

## **Vom Rat zur Tat Moralisch handeln und denken**

### **Ein Beitrag von Erny Gillen**

Multidisziplinär besetzte ethische Komitees sind ein Garant dafür, daß einseitige moralische Standpunkte im klinischen Alltag überwunden werden oder erst gar nicht aufkommen. Während die Pluridisziplinarität die Einführung auf einen bestimmten fachlichen Standpunkt erschwert, vereitelt eine Mehrzahl an moralischen Standpunkten, im Sinne des Pluralismus der Moralen, die Überschätzung der persönlichen moralischen Überzeugung.

Den vorgegebenen Titel „Vom Rat zur Tat“ habe ich bewußt durch den Untertitel „Moralisch handeln und denken“ abgeschwächt. Der hermeneutische Zirkel vom moralischen Handeln bringt es an den Tag: Handelnd denkt der Mensch – und denkend „über-legt“ der Mensch sein Handeln. In diesem Kreislauf des eigenen Handelns und Bedenkens ist es schwierig, wenn nicht gar unmöglich, einen Anfang und einen Schluß zu identifizieren. Der eigene Rat und die eigene Tat hängen zu stark in der Person zusammen, als daß sie genau unterschieden werden könnten.

Die gelebte Moral der meisten Menschen, einschließlich der Ärzte, Pflegenden und Patienten, ist zumeist unthematisch und selbstverständlich. Sie wird erst dort erkannt, wo sie an ihre eigenen Grenzen stößt oder aber an die Grenzen einer anderen moralischen Position.

Es geht im Folgenden nicht um innermoralische Konflikte oder Neukodifizierungen der eigenen Moral, sondern um die Bewältigung moralischer Konflikte dort, wo moralisch unterschiedlich orientierte Menschen zusammenarbeiten.

Ein erster Grund, das Klinikum für ethische Reflexion zu öffnen, könnte der effizientere Ablauf innerhalb des therapeutischen Teams sein. In der Tat führen moralische Ungeklärtheiten und Ungereimtheiten zu Energieverlusten bis hin zur Handlungslosigkeit im therapeutischen Team und mit dem Patienten. Um diesen Verlusten vorzubeugen, liegt es nahe, ihre Bearbeitung auf eine andere als die medizinisch-pflegerische Ebene zu verlagern. Diese andere Ebene der Moral und der Ethik bringt die zum Zusammenarbeiten gezwungenen Mitarbeiter in ein neues Diskursverhältnis. Der hier zu führende Diskurs setzt medizinisches, pflegerisches, soziales, seelsorgliches und psychologisches Wissen voraus, ohne jedoch von diesem Fachwissen her bereits eindeutige Lösungen zu erwarten. Erst im pluridisziplinären Gespräch unter ethischer Moderation und auf dem Hintergrund der verschiedenen moralischen Standpunkte wird eine Entkrampfung der Situation erwartet.

### **Moral und angewandte Ethik**

Ich gehe davon aus, daß die moralische Muttersprache erst dort an die Oberfläche des Bewußtseins tritt, wo sich Grenzen beziehungsweise Konflikte bemerkbar

machen. In diesen Situationen werden die Selbstverständlichkeit und die erste Naivität verloren, ja manchmal gebrochen. Die ureigene unthematische Einstellung zur Frage nach dem richtigen/falschen oder guten/schlechten moralischen Handeln oder Unterlassen verstehe ich als persönlichen moralischen Standpunkt. Die Moral bezeichnet demnach in meinem Sprachspiel ein vorreflexives Stadium moralischen Handelns und Denkens. Da es in unserem Zusammenhang nicht um die Selbstreflexion der eigenen Moral geht, sondern um die Bewältigung moralischer Konflikte in der Zusammenarbeit moralisch unterschiedlich orientierter Menschen im klinischen Alltag, wird unter angewandter Ethik hier die Reflexion verschiedener vorhandener moralischer Positionen mit dem Ziel, eine Gruppe gemeinsam handlungsfähig zu halten, verstanden. Ethik wird somit als Vermittlungs- und Übersetzungswissen verstanden, als Methode, moralische Konsense und Kompromisse für alle plausibel und nachvollziehbar zu gestalten.

### **Ethisch verantwortliche moralische Kompromisse**

Der moralische Kompromiß hat einen schlechten Beigeschmack. Kommt ein moralischer Kompromiß nicht schon einer zumindest teilweisen Verleugnung des eigenen moralischen Standpunkts gleich? Kann ein Arzt oder ein Pfleger seine eigene moralische Überzeugung aufgeben zugunsten einer anderen moralischen Überzeugung, ohne sich dabei selber als moralische Person aufzugeben? In einer flachen und normativen Sicht moralischer Differenzen gibt es in der Tat keinen ethisch verantwortlichen Kompromiß. Hier setzt sich die Moral des Stärkeren auf Kosten des Schwächeren durch. Es besteht eine Art Fixierung auf handlungsleitende Normen. Und da beispielsweise zwei Ärzte, die zusammenarbeiten, nicht an einem und demselben Patienten gegensätzlich handeln können, ohne diesem zu schaden, fügt der Schwächere sich der Handlungsmaxime des Stärkeren und läßt dabei die eigene Moral außen vor. Über kurz oder lang führen solche moralischen Zwangsverabschiedungen zur inneren Demission und Demotivierung der betroffenen Mitarbeiter. Ihnen wird ein Handeln abverlangt, das sie selber nicht in ihren eigenen moralischen Überzeugungen verankern und mittragen können. Handelnd werden sie überfordert und denkend unterfordert. Sie befinden sich damit in der klassischen Situation der moralischen Entfremdung.

Weitet man den Blick jedoch über die moralische Norm hinaus auf die ihr zugrunde liegenden Wert- und Sinnzusammenhänge, so öffnet sich eine Tiefenschärfe moralischer Zusammenhänge, die moralische Kompromisse ermöglicht. Dort, wo moralische Normen begründet werden, greifen die Diskurspartner in der Tat tiefer, als die normative Oberfläche dies nahelegen würde. Sie bemühen begründende Werte und Sinnfaktoren. Genau diese Werte und Sinnfaktoren ihrerseits sind nun aber wieder offen für normative Differenzen.

So können beispielsweise zwei wahrhaftige Ärzte hinsichtlich der Aufklärung ihres gemeinsamen Patienten normativ zu unterschiedlichen Entscheidungen kommen. Ist beiden klar, daß sie auf der gleichen Wertebasis, nämlich der Wahrhaftigkeit, entscheiden, so können sie in der Tat viel gelassener über ihre normative Differenz, die Wahrheit zu sagen oder auch nicht, miteinander im Gespräch bleiben, ohne

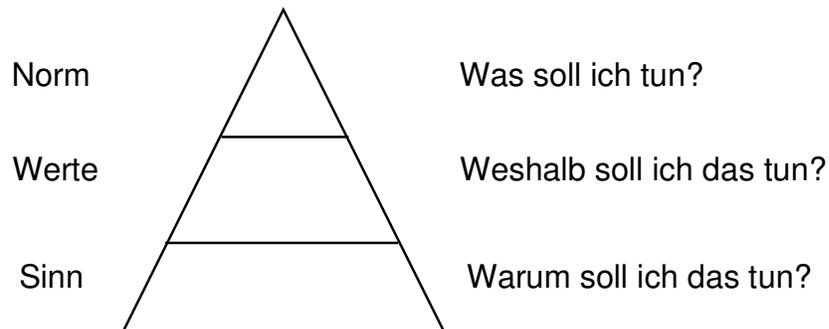
hierbei ihre eigene moralische Integrität zu verletzen. So kann sich der eine Arzt, der für eine sofortige Aufklärung des Patienten ist, den Argumenten des anderen Arztes anschließen, der für eine spätere Aufklärung des Patienten ist, wenn er die situativen oder utilitaristischen Argumente dieses anderen Arztes erkennt und versteht. Möglicherweise geht der zweite Arzt ja 14 Tage in Urlaub und will den Patienten erst nach seiner Rückkehr aus dem Urlaub aufklären, weil er ihn in der schweren Phase des Umgangs mit der neuen Wahrheit nicht allein lassen möchte. Oder aber er will den Patienten, dessen Kind drei Wochen später seine erste heilige Kommunion feiert, jetzt noch nicht mit einer schwierigen Wahrheit belasten.

Bei diesen Beispielen wird deutlich, daß die Fragestellung „Was sollen wir tun?“ verschoben wird auf die Fragestellung „Weshalb oder warum sollen wir was tun oder nicht tun?“. Gerade diese Verschiebung der Fragestellung führt von der Oberfläche der Moral zu deren Wurzeln, zu deren Begründung. Der moralisch argumentierende Mensch verläßt die Sicherheit des Selbstverständlichen und Eindeutigen, indem er seine moralische Meinung mit Gründen innerhalb seines Wert- und Sinnzusammenhangs verknüpft. Damit legt er sozusagen seine Karten offen und macht seine eigene moralische Position transparent und somit auch diskussionsfähig.

Geht man davon aus, daß eine moralische Norm nur so stark ist wie die Gründe, die sie tragen, dann erkennt man unschwer, daß die Diskussionsanlässe ebenso sehr bei den ausgesprochenen Normen liegen wie bei deren Gründen. Dabei kann der Diskussionspartner die Begründungsbasis teilen, ohne zu denselben normativen Schlußfolgerungen zu kommen. Gerade in diesem Fall ist dann aber ein moralischer Kompromiß ethisch verantwortlich. Auf der gemeinsamen Basis der Wahrhaftigkeit können Aufklärungsgespräche durchgeführt werden, deren bester Zeitpunkt unterschiedlich beurteilt wird. Gemeinsam wird dann zum Beispiel beschlossen, daß der Patient in den kommenden zwei oder drei Wochen noch nicht über seinen schlechten Zustand aufgeklärt wird, obschon dies der normativen Überzeugung des einen Arztes nicht entspricht.

Moralisch normative Kompromisse können also dort leicht integriert werden, wo die normativen Differenzen in einem gemeinsamen Wertesystem gründen. Wertdifferenzen hingegen können bei aller Verschiedenheit dort in einen Kompromiß integriert werden, wo die gemeinsam handelnden Personen ein gemeinsames Sinnfundament teilen (siehe Abbildung).

## Zu den Wurzeln moralischer Normen



Vor diesem analytischen Hintergrund moralischen Denkens und Handelns wird deutlich, daß Kompromisse im Team und im Arzt-Patient-Verhältnis in der Regel nur dort tragen, wo sie ausgesprochen und plausibel argumentiert werden. Dabei wird unter Argumentation die Verbindung und Vernetzung verschiedener Ebenen im moralischen Normfindungsprozeß verstanden.

### **Das klinische Ethikkomitee als Lernort moralischen Argumentierens**

Nach welchem Ablaufschema auch immer ein bestimmter Fall analysiert und diskutiert wird, es scheint mir unerlässlich, die Analyse und die Normfindung im pluridisziplinären und pluralen Diskurs zu halten. Ein Setting, das genau diese Vorgaben beachtet, wurde vom katholischen und vom evangelischen Krankenhausverband Deutschland ausgearbeitet und erprobt. Die vorgeschlagene Muster-Geschäftsordnung sieht zusammenfassend vor:

- Jeder betroffene Mitarbeiter und jeder Patient des Hauses kann sein ethisches Problem vorbringen, um sich als Orientierungshilfe für seine eigene Entscheidung eine Gewichtung der Argumente und der Gegenargumente in Form eines Votums einzuholen.
- Der Vorsitzende des Komitees entscheidet, ob über vorgebrachte Probleme verhandelt wird.
- Soll über das Problem verhandelt werden, dann wird es anschaulich geschildert, und die ethischen Gesichtspunkte werden eindeutig in Form von medizinisch, pflegerisch und ökonomisch verantwortbaren Alternativen formuliert.
- Nach Klärungsfragen werden in Abwesenheit des Antragstellers in einer ersten Gesprächsrunde Argumente und Gegenargumente für mögliche Antworten gesammelt.

- Dann folgt die Wertung der Argumente auf dem Hintergrund der jeweiligen ethischen Positionen der Mitglieder des Komitees. Dabei bemüht das klinische Ethikkomitee sich um einen Konsens.
- Der Vorsitzende formuliert anschließend einen Vorschlag für ein gemeinsames Votum an den Antragsteller. Findet kein Vorschlag eine einheitliche Zustimmung, dann schlägt er eine Abstimmung vor. Dabei bedarf das Votum des Komitees einer Zweidrittelmehrheit seiner Mitglieder.
- Die Minderheit kann ein Votum abgeben und begründen.
- Die Voten des klinischen Ethikkomitees werden in kurzer schriftlicher Form festgehalten. Der Vorsitzende unterrichtet den Antragsteller über das Ergebnis und erläutert die Voten.
- Der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) wird über die Voten informiert. Die Voten des Komitees sollen in geeigneter Weise in den Einrichtungen bekanntgemacht werden, damit jeder an der ethischen Bewußtseinsbildung seines Krankenhauses teilnehmen kann.

Bei diesem Typus eines klinischen Ethikkomitees wird großer Wert auf die pluridisziplinäre Zusammensetzung gelegt und gleichzeitig vorausgesetzt, daß die verschiedenen Menschen nicht mit derselben moralischen Normativität am Gesprächstisch zusammenkommen.

### **Die Zusammensetzung des klinischen Ethikkomitees**

- Bis zu 12 Frauen und Männer
- hausinterne Mitglieder:
  - aus dem ärztlichen Bereich
  - aus dem pflegerischen Bereich
  - aus dem Verwaltungsbereich
  - aus dem Sozialdienst
- externe Mitglieder:
  - ein Jurist
  - ein aufgeschlossener, christlicher Mensch ohne Fachwissen
- ein Seelsorger
- Berufung auf Zeit (beispielsweise 3 Jahre)

### **Hinsichtlich der Befolgung der Voten wird festgehalten:**

- Die Befolgung der Voten des klinischen Ethikkomitees ist freiwillig und nicht verpflichtend.
- Entsprechend sollen die begründeten Voten dem Antragsteller vom Vorsitzenden des Komitees vorgetragen werden.
- Um die Eigenverantwortlichkeit nicht zu gefährden und dem Komitee keine Macht zuzugestehen, die ihm von der Sache her nicht zukommt, ist stets darauf zu achten, daß die Mitteilung der Voten den Freiwilligkeitsaspekt ihrer Befolgung ausdrücklich genug betont.
- Voten des Ethikkomitees können das Urteil der Entscheidungsträger wohl erhellen, aber nicht ersetzen.

## Die erwarteten Effekte der Einsetzung klinischer Ethikkomitees

- Im wohlverstandenen Sinn geführte klinische Ethikkomitees können einen Beitrag zur Kultur eines Krankenhauses leisten, indem sie ein Forum für schwierige und kontroverse ethische Entscheidungen bereitstellen. Sie bieten die Chance, in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten.
- Den Mitarbeitern des Hauses und den Patienten sowie deren Angehörigen geben sie die Zusage, daß Gewissensnöte oder das Leiden an nicht annehmbar erscheinenden Strukturen und Situationen im gemeinsamen Gespräch gehört und geändert werden können.
- Als weitere Effekte klinischer Ethikkomitees können die Sensibilisierung und die Bildung aller Mitarbeiter für die ethische Dimension verschiedenster medizinischer, pflegerischer, ökonomischer und institutioneller Aspekte im Krankenhaus gesehen werden. Der Einübung in ethisches Argumentieren kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.
- Hieraus folgt, daß klinische Ethikkomitees kein Gefälle zwischen einem behelrenden Komitee und zu behelrenden Mitarbeitern erzeugen wollen und dürfen, sondern daß es um gemeinsames Lernen geht. Dies kann durch die transparente Beteiligung aller Kräfte an der Entscheidungsfindung gelingen und wird zugleich eine Isolation des Komitees im Krankenhaus verhindern.

Ethikkomitees können somit zu Lernorten moralischen Diskursierens unter ethischer Anleitung und Moderation werden. Sie stellen eine gute Chance für Patienten, Ärzte und Pflegende dar. Wer gemeinsam zu argumentieren gelernt hat, steigt in einen Prozeß ein, der Menschen zusammenbringt und gemeinsame Plausibilitätsstrukturen erarbeitet. Die Dominanz einer vorherrschenden oder stärkeren moralischen Position wird aufgegeben zugunsten einer gemeinsamen moralischen Handlungsbasis. Die im Diskurs stehenden Personen legen sich ihr Handeln und Denken so zurecht, daß es nach innen und nach außen kommunikabel wird. Ihre Wertpräferenzen werden sichtbar, ansprechbar und damit diskussionsfähig. Jeder Teilnehmer am Diskurs teilt den Kompromiß, indem er sich und seine Integrität im Ausdruck einer gemeinsamen Moral verwebt. Auch hier wird noch einmal deutlich, daß das Argumentieren bereits der zweite Schritt ist. Beim ersten Schritt erkennen sich die gemeinsam handelnden und denkenden Menschen – auch und gerade bei unterschiedlichen moralischen Einstellungen – als moralisch gleichwertig an, und ihre Argumente tragen bei gleicher Situationseinschätzung. Die moralische Diskussion wird vielschichtig und tiefenscharf. Sie wird herausgeführt aus ihrer normativen Zuspitzung und zurückgeführt in ein gemeinsames Ethos, das das Wohl des Patienten in einer moralisch pluralistischen Welt vor Augen hat.

Im Ethikkomitee wird exemplarisch gelernt, notwendige und Not abwendende Entscheidungen zu treffen. Die moralische Entscheidungsfindung wird aus der Einsamkeit des einzelnen Gewissens in die Gemeinsamkeit geholt.