

## Zweiter Teil der Serie «Klinische Ethik neu gedacht»

# Klinische Ethik im Paradigmenvergleich – eine Frage der Haltung

Rouven Porz

PD Dr. phil., dipl. biol., Leiter der Fachstelle für klinische Ethik des Inselspitals / Spital Netz Bern AG, Mitglied der Redaktion Ethik

Ethische Konzepte lassen sich unterschiedlichen Begriffen und Paradigmen zuordnen. Man kann den Ethiker als Experten sehen, der Entscheidungen für Gesundheitsfachpersonen trifft. Oder im Sinne der sokratischen Hebammenkunst als Helfer, damit Gesundheitsfachpersonen ihre Entscheidungen selbst «zur Welt» bringen können. Und eigentlich geht es um mehr als nur Entscheidungen.

## Begriffe spiegeln Konzepte

Im ersten Teil dieser Serie [1] habe ich die Implementation, Organisation und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen kritisch in Frage gestellt. Ich habe weiter den konzeptuellen Unterschied zwischen ethischer Beratung und ethischer Unterstützung angedeutet, den ich im vorliegenden zweiten Teil dieser Reihe weiterverfolgen möchte. Zunächst zum *beraten*: Ethikberatung war lange Zeit ein gängiger Begriff für das, was klinische Ethik bieten kann. Ich glaube, beobachten zu können, dass wir von dieser Vorstellung der Beratung immer mehr wegkommen. Im englischsprachigen Ethikumfeld begegnet man neuerdings immer mehr der Begrifflichkeit *Clinical Ethics Support Services*. Das könnte man im Deutschen als klinisch-ethische Unterstützung übersetzen. Dabei wären wir auch schon beim zweiten Verb *unterstützen* angelangt. Warum jetzt dieser Fokus auf Begrifflichkeiten? Vielleicht sind Begriffe doch gar nicht so wichtig, wie die Sache an sich? Ich denke, das stimmt nicht. Ich

glaube vielmehr, dass Begriffe und Konzepte gerade in einer neuen Disziplin sehr wichtig sind und dass die Unklarheit in den Begriffen durchaus eine Unklarheit symbolisiert, wie man klinische Ethik heutzutage überhaupt gut betreiben soll. In den Worten des Wissenschaftstheoretikers Thomas S. Kuhn könnte man sogar von zwei verschiedenen Paradigmen spre-

## Wichtiger als Prinzipien(reiterei) ist das Verständnis für die jeweilige Situation.

chen [2]. Wenn der Begriff des Paradigmas – nach Kuhn – für die Art und Weise steht, wie Anhänger einer Wissenschaftsform diese Wissenschaft tagtäglich betreiben und ihren Tätigkeiten (in meist unreflektierter Haltung!) nachgehen, dann glaube ich schon, dass man sagen kann, dass es im Moment noch zwei sehr junge Paradigmen in der neuen Wissenschaft der klinischen Ethik gibt. Ich glaube auch, und hier schliesst sich jetzt wieder der Kreis zu den Begrifflichkeiten, dass das eine Paradigma – eher US-amerikanisch geprägt – als das Paradigma der *Ethics Consultancy* verstanden bzw. bezeichnet werden kann, und das andere – eher europäisch zu fassende Paradigma – als *Ethische Unterstützung* beschrieben werden kann. Ich hoffe, dass jemand diese Sätze hier in 20 Jahren liest, und sie als völlig obsolet empfindet, weil die klinische Ethik einen Professionalisierungsgrad erreicht hat, der derartige Paradigmenvergleiche als vollkommen unnötig erscheinen lässt. Gleichzeitig hoffe ich aber auch, dass nicht ein Paradigma über das andere gewonnen hat, sondern dass sich ein Ausgleich, d.h. ein noch breiterer und epistemologisch-durchdachter Zugang durchgesetzt hat.

## Comparaison de paradigmes en éthique clinique – une question d’approche

Différents termes permettent de désigner le champ d’activité de l’éthique clinique, p. ex. les termes anglais *ethics consultancy* ou *clinical ethics support services*, ou encore *moral deliberation*. Tous ces termes véhiculent en réalité des concepts appartenant à deux paradigmes différents. D’une part celui de l’éthicien comme expert en matière d’éthique, qui est en mesure de prendre des décisions pour les spécialistes de la santé, et d’autre part, celui de la maïeutique de Socrate, soit l’idée selon laquelle l’éthicien collabore habilement de façon à permettre au spécialiste de la santé de prendre ses propres décisions. Deux paradigmes qui découlent donc de deux approches distinctes.



In der braunen Kutte: Sokrates, der seine Gespräche als «Mäeutik», als Hebammenkunst verstand und Erkenntnisse im dialogischen Verfahren das Licht der Welt erblicken liess. (Ausschnitt aus «Die Schule von Athen», Raffael, 1511).

In meiner Wahrnehmung ist das erste – eher US-amerikanische – Paradigma der Ethikberatung eine sehr bürokratisierte Form, Ethik zu betreiben (mit allen Vor- und Nachteilen, die eine Bürokratisierung mit sich bringt). Es geht vor allem darum, Patientenrechte durchzusetzen, sich an klar definierten Prinzipien zu orientieren (hier vor allem am Prinzip der Patientenautonomie und am Prinzip der Gerechtigkeit). Es geht darum, die Gesundheitsfachpersonen in den Beratungen immer wieder an diese Rechte und Prinzipien zu erinnern, und problematische Fälle zu abstrahieren, um sie zu möglichst verallgemeinerbaren Lösungen zuzuführen, die sich mit anderen problematischen Fällen vergleichen lassen. Das gedankliche Mittel der Wahl ist der Bezug zur Rationalität, und die Ethikkommissionen und Ethiker sind durchaus willens, in Patientenpfade einzugreifen, um Patienten zu helfen, ihre vermeintlichen Rechte durchzusetzen. Der *Ethics Consultant* wird gar eingeschaltet, um eine Entscheidung zu treffen, der Ethiker greift somit aktiv ins Kerngeschäft ein. Dies wird deutlich in einer Publikation

**Serie zum Thema «Klinische Ethik neu gedacht»**

In dieser SÄZ-Serie geht es um die Anforderungen und Herausforderungen der klinischen Ethik als neuer Disziplin im Gesundheitswesen. Die Beiträge sind bewusst subjektiv, interpretierend, aus Sicht eines klinischen Ethikers geschrieben und wollen zur Diskussion anregen. Der im Herbst erscheinende dritte Text der Serie wird sich mit der Reflexion von Werten in Berufsrollen befassen.

von Ellen Fox et al. aus dem Jahr 2007 [3]. In einem nationalen US-amerikanischen Survey befragten die Autoren alle Ethikkommissionen nach deren Zielen in ihrer Arbeit. Und die befragten Ethikkommissionen und Ethiker sagen, dass es ihr vorrangiges Ziel sei («primary goal»), einzugreifen («intervening»), Konflikte zu lösen («resolving conflicts»), ja gar die Qualität zu verbessern, in dem in die Patientenpfade eingegriffen wird («changing patient care to improve quality»). Im Gegensatz dazu ist mein hauptsächliches Ziel in der täglichen Arbeit, dem Arzt oder der Pflegenden zu helfen, das Dickicht ihres Arbeitsalltags zu lichten, wenn zu viele Bäume den Blick auf den klaren Wald versperren. Ich gehe somit in meiner eigenen Arbeit immer davon aus, dass die Gesundheitsfachperson meine erste professionelle Priorität hat (und nicht die Patienten). Dies, weil ich denke, dass die Gesundheitsfachperson den Patient besser versorgen kann als ich (wenn sie denn nicht gerade in einem Dickicht an Problemen gefangen ist).

**Prozessverantwortung und Entscheidungsverantwortung**

Ich selbst bin sowieso in meiner Arbeit stärker im zweiten Paradigma verhaftet, das ich aus meiner Sicht wie folgt umschreiben würde: Wichtiger als Prinzipien(reiterei) ist das Verständnis für die jeweilige Situation, der Kontext variiert nun mal von Situation zu Situation. Als gedankliches Werkzeug ist der reine Bezug zur Rationalität nicht immer alleine ausreichend, schon gar nicht wenn Entscheidungsträger von Emotionen, Unsicherheiten, Schuld oder Ängsten geplagt sind [4]. Es geht mehr darum, das gedankliche Dickicht in der eigenen Berufsrolle als Arzt oder Pflegende zu beseitigen, um in einer neuen Klarsicht das Beste für die Patientin verantworten zu können. Damit verbleibt die Entscheidungsverantwortung im zweiten Paradigma immer ganz bei der Gesundheitsfachperson (oder natürlich bei der Patientin, wenn diese noch mitdenken kann!). Der Ethiker übernimmt auch Verantwortung, aber hierbei vielmehr eine Prozessverantwortung für die Art und Weise, wie er oder sie versucht das Dickicht zu lüften (z.B. für die Art und Weise der Durchführung von Fallbesprechungen, Eins-zu-eins-Besprechungen usw.). Die Ergebnisverantwortung bleibt bei der Gesundheitsfachperson.

**Moral Deliberation: der Ethiker als Hebamme**

Eine holländische Gruppe von Ethikerinnen und Ethikern der Freien Universität Amsterdam, ich spreche

von der Gruppe um Guy Widdershoven, Tineke Abma und Bert Molewijk, bezeichnen dieses zweite Paradigma auch gerne mit der Begriffsbildung *Moral Deliberation*. Im Gegensatz zur *Ethics Consultancy* liegt der Schwerpunkt bei der Sichtweise der *Moral Deliberation* darauf, die Disziplin der klinischen Ethik so auszurichten, dass die Gesundheitsfachperson selbst befähigt wird, eigenständig über ihre moralische Verantwortung nachzudenken und darauf aufbauend begründbar handeln zu können. Der beteiligte Ethiker ist in dieser Anschauung eher eine Hebamme im Reflexionsprozess als ein Berater mit ausgewiesener Expertise [5]. Als Hebamme unterstützt der Ethiker die Denkprozesse des Arztes bzw. der Pflegenden. Mir persönlich gefällt das Bild des Ethikers als Hebamme sehr. Natürlich ist diese Analogie abgeleitet von Sokrates, der seine fragende, kritische und nachbohrende gedankliche Arbeit im alten Griechenland als Hebammenkunst bezeichnet haben soll. Man könnte auch sagen: Als Hebamme stellt der klinische Ethiker eher Fragen, als Berater gibt er (oder sie) eher Antworten.

### Der Ethiker übernimmt Verantwortung für die Art und Weise, wie das Dickicht gelichtet wird – Prozessverantwortung.

Es sei nochmals betont, dass meine vorliegende Darstellung der beiden Paradigmen klare Vereinfachungen beinhaltet und stark von meiner eigenen Interpretation geprägt ist. Dennoch, es lässt sich nicht leugnen, dass der klinischen Ethik als Disziplin noch eine Pionierrolle zukommt. Aus dieser Pionierrolle heraus lassen sich dann auch die Überlegungen einzelner Ethikinstitute, Akademien und Gesellschaften verstehen, der klinischen Ethik mehr Kontur geben zu wollen, indem sie z.B. Richtlinien dazu entwickeln, was gute klinische Ethik ist und was nicht. Die Empfehlungen der SAMW von 2012 wurden im ersten Teil dieser Serie bereits erwähnt, ich möchte aber auch auf die sogenannten *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens* des Vorstandes der deutschen Akademie für Ethik in der Medizin verweisen (2010) [6] oder den um Anne Slowther und Tony Hope vom Ethox-Center der Universität Oxford (England) herausgegebenen *Practical Guide for Clinical Ethics Support* (2004) [7] bzw. aus US-amerikanischer Sicht das Dokument *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* der American Society for Bioethics and Humanities (2006, und neu 2011) [8]. Für den vorliegenden Zusammenhang möchte ich aber nochmals auf die Empfehlungen der SAMW zurückkommen, und nachfolgend genauer betrachten, was die SAMW als gute klinische Ethik ausweist. In ihren Empfehlungen

wird nämlich schon ganz zu Anfang das Ziel der klinischen Ethik definiert [9]:

«Ziel einer ethischen Unterstützung ist es, die betroffenen Personen und Institutionen bei ethisch schwierigen Werteabwägungen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Sie soll zur Transparenz der Entscheidungsfindung beitragen, das Erkennen von Werte- und Interessenkonflikten fördern und Lösungsansätze aufzeigen. Empfehlungen sind konsultativ: Ethische Unterstützung legitimiert sich allein durch die vorgebrachten Argumente. Die Entscheidungsverantwortung bleibt beim Arzt und dem Behandlungsteam. Auch das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten wird dabei nicht tangiert. Es geht nicht etwa darum, Ethikstrukturen unersetzlich zu machen oder dem Behandlungsteam die Entscheidungsverantwortung abzunehmen, sondern vielmehr darum, das Behandlungsteam und die Leitung von Institutionen bei ethischen Dilemmata und Konflikten mittels einer systematischen Unterstützung zu beraten.»

Ich finde diese Zieldarstellung äusserst gelungen. Es wird vieles auf den Punkt gebracht: Es geht um Werte- und Interessenkonflikte; klinische Ethik arbeitet konsultativ, d.h., sie trifft nicht selbst die Entscheidungen. Es geht um Transparenz, um Argumente und Begründungen. Und ganz wichtig: der Patient hat letztendlich immer die Hauptverantwortung, und dies für alle Entscheidungen, die ihn betreffen. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass der Blick der SAMW noch immer sehr stark auf *Entscheidungen* ausgerichtet ist, dies insbesondere, wenn im ersten Satz davon die Rede ist, dass die Unterstützung in der Entscheidungsfindung zu verorten ist.

### Mehr als Entscheidungsfindung

Ich persönlich würde die Disziplin der klinischen Ethik lieber viel weiter fassen, ich würde eher sagen, es geht auch darum, unbewusste Handlungen und Routinen ethisch zu reflektieren. Für mich sind explizite Entscheidungen oft nur die Spitze des Eisberges. Darunter liegen Haltungen und Vorstellungen der einzelnen Gesundheitsfachpersonen, die es ethisch zu reflektieren gilt. Natürlich, wenn sich die Werthaltungen von Menschen ändern, dann wird das in einem zweiten Schritt meist auch in ihren Entscheidungen sichtbar. Aber nur über den Fokus auf Entscheidungen kommt man nicht an den prioritären Punkt heran, ein Verständnis für die Werthaltungen der agierenden Personen zu entwickeln. Weiterhin bleibt in der Zielfassung der SAMW auch etwas unklar – ich beziehe mich jetzt auf den letz-

ten Satz des Zitates, – inwiefern die Konzepte von «Beratung» und «Unterstützung» zueinander gehören oder gedanklich getrennt werden sollten. Zusammenfassend könnte man vielleicht sogar so weit gehen und sagen, dass die SAMW-Zielsetzung sehr schön die Ambivalenz der beiden vorherrschenden Paradigmen widerspiegelt. Zum einen, der vielleicht zu enge Fokus auf Entscheidungen, den ich tendenziell eher dem US-Paradigma zuordnen würde. Zum Zweiten aber der Versuch, zumindest durch die Begrifflichkeit der Unterstützung, den Blick zu weiten, und die klinische Ethik breiter fassen zu wollen. Vielleicht ist diese Ambivalenz aber auch keine Schwäche, sondern genau die Stärke der SAMW-Empfehlungen, gibt sie doch sehr genau den Zeitgeist zu klinischer Ethik wieder, ohne die konzeptuellen und inhaltlichen Probleme zu leugnen, deren sich die Disziplin in den nächsten Jahren noch annehmen muss. Ich finde, dass jeder, der sich ernsthaft für die Implementierung von Ethikstrukturen interessiert, die SAMW-Empfehlungen lesen sollte, unter anderem auch, weil sie sich trauen einen noch ganz anderen – neuen – Aspekt zu verdeutlichen: Mit welcher professionellen Haltung muss man eigentlich an die Arbeit in der klinischen Ethik herangehen?

### Die Haltung von Ethikern: Offenheit und Allparteilichkeit

In Bezug auf die Haltungen von Ethikerinnen und Ethikern bekennen sich die SAMW-Empfehlungen sehr deutlich zu einer Offenheit, zu einem Willen zum Perspektivenwechsel und zur Fähigkeit, sich selbst in den eigenen Werthaltungen kritisch hinterfragen zu können [10]. Die Rede ist also von einer Art Allparteilichkeit, und das ist gar nicht immer so leicht, wenn man z.B. selbst in der Berufsrolle als Pflegende, oder Ärztin sozialisiert worden ist. Die meisten Mitglieder von klinischen Ethikkommissionen entstammen Berufen des Gesundheitswesens, entsprechend oft fällt mir auf, dass diese Mitglieder gar nicht allparteilich sein wollen, sondern sich ihrer jeweils eigenen Berufsgruppe verpflichtet fühlen. Ärzte argumentieren oft für Ärzte, Pflegende argumentieren oft für den Berufsstand der Pflege. Je länger ich darüber nachdenke, umso mehr bin ich der Überzeugung, dass zumindest ein oder zwei Mitglieder einer Ethikkommission wirklich mit einer Aussenperspektive kommen müssen. Ich glaube auch, dass professionell angestellte Ethikerinnen und Ethiker zumindest vorsichtig sein sollten mit ihren eigenen gedanklichen blinden Flecken, wenn sie selbst

ursprünglich aus der Pflege oder dem Arztberuf kommen. Ich selbst bin weder als Arzt noch als Pflegender sozialisiert, und ich empfinde dies als grossen Vorteil (unter anderem auch deshalb, weil ich meine berufliche Identität nicht über traditionelle Hierarchien im Gesundheitswesen definiere), aber natürlich verfüge ich auch über eine Menge gedanklicher blinder Flecken, allerdings oftmals über andere als Ärzte und Pflegenden. Insbesondere bei Ärzten (ja, diesmal meine ich wirklich ganz bewusst die männlichen) erlebe ich oft

### Als «Hebamme» stellt der klinische Ethiker eher Fragen, als Berater gibt er eher Antworten.

noch die Tendenz, meine Arbeit und Argumente im ersten Moment skeptisch anzusehen, weil mir der «Stallgeruch» der medizinischen Sozialisation fehlt, oder weil ich selbst noch nie während Operationen «im Blut gestanden habe» [11]. Allein die Wahl solcher Metaphern verdeutlicht für mich schon die Notwendigkeit, wie sehr es die klinische Ethik als gedankliches Korrektiv in der Reflexion von Berufsrollen in unserem Gesundheitssystem doch braucht. Dazu aber mehr im nächsten Text dieser Serie.

#### Referenzen

- 1 Porz R. Ethische Fallbesprechungen und «Beratung» – kritische Einführung. Schweiz Ärztezeitung. 96(17):615–18.
- 2 Vgl. Kuhn TS. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago, University of Chicago Press. Erste Aufl. 1962; 2012.
- 3 Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey. In: The American Journal of Bioethics. 2007;7(2):16.
- 4 Das gilt natürlich auch für die Patienten, die nicht immer in der Lage sind, die ihnen zugesprochene Autonomiefähigkeit auszuleben.
- 5 Die Holländer sprechen in ihrer Hebammen-Sichtweise deshalb auch nicht von Ethik-Moderatoren bei den ethischen Fallbesprechungen, sondern von sogenannten Facilitators, die den gedanklichen Prozess bei den Gesundheitsfachpersonen in Gang bringen sollen, aber nicht Ergebnisse bzw. Entscheidungen vorgeben wollen. Vgl. z.B. Abma T, Molewijk B, Widdershoven G. Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. In: Health Care Analysis. 2009;(17): 217–35. Oder: Molewijk B, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching Ethics in the Clinic. The Theory and Practice of Moral Case Deliberation. In: Journal of Medical Ethics. 2008;(34):120–4.
- 6 In: Ethik in der Medizin. 22,2010. S. 149-153.
- 7 Zu finden auf der Website des UK Clinical Ethics Networks [www.ukcen.net/](http://www.ukcen.net/) (letzte Ansicht: 9. Mai 2015) unter «Educational Resources».
- 8 Zu bestellen auf der Website der Gesellschaft [www.asbh.org/](http://www.asbh.org/) (Letzte Ansicht: 9 Mai 2015) unter «Publications»
- 9 SAMW. Ethische Unterstützung in der Medizin. Basel: 2012; S. 7.
- 10 Vgl. Fussnote 9, S. 14.
- 11 Vgl. hierzu auch den Text von Pekka Louhiala (sowohl als Arzt als auch Philosoph ausgebildet): But how could they know? Reflections on the role of philosophy and philosophers in medical ethics. In: Cutting through the Surface. Hrsg. von T. Takala et al. Amsterdam: Rodopi; 2009. S. 54–60.