

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Baumann-Hölzle, Ruth, Arn, Christof (Hg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 3: Ethiktransfer in Organisationen*, erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Klinische Ethikberatung – Ein hermeneutisch-normatives Modell

in: Baumann-Hölzle, Ruth, Arn, Christof (Hg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 3:*

Ethiktransfer in Organisationen, S. 187–202

Basel: EMH und Schwabe AG 2009

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Schwabe Verlags publiziert.

Ihr IxTheo-Team



Bobbert, Monika, Klinische Ethikberatung – Ein hermeneutisch-normatives Modell, in: Baumann-Hölzle, Ruth, Arn, Christof (Hg.), Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 3: Ethiktransfer in Organisationen, Basel: EMH und Schwabe AG 2009, 187-202.

Klinische Ethikberatung – Ein hermeneutisch-normatives Modell

Monika Bobbert

Medizinethik bzw. Bioethik als interdisziplinärer Dialog zwischen Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge und Ethik wird hier verstanden als wechselseitiger Austausch von Sachwissen, Fachbegriffen und theoretischen Konzepten. Angesichts ethischer Probleme müssen sich die durch ihre jeweilige Fachdisziplin geprägten Diskutanten über ihre Moralvorstellungen verständigen und in eine gemeinsame ethische Diskussion über die Geltung und Anwendung ethischer Theorien, Normen und Abwägungskriterien eintreten. Dies kann im Rahmen unterschiedlicher institutioneller „Ethikstrukturen“ geschehen. In diesem Beitrag wird das Modell „Arbeitskreis Ethik-Konsil“ vorgestellt (AKEK). Die Beschreibung des AKEK und seiner Aktivitäten ist zum einen ein Bericht über „das Faktische“, d.h. eine institutionelle Form der Ethikberatung, wie sie sich durch bestimmte Personen und vorgegebene Rahmenbedingungen entwickelt hat. Zum anderen liefert der vorliegende Beitrag eine analytische Deutung dessen, was die ethische Reflexion, wie sie im AKEK angestrebt und großteils auch praktiziert wird, leisten sollte, d.h., was den genuine Beitrag der Ethik ausmacht. Insofern handelt es sich um einen reflektierten Erfahrungsbericht und zugleich um ethisch-theoretische Zielsetzungen, die innerhalb einer Struktur der Ethikberatung verfolgt werden.

1. Einleitung

Das Praxisfeld der klinischen Versorgung ist empirisch und präskriptiv zugleich, wobei meist unmittelbar existentielle menschliche Probleme berührt sind. Außerdem zeichnet sich das Praxisfeld durch starke Hierarchien, eine vielgliedrige Arbeitsteilung und vor allem durch einen hohen Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck aus, was zu einer großen psychischen und körperlichen Belastung der Handelnden führen kann.

Zur gemeinsamen Suche nach einem Austausch von Perspektiven und humanen Entscheidungen gründete Ende der 1990er-Jahre ein Krankenhausseelsorger am Universitätsklinikum Heidelberg den interdisziplinären „Arbeitskreis Ethik-Konsil“ (AKEK, vgl. auch Wigant 2005, Kap. 4). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den direkt an der

Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Krankenhausseelsorge des Universitätsklinikums sowie externe Fachleute aus Medizinethik und Rechtswissenschaften treffen sich seither monatlich zur Besprechung von Fällen, zur Erörterung wiederkehrender übergreifender ethischer Fragestellungen und zur Konzeption und Durchführung eines jährlichen Ethik-Symposiums für die Mitarbeitenden des Gesamtklinikums. Weiterhin gehen (zumeist drei) Mitglieder des Arbeitskreises auf Anfrage der jeweiligen behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte auf Station, um über einen aktuellen Fall zu beraten (Ethik-Konsil). Das Selbstverständnis dieser stationsbezogenen Ethikstruktur, bei der aus Kapazitätsgründen nicht alle Berufsgruppen des Arbeitskreises vertreten sein können, ist eine Form kollegialer Beratung in Ethikfragen, bei der die Ratsuchenden Perspektivenerweiterung, Rückmeldung und Rat von langjährigen erfahrenen Mitgliedern des Arbeitskreises einholen können.

Die monatlichen Fallbesprechungen von aus moralischer oder psychosozialer Sicht problematischen Behandlungskonstellationen erfolgen aktuell oder rückblickend, manchmal folgt zu einem späteren Zeitpunkt noch ein Bericht über den weiteren Verlauf. Der AKEK besteht aus einem festen Kreis von Teilnehmer(inne)n, steht jedoch allen Interessierten innerhalb des Klinikums offen, die nach einem Gesprächskontakt mit dem Moderator (einem Krankenhausseelsorger) an einer Sitzung teilnehmen oder dauerhaft mitwirken können. Im informellem Vorkontakt weist der Moderator auf die Vertraulichkeit der Fallbesprechungen hin, die zwar zumeist anonymisiert erfolgen, doch in der Regel leicht einer Station und den dort Beschäftigten zugeordnet werden können, und erfragt das Tätigkeitsfeld des Gastes. Über die Jahre hat sich ein fester Kreis regelmäßiger Teilnehmer herausgebildet, der bei der jeweiligen Sitzung durch einige sporadisch Teilnehmende ergänzt wird. Durch die Kontinuität eines Kerns von Mitwirkenden, eine wertschätzende Kommunikation und Diskussion sowie einen sachorientierten, auf ethische Fragen konzentrierten Arbeitsstil ist ein Klima der Offenheit entstanden, in welchem die Fallberichtersteller nicht nur Fragen und Positionen, sondern auch Situationen des Nicht-Gelingens thematisieren.

Für Ethik-Konsile zur Beratung akuter Problemfälle auf Station bittet der Moderator des Arbeitskreises meist etwa-zwei Mitglieder aus dem festen Kreise des AKEK hinzu, oder er gibt die Anfrage an drei Mitglieder dieses Kreises weiter.

Im Unterschied zu etablierten Ethik-Komitees arbeitet der AKEK bislang auf der „mittleren Ebene“ des Klinikums. Von ärztlicher Seite nehmen vor allem Stations- und Oberärzte teil, von pflegerischer Seite Pflegekräfte und Stationsleitungen. Wichtig für den Arbeitskreis sind Vertreter der stationsübergreifend arbeitenden psychosozialen und seelsorgerlichen

Berufsgruppen, weil diese nicht in eine konkrete Stationsroutine und -hierarchie eingebunden sind und weil bei ihnen – bedingt durch ihre kommunikativen Aufgaben und den Arbeitsbereich – die Perspektiven von Patienten, Angehörigen, Ärztinnen und Pflegenden zusammenlaufen. Durch ihre Kommunikations- und Moderationskompetenzen und ihre vernetzende Tätigkeit werden Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren häufig erst deutlich. Insofern haben diese beiden Berufsgruppen häufiger die Funktion von „Fürsprechern“ oder „Problemindikatoren“ in Bezug auf ethische Probleme. Die externen Fachleute aus Medizinethik und Rechtswissenschaft haben neben ihren fachlichen Kompetenzen den Vorteil, durch Distanz zur Institution und zum unmittelbaren Handlungs- und Lösungsdruck gegebenenfalls noch andere Blickweisen, Fragestellungen oder Handlungsalternativen einzubringen. Denn sie sind weniger als die in der Klinik Tätigen durch die dortigen Routinen, Verhaltensgewohnheiten und vielfältigen, teils sogar unvereinbaren Erwartungen und impliziten „Aufträge“ befangen.

Der Arbeitskreis hat einerseits nicht den offiziellen Stellenwert und die Beschlusskraft eines Ethikkomitees, andererseits ist er als „*bottom-up*-Modell“, das seinen Ausgangspunkt bei der Behandlung und Versorgung einzelner Patienten hatte, mittlerweile insoweit etabliert, dass die Teilnahme als Dienstzeit und als Fortbildung anerkannt ist. Das Ethik-Konsil auf Station als Hilfestellung für die ärztliche Entscheidungsfindung oder zur Konsensbildung zwischen in ihren Positionen divergierenden Beteiligten hat durch den Vorgang der „Antragstellung“, der Absprache in Bezug auf Beteiligte, Zeit und Ort sowie die Erstellung eines Ergebnisprotokolls mittlerweile sogar einen „recht offiziellen“ Charakter.

Der AKEK sieht sich als eine Form ethischer Reflexion zur Patientenversorgung. In einem Klinikum, aber auch im ambulanten Bereich kann es durchaus unterschiedliche Instrumente des Nach-Denkens, Diskutierens und der ethischen Reflexion geben.

2. Formale Vorgehensweise bei einer ethischen Fallbesprechung im Arbeitskreis

Ärzte, Pflegende und andere professionelle Helfer/-innen handeln aus Gewohnheit und mit großer Geübtheit in Situationen angemessen und richtig. Nach guten Gründen für ihr Handeln befragt, können sie jedoch nicht immer mit Argumenten antworten. Spätestens dann, wenn bei der Patientenversorgung ein offener Konflikt entsteht, weil die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung sind, bedarf es einer ethischen Diskussion.

Die vier Schritte des AKEK-Modells

Eine strukturierte Diskussion im AKEK durchläuft in der Regel die folgenden Schritte:

1. Freie Problemschilderung der unmittelbar oder mittelbar beteiligte(n) Person(en)
2. Anreicherung des Falls und seines Kontexts durch multidisziplinäre Perspektiven
 - (a) Zusammenführung von Informationen der verschiedenen Berufsgruppen,
 - (b) Erkundung der biomedizinisch-psychozialen Dimension des Patienten und seiner Angehörigen; ggf. Frage nach bedeutsamen psychodynamischen Prozessen zwischen den Beteiligten
3. Analyse der ethischen Problematik im engeren Sinn
 - (a) Explikation der impliziten Wertungen, Normen und Positionen,
 - (b) Generierung der für die Problematik einschlägigen Normen,
 - (c) argumentative Begründung der Normen und Abwägungen.
4. Auf die Praxis bezogene Lösungsvorschläge und ihre ethische Bewertung

Eine ethische Fallbesprechung im Rahmen der AKEK folgt vier Schritten (siehe Kasten), muss sich aber nicht zwingend dieser strengen Abfolge unterziehen. Im ersten Schritt schildert der Fallberichterstatter die Problematik, wobei er oder sie nicht unterbrochen wird. Unter Umständen geben weitere Beteiligte noch Zusatzinformationen. Charakteristisch für den AKEK ist, dass die Teilnehmenden einen Fall einbringen, der sie selbst beschäftigt. Dabei setzt die Bericht erstattende Person eigene Schwerpunkte in der Darstellung des Falls und legt die Problematik vor ihrem eigenen evaluativen Hintergrund dar.

Da im Arbeitskreis normalerweise aus jeder Berufsgruppe Vertreter anwesend sind, stellen sie Fragen aus ihrem beruflichen Blickwinkel – der zweite Schritt im AKEK-Modell. Die Mitglieder des Arbeitskreises tauschen ihre Einschätzungen darüber aus, wie es dem Patienten und den nahestehenden Angehörigen vermutlich geht. Darüber hinaus wird gefragt, welche Ziele die verschiedenen Beteiligten verfolgen. Möglicherweise zeigt sich, dass unklare Motivationen und Konflikte vorliegen, die die Interaktionen zwischen den Beteiligten und die Behandlungsentscheidungen wesentlich beeinflussen. Die interdisziplinäre Zusammensetzung des AKEK ermöglicht es, dass ein biomedizinisch-pflegerisches und psychosozial-spirituelles Spektrum an Informationen erhoben wird. Für einen solchen Austausch und eine umfassendere Betrachtung der Situation des Patienten gibt es sonst in der Klinik wenig Zeit und kaum eine passende Struktur – was die Patientenversorgung häufig erschwert. Abgesehen von diesem strukturellen Defizit stellt der Perspektivenwechsel sowohl eine psychologische als auch hermeneutische Grundvoraussetzung der ethischen Reflexion und

Entscheidungsfindung dar. Neben der Einübung und Verfeinerung dieser Fähigkeit wird häufig schon beim Austausch von „Perspektiven“ eine Vielfalt von Werten, ethischen Positionen sowie Kulturen und Traditionen deutlich.

Im dritten Schritt wird zunächst versucht, die moralischen Wertungen, Positionen, Argumente und Argumentationsrichtungen explizit zu machen. Außerdem gilt es, die einschlägigen Normen und Abwägungen herauszuarbeiten und argumentativ zu begründen. Dieser Schritt wird im Abschnitt 4 genauer erläutert.

Im vierten Schritt sind schließlich die Erfahrung und der Möglichkeitssinn der Teilnehmenden gefragt, um Handlungsmöglichkeiten zu bestimmen oder neu zu erschließen, die der ethischen Bewertung Rechnung tragen. Allerdings ist die Falldiskussion nicht zwingend auf eine Handlungsempfehlung angelegt. Vielmehr schätzen die Fallberichterstatter es auch, wenn sie die Fragestellungen präzisieren oder eigene Argumentation auf ihre Überzeugungskraft hin überprüfen können. Gleichwohl kann in einem akuten Fall auch lösungsorientiert vorgegangen werden: Was wäre als Nächstes zu tun? Gegebenenfalls fehlen noch Informationen, ohne die eine Bewertung des Falls nicht möglich erscheint.

Gegebenenfalls muss noch abgewartet werden (z. B. im Hinblick auf den Entscheidungsprozess des Patienten oder im Hinblick auf den weiteren Krankheitsverlauf), oder es gibt mehrere Lösungsvorschläge, die aus ethischer Sicht vertretbar erscheinen. Meist jedoch werden die konkreten Umsetzungsschritte nicht im Einzelnen durchgespielt, sondern den Akteuren vor Ort überlassen. Dies hat seinen Grund in erster Linie darin, dass eine ergebnisoffene Beratung die moralische Autonomie der Beteiligten wahrt. Außerdem wäre er angemessene Ort für eine Betrachtung individueller berufsbezogener Kompetenzen und konkreter Rahmenbedingungen die Supervision. Bei einem retrospektiven Fall hingegen lässt sich die faktische Lösung bewerten, und gegebenenfalls können alternative Lösungswege für zukünftige ähnlich gelagerte Fälle entwickelt werden.

3. Der spezifische Beitrag der Ethik

Wodurch qualifiziert sich ein interdisziplinärer Austausch als ethische Reflexion und wodurch unterscheidet sich das Vorgehen von einer bloßen Zusammenführung partikularer Moralvorstellungen?

Das Vorgehen des AKEK unterscheidet sich nicht erst im dritten und vierten Schritt von einer Besprechung des gesamten therapeutischen Teams oder einer beruflichen Supervision. Vielmehr sind auch die Schritte eins und zwei bereits „ethisch imprägniert“ bzw. von moralischen Vorannahmen und Wertungen geleitet, die ab einem bestimmten Punkt des

Vorgehens explizit gemacht werden müssen. Ziel des zweiten Schrittes ist es, eine der Komplexität angemessene Problemanalyse zu gewährleisten, bei der möglichst keine ethisch relevante Information übersehen wird. Dazu muss erst einmal deutlich werden können, wer wovon in welcher Weise „betroffen“ ist, wobei man es aber nicht bei einer bloßen Zusammenführung partikularer Moralvorstellungen belassen kann.

Damit dieser interdisziplinäre Austausch als ethische Reflexion gestaltet werden kann, sind ethische Fachkräfte Teil des AKEK. Die fachliche Kompetenz der Ethikexperten liegt nicht nur darin, den Forschungsstand einer Debatte zu kennen und Begründungsverfahren vorzuschlagen, sondern auch darin, einen „Fall“ oder ethischen Konflikt gezielter, komplexer oder schlichtweg anders zu erschließen. Dabei setzt eine Fachperson grundlegende ethische Theorieelemente als „Suchraster“ für ethisch relevante Fakten und Konflikte ein.

4. Ein Modell ethischer Urteilsbildung

Was mit den moralische Vorannahmen und Wertungen gemeint ist und welche Phasen eine ethische Urteilsbildung idealerweise zu durchlaufen hat, soll anhand des ethischen Urteilsbildungsmodells der Philosophin Julia Dietrich erläutert werden (Dietrich 2003 und 2006). Dietrich gibt folgende Phasen vor, die vielen Modellen medizinethischer Urteilsbildung entsprechen. Darüber hinaus hebt sie aber den hermeneutischen Charakter hervor. Denn es gerät häufig aus dem Blick, dass ethische und mateethische Theoriekonstruktionen und ethische Normen eine wichtige Funktion auch bei der Erschließung und Strukturierung ethischer Fragestellungen haben:

- 1) Wahrnehmung der Situation und Erschließung der ethischen Probleme vor dem Hintergrund moralischer Vorannahmen.
- 2) Empirische und hermeneutische Prüfung der Situationsbeschreibung.
- 3) Generierung, Begründung und Abwägung ethischer Normen.
- 4) Schlussfolgerung

Dietrichs Modell wird im Folgenden durch die in der klinischen Ethikberatung gewonnenen Erfahrungen erläutert.

Hermeneutik und „hermeneutischer Zirkel“

Hermeneutik ist die Kunst der Interpretation von Texten, im weiteren Sinne des Verstehens von Sinngebilden aller Art sowie die theoretische Reflexion auf die Methoden und Bedingungen des Verstehens (Burkhard 1996). Am wirkungsreichsten für die Hermeneutik des 20. Jahrhunderts wurde Gadammers Werk „Wahrheit und Methode“. Er betonte das jedem Verstehen inhärente Vorverständnis („Vorurteile“). Der Interpret befinde sich immer schon in einem lebensweltlichen Zusammenhang, der von Überlieferung, Sprache und Situation geprägt sei. Im Verstehensprozess müsse das jeweilige Vorverständnis gegenwärtig und einer kritischen Korrektur zugänglich sein. Bei jeder Interpretation trete also der normative Aspekt zum rein historischen hinzu. In kritischer Aufnahme Gadammers zeigte Habermas für die Sozialwissenschaften, dass sie ideologiekritisch betrieben werden müssen. Es gehe nicht nur um das sprachliche Überlieferungsgeschehen, sondern Sprache sei ein Medium von Herrschaft und Macht, so dass sich die sprachlichen Interpretationen aufgrund der faktischen Verhältnisse wandelten.

Auch die Analyse einer Situation aus ethischer Perspektive lässt sich nur unter der Bedingung des „hermeneutischen Zirkels“ anstellen. Zwar ist es nicht nur legitim, sondern aus wissenschaftlicher Sicht sogar unausweichlich, mit eigenen Fragestellungen und Moralvorstellungen an die Analyse und Erschließung einer Handlungspraxis heranzutreten. Jedoch gehört es ebenso zum methodischen Vorgehen, das eigene moralische Vorverständnis darzulegen und kritisch zu prüfen. Somit hat bereits die Wahrnehmung und erste Problematisierung einer Handlungssituation eine zirkelhafte Struktur. Denn um die moralische Problematik einer Situation zu erfassen, muss der Ethiker einerseits moralische voraussetzen und zugleich anerkennen, dass diese seine Problembeschreibung prägen, ohne dass er Gültigkeit und Einschlägigkeit dieser Normen bereits begründet hätte.

3.1 Erschließung der ethischen Probleme vor dem Hintergrund moralischer Vorannahmen

Ohne moralische Sensibilität und moralische Vorannahmen der Ärzte und Pflegekräfte oder anderer Beteiligter werden keine ethischen Probleme erkannt. Umgekehrt heißt dies, dass die Fallschilderung eines Berichterstatters sowie sich daran anschließenden Fragen der Arbeitskreismitglieder, auch wenn es sich um „Sachfragen“ handelt, in der Regel von ethischen Vorannahmen geleitet werden, die sich über folgende Fragen erschließen lassen:

- „Was ist mir aufgefallen?
- Was kommt mir ethisch relevant vor?
- Vor dem Hintergrund welcher Normen ist der angeführte oder erfragte Sachverhalt wichtig?“

Die erste Phase in Dietrichs Modell setzt das Erkennen eines ethischen Konflikts voraus. Dies ist nur möglich, wenn die betreffende Person ein Vorverständnis davon hat, was ein aus ethischer Sicht richtiges und gutes Handeln darstellt. (Dazu bedarf es natürlich auch einer psychosozialen Grundkompetenz, was Beobachtungsgabe, Kommunikation und Perspektivenwechsel anbetrifft.

Dietrich selbst gibt eine Fallvignette aus der Medizin vor, um den hermeneutischen Zirkel zu verdeutlichen (Dietrich 2003, 275): Frau D. liegt seit einem Sturz bewusstlos mit einem Apallischen Syndrom im Krankenhaus. Ihre Atmung funktioniert selbständig, muss aber überwacht werden. Sie wird künstlich ernährt. Als das Koma nun schon seit neun Wochen anhält, tritt Frau D.s Sohn an die behandelnde Ärztin mit der Bitte heran, das Leiden seiner Mutter zu beenden.

Bereits die Fallschilderung enthält implizite sachliche Annahmen, ethische Wertungen und Normen. So setzt z. B. die Formulierung, dass das Leiden der Patientin „nun schon“ neun Wochen dauert und beendet werden soll, sachlich voraus, dass die Patientin Schmerzen oder Unlustgefühle wahrnehmen kann. Darüber hinaus nimmt der Sohn an, dass die Patientin selbst den Zustand als „Leiden“ bewertet, und es wird die Norm vorausgesetzt, dass Leiden zu vermeiden sei.

3.2 Empirische und hermeneutische Prüfung der Situationsbeschreibung

Zur empirischen und hermeneutischen Prüfung der Situationsbeschreibung gehört das Hinterfragen von Vor-Urteilen, eine Ausleuchtung des Kontexts, das Einholen zusätzlicher Informationen, die ethisch relevant sein könnten, und das Erfragen von Handlungsalternativen.

Beim geschilderten Fallbeispiel liegt z. B. die Rückfrage nahe, ob die Patientin D. Schmerzen habe. Damit wird der Begriff des „ Leidens“ bereits inhaltlich präzisiert. Hier könnte sich eine Debatte darüber anschließen, welche Art von Leiden zu vermeiden ist, und ob es zulässig ist, die Frage, ob die Patientin leidet, stellvertretend zu beantworten. Naheliegend könnte auch die Frage sein, ob der Sohn ausreichende Informationen über Diagnose und Prognose des Zustands seiner Mutter erhalten hat. Damit wäre die Norm verknüpft, dass der Sohn als Stellvertreter das Recht hat, Informationen zu bekommen und Behandlungsvorschläge zu

machen. Oder aber man verträte die Norm, dass nahe Angehörige zwar nicht unbedingt stellvertretend entscheiden sollen, jedoch allein aus Respekt vor ihrer Beziehung zur Patientin umfassend informiert werden müssen.

Die Formulierung, dass das Koma „bereits seit neun Wochen anhält“, legt die Frage nahe, wie es um die Rehabilitationschancen steht bzw. ob man von einer Irreversibilität des Wachkomas ausgehen muss. Im Fallbeispiel wird als Lösungsoption eine Behandlungsbegrenzung angeführt. Dies könnte zu der Rückfrage führen, welche Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten außerdem noch bestehen. Und schließlich stellt sich die Frage, ob und welche institutionellen Möglichkeiten es für diese Patientin außerhalb des Krankenhauses geben könnte.

Diese der zweiten Phase zuzuordnenden Fragen erfolgen also nicht „wahllos“, sondern erklären sich aus der moralischen Perspektive der Fragenden heraus. Im AKEK zeigt sich dies unter anderem daran, dass Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen und mit unterschiedlichen persönlichen Wertvorstellungen (z. B. zu Leben mit Behinderung, Lebenserhalt bei progredienten irreversiblen Erkrankungen) teilweise unterschiedlich umfangreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen als „Standardvorgehen“ voraussetzen und mit prognostischer Unsicherheit unterschiedlich umgehen. Auch Pflegende stellen andere Frage, wenn sie von einer rein versorgenden oder einem aktivierenden Pflegeverständnis ausgehen.

3.3 Generierung, Begründung und Abwägung ethischer Normen

Die zu Grunde liegenden ethisch relevanten Wertungen und Vorannahmen lassen sich benennen, und damit wäre man bei Phase drei. Diese Phase besteht zunächst aus der Explikation der in den Phasen eins und zwei erkennbaren Wertungen, Normen und Positionen, muss aber noch darüber hinausgehen. Denn eine Analyse der wertenden Bestandteile und Vorannahmen allein ergibt noch kein ethisches Urteil, vielmehr ist erst einmal der Argumentationsbedarf deutlich geworden: Die unausgewiesenen ethisch relevanten Wertungen und Normen müssen daraufhin befragt werden, ob sie einschlägig sind, d.h. auf die Fallproblematik wirklich angewendet werden sollen. Dazu bedarf es guter Gründe.

Zuvor ist noch zu erwähnen, dass die dritte Phase auch rasch ergeben kann, dass keine im engeren Sinne ethische Problematik vorliegt. Wenn z. B. ein Behandlungsfehler durch einen mangelhaften Informationstransfer zwischen den behandelnden Ärzten und Pflegekräften hervorgerufen wird, ist das insofern kein ethisches Problem, als die angesprochene Norm

(dem Patienten nicht zu schaden) unzweifelhaft ist. Es handelt sich vielmehr um ein Kommunikations- und sehr wahrscheinlich auch um ein Organisationsproblem, das unter Umständen mit einem Konflikt zwischen den Berufsgruppen einhergeht. Dies alles ist natürlich moralisch relevant, weil es die Verletzung einer ethischen Norm verursacht, doch kann hier Phase drei kurz gehalten werden.

Handlungsnormen und ihre Begründung

In Bezug auf das Begründen und Abwägen ethischer Normen ist auf eine wichtige Unterscheidung zwischen Moral und Ethik aufmerksam zu machen: Unter Moral versteht man die in einer (Berufs-)Gruppe oder Gesellschaft faktisch handlungsleitenden Moralvorstellungen, während unter Ethik die prüfende und argumentativ begründende Theorie der Moral verstanden wird. In der dritten Phase des vorgestellten Modells der Urteilsbildung ist es erforderlich, zwischen individuellen Moralvorstellungen, faktischen Moralkonsensen und näherhin begründeten Konsensen zu unterscheiden.

Wenn es darum geht, Begründungen zu geben, Argumentationslücken zu füllen, muss klar sein, dass sich ethische Normen und ihre inhaltliche Ausfaltung und Anwendung nicht immer ohne Bezug auf eine ethische Theorie entwickeln lassen. Vielmehr prägen ethische Theorien bzw. Argumentationsrichtungen die für einen Fall als „einschlägig“ bezeichneten moralischen Normen und ihren Inhalt. So ergibt eine deontologische, auf individuellen Rechten aufbauende Argumentation andere Normenkonflikte als eine utilitaristische oder vertragstheoretische Argumentation (vgl. dazu den Beitrag von Bobbert im vierten Band des Handbuchs sowie Bobbert 2005). Im ersten Fall fragt man sich, bei welchen Akteuren (Patient, Angehörige, Ärzte, Pflegende etc.) grundlegende Individualrechte betroffen sind und, wenn ja, um welche grundlegenden moralischen Rechte es sich handelt. Konfligierende Rechte müssen von Interessen, die diesen Status nicht beanspruchen können, unterschieden und dann untereinander je nach Gravität des betroffenen Rechts abgewogen werden.

Demgegenüber spielen im Fall einer utilitaristischen Argumentation Individualrechte keine zentrale Rolle, vielmehr wird eine Maximierung des Gesamtnutzens aller von einer Handlung bzw. Handlungsregel Betroffenen angestrebt. Eine vertragstheoretische Argumentationsrichtung wiederum fragt nach den Vereinbarungen, welche die Betroffenen vorab oder aktuell getroffen haben und die deshalb einzuhalten sind. Insofern kann es hilfreich sein, Einzelargumente einer Argumentationsrichtung zuzuordnen und auf ihre Konsistenz und Verallgemeinerbarkeit hin zu prüfen. Dies gilt auch dann, wenn ethische Güter und Normen durch so genannte mittlere Prinzipien und Regeln abgewogen werden.

Außerdem kann ein Vergleich mit anderen paradigmatischen Fällen z. B. gewährleisten, die Gerechtigkeitsprinzipien der „Gleichbehandlung gleicher Fälle“ oder der „Chancengleichheit“ zu überprüfen. Dies gilt auch dann, wenn ethische Güter und Normen durch so genannte mittlere Prinzipien und Regeln abgewogen werden. Außerdem kann ein Vergleich mit anderen paradigmatischen Fällen z. B. gewährleisten, die Gerechtigkeitsprinzipien der „Gleichbehandlung gleicher Fälle“ oder der „Chancengleichheit“ zu überprüfen.

Ethische Argumentationsrichtungen (siehe obigen Kasten) zielen auf die normative Ebene des unbedingten Sollens und der Hilfeverpflichtungen. Man könnte jedoch auch zu einer anderen Falleinschätzung kommen, nämlich der, dass die präsentierte Problematik weniger normative Fragen berührt, bei denen man klären müsste, auf welche Versorgungsleistungen der Patient unter allen Umständen ein Anrecht hat, sondern vor allem evaluative Fragen des gelingenden Lebens – wie z. B. ein empathischer und dialogorientierter Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie humane Arbeitsbedingungen konkret aussehen könnten.

Außerdem kann der Fokus der Problembetrachtung zum Thema gemacht werden: Eine eher individualethische oder aber eine eher institutionen- bzw. sozialetische Betrachtungsweise verändert die Diskussion erheblich. Tendenziell sind ethische Fallbesprechungen zunächst auf das Handeln von individuellen Gruppen, also individualethisch angelegt. Aber vielleicht ist es sehr wichtig – um die Problematik nicht zu reduzieren und die Einzelnen nicht moralisch zu überfordern –, dass primär institutionelle und gesellschaftliche

„Mittlere Regeln“

Ethische Prinzipien und Normen, die sich über einen Begründungsweg aus einer ethischen Theorie ergeben, können bei ihrer „Anwendung“ auf praxisbezogene ethische Fragestellungen nicht unmittelbar zu moralischen Urteilen führen. Wenn es sich um sehr allgemeine oberste Normen handelt, ist oft nicht die Frage, ob sie einschlägig sind, sondern vielmehr, in welcher Weise. Auch bei Einschlägigkeit einer Norm muss angesichts der Komplexität der Sachlage unter Umständen erst bestimmt werden, was aus der noch recht allgemeinen Norm zu folgern ist. Zudem können mehrere allgemeine Normen in Konflikt stehen und sind dann begründet abzuwägen.

Für die Abwägung moralischer Güter und Normen oder für deren Spezifikation lassen sich teilweise so genannte mittlere Regeln bzw. Vorzugsregeln angeben, die zwischen der Ebene grundlegender Normen und der Ebene konkreter Handlungsoptionen vermitteln. Diese Regeln

gelten z. B. dann als plausibel, wenn ihr Gegenteil nicht ernsthaft vertreten werden kann. Da auch sie in gewissem Grad allgemein gehalten werden, sind sie für spezifische Situationen zu konkretisieren und gegebenenfalls untereinander abzuwägen. Beispiel eine mittlere Regel ist etwa die Vorsichtsregel, die besagt, nach Möglichkeit keine moralisch grundlegenden Güter und Rechte zu verletzen und bei Zweifeln daher diejenige Handlungsvariante vorzuziehen, bei der diese Gefahr gering ist. Eine weitere mittlere Regel kann die Aufforderung beinhalten, den Möglichkeitssinn auszuschöpfen, d.h. nach moralisch unproblematischen Handlungsalternativen zu suchen.

Fragen des Gesundheitswesens, wie etwa Prioritätensetzung und Ressourcenverteilung oder die Arbeitsbedingungen der professionellen Helfer/-innen, erörtert werden. Weiterhin muss in den ethischen Erwägungen, die in einem AKEK zum Tragen kommen, oftmals auch die inhaltliche „Füllung“ einer zunächst von allen für gut und einschlägig befundenen Norm, etwa des Rechts des Patienten auf Selbstbestimmung, genauer geklärt werden (Bobbert 2005). Schließlich sind im Alltag gebräuchliche, moralisch aufgeladene Unterscheidungen wie z. B. die zwischen Tun und Unterlassen näher zu betrachten, wenn es um Fragen der Behandlungsbegrenzung geht. Außerdem sollten argumentative Fehlschlüsse erkannt werden, etwa ein so genannter naturalistischer oder ein autoritativer Fehlschluss (vgl. Mieth 1998, 146 und die Ausführungen im Beitrag von Christof Arn im zweiten Band des Handbuchs). Insgesamt gilt es, auf der Begründungsebene widersprüchliche Argumentationen oder aus verschiedenen Gründen unzulässige Schlussfolgerungen zu vermeiden und „gemischte Urteile“, die aus „rein medizinischen“ Sachverhalten und Behandlungskonsequenzen bestehen, auf ihre Sach- und Wertungsbestandteile hin zu trennen. Selbstredend müssen Begründungsdiskurse aus pragmatischen Gründen an irgendeinem Punkt abgebrochen werden (Bobbert/Dietrich 2001, 9). Gleichwohl zielt die dritte Phase innerhalb gewisser Grenzen auf eine Reformulierung und Präzisierung der Fallproblematik mit Hilfe ethischer Begriffe, Kategorien und Argumente ab. Darüber hinaus bieten Ethikfachleute den klinisch Tätigen Argumentationen und Begründungen an, die diese aufgreifen und im gemeinsamen Diskurs prüfen können.

Inhalt des Autonomieprinzips

Ist das Autonomierecht als Abwehrrecht oder als Anspruchsrecht zu verstehen, oder mit anderen Worten: Worüber darf der Patient bestimmen? Nur über die Annahme oder Ablehnung einer vorgeschlagenen medizinischen oder pflegerischen Maßnahme? Oder hat der Patient das Recht, gangbare Alternativen angeboten zu bekommen und, wenn ja, in welchem Umfang? Ebenso hängt von der Art des Autonomiekonzepts ab, wann dem Recht auf informierte Selbstbestimmung oder Ablehnung Genüge getan ist – wenn ein Patient z. B. eine bestimmte Behandlung verweigert. Hier können die professionellen Helfer z. B. den Eindruck haben, dass die Weigerung einem Missverständnis entspringt, durch Angst oder eine starke Einflussnahme Angehöriger bedingt ist – etwa dann, wenn sich ein Zeuge Jehovas gegen eine Bluttransfusion ausspricht, ein junger Mann sich weigert, für eine Transplantation angemeldet zu werden, oder ein herzkranker Patient keine Erneuerung der Batterie seines Defibrillators wünscht. Es ist nicht nur eine Frage der Kommunikation, sondern auch des Autonomiekonzepts, zu entscheiden, wie lange man versuchen darf oder muss, den Patienten zu informieren oder sogar zu überzeugen. Zudem wäre zu klären, ob es mit dem Autonomiegedanken und der ärztlichen Verantwortung vereinbar ist, sich als Arzt in eine Art Verhandlung zu begeben, bei der man dem Patienten „abringt“, die Behandlung für einen bestimmten Zeitraum auszuprobieren.

3.4 Schlussfolgerungen für die Praxis

Der argumentative Ausweis der eigenen Position verhindert, dass die eigenen Vorannahmen unter der Hand eingeführt werden. Die Problembeschreibung und -diskussion ermöglicht es, mehr Handlungsoptionen und -spielräume wahrzunehmen, womöglich ethisch unproblematische Handlungsalternativen zu entdecken. Zahlreiche (medizin-)ethische Probleme lassen sich komparativ lösen, d.h., es findet sich eine Handlung, die vor dem Hintergrund konsensfähiger Prinzipien besser ist als eine andere Handlungsmöglichkeit. Oder es lassen sich Handlungsalternativen ausmachen, die – unter Umständen durchaus mit unterschiedlichen Gründen – von verschiedenen ethischen Ansätzen aus als legitim erscheinen. Manche Probleme bleiben kontrovers, was die ethischen Normenselbst oder deren Umsetzung anbetrifft.

Um das als richtig Erkannte in die Praxis umzusetzen, bedarf es allerdings einiger Rahmenbedingungen und individueller Voraussetzungen, die nicht immer gegeben sind. So müssen zur konstruktiven Veränderung einer Praxis die an einer Fallproblematik Beteiligten

für ein „stimmiges und angemessenes“ Entscheiden und Handeln in Gruppen und Institutionen meist über recht umfangreiche Handlungs- und Konfliktlösungskompetenzen verfügen, die auf der individual- und sozialpsychologischen Ebene angesiedelt sind. Außerdem dürfen die Arbeitsbedingungen (z. B. Personalschlüssel, Zeit, Material und Fortbildung) das verantwortungsvolle Handeln Einzelner nicht eklatant behindern, vielmehr sollten fördernde Voraussetzungen bestehen. Nach dem klassischen Axiom „Sollen setzt Können voraus“ bedeutet die Einschränkung der Möglichkeiten, sofern sie verantwortlich geklärt sind, zugleich eine Einschränkung der Ansprüche des Sollens (Mieth 1984, 120f.). Denn ethische Pflichten begründen keine abstrakte Verbindlichkeit unabhängig von jeder Lebenslage, allen Umständen oder allen Erkenntnisvoraussetzungen. So kann es sein, dass das aus ethischer Sicht Richtige einen Menschen in seinem Kontext überfordert, dass es deswegen nur graduell realisiert werden kann und ein unerfülltes Sollenmoment übrig bleibt. In diesem Fall müsste sich der Blick auf Möglichkeiten der Unterstützung durch andere oder auf die Veränderung der strukturellen Bedingungen richten.

5. Möglichkeiten und Grenzen des „Arbeitskreis Ethik-Konsil“ (AKEK)

Die Mitglieder des Arbeitskreises schätzen es, Raum und Zeit für ein Innehalten und Nachdenken zu haben, da dies sonst im Klinikalltag kaum möglich ist. Entlastung und Rückenstärkung können aus offenen Berichten und gemeinsamen Überlegungen resultieren. Wichtig sind dabei Verschwiegenheit, gegenseitige Wertschätzung und Respekt vor der Autonomie und Verantwortung des anderen. Es bedarf einer fairen und rücksichtsvollen Moderation sowie eines guten Gruppenklimas, wenn Vorgehensweisen anwesender Personen kritisch hinterfragt und kontroverse Standpunkte vorgebracht werden.

Die vorgestellte Struktur der ethischen Reflexion und Beratung ist in einem Klinikum angesiedelt, das Maximalversorgung bietet. Das Entscheiden und Handeln der Ärzte und Pflegenden unterliegt einem großen Zeit- und Effizienzdruck, so dass das alltägliche Denken und Handeln sehr lösungsorientiert ist und meist kurze Phasen, d.h. die aktuelle Schicht oder einige wenige Tage in den Blick nimmt. Eine Arbeitskreissitzung von ein bis eineinhalb Stunden Dauer ist im Klinikalltag sehr viel, für eine ethische Reflexion dennoch nicht immer genug. Zudem wird so manches Mitglied wieder überraschend auf die Station gerufen. Es hat sich gezeigt, dass manche Fallbesprechungen sich vor allem auf einen der Schritte zwei, drei oder vier konzentrieren. Oft wird schon der Austausch zwischen den Berufsgruppen als so aufschlussreich empfunden, dass sich eine Lösung rasch nahelegt. Teilweise wird der dritte Schritt nur kurz gestreift, weil sich zeigt, dass die einschlägigen ethischen Normen unstrittig sind und die anvisierte praktische Lösung auf keinen

Widerspruch in der Runde stößt. Manchmal muss angesichts der begrenzten Zeit Schritt drei mit der Suche nach guten Gründen eher kurz ausfallen, obwohl bestimmte moralisch-normative Fragen offen sind. Angesichts der knappen Zeit lassen sich grundsätzlichere Fragen ohne direkten Handlungsbezug, etwa der Bedeutung von Tun und Unterlassen in der Intensivmedizin oder dem Inhalte des Autonomiekonzepts, meist nur anreißen. Solche Themen und Fragestellungen müssten in einem anderen Rahmen bearbeitet werden. Der Handlungs- und Problemlösungsdruck bringen es auch mit sich, dass tendenziell ethische Probleme vor allem aus individualethischer Sicht diskutiert werden. Nicht selten aber macht die ethische Reflexion problematischer Behandlungssituationen die Notwendigkeit einer Veränderung institutioneller Abläufe und Strukturen deutlich. Bei strukturellen Fragen fühlen sich viele Klinikmitarbeitende jedoch überfordert, da bereits der unmittelbare Handlungsbereich angesichts eines knappen Personalschlüssels und großer Verantwortung für die Patienten hohe fachliche, psychische und moralische Ansprüche stellt. Institutionen- und sozialetische Überlegungen reichen über den eigenen Handlungs- und Verantwortungsbereich hinaus und bedürften daher gegebenenfalls konzertierter Verständigung und Aktion über Abteilungen und Kliniken hinweg.

Literatur

- Bobbert M. (2005): Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz. In: Düwell, M.; Neumann, J. (Hg.): *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, Paderborn, 105–124.
- Bobbert M.; Dietrich, J. (2001): *Medizin im Medizinstudium. Informationen und Reflexionen für die Schule*. In: *Ethik und Unterricht – Schwerpunkt Medizinethik*, 4, 2–10.
- Dietrich J. (2006): Zur Methode ethischer Urteilsbildung in der Umweltethik, in: Eser U., Müller A. (Hrsg.), *Umweltkonflikte verstehen und bewerten*, München: 177-190.
- Dietrich J. (2003): *Ethische Urteilsbildung – Elemente und Arbeitsfragen für den Unterricht*. In: *Zeitschrift für Didaktik der Philosophie und Ethik* 3, 269–278.
- Mieth D. (1998): *Ethisches Argumentieren und Begründen*. In: Grupe O.; Mieth D.; Hübenal, C. (Hg.): *Lexikon der Ethik im Sport*, Schorndorf, 142–148.
- Mieth D. (1984): *Der ethische Kompromiß als Problem von Sollen und Können*. In: Breuning, W.; Weber, H. (Hg.): *Der ethische Kompromiß*, Freiburg/Schweiz, 113–146.
- Wigant, T. (2005): *Krankenhausseelsorge: ein Beitrag zur Entwicklung von Ethik in Kliniken*. In: *Klinikum Nürnberg – Centrum für Kommunikation, Information, Bildung* (Hg.): *Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen*, Nürnberg.

Zur Person

Bobbert, Monika, Dr. theol., Dipl.-Psych., Studium der katholischen Theologie und Psychologie an der Universität Tübingen. 1995 bis 2000 DFG-Stipendiatin und

wissenschaftliche Koordinatorin des Graduiertenkollegs am Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen. Seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Medizinethik am Institut für Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg.