

„Abschied vom Prinzipiellen“ auch in der Medizin?



Medizinethisches und -historisches Institut der Universität Tübingen (Foto: hk)

Der oft zitierte Befund des skeptischen Giessener Philosophen Odo Marquard („Abschied vom Prinzipiellen“, 1981) beginnt sich auch in der modernen Medizin und Medizinethik zu zeigen: Die Qualität der Krankenversorgung kann verbessert werden durch eine größere Pluralität der eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Verfahren, eine angemessene Qualitätskontrolle vorausgesetzt. Diese Botschaft ließ sich ablesen aus der Tübinger Jahrestagung 2007 der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) vom 27.-29. September mit dem Thema „Pluralität in der Medizin“.

Hintergrund der Thematik sind zunehmende Wünsche nach mehr Berücksichtigung komplementärmedizinischer Verfahren neben den etablierten Verfahren der wissenschaftlich gesicherten Medizin („Schulmedizin“). Auch die Kritik von Ärzten an zu praxisfremden Ergebnissen einer zu engefassten Evidence Based Medicine (EbM) oder die „Nikolaus-Entscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (vgl. SHÄ 2/2006, S. 9) gehören dazu. Aus ethischer Sicht seien Meinungsvielfalt, Dialog und der Wille zur Verständigung Werte an sich, sagte AEM-Präsidentin Dr. Claudia Wiesemann, Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Göttingen, mit Hinweis auf geschichtliche Erfahrungen: „Wir können Vielfalt verkraften, ohne unsere Identität zu gefährden.“

Prof. Dr. Dr. phil. Urban Wiesing, Leiter des gastgebenden medizinethischen und -historischen Instituts der Universität Tübingen, führte dies näher aus. In der gegenwärtigen Medizin dominierten (seit über 100 Jahren) die biologisch-reduktionistischen Modellvorstellungen der naturwissenschaftlichen Medizin. Daneben gebe es aber heute wie schon in der älteren Medizingeschichte unterschiedliche Vorstellungen vom Menschen, seinen Erkrankungen, den Diagnosen, Therapien und deren Überprüfbarkeit. Auch die Weiterbildungsordnungen für Fachärzte enthielten solche unterschiedlichen Modellvorstellungen, aber: „Die Medizin hat diesen historisch gewachsenen Zustand der Pluralität nur bedingt reflektiert. Sie unterstützt auf diese Weise eine Konfessionalisierung und Abschottung der einzelnen Schulen.“

Dagegen setzte Wiesing (auch Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer) das Pluralismuskonzept, nicht aber einen „Paradigmenwechsel“, der erfolglos geblieben sei. Er sprach sich für eine „zielorientierte Paradigmenvielfalt“ aus. Vielfalt könne Eklektizismus bedeuten, aber keine Beliebigkeit. „Mit der alternativen Medizin verfähre man wie mit der Schulmedizin: Man prüfe die Verfahren auf Wirksamkeit und wende die wirksamen an; man prüfe die theoretischen Vorstellungen auf ihre Plausibilität und entwickle die plausiblen weiter.“ Der alternativen Medizin sollte Chancengleichheit gewährt werden. Es sei demnach möglich, dass Ärzte Naturheilverfahren benutzen, ohne sich deshalb als Naturheilkundler zu verstehen und ohne den jeweiligen Modellvorstellungen (z. B. in der Homöopathie) zustimmen zu müssen. Solange empirische Erkenntnisse noch nicht ausreichend vorliegen, können Ärzte ihre Patienten im Grunde nur über das mangelnde Wissen aufklären. Fazit: Der Leitspruch „Wer heilt, hat Recht“ verkürze die Problematik und sollte umformuliert werden: „Wer nachweislich heilt, sollte es auch tun, sofern der Patient es wünscht.“

Literaturhinweis:

Urban Wiesing:

Wer heilt, hat Recht?

Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin.

Schattauer, Stuttgart 2004, 120 Seiten,

ISBN 3-7945-2304-0

Die Prüfung der Wirksamkeit und des Nutzens, so schien in Tübingen weitgehend Einigkeit zu herrschen, sollte nach dem modernsten medizinischen Konzept erfolgen, der EbM. Dabei könne auch hier Pluralität insofern zum Zuge kommen, als medizinische Therapien etwa bei nur geringer möglicher Patientenzahl auch mit niedrigerer Evidenzstufe, etwa einer kontrollierten guten Anwendungsbeobachtung, geprüft werden dürften, sagte Prof. Dr. Dr. phil. Heiner Raspe vom Institut für Sozialmedizin der Univ. Lübeck. Und es sollte Platz sein für eine Berücksichtigung der internen Evidenz des Arztes gegenüber seinem individuellen Patienten (so Dr. Monika Bobbert, Universität Heidelberg). (hk)