



# Blick in die Wissenschaft 37

Forschungsmagazin der Universität Regensburg

## Immuntherapie gegen Leukämie und Lymphome

Regensburger Mediziner zum neuen  
Sonderforschungsbereich **TR 221:**  
**Leben für Leukämie- und Lymphompatienten**

**Krebsimmuntherapie auf dem Vormarsch**

**Immunregulation nach Transplantation**

**Darmflora und Stammzelltransplantation**

Rupert M. Scheule hinterfragt  
**klinische Fallberatungen**

Veronica Egger kann **Riechen Sehen**

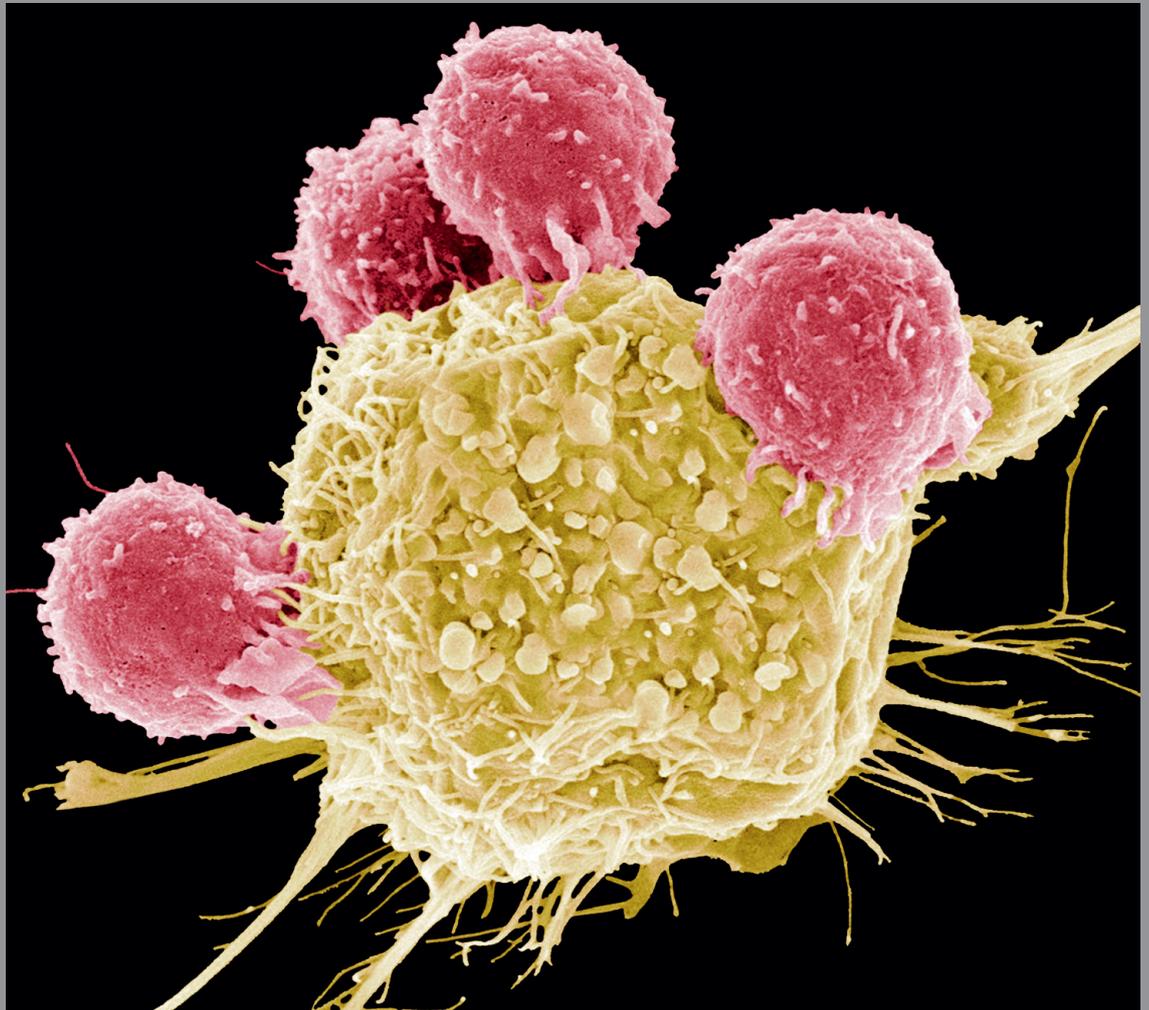
Ferdinand Evers und Klaus Richter zu  
**Hofstadters Schmetterling**

**Special:** Der weltberühmte Physiker  
im persönlichen Interview

**Mit Spotlights von**

Jürgen Heinze zu **Ameisen aus der  
Karibik** und

Christoph Wagner zu **Sigmar Polke**



© Steve Gschmeissner/Science Photo Library

Heft 37 | 27. Jahrgang 2018 | € 7,00 | ISSN 0942-928-X



**Blick in die Wissenschaft  
Forschungsmagazin  
der Universität Regensburg**

ISSN 0942-928-X

Heft 37

27. Jahrgang

**Herausgeber**

Prof. Dr. Udo Hebel

Präsident der Universität Regensburg

**Redaktionsleitung**

Prof. Dr. rer. nat. Ralf Wagner

**Redaktionsbeirat**

Prof. Dr. jur. Christoph Althammer

Prof. Dr. rer. nat. Ferdinand Evers

Prof. Dr. nat. Felix Finster

Prof. Dr. rer. nat. Mark W. Greenlee

Prof. Dr. theol. Andreas Merkt

Prof. Dr. phil. Omar W. Nasim

Prof. Dr. rer. nat. Klaus Richter

Prof. Dr. rer. pol. Guido Schryen

Prof. Dr. med. Ernst Tamm

Prof. Dr. paed. Oliver Tepner

Prof. Dr. phil. Isabella von Treskow

**Editorial Office**

Dr. phil. Tanja Wagensohn

Universität Regensburg,  
93040 Regensburg  
Telefon (09 41) 9 43-23 00  
Telefax (09 41) 9 43-33 10

**Verlag**

Universitätsverlag Regensburg GmbH  
Leibnizstraße 13, 93055 Regensburg  
Telefon (09 41) 7 87 85-0  
Telefax (09 41) 7 87 85-16  
info@univerlag-regensburg.de  
www.univerlag-regensburg.de  
Geschäftsführer: Dr. Albrecht Weiland

**Abonnementservice**

Bastian Graf  
b.graf@univerlag-regensburg.de

**Anzeigenleitung**

Larissa Nevecny  
MME-Marquardt  
info@mme-marquardt.de

**Herstellung**

Universitätsverlag Regensburg GmbH  
info@univerlag-regensburg.de

**Einzelpreis € 7,00**

**Jahresabonnement**

bei zwei Ausgaben pro Jahr

**€ 10,00 / ermäßigt € 9,00**

für Schüler, Studierende und Akademiker  
im Vorbereitungsdienst (inkl. 7 % MwSt)  
zzgl. Versandkostenpauschale € 1,64 je  
Ausgabe. Bestellung beim Verlag.

Für Mitglieder des **Vereins der Ehemaligen  
Studierenden der Universität Regensburg  
e.V.** und des **Vereins der Freunde der Uni-  
versität Regensburg e.V.** ist der Bezug des  
Forschungsmagazins im Mitgliedsbeitrag  
enthalten.

Emily Whitehead ist berühmt. Wer aktuelle Fotos recherchiert, findet ein junges Mädchen, gerade mal 12 Jahre alt, frischer Teint, leuchtende Augen, offen, lebenslustig. Niemand käme auf die Idee, dass Emily vor sechs Jahren akut um ihr Leben kämpfen musste. Eine neue Krebsimmuntherapie hat ihr junges Leben gerettet.

Das Wissenschaftsmagazin Science titelt in der Dezember-Ausgabe 2013: „Krebsimmuntherapie – Durchbruch des Jahres“ und weiter „T cells on attack“. Emily verdankt ihr Leben ihren Immunzellen (T-Zellen), die im Labor gezielt zur Bekämpfung von Leukämiezellen verändert wurden. „T cells on attack“ umschreibt gleich mehrere Phänomene: (i) Fundamental neue Ansatzpunkte in der Krebstherapie; (ii) die Eliminierung von Krebszellen durch neu programmierte T-Zellen (s. Titelbild); (iii) aber auch Über- und Fehlreaktionen des veränderten Immunsystems, die noch schwer zu prognostizieren und kontrollieren sind.

Die Medizinische Fakultät der Universität Regensburg (UR) hat rechtzeitig die Weichen gestellt, um die Krebsimmuntherapie international wettbewerbsfähig mit zu gestalten. Mehrere klinische, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Forschergruppen haben dieses Thema stabil in Regensburg verankert. Das neue Regensburger Centrum für Interventionelle Immunologie wird mit drei in der Universität integrierten Lehrstühlen eine nachhaltig erfolgreiche Grundlagenforschung sicherstellen. Und das auf dem Klinikcampus angesiedelte José-Carreras-Centrum bietet mit der arzneimittelgerechten Anreicherung und Programmierung von Immunzellen beste Voraussetzungen für die Translation neuer Erkenntnisse in die Klinik.

Gemeinsam mit den Einrichtungen des Universitätsklinikums Regensburg und ergänzt durch ausgesuchte Teams der Universitäten Erlangen und Würzburg gelang nun unter Regensburger Federführung die Akquise eines von der DFG geförderten Sonderforschungsbereiches (SFB). Im Fokus dieses von Wolfgang Herr, Klinik für Innere Medizin III, koordinierten SFB stehen bislang ungelöste Herausforderungen bei der Immunzelltherapie von Leukämie- und Lymphompatienten. Der neue SFB sowie einige an der hiesigen Universität bearbeitete Fragestellungen werden in dieser Ausgabe vorgestellt.



© UR/Roswitha Kerzdörfer

Ein weiterer Themenfokus dieser Ausgabe: Ein Portrait des Physikers und Pulitzer-Preisträgers Douglas Hofstadter, dem 1974 als Doktorand während eines Gastaufenthaltes an der UR erstmals die Berechnung des Energiespektrums von Kristallelektronen in einem Magnetfeld gelang, heute berühmt als „Hofstadter Butterfly“. Anschaulich stellen Ferdinand Evers und Klaus Richter, Institut für Theoretische Physik, in ihrem Artikel die Bedeutung von „Hofstadters Schmetterling“ in den Kontext der 70er Jahre und zeigen den paradigmatischen Charakter der Doktorarbeit auf. 40 Jahre später, „zurück in Regensburg“, spricht Douglas Hofstadter in einem Interview mit Klaus Richter über seine Erinnerungen, Chopin, künstliche Intelligenz und seine ganz persönliche Metamorphose vom Physiker zum Kognitionswissenschaftler.

Ausgewählte Highlights aus der Moralthologie zur Prinzipienethik in der Medizin und aus den Neurowissenschaften zur Visualisierung des Riechens runden das Spektrum dieser Frühjahrsausgabe ab. Neu eingeführt haben wir mit dieser Edition die Kategorie „Spotlights“ – aktuelle wissenschaftliche Themen in Wort und Bild prägnant für Sie aufbereitet.

Ralf Wagner  
(Redaktionsleitung)

# „Manni ohne Mantel“

## In klinischen Fallberatungen dominiert die sogenannte Prinzipienethik. Ist das gut? Eine fallbezogene Anfrage

Rupert M. Scheule

Manni B. hat eine bipolare Störung. Eigentlich lebt der 21-Jährige in einer betreuten Wohngruppe und war schon kurz davor, seine Lehre zum Zimmerer, die er krankheitsbedingt unterbrochen hatte, wieder aufzunehmen. Aber seit elf Tagen ist er nach § 1906 BGB in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht. Zuvor hatte er seinen Schrank mit all seiner Kleidung aus dem Fenster geworfen, wodurch ein Rentner beim Ausführen seines Hundes fast erschlagen worden wäre.

Während seines Klinikaufenthalts hat sich Manni (Name geändert) bisher kooperativ gezeigt. Er beteiligt sich an den Gruppentherapiesitzungen und nimmt die verschriebenen Medikamente ein. Allerdings weigert er sich seit ein paar Tagen strikt, beim Spaziergang im Klinikpark einen Mantel zu tragen. Die Außentemperatur beträgt derzeit  $-3^{\circ}$  Celsius. Darf Manni trotzdem raus? Muss er auf Station bleiben? Das Behandlungsteam ist unsicher. Manni nur im T-Shirt mitzunehmen gefährdet seine Gesundheit, ihn gegen seinen Willen auf Station zu lassen, ist aber nichts weniger als eine Zwangsmaßnahme. Und Zwangsmaßnahmen sind auch innerhalb einer gerichtlich angeordneten Einweisung nur „zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens“ (§ 1906, [1] 2 BGB) zulässig. Droht Manni bei einem Winterspaziergang im T-Shirt wirklich ein erheblicher Schaden? Juristisch lässt sich darüber nicht befinden. Aber auch der Arzt dürfte sich schwertun mit dieser Frage.



1 Nur im T-Shirt bei  $-3^{\circ}$  C? Darf dies ein psychisch Kranker selbst bestimmen? Foto: privat

Entscheidungsunsicherheiten, die sich nicht allein fachspezifisch klären lassen (ob nun medizinisch oder juristisch), wecken in klinischen Behandlungsteams häufig einen Bedarf an ethischen Fallberatungen. Ist die Hoffnung auf Klärung durch einen ethischen Blick gerechtfertigt? Wie sollte man vorgehen in einer

solchen klinischen Fallbesprechung? Welche Fragen stellen?

In diesem Beitrag werden zwei Beratungsstrategien auf den Fall „Manni“ bezogen: die weithin etablierte „prinzipienethische“ Vorgehensweise, die sich an den amerikanischen Medizinethikern Tom Beauchamp

und James Childress orientiert, und ein Fallbesprechungsdesign, das am Lehrstuhl für Moralthologie der Universität Regensburg erprobt wird. Je nach Fallberatungstyp werden die Konsequenzen für Manni unterschiedliche sein.

## Ethische Fallbesprechung – was ist das?

Eine ethische Fallbesprechung kann definiert werden als moderiertes Gespräch im multidisziplinären Behandlungsteam. Es strukturiert alle medizinischen, pflegerischen, lebensweltlichen und ggf. auch rechtlichen und ökonomischen Aspekte einer im Raum stehenden Therapieentscheidung, bewertet diese unter bestimmten ethischen Aspekten und endet mit einer Entscheidungsempfehlung. Solche Besprechungen sind heute in der Klinik keine Seltenheit mehr – allein schon, weil Häuser, die sich ihr Qualitätsmanagement zertifizieren lassen wollen, nach dem Kriterienkatalog der einschlägigen Agenturen auch gewisse ethische Verantwortungsstrukturen zu implementieren haben. Aber der „Ethik-Druck“ des Qualitätsmanagements ist nur die eine Seite. Wie die Beratungspraxis zeigt, wächst angesichts immer umfassenderer medizinischer Interventionsmöglichkeiten und eines wachsenden Bewusstseins für die Anspruchsrechte von Individuen der ethische Verständigungsbedarf in der Ärzteschaft und bei Pflegefachkräften auch tatsächlich.

## „Medizinische Prinzipienethik“ – was ist das?

Die Methoden ethischer Fallbesprechungen sind vielfältig. Aber was die Kriterien angeht, mit denen die ethische Analyse als solche betrieben wird, so fällt doch der flächendeckende Erfolg der sog. Medizinischen Prinzipienethik auf. Dieser Begriff ist gebräuchlich und zugleich missverständlich: Wer vermutet, dass sich eine „Prinzipienethik“ besonders eingehend eben mit jenen Prinzipien beschäftigt, von denen her sie klinische Entscheidungsdilemmata lösen will, wird überrascht feststellen, dass gerade dies nicht der Fall ist. Im Anschluss an das einflussreiche Buch *Principles of Biomedical Ethics* von Tom Beauchamp und James Childress, das seit 1979 immer

wieder in aktualisierten Neuauflagen erscheint, geht die „Prinzipienethik“ schlicht davon aus, dass sich vier Begriffe („Prinzipien“) in der Praxis klinischer Ethikberatung bewährt haben; und zwar unabhängig von ihrer Begründung. In Anspielung auf die akademische Herkunft der Autoren wird hier gerne vom „Georgetown-Mantra“ gesprochen: Man könne „für Gerechtigkeit, für Autonomie, für Wohltun und gegen das Schädigen des Andern sein, ohne bis ins Letzte zu begründen warum“. Aus Sicht der sog. Prinzipienethik lohnt sich der Begründungsaufwand, den man im ethischen Oberseminar betreiben mag, auf Station nicht. Ja, er sei geradezu kontraproduktiv, denn die Begründungswege, die ein Kantianer, eine Utilitaristin und ein Neoaristoteler zu den Prinzipien zurücklegen, offenbaren Differenzen, die für die Prinzipien selbst irrelevant seien und die deshalb eine Verständigung unnötig erschwerten. Auch auf eine Hierarchie der Prinzipien müsse man sich vorab nicht festlegen. Je nach Situation sei eher das Autonomie-Kriterium, das Wohltun- und Nichtschadens- oder Gerechtigkeitskriterium relevanter als die jeweils anderen.

Und was genau ist inhaltlich mit den Prinzipien gemeint?

- Autonomie hat für Beauchamp/Childress diese drei Komponenten: *Intentionality* (Vorsatz und freier Wille), *Understanding* (Einsicht und Situationsverständnis) und *Noncontrol* (Abwesenheit von Zwangslagen). Bezogen auf den Patienten, um den es Beauchamp/Childress in erster Linie geht, findet das Autonomieprinzip im *informed consent*, der aufgeklärten und freien Zustimmung des Patienten zur Therapieentscheidung, einen entscheidenden Ausdruck.
- Die Gerechtigkeit verlangt, dass man „die Verpflichtungen gegenüber Dritten herausarbeitet, wobei hier neben den Angehörigen andere Patienten und die Gemeinschaft der Versicherten insgesamt zu berücksichtigen sind“, so der Münchner Medizinethiker Georg Marckmann in der Nachfolge von Beauchamp/Childress.
- In den Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens hat sich der uralte ärztliche Grundsatz  $\omega\phi\epsilon\lambda\epsilon\acute{\iota}\nu\ \eta\ \mu\eta\ \beta\lambda\acute{\alpha}\pi\tau\epsilon\iota\nu$  *ophelein è mè bláptein / Nützen oder wenigstens nicht schaden* erhalten. Ihn hat schon Hippokrates von Kos im 4. Jahrhundert vor Christus den Ärzten nahegelegt – nicht zuletzt aus berufs-

taktischen Gründen, drohte dem Arzt doch im Falle eines Kunstfehlers der Verlust seines Ansehens und seiner Stellung, weit über die eigene Polis hinaus.

## Manni Fall – eine „prinzipienethische“ Analyse

Nehmen wir nun an, zu Manni findet eine von der Prinzipienethik inspirierte Fallbesprechung statt. Nach den meisten einschlägigen Designs steht die medizinische Analyse eines klinischen Entscheidungsproblems am Anfang, es folgt die ethische Bewertung, an die sich unter Berücksichtigung aller erhobenen Informationen eine Handlungsempfehlung anschließt.

Im *analytisch-medizinischen Teil* ergibt sich folgendes Bild: Manni wurde erstmals mit 18 Jahren nach Drogenkonsum wegen einer bipolaren Symptomatik behandelt. Er befand sich damals im zweiten Jahr seiner Lehre zum Zimmerer. Seither war er insgesamt knapp acht Monate auf geschlossenen Abteilungen untergebracht, überwiegend wegen akuter Selbstgefährdung während der manischen Episoden, gelegentlich auch, weil eine Fremdgefährdung nicht auszuschließen war. Derzeit spricht er gut auf die in seinem aktuellen Klinikaufenthalt leicht veränderte Medikation an, seine Persönlichkeit scheint sich immer mehr zu festigen. Die Psychologin, die die Gruppentherapie-Sitzungen leitet, berichtet, dass Manni viel von seiner Lehrzeit erzähle. Damals habe er wegen seiner großen „inneren Hitze“ immer nur im T-Shirt gearbeitet. Was den möglichen Ausschluss vom Spaziergang angeht, besteht freilich kein Zweifel, dass es aus medizinischer Sicht besser sei, Manni würde seine Gesundheit nicht gefährden und trüge einen Mantel, wenn er sich im Park bewegt. Dass beim Winterspaziergang im T-Shirt wirklich ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht, wie es das Gesetz zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen vorschreibt, wird zumindest nicht ausgeschlossen.

Im Rahmen einer *ethischen Bewertung* nach den Kriterien der sog. Prinzipienethik ist festzustellen: Die Aspekte des Wohltuns und Nichtschadens sind deckungsgleich mit der fachlich-medizinischen Beurteilung: Es würde Manni guttun und seiner Gesundheit keinesfalls schaden, trüge er einen Mantel. Unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit ist zu fragen, ob sich nicht

andere Patienten zurückgesetzt fühlen, wenn Manni Sonderrechte erhält. Faktisch sehen die Betroffenen aber kein Gerechtigkeitsproblem im Sinne eines Verstoßes gegen den Gleichheitsgrundsatz: Alle anderen ziehen ohne jeden Zwang Anoraks und Mäntel an und wundern sich nur über Mannis Beharren auf dem T-Shirt. So bleibt die Frage nach Mannis Autonomie, die die „Prinzipienethik“ als Handlungsfreiheit inklusive ihrer Ermöglichung (ausreichendes Situationsverständnis, keine Zwänge – auch keine inneren) definiert. Mannis klare Wünsche muten zunächst wie eine deutliche Willensäußerung an. Sie werfen aber wegen ihrer offensichtlichen Unvernunft auch Fragen nach Mannis Situationsverständnis auf. Muss womöglich die Handlungsfreiheit im weiteren Therapieverlauf erst noch weiter stabilisiert werden? So scheint nicht eigentlich ein Prinzipienkonflikt vorzuliegen. Da Mannis Autonomie zumindest in Zweifel steht, ist der Aspekt des Wohltuns und Nichtschadens maßgeblicher. Die Zweifel an der Autonomie hätten sich nur dann erübrigt, wenn Manni rationalen Argumenten zugänglich wäre. Um dies regelmäßig überprüfen zu können, soll Manni täglich zum Spaziergang *mit* Mantel eingeladen werden. Falls er weiterhin den Mantel ablehnt, sollen ihm die Gründe für seinen Ausschluss vom Spaziergang immer wieder dargelegt werden, in der Hoffnung, dass eine *Art informed consent* über angemessene Winterkleidung wächst. So lange dieser nicht besteht, geht Manni – zumindest bei andauernder Kälte – nicht mit spazieren. Das ist die *Handlungsempfehlung*.

## „Medizinische Prinzipienethik“ – eine kritische Würdigung

Nicht erst dieses Beispiel zeigt, dass mit den Prinzipien von Beauchamp/Childress eine nachvollziehbare Entscheidungsempfehlung erarbeitet werden kann. Über Nichtschaden und Wohltun, Autonomie und Gerechtigkeit nachzudenken, hat sich bewährt in der klinischen Praxis. Aber von Mannis Fall her kann man auch einige Fragen stellen an die sog. Prinzipienethik:

- Die „Prinzipienethik“ beansprucht, mit der Autonomie, dem Nichtschaden und Wohltun sowie der Gerechtigkeit evidente, intuitiv einleuchtende ethische Begriffe vorzulegen. Wäre es in Mannis Fall nicht mindestens so einleuchtend, seine – womöglich ange-

griffene – Menschenwürde zum Thema zu machen?

- Ist der Autonomiebegriff, der stark auf Mannis Entscheidungsfreiheit abhebt, eigentlich komplex genug? Ist Freiheit nicht mehr, als eine Entscheidung treffen zu können?
- Was genau bedeutet es, an Kliniker die Aufforderung zu richten, einem Patienten nicht zu schaden, sondern zu nützen? Ist das nicht so, als würde man an die Müllabfuhr moralisch appellieren, sie solle den Müll wegbringen? Wenn Nutzen und Nichtschaden schon im ärztlichen Heilauftrag als solchem enthalten sind, können sie nicht gleichzeitig ein Kriterium seiner *ethischen* Bewertung sein.
- Wer sagt, dass das Wohltun- und Nichtschadens-Prinzip in der konkreten Entscheidungssituation wichtiger ist als die Achtung von Mannis Autonomie, so labil sie auch erscheint? Einer allgemeinen Intuition nach geht das Selbstbestimmungsrecht jedenfalls immer vor. Was sind die Kriterien fürs fallweise Vorziehen des einen vor dem anderen Prinzip?

Allein diese wenigen Fragen zeigen, dass das „Georgetown Mantra“ von vier unterstelltermaßen gültigen Prinzipien Risiken birgt. Die kritische Hinterfragung und argumentative Festigung moralischer Prinzipien ist kein akademischer Spleen, sie kann für ein ethisches Orientierungsangebot durchaus zum Härtestest der Praxis werden.

Solche Erwägungen trugen dazu bei, dass am Lehrstuhl für Moraltheologie der

Universität Regensburg ein eigenes Konzept ethischer Fallbesprechungen entwickelt und erprobt wird, ein Konzept, das auch klinischen Praktikern zutraut, ihren eigenen moralischen Prinzipien „Warum-Fragen-Festigkeit“ zu geben, sollte dies notwendig werden.

## MEFES – was ist das?

Das Verfahren firmiert unter dem Kürzel MEFES (Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen). Entwickelt wurde es zusammen mit dem Augsburger Forum für Ethik in der Medizin (AFEM e.V.), einer Vereinigung ethikinteressierter Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräften und Klinikseelsorger. In den von Landesärztekammern und Fachgesellschaften zertifizierten MEFES-Kursen wurden in den zurückliegenden Jahren bislang knapp 200 Moderatoren für verschiedene Kliniken im In- und Ausland ausgebildet. [2]

Formal betrachtet sind MEFES-Beratungen kooperative Gruppenentscheidungen im Sinne der *rational choice theory*. Ein straffes entscheidungstheoretisches Design erlaubt es, alle relevanten Fachlogiken (neben der ärztlich-medizinischen auch eine pflegerische, ggf. auch eine physiotherapeutische, sozialraumanalytische und seelsorgliche) systematisch und effizient auf ein therapeutisches Entscheidungsproblem zu beziehen, ehe dann eine eigene ethische Bewertung dieses Problems jenseits der Fachlogiken erfolgt.



2 MEFES-Kurs der Universität Regensburg im Herbst 2017. Foto: Dr. Tilman Becker

Das genuin ethische Nachdenken einer MEFES-Runde beginnt meist mit dem, was heute als medizinethischer Zentralbegriff schlechthin gilt: der Patientenautonomie bzw. der Freiheit. Der Moderator bietet der Gesprächsrunde allerdings einen komplexeren Freiheitsbegriff als üblich an. Dieser liegt näher bei Immanuel Kant als bei John Locke: Natürlich besteht Freiheit *auch* darin, sich für eine Option entscheiden zu können und frei zu sein von Nötigungen, die eine solche Entscheidung erschweren. Zu dieser Freiheit  $F_1$  kommt beim Menschen noch eine radikalere Freiheit  $F_2$  hinzu: die Freiheit, mehr zu sein als eben jener  $F_1$ -Vollzieher zwischen all seinen Handlungsalternativen; die Freiheit des Selbstverhältnisses, die Freiheit, auf Distanz gehen zu können auch zu den vielfachen Bedingtheiten („Naturkausalitäten“ wie Hunger, Durst oder Sucht, aber auch Sozialisation und Kultur), unter denen wir stehen – und sei es nur, um genau diese Bedingtheiten zu erkennen und sie so schon zu relativieren.

### Mannis Fall – eine MEFES-Analyse

Wirft nun die  $F_1/F_2$ -Unterscheidung ein anderes Licht auf Mannis Verhalten? Zugegeben: unter dem  $F_1$ -Aspekt muss man einfach annehmen, Manni treffe keine gute Wahl. Mehr noch: Wer sich bei  $-3^\circ\text{C}$  gegen den Mantel entscheidet, nährt Zweifel, ob er wirklich Herr seiner Entscheidungen ist. Die  $F_2$ -Optik aber erschließt neue Gesichtspunkte. Manni spricht in den Gruppendiskussionen viel über seine „hohe Zeit“ als Zimmerer, als er vor Kraft strotzte, nur im T-Shirt auf dem Gerüst stand und man ihn für sein Geschick und seine Verlässlichkeit lobte. Könnte es nicht sein, dass er im  $F_2$ -Modus der Selbstdistanzierung seine Lebensgeschichte vor sich bringt und mit seiner T-Shirt-Entscheidung gleichsam symbolisch versucht, an frühere, „gesunde“ Selbstkonzepte anzuschließen? So gesehen wäre sein Verhalten weniger freiheits eingeschränkt als freiheitshaltig. Ein komplexerer Freiheitsbegriff führt im Fall von Manni womöglich zu einer ganz anderen Einschätzung der Situation.

Wenn  $F_2$  die Freiheit des Selbstverhältnisses ist, muss auch klar sein, dass uns dieses von niemand abgenommen werden kann, das heißt, als  $F_2$ -Wesen sind wir unvertretbar. Was aber unvertretbar ist, hat keinen Tauschwert, keinen Preis. Es hat Würde.  $F_2$  anzuerkennen heißt anzuerken-

nen, dass es etwas gibt, was wir nur für uns selbst sind. Die Würde-Zuschreibung radikalisiert diese Anerkennung noch einmal, indem sie uns kategorisch verbietet, so zu tun, als könnten wir einander komplett „auf den Schirm bekommen“, also wie Sachen behandeln. Oder wie Krankheitsbilder. Anders als Menschen mit somatischen Gebrechen werden psychisch Kranke oft vollständig mit ihrer Krankheit identifiziert. Diese von außen betriebene „Totalisierung der Fremdheit“ (Giovanni Maio) kränkt psychisch Kranke ganz besonders. Mannis Würde fordert also, ihn nicht mit seiner Krankheit zu verwechseln und genau hinzuschauen, „wieviel Manni“ uns jenseits der bipolaren Störung begegnet.

Weil und insofern Freiheitswesen in ihrer Würde einander Achtung und Lebensmöglichkeiten schulden, thematisieren die MEFES-Runden fallweise auch Fragen der Gerechtigkeit. Müssen in der „Manni-Entscheidung“ noch mehr Betroffene als er selbst und die Mitglieder des Behandlungsteams berücksichtigt werden? Die anderen Patienten auf Station sehen derzeit kein Gerechtigkeitsproblem. Aber falls es zu einer eigenen Regelung für Manni kommt, muss diese auch in der Gruppe angesprochen werden. So soll um Verständnis für Manni geworben und der Anschein einer willkürlichen „Extrawurst“ vermieden werden.

Im MEFES-Diskurs zeichnet sich damit folgende ethische Bewertung des Entscheidungsdilemmas ab: Mannis Würde verlangt, ihn nicht auf seine bipolare Störung zu reduzieren und ernsthaft zu hinterfragen, ob sein T-Shirt-Wunsch sich allein

auf seine Krankheit reduzieren lässt. Das Nachdenken über  $F_2$  führt zur Erkenntnis, dass sich mit Mannis Wunsch tatsächlich der Versuch verbinden könnte, in der Distanz zu sich selbst Kontinuitäten der eigenen Lebensgeschichte wieder zur Geltung zu bringen. Weil die rechtliche und medizinische Situation Spielraum zulässt, wird empfohlen, Manni den Spaziergang nur im T-Shirt zu gestatten. Darüber hinaus sollen ihm aber Alternativen zu dieser Art lebensgeschichtlicher Kontinuitätsrekonstruktion angeboten werden, z.B. stundenweise handwerkliche Tätigkeiten – im Warmen.

### „Prinzipienethik“ und MEFES – Unterschiede?

MEFES rekurriert auf andere moralische Prinzipien als die an Beauchamp/Childress orientierten Fallberatungen. Hier ist die Würde das entscheidende Kriterium. Das Wohltun-/Nichtschadensprinzip erscheint in MEFES als integraler Bestandteil des ärztlichen Heilauftrages, so dass Nutzens- und Schadensfragen in der medizinisch-ärztlichen Erörterung eines Entscheidungsproblems am Platz sind, auf die sich die ethische Erörterung dann bezieht. Schließlich ist der Freiheitsbegriff bei MEFES komplexer als jener der „Prinzipienethik“: Er sieht die „einfache“ Handlungsfreiheit noch einmal hinterlegt von der radikaleren Freiheit des Selbstverhältnisses. Wo die „Prinzipienethik“ annimmt, eine Geltungshierarchie stelle sich situativ her, geht die MEFES-Methode davon aus, dass es die Prinzipien selbst sind, die



3 Ethische Fallberatung – heute fester Bestandteil klinischer Praxis. Foto: Dr. Tilman Becker

eine Rangfolge implizieren: Das Totalverfügungsverbot, das die Würde auferlegt, gilt im Umgang mit Menschen grundsätzlich und kategorisch. Die Freiheit in ihrer komplexen Doppelgestalt ist anzuerkennen und zu fördern, wo sie begegnet oder Chancen hat, zu entstehen oder erhalten zu bleiben. Gerechtigkeitsfragen stellen sich erst, wenn die mit Würde begabten Freiheitswesen Ansprüche aneinander richten. [3]

## Manni ohne Mantel – ein Fazit

Wird Manni nun ohne Mantel beim Spaziergang dabei sein oder nicht? Das ist keine leichte Frage. Sie ist daher gut aufgehoben in einer Ethischen Fallberatung. Der vorstehende Beitrag sollte zeigen, dass die Lösung klinischer Entscheidungsprobleme mit moralischer Dimension nicht zuletzt davon abhängt, welches Fallbesprechungs-Design in einer Klinik gewählt wird. So wichtig diese Entscheidung sein mag, wichtiger ist eine andere: der Ethik überhaupt einen festen Platz zu geben im klinischen Alltag. Ethik hilft der modernen Medizin, einige ihrer blinden Flecken aufzuhellen. Darauf sollte sie nicht verzichten.

## Literatur

Tom Beauchamp, James Childress, Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage. Oxford: Oxford University Press, 2013.

Tilman Becker, Rupert M. Scheule, Das ärztliche Gewissen unter den Bedingungen institutioneller Zwänge. In: Wolfgang Kröll u. a. (Hrsg.), System – Verantwortung – Gewissen. Spannungsfelder im klinischen Alltag. Wien: Manz, 2012, S. 65–81.

Georg Marckmann, Ethische Entscheidungen in der Chirurgie. In: Unfallchirurg (2014), S. 392–398.

Rupert M. Scheule, Wir Freiheitsmüden. Warum Entscheidung immer mehr zur Last wird, München: Kösel, 2015.

## Online-Ressourcen

[go.ur.de/mefes](http://go.ur.de/mefes)



© Dr. Tilman Becker

Prof. Dr. **Rupert M. Scheule**, geb. 1969 in Ottobeuren/Unterallgäu, Studium der Katholischen Theologie, Germanistik und Geschichte (kurzzeitig auch der Humanmedizin) in Würzburg, Augsburg und Wien. 1998–2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter für Christliche Sozialethik an der Universität Augsburg, 2002–2005 Leitung des DFG-Projekts „Entscheidungslehre christlicher Ethik“, 2005–2009 Wissenschaftlicher Assistent/Akademischer Rat/Oberrat am Lehrstuhl für Moraltheologie der Universität Augsburg, 2009–2010 Professor für Philosophie-Ethik-Erziehungswissenschaft an der Fachhochschule Dortmund, 2010–2017 Lehrstuhl für Moraltheologie und Christliche Sozialwissenschaft an der Theologischen Fakultät Fulda, 2012–2017 Leitung des Katholisch-Theologischen Seminars an der Philipps-Universität Marburg, seit 2017 Lehrstuhl für Moraltheologie an der Universität Regensburg.

**Forschungsschwerpunkte:** klinische Ethik, Bioethik, Sexualethik, moraltheologische Grundlegungsfragen



**KUHNEN & WACKER**  
Patent- und Rechtsanwaltsbüro PartG mbB

## RENOMMIERTE KANZLEI SUCHT PATENTEN MITARBEITER!

Sie haben einen Abschluss in einem naturwissenschaftlichen oder technischen Studium erworben und Freude an juristischen Fragestellungen? Dann werden Sie Patentanwaltskandidat/in und schicken uns Ihre Bewerbungsunterlagen schriftlich, oder per E-Mail an:

**KUHNEN & WACKER Patent- und Rechtsanwaltsbüro PartG mbB**

Prinz-Ludwig-Str. 40A  
85354 Freising

Frau Elwine Kaschner  
[bewerbung@kuhnen-wacker.com](mailto:bewerbung@kuhnen-wacker.com)



**WEITERE INFOS:**  
[www.kuhnen-wacker.com](http://www.kuhnen-wacker.com)  
Tel.: 08161 608 - 0