

Leserforum

Wohlfühl-Ethik? – Plädoyer für eine klarere Reflexion von klinischer Ethik und psychologisch-sozialer Beratung. Anfragen an eine „exemplarische“ (?) Falldarstellung

Zu Stella Reiter-Theil (1999) Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils

Ethik Med 11: 222 ff.

1. *Conditio sine qua non* für die klinische Ethik muss eine klare Erfassung und Darstellung des medizinischen Sachverhalts sein. Gerade weil die klinische Realität komplexer ist als Fälle der Lehrbuch-Ethik, ist es geboten, die medizinische Situation so darzustellen, dass die zu erörternden Optionen, also das ethisch Relevante, deutlicher werden.

Im gegebenen Fallbericht ist von einer „schwierigen medizinischen Situation“ die Rede, das Wiedererlangen eines „erträglichen“ Bewusstseinszustandes sei „unwahrscheinlich“. Fraglich sei, ob nicht bereits „irreversible Schädigungen (ein apallisches Syndrom)“ vorlägen.

Hatte der Patient Schmerzen, drohte eine Verschlechterung seines Zustandes, ist ihm also die Diagnostik nicht zumutbar?

2. Bei der diagnostischen Abklärung kann es nur um Computertomographie oder Kernspinn gehen. Peripher wirksame Schmerzmittel können gegeben werden. Keine neurologische Intensivstation würde in der Durchführung der diagnostischen Maßnahmen ein Problem sehen. Sie sind unabdingbar zur Klärung der real gegebenen Optionen und ihrer ethischen Reflexion. Die Diagnostik ist nicht invasiv; sie ist m.E. nicht zustimmungspflichtig durch die Angehörigen. *Ein ethisches Problem liegt überhaupt nicht vor.* Kann und soll es wirklich sinnvollerweise im *Ethikkonsil* (u.a.) darum gehen, *ob* der aktuelle medizinische Zustand irreversibel sei (Hervorhebungen P.L.)

Wenn tatsächlich bereits ein apallisches Syndrom vorliegt, kann es nicht sinnvoll sein, die Angehörigen insoweit einzubinden, dass sie den Vater für die neurologische Diagnostik „motivieren“.

Wo der Fallbericht endet, da käme nach Durchführung der Diagnostik die eigentlich ethisch relevante Frage nach Therapiebegrenzung oder Behandlungsabbruch erst ins Spiel.

3. Offensichtlich droht durch die Diagnostik keine Verschlechterung des Patientenzustandes, sondern des Angehörigenzustandes. Das ist zwar psychologisch nachvollziehbar, aber kein primär ethisches Problem. Vielmehr geht es darum, den Angehörigen eine traurige Wahrheit nahezubringen. Obwohl die Autorin (im Editorial des Themenheftes) selbst „die Unterscheidung und Kombination ethischer und psychosozialer Fragen in der praktischen Ethik-Beratung in der Medizin“ als *Desiderat* erwähnt, so unterbleibt eine solche Klärung der Relation vollständig. Das ist bedauerlich, denn es trägt durch die Analogisierung von „Ethik-Boom“ und „Psycho-Welle“ unfreiwillig zu Widerständen gegen die Institutionalisierung der klinischen Ethik bei. Es ist doch vielmehr so, dass die Ethik gegebenenfalls sogar den Konflikt suchen muss, während es für die Psychologie angehen mag, dass sie primär auf Konsensfindung und Nicht-Einlassen auf die Emotionen aller Beteiligten hin angelegt ist. Klinische Ethik desavouiert sich selbst, wenn sie zur „Wohlfühl-Ethik“ wird.

4. Den gegebenen Fallbericht auch noch zum Exempel für klinische Studien zu machen, gibt in der Tat – anders als von der Autorin beabsichtigt – Anlass zum Nachdenken.

Paulus Liening, M.A.,
Goethestraße 6,
Institut für Geschichte der Medizin,
72076 Tübingen, Deutschland