

Die Angst vor der Ethik: Teach the Teacher

ein Tagungsbericht

Sonja Rinofner-Kreidl & Gabriele Werner-Felmayer

Zusammenfassung

Am 14. April 2010 wurde an der Medizinischen Universität Innsbruck die Fortbildungsveranstaltung „Die Angst vor der Ethik: Teach the Teacher“¹ abgehalten, eine Kooperation des Vizerektorats für Lehre und Studienangelegenheiten, Bereich Lifelong Learning, des Bioethik-Netzwerks Ethucation², sowie des Management Center Innsbruck.³ Ethische Inhalte sind derzeit im Pflicht-Curriculum der MedizinerInnen-Ausbildung in Innsbruck zwar in einzelnen Lehrveranstaltungen verankert, insgesamt bleibt jedoch nur wenig Raum für eine ethische Reflexion und in der Regel findet sie von der Praxis isoliert statt. Angesichts der rasanten Entwicklung der wissenschaftlich orientierten Medizin, die zu immer neuen und komplexeren Herausforderungen führt und das Zusammenwirken vieler verschiedener Disziplinen erfordert, ist es dringend notwendig, diesen Zustand zu verbessern. In den ohnehin zeitlich und inhaltlich sehr anspruchsvollen Studiengängen der Medizin-Universität Innsbruck erscheint dies

jedoch häufig zu schwierig, zu diffus, zu zeitraubend. Ziel dieser Auftaktveranstaltung war es, bereits bestehende Lehrveranstaltungen, die dieser Entwicklung Rechnung tragen, vorzustellen und einen Austausch unter den Lehrenden zu initiieren, wie diese bei der praktischen Umsetzung dieser notwendigen Verbesserung bestmöglich motiviert und unterstützt werden können. Vizerektor Norbert Mutz verwies in seiner Begrüßung auf einen wesentlichen Punkt, nämlich die häufig unbewusste Vermengung von Ethik und Moral, die es zunächst aufzulösen gilt, um eine seriöse ethische Reflexion zu ermöglichen.

Schlüsselbegriffe

Ethik in der Medizin, Ethik-Unterricht, Humanmedizin-Ausbildung.

Beiträge

Sonja Rinofner-Kreidl, Philosophin an der Karl-Franzens-Universität Graz⁴, die an der Medizinischen Universität Graz Ethik in der Medizin unterrichtet, erläuterte am Beispiel von Sterbehilfehandlungen die komplexen Zusammenhänge von Intention und Handlung. Dabei galt das Hauptaugenmerk der in der ethischen Debatte umstrittenen Unterscheidung zwischen aktiver und indirekter Sterbehilfe. Jene, welche diesbezüglich einen klaren begrifflichen Unterschied statuieren, berufen sich häufig auf das *Prinzip der Doppelwirkung* („Unter bestimmten Umständen ist eine an sich gute moralische Handlung auch dann zulässig, wenn sie zum Teil schlechte Wirkungen hervorbringt“). Der Streit um den Unterschied von aktiver und indirekter Sterbehilfe konzentriert sich darauf, den Status und die Funktion von Absichten im Kontext von Handlungserklärungen zu ermitteln: Ist es zutreffend, dass bei aktiver Sterbehilfe der Tod als *ultima ratio*-Mittel der Leidensminderung beabsichtigt ist, während bei indirekter Sterbehilfe eine Lebensverkürzung zwar als möglich vorhergesehen, aber nicht gewollt (intendiert) ist, vielmehr lediglich als eine mögliche Nebenwirkung der Schmerztherapie in Kauf genommen wird? Ist es im Hinblick auf die intentionale Struktur der relevanten

Handlungen – und in der Folge für deren normative Beurteilung – ein nur oberflächlicher oder ein wesentlicher Unterschied, ob eine Handlungskonsequenz *unmittelbar beabsichtigt* oder *in Kauf genommen* wird? Rinofner-Kreidl versuchte diese Fragen im Sinne einer klaren begrifflichen Unterscheidung von aktiver und indirekter Sterbehilfe zu beantworten, indem sie das jeweils vorliegende Verhältnis von Intentionalität und Kausalität der ärztlichen Handlung untersuchte und mit Bezug auf erstere zwischen der Intention und dem Motiv einer Handlung unterschied. Dabei folgte sie der Ausgangsintuition, dass begriffliche Unterscheidungen dort vonnöten und sprachlich präzise zu fassen sind, wo sie auf Unterschiede in der Sache referieren. Nur dann, wenn wir die Differenzierung unserer moralischen Begrifflichkeit einerseits und das Anspruchsniveau und die Unterscheidungsfähigkeit unserer moralischen Erfahrung andererseits als *eine* zusammengehörige Problemstellung verstehen, können wir sicherstellen, dass ethische Reflexionen praktisch wirksam werden.

Helga Fritsch, Institut für Anatomie⁵, stellte das begleitende Ethikseminar zum Sezierskurs vor. Das Konzept trägt der Komplexität des Themas Sterben und Tod Rechnung, indem unterschiedlichste Perspektiven in einer Reihe von Veranstaltungen behandelt werden.⁶ Oft setzen sich Studierende mit der The-

matik angesichts der Sezierübungen zum ersten Mal vertieft auseinander. Die hohe Akzeptanz des breit gefächerten Kursangebots seitens der Studierenden zeigt deutlich, dass mit dieser freiwilligen Lehrveranstaltung einem wichtigen Bedürfnis nachgekommen wird. Das Programm, das gemeinsam mit der Klinikseelsorge entwickelt wurde und praxisnah diverse Dilemmata im Umgang mit Sterben und Tod behandelt, umfasst Themen wie „Tod und Umgang mit dem Leichnam in verschiedenen Religionen“, „Hospiz – ein Gedanke setzt sich durch“, „Der letzte Weg im Krankenhaus“, „Meditation – ein Weg zur Kraft“, „Letzte Heimat – Alters- oder Pflegeheim“, „Zeichen, Symbole, Rituale: viel gebrauchte Mittel zur Bewältigung von schwierigen Situationen“, „Zulassen, abwehren, abgewöhnen? Über den richtigen Umgang mit (lästigen) Gefühlen im medizinischen Bereich“ und „Begegnung der Angehörigen mit dem Leichnam – Chance oder Risiko?“. Zusätzlich haben die Studierenden auch die Möglichkeit, Themen selbst zu wählen.

Im Anschluss verwies Josef Quitterer, Institut für Christliche Philosophie, Universität Innsbruck⁷, auf die Bedeutung von Rahmenbedingungen (*Framing*), starken Überzeugungen und emotionalen Bewertungen für die Vermittlung von Bioethik. In der Regel beeinflussen diese die rein rational begründbare ethische Expertise stärker als generell angenommen wird. Ein wichtiger Beitrag der Philosophie zur ethischen Analyse ist daher das Aufdecken von Grundannahmen, sogenannten *hidden assumptions*, sowie von Widersprüchen. Die Philosophie als einziges Instrument zur Lösungsfindung ist jedoch nicht ausreichend. Vielmehr ist ein inter- bzw. transdisziplinärer Dialog nötig, in dem diese theoretischen Hintergründe sichtbar gemacht werden können, um schließlich zu einer tragbaren Lösung zu kommen.

Siegfried Walch, Management Center Innsbruck⁸, stellte den interdisziplinären Bioethik-Unterricht im Masterstudium „International Health Care Management“⁹ vor, der auch Studierenden der beiden Innsbrucker Universitäten zugänglich ist und von diesen ebenso genützt wird. Auf Grund der unterschiedlichen kulturellen Wurzeln der Studierenden dieses Lehrgangs (derzeit beteiligen sich Studierende aus 12 Nationen), sowie ihrer verschiedenen Fachrichtungen, stellt der Bioethik-Unterricht hier eine besondere Herausforderung bezüglich der Vernetzung verschiedener Perspektiven und Disziplinen dar. Zudem geht es in diesem Rahmen nicht vorrangig um ärztliche Ethik, sondern vor allem auch um Entwicklungen moderner Technologien, ihre Verfügbarkeit und Bedeutung für Gesellschaft, Kultur und Selbstverständnis des Einzelnen vor dem Hintergrund ökonomischer Überlegungen. Die genaue Begriffsklärung, aber auch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wertesystemen, Bildungssystemen und Lebenswegen erlangt hier für die Lehrenden, von denen etliche den beiden Innsbrucker Universitäten angehören, besondere Relevanz.

Stephan Leher, Institut für Systematische Theologie, Universität Innsbruck¹⁰, berichtete über Erfahrungen mit der Erarbeitung gut begründeter Antworten auf medizinethische Entscheidungssituationen im Rahmen der interdisziplinären Vorlesung „Stammzellen und Klonen“¹¹. Diese Vorlesung wird seit mehreren Jahren gemeinsam mit Lukas Huber, Sektion für Zellbiologie, Biozentrum der Medizinischen Universität Innsbruck¹²,

abgehalten. Neben der Vermittlung von biomedizinischem Basiswissen geht es hier auch wesentlich darum, diese viel diskutierte Technologie aus ethischer Sicht zu beleuchten und sich darin zu üben, an Hand von Fallbeispielen eine reflektierte und ethisch begründete Haltung zu entwickeln.

Gabriele Werner-Felmayer, Sektion für Biologische Chemie, Biozentrum¹³ stellte das Bioethik-Netzwerk Ethucation vor, das Mitglied des Internationalen Netzwerks zu Bioethik im Medizinstudium¹⁴ des UNESCO Lehrstuhls für Bioethik in Haifa (Israel) ist. Sie verwies auf die diesbezüglichen Aktivitäten der UNESCO, sowie zahlreiche Unterrichtshilfen und Informationsquellen für die Bewusstmachung ethischer Fragestellungen im Medizinstudium. Das UNESCO Bioethics Core Curriculum, sowie zahlreiche Bücher mit Fallbeispielen zu verschiedenen bioethischen Themen sind im Internet frei zugänglich¹⁵.

Karen Pierer, Stabsstelle für Curriculumsentwicklung, Prüfungsent- und -abwicklung (CEPEA)¹⁶ an der Medizinischen Universität Innsbruck erläuterte schließlich den curricularen Bogen für ethische Inhalte im Medizinstudium, das von einem Paradigmenwechsel von Lehrendendefiniertem Lehrangebot hin zu einem „outcome“-definierten Curriculum gekennzeichnet ist. Lernziele werden nach Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Haltungen aufgeschlüsselt. Ethik ist auf allen diesen Ebenen relevant und sollte daher in angemessener Form in den curricularen Bogen aufgenommen werden. Nur so wird es möglich sein, Studierende mit den nötigen Instrumentarien auszurüsten, um eine reflektierte Haltung zu sehr komplexen, viele Lebensbereiche berührenden Themen entwickeln zu können.

Ergebnisse

In der abschließenden Diskussion wurden folgende Punkte deutlich: Die von den Veranstaltern vermutete bzw. beobachtete Angst, sich als Lehrende/Lehrender in einem gedrängten Curriculum ethischen Fragen zu widmen und sich in diesem Kontext zu exponieren und zu positionieren, resultiert aus einer vielfachen Überforderung und bedarf der Entwicklung einer Reihe unterstützender Maßnahmen. Zum einen muss nicht nur den Studierenden, sondern auch den Lehrenden Raum und ein geeigneter Rahmen für ethische Reflexion eingeräumt werden, der eine laufende Fortbildung im Sinne einer Horizonterweiterung und letztlich der Entwicklung innerer Haltungen auch in Bezug auf sehr komplexe, in ihrer Tragweite kaum überschaubare Themen ermöglicht.

Dieser Rahmen für Reflexion ist nötig, da das Fach Ethik nicht einfach an ExpertInnen delegiert werden sollte. Ethik bedeutet schließlich im ursprünglichen Sinn „sittliches Verständnis“. Dieses muss auch auf individueller Basis entwickelt werden, ist also nur in begrenztem Maß an andere delegierbar, nämlich lediglich im Hinblick auf die Tiefe der Auseinandersetzung und die Erklärung komplexer Zusammenhänge. Gerade in der Medizin und in den damit verbundenen Institutionen, in Anbetracht der gesetzlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Wertesysteme in einer pluralistischen, globalisierten Gesellschaft ist es nötig, innere Haltungen zu analysieren, Standpunkte zu überdenken und sich mit berufsrelevanten Themen, die über die jeweilige Fachexpertise hinausgehen, zu

beschäftigen. Dazu gehört z. B. die Frage, wie der Umgang mit Emotionen und Wertorientierungen gemäß der Zielsetzung einer professionellen und rationellen Ausbildung bzw. Arbeitsorganisation institutionell diszipliniert wird. Über derartige Zusammenhänge nachzudenken, zielt nicht darauf, dass alle Personen, die im Medizinsektor tätig sind, zu EthikexpertInnen werden müssten. Dies setzte eine fundierte diesbezügliche Ausbildung voraus und stellte eine Überforderung der betreffenden Personen dar, welche sehr verschiedenen Berufsgruppen angehören. Stattdessen geht es darum, die Fähigkeit zu entwickeln, in einen fundierten Dialog zu ethischen Fragen mit unterschiedlichsten Gruppen treten zu können. Diese Fertigkeit können Studierende in der Regel am besten über Rollenmodelle erlernen, weswegen eine diesbezügliche Aus- und Weiterbildung der Lehrenden besonders wichtig ist. Es gilt, die Kluft zwischen dem, was theoretisch gelernt und vermittelt wird und dem, was sich dann beispielsweise im klinischen Alltag abspielt, der von „Sachzwängen“ geprägt ist, zu verringern.

Ein wiederkehrendes Thema in der Diskussion war die Frage, wie die Trennung zwischen ethischer Theorie und Praxis bzw. Anwendungskontext in einer verständigen und effizienten Weise überwunden werden könnte. Nimmt man diese Frage vor dem Hintergrund des Entwurfs eines Medizin-Curriculums zur Kenntnis, das sich humanwissenschaftlichen Fragestellungen öffnet und diese den Studierenden nahezubringen sucht, so wird man Fragen der moralischen Wahrnehmung und der moralischen Motivation zu den Schlüsselthemen zählen, an denen primär zu arbeiten ist. Derzeit wird ein Programm zur Fortbildung der Lehrenden ausgearbeitet, das den oben genannten Anliegen und Interessen Rechnung trägt und bereits im kommenden Wintersemester anlaufen soll. Bezüglich des Fortbildungsangebotes für die Lehrenden wurde auch das Bedürfnis nach Behandlung von Themen, die in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert werden und über medizinethische Fragen hinausgehen, wie beispielsweise Tierethik oder der Umgang mit modernen biomedizinischen Technologien, deutlich. Diesem Bedürfnis soll in weiteren Veranstaltungen entsprochen werden.

Weiters wurde deutlich, wie sehr die ethische Reflexion einer genauen Definition von Begriffen und einer Präzisierung der Sprache bedarf, und zwar nicht vordringlich hinsichtlich der Entwicklung argumentativer Rhetorik, sondern vielmehr zur Bewusstmachung der Bedeutung von Begriffen auf theoretischer, aber auch auf alltagssprachlicher Ebene. Genaue Begriffsklärungen sind eine Grundvoraussetzung für jede Form des Dialoges, wie er für eine seriöse ethische Reflexion nötig ist. Dies gilt umso mehr, als dieser Dialog als ein interdisziplinärer und bereichsübergreifender zu führen ist und die jeweils zugehörigen Sprachkulturen mitunter erheblich voneinander abweichen. Trotz der damit gegebenen „Übersetzungsprobleme“ sollte der Dialog, um der Komplexität ethischer Fragen im Bereich der Medizin gerecht zu werden, möglichst breit gefächert stattfinden und verschiedenste Fachrichtungen, Erfahrungen und Herangehensweisen einbeziehen. Hierbei ist insbesondere auf zweierlei zu achten: erstens darauf, Bewertungen nach Möglichkeit zunächst im Sinne der vorurteilsfreien Problemanalyse und der Entwicklung gegenseitigen Respekts hintan zu stellen, und, zweitens darauf, nicht

bloß Inhalte zu vermitteln, sondern auch und vor allem an jene Einstellungen und inneren Haltungen zu arbeiten, welche notwendig sind, um mit den relevanten sachlichen Herausforderungen angemessen umgehen zu können. Ein von diesen Zielsetzungen geleiteter Dialog stellt eine Chance dar, eine Reihe tief verwurzelter Abwehrhaltungen zu überwinden und so Probleme in konstruktiver Weise zu lösen. Es waren sich alle Anwesenden einig, dass dies wünschenswert wäre, jedoch eine Änderung der institutionellen Kultur erforderte. Das bereits erwähnte Fortbildungsprogramm bzw. weitere Veranstaltungen zu bioethischen Themen sind Maßnahmen, die diese nötige Änderung befördern können und befördern sollen.

Horizontenerweiterung

Die Ergebnisse dieser Diskussion, die aus einer Analyse der für alle Beteiligten unbefriedigenden Art und Weise resultieren, wie Ethik im Medizinstudium vertreten ist, sind durch eine Reihe empirischer Studien aus dem Bereich Medizindidaktik und *Faculty Development* bestens belegt. Hier lassen sich zwei wesentliche Phänomene identifizieren, die offenbar weltweit in akademischen Institutionen wirksam sind und denen mittels verbesserter Lehr- und Fortbildungsangebote Rechnung getragen werden muss: (i) ein verstecktes Curriculum (*hidden curriculum*), dem die Studierenden ausgesetzt sind und dessen Botschaft sie unbewusst übernehmen oder sogar überinterpretieren; (ii) Lehrende fungieren als effizientes *role-model*, sind sich dieser Tatsache aber nicht im vollen Umfang bewusst und brauchen laufend Unterstützung und feedback zur Weiterentwicklung ihrer Professionalität¹⁷. Die Herausforderung in diesem Zusammenhang besteht vor allem darin, zu verhindern, dass diese Professionalität zu einem abgeklärten Zynismus und einer Überbewertung des eigenen Expertenstatus degeneriert. Vielmehr sollten Respekt und Zuwendung gegenüber PatientInnen sowie gegenüber fremden Meinungen, Wertesystemen und Herangehensweisen bei gleichzeitiger Einhaltung hoher wissenschaftlicher und medizinischer Standards entwickelt werden (Smith et al. 2007). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Rationalisierungen im Klinikbetrieb unterlaufen die geforderten Bemühungen, welche sowohl empathische wie „responsive“ Qualitäten (Zuwendung, Zuhören, Mitfühlen) umfassen als auch die Entwicklung differenzierter, dem individuellen Patienten möglichst weitgehend gerecht werdender Lösungen. Unter diesen Bedingungen erscheint es schwierig zu verhindern, dass die stillschweigenden Überlebensstrategien der in diesem System erfahrenen Lehrenden unreflektiert an die Studierenden weiter gegeben werden (Coulehan/Williams 2001).

Ein anschauliches Beispiel für die Schwierigkeit, in den bestehenden Strukturen und derzeit üblichen Abläufen auch als Experte sozusagen einen „kühlen Kopf“ zu bewahren, stellt die im Zusammenhang mit Patientensicherheit und Qualitätssicherung untersuchte Selbsteinschätzung von Ärzten dar. Ein Vergleich mit Luftfahrt-Personal zeigte, dass bis zu 70 % der Ärzte der Ansicht sind, auch bei Übermüdung gute und fehlerfreie Arbeit leisten zu können, während dies nur 26 % der Piloten glaubten (Sexton/Thomas/Helmreich 2000). Selbstüber-

schätzung (*overconfidence*) betrifft aber nicht nur die Einschätzung eigener Leistungsfähigkeit im Fall von Stress und Übermüdung, sondern begünstigt auch Fehldiagnosen auf Grund von Anmaßung und Selbstgefälligkeit, die im Bereich der klinischen Fächer 10–15 % ausmachen (Berner/Graber 2008a). Bezüglich Diagnosestellung erwiesen sich auszubildende ÄrztInnen in 41 % als übertrieben selbstsicher, sowie 36 % des Lehrkörpers und 25 % der Studierenden (Friedman et al. 2005)). In den letzten Jahren konnten Verbesserungen der klinischen Strukturen, Förderungsmaßnahmen für Teamarbeit und die Einführung von sanktionsfreien Fehlermeldesystemen die Patientensicherheit drastisch erhöhen. Im Jahr 2000 wurde die Zahl der PatientInnen, die in den USA auf Grund von Behandlungsfehlern starben, auf 98.000 pro Jahr geschätzt. 2006 wurde berichtet, dass die oben erwähnten Verbesserungen innerhalb von zwei Jahren für 122.000 Personen lebensrettend waren (zusammengefasst in Ref. 6). Diesen Studien Rechnung tragend erscheint es auch sinnvoll, Lehrveranstaltungen zu Teamarbeit und Fehlermanagement in das Medizin-Curriculum aufzunehmen (Berner/Graber 2008a; Mühlhngaus et al. 2007).

Wesentlich dabei ist, in der Ausbildung die offenbare Selbstüberschätzung von MedizinerInnen mitzubedenken, wobei freilich noch nicht geklärt ist, wie dieser am besten didaktisch begegnet werden kann. Kognitionsstudien belegen, dass die Fähigkeit zur angemessenen Selbsteinschätzung mit dem Grad an Expertise und Erfahrung einhergeht bzw. wächst (mehr dazu in Berner/Graber 2008a). Trotzdem ist weiteres Training zum Experten nicht die ausschließliche Abhilfe für das Problem. Es geht auch darum, das Rollenmodell „Expertendiagnostiker“, das suggeriert, es genüge, sich auf die eigene Expertise zu verlassen, um zu richtigen Lösungen zu gelangen, durch das Rollenmodell des „reflexiven, seine eigene Diagnose mit Hilfe weiterer Information hinterfragenden Diagnostikers“ zu ersetzen. Berner & Garber drücken es so aus: *“We look forward to the day when the information-seeking physician with the ‘fastest fingers on the keyboard’ replaces the ‘brilliant diagnostician’ as a role model for our students.”* (Berner/Graber 2008b).

Sowohl im direkten praktischen Kontext der Ausübung des Arzt- bzw. Forscherberufs, als auch im breiteren Zusammenhang des Umgangs mit ethisch teils sehr komplexen Möglichkeiten, welche sich aus innovativen biomedizinischen Techniken ergeben, stellt sich die oft anzutreffende Erwartungshaltung, Ärzte/Forscher seien jene, die (allein) wüssten, wie es richtig ist, als grundlegendes Problem heraus. Im Spannungsfeld der Grundprinzipien von Autonomie und Fürsorge sowie von demokratischer Pluralität und ärztlicher Expertise sind Konflikte vorhersehbar und tägliche Realität. Einfache Lösungen sind die Ausnahme, nicht die Regel. Es kommt nicht selten vor, dass wir zwar zu einer praktisch verlässlichen und hinreichend klaren moralischen Einschätzung einer Handlungsweise kommen, diese aber dennoch *nicht eindeutig* und *nicht vorbehaltlos* als „richtig“ oder „falsch“, „gut“ oder „schlecht“ bewerten können.¹⁸ Da die Grenzen des Machbaren laufend erweitert werden, ist es besonders wichtig, gerade auch bei Experten die Fähigkeit zum Dialog wie auch zur Selbstkritik und intellektuellen Bescheidenheit zu schulen, gemäß der sokratischen Erkenntnis „Ich weiß, dass ich nichts weiß“.

Daraus ergibt sich als Konsequenz und praktischer Auftrag, dass im Rahmen von Fort- und Weiterbildung nicht nur Fachwissen vermittelt werden soll. Darüber hinaus muss dringlich Raum für ein Fragen und Nachdenken geschaffen werden, das nicht nur objektbezogen (z. B. im Sinne der exemplarischen Fallanalyse), sondern zugleich immer auch selbstreflexiv orientiert ist, d. h. die Art der intellektuellen und emotionalen Involvierung des Subjekts und diesbezüglich zu fördernde Befähigungen zur Kenntnis nimmt. Bestandteil dieser Aus- und Selbstbildung ist, dass eine institutionelle Kultur entwickelt werden muss, die es erlaubt, sanktionsfrei Fehler einzugestehen, ohne dadurch die eigene fachliche Kompetenz in Frage gestellt zu sehen. In einem solchen, für Erkenntnis im allgemeinen förderlichen geistigen Milieu können in der Folge Strategien zur Fehlervermeidung optimiert werden. Gerade in schwierigen Kommunikations- und Entscheidungssituationen, wenn beispielsweise Eltern eines kranken Kindes etwas anderes wünschen als die Ärzte empfehlen, ist es wenig hilfreich, mit Begriffen wie „Schuld“ zu argumentieren, was lange Zeit im klinischen Alltag gang und gäbe war und immer noch einen vorherrschenden „Reflex“ darstellt.

An der US-amerikanischen Mayo-Klinik (mit Standorten in Arizona, Florida und Minnesota und der Medical School in Rochester, Minnesota) wird diesen Überlegungen weitgehend erfolgreich mittels kontinuierlicher beruflicher Weiterbildung sowie einem breiten Angebot von Ethik-relevanten Veranstaltungen nachgekommen. Ethik im Medizinstudium kommt dort vor, wo ihre Relevanz unmittelbar verständlich wird. Sie ist dem Curriculum immanent, wird somit unumgebar zum Thema. Auch für die auszubildenden Ärzte und die Lehrenden gibt es ein weiterbildendes Angebot, sowie Ethik-konsultationen in Forschung und Klinik.¹⁹ Explizit wird versucht, Raum für Selbstreflexion zu schaffen (Müller 2009). Weiters ergab eine vergleichende Studie über Fortbildungsprogramme zur Verbesserung der Medizinlehre, dass der Zusammenhang, in welchem der zu lehrende Inhalt steht, von wesentlicher Bedeutung ist (Steinert et al. 2006). So ist es wichtig, dass ein Bedarf nach Behandlung der Thematik besteht (Steinert et al. 2006), was für den Bereich der Ethik sicherlich gegeben ist, gerade auch zur Bewältigung des klinischen Alltags. Verwunderlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Lehrenden der Medizinischen Universität Innsbruck zwar sehr deutlich ihr eigenes Unbehagen über eine mangelnde Auseinandersetzung und Reflexion zu ethischen Fragen artikulieren, gleichzeitig jedoch in der Regel die Meinung vorherrscht, dass in der fachspezifischen Lehre Ethik keine Rolle spiele. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass zunächst ein Bewusstsein für die Eigenart und Reichweite ethischer Fragen geschaffen werden muss.

Dementsprechend ist auch gut belegt, dass die Rahmenbedingungen angepasst werden müssen, was ein unterstützendes Arbeitsumfeld und positives Feedback auf Änderungsbestrebungen beinhaltet (Steinert et al. 2006). In diesem Zusammenhang sollte Wert darauf gelegt werden, Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer Reifung von Moral zu ermöglichen, was sowohl Studierende wie auch Lehrende betrifft. Denn die heute Lehrenden haben eine Ausbildung durchlaufen, die ihnen in dieser Hinsicht wenig Entfaltungsmöglichkeiten geboten hat. William Branch bringt dies wie folgt auf den Punkt:

“I believe that good clinical practice cannot be separated from professional and ethical behavior that depends on moral maturity. Though the years of young adulthood are a life stage in which students should rapidly grow in moral maturity, available evidence suggests that current clinical training, by focusing so narrowly on the biomedical aspects of medicine, may inhibit many medical students’ growth as moral agents” [...] We do not have longitudinal studies that show to what extent physicians, whose moral development may have been arrested early in clinical training, naturally later regain their empathy and compassion, and grow as moral agents. Perhaps many do, but some do not.” (Branch 2000, 507) Um Raum für diesen wichtigen Reifungsprozess zu schaffen, sind Diskussionen mit Studierenden in kleinen Gruppen im Rahmen ihrer klinischen Ausbildung sowie die verstärkte Fortbildung der Lehrenden, einschließlich einer Schulung in Rollenmodellen, notwendig (Branch 2000).

Diese Überlegungen konnten in einer kürzlich publizierten Studie (Branch et al. 2009) belegt werden: an fünf US-amerikanischen Medizinfakultäten wurden zwischen 2004 und 2006 freiwillige Unterrichtende identifiziert, die gemeinsam ein Curriculum zur Verstärkung von humanistischem Unterricht (*humanistic teaching*) auf der Grundlage von erfahrendem Erlernen von Fähigkeiten (in der klinischen Praxis) in Kombination mit einer reflexiven Erörterung von Werthaltungen entwarfen. Zur Evaluierung des Erfolgs wurde ein Fragebogen entwickelt (HTPE, *humanistic teaching practices effectiveness questionnaire*), der Studierenden und Ärzten in Ausbildung vorgelegt wurde, die einerseits der Gruppe angehörten, die das Fortbildungs-Curriculum besucht hatten, und andererseits von einer Kontrollgruppe unterrichtet worden waren. Hierbei ergab sich klar die Effizienz des Fortbildungsprogrammes und der Vorteil eines unterstützenden Gruppenprozesses (Branch et al. 2009). Nicht nur die Studierenden, sondern auch die Lehrenden profitieren von solchen Konstellationen, da sie eine direkte praxisnahe Auseinandersetzung ermöglichen. Es kann heute aufgrund einer Vielzahl entsprechender Studien als gesichert gelten, dass sich dies in einer humaneren Praxis für die Patienten abbildet, die ihrerseits wiederum wesentlich zu diesem Lernprozess beiträgt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Übereinstimmung mit einer Reihe von Untersuchungen zur Verbesserung der Medizinlehre vor allem auch für die Lehrenden eine Plattform zur laufenden Weiterbildung und Reflexion geschaffen werden muss. Dies gilt insbesondere für die Ethik, die ein integraler Bestandteil jeder ärztlichen Ausbildung und Handlung ist. Da das Bewusstsein dafür jedoch derzeit offenbar nicht in zufriedenstellendem Maße gegeben ist, muss sowohl Lehrenden als auch Studierenden im Sinne der Qualitätssicherung ein institutionelles Angebot zur Bewusstseinsbildung und zur Entwicklung begründbarer Haltungen sowie kommunikativer Fertigkeiten gemacht werden.

Anmerkungen

- 1 Programm unter http://www.imed.ac.at/lehre/lehre/Veranstaltungseinladung_Bioethik_Lehre.pdf
- 2 <http://www.imed.ac.at/ethucation>; <http://www.unesco-chair-bioethics.org/UI/A01.aspx>
- 3 <http://www.mci.edu/masterstudium/internationalhealth-care-management/international-health-care-management>
- 4 <http://www.gewi.uni-graz.at/staff/rinofner>
- 5 <http://www.anatomie-innsbruck.at/>
- 6 Ethikbroschüre: <http://www.anatomieinnsbruck.at/fileadmin/userdaten/dokumente/Ethikbroschuere.pdf>
- 7 <http://www.uibk.ac.at/philtheo/quitterer/index.html.de>
- 8 http://www.mci.edu/component?option=com_team/Itemid,413/bezeichnung,19095/view/team/
- 9 <http://www.mci.edu/masterstudium/international-health-caremanagement/international-health-care-management>
- 10 <http://www.uibk.ac.at/systheol/leher/index.html.de>
- 11 <http://www.skallpell.at/uploads/media/VorlesungsankuendigungSS2010.pdf>
- 12 <http://www.i-med.ac.at/cellbio/>
- 13 http://www.i-med.ac.at/imcbc/staff_doc/werner_felmayer_gabriele.html
- 14 <http://www.unesco-chair-bioethics.org/>
- 15 <http://www.unesco-chair-bioethics.org/UI/F01.aspx>
- 16 <http://www.i-med.ac.at/cepea/>
- 17 Das Englische *professionalism* lässt sich als Professionalität oder als Professionalismus übersetzen. Professionalismus meint das Ausüben eines Berufs und die Entwicklung sachlichen Interesses, Professionalität die Art und Weise wie dies geschieht bzw. angewandt wird. Oft ist die Professionalität im Deutschen zwar im Sinn von Distanziertheit negativ konnotiert, andererseits weiß der wahre Profi im Umgang mit anderen Zuwendung und Distanziertheit in angemessener Weise einzusetzen, sodass der Ausdruck Professionalität hier angebracht erscheint.
- 18 Dass diese Erfahrung Bestandteil unserer gelebten Sittlichkeit ist, belegt etwa die über Jahrhunderte hinweg anhaltende Diskussion um das oben erwähnte Prinzip der Doppelwirkung. In diesem wie in anderen Fällen gilt, dass die theoretische „Strahlkraft“ eines Problems dessen praktische Brisanz widerspiegeln kann. Allgemein gilt: Ethische Theorie lebt nicht von Problemerkundungen, sondern von dem Problemdruck, den die Menschen in ihrer – über die Zeiten und Kulturen hinweg freilich gravierend variierenden – sozialen Umwelt erfahren. Auch wenn die philosophische Ethik darüber hinaus eine elaborierte Begrifflichkeit und eine Begründungsdimension ins Spiel bringt, welche uns im Alltagshandeln fern liegen, ist dieses doch der Ausgangs- und ständige Referenzpunkt ethischer Theorien.
- 19 Neben einer Research Ethics Consultation (<http://ctsa.mayo.edu/resources/research-ethics.html>), die allen Wissenschaftlern zur Verfügung steht, wird für den klinischen Bereich eine Ethikkonsultation angeboten, die 24 Stunden erreichbar ist (9).

Literatur

- BERNER, E. S., GRABER, M. L. (2008a). Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *The American Journal of Medicine* 121, S2–S23.
- BERNER, E. S., GRABER, M. L. (2008b). Reply to a letter by Dan Mayer. *The American Journal of Medicine* 121, e19.
- BRANCH, W. T. (2000). Supporting the moral development of medical students. *Journal of General Internal Medicine* 15, 503–508.
- BRANCH, W. T., FRANKEL, R., GRACEY, C. F. et al. (2009). A good clinician and a caring person: longitudinal faculty development and the enhancement of the human dimensions of care. *Academic Medicine* 84, 117–126.

- COULEHAN, J., WILLIAMS, P.C. (2001). Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Academic Medicine* 76, 598–605.
- FRIEDMAN, C. P. , GATTI, G. G., FRANZ, T. M. et al. (2005). Do physicians know when their diagnoses are correct? *Journal of General Internal Medicine* 20, 334–339.
- MUELLER, P. S. (2009). Incorporating professionalism into medical education: the Mayo clinic experience. *Keio Journal of Medicine* 58, 133–143.
- MÜHLINGHAUS, I., SCHEFFER, S., ANTOLIC, A., GADAU, J., ÖRTWEIN, H. (2007). Teamarbeit und Fehlermanagement als Inhalte des Medizinstudiums. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 24(4): Doc 184.
- SEXTON, J. B., THOMAS, E. J., HELMREICH, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Journal of Medicine* 320, 745–749.
- SMITH, K. L., SAAVEDRA, R., RAEKE, J. L., O'DONELL, A. A. (2007). The journey to creating a campus-wide culture of professionalism. *Academic Medicine* 82, 1015–1021.
- LEAPE, L. L. (2009). Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta* 404, 2–5.
- STEINERT, Y., MANN, K., CENTENO, A. et al. (2006). A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME guide no. 8. *Medical Teacher* 28, 497–526.

Autorin

Sonja Rinofner-Kreidl (Institut für Philosophie, Universität Graz), **Gabriele Werner-Felmayer** (Sektion für Biologische Chemie, Biozentrum und Bioethik-Netzwerk Ethucation, Medizin Universität Innsbruck)

Korrespondenzadresse:

Ao.Univ.-Prof. Dr. Sonja Rinofner-Kreidl, Institut für Philosophie, Karl-Franzens-Universität Graz, 8010 Graz, Heinrichstraße 26, Tel.: +43 316 380 2310
E-Mail: Sonja.rinofner@uni-graz.at