

## Klinische Ethikberatung: Machtfreier Diskurs im Spital?

*Georg Bosshard, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich*

---

Die von der wissenschaftlichen Ethik entwickelten und propagierten Entscheidungsinstrumente streben den professionellen, nicht-ideologischen Umgang mit Wertfragen an. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass in modernen pluralistischen Gesellschaften die Entscheidung solcher Fragen nicht mehr an einseitig religionsgebundene Autoritäten wie einen Ayatollah, einen Rabbi oder einen als unfehlbar verstandenen Papst delegiert werden kann. Eine wichtige Rolle bei diesen Instrumenten spielt die u. a. von dem deutschen Philosophen und Soziologen Jürgen Habermas entwickelte sog. Diskursethik, bei der das Konzept des sog. „machtfreien“, also rein der Kraft des besseren Argumentes verpflichteten Diskurses zentral ist. Auch wenn letztlich die vollständige Befreiung der Interaktion realer Menschen von gegenseitigen Abhängigkeiten nie ganz möglich sein wird, so ist doch die Idee eines so weit als möglich machtfreien resp. machtarmen Diskurses als Zielvorgabe innerhalb der angewandten Ethik weitgehend anerkannt. Damit erweist sich aber auch, dass das Unternehmen Ethik keineswegs so wertneutral ist, wie es sich manchmal selber verharmlosend darstellen möchte. Vielmehr vertritt eine so verstandene Ethik letztlich doch die Botschaft der „Demokratisierung des Wissens“, der Abflachung von Hierarchien, einer Entscheidungsstruktur basierend mehr auf der fallbezogenen Kompetenz als der hierarchischen Position der einzelnen Beteiligten.

Im Folgenden soll, basierend auf zwei Jahren Erfahrung in klinischer Ethikberatung am Universitätsspital Zürich, untersucht werden, ob und wie weit ein solcher machtfreier Diskurs für die angewandte Ethik im Spital, eben die klinische Ethik, realisierbar erscheint. Eine Universitätsklinik stellt insofern ein ganz besonderes Feld dar, als dass sich hier gleich zwei Formen von professioneller Autorität vorfinden, denen, obwohl beide sich ausdrücklich wertfrei definieren, in unserer Gesellschaft lange Zeit und immer noch eine Dominanz auch im Entscheiden von Wertfragen zukam resp. zukommt, die

durchaus quasi-religiöse Züge trägt: Es ist dies zum einen die Medizin resp. die Ärzteschaft, zum anderen die Wissenschaft resp. die Gruppe der Universitätsprofessoren.

### **Berufsgruppenspezifische Konfliktfelder im Spital**

Obwohl Wertvorstellungen letztlich individuell sind, präsentieren sich ethische Konflikte im Spital sehr oft primär als Konflikte zwischen VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen. Das hängt zum einen damit zusammen, dass innerhalb gewisser Berufsgruppen tatsächlich gewisse Werte resp. Interessen verhältnismässig einheitlich vertreten werden. Zum anderen dient die Referenz auf die eigene Berufsgruppe („Wir von der Pflege haben eben im Gegensatz zu den Ärzten den Eindruck, dass...“) nicht selten auch als erste Orientierung in einem Feld, in dem bei näherer Analyse eine Vielzahl von Meinungen quer durch die Berufsgruppen hindurch existieren. Dennoch ist die Einteilung nach berufsspezifischen Konfliktfeldern für die Art der ethischen Beratungsanfragen so, wie sie an die Klinische Ethik herangetragen werden, hilfreich. Gemäss dieser Einteilung sollen deshalb im Folgenden mögliche ethische Konflikte und die jeweils dabei betroffenen Machtstrukturen analysiert werden.

### **Pflegende vs Ärzteschaft**

Es handelt sich hier um ein häufiges Konfliktfeld. Quasi der „Klassiker“ dabei ist die Situation, dass Pflegende sich entgegen der Ansicht der betreuenden ÄrztInnen für den Verzicht auf oder Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen bei schwerstkranken Patienten aussprechen (1). Der Umgang mit solchen Situationen ist dann allerdings von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich. Er reicht vom weitgehend problemlosen Abrufen eingespielter Verfahren unter Einbezug aller Beteiligten bis zu grössten Schwierigkeiten der Pflegenden, sich überhaupt

Gehör zu verschaffen. Bei einer entsprechenden Anfrage an die Klinische Ethik werden solche Unterschiede sehr schnell manifest, wobei in letzterem Falle eine von den Pflegenden einberufene Fallbesprechung gelegentlich schon in der Vorbereitungsphase scheitert oder beim entscheidenden Gespräch die Vertreter der Ärzteschaft verhindert (z. B. im Operationssaal) sind. In Kliniken, wo der Chef oder die Chefin den Mitarbeitenden direkt oder (was häufiger der Fall ist) indirekt zu verstehen gibt, dass er/sie solche Gespräche für leeres Geschwätz resp. für reine Zeitverschwendung hält, wird das auch schwer zu ändern sein. Aber selbst wo keine solche „stille Hintertreibung“ von oben stattfindet, ist der Einbezug der Ärzteschaft nicht einfach, da hier positive Anreize (und sei es nur schon das Ersetzen der durch die Fallbesprechung „verlorenen“ Zeit) weitgehend fehlen. In deutlichem Kontrast dazu stehen auf Seiten der Pflegenden die meist ausgeprägten Anreize, sich für ethische Fragen zu engagieren, was im ungünstigen Falle die ärztliche Defensivhaltung noch verstärken kann, wenn von dieser Seite her die Klinische Ethik primär als Waffe in der Hand der Pflege zur Ausdehnung von deren Einflussbereich wahrgenommen wird.

### **Spitalleitung vs am Krankenbett Tätige**

Auf einen möglichen Konflikt zwischen der „Teppichetage“, also von Spitalleitung und Administration auf der einen Seite, und den am Krankenbett Tätigen wird man als Klinischer Ethiker nicht selten angesprochen. Nicht zuletzt auch in der Allgemeinbevölkerung scheint die Vorstellung verbreitet zu sein, dass die Klinische Ethik zu einem bedeutsamen Teil für solche Konflikte, darunter insbesondere Mittelverteilungsfragen zuständig sei. Zum Glück ist die beschriebene Konfliktebene tatsächlich selten, und wo sie eine Rolle spielt, hat der Schreibende bisher noch nie inadäquate Beeinflussungsversuche von Seiten der Spitalleitung erlebt (was nicht ausschliesst, dass je nach zukünftiger Entwicklung der Klinischen Ethik diese Konfliktform zunehmen könnte). Soweit zum gegenwärtigen Zeitpunkt Differenzen zwischen einer Spitalleitung und den am Krankenbett Tätigen über die Ausrichtung der Klinischen Ethik bestehen, dürften sie am ehesten in der Richtung gehen, dass in den Augen einer Spitalleitung allenfalls die Repräsentationsfunktion nach aussen höher gewichtet wird als die – ohnehin schwer zu mes-

sende – Effektivität und Nachhaltigkeit der Klinischen Ethik nach innen. Das wiederum könnte im ungünstigen Fall die sowieso schon immanente Neigung der Klinischen Ethik zu Abgehobenheit und Realitätsferne, ja zum Errichten von eigentlichen Potemkinschen Dörfern<sup>1</sup> noch verstärken.

### **Betreuungsteam vs Patienten oder Angehörige**

Typisch sind hier Situationen, wo Angehörige lebensverlängernde Massnahmen fordern, welche aus Sicht der Behandelnden (hier sind sich Pflegende und Ärzteschaft einig) aufgrund der medizinisch extrem ungünstigen Prognose „sinnlos“ erscheinen. Aber auch der im Spital Suizidbeihilfe einfordernde Patient, wogegen die Mehrheit des Behandlungsteams für den Patienten lieber nach anderen Wegen suchen möchte, gehört in diese Gruppe. Lösungen müssen bei solchen Konflikten fallbezogen gesucht werden, wobei weder ein einseitiges Betonen der „Futility“ unter Nichtbeachtung der emotionalen Situation der Angehörigen noch, auf der anderen Seite, eine einseitige Fokussierung auf der Autonomie der Patienten hilfreich ist. Speziell bei der Frage der Suizidbeihilfe im Spital müssen die extrem unterschiedlichen Positionen weiter Teile der Öffentlichkeit einerseits, mancher klinisch Tätiger andererseits – und hier gerade derjenigen, welche im Umgang mit Patienten am Lebensende besonders erfahren sind – berücksichtigt werden. In den letzten Monaten ist dies in zwei ganz unterschiedlichen Texten wieder sehr eindrücklich illustriert worden (2, 3).

### **Medizinische Fakultät resp. Klinikdirektoren vs medizinischen Mittelbau**

Es gibt ein Konfliktfeld, das sich der Klinischen Ethik eines Universitätsspitals erst dann erschliesst, wenn es gelingt, auch im ärztlichen Bereich eine gewisse Akzeptanz zu erlangen: Nämlich dasjenige zwischen den Klinikdirektoren und deren „Mutterinstitution“ der medizinischen Fakultät einerseits, den Ober- und Leitenden Ärzten des Mittelbaus andererseits. Als kon-

---

<sup>1</sup> Zur Erinnerung: Als *Potemkinsches Dorf* wird etwas bezeichnet, das fein herausgeputzt wird, um den tatsächlichen, verheerenden Zustand zu verbergen. Oberflächlich wirkt es ausgearbeitet und beeindruckend, es fehlt ihm aber an Substanz (Quelle: Wikipedia).

struiertes, aber auf realen Erfahrungen basierendes Beispiel einer solchen Situation könnte die Anfrage einer Oberärztin der Inneren Medizin dienen, die sich beim klinischen Ethiker meldet, weil sie eine geplante Operation bei einem hochbetagten Patienten auf ihrer Abteilung moralisch fragwürdig findet. Der Patient habe zwar der Operation zugestimmt, sei aber ihrer Ansicht nach nicht adäquat aufgeklärt worden: Das Risiko der geplanten Operation stehe aus ihrer Sicht in keinem Verhältnis zum möglichen Nutzen, und sie frage sich, ob es hier nicht eher darum gehe, einem von seinem Chefarzt geförderten Kollegen der Chirurgie die Möglichkeit für den entsprechenden – seltenen – Eingriff zwecks Vervollständigung seines Operationskataloges zu geben.

Solche Anfragen gehören zum Schwierigsten der klinisch-ethischen Beratungstätigkeit überhaupt, und vielleicht ist hier der Habermas'sche machtfreie Diskurs noch mehr eine Fiktion als bei den anderen geschilderten Konfliktsituationen. Das mag verdeutlicht werden durch die eindrückliche Liste von Mechanismen zur Beeinflussung des Verhaltens abhängiger ÄrztInnen, wie sie kürzlich in einer Publikation zum Thema „Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus“ zusammengetragen wurden: Befristete Arbeitsverträge; Ermöglichung oder Behinderung zur Vervollständigung des Leistungskatalogs für den Erwerb einer Facharztqualifikation; Akzeptanz oder Leugnung geleisteter Überstunden; Unterstützung oder Behinderung bei wissenschaftlichen Studien; Ermöglichung oder Behinderung der Teilnahme an Fortbildungen und Kongressen; Beteiligung an Privatliquidation (Pool); Unterstützung oder Behinderung bei Stellenbewerbung (4). Dabei gilt es sich bewusst zu sein, dass solche Bestrafungsmechanismen nicht erst durch eine allfällige Empfehlung der Klinischen Ethikberatung ausgelöst werden können, sondern dass nur schon das Bekanntwerden des Einbezugs der Klinischen Ethik in einen solchen Fall als Sakrileg gedeutet werden kann.

## Diskussion

Die geschilderten Situationen zeigen, dass zwischen der Theorie und den theoretischen Ansprüchen der Klinischen Ethik einerseits, dem real gelebten Umgang mit ethischen Fragen am Krankenbett andererseits beträchtliche Wider-

sprüche klaffen können. Möglicherweise gilt das sogar ganz besonders für Universitätsspitäler. Denn wie mit klinisch-ethischen Entscheidungen umgegangen wird, ist primär ein Ausdruck der Gesamtkultur eines Spitals. Manche Kliniken gerade der Universitätsspitäler in der Deutschschweiz sind aber nach wie vor durch eine steile und rigide Hierarchie gekennzeichnet, die in offensichtlichem Widerspruch zu der sonst unser Land prägenden eher diskursiven und partizipativen Entscheidungskultur steht.

Dieser Widerspruch kann auch durch die Etablierung einer professionellen klinisch-ethischen Dienstleistung nicht einfach weggezaubert werden. Die Bemerkung zweier Experten für Fehlermeldesystem im Spital, dass diese Instrumente „erst in ihrem eigentlichen Sinne genutzt werden können, wenn ein entsprechender Kulturwandel stattgefunden hat“ (5), gilt uneingeschränkt auch für die Klinische Ethik. Und wenn die Autoren weiter schreiben, dass „Sicherheit und Effizienz eines Teams nicht nur von den individuellen Fertigkeiten und Arbeitseinstellungen der einzelnen Mitarbeitenden, sondern ganz entscheidend vom Verhalten der Teammitglieder zueinander abhängen“, so trifft genau das auch auf die Qualität ethischer Entscheidungsfindung zu. Vielleicht wäre die vermehrte Investition in eine Teamkultur, in der die einzelnen Mitglieder ihre jeweiligen Kompetenzen in fruchtbarer Art und Weise einbringen können, die adäquatere Antwort auf die immer komplexere Arbeitsteilung im Spital als das zunehmend unrealistisch anmutende Heraufschrauben der Erwartungen an die allumfassende Exzellenz akademischer Führungspersonen – nicht nur, aber auch für den Umgang mit ethischen Fragen in der Klinik.

## Literatur

- (1) Bosshard G, Bär W, Wettstein A. Lebensverlängernde Massnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:1409-1413
- (2) Pereira J, Laurent P, Cantin B, Petremand D, Currat T. The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. Palliative Medicine 2008;22:659-667
- (3) Michiels R. Il veut mourir, on l'ignore. Le Matin, 12. Mai 2008
- (4) Salomon F, Ziegler A. Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus. Ethik Med 2007;19:174-86
- (5) Brändle B, Scheidegger D. Aktives Fehlermanagement durch eine teamorientierte Arbeitskultur. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88:325-327