



Beratung

Prof. Dr. Hartmut Krefß, Bonn

Psychosoziale Beratung angesichts medizinischer Entscheidungskonflikte - heutige und künftige Fragestellungen

Vortrag anlässlich des Symposions "Von der Sexualethik zur Familienpolitik" (am 24.04.2004 in der Aula der Alten Universität Marburg aus Anlass des 70. Geburtstags von Siegfried Keil)

Veranstalter: Fachgebiet Sozialethik am Fachbereich Evangelische Theologie der Universität Marburg

Vorbemerkung:

Der technische Fortschritt der Medizin und die Lebensumstände einer hochtechnisierten, weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft bringen es mit sich, dass auf die einzelnen Menschen verstärkt Verantwortlichkeiten zukommen. Die Bürgerinnen und Bürger selbst werden sich vermehrt Gedanken darüber zu machen haben, wie sie angesichts von persönlichen, familiären, medizinischen oder sozialen Konfliktsituationen am sinnvollsten entscheiden können. Die Konfliktfelder, aufgrund derer weitreichende persönliche Entscheidungen notwendig werden, nehmen zu. Traditionell geht es um Fragen der Familienplanung, um das Problem des Schwangerschaftsabbruchs oder um Erziehungsprobleme.

Herr Kollege Keil, dessen 70. Geburtstag der Anlass für dieses Symposium ist, hat sich immer wieder zu Fragen der Familien- und Lebensberatung geäußert. Dabei haben Sie, Herr Keil, auch betont, dass es geboten ist, die Anliegen und die Perspektiven von Kindern im Auge zu behalten. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1992 haben Sie geurteilt, das Kind werde in Theologie und Kirche wiederentdeckt (vgl. Siegfried Keil, Lebensphasen, Lebensformen, Lebensmöglichkeiten, Bochum 1992, S. 77). Nun bin ich mir nicht so sicher, ob dies faktisch der Fall ist. Eine persönliche Erfahrung als ein Beispiel: In den zurückliegenden Jahren, in denen ich Mitglied der EKD-Kammer für Entwicklung und Umwelt gewesen bin, habe ich mich bemüht, die EKD-Kammer dazu zu bewegen, sich mit Kinderrechten und dem Kindeswohl, konkret z.B. mit dem Handlungsbedarf für Kindermedikamente in entwicklungspolitischer Hinsicht zu befassen - ohne Resonanz. Ich bin im Zweifel, ob oder inwieweit im Bereich der evangelischen Kirche ernstlich eine "Wiederentdeckung" des Kindes stattfindet und ob die Kirchen in dieser Hinsicht ihrer Verantwortung in der Vergangenheit tatsächlich stets nachgekommen sind. Um so mehr stimme ich Ihnen aber zu, dass das Kind - nämlich der Gedanke des Kindeswohls, der Kinderrechte, das heißt das Anliegen, die Subjektstellung des Kindes zu würdigen - für die Theologie und die Ethik ein Thema ist, das neu wahrgenommen werden **sollte**. Eine solche Wiederentdeckung hätte überdies auch in rechtspolitischer und in gesundheitspolitischer Hinsicht stattzufinden. Über die Gesundheit von Kindern in der Bundesrepublik ist vom Robert Koch Institut soeben ein erster umfassender empirischer Bericht vorgelegt worden. Die Tatsache des ersten Berichtes zeigt - so das Robert Koch Institut selbst -, welcher Nachholbedarf besteht. Immerhin: Im staatlichen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bereich sind verstärkt Initiativen zum Kindeswohl und zu den Gesundheitsrechten von Kindern zu erkennen.

Für das Thema der Beratung ergibt sich das Postulat, dass die familienbezogene Beratung die

Anliegen von Kindern vorrangig im Blick behalten sollte. Dies ist von Ihnen, Herr Keil, deutlich betont worden. Davon abgesehen und generell gesagt: Das Beratungssystem bedarf überhaupt einer Ausgestaltung, die lebensnah bleibt und möglichst wenig Hemmschwellen bietet. Um von Ihnen formulierte Postulate aus dem Jahr 1989 aufzugreifen (vgl. Siegfried Keil, a.a.O. S. 76):

- Ratsuchende sollten möglichst schnell der Beraterin, dem Berater gegenüber sitzen, die für ihre Problemlage kompetent sind
- Die Unübersichtlichkeit und Zersplitterung des Beratungswesens müssen überwunden werden.

An solche, jetzt schon 15 Jahre alte Impulse möchte ich anknüpfen. Es soll mir um Probleme gehen, die der medizinische Fortschritt und die Strukturen des technisierten Gesundheitswesens mit sich bringen. In vier Abschnitten werde ich unterschiedliche medizinethische Paradigmen ansprechen und jeweils Anknüpfungspunkte für die psychosoziale Beratung bedenken.

1. Zur genetischen Diagnostik

Theoretisch unterliegt es keinem Zweifel: Die neuen diagnostischen und therapeutischen Handlungsmöglichkeiten, die der medizinische Fortschritt mit sich bringt, führen zu ungeahnten Chancen, Lebensqualität zu wahren und Gesundheit zu erhalten. Andererseits erzeugt dieser Fortschritt Entscheidungskonflikte. Zu den Beispielen hierfür zählt die genetische Diagnostik an Erwachsenen, darunter die Darmkrebs- oder die Brustkrebsdiagnostik. Ein Teil der Brustkrebserkrankungen ist genetisch mitbedingt. Ursächliche Gene sind inzwischen bekannt. Hieraus resultiert eine um ein Vielfaches erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit der betroffenen Frauen. Ein Teil der Brustkrebserkrankungen ist mit Mutationen in den seit mehreren Jahren bekannten Genen BRCA1 und BRCA2 assoziiert. Die Krankheitsanlage wird an die Kinder, sowohl an Mädchen als auch, ursächlich für andere Erkrankungen, an Jungen weiter vererbt. Für die betroffenen Frauen, an denen eine Veranlagung für die Krankheit gendiagnostisch festgestellt wurde, ist eine kausale Therapie nicht möglich. Es können aber verschiedene Maßnahmen der zusätzlichen Vorsorge genutzt werden. Gelegentlich sind bei Betroffenen offenbar geradezu Panikreaktionen und voreilige Operationswünsche anzutreffen. Vor allem aus den USA wird berichtet, dass in beträchtlichem Maß vorzeitige Operationen tatsächlich durchgeführt werden.

Mit diesen wenigen Stichworten ist angedeutet: Einerseits: Die relativ neue diagnostische Früherkennungsmöglichkeit von Brustkrebs oder von anderen schweren Erkrankungen dient der Lebensrettung und sollte daher auch genutzt werden. Andererseits: Zugleich werden Verunsicherung und Zweifel erzeugt. Angesichts dessen ist der Ausbau der humangenetischen Beratung unumgänglich. Man wird freilich nicht erwarten dürfen, dass durch Beratung eine eindeutige Lösung von Entscheidungsdilemmata aufgefunden werden kann, in die einzelne Menschen versetzt werden. Jedoch bietet Beratung die Chance, dass die Betroffenen über ihre Situation und über die Entscheidungsalternativen immerhin sachgemäß nachdenken. Konkret geht es um Erhebliches: um mögliche Handlungskonsequenzen

- für die eigene individuelle Lebensführung
- ggf. für die Berufswahl
- oder in Bezug auf die aktuelle Berufsausübung
- oder in Anbetracht von Fortpflanzungswünschen. Denn es kann sich die Frage stellen, ob bei eigener genetischer Belastung die Fortpflanzung gegenüber den potentiellen Nachkommen noch verantwortbar ist.

Betroffene werden ferner zu erwägen haben, in welchem Maß sonstige Angehörige, vor allem Verwandte informiert werden, für den Fall, dass die belastende genetische Anlage auch bei diesen vorhanden sein könnte. Humangenetiker berichten darüber, dass sich in der Beratungspraxis geradezu eine neue Form der Familiarisierung ereignet. Die moderne

Gesellschaft ist - neben anderen Trends, darunter dem der weltanschaulichen Pluralisierung - von einem hohen Schub der Individualisierung geprägt. Traditionelle familiäre Strukturen sind weitgehend aufgelöst und in andere Lebensformen transformiert worden. Insofern wirkt - ausgerechnet - die humangenetische Diagnostik gegenläufig: Verwandte, die sich familiär und lebensweltlich voneinander entfremdet haben, geraten neu in Beziehung zueinander, und zwar aufgrund gemeinsamer erblicher Veranlagungen. Es lässt sich leicht vorstellen, wie zwiespältig und wie belastend solche genetisch bedingten Re-Familiarisierungen im konkreten Fall sein können.

Dies findet in der humangenetischen Beratungspraxis seinen Niederschlag. Nachdem eine humangenetische Diagnostik auf eine Krankheit durchgeführt wurde (bzw. auch schon im Vorhinein), ergeben sich häufig die Problemfragen,

- ob Verwandte informiert werden dürfen, wenn Gefahr besteht, dass diese psychisch oder in anderer Hinsicht zu schwer belastet werden;
- oder ob sie sogar unterrichtet werden sollten, um von ihnen oder von ihren Nachkommen eventuellen Schaden abzuwenden;
- oder: wie es sich andererseits in diesem Zusammenhang mit dem Recht auf Nichtwissen oder mit der Vertraulichkeit oder mit dem Schutz vor Vorwürfen verhält; und weiteres.

Die Vielzahl der existentiellen Fragen und der Normkonflikte ist hiermit lediglich angedeutet. Zweifel dieser Art erwächst gleicherweise bei sonstigen humangenetischen oder anderen modernen medizinischen Diagnosen. Die Brustkrebsdiagnostik bildet lediglich ein Beispiel, das in den letzten Jahren relativ intensiv diskutiert wurde. Verunsicherung ergibt sich bei humangenetischer Diagnostik in doppelter Hinsicht: erstens bezogen auf konkrete biographische und medizinische Entscheidungen, z.B. bei der Suche nach einer Therapie, die am ehesten empfehlenswert sein könnte, zweitens oftmals auch in Bezug auf die Sinndeutung der eigenen Existenz.

Um wiederum eine Äußerung aus der humangenetischen Beratungspraxis wiederzugeben: Beraterinnen oder Berater kennen sinngemäß oder sogar wörtlich den Satz von Patienten, sie fühlten sich angesichts ihrer eingeschränkten gesundheitlichen Zukunft vom Leben betrogen. Solche Voten erinnern theologisch an die Theodizeefrage, also an die Reflexion, ob angesichts des malum, des Übels, das ich erleide, eine Gerechtigkeit oder das Vorhandensein Gottes für mich noch glaubhaft ist. Der medizinische Fortschritt führt auf diese Weise zu einer säkularisierten Renaissance theologischer Grundprobleme.

Doch nochmals zum Beratungsgespräch selbst: Bei dem bislang Gesagten habe ich stets zugrunde gelegt: Die medizinische Diagnostik, die Voraussagen oder gleichsam eine "Prophetie" über die gesundheitliche Zukunft beinhaltet, erfordert nicht nur eine rein medizinisch-technische Information und Aufklärung, die der Arzt zu geben hätte. Sondern es ist eine psychosoziale oder auch ethische Beratung vonnöten, die die Lebensumstände und Werteinstellungen der Patienten berücksichtigt und aufarbeitet. Diese Notwendigkeit ist in der Gesundheitspolitik durchaus erkannt; und der Ausbau der humangenetischen Beratung, einschließlich der psychosozialen Aspekte, ist verstärkt worden. Andererseits bestehen nach wie vor eine strukturelle Unterausstattung und eine Schiefelage zwischen dem medizinisch-technischen Fortschritt einerseits und den diesen auffangenden Beratungs- und Begleitungsangeboten andererseits. Die Bundesrepublik Deutschland hat bislang die sog. Biomedizinkonvention des Europarates nicht unterzeichnet. Es sieht nicht danach aus, dass die Bundesrepublik diese Konvention zu einem absehbaren Zeitpunkt akzeptieren würde. Denn - so die Begründung - die Konvention entspreche nicht dem deutschen Standpunkt zum Embryonenschutz und zur Forschung an Nichteinwilligungsfähigen. Nun leuchten mir diese Vorbehalte in der von den Kritikern vorgetragenen Form nicht ein; doch sei dies beiseite gelassen. Worauf es hier ankommt, ist dieses: Die vielkritisierte Biomedizinkonvention schreibt vor, dass jede genetische Diagnostik von Beratung begleitet sein **muss**. Es wäre

wünschenswert, wenn die Bundesrepublik Deutschland sich diese europäische ethische Norm doch noch zu eigen machen würde.

2. Qualitätssicherung bei psychosozialer Beratung

Zur psychosozialen Beratung, die angesichts medizinischer Entscheidungskonflikte erfolgt, besteht - wie soeben dargelegt - Diskussionsbedarf hinsichtlich der Quantität des Angebots und damit auch zur Finanzierung. Darüber hinaus ist vor allem aber die qualitative Seite zu sehen.

Um dies zu verdeutlichen, greife ich nun anders gelagerte Beispiele auf. Sie betreffen den Umgang mit dem Lebensbeginn. Die Fortschritte der Fortpflanzungsmedizin bringen für potentielle Eltern, für Kinderwunschaare und für werdende Eltern erhebliche Entscheidungsdilemmata mit sich. Hierzu gehört die Frage,

- wie auf belastende Ergebnisse reagiert werden kann, die die vorgeburtliche Diagnostik am Fetus mit sich bringt: soll oder darf eine Abtreibung stattfinden?;
- oder es entsteht die Frage, ob man überhaupt Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion in Anspruch nehmen sollte. Auch hierzu sollte eigentlich nicht nur medizinische Information und Aufklärung erfolgen, sondern eine ausführliche ethische, psychosoziale Beratung stattfinden.

Konkret nenne ich einen Problempunkt, den in den letzten Jahren auch die Medizin nicht klar genug eingeräumt hat. Dieser Punkt ist - so wie ich selbst es erlebt habe - von medizinischer Seite zunächst durchaus marginalisiert worden: dass die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Techniken, insbesondere ICSI, also die Sameninjektion in eine Eizelle, in erhöhtem Maß zu Fehlbildungen beim so gezeugten Kind führen kann. Für Kinderwunschaare stellt sich daher die moralische Frage, ob sie ihren eigenen Wunsch auf Nachkommen unter Umständen zu Lasten der Gesundheit eben dieser Nachkommen erfüllen dürfen. Nun ist die Datenlage zu gesundheitlichen Spätschäden der außerkörperlich erzeugten Kinder nach wie vor nicht befriedigend. Dennoch sollten, ja müssen sich potentielle Eltern im Vorhinein mit diesem Problem eventueller Spätschäden bei den Kindern aufgrund künstlicher Befruchtung befassen. Dies ist eine Zweifelsfrage, zu deren persönlicher Klärung eine dritte Instanz, das heißt eine unabhängige Beratungsstelle Hilfe leisten könnte und sollte. Insofern ist psychosoziale Beratung in diesem Zusammenhang außerordentlich wichtig.

Nur: Die Institutionen, die für Kinderwunschaare oder für Schwangere Beratung anbieten, bedürfen ihrerseits der kritischen Betrachtung. Die Fortpflanzungsmedizin oder sonstige Medizinbereiche eröffnen neuen Bedarf an Beratung. Anbieter bzw. Beratungsorganisationen interessieren sich verständlicher Weise für diesen Markt, und zwar manchmal auch zu Lasten dessen, was korrekt wäre. Eine evangelische Beratungsinstitution in Bonn sah nach 2000, dass Präimplantationsdiagnostik (PID) in der Bundesrepublik evtl. zugelassen würde (was sich nach derzeitigem Stand mittelfristig nicht bewahrheiten wird). Jedenfalls befasste sich diese Institution mit PID und erklärte 2003 in einem Text und in einer öffentlichen Präsentation ganz auf der Linie sonstiger kirchlicher Voten, man lehne PID kategorisch ab. Denn es handele sich um "Selektion", ja - wie auf der das Papier vorstellenden Pressekonferenz gesagt wurde (es fällt schwer, dies wörtlich zu zitieren) - um einen Einstieg in die Herstellung von Designerbabys und in aktive Euthanasie Sterbender, nämlich in "tötendes Selektieren am anderen Ende des Lebens". Es entstehe "die Gefahr, 'lebenswert' und 'lebensunwert' mit 'normal' und 'behindert' gleichzusetzen". Jedoch verurteile man mit der PID als Technik nicht zugleich die Frauen, die PID erwägen. Diese wolle man beraten, dabei aber - dies trat als die Intention zutage - von PID abraten.

Nun könnte man ja sagen, dass die betreffende (in diesem erwähnten Fall: evangelische) Beratungsinstitution ihre Prämissen genannt hat; dies lässt sich positiv bewerten. Andererseits muss man schwere Bedenken haben, ob solche Beratungsangebote noch ergebnisoffen sind und ob sie dem Gebot, die Perspektive der Ratsuchenden zu achten, gerecht werden.

Ich möchte dieses einzelne Beispiel nicht vertiefen. Dem - schwierigen, vielschichtigen - Thema der PID wird man mit den zitierten Schlagworten nicht gerecht. Hier möchte ich in genereller Hinsicht auf einen anderen relevanten Punkt hinweisen: Beratungsinstitutionen und die Beratungsangebote der verschiedenen Träger sollten zukünftig auf ihre Qualität überprüft werden. Ggf. könnte man Zertifizierungen bedenken. Vor allem sollten Wege etabliert werden, Beraterinnen und Berater, die im Medizinbereich - gerade auch zu neuen, neuartigen Fragestellungen - tätig werden, hinreichend auszubilden, sie fortzubilden und angemessene Standards zu sichern. Zu den Qualitätsstandards gehören wesentlich

- die Sachkompetenz auch in medizinischer Hinsicht,
- die Toleranz als ethische Voraussetzung der Beratungsinstitution,
- Gesprächsmethoden, die - über die rein indirekte Methode hinaus - auf faktische und auf ethische Probleme aufmerksam machen, ohne zu den moralischen Problempunkten aber bestimmte moralische oder moralisierende Lösungen zu suggerieren. Vielmehr:
- Die Ergebnisoffenheit von Beratungsgesprächen ist einzufordern. Die Ergebnisoffenheit ist auch deswegen ein hohes Gebot, weil, protestantisch-theologisch gesagt, das Gewissen der einzelnen Menschen selbst diejenige Instanz ist, aus der heraus verantwortliche Entscheidungen getroffen werden sollten.

Dasselbe ergibt sich soziologisch aus der religiös-weltanschaulichen Pluralisierung der Gesellschaft. Entscheidungen über Gesundheit und Krankheit laufen stärker denn je auf die einzelnen Menschen selbst zu, die nicht mehr wie selbstverständlich in bestimmten religiösen Vorgaben beheimatet sind. Den weltanschaulichen Pluralismus spreche ich nun in der Form an, dass ich auf nochmals ein anderes Paradigma medizinischer Konflikte eingehe, nämlich auf den Umgang mit dem Lebensende.

3. Die persönliche Wertanamnese von Patienten in Anbetracht des Lebensendes

Die Herausforderungen, denen Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal sich angesichts des Lebensendes zu stellen haben, nehmen zu. Inzwischen ist es ethisch und rechtlich wenigstens im Grundsatz anerkannt, dass passive Sterbehilfe, d.h. der Verzicht auf künstliche lebensverlängernde Maßnahmen oder der Abbruch von Behandlungen statthaft sind. Dies gilt, wenn der Sterbeprozess eingesetzt hat oder auch wenn schon vorher deutlich ist, dass es sich um ein irreversibles Krankheitsgeschehen handelt. Passive Sterbehilfe ist statthaft, ja geboten, wenn der Patient selbst dies wünscht.

Der Hintergrund besteht darin, dass der technische Fortschritt, nämlich die Lebensverlängerung durch medizinische Intervention, unter Umständen in Last, ja in Inhumanität umschlagen kann. Vor allem das Richterrecht (insonderheit die Rechtsprechung durch den Bundesgerichtshof) erkennt inzwischen an, dass ein Sterben in Würde zur Menschenwürde hinzugehört. Langsam gelangt auch in der Bundesrepublik Deutschland der ethisch entscheidende Gedanke zum Zuge, dass die einzelnen Menschen selbst es sind, die in Freiheit und Selbstbestimmung über die Umstände ihres Krankheits- und Sterbeprozesses entscheiden dürfen und dies auch tun sollten. Denn Freiheit und Selbstbestimmung sind ihrerseits Konkretionen und Ausdrucksformen der Menschenwürde.

Aufgrund dessen liegt es nahe und gewinnt es in der Bevölkerung zunehmend Akzeptanz, vorsorgliche Patientenverfügungen zu verfassen. Diese Verfügungen enthalten vorausschauende Bestimmungen über die eigene irreversible Krankheit und das Sterben für den Fall, dass der Verfasser der Patientenverfügung nicht mehr ansprechbar ist und seinen Willen nicht mehr selbst aktuell bekunden kann. Für diesen Fall sollen die Bestimmungen der Patientenverfügung gelten. Die Bindungswirkung und Gültigkeit ist - bei aller Unsicherheit, die im klinischen oder pflegerischen Alltag hierzu noch herrscht - auch in Deutschland zumindest durch das Richterrecht anerkannt. (Neuere wichtige Dokumente zu diesem Thema sind z.B.

Texte der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, im Internet zu erreichen über <http://www.samw.ch>¹, oder jetzt der Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung vom April 2004, im Internet über <http://www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik>² oder über <http://www.justiz.rlp.de>³).

Nun brauchen hier keine Einzelprobleme der passiven Sterbehilfe, der Vertretbarkeit einer ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Grenzfällen, zum Umgang mit Wachkomapatienten oder andere, je für sich schwierige Konstellationen erörtert zu werden. Vielmehr geht es mir hier um die psychosoziale oder ethische Beratung von Menschen angesichts des Lebensendes. Dann, wenn Menschen vorsorglich eine Patientenverfügung verfassen, setzen sie sich prospektiv, vorausschauend mit einem zukünftigen eventuellen Krankheitsverlauf auseinander. Medizin- und kulturgeschichtlich hat es kein Vorbild, dass für Menschen eine solche prospektive Auseinandersetzung mit dem eigenen künftigen Sterben sinnvoll und geboten ist. Kulturell handelt es sich bei der vorsorglichen Patientenverfügung um Neuland. Die Notwendigkeit hierzu resultiert aus den Gegebenheiten des medizinischen Fortschritts. Anders als noch vor wenigen Jahrzehnten wird nicht mehr der rasche Tod gefürchtet, sondern werden das langsame Sterben und die Multimorbidität zum Regelfall und zum Gegenstand der Sorge. Jedenfalls ist es existentiell und kulturell ganz unvertraut, dass Menschen im Vorhinein Entscheidungen über den zukünftigen Verlauf von Krankheit und Sterben, über den Therapieabbruch in bestimmten Fällen, den Verzicht auf Reanimation oder den Verzicht auf künstliche Ernährung und sonstiges treffen sollen.

Als weiterer Aspekt kommt hinzu: Religiöse oder weltanschauliche Anschauungen, die eine Orientierung für den Umgang mit Sterben und Tod bieten könnten, sind heute nicht mehr in der Weise kulturell präsent, wie dies früher der Fall war. Die religiösen Deutungsperspektiven in der Gesellschaft sind plural geworden; sie reichen von den christlichen Konfessionen über das Judentum oder den Islam bis zu agnostischen Sichtweisen. Und: Auch innerhalb einer Konfession oder Religion besteht keineswegs Einlinigkeit oder Eindeutigkeit, sondern Pluralität.

Um dies an einem Beispiel aus der katholischen Kirche zu verdeutlichen: Lehramtliche Äußerungen des Vatikan - namentlich auch die Glaubenslehrekongregation - untersagten wiederholt im Umgang mit dem Lebensende die Selbstbestimmung. Im März 2004 hat der Vatikan zusätzlich erklärt, dass bei Wachkoma künstliche Ernährung durchgeführt werden müsse, um das Leben, das Gott gegeben habe, zu erhalten. Die Verpflichtung zur künstlichen Ernährung bestehe auch dann, wenn der Patient vorher "verfügt", das heißt ggf. sogar schriftlich ausdrücklich erklärt habe, dass er dies ablehne. Nun ist diese Äußerung aus dem Vatikan, die das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung beschneidet, ethisch aus meiner Sicht hochproblematisch. In unserem Zusammenhang möchte ich an diesem Beispiel aber verdeutlichen, dass auch innerhalb von Konfessionen Pluralismus herrscht: Denn zahlreiche Katholiken werden diese Position ihrer Kirche nicht teilen, sondern sich in Patientenverfügungen darüber hinwegsetzen. Rechtlich gilt dann, was sie selbst erklärt haben.

Gegenwärtig kommen mithin zwei Lasten zusammen:

- erstens die Last, dass die einzelnen Menschen sich prospektiv mit dem eigenen künftigen Sterben auseinandersetzen müssen,
- zweitens die Erschwernis, dass religiöse Vorgaben, die hilfreich wären, jedenfalls nicht ohne weiteres zur Verfügung stehen.

Angesichts dessen fühlen sich zahlreiche Menschen überfordert, wenn sie sich damit konfrontiert sehen, Patientenverfügungen abzufassen oder zu unterzeichnen. Wie kann man solche Überforderungen auffangen? Durchaus auf dem Weg von Beratungs- und Bildungsangeboten. Und hierfür sollte nun leitend sein, die eigenen Perspektiven und Wertschätzungen der betroffenen Menschen zugrundezulegen und zur Geltung gelangen zu lassen. Beratung hat auf diese Weise gleichsam eine maieutische Funktion. Sie sollte der

individuellen Selbstentdeckung und Selbsterkenntnis der betroffenen Menschen in Anbetracht von Krankheit und künftigem Sterben dienen.

Hierzu können dann auch didaktische Anregungen hilfreich sein, die inzwischen vorliegen. So hat das Zentrum für medizinische Ethik in Bochum Beispielgeschichten entworfen, in denen Fallkonstellationen von Krankheitsverläufen geschildert werden. In diese Einzelfälle, die narrativ dargelegt werden, können interessierte Menschen sich eindenken. Durch einen Fragenkatalog wird die oder der Interessierte dazu angeregt, darüber nachzudenken, wie er sich gegebenenfalls selbst als Angehöriger, Arzt oder Betroffener entscheiden würde. Solche narrativen Materialien dienen damit der Wertanamnese. Sie befähigen Menschen dazu, sich ihren eigenen Deutungsrahmen und die persönlichen Perspektiven bewusst zu machen. Möglicherweise werden auf diese Weise sogar individuelle religiöse Perspektiven neu erschlossen: Die Beschäftigung mit dem eigenen künftigen Sterben kann geradezu einen Umweg darstellen, der zur erneuten und vertieften Reflexion persönlicher religiöser Sinn-Ressourcen hinführt.

4. Anthropologische und normative Grundlagen von medizinethischer Beratung

Im Kern lief das von mir Gesagte durchweg darauf hinaus: Bei medizinethischen Problemen im Umgang mit eigener Krankheit oder Gesundheitsplanung, mit Fortpflanzungswünschen oder dem Lebensende sind die Perspektiven der betroffenen Menschen selbst maßgebend. Die ethische oder psychosoziale Beratung sollte dies berücksichtigen und aufarbeiten. Neben formalen Qualitätsstandards der Beratungsstellen ist daher die ethische Tugend der Empathie und der Toleranz bei den Beratenden unerlässlich. Zudem ist die Geduld oder anders gesagt der Faktor der Zeit von Belang: Beratungsgespräche - durch den Arzt oder durch Beratende in sonstigen Institutionen - beanspruchen oft mehr Zeit, als für das technische Erstellen einer Diagnose und eine knappe medizinische Information erforderlich wäre. Diese Herausforderungen an Geduld und an Zeit wird ein humanes Gesundheitssystem beachten müssen. Freilich ist der Zeitaufwand für Beratung im Rahmen des rationalisierten und medikalisierten Medizinsystems derzeit disfunktional.

Denkansätze, die in die Richtung humaner Beratung weisen, sind eigentlich in der Medizin selbst anzutreffen. Der protestantische Arzt Viktor von Weizsäcker stand in gedanklicher Verbindung zu Martin Buber, dem jüdischen Religionsphilosophen und Vordenker einer dialogischen Ethik. Zusammen mit Buber war er Herausgeber der interreligiösen Zeitschrift "Die Kreatur", die ab 1926 erschien. Diese Zeitschrift - interkonfessionell und interreligiös, damals ein bemerkenswerter Sachverhalt - enthielt Beiträge zu ethischen Themen. Zu ihnen zählt der wegweisende Aufsatz "Der Arzt und der Kranke", den von Weizsäcker selbst geschrieben hat. Er entwickelte die Idee, den Patienten in seiner psychosomatischen Einheit sowie in seiner dialogischen Existenz wahrzunehmen. Medizinische Entscheidungen sollten - so von Weizsäcker - auf der Basis der Werteinstellungen des Patienten erfolgen, die gerade in ihrer Subjektivität für den Arzt ein objektives Faktum zu sein hätten.

Vor 80 Jahren hat von Weizsäcker hiermit den heute so belangvoll gewordenen Gedanken der Wertanamnese entdeckt, also die Nachfrage nach den Werteinstellungen der Patienten selbst. Zudem gelangte bei ihm der Sache nach bereits in den Blick, was heute *iustitia contributiva*, Beteiligungs- oder Befähigungsgerechtigkeit genannt werden kann. Unter Gesichtspunkten der Gerechtigkeit ist es eine Aufgabe der medizinischen und der psychosozialen Beratung, Klienten oder Patienten in die Lage zu versetzen, Entscheidungen über ihre gesundheitliche Zukunft und ihren Umgang mit Krankheitssituationen eigenverantwortlich zu treffen. In diese Richtung hin ist bereits vor-gedacht worden. Der protestantische Arzt Viktor von Weizsäcker bietet hierfür ein medizin- und geistesgeschichtliches Beispiel. In der Gegenwart, in einer pluralen und auf liberalen Grundrechten beruhenden Gesellschaft kommt es darauf an, solche Denkanliegen der individuellen Wertanamnese
- aufzugreifen,

- sie infrastrukturell umzusetzen
- und bei Beratungsangeboten daher auf Qualitätsstandards, auf Toleranz sowie auf die Ergebnisoffenheit zu achten.

Ich denke, mit solchen Optionen wird auch Intentionen Rechnung getragen, an denen Ihnen, Herr Keil, liegt.

Links

1. <http://www.samw.ch>
2. <http://www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik>
3. <http://www.justiz.rlp.de>