

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017-2020

Ethik, Entscheidung, Macht – ein Blick aus der klinischen Ethik

Prof. Dr. Rouven Porz

Leiter Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Inselspital Bern

Es wundert eigentlich, dass in der Disziplin der Ethik – beziehungsweise konkreter: in der relativ neuen Disziplin der spitalinternen «klinischen Ethik» – so wenig über Macht und Machtstrukturen nachgedacht wird. Dabei besitzt die Macht im Spital doch offensichtlich eine grosse Kraft, vielleicht sogar eine grössere Kraft als die meisten dort vorherrschenden, ausgesprochenen oder unausgesprochenen Normen. Ich möchte mich diesen Machtzusammenhängen kurz nähern und argumentieren, dass es meiner Disziplin der klinischen Ethik bislang zu wenig gelungen ist, Machtstrukturen in ihren Theorien und Methoden abzubilden und angepasst zu bedenken. Das sollten wir in Zukunft ändern – denn auch die ethische Unterstützung im Spital sollte sich mit den realen Gegebenheiten von Macht auskennen.

Beginnen wir aber zuerst mit der Ethik. Die Ethik als Disziplin und angewandte Philosophie handelt von Werten und Normen. Werte sind unsere Lebensideale, Normen sind die Regeln, die wir aus unseren Idealen ableiten. Wenn mir zum Beispiel Freiheit ein wichtiger Wert ist, dann leite ich für mich morgens vielleicht die Norm ab, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, was mir vielleicht besser entspricht, als mich in einen Linienbus einzusperren. Vielleicht fahre ich aber auch gerade extra mit dem Linienbus, weil es meiner aus der Freiheit abgeleiteten Norm eher entspricht, dass ich dann abends spontan nach der Arbeit zwei Gläser Wein trinken kann, ohne noch mit dem Auto heimfahren zu müssen. Hier zeigt es sich schon: Der gleiche Wert kann sich in unterschiedlichen Normen niederschlagen. Das ist für uns klinische Ethiker eine sehr wichtige Erkenntnis, es bedeutet nämlich, dass wir Werte nie unerklärt im Raum stehen lassen. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin zum Beispiel bei einer ethischen Fallbesprechung im Spital sagt: «Das ist doch jetzt bei Frau Z. keine Lebensqualität mehr», dann fragen wir als Ethikerinnen und Ethiker: «Ja, wie meinen Sie das genau? Welche Regeln leiten Sie jetzt aus diesem Wert der Lebensqualität ab? Was bedeutet denn Lebensqualität für Sie?» Damit spielt die Ableitung von Normen aus Werten, zum Beispiel in ethischen Fallbesprechungen im Spital, eine entscheidende Rolle.

Früher mussten sich Ärzte nicht zu ihren Werten und abgeleiteten Normen bekennen, sie mussten auch nicht die Werte der Patientin oder des Patienten («Patientenwille») als ethisches Gebot ansehen. Vielleicht fällt es deshalb manchen Ärztinnen und Ärzten immer noch schwer, explizit über Werte und Normen ihrer Berufsrolle

nachzudenken, vielleicht ist es auch einfach nicht gut in ihrer Ausbildung verortet. Umso mehr versucht man heutzutage, die Kommunikationsfähigkeit bereits im Medizinstudium zu schulen und der ärztlichen Sozialisierung den «Wert» mitzugeben, dass über Werte geredet werden muss, gerade wenn man sich bei einer komplexen klinischen Entscheidung im Team nicht einig ist. Neben den naturwissenschaftlichen Fakten und Prognosen gibt es noch mehr Punkte, die berücksichtigt werden müssen, nämlich die Idealvorstellungen aller Beteiligten – und deren Werte. Somit haben Werte eine grosse Kraft über unser Leben – und damit auch die daraus resultierenden Normen. Diese Zusammenhänge bleiben aber oft unausgesprochen, gerade im Spital.

Worüber auch relativ wenig gesprochen wird, sind die Machtstrukturen in einem Spital: sei es die strukturelle Macht (die sich gemeinhin in einem Organigramm zeigt; wer oben steht, der hat meist mehr zu sagen), sei es die Gestaltungsmacht (von denjenigen, die strategische Entscheidungen für die Gesamtorganisation treffen können), sei es der Machtwunsch (von denjenigen, welche die Organigramm-Leitern gerade raufklettern) oder sei es vielleicht die symbolische Macht (von Personen, die im Organigramm gar nicht so weit oben stehen, auf die aber irgendwie trotzdem gehört wird).

Solche Machtstrukturen sind normal und müssen ethisch auch gar nicht problematisch sein, insbesondere wenn sie klar und transparent kommuniziert werden. Dennoch überrascht, dass sich die Disziplin der klinischen Ethik so wenig mit diesen Kontextfaktoren des Spitalbetriebs auseinandersetzt. Auch in der wichtigsten Hintergrundtheorie der klinischen Medizinethik – der sogenannten 4-Prinzipien-Ethik – ist von Macht eigentlich keine Rede. Diese Prinzipienethik gruppiert sich um die Anwendung von vier mittleren Prinzipien, die Gesundheitsfachpersonen helfen sollen, einen Reflexionsprozess in moralisch herausfordernden Situationen zu strukturieren. Die Rede ist von den Prinzipien a) Respekt vor der Patientenautonomie (*respect for autonomy*), b) Fürsorge (*beneficence*), c) Nicht-Schaden (*nonmaleficence*) und d) Gerechtigkeit (*justice*).¹ Diese vier Prinzipien geben den Reflektierenden aber wenig Anleitung an die Hand, auch den Kontext oder die Institution als wichtigen Situationsfaktor mitzubedenken.

1 Beauchamp, Tom und James Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics (7th edition), New York.

Anders stellen sich hier die Vertreterinnen und Vertreter der sogenannten *Care Ethics* auf. Manchmal ist anstatt von *Care Ethics* auch von «feministischen Zugängen zur Bioethik» die Rede.² Die *Care Ethics* basiert auf einem Menschenbild, das unsere gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten in den Vordergrund stellt, dies in einem Modus der gemeinsamen Fürsorge füreinander, in der Verantwortung, sich umeinander kümmern zu *wollen* – und nicht nur, sich kümmern zu *müssen*, weil es das Recht oder das Arbeitsverhältnis so verlangen. Neben diesem zentralen Gedanken geht es in der *Care Ethics* aber auch immer gerade darum – und hier nähern wir uns jetzt der Reflexion von Macht, die sonst in der klinischen Ethik fehlt –, gerade denjenigen Menschen eine Mitsprachemöglichkeit zu ermöglichen, die sonst von der Mitsprache ausgeschlossen sind. Diese machtreflektierende Stossrichtung der feministischen Ethik wird oft durch den englischen Slogan *giving voice*³ ausgedrückt.

Man versucht also, insbesondere jene Personen zu Wort kommen zu lassen, die sonst nicht gehört werden, sei es, weil sie selbst nicht wissen, wie sie sich ausdrücken können oder müssen oder die Situation gar nicht verstehen (*hermeneutical injustice*); oder weil sie von anderen nicht ernst genommen werden, weil ihre Aussagen und Zeugnisse als nicht relevant gedeutet werden (*testimonial injustice*).⁴

Für mich bleibt als Schlussfolgerung: Der klinischen Ethik täte es gut, ihre Unterstützungsfunktion nicht nur mit den Gesundheitsfachpersonen «am Krankenbett» durchzuführen, als klinisch-ethische Entscheidungsfindung, sondern viel stärker auch die gesamten Kontextfaktoren ihrer Arbeitsumgebung – wie zum Beispiel die Machtstrukturen in einem Spital – in Theorien zu reflektieren und in Methoden anzuwenden. Dann könnte sich die Kraft der klinisch-ethischen Normen noch stärker entfalten.

2 Vgl. auch Kerwien, Christoph und Rouven Porz (in Druck): Professionelles Beziehungsgeschehen und ethische Theorien – zu den oft verborgenen anthropologischen Dimensionen des moralischen Handelns in der Klinik, in: Riedel, Annette (Hg.): Ethik im Gesundheitswesen, Berlin.

3 Gemeint ist: die Notwendigkeit, dass marginalisierte Bevölkerungsgruppen in machtpolitischen Entscheidungen mitdenken können müssen, gerade wenn ihre eigenen Lebenswelten durch diese Entscheidungen betroffen sind. Das wird oft auch im Slogan «nothing about us, without us» ausgedrückt.

4 Zu dieser Zweiteilung machbezogener Ungerechtigkeiten vgl. Fricker, Miranda (2007): *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, New York.