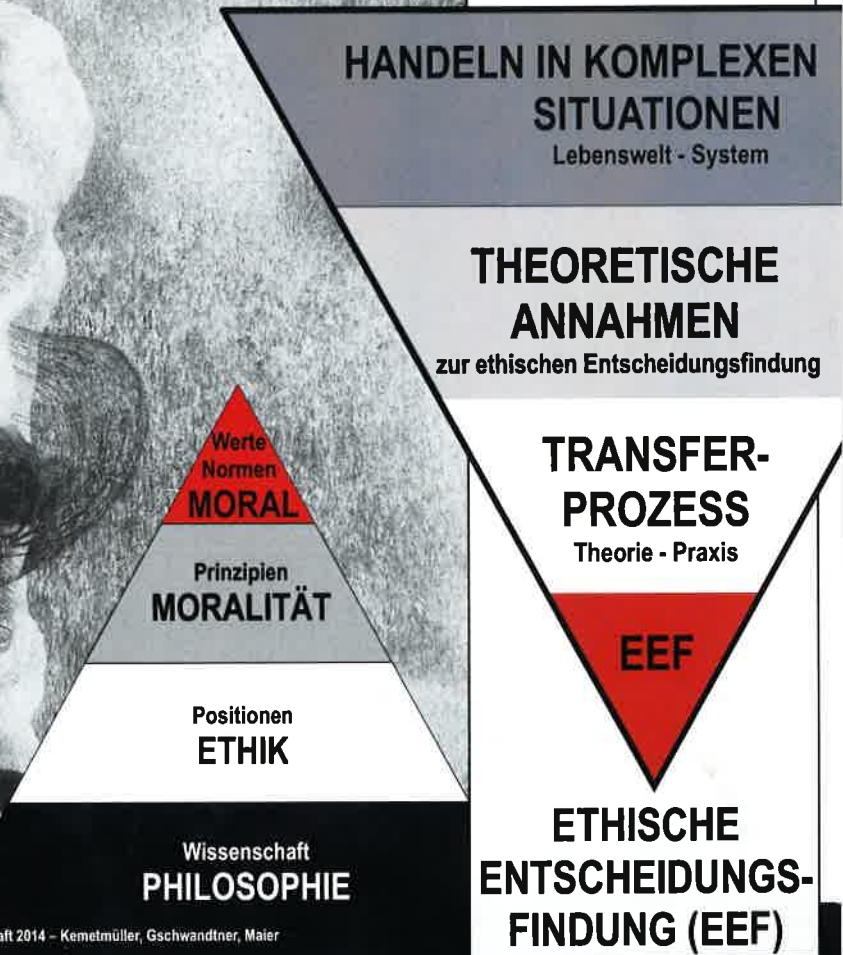
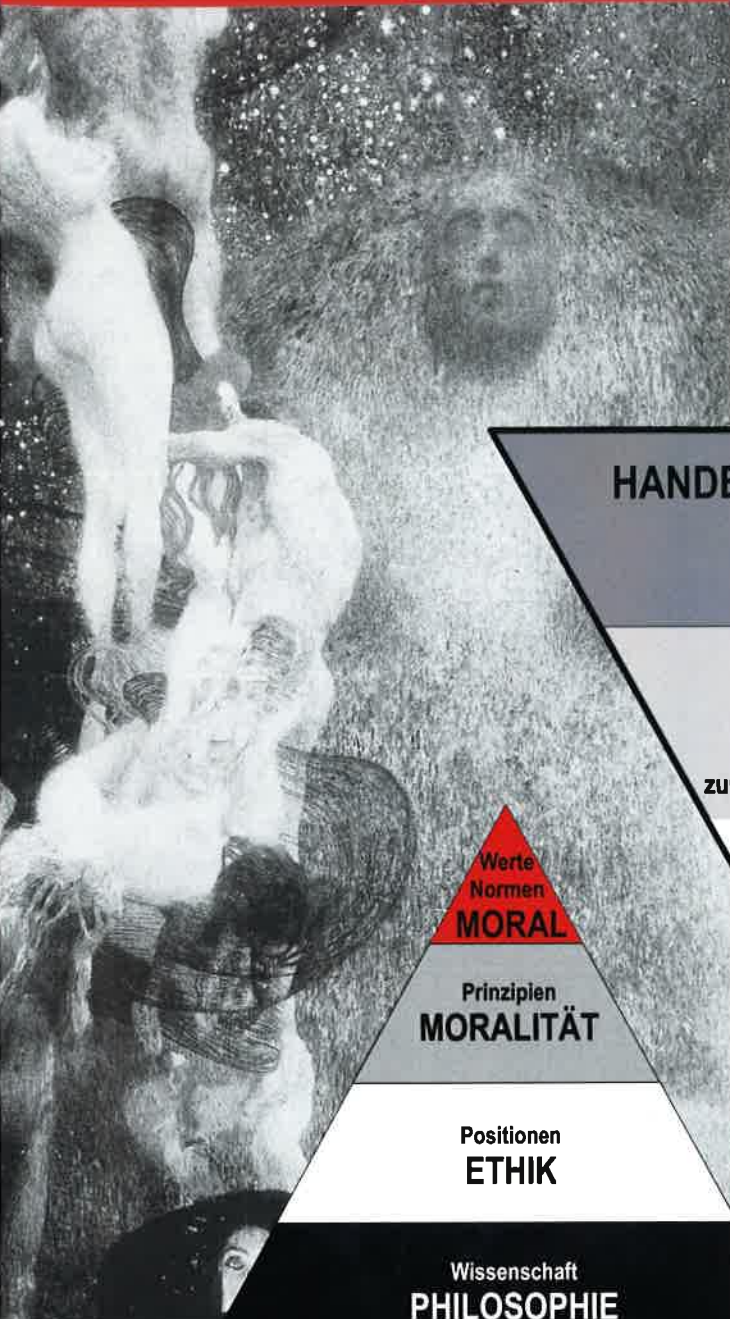


Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung

Die Gesellschaft ist pluralistischer geworden, es gibt divergierende Lebensentwürfe mit individuellen Wertmaßstäben. Die medizinischen Möglichkeiten greifen tief in das überlieferte Verständnis vom Umgang mit Leiden und Sterben ein. Innerhalb der Gesundheitsberufe geraten tradierte Muster der Kommunikation in Bewegung. Ein Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung im Sinne von Handeln in komplexen Situationen erfordert daher ein klar definiertes methodisches Vorgehen, um ethische Fragestellungen bearbeiten zu können.



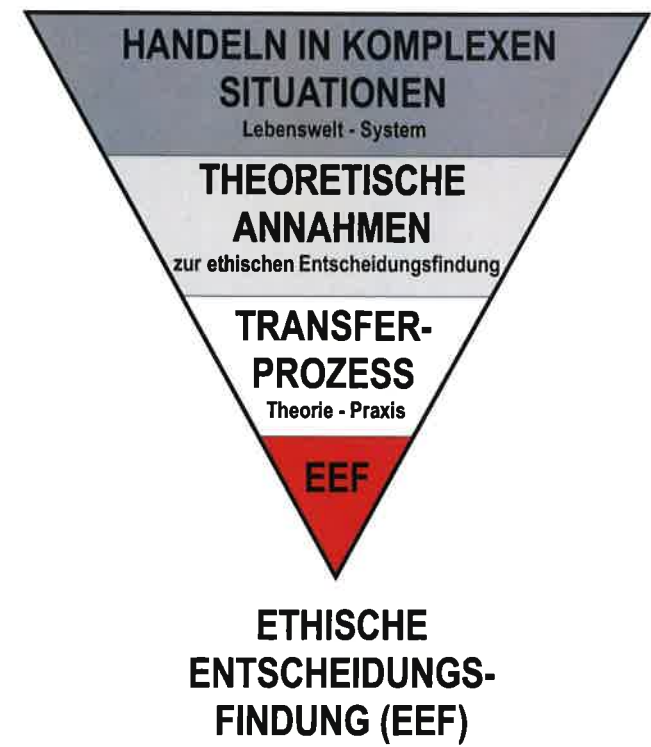
KONZEPT ZUR ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Handeln in komplexen Situationen unter besonderer Berücksichtigung einer Strategie-, Prozess- und Strukturentwicklung in NÖ Gesundheitseinrichtungen

Fragen der Ethik sind Teil des alltäglichen Umganges mit Patientinnen und Patienten. Die ethischen Probleme und Dilemmata machen die Tätigkeiten in den Kliniken, in intra- und extramuralen Einrichtungen einerseits kompliziert und belastend, sie bieten aber auch motivierende Herausforderungen im menschlichen Umgang. Neu ist, dass – auch auf Grundlage der Pflegegeschichte – in den vergangenen Jahren Fragen nach dem Umgang mit Werten zunehmend in systematischer Form bearbeitet werden.

Was sich als ein „ethisches Problem“ darstellt, ist bereits Ausdruck einer bestimmten, moralisch begründeten Sichtweise. Ziel des ethischen Nachdenkens ist es, Klarheit zu schaffen um

- intuitiv gebildete Meinungen soweit zu ordnen, dass sie in sich stimmig sind,
- mit Hilfe von Kriterien zur Handlungsorientierung beizutragen sowie
- eine Konfusion von Begriffen und Begründungen zu beheben (Kemetmüller et al. 2013, S. 18).



1. Handeln in komplexen Situationen: Lebenswelt und Systeme

Jede moderne Gesellschaft hat zwei Sphären heißt es in Jürgen Habermas' (geb. 1929) *Theorie des kommunikativen Handelns*: auf der einen Seite steht eine durch Kommunikation bestimmte Lebenswelt, auf der anderen die durch instrumentelle Rationalität bestimmte Welt der Systeme, die ein Eigenleben entwickelt und die Menschen beherrscht. In diesem Zusammenhang hat Habermas die Systemtheorie von Niklas Luhmann (1927–1998) in seine Gesellschaftstheorie integriert (Hetzl 2001, S. 250).

Die Lebenswelt besteht aus dem intuitiven Wissen, wie der Mensch mit einer Situation fertig wird und worauf er sich verlassen kann, also aus sicher gemeinten und geglaubten Hintergrundüberzeugungen auf Grundlage von Werten. Erweisen sie sich als unzulänglich, können sie in Frage gestellt und verändert werden. Systeme hingegen sind starr. Sie entlasten zwar die Lebenswelt durch alltägliche automatisierte Handlungsabläufe, doch sind sie nicht verhandelbar. Will der Mensch einen anderen Ablauf, stößt er auf Widerstand. Individualität wird durch Bezugnahme auf Gleichheit für alle unmöglich. („Das geht nicht, wir müssen alle gleich behandeln und es gibt keine Ausnahme!“ oder: „Das mag zwar moralisch richtig sein, ist aber nicht rechtens, weshalb ich sie verurteilen muss.“)

Die Lebenswelt wird also von Systemen bestimmt und Habermas spricht von einer Kolonialisierung der Lebenswelt. Dadurch entsteht an den Nahtstellen von System und Lebenswelt ein Konfliktpotenzial – beispielsweise dass Pflegeeinrichtungen vordergründig aus ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Die Befreiung der Lebenswelten aus der Umklammerung der Systeme kann nach Habermas nicht zureichend theoretisch beantwortet werden. Die Problematik muss daher in eine praktisch-politische gewendet werden (Hetzl 2001, S. 262).

Grundsätzlich beruht das Habermas'sche Konzept zur moralisch-ethischen Entscheidungsfindung auf drei praxisrelevanten Besonderheiten: *Trennung in Sachebene und Wertebene, Das konsenserzielende Argument, Die ideale Sprechsituation.*

Um einen ethischen Diskurs zu führen, bedarf es einiger Grundbedingungen, die Habermas als „ideale Sprechsituation“ zusammenfasst:

- Die Fähigkeit zur Kommunikation ist gegeben.
- Jeder hat die gleiche Chance zur Beteiligung am Gespräch.
- Jeder darf seine Einstellung, Wünsche und Bedürfnisse äußern.
- Alle potenziellen Teilnehmer eines Diskurses müssen die gleiche Chance haben, kommunikative Sprechakte zu verwenden.
- Jeder muss bereit sein, mit jedem die Verhaltenserwartungen zu tauschen. Jeder soll jederzeit mit jedem zum Rollentausch bereit sein.
- Kein äußerer Zwang darf das Gespräch behindern.
- Diskutiert wird so lange, bis ein Konsens erreicht ist. Ist die neue Wahrheit angenommen, bestimmt sie von da an das Leben und Verhalten der Teilnehmer (Peintinger 2008, S. 72–73).

Ein Konsens bedeutet die gleiche Meinung mehrerer Personen, ungeachtet ihrer Richtigkeit und schafft Gemeinsamkeit und Verbindlichkeit. Nach Habermas ist der Konsens ein „rational motiviertes Einverständnis“. Die Konsensfindung sollte zudem so umfassend angelegt sein, dass nach einem Diskurs Menschen die „guten Willens“ sind, die aber auf dem Hintergrund unterschiedlicher moralischer Grundlagen diskutieren, diese Normen allgemein als handlungsanleitend ansehen und akzeptieren können. Der Konsens gibt keinen Rückschluss auf den Inhalt der Meinungen.

Das ethische Prinzip der Einzelfallgerechtigkeit beinhaltet „die Idee, dass jeder Mensch das Recht auf eine ihm ‚angemessene‘ Behandlung und Betreuung hat. Solche Ermessensentscheide entziehen sich der rationalen Objektivierbarkeit. Leiden wird von den Menschen sehr unterschiedlich erlebt. Was für einen Patienten notwendig, kann für einen anderen vollkommen überflüssig sein. Einzelfallentscheide sind deshalb nie objektiv messbar, sondern nur plausibel.“ (SGV 2010, o. S.)

Ethische Entscheidungsfindungen haben daher ihre Grundlage in der *Plausibilität*. Das bedeutet, die eigene Einsicht kommt durch „gute“ Gründe und nicht nur durch „wahre oder wahrscheinliche“ Beweise zustande.

2. Theoretische Annahmen: Werte und Normen

Werte sind entweder subjektive Präferenzen, die mit Idealen verbunden sind und einen *Wertewandel* bedingen oder Werte sind „Fixsterne“, die Gültigkeit haben und einen *Konsens der Wertrangordnung* erfordern. Moral kann als die Summe der geschriebenen und ungeschriebenen Werte und Normen einer Gesellschaft, Kultur, Gruppe oder von Einzelpersonen definiert werden.

Werte folgen also einer „Logik der vorziehenden Wahl“. Sie haben eine anziehende und motivierende Qualität und geben dem *Sein* Orientierung. Normen hingegen gehorchen einer „Logik des Verpflichteten“. Sie weisen zwingende bzw. beschränkende Merkmale im Sinne eines *Sollens als Pflicht* auf (Von Wright 1994, S. 11).

Werte und Normen haben in der professionellen Pflege-Patientenbeziehung eine zentrale Rolle. Mögliche, sich widersprechende Werte zwischen Pflegenden, Patienten, Klienten, Bewohnern und anderen Berufsgruppen erzeugen Probleme und Dilemmata. Den Unterschied zwischen Problem und Dilemma beschreibt Vera Tschudin folgend: Ein Problem kann gelöst werden, ein Dilemma nicht. „Wir haben nur die Wahl zwischen zwei gleich schwierigen oder schlechten Alternativen.“ (Tschudin 1988, S. 125) Da jede Berufsgruppe gleich „wertvoll“ ist, muss sie sich zu anderen Berufsgruppen hin sinnvoll abgrenzen. Dadurch werden Verantwortungsbereiche – ausgehend von gesetzlichen Grundlagen – einem Berufsbild klar zugeordnet. Gleichwertigkeit bedeutet eben nicht Gleichberechtigung.

3. Zur Subjekt-Objekt(Fall)-Beziehung – Ganzheitlichkeit versus Reduktionismus

Wenn Behandelnde und Pflegendе aus der Subjektivität heraustreten und den Kranken zum Objekt ihrer Beobachtung, Behandlung und Pflege machen, wird aus einem Menschen ein Fall, ein Objekt. Pflege als Subjekt-Objekt-Beziehung bedeutet: Objektive pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle des Kranken und diese dem Leidenden als Subjekt in seinem selbstbestimmten Dasein zu Grunde zu legen.

In der Gesundheits- und Krankenpflege wird nach wie vor ein *Ganzheitliches Körper-Geist-Seele* Menschenbild gelehrt. Dabei wird dem Kranken in seinem *Subjektsein* begegnet, dem Wert und Individualität zugeschrieben wird:

- Pflegepersonen als Subjekte reden über einen Kranken als Objekt und über dessen Werte.
- Der Patient als Objekt kostet etwas und bedarf der Zeit.
- Wird der Patient als Subjekt betrachtet, hat er eine andere Wertigkeit als ein Objekt, ein Fall.

Der „identitätsstiftende Charakter und das erkenntnisleitende Interesse“ des ganzheitlichen Ansatzes in der Pflege ermöglicht es, den Kranken als Subjekt wahr- und wertzunehmen (Kemetmüller 2014, S. 24).

4. Transferprozess

Zur Gestaltung ethischer Entscheidungsfindungsprozesse existiert mittlerweile eine Vielfalt an Instrumenten. Nach Mertz et al. (2014, S. 91–92) wird der klinischen Ethik oft ein Mangel an theoretischer Fundierung vorgeworfen. Diese Ausgangslage kann dazu beitragen, dass getroffene Entscheidungen nicht als robust (belastbar) gesehen werden. Aus diesem Grund haben die Autoren versucht, Prinzipienethik (bioethische Methode) und Diskursethik als gemeinsame Basis für ethische Fallbesprechungen heranzuziehen. Die ethische Qualität und Rechtfertigung von klinisch-ethischen Entscheidungen soll dadurch gestützt werden. Dieser Ansatz entspricht den Grundgedanken des vorliegenden Konzepts. Das bedeutet, dass die theoretische Fundierung von ethischen Entscheidungsfindungsprozessen eine zentrale Herausforderung darstellt (Marckmann 2013, S. 87).

Der Transferprozess von wissenschaftlichem Wissen in die Praxis ist ein komplexes Handlungsfeld. Fördernde und hemmende Einflussfaktoren sind in der Innovation selbst, in den beteiligten Akteuren und auf der Organisations- oder der Struktur- und Umweltebene zu finden (Quasdorf et al. 2013, S. 248). Das vorliegende Konzept versucht deshalb Rahmenbedingungen der Mikro-, Meso- und Makroebene zu berücksichtigen.

Auf der Makroebene (politischer Bereich) ist es von Bedeutung, dass sich jeweilige Akteure aus diesem Bereich in der Projektsteuerungsgruppe finden. Ein erster wesentlicher Arbeitsschritt in dieser Gruppe kann die Entwicklung einer Strategie zum Thema „ethische Unterstützung (Ethikberatung) bezogen auf ethische Entscheidungsfindungen“ sein. Auf der Mesoebene wird der Bezug zu Themen und Handlungsfeldern hergestellt, die sich mit Weiter- und Bildungsangeboten sowie Bildungsangeboten für einzelne Abteilungen beschäftigen. Auf der Mikroebene sollen konkrete Instrumente und Prozesse für die beteiligten Personen vor Ort entwickelt, zur Verfügung gestellt und implementiert werden.

„Die Gesellschaft ist pluralistischer geworden, es gibt divergierende Lebensentwürfe mit individuellen Wertmaßstäben. Die medizin-technischen Möglichkeiten greifen tief in das überlieferte Verständnis vom Umgang mit Leiden und Sterben ein. (...) Innerhalb der Gesundheitsberufe geraten tradierte Muster der Kommunikation in Bewegung. Weiters setzen begrenzte finanzielle Mittel einen Umstrukturierungsprozess in Gang.“ (Kemetmüller et al. 2012, S. 1) Ein Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung im Sinne von Handeln in komplexen Situationen erfordert daher ein klar definiertes methodisches Vorgehen, um ethische Fragestellungen bearbeiten zu können.



NÖ GESUNDHEITS- UND SOZIALFONDS

NÖGUS
Department für Pflegewissenschaft
Mitterweg 10
3500 Krems
Web: www.pflegewissenschaft.noegus.at

wHR Mag. Dr. Eleonore Kemetmüller
Telefon: 02732/9004-6100
E-Mail: eleonore.kemetmueller@noegus.at

Mag. Gabriele Gschwandtner
Telefon: 02732/9004-6109
E-Mail: gabriele.gschwandtner@noegus.at

Mag. Nicola Maier MSc (Layout)

Literatur

- Hetzl** Andreas (2001): Jürgen Habermas: Theorie des kommunikativen Handelns (1981). In: Gamm Gerhard, Hetzel Andreas, Lilienthal Markus (2001): Interpretationen. Hauptwerke der Sozialphilosophie. Stuttgart: Reclam. S. 249–266.
- Kemetmüller** Eleonore, Gschwandtner Gabriele, Maier Nicola (2012): Das ethisch-moralische Stufenschema „EMS“. Folder. S. 1–4.
- Kemetmüller** Eleonore, Gschwandtner Gabriele, Maier Nicola, Schrefl Daniela (2013): Ethische Orientierung zum Thema HIV/Aids im pflegerischen Handlungsfeld. In: Österreichische Pflegezeitschrift. Jg. 66. Nr. 2. S. 18–21.
- Kemetmüller** Eleonore (2014): Einsam – Für-sich-Sein – Alleinsein. Ein Beitrag zur Begriffsklärung. In: Praxis PalliativeCare. Nr. 24. S. 22–24.
- Marckmann** Georg (2013): Wann ist eine ethische Analyse eine gute ethische Analyse? Ein Plädoyer für die Methodenreflexion in der Medizinethik. In: Ethik in der Medizin. Vol. 25. Issue 2. S. 87–88.
- Mertz** Marcel, Albisser Schleger Heidi, Meyer-Zehnder Barbara, Reiter-Theil Stella (2014): Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation. In: Ethik in der Medizin. Vol. 26. Issue 2. S. 91–104.
- Peintinger** Michael (2008): Ethische Grundfragen in der Medizin. Wien: facultas.wuv.
- Quasdorf** Tina, Hoben Matthias, Riesner Christine, Dichter Martin N., Halek Margareta (2013): Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. In: Pflege & Gesellschaft. Jg. 18. Nr. 3. S. 235–252.
- Schweizer Gesellschaft** der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) (2010): 19 Dilemma und Gewissenskonflikte in der Rolle des Vertrauensarztes. 3. Auflage. <http://www.vertrauensaeerzte.ch/manual/chapter19.html> (03.11.2014).
- Tschudin** Vera (1988): Ethik in der Krankenpflege. Basel: Recom.
- Von Wright** Georg (1994): Normen, Werte und Handlungen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bild: Fakultätsbild Philosophie von Gustav Klimt
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:3AFakult%C3%A4tsbild_Philosophie.jpg