

# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 2/2017

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserinnen und Leser,

auch im Gesundheitswesen werden Prozesse zunehmend von der Digitalisierung geprägt. Das führt zu mehr Transparenz beim Patienten und erhöht den Wettbewerb unter Ärzten und unter den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Angesichts der rasanten Entwicklung stellt sich in diesem Zuge aber zunehmend auch die Frage nach der Qualität von Behandlungen.

Kann man Lebensqualität messen und kann auch Ethikberatung dazu beitragen, dass Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung erhalten? Das sind nur zwei der Themen unseres Schwerpunkt-Heftes: »Qualität«, die die Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe aufgreifen.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie kurzzeitig aus Ihrem (digital) beschleunigten Alltag aussteigen können, um sich der Lektüre der LER zu widmen.

Dazu wünsche ich Ihnen gute Denkanstöße und noch einige schöne Sommertage!

Ihr

Jonas Pavelka

2 **Lebensqualitätsmessung in der Gesundheitsversorgung**  
Kathrin I. Fischer | Prof. Dr. Matthias Rose

7 **Ethikbeauftragte in hessischen Kliniken – Ergebnisse einer Umfrage zur Qualität der Ethikberatung**  
Dr. Timo Sauer

13 **Kosten-Nutzen-Bewertungen als Maßstab einer qualitätsorientierten Behandlung?**  
Dr. Jonas Pavelka

#### Fallbesprechung:

18 **Entscheiden in schwierigen Situationen – Ethikberatung im Altenheim**  
Marita Seegers M.A.

#### Impuls:

22 **Die Farbe Grau**  
Hanne Büker

#### Buchbesprechung:

24 **Bauer, Axel (2017): Normative Entgrenzung, Themen und Dilemmata der Bio- und Medizinethik in Deutschland**  
Dr. Jonas Pavelka

Das Zitat »

»Es sollte sich vor allem die Einsicht durchsetzen, dass ein falscher Ressourceneinsatz an der einen Stelle, zum Schaden von Patienten an anderer Stellen führen kann.«

Jonas Pavelka, Seite 17

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband  
der Diözese Osnabrück e.V.

# Lebensqualitätsmessung in der Gesundheitsversorgung

Der Begriff der Lebensqualität ist mittlerweile in unserem Alltag angekommen. So werden beispielsweise regelmäßig Länder und internationale Metropolen hinsichtlich ihrer Lebensqualität bewertet und anhand zuvor festgelegter Kriterien Rankings veröffentlicht. Auch im Gesundheitswesen hat der Begriff der Lebensqualität in den letzten 20 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Der Begriff Lebensqualität umschreibt ein multidimensionales Konstrukt, das gesundheitliche, familiäre, soziale, kulturelle, ökonomische und spirituelle Aspekte des Lebens umfasst. Lebensqualität ist dabei nicht beobachtbar, sondern wird aufgrund unterschiedlicher Indikatoren erhoben. Neben der allgemeinen Lebensqualität spricht man im Gesundheitsbereich häufig von gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die zentralen Aspekte sind: körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Lebensqualität wird nach Möglichkeit immer direkt persönlich erfragt, da das subjektive Empfinden eine entscheidende Rolle spielt, das nur schwer von Dritten eingeschätzt werden kann.

## Warum messen wir gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hängt mit dem medizinischen Anwendungsbereich zusammen und lässt sich hinsichtlich der unterschiedlichen Perspektiven der Akteure im Gesundheitswesen unterscheiden. Zwei Faktoren haben in der klinischen Praxis zu einem Paradigmenwechsel geführt: erstens, die zunehmende Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen; zweitens, der Anstieg von Menschen mit multiplen chronischen Erkrankungen. Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen steht nicht die Heilung der Erkrankung im Mittelpunkt der Behandlung. Ein wesentliches Therapieziel ist stattdessen die Erhaltung bzw. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.



»»  
**Kathrin I. Fischer** arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe »Health Outcomes Research« an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit liegt im Bereich Patient-reported Outcomes/ Lebensqualitätsforschung.



»»  
**Prof. Dr. Matthias Rose** ist Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik am Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité Universitätsmedizin Berlin und Associate Professor für Outcome Measurement am Department for Quantitative Health Science der Medical School der University of Massachusetts. Prof. Rose beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren mit der Erfassung von Lebensqualität und der Entwicklung moderner psychometrischer Methoden.

Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der klinischen Praxis wird somit unter anderem für die Steuerung der Behandlung herangezogen. Ähnlich wie klinische Parameter können die Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung für Therapieentscheidungen herangezogen werden, sowie als Grundlage für einen Therapiewechsel dienen. Dies ermöglicht es auf systematische und standardisierte Weise, die Perspektive des Patienten mit einzubeziehen und durch die regelmäßige Messung, den Verlauf sowie die Auswirkung der Erkrankung auf das subjektive Wohlbefinden des Patienten zu beurteilen. Neben der Therapiesteuerung wird die Messung der Lebensqualität als Untersuchungsinstrument zur ersten Einschätzung (Screening), beispielsweise des psychischen Wohlbefindens, genutzt. Die Ergebnisse werden als erster Anhaltspunkt verwendet, bevor weitere, meist zeit- und ressourcenintensivere, diagnostische Verfahren durchgeführt werden.

In Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie bei Krankenkassen kommt die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Bereich des Qualitätsmanagements zur Anwendung. Lebensqualitätsmessungen werden unter anderem beim Vergleich der Ergebnisqualität von Stationen oder Einrichtungen genutzt. Durch die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor und nach Operationen kann zum Beispiel festgestellt werden, ob die Lebensqualität nach der Operation bei Patienten, die nach einer neuen Technik operiert werden, deutlich besser ist. Durch die einheitliche Umstellung auf diese neue Technik können alle Patienten davon profitieren.

Auch in der Gesundheitspolitik kommt die gesundheitsbezogene Lebensqualität zur Anwendung. In der Nutzenbewertung und Zulassung neuer Medikamente und medizinischer Verfahren spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine wichtige Rolle, mittels derer ein Zusatznutzen aus Patientenperspektive gegenüber etablierten Therapien nachgewiesen werden muss.

*In der Nutzenbewertung und Zulassung neuer Medikamente und medizinischer Verfahren spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine wichtige Rolle.*

## Was messen wir?

Die Frage, was gemessen werden soll, steht eng im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Lebensqualitätsmessung. Gefordert ist eine konzeptionelle Abgrenzung der unterschiedlichen Ebenen der Messung von patienten-berichteten (patient-reported) Gesundheitserleben.

Der Zusammenhang der unterschiedlichen Ebenen ist modellhaft in Abbildung 1 (siehe Folgeseite) dargestellt. Strukturelle Veränderungen, wie zum Beispiel Veränderungen des Bewegungsapparates, können demnach subjektive Beschwerden und Funktionsveränderung herbeiführen, welche als Belastung seitens des Patienten erlebt werden. Diese Belastungen wiederum können auf der Ebene der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Einschränkungen in einzelnen Dimensionen führen. Die Auswirkung von strukturellen Veränderungen wirkt sich also unterschiedlich auf die Lebensqualität eines Patienten aus.

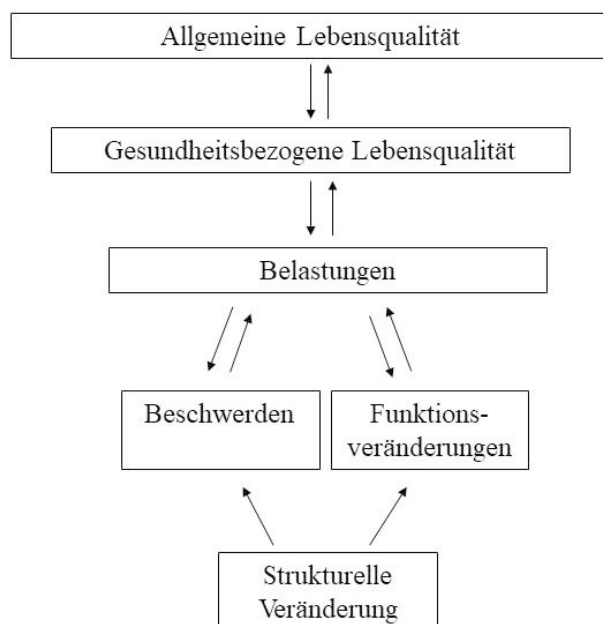


Abb. 1: Die Ebenen der Lebensqualitätsmessung in Anlehnung an das Modell von Wilson & Cleary (1995)<sup>1</sup>

Die höchste Ebene stellt die globale Lebensqualität dar, die inhaltlich die allgemeine Lebenssituation eines Menschen umfasst. In Abgrenzung dazu umfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität Aspekte des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die dritte Ebene stellt die erkrankungsbezogene Lebensqualität dar, bei der krankheitsspezifische Belastungen des Patienten im Fokus stehen.

## Wie messen wir gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität steht eine Vielzahl von Fragebögen (Instrumenten) zur Verfügung, die unterschiedliche Aspekte (Dimensionen) von Lebensqualität messen. Während einige Instrumente die allgemeine oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen, zielen andere Instrumente auf die erkrankungsbezogene Lebensqualität ab und kommen nur in einer bestimmten Population zur Anwendung. Ein Beispiel sind die Instrumente der Europäischen Organisation für Krebsforschung und -behandlung (EORTC), die zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Krebserkrankungen verwendet werden. Neben der Auswahl des geeigneten Instruments ist eine weitere Herausforderung die Vergleichbarkeit der Messungen. Im Gegensatz zur Messung der Temperatur, bei der das Instrument mit dem gemessen wurde, irrelevant ist, spielt bei der Messung der Lebensqualität das Instrument eine entscheidende Rolle. Messungen mit verschiedenen Instrumenten sind deshalb nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar, weil viele Instrumente auf einem Summenwert basieren, der aus den Antworten der einzelnen Fragen (Items) berechnet wird. Ein Wert von 40 im Bereich des psychischen Wohlbefindens, gemessen mit Instrument A, entspricht nicht zwangsläufig einem Wert von 40, der mit Instrument B gemessen wurde. Verschiedene psychometrische Methoden wurden daher zur Übersetzung der Werte verschiedener Instrumente entwickelt und ermöglichen so die Vergleichbarkeit.

Eine weitere Herausforderung, besonders für den klinischen Einsatz, ist die Genauigkeit mit der die Lebensqualität gemessen wird. Um möglichst präzise die Lebensqualität eines Patienten bestimmen zu können, sind meist lange Fragebögen notwendig, die das komplette Spektrum der Lebensqualität in den jeweiligen Dimensionen abbilden. Durch moderne Messmethoden ist es mittlerweile möglich, die Anzahl der Fragen eines Instruments erheblich zu reduzieren und dennoch sehr präzise die Lebensqualität zu messen. Dabei werden die Fragen individuell für die Patienten anhand eines zugrundeliegenden Algorithmus ausgewählt. Dadurch muss ein Patient nur Fragen in dem für ihn relevanten Messbereich beantworten.

*Während einige Instrumente die allgemeine oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen, zielen andere Instrumente auf die erkrankungsbezogene Lebensqualität ab.*

*Durch moderne Messmethoden ist es mittlerweile möglich, die Anzahl der Fragen eines Instruments erheblich zu reduzieren und dennoch sehr präzise die Lebensqualität zu messen.*

## Fazit

Die Lebensqualitätsmessung ist ein wichtiger Schritt zur Einbindung der Patientensperspektive in die Gesundheitsversorgung und ein wichtiger Parameter zur Messung der Ergebnisqualität der Versorgung. Das Potenzial für die klinische Praxis kann dabei durch moderne testtheoretische Messmethoden weiter verbessert werden. So sind präzisere Messergebnisse bei zum Teil geringerer Fragenanzahl möglich. Zudem lassen sich durch diese neuen psychometrischen Methoden instrumentenunabhängige Skalen entwickeln und Messwerte verschiedener Instrumente können miteinander verglichen werden.

» Literatur bei Verfassern



**Sie lohnt sich...  
sie lohnt sich nicht...  
sie lohnt sich...**

**Starten Sie Ihre Altersvorsorge jetzt!**

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

**IMMER GUT** ■ **VERSICHERT**  
seit  
**1952**

**Starten Sie jetzt!**



**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

# Ethikbeauftragte in hessischen Kliniken

## Ergebnisse einer Umfrage zur Qualität der Ethikberatung

2011 trat in Hessen das zweite Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens (HKHG<sup>1</sup>) in Kraft. Darin enthalten ist ein Paragraph, der für Hessische Krankenhäuser u.a. die Verpflichtung ausspricht, einen »Ethikbeauftragten« zu benennen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass es für die in der modernen Medizin immer wichtiger werdende Frage der Ethik mindestens eine konkrete Person als Ansprechpartner gibt. Anlässlich des fünfjährigen Bestehens der Regelung wurden im April 2016 die hessischen Kliniken zur Umsetzung der Regelung befragt.

<sup>1</sup> Die Geltung des Gesetzes war zunächst auf fünf Jahre bis zum 31.12.2015 beschränkt und wurde am 10.7.2014 bis zum 31.12.2020 verlängert.

### 1. Ergebnisse der Befragung

Von den 151 angeschriebenen Krankenhäusern beteiligten sich 58 (38,4%) an der Studie. Inhaltlich ging es u.a. um die Umsetzung der gesetzlichen Regelung und um die Wirkungseinschätzung des Konzepts.

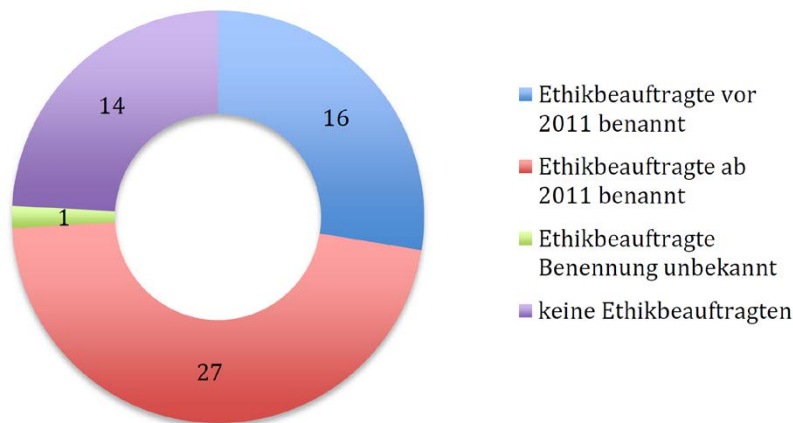
#### Umsetzung der gesetzlichen Regelung

Die erste und wichtigste Frage betraf die Ethikbeauftragten: 44 von 58 (75,9%) teilnehmenden Kliniken gaben an, dass es einen Ethikbeauftragten gebe. Allerdings wurden 16 von 43 Ethikbeauftragten bereits vor 2011 berufen, was insofern nicht auf die Gesetzesnovelle zurückgehen kann. Eine Person hat keine Angaben zum Zeitpunkt der Benennung gemacht. Insofern ergibt sich eine



**Dr. Timo Sauer**  
qualifiziert im Zefog als  
zertifizierter Trainer der  
Akademie für Ethik in der  
Medizin (AEM) Ethikberater  
für das Gesundheitswesen.  
Er verfügt über langjährige  
Erfahrung als Ethikberater für  
das Uniklinikum in Frankfurt  
und in der Altenhilfe.

Anzahl von 27 Ethikbeauftragten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Folge der Gesetzesnovelle benannt wurden.



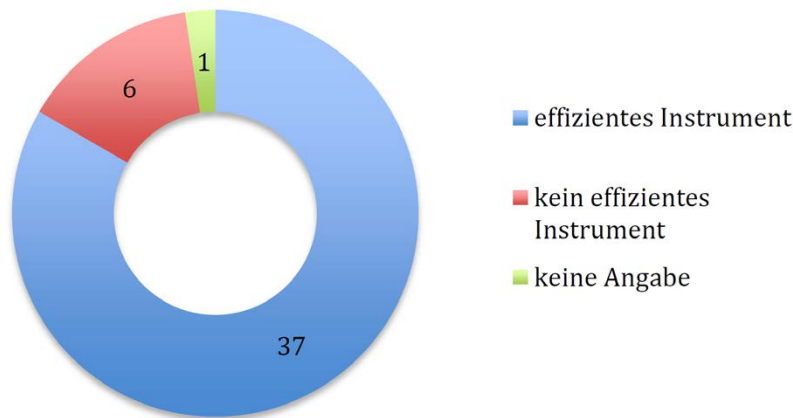
Grafik I: Ethikbeauftragte in hessischen Kliniken

Eine andere Frage zielte auf eine möglicherweise bestehende Freistellung des Ethikbeauftragten ab: Nur 5 von 44 Teilnehmern gaben an, dass ihnen in der Folge der Gesetzesnovelle in unterschiedlichem Ausmaß Stundenkontingente für ihre »Ethikarbeit« zur Verfügung gestellt wurden.

### Einschätzung der Wirkung

Zunächst wurden die teilnehmenden Kliniken befragt, ob die Einführung der Ethikbeauftragten einen positiven Effekt auf den Stellenwert der Ethik in der jeweiligen Klinik hatte. 36 von 44 Teilnehmern beantworteten diese Frage mit »ja«. Ähnlich hoch waren die Zustimmungswerte bei der Frage nach der Effizienz des Instruments des Ethikbeauftragten was die Implementierung von Ethikberatung im Gesundheitswesen angeht: 37 von 44 Teilnehmer hielten die Einführung der Ethikbeauftragten in Hessen in der Rückschau für eine effektives Instrument, ethischen Fragen in der Krankenhauspraxis einen angemessenen Stellenwert einzuräumen.





Grafik II: Einschätzung des Instruments des Ethikbeauftragten

### Kommentare der Teilnehmer

In immerhin 20 von 58 eingesandten Fragebögen wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, kritische Kommentare abzugeben. Eine Person gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken: Erneut ist ein Instrument eingeführt, für das weder Finanzen oder Zeitkontingente vorgesehen sind. Die weitere Verdichtung der Ressourcen führt irgendwann zur Handlungsunfähigkeit. Der Effekt ist folglich sehr begrenzt.

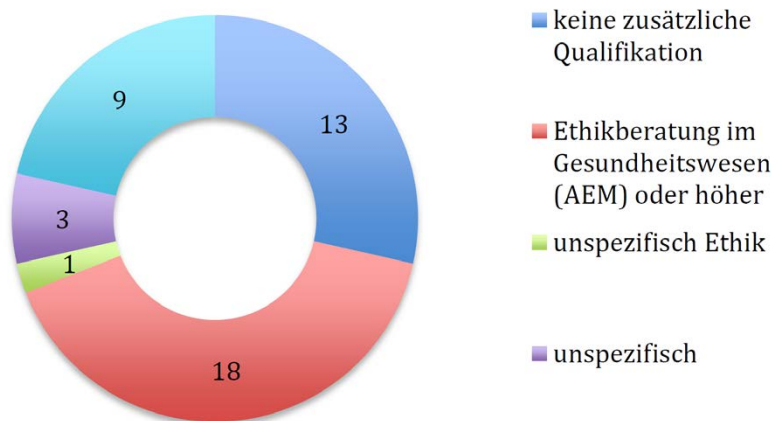
Weitere Kommentare sind anschlussfähig: Etwa dass »Ethikbeauftragte« nur »ein erster Schritt« seien oder dass »ethische Auseinandersetzung« in der Einrichtung gelebt werden müsse. Andere deuten an, dass ein bloßes Verordnen für wirksame Ethikberatung nicht genüge. Eine Person weist auf die Wichtigkeit hin, dass es aus Effizienzgründen im Hintergrund ein Klinisches Ethik-Komitee gebe.

### Soziodemographische Daten

Die Mehrheit der Ethikbeauftragten sind Männer und gehören dem ärztlichen Dienst an. Der Altersdurchschnitt liegt bei ca. 55 Jahren. Interessant sind die Angaben im

Hinblick auf die Qualifikation: 31 von 44 Ethikbeauftragten gaben an, Qualifikationen für die Tätigkeit als Ethikbeauftragter zu besitzen. Darunter sind jedoch neun Qualifikationen wie etwa »Zusatzqualifikation in Palliativmedizin«, »Supervisionsausbildung«, »Prüfarzt« oder »langjährige praktische Erfahrung als Oberarzt« etc., die tatsächlich nicht direkt für die Tätigkeit als Ethikbeauftragter qualifizieren. Von den 22 verbleibenden geben 18 an, eine Zusatzqualifikation als Ethikberater im Gesundheitswesen (AEM) zu besitzen, drei Personen geben unspezifische Fortbildungen, eine Person eine unspezifische Ethik-Fortbildung an.

*Von den 22 verbleibenden geben 18 an, eine Zusatzqualifikation als Ethikberater im Gesundheitswesen (AEM) zu besitzen, drei Personen geben unspezifische Fortbildungen, eine Person eine unspezifische Ethik-Fortbildung an.*



Grafik III: spezifische Qualifikation der Ethikbeauftragten

## 2. Diskussion

Ziel der Erhebung war die Klärung der Frage, ob die Einführung des § 6 (6) HKHG eine den gewünschten Effekt erzielende Maßnahme war. Diese Frage ist mindestens in quantitativer Hinsicht mit »ja« zu beantworten. Zum einen, weil nachgewiesen werden konnte, dass es selbst bei einem unterstellten »natürlichen« Wachstum Zuwachs an Ethikbeauftragten in der Folge der Gesetzesnovelle gegeben hat; zum anderen aufgrund der überaus positiven Einschätzungen der Ethikbeauftragten selbst. Was die qualitative Beurteilung der Implementierung angeht, ist Zurückhaltung angebracht. Die geringe Anzahl an Arbeits-Freistellungen sind eher ungünstige Vorzeichen für effektive Ethikberatung. Dies zeigt sich auch in den kritischen Un-

tertönen bei den freien Kommentaren. Kritisch zu bemerken ist ebenfalls, dass ein erheblicher Anteil der Ethikbeauftragten keine angemessene Fortbildung für die Tätigkeit als Ethikbeauftragte hat. Weniger als die Hälfte der Ethikbeauftragten erfüllen (nach Selbsteinschätzung) die Mindestanforderung der Akademie für Ethik in der Medizin<sup>2</sup> für die Durchführung von Ethikberatung im Gesundheitswesen. Die vergleichsweise hohe Anzahl von Teilnehmern (9), die medizinische Zusatzqualifikationen oder bloße Berufserfahrung als »Qualifikationen« angeben, zeigt zudem, dass es eine unzureichende Wahrnehmung für spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten gibt, die effektive Ethikarbeit in Kliniken ermöglichen.

*Weniger als die Hälfte der Ethikbeauftragten erfüllen (nach Selbsteinschätzung) die Mindestanforderung der Akademie für Ethik in der Medizin<sup>3</sup> für die Durchführung von Ethikberatung im Gesundheitswesen.*

<sup>2</sup> Vgl. hierzu: [http://www.aem-online.de/index.php?new\\_kat=66&artikel\\_id=426&action=read](http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=66&artikel_id=426&action=read), eingesehen: April 2016.

### 3. Was bedeutet eigentlich Qualität der Ethikberatung?

Die seltenen Freistellungen, die eher unbefriedigenden Bildungsvoraussetzungen der Ethikbeauftragten und die kritischen Kommentare der Studienteilnehmer deuten darauf hin, dass der bloße Beschluss, ein Ethikberatungsformat zu etablieren (sei es in der Folge einer rechtlichen Regelung oder auch nur im Hinblick auf die Klinikzertifizierung) nicht ausreicht, ein angemessenes Maß an Qualität zu erreichen. Doch was sind die Bedingungen für das Gelingen guter Ethikberatung? Hierfür muss zwischen strukturellen Bedingungen und der Kompetenz des Beraters unterscheiden werden. Zu den strukturellen Bedingungen gehört zunächst ein Mindestmaß an Arbeitszeit, die für die Ethikarbeit vorgesehen ist. In den allermeisten Fällen droht ansonsten deren Wirkungslosigkeit oder die chronische Überforderung der Ethikberater. Sinnvoll ist ferner die Einbettung des konkreten Beratungsformats in eine Kultur der Ethik. Ist dies nicht der Fall, wird es im Einzelfall schwer sein, ggf. notwendige Prozessveränderungen vorzunehmen. Hinzu kommen (neben der persönlichen Eignung) die notwendigen Kompetenzen der Berater selbst, der über angemessene medizin- und pflegeethische Kenntnisse und Moderations- und Beratungsfähigkeiten verfügt. Eine Empfehlung im Sinne eines Minimalstandards gibt die Akademie für Ethik in der Medizin<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010), Neitzke et. al (2012), vgl. auch Fußnote 3.

Die Erfüllung beider Bedingungen ist zwar keine hinreichende aber doch notwendige Bedingung für gute Ethikberatung. Ist das eine oder das andere unzureichend, wird es schwerlich möglich sein, effektive Ethikberatung und eine entsprechende Strukturbildung durchzuführen. Dies ist nicht nur wegen der ausbleibenden Wirkung ungünstig, sondern auch deswegen, weil durch einen halbherzigen Implementierungsvorhaben das gesamte Projekt Ethik im Gesundheitswesen Schaden nehmen kann.

» Literatur beim Verfasser

# Kosten-Nutzen-Bewertungen als Maßstab einer qualitätsorientierten Behandlung?

»Wenn es keine andere Möglichkeit der Kosteneingrenzung im Gesundheitswesen als die einer Rationierung gäbe, welche Gruppen sollten im Bedarfsfall weniger Leistungen erhalten? Finanziell wohlhabende Patienten, die Leistungen problemlos privat bezahlen können oder Patienten, die schon sehr viele Leistungen in Anspruch genommen haben?«

So lauteten zwei von weiteren Fragen, die bereits vor einigen Jahren in einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung gestellt wurden.

Wir können uns bei der Verteilung knapper werdender Mittel nicht davon dispensieren, darüber nachzudenken, welche Kriterien wir für eine gerechte Verteilung medizinischer Leistungen einerseits und eine qualitativ angemessene Versorgung andererseits ansetzen.

## Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung

In der Regel führt eine Verknappung des Angebots oder der Mittel zunächst zu Einsparungen in Form von Rationalisierungen. Dabei werden sowohl vorhandene Spielräume als auch die Effizienz von medizinischen Leistungen überprüft und optimiert. Dem Menschen, der eine Therapie in Anspruch nimmt, wird dabei keine für den Therapieerfolg notwendige medizinische Leistung vorenthalten. Auf einer weiteren Stufe kommt es dann dazu, dass einzelnen Versorgungsbereichen, einzelnen Patientengruppen oder Patienten bestimmte Leistungen vorenthalten werden, die sie aber für ihre Genesung benötigen würden. In diesem Fall werden also notwendige medizinische Maßnahmen gekürzt, indem eine Gruppe bzw. eine Person bevorzugt (priorisiert) und eine andere benachteiligt (posteriorisiert) wird.



**Dr. Jonas Pavelka**  
leitet im Zefog den Bereich Ethik und Organisationsentwicklung. Er entwickelt derzeit in einer Arbeitsgruppe ein Fortbildungskonzept für die gesundheitliche Vorsorgeplanung (gVP/ACP).

## Effektivität und Effizienz – Kosten und Nutzen

Um Rationalisierungspotenziale zu erkennen, gibt es in der Gesundheitsökonomie verschiedene Verfahren, mithilfe derer die Effektivität, d.h. die Wirksamkeit von Leistungen und die Effizienz, d.h. die sparsame Verwendung der eingesetzten Mittel, überprüft werden kann.

Dazu kann der medizinische Nutzen eines Medikamentes oder einer medizinischen Behandlung beurteilt werden (Effektivität). Bei einem neuen Arzneimittel wird beispielsweise vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) geprüft, ob ein Zusatznutzen gegenüber bereits vorhandenen Medikamenten besteht. Ist der Nutzen marginal bzw. nicht gegeben, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für dieses Medikament nicht.

*Bei einem neuen Arzneimittel wird beispielsweise vom IQWiG geprüft, ob ein Zusatznutzen gegenüber bereits vorhandenen Medikamenten besteht.*

Neben der Überprüfung der Effektivität, wird das Ergebnis ins Verhältnis zu den Kosten gesetzt und somit die Effizienz einer Maßnahme betrachtet. Dazu werden sowohl die direkten Kosten für den Arbeitseinsatz des Personals, Kosten für die Diagnostik, die Wirkstoffe etc. ermittelt, als auch die indirekten Kosten, die z.B. durch den Arbeitsausfall eines Patienten entstehen. Das Ergebnis bzw. der Nutzen lässt sich wiederum durch eine direkte Verbesserung des Gesundheitszustandes, wie z. B. die Senkung des Bluthochdrucks darstellen, während der indirekte Nutzen sich in Form einer gestiegenen Arbeitsproduktivität ausdrückt (vgl. Erbsland, Priorisierung im Gesundheitswesen, 2011).

## Drei Verfahren der Kosten-Nutzen-Relation

In der Kosten-Nutzen-Analyse wird der Nutzen in Geldeinheiten gemessen. Dadurch werden Kosten und Nutzen vergleichbar. Die Veränderung der Mortalität (Sterblichkeit) oder der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) eines Patienten durch eine medizinische Maßnahme wird anhand der gewonnenen Lebensjahre gemessen. Diesem Lebensjahr wird dann ein entsprechender Geldbetrag zugewiesen. Ein solcher Ansatz der monetären Nutzenmessung ist gesellschaftlich recht umstritten.

*Ein Ansatz der monetären Nutzenmessung ist gesellschaftlich recht umstritten.*

Bei der Kosten-Wirksamkeits-Analyse wird der Nutzen in physischen Einheiten gemessen (z.B. gesenkter Blutdruck in mm Quecksilber-Säule, gerettete Lebensjahre). Dieser Ansatz ermöglicht es, alternative Therapien z.B. in Form unterschiedlicher Arzneimittel (Stichwort Generika) miteinander vergleichen zu können. Diese Abwägungen sollten im Rahmen einer Therapieempfehlung durch den Arzt Berücksichtigung finden. Sie sollten aber auch durch ein entsprechend organisiertes DRG-System unterstützt bzw. ermöglicht werden (vgl. Erbsland, Priorisierung im Gesundheitswesen, 2011).

Bei der Kosten-Nutzwert-Analyse wird der Nutzen anhand eines Nutzwertmaßes wie einem QALY gemessen (quality adjusted life years). Die »qualitäts-adjustierten Lebensjahre« bestimmen sich durch das Verhältnis von der Länge der durch eine Therapie gewonnenen Lebenszeit und dem Faktor der Lebensqualität, die durch verschiedene Befragungssysteme erhoben wird. Gewinnt man durch eine Therapie ein Lebensjahr bei guter Gesundheit, dann beträgt der QALY »1«. Ermöglicht eine Therapie aber nur die Verlängerung eines halben Jahres und noch dazu bei schlechter Lebensqualität, sinkt der QALY auf z.B. 0,23 (je nach Beurteilung der Lebensqualität). Durch dieses Verfahren lässt sich zum Beispiel überprüfen, ob die Kosten im Verhältnis zur gewonnenen Lebenszeit bei ausreichender Qualität gerechtfertigt sind.

*Gewinnt man durch eine Therapie ein Lebensjahr bei guter Gesundheit, dann beträgt der QALY »1«.*

## Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats und der ZEKO

Die Kosten-Nutzen-Analyse dient dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als ein Kriterium zur Bewertung von Maßnahmen, die in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden. Der Deutsche Ethikrat (DER) hat in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2011 diese Analyse als Instrument zur Effizienzsteigerung kritisiert. Er hält es für bedenklich, stark wirtschaftswissenschaftliche geprägte Bemessungskriterien für die Festlegung des Kataloges heranzuziehen, da durch dieses Verfahren auch Fragen der Gerechtigkeit aufgeworfen würden. Kosteneffizienz sei für ein umfassendes moralisches Urteil nicht ausreichend. Die Kriterien dafür, wer wann einen Anspruch auf eine medizinische Leistung habe, müssten transparent gemacht werden. Gesundheit und Krankheit seien darüber hinaus mehrdimensionale Begriffe. Sie hätten neben der physischen Dimension auch eine psychische und eine soziale. Der

*Kosteneffizienz sei für ein umfassendes moralisches Urteil nicht ausreichend.*

Nutzen einer medizinischen Maßnahme muss auch bei der Berechnung von QALYs diese Komponenten mit berücksichtigen. Diese werden durch die Lebensqualität nur unzureichend erfasst, da es dabei immer um einen aggregierten Gesamtnutzen geht, der also den höchsten Durchschnittsnutzen möglichst vieler ermittelt und somit das individuelle Wohl eines Einzelnen übergeht.

Der DER anerkennt zwar die Sinnhaftigkeit des Verfahrens, z.B. für den Vergleich konkurrierender medizinischer Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, allerdings dürfte dies nicht auf einzelne Patienten oder Patientengruppen übertragen werden. Es sollte beachtet werden, dass Patienten mit geringer Therapiefähigkeit innerhalb einer bestimmten Patientengruppe nicht benachteiligt werden dürfen. Es wird befürchtet, dass man z.B. bei Menschen mit einer Behinderung die Verbesserung der Lebensqualität nicht genau bestimmen kann. Zudem kann es sein, dass sowohl der Schweregrad einer Erkrankung als auch die Dringlichkeit einer Behandlung sowie kurze und/oder extreme Krankheitsverläufe nicht angemessen berücksichtigt werden könnten.

Die Philosophin Weyma Lübke hat darauf hingewiesen, dass es im medizinischen Sektor eine »karitative Funktion« gebe, der es »nicht primär um die Produktion von möglichst viel Gesundheit, sondern [...] um Hilfe für medizinisch Bedürftige [...] gehen solle.« (Amos International 11. Jg. 2017, Heft 1, S. 8–9) Damit relativiert sie in treffender Weise den verstärkt ökonomisch ausgerichteten Anspruch von Krankenhäusern.

Die ZEKO der BÄK forderte erstmals 2000 und dann 2007 (überarbeitet) in einer Stellungnahme weitere inhaltliche Kriterien. Dazu zählt die »medizinische Bedürftigkeit«, die in vier Stufen unterteilt wird (Lebensschutz, Ausfall wichtiger Organfunktionen, vorübergehende Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Maßnahmen zur Verbesserung der Körperfunktionen). Diese Einteilung ist insgesamt aber noch sehr variabel und interpretierbar; d.h. noch weiter zu konkretisieren. Ein weiteres Kriterium besteht im »erwarteten individuellen Nutzen einer Maßnahme«, der durch die Bindung an die evidenzbasierte Medizin gewährleistet werden soll. Auch hier bleibt umstritten, inwiefern der Nutzen auch noch durch weitere Parameter näher bestimmt werden kann. Schließlich zählt die »Kosteneffektivität einer Maßnahme« auch aus Sicht der ZEKO zu den erforderlichen Kriterien.



## Fazit:

Aus ethischer Perspektive lässt sich feststellen, dass Eigenverantwortung der Patienten durch einen schonenden Umgang mit den Ressourcen ebenso angezeigt ist, wie das Ausschöpfen bestehender Rationalisierungspotenziale. Die Ressourcen müssen fair und individuell patientenorientiert eingesetzt werden. Hier sind also die sogenannten Opportunitätskosten mit zu berücksichtigen. Es sollte sich vor allem die Einsicht auf ärztlicher und pflegerischer Ebene durchsetzen, dass ein falscher Ressourceneinsatz an der einen Stelle zum Schaden von Patienten an anderer Stelle führen kann. (DER, 2016)

Gleichwohl sind Rationierung und Priorisierung vor allem dort kritisch zu befragen, wo finanzielle Mittel nur auf die Bereiche verteilt werden, die den größten »aggregierten Nutzen« aufweisen. Es muss ausgeschlossen werden können, dass bestimmte Patientengruppen oder auch einzelne Patienten nicht gleich behandelt werden (Gebot der statusindifferenten Gleichbehandlung).

Letztlich muss besonders berücksichtigt werden, dass Patienten nicht durch Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung zu sogenannten »statistischen« Patienten degeneriert, sondern als »identifizierbare« Menschen behandelt werden. Ein Gegengewicht zu einer rein ökonomischen Sicht auf den Patienten wäre die Fokussierung auf die Frage nach der tatsächlichen medizinischen Bedürftigkeit eines Menschen, die auch den Abbruch der als »futile« erachteten Therapiemaßnahmen nicht ausschließt. Das sollte aber nicht ausschließlich vor dem Hintergrund von Kosten-Nutzen-Bewertungen geschehen, sondern aus einer Haltung heraus, die den karitativen Auftrag der Daseinsvorsorge eines Krankenhauses ernst nimmt.

*Es sollte sich vor allem die Einsicht auf ärztlicher und pflegerischer Ebene durchsetzen, dass ein falscher Ressourceneinsatz an der einen Stelle zum Schaden von Patienten an anderer Stelle führen kann.*

» Literatur beim Verfasser

# Fallbesprechung: Entscheiden in schwierigen Situationen

## Ethikberatung im Altenheim

In der stationären Altenhilfe hält die Ethikberatung und mit ihr die ethische Fallbesprechung vielerorts Einzug. Die Fragestellungen unterscheiden sich oft deutlich von den aus der Akutmedizin bekannten Themen: In der Altenhilfe stellen sich oft Fragen des alltäglichen Zusammenlebens auf dem Hintergrund einer langen Lebensgeschichte außerhalb der Einrichtung. Gleichzeitig spielt das Beziehungsgeflecht innerhalb der Einrichtung eine wichtige Rolle – sowohl bei der Entstehung schwieriger Situationen wie auch bei der Suche nach Lösungen.

### Falldarstellung

Frau W., 79 Jahre, lebt seit vier Jahren im Altenpflegeheim, nachdem sie sich nach einem alkoholbedingten Sturz in ihrer Wohnung nicht mehr selbst versorgen konnte. Anlass für die Anfrage einer Ethikberatung ist der Umstand, dass Frau W. im vergangenen Jahr elf Kilo abgenommen hat. Ihr Bodymass-Index (BMI) liegt noch nicht im kritischen Bereich, die Pflegekräfte machen sich allerdings Sorgen, dass dies bald eintritt, sollte sie weiterhin kontinuierlich abnehmen. Die Pflegekräfte sehen einen Zusammenhang zwischen Frau

*Die Pflegekräfte sehen einen Zusammenhang zwischen Frau W.s. Gewichtsabnahme und ihrer Freundschaft mit einem Mann, der außerhalb des Heims in einer Sozialwohnung lebt.*

W.s. Gewichtsabnahme und ihrer Freundschaft mit einem Mann, der außerhalb des Heims in einer Sozialwohnung lebt. Sie verbringt viel Zeit mit ihm, bleibt auch manchmal über Nacht weg und überlässt ihm große Teile ihres Essens. Zusätzlich gibt sie



**Marita Seegers M.A.**  
ist Diplom-Theologin und Krankenschwester. Sie arbeitet neben ihrer Tätigkeit als Referentin für Gemeindec Caritas und Engagementförderung auch als Ethikberaterin für den Caritasverband für die Diözese Speyer.

ihm, nach Auskunft der Pflegekräfte, auch noch fast ihr ganzes Taschengeld und bittet anschließend Personal und Mitbewohner um Zigaretten.

Der Freund, Herr O., hat einige Zeit vom Heim Essen auf Rädern bezogen. Nachdem er die Rechnung nicht bezahlt hatte, wurde die Versorgung eingestellt. Zusätzlich hat er Hausverbot, da er sich den Bewohnern gegenüber unverschämt und aufdringlich verhält. Frau W. muss sich deshalb stets außerhalb mit ihm treffen.

Die Pflegekräfte vermuten, dass Frau W. häufiger Hunger leidet, was sie auf Nachfrage allerdings abstreitet. Dennoch bieten die Pflegekräfte ihr kleine Zwischenmahlzeiten an, die sie manchmal annimmt.

### Medizinische und Pflegerische Aspekte:

Frau W. leidet an Diabetes mellitus, der dreimal wöchentlich mit Blutzuckermessungen kontrolliert wird; die Messungen vergisst sie allerdings häufig. Die Gefahr einer Bewusstlosigkeit durch Unterzuckerung schreckt Frau W. nicht. Der Gewinn an Lebensqualität ist für sie wichtiger als ein möglicher gesundheitlicher Schaden. Sie versorgt sich komplett selbst.

### Psychosoziale Aspekte

Die Pflegekräfte beschreiben Frau W. als Einzelgängerin. Sie hat Mühe mit anderen auszukommen und lebt deswegen inzwischen in einem Einzelzimmer. An Beschäftigungsangeboten der Einrichtung nimmt sie nicht teil. Vor der Bekanntschaft mit Herrn O. zeigte sie sich häufiger aggressiv, was deutlich nachgelassen hat, seit sie mit diesem viel unterwegs ist. Wie Frau W. selbst sagt, mache sie das Zusammensein mit ihm zufrieden. Außerdem tue ihr die Bewegung gut und sie sei bei ihm glücklich – sie habe ja sonst niemanden. Die Gewichtsabnahme sieht sie nicht als Problem: »Es stehe ihr doch gut!«.

Frau W. hat einen Sohn, der eine Vorsorgevollmacht besitzt. Da er wenig Zeit hat, übernimmt de facto seine Frau fast alle Aufgaben und steht dem Heim als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

*Vor der Bekanntschaft mit Herrn O. zeigte sie sich häufiger aggressiv, was deutlich nachgelassen hat, seit sie mit diesem viel unterwegs ist.*

## Ethische Analyse

Im Vordergrund steht der Konflikt zwischen der Autonomie der Bewohnerin und der Fürsorgepflicht der Pflegekräfte. Diese fragen sich, ob sie aus Gründen der Fürsorge darauf achten müssen, dass Frau W. nicht weiter an Gewicht verliert. Eine weitere Gewichtsabnahme würde sie schwächen und die unzureichende Versorgung mit Nahrung in Verbindung mit ihrem Diabetes mellitus mögliche Schäden durch eine Unterzuckerung begünstigen. Die Fürsorge erstreckt sich darüber hinaus auf die Frage, ob Herr O. Frau W. nicht aus rein egoistischen Motiven ausnutzt. Es entsteht der Eindruck, Frau W. habe sich seine Zuwendung durch die Versorgung mit Essen und finanziellen Zuwendungen aus ihrem Taschengeld erkaufte. Die Pflegekräfte fragen sich, ob sie Frau W. ihre Sicht der Dinge darlegen sollen, damit sie die Möglichkeit hat, die Beziehung eventuell ohne diese »Gegenleistungen« zu gestalten.

Dem steht Frau W.s klar artikulierter Wille entgegen, die Beziehung zu ihrem Freund aufrechtzuerhalten, da sie hierbei ein hohes Maß an Lebensfreude erlebe, die sich auch auf alle, die mit ihr zu tun hätten, sehr positiv auswirke. Frau W. ist mehr in Bewegung und deutlich weniger aggressiv als vorher. Aus ihrer Sicht überwiegen eindeutig die Vorteile aus dieser Beziehung. Es wird diskutiert, ob Frau W. in Anbetracht ihrer langjährigen Alkoholerkrankung in der Lage sei, die genannten Gefahren zu sehen. Aus ärztlicher und pflegerischer Sicht liegt kein Hinweis vor, dass sie in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt wäre, zumindest nicht mehr als andere Menschen, die verliebt oder einsam sind. Aus Frau W.s Sicht ist der Gewinn an Lebensqualität durch diese Beziehung deutlich höher einzuschätzen als die Gewichtsabnahme und die Bedenken, sich durch ihren Freund ausnutzen zu lassen.

*Es entsteht der Eindruck, Frau W. habe sich seine Zuwendung durch die Versorgung mit Essen und finanziellen Zuwendungen aus ihrem Taschengeld erkaufte.*

## Lösungsvorschlag

Es wird nach einer Möglichkeit gesucht, die Gewichtsabnahme zu stoppen und gleichzeitig Möglichkeiten zu eröffnen, die Beziehung zu Herrn O. aufrechtzuerhalten. Der Heimleiter schlägt vor, Frau W. ein zusätzliches Essen für ihren Freund mitzugeben, wenn sie ihr Mittagessen in der Cafeteria zu sich genommen hat. So großzügig dieser Vorschlag ist, muss doch gefragt werden, ob diese Bedingung nicht eine Bevormundung darstellt, die Frau W.s Wohl aus Sicht der Mitarbeiterschaft definiert. Stellt dieses Vorgehen eine motivierende Belohnung dar oder wird Frau W. unter Druck gesetzt zu essen, auch wenn sie das nicht möchte?

## Empfehlung

Es wird vereinbart, dass Frau W. ein Essen für ihren Freund bekommt, wenn sie selbst gegessen hat. Sie erhält ebenfalls ein Essen, wenn sie nichts oder nur wenig essen möchte. Damit ist zumindest ausgeschlossen, dass sie Hunger leidet um ihren Freund zu unterstützen. Mit dieser Empfehlung bleibt Frau W. die Freiheit, nach ihrem Willen zu handeln, gleichzeitig wird die Fürsorgepflicht der sie betreuenden Personen angemessen gewahrt.

# Die Farbe Grau

## Impuls

Während eines Austauschs mit Ethikkomitees anderer katholischer Krankenhäuser erzählt eine Kollegin, ihr Ethikkomitee sei jetzt auch direkt mit einem Button auf der Homepage des Krankenhauses zu finden. Das sei ja sehr erfreulich, leider sei der Button ausgerechnet grau, das fände sie viel zu unauffällig. Nun ist »grau« sicher nicht die Farbe, die auf einer Homepage Aufmerksamkeit erregt. Aber mein erster Gedanke war, dass wir uns bei ethischen Fragen oft in einer Grauzone befinden.

Bei vielen ethischen Fragen und Konflikten gibt es im Erleben der Beteiligten nicht einfach Schwarz oder Weiß. In einer ethischen Fallbesprechung beispielsweise entsteht ein vollständigeres Bild, wenn die Beteiligten ihren Blickwinkel vorstellen und die Wahrnehmung der anderen hören. Aber es bleiben oft komplexe Fragen, für die es keine einfache, glatte Lösung gibt.

Manche haben diese Vorstellung von einer ethischen Fallbesprechung: Für ethisch geschulte Profis sei ihr – ihnen unlösbar erscheinendes – Problem ganz klar. Sie trauen sich manchmal nicht, die Experten überhaupt zu belästigen. Und dann erleben sie, dass die Beteiligten ein komplexes Bild zeichnen und oft mehrere berechnete Interessen/Wünsche/Werte abgewogen werden müssen. Nichts ist mit einer schnellen, einfachen Antwort, für die man selber nur zu dumm war. Mir erscheint es manchmal wie ein Abwägen verschiedener Grautöne – denn nur Schwarz oder nur Weiß sind nicht möglich.

Mein Lieblingsbild ist dafür eine Szene aus LORIOTS »ÖDIPUSSE« geworden. Eigentlich soll Paul Winkelmann dem grauen Ehepaar in seinem grauen Zuhause auf Wunsch der Psychologin eine Sofagarnitur in einem frischen Apfelgrün schmackhaft machen. Davon erhofft sie sich eine Belebung der ehelichen Beziehung. Als kundenorientierter Verkäufer landet er aber bei einem belgischen



»»

**Hanne Büker** engagiert sich als Krankenhauseelsorgerin im Bonifatius Hospital Lingen im Ethikkomitee sowie als Moderatorin ethischer Fallbesprechungen.

Sortiment mit 28 Grautönen in verschiedenen Stoffqualitäten: »Mausgrau, staubgrau, aschgrau, steingrau, bleigräu, zementgräu, ...«

Als die Kollegin sich über das unauffällige Grau für den Ethik-Komitee-Button beschwerte, musste ich an diese Szene denken. Es wäre schön, wenn ethische Fragen mit einem frischen Apfelgrün neuen Schwung in den Arbeitsalltag brächten. In meiner Wahrnehmung bewegen sich ethische Fragen aber häufig in Graubereichen mit verschiedenen Farbnuancen. Also hat Goethes Mephisto Recht, wenn er alle Theorie als grau abwertet, während des Lebens goldner Baum grünt?

Meine Erfahrung mit gelungen Fallbesprechungen spricht dagegen: Es ist oft mühsam, Informationen zusammenzutragen und alle Facetten zu beleuchten. Aber das Ergebnis, das von außen eher als Grauton erscheint, gibt den Beteiligten mehr Sicherheit und entlastet sie. Dass das Leben wieder grünt und blüht, ist wohl übertrieben. Dass aber alle Beteiligten durch die gemeinsame Beratung entlastet und neu motiviert sind, hat schon einen Hauch von Apfelgrün.

*Es wäre schön, wenn ethische Fragen mit einem frischen Apfelgrün neuen Schwung in den Arbeitsalltag brächten.*

# Buchbesprechung

## Bauer, Axel (2017): Normative Entgrenzung, Themen und Dilemmata der Bio- und Medizinethik in Deutschland

Der Mannheimer Medizinhistoriker und -ethiker Axel Bauer deutet in seinem fünf Kapitel umfassenden Buch bereits mit dem Titel: »Normative Entgrenzung« die zur Diskussion auffordernde Ausrichtung des Bandes an. Anhand eigener Vorträge aus den vergangenen 20 Jahren skizziert Axel Bauer die Entwicklungen im Bereich der Medizin- und Bioethik in Deutschland und warnt in den zusammengestellten Vorträgen vor einer Auflösung der Werte in der Gesellschaft.

### Zwei Auffassungen von Krankheit



Bauer, Axel (2017), Normative Entgrenzung, Themen und Dilemmata der Bio- und Medizinethik in Deutschland, Springer Wiesbaden, 295 Seiten.

Bevor er auf einzelne Themenfelder der Medizinethik eingeht, thematisiert Axel Bauer das grundsätzliche Verhältnis von Ethik und Gesellschaft. Bauer nimmt an, dass die persönlichen Wertehaltungen bei Menschen zunehmend erodieren und dass sich das daran zeige, dass ethische Themen gesellschaftlich stärker diskutiert werden. Das erklärt er dadurch, dass sich die mangelnde persönliche Auseinandersetzung mit Wertefragen nach außen richte und daher ethische Reflexion (von außerhalb) eingefordert werde (gleichsam als ein Akt externer Sublimierung).



**Dr. Jonas Pavelka** leitet im Zefog den Bereich Ethik und Organisationsentwicklung. Er entwickelt derzeit in einer Arbeitsgruppe ein Fortbildungskonzept für die gesundheitliche Vorsorgeplanung (gVP/ACP).



Bauer ermahnt die wissenschaftliche Ethik, sich weder zu sehr von allgemeinen Werthaltungen noch von rechtspositivistisch verfassten Normen leiten zu lassen (Vorwort, IX).

Einige Punkte seien im Folgenden skizziert, die Bauer zufolge auf eine normative Entgrenzung in der Bio- und Medizinethik hindeuten:

1. Axel Bauer beanstandet zuvorderst den Wissenschaftsbetrieb, der sich zu sehr an Erfolgen der Forschung und nicht an einer durchaus redlichen Darstellung einer durch einen Versuch widerlegten Hypothese orientiere. Er kritisiert zudem die Methode der empirisch arbeitenden Medizin, die auf die Klinische Ethik übertragen werde. »Durch die Verwendung empirischer Methoden wird der vorher ›nur‹ philosophierende Ethiker scheinbar zum gleichrangigen ›Forscher‹ im klinisch-universitären Kontext, der sich vor seinen ärztlichen Kollegen nicht mehr wegen der rein reflektierenden Verfahrensweise des ›Geisteswissenschaftlers‹ genieren muss.« [22]

*Bauer kritisiert die Methode der empirisch arbeitenden Medizin, die auf die Klinische Ethik übertragen werde.*

2. Der Anspruch des Christlichen als möglicher »konstruktiver Störfaktor« im politischen Diskurs scheint Bauer zufolge zunehmend die eigene Rolle zu verkennen und zu einer Appeasement-Politik überzugehen [vgl. 28–29]. Daher ruft er den Leser auf: »Der Mensch muss am Beginn des 21. Jahrhunderts entscheiden, ob er sich entweder weiterhin als ein Geschöpf betrachten will, das von einem personalen Gott beziehungsweise von einer unpersönlichen, evolutionären Natur geschaffen und gestaltet werden soll, oder ob er die biologische Fortentwicklung seiner Art als Designer in die eigenen Hände nehmen möchte.« [30]

3. Axel Bauer hebt ferner die Standespflichten der Ärzteschaft hervor und weist auf die drohende Gefahr ihrer Nivellierung hin. »Wie steht es etwa mit dem sehr grundsätzlichen Tötungsverbot des Hippokratischen Eides: Hat es in der heutigen, auf Effizienzsteigerung und Kosten-Nutzen-Analysen bedachten High-Tech-Medizin noch seinen Platz?« [60]. Für die Werterhaltung in einer sozial verfassten Gesellschaft bedarf es seiner Meinung nach eines Ethos in der Medizin, das nicht allein eine »standesrechtlich kodifizierte gegenseitige Selbstverpflichtung von Ärzten [...]« ist. [vgl. 62–63] Aus Bauers Sicht orientiert

*Aus Bauers Sicht orientiert sich die Medizin in der Gegenwart bei der Definition von Krankheit zunehmend an empirisch messbaren Werten.*

sich die Medizin in der Gegenwart bei der Definition von Krankheit zunehmend an empirisch messbaren Werten.

Die prädiktive Medizin bzw. die humangenetischen Erkenntnisse werden als ein Reservoir für die prognostische Krankheitsbeschreibung der Medizin interpretiert, womit die Medizin zunehmend den Weg einer »Pathologisierung des Menschen« beschreite. Außerdem konstatiert der Autor einen Wandel von einer an Krankheiten orientierten Medizin hin zur Optimierung in Form des Enhancements und weist darauf hin, dass Selbstbestimmung, die die Möglichkeit zu Therapieabbruch und ärztliche Suizidassistenz inkludiere, den Begriff der Humanität entstelle. [78–80]. Er behauptet, Ärzte würden nicht mehr gemeinsam mit dem Patienten der Krankheit widerstehen, wie es noch der Hippokratische Eid forderte, sondern Gefahr laufen, zum Diener der Technik zu werden [84–85].

4. Am Beispiel der Diskussion um das Stammzellgesetz, das am 25. April 2002 verabschiedet wurde, verdeutlicht der Autor, dass der Import und die Forschung an embryonalen Stammzellen höhere Standards für den Schutz menschlichen Lebens erfordere, wobei er auch den zunehmenden Druck beschreibt, unter dem Deutschland im Vergleich zu liberalerer Gesetzgebung in den europäischen Nachbarländern stehe. Dahinter verbirgt sich die Frage, ob die Europaweiten Regelungen auch im Interesse der einzelnen Länder sind, oder ob die europäische Vereinheitlichung von Minimalstandards als »Eurokratie« verstanden wird. Hier weist er auch auf die widersprüchliche Praxis hin, die sich zwischen der Praxis europaweit ausgegebener Forschungsgelder und der in einigen Ländern restriktiven Regelung zur biotechnologische Forschung zu Embryonen auftut [vgl. 98].

5. Mit Blick auf das sogenannte »social freezing« befürchtet Bauer, dass es innerhalb des Verfahrens des Egg-Freezings und der zeitlich versetzten künstlichen Befruchtung auch eher zu einer PID komme. Er stellt in diesem Zusammenhang die Frage, ob wir »Anderssein« heute weniger aushalten als vor 40 Jahren [209]. Scharf kritisiert er auch die neuen Verfahren der nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD), bei dem ein einfacher Bluttest der Mutter bereits Aufschluss über mögliche Trisomien und andere genetisch bedingte Erkrankungen des Embryos gibt.

*Scharf kritisiert er auch die neuen Verfahren der nicht-invasiven Pränataldiagnostik, bei dem ein einfacher Bluttest der Mutter bereits Aufschluss über mögliche Trisomien gibt.*

Er sieht darin einen »weiteren Schritt zur eugenischen Selektion« (215). Die Schwangerschaft werde zunehmend zu einem »von Sorgen überschatteten Drama« (217) gemacht und damit zu einem Ereignis, das man ehemals freudig erwartete, das nun aber zunehmend mit befürchteten Gefahren, Risiken und wachsendem Entscheidungsdruck für die junge Eltern belastet sei.

Die Fragen nach Therapiebegrenzung und -abbruch möchte er nicht allein den Entscheidungen von Gerichten überlassen. Dabei sei auch die Patientenverfügung seiner Meinung nach keine Hilfe. Die Intensivmediziner stehen seines Erachtens vor der Herausforderung, den technischen Fortschritt und »Moralpragmatik zu einem in sich schlüssigen Konzept zu vereinen« (232). Im Umgang mit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid beschreibt Axel Bauer eine Entwicklung innerhalb der Medizinethik, die zunehmend libertäre Positionen vertrete [233].

In Bezug auf die Disziplin der Palliativmedizin, die im medizinischen Fächerkanon noch relativ jung ist, gibt er zu bedenken, dass mit Blick auf die Erfahrungen der Geschichte ein Risiko darin bestünde, dass die Palliativmedizin hinter die ursprünglichen idealistischen Ziele zurückfallen könne, da im Laufe der Zeit ein starker Selbsterhaltungsdrang entfaltet werde [245]. Dabei zielt er vor allem auf ökonomische Anreize, die im Rahmen der palliativen Versorgung leitend werden könnten.

6. Schließlich kritisiert er auch die am 1. November 2012 getroffene gesetzliche Neuregelung der Organspende, die die »erweiterte Zustimmungslösung« in eine »Widerspruchslösung« umgeformt hatte. Er bewertet dies u.a. als staatliche Bevormundung gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht des Bürgers in einer »höchstpersönlichen Frage« und brandmarkt sowohl das Vorgehen als auch die Vergabepaxis als »[...] noch nicht dagewesene Form der Vergesellschaftung individueller Organspendebereitschaft« [250–252]. Zudem sei das im Jahre 1968 entwickelte Hirntod-Kriterium nicht aufgrund der Feststellung des Todes um seiner selbst willen eingeführt worden. Es enthalte vielmehr die Gefahr einer funktionalen Indienstnahme, um andere unerwünschte Entscheidungen und Folgen ausschließen zu können [254–257].

*Bauer bewertet die Neuregelung der Organspende als staatliche Bevormundung gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht.*

## Fazit

Da die Beiträge eine geschichtliche Entwicklung zeigen sollen, geht es dem Autor nicht um deren Aktualität. Es stellt sich für den Rezensenten die Frage, ob die Herangehensweise, Beiträge aus unterschiedlichen Jahren in Form eines Sammelbandes ohne weitere historische Systematisierung darzustellen, an sich das Ziel erreicht bzw. dem eingangs formulierten Interesse nachkommt, einen historischen Verfallsprozess zu beschreiben. Es wäre wünschenswert gewesen, Punkte herauszuarbeiten, die diese Entwicklung auch systematisch erfassen und vergleichbar machen. So bleibt diese Aufgabe dem Leser überlassen.

Eine gewisse Schwäche liegt darin, dass das Buch nur Beiträge des Autors enthält, wodurch es zu einer einseitigen Interpretation bio- und medizinethischer Entwicklungen kommt. Die Vorträge haben oft einen warnenden und appellierenden Charakter. Sie können bei Leserinnen und Lesern, die sich der Lektüre widmen, zu Polarisierungen führen.

Hervorzuheben ist die detaillierte Recherche der Beiträge und die aufmerksame Beobachtung der zeitgenössischen bio- und medizinethischen Entwicklung.

*Eine gewisse Schwäche liegt darin, dass das Buch nur Beiträge des Autors enthält, wodurch es zu einer einseitigen Interpretation bio- und medizinethischer Entwicklungen kommt.*



# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDschau

*verständlich · christlich · praxisorientiert*

## Impressum

ISSN 2194-2730

### 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)



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar



ethisch gut beraten

In Kooperation mit:

