



Patientenschutz in der medizinischen Forschung durch Ethikkommissionen?

Neue Standards für medizinische Studien sind notwendig

von: Monika Bobbert

DOI: 10.3278/EBZ1501W019

Erscheinungsjahr: 2015
Seiten 19 - 20

Schlagerworte: Erwachsenenbildung, Ethik, Forschung, Medizin

Durch die Forderung nach evidenzbasierter Medizin steigt der Bedarf an medizinischer Forschung. Die bisher üblichen Verfahren zur ethischen Bewertung reichen jedoch nicht für einen adäquaten Patientenschutz.

Diese Publikation ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:



Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Zitiervorschlag

Bobbert, M.: Patientenschutz in der medizinischen Forschung durch Ethikkommissionen? Neue Standards für medizinische Studien sind notwendig. In: EB Erwachsenenbildung 01/2015. Ethik und Medizin, S. 19-20, Bielefeld 2015.

EB

ERWACHSENENBILDUNG

Vierteljahresschrift für Theorie und Praxis

1 | 2015



Ethik und Medizin

Thomas König:
Gesundheit in der Bildung.

Matthias Beck:
Wie heile ich den leidenden
Menschen?

Sonja Sailer-Pfister:
Gesundheitliche Ungleichheit.

Monika Bobbert:
Patientenschutz in der
medizinischen Forschung durch
Ethikkommissionen?

Weitere Themen:

Intuition als
Professionalitätsmerkmal

EPALE

EB Erwachsenenbildung



Vierteljahresschrift für Theorie und Praxis
Heft 1 | 61. Jahrgang | 2015
ISSN 0341-7905, ISBN 978-3-7639-5573-2
DOI 10.3278 / EBZ1501W

Herausgegeben von der Katholischen Erwachsenenbildung Deutschland Bundesarbeitsgemeinschaft e.V. (KEB Deutschland)

Vorsitzende: Elisabeth Vanderheiden

Redaktion: Prof. Dr. Ralph Bergold, Bad Honnef; Prof. Dr. Regina Egetenmeyer-Neher, Würzburg; Prof. Dr. Christiane Hof, Frankfurt; Andrea Hoffmeier, Bonn; Prof. Dr. Sebastian Lerch, Bamberg; Dr. Ingrid Pfeiffer (Forum Katholischer Erwachsenenbildung in Österreich), Wien; Dr. Michael Sommer, Mülheim (verantw. Redakteur)

Beirat: Prof. Dr. Ralph Bergold, Bad Honnef (Vors.); Prof. Dr. Johanna Bödege-Wolf, Osnabrück; Prof. Dr. Norbert Frieters-Reermann, Aachen; Prof. Dr. Tilly Miller, München; Dr. Wolfgang Riemann, Haselünne; Prof. Dr. Josef Schrader, Bonn

Anschrift: Joachimstraße 1, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 9 02 47-0, Fax: (02 28) 9 02 47-29, Internet: www.keb-deutschland.de, E-Mail: keb@keb-deutschland.de, sommer@redaktion-erwachsenenbildung.de

Bezugsbedingungen: Erwachsenenbildung erscheint vierteljährlich. Die Zeitschrift kann durch jede Buchhandlung oder direkt beim Verlag bezogen werden.

Einzelheftpreis: Inland 10,90 €, Ausland 11,40 €. Bezugspreis jährlich: Inland 36,- €, Vorzugsabo für Studierende 29,- €, Ausland 39,- €, jeweils einschl. 7% MwSt., zuzüglich Versandkosten

Abbestellungen müssen spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Abonnements beim Verlag eingegangen sein; Jahresabonnements können nur zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Gerichtsstand ist Bielefeld, soweit das Gesetz nichts anderes zwingend vorschreibt.

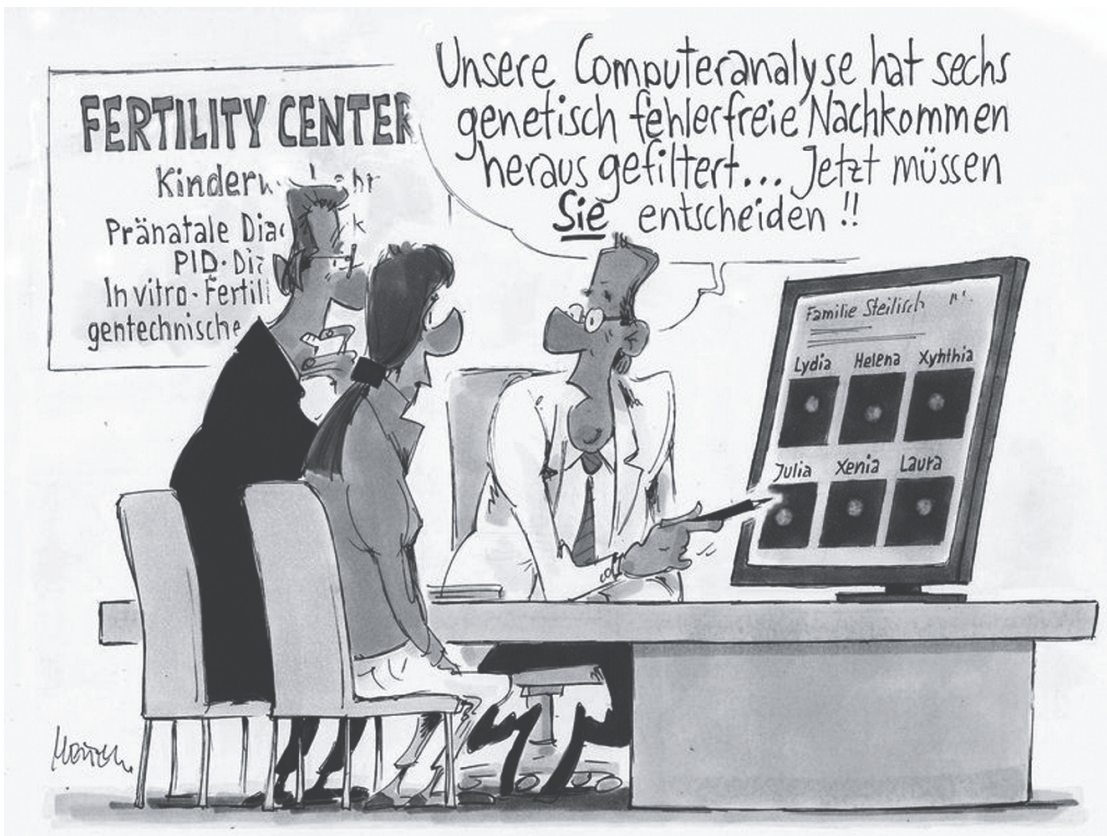
Beiträge und Zuschriften sind an die Redaktion zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte einschließlich Rezensionen wird keine Verantwortung übernommen. Sie gelten erst nach ausdrücklicher Bestätigung als angenommen. Namentlich gezeichnete Beiträge sind Meinungsäußerungen der Autoren und Autorinnen und keine Stellungnahme des Herausgebers oder der Redaktion. Ohne Aufforderung zugestellte Besprechungsstücke werden nicht zurückgesandt. Ihre Rezension liegt im Ermessen der Redaktion.

Verlag: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Auf dem Esch 4, 33619 Bielefeld, Postfach 10 06 33, 33506 Bielefeld, Tel.: (05 21) 9 11 01-0, Fax: (05 21) 9 11 01-79, E-Mail: service@wbv.de, Internet: www.wbv.de, www.wbv-journals.de
Bankverbindung: Sparkasse Bielefeld, Konto 463, BLZ 48050161, Geschäftsführer: W. Arndt Bertelsmann
Anzeigen: sales friendly, Bettina Roos, Siegburger Straße 123, 53229 Bonn, Tel.: (02 28) 9 78 98-10, Fax: (02 28) 9 78 98-20
Gesamtherstellung: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld

© 2015 W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Ethik und Medizin

Konzeption: Prof. Dr. Johanna Bödege-Wolf



3

Aus der Redaktion

Schon seit vielen Jahren fertigt der Karikaturist Gerhard Mester eine passende Zeichnung zum jeweiligen Heftthema an. Die Bildidee entsteht in einem wechselseitigen Prozess: Der erste Vorschlag kommt meistens von uns, er modifiziert und setzt die Zeichnung dann in seinem unnachahmlichen Stil um. Das funktioniert deswegen auch so gut, weil die EB aktuelle Themen aus Kirche und Gesellschaft im Blick hat. Bei der letzten Ausgabe nun ging es um »Vielfalt«. Plötzlich rief er bei mir an: »Kann es auch was mit Papst Franziskus sein?« Er sei gerade im Papst-Flow, weil er ein Buch beim Benno Verlag herausbringt. Klar, Papst geht immer. Und so ist in unserer letzten Ausgabe eine Karikatur mit dem Papst als Bildungswerk-Dozenten und pünktlich vor Weihnachten das neue Buch »Mensch, Franziskus« (Benno Verlag, 6,95 Euro) erschienen.

Vorschau

Heft 2/2015
Lernprozesse Erwachsener

Heft 3/2015
Art of Hosting

Heft 4/2015
Flüchtlinge

Die aktuelle Ausgabe sowie ein Archiv sind unter www.wbv-journals.de abrufbar.

Titelfoto: mclo / photocase.de

Inhalt

Thema

- 5 Einführung
- 6 Thomas König:
Gesundheit in der Bildung. Lernen, gesund zu leben und gesund zu sein
- 10 Sonja Sailer-Pfister:
Gesundheitliche Ungleichheit. Sozialethische Überlegungen zum Verhältnis von Gesundheit und Gerechtigkeit
- 15 Matthias Beck:
Wie heile ich den leidenden Menschen? Evidenzbasierte Medizin und Epigenik
- 19 Monika Bobbert:
Patientenschutz in der medizinischen Forschung durch Ethikkommissionen? Neue Standards für medizinische Studien sind notwendig

Bildung heute

- 22 **EPALE nimmt Gestalt an.** Online-Plattform zur Erwachsenenbildung
- 24 **Katholisch-soziale Bildungswerke.** Institutionen der Katholischen Erwachsenenbildung (8)
- 25 **Neues europäisches Online-Magazin.** Veröffentlichung im September/Unterstützung durch Dachverbände und Experten/-innen.
- 26 **TTIP und TISA gefährden Bildungspolitik auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene.** Positionspapier der Träger des Europabüros für katholische Jugendarbeit und Erwachsenenbildung

Aus der KEB

- 28 **Körperwelten.** Position von Dr. Joachim Drumm

Österreich

- 30 **Early Life Care.** Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr

Umschau

- 32 Gertrud Wolf: **Aus dem Bauch heraus ...** Intuition als Professionalitätsmerkmal

Praxis

- 36 Rupert M. Scheule: **Moral als klinische Entscheidungshilfe.** MEFES-Kurse ethischer Fallbesprechung
- 38 Alfred Simon: **Die Akademie für Ethik in der Medizin.** Den Diskurs über medizinethische Fragen fördern
- 39 Judith Wolf: **Krankenhäuser auf katholisch.** Projekt zum christlichen Profil katholischer Krankenhäuser im Bistum Essen
- 40 Marco Bonacker: **Ethik der Freiheit in der Medizin.** Praxisorientierte Weiterbildung in der Pflege im Bonifatiushaus Fulda
- 41 Mechthild Herberhold: **Handlungs-Spiel-Räume.** Aus der Praxis einer Ethikberaterin

Material

- 42 **Praxishilfen und Publikationen**
- 44 **Teufel in Weiß.** Internetrecherche
- 45 **Rezensionen**

Bildserie

Claudia Thoelen: Alzheimer – Eine andere Welt?

Claudia Thoelen fotografiert schon seit vielen Jahren Alzheimer-Erkrankte. Ihre vielen Veröffentlichungen in Zeitschriften, Büchern und Ausstellungen, die z. T. aktuell angefordert werden können, zeigen ein würdiges und liebevolles Bild der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen.

Alle Bilder sind im Original farbig.

Siehe Seite 9

Zum Thema: Ethik und Medizin

Bildung zu medizinischen Fragen ist ein weites Feld. Gleichzeitig ist es ein schon lange und auch in vielen Ansätzen verwirklichtes Angebot der Erwachsenenbildung – angefangen von den Häusern und Einrichtungen, die Kurse anbieten, bis hin zu den Verbänden der Erwachsenenbildung, die Fach- oder Projektgruppen zu diesem Themenfeld haben.

Was kann dieses Heft Neues bringen?

Die Entscheidung über medizinische Fragen und das Angewiesensein auf Informationen geschieht für den Einzelnen häufig in einer existenziellen Situation. Dann steht medizinisch die Aufklärung über die Erkrankung und mögliche Behandlungen und ihre Alternativen im Vordergrund. Die psychische Situation kann bedrängend sein; und dass ein besonderes Kommunikationsverhalten von Ärzten, Pflegeern und Angehörigen gefordert ist, ist zum Glück bekannt. Dies wird u.a. auch in *Kursen der Erwachsenenbildung* und Weiterbildung thematisiert, sie umfasst aber weitaus mehr.

Denn die individuelle Konfrontation mit medizinischen Alternativen findet immer in einem gesellschaftlichen Rahmen statt; viele Entscheidungen sind schon vorgeformt, und Entscheidungen anderer beeinflussen die persönliche Situation.

Thomas König beginnt mit den unterschiedlichen Möglichkeiten, die sich der Erwachsenenbildung im Feld der medizinischen Bildung bieten, sich schon geboten haben und evtl. noch bieten werden. Die Öffnung einer Vorstellung einer akuten Krankheitsbekämpfung und der Ansatz am gesunden Leben und am »verborgenen Gut Gesundheit« sind grundlegend – und wird bis in Lernorte, Kurse und Themenangebote weitergeführt.

Darauf folgt ein Beitrag von Sonja Sailer-Pfister, die grundsätzliche Gerechtigkeitsfragen thematisiert. Auch sie weist auf den Gesundheits- und Krankheitsbegriff hin und analysiert

die bestehenden sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zuerst mit dem Maßstab der Verteilungsgerechtigkeit und danach mit dem der Befähigungsgerechtigkeit den Auftrag, Menschen in die Lage zu versetzen, gesund zu leben.

Nach den grundsätzlichen Darlegungen folgen zwei Artikel mit ethischen Überlegungen zu spezifischeren Themen.

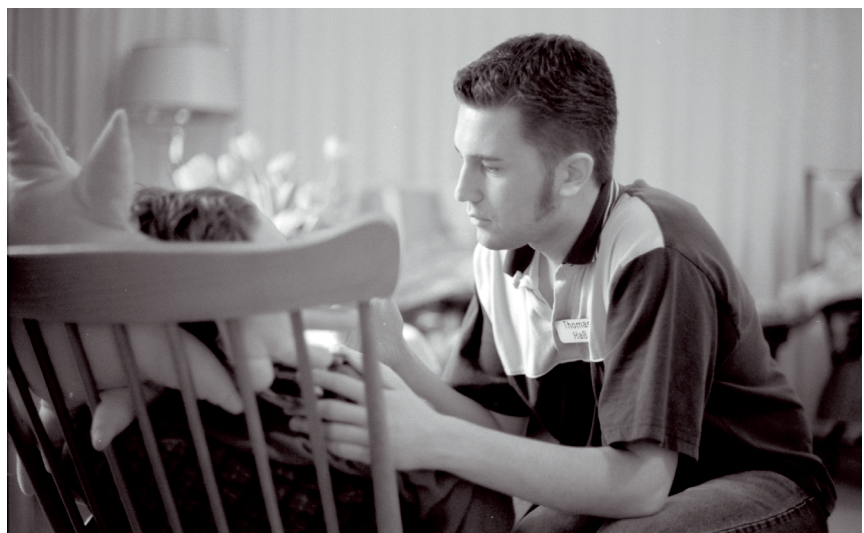
Seit einigen Jahren gilt die sogenannte evidenzbasierte Medizin als gesetzliche Norm der Gesundheitspolitik. Aufgrund von umfassenden empirischen Studien soll es zu einer Priorisierung von Gesundheitsleistungen kommen, insbesondere für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Was bei vielen geholfen hat, soll vorrangig als Therapie angeboten werden. Selbstverständlich hat ein solches Vorgehen gute Gründe für sich; und genauso selbstverständlich handelt es sich auch um einen politischen Konflikt, da es um die Anerkennung oder Nichtanerkennung von Therapien, um Verteilung von Förder- und Forschungsgeldern und um die Verteilung von Gesundheitsressourcen geht. Es handelt sich aber eben gleichzeitig auch um ethische Fragen. Die Debatte hat u.a. in Österreich Ende

2014 ein etwas größeres Echo hervorgerufen, als katholische Philosophen und Theologen eine Stellungnahme veröffentlichten. Mit Matthias Beck steht ein Co-Autor dieser Studie zur Verfügung, der für die Erwachsenenbildung die dahinterliegende Argumentation auf den Punkt bringt.

In diesem Umfeld haben z.B. Ethik-Kommissionen, die an Kliniken angesiedelt sind, neue Aufgaben: Es geht um Entscheidungen über zukünftige Studienprojekte, die für Menschen forschen – und gleichzeitig auch an Menschen. Sind sie mit ihrer Zusammensetzung und ihrem Auftrag für die Entscheidungen gut vorbereitet oder gäbe es Veränderungen, die sozial-ethisch zu überlegen wären? Hierzu findet sich schließlich eine Stellungnahme von Monika Bobbert, die sich länger damit beschäftigt hat.

Natürlich wird es auch künftig Konflikte um den Einsatz von Medizin geben, die eher dem Politischen als dem Sozial-ethischen Bereich zuzuordnen sind. Wir wollten jedoch Überlegungen, was sozial-ethisch gegenwärtig gedacht wird, was langfristig und im Sinn aller zu berücksichtigen wäre, und Beispiele aus der Praxis der Erwachsenenbildung aufgreifen und ihnen ein etwas breiteres Forum zur Verfügung stellen. Wir wünschen Ihnen viele Anregungen beim Lesen!

Johanna Bödege-Wolf



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoenen

Thomas König

Gesundheit in der Bildung

Lernen, gesund zu leben und gesund zu sein

Gesundheitsthemen in der Erwachsenenbildung finden sich nicht nur in Koch- oder Sportkursen. Sieht man Gesundheit in einem ganzheitlichen Ansatz, wird Bildung zu einem wichtigen Faktor für ein erfülltes Leben.

Wenn von Gesundheit die Rede ist, so ist meist nicht Gesundheit gemeint, sondern Krankheiten, deren Behandlungen, ihre Kosten, ihre Heilung. Die Gesundheitskasse ist eigentlich eine Krankenkasse, denn sie zahlt ja nicht für Gesundheit, sondern für die Krankheiten der Menschen. Die Gesundheitspfleger/-innen sind natürlich Krankenpfleger/-innen, sie pflegen schließlich keine gesunden Menschen. Und Gesundheitsvorsorge ist doch in den meisten Fällen nur Krankheitsvorbeugung. Der bewusste Etikettenschwindel hat seine Gründe: Wer etwas verkaufen möchte, etwa eine sogenannte Gesundheitsdienstleistung, tut gut daran, im Sinne seines Verkaufserfolges die wohlklingende und positiv besetzte Vokabel zu verwenden und nicht die negativ konnotierte Krankheit. Das funktioniert gut, weil Gesundheit und Krankheit natürlich in einem Zusammenhang stehen.

Dabei ist Krankheit nicht das Gegenteil von Gesundheit, Krankheit ist vielmehr untrennbar mit der Gesundheit ver-

bunden. »Gar nicht krank ist auch nicht gesund«, brachte Karl Valentin die Sache einmal auf den Punkt. Krankheit ist ein notwendiger Bestandteil von Gesundheit; nicht nur während der Kindheit tragen Krankheiten dazu bei, dass sich Menschen gesund entwickeln können. Und auch wenn am Lebensende eine Krankheit dafür verantwortlich sein wird, dass wir sterben und unsere Gesundheit bis zum Verlöschen schwindet, so prägen Krankheiten und Gesundheit unser Leben in einem mehr oder weniger austarierten Gleichgewicht.

Das Gegenteil zur Gesundheit wäre mit dem Adjektiv »ungesund« besser benannt als mit Krankheit. Krankheitsbekämpfung ist ohne Zweifel wichtig, gleichwohl ist es unsinnig, Gesundheitsbildung betreiben zu wollen und sich dafür auf die kurativen und präventiven Aspekte von Krankheiten zu fixieren. Eine medizinische Bildung greift hier zu kurz. Denn Gesundheit ist etwas anderes als die Abwesenheit von Krankheit.

Was ist dann aber Gesundheit? Der Begriff ist schwer zu fassen und zu definieren, gleichwohl ist der Versuch immer notwendig und sinnvoll, denn es lässt sich schwerlich ein Ziel anstreben, das nur vage und ungefähr in unerreichbarer Ferne schimmert. Gesundheit ist ein Lebens- und Alltagsphänomen und hat viel weniger mit Medizin, Therapie und unserem Gesundheitswesen zu tun als gemeinhin angenommen.

Gesundheit als Gut

Gesundheit ist ein Gut im ursprünglichen Sinne des Wortes: Es ist gut, wenn es sie gibt, und es ist schlecht, wenn sie fehlt, weshalb Gesundheit auch der erstgenannte Wunsch aller Menschen ist, wenn es um ihre Zukunft geht. Der Wunsch kontrastiert leider oft eklatant mit den Schwierigkeiten, ein Ideal von Gesundheit zu verwirklichen. Gesundheit ist als Gut nicht zu quantifizieren, als einzig sinnvoller Indikator für die Gesundheit erwachsener Menschen kann nach wie vor die Lebenserwartung gelten. Diese Erwartung ist in den letzten hundert Jahren in Deutschland sehr stark angestiegen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Gesundheit der Bevölkerung in gleichem Maße gestiegen ist. Die Menschen würden sonst nicht so alt werden: Gesundheit ist ein Gut und entwickelt sich gut. Gleichwohl gilt dies natürlich nur für eine Gruppe von Menschen und ist ein Durchschnittswert, weshalb es immer auch der Unterscheidung zwischen der persönlichen Sphäre des Menschen als Individuum in seinen Umweltkontakten und der politisch-öffentlichen Sphäre des Umgangs mit Gesundheit bedarf. Für einzelne Menschen oder Teile der Bevölkerung kann die Lebenserwartung ganz anders aussehen. In beiden Bereichen gilt allerdings: Gesundheit eröffnet uns die Möglichkeiten, unser Leben zu gestalten; je mehr sie eingeschränkt ist, desto mehr fehlen uns Entscheidungsoptionen in unserem Leben.

Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen sind so zahlreich, dass es fast unmöglich ist, diese alle



Dr. Thomas König
ist Referent für
Gesellschafts-
und Sozialpolitik
an der katholi-
schen Akademie
der Diözese
Rottenburg-

Stuttgart. Er hat vor seinem Studium (Politik und Geschichte) als Kranken-

zu erkennen und zu benennen. Noch viel schwieriger ist es dann, auf diese Faktoren dahin gehend Einfluss zu nehmen, dass sie ein »Mehr« an Gesundheit für Menschen bedingen. An der genetischen Disposition eines Menschen lässt sich beispielsweise gar nichts verändern, auch seine soziale Umgebung, seine soziale Lage und die Umwelteinflüsse, denen er ausgesetzt ist, sind erst einmal vorgegeben. Kulturelle und religiöse Prägungen bestimmen uns ebenso wie unsere Arbeit und unsere familiären Verhältnisse. Auch die bisher erlebte Lebensgeschichte von Menschen lässt sich nicht wieder rückgängig machen, all das Erlernte und Erlebte begleitet uns im weiteren Leben.

Gesundheit als verborgenes Gut

Als wären all diese Einflussfaktoren auf Gesundheit nicht schon vielfältig genug, kommt noch eine besondere Eigenschaft des Gutes der Gesundheit hinzu: ihre Verborgenheit. Gesundheit spüren wir nicht, wenn wir sie haben, wir spüren sie erst, wenn sie uns verloren zu gehen droht, weil wir krank werden. Der Philosoph Hans Georg Gadamer wies in seinem Aufsatz zur

Verborgenheit der Gesundheit darauf hin, dass allein schon die Beschäftigung mit der Gesundheit deren Veränderung bewirkt. Wer dauernd über seine Gesundheit nachdenkt, ist im Begriff, sie zu verlieren, denn sie kann dann nicht mehr unbewusst unser Leben bereichern.

Gesundheitsbildung?

Wie können wir nun mit unserer Gesundheit umgehen, um das ersehnte Gut zu erhalten? In unserem persönlichen Bereich und im öffentlichen Bereich unserer Gesellschaft? Kann Bildungsarbeit dazu beitragen, die Gesundheit einzelner Menschen zu verbessern?

Es kann nicht auf Anhieb gelingen. Denn dahinter steht die Idee, Gesundheit ließe sich generieren oder produzieren, indem an ein paar Stellschrauben gedreht wird, und dann bessert sich alles und wird schon funktionieren. Gesundheit ist jedoch kein Gut, das sich produzieren oder herstellen lässt, schon gar nicht, indem man nur einen der vielen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu verändern versucht. Einfache kausale Hebel (»Wenn ich dieses tue, dann wird jenes passieren«) und monothematische, direkte Wege funktionieren nicht.

Typischerweise ist es in unserer individualisierten Gesellschaft immer die Ernährung von Menschen, die dann ins Programm genommen wird, um Gesundheitsvorsorge zu vermitteln. Für seine Ernährung ist scheinbar jeder selbst verantwortlich, und da könne doch schließlich jeder einmal etwas für seine Gesundheit tun. Dabei ist die Ernährung nur ein gesundheitsorientierter Faktor unter vielen anderen, und um die Frage, was gesundes Essen ist, werden regelrechte Glaubenskriege geführt.

Als ein Beispiel unter vielen ließe sich anführen: »Gesund kochen für Hartz-IV-Empfänger«. Selbst wenn dies durch die angebotenen Kurse und mittlerweile auch Bücher mit einem winzigen Tagessatz gelänge, was wäre gesundheitlich gewonnen? Dem Hartz-IV-Empfänger würde weiterhin eventuell all das fehlen, was Gesundheit ebenso braucht: einen geregelten Tagesablauf, Anerkennung als Mensch durch Beschäftigung und am Arbeitsplatz, Geld für Kultur, Hobbys und vieles andere mehr, das sich gesundheitsfördernd auswirkt. »Gesund« kochen wäre nicht mehr als ein Feigenblatt. Denn entgegengesetzt zum gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt sinkt die Lebenserwartung von Hartz-IV-Empfängern und



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

anderen Geringverdienern. So eindimensional gestrickt laufen Gesundheitsvorsorgeprogramme zwangsläufig immer ins Leere, denn Gesundheit ist abhängig von der sozialen Lage, die durch viele Parameter gestaltet wird. Braucht es dann überhaupt eine Art von Bildung, um gesund zu sein? Die Frage ist zu bejahen, denn nur weil es nicht einfach ist, eine solche Art der Bildung zu gestalten und zu implementieren, kann ja nicht darauf verzichtet werden. Gesundheit ist ja schließlich für die Menschen ein Gut mit einem hohen Wert. Wir würden in unserer Gesellschaft auch nicht auf den Wert der Gerechtigkeit verzichten wollen, nur weil es schwierig ist, ihn zu definieren und umzusetzen.

Gesundheitsbildung müsste eine Art der Bildung für Menschen sein, die es ihnen gestattet, ihre Art von Gesundheit zu leben, und diese Möglichkeiten fördert. Dazu braucht es eine Offenheit für die Vielfalt der Menschen, etwa auf der persönlichen Ebene. Was ist für wen zu welcher Zeit gesund? Nicht nur Ernährungsfragen wären zu erörtern, ebenso kann es die seelische Gesundheit sein, die wichtig ist, um gesünder leben zu können, oder es müssen äußere Lebensumstände wie eine Wohnsituation geändert oder vielleicht der Arbeitsplatz gewechselt werden. Auch eine Berufsberatung der Bundesagentur für Arbeit kann Teil eines Angebots von Gesundheitsbildung sein.

Auf einer sozialen Ebene muss sich Gesundheitsbildung immer auch mit den Lebensbedingungen der Menschen beschäftigen und diese im Blick behalten.

Was lässt sich vermitteln?

In Schleswig-Holstein wurde ein Schulfach »Gesundheit und Verbraucherkompetenz« eingeführt, in Bayern gibt es ein Fach »Lebenskompetenz«, das Lebensökonomie und Alltagskompetenz fördern soll. Es ist kein eigenes Fach, sondern ist integriert in allen anderen Fächern und wird in allen Schulen und Klassen von eins bis zehn unterrichtet. Einige Schulen in

Deutschland bieten ein Schulfach Glück an, das nicht nur helfen soll, das eigene Wohlbefinden zu steigern, sondern auch die Kompetenz vermitteln soll, den Herausforderungen des Lebens zu begegnen. Was unspezifisch klingt, birgt jedoch die Möglichkeit, auch das Thema Gesundheit ganzheitlich zu vermitteln. Die Frage ist: Wie erlangen wir Lebensqualität und wie gehen wir mit den alltäglichen Anforderungen und den Belastungen des Lebens um: mit unseren Ängsten, mit körperlichen Herausforderungen, sozialen Verhältnissen? Denn Gesundheit ist die Kraft, mit der Realität zu leben, so hat es Liliane Juchli einmal formuliert. Und um diese Kraft zu haben, braucht es keine Inselfähigkeiten (»gesundes« Kochen oder einen wöchentlichen Besuch im Fitnessstudio etc.), sondern eine Einstellung und eine Haltung zum Leben, die sich in allen Lebensbereichen zeigt und die gesundheitsfördernd ist. Gerade weil es nicht darum geht, ein Bewusstsein für Gesundheit zu schaffen, sondern dafür, wie unbewusste Abläufe im Leben gesundheitsfördernd werden können, ohne die Verborgenheit der Gesundheit zu tangieren.

Und das ist allemal mehr als bloße Vermittlung von Gesundheitskompetenz: Laut WHO ist Gesundheitskompetenz (Health Literacy) die Fähigkeit, die jeweils eigene Lebensweise gesundheitsförderlich zu gestalten, indem relevante Informationen zur eigenen Gesundheit gefunden werden können, gesundheitliche Zusammenhänge verstanden werden und die Fähigkeit erworben wird, diese Kenntnisse im täglichen Leben umzusetzen. Ziele dieser von der WHO propagierten Gesundheitskompetenz sind Gesundheit und Wohlbefinden und die Vermeidung von Risikoverhalten. Der Ansatz ist sehr auf das Individuum zugeschnitten, es sind Maßnahmen, die darauf zielen, dass Menschen ihre persönliche Gesundheit verwirklichen können. Einflussfaktoren wie das soziale Umfeld und die konkreten Lebensbedingungen werden durch diese schematische Art von Gesundheitskompetenz eher vernachlässigt.

Gesundheitsbildung heißt nicht allein Informationen finden, heißt auch nicht nur trainieren und anwenden, denn all dies sind bewusste Vorgänge. Im Idealfall sollte Gesundheitsbildung dazu befähigen, im Hinblick auf die eigene Gesundheit unbewusst leben zu können und die Möglichkeiten zu haben, sie einfach geschehen zu lassen. Denn wie bildet sich Gesundheit? Durch das Zusammenspiel vieler gesundheitsorientierter Faktoren, die in einem Lebenssetting harmonisieren.

Bildungsorte

Klassische Bildungsorte sind die Schulen, jedoch sind sie für eine Art des Lernens, wie sie Gesundheitsbildung erfordert, ein weniger geeigneter Ort: Rechnen, Lesen, Singen sind definierter und bewertbarer als gesund sein.

Wo lernen wir sonst noch für unser Leben, gerade wenn wir die Schulzeit längst hinter uns haben und uns als Erwachsene bilden möchten oder gebildet werden sollen? Im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit können die Orte, an denen sich etwas über Gesundheit lernen lässt, nicht scharf abgegrenzt werden. Ein solches Lernen kann überall stattfinden, und es ist im Sinne des Bildungsthemas auch notwendig, dass die Lernorte jene Plätze sind, an denen wir unser Leben verbringen.

Bildung erlangen Erwachsene ja nicht allein in einer ausgewiesenen Erwachsenenbildungsstätte, sondern ebenso in der Familie, in ihrer Freizeit, durch ihre Hobbys. Vermittelt wird diese Bildung nicht nur durch ausgebildete Lehrkräfte wie in der Schule, sondern ebenso durch alte und neue Medien, durch Eltern, Kinder, Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen, Vorgesetzte ...

Auf einer gesellschaftlichen Ebene sind es Akteure in der Politik, im Gesundheitswesen und auf den Märkten der Gesundheit und Krankheit sind es beispielsweise die Krankenkassen, die Bildungsträger sein können.

Ein ganzheitlicher Ansatz im Hinblick auf die möglichen Bildungsplätze hat auch Nachteile: Die Fragen, wer was macht und wer was anbietet, sind nicht

geklärt, und nur ein gemeinsames und abgestimmtes Engagement für Gesundheitsbildung wäre erfolgversprechend.

Chancen

Wo liegen also die Chancen für eine Gesundheitsbildung und was kann Erwachsenenbildung dazu beitragen?

Es gilt, Menschen in die Lage zu versetzen ihre Umgebungen so zu gestalten, dass sie es ermöglichen, Gesundheit einfach so stattfinden zu lassen, und sie ihren Charakter der Verborgenheit bewahren kann: im Arbeits- und Berufsleben, in der Wohn- und Umwelt, in den sozialen Beziehungen, einfach im alltäglichen Leben von Menschen. Das lässt sich allerdings nicht nur lernen, sondern dafür bräuchte es langfristige politische und gesellschaftliche Prozesse. Diese müssten als Zielvorgabe Bedingungen haben, die es Menschen gestatten, ein qualitativ gutes und damit auch ein gesundes Leben zu führen. Denn Gesundheit ist ein das ganze Leben eines Menschen umfassendes Gut. Chancen bieten sich in der Erwachsenenbildung dazu sehr wohl, allerdings müssten diese auf einer politischen Ebene verfolgt und wahrgenommen und die komplexen Systeme in den Blick genommen

werden, die für die Lebenswelt von Menschen unmittelbar relevant sind. Dies ist die klassische Arbeit politischer und kultureller Bildung, die ihren Teil zur Gesundheitsbildung beiträgt.

Im persönlichen Bereich gilt es Menschen zu vermitteln, dass Gesundheit auch ein endliches Gut ist, dass nicht alles machbar ist, was einschlägige medizinische Klischees vorgaukeln. Anstatt einen meist medial vermittelten Machbarkeitswahn zu unterstützen, müssen Menschen lernen, Einschränkungen zu akzeptieren, und sich Möglichkeiten des Umgangs damit suchen und schaffen. Hier kommen dann die Krankheiten wieder ins Spiel. Gute Voraussetzungen, mit seiner persönlichen Gesundheitssituation umzugehen, sind beispielsweise Selbstbewusstsein und Zufriedenheit. Beides lässt sich durch Bildungsmaßnahmen zumindest fördern.

Insgesamt ist zu empfehlen, in der Gesundheitsbildung auf eine sowohl örtliche als auch eine thematische Vielfalt von Bildungsangeboten zu setzen. Nicht der einzelne medizinische Vortrag des Facharztes bringt die Gesundheit von Menschen weiter, es ist eher der Kongress, der gar nicht

die Gesundheit zum Thema hat, der jedoch vom Mitmachworkshop bis zum Fachvortrag für Interessierte eine vielfältige Palette an Anknüpfungsmöglichkeiten für die Gestaltung des eigenen Lebens bietet. Und statt immer wieder das Thema Gesundheit direkt anzusprechen, ist es viel sinnvoller, Bildungsangebote an der thematischen Peripherie zu machen. Niemand ginge gerne zu einem Kurs »Singen für Krebskranke«, sicherlich würden sich mehr Menschen für ein Angebot begeistern, das »Fröhlich singen« heißt. Politische oder kulturelle Bildungsarbeit kann ebenso Gesundheitsbildung sein, oft sogar in höherem Maße als spezifisch medizinische Bildungsangebote, wenn sie zu mehr Lebensqualität führt.

Gesundheit ist das Geschenk einer Lebenswelt, sie umfasst alle Lebensbereiche und unsere Lebensweise. Wenn wir etwas lernen können, dann dieses Geschenk anzunehmen und ihm in unserer jeweiligen Lebenssituation Raum und Zeit zu geben. Dem gilt es in der Bildungsarbeit Rechnung zu tragen, dann kann Gesundheitsbildung funktionieren, und es bildet sich auch Gesundheit.

Zu den Bildern in diesem Heft

Die Hamburger Fotografin Claudia Thoelen hat sich als erste Fotografin in Deutschland schon seit 1995 intensiv und kontinuierlich mit den Aspekten von Demenz auseinandergesetzt. Ihre Bilder sind wertschätzende Blicke nicht auf Krankheit, Schrecken und Angst, sondern auf das Leben – zwar gezeichnet von Verlieren und Vergessen, aber so leise es auch wird, berührend mit Anmut, Schönheit, unerwarteter Nachdenklichkeit, Heiterkeit und Klarheit des Moments.

Claudia Thoelen hatte den ersten Kontakt mit der Krankheit durch einen Auftrag des SPIEGEL im Jahr 1995 und später durch Arbeiten für den STERN. Die Auseinandersetzung mit Demenz wurde seitdem zu einem zentralen Bestandteil ihrer künstlerischen Arbeit. Claudia Thoelen sagt dazu: »In ungewohnten Verhaltensweisen auch Ausdruck ausgelebter und eingeforderter Selbstbestimmung zu sehen, Gefühlswelten und Genussfähigkeit aufzuspüren ist mir eine größere Herausforderung, als ihren Verlust zu dokumentieren. Meistens begleite ich den ganzen Tag über eine Person. Wir laufen Wege ab, suchend, kommentierend, fragend.«

Claudia Thoelen ist die erste Künstlerin in Deutschland, die über einen derart langen Zeitraum das Thema Demenz in allen Aspekten der Öffentlichkeit, den Medien und der Politik nahebringt. In Hunderten Ausstellungen halfen ihre Werke, Schwellenängste zu überwinden, die Perspektive zu wechseln und all die feinen Facetten zu entdecken, die das menschliche Leben, so vergänglich und zerbrechlich es auch ist, einzigartig machen.

In den letzten 18 Jahren entstanden vier Bildbände und drei Ausstellungen zum Thema Demenz. Interessierte Einrichtungen können die aktuelle Ausstellung mit 25 Bildern unter www.alzheimer-ausstellung.de anfordern. Ein weiterer Bildband und audiovisuelle Präsentationen sind derzeit in Arbeit. Eine neue Ausstellung über eine junge früh betroffene Demenzkranke wird demnächst in Duisburg (ab 12. Mai 2015, Mecatorhalle), Buxtehude (ab 19. Mai, Sparkasse) sowie Essen (VHS), Oberhausen (Rathaus) und Ahrensburg (Rathaus) zu sehen sein.



Sonja Sailer-Pfister

Gesundheitliche Ungleichheit

Sozialethische Überlegungen zum Verhältnis von Gesundheit und Gerechtigkeit

Die Gesundheit des Einzelnen wird wesentlich durch gesellschaftliche Bedingungen mitbestimmt. Besonders das Postulat der Gerechtigkeit, ob Menschen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, ist eine wichtige Kategorie für sozialethische Überlegungen. Aus Sicht der christlichen Sozialethik liegen hier besondere Herausforderungen für konfessionelle Anbieter im Gesundheitssektor.

»Hauptsache gesund« oder: »Das Wichtigste ist die Gesundheit« – so ist heutzutage oft zu hören, wenn es um das Wohlergehen der Menschen geht. Gesundheit ist in der modernen Gesellschaft, die von Leistungsfähigkeit dominiert ist, ein sehr hoher, wenn nicht der höchste Wert überhaupt. Ja es ist fast schon ein Gesundheitskult zu beobachten, was z.B. an der schnell wachsenden Wellnessbranche festzumachen ist. Einige Soziologen/-innen bezeichnen unsere Gesellschaft als »Gesundheitsgesellschaft« (»health society«).¹ Diese Kennzeichnung signalisiert, dass Gesundheit ein Schlüsselthema des gesellschaftlichen Diskurses ist und die zentrale Herausforderung einer alternden Gesellschaft darstellt. Gesundheit ist nicht nur höchster Wert und anzustrebendes Gut, Gesundheit scheint auch immer mehr herstellbar, machbar und kaufbar zu sein. Gesundheit wird immer mehr zur Ware, deren Nachfrage ständig steigt. Gesundheit wird zum ökonomischen Wachstumsfaktor par excellence. Vor

diesem Hintergrund stellen sich dann zweifellos immer dringlicher Gerechtigkeitsfragen. Diese betreffen nicht nur die Zugangschancen und Strukturen eines Gesundheitssystems, sondern auch Fragen nach gesellschaftlichen Strukturen und Rahmenbedingungen, die etwas plakativ ausgedrückt krank machen bzw. den Gesundheitszustand Einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen negativ beeinflussen.

In den folgenden Überlegungen soll einerseits eine Vorstellung von Gesundheit erörtert werden, die ich als »relational« und »prozesshaft« bezeichnen möchte und die Gesundheit nicht nur im medizinischen Bereich verortet, sondern auch als Thema der Philosophie und Theologie. Zudem wird Gesundheit nicht nur individuell gedacht, sondern gesellschaftlich verankert. Vor diesem Hintergrund soll dann ein mögliches Konzept von »Gesundheitsgerechtigkeit« vorgestellt werden, das sowohl dem erörterten Gesundheitsbegriff als auch einer gesundheitlichen Ungleichheit versucht, Rechnung zu tragen.

Was ist Gesundheit?

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit ist die der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert Gesundheit als »Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen«². Die Kritik an dieser Definition ist bekannt. Gesundheit wird hier

umfassend definiert, d.h. auch psychische und soziale Einschränkungen werden bedacht, dennoch kann diese Definition nur einen Idealzustand beschreiben, den anzustreben sich lohnt. Erschöpfung, Ermüdung und Zeiten der Schwäche gehören zum Alltag dazu, ohne dass man sich gleich als krank bezeichnet. Hier wird deutlich, dass Gesundheit kein Zustand, sondern ein Prozess ist. »Krankheit entsteht aus Gesundheit, ebenso Gesundheit wieder aus Krankheit. Übergänge zwischen Krankheit und Gesundheit erscheinen aber nicht nur im zeitlichen Verlauf. Gesundheit und Krankheit existieren auch nebeneinander, insofern gleichzeitig einzelne Bereiche oder Funktionen des Körpers gesund, andere dagegen krank sein können. Gesundheit und Krankheit sind schließlich – und das verbindet sie miteinander – gemeinsam Erscheinungen des Lebendigen.«³ Wir befinden uns also immer in Zwischenbereichen. Wir streben eine möglichst umfassende Gesundheit an. Alle Menschen haben auch eine gewisse Vorstellung von Gesundheit. Normative Urteile sind mit dem Gesundheitsbegriff verbunden.

»Gesundheit ist somit (erg. S.-Pf) nicht nur ein Begriff der Medizin, sondern macht ebenso ein Thema der Künste, der Philosophie und Theologie aus, ist Inhalt der Vorstellungen und Verhaltensweisen jedes einzelnen Menschen.«⁴ Gesundheit hängt immer mit Lebensqualität zusammen, mit Vorstellungen von einem guten Leben bzw. von einem lebensunwerten Leben. Diese Frage wurde in allen Epochen der Geistesgeschichte gestellt, auch wenn der Begriff Lebensqualität relativ jung ist und den Diskurs erst in den letzten 20 Jahren prägt. Für philosophisch und theologisch sensibilisierte Leserinnen und Leser mag



Prof. Dr. Sonja Sailer-Pfister ist Juniorprofessorin für Christliche Gesellschaftswissenschaften und Sozialethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

diese Aussage nicht so sehr befremdlich klingen, doch mit der einseitigen naturwissenschaftlichen Entwicklung der Medizin seit dem 19. Jahrhundert ging eine biologische Reduktion des Gesundheitsverständnisses einher. Medizin wurde sukzessive zur theologie- und auch philosophiefreien Zone. Erst in den letzten Jahren und in den aktuellen Debatten im Rahmen einer Neustrukturierung der medizinischen Studiengänge bzw. im Rahmen der Entstehung neuer Studiengänge im pflegewissenschaftlichen Bereich wird die Diskussion einer stärkeren Interdisziplinarität wieder laut. Es sind zaghafte Versuche, philosophisches und theologisches Denken im Gesundheitswesen zu reaktivieren. Andererseits kann man auch in den Geisteswissenschaften eine Vernachlässigung der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Gesundheit und Krankheit nachweisen, sodass ein mechanistisches Natur- und Leibverständnis auf dem Vormarsch ist.⁵

Gesundheit ist danach das Funktionieren der Maschine Mensch. Der Mensch ist ein Mechanismus, eine Körpermaschine, deren Defekte effektiv beseitigt werden müssen.⁶ Zweifelsohne konnten auf der Basis dieser Vorstellung erhebliche medizinische Fortschritte erzielt werden, sie blendet jedoch viele Dimensionen des Menschseins aus. Es wird z.B. nicht bedacht, dass Krankheit nicht nur ein Störfall ist, sondern zum Menschen ebenso dazugehört wie das Angewiesen- und Abhängigsein. »Dann wäre Gesundheit nicht nur die Fähigkeit, alles zu können, sondern vielmehr die Fähigkeit, sich in seinem Angewiesensein zu akzeptieren. Nach dieser Vorstellung wäre der Mensch gesund, der zu einem guten und akzeptierenden Verhältnis zu seinem Kranksein befähigt ist.«⁷

Ähnliche Überlegungen findet man auch im Bereich »Public Health«. »Fasst man Gesundheit als die Fähigkeit eines Individuums auf, Beschränkungen und Belastungen gegenüber relativ autonom zu bleiben, so zeigen sich weitreichende praktische Konsequenzen einer solchen Definition: Beim chronisch Kranken verlagert sich der

Akzent von der Krankheitsbekämpfung zur Stärkung der eingeschränkten Gesundheit, in der Prävention wird auch das soziale Handeln zum Ziel, das die Autonomie gegenüber Beschränkungen und Belastungen stärkt.«⁸

Das »Public Health Buch«, eines der Standardwerke der Gesundheitsforschung in Bezug auf gesellschaftliche Fragen und im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Bevölkerungen, befasst sich ebenfalls sehr ausführlich mit Gesundheitsdefinitionen. Gesundheit wird in mehreren Bezugssystemen gedacht. Neben dem Bezugssystem Individuum/betroffene Person und Medizin, wird explizit das Bezugssystem Gesellschaft genannt. In diesem System werden Gesundheit und Krankheit unter anderem unter dem Aspekt der Wertorientierung betrachtet. Gesundheit ist zu einem »Grundwert und Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden«⁹.

Die Ausführungen zeigen, wie komplex und vielschichtig der Gesundheitsbegriff ist und welche Vorstellungen und Faktoren eine Rolle spielen können und müssen. Entscheidend ist auch, dass die Vorstellung von Gesundheit

und die Vorstellung von Gerechtigkeit eng miteinander verwoben sind.

Für sozialetische Überlegungen ist daher der soziale Aspekt von Gesundheit ausschlaggebend. Gesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein öffentliches und soziales Gut. Dies begründet sich einerseits darin, dass die Aufgabe des sozialstaatlich organisierten Gesundheitssystems ist, Gesundheit herzustellen, sie zu bewahren und zu verbessern. Gesundheit ist ein Teil gesellschaftlicher Verantwortung. Gerade in Zeiten knapper werdender Kassen und zunehmender Lebenserwartung stellen sich Verteilungsfragen bzw. Fragen nach Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person bzw. einer ganzen Gesellschaft haben. Gesundheitliche Ungleichheit wird neben klassischen Verteilungsfragen zum Thema. In den letzten Jahren steigt auch in Deutschland das Bewusstsein für gesundheitliche Ungleichheiten. Die Diskussionen in diesem Bereich werden immer häufiger und wissenschaftlich fundierter. Überlegungen, wie gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden können und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, werden angestellt.



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

Gesellschaftliche Einflüsse auf den Gesundheitszustand

Das Handbuch für Gesundheitswissenschaften nennt Einkommen, Bildung, Familie, Arbeitswelt, Umwelteinflüsse, Migration und Geschlecht.¹⁰ An dieser Stelle kann nicht auf alle Determinanten eingegangen werden. Exemplarisch wird hier der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit behandelt.

Obwohl sich gesundheitliche Ungleichheiten heute erst ansatzweise erklären lassen, lässt sich ein Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit nicht leugnen. Bildung, berufliche Stellung und Einkommen haben Einfluss auf den Gesundheitszustand, auch wenn dieser Zusammenhang weniger offensichtlich und nicht so einfach nachweisbar ist, wie es auf den ersten Blick scheint. Warum die Sterblichkeit bei jemandem mit niedrigerem Einkommen, der weder hungern noch frieren muss, höher ist als bei jemandem mit höheren Einkommen, hängt an vielfältigen Faktoren, wie Ausbildung, berufliche Stellung, Bildungsgrad und an der Beschaffenheit des Gesundheitssystems.

Es stellt sich die Frage, wie und ob unser Gesundheitssystem solche Ungleichheiten kompensieren kann. Diese Zusammenhänge sind komplex, ebenso wie die Frage nach den Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit. Merkmale wie Bildung und Einkommen beeinflussen im Vergleich zum Rauchen den Gesundheitszustand nicht direkt, sondern indirekt, d.h., er wird über andere Faktoren vermittelt, die mit dem sozialen Status zusammenhängen. Die über den Sozialstatus vermittelten Verhaltensweisen und Lebensumstände sind so vielfältig, dass es kaum möglich ist, alle Einflüsse auf die Gesundheit zu untersuchen; eine »vollständige Erklärung der statusspezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist daher kaum möglich. Wichtig ist hier nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern die Beantwortung zweier eher pragmatischer Fragen: Soll die gesundheitliche Ungleichheit ver-

ringert werden? Und wenn ja: Wie kann sie verringert werden?¹¹ Public-Health-Wissenschaftler und die Akteure im Gesundheitswesen sind sich weitgehend einig, dass gesundheitliche Ungleichheit verringert werden muss, über die zweite Frage, wie das geschehen soll, bestehen sehr unterschiedliche Ansichten.

In der aktuellen sozialwissenschaftlichen Diskussion werden zwei Hypothesen diskutiert:

- »Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: »Armut macht krank«).
- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status (plakativ formuliert: »Krankheit macht arm«).¹²

Beobachtet man zurzeit den deutschen Diskurs zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, fällt auf, dass der zweiten Hypothese sehr wenig Aufmerksamkeit zukommt, d.h., das Problem, dass eine Erkrankung zu Einkommensverlust, Arbeitslosigkeit und hohen Kosten für gesundheitliche Leistungen führt, wird nicht wahrgenommen und im Diskurs ignoriert.

Im Hinblick auf die erste Hypothese werden folgende die Gesundheit beeinflussende Variablen diskutiert:

- »Gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung, hoher Alkoholkonsum etc.)
- Durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare weitere Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie etc.)
- Physische und psychische Arbeitsbelastungen (körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens etc.)
- Belastende Wohnbedingungen (Größe und Ausstattung, Umweltbelastung wie Lärm, Luftverschmutzung etc.)
- Soziale Unterstützung
- Vorsorge-Verhalten (Teilnahme an Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen)
- Gesundheitliche Versorgung (gesundheitliche Aufklärung, Besuch

von Fachärzten, medikamentöse Kontrolle des hohen Blutdrucks etc.)¹³

Dieser Überblick macht deutlich, dass es sehr verschiedene Ansatzpunkte gibt, die versuchen, den Zusammenhang von Gesundheit und Gesellschaft zu erfassen. Wie diese verschiedenen aufgeführten Faktoren zusammenhängen und wie sie zueinander in Beziehung stehen, ist noch nicht umfassend untersucht. Evident ist jedoch, dass all diese genannten Faktoren den Gesundheitszustand beeinflussen

Von der Verteilungsgerechtigkeit zur Befähigungsgerechtigkeit – sozial-ethische Überlegungen

Angesichts der eben beschriebenen Zusammenhänge und Entwicklungen ist aus sozialem ethischer Perspektive¹⁴ vertieft darüber nachzudenken, was Gerechtigkeit im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit bedeuten kann. Ist es nicht sinnvoll, die Perspektiven einer »klassischen Medizinethik um solche einer politischen Ethik zu erweitern«¹⁵ bzw. dass bei der ethischen Debatte über ein gerechtes Gesundheitssystem nicht nur der Einzelne, sondern die gesundheitlichen Entwicklungen einer Gesellschaft thematisiert werden?

Der aktuell geführte ethische Diskurs ist fokussiert auf die Verteilungsfrage im Gesundheitssystem und blendet gesellschaftsethische Fragestellungen weitgehend aus. Die moderne Medizin wird nicht als Teilsystem der Gesellschaft aufgefasst, das auch Auswirkungen auf andere Teilsysteme hat, wie z.B. die Arbeitswelt, und umgekehrt. Ein gesellschaftlicher Diskurs über Vorstellungen und normative Ansprüche eines – in modernen Gerechtigkeitsethiken häufig ausgesparten – »guten Lebens«¹⁶ findet nur sporadisch statt und wird noch seltener auf das Gesundheitssystem angewendet.

Gerade eine christliche Sozialethik ist aufgefordert, sich in diesem Diskurs zu positionieren, indem sie die Frage nach dem »guten Leben« auch im Hinblick auf das Gesundheitssystem stellt und dabei nicht nur das Individuum, sondern die gesamte Gesellschaft in den



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

Blick nimmt. Dieser Anspruch kann hier nicht erfüllt werden.

Im Folgenden wird kurz versucht, ausgehend vom Befähigungsansatz von Martha Nußbaum, der die Vorstellung eines guten Lebens in den Mittelpunkt stellt, Befähigungsgerechtigkeit (nicht Verteilungsgerechtigkeit) in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit fruchtbar zu machen und einige Anregungen aus christlich-sozialethischer Perspektive zu formulieren.

Befähigungsgerechtigkeit als Gerechtigkeitskriterium zur Überwindung von gesundheitlicher Ungleichheit

Was heißt in diesem Zusammenhang »Fähigkeiten«? Fähigkeiten sind zunächst diejenigen persönlichen Eigenschaften, die es ermöglichen, bestimmte Zustände und Ziele zu erreichen; es handelt sich also um »Ermöglichung von Bedingungen«¹⁷, die es möglich machen, ein gelingendes und gutes Leben zu führen. Dazu gehört auch, auf Strukturen und Institutionen Einfluss haben zu können, d.h., die Fähigkeit auszubilden, sich

in diesen Institutionen und Strukturen zurechtzufinden und zu artikulieren.

Daher ist das Ziel dieses Befähigungsansatzes, Bedingungen zu garantieren, die es dem kooperativen Bürger ermöglichen, am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben aktiv zu partizipieren. Dies setzt voraus, dass Menschen dazu auch die Fähigkeiten besitzen und in die Lage versetzt werden, je eigene Lebensziele zu verfolgen.¹⁸ Martha Nußbaum formuliert eine Merkmalliste von Grundfähigkeiten, die jede Gesellschaft ihren Bürgern ermöglichen sollte. Die hier aus dem Gesamtkatalog ausgewählten Fähigkeiten haben einen engen Bezug zum Thema Gesundheit.

1. »Die Fähigkeit, ein menschliches Leben von normaler Länge zu leben, nicht vorzeitig zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.
2. Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen, sich angemessen zu ernähren, eine angemessene Unterkunft und Möglichkeiten zu sexueller Befriedigung zu haben, sich in Fragen der Reproduktion frei entschei-

den und sich von einem Ort zum anderen bewegen zu können.

3. Die Fähigkeit, unnötigen Schmerz zu vermeiden und freudvolle Erlebnisse zu haben.«¹⁹

Im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit heißt das, dass alle Menschen die Fähigkeit erreichen sollten, für ihre Gesundheit zu sorgen, sich Wissen und auch Bewusstsein für ein gesundes Leben anzueignen, die Fähigkeit besitzen, die notwendigen Leistungen, die das Gesundheitssystem zur Verfügung stellt, abzurufen und diese auch beurteilen zu können. Dies erfordert einen mündigen Patienten, gesundheitsförderliche gesellschaftliche Strukturen und ein transparentes Gesundheitssystem.

Darüber hinaus hat der Befähigungsansatz natürlich eine hohe Evidenz für die ethische Begründung von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung.²⁰ Wie oben dargelegt, sind Krankheitsrisiken und das Risiko vorzeitigen Sterbens sozial ungleich verteilt. Gerade durch das Stärken und das Ausbilden der Fähigkeit, ein Bewusstsein für seinen eigenen Gesundheitszustand zu entwickeln und diesen zu verbessern, könnte diesen sozialen Ungleichheiten entgegen gewirkt werden. Dies trägt nicht nur zu einer Steigerung des Gemeinwohls der gesamten Gesellschaft bei, sondern würde m.E. den Sozialsystemen, so auch dem Gesundheitssystem, enorme Kosten ersparen.

Versteht man Gesundheitsethik als politische Ethik, steht im Vordergrund, dass das Potenzial, die Befähigung ausgebildet werden muss, am gesellschaftlichen Leben ohne Einschränkung teilzuhaben, eigenverantwortlich Entscheidungen treffen und auch schwierige und konfliktreiche Situationen meistern zu können. Dass die Chance, solche Fähigkeiten auszubilden, an sozialen Lebensbedingungen liegt, ist evident.

Christlich-sozialethische Reflexion

Reflektiert die christliche Sozialethik den Zusammenhang von Armut und

gesundheitliche Ungleichheit, so ist die »Option für die Armen« einzufordern. Die Option für die Armen als sozialetisches Gestaltungsprinzip geht über die Forderung der Solidarität hinaus. Option für die Armen stellt den Ernstfall der Solidarität dar. »Es geht nicht nur um solidarisches Verhalten und Verantwortung gegenüber den Armen, sondern um deren Vorrang. Ihre Menschenwürde, ihr Subjektsein ist der Maßstab.«²¹ Wirtschaftliche und politische Entscheidungen, auch die im Hinblick auf die Gesundheit der Menschen und die Gestaltung des Gesundheitssystems, müssen danach beurteilt werden, »was sie für die Armen bewirken, was sie den Armen antun und wie sie den Armen zur Selbsthilfe helfen. Das grundlegende moralische Kriterium für alle wirtschaftlichen Entscheidungen, politischen Maßnahmen und Institutionen ist dieses: Sie müssen allen Menschen dienen, vor allem den Armen.«²²

Angesichts des erläuterten Zusammenhangs zwischen Gesundheitsrisiken und Armut und der Feststellung der gesundheitlichen Ungleichheiten gilt auch für ein gerechtes Gesundheitswesen die Option für die Armen, d.h. die vorrangige Option für die gesundheitlich Benachteiligten. »Reformen des Gesundheitswesens müssen jeweils aus der Perspektive von Menschen begründet und überprüft werden, die sich nicht Zusatzversichern können, keinen höheren Anteil ihres Einkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben können und hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.«²³

Entscheidend ist dabei die Fähigkeit, die Komplexität des Gesundheitssystems bewältigen, Angebote und Möglichkeiten von Therapien und Maßnahmen beurteilen, eigene Positionen vertreten und für seine Gesundheit adäquat sorgen zu können. Daher ist die »Option für die Armen« nicht nur eine Option für materiell Arme, sondern auch Option für die, die weniger Fähigkeiten haben, ihren Gesundheitszustand zu fördern und die richtigen Maßnahmen zu beurteilen. Es ist eine Option für die, die das immer komplexer werdende Gesundheitssystem

überfordert und deren persönliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Beteiligungs- und Befähigungsgerechtigkeit sind also auch im Hinblick auf das Gut Gesundheit zu postulieren.

Gerade für christliche Träger im Gesundheitssystem steht eine vertiefte Reflexion der Problematik gesundheitlicher Ungleichheit weitgehend aus. Es geht vordringlich um Verteilungsfragen, die ohne Zweifel existenziell sind. Dennoch könnten gerade die Kirchen, die nicht nur Träger im Gesundheitssystem, sondern auch Träger von Bildungseinrichtungen sind und als Arbeitgeber den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit negativ wie positiv spüren, sich für Gesundheitsgerechtigkeit starkmachen, in dem Sinne, dass gesundheitliche Ungleichheit ein Querschnittsthema ist, das nicht nur das Gesundheitssystem betrifft, sondern alle sozialstaatlichen Akteure. Die Beseitigung gesundheitlicher Ungerechtigkeit ist im Sinne der Option für die Armen ein gesellschaftlicher Auftrag, den kirchliche Träger ernst nehmen sollten.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Kickbusch 2006.
- 2 Definition zitiert nach: Hörmann 2000, S. 114. Vgl. dazu auch: Schröder-Bäck 2014, S. 60–62.
- 3 Engelhardt 2014, S. 112 f.
- 4 Ebd., S. 109.
- 5 Vgl. ebd., S. 109.
- 6 Vgl. Maio 2012, S. 376–378.
- 7 Ebd., S. 385.
- 8 Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke 2012, S. 40.
- 9 Ebd., S. 38.
- 10 Vgl. Hurrelmann 2012, S. 493–657.
- 11 Mielck/Helmert 2012, S. 505.
- 12 Ebd., S. 506. Vgl. auch: Mielck/Helmert 2010, S. 79–96.
- 13 Ebd., S. 506.
- 14 Vgl. dazu: Sailer-Pfister 2013, S. 55–68.
- 15 Remmers 2009, S. 113.
- 16 Ebd., S. 114.
- 17 Ebd., S. 121.
- 18 Vgl. ebd., S. 121.
- 19 Nußbaum 2012, S. 200.
- 20 Vgl. Remmers 2009, S. 123.
- 21 Sailer-Pfister 2006, S. 536.
- 22 Institut für Gesellschaftswissenschaften Walberg 1997.
- 23 Kostka 2012, S. 163.

Literatur

- Engelhardt, D. von (2014): Gesundheit. In: Schröder-Bäck 2014, S. 108–114.
- Hörmann, G. (2000): Gesundheitserziehung. In: Korff, W. u. a. (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2. Gütersloh, S. 114–117.
- Hurrelmann, K. u. a. (Hg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim, Basel, S. 493–657.
- Institut für Gesellschaftswissenschaften Walberg (Hg.) (1997): Die neue Ordnung. Wirtschaftliche Gerechtigkeit für alle. Hirtenbrief über die katholische Soziallehre und die amerikanische Wirtschaft. Bonn 1997, Nr. 24.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg.
- Kostka, U. (2012): Sozialethische Kriterien und konkrete Reformvorschläge für eine gerechte Umorganisation des Gesundheitssystems. In: Dabrowski, M. u. a. (Hg.): Gesundheitssystem und Gerechtigkeit – Health systems and justice. Paderborn, S. 147–176.
- Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart, S. 376–378.
- Mielck, A.; Helmert, U. (2010): Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind »ungerecht«? Plädoyer für eine stärkere ethische Reflexion der Zielsetzung »Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit«. In: Streh, D.; Marckmann, G. (Hg.): Public Health Ethik. Berlin, S. 79–96.
- Nußbaum, M. (2012): Gerechtigkeit oder das gute Leben. 7. Aufl., Frankfurt a.M., S. 200.
- Mielck, A.; Helmert, U. (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann 2012, S. 493–515.
- Remmers, H. (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Vorsorgeleistungen. In: Bittlingmayer, U. H. u. a. (Hg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 111–133.
- Sailer-Pfister, S. (2006): Theologie der Arbeit vor neuen Herausforderungen. Sozialethische Untersuchungen im Anschluß an Marie-Dominique Chenu und Dorothee Sölle. Berlin.
- Sailer-Pfister, S. (2013): Reich und gesund – arm und krank – sozial-ethische Überlegungen zu einer gerechten Gestaltung des Gesundheitssystems. In: Niederschlag, H.; Proft, I. (Hg.): Moral und Moneten. Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Ostfildern, S. 55–68.
- Schröder-Bäck, P. (Hg.) (2014): Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt a. M., New York 2014.
- Schwartz, F. W.; Schlaud, M.; Siegrist, J.; Troschke, J. von (2012): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke 2012, S. 37–60.
- Schwartz, F. W.; Schlaud, M.; Siegrist, J.; Troschke, J. von (Hg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl., München, S. 37–60.

Matthias Beck

Wie heile ich den leidenden Menschen?

Evidenzbasierte Medizin und Epigenetik

Der sich abzeichnende Paradigmenwechsel von einer Verallgemeinbarkeit der Medizin zu einem individuellen Ansatz lässt neue ethische Fragen aufkommen. Das Wissen um personenbezogene, epigenetische Einflüsse ermöglicht Behandlungsmethoden, die auf den jeweiligen Kranken zugeschnitten sind.

Paradigmenwechsel und neue Erkenntnisse in der Medizin

In der Medizin geht es um die konkrete Behandlung von kranken Menschen und nicht um jene von Krankheiten, Symptomen oder Organen. Der Einzelne Mensch ist krank und nicht ein Organ. Dabei lebt jeder einzelne wiederum in einer bestimmten Umgebung und ist in sich mehrdimensional strukturiert. Der Mensch hat materielle Anteile, die naturwissenschaftlich messbar und verallgemeinerbar sind, psychische Prägungen, die eher einmalig, aber doch intersubjektiv vergleichbar sind, und eine geistig-individuelle Ausrichtung, die nicht mehr mit anderen vergleichbar ist. Bei Letzterem geht es um Sinnfragen des Lebens, religiöse

Ausrichtung, Umgang mit Sterben und Tod, Gottesvorstellungen und vieles mehr. Wegen dieser Mehrdimensionalität des Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit darf auch die Medizin nicht nur eindimensional naturwissenschaftlich vorgehen, sondern muss dieser Violdimensionalität Rechnung tragen. Wissenschaftlich gesehen müssen daher verschiedene Wissenschaftsgebiete zu Wort kommen: Medizin, Physik, Chemie, Biologie, Psychologie, Soziologie, aber auch Philosophie und Theologie. Denn auch die Umgebung sowie das Innenleben des Menschen haben Einfluss auf Krankheit und Gesundheit. Der Mensch ist zum einen ein Lebewesen wie ein Tier, er hat tierische Anteile (die kultiviert werden müssen), und daher können auch Ergebnisse aus Tierversuchen auf den Menschen übertragen werden. Aber diese biologischen Ausstattungen sind beim Menschen immer durchdrungen von seiner seelischen und geistigen Verfasstheit. Insofern gibt es im Menschen nie nur das rein Messbare seiner physikalisch-chemisch-biologischen Gegebenheiten. Der Mensch ist immer auch ein seelisch-geistiges Wesen. Daher unterscheidet sich der Mensch fundamental vom Tier.¹ Was gemessen werden kann, ist nur die Außenseite seiner Innerlichkeit. Diese messbaren Parameter haben zwar eine gewisse Aussagekraft, sie erfassen aber nie den Menschen in seiner Ganzheit.

Die naturwissenschaftliche Medizin hat unter anderem weltweit so viele Erfolge erreicht, da sie den Menschen reduziert hat auf seine naturwissenschaftliche Ausstattung (im Studium trat an die Stelle des Philosophikums das Physikum). Durch diesen Reduktionismus ist die Medizin zunächst unabhängig geworden von bestimmten Menschenbildern sowie kulturellen und religiösen Hintergründen. Heute aber ist eine ganz neue Entwicklung eingetreten. Aufgrund der Erkenntnisse der sogenannten Pharmacogenomics – die sich befassen mit der unterschiedlichen Wirkung von Arzneimitteln angesichts der je einmaligen genetischen Ausstattung des Menschen – wird klar, dass das Paradigma der Verallgemeinerbarkeit der Medizin ergänzt werden muss durch den Blick auf das Individuum. Das Individuum tritt immer mehr in den Vordergrund.

Hinzu kommt, dass aus der Genetik bekannt ist, dass die Gene nur eine der Informationsquellen für Krankheit und Gesundheit darstellen. Gene müssen aktiviert und inaktiviert werden, und dazu sind Zusatzinformationen notwendig, die man epigenetische Einflüsse (Epigenetik) nennt. Offensichtlich kennt man bereits 1,5 Millionen dieser epigenetischen Einflüsse. Schon in der Embryonalentwicklung wirken diese epigenetischen Einflüsse auf die Zelldifferenzierung, die u.a. durch Abschalten von Genen durch Anheftung von Methylgruppen zustande kommt. Diese epigenetischen Einflussfaktoren liegen zum Teil in Bereichen zwischen den Genen, die bisher für sinnloses Zeug gehalten wurden (cheap junk), sie liegen aber auch in anderen Faktoren



Der Arzt und Theologe Prof. Dr. Dr. Matthias Beck ist Außerordentlicher Professor für Moralthologie/Schwerpunkt

Medizinethik an der Universität Wien und u.a. Sachverständiger im Deutschen Bundestag sowie Mitglied im Beratergremium der Europäischen Bischofskonferenzen (COMECE).

in der Umgebung des Menschen und in seinem Denken und Fühlen. »Auch das Gehirn nimmt direkten Einfluss darauf, welche Gene einer Zelle aktiviert und welche Funktionen von der Zelle infolgedessen ausgeführt werden.«² Auch das seelische Innenleben spielt eine Rolle: Wie beobachtet wurde, »stellt der seelische Stress der Depression mehrere Gene des Immunsystems ab, die für die Produktion von Immunbotenstoffen zuständig sind«³. Die epigenetischen Einflüsse bleiben also auch beim erwachsenen Menschen bestehen. Mit diesen Erkenntnissen wird das Paradigma von der Verallgemeinerbarkeit der medizinischen Erkenntnisse ergänzt, wenn nicht gar ersetzt. Zur Verallgemeinerbarkeit und Messbarkeit der naturwissenschaftlichen Ausstattung des Menschen kommen das Individuelle und das Nichtmessbare hinzu. Schon die Physik hat mit der sogenannten Unschärferelation von Heisenberg gezeigt, dass die Naturwissenschaften die Natur und damit auch den Menschen nicht hinreichend erkennen können. Ort und Impuls eines mikrophysikalischen Teilchens sind nicht gleichzeitig zu bestimmen. So gibt es bei der Interpretation des

Menschen und von Krankheiten Verallgemeinerbares und Messbares (Naturwissenschaftliches), zum Teil Verallgemeinerbares (z.B. das Psychologische, das intersubjektiv vergleichbar ist) und dann das gar nicht mehr Verallgemeinerbare und Messbare des Geistigen, das sich zeigt in Fragen nach dem Sinn des eigenen Lebens, der eigenen Berufung, der Identität, der Wahrheit.

So kann man davon sprechen, dass sich die Medizin in einem Paradigmenwechsel befindet, bei dem das Individuum immer mehr hervortritt und damit auch die Verantwortung für Gesundheit und Krankheit zunimmt. Wissenschaftstheoretisch bedarf es zur Lösung dieser Probleme einer Theorie, die das Verallgemeinerbare und das Individuelle zusammendenkt. Das naturwissenschaftliche Paradigma behält Bedeutung für die Diagnose, aber auch für die Neuzulassung von Arzneimitteln. Allerdings sind auch homöopathische Medikamente zugelassen und wirksam, deren Wirksamkeit zum Teil nicht mit naturwissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden kann. Das sagt aber noch nichts darüber aus, ob sie nicht dennoch wirken.

Evidenzbasierte Medizin⁴

Evidenzbasierte Medizin (EBM) beruht auf dem jeweils aktuellen Stand des naturwissenschaftlich-medizinischen Wissens sowie dem Nachweis der Wirksamkeit von Medikamenten auf der Grundlage klinischer Studien und medizinischer Veröffentlichungen. Das Ziel einer solchen Medizin ist eine Qualitätssteigerung medizinischer Behandlungen. Aus den wissenschaftlichen Ergebnissen soll eine verpflichtende Handlungsanweisung für Ärzte/-innen folgen. Evidenzbasierte Medizin will berufsübergreifende Behandlungsstandards entwickeln, die zu implementieren und deren Umsetzung zu evaluieren ist. Über gemeinsame Behandlungsstandards hinaus sollen auch gemeinsame Instrumente der Ergebnisqualitätsmessung entwickelt und in allen Sektoren des Gesundheitswesens verbindlich umgesetzt werden. Nichteinhaltung soll womöglich strafbar sein. Beurteilt werden die medizinische Effektivität und ökonomische Effizienz von Maßnahmen.

Gegen dieses Vorgehen gibt es nach dem obengesagten über die Mehrdimensionalität des Menschen erhebliche Einwände:

1. Ärztliches Handeln kann niemals bloß auf der Basis naturwissenschaftlichen Wissens aufgebaut werden, da naturwissenschaftliche Experimente aus sich heraus nur Teilaspekte der Wirklichkeit und der Erforschung einer Krankheit abbilden. Die moderne Naturwissenschaft erzielt ihre Erkenntnisse durch theoriegeleitete Experimente. Wie immer das Verhältnis zwischen Theorien, Hypothesen und Experimenten wissenschaftstheoretisch bestimmt wird, sämtliche Theorien moderner Wissenschaft gehen davon aus, dass die wissenschaftliche Methode stets auf einer künstlich hergestellten Abstraktion der vielschichtigen Wirklichkeit aufbaut. Je präziser die Abstraktion erfolgt, desto erfolgreicher ist in der Regel das Experiment. Die methodische Ausblendung bestimmter Wirklichkeitsbereiche ist daher ein viel diskutiertes Thema der erkenntnistheoretischen Diskussion über moderne Wissenschaft.



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

**Alzheimer – Eine andere Welt?****Foto: Claudia Thoenen**

2. Da naturwissenschaftliche Experimente in der Medizin oft mit hohen Kosten und einem großen technischen Aufwand verbunden sind, fließen in die Entscheidung, welche Experimente durchgeführt werden, auch Kostenüberlegungen ein. Diese Aspekte treten vor allem im Bereich privatwirtschaftlich organisierter Forschung in den Vordergrund. Daher kommt es zusätzlich zu den methodischen Abstraktionen auch zu ökonomisch bedingten Ausblendungen relevanter Phänomene und Wirklichkeitsbereiche. Auch werden meist nur positive und keine negativen Forschungsergebnisse veröffentlicht. So zeigt z.B. eine Analyse zu Forschungsergebnissen von Studien, die durch die Pharmaindustrie gefördert werden, dass diese mehr als viermal häufiger positive Resultate hervorbringen als Studien, die nicht durch privatwirtschaftliche Akteure in Auftrag gegeben wurden. Außerdem werden – wie gesagt – Studien manchmal nicht vollständig publiziert und negative Ergebnisse nicht mitgeteilt, obwohl dies in der Helsinki-Deklaration (Art. 27) ausdrücklich vorgesehen ist. Dadurch werden der Scientific Community therapierelevante Informationen vorenthalten. So wird klar, dass medizinische Wissenschaft auch interessengeleitete (und wirtschaftlich getriggerte) Wissenschaft ist und keine »Wahrheit«

hervorbringt. Schon die Fragestellung einer Forschung ist entscheidend für den wissenschaftlichen Output. Auf Fragen, die nicht gestellt werden, gibt es auch keine Antwort. So ist der Wissensgewinn in der Medizin auch durch interessengeleitete und zielgerichtete experimentelle Forschung begrenzt. Auf der anderen Seite können erfolgreiche, aus Erfahrung gewonnene Behandlungsformen nie den Evidenzgrad erreichen, der in anderen Bereichen durch groß angelegte Studien möglich ist, da in solchen Fällen z.B. die Anwendung eines Double-Blind-Verfahrens ausgeschlossen ist. Eine entsprechende Beurteilung ist Sache der offenen und öffentlichen Diskussion der Scientific Community. Dabei werden Experimente immer wieder in vielfacher Weise einer Kritik unterzogen. So erweitert sich die Kritik an evidenzbasierter Medizin im Bereich der Forschung dahin gehend, dass sie womöglich abhängig ist von ökonomischen oder politischen Interessen. Da bereits der Forschungsbereich oft durch privatwirtschaftliche Akteure getragen wird, würde eine zentral organisierte Entscheidungsinstanz über EBM-orientierte Priorisierungen von Diagnose- und Behandlungsverfahren die Möglichkeit einer weitreichenden Einflussnahme von rein wirtschaftlichen Interessen eröffnen. Dies hätte

gravierende Folgen für das gesamte Gesundheitssystem. Die zentrale Steuerung von Behandlungsstrategien allein aufgrund von wissenschaftlichen Evidenzen öffnet die Türen für eine Rationierung und Selektion von Behandlungsweisen nach ökonomischen Interessen. Eine solche Entwicklung würde das menschenrechtliche Prinzip des Patientenwohls, das aus der Menschenwürde und der Hochschätzung jedes einzelnen Menschen resultiert, infrage stellen. Das Gesundheitssystem und die Ärzte/-innen sind jeweils dem kranken Menschen verpflichtet. Im EBM werden jedoch Krankheiten im Allgemeinen in einer vornehmlich naturwissenschaftlich orientierten Perspektive in den Blick genommen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung medizinischer Behandlung müssen sich aber am leidenden Menschen orientieren. Darauf beruhen das ärztliche Ethos und das Vertrauen und das Wohl der Patienten/-innen. Alle berechtigten Gesichtspunkte der Effizienz und der Effektivität sind dieser Priorität unterzuordnen und dürfen diese nicht gefährden.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich gegenüber der Strategie einer ausschließlich EBM-orientierten Priorisierung ärztlichen Handelns aus wissenschaftstheoretischen Gründen folgende Einwände:

a) Da die naturwissenschaftliche Forschung aus methodischen Gründen nur Teilaspekte der Wirklichkeit erschließt, kann ärztliches Handeln nicht ausschließlich auf naturwissenschaftlich gestütztem Wissen aufgebaut werden. Ein großer Teil ärztlicher Therapien basiert nach wie vor auf bewährtem und individuell vom Arzt/der Ärztin und der Ärzte/-innengemeinschaft durch langjährige Praxis erworbenem Erfahrungswissen. Insbesondere die Anwendung von naturwissenschaftlichem und allgemein erfahrungsgestütztem Wissen auf die einzigartige Situation des einzelnen Patienten macht das Spezifikum der »ärztlichen Kunst« aus, die sich nicht auf die einfache Anwendung wissenschaftlich gestützten Wissens auf den Einzelfall reduzieren lässt. In diesem Sinn bezeichnet bereits Aris-

toteles die Medizin als »Kunst«. Sie bezieht sich zwar auf die Kenntnis von Ursachen, erschöpft sich aber nicht darin, da der Arzt den einzelnen Menschen und nicht die Menschheit zu heilen versucht (Metaphysik I, 1). Diese Grundbestimmung ärztlichen Handelns bleibt trotz aller Veränderungen, die sich aus der Orientierung an den neuzeitlichen Naturwissenschaften ergeben haben, auch für die moderne Medizin gültig. Dies gilt vor allem, da eine individualisierte, personalisierte und auch partizipative Medizin den Patienten/-innen mehr und mehr in die Diagnose und Therapie einbezieht und das Individuum ernst nimmt. Das schuldet sie der Würde des Menschen. Medizin muss mehr und mehr eine »hörende Medizin« (Borasio) werden und sich dem Einzelnen in seiner Einmaligkeit mit seiner Biografie, seinen Konflikten und Ängsten sowie seiner persönlichen Weltanschauung zuwenden. Für die konkrete Strategie einer EBM-orientierten Priorisierung bestimmter Behandlungsweisen bedeutet dies, dass zwischen wissenschaftlicher Evidenz und sachlich begründeter Behandlungsweise ein kategorialer Unterschied besteht. Der Mangel an »Beweis« durch

randomisierte Studien schließt die Wirksamkeit einer Behandlung in keiner Weise aus. Allgemein darf die »beste Evidenz« nicht mit der »sinnvollsten Behandlungsstrategie« im Einzelfall verwechselt werden. Die Aussagekraft systematischer Übersichtsarbeiten ist eben durch die Forschungsergebnisse der »personalised medicine« relativiert worden. Diese geht davon aus, dass ein höherer Wirkungsgrad medizinischer Behandlungen durch die genaue Maßnahme am individuellen Patienten erzielt werden kann. Dies wird besonders brisant im Kontext der oben erwähnten Erkenntnisse des Verhältnisses von Genetik und Epigenetik, die zeigen, dass der persönliche Lebensstil, die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Innenleben der Patienten fundamentalen Einfluss auf Fragen der genetischen Verschaltung und damit von Gesundheit und Krankheit haben. Dies bestätigt die Auffassung, dass der Arzt/die Ärztin im Zusammenwirken mit dem Patienten die Aufgabe hat, diesen in seinem Gesamtumfeld mit seiner biografischen, sozialen, psychischen und spirituellen Dimension zu erfassen, was der Ansatz von EBM nicht zu leisten vermag.

Resümee

Das Gesundheitssystem und die Ärzte sind dem kranken Menschen verpflichtet, nicht einem Symptom, einer Krankheit oder einem Organ. Im EBM werden jedoch nur Krankheiten im Allgemeinen in einer vornehmlich naturwissenschaftlich orientierten Perspektive in den Blick genommen. Aber die Maßnahmen zur Qualitätssicherung medizinischer Behandlung müssen sich am leidenden Menschen und nicht der Krankheit orientieren. Darauf beruhen das ärztliche Ethos, die Sorge um das Wohl der Patienten und das in den Arzt gesetzte Vertrauen. Alle womöglich berechtigten Gesichtspunkte der Effizienz und der Effektivität sind dieser obersten Priorität, die der Würde des Menschen entspricht, unterzuordnen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. dazu vom Autor: Beck 2003, 2004, 2015.
- 2 Huether/Doering/Rüger/Rüther/Schüßler 1997, S. 126.
- 3 Bauer 2002, Frankfurt/Main S. 136.
- 4 Das Folgende wurde schon ähnlich publiziert als: Die Anwendung von Evidence-Based-Medicine (EBM) zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Österreich als ethisches Problem. Ein Positionspapier von Univ. Prof. em. Dr. Günter Virt, a.o. Prof. Dr. Hans Schelkshorn, unter Mitarbeit von Prof. em. Dr. Franz Xaver Lackner, Prof. Dr. Sigrid Müller, a.o. Prof. Dr. Matthias Beck, Prof. Dr. Walter Schaupp ([www.aerztezeitung.at/Service für Ärzte](http://www.aerztezeitung.at/Service_für_Ärzte)).

Literatur

- Bauer, J. (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt/Main, 17. Aufl. München 2011, S. 136.
- Beck, M. (2003): Seele und Krankheit, Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn.
- Beck, M. (2004): Der Krebs und die Seele. Paderborn.
- Beck, M. (2015): Hippokrates am Scheideweg. 2., erweiterte Aufl., Paderborn.
- Huether, G.; Doering, St.; Rüger, U.; Rüther, E.; Schüßler, G. (1997): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Streßreaktionsprozesses für das Verhältnis zentralnervöser Anpassungsprozesse: In: Kroppinigg, U.; Stacher, A.: Ganzheitsmedizin und Psychoneuroimmunologie. Vierter Wiener Dialog, Wien, S. 126–139.



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

Monika Bobbert

Patientenschutz in der medizinischen Forschung durch Ethikkommissionen?

Neue Standards für medizinische Studien sind notwendig

Durch die Forderung nach evidenzbasierter Medizin steigt der Bedarf an medizinischer Forschung. Die bisher üblichen Verfahren zur ethischen Bewertung reichen jedoch nicht für einen adäquaten Patientenschutz.

Forschung am Menschen dient der Weiterentwicklung der Medizin, zudem ist der Ruf nach evidenzbasierter Medizin im vergangenen Jahrzehnt lauter geworden. Patienten wie Kostenträger der Gesundheitsversorgung wünschen sich, dass wissenschaftlich gesicherte Diagnose- und Therapiemethoden angewandt werden. Doch im Unterschied zum Behandlungskontext, in dem das Wohl des Patienten an oberster Stelle steht, besteht in der Forschung zwischen den Interessen von Patienten/-innen bzw. Versuchspersonen und den Erkenntnisinteressen eine Spannung.¹ Zwar haben auch in der medizinischen Forschung Sicherheit und Schutz der Versuchspersonen Vorrang – Letzteres heben berufsständische und rechtliche Regelungen hervor,² doch der Arzt/die Ärztin als Studienleiter/-in kann nicht vorrangig das Wohl eines Patienten/einer Patientin verfolgen, sondern möchte mit einer Studie Erkenntnisse für Grundlagen oder künftige Kranke gewinnen, akademisch weiterkommen oder eine von der Pharmaindustrie aufgelegte Studie gut durchführen. Patienten/-innen, an die mit der Bitte um Teilnahme herangetreten wird, erhoffen sich zum

einen, dass auch im Rahmen der Studie zu ihrem Besten gehandelt wird,³ was aber aufgrund des Studiendesigns individuumsbezogen nicht möglich ist. Zum anderen ist ihnen aber klar, dass eine noch nicht bewährte Diagnostik oder Therapie getestet wird, sodass sich bei einem »therapeutischen« Studiendesign nur potenziell eigener Nutzen ergeben kann und bei einem »nicht-therapeutischen« Design eindeutig kein individueller Nutzen. Belastungen und Risiken hingegen bestehen meist.

An Universitätskliniken, doch auch an anderen Kliniken oder in der ambulanten Versorgung werden Studien durchgeführt. Somit können Patienten/-innen, die sich zur Behandlung an einen Arzt/eine Ärztin wenden, in die Situation kommen, dass sie um die Teilnahme an einer klinischen Studie gebeten werden. Um dem Recht auf informierte Zustimmung zu entsprechen, erläutert der Arzt/die Ärztin, der/die die Studie leitet, deren Ziele und das Vorgehen sowie potenzielle Nutzen und Risiken und überreicht auch eine Patienten/-inneninformation.

Allerdings sind für medizinische Laien die schriftlichen Ausführungen oft allein schon wegen ihres großen Seitenumfanges schwer verständlich. Hinzu kommen Begriffe wie »Randomisierung und Verblindung«, »Kontroll- oder Plazebogruppe«, »therapeutische und nichttherapeutische Forschung« oder die »Probabilität von Risiken und Nutzen«. Somit werden sich viele Kranke – wie sonst bei ihrer Behandlung⁴ – auf

vertrauenswürdige Ärzte und Verfahren verlassen. Gleichzeitig wird sich jeder Patient fragen, ob es wirklich notwendig ist, dass man mit Menschen forscht, ob die Forschungsziele »wertvoll« sind und ob die experimentellen Maßnahmen wirklich vielversprechend für künftige Kranke sind. Auch wird jeder sich fragen, was ihm selbst schlimmstenfalls zustoßen könnte und ob es ausreichend Sicherungsmaßnahmen gibt.

Es wird den betreffenden Kranken bzw. die Versuchsperson beruhigen, dass in der schriftlichen Information, die über Ziele, Vorgehen, Risiken und Nutzen eines Forschungsvorhabens Aufschluss geben soll, erwähnt wird, dass die Studie vorab einer »Ethikkommission« vorgelegt worden ist.⁵ Bevor ein Patient/eine Patientin die Frage der Studienteilnahme entscheidet, hat sich dieses Gremium schon mit der Studie befasst. Dem individuellen (moralischen und juristischen) Recht auf informierte Zustimmung zu einem medizinischen Experiment ist also ein institutionalisiertes Verfahren vorgeschaltet, welches zur Sicherheit des Patienten und zur methodischen Qualität beitragen soll.

Seit 1963 verlangt das Berufsethos von Ärzten/-innen, dass diese, was den Patienten- und Probandenschutz anbelangt, der Deklaration von Helsinki folgen. In Deutschland gibt es zudem für Medikamenten- und Medizinprodukteforschung gesetzliche Vorgaben, nicht jedoch für andere, sogenannte »sonstige Studien« in der Medizin. Immer jedoch muss, so die Helsinki-Deklaration, eine Studie vor ihrer Durchführung einer Ethikkommission vorgelegt werden. In Deutschland prüfen diese Ethikkommissionen, die entweder an medizinischen Fakultäten



Prof. Dr. Monika Bobbert ist Professorin für Theologische Ethik und Sozialethik an der Universität Luzern und hat Erfahrung

als Mitglied in Ethikkommissionen.

oder Landesärztekammern angesiedelt sind, ob die medizinische Forschung am Menschen aus ethischer und rechtlicher Sicht zulässig ist. Obwohl sie wichtige Arbeit leisten und sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten professionalisiert haben, werden die Ethikkommissionen in Deutschland derzeit den Erwartungen und dem Vertrauen, das der Begriff »Ethik« weckt, nur bedingt gerecht. Änderungsbedarf besteht wie folgt:

1. Interdisziplinärität und Unparteilichkeit müssen gestärkt werden. Bislang setzen sich die Kommissionen mehrheitlich aus Medizinerinnen zusammen. Wenn viele Mitglieder selbst medizinische Forschung betreiben, besteht die Tendenz, eher Forschungs- als Probandeninteressen wahrzunehmen oder Kollegen zumindest keine Steine in den Weg legen zu wollen. Solange eine Kommission nur ein bis zwei Mitglieder aus anderen Berufsgruppen hat, können diese jederzeit überstimmt werden. Mitglieder mit in Philosophie oder Theologie erworbener Ethikexpertise sind nicht zwingend erforderlich, obwohl die Kommission »Ethik« im Namen trägt.

2. Ohne Eintrittsqualifikation und Fortbildung ist fraglich, inwiefern die Mitglieder die geforderten ethischen Abwägungen zwischen potenziellem Studiennutzen und Belastungen und Schädigungen der Versuchspersonen kompetent, d.h. unter Nennung allgemein nachvollziehbarer Gründe und nicht nur unter Bezugnahme auf die persönliche moralische Intuition vornehmen können.

3. Nur ein gleiches und verlässliches Finanzierungsmodell der Geschäftsstellen durch die öffentliche Hand würde ein Konkurrenzen um Pharmastudien verhindern und Unabhängigkeit nach verschiedenen Seiten hin sichern. Derzeit tragen vor allen Gebührensätze für federführende Pharmastudien, die zwischen 2.000 und 15.000 Euro liegen, zur Selbstfinanzierung bei.

4. Der Prozess der Entscheidungsfindung und Dokumentation ist nicht einheitlich geregelt. Ob nur Mehrheits- oder auch Minderheitsvoten praktiziert werden, variiert zwischen den Kommissionen. Außerdem wäre zum Zweck der Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit ein »Argumentationsprotokoll«

sinnvoll, das gerade bei Studien mit höherem Risikopotenzial für Versuchspersonen wichtige Gründe für oder gegen die Zulassung dokumentiert.

5. Es gibt keine Verlaufs- und Ergebniskontrollen durch Ethikkommissionen. Lediglich vor Beginn werden der Kommission Studienprotokoll und Informationsschriften vorgelegt.

Bislang sind die genannten Punkte nicht rechtlich geregelt. Zwar legen sich die Ethikkommissionen in ihren Satzungen näher fest, doch variieren diese und sind veränderbar.

Konkrete Verbesserungsvorschläge könnten wie folgt lauten:

Aus Gründen des Patienten/-innen-schutzes sollte die Struktur kollegialer Beratung verlassen und mindestens die Hälfte der Mitglieder einer Ethikkommission aus anderen Disziplinen als der Medizin kommen (paritätische, interdisziplinäre Zusammensetzung). Neben Volljuristen und wissenschaftlich ausgewiesenen Mitgliedern aus der Medizin- und Bioethik (am besten jeweils zwei, um kontroverse Rechtsinterpretationen und die Pluralität des Ethikdiskurses zuverlässig abzubilden) sollten Pflegekräfte, Sozialwissenschaftler/-innen und Patientenvertreter/-innen zur Ausleuchtung der Situation der Studienteilnehmenden vertreten sein.

Außerdem sollte die Kommission häufig externe medizinische Gutachter beauftragen können. Zusätzlich zur Ethikkommission sollte eine unabhängige, an einer Behörde angesiedelte ärztliche Ombudsstelle für Versuchspersonen eingerichtet werden, um sich jederzeit eine zweite Meinung einholen zu können.

Einige der Kritikpunkte werden schon seit vielen Jahren vorgebracht, z.B. 2004 von der Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestags. Auch war die Frage der Ansiedelung der Ethikkommissionen immer wieder Thema in den einzelnen Bundesländern. Es sollte also generell über die Neustrukturierung der Ethikkommissionen in Deutschland diskutiert werden – auch unter dem Aspekt der rechtlichen Regelung aller (und nicht nur der pharmakologischen und medizinproduktbezogenen) Formen medizinischer Forschung am Menschen.

Bislang wurde Unabhängigkeit als Weisungsunabhängigkeit der Mitglieder und als Abwehr staatlicher Einflussnahme bzw. Schutz der Forschungsfreiheit verstanden. Nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus war dies eine Errungenschaft. Heute stehen jedoch eher die Interessen des Berufsstands und die Interessen von Patienten und Probanden in einem Spannungsverhältnis. Außerdem bringen Mediziner/-innen nicht bereits qua Berufsstand Kompetenzen in Ethik und Recht mit. Eine zeitgemäße, ethisch verantwortliche Forschung bedarf einer einheitlichen und in Zusammensetzung, Vorgehen und Ergebnissicherung rechtlich präzisierten Struktur.

Anmerkungen

1. Vgl. für ethische Fragen der medizinischen Forschung z.B. Fuchs 2010, Bobbert 2012, Bobbert/Werner 2014.
2. Vgl. World Medical Association, Declaration of Helsinki 2013; vgl. in Deutschland Arzneimittelgesetz und Medizinproduktegesetz.
3. Sozialwissenschaftliche Studien belegen, dass bei Patienten/-innen selbst dann, wenn eine »nichttherapeutische« Studie vorliegt und deutlich gemacht wird, dass sie selbst keinen Nutzen haben werden, häufig ein »therapeutischen Missverständnis« vorliegt. Vgl. u.a. Appelbaum/Lidz 2008.
4. Vgl. zur vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung bei Behandlungen Burkert/Bobbert 2014.
5. Vgl. z.B. Raspe 2012.

Literatur

- Appelbaum P. S.; Lidz C. W. (2008): The Therapeutic Misconception. In: Emanuel E. J. et al. (Eds.): The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics. Oxford, S. 633–644.
- Bobbert M. (2012): Ethics of Clinical/Randomized Trials. In: Chadwick R. (Ed.): Encyclopedia of Applied Ethics. Vol. 3, 2. Aufl. Amsterdam, S. 717–725.
- Bobbert M.; Werner M. H. (2014): Autonomie im Humanexperiment. In: Lenk, C. u.a. (Hg.): Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Berlin, S. 105–114.
- Burkert G.; Bobbert M. (2014): Vertrauen zwischen Arzt und Patient und ethische Fragen der Ressourcenallokation. In: Eiff von, W. (Hg.): Ethik und Ökonomie in der Medizin. Heidelberg, S. 381–404.
- Fuchs, M. u. a. (2010): Forschungsethik. Stuttgart.
- Raspe H. u. a. (Hg.) (2012): Empfehlungen zur Begutachtung klinischer Studien durch Ethikkommissionen. 2. Aufl., Köln.
- World Medical Association, Declaration of Helsinki (2013): Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Fortaleza.



Lernen im Netz



Hartmut Barthelmeß
E-Learning – bejubelt und verteufelt
 Lernen mit digitalen Medien,
 eine Orientierungshilfe

2015, 144 S., 34,90 € (D)
 ISBN 978-3-7639-5504-6
 Als E-Book bei wbv.de

Der Autor geht der Frage nach, welche strukturellen Veränderungen im staatlichen Bildungssystem notwendig sind, um E-Learning als integralen Bestandteil von Bildungsprozessen zu etablieren. Sein besonderes Augenmerk liegt darauf, E-Learning-Anwendungen personalisiert aus Sicht der Lernenden zu entwickeln.

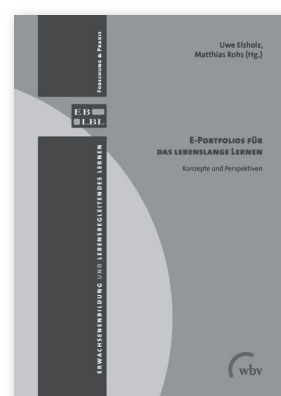


Eva Klotmann, Christoph Köck,
 Martin Lindner, Nina Oberländer,
 Joachim Sucker, Beatrice Winkler
 (Hg.)

Der vhsMOOC 2013
 Wecke den Riesen auf

2014, 88 S., 19,90 € (D)
 ISBN 978-3-7639-5403-2
 Kostenloser Download:
wbv-open-access.de

Ein MOOC ist ein offener Online-Lernkurs. 2013 veranstaltete eine VHS-Initiative einen achtwöchigen vhsMOOC zum Thema Weblernen. Der Band fasst den Verlauf, die Argumente und die Ergebnisse des vhs-MOOC zusammen.



Uwe Elsholz, Matthias Rohs (Hg.)
E-Portfolios für das lebenslange Lernen
 Konzepte und Perspektiven

Erwachsenenbildung und lebensbegleitendes Lernen –
 Forschung & Praxis, 22
 2014, 200 S., 39,90 € (D)
 ISBN 978-3-7639-5387-5
 Als E-Book bei wbv.de

E-Portfolios sind die neuen Werkzeuge zur Dokumentation und Reflexion von Kompetenzen in der beruflichen Bildung und Beratung. Der Band stellt maßgebliche Konzepte und Umsetzungen von E-Portfolios vor und bietet Denkanstöße für die Weiterentwicklung.

WIR MACHEN INHALTE SICHTBAR

W. Bertelsmann Verlag 0521 91101-0 wbv.de



Heinrich Alt: Mehr Geld für Zuwanderer!

Das Vorstandsmitglied der Bundesagentur für Arbeit, Heinrich Alt, hat in einem Gespräch mit der Onlineausgabe der Rheinischen Post mehr Mittel für die Integration von Zuwanderern gefordert. Deutschland sei das zweitbeliebteste Einwanderungsland der Welt. »Wir müssen den Menschen, die zu uns kommen, so schnell wie möglich die Rückmeldung geben, ob sie bleiben können. Wer bleiben darf, sollte möglichst schnell Deutsch lernen und berufsbezogene Angebote erhalten«, um rasch in den Arbeitsmarkt integriert werden zu können. Die aktuellen Änderungen des Asylbewerberleistungsgesetzes werden dazu führen, dass man schneller für diese Personengruppe tätig werden könne.

Engpass bei Integrationskursen

Alt bestätigte, dass es einen Engpass bei Integrationskursen und bei berufsbezogenen Deutschkursen gebe. »Wenn wir allen Asylbewerbern und Geduldeten den Zugang zu Integrationskursen ermöglichen wollten, müssten dafür jährlich etwa 300 Millionen Euro mehr zur Verfügung gestellt werden. Bei der berufsbezogenen Sprachförderung kämen vorsichtig geschätzt noch mal 100 Millionen Euro jährlich hinzu, um den Bedarf für Asylberechtigte und Geduldete mit hoher Bleibewahrscheinlichkeit zu decken. Wir brauchen ausreichend Sprachangebote, denn die Zugangshürden zu unserem Arbeitsmarkt bestehen in der Hauptsache in mangelnden Deutschkenntnissen.«

EPALE nimmt Gestalt an

Online-Plattform zur Erwachsenenbildung

Das Onlineportal zur Erwachsenenbildung, das die Europäische Kommission 2014 unter dem Namen »EPALE« (Electronic Platform Adult Learning in Europe) initiiert hat, ist seit Ende letzten Jahres auch in Deutschland erreichbar. In jedem Land der Europäischen Union soll nach und nach eine solche nationale Plattform eingerichtet werden. Die Abteilung Erwachsenenbildung, die seit der Neustrukturierung unter Junker der Generaldirektion »Beschäftigung« zugeordnet ist, hat dazu laut Jahresplanung für dieses Jahr insgesamt europaweit 8,3 Millionen Euro vorgesehen. Am 15. April 2015 soll EPAL offiziell in Brüssel gestartet werden.

Diese Plattform ist für alle betreffenden Länder gleich strukturiert und hat immer das gleiche Erscheinungsbild. Auf nationaler Ebene sind sogenannte NSS (National Support Services), in der Regel die jeweiligen Nationalagenturen, für die Umsetzung zuständig. Dort wird im Laufe der ersten Jahreshälfte je nach Landesgröße zusätzliches Personal eingestellt – in Deutschland sind dies fünf Mitarbeitende, in Österreich zum Beispiel eineinhalb Stellen.

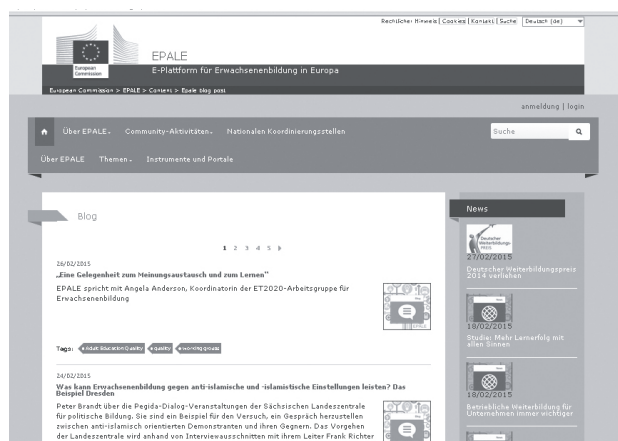
Inhaltlich soll die Plattform vor allem dazu dienen, dass die Erwachsenenbildung des jeweiligen Landes dort ihre Materialien und Termine veröffentlichen, Blogs verfassen, Projektpartner suchen oder Termine einstellen. Die

Mitarbeitenden in den Agenturen sollen die Aktivitäten moderieren und betreuen. EPAL verfügt auch über eine eigene Nachrichtenrubrik, die ebenfalls hauptsächlich durch externe Beiträge gefüllt werden soll. Hier leistet das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung entsprechende Zuarbeit. Ausdrücklich soll die Plattform als Medium dienen, damit Institutionen, Experten/-innen oder Universitäten miteinander online ins Gespräch kommen und ihre Ergebnisse, Berichte, Best-Practice-Beispiele oder Termine mit anderen in der Szene teilen.

Koordiniert werden die NSS von Ecorys in Birmingham, die eine entsprechende Ausschreibung im vergangenen Jahr gewonnen hat. Ecorys ist eine international tätige Projekt- und Beratungsfirma, die auf vielen Feldern im Bereich IT und Projektmanagement tätig ist. Ecorys ist auch Nationalagentur für Erasmus+ in England. Einrichtungen bzw. mitbietende Konsortien aus der Szene sind dagegen nicht zum Zuge gekommen.

Marktstudie

Zur Vorbereitung der Ausschreibung hat die EU-Kommission eine Markt- und Machbarkeitsstudie durchgeführt, bei der neben anderen vergleichbaren Initiativen auch das Netzwerk »European



Die deutschsprachige Fassung von EPAL

InfoNet Adult Education« (siehe Bericht S. 25) eingehend analysiert wurde. Besonders die fehlende Vielsprachigkeit und begrenzte Beteiligungsmöglichkeiten über Blogs oder Foren in den bestehenden Angeboten führten in dem Gutachten zum Schluss, eine Plattform wie EPALE zu entwickeln. Publizistische Aktivitäten mit guter Qualität seien dagegen laut der Studie genügend vorhanden.

Da EPALE auch in Deutschland derzeit noch am Anfang steht, lassen sich Qualität, Umfang und Nutzen des Angebots noch nicht absehen. Mit der Plattform verlässt die Kommission die bisherige Strategie, über die Agenturen in den Ländern hauptsächlich die Mittel der jeweiligen Förderprogramme zu administrieren. Vor drei Jahren wurden schon Gelder für Stellen in den Agenturen für die Umsetzung der europäischen »Agenda für Erwachsenenbildung« freigegeben – in Deutschland ist dafür seither Hans Georg Rosenstein zuständig. Nun bekommen die Nationalagenturen die Aufgabe, mit EPALE eine Kommunikationsplattform zu betreiben, die laut Konzept für die nationale Szene gedacht ist. Einige Artikel werden auch in verschiedenen Sprachen auf den jeweiligen nationalen Plattformen verbreitet.

»Die EPALE-Initiative der Kommission ist eine sehr hilfreiche Unterstützung für die Erwachsenenbildung in Europa«, so die Geschäftsführerin des Europäischen Dachverbandes für Erwachsenenbildung (EAEA) in Brüssel. »Es ist zu begrüßen, dass wir jetzt ein solches Instrument zur Verfügung haben. Wir wünschen uns, dass die Institutionen der Erwachsenenbildung vor Ort und auf europäischer Ebene berücksichtigt und beteiligt werden. Besonders die nationalen Dachorganisationen für Erwachsenenbildung beobachten mit Skepsis, dass die Nationalagenturen der EU strukturell stark aus Brüssel unterstützt werden, während sie weitgehend leer ausgehen. Außerdem wird kritisiert, dass EPALE mit ihrem hohen Budget eine Konkurrenz zu nationalen und europäischen Informationsangeboten darstellt.«

Michael Sommer

Impulse für Alphabetisierung durch europäischen Austausch

Tagung zum Thema Grundbildung

Das NRW-Bündnis für Alphabetisierung und Grundbildung öffnet sich für neue Impulse aus europäischen Ländern. Weiterbildungsministerin Sylvia Löhrmann betonte auf der Fachtagung »Uns verbindet Grundbildung – lokal bis europäisch netzwerken« in Neuss, dass der grenzüberschreitende europäische Austausch Alphabetisierung und Grundbildung in NRW bereichern kann: »Die europäische Perspektive erweitert den Horizont. Alphabetisierung und Grundbildung sind in allen europäischen Ländern aktuelle Themen. Um möglichst viele betroffene Menschen zu erreichen, wollen wir im lokalen und europäischen Austausch von guten Beispielen lernen. Gleichzeitig müssen wir gesamtgesellschaftlich denken und verschiedene Partner einbinden, damit unsere Bemühungen fruchten.«

Auf der Fachtagung waren Vertreterinnen und Vertreter von europaweit handelnden Institutionen eingeladen. Vor dem Hintergrund der Europäischen Agenda für Erwachsenenbildung wurden Erfahrungen aus Netzwerken für Grundbildung und Alphabetisierung aus europäischen Ländern vorgestellt, um Impulse für die Grundbildungsnetzwerke in NRW zu erhalten.

Alphanetz-NRW

Im Jahr 2014 wurde das Alphanetz-NRW gegründet, ein landesweites Bündnis für Alphabetisierung und Grundbildung. Es wird getragen vom Landesverband der Volkshochschulen NRW, die Partner kommen aus der Weiterbildung, der Politik, aus Verwaltung, Gewerkschaften, Wirtschaft und Verbänden. Ziel ist, in regionalen Netzwerken für das Thema zu sensibilisieren und Angebote bereitzustellen, die die Menschen vor Ort in ihrer individuellen Arbeits- und Lebenswelt

erreichen. Mittlerweile wurden 19 regionale Bündnisse gegründet.

Klaus Fadle, Leiter der Nationalen Agentur Bildung für Europa beim Bundesinstitut für Berufsbildung, begreift Maßnahmen gegen Analphabetismus als eine europäische Aufgabe: »Die Europäische Agenda Erwachsenenbildung hat unter anderem das Ziel, der Erwachsenenbildung als vierter Säule des Bildungssystems eine wichtige Stellung in der Strategie »Europa 2020« einzuräumen. Wir haben dabei das Thema »Grundbildung und Alphabetisierung« zu einem Schwerpunkt unserer Arbeit gemacht. Wir können in Europa dabei viel voneinander lernen, und dies möchten wir durch Austausch und Netzwerke fördern.« Die Nationale Agentur beim Bundesinstitut für Berufsbildung ist die Koordinierungsstelle für die Agenda für Erwachsenenbildung, die Ende 2011 vom Europäischen Rat verabschiedet wurde.

Teilnahme am gesellschaftlichen und beruflichen Leben

Ulrike Kilp, die kommissarische Direktorin des Landesverbandes VHS NRW, verwies auf die positiven Erfahrungen des vom Landesverband getragenen Alphanetz-NRW: »Grundbildung ist die zentrale Voraussetzung für die Teilnahme am gesellschaftlichen und beruflichen Leben.«

Die Tagung wurde vom Weiterbildungsministerium gemeinsam mit der Nationalen Agentur Bildung für Europa beim Bundesinstitut für Berufsbildung, dem Landesverband der Volkshochschulen NRW und dem Deutschen Institut für Erwachsenenbildung veranstaltet.

Weitere Informationen: www.alphanetz-nrw.de,
www.agenda-erwachsenenbildung.de

Katholisch-soziale Bildungswerke

Institutionen der Katholischen Erwachsenenbildung (8)

Die AKSB – Arbeitsgemeinschaft katholisch-sozialer Bildungswerke in der Bundesrepublik Deutschland e.V. ist die bundesweit tätige katholische Fachorganisation politischer Erwachsenen- und Jugendbildung. Sie repräsentiert rund 60 katholische Akademien, Bildungseinrichtungen, Vereine und Verbände. Gegründet wurde die AKSB 1952 auf einer Konferenz, zu der Prof. Dr. Joseph Höffner – später Erzbischof von Köln – als Leiter des Sozialreferats des Zentralkomitees der deutschen Katholiken nicht nur eingeladen, sondern auch den Vorsitz übernommen hatte. Aktueller Vorsitzender ist Dr. Michael Reitemeyer, Leiter des Ludwig-Windthorst-Hauses in Lingen, der zugleich die Aufgabe des Stellvertretenden Vorsitzenden der KEB Deutschland e.V. wahrnimmt.

Grundlage der Bildungsarbeit innerhalb der AKSB ist der zwischen den Trägern der politischen Bildung 1976 beschlossene »Beutelsbacher Konsens«, der jede Form massiver politischer Beeinflussung verbietet, die Vielfalt politischer Meinungen anerkennt und fördert sowie zum politischen Handeln anregt und ermutigt.

Das christliche Menschenbild und die christliche Sozialethik sind Ausgangspunkt der Bildungsarbeit innerhalb der AKSB. Die Mitgliedseinrichtungen bieten Bildungsveranstaltungen an, in denen Informationen und Hintergründe über wichtige Themen vermittelt und Fragen des gesellschaftlichen Zusammenlebens diskutiert sowie die sozialetische Orientierung reflektiert werden. Jährlich werden über 700 mehrtägige politische Bildungsveranstaltungen durchgeführt, die rund 20.000 Menschen erreichen. Diese Veranstaltungen werden offen ausgeschrieben oder in Kooperation mit Schulen, Universitäten, Betrieben oder Verbänden durchgeführt.

Mit ihrer bundes- und europaweiten Bildungs- und Projektarbeit will die AKSB Akzente im Bildungsbereich setzen und gesellschaftliche Diskurse begleiten.

Aktuell führt sie gemeinsam mit der KEB Deutschland e.V. und der *familienbildung deutschland* das Projekt Kulturbotschaft (www.kulturbotschaft-online.de) durch. Mit dem BMBF-geförderten Projekt werden Bündnisse für Bildung vor Ort unterstützt, die Kunst und Medieneinsatz mit dem Ziel verbinden, den Teilnehmenden Medien- und Demokratiekompetenz zu vermitteln. In dem weiteren Projekt »Globales Lernen als Querschnittsaufgabe im Kursalltag«, ebenfalls in Kooperation mit der KEB Deutschland e.V. und gefördert durch Misereor e.V., soll Kursleitenden ein eigener Zugang zu globalem Lernen verschafft und Elemente globalen Lernens in den normalen Kursalltag integriert werden.

Tagung »Hilfe, wer erzieht unsere Kinder?« im Mai 2015

In Kooperation mit der Clearingstelle Medienkompetenz der Deutschen Bischofskonferenz, dem Bonifatiushaus Fulda, der LPR Hessen und dem MUK Hessen führt die AKSB seit einigen Jahren die Reihe »Familie 2020« durch, in der aktuelle Fragen zur digitalen Gesellschaft und Medienkompetenz rund um Familie diskutiert werden. Die nächste Tagung hierzu wird sich am 28. und 29. Mai 2015 dem Thema »Hilfe, wer erzieht unsere Kinder? Familie 2020: Medienbildung zwischen Elternhaus und Schule« beschäftigen.

Weitere Themen in der Zusammenarbeit mit der KEB sind interkulturelle/interreligiöse Bildung, politische Bildung in der Bundeswehr, lebenskundlicher Unterricht und Entwicklungspolitik.

Strategiepapier »AKSB 2020«

Um die AKSB für die Zukunft gut aufzustellen, hat die AKSB aktuell ein Strategiepapier »AKSB 2020« zur Stärkung der katholisch-sozial orientierten politischen Bildung in Deutschland

beschlossen. Mit diesem Papier stellt sich die AKSB den verschiedenen aktuellen Entwicklungen in Gesellschaft, Politik, Kirche, Medien und Kultur. Zurzeit arbeitet die AKSB bundesweit in ihren Fachgruppen an den Themen: »Migration und Flüchtlinge«, »solidarische Ökonomie«, »Inklusion«, »digitale Gesellschaft/Medienkompetenz« und »bildungsferne Zielgruppen«.

Auf Bundesebene ist die AKSB Mitglied im Vorstand des Bundesausschusses Politische Bildung (bap) und arbeitet in der katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft berufliche Bildung mit.

AKSB-Vorsitzender Dr. Michael Reitemeyer: »Mit unserer politischen Bildungsarbeit in der AKSB wollen wir Menschen Hilfen zu ihrer politischen Urteilsfähigkeit und selbstverantworteten Mitwirkung am politischen und gesellschaftlichen Leben geben. Wir leisten als katholischer Trägerverband unseren Beitrag zur Pluralität außerschulischer politischer Bildung und verstehen uns als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen. Mit unserem Prozess AKSB 2020 wollen wir im Dialog mit Kirche, Wissenschaft und Politik unsere Markenzeichen »Politische Bildung« und »Sozialethik« weiter ausbauen.«

Markus Schuck



AKSB-Vorsitzender Dr. Michael Reitemeyer

Neues europäisches Online-Magazin

Veröffentlichung im September/Unterstützung durch Dachverbände und Experten/-innen

Vertreter und Vertreterinnen internationaler, europäischer und nationaler Dachverbände sowie weitere Expert/-innen haben in Lissabon die Entwicklung eines neuen Online-Magazins zur Erwachsenenbildung in die Wege geleitet. Das neue Magazin soll vor allem qualitativ hochwertige Artikel verbreiten und sich an europäische und internationale Fachleute richten. Geplant ist, dass sich das Portal je-

des Quartal einem speziellen Thema widmet und am Ende des Zeitraums ein entsprechendes magazinähnliches Dossier mit diesen Beiträgen und weiteren Informationen herausbringt. Die neue, englischsprachige Online-Zeitschrift entsteht aus der Fusion des in Projekträgerschaft der KEB Deutschland durchgeführten Netzwerkes »European InfoNet Adult Education« (www.infonet-ae.eu) und des Magazins



Die InfoNet-Partner/-innen auf ihrer Jahreskonferenz in Lissabon mit KEB-Geschäftsführerin und Projektleiterin Andrea Hoffmeier (1. Reihe, 2. v. re.)

Katholische Erwachsenenbildung engagiert sich für eine Willkommenskultur

In vielen Bistümern werden große Kraftanstrengungen unternommen, um den in Deutschland ankommenden Flüchtlingen zu helfen, sei es mit Wohnraum, Nachbarschaftshilfe oder ähnlichen Leistungen. Die katholische Erwachsenenbildung ist an vielen Stellen ebenfalls engagiert und bietet Sprach- und Orientierungskurse für Flüchtlinge und Asylbewerber/-innen an. Hinzu kommen Veranstaltungen, die die Zivilgesellschaft informieren sowie Workshops und Seminare für Einsteiger und Helfende mit Erfahrungen mit Flüchtlingen.

Kampagne zu Olympia in Rio 2016

Die KEB Deutschland ist offizielle Partnerin eines breiten katholischen Bündnisses unter Federführung von Adveniat, das die olympischen Spiele nutzen möchte, um die Lebensbedingungen der Menschen in Rio und in Brasilien zu thematisieren. Diese Kampagne baut auf den Erfahrungen der »Aktion Steilpass« auf. Diesmal soll die Bildungsarbeit in Deutschland noch stärker im Mittelpunkt stehen. Weitere Partner/-innen sind u.a. Misereor, AKSB, Kolping, KAB, KLJB und DJK. Entsprechende Bildungsmaterialien sollen spätestens 2016 online zur Verfügung stehen.

»Lifelong Learning in Europe« (LLinE, www.lline.fi). Das finnische Bildungsministerium, das bisher schon LLinE fördert, wird auch das neue Magazin finanziell unterstützen. Außerdem wird sich das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) wesentlich an der redaktionellen Arbeit beteiligen.

Erheblichen Anteil bei der Entwicklung haben Gina Ebner, Geschäftsführerin der Europäischen Dachorganisation der Erwachsenenbildung (EAEA), Katarina Popović, Generalsekretärin des internationalen Rates für Erwachsenenbildung (ICAE), das DIE mit Dr. Thomas Jung als Verantwortlichem für Publikationen, Andrea Hoffmeier von der Katholischen Erwachsenenbildung Deutschland (KEB) sowie KEB/Erwachsenenbildung-Redakteur Dr. Michael Sommer (Akademie Klausenhof), Michael Voss vom dänischen Verband für Erwachsenenbildung (DFS) und Markus Palmén (Finnische Stiftung für Erwachsenenbildung KVS) als bisheriger Redakteur von LLinE.

Die meisten der rund 30 Konferenzteilnehmenden in Lissabon bekräftigten, sich mit Artikeln, Verbreitung und Werbung oder anderen Aktivitäten an der neuen Zeitschrift zu beteiligen, die sich bewusst von dem neuen EPALE-Portal der EU-Kommission absetzen will. »Wir wollen vor allem auf unabhängigen Journalismus und inhaltliche Qualität setzen«, so KEB-Geschäftsführerin Andrea Hoffmeier.

Sponsoren gesucht

Das KEB-Netzwerk InfoNet, das insgesamt neun Jahre über das EU-Programm Lebenslanges Lernen gefördert wurde, wird zwar mit Ende der Laufzeit im September 2015 eingestellt. Die Autoren/-innen und Abonnenten/-innen werden aber zur neuen Publikation transferiert. Eine Netzwerkförderung ist im neuen Erasmus+-Programm nicht mehr vorgesehen. »Wir suchen noch weitere finanzielle Unterstützung etwa durch Sponsoren«, sagte Hoffmeier. Wer Mittel zur Verfügung stelle, der werde auch in dem geplanten Steuerungsgremium vertreten sein.

Michael Sommer

TTIP und TiSA gefährden Bildungspolitik auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene

Positionspapier der Träger des Europabüros für katholische Jugendarbeit und Erwachsenenbildung

Kritisch sehen die Träger des Europabüros für katholische Jugendarbeit und Erwachsenenbildung die Einbeziehung von »privater« Jugend- und Erwachsenenbildung in das Transatlantische Freihandelsabkommen (TTIP) sowie das Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (TiSA).

Damit ergeben sich aus Sicht der Träger schwerwiegende Risiken für die Bildungspolitik, für Schulen, LehrerInnen und StudentInnen sowie für Bildungseinrichtungen in der non-formalen Bildung. »Falls private Bildung oder eine Form von gemischtfinanzierter Bildungsdienstleistungen in den Verhandlungen nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden, befürchten wir, dass die Handelsregeln den Spielraum öffentlicher Dienstleistungen einschränken und die Kommerzialisierung sowie Privatisierung vorantreiben werden«, betonen die Träger in einem kürzlich vorgestellten Positionspapier zu TTIP und TiSA und deren Folgen für die Bildungspolitik.

Keine Beachtung für Bildungspolitik

Bisher habe die Bildungspolitik in der öffentlichen Diskussion um die Handelsabkommen keine Beachtung gefunden. Im Rahmen der Handelsabkommen stuft die EU-Kommission öffentliche Dienste und damit auch Bildung als sensiblen und schützenswerten Bereich ein. Konkret werden aus öffentlichen Mitteln geförderte Bildungseinrichtungen wie Grundschulen und weiterführende Schulen sowie Hochschulen und Universitäten genannt. Dies sollte aus Sicht der Träger auch weiterhin für das gesamte Feld der Bildung, also auch für öffentlich finanzierte non-formale Bildung, gewährleistet bleiben. Die Träger lehnen zudem

die Regelungen zum Investitionsschutz und die Sperrklausel (»ratchet clause«) ab. Sie fordern den Positivenlistenansatz sowie eine transparente Verhandlungsführung. Auf EU-Ebene finden diese Forderungen aktuell konkretes Interesse im Bildungs- und Kulturausschuss (CULT): In einer noch zu erarbeitenden sogenannten Opinion (Stellungnahme des CULT-Ausschusses für den federführenden Handelsausschuss) soll das Positionspapier berücksichtigt werden.

Träger des Europabüros sind die Europäische Föderation für katholische

Erwachsenenbildung (FEECA), die Arbeitsgemeinschaft katholisch-sozialer Bildungswerke in der Bundesrepublik Deutschland (AKSB e.V.), die Arbeitsstelle für Jugendseelsorge der deutschen Bischofskonferenzen (afj), der Bund der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ), das Jugendhaus Düsseldorf e.V., die Katholische Erwachsenenbildung Deutschland – Bundesarbeitsgemeinschaft e.V. (KEB Deutschland e.V.) sowie das Netzwerk Rete Juventutis, ein europäischer Zusammenschluss verschiedener Träger katholischer Jugendarbeit.

Die Forderungen aus dem Positionspapier

Auszüge aus dem TTIP-Positionspapier der Träger des Europabüros

»1. Wir lehnen die Regelungen zum Investitionsschutz (samt Investor-Staats-Schiedsgerichtsverfahren) ab.

Festgelegte Standards in den EU-Ländern, die von den Regierungen getroffen worden sind, um einen hohen qualitativen Standard an Bildung in den Ländern bereitzustellen, könnten durch den Investitionsschutz untergraben und neue notwendige Bestimmungen verhindert werden. Investoren aus anderen Ländern hätten die Möglichkeit, diese Standards als Handelsbarriere darzustellen. Diese hätten dann das Recht, vor internationalen Gerichten diese Handelsbarrieren einzuklagen. Durch den Lissabon-Vertrag im Jahr 2009 ist die Regelungskompetenz für ausländische Direktinvestitionen von den EU-Mitgliedsstaaten auf die EU übertragen worden. Bisher ist seitens der EU noch kein Investitionsabkommen mit einem Drittstaat unterzeichnet worden. Somit gelten die Investitions-

förder- und -schutzverträge (IFV) noch als gültige Rechtsgrundlage für die Mitgliedsstaaten.

Die neuen Investitionsabkommen wie das »Comprehensive Economic and Trade Agreement, (CETA)«, TTIP oder TiSA sollen sich von alten Verträgen unterscheiden, vor allem soll das Investor-Staats-Schiedsgerichtsverfahren reformiert werden. So sollen die Investitionsschutzregeln klarer definiert werden, unter anderem um ungerechtfertigte Klagen zu verhindern. Der frühere deutsche Verfassungsrichter Prof. Dr. Siegfried Broß sieht hierfür keine Grundlage. Denn nach deutschem Verfassungsrecht seien allein ordentliche Gerichte die Instanzen, um über Klagen gegen Staaten zu entscheiden. Das schließe supranationale Gerichtshöfe, etwa im Rahmen der Vereinten Nationen oder EU, nicht aus, wohl aber private Schiedsgerichte. Auch der kürzlich veröffentlichte Bericht der EU-Kommission zur Konsultation zum Thema Investitionsschutz zeigt die Skepsis der Bevölkerung. Die allermeisten Antworten, et-

wa 145.000 (d.h. 97%), wurden über verschiedene Onlineplattformen von Interessengruppen übermittelt.

2. Wir lehnen die Sperrklausel (ratchet clause), die besagt, dass Länder einmal privatisierte Bereiche nicht wieder verstaatlichen dürfen, ab.

Das ebenfalls zu verhandelnde Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (TiSA) enthält eine Sperrklausel (ratchet clause), die besagt, dass Länder einmal privatisierte Bereiche nicht wieder verstaatlichen dürfen. Im Bereich des öffentlichen Bildungssystems bezieht die EU-Kommission im Rahmen von TiSA klare Position. »Unternehmen aus Drittstaaten werden keine Dienstleistungen in diesem Bereich anbieten dürfen. Gleiches gilt auch für alle anderen EU-Handelsabkommen. In Bezug auf privat finanzierte Bildungsdienstleistungen unterscheidet sich die Position der EU von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat. Jeder Mitgliedstaat kann in den TiSA-Gesprächen, wie in allen anderen EU-Handelsgesprächen, frei entscheiden ob er Nicht-EU-Unternehmen erlaubt, Bildungsdienstleistungen in seinem Hoheitsgebiet anzubieten, und wenn ja, welche Bedingungen diese Unternehmen erfüllen müssen.«

Experten/-innen aus non-formaler Bildung hinzuziehen

3. Wir fordern den Positivlistenansatz. Falls dennoch der Negativlistenansatz gewählt wird, muss jegliche gemischt-finanzierte Bildungsdienstleistung aus TTIP und TiSA herausgenommen werden. Dazu müssen Expert/-innen aus der non-formalen Bildung frühzeitig hinzugezogen werden. Um keinen Raum für Interpretationen offenzulassen, befürworten wir den Positivlistenansatz und nicht wie bei TTIP den Negativlistenansatz. Der bisher vorgesehene Negativlistenansatz wird bedeuten:

Alle Bereiche und Branchen werden erfasst. Nur was ausdrücklich ausgeschlossen wird, ist nicht von dem Vertrag betroffen. Um Risiken der Privati-

sierung von Bildungsdienstleistungen zu minimieren, ist der Ansatz der Positivliste sicherer und einfacher. Demnach werden nur die Themenbereiche aufgenommen, die auch wirklich im Handelsabkommen gewünscht sind.

4. Wir fordern eine stärkere Einbeziehung und weitere Veröffentlichungen der Dokumente im Bereich der Dienstleistungen, vor allem genauere Informationen für den Sektor Bildung.

»Erwachsenen- und Jugendbildung nachhaltig gefährdet«

Interview mit Elisabeth Vanderheiden im Deutschlandfunk

Elisabeth Vanderheiden, Vorsitzende der Katholischen Erwachsenenbildung Deutschland, sieht durch TTIP das Menschenrecht auf Bildung gefährdet. Sie forderte in einem Interview im Deutschlandfunk, die Bildung aus dem Freihandelsabkommen auszuklammern. Sonst würden Investor-Staat-Klageverfahren drohen.

Konkurrenz ist Bereicherung

Sie sagte, dass es bei TTIP gar nicht so sehr um Konkurrenz amerikanischer Bildungsanbieter gehe: »Konkurrenz an sich ist eine Bereicherung«. Vielmehr bestehe die Gefahr, dass Bildung dann immer mehr als ein Produkt, ein Geschäftsmodell gesehen werde und nicht, wie in Deutschland, als ein Menschenrecht verstanden wird. Das sei etwas anderes wenn Anbieter z.B. bei Computerschulungen nur die geschäftliche Seite im Blick haben oder ob es um gesellschaftlich wichtige Fragen gehe. »Wir machen im Moment sehr, sehr viele Angebote im Bereich von Grundbildung. Dass wir diese Angebote machen können, liegt daran, dass wir staatliche Unterstützung bekommen. Das könnten wir ohne diese Förderung nicht leisten und niemand anderes wird diese Aufgabe übernehmen, weil man damit kein Geld verdienen kann«, sagte die

Wir begrüßen und unterstützen die neue Transparenz-Offensive der EU-Kommission. Dennoch ist die Tragweite der Abkommen zwischen der EU und den USA enorm, und daher fordern wir, eine transparente Verhandlungsführung zu gewährleisten. Konkret bedeutet dies, dass alle wesentlichen Dokumente veröffentlicht und alle Leitlinien der Verhandlungen zugänglich gemacht werden, gerade in Bezug auf Dienstleistungen.«



Elisabeth Vanderheiden

KEB-Vorsitzende. Es sei ihrer Meinung nach sehr wichtig, dass man die non-formale Bildung in die Liste der sensiblen und zu schützenden Bereiche der Daseinsvorsorge aufnimmt, wie bei dem GATS-Abkommen mit Kanada.

Weiterbildungsgesetze in Gefahr

Vanderheiden gab in dem Interview auch zu bedenken, dass es bestimmte demokratisch zustande gekommene Gesetze wie Weiterbildungsgesetze etwa oder Erwachsenenbildungsförderungsgesetze einfach gar nicht mehr zur Anwendung kommen dürften, weil es die ständige Gefahr von Investitionsschutz oder von Investor-Staat-Schiedsgerichtsverfahren gebe.

Position

Dr. Joachim Drumm

Ordinariatsrat, Leiter der Hauptabteilung Kirche und Gesellschaft im Bischöflichen Ordinariat Stuttgart, Mitglied im Vorstand der KEB Deutschland



Körperwelten

Am 10. Februar 2015 entschied das Verwaltungsgericht Berlin im Eilverfahren, dass das geplante »Körperwelten«-Museum des Leichenplastinators Gunter von Hagens wie vorgesehen am 18. Februar am Fuße des Fernsehturms am Alexanderplatz eröffnet werden dürfe.

Interessant ist die Urteilsbegründung des Verwaltungsgerichts: Bei den Plastinaten Gunter von Hagens' handle es sich nicht um Leichen, zumindest nicht um Leichen im Sinne des Berliner Bestattungsgesetzes. Danach müssten Leichen bestattet werden.

Künstlich konservierte Leichen gibt es bereits im Alten Ägypten. Wir nennen sie Mumien. Auch sie werden in Museen öffentlich ausgestellt.

Auch wenn Plastinate und Mumien nicht Leichen im Sinne des Bestattungsgesetzes sind, so handelt es sich dennoch um die »sterblichen Überreste« menschlicher Individuen und somit Leichname. Eben darauf heben die Ausstellungsmacher der »Körperwelten« selbst gerade ab, wenn sie mit der »Faszination des Echten« werben.

Die Frage, ob die Plastinate dem Bestattungsgesetz unterliegen oder nicht, ist eine juristische Stellvertreterauseinandersetzung um eine ganz andere Frage, eine Frage, welche die Öffentlichkeit beschäftigt, seit Gunter von Hagens begonnen hat, seine Plastinate öffentlich auszustellen: Ist es ethisch vertretbar, menschliche Leichname in der Art der »Körperwelten« auszustellen oder nicht. Ist die Körperwelten-Ausstellung ein Verstoß gegen die Menschenwürde?

Bemerkenswert ist, dass diese Frage angesichts der ägyptischen Mumien

ebenso wenig gestellt wird wie im Blick auf Ötzi. Auch die Kirche scheint hier zu unterschiedlichen Einschätzungen zu kommen. Während Kirchenvertreter sich ablehnend gegenüber den Körperwelten-Ausstellungen zeigen, haben die Vatikanischen Museen kein Problem damit, ägyptische Mumien auszustellen. Mehr noch: In nicht wenigen Kirchen dieser Welt werden die Gebeine heiligmäßiger Männer und Frauen ausgestellt. Offensichtlich gibt es einen Unterschied im Empfinden, das zeigen die Kontroversen um die »Körperwelten«-Ausstellungen. Was die einen fasziniert, schreckt die anderen ab. Was die einen unberührt lässt, geht den anderen unter die Haut. Offensichtlich liegt der Unterschied im Blick des Betrachters. Und das Faktum, dass bei Personen, die mit der Betrachtung einer Mumie keine Probleme haben, sich im Blick auf die Körperwelten ein Unbehagen einstellt, zeigt: Dieser Blick scheint nicht unabhängig zu sein vom Faktor Zeit, von den jeweiligen kulturellen Kontexten, vom Zustand des Leichnams und von der empfundenen Nähe oder Distanz zu diesem, von der inneren Einstellung der Lebenden zu diesem Toten, zu den Toten und zum Tod überhaupt.

Respektvoller Umgang

Diese zeitbedingte und »subjektive« Dimension entspricht durchaus dem Wesen eines Leichnams. Der Leichnam eines Menschen ist nicht mehr dieser Mensch selbst. Aus einem »Jemand« ist ein »Etwas« geworden. Doch dieses Etwas ist nicht einfach ein Ding. Zwar kommt ihm nicht die »Menschenwürde« zu, die die lebende Person auszeichnet, doch enthebt dies nicht der Verpflichtung – nicht anders meint das lateinische Wort »Pietät« – zu einem respekt- und würdevollen Umgang. Dieser steht zu der Person des Verstorbenen in einer wesensmäßigen Kontinuität. Er ist nicht nur toter Körper, sondern erstorbener Leib. Leib hier verstanden als die Weise des »In-der-Welt-Seins« des Verstorbenen mit all seinen sich leiblich aus gestaltenden Erfahrungen, Widerfahrnissen, Prägungen. Der Faktor Zeit ist hierbei nicht unwe-

sentlich. Ist kurz nach dem Eintritt des Todes die Identität zwischen der verstorbenen Person und deren Leichnam noch besonders spürbar, so geht sie im Laufe des Verwesungsprozesses mehr und mehr verloren bis hin zur Auflösung. Dieser »Entfremdungsprozess« ist nicht ohne Bedeutung für die Beziehung der Hinterbliebenen zum Leichnam und zur Erfordernis eines pietätvollen Umgangs. So wenig der Leichnam selbst nicht ohne Veränderung ist, so wenig ist die Beziehung der Hinterbliebenen zum Verstorbenen und zu dessen Leichnam geschichtslos.

Das Paradoxe an der Körperwelten-Ausstellung liegt darin, dass einerseits der Verfalls- und damit der Entfremdungsprozess gestoppt, andererseits der Leichnam seiner Individualität beraubt wird. Enthebt diese »Entindividualisierung« der Verpflichtung zur Pietät? Nicht wenn bewusst bleibt, dass der einzelne Leichnam nicht nur eine Person repräsentiert, sondern den Menschen schlechthin. Die Frage, ob die Körperwelten-Ausstellung pietätlos ist oder nicht, richtet sich nicht nur an die Ausstellungsmacher, sondern an jeden Ausstellungsbesucher. Von jeher war der Umgang mit dem Tod und den Toten geschichts- und kulturabhängig. Der Kulturhistoriker Philippe Ariès hat beeindruckende Zeugnisse zusammengetragen für diese »Geschichte des Todes«.

Eine für alle Zeiten und Kontexte gültige ethische Bewertung des rechten Umgangs mit den Toten wird es daher wohl nicht geben. Wie wir mit unseren Toten umgehen, sagt nichts über die Toten, sondern über uns Lebende und unser Selbstverständnis als Menschen. Sie sagt auch nicht nur etwas aus über unsere Einstellung zum Tod, sondern mehr noch über unsere Einstellung zum Leben.

Die in Berlin neu entflammte Debatte über die »Körperwelten«, die davon ausgehende Faszination einerseits und das damit verbundene Unbehagen andererseits, ihre Rechtfertigung und Ablehnung, können und sollten Anlass sein, vertieft darüber nachzudenken, wie wir im Angesicht des Todes leben und leben wollen und was uns unser Leben bedeutet.



Das Menschenrecht auf Bildung

Reformvorschläge für mehr Bildungsgerechtigkeit

Die Autorin lotet aus, was sich im Rahmen des Menschenrechts auf Bildung begründet fordern lässt bzw. welche Reformen in Angriff genommen werden sollten, um eine konsequente Verwirklichung des Grundrechts auf Bildung in Deutschland zu ermöglichen. Sie richtet ihren Blick exemplarisch auf Hauptschüler und Schüler mit Migrationshintergrund als zwei besonders bildungsbenachteiligte Gruppen.



Katja Neuhoff

Bildung als Menschenrecht

**Systematische Anfragen an die Umsetzung
in Deutschland**

Forum Bildungsethik, 12
2015, 360 S., 34,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-5511-4
Als E-Book bei wbv.de

WIR MACHEN INHALTE SICHTBAR

W. Bertelsmann Verlag 0521 91101-0 wbv.de



Early Life Care

Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr

Das Bildungs- und Konferenzzentrum St. Virgil Salzburg¹ und die Paracelsus Medizinische Universität² sind eine Kooperation eingegangen, um als Träger/-in eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Weiterbildung mit akademischem Abschluss möglich zu machen. Es werden damit Vertreter/-innen all jener Berufsgruppen angesprochen, die Eltern bzw. Familien in den Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr Unterstützung zur Alltagsbewältigung anbieten.

Das Thema »Frühe Hilfen« hat in den letzten Jahren starkes gesundheitspolitisches Interesse gewonnen, und die Zahl der Initiativen in diesem Bereich hat sich stark vermehrt.

Der im Herbst 2015 in Salzburg und Wien startende Lehrgang legt den Fokus auf die vernetzte Vorgangsweise aller beteiligten Berufsgruppen, die daran arbeiten, die Umfeldbedingungen für die gedeihliche Entwicklung von Kindern bestmöglich auszurichten. Nur so können sich deren Potenziale für gelingendes Leben und konstruktive Lebensperspektiven optimal entwickeln.

Damit diese gemeinsamen Anstrengungen vermehrt umgesetzt werden können, braucht es nicht nur kooperatives Arbeiten, sondern auch vernetztes Lernen aller am Beginn des Lebens tätigen Personen. Dies will Early Life Care durch das interdisziplinäre Weiterbildungsangebot für die unterschiedlichen Professionen erreichen und damit die multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation fördern.

Die Lehrgänge tragen bei zur:

- Verbesserung der Unterstützungsangebote im Hochrisikobereich
- Verbesserung der Primärprävention
- Bedarfsorientierten Begleitung von Schwangeren, Eltern und Familien, um hier eine Lücke im Bereich der prä- und perinatalen Gesundheitsversorgung zu schließen

early life care

- Entwicklung von Perspektiven, die zu einer Verankerung von kooperativen, interdisziplinären Unterstützungssystemen führen und damit eine Verbesserung der Early-Life-Care-Versorgung ermöglichen
- Entwicklung und Vernetzung eines abgestuften lokalen, regionalen und überregionalen Systems von mobilen Einrichtungen und überregionalen Kompetenzzentren mit multiprofessionellen Teams.

Mit Early Life Care wurde ein Angebot zur wissenschaftlichen Weiterbildung geschaffen, das dem Wissenstransfer zwischen den beteiligten Disziplinen und dem Austausch zwischen den Professionen dient. Daher kann der Lehrgang zur beruflichen Weiterbildung aber auch als wissenschaftliches Studium besucht und abgeschlossen werden.

Multiprofessionell und international

Dieser interdisziplinäre Ansatz ist bislang einmalig in Europa. Das Zusammenwirken der Berufsgruppen sichert die bestmögliche Unterstützung werdender Eltern und ist eine optimale

Förderung der Kinder, was sich auf die Lebensqualität und Gesundheit bis ins Erwachsenenalter auswirkt. Durch die Förderung der fachlichen und sozialen Handlungskompetenz der betroffenen Berufsgruppen wird die Zusammenarbeit in und zwischen den stationären, ambulanten und mobilen Handlungsfeldern verbessert.

Dem Ansatz entspricht auch die Internationalität der Studierenden sowie der Lehrpersonen (v.a. aus Österreich, Deutschland, Schweiz, Südtirol).

Das siebensemestrige Angebot rund um das Thema »Frühe Hilfen« richtet sich u.a. an Mediziner/-innen und Hebammen, Pflegepersonen und Therapeuten/-innen, Berater/-innen sowie Psychologen/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Pädagogen/-innen.

Early Life Care-Akademie

Die Beschäftigung mit den Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr findet nicht nur im Rahmen des Universitätslehrgangs statt. Die einzelnen Lehrgangsstufen können auch als berufliche Fortbildung besucht werden. Damit bietet die »Early Life Care-Akademie« die Möglichkeit, sich gezielt Fachkompetenzen anzueignen. Auf diese Weise wird vielen Interessierten eine Auseinandersetzung mit den für sie besonders wichtigen der vielfältigen Themenstellungen möglich gemacht. Leitung des Universitätslehrgangs:

- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl, Vorstand der Universitätsklinik für



Das Bildungs- und Konferenzzentrum St. Virgil

Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg

- Kanzler Dr. Michael Nake, Mitglied der Universitätsleitung der PMU
- Mag. Michaela Luckmann, Projektleiterin St. Virgil Salzburg
- Prof. Mag. Peter Braun, Direktor St. Virgil Salzburg
- Mag. Sabine Revers, Studiengangsleiterin

Wissenschaftliche Leitung:

- Prof. Dr. Thorsten Fischer, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Salzburg
- PD Dr. Mechthild Gross, Hebamme, Krankenschwester und Diplompsychologin; Leitung AG Hebammenwissenschaft an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Leiterin des Europäischen Masterstudiengangs für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover
- Prof. Dr. Barbara Juen, Klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie; Institut für Psychologie an der Universität Innsbruck
- Prof. Dr. Wolfgang Sperl, Kinderarzt, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde; Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Salzburg
- Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Pädagogin; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Sektion: Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie, Universitätsklinikum Ulm

Mag. Michaela Luckmann, PD Dr. Karl Heinz Brisch

Informationen unter www.earlylifecare.at

- 1 St. Virgil ist eine international tätige Einrichtung der Weiterbildung in kirchlicher Trägerschaft mit einem Konferenzzentrum und einem Hotel.
- 1 Die Paracelsus Medizinische Universität (PMU) ist Österreichs erste und Europas zweite medizinische Universität in privater Trägerschaft, die ein Studium der Humanmedizin und der Pflegewissenschaft anbietet.

PD Dr. Karl Heinz Brisch leitet das Forschungsinstitut Early Life Care an der PMU und ist Oberarzt am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Mag. Michaela Luckmann ist Projektleiterin ULG Early Life Care

Evangelische Kirchen: »Jahr der Bildung«

Beitrag zum Reformationsjahr 2017

Die evangelischen Kirchen in Österreich haben ein »Jahr der Bildung« gestartet. Es sei dies ein vorbereitender Schritt zum Reformationsjahr 2017, »weil die Reformation den Glauben so eng mit der Bildung verbunden hat«, erklärte der lutherische Bischof Michael Bünker in einer Wiener Pressekonferenz. Umgesetzt wird das Themenjahr u.a. mit einer Vorlesungsreihe an der Universität Wien, einem »Evangelischen Bildungsbericht«, einer Bildungsreise und einer Veranstaltung mit der Luther-Botschafterin Margot Käßmann. Darüber hinaus soll Bildung auch in den evangelischen Pfarrgottesdiensten am 15. März thematisiert werden.

Martin Luthers Forderung, jeder solle die Bibel selbstständig lesen können, habe Bünkers Angaben zufolge Schulgründungen und grundlegende Reformen der gesamten Bildung ausgelöst. »Das Ziel war der mündige Mensch, der zu eigener Meinung und zu eigenem Urteil fähig ist – auch in Fragen der eigenen Religion.« Dabei gehe »Bildung« über die »Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit denen der Mensch die heutigen Herausforderungen der Wirtschaft meistern kann«, hinaus: Der Begriff umfasse auch die Persönlichkeit des Menschen, »sein Herz, sein Gewissen und seinen Glauben«.

Glaube nicht ohne Bildung

Nach wie vor lasse sich aus evangelischer Sicht der Glaube nicht ohne Bildung denken, so der Bischof. Deshalb nähmen die evangelischen Kirchen ihre »Bildungsverantwortung« sehr sorgfältig wahr, etwa durch eigene Kindergärten und Schulen, durch Konfirmandenkurse, Katechesen in Schulen und Hochschulen oder durch Beteiligung an Prozessen gesellschaftlicher Meinungsbildung. Insgesamt betreiben die evangelischen Kirchen in Österreich 44 Kindertagesstätten und 32 Schulen sowie für die Erwachsenenbildung sieben Bildungswerke und zwei Akademien.

Mit dem »Jahr der Bildung« wollten sich die evangelischen Kirchen denn auch politisch für mehr Geld für Bildung einsetzen, denn »das Einzige, was mehr kostet als Bildung, ist, wenn es keine oder schlechte Bildung gibt«, betonte Bünker. Genug Mittel für die Bildung könne es nicht geben, seien diese doch »Investitionen in die Zukunft«. Bildung sei auch wirksames Mittel gegen Armut und fördere gesellschaftliche Zusammengehörigkeit.

Kirchen werden in Bildungsfragen nicht gehört

Die Kirchen seien in Bildungsfragen wichtige Stakeholder, würden von der Regierung aber nicht gehört, beklagte Oberkirchenrat Karl Schiefermair. Der evangelische Bildungsexperte sprach sich dabei für eine Verwaltung aller Lehrer durch den Bund sowie für erhöhte Förderungen bei der Inklusion und ein »Aufbrechen des Sonderschulsystems« aus. Spezielle Klassen für Kinder mit besonderen Bedürfnissen sollten dabei jedoch fortbestehen, zudem brauche es mehr Mittel für die Nachmittagsbetreuung.

Klar sprach sich Schiefermair für den konfessionellen Schulunterricht aus: Die vergangenen Wochen hätten gezeigt, dass religiöse Bildung – besonders auch der islamische Religionsunterricht in deutscher Sprache – nach wie vor wichtig sei und »eine große Integrationsleistung« darstelle. »Alle, die einen Ethikunterricht für alle oder einen Religionsunterricht fordern, müssen bedenken, was sie mit dieser Forderung mitkaufen: nämlich Religionsunterricht in Hinterhöfen, bei denen keiner weiß, was dort genau passiert«, so der Oberkirchenrat.

Gertrud Wolf

Aus dem Bauch heraus ...

Intuition als Professionalitätsmerkmal

Dass Lernprozesse nicht gänzlich von außen steuerbar sind und Lehren deshalb an Planungsgrenzen stößt, gehört mittlerweile zum Allgemeinwissen von Erwachsenenbildnern/-innen und anderen Pädagogen/-innen. Aber was bleibt als praktisches Handwerkszeug für Lehrkräfte übrig, wenn das Lehren in den Hintergrund tritt? Wo wird Lehrhandeln noch konkret, professionell, erlern- und auch bewertbar? Welche Kompetenz zeichnet Lehrende als gute/-r Lehrer/-in aus? Ausgerechnet eine Fähigkeit, die nicht bewusst steuerbar ist, könnte diese Lücke schließen: die Intuition.

Intuition gilt gemeinhin als Fähigkeit, Handlungen aus »dem Bauch heraus« zu steuern anstatt über den Verstand. Gemeint sind damit weniger die routinierten Handlungen wie z.B. Autofahren, obgleich – wie wir noch sehen werden – auch diese von der Intuition profitieren. Vielmehr scheint es vor allem bei wichtigen Reaktions- und Entscheidungshandlungen eine Rolle zu spielen, ob diese von der Intuition geleitet werden. Bisher galt die Intuition als ein interessantes, aber doch nicht gänzlich erklärbares Phänomen, mehr als ein Zufallsprodukt, vielleicht ein Ergebnis von Erfahrung, die im Glücksfall plötzlich zutage tritt und die Geschicke lenkt.

Abschied vom Bewusstsein

Im Zentrum der Erwachsenenbildung steht der bewusste, erkenntnisfähige und zu selbstbestimmtem Handeln fähige Mensch. Demnach zielt Bildung – als Geistesakt – vor allem auf die Prozesse im Bewusstsein ab. In diesem Sinn mögen unbewusste Prozesse zwar nebenbei ablaufen, aber sie sind weniger im Fokus und wenn, dann weitgehend als Störfaktoren. Das Unterbewusstsein überlassen Erziehungswissenschaftler/-innen gerne den Kollegen/-innen aus den psychologischen und therapeutischen Fachgebieten. Damit gilt folgender Dualismus: Die Pädagogik kümmert sich um bewusstes Denken und die Psychologie um unbewusste Prozesse (die keinen Denkprozess im eigentlichen Sinn darstellen). Diese Gleichsetzung

von Denken und Bewusstsein geht übrigens auf Descartes zurück. Könnte sich Descartes aber auch hierbei geirrt haben? Kann es auch ein unbewusstes Denken geben? Eine unbewusste Tätigkeit, die vollständig die Bezeichnung Denken verdient?

Psychologen/-innen und Hirnforscher/-innen gehen mittlerweile davon aus, dass das Unbewusste in unserm Denken und Handeln eine weit größere Rolle einnimmt als bisher gedacht. Die Argumente erscheinen sehr logisch: In jedem Augenblick nehmen unsere Sinnesorgane mehr als 11.000.000 Informationseinheiten auf. Diese riesige Zahl erhält man, wenn man untersucht, wie viele Rezeptorzellen unsere Sinnesorgane besitzen und wie viele Nervenfasern zum Gehirn führen. Untersuchungen haben aber ergeben, dass wir nur rund 40 Informationsbits pro Sekunde bewusst verarbeiten können. Die Verarbeitung, das heißt auch die Bewertung und Auswahl der Informationen, muss also vor allem unbewusst geschehen.¹

Das Gehirn lässt sich also am besten als eine Einheit von zwei gleichwertigen Systemen verstehen: einem schnell arbeitenden, auf die Gegenwart bezogenen, nicht kontrollierbaren, unbewusst-intuitivem System, das in der Lage ist zu schnellen Reaktionen, sowie einem langsamer arbeitenden, auf Vergangenheit und Zukunft bezogenen, bewussten System, das in der Lage ist, zeitliche Dimensionen zu reflektieren und langfristig sinnvoll zu planen.

Das Denken des Unbewussten

Wir haben das Gefühl, dann besonders intensiv zu denken, wenn wir in ein inneres Denkgespräch vertieft sind, Argumente hinter unserer Stirn wälzen, Handlungen – am besten vorher – gut begründen können, möglichst lange nachdenken und grübeln. Denken und Sprechen werden dabei gerne miteinander gleichgesetzt.

Demgegenüber erscheinen uns Gedankenblitze, Entscheidungen aus dem Bauch heraus, plötzliche Eingebungen, Ahnungen oder spontane Ideen als mühelose Zufallsprodukte – als Intuitionen, die weniger wert sind, weil sie keinem langwierigen Denkprozess mühevoll abgerungen sind. Der Intuition unterstellt man meistens, dass sie nur zufällig gut war, so wie man dem hochbegabten Schüler misstraut, wenn er die Lösung hat, aber den Weg dorthin nicht beschreiben kann. Zufällig bedeutet, dass man der Sache nicht traut, dass man sich darauf nicht verlassen kann. Polizisten/-innen, die ein Gespür dafür haben, welcher der vielen unauffälligen Passagiere/-innen am Flughafen als



Dr. Gertrud Wolf ist Leiterin der Evangelischen Arbeitsstelle Fernstudium für kirchliche Dienste im Comenius Institut.

Drogenkurier/-in fungiert, erfinden besser im Nachhinein ein paar Indizien, als dem Richter zu sagen: »Mein Bauchgefühl sagt mir, dass sich ein Durchsuchungsbefehl lohnt!«

Wie kommt man nun diesem unbewussten Denken auf die Spur? Zunächst muss man sich davon verabschieden, dass das Unbewusste ein chaotischer, von Trieben leicht zu überrumpelnder Agitator ist, ein Moloch aus Verdrängtem, ein Störenfried des Bewusstseins. Vielmehr funktioniert das Unbewusste weitaus besser und effektiver, als wir denken. In seinem Buch »Mut zur Angst« beschreibt der amerikanische Sicherheitsexperte Gavin de Becker, dass wir uns dann besser vor Gewalt schützen könnten, wenn wir uns mehr auf unsere Intuition verlassen würden. Häufig ist es aber gerade das Bewusstsein, der sog. Verstand, der in kritischen Situationen die Alarmzeichen falsch bewertet. Vergewaltigte Frauen beispielsweise berichten häufig, dass sie ein ungutes Gefühl hatten, als sie dem Täter begegneten, dass dieses jedoch durch ein Besänftigen des Verstandes wie etwa »Was soll schon passieren, der sieht doch ganz nett aus ...« ausgeschaltet wurde. Der Versuch, intuitive Schlussfolgerungen erst einmal einem bewussten Überprüfungsprozess zu unterziehen, geht meistens schief: »Es gibt bestimmte fließende, intuitive und nicht verbale Erfahrungen, die besonders empfindlich auf Erklärungsversuche reagieren«, so der Psychologe Jonathan W. Schooler.²

Gerd Gigerenzer, Direktor am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, hat über viele Jahre untersucht, wie Bauchgefühle funktionieren. Dabei widerlegt er die Annahme, dass unser Unbewusstes nach den logischen Prinzipien eines gigantischen Computers verfährt, der prinzipiell wie unser Bewusstsein arbeitet, nur eben schneller. Die Intelligenz des Unbewussten zeigt sich gerade darin, dass es nach einfachen Faustregeln arbeitet und sich die evolvierten Fähigkeiten unseres Gehirns zunutze macht. Während unser Bewusstsein komplexen Problemen mit komplexen Strategien begegnet, reagiert unser Unbewusstes auf komplexe Probleme mit einfachen Lösungen. Schon gar nicht macht es aus einfachen Problemen komplexe: Wenn wir also einem Fremden begegnen, der uns im Parkhaus die Einkäufe zum Auto tragen möchte, ruft es laut: »Fremd! – Vorsicht!« und diskutiert nicht lange über Höflichkeit, Vorurteile, Emanzipation, Misstrauen, Mitmenschlichkeit ...

Intuition als Professionalitätsmerkmal

Gigerenzer kritisiert auch, dass ausgerechnet das Bildungssystem der Kunst der Intuition so wenig Bedeutung beimisst. Intuition funktioniert ja nicht bloß in Gefahrensituationen, sondern gilt immer dann als guter Ratgeber, wenn schnelle und kreative Lösungen gefordert sind. Je offener der Lehr-Lernprozess und je weniger Planung didaktisch vorgesehen ist, desto mehr kommt die intuitive Kompetenz der Lehrperson zum Tragen. So paradox es klingen mag, aber gerade weil die Erwachsenenbildung auf den bewussten, erkenntnisfähigen und zu selbstbestimmtem Handeln fähigen Erwachsenen fokussiert und ihre didaktischen Prinzipien

mehr und mehr an den Bedürfnissen der Teilnehmenden ausrichtet, um ihnen angemessene Lernprozesse zu »ermöglichen«, sollte Intuition zunehmend Thema in der Aus- und Weiterbildung von Erwachsenenpädagogen werden.

Eine Hinwendung zur Intuition ist im Übrigen sehr gut anknüpfbar an das Professionalisierungsverständnis von Ulrich Oevermann.³ Ihm zufolge ist professionalisiertes Handeln Krisenbewältigung im Vollzug einer autonomen Praxis. Gemeint ist damit, dass pädagogische Praxis dadurch gekennzeichnet ist, dass immer wieder Situationen entstehen, für die keine Routinen zur Verfügung stehen, sondern auf die spontan eine individuelle, womöglich einmalige, neuartige Lösung gefunden werden muss. Es gibt natürlich viele Beispiele, in denen Pädagogen auf Krisen mit Routinen reagieren, das bedeutet aber nur, dass wichtige pädagogische Chancen verschenkt werden, mit anderen Worten unprofessionell gehandelt wird.

Ist Intuition lernbar?

Auch wenn Intuition nicht rational fassbar ist, ist sie trotzdem erlernbar und trainierbar. In einigen Berufsfeldern hat man das bereits erkannt, wie z.B. in der Ausbildung von Skitourenführern, die sich im Gelände auf ihre Wahrnehmungsmuster verlassen müssen, um Lawinengefahren rechtzeitig zu erkennen und ihnen auszuweichen.⁴ Intuition ist auch ein wichtiger Faktor in der ärztlichen Diagnostik, Gross bezeichnet sie sogar als das zweite Gesicht des Arztes.⁵

Um Intuition als Ressource nutzen zu können, muss man sie zunächst einmal verstehen. Es gibt mittlerweile mehrere Erklärungsansätze darüber, wie das Unbewusste funktioniert. Bedeutsame Aspekte sind:

- die unbewusste Wahrnehmung,
- die unbewusste Verarbeitung,
- das Anwenden von Faustregeln (Heuristiken),
- implizite Assoziationen,
- somatische Marker,
- das Verstehen über Spiegelneurone,
- Empathie.

Wer unbewusste Denkprozesse fördern will, muss bewusstes Denken daher zunächst einmal ausschalten können. Die aus der Achtsamkeitslehre bekannte Hinwendung zur Wahrnehmung ohne – sprachliche – Bewertung ist deshalb zugleich eine gute Möglichkeit, um intuitives Denken zu schulen.

Da emotionale Marker⁶ eine wichtige Rolle beim unbewussten Denken spielen, kann auch das Einüben der emotionalen Selbstwahrnehmung zur Verbesserung der Intuition führen. In einem viel zitierten Experiment ließ Antonio Damasio Probanden/-innen eine Art Glücksspiel durchführen. Dabei mussten sie von jeweils zwei Stapeln blauer und grüner Karten nach Belieben Karten so ziehen, dass am Ende ein möglichst hoher Geldgewinn erzielt wurde. Die Probanden/-innen wussten nicht, dass die grünen Karten, trotz niedrigerer Gewinne, langfristig die besseren waren und unterm Strich mehr Gewinne boten. Bereist nach zehn

Karten fingen die Probanden/-innen an, das Spiel »richtig« zu spielen und unbewusst mehr grüne Karten zu ziehen. Gleichzeitig konnte bei ihnen schon ein erhöhter Pulsschlag und eine vermehrte Schweißabsonderung gemessen werden. Aber erst nach rund 50 umgedrehten Karten erkannten die Probanden/-innen auch bewusst, dass es besser war, die grünen Karten zu ziehen, und es brauchte etliche weitere Karten, damit sie auch die dahinter liegende Regel benennen konnten. Emotionale Marker können zum Beispiel feuchte Hände, ein erhöhter Pulsschlag oder ein plötzlich trockener Mund sein. Wer gelernt hat, solche Reaktionen seines Körpers wahr- und ernst zu nehmen, wird sich intuitiv besser verhalten können.

Menschliches Miteinander ist überkomplex; sobald wir einem Menschen begegnen, empfangen wir Hunderte von Informationen, die wir blitzschnell verarbeiten müssen. Unsere Kommunikation ist weitaus vielschichtiger als die von Tieren: Schon aufgrund unserer Sprachfähigkeit zerfallen Signale in Körper- und Symbolsprache. Wir können dabei mit unserer Sprache etwas völlig Gegenteiliges ausdrücken, als unser Körper signalisiert, und unsere Gesprächspartner müssen auch solche Informationen noch deuten können. Implizite Assoziationen helfen uns dabei. In Form von Vorurteilen werden sie uns manchmal sehr unangenehm gewahr. Gleichzeitig ermöglichen sie, dass wir beständig innere Theorien bilden, die uns dabei helfen, in Sekundenschnelle Vorhersagen über das Verhalten einer Person zu treffen. Erwachsenenpädagogen, die im nicht frontalen Unterricht mit ihren Teilnehmenden kommunizieren, treffen deshalb dauernd unbewusste Kommunikationsentscheidungen. Je besser ihr Bauchgefühl dabei ist, desto besser können sie individuell kommunizieren. Dafür ist es wichtig, Ängste zu reduzieren, vor allem die Angst, Fehler zu machen. Erst dann kann man bereit sein, sich auf eine pädagogische Beziehung mit den Teilnehmenden einzulassen⁷. Der Terminus der pädagogischen Beziehung soll zum Ausdruck bringen, dass ein empathisches Einfühlen in das Gegenüber eine wichtige Ressource für Erwachsenenpädagogen ist. Ohne empathisches Einfühlungsvermögen ist intuitives Handeln auch in der pädagogischen Praxis kaum realisierbar. Problematisch ist dabei, dass nach wie vor ein professionalisierbares pädagogisches Beziehungsmodell in der Erwachsenenbildung fehlt.

Fazit

Gute Erwachsenenbildung kommt ohne ein gerütteltes Maß an Intuition nicht aus. So gibt es durchaus viele gute Beispiele in der Praxis, in denen Lehrkräfte intuitiv richtig und gut handeln. Die Bedeutung von Emotionen auf erwachsenes Lehren und Lernen sind in der Vergangenheit unter anderem von Schüssler⁸ und Arnold⁹ eindrucksvoll herausgearbeitet worden. Was vielfach in der Ausbildung von Erwachsenenpädagogen/-innen fehlt, ist eine Übertragung dieser Erkenntnisse in den jeweiligen Lehrformaten. Es reicht keinesfalls aus, im Rahmen von Didaktik und Metho-

dik, solche Erkenntnisse theoretisch zu erarbeiten. Vielmehr lässt sich Intuition mit aktiven Methoden erlernen, wie etwa durch das supervisorische Arbeiten mit Fällen oder durch Rollenspiele. Unabdingbar ist dafür allerdings die intuitive Wachsamkeit und das empathische Empfindungsvermögen der Lehrenden selbst. Glaubt man den Randbemerkungen vieler Studierender, sind hier noch etliche Marktlücken offen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Wilson 2007.
- 2 Gladwell 2007, S. 124.
- 3 Oevermann 1996.
- 4 Ellert 2011.
- 5 Gross 1988.
- 6 Damasio 1997.
- 7 Wolf 2005.
- 8 Schüssler 2008.
- 9 Arnold 2008.

Literatur

- Arnold, R. (2008): Die Bildung Erwachsener als emotionale Suchbewegung. In: Arnold, R.; Holzapfel, G. (Hg.): Emotionen und Lernen. Die vergessenen Gefühle in der (Erwachsenen-)Pädagogik. Baltmannsweiler 2008, S. 215–241.
- Becker, G. de (2001): Mut zur Angst: Wie Intuition uns vor Gewalt schützt. Frankfurt Damasio, A. (1997): Descartes Irrtum. München.
- Ellert, G. u.a. (2011): Intuition ist lernbar! In: DAV Panorama 1/2011, S. 55–58.
- Girgenzer, G. (2008): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München.
- Gladwell, M. (2007): Blink! Die Macht des Moments. München.
- Gross, R. (1988): Intuition. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 85, Heft 1/2, S. A 28–29.
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp. S. 70–182.
- Schüssler, I. (2008): Die emotionalen Grundlagen nachhaltigen Lernens – theoretische und empirische Erkenntnisse. In: Arnold, R.; Holzapfel, G. (Hg.): Emotionen und Lernen. Die vergessenen Gefühle in der (Erwachsenen-) Pädagogik. Baltmannsweiler, S. 183–214.
- Wilson, T. D. (2007): Gestatten, mein Name ist Ich! Das adaptive Unterbewusste – eine psychologische Entdeckungsreise. München.
- Wolf, G. (2006): Der Beziehungsaspekt in der Dozent-Teilnehmer-Beziehung als Ressource und Determinante lebenslangen Lernens. In: REPORT – Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, 01/2006, S. 27–37.
- Zeuch, A. (2008): Ärztliche Intuition. In: Frauenarzt, Jg. 49, Heft 3, S. 280–282.



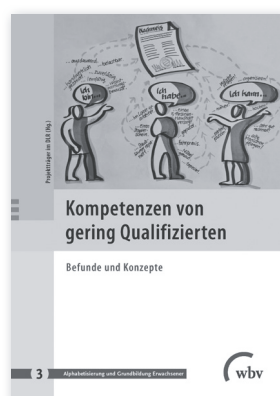
Zugang zu Bildung für An- und Ungelernte

Modellprojekte zur Nachqualifizierung

➔ wbv.de/alphabetisierung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt Programme, die das Lernen von jungen und älteren Erwachsenen fördern.

Wie und mit welchen veränderten Ansätzen der Erwachsenenbildung diese Bildungsförderung gelingen kann, stellt der dritte Band der BMBF-Wissenschaftsreihe vor. In dem Sammelband werden aktuelle Erkenntnisse zu den Kompetenzen gering Qualifizierter und zu neuen Ansätzen der Vermittlung und Anerkennung von Wissen diskutiert.



Projekträger im DLR (Hg.)

Kompetenzen von gering Qualifizierten

Befunde und Konzepte

Alphabetisierung und Grundbildung
Erwachsener, 3

2014, 223 S., 34,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-5451-3

Als E-Book bei wbv.de

Versandkostenfrei
bestellen im wbv Shop
auf wbv.de



WIR MACHEN INHALTE SICHTBAR

W. Bertelsmann Verlag 0521 91101-0 wbv.de



Rupert M. Scheule

Moral als klinische Entscheidungshilfe

MEFES-Kurse ethischer Fallbesprechung

Wann immer wir mit einem etwas komplizierteren Krankheitsbild in die Klinik kommen, haben wir es nicht nur mit einem Arzt/einer Ärztin zu tun, sondern mit Mediziner/-innen verschiedener Fachrichtungen, mit Pflegepersonal, Physiotherapeuten/-innen oder Logopäden/-innen, u.U. auch mit dem Sozialdienst und mit Klinikseelsorger/-innen, kurz: Ein multidisziplinäres Behandlungsteam steht uns gegenüber. Eigentlich sollte jede wichtige Entscheidung, die uns betrifft, in diesem Behandlungsteam vorbesprochen werden. Umso mehr gilt das für Entscheidungen, die nicht nur von medizinischer, sondern auch von moralischer Relevanz sind. Genau um solche komplexen Entscheidungen zu erleichtern, wurde die MEFES-Methode entwickelt.

MEFES (»multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen«) folgt einem Leitfaden, der – inspiriert vom Dekompositionsansatz der Rational Choice Theory – ein Entscheidungsproblem in Ziele, Handlungsalternativen und Prognosen zerlegt und das Gespräch entsprechend strukturiert.¹ MEFES bringt die unterschiedlichen Experten/-innen für ein und denselben Patienten an einen Tisch, damit sie sich wechselseitig die »blinden Flecke« ihrer Berufssicht aufklären und gemeinsam die ethischen Aspekte ihres Entscheidungsproblems erörtern. Der MEFES-Leitfaden sieht dafür sieben straff moderierte Schritte vor. Am Ende steht eine reichhaltige Entscheidungsempfehlung unter Einschluss ethischer Gesichtspunkte. Moderation und Behandlungsteam dürfen für eine MEFES-Sitzung nicht länger brauchen als 45 Minuten. Zeit ist knapp auf Station.

Herrn W.s Fall gehört zu den ersten, die nach der MEFES-Methode besprochen

wurden. Er hatte mit 78 Jahren einen schweren, aber nicht lebensbedrohlichen Schlaganfall. Die Ärzte/-innen standen vor der Wahl, ihm eine Rehabilitationsmaßnahme vorzuschlagen oder für ihn einen Pflegeplatz zu suchen. Rein medizinisch konnte man beides vertreten. In der Fallbesprechung kam zutage, dass Herr W. wohl auch nach einer Reha ins Pflegeheim kommen würde. War es angesichts knapper Ressourcen nicht ungerecht, ihm eine solch teure Behandlung zukommen zu lassen, wenn am Ende ohnehin das Pflegeheim steht? Umgekehrt wurde argumentiert, Herrn W.s Würde verbiete es, dass man ihn nur als Kostenfaktor sieht, ohne ihn selbst und seine Potenziale in Betracht zu ziehen. Der Seelsorger hatte aus Gesprächen mit Herrn W.s Gattin erfahren, dass er weder ein besonders geistiger, noch ein sehr geistlicher Mensch war, aber stets gern gegessen hatte und die Natur liebte. Die Reha bot ihm die Aussicht, wieder schlucken zu können und soweit mobilisiert zu werden, dass Spazierfahrten im Rollstuhl möglich würden. In Herrn W.s Sinnhorizont waren das Freiheitsperspektiven, die ihm die Behandelnden aus ethischen Erwägungen nicht vorenthalten wollten. Sie

sprachen sich für die Reha aus.

Herr W. spielt bei den MEFES-Fortbildungen, die seit 2007 jedes Jahr angeboten werden, eine wichtige Rolle, und zwar im buchstäblichen Sinn: Sein Fall bietet den Stoff für eines von gut einem Dutzend Rollenspielen, durch die die Teilnehmenden des Wochenkurses die MEFES-Moderation einüben, aber auch lernen, Begriffe wie »Würde«, »Freiheit« oder »Gerechtigkeit« auf sehr konkrete klinische Sachverhalte zu beziehen. Was die praktische Ethik mit diesen Wörtern verbindet, wird in Impulsreferaten und Diskussionen erarbeitet. So vermittelt der Kurs neben der Moderationskompetenz auch mehr Sicherheit im ethischen Argumentieren überhaupt. Gerade Ärzte/-innen verlangen zudem nach belastbarem Wissen um die juristischen Rahmenbedingungen ihres Tuns; dafür gibt es eigene medizinrechtliche Lerneinheiten.

Die MEFES-Kurse werden federführend vom Lehrstuhl für Moraltheologie und Christliche Sozialwissenschaft der Theologischen Fakultät Fulda organisiert, dessen Personal bislang auch die wissenschaftliche Grundlagenarbeit zu MEFES geleistet hat. Aber kein Kurs dieses Zuschnitts kann allein mit theologischer Expertise bestritten werden. Daher besteht von jeher eine Zusammenarbeit mit dem Augsburger Forum für Ethik in der Medizin (Afem) e.V. Hier finden v.a. Verantwortliche der klinischen Praxis zusammen, die an ethischen Fragestellungen interessiert sind. Afem ist gewissermaßen die Brücke vom Lehrstuhl zur klinischen Praxis. Und zurück.

Geleitet wird der Kurs von zwei Theologen (einem evangelischen Klinikseelsorger und einem katholischen Moraltheologen), einem Psychologen und einem Arzt, dessen Zugehörigkeit zum Leitungsteam die Voraussetzung

MEFES

MULTIDISZIPLINÄRE
ETHISCHE
FALLBESPRECHUNG
IN SCHWIERIGEN
ENTSCHEIDUNGS-
SITUATIONEN

www.thf-fulda.de/mefes

dafür ist, dass MEFES von den Landesärztekammern als offizielle Fortbildungsveranstaltung anerkannt wird. Für die juristische Arbeitseinheit wurden bislang Anwälte/-innen führender medizinrechtlicher Kanzleien oder einschlägig ausgewiesene Universitätsjuristen verpflichtet.

Für Theologen/-innen sind die MEFES-Kurse vielleicht in zweierlei Hinsicht interessant: Zum einen sind sie ein Beleg dafür, dass Theologie – näherhin: theologische Ethik – in außerkirchliche Räume hineinwirken kann, wenn sie auf die Fragen reagiert, die von dort kommen, und wenn sie sich auf ein gleichberechtigtes Miteinander mit nichttheologischen Partnern/-innen einlässt. Zum anderen werden die MEFES-Kurse gerade auch von Theologen/-innen – näherhin von Klinikseelsorgern/-innen – stark nachgefragt. Gut ein Drittel der Kursteilnehmenden seit 2007 hat einen theologischen Hintergrund.² Da sie mit ethischem Denken bereits vertraut sind und gruppenpsychologische Kompetenz oft schon mitbringen, sind die Theologen/-innen am Ende des Kurses überzufällig häufig besonders versierte MEFES-Moderatoren. Ihr Portfolio wird dadurch größer, ihr Standing im klinischen Umfeld gefestigter.

Mit welchen Schwierigkeiten haben die MEFES-Fortbildungen zu kämpfen? Sie liegen weniger in den Fortbildungen selbst als Fortbestand von MEFES unter klinischen Alltagsbedingungen. Es sind insbesondere zwei Umstände, die insbesondere zwei Faktoren erschweren die nachhaltige MEFES-Implementierung:

- Das Problem extrinsischer Motivation: Aufgeschlossenheit für ethische Fragestellung gehört heute zu den zertifizierbaren Qualitätsmerkmalen einer Klinik. Unterzieht sich ein Haus beispielsweise gerade dem aufwendigen KTQ³-Zertifizierungsverfahren, so ist die Bereitschaft einer Klinikleitung besonders groß, sich auf MEFES einzulassen. Ist das Verfahren abgeschlossen, fällt die Bereitschaft, MEFES auch fortzuführen, dramatisch ab. Das ist umso bedauerlicher, als ethische Fallbe-



MEFES-Kurs

sprechungen nicht nur ein Merkmal für ausgeprägte Patientenorientierung sind, sondern der Berufszufriedenheit des Klinikpersonals dienen, wie auch für das MEFES-Verfahren nachgewiesen werden konnte.⁴

- Das Top-down-Problem: MEFES funktioniert in einem Krankenhaus, wenn sich zumindest ein leitender Oberarzt/eine leitende Oberärztin oder Chefarzt/Chefärztin mit Verve einsetzt für dieses Ethik-Tool. Scheidet der hochrangige MEFES-Befürworter aus der Klinik aus, kann sich das Fallbesprechungsangebot kaum halten, auch wenn es von den Fachkräften auf Station nach wie vor geschätzt wird. Zur Bearbeitung des Top-down-Problems müsste es eine intensivere organisationsethische Selbstverständigung in der Klinik geben, die womöglich von einem klinischen Ethikkomitee zu initiieren und begleiten wäre.

Nicht zuletzt wegen der genannten Schwierigkeiten werden die künftigen MEFES-Kurse einen zusätzlichen Schwerpunkt bei der Profilierung klinischer Ethikkomitees legen. Je vielfältiger die Strukturen ethischen Nachdenkens in der Klinik sind, desto deutlicher kann werden, was ins Zentrum klinischen Tuns gehört: nicht die effiziente Beseitigung von Krankheitsbildern, sondern der Mensch.

Der nächste MEFES-Kurs findet vom 28.9. bis zum 2.10.2015 in Bad Soden-Salmünster statt. Informationen unter www.thf-fulda.de/mefes.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Scheule 2009.
- 2 Ein weiteres Drittel sind Ärzte/-innen, das letzte Drittel vereint Angehörige verschiedener klinischer Berufe, unter denen Leitungspersonal aus dem Pflegebereich wiederum die größte Gruppe darstellt.
- 3 Das Zertifizierungsverfahren der »Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH (KTQ)«, einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer, der Kranken- und Pflegekassen u.a., würdigt Instrumente ethischer Reflexion in der Klinik unter den Aspekten der Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie des Qualitätsmanagements, vgl. www.ktq.de.
- 4 Vgl. Happach 2009.

Literaturhinweise

- Becker, T.; Scheule, R. M. (2012): Das ärztliche Gewissen unter den Bedingungen institutioneller Zwänge. In: Kröll, W.; Schaupp, W. (Hg.): System – Verantwortung – Gewissen. Spannungsfelder im klinischen Alltag. Wien (RdM 36), S. 65–81.
- Happach, G. (2007): Evaluation und Bewertung der Multidisziplinären ethischen Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen bei Schlaganfallpatienten (MEFES) auf der Schlaganfallstation des Zentralklinikums Augsburg. Augsburg [unveröff. schriftl. Hausarbeit im Rahmen des Ersten Staatsexamens für das Lehramt an Gymnasien in Bayern].
- Scheule, R. M. (2009): Gut entscheiden. Eine Wertewartungstheorie theologischer Ethik. Freiburg/Br. und Freiburg/Ue. (Studien zur theologischen Ethik 125), S. 283–302.

Prof. Dr. Rupert M. Scheule ist Inhaber des Lehrstuhls für Moraltheologie sowie Christliche Sozialwissenschaft und Leiter des Katholisch-Theologischen Seminars an der Universität Marburg sowie Leiter der MEFES-Kurse.

Alfred Simon

Die Akademie für Ethik in der Medizin

Den Diskurs über medizinethische Fragen fördern

Medizinethische Themen stehen im Mittelpunkt gesellschaftlicher Debatten; nicht selten haben sie eine globale Bedeutung, wie bei der weltweiten Initiative zum Verbot des reproduktiven Klonens oder bei der Stammzellforschung. Die Öffentlichkeit diskutiert leidenschaftlich über ethische Fragen im Zusammenhang mit Sterbehilfe, Transplantationsmedizin, Reproduktionsmedizin oder Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Um den Diskurs über solche Fragen zu fördern, wurde 1986 von einer Gruppe engagierter Personen aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Theologie und Rechtswissenschaften die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) gegründet. Aus den ursprünglich 17 Gründungsmitgliedern des Vereins hat sich inzwischen eine Fachgesellschaft mit über 700 Mitgliedern in Deutschland, Österreich und der Schweiz entwickelt. Die AEM versteht sich als unabhängiges Forum für unterschiedliche Standpunkte und Positionen. Sie möchte durch ihre Aktivitäten die Qualität des ethischen Diskurses fördern und dazu beitragen, dass die unterschiedlichen Positionen gehört und deren Vertreter miteinander ins Gespräch kommen. Zu Wort meldet sich die AEM auch, wenn es um Interessen des Faches Medizinethik als solches geht: So hat z.B. der Vorstand der AEM Lehrziele für Medizinethik im Medizinstudium verabschiedet und gemeinsam mit dem Fachverband Medizingeschichte Empfehlungen für das Querschnittsfach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an medizinischen Fakultäten ausgesprochen.

Zentraler Bestandteil der Aktivitäten der AEM sind wissenschaftliche Tagungen, insbesondere die im zeitlichen Zusammenhang mit der Mitgliederversammlung stattfindenden Jahrestagungen. Diese richten sich sowohl an Personen, die sich wissenschaftlich mit medizin-

ethischen Fragen beschäftigen, als auch an solche, die im Gesundheitswesen tätig sind und dort mit praktischen ethischen Fragen konfrontiert werden. Der dabei stattfindende Austausch zwischen »Theoretikern/-innen« und »Praktikern/-innen« ist befruchtend, wenngleich nicht immer frei von Spannungen. Neben den wissenschaftlichen Tagungen und Workshops organisiert die AEM auch Informationsveranstaltungen für die Öffentlichkeit und bietet Fortbildungen für Mitglieder der verschiedenen Gesundheitsberufe an.

Die AEM ist darüber hinaus an verschiedenen Qualifizierungsprogrammen für Klinische Ethikberatung beteiligt. 2010 veröffentlichte sie »Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens« und leistete damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem immer wichtiger werdenden Bereich. Seit 2014 bietet sie eine Zertifizierung für Ethikberatung im Gesundheitswesen an.

»Ethik in der Medizin«

Seit Januar 1989 erscheint die Zeitschrift »Ethik in der Medizin« als offizielles Organ der AEM vierteljährlich im Springer-Verlag und hat inzwischen knapp 1.000 Abonnenten gewonnen, darunter 200 Institutionen. Sie enthält Originalbeiträge, Übersichtsarbeiten, Grundsatz- und Sammelreferate zu Schwerpunktthemen, Kasuistiken, Diskussionsbeiträge aus dem Bereich der medizinischen Alltagsethik, aktuelle Informationen und Rezensionen. 2009 wurde sie bei ISI (Institute for Scientific Information) gelistet; sie hat seitdem einen Impact Factor. Damit wurde die Qualität der Zeitschrift auch international anerkannt.

Die wissenschaftlichen Aktivitäten der AEM sind in verschiedenen Sammelbänden und Broschüren dokumentiert. An

medizinethischen Fragen interessierte Personen können sich darüber hinaus über die von der AEM betriebene Mailingliste »AEM aktuell« regelmäßig über aktuelle Entwicklungen, Neuerscheinungen, Veranstaltungen sowie Stellenausschreibungen informieren.

Ein nicht unwesentlicher Teil des wissenschaftlichen Lebens der AEM spielt sich in den Arbeitsgruppen ab. Ursprünglich von der Mitgliederversammlung eingesetzt, um bestimmte Themen zu bearbeiten, haben sich die Arbeitsgruppen in den letzten Jahren zu offenen Foren entwickelt, in denen sich interessierte Mitglieder und Gäste aus unterschiedlichen Berufen und Fachdisziplinen treffen, um sich über ein bestimmtes Thema auszutauschen.

Ein zentrales Anliegen der AEM ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Dank der Spende eines Mitglieds ist es möglich, seit 2001 einen jährlichen Nachwuchspreis Ethik in der Medizin in der Höhe von 2.500 Euro auszuschreiben, der im Rahmen der Jahrestagung verliehen wird. Darüber hinaus bietet die AEM jährlich eine bundesweit ausgeschriebene Fortbildung für Studierende an, die zu einem medizinethischen Thema promovieren wollen.

1992 wurde an der AEM die Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM) eingerichtet. IDEM berät bei der Suche nach Fachliteratur, produziert die Literaturdatenbanken ETHMED und ist auf nationaler und internationaler Ebene am Aufbau und an der Weiterentwicklung von Online-Angeboten zur Medizinethik beteiligt. IDEM wird seit 2003 in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen betrieben.

Weitere Informationen: www.aem-online.de
Prof. Dr. Alfred Simon ist Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Judith Wolf

Krankenhäuser auf katholisch

Projekt zum christlichen Profil katholischer Krankenhäuser im Bistum Essen

Vielerorts sind die Ordensschwwestern aus den Krankenhäusern verschwunden. Während sie über lange Zeit in den katholischen Krankenhäusern als Garanten der Christlichkeit galten, müssen sich kirchliche Häuser heute neu nach ihrem Profil fragen. Erschwerend kommen die Veränderungen im Gesundheitsbereich der letzten Jahre hinzu, die den wirtschaftlichen Druck auf die Einrichtungen beträchtlich erhöht haben. Die Ökonomie spielt neben einer hohen fachlichen Kompetenz eine ganz wesentliche Rolle und scheint in vielen Fällen der Zuwendung zu Patienten/-innen und Bewohnern/-innen entgegenzustehen.

Kleines Bistum mit vielen Krankenhäusern

Das Bistum Essen steht in diesen Fragen vor einer besonderen Herausforderung, weil auf dem territorial kleinen Gebiet des Bistums eine große Dichte an katholischen Krankenhäusern existiert. 24 katholische Häuser zählt das Bistum, die mittlerweile zu weiten Teilen zu größeren Krankenhausgesellschaften fusioniert sind und zusätzlich zum Krankenhausbetrieb auch Altenheime, ambulante Pflegedienste und zum Teil auch Hospize umfassen. Schon über viele Jahre beobachtet *Die Wolfsburg* diese Entwicklung und hat an einzelnen Stellen immer wieder mit den Krankenhäusern in ethischen Fragen und in Fortbildungen zusammengearbeitet. Um zu einer intensiveren und kontinuierlicheren Zusammenarbeit zu gelangen, hat *Die Wolfsburg* gemeinsam mit der Kosmas und Damian GmbH, der Entwicklungsgesellschaft für die katholischen Krankenhausgesellschaften im Bistum Essen, ein Projekt entwickelt, das sich systematisch den Fragen nach Inhalt und Umsetzung des christlichen

Profils katholischer Krankenhäuser widmet. Es geht darum, im Anschluss an die gewachsene Kultur der einzelnen Häuser und Gesellschaften Felder zu identifizieren, die vor dem Hintergrund der christlichen Tradition eine besondere Bedeutung haben.

Wertschätzung der Mitarbeitenden

Als wichtige Felder zeigen sich die Sterbe- und Trauerkultur, die Wertschätzung und Führung von Mitarbeitenden, Fragen einer wertschätzenden Kommunikation sowohl innerhalb der Teams als auch im Hinblick auf Patienten/-innen und Bewohner/-innen, eine inklusive ethische Perspektive auf medizinische und ökonomische Fragen, die Ausbildung einer Sensibilität der Mitarbeitenden für Glaubensfragen sowie die Spiritualität von Patienten/-innen und Bewohnern/-innen über Religions- und Kulturgrenzen hinweg. Weitere Felder des Profils sind gut funktionierende Ethikkomitees und die Implementierung ethischer Fallgespräche in allen stationären Bereichen der Einrichtungen. Zur Konkretisierung des Profils in den einzelnen Krankenhausgesellschaften sind drei Dinge von besonderer Bedeutung: Erstens muss es gelingen, eine wirkliche Projektpartnerschaft mit den Krankenhausgesellschaften aufzubauen und die Führungsebenen der Häuser in das Projekt einzubeziehen. Zweitens müssen Führungskräfte und Mitarbeitende in den oben genannten Bereichen geschult werden. Hier gilt es, Fortbildungsmodule zu entwickeln, die sowohl die Situation der Häuser als auch die Anschlussfähigkeit des christlichen Menschenbildes und christlicher Werte in den Blick nehmen. Drittens müssen Organisationsentwicklungsfragen im Hinblick auf das christliche Profil

der Häuser neu bedacht werden und individuell für die Häuser der Gesellschaften entwickelt werden.

In der Organisation existieren mit der Medizin/Pflege, Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit drei Logiken, deren Widersprüche oft unauflösbar erscheinen: Im alltäglichen Handeln kann zwischen diesen drei Bereichen ein nahezu unauflösbares Spannungsverhältnis mit starken Reibungen entstehen. Alle drei Bereiche sind auf Spezialisten/-innen verteilt. Damit die Organisation trotz der Spannungsverhältnisse und daraus resultierenden Reibungen funktionieren kann, ist es notwendig, dass die jeweils in einem Bereich handelnden Akteure/-innen das Denkparadigma des anderen verstehen können, also zum Perspektivwechsel in der Lage sind. Deshalb sind die Teilnehmenden der Fortbildungsmodule zum einen multiprofessionell zusammengesetzt, und zum anderen umfassen die Fortbildungsmodule für einzelne Berufsgruppen jeweils auch die Auseinandersetzung mit Teilbereichen anderer Fachlichkeiten. Ebenso geht es darum, in die Organisationsentwicklungsschritte alle Bereiche des Krankenhauses mit einzubeziehen.

Die katholische Akademie *Die Wolfsburg* und die Kosmas und Damian GmbH möchten mit dem Projekt »Christliches Profil Katholischer Krankenhäuser – Medizin – Pflege – Management« zur klaren Profilbildung der katholischen Krankenhausgesellschaften im Bistum Essen beitragen. Die Projektlaufzeit beträgt zunächst dreieinhalb Jahre. Das Projekt wird sowohl durch Stiftungsgelder als auch durch Gelder der Projektpartner, der Krankenhausgesellschaften und des Bistums ermöglicht.

Dr. Judith Wolf ist Dozentin und stellv. Direktorin der Katholischen Akademie Die Wolfsburg sowie Leiterin des Projekts »Christliches Profil katholischer Krankenhäuser. Medizin – Pflege – Management« in der Wolfsburg.

Marco Bonacker

Ethik der Freiheit in der Medizin

Praxisorientierte Weiterbildung in der Pflege im Bonifatiushaus Fulda

Ethische Entscheidung setzt technisches Können voraus. Je größer dieses Können wird, desto größer wird der Verantwortungs- und Entscheidungsraum, in dem immer mehr ethische Herausforderungen erwachsen. Diese grundsätzliche Entwicklung ist in verschiedenen gesellschaftlichen Feldern von der Politik bis hin zu den globalen Finanzmärkten zu beobachten, wirft aber vor allem im Bereich der Medizin wortwörtlich existenzielle Fragen auf.

In den letzten Jahren sind in diesem Zusammenhang viele biopolitische Debatten angestoßen worden, die deutlich machen, dass Medizinethik nicht mehr einfachhin eine individuelle ethische Abwägung umfasst, sondern vielmehr entscheidende sozialetische Bedeutung erlangt hat. Politische Entscheidungen zur Präimplantationsdiagnostik, zur Sterbehilfe oder zur Abtreibungsfrage geben zwar rechtliche Sicherheit, beantworten also zunächst die Frage nach der grundsätzlichen Möglichkeit einer Entscheidung, entlassen den Menschen aber nicht aus seiner moralischen Individualentscheidung. Vielmehr muss weiterhin auf die jeweiligen Folgen einer persönlichen Abwägung innerhalb des rechtlichen Rahmens hingewiesen werden. Gerade der katholischen Bildungsarbeit kommt dabei eine entscheidende und verantwortungsvolle Rolle zu.

Das Bonifatiushaus, die Akademie der Diözese Fulda, konnte in Kooperation mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration die medizinethisch höchst relevante Frage der Freiheit in der Pflege in den Fokus der Bildungsarbeit rücken. In einer Gesellschaft, die sich durch den demografischen Wandel in wachsendem Maße der Überalterung stellen muss, ist der Themenkomplex der Pflege von entscheidender Bedeutung. Die leitenden Grundfragen lauten dabei: Wie ist eine intensive Pflege mög-



Medizinethische Fachtagung im Bonifatiushaus

lich, die ökonomische Notwendigkeiten mit der Würde jedes Menschen in der Pflege erfolgreich in ein Gleichgewicht bringt, und wie kann ein Höchstmaß an Freiheit und Selbstbestimmung in der Pflegesituation gewährleistet werden? Gerade für die letzte Frage müssen alle Verantwortlichen immer wieder neu sensibilisiert werden. Dabei muss der Blick auf die Netzwerkarbeit in der Pflege gerichtet werden. Das Bonifatiushaus hat es sich deswegen zur Aufgabe gemacht, in einer Fortbildungsreihe Beschäftigte aus der Alten- und Behindertenhilfe, verantwortliche Mitarbeiter von Betreuungsgerichten und Betreuungsbehörden, Berufsbetreuerinnen und Betreuer sowie Heimleitungen und Mediziner in einer Fortbildungsreihe zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen einzubinden. An vier intensiven Fortbildungstagen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildungsreihe 2015 einen umfassenden Einblick in die Möglichkeiten der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege, die seit 2012 im Hessischen Gesetz zur Betreuungs- und Pflegeleistung (HGBP) festgeschrieben sind. Ziel ist es, die gesetzlichen Bestimmungen den Multiplikatoren aus der Pflegepraxis aus allen Teilbereichen zu verdeutlichen und so dazu beizutragen, dass die Selbstbestimmung, die persönliche Freiheit und

die Intimsphäre jedes Patienten und jeder Patientin in der Pflege gewährleistet werden. Die Fortbildungsreihe schließt nicht nur die interdisziplinäre Fortbildung in den Bereichen Medizinethik, Betreuungsrecht, Medizin und Pflegepraxis mit ein, sondern auch die Möglichkeit, sich als Verfahrenspflegerin bzw. als Verfahrenspfleger zu qualifizieren. Hinzu kommt der Bereich der Kommunikation und des Konfliktmanagements, der einen immer wichtigeren Teil der Pflegearbeit einnimmt.

Anhand einer Fachtagung konnte im Dezember 2014 im Bonifatiushaus die Netzwerkarbeit im Bereich der Pflege gesondert behandelt werden. Unter dem Titel »Rechtliche Betreuung, Medizin und Pflege im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge« konnte auf der Grundlage von vier Fachreferaten die bisherige Netzwerkarbeit diskursiv thematisiert und die Grundlage für eine intensivere Auseinandersetzung geschaffen werden. Auf diese Weise bleibt die Thematik der Freiheit und der Menschenrechte auch in der Medizin als ethische Herausforderung auf der Agenda der katholischen Bildungsarbeit, die so über den binnenkirchlichen Bereich hinaus wertvolle Anstöße für die Pflegepraxis geben kann.

Marco Bonacker ist Referent für Medizinethik und Ethik in der Pflege am Bonifatiushaus Fulda.

Mechthild Herberhold

Handlungs-Spiel-Räume

Aus der Praxis einer Ethikberaterin

Soll Frau S., eine demenziell veränderte Bewohnerin, die in den letzten Tagen kaum etwas isst, eine Magensonde bekommen? Die Ansichten in der Gesprächsrunde des Pflegeheims sind geteilt. Die Tochter hat Angst, dass ihre Mutter verhungert, und fordert vehement die Magensonde ein. Der anwesende Pfleger spricht sich gegen die Sonde aus, er hat den Eindruck, dass Frau S. sterben möchte. Die Hausärztin wurde von der Tochter zu dem ethischen Fallgespräch hinzugezogen, sichtlich in der Erwartung, dass die Ärztin die Pflegenden zurechtweist. Die Moderatorin lässt sich etwas über Frau S. und ihre Wertvorstellungen erzählen, sie fragt nach relevanten pflegerischen und medizinischen Gesichtspunkten, greift die ethischen Aspekte der verschiedenen Positionen auf und unterstützt so, dass eine Entscheidung im Sinne von Frau S. getroffen werden kann.

So ähnlich spielt es sich in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens ab, die ethische Fallgespräche anbieten. Diesmal ist die Szene allerdings fiktiv. Zwölf Moderatorinnen und Moderatoren für ethische Fallgespräche treffen sich, um mit mir ihre Gesprächsführung zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Zu Beginn war ihnen die Herausforderung, vor den Kollegen/-innen Übungsmoderationen durchzuführen, deutlich anzumerken. Doch schon bald haben sie begeistert berichtet, dass sie in der Praxis davon profitierten und es die Überwindung auf jeden Fall wert sei. Viele Fragen in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben nicht nur medizinische, pflegerische oder rechtliche Aspekte, sondern auch eine deutliche ethische Komponente: Soll Herr D. zu seinem eigenen Schutz fixiert werden oder kann man es verantworten, ihn nicht zu fixieren? Ist es richtig, Frau P., die sich heftig wehrt und laut »Nein,

nein« schreit, von der chirurgischen Station auf die Psychiatrie zu verlegen? Soll ein extrem frühgeborenes Baby auf der Intensivstation versorgt werden oder ist es besser, das Kind sterben zu lassen? Ist es in Ordnung, einem Patienten zu sagen, dass er voraussichtlich an dieser Krankheit sterben wird?

Was in der einen Situation richtig ist, mag in einer anderen falsch sein und hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Entscheidungen müssen also jedes Mal neu getroffen werden.

Eine große Herausforderung für die Moderatorinnen und Moderatoren liegt dabei in ihrer eigenen Rolle: Sie begleiten Entscheidungsprozesse, d.h., sie treffen nicht die Entscheidungen für andere. Gegebenenfalls bringen sie ethisches Hintergrundwissen ein, aber die Entscheidung selbst bleibt in der Zuständigkeit der verantwortlichen Personen. Das ist vor allem dann besonders knifflig, wenn man selbst eine andere Entscheidung treffen würde. Zudem betreffen viele Fragen die eigenen Wertvorstellungen der Teilnehmenden und lassen damit verbundenen Ängste und Hoffnungen auftauchen: Wie reagiere ich, wenn ich meine Selbstbestimmung eingeschränkt sehe? Kann ich mir vorstellen, dass ein mir nahestehender Mensch Sterbehilfe in Anspruch nehmen will? Was gehört für mich zu einem »gelingenden Leben«? Die eigenen Positionen zu existenziellen Fragen beeinflussen die Moderation von ethischen Fallgesprächen. Um nicht unbewusst die Entscheidung im eigenen Sinne zu steuern, ist es erforderlich, die eigenen Einstellungen immer wieder zu reflektieren.

Entsprechend verbinden wir – der Unternehmensname »Ethik konkret« ist Programm – in der Arbeit mit den Moderatorinnen und Moderatoren theoretisches Hintergrundwissen mit



Ethiktrainerin Mechthild Herberhold

der Diskussion über verschiedene Positionen, der Einübung praktischer Fähigkeiten zur Unterstützung von Entscheidungsfindungsprozessen und Einheiten zur Selbstreflexion.

»Ethik konkret« ist spezialisiert auf die Themenfelder Unternehmens-/Führungsethik, Ethik im Gesundheitswesen und Alltagsethik. Ziel ist es, die Entscheidungs- und Handlungskompetenz für ethisch komplexe Situationen vor Ort zu erweitern. Ob sich dafür eine Beratung, ein Seminar oder eine Moderation am besten eignet, hängt unter anderem von der Art der Fragestellung, der Größe der Gruppe, den Vorerfahrungen mit Ethik und der Organisationskultur ab. Deshalb erstellen wir jeweils ein maßgeschneidertes Konzept zur inhaltlichen Ausgestaltung und strukturellen Umsetzung.

Wie das eingangs erwähnte Gespräch ausgegangen ist? Nun, mehrere Rollenspiele mit derselben Ausgangskonstellation führen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Das ist auch gut so. Denn auch im Alltag verläuft jeder Entscheidungsfindungsprozess anders: Das Ergebnis hängt davon ab, welche Aspekte in dem Gespräch zusammengetragen werden und wie die Runde ethische Argumente gewichtet. Entscheidend ist nicht, ob in einer ähnlichen Situation genauso entschieden wurde, sondern dass das Ergebnis zu der Person passt, um die es geht.

Dr. theol. Mechthild Herberhold, Altena; 2005 Gründung von »Ethik konkret« (www.ethik-konkret.de), zertifiziert als Ethikberaterin, Koordinatorin und Trainerin für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM).

Praxishilfen und Publikationen

Neuerscheinungen Ethik und Medizin

Ethik und die Möglichkeiten der Medizin ist derzeit ein leidenschaftlich diskutiertes Thema. Entsprechend ist Ende 2014/Anfang 2015 eine Vielzahl von Publikationen erschienen, die sich mit dieser Frage beschäftigt. Der Mensch scheint mit seinen Techniken an einer Grenze zu stehen oder sie schon überschritten zu haben. Die Sorge um eine Frankensteinisierung, die Mediziner/-innen zu Herrschenden über Leben und Tod machen, wird vor allem von der Bio- und Fortpflanzungsmedizin befeuert. So schreibt Joachim Müller-Jung in seinem nachdenklichen Buch



Das Ende der Krankheit. Die neuen Versprechen der Medizin von der einer unfassbaren Vehemenz, mit der die biomedizinische Welle auf die Gesellschaft zurollt. Der Autor

weist in diesem gut lesbaren und gut informierten Buch darauf hin, dass es immer Aufgabe und Pflicht der Medizin sei, Schmerzen und Leid zu verringern, und dass die medizinische Forschung dies in den letzten Jahrzehnten erfolgreich getan habe. Der FAZ-Journalist fragt darum nicht zu Unrecht: »Sollten wir uns darüber empören, wenn komplett gelähmte Menschen inzwischen mit Maschinen und Computerhilfe Kunstgliedmaßen bedienen und sich so selbst einen Kaffee einschenken können?« (S. 268). Er beschreibt in seinem bei Hanser erschienenen Buch (2014, 296 S., 19,90 Euro) die vielen neuen Möglichkeiten der »Human-

techniker«, kritisiert den unbedachten Umgang mit den Techniken sowie den Einfluss von Lobbyisten/-innen und der medizinischen Großindustrie.

Weitere Neuerscheinungen, die für ein breites Publikum gedacht sind und auf gut informierter Basis die neuen Entwicklungen erklären und bewerten, sind die Bücher von Dietrich Grönmeyer und Giovanni Maio, die in diesem Heft rezensiert werden.

Dass sich die derzeit so diskutierten Möglichkeiten der Biomedizin nicht im rechts- und ethikfreien Raum entwickeln, zeigt das umfangreiche **Hand-**



buch Ethik und Recht der Forschung am Menschen

(Springer 2014, 675 S., 99,90 Euro). Auf 675 Seiten werden 111 Stichwörter gegliedert nach »Art der Studie«,

»Zentrale ethische und rechtliche Fragen«, »Patientengruppen«, »Forschungsbereiche« und »Dokumente und Institutionen« aus rechtlicher und ethischer Sicht von Fachleuten diskutiert. Es finden sich Artikel zu »Nebenwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkung« ebenso wie über »Menschenwürde« oder »Autonomie und Selbstbestimmung«. Der lexikalische Charakter macht das Handbuch zu einer seriösen Quelle der rechtlichen und ethischen Normen in der medizinischen Forschung. Das Buch verdeutlicht, wie intensiv man sich in Deutschland mit rechtlichen Bestimmungen, Verfahrensregeln und moralischen Standards um eine Bewertung und Regelung in diesem Bereich bemüht.

Einen ähnlichen Weg geht das bei Nomos erschienene Buch des evangeli-

schen Theologen Stephan Schleissing **Ethik und Recht in der Fortpflanzungsmedizin** (Nomos Verlag, 117 S., 28,00 Euro). Die Arbeit versteht sich als eine »Studie«, in der Methoden und wichtige Parameter wie das Kindeswohl aus rechtlicher und ethischer Frage analysiert werden – als Ergebnis eines Diskussionsprozesses am Institut für Technik-Theologie-Naturwissenschaften und der Ludwig-Maximilian-Universität München. Bei der Lektüre wird deutlich, dass es kaum einfache Lösungen zwischen dem Kindeswunsch, dem Machbaren, sozialen Folgen und ethisch-rechtlicher Akzeptanz gibt.

Ethische Fragen spielen auch in der Debatte um Abtreibung eine zentrale Rolle. Der neue Reader von Ulrike Busch und Daphne Hahn (Hg.) **Abtreibung. Diskurse und Tendenzen** bei transcript (2015, 330 S., 13,99 Euro) will laut Vorwort »das Thema in seinen vielfältigen Facetten aus einer Perspektive betrachten, die vom Menschenrecht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung ausgeht«.

Eine andere Sicht bietet das Buch **Ethik in der Medizin aus Patientensicht. Perspektivwechsel im Gesundheitswesen** (Peter Lang 2014, 259 S., 56,95 Euro). Die Publikation von Inken Emrich, Leyla Fröhlich-Güzelsoy und Andreas Frewer (Hg.) dokumentiert die Ergebnisse des Forschungsprojekts »Klinische Ethik und Patientenperspektive« der Professur für Ethik in der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg, bei der verschiedene Studien und Erfahrungen der Patientenführsprecher/-innen analysiert wurden. Das Buch besteht aus voneinander unabhängigen Aufsätzen rund um das Thema, wobei ein Artikel eine statistische Detailanalyse der groß angelegten Patientenbefragung (2005–2010) des Picker-Instituts Deutschland wiedergibt. Katja Stahl und Merle Riechmann betrachten darin Fragen der Selbstbestimmung und des Vertrauens im Krankenhaus. Demnach konnten die Zahlen nicht bestätigen, dass die meisten Patienten/-innen keine Mitbestimmung bei ärztlichen Entscheidungen wünschen. Die im

Krankenhaus tätigen Mitarbeitenden müssen den Ergebnissen der Studie zufolge »in die Lage versetzt werden, ein Klima zu schaffen, in dem sowohl gemeinsame als auch stellvertretende Entscheidungsfindungsprozesse möglich sind« (S. 95).

Die Interessen der Patienten/-innen nimmt auch die Neuerscheinung von Clemens Eickhoff (Campus Verlag 2014, 234 S., 39,90 Euro) in den Blick: **Patientenwille am Lebensende? Ethische Entscheidungskonflikte im klinischen Kontext.** Selbst eine schriftliche »Patientenverfügung« reicht bei Patienten/-innen, die nicht mehr selber entscheidungsfähig sind, oft nicht aus oder führt zu nicht adäquaten Verfahren, wie etwa zu Therapieabbrüchen, obwohl eine Heilung noch möglich gewesen wäre. Selbst die Unterstützung einer Ethikkommission kann zu falschen Ergebnissen führen. Die tatsächlich eingetretene Situation ist meist nicht mit den Texten der Verfügung zu bewerten. Andere Entscheidungshilfen wie z.B. der mutmaßliche Wille, das Konzept des »substituted judgement«, bei dem überlegt wird, wie der Patient/die Patientin als gesunder und vernünftiger Mensch wohl entschieden hätte, oder die Bevollmächtigung wird in diesem Buch eingehend diskutiert. Lesenswert sind die philosophische Diskussion der einzelnen Wege zur Entscheidungsfindung sowie die vielen Fallbeispiele. Es sind eben immer Einzelfälle und menschliche Schicksale, bei denen kaum allgemeine Kriterien anwendbar sind.

Für die katholische Kirche ist Ethik in der Medizin ein besonders herausforderndes Thema, da die Grundlagen des Menschenbildes berührt werden. Der Band **Würde bis zuletzt. Medizinische, pflegerische und ethische Herausforderungen am Lebensende** (Grünwald 2014, 160 S., 17,99 Euro) von Heribert Niederschlag und Ingo Proft (Hg.) doku-

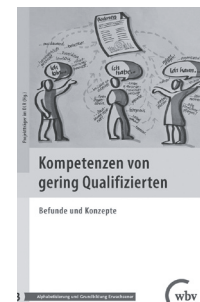
mentiert die Beiträge einer interdisziplinären Tagung des Ethik Instituts Vallen- dar und der Katholischen Ärztearbeit Deutschlands. Die Beiträge machen deutlich, wie wichtig das vom christlichen Menschenbild geprägte Verständnis von Menschenwürde im Umgang mit Sterbenden und Todkranken ist. Gerade in Fragen der Biowissenschaft hat sich die katholische Kirche in den letzten Jahren zur Wort gemeldet. Betrachtet man im katholischen Sinne den Lebensschutz als universelle Norm, dann sind alle Techniken, die mit humanen Stammzellen, Embryonen und entsprechenden diagnostischen Verfahren wie z.B. die Präimplantationsdiagnostik verfahren, diskussionswürdig. In dem Buch **Biowissenschaften und Lebensschutz. Wissenschaft und Kirche im Dialog** (Herder Verlag, 305 S., 24,99 Euro, Herausgeber ist Norbert Arnold von der Konrad-Ade- nauer-Stiftung) kommen bekannte Autoren wie Eberhard Schockenhoff oder Dietmar Mieth zu Wort.

Kritisch mit der offiziellen Lehrmeinung der Kirche geht Wolfgang Oberndorfer in seinem Buch **Petrusamt und Petrischale. Eine Brücke zwischen katholischer Lehre und Lebensrealität im 21. Jahrhundert** (Wagner Verlag, 225 S., 18 Euro) um. Oberndorfer setzt sich darin mit der offiziellen Lehrmeinung der katholischen Kirche, wie sie zum Beispiel im Katechismus niedergelegt ist, auseinander. Dabei weitet er den Fokus auch auf umliegende Themen, wie etwa Homosexualität und konfrontiert die Lesenden mit oftmals fundamentalistischen Ansichten der katholischen Kirche, die in der Debatte um Menschenwürde und Bioethik nicht immer zum Vorschein kommen. Hinzu kommen der in der Kirche weit verbreitete Glaube an Wunder(heilung) oder an Engel und Teufel. Der Autor versucht, die Aussagen der Kirche in eine moderne Fassung zu übertragen

und kritisch zu hinterfragen, indem er z.B. Jesus als Mensch der heutigen Zeit fiktiv zu Wort kommen lässt.

Aktuelle Fachbücher

Lebenslanges Lernen als Erziehungswissenschaft ist als Festschrift zum 60. Geburtstag von Dieter Nittel im W. Bertelsmann Verlag erschienen (2015, 264 S., 39,90 Euro). Darin werden Forschungsfragen von ehemaligen Promovenden/-innen von Nittel gestellt und bearbeitet. Im selben Verlag wurden jetzt ausgewählte aktuelle Ergebnisse zu den Kompetenzen Geringqualifizierter und zu neuen



Ansätzen der Vermittlung und Anerkennung von Wissen veröffentlicht (**Kompetenzen von gering Qualifizierten. Befunde und Konzepte**, Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V., 2014, 223 S., 34,90 Euro).

Um Organisationsveränderungen in Volkshochschulen geht es in dem Band von Marcus Schäfer (**Organisationsveränderungen zwischen Befreiung und Zumutung. Eine Studie zum Strukturwandel an Volkshochschulen aus Mitarbeitersicht**, 2014, 281 S. 39,99 Euro).

Joachim Knoll und Klaus Künzel gehen in ihrem neuen Buch **Von der Nationalerziehung zur Weiterbildung: 150 Jahre Erwachsenenbildung im Spiegel ausgewählter Forschungsfragen** (Böhlau Verlag 2014, 280 S., 99,90 Euro) historischen Fragen nach, und eine europäische Perspektive nimmt die Veröffentlichung **Lernen regierbar machen. Eine diskursanalytische Perspektive auf Beiträge der Europäischen Union zum Lebenslangen Lernen** ein (Springer VS 2015, 196 S., 34,99 Euro). Sebastian Rausch beschäftigt sich hier mit den Rahmenbedingungen, mit denen Praxis und Wissenschaft der Erwachsenenbildung konfrontiert sind bzw. die sie mitgestalten sollen.

Michael Sommer

Internetrecherche

Teufel in Weiß

Unsere heutigen Standards der Ethik in der Medizin, das Ringen um Fragen der Menschenwürde und des Patientenschutzes in der aktuellen Intensität wären kaum denkbar ohne das Wissen um das ungehemmte Morden im Nationalsozialismus. Ärzte/-innen, Pflegepersonal und Psychiater/-innen, eigentlich der Gesundheit und dem Wohl der Menschen verpflichtet, sind zu Massenmördern/-innen geworden.

Die erste größere Vernichtungsaktion von psychisch Kranken (und denen, die dazu erklärt wurden) ist für Stralsund dokumentiert (www.ns-eugenik.de). Da Kasernen für den gerade begonnenen Krieg gesucht wurden, ordnete Gauleiter Franz Schwede-Coburg 1939 an, die Stralsunder Heil- und Pflegeanstalt zu räumen und der Waffen-SS zu übergeben. Die rund 1.200 Patienten/-innen wurden von der »SS-Wachsturmbann Eimann« im Wald von Piaśnica in der Nähe von Danzig erschossen – jener Ort, wo die Deutschen nach dem Einmarsch in Polen rund 14.000 Menschen, meist die polnische Elite aus der Region, umgebracht haben (beschreiber.de/der-totenwald). SS-Mann Kurt Eimann lebte übrigens nach dem Krieg unbehelligt als Kaufmann in der Nähe von Hannover. Erst im Dezember 1968 wurde er wegen gemeinschaftlichen Mordes zu vier Jahren Haft verurteilt und zwei Jahre später aus der Haft entlassen. Die Seite wider-des-vergessens.org verfügt über eine umfangreiche Täterdatenbank, die auch Eimann auflistet.

Aktion T4

Im Zug der Rassenpolitik und dem »Gesetz zur Verhütung von erbkranken Nachwuchs von 1933« setzten die Nazis eine beispiellose Ermordungswelle von rund 300.000 Menschen in Gang. Hinzu kamen Hunderttausende Zwangssterilisationen. Bekannt ist die »Aktion T4«, die systematische Massentötung von psychisch Kranken vorsah. Ein Jahr

nach Beginn wurde die Aktion T4 aufgrund von Protesten auch vonseiten der katholischen Kirche, insbesondere von Bischof Clemens August Graf von Galen, offiziell eingestellt, aber heimlich weitergeführt.

Widerstand kam auch aus katholischen Anstalten wie z.B. Maria Hilf in Gangelt und St. Josef in Düsseldorf-Unterrath. An den Zwangssterilisierungen verweigerte die katholische im Gegensatz zur evangelischen Kirche ihre Beteiligung (www.rheinische-geschichte.lvr.de).

Die Homepage www.gedenkort-t4.eu dokumentiert in besonders beeindruckender Weise das Schicksal einzelner, namentlich genannter Opfer. Viele Familien haben erst in jüngster Zeit erfahren, dass die oft verschwiegenen, psychisch beeinträchtigten Angehörigen aus dieser Zeit Opfer des Euthanasie-Programmes waren. Die Seite www.iaapa.org.il/46024/claims_list_D führt übrigens alle Opfer deutscher Ärzte auf (soweit bekannt).

Orte der Morde im Rahmen der Aktion T4 waren Krankenhäuser, in denen die Opfer entweder durch Spritzen, Gas oder Verhungernlassen getötet wurden. Täter waren das normale Pflegepersonal und Ärzte/-innen. Dazu gehörte zum Beispiel Dr. Hildegard Wernicke, die in der Klinik für Psychisch- und Nervenranke Meseritz-Obrawalde die Tötungen vornahm und nach dem Krieg in Berlin-Moabit zum Tode verurteilt und hingerichtet wurde. Das Krankenhaus existiert heute noch in Polen und informiert sehr detailliert auf seiner Homepage auch auf Deutsch über diese schreckliche Phase seiner Geschichte (www.dwr.org.pl/eugenika/index.php?lang=de). Die Seite berichtet auch, dass ein Anstaltsleiter sich weigerte, die Patienten/-innen umzubringen. Der Arzt blieb unbehelligt. Ein anderer, Dr. Adolf Wahlmann, hat in der Todesanstalt Hadamar mindestens 900 Menschen ermordet. Er wurde dafür nach dem Krieg erst zum Tode, dann zu lebenslanger Haft verurteilt (Original-Prozessakten: www.deutsche-digitale-bibliothek.de) und schon 1953 begnadigt (www.gedenkstaette-hadamar.de). Viele Täter/-innen blieben gänzlich unbehelligt, wie der Spiegel noch 1988 beklagte



NS-Propaganda

www.rheinische-geschichte.lvr.de

(»Die Möder sind noch unter uns«, www.spiegel.de/spiegel/print/d-13529152.html). Mediziner wie der KZ-Arzt Mengele haben, wie der Spiegel ausführlich beschreibt, ohne jede Skrupel bei den Naziverbrechen mehr noch als andere Bevölkerungsgruppen mitgemacht und sind nach dem Krieg kaum belangt worden.

Bei der Internetrecherche bleiben einem auch die schlimmsten und grausamsten Taten nicht erspart, wie etwa die Ermordung von 86 Juden im KZ Natzweiler-Struthof auf Veranlassung des Anatomieprofessors August Hirt, der Skelette für seine Anatomiesammlung haben wollte. Die Homepage gibt die Lebensgeschichte aller Opfer und Täter wieder, dokumentiert die Zeugenaussagen und den Verbleib der Täter, die meist ohne Probleme weiter wissenschaftlich und medizinisch arbeiten durften (www.die-namen-der-nummern.de). Es wird zudem berichtet, dass so manches anatomisches Präparat der Opfer noch bis in die 80er Jahre genutzt wurden, z.B. in der Wiener Anstalt »Am Steinhof«, wo 7.500 psychisch Kranke und Behinderte ermordet wurden (<http://gedenkstaettesteinhof.at>). Erst 2012 erkannte die deutsche Ärzteschaft in der »Nürnberger Erklärung« ihre Täterschaft an und entschuldigte sich bei den Opfern (www.bundesaerztekammer.de/downloads/115daet2012_nuernbergererklaerung.pdf).

Michael Sommer

Rezensionen

Medizinethik

Giovanni Maio

Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit

TRIAS (Stuttgart) 2014, 224 S., 14,65 Euro



Der Autor Giovanni Maio ist als Professor für Medizinethik (Freiburg) und Arzt ein gefragter Experte, wenn es um Fragen von Grenzen und Möglichkeiten der Medizin geht. Seine neueste Publikation »Medizin ohne Maß« zeigt ihn als nachdenkliche und mahnende Stimme, das medizinische Handeln nicht nur dem Prinzip der Machbarkeit zu unterwerfen.

Stattdessen solle, so sagt es schon der Untertitel, eine »Ethik der Besonnenheit« Raum greifen. Maio fächert in einem essayistischen Schreibstil verschiedene Konfliktfelder auf, in denen sich ethisches Handeln in der Medizin besonders offenbart: Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik, »Human Enhancement« als Körroptimierung, Organspende sowie Altern und Sterben. Zur Diskussion kommen aktuelle Themen wie z.B. das »Social Egg Freezing« oder die Debatte um die Sterbehilfe. Grundlage seiner Betrachtungen ist die Idee eines ethischen Denkens im Sinne einer Anleitung zum guten und erfüllten Leben. Um dies zu erreichen, müsse man, so Maio, sich mit den Grenzen auseinandersetzen: »Das erfüllte Leben ist nur möglich, wenn der Mensch einen guten Umgang mit der Grenze erlernt« (S. 15). Dadurch können die »Tiefendimensionen des Lebens« (ebd.) eröffnet werden. Den Ärzten/-innen kommen dabei eine besondere Rolle zu. Sie sind die Handelnden, und sie sind einer speziellen Ethik unterworfen, die sich im hippokratischen Eid bzw. der Genfer Deklaration als moderne Fassung ausdrückt: »Der Arzt ist letzten Endes jemand, der nicht nach Kundenwünschen, sondern nach Prinzipien handelt« (S. 62).

Maio kritisiert in seinen Diskussionen die Grundhaltung einer Medizin ohne Maß, die alles erlaubt, was technisch möglich ist. Der drängende Wunsch der Patienten/-innen und unreflektiertes Handeln von Medizinern/-innen gehen bei vielen strittigen Feldern oft eine unheilige Allianz ein, die grundlegende ethische Überlegungen außen vor lässt. Ob es nun um die Austragung oder Abtreibung von behinderten, ungeborenen Kindern geht, ob um Fortpflanzungsmedizin oder Schönheitsoperationen: Allzuoft wird nach Giovanni Maio ohne grundsätzliche Fragen nach dem Sinn der Medizin, nach dem Wert von Menschenleben, Humanität und Gerechtigkeit gefragt. Die Machbarkeit steht vielfach im Vordergrund.

In seinem Schluss-»Epilog«: »Das Glück liegt in der Einstellung zu unserer Welt« entfaltet er, was mit einer »Ethik der Besonnenheit« gemeint ist. Hier stellt er die philosophischen Wurzeln seiner Argumentation vor. Die Besonnenheit setzt Klugheit und Realitätssinn voraus, sie stellt eine Harmonie zwischen dem, was ist, und dem, was idealerweise sein könnte, her (S. 197),

sie meint die Charaktertugend der Standfestigkeit sowie der inneren Überlegenheit, und schließlich setzt die Besonnenheit einen Handlungs- und Entscheidungswillen voraus. Besonnenheit führt letztlich dazu, nicht mit Aktionismus alles Machbare anzuwenden und neue Möglichkeiten zu suchen, sondern Grenzen, das Leiden, die Unvollkommenheit zuzulassen.

Maio ist mit seiner Kritik an dem Machbarkeitswahn in der Medizin häufiger Gast in entsprechenden TV-Diskussionsrunden, er reist als Vortragender mit dieser Botschaft durch Deutschland und verbreitet sein Konzept in Büchern und Artikeln. Der vorliegenden Neuerscheinung merkt man diese Routine in der Argumentation und der Popularisierung an. Dies betrifft sowohl die Begründungsketten, die sich gerne auf allgemeine Beobachtung und Pauschalurteile beziehen, wie auch die Sprache. Typisch ist, dass er sich gerne auf »unsere Gesellschaft« oder »die Medizin« bezieht, dass er in der Charakterisierung des Ist-Zustandes auf unbewiesene Behauptungen zurückgreift, er oft von »wir müssen« oder »man sollte« spricht, wenn moralische Postulate ins Spiel kommen. Seine Argumente wirken überzeugend, aber stimmen die Grundlagen und stimmen seine Schlussfolgerungen überhaupt? Ist die Medizin wirklich der Machbarkeit verfallen oder sind dies nur einzelne, exponierte Beispiele? Ist der Alltag in den Krankenhäusern, wo ständig moralisch äußerst relevante Entscheidungen über Leben und Tod fallen, so von seiner kritisierten Grundhaltung beherrscht, alles, was möglich ist, auch umzusetzen? Wenigstens bleiben Zweifel, ob seine Diagnose so uneingeschränkt richtig ist. Leider bietet Maio auch keine Hilfen und Konzepte an, wie diese Ethik der Besonnenheit in der Realität umzusetzen ist und wie dieser Ansatz im medizinischen Handeln zu verankern wäre – zum Beispiel in der Aus- und Weiterbildung.

Michael Sommer

Gesundheitssystem

Dietrich Grönemeyer

Gesundheit! Für eine menschliche Medizin

Freiburg (Herder) 2015, 240 S., 19,99 Euro



Das neue Buch von Dietrich Grönemeyer ist glaubwürdig und überzeugend. Der Autor spricht aus seiner großen Erfahrung als Mediziner und als jemand, der über seine Grundhaltungen reflektiert und sie ehrlich mitteilt. Er schreibt so, wie ein guter Arzt handeln sollte: Er gibt alle nötigen Informationen in verständlicher Sprache, er nimmt einen freundlichen und klaren Habitus ein, der Ehrlichkeit vermuten lässt und so Vertrauen schafft. Beim Lesen des Buches denkt man sehr bald: So wünscht man sich einen Arzt! Die »menschliche Medizin«, die Grönemeyer propagiert, beruht letztendlich auf dieser Grundlage, die er mit seiner Art der Darstellung vormacht: dass alles medizinische Wissen, alle Forschung und Wissenschaft eine dienende Funktion hat. »Es

geht nicht nur ums intellektuelle Erkennen, sondern auch ums emotionale ›Kümmern‹, um die Vermittlung von Geborgenheitserfahrungen und auch darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben« (S. 93).

Grönemeyer diagnostiziert in dem Buch zunächst die Schwachstellen des Gesundheitssystems in Deutschland, die Überlastung der Pflegekräfte, die geringe Gesprächszeit, die Patienten/-innen zur Verfügung steht (7,6 Minuten Sprechzeit – Schlusslicht in einer Studie mit fünf weiteren europäischen Ländern), die wachsende Vorherrschaft der Wirtschaftlichkeit und den Kostendruck. Der Autor belässt es aber nicht bei dem Lamento, sondern er reflektiert die eigentliche Rolle des Arztes/der Ärztin, so wie er sich selbst auch in der Pflicht sieht. In diesen persönlichen Passagen hat auch Religion und Spiritualität ihren Platz. Letztlich fordert er: »Wir brauchen den philosophischen Arzt« (S. 73). Er richtet aber auch klare Forderungen an das Gesundheitssystem, insbesondere eine bessere Bezahlung von Gesprächen und Hausbesuchen (S. 102), die Anerkennung von wirksamen Therapien der alternativen Medizin. »Mensch bleiben« übertitelt Grönemeyer den ersten Teil seines Buches, den zweiten nennt er »Perspektiven gesunden Lebens«. Dort diskutiert der Radiologe verschiedene Felder, wie z.B. »Schlafen und Wachen, »Genuss und Ernährung«, »Humor und Gelassenheit« oder »Das Alter«, indem er interessante, wichtige Fakten und seine Lebens- und Handlungsempfehlungen dazu vorstellt. Gelegentlich sind wir als Leser/-innen solcher Ratschläge geneigt zu sagen: »Jaja, schon wieder werde ich belehrt, dass ich mehr Sport machen muss!« Aber Grönemeyer vermittelt sein Gesundheitskonzept in einer freundlichen weil authentischen Weise. »Gesundheit!« ist auch ein Buch der Erwachsenenbildung, das sowohl Ärzte wie Patienten zu einem menschlichen und gut informierten Umgang mit der eigenen und der Gesundheit der anderen überzeugen will.

Michael Sommer

Aktuelle Fachliteratur

Interkulturelle Bildung



Elisabeth Vanderheiden, Claude-Hélène Mayer (Hg.)

Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools

Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 2014, 714 S., 49,99 Euro

Das Handbuch von Elisabeth Vanderheiden und Claude-Hélène Mayer hat durch »Pegida« und die Terroranschlä-

ge in Paris neben seiner grundlegenden gesellschaftlichen Bedeutung eine zusätzliche hohe Aktualität erhalten. Die erhöhte Dringlichkeit einer für alle gesellschaftlichen Organisationen und Gruppierungen notwendigen Beschäftigung mit dem Thema

»Interkulturelle Öffnung« muss aufgrund von verschiedensten Konfliktlagen zwischen Menschen aus unterschiedlichsten Kulturen und »Einheimischen« kaum eigens begründet werden. Dabei geht es nicht nur darum, tolerant mit den »anderen« umzugehen, sondern um Lernen und Verstehen, um damit eine friedliche und menschenfreundliche Basis für das Zusammenleben zu ermöglichen. Das Handbuch ist dafür eine ausgezeichnete Grundlage.

Die konzeptionelle Basis des Handbuchs wird sehr stringend in den Grundlagentexten in Kapitel 2 und 3 (Interkulturelle Öffnung als Querschnittsaufgabe) entwickelt. Ausgehend von einem konstruktivistischen Verständnis von Kultur wird interkulturelle Öffnung als ein Diskursprozess verstanden, der für alle Formen der Organisations- und Personalentwicklung unverzichtbar erscheint. Damit wird der Rahmen abgesteckt und eine inhaltliche Struktur für die Darstellung interkultureller Öffnungsprozesse der einzelnen Bereiche vorgegeben, angefangen von Politik und Parteien bis hin zum Sport. Neben einer Situationsanalyse am Anfang der Einzelbeiträge werden die wichtigsten Kriterien und Erfordernisse für eine Intensivierung und Weiterentwicklung einer interkulturellen Öffnung dargestellt. Aufgrund des aufgezeigten Handlungsbedarfs werden Verfahrensschritte vorgeschlagen, die sich bereits bewährt haben. Besonders hervorzuheben ist, dass auf die Präzisierung der verwendeten Begrifflichkeit geachtet wurde. So wird der Facettenreichtum von »Kultur« dargestellt und damit die Grundlage für die Anwendung eines Diversity-Konzeptes gelegt. Auch das Thema interkulturelle Kompetenz wird in vielen Beiträgen als zentrale Aufgabe von Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen angesprochen, die interkulturelle Öffnungsprozesse anstreben. Für einen schnellen Überblick, was in einzelnen Beiträgen behandelt wird und zu erwarten ist, sind die Einleitungen und Zusammenfassungen am Schluss eine sehr nützliche Hilfe.

Im umfangreichen Mittelteil der Werke (S. 445–582) werden zu den einzelnen Themenbereichen Best-Practice-Beispiele dargestellt. Sie motivieren dazu, selbst initiativ zu werden und Ähnliches zu versuchen. Zu jedem Themenbereich finden sich mehrere Praxisbeispiele von Veranstaltungen, die einen großen Ideenreichtum zeigen.

Im letzten Teil des Handbuchs wird ein umfangreicher »Werkzeugkasten« mit methodischen Hilfen bereitgestellt, der für die Gestaltung und Durchführung von interkulturellen Öffnungsprozessen unerlässlich ist. Die auf mehr als 100 Seiten beschriebenen Tools sind eine reiche Fundgrube mit sehr kreativen und unterschiedlichsten gestalterischen Elementen. Nicht nur vom Umfang her kann dieser Teil des Handbuchs als eigenes Methodenbuch gelten, in dem die Methodenvielfalt sehr überzeugend für die Durchführung von interkulturellen Prozessen adaptiert wurde. Auch für diesen Teil des Werkes sind die einzelnen »Werkzeuge« nach genauen Kategorien geordnet, was den Anwendern sehr zugute kommt.

Die Themen und Inhalte sowie das transparente konzeptionelle Profil der einzelnen Beiträge im Handbuch sprechen alle Personengruppen an, die sich theoretisch und praktisch mit interkultureller Öffnung beschäftigen wollen. Leitungspersonen

in Organisationen und Betrieben, Beratende, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Weiterbildung, Studierende, politisch Interessierte werden mit viel Gewinn im Handbuch lesen und viele wichtige Informationen und Anregungen für die eigene Praxis finden können. Alle Gruppen in der Gesellschaft können von der Lektüre dieses Werkes profitieren, da in ihm gesellschaftliche Transformationsprozesse behandelt werden, die von allen Bürgerinnen und Bürgern in ihrem eigenen Verantwortungsbereich mitgestaltet werden können.

Die Einzigartigkeit des Werkes neben den bereits geschilderten Vorzügen ist, dass es alles, was man für die Beschäftigung mit Fragen der interkulturellen Öffnung an Informationen und praktischen Hilfen braucht, in dieser Publikation zu finden ist. In dieser Hinsicht dürfte das Buch einmalig sein.

Für alle, die in der Weiterbildung/Erwachsenenbildung tätig sind, sollte es eine Pflichtlektüre sein, ein wichtiges Nachschlagewerk, das für alle Fragen im Zusammenhang von interkultureller Kompetenz unverzichtbar ist. »Interkulturelle Bildung«, so diffus dieser Begriff auch klingen mag, wird zunehmend mehr zum Profil gesellschaftsbezogener Bildungsarbeit werden.

Die hohe Informationsqualität, der Facettenreichtum der aufgezeigten Perspektiven und Aufgaben, die leserfreundliche Darstellungsweise und vor allem auch die beiden umfangreichen Praxisteile mit Best Practice und Tools des Werkes haben einen Nutzer/-innenkreis mehr als verdient. Die akribische Arbeit der beiden Herausgeberinnen und ihr klares Konzept verleihen dem Werk eine hohe Qualität, sodass man es gerne öfters zur Hand nehmen wird.

Hermann Josef Heinz

Grundlagen der Erwachsenenbildung

Jörg Dinkelaker, Aiga von Hippel

Erwachsenenbildung in Grundbegriffen

Stuttgart (Kohlhammer) 2014, 296 S., 34,99 Euro



Ein Fachgebiet über »Grundbegriffe« zu erschließen ist ein willkommener Ansatz vor allem für Interessierte, die sich einem Bereich annähern wollen oder die eine grundlegende Orientierung suchen. Die Wurzeln offenzulegen und sich nicht in detaillierte, zeitbezogene Fragen und Diskussionen zu verzetteln – das sind die Erwartungen, die sich an ein solches Buch richten. Den Lesern/-innen wird zu Beginn eine umfangreiche Begründung für die Konstruktion des Buches gegeben, und ausführlich werden (etwas langatmig und eigentlich überflüssig) die einzelnen Beiträge kurz dargestellt.

Dinkelaker und von Hippel ordnen die Begriffe in fünf Kapitel, und unterschiedliche Autoren/-innen, meist bekannte Namen aus der wissenschaftlichen Erwachsenenbildungsszene, haben die jeweiligen Begriffsdarstellungen übernommen. Wie der Titel

des Buches nahelegt, sind die ausgewählten Schlagwörter von sehr basaler Art: »Bildung« oder »Lernen« gehören ebenso dazu wie »Subjekt« oder »Beruf«. Jede Abhandlung ist rund acht bis zehn Seiten lang und nach einem Muster von sechs Abschnitten, von einer grundlegenden Einführung bis zum Ausblick, gegliedert.

Als Leser/-in gewinnt man bei den meisten Artikeln einen guten Einblick in das jeweilige Thema. Dabei vermeiden es manche Autoren/-innen spürbar, konkrete und aktuelle Zahlen oder Strukturen zu beschreiben, wie etwa der Text über »Weiterbildungsorganisationen« von Karin Dollhausen und Josef Schrader. »Lernorte« (Karin Kraus) werden in dem entsprechenden Beitrag zwar genannt und in einen theoretischen und historischen Zusammenhang gestellt, aber eine genaue Darstellung, welche Lernorte etwa wann von wem genutzt werden, wie sie gefördert werden (oder nicht) oder welche Tendenzen es gibt, fehlen. Eine Darstellung unterschiedlicher Bildungsanbieter mit entsprechenden Daten und Entwicklungen findet sich hier nicht. Andere Texte, wie etwa »Weiterbildungspolitik« (Peter Faulstich/Erik Haberzeth), bringen detaillierte Zahlen, sind aber in der Gefahr, von der Zeit überholt zu werden. In diesem Text wird z.B. noch das EU-Programm »Lebenslanges Lernen« beschrieben statt das vor einem Jahr initialisierte Nachfolgeprogramm »Erasmus+«.

Durch die Entscheidung, dass verschiedene Autoren/-innen die Beiträge übernehmen, ist auf der einen Seite eine große Sach- und Fachkunde gesichert. Auf der anderen Seite ist trotz aller Bemühungen um Einheitlichkeit eine unterschiedliche Vorgehensart spürbar.

Die Auswahl der Begriffe in so einem lexikalisch aufgebauten Buch ist eine weitere kritische Frage. Es ist sicherlich zulässig, dass die Herausgebenden aus ihrer Perspektive eine Auswahl treffen, allein um das Vorhaben zu beschränken und zu pointieren. Aber die Frage muss erlaubt sein, warum viele Bereiche, die heute überall diskutiert werden, nicht bearbeitet werden. Ganz fehlt zum Beispiel eine Auseinandersetzung mit dem Internet (das Wort erscheint nicht einmal als Begriff im Schlagwortverzeichnis), mit Benachteiligten und Bildungsfernen, mit Alphabetisierung oder Gender. Einzelne Zielgruppen werden ebenso wenig genannt wie Themen, die in der Erwachsenenbildung bearbeitet werden. Wenigstens hätte der Begriff »Politische Bildung« behandelt werden sollen. Etwas störend ist auch, dass in einem Beitrag nur von »Erwachsenenbildung«, in dem anderen von »Weiterbildung«, »Weiterbildung/Erwachsenenbildung« oder »EB/WB« gesprochen wird, dass zu Beginn gesagt wird, man wolle aus Gründen der Lesbarkeit darauf verzichten, die männliche und weibliche Form durchgehend zu verwenden – dann aber doch ganz unterschiedlich damit umgeht (etwa mit dem störenden Binnen-I bei »AdressatInnen« direkt als Überschrift im ersten Kapitel). Bei manchen Texten (»Beraten«) taucht diese »Gender-Fußnote« plötzlich wieder auf.

Dennoch, trotz der Schwierigkeiten mit der formalen Kohärenz und der Begriffsauswahl lohnt sich das Buch, weil es für viele bedeutsame Felder verlässliche und tiefgreifende Informationen bietet.

Michael Sommer

Bourdieu

Hans-Peter Müller

Pierre Bourdieu: Eine systematische Einführung

Berlin (Suhrkamp) 2014, 372 S., 18 Euro

Nach der Einführung in Leben und Werk Pierre Bourdieus (1930–2002) folgen zwei Hauptkapitel »Der analytische Baukasten« und »Die empirischen Studien«. Das zweite Kapitel ist annähernd fünfmal so lang wie das erste. Der analytische Baukasten wird in vier Kapiteln kurz und prägnant vorgestellt. Den Hauptteil bilden die sechs Kapitel mit der Analyse der Studien. Im Anhang befindet sich ein detailliertes Literaturverzeichnis, eine hilfreiche Zeittafel sowie ein Namens- und ein Sachregister.

Der Autor will zusammen mit seinen Studenten/-innen eine möglichst dichte Einführung in das Denken und Arbeiten des international bekannten französischen Soziologen geben. Das Werk ist systematisch aufgebaut und auch für »Nichtexperten« gut verständlich. Die Studie füllt eine bislang vorhandene Publikationslücke aus und wird daher die erhoffte Beachtung finden. Besonders hilfreich bei der Lektüre sind die Übersichten, Zusammenfassungen und tabellarische Darstellungen an wichtigen Knotenpunkten der Werkinterpretation. Bei einer Neuauflage des Buches sollten noch weitere solche Interpretationshilfen eingeplant werden. Die systematische Einführung in das Opus von Pierre Bourdieu erforderte die Durcharbeitung von insgesamt 17 Büchern. Im Internet wurden 2009 insgesamt 1.800 Veröffentlichungen erwähnt, und bis zum Jahr 2008 waren 347 von Bourdieus Werken in 14 Sprachen und 42 Ländern übersetzt worden. Die Systematisierung erfolgte auf der Basis der gründlichen Lektüre, Klassifizierung, Einordnung und der Herstellung von inhaltlichen Beziehungszusammenhängen. Dazu kommt noch die Einbindung in die umfassende Sekundärliteratur. Die zusammenfassende Würdigung der systematischen Einführung erlaubt nur exemplarische und punktuelle Hinweise auf ausgewählte Sachverhalte.

Das zentrale Ziel der Gesellschaftstheorie Bourdieus besteht darin, die Produktion und Reproduktion des sozialen Lebens zu verstehen und die Mechanismen zu entdecken, die dabei wirksam sind. Zwei Fragen treiben dabei Bourdieu um: Wie kann man eine Ökonomie der »Praxis« entwickeln, die dem praktischen Sinn der Akteure und der »praktischen Vernunft der sozialen Welt« Rechnung trägt? Er fragt noch grundsätzlicher: Wie entwirft man eine Theorie der sozialen Welt, die deren eigene Grundlagen und die Mechanismen ihrer Aufrechterhaltung enthüllt? Kennzeichnend ist seine »praxeologische Erkenntnistheorie«. Bourdieu arbeitet seine »praxeologische Grundformel« in mehreren Etappen aus. Er beginnt mit der »kabyllischen Gesellschaft in Algerien« und schreitet fort zum modernen Frankreich, d.h., er geht von der archaischen Kulturgemeinschaft aus und gelangt schließlich zu einer kapitalistischen Konsumgesellschaft. Entscheidend für Bourdieus Grundformel »Struktur, Habitus und Praxis« ist das »soziale Feld«. Der Feldbegriff hat viele Facetten und stammt eigentlich aus der theoretischen Physik. Es war wahrscheinlich Ernst Gassirer (Philosoph), der diesen zentralen Begriff aus den Naturwissenschaften in die Geistes- und Sozialwissenschaften

übertragen hat. Die Feldtheorie spielt in Verbindung mit den Substanz- und Funktionsbegriffen bei Kurt Lewin (1961) eine maßgebliche Rolle. Bourdieu hat die Dynamik der sozialen Felder in zehn Punkten festgehalten. Die Feldanalyse gehört bei Bourdieu zum »analytischen Baukasten« und hat daher eine zentrale Aufgabe. Er vertritt einen »kultur- und bildungssoziologischen Ansatz«. Einer seiner oft zitierten Kernsätze lautet: »Die Macht der Schule ist eine Schule der Macht.« Die ausführlich beantwortete Schlüsselfrage ist: Wer erwirbt wie und warum welche Bildungsqualifikationen und in welcher Höhe? Darüber hinaus geht es um Bildung als Institution! Zwei Werke Bourdieus werden in der Fachwelt als besonders herausragend erwähnt: »Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft« (Suhrkamp 1982) und »Die Regeln der Kunst«, weil sie kennzeichnend sind für die »Klassen- und Feldanalyse«. Als sein persönlichstes Buch kann man »Homo academicus« (Suhrkamp 1988) bezeichnen. In Anlehnung an S. Freuds Psychoanalyse nimmt Bourdieu eine »Sozioanalyse der französischen Universität« vor. In einer Zwischenbilanz kann festgestellt werden, dass Bourdieus Gesellschaftstheorie ihre eindeutigen Stärken in der Soziologie der Bildung und Ungleichheit, der Klassen und Lebensstile, der Kultur im Allgemeinen und der Literatur im Besonderen hat. Herausragend sind seine Feldanalysen zu Klassen und Lebensstilen und zu Kunst und Literatur. Bourdieu kann in seinen Analysen zeigen, wie »Wissen und Bildungskapital, also Kultur«, geradezu notwendig für politische Partizipation sind. Nach Bourdieus Meinung ist die »Todsünde des Intellektuellen« die Verwechslung von gesellschaftlicher Verantwortung und individueller Selbstdarstellungssucht. Diese Todsünde kann ins Verderben führen! Pierre Bourdieu sieht eine der größten Gefahren in der Dynamik der »Höllmaschine«. Er meint damit den »neoliberalen Kapitalismus«, der die institutionell differenzierten und autonomen Felder von innen heraus zerstören kann!

Gottfried Kleinschmidt

TTIP



Harald Klimenta,
Andreas Fisahn u.a.

Die Freihandelsfalle. Transatlantische Industriepolitik ohne Bürgerbeteiligung – das TTIP

Hamburg (VSA) 2014, 126 S., 9 Euro

Das Transatlantische Handels- und Investitionsabkommen – kurz TTIP – bewegt seit einiger Zeit die Gemüter, nicht nur der Fachleute, sondern auch breiter Kreise der Bevölkerung in den

Mitgliedsländern der EU. ATTAC Deutschland hat in seiner Reihe BasisTexte Ende 2014 ein Bändchen vorgelegt, das in knapper, übersichtlicher Form die wichtigsten Kritikpunkte der hiesigen Protestbewegung vorstellt und um Stimmen aus der US-amerikanischen Protestszene ergänzt. 18 Experten aus Wissenschaft und Medien sowie politische Aktivisten aus Nichtregierungsorga-

nisationen – von BUND über Oxfam und Brot für die Welt bis zu ver.di und dem Wissenschaftlichen Beirat von ATTAC – haben an dem Buch mitgewirkt, das eine erste Orientierung zu der umstrittenen und im Blick auf ihre Realisierung immer noch unsicheren Verhandlungsmaterie bietet.

Die schwierige Materie, über die wegen der geheimen Verhandlungen teils nur Vermutungen angestellt werden können, wird hier in vier Kapiteln aufgeschlüsselt. Das erste Kapitel thematisiert das grundsätzliche Verständnis von Handelspolitik – im Rahmen der EU, der WTO und jetzt eben eines europäisch-amerikanischen Aushandlungsprozesses. Das zweite Kapitel handelt davon, wie Umwelt- und Verbraucherschutz durch TTIP bedroht werden: Chemikalienrecht, Fracking, Landwirtschaft und Datenschutz sind die einschlägigen Beispiele. Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Investitionsschutz und hier besonders mit den Schiedsgerichten, die neben den rechtsstaatlichen Instanzen installiert werden sollen. Im vierten Kapitel gibt es dann, bevor abschließend zwei amerikanische Aktivistinnen zu Wort kommen, eine Übersicht über die staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteure in diesem kontroversen Feld.

Die Verhandlungen zwischen den USA und der EU, die für die europäischen Länder das Mandat wahrnimmt, sind natürlich im Fluss und möglicherweise im Frühjahr 2015 in ein neues Stadium getreten – wobei auch ein gänzlichliches Scheitern nicht ausgeschlossen ist. Die grundlegenden Informationen und Bedenken zur globalen Wirtschafts- und Handelspolitik, die der ATTAC-Band liefert, bleiben trotzdem von Bedeutung. Das liegt auch daran, dass die einzelnen Elemente des projektierten Abkommens gar nicht neu, sondern fester Bestandteil der bestehenden Weltwirtschaftsordnung sind. Dies betrifft etwa die umstrittenen Schiedsgerichte zum Schutz privatwirtschaftlicher Investitionen vor staatlichen Eingriffen, wie es sie bereits in Deutschland bzw. Europa gibt; in über 3.000 internationalen Abkommen wurden Konzernen hier schon weitreichende Klagerechte eingeräumt. Auch beim Freihandel oder der Aushebelung nationaler Schutzvorschriften hat der europäische Binnenmarkt zahlreiche Regelungen getroffen, die in TTIP nicht schärfer vorgesehen sind.

Damit ist auch ein zentraler Problempunkt des Protests angesprochen: Er wendet sich gegen Dinge, die es im Rahmen der EU längst gibt, die aber jetzt, wo sie in ein transatlantisches Regelwerk eingebaut werden sollen, als Überwältigung der Bürger, als neoliberale »Falle«, gelten sollen. Bebildert wird dies etwa mit niedrigeren gesundheitlichen, ökologischen oder anderen Standards, die in den USA für Produktion und Handel existieren. Nun mag dies hier und da der Fall sein (immer wieder genannt werden die Beispiele Gentechnik und Fracking), generell kann man aber nicht behaupten, dass die bisherigen EU-Regelungen – im Unterschied zu den amerikanischen Vorschriften – eine einzige Wohltat für Verbraucher/-innen oder Arbeitnehmer/-innen wären. Statt eine euronationalistische Parteinahme zu praktizieren, sollte man also lieber den Interessenlagen, die hinter dem Abkommen stehen und die auf mehr Marktmacht statt bessere Güterversorgung zielen, auf den Grund gehen. Stoff dazu bietet der schmale Band genug.

Johannes Schillo

Weiterbildungsfinanzierung

Bernd Käßpflinger, Rosemarie Klein, Erik Haberzeth (Hg.)

Weiterbildungsgutscheine. Wirkungen eines Finanzierungsmodells in vier europäischen Ländern

Bielefeld (W. Bertelsmann Verlag) 2013, 388 S., 39,90 Euro



Die Untersuchung befasst sich mit einem relativ neuen Instrument der öffentlichen Weiterbildungsfinanzierung: den »Weiterbildungsgutscheinen«. Sie haben in den letzten zehn Jahren in verschiedenen europäischen Ländern eine zunehmende Verbreitung gefunden. Die Fragen nach der Wirksamkeit und den langfristigen Effekten der Förderprogramme und der nachfrageorientierten

Förderstrategie waren für das BMBF Anlass, ein Verbundprojekt (2011–2013) zur Erforschung der »Effekte nationaler Förderprogramme der beruflichen Weiterbildung für Unternehmen und Beschäftigte im deutschsprachigen Raum« aufzulegen. Es sollte überprüfen, ob die Ziele der Programme und der Förderung erreicht werden, ob und wieweit es zu (unerwünschten) Mitnahmeeffekten kommt. Diese Evaluation sollte ein Beitrag dazu sein, dass die bildungspolitischen Akteure auch »zukünftig effektiv weiterbildungspolitisch handlungsfähig« (S. 12) sind.

Die vorliegende Veröffentlichung ist eine Gemeinschaftsarbeit von 18 Autorinnen und Autoren, die folgende Fragestellungen bearbeiteten: Wen erreichen die Förderprogramme? Wie werden sie genutzt? Werden bildungsferne Zielgruppen, Geringqualifizierte, von Exklusion Bedrohte erreicht? Welche Berufsgruppen und Branchen nutzen Weiterbildungsgutscheine? Welche Weiterbildungsthemen stehen im Vordergrund? Welches sind die Wirkungen, die intendierten Effekte der Programme und wie steht es um die nicht intendierten Effekte? Wie profitieren Betriebe, insbesondere die KMUs? Was ist bei der Einführung von Gutscheinmodellen zu beachten?

Für die Evaluation wurden vier Förderprogramme ausgewählt: der Bildungsscheck NRW und Brandenburg, der Bildungsgutschein Genf, die individuelle Weiterbildungsförderung/Voucher Südtirol sowie die Weiterbildungsförderung Wien. Überwiegend wird dabei die berufliche Weiterbildung gefördert, in Genf und Wien auch begrenzt die allgemeine Weiterbildung (S. 381).

Im Ergebnis zeigt die Untersuchung verschiedene »Anschub- und Mobilisierungseffekte« (S. 22) auf, und zwar bei Beschäftigten und Betrieben: Es werden mehr Weiterbildungen besucht. Und es werden hochpreisigere Weiterbildungen besucht, an die man subjektiv eine höhere Qualitätserwartung hat. Die eingesparten Mittel werden dafür eingesetzt (S. 135). Bei kleinem Einkommen werden Weiterbildungen frühzeitiger besucht. Vor diesem Hintergrund bewerten die Autoren den unerwünschten »Mitnahmeeffekt«, also den Ersatz von privaten durch öffentliche Mittel, als relativ gering.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis bezieht sich auf die personalen und thematischen Partizipationsmuster. Förderprogramme haben in aller Regel eine sozialdemografische Ausrichtung. Demgegenüber aber sind, so die Ergebnisse, die subjektiven Perspektiven der Zielgruppen wichtig (S. 107 ff., S. 139 ff.). Es zeigt sich, dass bei individuellem Zugang besonders Frauen Gutscheine nutzen. Erfolgt der Zugang über Betriebe, überwiegen die Männer (S. 23).

Wie kommen besonders Geringqualifizierte zu den nötigen Informationen über Gutscheinprogramme (S. 107/108)? Hier wird eine bewusster Ausgestaltung der Anspracheformen, das Bekanntmachen der Programme in der Lebenswelt und im Milieu der Zielgruppe gefordert (S. 122). Weiter wird kritisch gefragt, ob Geringqualifizierte angesichts der Förderhöhe überhaupt eine Weiterbildung, die auf dem Hintergrund der mitgebrachten (fehlenden) Voraussetzungen auf längere Zeit anzulegen ist, finanzieren können. Eine solche erfordert mehrjährige und mehrstufige Lern- und Entwicklungsprozesse, wie die Förderung in Wien zeigt (S. 157 ff.).

Im Blick auf die Themen überwiegen Sprachkurse sowie Kurse für die Gesundheits- und Sozialbranche. Sie machen zwei Drittel aller scheckfinanzierten Kurse aus. Demgegenüber ist der handwerkliche und der gewerblich-technische Bereich unterrepräsentiert. Erreicht werden, so der Befund, besonders Personen mit mittlerem Qualifikationsniveau. Besonders die Heilmittelberufberufe wie Physiotherapeuten/-innen nutzen die Gutscheine überdurchschnittlich häufig, was auch mit deren Aus- und Weiterbildungssystem in Deutschland zusammenhängt.

Insgesamt ziehen die Autoren das Fazit, dass Weiterbildungsgutscheine sich in den letzten zehn Jahren als Förderinstrument gut etabliert haben. Da die tendenziell rückläufigen ESF-Mittel eine wichtige Finanzierungsquelle sind, sei die zukünftige Entwicklung schwer zu beurteilen. Aber auch die Ausgestaltung der Gutscheine müsse grundsätzlich diskutiert werden. Die Frage sei, ob die Fokussierung öffentlicher Mittel auf Benachteiligte, Geringqualifizierte und Bildungsferne angemessen ist (S. 31) angesichts der Wissensgesellschaft, die alle einbezieht. Im Grunde gehe es jenseits der Evaluationsergebnisse um Prioritätensetzung und Wertentscheidungen im Blick auf die unterschiedlichen Weiterbildungsfunktionen: die gesellschaftspolitischen Funktion, die Arbeitsmarktfunktion und die Funktion der Persönlichkeitsentwicklung.

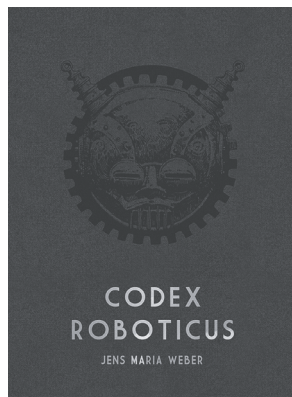
Petra Herre

Graphic Novel

Jens Maria Weber

Codex Roboticus

Berlin (Das Wilde Dutzend) 2014, 96 S., 24,90 Euro



Was ist Realität, was ist Fiktion? Das Spiel mit der Wahrheit hat in der Wissenschaft einige Tradition – immer wieder machen sich Forscher/-innen einen Spaß daraus, im Gewand seriöser Wissenschaft wunderbaren Unsinn zu verbreiten, von bisher unentdeckten Völkern bis zur wissenschaftlichen Betrachtung der Bewohner/-innen von Entenhausen. In dieser Tradition ist auch das Buch

von Jens Maria Weber zu verstehen, einem Künstler aus dem Ruhrgebiet. Er beschreibt die (höchstwahrscheinlich unwahre) Story eines Erfinders und Veterinärmediziners namens Schwenck aus Elberfeld, der nach dem 1. Weltkrieg eine autonome Maschine erfunden hat. Tagebucheinträgen, Veröffentlichungen und die Forschung eines Historikers namens »Hans-Martin Nomm« sollen die Existenz dieses mysteriösen Erfinders belegen. Das Buch ist nicht im Sinne eines Comics aufgebaut, es hat fast keine Bildserien oder Sprechblasen. Verschiedene Textpassagen (immer mit englischer Übersetzung) begleiten braun-graue Zeichnungen einer archaischen Mensch-Maschinen-Welt. Diese Bilder von skurrilen Wesen, mysteriösen Bauplänen und Traumpassagen eröffnen den Lesern und Leserinnen eine gruselige, kafkaeske Welt, einer Welt ohne Farbe und Freude – eben eine Maschinenwelt: »Wir bestimmen längst nicht mehr, wie wir leben, arbeiten und reden. Wir werden vorausbestimmt durch die Funktionsstrukturen der unser Leben immer mehr durchdringenden Maschinen und Netzwerke. Maschinen führen uns Wege, die wir selbst nicht mehr suchen, sie schlagen uns Wörter und Redewendungen vor. Ihre Möglichkeiten diktieren Politik und öffentlichen Diskurs«, heißt es im Nachwort. Die Google-Roboter sind unter uns. Ein eindrucksvolles Kunst-Buch!

Michael Sommer

Autorinnen und Autoren dieses Heftes

Prof. Dr. Dr. Matthias Beck, Universität Wien, Institut für Systematische Theologie und Theologische Ethik, Universitätsstr. 7, A-1010 Wien; Prof. Dr. Monika Bobbert, Universität Luzern, Froburgstr. 3, 6002 Luzern; Marco Bonacker, Bonifatiushaus – Haus der Weiterbildung der Diözese Fulda, Neuenberger Str. 3–5, 36041 Fulda; Dr. Mechthild Herberhold, Lennestr. 91, 58762 Altena; Dr. Thomas König, Katholische Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Im Schellenkönig 61, 70184 Stuttgart; Prof. Dr. Rupert M. Scheule, Katholisch-Theologisches Seminar a. d. Philipps-Universität Marburg, Deutschhausstr. 24, 35037 Marburg; Prof. Dr. Sonja Sailer-Pfister, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pallottistr. 3, 56179 Vallendar; Prof. Dr. Alfred Simon, Akademie für Ethik in der Medizin, Humboldtallee 36, 37073 Göttingen; Claudie Thoelen, Faberstr. 23, 20257 Hamburg; Dr. Gertrud Wolf, Comenius-Institut, Evangelische Arbeitsstelle Fernstudium, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 60528 Frankfurt; Dr. Gertrud Wolf, Comenius-Institut Evangelische Arbeitsstätte für Erziehungswissenschaft e.V., Schreiberstraße 12, 48149 Münster; Dr. Judith Wolf, Katholische Akademie Die Wolfsburg, Falkenweg 6, 45478 Mülheim/Ruhr

Digitale Zeitschriftenbibliothek für
Wissenschaft und Bildungspraxis

➔ wbv-journals.de/eb

Einfach recherchieren – bequem bestellen

- Die digitalen Ausgaben und Einzelartikel der **EB Erwachsenenbildung** stehen Ihnen zum kostenlosen Download zur Verfügung.
- Alle weiteren digitalen Artikel auf wbv-journals.de erhalten Sie zum Vorzugspreis.

Das wbv-
Fachzeitschriften-Portal:
wbv-journals.de



Hinweis:

Als Abonnent erhalten Sie ihren persönlichen Aktivierungscode 2015 mit diesem Heft.

Sollten Sie die Karte aus Versehen nicht erhalten haben, wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice unter 0521/911 01-11.

Sie sind noch kein Abonnent der EB Erwachsenenbildung?

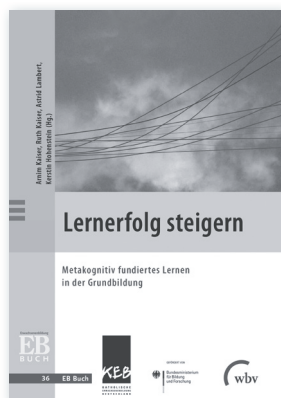
Alle Infos finden Sie unter wbv-journals.de/eb.

Grundbildung Erwachsener

Metakognitiv fundierte Bildungsarbeit fördert Selbstlernkompetenzen

Das Buch entwickelt und testet eine Neue Didaktik. Sie fundiert Lehren und Lernen metakognitiv. Im Kern basiert sie auf der Anwendung der metakognitiven Strategien Planen – Steuern – Kontrollieren. Umgesetzt werden sie mittels entsprechender Techniken wie zum Beispiel Paarweises Problemlösen oder Führen eines Lerntagebuchs. Die Wirkung der Neuen Didaktik erhöht sich weiter durch die Vermittlung exemplarischen Aufgabenwissens. Ein derartiger Zugriff auf Inhalte fördert den zunehmend selbstständigeren Umgang mit komplexen Informationen und optimiert Selbstlernkompetenz. Insgesamt steigert diese Arbeitsweise messbar den Lernerfolg der Teilnehmenden. Dabei verändern sich empirisch belegbar auch zentrale lernrelevante Persönlichkeitsfaktoren zum Positiven hin, so dass Lernblockaden abgeschwächt werden.

Diese Effekte der Neuen Didaktik ließen sich in der hier vorgestellten Wirksamkeitsstudie mekoFUN bei der Zielgruppe der Geringqualifizierten im Rückgriff auf quantitative und qualitative Daten evidenzbasiert nachweisen.



Arnim Kaiser, Ruth Kaiser, Astrid Lambert,
Kerstin Hohenstein (Hg.)

Lernerfolg steigern

Metakognitiv fundiertes Lernen in der Grundbildung

EB Buch, 36
2015, 195 S., 29,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-5528-2
Als E-Book bei wbv.de

WIR MACHEN INHALTE SICHTBAR

W. Bertelsmann Verlag 0521 91101-0 wbv.de

