

Zusammenfassung

Es wird ein Modell der Ethikkonsultation vorgestellt, das wir im Bereich der Kinderpsychiatrie und Psychotherapie entwickelt und erprobt haben. Ausgangspunkt war die Suche nach einer Arbeitsform, die den beteiligten professionellen Kreisen vertraut ist und eine Nähe zu diskursiven Verfahren der Ethik aufweist. Dafür haben wir die Vorgehensweise des reflektierenden Teams gewählt und für unsere Fragestellung modifiziert. Der Konsultationsprozeß gliedert sich in 3 Phasen: 1. Präsentation des Problems, 2. Reflexion zunächst unter therapeutischer, dann unter ethischer Perspektive und 3. Evaluation der Reflexionen durch die Fallpräsentatorin/den Fallpräsentator und das gesamte Konsultationsteam. Das Modell bietet damit die Möglichkeit, sowohl ethische Dilemmata zu erörtern als auch zwischenbehandlungstechnischen und ethischen Problemen zu unterscheiden. Gleichzeitig werden ethische Grundprinzipien auf den Konsultationsprozeß selbst angewandt.

Fallbezogene ethische Reflexion

Ein Prozeßmodell zur Ethikkonsultation in der Kinderpsychiatrie und Psychotherapie

Christoph Höger¹, Stella Reiter-Theil², Ludwig Reiter³, Gaby Derichs¹, Monika Kastner-Voigt¹ und Thomas Schulz¹

¹ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen

² Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin

im Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

³ Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien

Ethische Fragen therapeutischen Handelns wurden im deutschsprachigen Raum bisher nur selten interdisziplinär diskutiert. In der Psychotherapie dominiert nach wie vor die schuleninterne Reflexion ethischer Probleme, die zumeist in der Form methodisch-technischer Diskurse erscheint. Dies bedeutet, daß normative Fragen therapeutischen Handelns eher implizit als explizit behandelt werden. Ein Beispiel dafür ist die Erörterung der richtigen therapeutischen Grundhaltung, die in der Familientherapie etwa unter dem Gesichtspunkt der Neutralität oder in der Psychoanalyse als Frage der Abstinenz oder Gegenübertragung diskutiert wird (Reiter-Theil 1989, 1993). Die explizite Diskussion ethischer Probleme konzentriert sich gegenwärtig noch immer zu sehr auf extreme Probleme wie den sexuellen Mißbrauch in der Therapie (Reimer 1991; Hutterer-Krisch 1996). Schulenübergreifende integrative Ansätze erscheinen demgegenüber konstruktiver (Reiter-Theil 1988). Ein Beispiel dafür ist die kritische Reflexion und Erprobung der Regel der Aufklärung und Informierten Zustimmung (Reiter-Theil et al. 1993; Eich et al., im Druck), die ursprünglich für die Biomedizin aus dem Prinzip des Respekts

vor der Autonomie der Patientin¹ abgeleitet und operationalisiert wurde (Beauchamp und Childress 1989; Faden und Beauchamp 1986). Auch in der Praxis der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung treten häufig Probleme auf, für deren Analyse und Bewältigung der 4-Prinzipien-Ansatz nach Beauchamp und Childress (1989) hilfreich ist. Das erste Prinzip betrifft den *Respekt* der Ärztin, Therapeutin oder Pflegenden *vor der Autonomie der Patientin*. Im zweiten Prinzip wird gefordert, daß die Behandlung der Patientin *nicht schaden* solle. Die Therapie solle der Patientin vielmehr *nützen*, verlangt das dritte Prinzip. Viertens wird die Forderung erhoben, daß im Gesundheitswesen *Gerechtigkeit* herrschen solle. Diese Prinzipien befreien nicht von ethischen Problemen. Sie sind jedoch sehr brauchbar, wenn es darum geht, zunächst nur undeutlich wahrgenommene Schwierigkeiten in klare Begriffe zu fassen und zu kommunizieren; nicht zuletzt dienen sie dazu, einander mit Gründen zu überzeugen, Kritik und Widerspruch zu formulieren.

Bei ethisch relevanten therapeutischen Problemen handelt es sich häufig um Konflikte zwischen grundsätz-

Dr. S. Reiter-Theil, Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin, Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Elsässer Straße 2m, Haus 1a, D-79110 Freiburg

¹ Wenn in der Folge aus Gründen der sprachlichen Einfachheit von der Patientin, Therapeutin etc. gesprochen wird, so sind immer auch Patienten, Therapeuten etc. gemeint

**Case-related ethical reflexions.
A systemic model of ethics consultation
in child psychiatry and psychotherapy**

Christoph Höger, Stella Reiter-Theil, Ludwig Leiter, Gaby Derichs,
Monika Kastner-Voigt and Thomas Schulz

Summary

We present a model of case-related ethical reflexions developed and evaluated in the fields of child psychiatry and psychotherapy. Basically we looked for an approach which contains two aspects: familiarity to the professionals involved and proximity to discursive forms of ethical considerations. Therefore, the reflecting team approach seemed ap-

propriate. We divided a modified version into three phases: (1) Presentation of the problem; (2) therapeutic and ethical reflexions; (3) evaluation of the reflexions. This model offers the opportunity to discuss ethical dilemmas as well as to discriminate between therapeutic and ethical problems. At the same time, basic principles of ethics are applied to as well as considered in the consultation process itself.

lich gleichrangigen ethischen Prinzipien, insbesondere um solche, die eine Verletzung des *Respekts vor der Patientenautonomie* zugunsten einer angestrebten *Schadensvermeidung* oder *Hilfeleistung* zum Inhalt haben. Von besonderer Bedeutung sind Schwierigkeiten mit der Einhaltung der Schweigepflicht bei unklaren *Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung* durch den Patienten (Beck et al. 1990; Pope und Vetter 1992). Diese Problematik wird an Hand der folgenden Kasuistik noch genauer ausgeführt.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten die genannten Probleme eine zusätzliche Verschärfung, weil wir es hier mit Patientinnen zu tun haben, die vor dem Gesetz noch nicht mündig sind und für die deshalb seitens der Erziehungs- bzw. Personensorgeberechtigten entschieden wird. Sowohl aus therapeutischen wie aus ethischen Gründen ist diese Rechtsgrundlage allein jedoch keine ausreichende Basis für eine angemessene therapeutische Haltung und ein förderliches therapeutisches Milieu (vgl. die UN-Konvention über die Rechte des Kindes: Cohen und Naimark 1991). Hinzu kommen die Besonderheiten, die sich aus einer stationären Aufnahme des Kindes oder der Jugendlichen ergeben, v.a. hinsichtlich des Eingriffs in die soziale Umwelt des

Minderjährigen. In jenen Fällen, in denen die stationäre Behandlung vom Kind oder seinen Angehörigen ambivalent oder negativ bewertet wird, wiegt die Verantwortung für die gesetzten Maßnahmen um so schwerer. Hier entstehen ethische Fragen oder Zweifel bereits im Vorfeld der Therapie bei der Indikationsstellung. Ob und wie gerade auch bei einer solchen ambivalenten Einstellung der Betroffenen zu einem Therapieangebot Ansatzpunkte für eine autonome Einwilligung oder aber für eine ethisch und therapeutisch begründete Verordnung im Interesse des Patienten gefunden werden können, bildete häufig die Ausgangsfragestellung einer „Ethik-konsultation“, über deren Entwicklung und Erprobung im folgenden berichtet werden soll.²

Mit der Darstellung und Diskussion eines Prozeßmodells zur fallbezogenen ethischen Reflexion soll ein Beitrag auf mehreren Ebenen geleistet werden:

- Sensibilisierung für ethische Fragen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen;

² Diese „Ethik-Konsultation“ fand 1994–1995 im Rahmen der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Göttingen, in Kooperation zwischen den Autoren statt

- Unterstützung der Reflexion und Kommunikation über ethische Fragen zwischen beteiligten Kolleginnen;
- Förderung eines professionenübergreifenden ethischen Dialogs in Kinderpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie;
- Entwicklung eines hierfür geeigneten Konsultationsmodells, das der in diesem Bereich üblichen Fallsupervision angeglichen ist;
- Transfer von Erfahrungen und Erkenntnissen in andere Bereiche der Medizin und der medizinethischen Diskussion.

**Das „reflektierende Team“
und seine Modifikation
für ethische Fragestellungen**

Im interdisziplinären Austausch über Ethik in der Psychiatrie, der Kinderpsychiatrie und verschiedenen Psychotherapieansätzen ist ein Mangel an praxisorientierten Arbeitsformen festzustellen. Die vorhandenen Strategien der Supervision werden zu meist ethisch uninformiert oder ethisch unreflektiert angewandt und haben – ihrem Auftrag gemäß – v.a. intrapsychische oder interpersonelle Schwierigkeiten zum Gegenstand. Ein ähnlicher Mangel zeigt sich auch bei Stationsbesprechungen im klinischen Alltag, die in ihrer herkömmlichen Form ebenfalls wenig zur Bearbeitung ethischer Probleme beitragen zu können. Um ein passendes Beratungsmodell, ein Modell der Ethik-konsultation zu entwickeln, sollte möglichst eine Arbeitsform zum Ausgangspunkt genommen werden, die in den beteiligten professionellen Kreisen eine gewisse Vertrautheit aufweist und somit einen Vorschub an Vertrauen erwecken kann. Hierfür kommt das „reflektierende Team“ in Frage, ein Verfahren, welches sich in der systemischen Therapie in den letzten Jahren als therapeutische Methode etabliert hat (Andersen 1987; Höger et al. 1994, 1995; Reiter et al. 1993). Dabei wird angestrebt, nicht direkt auf das Klientensystem einzuwirken, sondern diesem Reflexionen zur Verfügung zu stellen, die für Veränderungen genutzt werden können. Die Mitglieder des reflektierenden Teams richten sich nach folgenden Regeln:

1. Positive Konnotation d.h. dem Klientensystem werden keine negativen Absichten unterstellt, vielmehr werden Stärken und Ressourcen hervorgehoben;
2. die Reflexionen beziehen sich auf in der Sitzung angesprochene Themen;
3. Überlegungen werden nicht als therapeutische Gewißheiten vermittelt, sondern als Möglichkeit angeboten.

Ihre Überzeugungskraft verdankt diese Vorgehensweise – trotz der personell aufwendigen Rahmenbedingungen – sowohl der intellektuellen und therapeutischen Stimulation, die sie durch ihre besondere Kommunikationsform vermitteln kann, als auch der therapeutischen Haltung des Nichteingreifens in autonome Bereiche eines Beziehungssystems, die mit der konstruktivistischen Kritik am Interventionismus anderer Therapiemethoden zusammenhängt. Die Vorgehensweise des reflektierenden Teams schien auch deshalb geeignet, weil sie formal und methodisch eine Nähe zu diskursiven Verfahren der Ethik aufweist (Reiter-Theil 1995). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen und der vielseitigen Zusammenarbeit zwischen den Autoren dieses Beitrags in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapieforschung sowie Ethik wurde das Projekt konkretisiert, das reflektierende Team für die Bearbeitung therapeutisch-ethischer Probleme im Sinn einer Ethik-Konsultation zu modifizieren.³

Das Prozeßmodell

Bei der Modellentwicklung nahmen wir an, daß folgende Fragestellungen das Bedürfnis nach einer Ethikkonsultation hervorrufen könnten:

³ Die konkrete Ausarbeitung des Modells baute auf der Vorarbeit in dem Projekt „Die Kontraktphase in der Psychotherapie“ auf, an dem neben L. Reiter und S. Reiter-Theil auch H. Eich am Institut für Ehe- und Familientherapie, Wien, maßgeblich mitwirkte. In der Modellentwicklung waren phasenweise auch R. Dressel und G. Christ – bis 1995 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen bei S. Reiter-Theil an der Akademie für Ethik in der Medizin, Universität Göttingen – beteiligt

- ein Dilemma zwischen gleichrangigen, im konkreten Fall aber gegensätzlichen ethischen Prinzipien;
- eine Erkundung, welche ethischen Prinzipien entscheidungsrelevant sein können;
- schließlich Unklarheiten, ob es sich um behandlungstechnische Probleme, um ethische oder um eine Mischung aus beiden Problembereichen handelt.

Im Hinblick auf die letztgenannte Fragestellung sollte das Konsultationsmodell so gestaltet werden, daß es bereits durch seine strukturelle Anlage zu einer Klärung beitragen kann. Wir haben deshalb anfänglich folgenden Ablauf erprobt:

1. Eine Therapeutin stellte einen Fall vor, bei dem aus ihrer Sicht eine der genannten Problemstellungen vorlag.
2. Ein reflektierendes Team („therapeutisches RT“) erörterte im Sinn Andersens die Darstellung.
3. Ein weiteres Team („Ethik-RT“) ging auf ethische Implikationen ein, die anhand der Grundprinzipien Respekt vor Autonomie, Schadensvermeidung, Hilfeleistung und Gerechtigkeit durchgearbeitet wurden.
4. Anschließend hatte die Präsentatorin die Möglichkeit, für sie wichtige Aspekte der bisherigen Reflexion aufzugreifen.
5. Zum Abschluß fand eine Diskussion aller Teilnehmer (Präsentatorin, Mitglieder der beiden RT) statt, in der versucht wurde, den Prozeß zusammenfassend zu bewerten.

Dieses erste Arbeitsmodell erwies sich in 2 Aspekten als veränderungsbedürftig: Zum einen erschien es zweckmäßig, den Unterschied zwischen dem ursprünglich von Tom Andersen vorgeschlagenen RT-Setting (Arbeit mit Patienten) und der von uns entwickelten Methode der Peer-Supervision (ausschließlich professionelle Teilnehmer) zu beachten. Das Ersetzen der im RT gebräuchlichen Alltagssprache durch die unter Fachleuten übliche Sprache der Psychotherapie ermöglichte uns eine stärkere Ökonomisierung des Ablaufs. Dies gilt nicht für die Fachsprache der Ethik im engeren Sinne, die im Dialog mit klinisch Tätigen nicht vorausgesetzt werden sollte. Dafür empfiehlt sich vor Beginn der

Arbeit mit dem Modell eine Einführung der Beteiligten, am besten in Form einer Fortbildungsveranstaltung. – In den letzten Jahren wurden in Österreich – vereinzelt auch in Deutschland – verstärkt Initiativen zur Vermittlung ethischer Kompetenz für angehende Psychotherapeuten unternommen; einschlägige Konzepte und Erfahrungen wurden an anderer Stelle beschrieben (Reiter-Theil 1994). Die Aufgabe solcher Ethikkurse für Praktiker liegt v.a. darin, die Teilnehmer darin zu unterstützen, vorhandene ethische Kompetenz weiterzuentwickeln, konkrete Probleme mit ethischen Grundbegriffen – Prinzipien, Regeln, kognitiven Operationen wie systematischem Perspektivenwechsel u.a.m. – zu analysieren und einer Lösung näherzubringen. Dabei spielt die Verbindung von Theorie und Anwendung eine entscheidende Rolle für den Erfolg. – In der Modellentwicklung erwies sich jedoch die Diskrepanz zwischen der zunächst unstrukturierten ersten (fachinternen) und der strukturierten zweiten (ethischen) Reflexionsphase als störend. Wir modifizierten daraufhin das therapeutische RT, indem die respektvolle Grundhaltung, der unmittelbare Bezug auf das vorher Gesagte und die Reflexion in der Möglichkeitsform beibehalten wurden, zusätzlich aber als weitere Hilfe die Strukturierung der Reflexionsphase eingeführt wurde. Sie erfolgte anhand folgender Leitlinien:

1. Erörterung der diagnostischen Einschätzung („Ist etwas übersehen worden?“);
2. Reflexion bedeutsam erscheinender Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung;
3. Entwicklung therapeutischer Perspektiven und Lösungsansätze.

Für die Modifikation erwiesen sich die Erfahrungen mit dem „fokussierenden Team“ – einer von Reiter entwickelten Modifikation der ursprünglichen Methode nach Andersen, in der ein Fokus der Reflexionen gebildet wird – als hilfreich (Reiter 1991).

Nach einer Reihe von Durchgängen mit verschiedenen Varianten wurde das in Abb. 1 dargestellte Modell als die optimale Lösung bewertet und beibehalten.

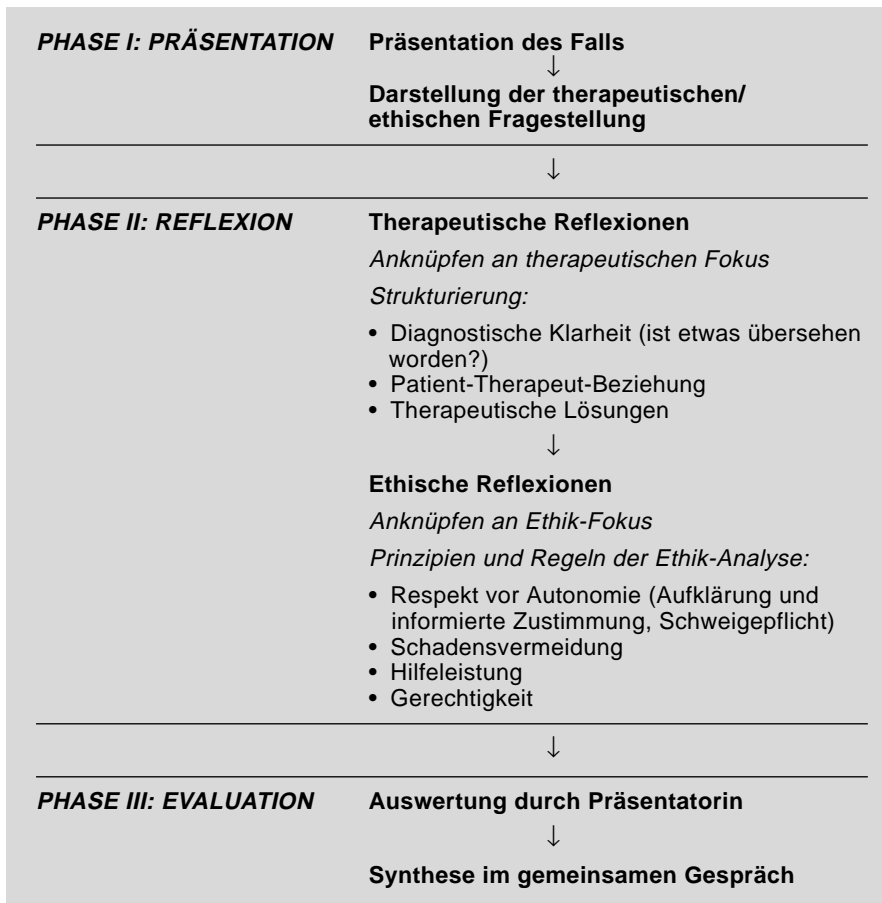


Abb. 1. Prozeßmodell

Der zeitliche Ablauf läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen so festlegen, daß für jede Phase des Prozesses etwa 10 min veranschlagt werden können. Sofern die Fallpräsentatorin mit dem Vorgehen noch nicht vertraut ist, benötigt sie eine vorherige Information über den gesamten Ablauf. Für Teams, die noch wenig gemeinsame Arbeitserfahrung haben, kann es hilfreich sein, wenn eine in dem Arbeitsmodell versierte Person die Sitzung moderiert. Wir schlagen vor, diesen strukturierten Prozeß mit voneinander getrennten Phasen in der dargestellten Weise durchzuhalten und den Reflexionsprozeß der beiden Teams nicht zu unterbrechen. Dies gilt auch für die Untergliederungen in der Reflexionsphase. Zusätzliche Rückkoppelungen scheinen uns nur dann erforderlich zu sein, wenn Mißverständnisse zu korrigieren sind oder wenn in der Reflexionsphase Ideen entwickelt werden, die durch Zusatzinformationen der Präsentatorin gestützt werden müssen.

Leitprinzip für die Anwendung des Modells ist das Prinzip des Respekts vor der Autonomie der den Fall präsentierenden Therapeutin. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen wird ihr nicht abgenommen werden; dies ist weder möglich noch wünschenswert. Die reflektierenden Kolleginnen stellen ihre Überlegungen in ähnlicher Weise zur Verfügung, wie dies Andersen für das RT vorgesehen hat. Aufgrund des ungewohnten Vorgehens (Trennung von therapeutisch-technischen und ethischen Fragestellungen in der Reflexionsphase; vgl. Phase II der Abbildung) halten wir es für sinnvoll, vor der Implementierung des Modells einen oder mehrere „Probelaufe“ durchzuführen. Dafür eignet sich nach unserer Erfahrung das Rollenspiel am besten (evtl. mit anschließender Analyse einer Videoaufnahme des Rollenspiels). Mit dem nachfolgenden Fallbeispiel soll das Prozeßmodell veranschaulicht werden.

Kasuistik

Eine 16jährige ausländische Jugendliche, die mit ihrer Großfamilie seit 4 Jahren in Deutschland lebt, stellte sich mit folgenden Beschwerden in der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik vor: Heftige, lang andauernde Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und ausgeprägte Angst vor dem Einschlafen, begleitet von der Vorstellung, bedroht zu sein. Sie erlebte sich innerlich zerrissen, was in folgenden Formulierungen zum Ausdruck kommt: „Wenn ich tue, was meine Eltern wollen, bin ich nicht ich selbst. Wenn ich aber das nicht tue, was meine Eltern wollen, bin ich keine gute Tochter.“ Grundlage für diesen heftigen innerpsychischen Konflikt waren zu einem wesentlichen Teil unterschiedliche kulturell bedingten Wertorientierungen – moslemischer Erziehungsstil einerseits und westlich orientiertes Lebensumfeld andererseits –, wodurch ihre Identitätsfindung und ihre soziale Orientierung sehr verunsichert und belastet wurden. Die Gespräche wurden von der Jugendlichen als Entlastungsmöglichkeit gewünscht, mußten aber vor der Familie geheim gehalten werden, da Verbote bestanden, über die familiäre Situation mit Fremden zu sprechen. Im Verlauf der Gespräche wurde bekannt, daß frühere Unfälle in suizidaler Absicht zustande gekommen waren, als die Jugendliche sich wertlos und in einer ausweglosen Lage erlebt hatte. Im Zusammenhang mit ihrer von der Familie beabsichtigten Verheiratung äußerte sie erneut suizidale Vorstellungen.

Die therapeutische Fragestellung der Präsentatorin an das Konsultationsteam lautete: Wie ist die Suizid drohung einzuschätzen? Rechtfertigt sie eine stationäre Aufnahme gegen den mutmaßlichen – und aus Gründen der Geheimhaltung nicht feststellbaren – Willen der Eltern? Was würde das für das therapeutische Setting bedeuten? Als ethisches Problem wurde die Frage präsentiert: Mischt sich die Therapeutin in kulturell bedingte, andersartige Erziehungsvorstellungen ein und entfremdet sie damit die Jugendliche ihrer Familie? Leistet sie einer möglichen Ausstoßung und den daraus resultierenden weiteren Identitätsproblemen Vorschub? Besteht Handlungsbedarf im Hinblick auf selbstschädigende Problemlösungsversuche der Jugendlichen? Wer soll diese Entscheidung treffen und die Verantwortung dafür übernehmen, zumal es um eine ambivalente Einstellung der Jugendlichen zwischen Familienloyalität und Autonomiebestrebungen geht?

Das therapeutische Team reflektierte Ausmaß und mögliche Implikationen der Suizidalität und gab zu bedenken, daß eine stationäre Aufnahme zur Entlastung und Hilfe für die Jugendliche beitragen würde. Die Vorbelastung und Verfestigung der Konfliktsituationen würde eine solche Maßnahme auch gegen den Willen der Eltern rechtfertigen, was dann vormundschaftsrichterlich geklärt werden müßte.

Das ethische Team vertrat die Auffassung, daß hier eine "Einmischung" gerechtfertigt und sogar geboten sei, da die Jugendliche ja ausdrücklich Hilfe gewünscht habe. Eine stationäre Aufnahme bedeute eine Hilfeleistung, zumal ein direkter Schaden infolge der Suizidalität zu vermeiden sei, der durch eine abwartende Haltung entstehen könnte. Der Respekt vor der Autonomie der Jugendlichen bleibe deutlich, indem ihrem Wunsch nach Selbständigkeit entsprochen werde. Daß die Familie – wie mitgeteilt wurde – medizinische Hilfe im engeren Sinn akzeptieren könne, lasse sich möglicherweise für eine Kooperation nutzen, indem die ärztliche Seite der stationären Behandlung der Familie deutlich vermittelt und in den Vordergrund gestellt werde.

Für die Therapeutin bedeutete die diagnostische Einschätzung des therapeutischen Teams eine wichtige Unterstützung, die ihr die Einleitung der empfohlenen Maßnahmen erleichterte. Bei der ethischen Reflexion waren für sie v.a. der Hinweis auf das Recht und die Pflicht zur Einmischung sowie die Anmerkungen zu den Autonomiebestrebungen der Jugendlichen hilfreich. Das Prinzip der Schadensvermeidung verdeutlichte die Notwendigkeit, bei der Einleitung von Hilfsmaßnahmen mögliche Auswirkungen zu beachten, die aus dem Ausbleiben solcher Hilfen resultieren könnten. Insgesamt wurden durch die Konsultation die eigenen Ambivalenzen der Therapeutin in der therapeutischen Arbeit geklärt und neue Handlungsoptionen eröffnet: Eine stationäre Behandlung der Jugendliche kam zustande, der letztlich auch die Eltern zustimmen konnten.

Fazit für die Praxis

Die Entwicklung dieses Konsultationsmodells in Anlehnung an Fallsupervisionen zielt über die Differenzierung zwischen medizinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen und ethischen Fragen auf die Sensibilisierung und Reflexion ethischer Aspekte therapeutischen Handelns. Wir haben das Modell im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erprobt. Dieses Fachgebiet erweist sich schon durch die hohe Komplexität des Hilfesystems als anfällig für ethische Dilemmata, welche meist die Frage betreffen, ob eine beabsichtigte Hilfeleistung oder Schadensvermeidung Vorrang vor der Achtung der Autonomie der Patienten haben soll. Dabei erschwert die Vielzahl der beteiligten Personen und Institutionen mit ihren unterschiedlichen Interessen und Einflüssen klare Antworten auf die Frage, wer jeweils Auftraggeber für welchen Auftrag ist. Eingriffe in die soziale Umwelt der Betroffenen – z. B. durch Fremdplatzierung – sind gegen mögliche andere Vorstellungen und Bedürfnisse des Kindes und seiner Angehörigen abzuwägen. Angesichts knapper therapeutischer Kapazitäten und Wartelisten kann es aber auch um Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gegenüber Patientinnen gehen, bei denen eine qualifizierte Hilfeleistung indiziert ist.

Die Indikationsstellung oder der Sinn einer Ethikkonsultation setzt bei den Beteiligten eine grundsätzliche Sensibilität für ethische Fragen voraus, indem Verletzungen ethischer Werte oder ein Dilemma zwischen gleichwertigen ethischen Prinzipien erkannt werden und in eine hierauf fokussierende Konsultation eingebracht werden. Aber auch dann, wenn in einer Fallbesprechung die Bearbeitung der üblichen therapeutischen Parameter nicht zu zufriedenstellenden Entscheidungen über das weitere Vorgehen führt, kann eine Ethikkonsultation nützlich sein, indem zwischen therapeutischen und ethischen Kriterien differenziert wird und damit

neue Perspektiven eröffnet werden. Wenn also eine Problemkonstellation an der Schnittstelle zwischen Kinderpsychiatrie bzw. Psychiatrie oder Psychotherapie auf der einen Seite und Ethik auf der anderen Seite vorliegt, sind nach unserer Erfahrung folgende Voraussetzungen notwendig, um das vorgeschlagene Konsultationsmodell anzuwenden:

- Die Mitglieder der Teams sollten über Erfahrungen mit Reflexionstechniken verfügen.
- Einzelne Mitglieder sollten Kompetenzen bezüglich ethischer Problemanalyse und Beratung haben.
- Es müssen ethische Leitlinien verfügbar sein.
- Der Gruppenprozeß muß Vertraulichkeit gewährleisten.
- Die Teilnehmer sollten sich den zugrundeliegenden ethischen Prinzipien verpflichtet fühlen.

Die Grundhaltung in der Konsultation ist dann gekennzeichnet durch eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung in respektvollem Dialog. Die reflektierenden Gruppenmitglieder nehmen gegenüber der Fallpräsentatorin keine moralisierende oder anderweitig entwertende Position ein, ohne dabei problematische Aspekte oder Lücken aus den Augen zu verlieren. Die Reflexion und Kommunikation über therapeutische und ethische Fragen zwischen den beteiligten Kolleginnen wird dabei durch den Stil und die Regeln des reflektierenden Teams auf wertschätzende Weise unterstützt. Die Orientierung an den 4 ethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress erhält dem Prozeßmodell eine weitgehende Offenheit des Diskurses. Zu weiteren Vorzügen zählen wir den strukturierten Ablauf, wodurch in begrenzter Zeit ein komplexes Geschehen in relevante und unterscheidbare Aspekte gegliedert werden kann. Unsere Erfahrungen mit diesem Modell belegen, daß die unterschiedlichen Grundberufe der Mitglieder kein kommunikatives Hindernis darstellen müssen (Ärztin, Psychologin, Sozialwirtin u.a. – von Expertinnen für Ethik abgesehen). Wir nehmen daher an, daß un-

sere Vorgehensweise auch von anderen zusammengesetzten Arbeitsgruppen übernommen werden kann, was – bei Akzeptanz der beschriebenen Grundhaltung – der Förderung eines professionen- und schulübergreifenden ethischen Dialogs in Psychotherapie und Psychiatrie hilfreiche Perspektiven eröffnen könnte. Anwendungen in verwandten psychosozialen Hilfesystemen sind daher gut vorstellbar, sofern Teamressourcen im Hinblick auf die genannten Standards verfügbar sind. Wir denken an Einsatzmöglichkeiten in psychiatrischen Einrichtungen, Beratungsstellen und Qualitätszirkeln. Nutzanwendungen des Modells im pädagogisch-didaktischen Einsatz bei Aus-, Weiter- und Fortbildungen können Lernprozesse fördern, indem die Ausbildungskandidatinnen durch

teilnehmende Beobachtung den Prozeß der stufenweisen Klärung fachlich-ethischer Problemkonstellationen verfolgen können (Reiter-Theil 1994). Schließlich kann ein Transfer solcher Erfahrungen und Erkenntnisse in andere Bereiche der Medizin und der medizinethischen Diskussion neben bereichsspezifischen Gesichtspunkten auch allgemeine Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen fördern: Sensibilisieren, Motivieren, Orientieren, Argumentieren, Entscheiden, Handeln (Kahlke und Reiter-Theil 1995). So können durch Dialoge, die die ethischen Grundprinzipien auf sich selbst rückbeziehen, Ressourcen aktiviert werden, die zur Autopoiese eines gemeinsamen Wertesystems in helfenden Berufen beitragen.

Literatur

- Andersen, T (1987) The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process* 26:415–428
- Beauchamp TL, Childress JF (1989) (eds) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, Oxford, New York
- Beck JC (Ed) (1990) Confidentiality versus the duty to protect. Foreseeable harm in the practice of psychiatry. American Psychiatric Press, Washington, DC, London
- Cohen CP, Naimark H (1991) United Nations convention on the rights of the child. *Am Psychol* 46:60–65
- Eich H, Reiter L, Reiter-Theil S (im Druck) Informierte Zustimmung in der Psychotherapie – einmalige Handlung oder kontinuierlicher Prozeß? *Psychotherapeut*
- Faden R, Beauchamp TL (1986) A history and theory of informed consent. Oxford University Press, Oxford, New York
- Höger C, Temme M, Reiter L, Steiner E (1994) The reflecting team approach: convergent results of two exploratory studies. *J Fam Therapy* 16:427–437
- Höger C, Temme M (1995) Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team. Eine Annäherung an Wirksamkeit und Wirkungsweise. *System Familie* 8:51–61
- Hutterer-Krisch R (1996) (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien
- Kahlke W, Reiter-Theil S (Hrsg) (1995) *Ethik in der Medizin*. Enke, Stuttgart
- Pope KS, Vetter VA (1992) Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association. National survey. *Am Psychol* 47:397–411
- Reimer C (1991) Ethik in der Psychotherapie. In: Pöldinger W, Wagner W (Hrsg) *Ethik in der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 127–147
- Reiter L (1991) Vom „Reflektierenden Team“ zum „Fokussierenden Team“. Eine Weiterentwicklung der Idee Tom Andersens. *System Familie* 4:119–120
- Reiter L, Steiner E, Ahlers C, Vogel RM, Wagner H (1993) Das reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. *System Familie* 6:10–20
- Reiter-Theil S (1988) Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Reiter-Theil S (1989) Therapeutische Neutralität in der Paar- und Sexualtherapie. *Ethik Med* 1:99–107
- Reiter-Theil S (1993) Wertfreiheit, Abstinenz und Wertfreiheit? Normative Aspekte der Psychoanalyse und Familientherapie. In: Eckensberger L, Gähde U (Hrsg) *Ethische Norm und empirische Hypothese. Beiträge zum Forschungsschwerpunkt Ethik – interdisziplinärer Ethikdiskurs der Deutschen Forschungsgemeinschaft*. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S 302–327
- Reiter-Theil S (1994) Praktische Fälle und ethische Prinzipien. *Ethik-Blockseminare in der Weiterbildung zur Familientherapie sowie Psychotherapie/Psychosomatik*. *Ethik Med* 6:71–76
- Reiter-Theil S (1995) Von der Ethik in der Psychotherapie zur patientenorientierten Medizinethik. Das Modell Patientenforum Medizinische Ethik. *Psychosozial* 18:25–33
- Reiter-Theil S, Reiter L, Eich H (1993) Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 42:14–20