

# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 1/2017

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserinnen, liebe Leser der  
Ludwigshafener Ethischen Rundschau,

immer wieder kommt es vor allem im Krankenhaus zu Unsicherheiten im Umgang mit Patientenverfügungen. Nach dem Beschluss des BGH vom 6.7.2016, in dem eine noch höhere Präzisierung von Patientenverfügungen gefordert wurde, nahmen die Richter in Karlsruhe nun mit einem erneuten Urteil am 8.2.2017 diese Forderung wieder zurück. Auch bei nicht exakt formulierten Behandlungswünschen, könne ein in einer Patientenverfügung gewünschter Behandlungsabbruch unter Berufung auf den »mutmaßlichen Willen« durchgeführt werden. Um die Frage der Ermittlung des Willens geht es auch in zwei Beiträgen der neuen Ausgabe der LER.

Viel Freude beim Lesen und gute Anregungen zum Nachdenken, wünscht Ihnen das gesamte Redaktionsteam der Ludwigshafener Ethischen Rundschau

Ihr

Jonas Pavelka

- |    |  |
|----|--|
| 2  | <b>Der standardisierte Patient</b><br>Klaus Klother  |
| 8  | <b>Was ist ein »moralischer Konflikt«?</b><br>Jonas Pavelka  |
| 13 | <b>Der aktuelle Stellenwert ethischer Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</b><br>Jochen Gehrman |
| 19 | <b>Das Kindeswohl als Entscheidungskriterium in der Medizin</b><br>Christoph Schickhardt                           |

#### Impuls:

- |    |   |
|----|---|
| 25 | <b>Ostern – Wunden heilen</b><br>Mathias Wolf |
|----|---|

#### Buchbesprechung:

- |    |  |
|----|--|
| 28 | <b>Giovanni Maio:<br/>Den kranken Menschen verstehen.<br/>Für eine Medizin der Zuwendung</b><br>Benedikt Schmidt |
|----|--|

Das Zitat »

Der Übergang zu einer pauschalen Vergütung hat nicht mehr den Patienten mit seinen Eigenheiten im Blick, sondern allein die jeweilige Diagnose.

Klaus Kother, Seite 4

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband  
der Diözese Osnabrück e.V.

## Der standardisierte Patient

Die Vergütung von Krankenhausleistungen durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) ist ein mittlerweile weltweit anerkanntes und angewandtes Verfahren. Hintergrund der Einführung einer pauschalierenden Abrechnung sind Optimierung und Skalierung von Behandlungsprozessen mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Patientenversorgung. »Unwirtschaftlich« bedeutet dann einen verschwenderischen Umgang mit begrenzt vorhandenen Ressourcen, vor allem Geld. Dass durch die Fallpauschalen neben den finanziellen gerade auch andere Elemente der Patientenversorgung »eingespart« werden, wird von Seite der Politik gerne übersehen, von den Gesundheitsberufen jedoch tagtäglich gespürt.

Seit den 1990er Jahren hat sich im deutschen Gesundheitswesen viel getan. Die Einführung der DRGs im Jahr 2003 war eine wegweisende Zeitenwende, wodurch die Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland an die gängige Praxis zahlreicher Länder weltweit angepasst wurde. Die Ausgangsfrage für derartige politische Veränderungen ist jene nach der Verteilung der immer knapper werdenden und begrenzt vorhandenen Ressource Geld. Auch wenn die Sozialkassen in jüngster Zeit Gewinne verzeichnen, weist der demographische Wandel auf zukünftige Engpässe hin: Immer weniger Menschen zahlen Beiträge ein, die von immer mehr Menschen immer länger abgerufen werden. Denn wir werden heute nicht nur älter als noch vor 50 Jahren, sondern auch noch »kränker«. Insofern ist eine geregelte Verteilung des durch die Versicherten umgelegten Geldes wichtig, und die Finanzierung von Krankenhausleistungen stellt einen wesentlichen Anteil dessen dar. Der Medizinethiker Giovanni Maio, der den gesamten Problemzusammenhang der Ökonomisierung des Gesundheitswesens anschaulich und detailliert beschreibt, spricht gar vom »Geschäftsmodell Gesundheit«.



Dr. Klaus Klother vertritt als Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbandes Osnabrück (KKV) die Interessen von 20 Krankenhäusern mit einem besonderen Hinblick auf die ethischen Aspekte. Derzeit entwickelt er ein Projekt zur Gestaltung von Profil und Identität von Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft.

## Änderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (1993)

Das im Jahr 1993 eingesetzte Gesundheitsstrukturgesetz stellte einen markanten Meilenstein im Rahmen der politisch gesteuerten Umstrukturierung der deutschen Gesundheitslandschaft dar. Denn ein wesentlicher Inhalt des Gesetzes bestand in der Deckelung der Steigerungsraten von Krankenhausbudgets. Das bedeutet, dass wegen Verlusten bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Begrenzung der Ausgaben erreicht werden sollte. Durften die Budgets von Krankenhäusern bis dahin jährlich um bis zu 9,8 Prozent wachsen (und somit gleichzeitig die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen), wurden diese ab 1993 deutlich gesenkt.

Daneben wurde das Entgeltsystem im Krankenhaus umgestellt. Während bis dahin jedes Krankenhaus individuelle Pflegesätze vereinbaren konnte, welche sich an den tatsächlich durch eine stationäre Behandlung entstandenen Kosten orientierten, wurden für alle Krankenhäuser einheitliche Pflegekosten festgesetzt. Lohnunterschiede oder fixe Kosten für die Infrastruktur sollten in den Pflegesätzen berücksichtigt sein. Dadurch, dass Krankenhausleistungen unabhängig von den realen Kosten einer Einrichtung festgesetzt wurden, war es möglich, dass Krankenhäuser Verluste erwirtschaften konnten, wenn nämlich die tatsächlichen Aufwendungen die allgemeinen Pflegekosten überstiegen.

*Während bis dahin jedes Krankenhaus individuelle Pflegesätze vereinbaren konnte, wurden für alle Krankenhäuser einheitliche Pflegekosten festgesetzt.*

## Einführung und Auswirkungen der Diagnosis Related Groups (2003)

Seit im Jahr 2003 die DRGs eingeführt wurden, hat sich der Blick auf Krankenhausleistungen sowie die Arbeit am Patienten noch weiter verändert. Früher wurde abgerechnet, nachdem ein Patient entlassen wurde. Es wurden dann alle Kosten zusammengetragen, die für die Behandlung notwendig waren, zum Beispiel eine dreistündige Operation mit viertägigem Aufenthalt postoperativ im Krankenhaus inkl. Medikamenten und Therapien. Brauchte ein anderer Patient mit derselben Diagnose fünf Tage postoperativ (etwa weil die Wundheilung mehr Zeit in Anspruch nahm), wurde entsprechend mehr abgerechnet. Jeder Patient wurde separat abgerech-

*Jeder Patient wurde separat abgerechnet, je nach realen individuellen Bedürfnissen und individuellem Heilungsverlauf.*

net, je nach realen individuellen Bedürfnissen und individuellem Heilungsverlauf. Heute verhandeln Krankenhäuser prospektiv, nämlich im Vorjahr, welche und wie viele Leistungen im Folgejahr durch die Krankenkassen bezahlt werden. Wesentlich dabei ist neben der Tatsache, dass diese Form der Budgetplanung einem Blick in die Glaskugel ähnelt, die bundesweit einheitliche Bewertung von Krankenhausleistungen durch Pauschalen. Für das Jahr 2003 wurden Krankenhausleistungen in 642 Fallgruppen eingeteilt. Alle Krankenhausleistungen wurden in dieses Spektrum eingeordnet. Mit der Zeit wurde das System weiter verfeinert, um noch präziser differenzieren zu können, was ein Krankenhaus wofür erstattet bekommt. Für das Abrechnungsjahr 2017 stehen 1255 DRGs zur Verfügung. Dadurch kann der einzelne Fall nicht nur noch präziser eingeordnet und bewertet werden, sondern Behandlung und Abrechnung sind dadurch auch noch deutlich verkompliziert worden. Die Anforderungen an Dokumentation, Kodierung und Controlling haben sich damit deutlich erhöht.

Der Übergang zu einer pauschalen Vergütung hat jedoch nicht mehr den Patienten mit seinen Eigenheiten im Blick, sondern allein die jeweilige Diagnose. Somit wird eine Blinddarm-Entfernung bei einem 75jährigen Patienten genauso hoch vergütet wie bei einem 14jährigen Jugendlichen. Jedes Krankenhaus weiß, wie viel Geld es für welche Diagnose und die sich daran anschließende Behandlung bekommen wird. Der positive Effekt einer Optimierung des Behandlungsprozesses – denn bei vorgegebenem finanziellen Rahmen sind Krankenhäuser gezwungen, den Aufwand an materiellen wie auch immateriellen Ressourcen (z.B. Diagnostik, Medikamente oder Personal) im Rahmen der Behandlung möglichst optimal zu gestalten – wird begleitet von einem Perspektivwechsel der handelnden Berufe: Neben der pflegerischen und medizinischen Brille tragen die Handelnden zunehmend eine betriebswirtschaftliche Brille. Das allein stellt jedoch noch kein Problem dar, denn sowohl Pflege als auch Medizin müssen betriebswirtschaftlich denken, eben weil die vorhandenen Ressourcen begrenzt sind. Spannend wird es jedoch, wenn man sich vor Augen führt, welcher Perspektive im Einzelfall Vorrang eingeräumt wird.

*Der Übergang zu einer pauschalen Vergütung hat jedoch nicht mehr den Patienten mit seinen Eigenheiten im Blick, sondern allein die jeweilige Diagnose.*

## Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Ökonomisch optimierte Prozesse und Rahmenbedingungen, innerhalb derer Patienten behandelt und versorgt werden, sind unbedingt notwendig. Je näher ich dem Patienten jedoch komme, umso wichtiger wird eine Veränderung meiner eigenen Denk- und Arbeitsweise. Der Einsatz moderner Technik, wie etwa eines CT (Computertomographie), wird vielerorts aus Kostengründen zurückgefahren und dabei stillschweigend in Kauf genommen, dass mögliche Nebendiagnosen unberücksichtigt oder gar unentdeckt bleiben. Die Orientierung an DRGs fördert die Fokussierung auf bestimmte Probleme und blendet automatisch weite »Bereiche« des Patienten aus. Der ganzheitliche Blick auf den Patienten als Menschen wird zum Teil dadurch verstellt.

Der Optimierung von Prozessen und Abläufen fällt nicht selten der Patientenkontakt von Ärzten und Pflegenden zum Opfer. Und das ist nicht einem Verschulden von Geschäftsführern und Controllern zuzuschreiben, sondern dem System selbst. Durch die Konzentration auf Effizienz sowie die radikale Vereinheitlichung von Behandlungsabläufen werden rechenschaftsfreie Räume für die Interaktion zwischen Menschen abgebaut. Die Zeit des Patientenkontaktes durch Ärzte und Pflegende wird auf ein notwendiges Minimum reduziert,

*Durch die Konzentration auf Effizienz sowie die radikale Vereinheitlichung von Behandlungsabläufen werden rechenschaftsfreie Räume für die Interaktion zwischen Menschen abgebaut.*

damit der für gleichartige Diagnosen pauschal vorgesehene Rahmen nicht überschritten und der Prozessverlauf optimal eingehalten wird. Freiräume für Bedürfnisse der Patienten etwa, welche über die formalen Vorgaben hinausgehen, kommen viel zu kurz. Persönliche Zuwendung oder mitmenschliche Beziehungen, wie sie für den sensiblen Kontakt mit Patienten unerlässlich sind, werden gekürzt. Keine Zeit, keine Priorität. Dokumentation und Messbarkeit stehen im Vordergrund.

Dem Faktor Zeit fallen nicht nur die Heilberufe zum Opfer, sondern auch die Patienten. Patienten, deren Pflege naturgemäß zeitaufwendiger ist, weil etwa der Gang zur Toilette mehr Zeit beansprucht als vorgegeben, lösen wahre Erschütterungen im System aus. Patienten mit der Nebendiagnose Demenz stellen schon jetzt eine enorme Herausforderung für Krankenhäuser dar, die derart starre Vorgaben auferlegt bekommen. Unberechenbarkeit oder Spontaneität einzelner Faktoren im Behandlungsprozess sind eben das Gegenteil von Prozessoptimierung oder Stan-

dardisierung. Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme vom April 2016 daher zu Recht darauf hingewiesen, dass Freiräume für Gespräche oder individuelle Bedürfnisse der Patienten zu wenig in den DRGs abgebildet sind. Die wachsende Patientengruppe derjenigen, die an Demenz erkrankt sind, wird dabei ausdrücklich angesprochen.

Zuhören, Erklären und Begleiten erfordern Zeit. Wichtige Bedürfnisse von Patienten bleiben aber im DRG-System bislang unberücksichtigt, da sie nicht in industrielle oder marktwirtschaftliche Standards passen. Die Art und Weise, wie Patienten heute behandelt werden, hat sich völlig verändert. Patienten werden entlang ihrer Krankheitsbilder schematisiert bis dahin, dass häufig nicht mehr über Herr Schmitz und Frau Müller, sondern von »der Hüfte auf Zimmer 306« oder »dem Herzinfarkt« gesprochen wird. Auch die Therapieformate werden standardisiert, so dass nur wenig Spielraum besteht, individuelle Eigenheiten und Bedürfnisse von Patienten zu berücksichtigen. Die Unverwechselbarkeit und Einzigkeit des Patienten läuft optimierten und skalierbaren Prozesses zuwider. Vorgesehen ist, dass eine Diagnose in ein dafür vorgesehenes Therapieformat passt. Der Variationsspielraum für Pflegenden und Ärzte ist nicht groß, primär wegen enger finanzieller Rahmenvorgaben.

*Patienten werden entlang ihrer Krankheitsbilder schematisiert bis dahin, dass häufig nicht mehr über Herr Schmitz sondern von »der Hüfte auf Zimmer 306« gesprochen wird.*

## Fazit

Bei aller Berechtigung von Prozessoptimierung, Standardisierung und betriebswirtschaftlichem Blick der Heilberufe muss vor Augen geführt werden, worum es im Krankenhaus vor allem geht: Um den individuellen Patienten, um den hilfsbedürftigen Menschen. Standardisierung und Prozessoptimierung stoßen beim Patienten an ihre Grenzen. Menschen und ihre Krankheiten passen nicht ohne weiteres in vorgefertigte und vereinheitlichte Schablonen. Die Interaktion zwischen Arzt bzw. Pflegekraft und Patienten unterscheidet sich von industriellen Herstellungsprozessen. Bislang sind es vor allem die Verantwortlichen auf Seite der Leistungserbringer, welche auf die Asymmetrie des Systems hinweisen. Doch damit sind sie noch weitgehend alleine. Die Problematik muss erst ins gesellschaftliche Bewusstsein vordringen, um wirkungsvolle Veränderungen herbeizuführen. Politisch muss geklärt wer-

den, in welcher Form die Notwendigkeit von Kostensenkung und guter Versorgung von Patienten miteinander vereinbart werden kann. Möglicherweise wird ein Ergebnis dieses Klärungsprozesses sein – so er denn ergebnisoffen geführt wird – dass beide Ziele nicht ohne Abstriche zusammengebracht werden können. Derartige drängende politische Prozesse erfordern ganz sicher Mut. Sie sind aber ethisch und wirtschaftlich geboten. Immerhin geht es um die Beiträge aller gesetzlich versicherten Menschen in Deutschland. Und besonders um ihre Gesundheit.



IMMER GUT  
VERSICHERT  
seit  
1952



## Unser neues Garantiemodell

Starten Sie Ihre  
Altersvorsorge jetzt!

- + Höhere Rente und jederzeitige Beitragsflexibilität sichern
- + Attraktives Garantiemodell mit Höchststands-Garantie
- + Innovative Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Jetzt  
starten!



Mehr Informationen: [www.pensionskasse-caritas.de](http://www.pensionskasse-caritas.de)  
[info@pensionskasse-caritas.de](mailto:info@pensionskasse-caritas.de) · Tel.: 0221 46015-0



PENSIONSKASSE  
DER CARITAS VVAG

## Was ist ein »moralischer Konflikt«?

Wenn wir uns überlegen, was moralisches Handeln ausmacht, beziehen wir uns häufig auf (mal mehr, mal weniger) bewusst reflektierte, allgemein leitende Wertvorstellungen, Prinzipien, Normen und Gesetze. Oder wir haben uns selbst Maßstäbe für unser Handeln in Form von persönlichen Maximen gesetzt. Eine für die moralische Reflexion relevante Handlung ist dadurch gekennzeichnet, dass es um ein Sprechen, Handeln oder Unterlassen geht, bei dem sich der Handelnde überlegt, ob das was er tut, den persönlichen oder für einen bestimmten Bereich geltenden Moralvorstellungen entspricht. Dazu muss man voraussetzen, dass bei unserem tagtäglichen Handeln ein moralischer Anspruch an uns herantritt. Dieser kann sich im konkreten Erleben eines Menschen vor oder nach einer Handlung durch ein Bauchgefühl oder z.B. durch das persönliche Gewissen zeigen. Diese Reaktionen zeigen, dass Menschen nicht bloß handeln können, sondern dass sie das, was sie tun, gut tun wollen.

### Problem, Konflikt, Dilemma

Denken wir darüber nach, wie wir gut handeln können, gelangen wir gelegentlich an den Punkt, an dem Unsicherheiten bezüglich des Handelns und Verhaltens auftreten. Einerseits können sich diese durch die Abwägung von Gründen auflösen, andererseits aber auch in Form eines Problems verfestigen. Im Unterschied zu einem allgemeinen moralischen Problem, das eine Vielzahl unterschiedlicher Situationen bezeichnen kann, richtet sich bei einem moralischen Konflikt die Frage nach der Richtigkeit einer Handlung stärker auf den Handelnden selbst (intrapersonell) bzw. auf die Auseinandersetzung mit den Ein-



**Dr. Jonas Pavelka**  
bereitet gerade für die Teilnehmenden des Theologischen Kurses der Erzdiözese Freiburg einen Studientag vor zum Thema vor: (Wie) kann man heute über Schuld und Gewissen sprechen?



stellungen anderer Handelnder (interpersonell). Ein Dilemma bezeichnet schließlich eine ausweglose Lage; eine Situation, in der jede mögliche Option ein moralisches Fehlverhalten nach sich zieht.

## Fallbeispiel

Zur Veranschaulichung eines moralischen Konflikts stelle man sich folgendes konstruiertes Fallbeispiel vor: Ein Arzt fragt sich in Folge der im November 2015 getroffenen Regelung der Beihilfe zum Suizid, ob er bereits »geschäftsmäßig« Beihilfe zum Suizid anbietet, wenn er zum dritten Mal in einem Jahr Assistenz beim Suizidwunsch eines Patienten leistet. Er sieht sein Handeln zwar durch die Bestimmungen des StGb §217 gerechtfertigt, fragt sich aber auf der persönlichen Ebene, wie er als Arzt, der sich dem Leben verpflichtet fühlt, dem Sterbewilligen mit seinem Wunsch begegnen soll. Einerseits will er einem leidenden Menschen helfen und ihm den Wunsch zu sterben nicht verweigern. Andererseits scheut er die Suizidbegleitung, da er sich nicht auf rechtlich sicherem Boden weiß. Schließlich spricht er mit einem Kollegen über die Situation, der einer Beihilfe zum Suizid grundlegend ablehnend gegenübersteht, da er sich nicht von einem Patienten für seine Zwecke »instrumentalisieren« lassen möchte. Er weist darauf hin, dass das Handeln zwar straffrei gestellt, aber dadurch noch nicht moralisch gut sei. Zudem sieht er ein solches Handeln nicht mit der Berufsordnung der Ärzte vereinbar.

*Der Arzt fühlt sich einerseits verpflichtet, einem leidenden Menschen zu helfen und möchte ihm den Wunsch zu sterben nicht verweigern.*

## Moralische Konflikte im Krankenhaus in der Ethikberatung lösen

Während der Arzt sich zunächst in einem intra-personellen Abwägungsprozess befindet, da er für sich Gründe gegeneinander abwägt, die sein Handeln gegenüber dem sterbewilligen Patienten betreffen, wird die Situation im Austausch mit dem anderen Arzt zu einem inter-personellen Austausch. Hier stoßen die moralischen Auffassungen der beiden Ärzte aufeinander. Von einem moralischen Konflikt kann man aber erst dann sprechen, wenn der Arzt aus der Abwägung heraus nicht zu der Überzeu-

gung des »zwanglosen Zwangs des besseren Arguments« (J. Habermas) kommt. Es könnte außerdem sein, dass das Ergebnis seiner Überlegungen zu einer Handlungsoption führt, die mit der derzeitigen Gesetzeslage nicht übereinstimmt. Auch dann kann man von einem moralischen Konflikt sprechen. Schließlich kann auf der intra-personellen Ebene ein Konflikt auch dergestalt auftreten, dass der Arzt nicht in dem Sinne handelt, wie er es nach reiflicher Überlegung und Abwägung der Gründe und nach Gesprächen mit dem Patienten für richtig hält. Auch wenn also eine Begründung für das Handeln vorliegen würde, folgt daraus noch nicht unmittelbar die Handlung.

Es gibt offensichtlich in vielen Arbeitssituationen immer wieder Probleme und Unsicherheiten in der Beurteilung, was eine gute Handlungsweise auszeichnet.

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens treten Konflikte häufig zwischen der Indikation und dem Patientenwillen auf. Eine medizinisch noch, bzw. eine nicht mehr angezeigte Maßnahme, die bei einem nicht eindeutigen Patientenwillen durchgeführt werden soll, kann zu einem moralischen Konflikt führen, wenn das Vorgehen nicht ausreichend mit den beteiligten Akteuren besprochen worden ist.

*Es gibt in vielen Arbeitssituationen immer wieder Probleme in der Beurteilung, was eine gute Handlungsweise auszeichnet.*

## Orientierungshilfen für moralisches Handeln

Wie eingangs erwähnt leiten uns bei der Orientierung nach gutem Handeln moralische Gewissheiten und unser Gewissen. Man kann sich an den Normen, Leitlinien, Verboten, Gesetzen und Vorschriften orientieren, die für einen bestimmten Arbeits- bzw. Lebensbereich maßgeblich sind. Man kann sich aber auch auf den Weg machen, die Entscheidungen hinsichtlich der Gründe für die persönlichen Absichten, der »Sache an sich« und der eingesetzten Mittel sowie der Folgen eines Handelns zu prüfen.

Während man im ersten Fall äußeren Vorschriften folgt, übernimmt man im zweiten Fall durch die persönliche Abwägung von Gründen eine höhere Verantwortung für sein Handeln.

*Durch die persönliche Abwägung von Gründen übernimmt man eine höhere Verantwortung für sein Handeln.*

Für die persönliche Reflexion des eigenen verantwortlichen Handelns bezieht man sich in der Ethik traditionell auf:

- a) den Gegenstand einer für die Reflexion bedeutsamen Handlung
- b) die Handlungsumstände
- c) die Absicht und das Ziel, das der Handelnde verfolgt.

Ob nun eine Handlung moralisch gut oder schlecht ist, hängt davon ab, ob sie sich an den jeweils referenziellen Werten, Normen und Prinzipien in diesen drei Teilbereichen orientiert. Diese Herangehensweise an moralische Bewertungen von Handlungen ist stark von einer mit Hilfe der Vernunft reflektierenden Sichtweise geprägt. Sie folgt der Vorstellung, dass die angemessene Reflexion auch zu einer guten Handlung führt. Wenngleich das sicher nicht von der Hand zu weisen ist, weisen einige Autoren (S. Salloch, P. Ritter, S. Wäscher, J. Vollmann, J. Schildmann, 2016) darauf hin, dass auch die moralischen Intuitionen von »Laien« eine positive Handlung bewirken können, ohne dass sie ausreichend reflektiert sind. Es zeigte sich bei einer empirischen Untersuchung, dass dadurch sogar andere Handlungen in den Blick kommen, auf die man auf dem Wege der rein rationalen Reflexion nicht gekommen wäre. Aktuell wird auch darüber diskutiert, ob Moral die Perspektive von Laien und ihren Einstellungen und Handlungsweisen angemessen berücksichtigt. Es deutet sich an, dass sowohl rational erwogene Gründe als auch empirisch beschreibbare Handlungsmotive zu gutem Handeln führen können.

*Es deutet sich an, dass sowohl rational erwogene Gründe als auch empirisch beschreibbare Handlungsmotive zu gutem Handeln führen können.*

## Konflikte – Eine Chance für gutes Handeln?!

Ein moralischer Konflikt kann schließlich auch eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit darstellen, sich seiner persönlichen Gründe für ein Handeln noch einmal zu vergewissern. Der Konflikt ist dann im Grunde nur ein vorübergehender Zustand, bei dem wir noch nicht genau wissen, wie wir uns in einer Situation verhalten sollen. Im Abgleich mit den eigenen oder im Austausch mit anderen Wertvorstellungen kann sich der Konflikt zwar verschärfen, er kann aber auch zu einer Neubegründung des persönlichen Handelns führen. Wenn sich eine Entscheidung von einer bloßen Intuition in ein gut begründetes Handeln überführen lässt, dann geht damit in der Regel eine Entlastung für den Entscheidenden einher bzw. für alle, die an der Handlung beteiligt sind.

Ein gutes Beispiel für die Bearbeitung von moralischen Konflikten stellt das Format der Ethikberatung in der pflegerischen und klinischen Praxis dar. Hier werden moralisch relevante Problemstellungen oder Konflikte analysiert, und im Gespräch Gründe für das eigenen Handeln benannt und diskutiert, Stereotypen sichtbar und der Ausgleich zwischen Hierarchien befördert. Die regelmäßige Kommunikation über ethisch relevante Fragestellungen führt nicht selten zu einer Verbesserung des Betriebsklimas unter den Mitarbeitenden, indem sie eine höhere innere Zustimmung zur Arbeit entstehen lässt.

» Literatur beim Verfasser

# Der aktuelle Stellenwert ethischer Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grundlage für medizinische Entscheidungen (auch) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte idealerweise die Selbstbestimmung des Patienten sein. Eine informierte Zustimmung (Informed consent) zwischen Arzt und Patient wird dann hergestellt, wenn der Patient nach einer angemessenen ärztlichen Aufklärung der Behandlung freiwillig zustimmt. Kinder und Jugendliche sind jedoch keine »kleinen Erwachsenen.«

Bei sichernden Maßnahmen, bspw. einer einmaligen Fixierung, sind primär interne Handlungsempfehlungen zur Durchführung und Dokumentation maßgeblich. In solchen Fällen reichen kurze Nachbesprechungen dann meistens aus.

In manchen Fällen bleibt eine Unsicherheit bei der Ermittlung des Patientenwillens bestehen. Dann kann neben weiteren Erwägungen eine ethische Fallbesprechung Orientierung bei der Klärung des Willens bieten, die konkrete Ausgestaltung fürsorglichen Handelns fördern sowie zur Klärung der Werteeinstellungen der Beteiligten beitragen.

## Formen von Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen (Abb. 1) lassen sich in den Dimensionen intern vs. extern sowie retrospektiv vs. prospektiv beschreiben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die interne und retrospektive Fallbesprechung im multiprofessionellen Team am häufigsten, bspw. nach schweren Suizidversuchen bzw. extrem aggressivem Verhalten von Patienten als multiprofessionelle Nachbesprechung auf Station. Bei medizinischen Behandlungsfragen, bspw. einer Zwangsmedikation eines psychotischen Jugendlichen über einen längeren



**Dr. med. Jochen Gehrman,**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus in Ludwigshafen a.Rh.

Zeitraum bzw. der Zwangsernährung einer lebensbedrohlich untergewichtigen magersüchtigen Patientin ist hingegen eine externe und prospektive Fallbesprechung sinnvoll. Bei Bedarf ist es angebracht, dass auch ein Jurist bzw. ein Verfahrenspfleger daran teilnimmt. Denn hier geht es um Weichenstellungen für die weitere Behandlung.

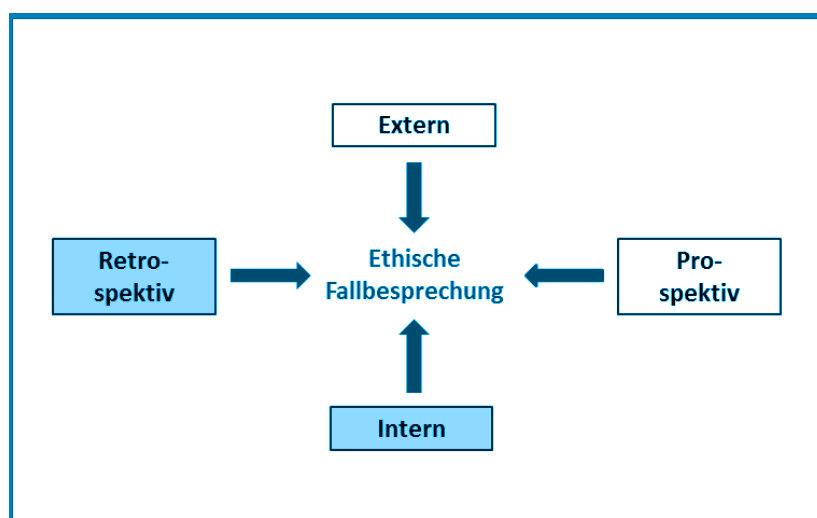


Abb. 1

## Rechte und Pflichten

Die 1990 in Kraft getretene UN Kinderschutzkonvention formuliert u.a. als Grundrecht für jedes Kind (a) »das Recht auf Gesundheit« und (b) das Recht, sich zu informieren, sich mitzuteilen und gehört zu werden. Gesunde Kinder sind – nach aktuellem wissenschaftlichem Stand – spätestens ab dem 8. Lebensjahr grundsätzlich in der Lage, einen eigenen Willen klar zu bekunden. Andererseits unterliegen sie der Fürsorge- und Schutzpflicht ihrer sorgeberechtigten Eltern, denen nach §1631b BGB die Pflicht und das Recht zusteht, »das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen«, d.h. im Alltag

*Gesunde Kinder sind – nach aktuellem wissenschaftlichem Stand – spätestens ab dem 8. Lebensjahr grundsätzlich in der Lage, einen eigenen Willen klar zu bekunden.*

dürfen (und müssen?) die Eltern bis zur Volljährigkeit grundsätzlich alle gesundheitlich relevanten Entscheidungen für ihr Kind treffen. Elterliche Pflichten und Rechte mit dem Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen miteinander zu vereinbaren, kann den Arzt bzw. Psychologen (letztendlich alle Berufsgruppen) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ein nicht unerhebliches Spannungs- bzw. Konfliktfeld bringen (Abb. 2).

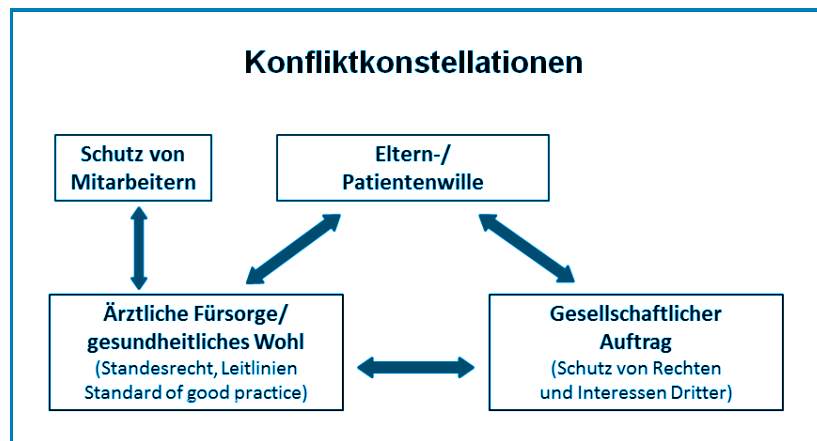


Abb. 2

Gesundheitliche Probleme des minderjährigen Patienten bspw. akute Psychosen, Drogenmissbrauch, aber auch Erkrankungen wie z.B. Autismus, können dessen Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen wesentlich beeinträchtigen. Schwere psychische Erkrankungen von Eltern, bspw. Psychosen oder Sucht, können wiederum deren Erziehungs- und Entscheidungskompetenz gravierend beeinträchtigen. Damit orientiert sich die Therapieentscheidung stets am Gesamtwohl des Kindes, das gemäß seiner geistig-sittlichen Reife zu beteiligen ist.

## Die Rolle der Eltern

Hochstrittige Eltern stellen ihre Kinder vor massive Loyalitätskonflikte; ein gemeinsam sorgeberechtigtes Elternteil kann sinnvolle Entscheidungen unter Umständen sehr verzögern bzw. sogar länger blockieren. Denn auch zu einer Behandlung bspw. einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit zugelassenen Medikamenten bedarf es der Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteile.

Kinder entwickeln häufig seelische Störungen in pathologischen Familiensystemen; eine verzerrte intrafamiliäre Kommunikation und gestörte Eltern-Kind-Interaktion schaffen in der Behandlung zusätzliche Herausforderungen. In einer globalisierten Welt prallen mitunter kulturell und religiös sehr unterschiedliche Krankheitskonzepte und Wertesysteme aufeinander: in afrikanischen Kulturen heilen Geisterbeschwörer Psychosen und die Betroffenen verbleiben in ihrer Großfamilie; in Mitteleuropa wird der einzelne Patient getrennt von seiner Familie vorrangig zunächst medikamentös behandelt. Männliche Patienten aus patriarchalisch geprägten Kulturen tun sich möglicherweise schwer, sich von Ärztinnen untersuchen und behandeln zu lassen; umgekehrt treffen sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrscheinlich eher auf eine Ärztin bzw. eine Psychologin.

*Kinder entwickeln häufig seelische Störungen in pathologischen Familiensystemen; eine verzerrte intrafamiliäre Kommunikation und gestörte Eltern-Kind-Interaktion schaffen in der Behandlung zusätzliche Herausforderungen.*

Externe ethische Fallbesprechungen (Abb. 3) sind in Konfliktsituationen, in denen die Autonomiebedürfnisse der minderjährigen Patienten bzw. ihrer Sorgeberechtigten primär der ärztlichen Fürsorgepflicht gegenüberstehen, hilfreich, um eine externe Perspektive einzubeziehen, eine »emotionalisierte« Diskussion zu versachlichen und sorgfältig Nutzen bzw. Risiko ärztlichen Handelns bzw. Nicht-Handelns abzuwägen. Sie entheben aber den Arzt bzw. Psychologen nicht davon, sich geduldig um einen tragfähigen Beziehungsaufbau mit dem Patienten und seinen Eltern zu bemühen, sich in die subjektive Sichtweise der Familie hineinzusetzen, und ggf. Kompromisse auszuhandeln.



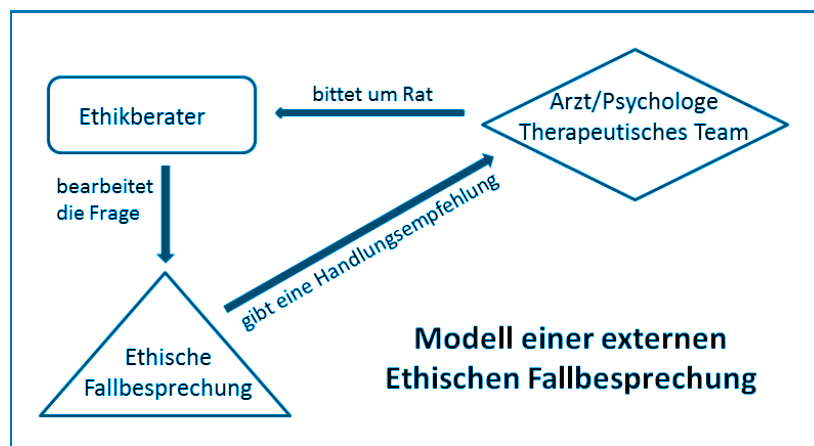


Abb. 3

Schließlich entlasten ethische Fallbesprechungen den Arzt nicht davon, nach bestem Wissen und Gewissen, schwere gesundheitliche Gefahren von minderjährigen Patienten abzuwenden. Bei den im Alltag wiederkehrenden Konfliktfeldern geht es meist um Therapieziele und -optionen (insbesondere auch Medikamente), Zwangskontexte bzw. eine Behandlungsplanung einschließlich der Planung weiterer Perspektiven z.B. gemeinsam mit der Jugendhilfe.

In Fällen akuter Eigen- bzw. Fremdgefährdung darf und muss der relativ unklar definierte Rahmen der Personensorge nach §1631bBGB ggf. kurzzeitig verlassen werden (bspw. falls Sorgeberechtigte akut nicht verfügbar sind), um nach den Bestimmungen des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) Landesgesetzen eine richterliche Genehmigung zur Abwehr einer akuten gesundheitlichen Gefahr zu erwirken.

In unserem klinischen Alltag sind Unterbringungen nach PsychKG aber die Ausnahme. Unterbringungen nach §1631 BGB sind begrenzt auf etwa 2% der im Jahr stationär etwa 240 behandelten Patienten. Dabei spielt der Verfahrenspfleger als Anwalt der Interessen des Kindes eine wichtige Rolle. Weitere familiengerichtliche Interventionen, um eine medizinisch notwendige Maßnahme durchzusetzen, sind noch seltener; bspw. die Übertragung von Teilen der elterlichen Sorge (z.B. der Gesundheitsorge) auf einen Elternteil bzw. einen vom Gericht bestellten Vormund.

## Fazit

Geduld, der gegenseitige Respekt vor ärztlicher Heilkunst und vor der Autonomie des Patienten und seiner Eltern bzw. das Verständnis kulturell anderer Wertesysteme, ein hohes Maß an Einfühlsamkeit und schließlich Zeit für sich und andere zu haben – das sind im Alltag die hilfreichsten »Heilmittel«, um einen Interessenausgleich auf einen guten Weg zu bringen. »Sich gegenseitig zuzuhören« – ggf. auch mit einem Sprach- und transkulturellen Dolmetscher – schafft das notwendige Vertrauen für ein Behandlungsbündnis.

Die ethische Fallberatung ist seit langem standard-of-good-practice in einer multiprofessionellen, teamorientierten, kreativ-bunten Kinder- und Jugendpsychiatrie, auch wenn darüber bisher eher wenig veröffentlicht wurde. Externe Ethikberater können dabei hilfreich sein, jedoch nur, insofern sie selber den Praxisalltag etwas kennen, lösungsorientiert arbeiten und tunlichst nicht ex cathedra zu belehren versuchen.

» Literatur beim Verfasser

# Das Kindeswohl als Entscheidungskriterium in der Medizin

Beim Umgang mit Kindern bzw. Minderjährigen spielt der Begriff des Kindeswohls eine zentrale Rolle. Der Kindeswohlbegriff soll Orientierung und Maßstab dafür sein, was gut für Kinder ist und wie mit Kindern umgegangen werden soll. Diese Funktion hat der Kindeswohlbegriff sowohl ganz generell für die Eltern-Kind-Beziehung als auch in spezifischen Kontexten wie z.B. dem der Medizin. Im Folgenden sollen die ethischen Grundlagen und einige prinzipielle Aspekte des Kindeswohlbegriffs und seiner Rolle in der Medizin beleuchtet werden.

## Kinder in der Medizin

Kinder können in verschiedenen Zusammenhängen und unterschiedlichen Rollen in der Medizin vorkommen: i) als Patienten; ii) als Geschwisterkind eines kindlichen Patienten (wobei das Geschwisterkind durch die Krankheit und Behandlung seines kranken Geschwisters entweder direkt medizinisch involviert sein kann, z.B. zur Aufklärung genetischer Krankheitsursachen oder als Gewebespender, oder »nur« sozial und psychisch); iii) als Kind einer kranken Mutter oder eines kranken Vaters, z.B. in dramatischer Weise bei der Behandlung einer Mutter von drei kleinen Kindern, die als Zeugin Jehovas lebensrettende Transfusionen für sich ablehnt; iv) als Proband, d.h. als Kind, das nicht oder nicht nur als Patient behandelt wird, sondern an dem (u.a.) zum Zwecke der Forschung bestimmte medizinische Maßnahmen vorgenommen werden. Im Umgang mit Kindern in all diesen Konstellationen sollte das Kindeswohl eine wichtige Rolle spielen. Im Weiteren werden wir uns jedoch nur auf den gewöhnlichen Fall des Kindes als Patient konzentrieren. Völlig ausgespart werden dabei auch Fragen des Kindeswohls bei vorgeburtlichem Leben.



### Dr. phil. Christoph Schickhardt

ist Philosoph und Autor der Monographie »Kinderethik. Der moralische Status und die Rechte der Kinder« (2. Auflage) und zahlreicher anderer Publikationen. Er arbeitet als Wissenschaftler und Projektkoordinator im Bereich der Medizinethik am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg.

## Kindeswohl und Kinder

Das Kindeswohl ist ein Konstrukt: Dritte, z.B. Eltern oder Ärzte, bestimmen – mit oder ohne Einbeziehung des Kindes –, was gut für das Kind ist bzw. was als gut für das Kind zu gelten hat. Die wichtigste Funktion des Kindeswohlbegriffs ist die eines Ersatzes bzw. einer Hilfskonstruktion beim Umgang mit nicht selbstbestimmungsfähigen Kindern. Gewöhnlich sprechen wir jedem Patienten die Fähigkeit und das Recht zu, selbst am besten zu wissen, was gut für ihn ist bzw. worin seine Interessen bestehen und entsprechend selbst zu entscheiden, ob und wie er ärztlich behandelt werden soll. Bei Kindern ist diese Art der Selbstbestimmung naturgemäß oft nicht oder nur eingeschränkt möglich. Entsprechend ihres Entwicklungsstandes verfügen Kinder, z.B. Säuglinge, häufig über zu wenig Reife und geistige Fähigkeiten. Allerdings sind Kinder deshalb nicht notwendigerweise völlig unreif. Zur Gruppe der Kinder, wie sie von der UN-Kinderrechtskonvention (Art. 1) und auch im Folgenden verstanden wird, gehören alle Minderjährigen bis zum Alter von 18 Jahren bzw. der gesetzlichen Volljährigkeit, also auch Jugendliche. Dies entspricht ungefähr der Altersskala der Patienten von pädiatrischen Klinikabteilungen.

*Gewöhnlich sprechen wir jedem Patienten die Fähigkeit und das Recht zu, selbst am besten zu wissen, was gut für ihn ist.*

## Kindesentwicklung, Kindeswohl und Kinderrechte

Vereinfacht dargestellt lassen sich Kinder bezüglich ihrer geistigen Fähigkeiten und Reife im Allgemeinen sowie mit Blick auf besondere, sie betreffende medizinische Sachverhalte in drei Untergruppen einteilen:

- i) weitgehender Mangel an Verständnis- und Entscheidungsfähigkeiten
- ii) eingeschränktes Vorhandensein von Verständnis- und Entscheidungsfähigkeiten
- iii) ausreichendes Vorhandensein von Verständnis- und Entscheidungsfähigkeiten

Für den Gebrauch und die Bestimmung des Kindeswohls als Entscheidungskriterium ergeben sich aus den individuell unterschiedlich weit entwickelten Fähigkeiten und Reifegraden der Kinder wichtige Folgen. Bei Kindern der ersten Gruppe (i) ist

das von Dritten, z.B. den Eltern oder Ärzten, bestimmte Kindeswohl alleiniges Entscheidungskriterium. Bei Kindern mit eingeschränkten Fähigkeiten (ii) ist das Kindeswohl ebenfalls letztlich entscheidendes Kriterium, allerdings haben diese Kinder das Recht, bei der Bestimmung ihres Wohls einbezogen und angehört zu werden. Bei Kindern mit ausreichenden Verständnis- und Selbstbestimmungsfähigkeiten (iii) ist das von Dritten festzulegende Kindeswohl nicht mehr entscheidendes Kriterium, da diese Kinder die Fähigkeit und dementsprechend das Recht haben, selbst zu entscheiden und zu bestimmen, was für sie gut ist und ob bzw. wie sie medizinisch behandelt werden wollen. Dies kann bei Kindern bzw. Minderjährigen in Abhängigkeit von ihrer Persönlichkeit und der sozialen und medizinischen Situation teilweise schon ziemlich früh, z.B. im Alter von 13 oder 14 Jahren, der Fall sein. Anzumerken bleibt, dass auch in medizinischen Kontexten alle Pflichten, die wir auch sonst gegenüber Kindern haben, z.B. die Pflicht, die Würde der Kinder zu achten und ihnen mit Respekt zu begegnen, gelten. Darüber hinaus haben Kinder als Patienten besondere Partizipationsrechte, allen voran das Recht, bei ihrer Behandlung und bei den Behandlungsprozessen entsprechend ihrem Entwicklungsstand und ihrer Reife einbezogen zu werden, z.B. durch kindgerechte Informationen und Gespräche. Reife Kinder mit ausreichenden Entscheidungsfähigkeiten – um die es im Folgenden aber nicht weiter gehen soll – haben das volle Selbstbestimmungsrecht.

*Kinder als Patienten haben besondere Partizipationsrechte, allen voran das Recht, bei ihrer Behandlung einbezogen zu werden.*

## Die ethischen Grundlagen der Beachtung des Kindeswohls

Warum sollten wir dem Kindeswohl Beachtung und moralisches Gewicht einräumen? Als Menschen haben Kinder Rechte. Wenn wir das Prinzip der Gleichheit aller Menschen ernst nehmen, dann sind Kinder gleich viel wert wie Erwachsene und haben grundsätzlich die gleichen Rechte wie Erwachsene, z.B. das Recht auf Leben oder auf Gesundheitsversorgung. Die entwicklungspezifischen Besonderheiten von Kindern wie z.B. fehlende oder eingeschränkte geistige Entscheidungsfähigkeiten können einen legitimen Grund dafür darstellen, Freiheiten von Kindern zum Schutze der Kinder selbst (oder eventuell auch zum Schutze Dritter) einzuengen;

sie dürfen jedoch keinen Vorwand dafür bilden, Kinder schlechter zu stellen und ihren Interessen weniger Gewicht einzuräumen, z.B. bei der Verteilung begrenzter Ressourcen im Krankenhaus. Auch wenn es unbestreitbar ist, dass bei der Bestimmung des Wohls von Kindern teilweise eklatante Fehler gemacht wurden und wenig dafür spricht, dass wir heutzutage alles richtig machen, bleibt das Kindeswohl unverzichtbar, wenn wir Kinder achten wollen. Dazu müssen wir uns fragen, was gut für Kinder ist und ihren derart bestimmten Interessen Gewicht einräumen und Gerechtigkeit widerfahren lassen. Schon das Fragen nach dem Wohl des individuellen Kindes und der Versuch dieses näher zu bestimmen und individuell auszugestalten sind also keine Spielerei, die Eltern und Ärzte betreiben oder auch unterlassen dürfen. Es handelt sich vielmehr um eine Pflicht und einen notwendigen Schritt für all jene, die gegenüber dem Kind Verantwortung tragen.

*Wir müssen uns fragen, was gut für Kinder ist und ihren derart bestimmten Interessen Gewicht einräumen.*

## Das Kindeswohl im pädiatrischen Dreieck

Im medizinischen Bereich haben einerseits die Eltern (als Sorgeberechtigte) und andererseits die Ärzte, allen voran der behandelnde Arzt, aber auch die Pflegekräfte die Pflicht, das Wohl des Kindes zu schützen und zu fördern. Die Eltern haben das Recht, in die Behandlung ihres Kindes einzuwilligen oder sie abzulehnen. Die Ärzte dürfen das Kind festhalten, um es zu untersuchen oder zu behandeln. Daraus könnte man nun voreilig den Schluss ziehen, dass die Eltern oder Ärzte bestimmte Rechte oder Ansprüche gegenüber dem Kind haben und über das Kind »verfügen« dürfen. Dies ist aber aus ethischer (und auch aus rechtlicher) Sicht eindeutig nicht der Fall. Die Eltern dürfen ihre Einwilligung in eine medizinisch indizierte Behandlung des Kindes, die dem Kindeswohl dient, nicht nach Lust oder Eigeninteresse geben oder verweigern. Sie haben eine gegenüber dem Kind bestehende Pflicht, in die Behandlung einzuwilligen. Der Arzt darf nicht das Kind festhalten, wenn er das Kind nicht anders untersuchen oder behandeln kann, sondern er muss es tun. Sowohl Eltern als auch Ärzte haben gegenüber dem Kind keine Rechte, am Kind etwas zu tun (oder zu unterlassen) wie es ihnen passt, ihrer Lust und ihren Eigeninteressen entsprechen, sondern müssen tun, was dem Kindeswohl entspricht. Allein darauf beschränkt sich ihre »Verfüugungsmacht« über das Kind. Was folgt aus dem Vorherigen normativ für

*Die Eltern dürfen ihre Einwilligung in eine medizinisch indizierte Behandlung des Kindes nicht nach Lust oder Eigeninteresse geben oder verweigern.*

das Dreiecksverhältnis zwischen dem Kind als Patienten, dem Arzt und den Eltern? Es folgt erstens, dass es in diesem Dreiecksverhältnis, das den pädiatrischen Alltag prägt, allein um das Kindeswohl gehen muss; und zweitens, dass die »großen und mächtigen« Parteien, die Eltern und Ärzte, gegenüber dem Kind keinerlei Rechte oder Ansprüche haben, sondern nur Pflichten, die sich aus ihrer jeweiligen Verantwortung für das Kindeswohl ergeben.

## Eltern und Ärzte

Hier stellt sich noch die Frage nach dem Verhältnis zwischen Eltern und Arzt. Ist der Arzt ein Weisungsempfänger der sorgeberechtigten Eltern und dazu verpflichtet, Behandlungen am Kind vorzunehmen (oder zu unterlassen), wie es die Eltern ihm auftragen, im Zweifelsfall auch gegen seine eigene (ärztliche) Sicht und sein Gewissen? Oder ist es vielmehr umgekehrt, dass der Arzt bestimmt, was am Kind zu tun ist, und die Eltern entsprechend der ärztlichen »Anweisung« ihre Einwilligung dazu erteilen? Beides wäre falsch. Bei den Eltern und dem Arzt handelt es sich um zwei Parteien mit unterschiedlichen Kompetenzen und Rollen, die aber in keinem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Keiner ist Weisungsempfänger des anderen. Beide haben die Aufgabe und Pflicht, nach bestem Wissen und Gewissen das Wohl des Kindes wahrzunehmen. Dabei sind sie aufeinander angewiesen, so dass sie nur in Absprache und gegenseitigem Einvernehmen tätig sein können. Bei abweichenden Meinungen müssen sie sich schließlich einigen, dürfen dabei jedoch keine Kompromisse zulasten des Kindeswohls schließen. In dringenden Fällen, in denen Eltern und Ärzte keine gute gemeinsame Linie finden, muss der Staat als Wächter des Kindeswohls eingreifen.

*In dringenden Fällen muss der Staat als Wächter des Kindeswohls eingreifen.*

## Bestimmung des Kindeswohls

Das Kindeswohl ist ein komplexer Begriff, der physiologische, psychische und soziale Aspekte des Lebens des Kindes in der Gegenwart sowie in mittlerer und ferner Zukunft (im »Erwachsenenleben«) einbeziehen muss. Auf einer grundsätzlichen, abstrakten und stark weltanschaulich geprägten Ebene geht es um das, was man allgemein für Kinder als gut erachtet. Hier erscheint es aus einer liberal-egalitären Per-

spektive, die eine freiheitliche und gleichberechtigte Entwicklung von Kindern fördert, als plausibel, das Kindeswohl grundsätzlich darin zu sehen, dass Kinder subjektiv glücklich sind und sich zu glücklichen und selbstständigen Personen entwickeln. Die gemeinsame Anerkennung des Werts der Gesundheit bzw. des Lebens für das Kind bzw. das Kindeswohl ist gewöhnlich die Basis für ein konstruktives Verhältnis zwischen Ärzten und Eltern. Viele Spannungen oder Streitigkeiten zwischen Eltern und Ärzten bezüglich der richtigen Behandlung dürften bei näherer Betrachtung nicht weltanschaulich fundierten unterschiedlichen Positionen geschuldet sein, sondern ihren Grund eher in Schwierigkeiten und Mängeln der Kommunikation und des gegenseitigen Umgangs sowie in einem daraus resultierendem schleichenden Vertrauensverlust haben. Diese Situationen dürften mit besserer Kommunikation und vertrauensbildenden Maßnahmen, gegebenenfalls mit Hilfe einer klinischen Ethikberatung oder Mediation, überwunden werden. Dabei kann es pragmatisch hilfreich sein, sich der gemeinsamen Übereinstimmung bei der Anerkennung des Wertes der Gesundheit des Kindes bewusst zu sein.

*Die gemeinsame Anerkennung des Werts der Gesundheit bzw. des Lebens für das Kind ist die Basis für ein konstruktives Verhältnis zwischen Ärzten und Eltern.*

## Fazit

Aus der Sicht einer liberal-egalitär orientierten Kinderethik ist abschließend auf zwei wichtige Punkte hinzuweisen: Es handelt sich erstens um einen falsch verstandenen Liberalismus, wenn man Eltern im Namen der (elterlichen!) Freiheit und Elternrechte größtmögliche Macht und Entscheidungsgewalt über ihre Kinder einräumt. Ein richtig verstandener Liberalismus verteidigt nicht die Macht der Eltern über ihre Kinder, sondern die gegenwärtigen und zukünftigen Freiheiten und Rechte des Kindes. Zweitens sind Wertentscheidungen der Eltern (z.B. ein religiös begründeter Verzicht auf lebensnotwendige medizinische Eingriffe oder eine indoktrinierende und das Kind isolierende Erziehung), die in bedeutsamer Weise die elementare Chance des Kindes gefährden, zu einem späteren Zeitpunkt seines Lebens selbst eine Weltanschauung und ein Wertesystem für sich zu finden und sein eigenes Leben zu führen, ethisch betrachtet inakzeptabel und im Sinne des Kindeswohls abzuwehren.

» Literatur beim Verfasser



## Ostern – Wunden heilen

Erlösung gibt es nicht am Leiblichen vorbei. Wenn der Mensch mit Gott in Berührung kommt, geht es immer um den ganzen Menschen, mit all seinen Dimensionen. Da ist Seelisches und Leibliches nicht zu trennen. Das eine betrifft das andere und umgekehrt. Das übersteigt schnell unsere Vorstellungsmöglichkeiten. Wie soll denn ein Toter, dessen Körper offensichtlich zerfallen ist, wieder einen Leib haben?

Das Christentum ist der festen Überzeugung: Unser Leib ist mehr als nur die körperliche Materie. Unser Leib, das sind all unsere Bezüge zu unserer Umwelt, die unser Leben zu dem gemacht haben, was es war. Wir können nur vermittelt über unseren Leib in den Kontakt mit unserer Umgebung treten. Und umgekehrt können wir nur leiblich unsere Umgebung wahrnehmen.

Das heißt auch: Mit dem Tod ist das alles nicht einfach weg. Die ganze Lebensgeschichte des Menschen wird von Gott durch den Tod hindurch bewahrt. Aber nicht so, dass alles bleibt wie es war. Das Leben wird nicht »eingefroren«. Es wird verwandelt. Das gilt für den innersten Kern des Menschen – seine Seele – und auch für seinen Leib. Wie das genau aussehen wird, da kommen wir an Grenzen. Künstler haben immer wieder versucht, sich an diese Grenze des Darstellbaren und Vorstellbaren heranzutasten.

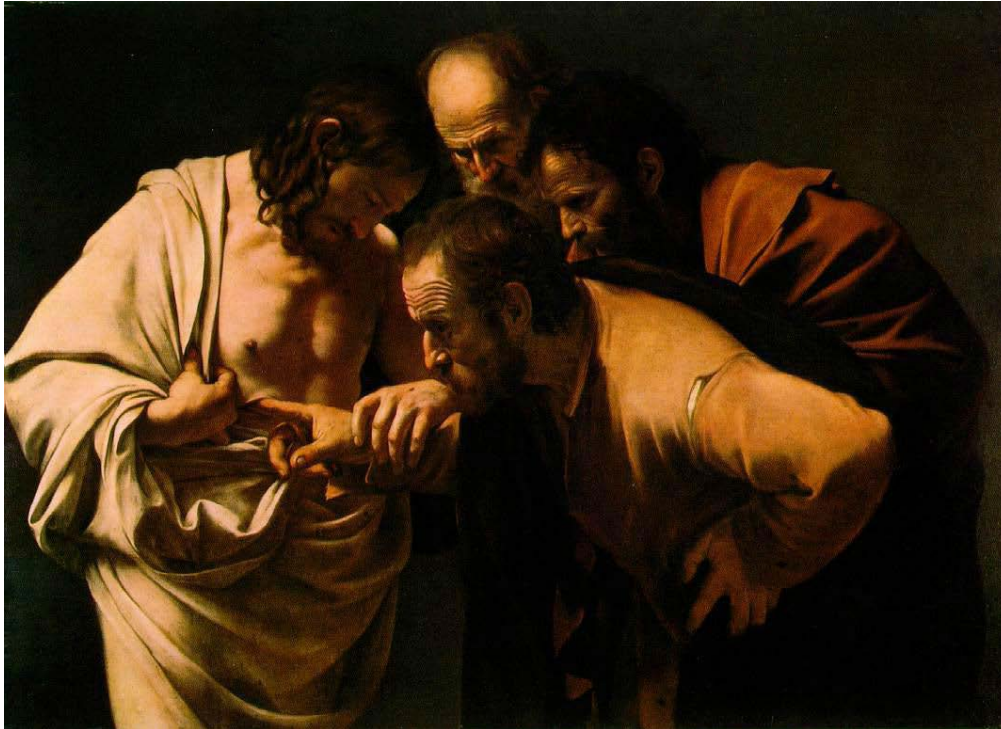
Am meisten beeindruckt mich hier das Bild »Der ungläubige Thomas«, das der italienische Maler Caravaggio (1573–1610) um 1601 gemalt hat. Es befindet sich in der Bildergalerie (Sanssouci) in Potsdam.

Caravaggio versucht auf diesem Gemälde das kaum Begreifbare begreifbar zu machen. Er zeigt eine Szene aus dem Johannesevangelium (Joh 20, 24–19), die mehr als eine Woche nach Jesu Tod handelt. Man sieht den Apostel Thomas, der, von Jesu Hand geführt, in dessen Seitenwunde greift, als wäre es das

*Unser Leib ist mehr als nur die körperliche Materie.*



**Mathias Wolf**, hauptberuflicher ständiger Diakon, tätig als Seelsorger in der Pfarrei St. Ursula in Oberursel-Steinbach (am Rande des Rhein-Main-Gebietes nördlich von Frankfurt). Zu seinen Aufgaben gehört hier die Kirchenentwicklung für die Gegenwart und die Zukunft. Sein persönliches Interesse gilt der Kunst des 16. und 17. Jahrhunderts.



Selbstverständlichste von der Welt. Zwei weitere Jünger stehen dabei und schauen interessiert und erstaunt zu. Der Gesichtsausdruck des Thomas verrät uns überwältigtes Staunen. Seine Augen sind weit aufgerissen. Die beiden anderen Jünger zeigen sich dagegen eher als konzentrierte Beobachter. Zum ersten Mal in der Geschichte der Kunst ist hier Thomas in die Mitte der Szene gerückt. Sein aus dem Bild herausragender Arm mit dem zerrissenen Ärmel nimmt den Betrachter mit hinein: Er kann nicht gleichgültig bleiben. Durch die halbfigurige Darstellung und die Lichtführung wird der Betrachter in das Geschehen mit hineingezogen. Caravaggio rückt hier das Dargestellte ganz dicht an den Betrachter heran, indem er nur einen Ausschnitt der Personen zeigt. Sie sind lebensecht und in Lebensgröße zu sehen. Das Bild misst im Original 107 x 146 cm.

*Caravaggio rückt hier das Dargestellte ganz dicht an den Betrachter heran*

Caravaggios Gemälde macht deutlich: Auferstehung im christlichen Sinn meint immer leibliche Auferstehung. Die Wunden der Kreuzigung sind nicht verborgen; sie sind auch nicht verklärt wie auf manch anderen Auferstehungsbildern. Im Gegenteil, sie sind ungewöhnlich präsent. Ganz realistisch zeigt Caravaggio die klaffen-

de Seitenwunde Jesu. Man kann sich vorstellen, dass er durchaus auch lebensechte Wunden als Vorbild hatte. Wer dieses Bild unvermittelt sieht, wird wegen der naturnahen Darstellung mitunter sogar abgeschreckt.

Für mich bringt Caravaggio durch sein Gemälde zum Ausdruck: Die Wunden sind da, aber sie schmerzen offenkundig nicht mehr.

Das Leben hinterlässt bei jedem Menschen Wunden. Die meisten Narben verheilen. Aber es bleiben die Spuren, die das Leben hinterlassen hat – seien sie am Leib sichtbar oder in der Seele spürbar.

Wenn wir die Narben unseres Lebens und Körpers betrachten, dann hat die Botschaft von der Auferstehung etwas Tröstliches: Diese Verwundungen haben unser Leben geprägt und Spuren hinterlassen, sie können nicht rückgängig gemacht werden. Aber sie werden irgendwann einmal nicht mehr weh tun. Die Wunden und die Narben des Lebens bleiben, aber sie schmerzen nicht mehr. Gerade wenn ich von einem Verstorbenen weiß, dass er vor seinem Tod leiden musste, ist das für mich immer besonders tröstlich.

*Die Wunden und die Narben des Lebens bleiben, aber sie schmerzen nicht mehr.*

»Ich glaube an die Auferstehung der Toten« heißt es im apostolischen Glaubensbekenntnis. Im Lateinischen heißt es: »Ich glaube an die Auferstehung des Fleisches« (carnis resurrectionem). Durch dieses Bild Caravaggios bekommen diese Worte einen anderen Klang. Sie rücken mir plötzlich auf den Leib. Denn sie meinen ganz konkret meinen Leib, meine Narben und Wunden. Die werden verwandelt werden.

Auferstehung im christlichen Sinn meint nicht die Erlösung vom Leib, sondern die Erlösung des Leibes. Wenn im Christentum von Auferstehung die Rede ist, dann ist der ganze Mensch gemeint: mit seiner ganzen Lebensgeschichte und allen Verwundungen, die das Leben geschlagen hat.

Das Leben des einzelnen wird nicht einfach weggewischt oder geht in ein großes Ganzes auf. In der Auferstehung wird das Leben des Einzelnen zutiefst heil. Nicht so, dass die verletzenden Seiten ausgespart werden, sondern so, dass sie ihre schmerzende Kraft verlieren, weil sie ein für alle mal geheilt sind.

# Buchbesprechung

## Giovanni Maio: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung

Die moderne Medizin produziert Leid – unbeabsichtigt, aber unausweichlich. Während sie beständig dabei ist, ihre Prozesse zu optimieren, um Krankheiten zu bekämpfen, verursacht sie eben dadurch neues Unheil. Sie stellt (schwer) kranke Menschen in eine Welt, die sie in ihrem Menschsein allein lässt.

Dieses Dilemma ist der Logik der gegenwärtigen Medizin eingeschrieben. Der Medizinethiker Giovanni Maio deckt in seinem Buch »Den kranken Menschen verstehen« die Zusammenhänge schonungslos auf und präsentiert zugleich eine Alternative.



Giovanni Maio, Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung, Freiburg 2015. 223 Seiten, 19,99€

### Zwei Auffassungen von Krankheit

Maio diagnostiziert zwei unterschiedliche Paradigmen von Medizin: Etwas vereinfacht steht auf der einen Seite die Technik- und auf der anderen die Beziehungsorientierung. Erstere fasst Krankheit als eine zu reparierende Funktionsstörung auf (11). Dabei gehen naturwissenschaftliche Methode und ökonomisches Kalkül Hand in Hand. Charakteristisch sind hier Evidenzbasierung, Zweckrationalität, Quantifizierung, Formalisierung, sowie eine Interessen- und Vertragsorientierung. Der kranke Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen tritt hinter seine zu behandelnde Krankheit zurück. Dieses von Maio kritisierte aber als



Dr. Benedikt Schmidt ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am moraltheologischen Seminar in Bonn. Derzeit bereitet er einen Vortrag zu »Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Patientenbett« vor.

zunehmend vorherrschend dargestellte Paradigma kontrastiert er mit dem zweiten, das sich an der situativen Not des konkreten Menschen ausrichtet (22) und wesentlich auf persönlichen Beziehungen basiert. Es will den kranken Menschen als »ganzen« Menschen verstehen. Die Dramatik der gegenwärtigen Entwicklung liegt in einer Verschiebung medizinischer Werte und damit in einer nachhaltigen Veränderung des Verständnisses von dem, was als gute Medizin gilt (12). Auf diese Weise wird die medizinische Handlungsmaxime der Sorge um den Anderen (91) und damit verbundene Bilder vom Patienten, vom Fachpersonal, sowie von deren Beziehung zueinander untergraben und schließlich zerstört.

*Die Dramatik der gegenwärtigen Entwicklung liegt in einer Verschiebung medizinischer Werte und damit in einer nachhaltigen Veränderung des Verständnisses von dem, was als gute Medizin gilt (12).*

### Die Grenzen im Blick

In einer phänomenologischen Beschreibung stellt Maio aus der Erfahrungsperspektive des Kranken vier praktische Kontexte vor, die zur Revision einer zunehmend technisierten Medizin Anlass geben: Chronischer Schmerz (26), Krebs (40), Demenz (62) und Sterben (85). Die einfühlsamen und bespielorientierten Ausführungen führen vor Augen, inwiefern Kranksein nicht allein als objektivierte Krankheit erfasst werden kann, sondern dass es sich um »eine subjektiv erlittene Existenzform des Menschen« (64) handelt. In ihr erfährt er eine prinzipielle Angewiesenheit auf Andere. Damit wird das Autonomieverständnis der modernen Medizin als utopisch entlarvt. Autonomie bedeutet nicht totale Unabhängigkeit, Gestaltungsfreiheit und Selbstverfügung, sondern kreativen Umgang mit den Begrenzungen, Angewiesenheiten und Widerfahrnissen (89). Es lässt sich nur dann aus Krankheit neue Freiheit schöpfen, wenn nach neuen Perspektiven glücklichen Lebens Ausschau gehalten wird, die als die eigenen angeeignet werden können. Ein illusorisches Verständnis von Autonomie und eine vermeintlich objektive Normalität lassen den schwer kranken Menschen hingegen scheitern. Denn dann ist seine Krankheits- nur eine Defizitgeschichte: »Gegenwärtig ist die moderne Medizin so strukturiert, als ginge es vor allem um die Behandlung von starken Gesunden und nicht um die von angewiesenen, hilfsbedürftigen, ja oft verzweifelnden kranken Menschen« (207). Insbesondere im Kontext

*Es lässt sich nur dann aus Krankheit neue Freiheit schöpfen, wenn nach neuen Perspektiven glücklichen Lebens Ausschau gehalten wird, die als die eigenen angeeignet werden können.*

des Sterbens und der Sterbehilfe übt der Autor scharfe Kritik an einer Gesellschaft, die eine »kollektive Negativbewertung von gebrechlichem Leben« (102) vornimmt. Statt den kranken Menschen in seiner Angewiesenheit zu sehen, »ent-solidarisiert« sie sich von ihm, indem sie ihm ein Pathos der Freiheit (zur Selbsttötung/Beihilfe zur Selbsttötung) anbietet.

### Eine (neue) Medizin der Zuwendung

Eine (neue) Medizin der Zuwendung gründet Maio zufolge auf vier Grundhaltungen: Annahmefähigkeit (110), Vertrauen (127), Hoffnung (145) und Verstehen (167). Im Gegensatz zum technischen Paradigma müssen Patient und medizinisches Fachpersonal hier Fähigkeiten entwickeln, die sich nicht von ihnen als konkreten Personen trennen lassen. In dieser Hinsicht ist eine »Medizin der Zuwendung« anspruchsvoller und menschlicher zugleich. Vom medizinischen Fachpersonal erfordert sie eine kreative, kompetente und praktische Urteilskraft, sowie eine individualisierte und behutsame Problemlösungskompetenz. Annahmefähigkeit zu gewinnen, bedeutet ein realistisches Bild von Autonomie als kreativen Umgang mit Vorgegebenem und Widerfahrnissen zu entwickeln (123f). Das führt zu mehr Gelassenheit angesichts einer offenen, nicht restlos plan- und gestaltbaren Zukunft, und eröffnet auf diese Weise neue Freiheitsräume. Krankheit muss so nicht das Ende eines guten Lebens bedeuten. Vertrauen als Akzeptanz von persönlicher Angewiesenheit aufeinander steht im Kontrast zu Vertragsbeziehungen (128), die sich berechnend am Eigeninteresse orientieren und die Zukunft mit Hilfe von Anspruchsformulierungen beherrschbar machen wollen: Denn, »je berechnender wir auf die Welt zugehen und je unverletzbarer wir sein wollen, desto mehr laufen wir Gefahr, das Leben selbst zu verfehlen« (128). Die Grundhaltung der Hoffnung beschreibt der Freiburger Medizinethiker in der Weise, dass die Zukunft zuversichtlich auf ihre positiven Möglichkeiten hin betrachtet wird (149). Ihr steht eine Medizin entgegen, die in Aktionismus und Kontrollsucht, die Offenheit der Zukunft nicht erträgt. Die naturwissenschaftliche Methodik trägt wesentlich dazu bei, Freiheit auf Wahrscheinlichkeiten und Berechenbarkeit zu reduzieren (153). Annahme, Vertrauen und Hoffnung gründen in zwischenmenschli-

*»Je berechnender wir auf die Welt zugehen und je unverletzbarer wir sein wollen, desto mehr laufen wir Gefahr, das Leben selbst zu verfehlen.« (128)*

cher Gemeinschaft und ermöglichen ein gelingendes Leben. Komplettiert werden sie durch das Verstehen. Damit rückt der einzelne Mensch in seiner Eigenart in den Mittelpunkt medizinischer Praxis (177). Das Verstehen verbietet eine schablonenhafte Kategorisierung und Behandlung von Menschen. Es vermittelt Wertschätzung und achtet den Anderen in seiner Unergründlichkeit.

### Orientierungen für ein gelingendes Leben

In Maios Ausführungen wird deutlich, dass sie über den medizinischen Kontext hinausgehende grundlegende Fragen gelingender menschlicher Identität betreffen. Damit sind sie auch als kritische Gegenwartsdiagnose und Spiegel derzeitiger gesellschaftlicher Entwicklungen lesbar. »Den kranken Menschen verstehen« ist ein Plädoyer für Freiheit und Solidarität als Grundlage menschlichen Zusammenlebens und eines glücklichen Lebens. Anhand der Medizin wird überzeugend aufgezeigt, wie wir derzeit in ein System der Zwänge schlittern, das diesen beiden fundamentalen Aspekten gelingenden Menschseins immer weniger Rechnung zu tragen vermag. Dabei zeigt sich eine gegenläufige Tendenz im Freiheitsverständnis, das den Einzelnen in seiner Utopie von Ungebundenheit und Selbstbestimmung überfordert und andererseits die Gestaltungsverantwortung für die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ausblendet und hier die Freiheit zu niedrig ansetzt. Die moderne Medizin postuliert eine Autonomie, die letztlich weniger Autonomie ist, weil sie statt positive Möglichkeiten glücklichen Lebens aufzuzeigen, Zwänge und Leid produziert. Maio darf dabei nicht in der Hinsicht missverstanden werden, als kritisiere er technischen Fortschritt, naturwissenschaftliche Methodik und ökonomische Überlegungen per se. Unmissverständlich macht er deren unverzichtbaren Beitrag zu medizinischem Handeln deutlich: »Beziehung steht also nicht als Ersatz für Technik, sondern als Voraussetzung für deren Erfolg« (206). Problematisch wird hingegen deren Totalisierung. Das Plädoyer »für eine Medizin der Zuwendung« ist ein äußerst lesenswertes und aktuell relevantes Buch. Die Ausführungen, die insgesamt stärker philosophisch als medizinisch-fachwissenschaftlich ausgerichtet sind, lassen sich trotz der ihnen zugrunde liegenden abstrakten Zusammenhänge gut lesen und dürften auch den in der Materie weniger Beheimateten kaum Verständnisschwierigkeiten bereiten. Es stellt in jeder Hinsicht eine bereichernde Lektüre dar.

*»Den kranken Menschen verstehen« ist ein Plädoyer für Freiheit und Solidarität als Grundlage menschlichen Zusammenlebens und eines glücklichen Lebens.*



# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

*verständlich · christlich · praxisorientiert*

## 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](mailto:info@hph.kirche.org)  
Tel.: 0621/5999-0

### Schriftleitung

Dr. Jonas Pavelka  
E-Mail: [pavelka@zefog.de](mailto:pavelka@zefog.de)  
Tel.: 0621/5999-159

### Redaktion

Dr. Johannes Lorenz  
Dr. Klaus Klother

### Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

### Layout/Design:

wunderlichundweigand – 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](mailto:info@hph.kirche.org)  
Internet: [www.heinrich-pesch-haus.de](http://www.heinrich-pesch-haus.de)

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar



ethisch gut beraten

In Kooperation mit:

