uns auch unter wissenschaftlichem Aspekt nicht richtig verhalten.“¹

Das Ethik-Argument war aus der Praxis entstanden, führte aber damals noch nicht zu einer systematischen Beschäftigung mit der Medizinethik. Mein eigenes Bemühen um eine „bessere Medizin“ bestand stattdessen in einer Ergänzung der konventionellen klinischen Tätigkeit durch psychosoziale Aspekte. Psychosomatik war dabei mein Hoffnungsträger. Noch immer bin ich der Ansicht, dass im Konzept der „Anthropologischen Medizin“ Viktor von Weizsäcker eine implizite Ethik enthalten ist, besonders in seinem Bemühen um die Achtung des Subjekts und in seiner Berücksichtigung der Biografie des Patienten. Auch sehe ich in der Arbeit der Balint-Gruppen Komponenten der Arbeit Klinischer Ethik-Komitees. Dennoch blieb die Orientierung an der Psychosomatik in vieler Hinsicht unbefriedigend. Insbesondere konnte sie schon von ihrem Selbstverständnis her die Diskursivität über Sollensansprüche nicht ersetzen.

Zwei besondere klinische Ereignisse zeigen mir dann deutlicher die Notwendigkeit explizit ethischer Überlegungen:

In einem Fall wurde eine 40 jährige Frau mit einem sehr seltenen, hoch aggressiven Tumor trotz evidenter Aussichtslosigkeit zu Tode behandelt. Die iatrogene Belastung und Schädigung stand in keinem Verhältnis zu den Erfolgschancen der Behandlung. Der Ehemann dominierte durch seine Verlustängste das Therapieregime, der Wille der Patientin selbst wurde nur unzureichend ermittelt. Eine Wende des Therapieziels in Richtung Palliation fand nicht statt. Mehr ethische Klarheit, ein ethisches Konsil oder die Beratung in einem Klinischen Ethik-Komitee hätten hier die Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung verbessert. Aber damals gab es weder Klinische Ethikberatung noch die Palliativmedizin.

In einem anderen Fall bestand eine 38jährige schwangere Frau trotz eigener Lebensgefährdung durch ein chronisches Nierenleiden und drohendem HELPP-Syndrom auf einem Austragen ihrer Schwangerschaft. Während die Geburtshelfer ihren Wunsch trotz des hohen Risikos für die werdende Mutter unterstützten, forderten die hinzugezogenen Anästhesisten einen Abbruch der Schwangerschaft wegen der Gefährdung der Schwangeren. Dieser Konflikt verschärfte sich über

¹ K. H. Wehkamp: Umgang mit dem Perinatalen Kindstod: ethischer Imperativ und psychoprophylaktische Aufgabe, in K. H. Wulf, H. Schmidt-Matthiesen, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 7/II, München, Wien, Baltimore 1990, Urban und Schwarzenberg, S.441-447

mehrere Wochen, bis die erste Chance zum Überleben des Kindes unter neonatologischer Intensivtherapie gegeben war. Aufgrund einer akuten Zuspitzung der Lage musste ein Blitzkaiserschnitt durchgeführt werden. Während das Kind sicher entbunden wurde und überlebte, erlitt die Frau noch auf dem OP-Tisch eine tödliche Lungenembolie. In den folgenden Stunden, Tagen und Wochen wurde dieser Entwicklung nicht von allen beteiligten Ärzten und Pflegenden aufgearbeitet, wie man es heute mit ethischer Kompetenz im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung tun würde, sondern es kam zu erbitterten gegenseitigen Vorwürfen, die das Klima der Zusammenarbeit erheblich belasteten und auf diese Weise zu einem Risiko für andere Patienten wurden.

Während eines von Hans Martin Sass geleiteten medizinethischen Kurses an der Georgetown Universität konnte ich mich von Theorie und Praxis klinischer Ethik- Beratung an Ort und Stelle überzeugen. Seitdem engagiere ich mich in Organisation und Praxis der Ethik in Kliniken, Medizin und Gesundheitswesen.

Wozu Medizinethik?

Medizinethik macht Sinn, wenn und insofern sie beiträgt zu guter Medizin. Gute Medizin zeichnet sich aus durch ihren Beitrag zum Leben jener Menschen, die Medizin in Anspruch nehmen.

Medizinethik ist jene Kompetenz und jenes intellektuelle Potenzial, das die Medizin in ihrer Zielrichtung orientiert, sich mehr mit dem ‚ob‘ als dem ‚wie‘ der Maßnahmen befasst und jede medizinische Maßnahme, Organisation und Struktur daran misst, ob und wie weit sie Menschen dient. Da diese Frage oft nicht klar zu beantworten ist und das Potenzial für Konflikte und Feindschaft in sich trägt, ist die ethische Kompetenz insbesondere in komplexen Problemsituationen und in Dilemmata von Bedeutung.

Medizinethik kann der „Qualitätssicherung“ der Medizin dienen, und zwar im ursprünglichen Sinn des Wortes Qualität, das sich nicht auf Quantitatives reduzieren lässt. (Insofern ist ihr ein Großteil des aktuellen Qualitätsmanagements sehr fremd, da dieses von Messverfahren und dem Prinzip des Quantifizierens und Vergleichens lebt.)

Medizinethik ist reflexiv, diskursiv, kommunikativ, qualitativ. Sie umfasst und prüft die technisch-wissenschaftliche Dimension der Medizin. Unermüdlich muss sie daran arbeiten, den Führungsanspruch objektivierender wissenschaftlicher Medizin einzugrenzen und zurück zu weisen. Richtig verstanden ist sie ein Lotse der wissenschaftlichen Medizin und ein unverzichtbares Element ihrer selbst. Systemtheoretisch gedacht leistet sie die Selbstreflexion des Medizinsystems, idealerweise aber im Dialog und Austausch mit anderen Systemen, Professionen und Menschen.

Medizinethik reflektiert das gesamte Unternehmen der Medizin, die einzelnen auf Individuen (Patienten) bezogenen Maßnahmen und Entscheidungen ebenso wie die Organisations- und Finanzierungssysteme (Mesoebene) sowie die medizinische Wissenschaft als Ganzes. Alle Bemühungen zur Gesundheitsversorgung von lokaler bis globaler Dimension sind ihr Gegenstand.

In der Praxis ist Medizinethik wichtig um „gute medizinische Entscheidungen“ zu treffen und damit „gute Medizin“ zu ermöglichen. Dies kann erreicht werden ermöglicht durch eine fortwährende Aufmerksamkeit auf die Prüfung und die Maßstäbe der medizinischen Qualität. Dabei schaut sie nicht nur auf individuelles Verhalten und Entscheiden sondern auch deren Rahmenbedingungen, Potenziale und Ressourcen. Reflexiv prüft sie fortwährend die medizinischen Denkformen und Paradigmen. Ebenso überprüft sie fortlaufend ihre eigenen Konzepte und Praxis.

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-H. Wehkamp unterrichtet an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und der MSH Medical School Hamburg. Darüber hinaus arbeitet er seit vielen Jahren als Berater für klinische Ethik, Organisations- und Unternehmensethik. Seine Schwerpunkte sind „Ethik und Ökonomie“ sowie „Therapiemaß und Sterbehilfe“. Er ist seit 1994 Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin und war viele Jahre im Vorstand engagiert.