

Argumentieren lernen – Religionspädagogik und Medizinethik im Dialog

Für alle Beteiligten, die sich während einer medizinischen Behandlung begegnen, werden Entscheidungsfindungen bei ethisch-moralischen Problemen zunehmend komplexer. Dies ist zum einen der sich immer weiter fortentwickelnden apparativen und medikamentösen Therapie zuzuschreiben, zum anderen aber auch eine Folge der Pluralisierung von ethischen Handlungsoptionen und -modellen.¹ Die Komplexität von ethisch-moralischen und sittlichen Entscheidungsprozessen verlangt danach, frühzeitig deren Anwendung zu erlernen und nicht damit zu warten, bis sie akut in der eigenen Lebenssituation zu lösen sind. Zudem kommt es bei medizinethischen Entscheidungen nicht selten vor, dass sich ein Patient oder Angehöriger in einer Dilemma-Situation befindet, die sehr rasch emotional geführt wird.² Der Religionsunterricht kann hierfür ein geeigneter Ort sein, um Schüler darin zu fördern, im Sinne einer sittlichen Urteilsfindung sprach- und argumentationsfähig zu werden, zudem bietet er auch Raum, um eine an Faktenwissen orientierte Diskussion einzuüben. Durchaus können emotionale Lernziele dabei eine wichtige Rolle spielen, sie sollten aber als solche wahrgenommen, anerkannt und reflektiert werden.

In diesem Beitrag werden zwei klassische Modelle aus Medizinethik und Religionspädagogik in Dialog gesetzt, die auf Basis einer so genannten *Alltagsmoral* beziehungsweise einer *sittlich-religiösen Ethik* argumentieren. Das erste Modell wurde vom Münchener Medizinethiker Georg Marckmann mitentwickelt, das zweite Modell geht auf den evangelischen Theologen Heinz Eduard Tödt zurück. Vorgeschlagen wird eine Kombination aus beiden Modellen, die als tragfähige Strategie für eine Didaktik von Argumentations- und Urteilsfähigkeit fungieren kann. Im Folgenden werden beide Modelle und ihre Kombination exemplarisch ausgeführt. Zudem sollen beide Modelle in Kombination auf eine konkrete alltägliche medizinische Situation – den so genannten *informed consent* (Einwilligung des Patienten nach eingehender Aufklärung) – angewandt werden.

1 Vgl. Urban Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch, Stuttgart 2012.

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form verwendet; gemeint sind jedoch beide Geschlechter, hier z.B. Patientinnen und Patienten.

1 Der rekonstruktive oder kohärente Begründungsansatz nach Georg Marckmann

Medizinethische Urteilsfindungen werden im Wesentlichen von vier Prinzipien geleitet³:

1. Nach dem »Prinzip des Wohltuns« (*beneficence*) müssen alle Therapieentscheidungen so getroffen werden, dass dadurch für den Kranken ein größtmöglicher Nutzen entsteht. Dazu zählen neben einem medizinischen Vorteil auch Verbesserung der Lebensqualität und/oder eine Verlängerung der Überlebenszeit.
2. Aufgrund des »Prinzip des Nichtschadens« (*nonmaleficence*) darf dem Patienten durch medizinische Eingriffe kein Schaden zugefügt werden. Unangenehme oder unerwünschte Nebenwirkungen, die bei einer prinzipiell wirksamen Therapie auftreten, müssen gegen dieses Prinzip abgewogen werden.
3. Eine Therapie darf nur nach ausführlicher Beratung und Aufklärung des Patienten (*informed consent*) durchgeführt werden. Dabei ist der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten höher zu schätzen als eine medizinische Indikation für eine Therapie oder die Meinung von medizinischem Fachpersonal oder Angehörigen (*respect for autonomy*).
4. Nach dem »Prinzip der Gerechtigkeit« (*justice*) wird der Blick über den individuellen Patienten hinaus auf gesellschaftliche, gesundheitsökonomische und krankenversicherungsrechtliche Aspekte ausgewertet. Dieses Prinzip beinhaltet zum Beispiel auch, dass bei gleichen Erkrankungen gleiche Therapieangebote unabhängig von sozialen und finanziellen Faktoren gewährt werden.

Alle vier Prinzipien sind unabhängig voneinander verbindlich, müssen aber im Einzelfall individuell geprüft und gegeneinander abgewogen werden, zumal jedes einzelne Prinzip zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich eines ethischen Problems führen kann. Dabei liegen die Interpretation und Spezifikation der einzelnen Prinzipien beim Anwender selbst. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt kann nur dann entstehen, wenn zwar bestimmte moralische Grundsätze berücksichtigt werden, diese aber nicht auf individuellen Interessen des Arztes beruhen.⁴ Ziel eines medizinethischen Prozesses soll es sein, einen möglichst breiten Konsens zu finden.

3 Tom L. Beauchamp / James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York / Oxford 2013.

4 Georg Marckmann, *Ethik in der Medizin – Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen* – Auftaktartikel zur Serie. In: Bayerisches Ärzteblatt 9/2013, 442–445, hier 442.

Auf Basis dieser vier medizinethischen Prinzipien entwickelt Marckmann ein fünfstufiges Modell zur *prinzipienorientierten Falldiskussion*.⁵ In einem *ersten Schritt* werden alle relevanten medizinischen Fakten, Prognosefaktoren, Verlaufseinträge, psychosoziale, existenzielle und kulturelle Faktoren zusammengestellt. Daraus werden möglicherweise verschiedene Behandlungsstrategien erarbeitet und nach unterschiedlichen Behandlungszielen bewertet. Durch dieses Vorgehen entsteht ein umfassender medizinischer Überblick über die aktuelle Situation eines Patienten.

Es folgt ein erster Bewertungsschritt, bei dem es zunächst ausschließlich um die individuelle Bewertung des Patientenwohls geht. Nach Marckmann ist durch diese Vorgehensweise sichergestellt, dass zunächst alle äußeren Störgrößen in Bezug auf die Bewertung ausgeschlossen sind. Es geht hierbei primär um die Bewertung eines zu erwartenden Behandlungserfolges bzw. um mögliche Schäden oder Nebenwirkungen, die nicht abhängig sind von subjektiven Erwartungshaltungen. Dieser erste Bewertungsschritt gliedert sich somit in zwei Teilschritte. Erst im zweiten Teilschritt wird nach der Autonomie des Patienten gefragt. Dabei geht es nicht nur um eine aktuelle Standortbestimmung mit dem Patienten, sondern auch um das Zusammentragen früherer Äußerungen und Werthaltungen. Dieser Schritt ist dann vor allem von Relevanz, wenn der Patient sich aktuell nicht oder nicht mehr äußern kann.

Der zweite Bewertungsschritt berücksichtigt alle möglichen Aspekte des »Prinzips der Gerechtigkeit«. Diese können u.a. auf moralisch-sittliche Ansprüche Dritter eingehen sowie finanzielle und apparative Ressourcen berücksichtigen. Marckmann stellt bei diesem Analyseschritt heraus, dass Interessen von Dritten in jedem Fall den im ersten Bewertungsschritt ermittelten Kriterien unterzuordnen sind.⁶

Im vierten Schritt werden die in den vorausgehenden Bewertungsschritten erarbeiteten Kriterien zusammengefasst, erörtert und einer Gewichtung unterzogen. Dabei ist es insbesondere bei divergierenden Ansprüchen notwendig, eine eindeutige Priorisierung vorzunehmen. Wichtig ist, dass einer eventuellen Ablehnung einer Therapie durch den Patienten nachzukommen ist. Die Entscheidung über Nutzen und Schaden einer Therapie liegt somit letztlich beim Patienten selbst.

Eine Besonderheit des Modells von Marckmann liegt in der darauf folgenden erneuten kritischen Reflexion der bereits getroffenen Entscheidungen. Ein solcher Prozess kann z.B. durch eine Balint-Gruppe oder eine Supervision entstehen.

5 A.a.O., 443.

6 A.a.O., 445.

2 Die ethische Theorie sittlicher Urteilsfindung nach Heinz Eduard Tödt

Mögliche Strategien zur Bewertungsfindung lässt Marckmann offen. Daher bietet sich für die Bewertungsschritte 2 und 3 der in der Religionspädagogik häufig angewendete Ansatz von Heinz Eduard Tödt an.⁷ Für den Religionsunterricht wird dieses Modell im Folgenden anhand der ihm eigenen sechs Sachmomente knapp skizziert.⁸

1. Wahrnehmung, Annahme und Bestimmung eines Problems als eines sittlichen

Ein konkretes Fallbeispiel (Kasuistik) wird nicht nur beschrieben, sondern im Hinblick auf die darin enthaltenen sittlichen Problemstellungen analysiert. Dabei orientiert sich die Fragestellung nicht allein daran, was möglich und machbar ist, sondern nimmt eine der sittlichen Wahrnehmung entsprechende ganzheitliche Perspektive ein. Dadurch wird »das Teilproblem [...] in einen weiteren Zusammenhang integriert und jetzt erst voll in seiner sittlichen Bedeutung erkannt.«⁹

2. Situationsanalyse

Da bestimmte sittliche Frage- und Problemstellungen niemals isoliert auftreten, sondern in »komplexe Realzusammenhänge«¹⁰ fallen, beleuchtet die Situationsanalyse den jeweiligen Kontext und das je eigene Bedingungsgefüge eines Problems. Hierbei werden auch verschiedene Lösungsansätze in den Blick genommen.

3. Beurteilung von Verhaltensorptionen

Das mittlerweile situativ analysierte Problem fordert zu konkreten Lösungen heraus. Tödts Konzept zufolge werden nun unterschiedliche Verhaltensalternativen, die als Lösungen in Betracht kommen, vor dem Hintergrund ihrer Voraussetzungen und hinsichtlich ihrer Konsequenzen überprüft und erörtert.

4. Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven

Auch wenn Normen nach Tödt nicht als oberste sittliche Kriterien aufgefasst werden sollten, haben sie dennoch im sittlichen Urteil eine unumgängliche Funktion, insofern sie die Regeln formulieren, an denen sich das Alltagsleben von Gruppen und Gesellschaften orientiert. Somit soll nun die kritische Frage nach dem sittlichen Geltungsanspruch der an sich immer schon implizit mitspielenden Normen gestellt werden. Entschei-

7 Vgl. *Monika E. Fuchs*, Bioethische Urteilsbildung im Religionsunterricht. Theoretische Reflexion – Empirische Rekonstruktion, Göttingen 2010, 196ff.

8 Vgl. *Heinz E. Tödt*, Versuch einer ethischen Theorie sittlicher Urteilsfindung, in: *Ders.*, Perspektiven theologischer Ethik, München 1988, 21–48.

9 A.a.O., 30.

10 A.a.O., 31.

dend ist hierbei, welches Normsystem zugrunde gelegt wird und somit ausschlaggebend für die Wahl einer bestimmten Verhaltensalternative werden kann. Es besteht jedoch die Möglichkeit, nicht nur unter vorgegebenen Normen auszuwählen, sondern gegebenenfalls im Urteil neue Normen zu gewinnen.

5. Prüfung der sittlich-kommunikativen Verbindlichkeit von Verhaltensoptionen

Neben der Reflexion der vorangegangenen Schritte geht es nun darum, die individuelle Entscheidungsebene in Relation zu der Entscheidungsebene gesellschaftlicher Gruppen zu setzen, die von einem Urteilsentscheid betroffen sind. Denn Urteile sind nur dann im vollen Wortsinne sittlich, »wenn sie die Aussage provozieren: jeder Mensch sollte in dieser Situation und unter gleichen lebensgeschichtlichen Voraussetzungen sich so verhalten, wie es der in Aussicht genommenen Urteilsbescheid gebietet.«¹¹ Die Sittlichkeit eines Urteils ist somit nicht dem Belieben eines Individuums anheimgestellt, sondern mit dem Ziel eines *gemeinsamen* sittlichen Urteils auf einen Interaktions- und Kommunikationsprozess angewiesen.

6. Der Urteilsentscheid

Der sittliche Urteilsentscheid wird von Tödt als »konstruktiver Verhaltensentwurf« bezeichnet, der die vorangehenden Sachmomente in kreativer Synthese verbindet. Eine urteilende kognitive Einsicht und ein willentlicher verhaltensbestimmender Entschluss kommen zusammen, wenn sich der Urteilende ein Tun oder Lassen zu eigen macht, »das seiner Identität und Integrität gerecht wird, für das er also einzustehen bereit ist.«¹²

Selbst aus dieser stark verkürzten Darstellung von Tödt's Theorie sittlicher Urteilsfindung wird ersichtlich, dass es sich hierbei um ein äußerst komplexes Verfahren handelt. Für die religionsunterrichtliche Umsetzung bedarf es daher einer Vereinfachung, die im Sinne des Elementarisierungsgedankens zwar eine didaktische Reduktion vollzieht, aber dennoch eine angemessene Reflexionsebene beibehält. Ein Dreischritt aus *Analyse – Bewertung – Synthese/Handlungsempfehlung*¹³ kann diesen Anforderungen entsprechen, wenn die Tödt'schen Sachmomente von Problemfeststellung und Situationsanalyse der *Analyse* sowie die Beurteilung von Verhaltensoptionen, die Normenprüfung und die Prüfung der sittlich-kommunikativen Verbindlichkeit der *Bewertung* zugeordnet

11 A.a.O., 40.

12 A.a.O., 41.

13 In Anlehnung an und Weiterführung des von Lachmann vorgeschlagenen Dreischritts »Sehen – Urteilen – Handeln«, vgl. Rainer Lachmann, Ethische Urteilsbildung: Elemente, Kriterien, Perspektiven, in: Ethische Schlüsselprobleme. Lebensweltlich – systematisch – didaktisch, Göttingen 2006, 13–22, hier 17ff.

werden. Dem Sachmoment des Urteilsentscheids entspricht sodann die *Synthese* im Sinne einer reflektierten Empfehlung oder prinzipiellen Bereitschaft zum Handeln.

3 Synthese der Theoriemodelle

Die Kombination beider Modelle zeigt, dass es Parallelen in der Strukturierung von ethischen Urteilen anhand der Modelle aus Medizinethik und Religionspädagogik gibt. Es könnte zunächst eine Kasuistik nach der Analyse von Marckmann vorgestellt werden und durch Tödts Beurteilung von Verhaltensoptionen sowie der Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven mit anschließendem Urteilsentscheid fortgesetzt werden. Am Ende steht die kritische Reflexion, bei der das Urteil erneut überprüft und ggf. modifiziert wird.

	Georg Marckmann »Vier medizinethische Prinzipien«	Heinz Eduard Tödt »Ethische Theorie sittlicher Urteilsfindung«
1. Analyse	<i>1. Medizinische Aufarbeitung</i> a) Analyse patienten-individueller Befunde b) Behandlungsoptionen, Risiken, Prognose <i>(nonmaleficence)</i>	1. Wahrnehmung, Annahme und Bestimmung des Problems als eines sittlichen 2. Situationsanalyse Bestimmung komplexer Realzusammenhänge
2. Bewertung	<i>2. Bewertung I</i> Ethische Verpflichtung gegenüber dem Patienten a) Wohl des Patienten <i>(beneficence)</i> b) Respektieren von Autonomie <i>(respect for autonomy)</i> <i>3. Bewertung II</i> Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten a) Angehörige b) andere Patienten c) Gesellschaft und Gesellschaftsökonomie	3. Beurteilung von Verhaltensoptionen Vergleich bestimmter Handlungsmöglichkeiten 4. Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven 5. Prüfung der sittlich-kommunikativen Verbindlichkeit von Verhaltensoptionen
3. Synthese / Handlungsempfehlung	<i>4. Synthese</i> Konvergenz oder Divergenz der Verpflichtungen? Begründete Abwägung?	6. Urteilsentscheid

Reflexion*5. Reflexion*

- a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?
- b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können? Möglicherweise Modifikation des Ergebnisses

4 Argumentieren lernen am Beispiel des *informed consent*

Die nun folgende religionspädagogische Konkretion wendet die Kombination beider Modelle auf ein konkretes alltägliches medizinisches Problem an. Als Kasuistik soll der medizinische Umgang mit dem *informed consent* erörtert werden. Dieser allgemein verbindliche Ansatz setzt voraus, dass der Arzt es vermag, dem Patienten die notwendigen Ziele, mögliche Risiken, den Nutzen und Behandlungsalternativen so zu erklären, dass dieser sie ausreichend versteht, um für sich eine reflektierte Entscheidung über die medizinische Maßnahme treffen zu können.¹⁴ Es ist leicht nachzuvollziehen, dass dieser Anspruch nicht immer ausreichend realisiert werden kann, vor allem dann, wenn es sich um Patienten in der Psychiatrie, Neurologie, Geriatrie und der Kinderheilkunde bzw. in Notfallsituationen oder während einer intensivmedizinischen Behandlung handelt.¹⁵ Am konkreten Beispiel eines Aufklärungsgesprächs vor einer Herzklappenoperation lassen sich Verknüpfungen aufzeigen, die für ethisches Argumentieren im Religionsunterricht relevant sind.¹⁶

Kasuistik: Operationsaufklärung bei schwerem Herzklappenfehler

Eine 55-jährige Frau leidet an einer Mitralsuffizienz¹⁷, die dazu führt, dass sie immer wieder mit schwerer Atemnot in der Klinik behandelt

14 Jochen Vollmann, Das Informed-Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive, in: Ders., Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik, Stuttgart 2008, 23–43, hier 23.

15 Vgl. Jochen Vollmann, Einleitung, in: Ders., Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik, Stuttgart 2008, 7–11, hier 7.

16 Als Hilfe für die Lehrkraft bieten sich zudem auch Unterrichtshilfen aus dem Deutschunterricht an, vgl. hierzu Frank Kubitz, Kompetent in Argumentieren und Erörtern, Braunschweig 2010.

17 Die Mitralklappe ist die Herzklappe zwischen der linken Herzkammer und dem linken Vorhof. Während der Austreibungsphase (Systole) verhindert sie durch ihren Schluss den Rückstrom des Blutes aus dem Herzen über den linken Vorhof in die Lunge. Eine Insuffizienz bezeichnet das unvollständige Schließen der Klappe während der Systole. Ursachen einer schweren Mitralsuffizienz sind Herzinfarkte oder Herzklappenentzündungen (Endokarditis). Während der Systole wird in der linken

werden muss. Bislang hat sie keine irreversiblen Spätfolgen erlitten. Der Klappenfehler könnte durch eine Operation unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine erfolgreich und dauerhaft therapiert werden. Alternative Behandlungsmethoden würden lediglich zu einer kurzfristigen Besserung, aber nicht zu einer dauerhaften Heilung führen. Hinsichtlich einer Operation besteht bei der Patientin, den Angehörigen und den behandelnden Ärzten Einigkeit, dass dieser Eingriff sinnvoll ist und durchgeführt werden soll. Die Patientin hat allerdings den Wunsch, über den Eingriff und dessen Risiken möglichst wenig zu wissen, während die Angehörigen auf eine umfassende Aufklärung bestehen.

Die Ärzte befinden sich nun in einer Dilemmasituation, indem einerseits das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) der Patientin zu berücksichtigen ist, andererseits der Arzt die Verpflichtung zu einer umfassenden Aufklärung hat, die im Falle möglicher Komplikationen später rechtliche Konsequenzen haben könnte. Zudem sind häufig – wie das Modell von Marckmann zeigt – weiterführende Ansprüche Dritter vorhanden, deren Bewertung in dieser Situation dann vor allem eine Rolle spielt, wenn es nach einer Aufklärung gemäß des Willens der 55-jährigen Patientin zu Komplikationen gekommen sein könnte (Haftungsrecht).

Anwendung der Kasuistik auf die Theoriemodelle nach Marckmann und Tödt

Am Anfang der Unterrichtssequenz zur sittlichen Urteilsfindung steht also ein zunächst ergebnisoffenes Fallbeispiel. Erörtert werden soll, inwieweit der Arzt die 55-jährige Patientin über ihre Operation aufklären muss. Da sie grundsätzlich die Selbstbestimmungsfähigkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit besitzt, ist nun zu fragen, welcher Grad der Informiertheit möglich, nötig oder sogar unabdingbar ist, um die Operation durchführen zu können.¹⁸

Erster Schritt: Analyse

Nach dem Konzept von Marckmann erfolgt zuerst die genaue Analyse des medizinischen Befundes. Die Schüler sollten zunächst wissen, dass eine solche Situation spezifische Ansprüche an die Rolle der Patientin

Herzkammer ein deutlich höherer Druck aufgebaut als der, der in der Lungenstrombahn herrscht. Wenn es bei einer Mitralsuffizienz zum starken Rückstrom von Blut in die Lungenstrombahn kommt, führt dies zu ausgeprägter Atemnot und Wasser in der Lunge (sog. Lungenödem). Dadurch kommt es auch zu einer verminderten Austreibung in den Körperkreislauf, sodass die Mitralsuffizienz auch zu einer Minderdurchblutung der anderen Organe führen kann. Durch diese Veränderungen der Dynamik des Blutflusses (sog. Hämodynamik) kommt es bei längerfristig bestehender Mitralsuffizienz zu irreversiblen Schäden der betroffenen Organe. Eine Operation (Rekonstruktion oder Klappenersatz) ist bei Patienten, die sich für eine Operation qualifizieren, die Therapie der Wahl.

18 Für die konkrete Umsetzung im Unterricht würde sich hier die Methode der »Expertengruppe« anbieten, da alle Beteiligten trotz desselben Ziels (Heilung der Patientin nach Operation) unterschiedliche Interessen vertreten.

und des Arztes stellt. So kann die Patientin von ihrem Arzt erwarten, dass er eine Sprache findet, die zum Verständnis der Krankheitssituation führt, dass er die Sensibilität ihrer Erkrankungssituation und die daraus resultierenden psychosozialen Herausforderungen erkennt und sie mit ihren spezifischen Bedürfnissen als verletzbaren Menschen wahrnimmt. Darüber hinaus muss der Arzt die Patientin an den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen teilhaben lassen und ihr eine realistische Einschätzung von Nutzen und Risiken des Eingriffs vermitteln. Dies muss zu jeder Tageszeit und in jeder körperlichen und seelischen Verfassung des Arztes professionell möglich sein.

Umgekehrt muss der Arzt von der Patientin erwarten, dass sie ausreichend Geduld und Disziplin aufbringt, sich auf komplexe Zusammenhänge und langwierige Prozeduren einzulassen. Dabei muss der Arzt davon ausgehen können, dass sie intellektuell in der Lage ist, das Erklärte auffassen zu können. Zudem ist es zentral, dass die Patientin in der Lage ist, Verantwortung für die Unterzeichnung rechtsgültiger Dokumente zu übernehmen.¹⁹

Zweiter Schritt: Bewertung

Nach Tödt stellt sich als wesentlicher Schritt der eigentlichen Urteilsfindung nun die Frage nach Verhaltensoptionen und somit unausweichlich nach möglichen Urteilstkriterien und ethischen Orientierungsmaßstäben.²⁰ Allgemeine ethische Grundorientierungen finden ihre Konkretion in der Anwendung der jeweiligen Kriterien auf die o.g. Kasuistik. Folgt man beispielsweise der konsequenzialistischen Argumentation in der utilitaristischen Ausprägung, die als ethischer Ansatz ausschließlich die Folgen von Handlungen abwägt, gilt eine Norm dann als akzeptabel, wenn ihr Befolgen größtmögliches Wohl für die größtmögliche Anzahl Betroffener bedeutet,²¹ was im konkreten Fall möglicherweise nicht zielführend wäre.

19 Thela Wernstedt, Selbstbestimmung und Verantwortungsübertragung in Aufklärungsgesprächen über Operationen und Narkosen, in: Peter Bartmann / Ingolf Hübnner (Hg.), Patienten Selbstbestimmung. Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 150f.

20 Aus Sicht des Arztes sollte analysiert werden, wie die Verantwortungsübertragung im Aufklärungsgespräch konkret aussieht: eine a) *offene Verantwortungsübergabe* besteht, wenn die Patientin sagen würde »Ich überlasse alle Entscheidungen Ihnen, da ich Laie bin«. Eine b) *verdeckte Verantwortungsübertragung* besteht, wenn die Patientin fragt »Was würden Sie dann an meiner Stelle machen?«. Eine so genannte c) *verdeckte Hilflosigkeit* liegt dann vor, wenn die Patientin sich zwar die Ausführungen des Arztes anhört, dann aber eine völlig nebensächliche Frage stellt und unterschreibt. Und schließlich besteht eine d) *offene Hilflosigkeit*, wenn die Patientin anfängt zu weinen, der Arzt sie beruhigt und die Übernahme der Verantwortung offen im Raum stehen bleibt. Die Konsequenzen würden in diesem Fall ausschließlich vom Arzt übernommen. Vgl. hierzu a.a.O., 154ff.

21 Annemarie Pieper, Einführung in die Ethik, 5. Aufl., Tübingen/Basel 2003, 191f.

Von den Schülern ist nun zu erörtern, inwiefern die Selbstbestimmung und Autonomie der Patientin in der konkreten Situation im Aufklärungsgespräch Einschränkungen erfahren darf. Durch den Wunsch, nur sehr begrenzt über die Operation aufgeklärt zu werden, überträgt die Patientin dem Arzt neben der medizinischen Verantwortung auch die für sich selbst. Diese stillschweigende Übereinkunft ist ein verdeckter Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung: »Der Arzt schützt seinen Patienten dabei nach außen und nach innen vor der Einsicht, einen Teil seiner umfassenden Mündigkeit und Vernünftigkeit zu verlieren, also nach den herrschenden Maßstäben kein voll funktionstüchtiger Mensch zu sein. Was immer wieder als ärztlicher Paternalismus – als wohlmeinender Übergriff des Arztes in die Entscheidung seiner Patienten – beschrieben wird, hat eine komplexere Struktur und Dynamik, die stark von der Situation des Patienten im Aufklärungsgespräch bestimmt wird.«²² Bewusst oder unbewusst muss der Arzt eine doppelte Verantwortung für die Patientin – in medizinischer und persönlicher Hinsicht – übernehmen.

Dritter Schritt: Synthese im Sinne eine reflektierten Handlungsempfehlung

Im Bereich schulischer und religionsunterrichtlicher Bildung wird der Prozess ethischer Urteilsbildung weniger auf praktische Umsetzung und konkretes Handeln als vielmehr auf die sittliche Argumentations- und Urteilsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler sowie auf deren begründeten und reflektierten Urteilsentschluss mit prinzipieller Bereitschaft zum Handeln aus sein. Um die Entwicklung eigenständig begründeter Urteile zu fördern und deren Konsequenzen für persönliches und gesellschaftliches Handeln bewusst zu machen, sind Unterrichtsformen zu wählen, »die eine unmittelbare Auseinandersetzung mit in der Gesellschaft agierenden Personen in direkter Kommunikation eröffnen«²³. So könnte im Unterricht das Gespräch mit betroffenen Angehörigen oder Ärzten gesucht werden. Auch das Verfassen eines eigenen Positionspapiers samt Handlungsempfehlung und ausführlicher Begründung sowie die Durchführung einer kontrovers geführten Debatte zum Thema *informed consent* käme einer Handlungssituation so nahe, wie dies auf der unterrichtlichen Ebene realisiert werden kann. Zudem können Rollenspiele in Form von fiktiven Gesprächen zwischen Arzt – Patient – Angehörigen geführt werden.

Vierter Schritt: Reflexion

Nach Marckmann folgt eine abschließende kritische Reflexion über das gefällte Ergebnis oder Urteil. Die entscheidenden Fragen in diesem

22 T. Wernstedt, a.a.O., 156.

23 Vgl. dazu auch Eckhart Marggraf, Sittliche Urteilsfindung – konkretisiert an der Frage der Organspende, in: Gottfried Adam / Friedrich Schweitzer (Hg.), Ethisch Erziehen in der Schule, Göttingen 1996, 281–297, hier 295.

Schritt lauten: »Worin besteht der stärkste Einwand gegen die favorisierte Handlungsoption?« und »Hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?« Die kritische Selbstreflexion sollte auch im Unterricht ein eigener Analyseschritt sein. Er kann dazu führen, dass Ergebnisse nochmals modifiziert werden. Für die Kasuistik könnte dies so aussehen, dass bei einem fiktiven Gespräch zwischen Arzt – Patientin – Angehörige eine Reflexion über die eigene oder fremde Position geführt wird. Ein solches Rollenspiel könnte auch eine Supervisionssituation beinhalten. Dabei kann überlegt werden, welche Konsequenzen aus dem vorliegenden Fall für einen vergleichbaren oder zukünftigen Fall gezogen werden könnten.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Der Vorteil des Modells von Marckmann liegt in der individuellen Berücksichtigung verschiedener Interessenkonflikte, z.B. zwischen Patientin und Angehörigen oder Patientenwillen und rechtlicher Verbindlichkeit. Zudem ist eine umfassende Darlegung aller medizinisch relevanten Fakten von immenser Bedeutung. Hierdurch bekommen die Schüler (medizinische) Fakten vorgegeben, die ihnen bei einer Urteilsfindung hilfreiche Sachargumente liefern können. Zudem stellt der finale Reflexionsschritt eine entscheidende Erweiterung des Tödt'schen Modells dar. Kritisch zu prüfen ist, ob die bei Marckmann zur Anwendung kommende so genannte *Alltagsmoral* eine ausreichende Bemessungsgrundlage für ethisch-moralische Entscheidungen bietet. Hier erweisen sich die *sittlichen Beurteilungskriterien* nach Tödt im Religionsunterricht möglicherweise als tragfähiger.

Das Modell von Tödt hat sich bereits für Prozesse im Religionsunterricht bewährt und ist für die Förderung einer sittlich-ethischen Sprach- und Argumentationsfähigkeit der Schüler von großer Relevanz. Dabei liegt die Stärke dieses Ansatzes – im direkten Vergleich zu Marckmanns Modell – in der Tödt'schen Sachargumentation, in deren Verlauf dezidiert nach verschiedenen und gegebenenfalls miteinander konfligierenden ethischen Urteilkriterien und Orientierungsmaßstäben gefragt wird. Diese Schwerpunktsetzung ermöglicht es, unterschiedliche ethische Ansätze und Argumentationslinien zu beleuchten und das Bewusstsein der Schüler für ethische Entscheidungen zu schärfen. Der Religionsunterricht bietet Orientierungswissen und lässt doch zugleich »offen, inwieweit die Schüler und Schülerinnen das christlich fundierte und motivierte ethische Urteil, das sie im Religionsunterricht kennengelernt und kritisch diskutiert haben, für sich selbst als handlungs- und lebensrelevant übernehmen können.«²⁴

In der hier vorgeschlagenen Kombination mit dem medizinethischen Modell nach Marckmann kann Tödt's Theorie folglich sehr von einer medizinischen Sachanalyse und einem bewussten Reflexionsschritt profitieren. Durch diese wechselseitigen Ergänzungen entsteht eine Synthese der beiden Modelle, die in ihrem Ergebnis gerade für die sittliche Urteilsfindung im Bereich medizinethischer Handlungsfelder einen vielversprechenden Ansatz bietet.²⁵

Sara Haen ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Religionspädagogik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät zu Tübingen.

Dr. Evelyn Krimmer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Religionspädagogik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät zu Tübingen.

25 Ein besonderer Dank gilt Sebastian Haen, Arzt an der Medizinischen Universitätsklinik in Tübingen, Abteilung II für Onkologie, Hämatologie, Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie, der beratend den Beitrag begleitet hat.