

Schwerpunktthema der dritten palliativmedizinischen Konferenz am 02.09.2009 „Wenn es mein Vater wäre ... Ethische Konflikte erkennen und lösen“

Vortrag J. Doetsch: **Ethische Konflikte: Wie sie entstehen, was sie sind und wie sie gelöst werden.**¹

Kontextualisierung:

Ethische Konflikte sind im medizinisch-pflegerischen Alltag an der Tagesordnung, werden aber, zum Beispiel aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausprägung und ihres Verlaufs längst nicht immer als solche erkannt und adäquat kommuniziert. Diese Tatsache steht in einer gewissen Spannung zum allgemeinen Konsens, dass medizinisch-pflegerisches Handeln in besonderer Weise ein verantwortliches und verantwortbares Handeln ist bzw. sein sollte - stellt doch das, worum es diesem Handeln geht, ein unstrittig hohes Gut dar: die Gesundheit bzw. das Wohl, ja, das Leben des Menschen selbst.

Damit ist das Stichwort gefallen, das unmittelbar zur Thematik dieses Vortrages führt:
Ethische Konflikte: Wie Sie entstehen, was sie sind und wie sie gelöst werden.

Es soll also mit anderen Worten

1. um die Genese oder Ursachen ethischer Konflikte gehen,
2. sodann um das Erfassen ihres „Wesens“, d.h. es soll darum gehen, deutlich zu machen, was ethische Konflikte als *ethische* Konflikte kennzeichnet und
3. soll es schließlich darum gehen, mögliche Wege ethischer Konfliktbewältigung zumindest anzudeuten.

Dabei kann es im Rahmen dieses Vortrages nicht darum gehen die genannten Punkte in ihrer gesamten theoretischen wie praktischen Breite, einschließlich ihres philosophisch-theologischen Hintergrundes, auszuleuchten und alle sich aufdrängenden Fragen zu beantworten.

Vielmehr verstehen sich die folgenden Ausführungen als Beitrag dazu, für ethische Fragestellungen zu sensibilisieren und sich der Notwendigkeit einer professionellen Auseinandersetzung mit ihnen bewusst zu werden.

Zur Frage nach der Entstehung ethischer Konflikte

Im Vorfeld der Beantwortung der Frage nach der Entstehung ethischer Konflikte erscheint es sinnvoll zunächst einmal die Begriffe *Moral* und *Ethik* klar zu definieren, die, weil sie eng zusammenhängen, oft synonym, also gleichbedeutend, verwendet werden. De facto aber bezeichnen sie Verschiedenes.

Unter *Moral* (Ethos) versteht man „die Summe all derjenigen Normen (= Richtlinien), Werte (= Abstraktionen handlungleitender Überzeugungen) und Verhaltensregeln, die innerhalb einer Gruppe von Menschen (sei es Familie, Institution, Gesellschaft oder Staat), faktisch gelten und gegenseitig eingefordert werden.“²

¹ Die vorliegende, schriftliche Version des Vortrages vom 02.09.2009 enthält einzelne Ergänzungen, die aus Gründen der Anpassung des gehörten an das geschriebene Wort notwendig erschienen und dem besseren Verständnis der schriftlichen Fassung Rechnung tragen sollen.

² Settimo Monteverde: Ethik und Palliativcare – Das Gute als Handlungsorientierung in: Knipping, Cornelia: Lehrbuch für Palliativcare, Bern ²2007, 520-535, hier 522. Im Folg. zit. als: Monteverde: Ethik ... Vgl. dazu a. Steigleder, Klaus: Moral, Ethik, Medizinethik in: Stefan Schulz; Steigleder, Klaus u.a.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt a.M. 2006, 15-45.

So hat z.B. jede Berufsgruppe ihr spezifisches *Ethos*. Im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Berufe sprechen wir vom Standesethos der Ärzte und vom Berufsethos der Pflegeberufe. Es sei hier nur an das Prinzip der Fürsorge als zentraler Wert in der Pflege oder an das Prinzip der Schmerzlinderung in der Medizin erinnert.

Ethik bezeichnet demgegenüber „das reflektierte Nachdenken über Moral und moralisches Handeln“.³ Sie tut dies methodisch, kritisch und argumentativ.⁴ „Ethik ist die Wissenschaft, welche menschliches Handeln im Bezug auf die Vorstellungen vom Guten und Richtigen untersucht.“⁵

Sie kann dies beschreibend tun – dann sprechen wir von deskriptiver Ethik – oder auch kritisch-wertend – in diesem Fall sprechen wir dann von der normativen Ethik. In beiden Fällen geht es aber um das „*Sollen*“ des Menschen, um das, was der Mensch tun soll, damit sein Handeln ein für erstrebenswert erachtetes Ziel auch tatsächlich verwirklicht bzw. verwirklichen kann.

Wenn wir dementsprechend z.B. von Pflegeethik oder Medizinethik sprechen, dann meinen wir die (wissenschaftlich-systematische) Reflexion auf das in diesen Handlungsbereichen jeweils geforderte Handlungsprofil und dessen Verwirklichung.

Dabei bleiben die obersten Moralprinzipien von Medizin und Pflege, wie sie von Beauchamp und Childress herausgearbeitet worden sind (die Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, der Schadensvermeidung und der Gerechtigkeit) leitend.

Halten wir fest: Nach allem, was bisher gesagt worden ist, ist menschliches Handeln nicht wertneutral. Wir alle tragen mehr oder weniger bewusst eine Art „Moralkodex“ in uns, der es uns erlaubt zwischen Gut und Böse, Richtig und Falsch zu unterscheiden und unser Handeln danach auszurichten. Wir treten, geprägt von Gruppe, Erziehung, gesellschaftlichem Konsens und auch Religion, mit einer bestimmten *Haltung* (Tugend) in Beziehung zur Welt und Umwelt – und natürlich insbesondere zum Mitmenschen. Unsere innere (Werte)Haltung schlägt sich in unserem Tun und Lassen nieder. Sie ist gewissermaßen das, was hinter unseren konkreten Handlungen steht.

Wir können auch sagen, dass wir uns allgemeingültige Werte und Richtlinien menschlichen Handelns so zu eigen gemacht haben (internalisiert) haben, dass wir im Miteinander das Gute und Richtige oft spontan, *intuitiv* erfassen, ohne vorher wissenschaftliche Abhandlungen studiert zu haben.

Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: Wir sehen einen Patienten, der entblößt im Bett liegt und an den Händen fixiert ist und so den Blicken anderer Menschen schutzlos ausgesetzt ist. Wir empfinden spontan Empörung.⁶

Diese spontane, unmittelbare Reaktion auf eine Beobachtung wird als *moralische Intuition* bezeichnet. Sie wird in den allermeisten Fällen dazu führen, dass wir handelnd eingreifen, indem wir etwa die Bettdecke über den Patienten legen.

Moralische Intuitionen bezeugen also unser moralisches Bewusstsein.

Ein anderer Ausdruck dieses Bewusstseins sind unsere *Urteile*, das heißt unsere sprachlich formulierten Entscheidungen darüber, was gut und richtig ist. Wenn ich zum Beispiel sage: Es ist gut Versprechen zu halten, dann habe ich damit ein Werturteil ausgesprochen.

Um es noch einmal zu sagen: Unser Handeln bleibt also immer rückgebunden an moralischen Verhaltensnormen und Wertevorstellungen.

³ Schewior-Popp u.a.: Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, Stuttgart u.a. 2009, 160.

⁴ Vgl. Dinges, Stefan: Ethische Entscheidungskulturen – Hindernis oder Unterstützung am Lebensende in: Knipping, Cornelia: Lehrbuch für Palliativcare, Bern 2007, 536-545, hier 357. Im Folg zit. als: Dinges: Entscheidungskulturen

⁵ Monteverde: Ethik ..., 521.

⁶ Vgl. Dinges: Ethische Entscheidungskulturen, 541.

Solange unser Handeln diesen moralischen Verhaltensnormen und Werten entspricht, ergeben sich keine Spannungen. Nun wissen wir aber alle, dass dies einen Idealzustand beschreibt.

Im medizinisch-pflegerischen Alltag dagegen treten immer wieder Situationen auf, in denen unterschiedliche Wertvorstellungen und Lebenskonzepte in Konkurrenz zueinander treten.

Es ergeben sich Situationen, in denen Schlüsselprinzipien der Pflege und Medizin, wie z.B. Fürsorge und Autonomie sich gegenseitig ausschließen oder der Grundsatz der Unantastbarkeit des Lebens in Widerspruch zum angestrebten Ziel der Lebensqualität eines Patienten gerät.⁷ Das wäre dann der Fall, wenn etwa ein schmerzstillendes Medikament, das auf die Lebensqualität eines Patienten zielt, zugleich sein Leben verkürzen könnte.

Zu denken wäre in diesem Zusammenhang auch an die beiden Grundintuitionen des Ethos der Palliativcare selbst, wie sie von der WHO (2002) formuliert worden sind: die Leidenslinderung und die Nichtbeeinflussung des Todeseintritts, die zu gegensätzlichen Handlungsoptionen führen können.⁸

Damit zeigt sich: ***Genau an der Nahtstelle zweier oder auch mehrerer miteinander konkurrierender Werte oder Güter ergeben sich ethische Konflikte.***

Dies sei an einem (hier gekürzten) Fallbeispiel (von Lauxen, Oliver in: Handbuch Ethisch handeln in der Pflege) erläutert:

83-jährige Frau D. - allein stehend – Diabetes mellitus und starke Beeinträchtigung der Sehfähigkeit machen 2x tgl. Blutzuckerkontrolle und Insulininjektion durch MitarbeiterIn einer Diakoniestation nötig – Leistungen werden als behandlungspflegerische Maßnahmen nach § 37 SGB V mit Krankenkasse von Fr. D. abgerechnet - Zur Durchführung von Blutzuckerkontrolle und Injektion stehen 7 Minuten zur Verfügung

Pflegekraft E. findet Fr. D. bei einem Pflegebesuch weinend vor (Todestag ihrer Tochter, die bei einem Verkehrsunfall ums Leben kam). Pflegekraft E. empfindet Mitleid mit Fr. D. und geht auf sie ein, versucht sie zu trösten, bleibt bei ihr, bis es ihr besser geht.

Der Einsatz dauert statt der vorgegebenen sieben an diesem Tag dreißig Minuten.

Folge: Gewissensbisse, weil Pflegekraft E. alle anderen Klienten ihrer Pflgetour, die auf sie warten, erst verspätet versorgen kann. – Darüber hinaus bleibt der Zweifel, ob die für die emotionale Begleitung aufgewendete Zeit tatsächlich als Arbeitszeit geltend gemacht werden kann (Appell der Diakonieleitung unnötige Kosten für die Station zu vermeiden).

Die *Situationsanalyse* legt gleich mehrere ethische Konflikte in ein und derselben Situation offen:

Zunächst bedarf die Klientin Fr. D. der *Fürsorge* der Pflegekraft, der sich die Frage, ob sie Fr. D. in der für diese überaus belastenden Lebenssituation beistehen soll oder ob sie versuchen soll, sich an ihre 7-Minuten-Vorgabe zu halten, gar nicht erst stellt. Die *Pflicht*, die Klientin emotional zu unterstützen, hat eindeutig Priorität.

Dennoch hat Pflegekraft E. ein schlechtes Gewissen gegenüber den nachfolgenden Klienten, weil sie zu diesen zu spät kommen wird. Sie möchte nicht nur nach dem *Prinzip der Fürsorge* handeln, sondern auch nach dem *Prinzip der Gerechtigkeit*. Die Pflegekraft möchte die knappen zeitlichen Ressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, fair und gerecht auf alle Klienten ihrer Tour verteilen.

Der zweite in dieser Situation erlebte Konflikt betrifft die Unsicherheit darüber, ob die Pflegekraft die zusätzlich für Fr. D. aufgewendete Zeit als Arbeitszeit deklarieren kann.

Einerseits steht für die Pflegekraft E. außer Frage, dass sie Fr. D. in der Situation Gutes tun muss, indem sie ihr in ihrer Trauer beisteht. *Andererseits* ist sie zur Loyalität ihrem Arbeitgeber verpflichtet und dieser fordert eine wirtschaftliche Arbeitsweise ein.

⁷ Vgl. Dinges: Ethische Entscheidungskulturen, 540.

⁸ Vgl. Monteverde: Ethik ..., 523.

Das ausgewählte Fallbeispiel mag auf den ersten Blick banal erscheinen, fasst aber das bisher Gesagte noch einmal anschaulich zusammen und zeigt, dass ethische Konflikte nicht nur in dramatischen Entscheidungssituationen, in denen es sprichwörtlich um Leben und Tod geht, anzutreffen sind, sondern im medizinisch-pflegerischen Alltag auf Schritt und Tritt begegnen können.

Zur Frage nach dem, was ethische Konflikte sind

Als Charakteristikum ethischer Konflikte kann also die Unsicherheit genannt werden, nicht mehr eindeutig bestimmen zu können, was das Gute und Richtige in einer bestimmten Situation ist und entsprechend zielgerichtet zu handeln.

Verschiede Güter, wie z.B. das Leben, die Schmerzfreiheit, oder wie in dem Beispiel die gerechte Verteilung von Pflege- bzw. Zeitressourcen, die gleichermaßen für wichtig erachtet werden, können nicht *gleichzeitig* verwirklicht werden. Oder noch einmal etwas anders ausgedrückt: „Ein als wichtig erachtetes Gut kann nur unter Preisgabe eines anderen Gutes sichergestellt werden.“⁹

Der Konflikt scheint unauflöslich. In der Ethik spricht man in diesem Fall von einer *Dilemmasituation*.

Ethische Konflikte erweisen sich, so kann an dieser Stelle festgehalten werden, also als *strittige Handlungsalternativen*, als „*moralische Irritationen*“¹⁰ oder eben als Handlungsirritationen.

Anders gesagt: Ich weiß nicht mehr, was ich tun soll, obwohl ich weiß, dass ich das *Gute* und *Richtige* tun soll.

Zur Frage nach der Lösung ethischer Konflikte

Es liegt auf der Hand, dass ethische Konflikte in so hoch professionalisierten und technisierten Handlungsbereichen wie es Medizin und Pflege darstellen, weder durch Bagatellisierung noch Marginalisierung gelöst werden können. Die Qualität der hier angefragten Entscheidungskultur entscheidet in hohem Maße zugleich über die Qualität der Handlungskultur, sie entscheidet über die Qualität des fachlich-menschlichen Selbstverständnisses genauso wie über die Verwirklichung der Lebensqualität der Kranken, der sich die Palliativmedizin in besonderer Weise angenommen hat.

Eine professionelle Bearbeitung ethischer Konflikte hat den *Menschen* in den Blick zu nehmen, dessen *unantastbare Würde* das „Prinzip“ hinter allen handlungsleitenden Prinzipien bleiben muss. Unter dieser Perspektive kann und darf es keine gleichgültigen Entscheidungen geben, denn wo (in ethischen Konfliktsituationen) der Mensch es mit dem Menschen zu tun bekommt, da haben die Dinge eben nicht alle die *gleiche* Gültigkeit. Wo der Mensch es (in ethischen Konfliktsituationen) mit dem Menschen zu tun bekommt, da geht es primär um die *Praxis* (dieses Wort kommt aus dem Griechischen und bedeutet: Tätigkeit / Unternehmung / etwas tun / etwas bewirken), um das gute und richtige *Handeln* – hier und jetzt.

Widersprüche und Wertkonflikte in ethischen Entscheidungssituationen lassen sich also genauso wenig „aussitzen“ wie sie trivial entschieden werden können.¹¹

„Wenn es mein Vater wäre ...“ – das ist definitiv keine Lösung. Und zwar deshalb nicht, weil sie die Lösung einer ethischen Konfliktsituation im medizinisch-pflegerischen Kontext gewissermaßen zu einer Ermessensfrage des Einzelnen macht. Tendenziell würde mit einer solchen Zurückdrängung der Entscheidungsfindung ins „Private“ auch die Ethik als Reflexion

⁹ Monteverde: Ethik ..., 528.

¹⁰ Monteverde: Ethik ..., 523.

¹¹ Vgl. Dinges: Ethische Entscheidungskulturen, 542.

auf menschliches Handeln von der geforderten *interpersonalen* und *interprofessionellen* Ebene auf die *intrapersonale* Ebene verschoben.

Worauf es in ethischen Konflikten, und die sind, wie gesagt, im medizinischen Alltag an der Tagesordnung, ankommt, das sind keine vordergründigen, sondern *begründete* Antworten; worauf es ankommt, das ist die *professionelle* Bearbeitung ethischer Konflikte.

So ist es nach Stefan Dinges zum Beispiel eine Aufgabe „ethischer (also reflektierter) Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung ...“, die prinzipielle Unentscheidbarkeit (einer Situation) festzustellen und zugleich durch *Kommunikation* unterschiedlicher Wertfiguren tragfähige Kompromisse als Lösung zu finden, die darin bestehen, dass andere Wertpräferenzen erst einmal bewusst wahrgenommen und dann respektiert werden.“¹²

Worum es mit anderen Worten geht, das ist die (Wieder)Herstellung von Handlungssicherheit, indem mit dem Mittel der vernünftigen *Güterabwägung* alle zur Auswahl stehenden Optionen auf ihre Vor- und Nachteile hin befragt werden.¹³

Der ethische Entscheidungsprozess wäre hier zu denken als ein interprofessioneller / interpersonaler Prozess, der von der genauen Situationsanalyse über die Formulierung der moralisch-ethischen Fragestellung bis hin zur reflektierten, begründeten Entscheidung reicht.

Wie gesehen sind ethische Konflikte in einem hohen Maße von Handlungsunsicherheit gekennzeichnet, gleichzeitig aber erfordern sie ein Höchstmaß an *ethischer Entscheidungs- und Handlungskompetenz*, die nicht einfach nur eingefordert werden kann, sondern die auch *kommunikativ* vermittelt und erworben werden muss.

Moral und Ethik stehen insofern nicht nur theoretisch sondern auch und vor allem *praktisch* in einem kreativen Spannungsverhältnis zueinander. Von daher muss die ethische Reflexion auf menschliches Handeln und Urteilen als ein fortlaufender, sich stets aktualisierender Prozess verstanden werden, der sich „*vor Ort*“ ereignen sollte.

Der Platz der Ethik ist nicht der „Elfenbeinturm der Wissenschaften“, sondern schlichtweg der (in unserem Falle, medizinisch-pflegerische) Alltag. Wo immer Ethik sich sonst „herumtreiben“ würde, wäre sie im Sinne des Wortes fehl am Platz.

An dieser Stelle müsste nun noch darüber nachgedacht werden, wie die ethische Entscheidungskultur im medizinisch-pflegerischen / palliativmedizinischen Alltag konkret gefördert und verwirklicht werden könnte.

Doch seien stattdessen im Rahmen dieser einleitenden Konturierung ethischer Fragestellungen und Problemfelder im medizinischen Alltag lediglich noch einige Stichworte genannt:

Ethikberatung

Ethikvisite

Ethikbesprechung

Organisationsethik

Ethikkommission

Das Nachdenken über die breite Etablierung solcher Institutionen wäre in jedem Falle ein Gewinn – für die Kranken allemal.

¹² Dinges: Ethische Entscheidungskulturen, 541.

¹³ Vgl. Monteverde: Ethik ..., 528.