

Michael Schmidt

Praktische Ethik im Gesundheitswesen

Eine Klärung wichtiger Grundbegriffe



Königshausen & Neumann

Michael Schmidt

—

Praktische Ethik im Gesundheitswesen

Der Autor:

Michael Schmidt ist Arzt, hat an einem Universitätsklinikum den Schwerpunkt Lungenheilkunde geleitet und dabei viele Patienten mit Lungenkrebs und deren Angehörige begleitet. Er war ärztlicher Leiter einer Krankenpflegeschule und hat das Klinische Ethikkomitee des Klinikums geleitet. Er ist Referent für medizinethische Themen an einer Palliativakademie.

Michael Schmidt

Praktische Ethik
im Gesundheitswesen

Eine Klärung wichtiger Grundbegriffe

Königshausen & Neumann

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2019

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Umschlag: skh-softics / coverart

Umschlagabbildung: Fußbodenmosaik in Santa Maria Maggiore, Rom (© Michael Schmidt)

Bindung: docupoint GmbH, Magdeburg

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

ISBN 978-3-8260-6592-7

www.koenigshausen-neumann.de

www.libri.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

VORWORT

In den Seminaren für Medizinstudenten und Kursen für berufserfahrene Ärzte, Pflegende und Therapeuten aus der Palliativmedizin und Palliativpflege gibt es immer wieder den Wunsch nach einem leicht lesbaren Text zur praktischen Ethik. Philosophische Texte sind für Studenten, Ärzte, Pflegende und Therapeuten oder Apotheker oft schon sprachlich schwer verständlich. Wer eine vorwiegend naturwissenschaftliche und praktische Aus-, Weiter- und Fortbildung genossen hat, dem fehlen meist die Begrifflichkeiten, die den Moralphilosophen verständlicherweise wichtig sind. Ich halte es deshalb mit Karl Raimund Popper (1902–1994), der sich weniger an Begriffen abarbeiten wollte, sondern an den Inhalten, um sich der Wahrheit (er spricht von *verisimilitude*) anzunähern [79]. Es geht mir um die ethischen Inhalte und eine gewisse Unschärfe der Begriffe möge man einem vorwiegend medizinisch-naturwissenschaftlich ausgebildeten Arzt verzeihen.

In diesem Buch wird aus reinen Lesbarkeitsgründen und ohne weitere Hintergedanken durchgängig das sogenannte generische Maskulinum verwendet¹. Dies ist bitte nicht als Missachtung der Ärztinnen, Kranken- und Gesundheitspflegerinnen oder Therapeutinnen, ebenso wenig der Patientinnen misszuverstehen.

Ich hoffe, dieses Buch ist hilfreich für die tägliche Arbeit am Patienten und mit den Angehörigen. Es soll zum eigenen vernünftigen Denken ermutigen und die Argumentation in ethischen Konflikten fördern, etwa im Sinne des römischen Dichters Horaz (65–8 v. Chr.): *Sapere aude*. Immanuel Kant hat es so übersetzt: Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen. Darum geht es: Den eigenen Standpunkt zu entwickeln und sich für seine Überzeugungen einzusetzen, wenn für das Patientenwohl entschieden werden muss.

Dieses Buch ist in größter Dankbarkeit meiner Frau Elisabeth gewidmet, die mich seit Jahrzehnten unterstützt und erträgt. Justinus Andreas Christian von Kerner (1786–1862),

¹ Siehe *Die Zeit* vom 30. Mai 2018, Nr. 23, p. 41.

Oberamtsarzt und Schriftsteller in Weinsberg, hat es im Blick auf die Sage der Weiber von Weinsberg so beschrieben: „Getragen hat mein Weib mich nicht, doch ertragen. Das war ein schwereres Gewicht, als ich mag sagen.“²

Höchberg, im Juni 2018

Michael Schmidt

² Zu lesen auf der Burgruine Weibertreu, Weinsberg.

INHALT

Vorwort	5
Ethik im Gesundheitswesen	9
Patientenwohl	17
Krankheit und Gesundheit	21
Krankheit und Schuld	25
Mitleid	29
Berufsethos	35
Ökonomie	43
Gerechtigkeit und Anstand	55
Lebensqualität	59
Patientenwille	65
Ärztliche Indikation	71
Wahrheit am Krankenbett	75
Vertrauen	81
Unsere Macht	85
Unsere Verantwortung	93
Verletzbarkeit	101
Fehler und Patientensicherheit	105
Leiden, Sterben, Tod	111
Sterben auf Intensivstation	115
Hirntod und Organspende	121
Sterbehilfe	127
Der gute Arzt	133
Literatur	139

ETHIK IM GESUNDHEITSWESEN

Jeder Mensch erwirbt sich im Lauf des Lebens eigene moralische Überzeugungen und Haltungen. In Krankenhäusern, Praxen und anderen medizinischen Institutionen findet man dementsprechend Kollegen mit individuellen ethischen Werten, die Entscheidungen und Handlungen beurteilen und selbst entscheiden und handeln: Sind unsere Ziele richtig, sind die Methoden zulässig, wer hat den Nutzen, wer bleibt auf dem Schaden sitzen, sind Entscheidungen gerecht oder Handlungen demütigend?

Diese persönlichen Überzeugungen sind oft mit starken Emotionen verbunden. Sie entstammen unserem Moralgefühl, einem der wichtigen Wegweiser durch schwierige Entscheidungsprozesse. Wenn es schnell gehen muss, verlassen wir uns gerne auf unser „Bauchgefühl“; wir Menschen sind keine rein rationalen Lebewesen.

Wenn Menschen nicht für ihre eigenen Ziele, sondern für das Wohl eines anderen und außerdem in einem Behandlungsteam arbeiten sollen, stoßen ihre individuellen Moralvorstellungen schnell aufeinander. Um Konflikte zu vermeiden, gleicht man in allen menschlichen Beziehungen seine moralischen Normen, Regeln, Haltungen aufeinander ab [56, 59]. In größeren sozialen Gemeinschaften muss man dazu viel Überzeugungsarbeit leisten und da kann etwas Theorie durchaus helfen. Ethik liefert die für Argumentationen erforderliche Theorie; leider bietet die philosophische Ethik nicht eine, sondern viele Theorien an.

Ethiktheorien

Utilitaristische Theorien sehen auf das Endergebnis einer Handlung und gehen davon aus, dass der Mensch möglichst viel Wohlergehen sucht [41]. Dabei sollte es nicht nur dem Einzelnen, sondern möglichst vielen gut ergehen. Wenn es vielen Individuen gut gehe, gehe es auch der Gesellschaft gut. So lässt sich utilitaristisch eine Entscheidung oder Handlung als moralisch gut beurteilen, wenn sie das Wohlergehen möglichst vieler zur Folge hat. Es gibt eine Reihe von Modifikationen des Utilitarismus,

z.B. den Präferenzutilitarismus, den Regelutilitarismus und andere, auf die hier nicht näher eingegangen werden muss. Auf die praktische Medizin bezogen wirft Utilitarismus einige Fragen auf, z.B. wer definiert das Wohlergehen des Patienten? In welchem Ausmaß sind bei Diagnostik und Therapie gesellschaftliche Fragen einzubeziehen, also z.B. die allgemeine Gesundheitsfürsorge? Was wird mit den wenigen, die keinen Nutzen hatten: Werden die nicht ungerecht behandelt?

Immanuel Kant (1724–1804) gilt als der wohl bedeutendste Vertreter der *deontologischen Ethiktheorien*, die Regeln und Normen in den Vordergrund stellen. Er sieht uns Menschen als vernunftbegabte Wesen, die sich selbst moralische Handlungsregeln (Maximen) geben können. Das ist für ihn der Ausdruck ihrer Selbstbestimmtheit (Autonomie). Diese Maximen müssen auf ihre allgemeine Anwendbarkeit überprüft werden und dazu dient der Kategorische Imperativ [82]. Danach sollte eine Maxime für alle Menschen gelten, d.h. universalisierbar sein. Man solle die Handlungsfolgen daraus tatsächlich wollen. Außerdem darf man die Handelnden nie *nur* für seine eigenen Zwecke benutzen, d.h. instrumentalisieren. Zu beachten ist das Wörtchen „nur“: Wenn andere für uns arbeiten, benutzen wir sie für unsere Zwecke. Sie müssen aber selbst auch einen Nutzen daraus ziehen, z.B. einen Lohn oder eine Ausbildung.

Es ist kritisiert worden, dass eine so getestete Maxime zu eng werde, um in Notfallsituationen zu moralisch vertretbaren Ergebnissen zu kommen. Viele starr angewendete moralische Regeln werden in Extremsituationen fragwürdig. Man wird also manche Regeln abschwächen müssen [65], um flexibel genug entscheiden zu können. Dann kommt es bei der Abwägung verschiedener guter Gründe eher auf Haltungen und Überzeugungen an.

Die *Vertragstheorien* (Kontraktualismus) gibt es schon seit Jahrhunderten; sie wurden unter anderem von John Rawls (1921–2002) aufgegriffen [81]. Er kritisiert die Ungerechtigkeit des Utilitarismus und betont die individuelle Freiheit. Eine Gesellschaft und deren Institutionen müssen gerecht sein, um moralisch bestehen zu können. Die Grundrechte, auf die man sich geeinigt hat, müssen gesichert bleiben. Er nennt folgende „*Basic Liberties*“: Das Recht zu wählen und öffentliche Ämter zu bekleiden, die Rede- und Versammlungsfreiheit, die Gewissens- und Gedankenfreiheit, die persönliche Freiheit, der Schutz vor psychischer Unterdrückung und körperlicher Misshandlung, der Schutz vor willkürlicher Festnahme und Haft, das Recht auf per-

sönliches Eigentum. Die *Basic Liberties* wurden aus der Idee der Menschenwürde entwickelt; juristisch sind sie durch die Menschenrechte festgeschrieben. Unser Patientenrechtegesetz [19] stellt eine Umsetzung der Menschenrechte auf die medizinische Situation dar.

Seit Aristoteles (384–322 v.Chr.) spielen *Tugenden* eine prominente Rolle bei den Ethik-Theorien [6]. Im Standardwerk von Beauchamp und Childress werden die folgenden Tugenden für die Bevölkerung der westlichen Welt aufgezählt [9]: Nicht-Böswilligkeit, Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit, Gewissenhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Treue (Loyalität), Dankbarkeit, Wahrhaftigkeit, Liebenswürdigkeit, Freundlichkeit. Mitarbeiter im Gesundheitswesen brauchen darüber hinaus weitere Tugenden: Mitgefühl (Empathie), Klugheit, Integrität (Übereinstimmung von Prinzipien und Handlungen).

Entscheidungsfindung

Die Ethiktheorien helfen uns, Zusammenhänge und Grundlagen zu verstehen. Bei konkreten und in der Medizin oft eiligen Entscheidungen wird man sich kaum auf eine einzelne Ethiktheorie stützen können. Nach Julian Nida-Rümelin (geb. 1954) versucht man wie im Alltagsleben zunächst vier allgemein gebräuchliche Begründungsweisen [67]:

- 1) Man bezieht sich auf individuelle Rechte, z.B. Menschenrechte, z.B. Patientenrechte. Harter Paternalismus ist als eine Demütigung und Entmündigung des autonomen Patienten zu werten.
- 2) Man bezieht sich auf Verpflichtungen, z.B. Verträge, z.B. Versprechen. Ein Behandlungsvertrag ist eine solche Verpflichtung; man hat soziale Pflichten.
- 3) Normative Erwartungen sind mit einer sozialen Rolle verknüpft. Die Garantenpflicht in medizinischen Notfällen ist eine solche Pflicht.
- 4) Man beruft sich auf allgemeine ethische Prinzipien, z.B. du sollst nicht lügen, z.B. du sollst Schwachen helfen etc.

Für viele moralische Fragen bei der praktischen Arbeit am Patienten sind diese allgemeinen Begründungsversuche nicht hinreichend. Wir brauchen moralische Regeln, die auf die Bedürfnisse unserer Patienten und auf unsere medizinischen Situationen genauer eingehen.

Prinzipalismus

Hier hat sich der Zugang von Tom L. Beauchamp (geb. 1939) und James F. Childress (geb. 1940) seit über zwanzig Jahren bewährt [9]. Die Autoren weisen selbst darauf hin, dass ihr „Prinzipalismus“ nicht als Lösung aller ethischen Probleme missverstanden werden dürfe. Er ist allerdings ein wirksames Werkzeug für die Versachlichung und Strukturierung eines ethischen Diskurses. Wir können unsere Probleme damit ziemlich gut beschreiben. Danach beginnt erst die eigentliche Arbeit, das rationale Abwägen guter Gründe: Es müssen immer individuelle Lösungen im Sinne des Patientenwohls gefunden werden. Die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress sind:

a) Respekt vor der Patientenautonomie

Das Prinzip Autonomie wird oft sehr einseitig verstanden und mit Autarkie verwechselt. Autark ist jemand, der völlig unabhängig von seiner sozialen Umgebung leben kann und auch keinerlei Unterstützung erwartet. Er ist unbeschränkt frei (und einsam). Autonom ist jemand, der seine Interessen selbstständig regelt, d.h. in Abstimmung mit seinem sozialen Umfeld. Seine Freiheit wird wie immer durch die Freiheiten der anderen begrenzt. Ein autonomer Patient ist für sich selbst verantwortlich, er trifft seine eigenen Entscheidungen.

Entscheidungsfähigkeit erfordert drei Voraussetzungen:

- a) *Intellektuelle Kompetenz*: Der Patient muss einen medizinischen Sachverhalt verstehen, d.h. in sein Leben einordnen können. Was bedeutet die Erkrankung mit und ohne Behandlung für ihn? Welche Chancen und Risiken hat die Behandlung? Wie ist die Prognose?

- b) *Normative Kompetenz*: Der Patient kann seine Entscheidung für oder gegen die medizinische Handlung mit seinen Werten, Leitbildern oder Ideen abstimmen.
- c) *Kommunikative Kompetenz*: Der Patient kann kommunizieren, d.h. an ihn gerichtete Kommunikation aufnehmen und selbst seine Entscheidung (gegebenenfalls auch non-verbal) mitteilen.

Wenn er dazu nicht fähig ist, muss ihm ein Patientenvertreter zur Seite gestellt werden, z.B. ein Betreuer. Ein Patient darf selbstverständlich alles wollen, was ihm als autonomem Bürger zusteht. Dem Patientenwunsch steht jedoch die ärztliche Indikation gegenüber: Nicht-indizierte medizinische Handlungen dürfen Ärzte nicht ausführen.

b) Gutes tun und Fürsorge (Care)

Gutes tun und Fürsorge sind die Grundlage für unsere Berufsentscheidung. Die Gefahr besteht im Paternalismus: *Doctor knows best*. Alle Ärzte und Pflegenden neigen zum Paternalismus, weil sie zu wissen glauben, was das Beste für ihren Patienten sei. Allerdings wird so der Patient entmündigt und damit gedemütigt, was mit seiner Menschenwürde nicht zu vereinbaren ist. Es geht also um eine dem Patientenwohl dienliche Balance zwischen Patienten-Autonomie und unserer Fürsorge. Kranke Menschen sind immer mehr oder weniger autonom, manchmal auch völlig unautonom. Je weniger autonom der Patient ist, desto mehr müssen wir uns um ihn kümmern. Im Englischen wird dafür das Wort „Care“ verwendet, das weitere Bedeutungen hat: Sich kümmern, sich Sorgen machen, jemanden pflegen.

Die sogenannte *Care-Ethik* von Carol Gilligan (geb. 1936) stellt (Für-)Sorge und Achtsamkeit in den Vordergrund [36]. Dabei verändert *Care* nach Harry Frankfurt (geb. 1929) auch den sich Kümmern; es entsteht eine Beziehung [29]. Im Optimalfall wird der Pflegende behutsamer, sorgsamer, für den Patienten engagierter ohne seine nötige professionelle Distanz zu verlieren.

c) Nicht schaden

Die Nicht-schaden-Regel begleitet uns Ärzte zumindest schon seit Hippokrates. Jede menschliche Handlung hat erwünschte

und unerwünschte Folgen. Jeder Arzt muss die Nebenwirkungen seiner Medikamente und Heilmethoden noch besser kennen als die Wirkungen. Diese Regel läuft also auf eine Abwägung der wahrscheinlichen Nutzenchancen gegen die bekannten Schadenrisiken hinaus. Der Nutzen darf unendlich sein, der Schaden muss möglichst gering und immer kontrollierbar bleiben.

Ein Schaden-Risiko beschreibt das Produkt aus Schadengröße und Schadenhäufigkeit, d.h. beides muss für eine Risikoanalyse bekannt sein. Behandlungen in völliger Unkenntnis möglicher Risiken sind als experimentelle Verfahren einzustufen und nur im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien oder von gut dokumentierten, individuellen Heilversuchen zu rechtfertigen. Selbstverständlich muss der Patient nicht nur über den erhofften Nutzen, sondern auch über den befürchteten Schaden ausreichend aufgeklärt werden, um entscheidungsfähig zu werden.

d) *Gerechtigkeit*

Fragen der Gerechtigkeit haben stets eine Rolle gespielt, wenn z.B. diskutiert wurde, ob man im Krieg auch Feinde behandeln soll. Heute besteht beispielsweise der Verdacht, dass Patienten, die mehr bezahlen können, auch besser behandelt werden. Unser Maxime lautet: Alle Menschen haben das Recht auf gleichen Zugang zum Gesundheitswesen und sie werden dort nicht diskriminiert oder gedemütigt. Es werden nicht alle Menschen gleich behandelt, wie es immer wieder fälschlich heißt, weil jeder Mensch seine eigene Krankheit hat. Er muss individuell therapiert werden, weil es notwendig ist, ihn über seine eigene Nutzenschwelle zu heben, wie Harry Frankfurt sehr einleuchtend gezeigt hat [30]. Gerechtigkeit im Medizinsystem heißt dann nicht „gleiche Behandlung“, sondern gleiche Chance für den Zugang zur notwendigen Behandlung, um die individuelle Nutzenschwelle zu überwinden.

Abwägung

Man darf nicht vergessen, dass Beauchamp und Childress ihren Principlismus als *Prima-Facie*-Normen verstehen. Wenn man sich zunächst einmal an diese Regeln hält, wird man keine größeren Fehler machen, zumal unter Zeitdruck. *Prima facie* bedeutet aber, dass man anschließend darüber nachdenken und Entschei-