

Dritter Teil der Serie «Klinische Ethik neu gedacht»

Werte, Moralvorstellungen und Berufsrollen

Rouven Porz

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

Was haben private Wertvorstellungen mit der Rolle im Beruf zu tun? Wenig, und es ist nötig, eigene Moralvorstellungen von den Ansprüchen der Berufsrolle abzugrenzen. Die Entwicklung der Medizinethik kann als Versuch gedeutet werden, neue Empfehlungen und Richtlinien für ethische Entscheidungen von Gesundheitsfachpersonen aufzuzeigen. Aus der sogenannten Prinzipienethik von Beauchamp und Childress lässt sich eine Art standeseidliche Berufsethik ableiten.

Die Disziplin der Ethik im Allgemeinen handelt von Werten und Normen. Das ist der Grundgedanke einer genuin ethischen Herangehensweise. Das heisst, es geht in der Ethik immer um das, was uns im Leben wichtig ist (Werte), bzw. darum, wie wir diese Wichtigkeiten in konkrete Lebensregeln zu überführen suchen (Normen). Auch die klinische Ethik im Speziellen versucht, Werte von Gesundheitsfachpersonen zu reflektieren und diesen somit zu helfen, ihre Argumentationen, Handlungen und Entscheidungen bewusst in ethischen Werten zu gründen (neben der Notwendigkeit der unvermeidlichen Kenntnis und Bezugnahme auf die nötigen medizinischen Fakten und juristischen Rahmenbedingungen in der jeweiligen klinischen Situation).

Gleiche Werte, verschiedene Handlungsweisen

Werte sind Ideale, Motive, bewusste oder unbewusste Orientierungsstandards, von denen sich also einzelne Menschen oder Gruppen von Menschen oder Kulturen in ihrem Miteinander leiten lassen. Und interessanterweise können gleiche Werte zu ganz unterschiedlichen

Lebensregeln führen. Der Wert des «Respekts» äussert sich bei vielen Menschen im Alltag z.B. darin, dass sie fremden Menschen beim ersten Kennenlernen lächelnd die Hände schütteln, wobei man sich in die Augen schaut. Es gibt aber auch Kulturen, bei denen es sehr wichtig ist, sich beim ersten Kennenlernen gerade nicht in die Augen zu schauen, dies ebenfalls aus Re-

Komplett andere Handlungsvorschläge, im Kerngedanken allerdings der gleiche Wert.

spekt vor dem fremden Gegenüber. Ganz so weit müssen wir gar nicht gehen. Selbst im klinischen Alltag, z.B. in Konfliktsituationen in Teams, teilen Ärztinnen und Pflegende oft die gleichen Werte, nur – wie ich bedauerlicherweise immer wieder feststellen muss, und ich weiss, es klingt stereotyp – leiten Ärzte oft andere Handlungsanweisungen davon ab als Pflegende. Während z.B. die Pflegende – ich bitte um Nachsicht für das vermeintliche Klischee – meint, es wäre doch jetzt das Beste, wenn man die arme alte Patientin endlich sterben lassen würde, meint der junge Oberarzt, dass die Patientin auf jeden Fall noch von einer weiteren Chemotherapie profitieren könnte. Fazit: komplett andere Handlungsvorschläge, im Kerngedanken allerdings der gleiche Wert: Fürsorge gegenüber der Patientin, oder anders gesagt: das Beste für die Patientin wollen. Hier können ethische Analysen oder Fallbesprechungen zumindest einmal helfen, festzustellen, dass die Beteiligten eigentlich von den gleichen Werten ausgehen.

Private Werte und die Rolle im Beruf

Verkompliziert werden die Lösungsversuche und Argumentationen in solch schwierigen klinischen Kon-

Représentations, valeurs morales et rôles professionnels

Les hôpitaux prennent quotidiennement des décisions qui relèvent de l'éthique. Or les valeurs qui sous-tendent ces décisions ne sont que rarement thématiques. L'un des rôles essentiels de cette nouvelle discipline qu'est l'éthique clinique consiste à mettre en évidence les représentations implicites des professionnels de la santé concernant les valeurs. Ces derniers peuvent aussi être tiraillés entre leurs valeurs personnelles et les exigences de leur rôle professionnel. Une réflexion sur ses propres valeurs professionnelles afin de les distinguer des représentations morales semble ainsi d'autant plus importante.

fliktsituationen aber oft auch dadurch, dass manche der Beteiligten sich erstens vorrangig nur auf ihre privaten Werte beziehen und gar nicht auf die Werte ihrer Berufsrolle (ich spreche im Folgenden dazu von den eigenen «Moralvorstellungen» in Abgrenzung zur «Berufsrolle» oder «Berufsethik»). Zweitens nehmen unterschiedliche Beteiligte die gleiche Situation oft unterschiedlich wahr. Was für den einen ein wirkliches *Problem* darstellt, ist für die andere vielleicht nur ein kleines *Unbehagen* und für den Dritten schon ein unlösbares *Dilemma* [1]. Ich möchte diese zwei Zusammenhänge im Folgenden kurz ausführen und bekenne mich hierfür zu meinen eigenen Moralvorstellungen. Dies scheint mir ratsamer, als mich weiterhin vermeintlicher Klischees von anderen Menschengruppen zu bedienen. Gehen wir also jetzt von den Fremdbeispielen weg und setzen doch direkt bei uns selbst an. Wie gesagt, ich beginne bei mir:

- Ich habe oft ein moralisches Problem, wenn ich irgendwo in der Welt unterwegs bin und ausgehungerte oder schlecht behandelte Hunde sehe. Ganz wahrscheinlich ist dies kein Problem, sondern eher ein *Unbehagen* – ein moralisches Unbehagen. Ich spüre irgendwo in meinem Bauch, dass mir der Anblick etwas ausmacht, aber ich greife auch nicht ein. Ich habe das Gefühl, vielleicht eine Art von Intuition, dass hier irgendwas nicht richtig ist. Ich kann aber auch nicht alle Hunde dieser Welt adoptieren. Ich gehe meistens einfach weiter.
- Ich selbst habe oft ein *Problem* damit, wenn es darum geht, Essen wegzuworfen. Zuhause stellt sich dieses Problem kaum, man kann Essen heute leicht in den Kühlschrank stellen oder anders weiterverarbeiten. Aber gerade wenn ich unterwegs bin, irgendwo in der Welt, und nach irgendeiner Weiterbildung bleiben 30 belegte Brote und 40 Muffins übrig, dann stellt es für mich wirklich ein moralisches Problem dar, wie ich mit diesem Rest von Essen umgehen soll. Mit Problem meine ich, ich setzte meine ganze Vernunft ein, um möglichst schnell auf eine gute Lösung zu kommen. Ich erkenne, dass es ein moralisches Problem ist, weil ich einen Anflug von Schuld in mir spüre, zumindest solange ich noch auf Lösungssuche bin. Würde ich dieses Essen einfach in den Mülleimer werfen, dann würde ich mich schuldig fühlen. Dieser Anflug von Schuld löst sich leicht in ein wohlbedingliches Gefühl auf, wenn es mir z.B. gelingt, die Essensreste noch an irgendwen zu verteilen.
- Und manchmal stecke ich auch in einem richtigen moralischen *Dilemma*. Vor gar nicht langer Zeit habe ich auf das Baby eines befreundeten Ehepaares aufgepasst. Ich war mit dem kleinen Ben spazieren. Er ist noch nicht mal ein Jahr alt. Ich habe dann auf



Welchen Weg wählen? Bei Entscheidungen im Spital helfen private Wertvorstellungen nicht wirklich weiter.

dem Spazierweg seine Stoffpuppe (die er offensichtlich zum Einschlafen braucht) verloren. Es war eine gängige Marke, und die Stoffpuppe war auch noch relativ neu. Ich hätte nur im nächsten Spielwarenladen die gleiche Puppe nochmal kaufen müssen. Weder mein Freund, noch seine Frau – noch Ben – hätten wohl jemals einen Unterschied bemerkt. Aber dennoch, es wäre nicht mehr seine Puppe gewesen. Mein Dilemma war: Soll ich es den Eltern beichten oder sollte ich heimlich die neue Puppe kaufen? Ich konnte es drehen und wenden, wie ich will. Aus dieser Situation ging ich mit Schuldgefühlen raus. Das war wirklich ein moralisches Dilemma für mich. Keine gute Lösung möglich, die Schuld blieb (und bleibt!) bestehen.

Was haben diese privaten Wertvorstellungen nun mit meinem Beruf und meiner Rolle in einem Spital zu tun? Eigentlich gar nichts! Und genau das wollte ich mit diesen Beispielen zeigen. Es wäre meistens unangebracht, wenn ich meine eigenen Wichtigkeiten so sehr in meinen Beruf einfließen liesse, dass ich im Spital für Hunde, Essensreste und Spielzeugpuppen kämpfen und argumentieren würde. Leider erlebe ich das täglich. Gesundheitsfachpersonen kämpfen für ihre eigenen Moralvorstellungen und setzen somit ihre eigene Moral oft zu dominant in Relation zu den An-

forderungen ihrer Berufsrolle. Gleichzeitig wollte ich zeigen, dass die Dreiteilung in Unbehagen, Problem und Dilemma in moralisch heiklen Situationen durchaus hilfreiche gedankliche Kategorien bieten kann, wenn man die eigenen moralischen Relevanzen reflektieren will.

Natürlich waren meine Beispiele oben so gewählt, dass sehr schnell deutlich wurde, dass es sich nur um private Befindlichkeiten handelt. Ich bin mit Hunden gross geworden, Essen wegzwerfen war in meinem Elternhaus absolut inakzeptabel, und ich bin selbst gerade Vater geworden. Die Wahrnehmung von moralischen Relevanzen liegt notwendigerweise in der eigenen Lebenserfahrung, in der eigenen Sozialisation und dem eigenen kulturellen Kontext begründet. Und obwohl auch die Wahl einer Berufsrolle generell in der eigenen Lebensführung begründet liegt, so finde ich es für die Disziplin der klinischen Ethik aber enorm wichtig, dass sie die Gesundheitsfachpersonen immer wieder darauf aufmerksam macht, dass die zu treffenden Entscheidungen im Berufsalltag primär im Kontext der Berufsrolle und nicht in der Rolle der Privatperson getroffen werden sollten.

Ich versuche mich dazu jetzt mit einem Beispiel, wieder besteht allerdings die Gefahr der Stereotypisierung. Stellen Sie sich eine ethische Fallbesprechung vor. Es geht um einen älteren scheinbar urteilsunfähigen Patienten, es ist unklar, ob man bei seiner sehr schlimm progredienten Erkrankung die Therapie noch weiterführen soll oder nicht. Ein verantwortlicher erfahrener Pfleger sagt: «Ich kann fast nicht mehr in das Zimmer reingehen, ich kann es nicht mehr ertragen, ihn so leidend zu sehen. Das ist doch keine Lebensqualität mehr. Mein Vater hatte eine ähnliche Erkrankung, ihn haben wir heimgeholt und dort sterben lassen.» Wahrscheinlich würde ich als Moderator dann folgendermassen kommentieren: «Danke für Ihre Offenheit zu Ihren privaten Moralvorstellungen. Wir wissen jetzt, dass Sie ein moralisches Unbehagen spüren, wenn Sie in das Zimmer gehen, und dass Sie die kommende Therapie selbst als problematisch ansehen. Wir verstehen auch, dass diese Situation für Sie keine Lebensqualität mehr darstellt und wie Sie als Sohn privat damit umgehen würden. Aber was heisst das nun für die Ausübung Ihrer Berufsrolle hier und

heute? Was sind die für Sie wichtigen Werte Ihres Berufes in Bezug auf diesen Fall? Was ist für Sie hier gute Pflege und wie können wir die erreichen?» Es geht nicht um die Erfahrungen mit dem eigenen Vater, sondern eher um die Erfahrungen mit ähnlichen Patienten. Es geht auch nicht darum, was der Pfleger als Lebensqualität erachtet, sondern darum, herauszufinden, was für den betroffenen Patient wichtig ist am Lebensende.

Denken wir noch weiter. Man einigt sich danach in der Fallbesprechung, dass nun jeder zuerst seine privaten Vorstellungen nennen kann, dass man dann aber versucht, aus Sicht der Berufsrolle zu argumentieren. Der Oberarzt kommentiert dazu aus Sicht seiner Berufsrolle: «Für mich ist das echt ein Dilemma. Wir müssen

Die ganze Medizinethik als Disziplin versucht dort Hilfe zu bieten, wo ein einfacher Eid nicht mehr ausreicht.

doch die Therapie weiterführen. Wir können jetzt nicht aufhören.» Hier wäre meine Rückfrage: «Aber dann ist es doch kein Dilemma für Sie. Dann sehen Sie doch klar einen Weg. Wie ist Ihre medizinische Begründung für das Fortfahren der Therapie? Ist die rechtliche Situation der Urteilsunfähigkeit wirklich klar oder könnte man doch noch den Patienten fragen? Und auf welchen Werten begründen Sie Ihre erhoffte Vorgehensweise?» Meine Fragen – die hier niedergeschrieben etwas oberlehrerhaft klingen – sollen im Alltag dazu dienen, Licht in das Dunkel der verzwickten Situation zu bringen. Aus ethischer Sicht könnte man von einer hermeneutischen Vorgehensweise sprechen [2].

Ich – als Nicht-Mediziner – finde diese heuristische Abgrenzung zwischen Privat und Beruf gar nicht so schwierig, bietet doch schon die Berufskleidung von medizinischem Personal einen hieb- und stichfesten Beweis dafür, dass man nicht als Privatperson, sondern als Ärztin oder Pfleger arbeitet und entscheidet. Fazit: Die klinische Ethik beschäftigt sich mit berufsethischen Relevanzen im Kontext der Berufsrollen von Gesundheitsfachpersonen. Natürlich spielt die eigene Sozialisierung hier eine Rolle; ein erster Schritt der Reflexion kann sich durchaus auf die eigenen Moralvorstellungen beziehen. Dem sollte aber immer der Versuch folgen, die eigenen Moralvorstellungen von den Ansprüchen der Berufsrolle abzugrenzen.

Auf der Suche nach Werten für die Berufsrolle

Dass diese Zusammenhänge aber alles andere als trivial sind, zeigt auch die aktuelle Diskussion zur For-

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 Winter erscheinende vierte Text der Serie wird sich mit ethischen Theorien beschäftigen.

derung nach einem neuen Standeseid für heutige Ärztinnen und Ärzte [3]. Der Bezug zu Hippokrates hat offensichtlich ausgedient, das Genfer Gelöbnis scheint irgendwie auch überaltert, und die Ökonomisierung der Medizin verkompliziert die einfache Formel, dass die Patientin doch immer im Fokus aller Bemühungen stehen muss. Nur ist ein neuer Eid hier eine Lösung? Ich weiss es wirklich nicht, und die Frage muss man vielleicht auch gar nicht so stellen, beschäftigt sich doch die gesamte Disziplin der Medizinethik seit ungefähr 40 bis 50 Jahren mit nichts anderem als den Werten (und darauf aufbauend den Entscheidungen und Handlungen) von Ärztinnen und Pflegenden.

Man kann also sagen, dass eigentlich die gesamte Entwicklung der Medizinethik als Versuch gedeutet werden kann, dem Stand der Medizin neue Überlegungen, Richtlinien und Empfehlungen in Bezug auf Spitzenmedizin, *Cutting-edge-research* und biotechnologische Entwicklungen an die Hand zu geben. Die ganze Medizinethik als Disziplin versucht dort Hilfe zu bieten, wo ein einfacher Eid nicht mehr ausreicht. Dort stehen wir heute. Die Anforderungen an die Berufsrollen von (post)modernen Ärztinnen und Ärzten sind leider nicht mehr in trivialen Lebensregeln zu fassen.

Prinzipienethik als Richtschnur

Dennoch, hilfreich in diesem Kontext erscheinen mir immer wieder die fortwährenden Bemühungen der beiden US-amerikanischen Gründungsväter der modernen Medizinethik: Tom Beauchamp und James Childress. Aus deren sogenannter Prinzipienethik lässt sich eine Art standeseidliche Berufsethik für Gesundheitsfachpersonen zumindest wie folgt vereinfacht ausdrücken [4]:

- Respekt vor dem Patientenwillen zeigen,
- fürsorglich im Wohle des Patienten handeln,
- möglichst nicht schaden und
- gerecht denken.

Das heisst unter anderem, z.B. in Bezug auf den ersten Punkt des Patientenwillens: Patienten sollen verstehen, was in medizinischen Behandlungen mit ihnen geschieht, sie sollen sich zu den Behandlungsschritten freiwillig und rational entscheiden. Dementsprechend sollen die Gesundheitsfachpersonen diese autonom getroffenen Patientenentscheidungen respektieren.

Die Verwendung der vier Prinzipien soll in klinischen Problemsituationen unter anderem helfen, die Werte

des Arztberufes in Bezug auf den ethisch problematischen Fall anzuwenden. Oft schliessen sich allerdings zwei Prinzipien gegenseitig aus. Dies muss nicht immer ein Nachteil sein, denn gerade dadurch kann das Unbehagen, das Problem oder gar das Dilemma der Situation oft erst in Worte gefasst werden.

Oft wird durch die Brille der Autonomie die Eigenverantwortung des Patienten auch überstrapaziert.

Natürlich ist diese Prinzipienethik aus meiner Erfahrung als klinischer Ethiker auch nicht frei von Missverständnissen und damit neuen Problemen. Zum einen, auf der praktisch-klinischen Ebene, entspricht ein aus der Prinzipienethik vorschnell abgeleiteter Autonomie-Anspruch nicht notwendigerweise immer der Autonomie-Fähigkeit dieses Patienten. Oft wird durch die «Brille» der Autonomie somit die Eigenverantwortung des Patienten gar überstrapaziert. Es kommt auch vor, dass sich eine Ärztin vor ihrer Verantwortung drücken will, wenn Patienten immer nur alleine entscheiden müssen. Des Weiteren fällt es mit der Herangehensweise der Prinzipienethik oft schwer, Emotionen und Beziehungen zwischen Akteuren adäquat auszudrücken, so zumindest aus meiner Erfahrung mit klinisch-ethischen Fallbesprechungen. Die vier Prinzipien wollen aber auch gar keine Checkliste vorgeben und schon gar nicht einen allumfassenden neuen Eid darstellen. Sie bilden eher einen ersten Ausgang. Dies wird sehr deutlich im Zitat von T. Beauchamp, wenn er darlegt, dass die vier Prinzipien lediglich einen Startpunkt darstellen wollen. Erst nach diesem Start beginnt die eigentliche ethische Analyse: *«the four principles form only a starting point – the point where the practical work begins.»* [5] Dazu aber mehr im folgenden vierten Text dieser Reihe.

Literatur

- 1 Porz R. Das ethische Dilemma. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(36):1374.
- 2 Porz R, Landeweer E, Widdershoven G. Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. Bioethics. 2011;25(7):354–60.
- 3 Giger M. Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(25):930–4.
- 4 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979; 2009; 2013.
- 5 Beauchamp TL. The four principles approach to health care ethics. In: Ashcroft R, et al. (ed.). Principles of health care ethics. 2007; S. 3–11, hier 9.

Bildnachweis

© Khubicek | Dreamstime.com