



SWISSFAMILYDOCS Conference 2012, Lausanne

Workshop 3 „Behandlung um jeden Preis?“

Antonio Bonfiglio, Andreas U. Gerber

Protokoll und Hand Out

30.8.2012

Ort und Zeit: Lausanne Beaulieu, Saal Cagliari 30-08.2012

TeilnehmerInnen: Interessierte am Thema

Gesprächsleitung: („Facilitator“) und **Protokoll:** Andreas U. Gerber, Burgdorf

Wichtige Eingangsbemerkung zum vorliegenden Text

Was folgt, ist nicht nur ein narratives Protokoll zu unserem interaktiven Gespräch, sondern ebenso ein bisschen Theorie zur ethischen Entscheidungsfindung ganz allgemein. Das gewählte Fallbeispiel steht dabei stellvertretend für viele ähnliche Situationen, da sich plötzlich ein quälendes „Bauchgefühl“ einstellt und sich verunsichernde Fragen aufdrängen: Sind die ganzen diagnostischen und therapeutischen Aufwendungen, die da gemacht wurden und werden wirklich im Sinn unseres Auftraggebers? Wer ist da eigentlich der Auftraggeber¹? Soll, muss, darf ich den Auftrag so umsetzen, wie *ich* es für richtig halte? Und wenn ich nicht eigenmächtig entscheiden und handeln soll, darf oder will: Wie soll da wer nach welchen Kriterien und mit welcher Methodologie zu einem „richtigen“ Entscheid und „sinnvollem“ Handeln kommen? Was heissen in diesem Kontext überhaupt Wörter wie „richtig“, „falsch“ oder „sinnvoll“?

Abschnitte mit Protokollcharakter stehen in der Folge in Normalschrift, jene zur Theorie der ethischen Entscheidungsfindung in Kursivschrift.

Aus Zeitgründen mussten wir uns im vorliegenden Workshop auf die Besprechung der Diagnostik in unserem Beispiel beschränken. Ein zweiter 1-stündiger Workshop wäre nötig für die Besprechung der „Therapie“ d.h. des handlungsorientierten Teils der Entscheidungsfindung und dazu, wie es schliesslich zu einem gemeinsam verantwortbaren Entscheid kommt und wie dieser umgesetzt und später evaluiert wird.

¹ Zwecks leichter Lesbarkeit des Textes stehen die männliche resp. weibliche Form für Personen grundsätzlich gleichbedeutend für beide Geschlechter.

1. Ausgangslage

Ausgegangen sind wir von folgendem Fallbeispiel: X.Y. geb. 1959

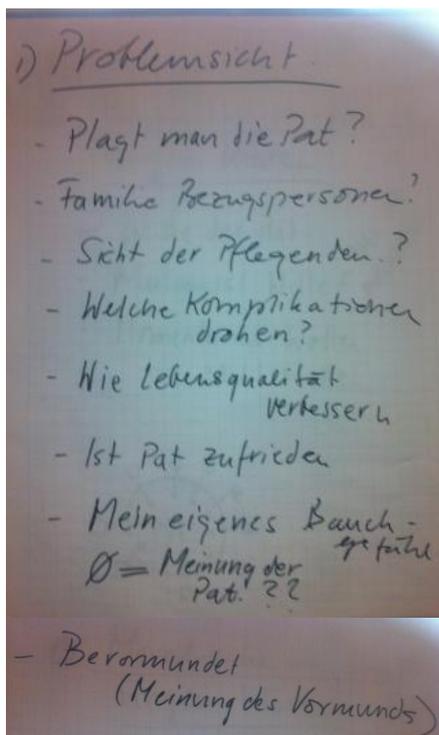
- leidet seit Geburt an den Folgen einer Embryopathie mit angeborener Taubstummheit, Amaurosis und schwerster geistiger Behinderung; Turner Syndrom; Aneurysma der Aorta ascendens.
- Seit Jahrzehnten lebt die Patientin in einem Taubblindenheim
- Ca. 50-jährig wird sie als Notfall einem praktizierenden Arzt vorgestellt wegen aktuell Status febrilis; Leukozytose, sehr hohes CRP, Mikrohämaturie und Leukozyturie. Behandlung mit Aziclav bei Vd. a. Pyelonephritis; Entfieberung, und AZ-Besserung; am 4. Tag erneut Fieberschub daher hospitalisiert.
- Im Regionalspital trotz Wechsel des Antibiotikums weitere Verschlechterung des AZ und der Nierenfunktion. Verlegung auf die Nephrologie eines Zentrumsitals.
- Diagnose einer rapid progressiven Glomerulonephritis mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz; Beginn Hämodialyse.
- Seither mehrere septische Komplikationen und zweimalig tonisch-klonischer Krampfanfall im Rahmen von Dialyse bedingter Elektrolytverschiebung

Zur „Vereinfachung“ der Diskussion wurde die Zeit angehalten. Wir gingen davon aus, dass die Patientin jetzt 53-jährig im jetzigen Zeitpunkt (30.08.2012) ohne Antibiotikum im Pflegeheim lebt: Zustand im Moment klinisch stabil, Patientin nicht unter Antibiotika.

Es ging uns anlässlich unseres Workshops also *nicht* darum, die zahlreichen früher gefällten Entscheide zu hinterfragen und zu kritisieren, sondern viel mehr darum, die jetzige Situation zu verstehen, um sozusagen proaktiv einen Plan zu entwerfen für den Moment, da es erneut zu einer ressourcenaufwändigen lebensbedrohlichen Situation kommen würde.

In einer ersten Diskussionsrunde haben wir versucht, unsere ersten Eindrücke und Ideen zum gewählten Fallbeispiel festzuhalten.

Es zeigte sich, dass die unterschiedlichen Personen in unserer Gruppe die Problematik aus unterschiedlicher Perspektive wahrnehmen und die einschlägigen Teilaspekte unterschiedlich gewichten. Dabei kam auch ein gewisses Unbehagen („Bauchgefühl“) zum Ausdruck. Folgende Inputs haben wir festgehalten:



Es wurde in dieser Phase schnell klar, dass die meisten TeilnehmerInnen unseres Workshops ähnlich (differenziert) denken. Dies trifft in vielen Situationen nicht zu. Meist finden sich unter den mitbeteiligten Personen solche, welche gar nicht verstehen können resp. wollen, wie komplex die Situation ist und (vor)schnell Vorschläge machen, was wer wann hätte tun resp. nicht tun sollen und auch jetzt tun (nicht tun) müsste. Es handelt sich dabei oft um Autoritätspersonen, welche von ihrer moralischen Werthaltung so sehr überzeugt sind, dass sie denken, diese hätten einen Wahrheitsgehalt in der Art von naturwissenschaftlichen Fakten. Solche Extremhaltungen sind ebenso bereichernd wie herausfordernd im Hinblick auf die gemeinsame Entscheidungsfindung. (Im vorliegenden Beispiel ist es die Haltung des Vormundes, welcher vehement forderte, dass lebenserhaltende Massnahmen zu unterlassen seien). Es ist die Aufgabe des „Facilitators“ resp. des betreffenden Teams (schwieriger!), solche Vorstösse gleichzeitig zu akzeptieren, zu stoppen und in einem weiteren Schritt gleichwertig mit anderen Werthaltungen in die Gesamtmeinung des Teams zu integrieren (s. dazu den Unterschied der Begriffe Moral und Ethik weiter unten).

Theorieeinschub: Gedanken zur strukturierten Entscheidungsfindung

Der Einstieg über die individuelle Problemsicht ist von grosser Wichtigkeit deshalb, weil der Entscheid möglichst im Team erarbeitet werden soll, um nicht zu späteren Konflikten zu führen. Schliesslich geht es darum, dass ein unter Einbezug aller Mitbetroffenen erarbeitetes Konzept dazu führen muss, dass alle auch die Verantwortung für dessen Umsetzung übernehmen können und dies auch wollen. Der aussenstehende Moderator soll den Entscheid nach Möglichkeit nicht mitprägen. Das Team muss selber zum Bewusstsein gelangen, dass es keine Patentlösung gibt, sondern nur die wenigst schlechte. Der externe Moderator übernimmt bei der Entscheidungsfindung lediglich die Funktion eines „Facilitators“.

Es gibt unterschiedliche Methoden zur strukturierten ethischen Entscheidungsfindung. Praktisch jede Methode basiert jedoch auf einer ähnlichen Struktur: Diese kann in drei Hauptkapitel unterteilt werden: 1. Problemdiagnostische Schritte, 2. Entscheidungsfindung, 3. Umsetzung des Entscheides und Evaluation in der Rückschau.

Im ersten problemdiagnostischen Schritt muss das Problem detailliert definiert und analysiert werden. Dieser Schritt ist meist der zeitintensivste. Gearbeitet wird nach dem Motto: Langsam beginnen und sich besinnen, um später Zeit zu gewinnen. In dieser Phase müssen vorschnelle Problem-Lösungsvorschläge (auch noch so „gute“) gestoppt und zurückgestellt werden (Aufgabe des Gesprächsmoderators)

Im „Kapitel“ der Problemdiagnostik muss zunächst

- (i) im Konsens erarbeitet werden, worum es dem Team hauptsächlich geht (Definition einer gemeinsamen Sicht des Hauptproblems). Darauf müssen*
- (ii) die einzelnen entscheidungsrelevanten Elemente (getrennt in Fakten und Werthaltungen) definiert werden, und im letzten „problem-diagnostischen“ Schritt müssen*
- (iii) die Entscheidungselemente transparent kategorisiert und gewichtet werden.*

Diese drei ersten Arbeitsschritte entsprechen der umfassenden Problemdiagnostik. Sie bilden das Fundament, auf welchem erst in einer zweiten, klar von der Diagnostik abgegrenzten Arbeitsphase nach Lösungsvarianten gesucht wird.

Es lohnt sich also, in der ersten Phase möglichst gründlich „diagnostisch“ zu arbeiten und sich dazu auch die nötige Zeit zu nehmen. Allen Teammitgliedern muss klar werden, dass es sich um eine komplexe Situation handelt, für die es eine einfache Lösung nicht gibt und nicht geben kann – denn sonst wäre es in der gegebenen Situation gar nicht zum Wunsch einer Entscheidungsfindung im Team gekommen.

2. Definition des zentralen Problems (Hauptproblem)

Wenn allen die Komplexität des Problems klar geworden ist und trotzdem unterschiedliche Meinungen aufeinanderprallen und Konflikte drohen, ist es besonders wichtig, dass geklärt wird, um welches Problem es sich handelt, denn nicht selten liegen gleichzeitig mehrere Probleme vor. Das Team muss sich also darin einigen, welches Problem als Hauptproblem definiert werden soll. Es lohnt sich zunächst eine offene Umfrage, welches der Teilprobleme aus Sicht der individuellen Team-Mitglieder das zentrale ist. Darauf folgt eine abklärende Diskussion darüber, welches Problem für das ganze Team im Zentrum steht. Das so definierte gemeinsame Hauptproblem wird idealerweise auf einem Flipchart festgehalten. Die Nebenprobleme müssen für den Moment ausgeklammert und anderswo festgehalten werden.

Oft ist es sehr schwierig und zeitraubend, sich auf das gemeinsame Hauptproblem zu einigen und meist geht es nicht ohne eine moderierende Person, welche über grundlegende Kenntnisse der ethischen Entscheidungsfindung verfügt. Sie übernimmt die Funktion des „Facilitators“.

Hauptproblem: Erstfassung 1

Wir sollten den (mutmasslichen) Willen der Patientin berücksichtigen, doch lässt sich dieser nicht eruieren, weil die Patientin urteilsunfähig ist und nie ein eigenes bewusstes Leben lebte (was auch ein Mutmassen im Blickwinkel der betroffenen Patientin verunmöglicht).

Kommentar:

Diese Formulierung beinhaltet einerseits eine moralische Werthaltung d.h. ein Sollen (wir sollen den Willen unserer PatientInnen respektieren) und daneben ein unabänderliches Faktum, welches wohl niemand bezweifelt: es gibt in unserem Beispiel keine verlässlichen Willensäußerungen der Patientin. Diese Formulierung unseres Hauptproblems bildet zunächst eine gute Grundlage.

Hauptproblem: Fassung 2:

Wir fühlen uns einerseits verpflichtet,

- für die Patientin „das Beste“ (noch zu definieren) zu tun und ebenso
- der Patientin nicht zu schaden

Kommentar:

Diese Formulierung lässt gleichzeitig zwei Verpflichtungen (moralische Grundhaltung) spüren. Man könnte es auch so formulieren: wir fühlen uns einerseits dazu verpflichtet, für die Patientin das medizinisch „Beste“ (= auch Lebenserhaltung) zu tun, aber ebenso, ihr nicht zu Schaden (Leid beifügen z.B. durch das Erhalten des Lebens)

Hauptproblem: Fassung 3:

Wir fühlen uns einerseits verpflichtet,

- für die Patientin „das Beste“ (noch zu definieren) zu tun und ebenso
- keine Ressourcen zu verschleudern (Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft)

Kommentar:

Auch diese Formulierung lässt gleichzeitig zwei Verpflichtungen spüren. Hier ist es einerseits die individuelle ethische Verpflichtung (was wir der Patientin schulden) und andererseits eine sozialetische Verpflichtung (weil ja die Gesellschaft für die (allenfalls überschüssenden) Kosten aufkommen muss.

In den Formulierungen 2 und 3 kommt das Dilemma zum Ausdruck: Wir sehen uns gleichzeitig mit zwei moralischen Verpflichtungen konfrontiert, welche sich (wenigstens vordergründig) gegenseitig ausschliessen: Wenn wir uns primär der Lebenserhaltung verpflichtet fühlen, so erhalten wir möglicherweise auch Leiden. Und wenn die Patientin wirklich so stark leidet (z.B. unter dem ständigen Hin und Her zur Dialyse), dass für sie das Sterben eine Erlösung wäre, und wir stoppen deshalb die Hämodialyse, so verstossen wir gegen das Prinzip der Lebenserhaltung. Ähnlich in der Fassung 3: wenn wir für eine (aus gesellschaftlicher Sicht) hoffnungslose Situation (Lebenserhaltung um jeden Preis) Hunderttausende von Krankenkassen- resp. Steuer-Franken ausgeben, so verstossen wir gegen die berechnete Forderung der Gesellschaft, dass wir diese Ressourcen für anderes (medizinische Leistungen in anderen Situationen, resp. für Sozialhilfen, Bildung etc.) einsetzen können. Beides tun geht nicht, das eine schliesst das andere aus; nichts tun geht auch nicht, resp.: wenn wir nicht entscheiden, so haben wir doch irgendwie entschieden.

Das vorliegende Problem ist ein moralisches Dilemma. Wir können es zum ethischen Dilemma machen, wenn wir uns die Problematik bewusst machen und uns kritisch damit auseinandersetzen (s. Anhang: „Grundlegende Begriffe der Ethik“).

In der Folge haben wir in unserem Gespräch nicht sofort nach einem vertretbaren Weg gesucht. Wir haben zunächst viel mehr nach den hinter dem Dilemma versteckten Faktoren gesucht: nach Fakten und nach (impliziten) moralischen Werthaltungen gesucht.

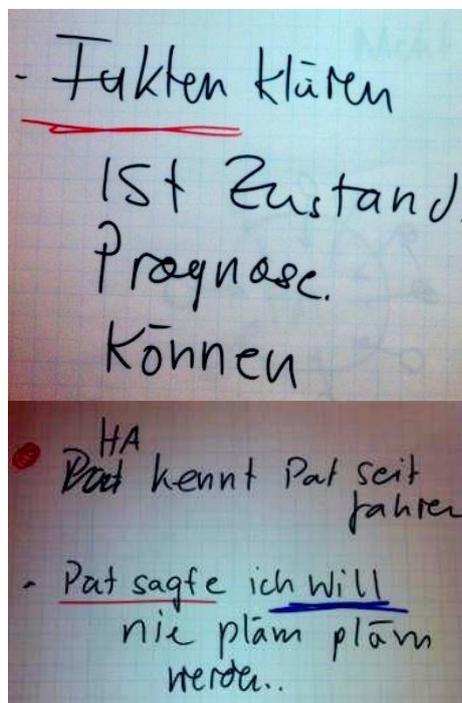
Dies ist ein weiterer wichtiger Schritt in der ethischen Entscheidungsfindung: (i) Die einschlägigen Fakten auf ihre Richtigkeit prüfen („Faktenschau“) und (ii) unsere individuell unterschiedlichen (moralischen) Werthaltungen explizit machen (und primär alle möglichst gleichwertig gelten lassen).

3. Analyse der medizinischen Fakten und der moralischen Werthaltungen

Im unserem nächsten Arbeitsschritt der Problem-Diagnostik ging es darum, die wichtigsten Elemente zu definieren, auf welche sich (später!) eine konkrete Entscheidungsfindung stützen soll. Diese müssen aufgelistet, nach bestimmten Kriterien (Fakten resp. Werthaltungen) sortiert und in eine hierarchische Ordnung gebracht werden.

*In diesem Arbeitsschritt geht es also darum, neben den vorliegenden **Fakten** auch die **Werthaltungen** zu klären. Die Faktenschau, die Werteschau und Werteanalyse sollen vor der Suche nach Lösungen möglichst klar sein. Wie klarer und wie besser wir uns über die einschlägigen Fakten und Werte und deren Priorisierung einigen können, desto einfacher wird es zu einem späteren Zeitpunkt, Lösungen zu erarbeiten, welche auf eben diesen Elementen (Fakten resp. Werthaltungen) basieren. Das Identifizieren und v.a. das Trennen von Fakten, deren Bewertungen und moralischen Werthaltungen ist nicht einfach (ein Grund, weshalb es im Entscheidungsprozess oft ohne externen „Facilitator“ nicht geht). S. dazu den Text im Anhang.*

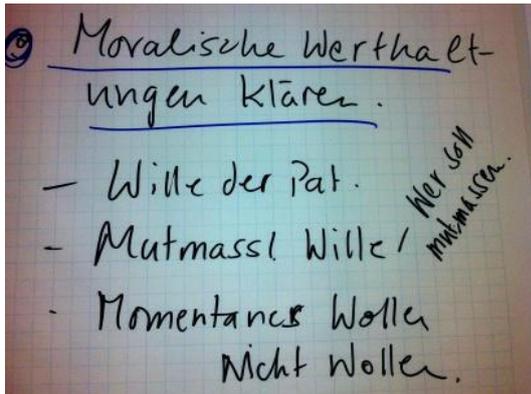
In unserer praktischen Situation haben wir folgende Fakten festgehalten:



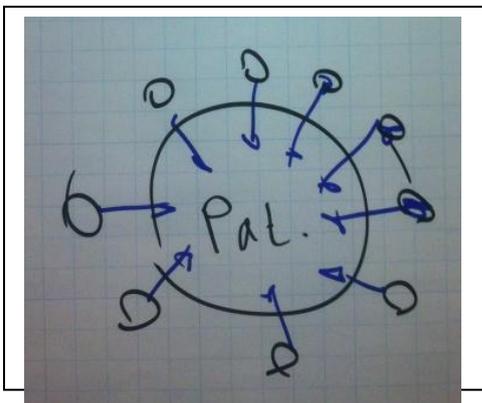
Es hat sich in unserem Workshop (wie in jedem Kurs zur ethischen Entscheidungsfindung) gezeigt, dass es für Ungeübte anfänglich schwierig sein kann, Fakten und moralische Werthaltungen zu trennen. Und trotzdem ist dies Unterscheidung hinsichtlich der ethischen Entscheidungsfindung ganz wesentlich und hilfreich, da es sich um Informationen handelt, welche sich bezüglich ihrer Wahrheitskriterien grundsätzlich unterscheiden (s. dazu im Anhang). Die in unserem Beispiel relevanten Fakten sind Art und Krankheitszustand der Patientin, deren Prognose und alle therapeutischen Möglichkeiten, über welche wir verfügen (dazu gehört auch die verfügbare Infrastruktur). Fakten SIND und gelten für alle gleichermassen und sind primär von allen zu akzeptieren. Die moralische Frage ist, wie wir mit Fakten umgehen; z.Bsp. mit den verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten (Dialyse etc.). Hier stellt sich die Frage, ob wir diese einsetzen SOLLEN. Und dieses Sollen (und Entscheiden) basiert nicht nur auf der Tatsache, dass die Möglichkeiten da sind, sondern v.a. auch auf unseren moralischen Werthaltungen (Worauf legt wer Wert?).

Die Faktenlage entspricht der Ausgangslage: SO IST ES. Da gibt es eigentlich nicht viel zu diskutieren resp. zu streiten. Auch ist es einfach, sich darüber zu einigen, dass etwas so und so ist. Es stellt sich höchstens die Frage, ob wichtige Fakten vergessen wurden; dann ist eine Ergänzung nötig. Bei anderen Fakten sind wir vielleicht unsicher, ob resp. mit welcher Wahrscheinlichkeit diese richtig oder falsch sind. Auch da geht es um Klärungsbedarf.

Im nächsten Schritt ging es nicht mehr um Fakten, sondern um das, worauf die individuellen Personen Ihres Teams (im Zusammenhang mit der vorliegenden Problematik **Wert legen**). Folgendes haben wir in zwei unterschiedlichen „Arbeitsgängen“ festgehalten:



Wichtig: natürlich geht es primär um den Willen der Patientin. Dies ist hier aber schwierig (kein verlässlicher Patientenwille vorhanden), sondern auch um die Werthaltungen der Entscheidungsträger: Diesen sind unterschiedliche Werthaltungen unterschiedlich wichtig: So legt die eine Person v.a. Gewicht darauf, dass wir den mutmasslichen Willen der Patientin respektieren. einer anderen Person geht es primär darum, dass die Patientin nicht leidet, der nächsten darum, dass wir das Prinzip der Lebenserhaltung nicht verletzen und einer weiteren Person primär darum, dass wir möglichst haushälterisch mit den gemeinsamen Ressourcen umgehen..



Moralische Werthaltungen sind immer individuell. Wir können sie nicht beweisen (im Gegensatz zu den Fakten). Deshalb ist es so wichtig, dass jede Person, die eigenen Werthaltungen (das worauf sie für die anstehende Entscheidung Wert legt) einbringen **darf und auch einbringen soll!!!** Keine der Werthaltungen ist beweisbar! Es gibt also primär kein „richtig“ und kein „falsch“! In dieser Gesprächsrunde haben wir deshalb zunächst versucht, ganz neutral die von unterschiedlichen Personen eingebrachten Werthaltungen aufzulisten. Für die spätere Entscheidungsfindung ist es sehr hilfreich, dass möglichst viele und detaillierte Werthaltungen zusammen gekommen sind. Sie können die Werteschau noch erweitern, indem sie mit Ihren KollegInnen, Angehörigen, Freunden etc. über den Fall diskutieren und sie und ihre Meinung bitten, worauf sie besonders Wert legen würden. Wichtig!: es geht darum, dass jede Person das Recht hat, ihre Werthaltungen „auf den Tisch zu legen“, ohne dass diese vorschnell in Frage gestellt werden. Achten Sie darauf, wie all die eingebrachten Komponenten im Grunde genommen ein „Sollen“ enthalten. Das ist ein typisches Merkmal von moralischen Werten.

Im Gegensatz zu beschreibenden Fakten beinhalten moralische Werthaltungen immer etwas Vor-schreibendes. Jeden der eingebrachten Punkte könnte man umformulieren in folgender Art: „ich lege Wert darauf... dass wir das und das sollen, resp. nicht sollen!“ Und besser: „aha, ich verstehe, Du legst Wert darauf, dass...“. Diese letzte Art der Formulierung ist besonders wichtig: sie zeigt Interesse und Verständnis für die Werthaltung des Gegenüber (wichtig für die spätere Entscheidungsfindung).

Die Werteschau hat so ihre Tücken (ein Grund, weshalb es im Entscheidungsprozess oft ohne externen „Facilitator“ nicht geht):

Nicht selten sind wir von unseren eigenen Werthaltungen so stark überzeugt, dass wir uns von ihnen (bewusst, häufiger aber unbewusst) wünschen, sie sollten Allgemeingültigkeit haben. Deshalb lässt sich auch sagen: Moralische Überzeugungen haben immer präskriptiven Charakter; d.h. am liebsten möchten wir diese auch anderen Individuen (resp. der ganzen realen Umwelt) vorschreiben. Erst wenn unsere moralischen Werthaltungen mit jenen anderer Personen in Konflikt geraten und wir über die wahre Natur unserer Werthaltungen nachdenken, wird uns bewusst: Im Gegensatz zu (naturwissenschaftlichen) Fakten sind unsere Werthaltungen geprägt durch unsere individuelle Persönlichkeit, unsere „Erziehung“ resp. ganz allgemein durch unsere Vergangenheit (soziale, kulturell, religiöse und spirituelle Prägung). Menschen unterscheiden sich in ihren Werthaltungen manchmal ganz gewaltig. Doch, weil wir von unseren moralischen Werthaltungen oft so stark überzeugt sind, ist es schwierig deren individuelle Gültigkeit zu akzeptieren, wir werden intolerant. Genau das ist es, was auf den ersten Blick jede Entscheidungsfindung im Team erschwert und zu Konflikten führt.

4. Ausblick auf die Entscheidungsfindung

In unserer Entscheidungsfindung haben wir die wesentliche Arbeit schon hinter uns: Das gemeinsame Hauptproblem ist klar festgelegt, die wichtigsten Fakten sind erkannt; und (besonders wichtig) Ihre individuellen moralischen Werthaltungen sind im Hinblick auf die Entscheidungsfindung ebenfalls auf dem Tisch. Im letzten diagnostischen Schritt wird es darum gehen, dass die eingebrachten Werthaltungen im hierarchiefreien Dialog *gemeinsam* in eine vorläufige hierarchische Ordnung gebracht werden, hinter welcher jede mitbetroffene Person stehen kann. Damit ist die diagnostische Arbeit geleistet. Wie würde es weiter gehen?

Jetzt geht es darum, möglichst viele Handlungsvarianten einzubringen. Da ist zunächst Phantasie gefragt. Sie denken vielleicht, dass es für die Entscheidungsfindung hinderlich ist, wenn Sie sehr unterschiedliche Ideen einbringen dazu, wie Sie jetzt handeln könnten. Falsch! Ihre Meinungsunterschiede sind für die Entscheidungsfindung nicht ein Problem, sondern eine Ressource! Sie werden es bald selber merken.

5. Vorschlag:

Diskutieren Sie das Fallbeispiel mit möglichst vielen KollegInnen, Angehörigen und FreundInnen. Jede Person des „Teams“ ist aufgerufen, möglichst mehrere Ideen einzubringen dazu, wie man im Beispiel der dementen, taubstummen, blinden, niereninsuffizienten Patientin im Pflegeheim entscheiden und handeln könnte. Dabei sind auch unrealistische Handlungsmöglichkeiten gefragt. Eine Begründung, warum Sie denken, dass man so oder so handeln soll, ist in dieser Phase nicht nötig und auch nicht erwünscht. Erst wenn möglichst viele Handlungsoptionen eingebracht sind wird es darum gehen in erneuter Team-Arbeit zu überlegen, welche Handlungsoptionen mit der früher erstellten Werte-Tabelle und der ebenda erstellten Hierarchieordnung am besten übereinstimmt. Sie werden selber erstaunt sein, wie schnell sich da eine Entscheidungsvariante herausschält, hinter welcher Sie als Entscheidungsteam am ehesten gemeinsam stehen könnten!

Burgdorf, 3. September 2012

Andreas U. Gerber (augerber@bluewin.ch)

Beilagen:

1. Theorie zu wichtigen ethischen Begriffen
2. Links zu wichtigen einschlägigen Gesetzestexten

Anhang 1:

Theorie-Input zu wichtigen ethischen Begriffen

1. Wichtig ist zunächst, den mehrdeutigen Begriff „Wert“ zu verstehen.

- a. Es gibt **naturwissenschaftliche Werte** wie z.B. Körpergewicht und –größe, Blutzuckerwert, Cholesterinwert etc. Unsere Kenntnisse bezüglich der naturwissenschaftlichen Werte basieren auf unserer Erfahrung (deshalb auch die Bezeichnung „empirisch“), wir können sie näher beschreiben (deshalb auch die Bezeichnung „deskriptiv“) wir können naturwissenschaftliche Werte auch quantifizieren und können ihnen Zahlen zuordnen. Oft können wir beweisen, ob ein naturwissenschaftlicher Wert „richtig“ oder „falsch“ ist. Exakter ist jedoch, wenn wir von „Wahrscheinlichkeiten“ sprechen. Die Wahrscheinlichkeit lässt sich in der Regel mittels einer experimentell Beobachtungs- oder Versuchsreihe erfassen. Im naturwissenschaftlichen Sinn bedeutet dabei „normal“: der Wert liegt in einem bestimmten, als „normal“ definierten Bereich einer statistischen Verteilung.
- b. Es gibt **individuelle Werte** im Sinn von persönlichen Präferenzen, Dinge, Umgebungen, Situationen und Personen, welche einer Einzelperson besonders wichtig sind: z.B. ein (objektiv betrachtet auch „wertloser“) Kunstgegenstand, es kann auch ein „völlig wertloses“ Geschenk sein, z.B. ein Stein, der mir Kraft gibt, eine bestimmte Umgebung (mein „zu Hause“), eine Erinnerung, eine bestimmte nahe stehende Person, oder auch meine persönlichen Meinungen zu „gut“ und „schlecht“ und vieles mehr. Es handelt sich um persönliche Be-Wertungen von materiellen Gegenständen (materielle Werte), doch häufig auch um rein ideelle persönliche Werte. Es sind v.a. diese persönlichen Werte, welche uns sehr nahe sind (sie sind Teil unserer persönlichen Identität), so dass wir sie auch gegenüber anderen Personen als „mein persönliches Eigentum“ mit Recht verteidigen. „Im Recht“ fühlen wir uns in unserer Verteidigung dieser Werte vor allem dann, wenn dadurch das Eigentum und die Rechte unserer Mitmenschen in keiner Art und Weise in Frage gestellt werden. Solche persönliche Werte und Werthaltungen lassen sich nicht messen und ebenso wenig beweisen oder objektivieren. Sie sind wertvoll für eine individuelle Person und werden deshalb oft auch in einer Patientenverfügung festgehalten.
- c. In jeder Entscheidungsfindung geht es nicht nur um naturwissenschaftliche Fakten und persönliche Werthaltungen (s. unter b.), sondern auch um **moralische Werte, welche im sozialen Kontext und in unserem (sozialen) Verhalten und Handeln wichtig sind**: z.B. Ehrlichkeit, Hilfsbereitschaft, Willensfreiheit, Respekt vor persönlichen Werten (s. 1b), gesellschaftlichen Normen, Haltungen, Meinungen, persönlichen Überzeugungen und Rechten, Handlungsmaximen und Prinzipien.

2. Normen, Rechte und Gesetze

- a. **Ideelle (moralische) Werte**, welche sehr vielen Mitgliedern einer Gesellschaft wichtig sind, werden zur **Norm**. Diese hat vorschreibenden Charakter. Wir sprechen auch von „**normativer Setzung**“, d.h. wir setzen eine Norm fest, wie etwas (wenigstens in der Gesellschaft, zu welcher wir gehören) auch sein oder nicht sein sollte. Normen haben vorschreibenden Charakter. **Der Ethiker nennt deshalb normative Setzungen auch präskriptiv (vor-schreibend)**. So z.B.: „Es ist bei uns normal, dass wir Unbekannte nicht duzen“. Moralische Werte werden von Menschen und Gesellschaften definiert. Eine Gesellschaft bestimmt mehr oder weniger offen, was in ihr normal, d.h. „moralisch gut“ resp. „schlecht“ sein soll. Der Ethiker spricht von **normativen Werten**.

Jede Gesellschaft hat ihre eigenen Normen. Diese verändern sich mit der Zeit. Normen (Z.B. Trachten, Rituale, Akzeptanz von Konkubinat) wandeln sich. Aus Normen entstehen häufig auch verbindliche Rechte – in einer Demokratie meist nach Abstimmungen. Andere Normen werden zu „universellen“ Normen und beinhalten damit den Anspruch Allgemeingültigkeiten und allgemeiner Verpflichtungen (z.B. die 10 Gebote in der Bibel etc.). Schliesslich haben sich in unserer heutigen Gesellschaft einige universelle Rechte etabliert: Willensfreiheit, Recht auf körperliche und psychische Integrität, Recht auf ein menschenwürdiges Leben etc.

- b. **Normen**, welche von einer grossen Mehrheit akzeptiert werden, werden in einer Demokratie Teil des **Gesetzes**. Sie werden vom Souverän im Sinne des Wortes gesetzt und werden damit für alle Mitglieder dieser Gesellschaft verbindlich: Bsp. Inhalte des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und des Strafgesetzbuches.

3. **Moral, Ethos, Ethik, ethisches Dilemma: Begriffe mit unterschiedlicher Bedeutung**

- a. **Moral** ist die Gesamtheit der moralischen Werte individueller Personen.
- b. **Ethos** ist die Gesamtheit der moralischen Werte einer Interessensgemeinschaft, z.B. eines Berufsstandes (z.B. Berufsethos der Ärzte)
- c. **Ethik** ist die Wissenschaft, welche sich mit moralischen Werten beschäftigt. Sie bearbeitet Fragen wie: wie entstehen menschliche Werthaltungen? Sind diese angeboren (autonome Moral) oder anerzogen (heteronome Moral)? Wie entscheiden und handeln Menschen überhaupt und warum handeln sie gerade so und nicht anders? Wie legen Menschen fest, was moralisch „gut“ oder „schlecht“ heisst? Wie kann man zu einem „guten“ Entscheid gelangen; was heisst überhaupt „ein guter Entscheid“, und wann ist ein bestimmtes Handeln „gut“? Wie entstehen Normen, wie verändern sie sich; warum verändern sie sich gerade so und nicht anders? Ethik ist auch die Wissenschaft, welche sich mit der Frage und dem Prozess jeglicher Entscheidungsfindung auseinandersetzt und damit mit den zentralen Fragen: Wie können wir „gut“ entscheiden und handeln und wie können wir Gewissheit erlangen darin, wie wir „gute“ Entscheidungen erwirken und „gut“ handeln können?

In einem **ethischen Dilemma** sieht sich ein Entscheidungsteam zwischen zwei gleichwertigen Handlungsalternativen. Wie auch immer das Team entscheidet oder handelt, wird der eine oder andere moralische Wert resp. die eine oder andere moralische Norm verletzt. Dem Entscheid können wir uns nicht entziehen. Auch nicht Entscheiden ist ein Entscheiden.

Ein ethisch guter Entscheid bedeutet, dass der **Entscheidungsprozess** gut, d.h. transparent und nachvollziehbar ist; im Entscheid selber sind nicht nur möglichst alle relevanten Fakten, sondern ebenso die moralischen Werte durchdacht und berücksichtigt. Dies heisst nicht, dass sich daraus ableiten lässt, ob der Entscheid selber richtig oder falsch ist (in der Tat wird ein anderes Team ev auch anders entscheiden). Und trotzdem wird der Entscheid dank einem transparenten Entscheidungsprozess irgendwie „besser“ deshalb, weil er einer kollektiven Beurteilung entspricht und somit die Subjektivität (das individuelle Ermessen) minimiert. Ein weiterer „Gewinn“ ist ein sekundärer: Indem die Sorgfaltspflicht des Entscheidens gewährleistet wird, werden die Verantwortung für den Entscheid und die (allenfalls negativen) Folgen des Entscheides für alle Mitbeteiligten tragbar. Beides, die kollektive Sicht und die gemeinsam getragene Verantwortung erleichtern schliesslich auch die Umsetzung des Entscheides.

Anhang 2:

Weiterführende Literatur und einige nützliche Web-Links

1. Vorschlag für die Nachbereitung

(Originaltexte auf Anfrage via augerber@bluewin.ch)

- AU Gerber: Der sterbende Patient aus der Sicht des Arztes in: D. Wyler: Sterben und Tod; Eine interprofessionelle Auseinandersetzung. Careum books, Zürich, 2009
- AU Gerber: Der Reanimationsentscheid (mit einem praktischen Beispiel). Therap. Umschau: 2009 S. 575-580

2. Weiterführende Links:

- a. Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften: <http://samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
Hier finden Sie leicht zugänglich all die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Diese gelten als „soft law“, d.h. dass diese rechtsverbindlich sind für die Mitglieder jener Berufsverbände, welche diese in ihre Standesorganisation aufgenommen haben (FMH, z.T. SBK etc.), dies bis zum Zeitpunkt, da die betreffenden Fragestellungen und Bereiche durch ein Gesetz geregelt werden. Ein gutes Beispiel dazu ist das Transplantationsgesetz
- b. Ghelli R., Gerber, AU: Wiederbelebung ja oder nein: Was sagt der Patient dazu? – Ein methodologischer Vorschlag für das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Schweiz. Ärztezeitung Nr. 39, 2008 http://www.saez.ch/d/set_archiv.html
- c. Wichtige Gesetzestexte: Schweiz. Strafgesetzbuch §§ 114ff und 127/128: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c311_0.html
- d. Rechtliches zur Patientenverfügung: Änderungen zum Schweiz. Zivilgesetzbuch 2008, §§ 370ff: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2009/141.pdf>
- e. Georg Bosshard: Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte. Schweiz. Med. Forum 2005; 193 unter http://www.medicalforum.ch/d/set_archiv.html
- f. Politischer Hintergrund und Daten zu Palliative Care in der Schweiz <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html>
- g. Die offizielle Homepage des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care: <http://www.palliative.ch/>
- h. Zusammenstellung einer Sammlung von Vorlagen für Patientenverfügungen: www.curaviva.ch/dossiers --> Erwachsenenschutz
- i. www.dialog-ethik.ch hier finden Sie unter „Bildung“ die Prospekte zu den laufenden Kursen des Interdisziplinären Institutes für Ethik im Gesundheitswesen (Zürich), die Unterlagen zum Masterstudiengang „Ethische Entscheidungsfindung in Organisationen und Gesellschaft“ und auch sonst viele Informationen zum Thema der Ethik im Gesundheitswesen