

Strukturelemente von Ethikberatung

Arbeitsgruppe „Ethik in der Praxis“ der Jungen Akademie an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale), Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, 10.–11. Januar 2012

Susanne Weidemann-Zaft · Maximilian Schochow

Online publiziert: 21. Juni 2012
© Springer-Verlag 2012

Klinische Ethikberatung hat in den letzten Jahren Konjunktur und wird an immer mehr Kliniken durchgeführt. Das Angebot reicht dabei von Einzelberatungen über lockere Arbeitskreise bis hin zu Klinischen Ethikkomitees. Letztere finden sich in großer Zahl an Universitätskliniken, aber auch kommunale Krankenhäuser haben hier zunehmend das Bedürfnis nach einer Institutionalisierung. In diesem Zusammenhang stellt sich immer wieder die Frage nach der Notwendigkeit und Praktikabilität einheitlicher Standards. Diese Fragestellung stand am 10. und 11. Januar 2012 im Fokus eines Workshops der Arbeitsgruppe „Ethik in der Praxis“ der Jungen Akademie an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Neben der Analyse etablierter Beratungsinstrumente wurden durch Erfahrungsberichte auch alternative Sichtweisen in den Blick genommen und somit eine Vielzahl von Perspektiven für geeignete Strukturen klinischer Ethikberatung aufgezeigt.

In seinem Eröffnungsvortrag beschrieb *Florian Steger* (Halle) als Sprecher der Arbeitsgruppe „Ethik in der Praxis“ deren Verpflichtung gegenüber konkret-praktischen Fragestellungen. Die Bearbeitung dieser Fragen sei dabei an ein hohes Maß von praktischer Professionalität geknüpft. Sie setze aber vor allem spezifisch-theoretisches Wissen voraus, um ethische Probleme als solche identifizieren und handhaben zu können. Dabei stelle sich zunehmend auch die Frage, in welchem Umfang Momente von Affektivität und Emotionalität in Beratungsprozesse eingebunden werden können. Hier stellte *Steger* den Beratertypus in den Mittelpunkt seiner Argumentation, der über Klugheit im aristotelischen Sinne (*Phronesis*) verfüge, um die ethisch relevanten Fragen identifizieren zu können. Dieser spare Emotionen und Affektivität nicht aus, so *Steger* weiter, ohne hierbei in den Bereich der Supervision/Mediation abzugleiten. Es stelle sich allerdings die Frage, ob eine solche Form von „Klugheit“ überhaupt erlernbar sei. Könnten an dieser Stelle Standards eine Lösung bieten und wie praktikabel wäre ihr Einsatz im Klinikalltag? Ließen sich mit ihrer Hilfe die tatsächlichen ethischen Probleme identifizieren und bearbeiten?

S. Weidemann-Zaft, M.mel. (✉) · Dr. rer. pol. M. Schochow
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle, Deutschland
E-Mail: susanne.weidemann@medizin.uni-halle.de

Diese Fragen griff *Arnd T. May* (Halle) auf und erläuterte in seinem Beitrag, welche Strukturinstrumente klinischer Ethikberatung sich bisher hätten etablieren können, welche Stärken und Schwächen sie aufwiesen und in welche Richtung die Entwicklung gehen könnte. Dazu stellte er einige bekannte Zusammenstellungen (Bochumer Arbeitsbogen, Nimwegener Methode, Köln-Nimwegener Instrumentarium, Ulmer Modell, die Bögen der Malteser, jene nach Tschudin und Riedel) vor, ging auf deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede ein und erläuterte das jeweilige Konzept der Instrumente. Dabei zeige sich, dass die Kategorien Emotionen und Affektivität meist keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielten. Einzig der Bogen von Annette Riedel gehe konkret auf diese Punkte ein. In jedem Fall aber gäben die Bögen dem Beratungsablauf ein Gerüst. Es stelle sich also die Frage, ob derlei strukturelle Vorgaben die Qualität der Ethikberatung tatsächlich erhöhen? Diese Frage ließ *May* offen und merkte an, dass dies ganz entscheidend von der Persönlichkeit und vom Ausbildungsstand des Ethikberaters abhängen.

Die erfolgreiche Anwendung einer der vorgestellten Methoden veranschaulichte der Beitrag von *Michael Mendt* (Dresden). Als Praktiker in einer kommunalen Klinik tätig, steht er seit mehreren Jahren dem dortigen Klinischen Ethikkomitee vor. In Orientierung am Niemwegener Modell seien hier seit 2004 etwa 120 Fälle/Anfragen beraten worden – am Ende stehe immer ein Votum. Dabei werde durchaus zugelassen, dass die Zusammenkünfte auch supervisorische Elemente aufweisen. Die Installierung des Klinischen Ethikkomitees am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt habe die Qualität der Arbeit vor Ort insgesamt verbessert, indem eine deutlich höhere Motivation der Mitarbeiter, v. a. auch in der Pflege, zu verzeichnen sei. Dies führte *Mendt* auf die Ausbildung ethischer Kompetenzen, aber auch eine emotionale Entlastung zurück.

Auch *Christiane Imhof* (Ulm) berichtete aus der Praxis. Am Universitätsklinikum wird seit etwa einem Jahr ein Klinisches Ethikkomitee aufgebaut. Ausgehend von einer allgemeinen Beschreibung des Praxisfeldes der klinischen Medizin, welche sich immer stärker ausdifferenziere, spezialisieren und ökonomisieren, konstatierte *Imhof* für ihre Universitätsklinik eine Dilemmasituation. Diese sei durch geteilte Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten charakterisiert und habe zur Folge, dass kaum noch Raum für echte Teambesprechungen zur Verfügung stehe. Daraus ließe sich die Frage ableiten, ob Ethikberatung hierfür einen Ersatz darstellen könne. Das an benannter Klinik etablierte Modell gehe auf diese Problematik ein und zeichne sich daher durch eine umfangreiche Offenheit aus. Ethisch relevante Fälle würden begleitet, es gebe Raum für Austausch, Sensibilisierung stehe oft im Mittelpunkt, ein Votum werde nicht abgegeben. Insofern könne diese Form der Ethikberatung momentan noch als ein Reagieren auf die Situation vor Ort angesehen werden, was im „klassischen Sinn“ keine Ethik-Fallberatung darstelle. Perspektivisch stelle sich die Frage, wie sich die bislang praktizierte Form besser strukturieren und auch operationalisieren lasse.

Das Ineinandergreifen von „bottom-up-Initiative“ und Unterstützung durch die Klinikleitung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) beschrieb *Katharina Woellert*. Am UKE sei Ethikberatung seit vielen Jahren etabliert. Anfangs sei die Beratung in Form eines Konsiliardienstes erfolgt, der nach Bedarf arbeitete und sich in der Regel auf Konfliktfälle am Lebensende beschränkte. Im Verlauf erfolgte die Installierung eines „festen“ Konsils, bestehend aus 14 Mitgliedern, einer Koordinatorin und einer Geschäftsführung. Inhaltlich werde auch hier darauf geachtet, dass die eingangs erwähnten Elemente der Emotionalität und Affektivität nicht außen vor gelassen werden; allerdings würden diese nicht operationalisierend eingesetzt. Als Besonderheit könne die ausführliche Dokumentation der Beratungen in Form äußerst detaillierter Protokolle angesehen werden. Ein solches stellte *Woellert* vor und diskutierte an diesem Beispiel Fragen zur Ausführlichkeit, zur Genauig-

keit und zur Form der Anonymisierung personenbezogener Daten. An dieser Stelle wies sie auf den Stellenwert des Datenschutzes bezüglich Protokollierung und Archivierung der Gespräche hin und stellte hierbei vor allem die ethisch/moralische Dimension dieser Thematik in den Mittelpunkt.

Uwe Fahr (Erlangen) ging in seinem Beitrag auf die ethischen Grundlagen einer Beratung ein. Mit Rückgriff auf die Diskursethik (Habermas, Apel) setzte er sich für eine Ethikberatung als Prozessberatung ein. Folgerichtig seien die Moderatoren einer Ethikberatung keine Fach-, sondern Prozessberater. Deren Aufgabe bestehe darin, die eigentlich bereits bekannten Sachverhalte freizulegen. Doch gerade im medizinischen Alltag sei dies nur schwer möglich. Zum einen nähmen oftmals Fragen nach der rechtlich richtigen Vorgehensweise einen überproportional großen Raum ein und zum anderen werde von den Ethikberaterinnen und Ethikberatern häufig ein Votum in Form eines moralischen Urteils erwartet. Problematisch sei dies insofern, als dass ein moralisches Urteil, anders als etwa eine medizinische Diagnose, kein Expertenurteil sein könne. Entsprechend solle das Urteil des Ethikberaters in der Schwebelage bleiben und nur eine Möglichkeit der Problemdeutung darstellen. Hierfür könne der Ethikberater auf die allgemein anerkannten und zum Einsatz kommenden „Prinzipien mittlerer Reichweite“ (Beauchamp & Childress) zurückgreifen. Da diese jedoch keinen universalen Charakter haben, wäre eine diskursethische Perspektive eine mögliche Alternative. Die Diskursethik richtet inhaltliche Prinzipien am jeweiligen praktischen Diskurs aus und legt sie erst im Beratungsprozess fest. Derart betrachtet, bräuhete es dann keine eigene Theorie, sondern vor allem gut geschulte Prozessberater.

Florian Bruns (Erlangen) stellte zu Beginn seines Beitrages fest, dass Gefühle in der Ethikberatung Konjunktur hätten und ihr Einfluss auf unser moralisches Handeln unbestritten sei. Der gesellschaftlichen Erwartung zufolge, habe ein Jeder/eine Jede, der/die an und mit Patientinnen und Patienten arbeitet, emotional angemessen zu agieren. Werfe man jedoch einen Blick auf die von *May* analysierten Arbeitsbögen für die Ethikberatung, komme dieser Aspekt (außer bei *Annette Riedel*) nicht vor. Wo also hätten Gefühle hier ihren Platz? In der an der Beratungspraxis am Universitätsklinikum Erlangen dargestellten Beratungssituation selbst sei ein explizites Nachfragen bezüglich emotionaler Befindlichkeiten eher hinderlich und solle günstigenfalls als ein didaktisches Mittel eingesetzt werden. Darüber hinaus gab *Bruns* zu bedenken, dass der Alltag in einer Klinik von Handlungszwängen bestimmt sei und Emotionen möglichst professionell kanalisiert werden müssten, da sie im ungünstigen Fall den Blick für das Wesentliche verstellen könnten. Dennoch könne eine gute moralische Entscheidung nur dann getroffen werden, wenn sich Ratio und Emotio im Gleichgewicht befänden.

Im Abschlussvortrag des Workshops richtete *Gisela Bockenheimer-Lucius* (Hürth) den Blick auf ein weiteres Feld der Versorgung im Gesundheitswesen. Sie stellte das Altenpflegeheim als Anwendungsfeld für Ethikberatung vor und fragte nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden für die Ethikberatung im Altenpflegeheim und in der Klinik. Um eine Antwort zu geben, zeigte sie die Perspektivenvielfalt innerhalb eines Altenheimes auf und griff auf *Goffmans* Ansatz der „Totalen Institution“ zurück. Im Gegensatz zur Klinik finde im Altenpflegeheim Leben an einer einzigen Stelle statt, es gebe überwiegend eine zentrale Autorität, alle Tätigkeiten seien exakt geplant und geregelt, alles unterliege einer totalen Überwachung und – dies sei ein gravierender Unterschied zur Klinik – die Institution sei Lebens- und Wohngemeinschaftsraum. Daraus ergäben sich für das Altenpflegeheim ganz spezifische Probleme bezüglich Freiwilligkeit, Privatheit und Selbstbestimmung, denen man nur mit einer spezifischen Ethikberatung gerecht werden könne. Ein eigens für Altenheime entwickelter Strukturbogen (EMMA) solle hierbei Hilfestellung leisten, könne aber eine Qualifikation der Beraterinnen und Berater nicht ersetzen.

Die Beiträge und Diskussionen des Workshops zeigen die voranschreitende Etablierung von klinischer Ethikberatung. Deutlich wurde dabei, dass dieser Prozess mit durchaus unterschiedlichem Erfolg vonstatten geht. Eine Vereinheitlichung der momentan zur Anwendung kommenden Strukturen und Leitfäden könnte an dieser Stelle hilfreich sein, um Sicherheit zu geben und Transparenz zu schaffen. Fraglich ist dabei jedoch, ob dies allein tatsächlich eine qualitativ hochwertige Ethikberatung garantieren kann. Die bereits im Eingangsreferat des Workshops geforderten Beraterkompetenzen im Sinne einer „Phronesis“ lassen sich allein durch Strukturen und Leitfäden nicht vermitteln. Die Herausforderung besteht demnach vorrangig darin, eine fachliche Ausbildung der Beraterinnen und Berater zu etablieren, welche die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen ebenso einschließt, wie die Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen und Beraterkompetenzen.