

# **Ethik in Pflege und ambulanter Versorgung: Eine Einführung**

*Michael Coors*

In Pflege und ambulanter Versorgung gehört die Ethik zum Alltag. Auch wenn nicht immer alle davon reden oder es mit diesem Wort benennen, erfassen doch die allermeisten Menschen, die in der Pflege und der (medizinischen) Versorgung alter und kranker Menschen arbeiten intuitiv, dass sie es täglich mit weitreichenden ethischen Entscheidungen zu tun haben. Oft geht es um Leben oder Tod, es geht um das Ausbalancieren von Freiheit und Zwang, von Individualität und Institution und es geht immer wieder darum, was die Würde der Menschen, die gepflegt werden, von allen Handelnden verlangt. So stehen oft die Fragen im Raum: „Darf man das? Ist das richtig? Ist das gut?“

Diese Einführung hat die Aufgabe, in das Dickicht der ethischen Fragen etwas Ordnung zu bringen und darzustellen, was Ethik ist und was sie leisten kann. Im Vordergrund der übrigen Beiträge steht dann v. a. die Frage, wie man Ethik in die alltäglichen Arbeitsprozesse einer Pflegeeinrichtung oder eines ambulanten Pflege- und/oder Palliativdienstes integrieren kann – wiederum in Theorie (Teil I) und Praxis (Teil II). Vor der Anwendungsfrage aber steht die Frage danach, was das eigentlich ist, das da in der Praxis umgesetzt werden soll.

Insofern geht es hier zunächst um die Theorie zur Praxis. Dabei ist es aber wichtig, sich klar zu machen, dass die Theorie der Ethik immer auf die praktische Anwendung zielt, denn es geht in der Ethik am Ende immer um Handlungsalternativen oder um die Art und Weise der Lebensführung.

## **1 Unterschiedliche Perspektiven der Ethik**

Damit sind bereits zwei klassische Gegenstandsbereiche der Ethik benannt: das richtige Handeln und das gute Leben (Ross 2009; Habermas 1991, S. 100-118; Ricœur 2005). Vorstellungen des Richtigen und des Guten kann man unter dem Begriff der *Moral* zusammenfassen. *Ethik* hat es dann mit der Reflexion auf *Moral* zu tun (Schöne-Seifert 2007; Beauchamp/Childress 2013). Diese Reflexion kann dabei unterschiedliche Formen annehmen: Es kann um das *Beschreiben*,

das *Verstehen* oder auch das *Begründen* von Moral gehen. Daraus ergeben sich unterschiedliche ethische Frageperspektiven:

1. *Empirische Ethik*: Der empirischen Ethik geht es allein darum, zu *beschreiben*, welche Bewertungen und Normen es z. B. in einer Gesellschaft oder einer bestimmten Gruppe gibt. Dafür erhebt sie mit Methoden der empirischen Sozialforschung Daten und wertet diese aus. Von der Beschreibung führt allerdings kein unmittelbarer Weg zur Gültigkeit ethischer Bewertungen und Normen. Doch die Beschreibungen sind wichtig, weil sie verdeutlichen, in welchen Kontexten Wertungen und Normen ihre Wirkung entfalten sollen.
2. *Evaluative Ethik oder „Ethik des guten Lebens“*: Eine evaluative Ethik fragt nach dem, was Menschen im Leben als das Gute erstreben. Es geht also darum, was Menschen moralisch wertvoll ist. Darum kann man auch von einer Ethik der Werte reden. Weil die Vorstellungen des Guten, die Wertvorstellungen, in unserer modernen pluralistischen Gesellschaft aber nicht einheitlich sind, gibt es unterschiedliche evaluative Ethiken. Dementsprechend geht es hier in erster Linie um das *Verstehen* unterschiedlicher evaluativer Begründungszusammenhänge.
3. *Normative Ethik*: In normativer Hinsicht geht es um die Frage, was angesichts der unterschiedlichen Vorstellungen des Guten als für alle verbindliche Norm formuliert werden kann. Der Anspruch einer normativen Ethik ist die *Begründung* allgemein gültiger ethischer Normen. Weil diese Normen prinzipielle Geltung beanspruchen, spricht man auch von ethischen Prinzipien.

Das heißt, wir gehen in der Ethik von einer Pluralität der Werte und der Vorstellungen des guten Lebens aus und fragen angesichts dieser Pluralität nach normativen ethischen Prinzipien, die für alle Geltung beanspruchen können.

## 2 Die Kunst der Unterscheidung

Diese sehr grundsätzlichen Überlegungen kann man auch auf die alltägliche Praxis beziehen. Dabei ist es wichtig zu unterscheiden, ob eine Aussage nur etwas beschreiben soll, ob sie es bewerten will oder ob sie einen allgemeinen normati-

ven Anspruch erhebt (vgl. Fischer u. a. 2008, S. 30-34). Wenn also z. B. der behandelnde Arzt sagt: „Wir können Herrn Meier nicht weiter am Leben erhalten“, dann kann dies sehr unterschiedliches bedeuten:

- Ist der Satz als Beschreibung eines medizinischen Sachverhaltes gemeint, bedeutet er so viel wie: „Es gibt medizinisch keine Möglichkeit mehr, Herrn Meier lebenserhaltend zu behandeln“. Das heißt, es gibt keine medizinische Indikation zur Weiterbehandlung. Darüber ob dies stimmt oder nicht, muss man fachlich diskutieren – es ist kein Gegenstand einer i. e. S. ethischen Diskussion.
- Als ethische Bewertung kann dieser Satz Ausdruck einer moralischen Haltung sein, die ein Weiterleben in diesem Zustand nicht für erstrebenswert hält. Dann bedeutet dieser Satz so viel wie: „So wie es Herrn Meier geht, halte ich es für ihn nicht für erstrebenswert weiterzuleben.“ Damit wird eine subjektive Bewertung der Situation ausgedrückt, die auf einer individuellen Vorstellung dessen beruht, was gutes Leben ausmacht. Andere Personen und auch Herr Meier können die Situation anders bewerten. Solche unterschiedlichen ethischen Bewertungen können solange neben einander bestehen bleiben, wie sie nicht eine gemeinsame Entscheidung behindern. Wird aber eine gemeinsame Entscheidung notwendig – z.B. wenn über die Frage entschieden werden soll, ob eine lebenserhaltende Maßnahme fortgesetzt oder beendet werden soll – dann stellt sich die normative Frage, welche Bewertung für das weitere Handeln maßgeblich ist.
- In diesem Sinne kann der Satz schließlich auch normativ gemeint sein, also im Sinne von „Wir dürfen Herrn Meier nicht länger am Leben erhalten“. Wichtig ist bei dieser Bedeutung dann, dass der normative Anspruch auch begründet wird. Eine Begründung könnte z. B. lauten: „Wir dürfen Herrn Meier nicht weiter am Leben erhalten, weil er das nicht will“, oder „weil wir ihm mehr schaden als nützen würden.“ Diese Begründungen appellieren jeweils an ethische Prinzipien, die weitgehend allgemeine Anerkennung genießen (s. dazu Abschnitt 3).

Für den Umgang mit ethischen Fragen und Konflikten im Alltag der Pflege und der ambulanten Versorgung ist diese Kunst der Unterscheidung von großer Bedeutung. Denn oft entstehen Konflikte aufgrund von Missverständnissen, weil

z. B. eine Aussage über die medizinische Sinnlosigkeit einer Behandlung missverstanden wird als Bewertung einer Lebenssituation, oder aber umgekehrt wird eine ethische Bewertung als Beschreibung eines Sachverhaltes dargestellt. Oft werden aber auch normative Ansprüche formuliert, die nicht mit dem übereinstimmen, was in Deutschland rechtlich klar geregelt ist.

### **3 Normative ethische Prinzipien in Medizin und Pflege**

Weil in der Pflege und in der Medizin in aller Regel keine Zeit ist, ausführliche Diskussionen darüber zu führen, welche normativen Prinzipien denn nun gelten sollen, hat es sich in der Medizin- und Pflegeethik etabliert, von einigen Prinzipien auszugehen, deren Geltung weitgehend unbestritten ist – zumindest so lange man sich nicht darauf einlässt, sie inhaltlich näher zu bestimmen oder ihre Gewichtung zu diskutieren. Dieser ethische Ansatz wird auch mit dem englischen Wort *Principlism* bezeichnet und geht auf die Medizinethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress in den USA zurück. Sie haben erstmals in den 1970er Jahren vier Prinzipien benannt, an denen sich die ethische Urteilsbildung in der Praxis von Medizin und Pflege orientieren soll (Beauchamp/Childress 2013):

- Respekt vor der Selbstbestimmung (Autonomie)
- Nicht-Schaden
- Wohltun
- Gerechtigkeit

Über die Gewichtung, die Zuordnung dieser Prinzipien zueinander und deren genauen Inhalt ist damit noch nichts gesagt und die Stärke dieses Ansatzes liegt auch darin, dass man diese Fragen auf die konkrete Anwendung verlagern kann und muss. Das heißt die Frage, ob z. B. die Selbstbestimmung des Patienten oder Bewohners schwerer wiegt als die Pflicht, ihm Wohl zu tun, muss und kann nicht abstrakt und losgelöst vom konkreten Fall entschieden werden, sondern muss in jeder Fallentscheidung neu diskutiert werden. So allgemein also der Anspruch dieser ethischen Prinzipien ist, so sehr ist die Anwendung dieser Prinzipien auf den konkreten Einzelfall wieder abhängig davon, dass sich die betroffenen Per-

sonen darauf einigen können, wie sie die allgemeinen Prinzipien im konkreten Fall gewichten.

Dennoch sind ein paar inhaltliche Anmerkungen zu diesen ethischen Prinzipien sinnvoll. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung betont im Wesentlichen das Recht eines jeden Menschen, seine eigene ethische Bewertung einer Situation zu haben. Das bedeutet, dass die ethische Bewertung der Situation durch den Patienten oder Bewohner immer Vorrang hat vor der ethischen Bewertung anderer wie z. B. der Angehörigen, der Pflegenden oder der Ärzte. Wenn also Herr Meier der Auffassung ist, dass er in der Situation schwerster Pflegebedürftigkeit nicht mehr leben will, weil das seiner Vorstellung guten Lebens widerspricht, dann darf ihn niemand aufgrund einer anderen Wertvorstellung zu einer lebenserhaltenden Behandlung nötigen. So ist es in Deutschland auch geltendes Recht: Niemand darf gegen seinen selbstbestimmten Willen zu einer medizinischen Behandlung oder pflegerischen Maßnahme gezwungen werden, sondern hat das Recht auf Beendigung auch einer lebenserhaltenden Behandlung (BGH 2010; Jox 2011, S. 80f).

Aufschlussreich ist schließlich die Perspektive, die das ethische Prinzip vorgibt: Es ist nämlich nicht als Anspruchsrecht formuliert, sondern es nimmt die Perspektive des *Respekts* vor der Person des anderen ein. Das entspricht der grundlegenden Perspektive von Ethik: Es geht immer um die Beziehung zu anderen Menschen und damit um die Frage, in welcher Form ich anderen verpflichtet bin. Es geht also nicht so sehr um meinen Anspruch auf Selbstbestimmung, sondern darum, dass ich die Selbstbestimmung des Anderen respektieren soll.

Damit wird deutlich, dass die Perspektive der Sorge bzw. der Fürsorge für die Menschen, mit denen ich es zu tun habe, für die Ethik von zentraler Bedeutung ist. Die Prinzipien des Nicht-Schadens und des Wohltuns werden häufig auch als Fürsorgeprinzipien zusammengefasst und bedingen einander. Sie sind zugleich sehr alte ethische Prinzipien der Medizin. Die Regel *primum nil nocere* (Das Wichtigste ist, nicht zu schaden) ist bereits im Hippokratischen Eid belegt, und die Regel *neminem laedere* (niemandem schaden) ist eine alte Rechtsregel des römischen Rechts. Dem Sinn nach ebenfalls schon im Hippokratischen Eid belegt ist die Regel *salus aegroti suprema lex* (Das Wohl des Kranken ist das höchste Gesetz), dessen Grundintention im Prinzip des Wohltuns ausgedrückt ist. Diese Fürsorgeprinzipien verweisen auf die Grundhaltung, mit der Ärzte und Pflegenden Patienten und Bewohnern begegnen sollen: einer Haltung, die dem anderen, der durch Krankheit in Not geraten ist, Gutes tun und Schaden von ihm

abwenden will. Weil aber die Frage, was das Wohl und was genau ein Schaden ist, immer auch eine stark subjektive Seite hat, bildet der Respekt vor der Selbstbestimmung so etwas wie eine innere Grenze der Fürsorgepflicht. Was jemand als sein Wohl, was als Schaden erlebt, ist immer auch eine subjektive Bewertung. Darum ist ein Abwägen von Wohl und Schaden nie eine rein objektive Angelegenheit, sondern verlangt immer, die Perspektive des Betroffenen mit einzubeziehen.

Das Prinzip der Gerechtigkeit ist wohl dasjenige ethische Prinzip, das in der konkreten pflegerischen und medizinischen Praxis zunächst am fernsten und abstraktesten erscheint. Klassische Gerechtigkeitsfragen sind Verteilungsfragen: Wie verteile ich etwas gerecht? Solche Fragen betreffen in aller Regel zunächst einmal Institutionen und Systeme, und so geht es im Gesundheitswesen bei der Frage der Gerechtigkeit meistens auch um die Verteilung von Geld. Aber auch in der konkreten Praxis von Pflege und medizinischer Versorgung werden Güter verteilt. Dazu gehört z. B. die Arbeitszeit: Welcher Bewohner, welcher Patient bekommt mehr Zeit und was ist hier das Kriterium für eine gerechte Verteilung? Ob wir uns einem Patienten dann besonders intensiv und zeitaufwendig widmen, wenn er besonders hilfsbedürftig ist, oder dann, wenn die Einrichtung besonders viel an ihm verdient, ist in ethischer Perspektive eine klassische Frage der Gerechtigkeit. Ist es gerecht, pflegerische Zuwendung nach ökonomischem Nutzen zu verteilen? Auf diese Frage geben ärztliches und pflegerisches Ethos eine klare Antwort: Das primäre Kriterium für eine gerechte Verteilung in Medizin und Pflege ist die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen und nicht der ökonomische Nutzen. Es ist aber wichtig, sich klar zu machen, dass das eine ethisch normative Entscheidung ist, und dass diese normative Entscheidung in der Praxis von Pflege und medizinischer Versorgung unter den Bedingungen der Ökonomisierung immer wieder in Frage gestellt wird.

#### **4 Fazit**

Die genannten vier normativen ethischen Prinzipien haben sich in der ethischen Alltagspraxis von Medizin und Pflege als hilfreiche Orientierung bewährt. Sie formulieren keine umfassende Ethik, sondern sind der Versuch, den moralischen Anspruch, den die unverletzliche Würde eines jeden Menschen bedeutet, in konkrete handlungsleitende Orientierungen zu übersetzen.

Was dies im konkreten Fall bedeutet, ist auf den ersten Blick häufig nicht klar. Darum braucht es in der Praxis von Pflege und ambulanter (medizinischer) Versorgung strukturierte Methoden, um den ethischen Entscheidungsprozess zu gestalten. Ethikberatung ist ein Modell für solch einen strukturierten Umgang mit ethischen Fragestellungen. Bisher hat sie sich vor allem im Krankenhausbereich etabliert. Es gibt aber inzwischen auch Erfahrungen aus der Praxis von stationärer Pflege und ambulanter Versorgung, die bisher von vielen nicht wahrgenommen werden, die aber gleichzeitig zeigen, dass es auch unter den angespannten strukturellen Bedingungen in der Pflege möglich ist, einen verantwortungsvollen und strukturierten Umgang mit ethischen Problemen institutionell zu verankern.

Darum haben wir in diesem Band exemplarische Modelle der Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung gesammelt und stellen sie in Teil II des Buches vor. Dem gehen einige Kapitel zu theoretischen Grundlagen der Ethikberatung in Teil I voraus, die Strukturen (I.1) und Inhalte (I.3) der Ethikberatung sowie die Praxis ethischen Urteilens im Alltag von Pflegekräften (I.2) thematisieren. Eine Übersicht über unterschiedliche Modelle der Ethikberatung jenseits des Krankenhauses (I.4) leitet dann zum zweiten Teil des Buches über, in dem konkrete Modelle aus den Bereichen Altenpflege und ambulanter Versorgung – sowie ein Beispiel aus dem Bereich der Behindertenhilfe – vorgestellt werden.

## Literatur

- Beauchamp Tom L., Childress James F. (2013) *The Principles of Biomedical Ethics*. 7. Auflage. Oxford (University Press).
- Bundesgerichtshof (2010) Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 40, S. 2963-2968.
- Fischer Johannes, Gruden Stefan, Imhof Esther, Strub Jean-Daniel (2008): *Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart (Kohlhammer).
- Habermas Jürgen (1991): *Erläuterungen zur Diskursethik*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Jox Ralf (2011) *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens*. Hamburg (Edition Körber Stiftung).
- Ricœur Paul (2005): *Ethik und Moral* (1990). In: Ricœur Paul: *Vom Text zur Person. Hermeneutische Aufsätze (1970–1990)*. Hrsg. und Übers. von Welsen P. Hamburg (Meiner), S. 251-267.
- Ross William D. (2009): *The Right and the Good*, hg. v. Stratton-Lake Ph, Oxford (University Press) (Erstauflage 1930).
- Schöne-Seifert B (2007): *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart (Kröner).