

Evidenzbasierung der Pflege – ethisch betrachtet

Martin W. Schnell

■ In diesem Plenarvortrag der Heidelberger Fachtagung des DV Pflegewissenschaft im September 2003 wird der Zusammenhang von Evidenzbasierung der Pflege und ethischen Prinzipien diskutiert. Grenzen sowohl der Evidenz als auch der Ethik werden aufgezeigt und Lösungsmöglichkeiten benannt.

■ In this plenary-lecture of the Heidelberg-Congress of DV Pflegewissenschaft in september 2003 the relationship of Evidence Based Nursing and ethical principles is discussed. Limits of both concepts – evidence and ethics – are shown, possible solutions are presented.

Eine systematisch betriebene Praxis wie die Pflege basierte immer schon auf irgendeiner Art von Wissen. Indem man etwas wiederholt tut, nimmt man etwas wahr, macht Erfahrung und gewinnt praktisches Wissen, das man an andere weitergeben kann. Moderne Pflege steht im Zeichen der Qualitätssicherung, also einer ökonomischen Mangelsituation und ist reflektierte Pflege, denn sie soll nicht auf irgendeinem Wissen, sondern auf aktuellem und das heißt wohl auf aktuell gültigem Wissen beruhen. Das entscheidende Stichwort hierfür lautet *Evidence-based Nursing*. Jedes Stichwort, das wie ein Schlüsselbegriff gehandelt wird, weil es angeblich zur Lösung grundlegender Fragen beiträgt, bedingt zunächst einmal weitere Fragen.

Wenn Pflege evidenzbasiert sein soll, dann muß das Wissen, welches diese Basis darstellen könnte, Geltung besitzen. Was hat, so die erste Frage, Evidenz mit Wahrheit zu tun? Da das Wissen Resultat von Forschung sein soll und Forschung Umgang mit Menschen ist, stellt sich als zweites die Frage, welchen forschungsethischen Gesichtspunkten die entsprechende Forschung genügen soll. Daran schließt sich als drittes die Frage nach einer Ethik evidenzbasierter Entscheidungen an. Diesem Fragekomplex werde ich mich in sechs Schritten nähern. Mir geht es insgesamt nicht um einen originären Beitrag zur Forschungsmethodik, sondern um die These, daß es ethikfreie Forschung, Wahrheit und klinische Entscheidungen nicht geben kann.

Forschungsethische Prinzipien

Empirische Forschung ist kein neutrales Instrument, denn sie bewirkt an ihrem Gegenstand eine Veränderung, die ohne die Intervention nicht auftreten würde. Berühmt ist die Geschichte eines Ethnolinguisten, der nach wochenlangen Aufzeichnungen merkt, daß sein Informant und Gatekeeper ihn, den westlichen Forscher, in Habitus und Aussprache nachahmt und zwar aus Höflichkeit. Veränderungen mögen überhaupt unvermeidlich sein, sie werden aber zum Problem, wenn sie unerwünschte Nebenfolgen hervorrufen, wie etwa das Verfehlen der intendierten Wahrheit (so im Falle des Ethnolinguisten) oder aber eine Verletzung von Menschen. Die empirische Pflegeforschung möchte Erkenntnisse über pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und Pflegekräfte gewinnen. Sie ist Umgang mit Menschen und unterliegt deshalb ethischen Kriterien. Insgesamt gilt, daß forschungsethische Prinzipien vom Forscher zu berücksichtigen sind, von Ethikkommissionen überprüft und von der wissenschaftlichen Öffentlichkeit als Qualitätsmerkmal einer Forschung angesehen werden.

Zu den forschungsethischen Prinzipien zählen:

- a) die Achtung von Menschenwürde und Menschenrechten, dazu zählen die Selbstbestimmung und der Schutz vor Leid und Schmerz,
- b) deren Gewährleistung durch einen informed Consent, der auf wahrheitsgetreuer Information über Verlauf, Ziel, Zweck und Methoden der geplanten Untersuchung beruht,
- c) die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen.

Ein zentrales Problem der Pflegewissenschaft liegt in der Tatsache, daß sie Forschung betreibt mit, an oder im Zusammenhang mit hilfsbedürftigen und vulnerablen Personen, die der Definition von Polit und Hungler zufolge, zu einem informed Consent nicht oder nicht in vollem Umfang befähigt sind (vgl.: Polit/Hungler 1985, Kap. »Vulnerable Subjects«). Noch komplizierter wird die Situation im Falle von Konflikten, die im Forschungsdesign angelegt sind: Wenn ich der Person die volle Wahrheit sage, dann wird sie die Durchführung der Forschung in eine tendenziöse Richtung lenken, die zu unbrauchbaren Ergebnissen führen könnte. In einer solchen Situation müßte der Forscher den informed consent kontextsensibel gewährleisten, denn er trägt die Verantwortung für den fairen Verlauf des Projekts. Eine Verantwortung, für die der Forscher sich wiederum zu verantworten hat. Es muß nachvollziehbar sein, daß eine Person alle Erkenntnisse erhalten kann und durch sie wahrhaft informiert wird. Als *zentrales forschungsethisches Prinzip* können wir festhalten: Forschungsprojekte, über deren Ziel und Methoden die beteiligten Personen belogen werden und deren Durchführung Personen verletzen und schädigen, dürfen nicht durchgeführt werden. Erkenntnisse, die auf unethische Weise zustande gekommen sind, dürfen, auch wenn ihre Ergebnisse plausibel sind, nicht verwendet werden.

An dieser Stelle müßte eigentlich ein Exkurs zur Grundlegung einer Ethik erfolgen, denn warum sollte man nicht einen Menschen quälen dürfen, wenn man hunderten dadurch helfen könnte? Ich vertrete in dieser Sache die These, daß der Utilitarismus keine Grundlage einer Pflegeethik sein

kann, weil er dazu tendiert, bedürftige Menschen aus dem Schutzbereich des Ethischen auszuschließen. Einen begründeten Gegenentwurf habe ich an anderer Stelle vorgelegt (vgl.: Schnell 2002). Nach diesem Hinweis skizziere ich nun eine wissenschaftstheoretische Sicht der Forschung als Baumeister der Evidenzbasis pflegerischen Handelns.

Evidenzbasierung und Wissenschaftstheorie

Die Idee der Evidenzbasierung der Pflegepraxis besagt, daß das aktuellste Wissen in der Gesundheitsversorgung zum Einsatz kommen soll. Dieses Wissen ist wissenschaftliches Wissen, d.h. im Hinblick auf die Pflege: pflegewissenschaftliches Wissen. Insgesamt sollen Wissenschaft und Berufspraxis der Pflege zum Nutzen pflegebedürftiger Menschen kooperieren (vgl.: Behrens/Langer 2003). Die pflegerische Grundsituation, von der aus die Evidenzbasierung gedacht wird, ist dabei die der »klinischen Entscheidungen« (Panfil/Wurster 2001, 34). Begriff und Sache der *Entscheidung* haben eine wichtige Funktion beim Aufbau einer Handlung. Über deren präzisen Stellenwert wird gestritten seit Aristoteles, der vermutlich der erste Autor war, der über diese Dinge gründlich nachgedacht hat (vgl.: Aristoteles *Nikomachische Ethik*, 1112 b 10 ff).

Eine *Handlung* versucht ein Ziel zu erreichen, indem sie geeignete Mittel einsetzt. Das Handeln setzt somit voraus, daß das Ziel bereits klar ist und die Mittel aus den vorhandenen Ressourcen ausgewählt worden sind. Die Frage, welches Ziel zu realisieren ist und welche Mittel eingesetzt werden sollen, ist Gegenstand der *beratenden Überlegung*. Jede auf Praxis zielende Überlegung muß allerdings irgendwann im Hinblick auf die ausführende Handlung beendet werden. Doch wann schließt man eine Überlegung ab und handelt endlich? Wenn die Zeit reif und alles gesagt ist – könnte man antworten. Genau das ist nun der Augenblick der *Entscheidung*. Die Entscheidung vermittelt zwischen Überlegung und Handlung, indem sie geeignete Mittel auswählt und damit das Ergebnis der Überlegung festlegt, welches sie dann an das Handeln weiterreicht, damit verwirklicht werden kann, was verwirklicht werden soll. Ob es für die Entscheidung und die reali-

sierende Handlung jeweils genau den einzig richtigen und angemessenen Augenblick geben kann, ist und bleibt fraglich.

Eine Wissensbasierung der Entscheidung in der Gesundheitsversorgung bedeutet, daß die Antwort auf die Frage, was mit einem Patienten getan und wie es getan werden soll, auf möglichst guten Gründen und ausreichender Expertise beruhen soll. Die Konzepte der Wissensbasierung gehen in der Regel auf die Definition der Evidence-based-medicine nach David Sackett (1996) ein. Diese bekannte Definition besagt sinngemäß, daß die evidenzbasierte Medizin stets die gegenwärtig beste externe wissenschaftliche Evidenz mit der jeweiligen internen Evidenz eines Heilberufers zu einer widerspruchsfreien Einheit (Integration) bringen will und das zugunsten der Versorgung individueller Patienten. Zu diesem Anspruch möchte ich fünf Bemerkungen machen, die wissenschaftstheoretisch ausgerichtet sind. Wichtige empirische Fragen nach dem Vorhandensein qualifizierten Wissens, nach den Kompetenzen der Heilberufers zu dessen Nutzung und den Problemen der Theorie/Praxis-Vermittlung thematisiere ich hier nicht (vgl. dazu: Büscher 2001, Bartholomeyczik 2003).

Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, die sich an das medizinische Konzept der Evidenzbasierung anlehnen, müßten zunächst folgende fünf Aspekte berücksichtigen.

Die Formel von der *aktuell verfügbaren externen Evidenz* enthält erstens die Gefahr des Glaubens an eine Karl Popper nahe Vorstellung von Wissensentwicklung in einer offenen Gesellschaft, die meint, daß der Fortschritt immer mehr Wahrheit ans Licht bringt, daß das Falsche abstirbt oder freiwillig abtritt, so daß das aktuell verfügbare Wissen jeweils der Wahrheit am nächsten kommt. Diese von Otto Neurath bereits als einseitig kritisierte Auffassung verschweigt völlig, daß die Forschung im Bereich der Gesundheitsversorgung auch ein gesellschaftliches System ist, dessen Zwänge etwas verfügbar sein lassen, indem sie anderes dem öffentlichen Zugriff entziehen oder gar nicht erst zulassen. Eine Recherche zur Frage der Relevanz von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der *Charta der Patientenrechte* etwa wird zu einem negativen Ergebnis führen. Gegenwärtig gilt, daß pflegebedürftige Menschen nur dann Patientenrechte in Anspruch nehmen dürfen,

wenn sie krank sind. Pflegebedürfnisse genießen allerdings nur deshalb nicht dieselbe Dignität wie Krankheiten, weil die für die Charta zuständigen Ministerien und die von ihnen beauftragten Wissenschaftler sich geweigert haben, den Pflegebedarf ernst zu nehmen (vgl.: Zegelin-Abt/Schnell/Bienstein 2002). Geltendes Wissen ist hier das Wissen der Herrschenden.

Wenn man zweitens davon ausgeht, daß *externe Evidenz* durch eine Explikation von implizitem Wissens entsteht und somit jede externe einmal interne Evidenz gewesen ist, dann stellt sich im Falle vieler Bereiche der Pflege die Frage, durch welche Sprache jene Explikation geschehen soll. Es ist bekannt, daß sich etwa das Pflegedokumentationswesen in einem sehr beklagenswerten Zustand befindet (vgl.: Greving 2003). Die Erforschung dieser Situation zum Zweck ihrer Verbesserung ist ebenfalls problematisch, nicht zuletzt deshalb, weil entsprechende Projekte kaum gefördert werden.

Die Idee *Integration* bedeutet drittens, daß in der klinischen Entscheidung alles Wissen kohärent zusammenstimmen soll. Dieses Ideal setzt voraus, daß es nicht zu viel und nicht zu wenig Antworten auf eine zur Entscheidung anstehende Frage gibt und daß nicht zu viele Antworten berechtigterweise untereinander um Geltung streiten.

Vom möglichen Konflikt zwischen verschiedenen externen Evidenzen ist viertens noch einmal das Verhältnis zwischen externer und interner Evidenz zu unterscheiden. Eine *interne Evidenz* kann einen anderen epistemologischen Status als eine externe haben. Das Wissen des Pflegeexperten liegt nicht vor einer explizierenden Sprache, sondern dahinter. Es ist leibliches Wissen, in Fleisch und Blut übergegangen. Der Experte weiß mehr, als er in Worte zu fassen vermag. Die Integration der wieder auf dem Weg zur Sprache befindlichen eigenen Expertise und einer schon formulierten externen Evidenz kann nicht auf derselben Ebene erfolgen (vgl.: Schröck 2002).

Es liegen hier insgesamt verschiedene Wissens Ebenen vor, die allerdings fünftens eine gemeinsame Quelle haben, wenn man zunächst allgemein bedenkt, daß der Evidenzbegriff eine lange Tradition hat und hinsichtlich seiner Bedeutung zwischen

ontologischen und normativen Bestimmungen oszilliert. Das *Historische Wörterbuch der Philosophie* (Aufl. 1972) läßt die Geschichte der evidenzia mit Cicero beginnen und weißt als Grundbedeutung den Offenkundigkeitscharakter des je Offenkundigen aus. Die *Encyclopaedia Britannica* (Aufl. 1965) macht einen anderen Aspekt stark, indem sie die Evidenz vom Zusammenhang der juristischen Beweisaufnahme und den Verfahren der Prüfung von Fakten und Zeugenaussagen herleitet. Wissenschaftstheoretisch gesehen, gewinnt schließlich im Übergang vom 19. in das 20. Jahrhundert der Evidenzbegriff seine im Lateinischen angelegte Fassung wieder. Als *evident* gilt das, was hervorsticht und als bedeutsam ausersieht wird. Für Edmund Husserl ist »Evidenz nichts anderes als das »Erlebnis« der Wahrheit« (Husserl 1975, 193). In der Evidenz ist die gemeinte »Sache als sie selbst« oder ist ein »Sachverhalt als er selbst gegenwärtig«. Evidenz steht insgesamt im Gegensatz zum »bloß sachfernen Meinen« (Husserl 1977, 12). Das Sein bei der Sache und damit die Wahrheit kann wiederum unterschiedliche Grade haben. Als »apodiktische Evidenz« (ebd., 17) bezeichnet man eine Erfahrung, die im Fortgang nie enttäuscht wird und daher nie revidiert werden muß. Eine »adäquate Evidenz« (16) bezieht sich hingegen auf eine Erfahrung, die aus guten Gründen Revisionen ausgesetzt sein kann, sofern es sich in ihr nämlich um gemeinte Sachen handelt, die sich als anders als erwartet erweisen könnten. Hierhin gehört alle empirische Forschung. Ihre Evidenz ist maximal eine adäquate, da ihr Gegenstand immer neu und anders gesehen werden kann. Daraus folgt, daß die Forschung an kein Ende gerät und keine letzte Wahrheit präsentieren kann und natürlich auch nicht präsentieren will.

Die gemeinsame Quelle externer und interner Evidenz ist das bei der Sache selbst Sein. Ihr Unterschied besteht darin, daß die interne Evidenz primär auf eigener Erfahrung beruht und die externe hauptsächlich auf der Anderer, deren Forschungsergebnissen ich vor jeder formellen Prüfung vertraue. Wer wissenschaftliche Ergebnisse fälscht, mißbraucht Vertrauen und verstößt gegen die implizite Ethik der Forschergemeinschaft.

Evidenzbasierung und implizite Ethik

Die skizzierten fünf wissenschaftstheoretischen Bemerkungen zur Idee der Evidenzbasierung klinischer Entscheidungen zeigen, daß wir uns hier in einem Bereich bewegen, der nicht ethisch neutral. Es ist in ethischer Hinsicht nämlich nicht gleichgültig, ob etwas gar nicht erst zur Evidenz kommt, obwohl es vielleicht wichtig sein könnte, ob möglicherweise ein zu harmonisches Verständnis der Synthese des Wissens vorausgesetzt wird und wie speziell das Verhältnis zwischen implizitem und explizitem Wissen gedacht wird. Es ist schließlich ebenfalls keineswegs gleichgültig, welcher Begriff der Wahrheit der Idee der Evidenz innewohnt. Positiv gesagt und als *These* formuliert: der Idee einer Wissensfundamentierung klinischer Entscheidungen zugunsten individueller Patienten liegt eine implizite Ethik zugrunde, die am Beispiel Evidenz veranschaulicht werden kann.

Die Rede von einem *Erlebnis der Wahrheit* darf nicht psychologisch mißverstanden werden, als ob es sich um eine private Erfahrung handelt, die nur ich habe und du nicht. Innere Wahrheit, wenn man es so nennen will, ist so lange wissenschaftlich unbrauchbar, wie sie nicht anhand allgemeiner Kriterien nachvollzogen werden kann. Mein verstorbener Wittener Kollege Georges Evers erinnerte in einer seiner letzten Arbeiten noch einmal daran, daß der Gesichtspunkt der *Korrespondenz* ein solches Kriterium darstelle. »Das ultimative Kriterium der Wahrheit im Bereich empirischer Wissenschaften ist das der Korrespondenz zwischen Annahme und Beobachtung.« (Evers 2003, 9) Am Vorhandensein von Wissen, dem Geltung zugesprochen werden kann, läßt sich, so Evers weiter, der Fortschritt der Pflegewissenschaft ablesen. »Das ultimative Kriterium für den Erfolg der Pflegewissenschaft ist das Anwachsen von evidenzbasiertem Wissen« (ebd., 10), das sich auch im Vergleich mit Studien unterschiedlicher Programme und Kulturen bewährt hat.

Bei all dem dürfen wir nicht vergessen, daß das Forschen nach gültigem Wissen keine Angelegenheit einsamen Nachdenkens und Recherchierens ist, sondern vielmehr ein gemeinsames Tun mehrerer Personen, die jeweils einen unterschiedlichen

Beitrag leisten. Allen Akteuren gemeinsam ist dabei, wie Jürgen Habermas sagt, eine *Verständigungsorientierung* hinsichtlich eines Einverständnisses über einen Sachverhalt, mit dem sich die Akteure auseinandersetzen (vgl.: Habermas 1981 I, 386ff). Wahrheit ist daher als Konsens zu begreifen. Alle mit einer Sache befaßten Personen sprechen einem Sachverhalt dasselbe Prädikat zu. Anders gesagt: jeder, der einer Sache ein Prädikat zuspricht, muß andere davon überzeugen können, es der Sache zurecht zuzusprechen (vgl.: Habermas 1984, 136f). Das gilt auch für das implizite Wissen der Pflegeexpertin. Auf die Problematik des *Wie* und *Warum* deren Sprechens möchte ich hier jedoch nicht eingehen (eine dem aktuellen Forschungsstand von *Sprache und Pflege* entsprechende Buchpublikation wird momentan von Angelika Ziegelin und Martin W. Schnell vorbereitet).

Der Konsensgesichtspunkt beinhaltet letztlich noch zwei weitere Aspekte. Die Entscheidungsfindung der Ziele und Wege in der Pflege hat nicht nur zu beachten, ob die Experten sich einig sind, sondern schließlich auch die Situation, die Anliegen und Wünsche der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Es reicht nicht, für individuelle Patienten zu entscheiden, wie David Sackett sagt, vielmehr sind in der Pflege Entscheidungen mit pflegebedürftigen Menschen und *von anderen Menschen her* zu treffen. Was der Andere und seine Angehörigen wollen, wissen und meinen ist auch Expertenwissen. Der andere Menschen ist aus Sicht der Pflege derjenige, an dem und mit dem das gesamte schöne Wissen eingesetzt werden soll und zwar möglichst erfolgreich. Die in einem Konsens zu erzielende Evidenz betrifft schließlich die Frage, welche Methoden und Maßnahmen in der Pflege wirksam und hilfreich sind (vgl.: Bartholomeyczik 2000, 75ff). Das ist ohne die Perspektive des betroffenen Menschen natürlich nicht zu ermitteln. Hier wird deutlich, daß Evidenzbasierung nicht nur eine Sichtung von Forschungsergebnissen beinhaltet, sondern eben auch klinische Entscheidungen, eine Umsetzung in eine spezifische Lebenswelt und das alles in Kooperation mit dem und den Anderen (vgl.: Kitson et al. 1998).

Schließlich vermag der Konsensgesichtspunkt einen Streitpunkt in der Evidenzbasierungsdiskussion abzumildern, welcher

sich um die Frage dreht, ob in einer klinischen Entscheidung das individuelle Urteil einer Person oder ein formalisiertes Verfahren den Hauptausschlag geben sollte (vgl.: Kienle et. al. 2003). Konsens besagt hier, daß einseitige Lösungen möglichst zu meiden sind.

Erstes Ergebnis: Ethik der evidenzbasierter Entscheidungen

Wir können nach diesem Durchgang nun ethische Kriterien evidenzbasierter Entscheidungen in der Pflege benennen. Entscheidungen über Ziele und Mittel der Pflege können als ethisch bezeichnet werden, wenn sie:

- a) Wissen verwenden, daß durch *Verständigungsorientierung* zustande gekommen ist,
- b) gültiges Wissen einsetzen, daß auf einem *Konsens* der Forscher beruht,
- c) existentielles Wissen *vom anderen Menschen her*, dem die Pflege zugeordnet ist, einbeziehen.

Diese Kriterien stellen keine zureichenden, sondern lediglich notwendige Bedingungen dar. Sie sind insofern ethisch, da sie, wie Aristoteles sagen würde, ein Gut bedeuten, das zu erzielen ist, das zu erzielen schwierig ist, das als erzielt eine Leistung darstellt und das zu erzielen für alle Menschen wichtig und zuträglich ist.

Eine Art von Beweis für diese Auffassung liefern die Arbeiten von Ulrike Höhmann, in deren Zentrum alltägliche Situationen der Pflege- und Gesundheitsversorgung stehen, die nicht von vornherein im Lichte einer bestimmten Berufsgruppe zurechtgestutzt sind. Es ist erforderlich, aber auch wichtig und schwierig, pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige, ambulante Pflegekräfte, den Hausarzt und die institutionelle Versorgung im Krankenhaus miteinander zu koordinieren, damit keine vermeidbaren Versorgungsbrüche zum Nachteil des betroffenen Menschen auftreten (vgl.: Höhmann 2000). Das Stichwort von der »Qualität durch Kooperation« (Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1998) besagt, daß Kooperation die Qualität der Gesundheitsdienste zum Nutzen des pflegebedürftigen Menschen verbessert und impliziert, daß der dazu notwendige Informationsaustausch verschiedene Sorten von Wissen erfolgreich miteinander verbindet. Medizini-

sches Wissen über die Krankheit, pflegerisches Wissen über den Umgang mit dem Kranksein und den Grad der Selbständigkeit des Patienten, narratives Wissen der Angehörigen über dessen typische Gewohnheiten und andere Aspekte mehr.

Zweites Ergebnis: Grenzen der Evidenz

Klinische Entscheidungen in der Pflege, die auf Wissen basieren sollen, setzen wiederum Forschung und andere Praktiken voraus, deren Ergebnis jene Basis des Wissens ist. Ob Wissen nun zur Evidenz kommt und somit die Anerkennung als Wissen i.S. des Evidence-based nursing erhält oder nicht erhält, hängt vom Umgang mit verschiedenartigen Grenzen ab. Zu diesen *Grenzen der Evidenz* zählen:

a) Macht: artikuliertes Wissen wird zu herrschendem Wissen, indem es Alternativen ausschließt. Ein Beispiel hierfür ist das Anliegen des Philosophen Gernot Böhme, der in den 70er Jahren mit einer empirischen Untersuchung das Fachwissen von Frauenärzten und Hebammen untersuchen wollte. Es ging ihm um einen Vergleich zwischen männlichem und weiblichem Wissen, zwischen Hochschulwissen und lebensweltlichem Wissen. Welch ungewöhnliches Thema für die frühen 70er Jahre! Hebammen und Kliniken waren überzeugt, doch die in Aussicht gestellte Unterstützung durch die Stiftung X wurde mit dem Hinweis »nicht förderungswürdig« (Böhme 1980, 445) plötzlich zurückgezogen.

b) Kriterien der Evidenz: Forschungsergebnisse sind unzureichend, weil sie nicht verständigungsorientiert sind, keinen Konsens anstreben und nicht vom anderen Menschen her mitformuliert werden. Dieser Fall wäre gegeben, wenn Forschung zu einseitig ist oder zu sehr von unbefragten Vorurteilen geleitet wird und daher bezweifelt werden muß, ob sie pflegerisches Handeln und die Situation pflegebedürftiger Menschen verbessern hilft. Ein anders Beispiel hierfür bieten ökonomische Betrachtungen, die den bedürftigen Menschen komplett auf einen Kunden reduzieren und keine Anknüpfungsmöglichkeiten für Anthropologie und Ethik bieten. Umgekehrt wären auch Ethik und Anthropologie problematisch, wenn sie Finanzierungsfragen

bei Leistungs- und Pflegebedürftigkeitsmessungen, also dort, sie eigentlich zu stellen sind, ausblenden würden (vgl.: Bosch/Isfort/Lauer/Wurster 2002).

c) Forschungsethische Prinzipien: Forschungen verstoßen gegen die Menschenwürde. Ein trauriges Beispiel hierfür ist der als *Eisinger Fall* berüchtigt gewordene Tatbestand. Zwischen 1995 und 1998 ist ca. 200 behinderten und älteren Bewohnern eines Heims zu gendiagnostischen Zwecken Blut abgenommen worden. Und das ohne Einwilligung und Aufklärung der betroffenen Personen oder ihrer Betreuer. Die Geheimhaltung, die auch die Dokumentation in den Akten des Heims betraf, wurde von Verantwortlichen angeordnet (vgl.: Dörner 2002). Fremdnützige Forschung ohne Einwilligung ist Körperverletzung und ein schwerer Verstoß gegen die Menschenwürde.

Diese drei Grenzen sind sehr verschiedenartig. Hinsichtlich der ersten Grenze, der Macht, kann man bedauern, wenn Wissen nicht zur Evidenz kommt. Die anderen beiden Grenzen werden bewußt als Instrumente eingesetzt, um mangelhafte oder gefährliche Forschungen zu kennzeichnen oder gar zu unterbinden.

Forschungsethik auf unsicherem Terrain

Abschließend möchte ich noch einmal auf die ethische Problematik vulnerabler Personen zurückkommen. Die Beachtung ethischer Prinzipien kann hier weniger denn je als bloße Anwendung der Ethik auf die Forschungspraxis verstanden werden, weil es jetzt auf die Beachtung feiner Unterschiede ankommt, die insgesamt in einer Skala angeordnet werden können.

a) Die Gegenwart des Forschers ist für den Patienten schamverletzend. Mit Jean-Paul Sartre können wir Scham als eine dialogische Struktur verstehen: »Ich schäme mich meiner vor Anderen.« (Sartre 1985, 382) Ich werde nämlich »im Zustande der Nacktheit überrascht« und falle »mitten in die Dinge hinein« (ebd., 381). Mir widerfährt etwas, andere sehen es, ich weiß darum und ich will aber nicht, daß sie mich in dieser fraglichen Situation erleben. Eine solche Situation entsteht etwa durch das Erbrechen, die Inkontinenz oder das Weinen.

Wenn der Patient im Rahmen einer entsprechenden Forschung grundsätzlich in der Lage ist, sein Einverständnis zu geben, sollte der Forscher anbieten, den informed Consent doppelt einzuholen. Einmal hinsichtlich der Frage, ob es grundsätzlich akzeptabel ist, wenn er in einer der genannten Situationen zugegen ist und die pflegerische Intervention beobachtet, dann sollte er zusätzlich nach einer vollendeten Beobachtung noch einmal ermitteln, ob die je besonderen Daten verwendet werden dürfen. Durch diese Maßnahme kann Forschung stattfinden unter Beachtung der Schutzbedürftigkeit des Patienten.

b) Ein Patient ist nicht in vollem Sinne zustimmungsfähig und kann daher an der ethischen Bewertung der Situation nicht in vollem Umfang teilnehmen. Die Forschung muß den Patienten und damit seine Perspektive als betroffene Person aber zumindest durch eine Beobachtung seines Verhaltens einbeziehen. Diese Beobachtung kann wiederum die Vulnerabilität verstärken.

Ein bekannter Fall für diese Kriterien ist etwa die Erforschung der Inkontinenzvorsorge bei Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben und momentan unter Desorientierung und Sprachbeeinträchtigung leiden. Wer nun davon ausgeht, daß der informed Consent auch von einem Stellvertreter abgegeben werden kann, mißachtet entweder das Prinzip der Autonomie, was ethisch fragwürdig ist, oder rechnet die Stellvertretung der Autonomie zu, was als umstritten gilt, oder behauptet schließlich, daß Autonomie immer Momente einer Stellvertretung in sich hat, was jedoch nachzuweisen wäre.

Letztlich wird man anerkennen müssen, daß es Konflikte gibt, die die Ethik vermutlich nicht eindeutig aufzulösen vermag. Forschungsethik befindet sich dann auf unsicherem Terrain und muß einsehen, daß jeder Fall nicht nur einen besonderen Fall einer allgemeinen Regel darstellt, sondern auch eine Singularität, die aus dem Schematismus fällt. Am Umgang mit ihr entscheidet sich, wie es um Ethik in der Praxis gestellt ist (vgl.: Schnell 2001, Kap. 4 u. 5). Externe Evidenz gilt zumeist dem statistischen Durchschnitt und nicht dem individuellen Patienten, interne Evidenz ist hingegen wesentlich am individuellen Patienten gewonnen, jedoch nicht schlechterdings verallgemeinerbar. Würde man hier

ein strenges Ableitungsverhältnis von Allgemeinem und Besonderem annehmen, wäre das Individuum ausgeblendet. Das ist unproblematisch, wenn man glaubt, daß das Individuum im Durchschnitt aufgeht. Nur, wer glaubt das schon?

Dr. Martin Schnell
Professor für Philosophie
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Medizin
Institut für Pflegewissenschaft
Stockumerstr. 12
58453 Witten

Literatur:

- Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung, in: A. Rennen-Allhoff/D. Schaeffer (Hg.)(2000): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim/München (2003): Zwei Welten. Pflegeforschung zwischen Theorie und Praxis, in: Dr. med. Mabuse 142 (März/April 2003).
- Behrens, J./Langer, G. (2003): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, Bern.
- Böhme, G. (1980): Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (22/1980).
- Bosch, S./Isfort, M./Lauer, A./Wurster, J. (2002): Zur Anthropologie des bedürftigen Menschen im Zeichen der Gerechtigkeit, in: M.W. Schnell (Hg.)(2002).
- Büscher, A. (2001): Evidenzbasierte Pflege – kritisch beleuchtet, Vortrag auf den 1. Österreichischen EBN Werkstattgesprächen, Bad Ischl 2001.
- Dörner, K. (2002): Der Fall Eisingen – Fremdnützige Forschung ohne Einwilligung, in: St. Kolbe et al. (2002)(Hg.): Medizin und Gewissen, Frankfurt/M.
- Evers, G. (2003): Developing Nursing Science in Europe, in: Journal of Nursing Scholarship (2003/35:1).
- Greving, Chr. (2003): Lehrinhalte zum Thema Dokumentationsverhalten und Schriftsprache in Krankenpflegelehrbüchern und am Beispiel von zwei Krankenpflegesschulen, Pflegewissenschaftliche MA-Arbeit, Universität Witten/Herdecke.
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns 2 Bde., Frankfurt/M. (1984): Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt/M.
- Höhmann, U. (2000): Qualitätserfordernisse zur Verbesserung der Versorgungskontinuität langzeitpflegebedürftiger Menschen, in: S. Käppeli (Hg.): Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin 2000, Zürich.
- Höhmann, B./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1998): Qualität durch Vernetzung. Gesundheitsdienste in der Vernetzung, Frankfurt/M.
- Husserl, E. (1975): Logische Untersuchungen I, Hamburg. (1977): Cartesianische Meditationen, Hamburg.
- Kienle, G. et al. (2003): Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft?, in: DÄ, 15. Aug. 2003 (C-1688ff).
- Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B. (1998): Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework, in: Quality in Health Care (7/1998).
- Panfil, E.-M./Wurster, J. (2001): Evidenzbasierte Pflege, in: Dr. med. Mabuse 131 (Mai/Juni 2001).
- Polit, D.F./Hungler, B.P. (1985): Nursing Research. Principles and Methods, Philadelphia.
- Sackett, D. et al. (1996): Evidence-Based-Medicine: What it is and what it isn't, in: British Medical Journal (312), 71f.
- Sartre, J.P. (1985): Das Sein und das Nichts, Reinbek bei Hamburg.
- Schnell, M.W. (2001): Ethik im Begutachtungswesen (Studienbrief WIFAP, hrsg. von B. Reisch), Witten.
- Schnell, M. (Hg.) (2002): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen, Bern.
- Schröck, R. (2002): Wege zu pflegerischem Wissen und ihre Bedeutung für die Pflegepraxis, Vortrag auf dem Central European Congress of Nursing 2002, München Okt. 2002.
- Zegelin-Abt, A./Schnell, M.W./Bienstein, Chr. (2002): Die neue Charta der Patientenrechte, in: Pflege Aktuell (Dez. 2002).