

# «Nur Allah kann über Leben und Tod entscheiden» – Unsicherheiten von Gesundheitsfachpersonen in der Analyse von Werten und Normen im interkulturellen Kontext

Eva Maria Schreiber<sup>a</sup>, Luise Charlotte Kröger<sup>b</sup>, Suzanne Metselaar<sup>b</sup>, Guy Widdershoven<sup>b</sup>, Rouven Porz<sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> Fachstelle klinische Ethik, Inselgruppe AG, und Medizinische Fakultät Bern, Schweiz

<sup>b</sup> Department of Medical Humanities, Free University of Amsterdam, Netherlands

## Abstract

The implementation of professionally moderated moral case deliberations (MCD) can aid in finding solutions to intercultural conflicts in clinical contexts. MCD are particularly beneficial, as they respond to the needs of all stakeholders by considering their individual values. However, during a training course we discovered that learning this form of moderation technique is a challenge for many health-care professionals. We suggest that more trainings have to be offered in order to support structural ethics reflection in health-care settings.

Der vorliegende Text plädiert für eine Professionalisierung der Ethikweiterbildung für Gesundheitsfachpersonen im Kontext des schweizerischen Gesundheitssystems. Dazu stellen wir einen von uns durchgeführten Ethikweiterbildungskurs vor, der sich auf eine methodologisch orientierte Reflexion von Werten und Normen in klinischen Fallbesprechungen spezialisiert hat. Die Begleitforschung zu diesem Weiterbildungskurs wurde von der Erstautorin durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Begleitforschung sind zweifacher Art: Die Gesundheitsfachpersonen, die den dreitägigen Trainingskurs absolviert haben, schildern nach Kurs teilnahme einerseits einen Zuwachs in der Fähigkeit, ethische Probleme zu erkennen und zu benennen, andererseits aber eine grössere Unsicherheit in der Beschreibung und Reflexion von Werten und Normen, als sie vorher erwartet hätten. Die Interpretation dieser Ergebnisse lässt zum einen darauf schliessen, dass die Lerninhalte und Didaktik von Ethikweiterbildungen weiter professionalisiert werden müssen, es lässt sich aber zum anderen folgern – und dies insbesondere im Kontext von «Medizin und Migration» –, dass Gesundheitsfachpersonen generell methodische Tools benötigen, um fremde Wert- und Normhaltungen angemessen in klinische Entscheidungsprozesse einfließen lassen zu können. Das nachfolgende praktische Beispiel soll diese These stützen und aufzeigen, inwiefern eine gezielte ethische Fallbesprechung nach der von uns unterrichteten Methode hierbei helfen kann.

## Bioethik, Migration, Normen und Werte

In den letzten Jahren wurde zunehmend darauf hingewiesen, dass moralische Herausforderungen, die sich aus Migrationsbewegungen ergeben, ein Betätigungsfeld für die Disziplin der Bioethik (bzw. Medizinethik) sein sollte [1–3]. Dabei ergeben sich aus der Motivation für die Migration (z.B. Wirtschaftsflüchtlinge, Kriegsflüchtlinge oder unfreiwillig Verschleppte) unterschiedliche ethische Konfliktfelder, auf die im vorliegenden Aufsatz nicht eingegangen werden kann [4]. Aus ethischer Sicht ist all diesen Konfliktfeldern gemeinsam, dass unterschiedliche Kulturen durch unterschiedliche Normen und Werte geprägt sind und dass eine Reflexion dieser Normen und Werte unumgänglich für ein gegenseitiges Verständnis ist [5]. Werte sind Ideale, Motive, oft unbewusste Orientierungsstandards, von denen sich einzelne Menschen oder Gruppen von Menschen oder Kulturen in ihrem Miteinander leiten lassen. Gerade für die Ethik ist es interessant, wie sich diese Werte im Miteinander in Normen ausdrücken [6]. Gerade in interkulturellen Kontexten können Konflikte zwischen Konkretisierungen von Werten in Normen bei Entscheidungen zu Therapieverlängerungen oder Therapieabbrüchen in grundlegenden Missverständnissen enden. Ein Beispiel dazu folgt unten im Text. Gesundheitsfachpersonen müssen also nicht nur in der Lage sein, Werte als solche zu erkennen, sondern auch daraus abgeleitete Normen in ihrer inhärenten kulturellen Abhängigkeit zu verstehen.

## Trainingskurs und Evaluation

In der Inselgruppe AG führte die Fachstelle klinische Ethik, in Zusammenarbeit mit der Abteilung Medizinische Philosophie und Ethik der Freien Universität Amsterdam, ab 2013 in drei aufeinanderfolgenden Jahren einen jeweils dreitägigen Moderationskurs für ethische Fallbesprechungen durch. Die drei Kurstage waren auf drei Monate verteilt, damit die Teilnehmenden das Erlernte praktisch anwenden konnten. Pro Jahr wurden jeweils 10 bis 15 Gesundheitsfachper-

sonen in der methodisch gestützten Analyse von Werten und Normen geschult. Auf das Erlernte aufbauend, unterstützten sie die klinischen Teams der Inselgruppe AG als Ethikmoderatoren (*Facilitators*) in ethischen Konfliktsituationen dabei, «gute» Entscheidungen zu treffen (und diese ethisch zu begründen), oder dabei, mit Teams und Einzelpersonen nachträglich schwierige Entscheidungssituationen zu beleuchten. Die dritte Kursdurchführung wurde 2015/16 von der Erstautorin in einer Begleitforschung evaluiert. Die Art der qualitativen Begleitforschung (Beobachtungen, Auswertung von Hausaufgaben, Interviews und Fokusgruppen) ist an anderer Stelle, detailliert ausgeführt, veröffentlicht [7]. Die erlernte Methodik der Fallbesprechungsführung nennt sich *moral case deliberation*. Sie geht von der Grundhaltung aus, dass Gesundheitsfachpersonen durch die im Kurs ausgebildeten *Facilitators* befähigt werden können, ihre eigenen ethischen Entscheidungen aus Erfahrung, Reflexion, Dialog und wechselseitiger Überzeugung zu treffen (gerade das ist der Kern der Durchführung einer *moral case deliberation*). Es geht in keiner Weise darum, dass die im Kurs ausgebildeten *Facilitators* den Ärzten oder Pflegefachpersonen deren ethische Entscheidungen abnehmen [8–12].

### Einige Ergebnisse der Begleitforschung

Aus der Vielzahl der mittels qualitativer Methoden gewonnenen Daten [7] wurde für den vorliegenden Text insbesondere der Bezug zu «Werten und Normen» ausgewählt. Die angehenden *Facilitators* wurden vor Kursbeginn gefragt, warum sie an dieser Weiterbildung teilnehmen wollen und was sie an der Ankündigung des Kurses im Intranet des Inselspitals besonders angesprochen hat. Sie gaben in der Regel an, «ethische Situationen» ihres Berufsalltages besser bearbeiten zu wollen. Eine Kursteilnehmerin, Claudia,<sup>1</sup> sie arbeitet in der Pflege, drückte dies folgendermassen aus:

«... weil ich im klinischen Alltag erlebt habe, dass es wichtig ist, dass möglichst viele Fachpersonen ein Gespür für das Aufspüren 'ethischer Situationen' entwickeln und die Fähigkeit ausbilden, diese zu benennen und zu bearbeiten, um dadurch das Team zu befähigen, wieder ihre Arbeit am Patienten gut zu machen.»

Ein weiterer wichtiger Beweggrund für die Kursanmeldung war für viele der Teilnehmenden das Bedürfnis nach mehr Wissen über Ethik im Allgemeinen. So meinte Andreas, er ist Arzt:

«Vom MCD-Kurs verspreche ich mir bessere Kenntnisse der Ethik.»

Regula, ebenfalls Ärztin, wollte «die Unterschiede zwischen Werten und Normen besser kennenlernen», und Gisela, die als Lehrkraft für Pflegende arbeitet, gibt zu ihren Erwartungen an:

«Ich will Sicherheit erlangen in theoretischen Grundlagen, z.B. bei Begriffen wie Werte und Normen.»

Der Kurs wird also nicht nur als Möglichkeit gesehen, eine Moderationstechnik zu erlernen, sondern auch mit Ethik generell in Verbindung gebracht. Dies ist mit hohen Anforderungen an die Kursorganisatoren verbunden. Ein dreitägiger Moderationskurs kann vermitteln, wie man Werte und Normen analysiert, er kann aber kaum ein vollumfängliches Basiswissen in Ethik vermitteln.

Nach Abschluss der drei Kurstage gingen die meisten Teilnehmenden davon aus, dass sie nun bewusster mit ethischen Problemen umgehen können:

«... ich [habe] viel mitgenommen, beispielsweise zur Differenzierung zwischen juristischen, ethischen und Führungsproblemen.»

«Persönlich habe ich profitiert vom Kurs, ich konnte eine neue Herangehensweise kennenlernen und mich insbesondere in die Abgrenzung von moralischer Frage und ethischem Dilemma vertiefen.»

Das für uns Autoren bzw. Kursorganisatoren aber beinahe das interessanteste Ergebnis ist, dass sich im Laufe des Kurses, und nach dessen Abschluss, eine zunehmende Unsicherheit einzustellen schien, dies vor allem in Bezug auf die Komplexität von Werten und Normen. Es entstand das Bedürfnis, noch mehr Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf Werte und Normen zu erwerben. Wir befragten die Teilnehmenden dazu sechs Monate nach Abschluss des Kurses. Mittlerweile hatten viele praktische Erfahrungen gesammelt in der Durchführung eigener Fallbesprechungen. Eigene Erfahrungen führten aber auch zu weiteren Verunsicherungen. Beat, Pflegeexperte, sagt dazu:

«Es gibt [für mich] viele Unsicherheiten, Werte und Normen auseinanderzuhalten. In der Gruppe [meiner Fallbesprechungen] gab es häufig Diskussionen über Werte und Normen.»

Regula, selbst junge Assistenzärztin, antwortet ähnlich: «Was ich noch verbessern muss, ist die Handhabung der Werte und Normen. Und [ich muss] klarer, differenzierter und präziser in der Formulierung der Werte und Normen werden.»

Offensichtlich lässt sich die komplexe Reflexion und Analyse von Werten und Normen in klinischen Ethiksituationen nicht in nur drei Kurstagen erlernen. Es bedarf eines umfangreicheren Trainingsangebotes, und offensichtlich hätte es den Teilnehmenden auch geholfen, mehr Basiswissen über Werte und Normen, d.h. theoretische Ethik, zu erhalten. Diese Interpretationen haben aus unserer Sicht Auswirkungen auf die Planung zukünftiger Lehr- und Weiterbildungscurricula in Ethik. Unser Zwischenfazit an dieser Stelle ist: Die von uns befragten Gesundheitsfachpersonen wollen weitaus mehr Hilfe in klinischer Ethik und Angebote in

1 Zur Anonymisierung sind erstens die Namen geändert. Zweitens werden die Berufsgruppen der Kursteilnehmenden willkürlich vertauscht.

Ethikweiterbildungen, als wir erwartet hätten. Natürlich handelt es sich bei diesen qualitativen Daten nicht um repräsentative Aussagen, sondern es sind lediglich beispielhafte Kurserfahrungen der Teilnehmenden und Organisatoren. Wir selbst – als klinische Ethikerinnen und Ethiker – sind aber auch überzeugt, dass eine gute Fallbesprechung ebenjene Reflexion von Werten und Normen leisten muss. Dies soll mit nachfolgendem Beispiel gezeigt werden.

### Ein klinisches Beispiel aus unserer Arbeit

Kürzlich moderierte eine der Koautorinnen eine klinische Fallbesprechung auf der Neonatologie [13], in der sich die oben dargestellten Zusammenhänge allesamt – geradezu beispielhaft – wiederfinden. Nach Einleitung der Geburt in der 25sten Woche (wegen Präeklampsie der Mutter) verschlechterte sich der Zustand des Neugeborenen zunehmend, und es wurde den muslimischen Eltern ein «aktiver» Therapieabbruch vorgeschlagen, den sie nicht akzeptieren konnten. Der Konflikt zwischen Eltern und Team spitzte sich zu. Das jeweils verwendete Vokabular über den möglichen Tod, Therapieziele und Abschied unterschied sich in eklatanter Weise. Paradigmatisch zum Ausdruck kam das in den Worten des Vaters: «*Nur Allah kann über Leben und Tod entscheiden.*» Erst eine sorgfältig durchgeführte Fallbesprechung – mit dem Imam – half dem Betreuungsteam, sich in die Wertewelt der Eltern zu versetzen. Dadurch wurde es möglich, den Fokus vom «Abbruch» auf «Abschied» zu legen, ohne dass den Eltern nunmehr die Rolle der aktiv Abbrechenden aufgebürdet werden musste.

### Implikationen

Die von uns oben dargestellten Evaluationsergebnisse sind nicht explizit in Bezug auf Migrationsfragen erhoben worden, sondern allgemein im Kontext der Evaluation eines Ethikmoderationenkurses im Inselspital Bern. Unsere tägliche Erfahrung als klinische Ethiker zeigt aber, wie brisant interkulturelle Wertekonflikte sind und wie professionell Moderatoren zu ethischen Fallbesprechungen gerade eben in diesen Kontexten ausgebildet sein müssen. Deshalb erscheint es uns sinnvoll, unsere Kursevaluation auch hier im Kontext der Thematik der Migration vorzustellen. Unsere Schlussthese geht aber darüber hinaus: Aus ethischer Sicht ist es zwar begrüßenswert, dass gerade Migrationskontexte die Türen zu ethischen Fragen öffnen. Gleichzeitig ist dies etwas enttäuschend. Enttäu-

schend, weil es uns in unserem Alltag im Gesundheitswesen oft nicht gelingt, diese Türen von allein – ohne ganz offensichtlich «fremde und ferne» Kulturen – zu öffnen. Jede klinische Entscheidungssituation geht mit unterschiedlichen, oft wenig reflektierten Wertvorstellungen einher, sei es aus einer medizinisch-pflegerischen Perspektive oder jener der Patienten. Es ist nie klar, welche Wertvorstellungen Patienten haben (auch in dem Fall, dass es sich nicht um «muslimische Eltern» handelt), wenn man sie nicht danach fragt. Professionelle Ethik bedeutet auch professionelle Entschleunigung, sich methodisch-strukturierte Zeit zu nehmen, Perspektiven zu hinterfragen, ohne anzunehmen, man kenne bereits sämtliche Werte aller Beteiligten. Wie wir zeigen wollten, ist es aber nicht nur die Entschleunigung, die in Konversationsmethoden erlernt werden muss, sondern auch die bewusste Analyse der beteiligten Werte und Normen.

---

#### Korrespondenz

PD Dr. Rouven Porz  
 Fachstelle klinische Ethik  
 Inselspital AG  
 CH-3010 Bern

E-Mail: Rouven.Porz[at]insel.ch

---

#### Referenzen

1. Wild V. Migration and health: Discovering new territory for bioethics. *The American Journal of Bioethics*. 2012;9(12):11-3.
2. Gallagher A. The ethics of migration and what moves us to care. *Nursing Ethics*. 2015;22(7):741-2.
3. Eckenwiler L, Straehle C, Chung R. Global solidarity, migration and global health inequity. *Bioethics*. 2012;26(7):382-90.
4. Pries L. *Internationale Migration*. Bielefeld: Transcript; 2001.
5. Dilworth-Anderson P, Gibson BE. The cultural influence of values, norms, meanings, and perceptions in understanding dementia in Ethnic minorities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2002;16:56-63.
6. Porz R. Zum Mythos der Selbstbestimmung. In: Eychmüller S, Amstad H (Hg.). *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*. *Folia Bioethica*. 2015; Nr. 39, p. 57-71.
7. Schreiber EM. *Zur Implementierung von klinischer Ethik an einem Universitätsspital*. Medizinische Fakultät Bern, Dissertation. 2016.
8. Abma TA, Molewijk B, Widdershoven GAM. Good care in ongoing dialogue. Improving the quality of care through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Analysis*. 2009;17: 217-35.
9. Dauwerse L, Stolper M, Widdershoven GAM, Molewijk B. Prevalence and characteristics of moral case deliberation in Dutch health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17(3):365-75.
10. Metselaar S, Molewijk B, Widdershoven GAM. Beyond recommendation and mediation: Moral Case Deliberation as moral learning in dialogue. *The American Journal of Bioethics*. 2015;15(1):50-1.
11. Molewijk B, Abma TA, Stolper M, Widdershoven GAM. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*. 2007;34(2):120-5.
12. Porz R, Widdershoven GAM. Verstehen und Dialog als Ausgangspunkt einer praktischen Ethik. *Bioethica Forum*. 2010;3(1):8-12.
13. Metselaar S, van Scherpenzeel M, Widdershoven GAM. Dealing with moral dilemmas at the neonatology ward: The importance of joint case-by-case reflection. *The American Journal of Bioethics*. 2017;17(8):21-3.