

Hans Schottky

Ethik und Moral in Medizin und Pflege:

Entwicklungen, Forderungen und Perspektiven.

Vortrag, gehalten auf der Tagung „Ethische
Entscheidungen in der Pflege und Versorgung alter
und kranker Menschen“ am 16. 11. 2007 im „Haus
der Wissenschaft“ in Bremen



Mary Seacole (1805 – 1881), Pionierin der Krankenpflege in Panama
und auf der Krim (Krimkrieg 1853 bis 1856)

Für die etwas vage Formulierung des Titels möchte ich mich entschuldigen. Ich habe ihn gewählt, um freien Raum für Subjektivität zu haben, Erlebtes berichten und auch Meinung äußern zu können. Ich denke, daß eine Diskussion über Ethik durch einen gewissen Mut zum Ungesicherten lebendiger wird und zur notwendigen Selbstreflexion anregt.

Mit 69 Jahren bin ich der Älteste unter den Vortragenden. Ich war Anaesthesist und wurde mit 65 Jahren berentet. Seitdem bin ich ehrenamtlich im Hospizbereich tätig.

Mir ist die Aufgabe zugefallen, etwas zu Entwicklung und Hintergründen des Themas „Ethik in Klinik und Pflege“ zu sagen. Tatsächlich kann man in 40 Jahren klinischer Tätigkeit nicht umhin, die wachsende praktische Bedeutung dieses Themas wahrzunehmen. Allerdings bleibt im Alltag der ethische Kern des Handelns meist unterschwellig, unbewußt und unausgesprochen. Das muß so sein, weil wir sonst wie Hamlet vor lauter Nachdenken überhaupt nichts zustande brächten.

Ich möchte im Wesentlichen drei Themenkomplexe ansprechen:

1. In den letzten 50 Jahren haben sich in allen gesellschaftlichen Bereichen wesentliche ethikrelevante Veränderungen vollzogen. Ihr Verständnis ist für unsere heutige Diskussion hilfreich.
2. Die wissenschaftliche Betrachtung des Themas tritt aus dem Schatten der Philosophie heraus und wird empirischer Gegenstand. Die empirischen Ergebnisse passen gut zu den Methoden, die wir bei ethischen Konflikten anwenden.
3. Ethische Praxis hat zwei Aspekte: Einen äußeren und einen inneren. Für den äußeren sind *wir alle* verantwortlich, für den inneren die vor Ort Handelnden.

In der Medizin ist Ethik heute ein Studien-, aber kein Prüfungsfach. So wie sich das Fach heute an der Universität präsentiert, vermittelt es einige mehr oder weniger spezielle Problemstellungen und deren Lösungsansätze. Die meisten Studenten werden beruflich mit den dargebotenen Problemen wenig zu tun haben, entsprechend wenig Interesse bringen sie diesem Fach entgegen. Es wird leider nicht erkennbar, wie alltagsrelevant das Thema Ethik ist. Es wird auch nicht vermittelt, dass zur Bewältigung ethischer Alltagsschwierigkeiten *Fertigkeiten* eingeübt und *Instrumente* angeboten werden müssen, um befriedigende Lösungen zu finden.

Wir in der Kooperation zwischen Bremer Heimstiftung und Hospiz Horn versuchen genau diese Fehler zu vermeiden: Kommunikation und Gesprächsführung müssen auf allen Ebenen geübt und eingeübt werden, zusätzlich zur theoretischen Befassung und Reflexion. Und wir brauchen und haben inzwischen auch Instrumente und Institutionen, die bei Bewältigung ethischer Probleme helfen.

I Rückblick

Ich möchte zunächst einige Themenkomplexe aus **persönlicher Rückschau** beleuchten. Das sind

- das Problem Paternalismus – Autonomie
- die ethische Auswirkung institutioneller und wirtschaftlicher Entwicklungen
- das Moralbewußtsein von Gruppen

Zum **ersten** Punkt, Paternalismus und Autonomie: Paternalismus – wörtlich „Väterlichkeit“ – meint eine bevormundende Haltung, die dem Patienten seine Entscheidung abnimmt, aufnötigt oder auch aufzwingt. Der Ausdruck ist eher ein Euphemismus, der ethisch das Bild der väterlichen Fürsorge zugrunde legt, de facto aber meistens ein Machtverhältnis beschreibt. Die Frage stellt sich, wieso es akzeptiert wurde und auch lange funktioniert hat.

Paternalismus ist, ähnlich wie autoritäre *politische* Systeme, auf die Dauer nur möglich durch Qualifizierung und Verantwortung derer an der Spitze, der „Väter“ einerseits und Vertrauen der Geführten, der „Kinder“ andererseits.

Verantwortung ist ein ethisches Prinzip, das, so meine Behauptung, in einer Berufsgruppe ein kollektives Phänomen ist, und die Qualität läßt sich durch straffe Ausbildung und Vorbildlichkeit der Lehrenden erreichen und garantieren. Beides war vermutlich in den zwanziger Jahren noch ausreichend da, in einer Zeit, in der die deutsche und österreichische Medizin Weltgeltung hatte. Auswanderung, Vertreibung oder Tötung großer Teile der akademischen Spitzen und das fatale Führerprinzip zerstörten neben den Massen- und Notphänomenen des Krieges außer dem fachlichen auch das *ethische* Niveau der deutschen Medizin.

1945 hatten somit Krieg und Totalitarismus den Niedergang der deutschen Medizin bewirkt – fachlich und ethisch. Als ich 1956 mit dem Medizinstudium anfang, herrschte Kalter Krieg und Restauration. Das paternalistische Prinzip in Medizin und in den Institutionen war ungebrochen und vorherrschend.

Die Thesen:

- Die „ethische Kulturkrise“ der Jahrhundertmitte ging wesentlich von Deutschland aus und hat Deutschland besonders hart betroffen.
- Der Paternalismus in der Medizin und verwandten Bereichen erlebte weltweit seinen Niedergang zwischen 1960 und 1990.
- Das Autonomie-Denken in der Medizin wurde erheblich durch entstandene Rechtsschwierigkeiten angetrieben. Die Perspektive des Patienten stand dabei nicht im Vordergrund.
- Das Prinzip Fürsorglichkeit entwickelt sich Hand in Hand mit dem Erlernen von Kommunikation und der Etablierung flacher Hierarchien.

Man kann hier einwenden, dass der Niedergang des Paternalismus zwischen 1960 und 1990 ein weltweites Phänomen und keineswegs auf Deutschland beschränkt war. Ein solcher Einwand ist berechtigt, ich denke aber, daß das Tief, das wir in Mitteleuropa durchmachen mußten, ausgeprägter war als andernorts.

Paternalismus kam z. B. darin zum Ausdruck, dass der behandelnde Arzt entschied, ob ein Patient über eine zum Tode führende Erkrankung aufgeklärt wurde oder nicht. Ganz offen wurde in der medizinischen Gemeinschaft die Meinung vertreten, es sei besser, die Diagnose zu verschweigen. Das hat sich innerhalb von 20 Jahren grundlegend gewandelt, aber mehr unter dem juristischen Druck der Haftungsdrohung bei Fehlern als aus therapeutischer Einsicht.

Juristisch haben wir heute folgendes Bild: Der Patient wird aufgeklärt, über Wahlmöglichkeiten und Alternativen unterrichtet, und entscheidet nach sachlicher Durchdringung und rationaler Abwägung, was geschehen soll. Dieses Bild ist vollkommen unrealistisch und reine Fiktion. Wenn man nachfragt, was ein Patient nach einem Aufklärungsgespräch wirklich verstanden hat, stößt man auf riesige Verständnislücken.

Ethisch läßt sich dieses Dilemma nur dadurch bereinigen, dass die Kommunikation zwischen den Beteiligten systematisch verbessert wird. Das ist möglich: Gesprächsführung und das Überbringen schlechter Nachrichten lassen sich lehren und üben, der Erfolg ist nachprüfbar. Ein wichtiger Vorteil scheint mir nach solchem Kompetenzgewinn auch auf der Seite der „Anbieter“ zu liegen: Sie werden emotional freier und können das wagen, was sie bisher ängstlich vermieden haben, nämlich das *Prinzip Nähe*. Ich möchte auf das Problem Nähe – Distanz weiter unten zurück kommen. Was uns auch in solchen Situationen wirklich zufrieden macht, sind gelingende zwischenmenschliche Beziehungen. Soviel zunächst zu dem nach wie vor nicht einfachen Dreieck Autonomie – Vertrauen und Paternalismus.

Zum **zweiten** Punkt, der Entwicklung von äußeren ethikrelevanten Bedingungen, einige Stichworte:

- Arzt-Patienten-Verhältnis: Vom Dreier- zum Viererverhältnis
- Organisatorische Komplexität: Undurchschaubare kafkaeske Strukturen, baulich und im Betriebsablauf, analog dem vielbeklagten oder auch karikierten Behörden- und Kompetenzwirrwarr.
- Pressionen und Verführungen der Entscheidungsträger. Medizinethik im Pharma-Bereich. Klinische Forschung und Big Pharma
- Emotionale Entfremdung gegenüber den Patienten: Eigeninteresse der Institution vs. Fürsorge. Beispiel Behandlungsfehler. Problematik selbst bei optimaler Behandlung, jedoch komplizierter Erkrankung (Beispiel Carcinom).
- „Fürsorgehaltige“ Berufsbilder als Lohnarbeit

Wenn vom Arzt-Patienten-Verhältnis die Rede ist, herrscht im Allgemeinen die Vorstellung von einer Zweier-Beziehung. Im therapeutischen Bereich werden allenfalls die Angehörigen mit wahrgenommen, was ist sicher gut und richtig ist.

Tatsächlich sitzt unsichtbar seit den Bismarckschen Sozialreformen mit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung meist einer mehr am Tisch, nämlich der Kostenträger. Und seit den 60ern des vorigen Jahrhunderts ist noch ein stiller Gast zugegen: Der medizinisch-industrielle Komplex. Für ihn ist der Arzt wichtiger Umsatzträger geworden, und er setzt ihn deswegen vielen Pressionen und Versuchungen aus. Mit ethischen Folgen, die *deswegen* nicht so gerne diskutiert werden, weil sie den Arzt in einer wenig schmeichelhaften, weil abhängigen Rolle zeigen.

Das Interessante daran ist, daß in diesem Zusammenhang von einem freien Markt nicht die Rede sein kann: Der Umsatz des Medizinisch-Industriellen-Complexes (MIC) wird zu weiten Teilen aus der sozialen Krankenversicherung bestritten. Das schließt zwar Wettbewerb nicht aus, aber mit seinen komplizierten Beziehungen ist das System recht intransparent, was unmoralische Verhaltensweisen deutlich begünstigt. –

Wir haben uns in Deutschland ethisch und fachlich langsam und schlecht und recht vom Jahrhundert-Tief erholt und wurden Teil einer Entwicklung, die vor allem durch eine unglaubliche Zunahme an Kosten und Komplexität im Medikalbereich gekennzeichnet ist.

Diese Veränderungen haben massive Folgen im Problemfeld Ethik mit sich gebracht, die bei der theoretischen Betrachtung sowohl wie im Unterricht nicht die gebührende Beachtung finden. Ich mache das daran fest, daß z. B. das Stichwort Pharmaindustrie in Ethiktexten überhaupt nicht vorkommt, obwohl man über Ethik und Pharma allein Bibliotheken füllen könnte.

Die Entwicklung, die ich mit den Stichworten

- zunehmende Komplexität,
- zunehmendes wirtschaftliches Gewicht und
- zunehmende Arbeitsteiligkeit

kennzeichnen möchte, hat zur Entfremdung zwischen, wie es heute so unschön heißt, Leistungserbringern und ihren Partnern geführt, welche früher schlicht Patienten hießen.

Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit beispielsweise in Großkliniken führen zu besserer Leistung und Effizienz im klinischen Sinn. Sie erfordern aber ganz neue Denkweisen, wenn sie die persönlichen und subjektiven Bedürfnisse von Patienten erfüllen sollen. Patienten irren ratlos durch Kliniklabyrinth, müssen stundenlang in Vorräumen auf Untersuchungen warten, werden – dement und desorientiert – unbeaufsichtigt irgendwo abgestellt, weil niemand Zeit hat. Die Organisation von Abteilungen in Kliniken ist zunächst einmal selbstbezogen. *Patientenzentrierte* Sicht- und Denkweisen müssen sekundär und von außen eingebracht werden. Dazu gibt es inzwischen auch viele Initiativen und viele Verbesserungen.

Am deutlichsten wird der Sand im Getriebe, wenn etwas nicht funktioniert hat, etwa nach einem *Behandlungsfehler*. Die Neigung, erstmal beide Augen vor der Wirklichkeit zu verschließen, ist immer noch da – in völliger Verkennung, daß gerade Heimlichkeit und emotionale Abkapselung das Mißtrauen und damit die Tendenz (auf Seiten von Patienten oder Angehörigen), einen Rechtsstreit anzufangen, massiv befördert. Dazu kommt die leidige Forderung der Versicherer, keinerlei Schuld einzuräumen, selbst wenn sie noch so offensichtlich ist. Man erkennt daran, wie sehr sich ethische und kommunikative Defizite auch institutionell verfestigt haben.

Nun zu dem **dritten** Punkt, zu dem ich mir hier eine kurze persönliche Rückschau erlaube:

Zunächst zu der Frage nach der *Motivation*, die Schulabgänger veranlaßt, Medizin zu studieren. Naiv wird gelegentlich unterstellt, daß der Wunsch, „zu helfen“ dahinter steht. Das trifft nur für eine Minderheit zu. Die Motive sind wissenschaftlicher, auch gesellschaftlicher Ehrgeiz (im Schwinden begriffen), manchmal auch materielles Bestreben. Die angehenden Ärzte, mit denen ich zu tun hatte, strebten vor allem nach *fachlicher Korrektheit* und nach *Wirksamkeit*.

Ich bin ziemlich sicher, dass bei Pflegenden das Helfer-Motiv sehr viel ausgeprägter ist als bei Ärzten, und das ist ein Kapital, mit dem man in der institutionellen Pflege sehr sorgsam umgehen sollte.

In England wurden angehende Ärzte nach ihren Motiven und Zielen gefragt, einer – künftiger Radiologe – antwortete: „Ich gehöre nicht zu denen, die sich emotional zu eng an etwas binden, es sei denn

für den eigenen Gewinn. Das klingt schrecklich, aber man muß schon irgendwie gefühllos werden und sich ablösen, bevor man verletzt wird, sonst kann man nicht weiterarbeiten.“

Unter uns Studenten war das Thema Moral eigentlich Tabu. Wenn ein akademischer Lehrer moralische oder ethische Themen anschnitt, wurde das verächtlich als „Moralinsäure“ apostrophiert. Über solche Themen sprach man nicht. Ihre offene Diskussion wurde als verlogen empfunden.

Verletzungen von Anstand und Moral bei Lehrenden, Vorgesetzten und Kollegen wurden andererseits sehr intensiv bemerkt und – hinter vorgehaltener Hand sozusagen – weitergetragen.

Soziale Gruppen haben offenbar einen moralischen Verhaltenskanon, der zwar wortarm kommuniziert wird, aber sehr wirksam ist. Er ist Ausdruck von Vertrautheit und Akzeptanz in der Gruppe. Ein solcher Verhaltenskanon kann mit allgemeinen moralischen Regeln übereinstimmen, kann aber auch grob davon abweichen. Die Schwäche dieses Prinzips ist offensichtlich: Keine bewußte Wahrnehmung der moralischen Regeln, keine Überprüfbarkeit und geringe Entwicklungsfähigkeit. Die Entwicklung einer ethischen Kultur in Diensten und Institutionen hat das Ziel, diese Schwächen auszugleichen: Offenlegen der Konflikte, Bewußtmachen von moralischen Engpässen, Förderung von Kommunikation und emotionaler Sicherheit.

II Theorie

Auf dem Hintergrund dieser persönlichen Rückschau über Ethik in der Medizin möchte ich jetzt über **allgemeine Ethik** nachdenken, und zwar unter dem Aspekt der *Vermittelbarkeit* von ethischer Kultur in Institutionen und Diensten. Ich möchte gleich betonen, daß ich einen unphilosophischen Ansatz habe, weil ich philosophischer Analyse in diesem Zusammenhang nur einen begrenzten Effekt zutraue.

Drei Dinge fielen mir immer wieder bei Diskussionen über Ethik auf:

- Ethik wird gerne als Lehre von den Prinzipien *jeglichen* Handelns bezeichnet, als theoretische Antwort auf die Frage: Was muß ich tun? Soweit im ethischen Zusammenhang vom Handeln die Rede ist, bezieht sich dieses jedoch *ausschließlich* auf die Belange und Interessen von *Mitmenschen*, sofern man rein religiöse Systeme ausnimmt. Ethik ist ein soziales Thema.
- Ethische Entscheidungen werden als bewußte, gerne auch rationale Entscheidungen unterstellt. Das kann schon deswegen nicht richtig sein, weil die Unzahl von solchen Entscheidungen, die wir ständig zu treffen haben, und die

Geschwindigkeit, mit der wir sie abwickeln, bewußte Reflexionen garnicht zuläßt.

- Auf der zweiten Annahme beruht schließlich die Vermutung, Ethik sei *bewußt* lehrbar und vermittelbar, verbal, durch Frontalunterricht sozusagen. Wenn ich *weiß*, was richtig ist, bin ich auch in der Lage, das Richtige zu tun. Dies ist wahrscheinlich, wenn ich so sagen darf, die falscheste der drei Vermutungen. Wer ein bißchen Lebenserfahrung hat weiß, daß wir unser Handeln sicher von allem möglichen, aber nicht vom Schulwissen determiniert ist.

Gegen dieses traditionelle Bild vom rational handelnden, bewußten und freien Menschen möchte ich ein Tableau entwerfen, das vielleicht nicht die letztgültige Ethik-Theorie ist, aber für unser Thema, nämlich Ethik in Pflege und Medizin, sinnvolle Ansatzpunkte bietet. Ich entfalte das Thema anhand einiger Thesen:

Thesen:

- Ethik ist ein soziales Thema.
- Als soziale Wesen bringen wir eine – wahrscheinlich biologisch verankerte – Veranlagung zu moralischem Verhalten mit, die im Rahmen der Sozialisation ihre spezifische Ausprägung erhält.
- Auf diese im sozialen Nahbereich geformte Moralstruktur setzen sich individuelle gelernte oder situativ angepasste Verhaltensweisen auf.
- Die Moralentwicklung hat insofern eine hohe Ähnlichkeit mit der *Sprachentwicklung*.
- Ethik ist empirisch zugänglich, und sollte auch empirisch untersucht werden.
- Unsere Moral ist in der Gefühlssphäre verankert.
- Ethische Erziehung und/oder Entwicklung geschieht nicht cognitiv und bewußt. Die wesentlichen Elemente dafür sind Bindung/Beziehung, Vorbild und Umfeld.

Ethik ist ein *soziales* Thema. Insofern ist es erstaunlich, daß das, was die Sozialwissenschaften und Sozialpsychologie zu dem Thema zu sagen haben, erst in jüngerer Zeit intensiver wahrgenommen wird.

Ethik ist auch ein *emotionales* Thema: Der Einwand, daß rationale Kälte nicht der Hintergrund ethischer Entscheidungen sein kann, ist nicht neu. So hat bereits Schiller sehr treffend einen Schwachpunkt der Kantschen rational begründeten Ethik aufgespießt:

Gerne dien' ich den Freunden, doch thu' ich es leider mit Neigung,
Und so wurmt es mir oft, daß ich nicht tugendhaft bin.
Da ist kein anderer Rath, du muß suchen, sie zu verachten,
Und mit Abscheu alsdann thun, wie die Pflicht dir gebeut.

Es muß ein moralischer – mehr oder weniger unbewußt laufender – innerer „Apparat“ da sein, der unsere Entscheidungen trifft. Und Motor und Schmiermittel, die diesen Apparat laufen lassen, ist unser emotionales Armamentarium.

Sinn und Zweck der breiten Palette unserer emotionalen Möglichkeiten ist letztlich unsere soziale Existenz, die sich im Bindungs- und Beziehungsnetz verwirklicht. Der unbewußte Charakter macht moralische Urteile nicht selten irrational. Allerdings haben wir sehr ausgeprägte Neigungen, *sekundär* nach rationalen Begründungen zu suchen.

Die Ähnlichkeit mit Sprache und Sprachentwicklung liegt einmal in der wahrscheinlich *biologisch angelegten* Möglichkeit von Sprache sowohl wie Moral. Sprachentwicklung braucht in einem relativ eng umschriebenen Zeitraum das Angebot von Sprache in der menschlichen Umgebung. Dieses Angebot prägt die individuelle Sprachentwicklung im Sinne der Muttersprache. Analog haben wir den Erwerb von individuellen kulturell vererbten moralischen Mustern. Wir erwerben so etwas wie eine moralische Grammatik und eine moralische Muttersprache, die uns nicht bewußt sind und deren Regeln wir auch nicht erklären können, so wenig wie uns die Grammatik unserer Muttersprache explizit bekannt ist. So wie aber Sprache auch lebenslang formbar bleibt und sich nach Mode und Umgebung ständig wandelt, so ist auch das moralische Verhaltensmuster formbar und überaus anpassungsfähig.

Eine aktuelle populärwissenschaftliche Publikation zum Thema Empirie und Moral ist das Buch von Rolf Degen: Das Ende des Bösen. Es enthält eine Fülle interessanter Befunde, die sonst verstreut und dem Laien schwer zugänglich sind.

Ethische *Erziehung* (wir sind damit beim letzten Punkt) hat es insofern schwer, als die entscheidende frühe Phase und ihre Elemente sich einem äußeren Zugriff weitgehend entziehen. Das Wichtigste der moralischen Entwicklung ist meist schon passiert, wenn man auf den Gedanken kommt, Ethikunterricht anzubieten oder als Eltern Standpauken zu halten. Und was nicht passiert ist, ist nur indirekt, nämlich über Faktoren der Umgebung – sprich Vorbild – und emotionale Bindung beeinflussbar.

„Seit der jüngsten Steinzeit“, schreibt ein moderner italienischer Autor, „ist es ein Irrglauben der Eltern, daß auf ihre Litaneien Taten folgen könnten“. Die Unwirksamkeit eines auf das Erlernen von abfragbarem Wissen gerichteten Ethikunterrichts ist auch empirisch belegt.

Unsere tief verankerte moralische Grammatik ist Hintergrund für unsere Entscheidungen, Hintergrund aber auch dafür, daß wir in medizinischen oder pflegerischen Problemsituationen das Gefühl der Unstimmigkeit spontan und intuitiv entwickeln. Dieses Gefühl ist ein Pfund, mit dem wir unbedingt wuchern müssen, denn das

was uns so unmittelbar anspricht, hat prima facie seine Berechtigung. Das ist die Situation, in der wir bewußt überlegen müssen, was wir mit dem moralischen Unbehagen anfangen. Genau an dieser Stelle droht aber auch Gefahr, nämlich die autoritäre Unterordnung. Ihre unglaubliche Wirksamkeit wurde in einem berühmten und auch umstrittenen psychologischen Experiment (dem Milgram-Experiment) belegt, und ich glaube, daß wir uns keineswegs von diesem Problem emanzipiert haben.

Gelingt es dann, das Problem „auf den Tisch zu bringen“, gibt es geeignete Verfahrensweisen zur Lösung. Und hier endlich setzt auch theoretische Ethik an, sehr spät und in der Ethikdiskussion völlig überbetont, aber deswegen natürlich nicht überflüssig.

Ein inzwischen sehr verbreitetes und bewährtes Instrument ist die sogenannte **Prinzipienethik** nach Beauchamp und Childress, die ich hier in aller Kürze skizzieren will:

Der Ausgangspunkt besteht im wesentlichen aus kurzen Katalogen zur Sammlung und Gegenüberstellung von entscheidungsrelevanten Gesichtspunkten. Der Basiskatalog sieht so aus:

- Wohltun
- Nichtschaden
- Autonomie
- Gerechtigkeit

Als für die eigentliche medizinische Praxis geeignet hat sich dieser Katalog bewährt:

- medizinische Indikation
- Autonomie
- Lebensqualität
- Begleitumstände

Für den Pflegebereich sind analoge Raster denkbar, etwa so in Form eines Fragekatalogs:

- Was ist unser Handlungsimpuls?
- Was wünscht der Bewohner – oder würde wünschen, wenn äußerungsfähig?
- Was ist und was würde unsere Intervention für seine *Lebensqualität* ausmachen?
- Was für Wünsche und Möglichkeiten gibt es noch (Angehörige, Finanzen?)

Es handelt sich – zumindest für unsere Thematik – nicht um eine neue ethische Theorie. Vielmehr handelt es sich um ein methodisches Gerüst zur Erarbeitung und Auflistung der relevanten Gesichtspunkte in einem Problemfall. Die Auflistung allein führt auch nicht automatisch zum Ergebnis, vielmehr ist sie ein Anstoß zum genauen Hinsehen, zur Differenzierung und zur Kommunikation. Die eigentliche Bewertung ist nach wie vor Aufgabe der ethischen Intuition, wie so oft.

Ein persönliches Anliegen ist mir im theoretischen Zusammenhang die Darstellung eines nützlichen Begriffspaars, das nach meinem Geschmack in Ethikdiskussionen immer zu kurz kommt, nämlich **Nähe und Distanz**: Anknüpfend an das Bild, das ich von unserer ethischen Entwicklung und Struktur entworfen habe, gehe ich davon aus, daß eine normale moralische *Entwicklung* nur in menschlicher Nähe möglich ist. Der Entzug von Nähe und Bindung ist in der frühesten Kindheit unmittelbar tödlich. In späteren Phasen kommt es zu subtileren Störungen. Kriminalität ist beispielsweise mit zerbrochener Häuslichkeit und fehlender oder häufig wechselnder Beziehung in der Entwicklung eng verknüpft.

Nähe erzeugt aber auch *unmittelbar moralisches Verhalten*. Ein klassischer Beleg ist die Geschichte vom barmherzigen Samariter. Diese Geschichte wird gerne so gedeutet, daß „richtige“ Religionsausübung sich in der Übung in Barmherzigkeit – und das heißt in barmherzigen Übungen ausdrückt. So wurde und wird Religion ja auch weithin gelehrt und ausgeübt. Jesus geißelt die leere symbolische Geste der Barmherzigkeit als unmoralisch und hält die Mahnung dagegen, mit ganzer Person Nähe zu wagen und *Nächster zu sein*.

Das Prinzip Nähe ist auch entscheidend für unsere Alltagsmoral. Das läßt sich leicht belegen. Ein Bomberpilot, der aus 15 km Höhe seine Last abwirft, empfindet nichts. Ein paar Stunden später versorgt er liebevoll ein verletztes Tier in seiner Wohnung.

Irrationales Verhalten je nach Nähe und Distanz ist auch empirisch oder halbempirisch (nämlich in vorgestellten Situationen) leicht nachweisbar.

Pflegende haben die Schwierigkeit, sich Nähe zu wünschen und auch als Aufgabe zu empfinden. Aber ihre Professionalität und auch häufig die äußeren Belastungen – Zeitmangel z. B. – erleben sie als distanzierend, was zu einem ständigen Spagat bis hin zum Schuldgefühl und Gefühl des Versagens führen kann.

Umgekehrt, aber als Beleg für das Prinzip Nähe ebenso gut geeignet, ist das so schön zu ironisierende Bewußtsein allgemeiner Menschenliebe – beispielsweise in Dostojewskis Brüdern Karamasov: Man liebt die Menschheit abstrakt und von ferne, aber der Einzelne ist einem unangenehm wie Ungeziefer. Oder die Peanuts: „I love mankind – its *people* I can't stand“ (Ich liebe die Menschheit – nur die *Leute* kann ich nicht ertragen). Ein solches Bewußtsein entspricht der oben angeführten leeren Geste von Wohltätigkeit auf einer anderen Ebene.

Nähe und Distanz sind in der Medizingeschichte der letzten 200 Jahre einem zyklischen Wandel unterworfen gewesen. Entgegen einem verbreiteten Mythos ist der Arzt der vorwissenschaftlichen Ära nämlich dem Patienten keineswegs nahe gewesen. Er warf

einen Blick auf den Kranken, fühlte den Puls und betrachtete den Urin. Der Rest war Spekulation und Dogmatismus.

Mit dem Beginn des wissenschaftlichen Zeitalters kam die physikalische Untersuchung: Inspektion des gesamten Körpers, Palpation, Auskultation, Perkussion. Besonders komplex war (und ist immer noch) die neurologisch-klinische Untersuchung. Zusammen mit der (stets geforderten und selten durchgeführten) „gründlichen Anamnese“ war sie eine Situation von Nähe, die durchaus rituellen und somit auch heilenden Wert haben konnte. Mit der Zunahme der technischen Diagnostik und der Abnahme der verfügbaren Zeit ist das Arzt-Patienten-Verhältnis in die alte Distanziertheit zurückgefallen. Die Anamnese fürs Krankenblatt wird als lästig empfunden und gerne dem jüngsten Famulus überlassen. Der weiß natürlich garnicht was er fragen soll, wie man ein Gespräch führt und wie er seinen Kranken beraten kann. Mancher Patient freut sich aber, wenigstens mal jemanden als Gesprächspartner zu haben.

Selbst nach dem Tode führen Nähe und Verweilen zum Wahrnehmen des Anderen als Mensch, wie es Heinrich Lersch in seinem berühmten Kriegsgedicht ausdrückt:

Es irren meine Augen - mein Herz, du irrst dich nicht:
es hat ein jeder Toter des Bruders Angesicht.

In Organisationen – Pflegeheimen z. B. – lassen sich ethische Schwierigkeiten durch, wenn man so sagen darf, *imaginierte Nähe* lösen, nämlich durch ausführliche Befassung wie der strukturierten Analyse (dem sog. Assessment) im Rahmen der ethischen Fallbesprechung. Die Konzentration auf die Perspektive des Patienten/Bewohners verstärkt dieses Empfinden von Nähe. Kunst auch des Moderators, ohne Sentimentalität hier Nähe walten zu lassen. Die Intuition der Besprechungsrunde tut dann ein übriges.

Eine letzte Frage soll hier im Theorie-Zusammenhang erörtert werden: Welchen Platz und welche Bedeutung hat die **Befassung mit theoretischen Aspekten** in der Entwicklung von ethischer Kultur in Einrichtungen und Diensten? Man könnte ja meinen, eine solche Befassung wäre entbehrlich, weil die Mitarbeiter ihre moralische Ausrüstung ja von Haus aus schon haben. Die Pflegenden entwickeln jedoch in Ethik-Seminaren sehr viel Spaß an Theorie und fordern solche Fortbildungen auch ein. Das hat seinen gewichtigen Grund.

Sogenannte „Kleingruppen-Gesellschaften“, also solche, die man früher als Naturvölker bezeichnete, entwickeln bereits ethische und rechtliche Formeln, kurze verdichtete Leitsätze, die im Konfliktfall oder in der dazu gehörenden Diskussion dann zitiert werden. Frühgeschichtliche Ethik-Kanons wie die zehn Gebote haben vermutlich eine ähnliche Funktion.

Diese Funktion ist m. E. die *Selbstvergewisserung* in beiden Richtungen: Das eigene Ethik-Konzept wird *nach* Entscheidung und Bearbeitung im Leitsatz wiedererkannt, sozusagen an ihn zurückgegeben, und *vor* der Entscheidung, im Augenblick des moralischen Unbehagens und der Entscheidungsnot evoziert der Leitsatz die eigene moralische Fähigkeit. Der Leitsatz spiegelt so etwas wie ein *kollektives moralisches Unbewußtsein* wieder.

Damit wird auch klar, welche Bedeutung die Entwicklung von *Leitbildern* in Einrichtungen und Diensten hat: Nämlich die der *Selbstvergewisserung* aus der Position der ruhigen Reflexion, und genauso der rückholenden *Bestätigung* im aktuellen Fall.

Insofern ist die Entwicklung eines Leitbildes niemals eine Leitungsaufgabe. Es kann nicht irgendwo oben formuliert und irgendwo unten angewandt werden. Nicht nur aus Gründen des demokratischen Führungsstils ist das nicht machbar, sondern eine solche Vorgehensweise verkennt die sozialpsychologische Funktion des Leitbildes. Auch hier gilt das Prinzip: Moral kann nicht bewußt erzeugt, sondern nur ans Licht gebracht werden.

III Praxis

Wir haben damit bereits einige **praktische Gesichtspunkte** erwähnt, ich möchte jetzt im dritten Abschnitt noch etwas ausführlicher auf ethische Praxis eingehen.

Zunächst eine kurze Auflistung der Gründe, die die Entwicklung von ethischer Kultur in Institutionen und Diensten für eine qualifizierte Praxis unumgänglich machen:

- Verlust von Traditionen
- Heterogenität der Gesellschaft
- neue Techniken – Praktiken – Organisationsformen
- demografische Entwicklung
- Professionalität ersetzt Familie

Verlust von Traditionen: Traditionelle Kulturen kann man idealisierend als *aus einem Guß* und *zeitlich unveränderlich* beschreiben. Aufklärung, Rechtsfindung durch demokratische Prozedur (positives Recht), Religionsfreiheit und Menschenrechte führen zu gesellschaftlicher Heterogenität und weitgehender Aufgabe von Traditionen. Veränderung, traditionell in der „besten aller möglichen Welten“ grundsätzlich unerwünscht, wird als Fortschrittsmythos zum Wert an sich. Intensivere Kontakte mit traditionellen Kulturen führen notwendigerweise zu Konflikten.

Was die Bedingungen von Moral betrifft, unterscheide ich einen „äußeren“ Aspekt von einem „inneren“. Grundthese ist dabei, daß *erst dann, wenn die äußere Möglichkeit zur medizinischen bzw. pflegerischen Moral gegeben ist, im Inneren von Institutionen ethische Entwicklung und Praxis überhaupt möglich werden.*

Bedrohung der moralischen Kompetenz:

- Äußere Faktoren
 - Arbeitsbelastung – Zeitmangel
 - mangelnde Ausbildung – mangelnde Kompetenz
- Innere Faktoren
 - mangelndes Selbstbewußtsein
 - autoritärer Führungsstil
 - disharmonisches Team

Es gibt eine ganze Reihe von Faktoren, die die „ethische Leistungskraft“, wenn ich es einmal so nennen darf, behindern oder begünstigen. Außer dem äußeren Aspekt einer ausreichenden Stellenbesetzung, vernünftiger Organisation und genügend Zeit gehört dazu die „inneren“ Faktoren des professionellen Selbstbewußtseins, sowie die Führungsstruktur, und damit im Zusammenhang der Umgang mit *Fehlern*.

Um mit dem letzten anzufangen: Ausgehend von dem Vorbild der Beinahe-Zusammenstöße im Flugverkehr hat in Kliniken inzwischen auch die systematische Sammlung und Analyse von Fehlern begonnen, die ohne Schuldvorwürfe lediglich das Ziel verfolgt, die Quellen der Fehler zu finden und zu stopfen. Das Vermeiden des Schuld-Strafe-Prinzips führt zu mehr Offenheit und der Bereitschaft, die Fehlerzusammenhänge als eigene Angelegenheit zu erkennen und zu bearbeiten.

Ich glaube, daß die Entlastung vom Schuld-Strafe-Prinzip auch im pflegerischen Bereich sinnvoll und durchführbar ist. Ermöglicht wird sie durch flache Hierarchien, durch einen partnerschaftlichen Führungsstil und ein, wie es gerne heißt, *belastbares* Verhältnis zwischen Führenden und Geführten. Belastbarkeit soll andeuten, daß der Nachgeordnete sich durch Kritik nicht persönlich abgewertet und gefährdet sieht.

Eine Voraussetzung eines solchen inneren Team-Verhältnisses ist Selbstbewußtsein und Kompetenz. Beides führt dazu, daß nicht immer alles erstklassig und problemfrei sein muß. Denn die Kontroverse ist und bleibt die Mutter aller Ethik.

Umgekehrt: Wenn immer alles in Ordnung ist, stimmt etwas nicht. Mir kommt sofort der letztthin abgeschlossene Prozess gegen eine Intensivschwester in Berlin in den Sinn, die mehrere Patienten getötet hat. Auf ihrer Station war immer alles erstklassig und in Ordnung gewesen – so die ausdrückliche Formulierung ihres Chefarztes. Man muß kein Psychoanalytiker sein, um die Gefährlichkeit eines solchen latenten, niemals weichenden Drucks zu erkennen.

Es würde mich sehr interessieren, wie in Institutionen mit dem Problem des Führungsstils umgegangen wird. Was geschieht, wenn er offensichtlich autoritär und damit defizitär und kontraproduktiv ist? Die Führungskräfte sorgen selbst für ihre Entwicklung. Und

wenn sie es nicht tun? Gibt es Qualitätsbewertungen? Was leisten psychologische Arbeitsmethoden in dieser Beziehung? Wie so häufig dürfte das Problem darin bestehen, daß diejenigen, die ihren Führungsstil als grundsätzlich kritisierbar ansehen, schon den wichtigsten Schritt in Richtung eines entwicklungsfähigen und damit angemessenen Führungsstils getan haben.

Die Liste der äußeren Faktoren ist ein bißchen willkürlich und sicher nicht vollständig. Die Frage ist zu stellen: Wie *mißt* man moralische Kompetenz? Hygiene läßt sich systematisch an der Zahl der Infektionen verfolgen. Mögliche Ansätze zur „ethischen Qualitätserfassung“:

- Zahl der Ethischen Fallbesprechungen
- Zahl der Rechtsstreitigkeiten (mit Angehörigen z. B.)
- Zahl der Gewaltphänomene
- Fluktuation der Mitarbeiter
- Qualität der palliativen Versorgung

Noch eine kurze Bemerkung zu **äußeren Faktoren**: Ein schönes Beispiel für die Wirkung von Arbeitsbelastung auf moralisches Verhalten ist das Thema *Gewalt in der Pflege*. Vielleicht wissen Sie, daß dieses Thema die Öffentlichkeit in den USA in den 80er Jahren monatelang beschäftigt hat, es gab einen richtigen Wirbel. Viel wurde dagegen unternommen. Es wurden Gesetze geschaffen, Meldepflichten und Ombudsstellen eingerichtet. Eine der führenden Vertreterinnen von Public Health in den USA, Catherine Hawes, hielt vor dem Finanzausschuß des Senats ein Referat, das in Kurzfassung auch im Internet zu finden ist. Das Thema war „Mißhandlung und Vernachlässigung“ (abuse and neglect) – sinnvollerweise zu einem Thema zusammengefasst.

Das sind ihre vier Hauptthesen:

- Alte Menschen in Langzeitpflege in Heimen sind gegenüber Gewalt und Vernachlässigung besonders exponiert, und die spärlich vorhandenen Belege weisen darauf hin, dass Gewalt und Vernachlässigung verbreitet und schwerwiegend sind.
- Die wichtigsten vermeidbaren Ursachen von Gewalt und Vernachlässigung sind Stellenunterbesetzung und mangelhafte Ausbildung.
- Es gibt exemplarische Regelwerke und Bestimmungen, organisatorische Maßnahmen und Trainingsprogramme, die Gewalt und Vernachlässigung in Heimen erfolgreich reduzieren lassen.
- Die Problematik hat bisher in der Heimpflege (zu) wenig Aufmerksamkeit gefunden.

Ich leite aus meiner Befassung mit dem Gewalt-Thema folgende Schlüsse ab:

- Stellenunterbesetzung und Zeitdruck verschlechtern die ethischen Standards ebenso wie mangelnde Professionalität.
- Verbesserte Organisation und Training sind hilfreich.

Zum Abschluß: Wir haben gesprochen über

- einige Aspekte von ethischer Entwicklung in den letzten 50 Jahren,
- einen Entwurf einer ethischen Anthropologie, der für Pflege- und Medizin-Ethik grundlegend sein könnte,
- sowie Fragen ethischer Praxis in Institutionen und Diensten.

Die aufgestellten Thesen sind zum großen Teil bestreitbar – das ist ihre Aufgabe. Manche der aufgeworfenen Fragen sind empirisch bearbeitbar. Ich würde mich sehr freuen, wenn sich auch in unserem – meinem – Bereich z. B. Public Health und Pflegewissenschaft engagieren könnten.

Möglicherweise gibt es auch auf die gestellten Fragen schon Antworten, die ich nicht kenne – das Auditorium ist herzlich eingeladen, seinen Beitrag zu liefern.