

# Ethische Fragen in der genetischen Beratung

Was leisten Konzepte wie „Nichtdirektivität“ und „ethische Neutralität“ für die Problemlösung?

Stella Reiter-Theil

## 1. Problemstellung: implizite oder explizite Ethik?

### *Fallbeispiel*

„Bei einem 38jährigen Mann wurde eine Chorea Huntington diagnostiziert, jene hirnatrophische Form des ‚Veitstanzes‘, deren Verlauf über zusätzliche fortschreitende Veränderungen schließlich in eine hochgradige Demenz mündet. Die Ärztin in der humangenetischen Beratung klärt den Patienten, der noch drei jüngere Geschwister hat, darüber auf, daß diese Erbkrankheit meist zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr auftritt und bei weiteren Geschwistern noch zum Ausbruch kommen kann. Der Patient versagt seine Zustimmung zur Weitergabe der Diagnose an seine Geschwister.“ (Das Fallbeispiel findet sich bei Kahlke, 1995, 60).

Für die Ärztin werden dadurch mehrere ethische Fragen und Probleme aufgeworfen: Hat der Patient das Recht, sein Wissen um das Erkrankungsrisiko der Geschwister für sich zu behalten? Ist sie vielleicht - trotz seiner Weigerung - dazu verpflichtet, die Angehörigen ihrerseits zu informieren, nachdem ihre Versuche,

den Patienten zu überzeugen, gescheitert sind? Kann sie die Geschwister des Patienten ohne Angabe von Einzelheiten zu einer genetischen Familienuntersuchung auffordern? Oder wäre es eine bessere Lösung, den Hausarzt des Patienten - wiederum gegen dessen erklärten Willen - über die Diagnose zu informieren und ihm das weitere Vorgehen zu überlassen? Welche Verantwortung erwächst für die Ärztin angesichts der Tatsache, daß die Geschwister des Patienten - ebenso wie er selbst - in der nächsten Zeit Kinder bekommen wollen, die selbst auch ein genetisches Risiko, als Erwachsene an Chorea Huntington zu erkranken, haben?

Das geschilderte Fallbeispiel ist geeignet, die Fülle ethischer Fragen, mit denen Berater und Betroffene in der genetischen Beratung konfrontiert sind, zu veranschaulichen. Zugleich wird erkennbar, daß diese Fragen Herausforderungen für gängige Konzepte wie „Nichtdirektivität“ oder „Neutralität“ in der Beraterrolle aufwerfen.

Nachdem das Konzept der Nichtdirektivität lange Zeit eine zentrale Orientierungsfunktion für die Rolle des genetischen Beraters innehatte (Wertz u.a. 1988, 1990), kommen zunehmend Zwei-

fel daran auf, ob diese beratungstechnische Regel tatsächlich angemessen sei (Clarke 1991, Wolff/Jung 1994; Yarborough u.a. 1989; Reiter-Theil 1995). Die Kritik setzt dabei an verschiedenen Punkten an:

1. Das Konzept der Nichtdirektivität sei für die genetische Beratung zu wenig ausgearbeitet und wegen seiner Vagheit und Widersprüchlichkeit schwer umsetzbar.
2. Eine nichtdirektive Haltung berücksichtige zu wenig die Verpflichtung des Beraters, den Ratsuchenden zu helfen.
3. Die verbreitete Berufung auf die Regel der Nichtdirektivität stelle den mehr oder weniger bewußten Versuch dar, ungeklärte Fragen der ethischen Orientierung in der genetischen Beratung mit Hilfe einer „technischen“ Regel zu beantworten.

Aus diesen drei Kritikpunkten folgt, daß eine weitergehende Auseinandersetzung mit ethischen und praktischen Problemen der genetischen Beratung erforderlich ist, die in diesem Beitrag verfolgt werden soll. Zielsetzung ist dabei, einen Beitrag zu einer expliziten ethischen Reflexion der Beratung zu leisten.

## 2. Nichtdirektivität in der Psychotherapie – Entstehungszusammenhang und ethische Bedeutung

Um beurteilen zu können, welche Bedeutung dem Konzept der sog. Nichtdirektivität in der humangenetischen Beratung zukommen soll, bedarf es der Klärung, aus welchen theoretischen und praktischen Zielsetzungen heraus die Einführung dieser „technischen“, aber

auch implizit ethischen Regel erfolgte. Die sog. Humanistische Psychotherapie, zu der zahlreiche Orientierungen wie die von Rogers begründete klientenzentrierte Psychotherapie (auch Gesprächspsychotherapie), die Gestaltpsychotherapie, die Transaktionsanalyse u.v.a. gehören, wird – gegenüber der klassischen Psychoanalyse und dem Behaviorismus, aus dem sich die Verhaltenstherapie ableitet – als „dritte Kraft in der Psychotherapie“ bezeichnet (Quitmann 1985).

Die sog. *Nichtdirektivität* ist eine der drei Grundregeln, die Rogers der damals neuen Orientierung zugrunde legte. Sie ist untrennbar verbunden mit der zweiten

Ethische Fragen in der genetischen Beratung

### Die Autorin

Stella Reiter-Theil, Dr. rer. soc., Dipl.-Psych.; Doppelstudium der Philosophie und Psychologie an der Universität Tübingen; Auslandsaufenthalt: Universitätsklinik für Psychotherapie und Tiefenpsychologie Wien; Heinz-Maier-Leibnitz-Preis der DFG für Praktische Philosophie; seit 1986 Lehraufträge für Ethik in der Medizin und Psychologie an deutschen und österreichischen Universitäten; 1990 bis 1995 Aufbau der Akademie für Ethik in der Medizin an der Universität Göttingen als Generalsekretärin und Initiative zahlreicher Projekte, u.a.: Aus- und Fortbildung der Ethik in der Medizin, Ethik-Diskurs mit Patienten, Informed Consent und Dokumentation; seit 1995 Forschungsreferentin am neu gegründeten Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin, Klinikum der Universität Freiburg; verantwortlich für nationale und europäische Projekte, z.B. „Ethik in der Forschung an Neugeborenen“ und „Europäisches Datenbank-Netz“; Entwicklung von Curricula und Unterrichtsmaterial für die Lehre der Medizin-Ethik und Modelle der Ethik-Konsultation in der Praxis. Buchpublikationen: Ethik in der Medizin, gemeinsam mit W. Kahlke (Hg.), Stuttgart 1995; Informed Consent in Psychiatrie, gem. mit H.G. Koch/H. Helmchen (Hg.), Baden-Baden 1996. Anschrift: Zentrum Ethik und Recht in der Medizin im Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Elsässer Straße 2m/Haus 1a, D-79110 Freiburg, Deutschland.

Regel der *Echtheit* des Therapeuten oder Beraters (auch *Kongruenz* mit sich selbst oder *Authentizität* genannt) und der dritten Regel der *positiven Wertschätzung*, des

Akzeptierens, der emotionalen Wärme in der therapeutischen Grundhaltung dem Klienten gegenüber. In dieser Trias von Regeln liegen Spannungen bzw. Konflikte, die der Praktiker durch bestimmte Vorgehensweisen zu handhaben lernen soll. Spannungen können sich insbesondere zwischen der Forderung nach Wärme und Akzeptieren des Klienten und gleichzeitiger Forderung nach Echtheit des Therapeuten bilden. Jeder Behandelnde oder Beratende weiß, daß es nicht immer gelingt, Klienten oder Patienten emotional anzunehmen. Wieviel Echtheit ist dann noch richtig oder therapeutisch? Eine weitere und für unsere Frage hier wichtige Quelle von Spannungen und Konflikten liegt zwischen der Regel der Echtheit und der Nichtdirektivität. Nichtdirektiv zu sein bedeutet ja, dem Gegenüber keine Richtung vorgeben zu wollen, jedenfalls nicht in einer Weise, die den anderen einschränken würde, seinen eigenen Weg zu finden.

### 3. Übertragung der Nichtdirektivität auf die genetische Beratung

#### 3.1. Motive der Übertragung

Läßt sich diese Regel im Kontext der humangenetischen Beratung begründen bzw. übertragen (Schmidtke und Wolff 1991)? Welches Interesse wird mit der Berufung auf dieses Konzept verbunden? Soll ein Bollwerk gegen die Dominanz – oder gegen den Vorwurf der Dominanz – der Experten errichtet werden, die in der genetischen Beratung womöglich nicht nur medizinische, sondern auch stellvertretend moralische Kompetenz beanspruchen könnten? Wird mit der Übernahme der nichtdirektiven Haltung die Hoffnung

verbunden, sich in der Beraterrolle gegen die Verführung zu schützen, dem nicht selten von Klientenseite vorgebrachten Wunsch nach Entscheidungshilfe, ja nach Entscheidung, zu entsprechen? Welchen Einfluß hat die problematische Rolle, die die Genetik in Deutschland, aber auch in anderen Ländern im Zusammenhang mit eugenischen und rassistischen Verbrechen der Nationalsozialisten gegen die Menschlichkeit gespielt hat (Tröhler/Reiter-Theil 1997)?

Diese Gründe für eine Orientierung an Nichtdirektivität, die alle eine gewisse Plausibilität besitzen, lassen darauf schließen, daß es hier nicht nur um praktisch-methodische Aspekte im Sinne der Technik von Beratung geht. Die Orientierung an der Nichtdirektivität als „technische“ Leitlinie der Grundhaltung in der Beraterrolle geht einher mit zahlreichen ethischen Implikationen, die der Begriff gleichsam nebenbei transportiert. Der Nachteil hierbei ist, daß bloß implizite, also unausgesprochene ethische Bedeutungen des Begriffes keinen Beitrag leisten

- zur gezielten ethischen *Reflexion* der Probleme der Beratung,
- zur *Kritik*,
- zur *Begründung* ethischer Beurteilung oder
- zur *Auflösung von Widersprüchen*.

#### 3.2. Ethische Implikationen

Welche ethische Bedeutung hat die Orientierung am Konzept der Nichtdirektivität in der genetischen Beratung? Am deutlichsten erscheint hier der Aspekt der Zurückhaltung: Ein nichtdirektiver Berater ist bemüht, nicht in Entscheidungen des Ratsuchenden einzugreifen, diese nicht einmal zu beeinflussen. Positiv ausgedrückt, entspricht dies der Achtung vor

der Selbstbestimmung des Klienten. Zugleich wird mit dieser Zurückhaltung eine Sicherung vor möglichen Fehlurteilen oder Fehlentscheidungen des Beraters eingebaut, die beim Verlassen der nichtdirektiven Linie erfolgen könnten. Ethisch gesprochen, bedeutet dies eine Maßnahme zur Vermeidung von möglicherweise aus der Beratung für die Ratsuchenden erwachsendem Schaden. Eher indirekt läßt sich auch noch das Motiv erschließen, die Beratung im besten Interesse der Klienten durchzuführen. Dies setzt die Annahme voraus, daß unbeeinflusste, freie Entscheidungen der Klienten auch am ehesten umgesetzt und gelebt werden können, während nicht frei zustande gekommene Entscheidungen unter Umständen mit nachfolgenden Schwierigkeiten für die Beteiligten verbunden wären. In ethischen Begriffen wäre dies das Interesse, zum Wohl der Ratsuchenden zu handeln. Genau diese Orientierung scheint aber, wenn sie ausgeprägt ist, paradoxerweise meist mit einer entgegengesetzten, nämlich einer aktiven oder direkten Haltung verbunden zu sein.

Eine inhaltliche Definition des „Wohls“ der Beteiligten und direkt oder indirekt von Entscheidungen Betroffenen dürfte jedoch im Kontext der genetischen Beratung nur schwer oder gar nicht vom Beraterstandpunkt zu erwarten sein. Das Wohl kann m.E. nur mit den Beteiligten gemeinsam erwogen oder retrospektiv rekonstruiert und nachvollzogen werden. Genau hierin liegen auch Ursprung und Begründung der Regel der Nichtdirektivität: Aus der Erkenntnis der Grenzen des Beraters, vorher zu wissen, was sich für die Klienten später als das Beste erweisen werde, soll er sich hüten, einzugreifen oder Einfluß zu nehmen. Im Vorgriff auf das Kommende zu werten, zu

wählen oder zu entscheiden, kann daher Betroffenen nicht abgenommen werden und gehört nicht in die „technische“ oder Fachkompetenz des genetischen Beraters im engeren Sinne, jedenfalls nicht unter dem Aspekt der Nichtdirektivität.

### 3.3. Gegenargumente

Gegen eine allzu optimistische Übertragung der Nichtdirektivität auf medizinische Kontexte, hier auf die humangenetische Beratung, spricht jedoch die Erfahrung, daß gerade auch in der Praxis psychologischer und psychotherapeutischer Beratung (von wo die Regel „entlehnt“ wurde) Nichtdirektivität nicht selten als unzureichend erlebt wird - etwa bei Beziehungsproblemen, Konflikten in der Familie, Erziehungsschwierigkeiten oder sexuellen Störungen, wo es anders als in der Medizin nur selten um Leben oder Tod, sondern meist um Lebensqualität, um Lebensstile und Lebensziele geht. Der ausdrückliche Wunsch von Ratsuchenden nach Entscheidungshilfe, nach einer neuen Richtung, die aus der Sackgasse heraus führt, ja, nach Wertvorstellungen, auf die man von allein nicht gekommen wäre, wird von Beratern, die allzu streng nach der Regel der Nichtdirektivität vorgehen, nicht genügend ernst genommen. Diese Tendenz einer regelbewußten Frustration des Klientenwunsches nach Orientierung oder Anlehnung wurde nach den Ergebnissen einer katamnesticen Untersuchung, insbesondere bei eher oberflächlich in das „technische Instrumentarium“ eingeführten Beratern ohne entsprechende Weiterbildung sichtbar (Reiter-Theil u.a. 1985a, 1985b). Dieser Befund dürfte auch für die Planung der Weiterbildung genetischer Berater im Hinblick auf psychosoziale und ethische Kompetenz relevant sein.

Die genannten Argumente gegen eine einfache Übertragung der Regel der Nichtdirektivität auf die humangenetische Beratung lassen sich durch den Hinweis noch verschärfen, daß die humangenetische Beratung - anders als die psychologische oder psychotherapeutische Beratung in den meisten Fällen - zu einem wesentlichen Teil aus der Vermittlung von *Information* besteht (Reif und Baitsch 1986). Während in der psychologischen oder psychotherapeutischen Beratung charakteristischerweise die Förderung neuer intrapsychischer und interpersoneller Möglichkeiten, neuer Sichtweisen und Kompetenzen angestrebt wird, die nicht auf quantitative, intersubjektiv prüfbare empirische Daten zurückgehen, liegt es im Wesen der Informationsvermittlung, neue Fakten und Zusammenhänge des Fachgebietes darzustellen, Irrtümer oder falsche Vorannahmen aufseiten der Ratsuchenden zu korrigieren. Für die auf die *Informationsvermittlung* bezogene *Komponente* der humangenetischen Beratung kann daher eine Regel wie die Nichtdirektivität keine Anwendung finden. Ebenso wenig können in diesem Kontext relevante Informationen, etwa über ein genetisches Risiko samt damit angesprochenen Handlungskonsequenzen für die betreffenden Familienmitglieder (emotional oder moralisch) „neutral“ sein. Bereits der Kontext und die Art der Aufklärung bestimmen wesentliche Aspekte der Nicht-Neutralität von einzelnen Informationseinheiten. Für eine weitere Komponente der humangenetischen Beratung, in der angestrebt wird, zusätzlich zu der Informationsvermittlung zu einer guten und selbstverantwortlichen Entscheidung der Klienten über mögliche Optionen beizutragen, gelten analog die gleichen Überlegungen,

Möglichkeiten und Einschränkungen einer neutralen Haltung wie in der psychologischen oder psychotherapeutischen Beratung (Reiter-Theil 1988, 1989, 1993). Für diese *Komponente der Entscheidungshilfe* des Beratenden wäre zu wünschen, daß ein Transfer aus der psychologischen Beratungswissenschaft, einschließlich der empirischen Evaluation, in die Konzeptbildung und Praxis der humangenetischen Beratung hinein stattfinden möge. Genetische Beratung sollte drei Stützen haben: die *genetische*, die *psychosoziale* und die *ethische Kompetenz*.

#### 4. Konstellationen ethischer Reflexion und Kommunikation in der Beratung

Für die Beurteilung der Frage der Neutralität des Beraters ist es wichtig, unterschiedliche Konstellationen ethischen Bewußtseins bei beiden an der Beratung beteiligten Parteien zu unterscheiden. Es sind im wesentlichen vier Konstellationen, die hier auftreten können. In der ersten Konstellation stimmen beide Seiten darin überein, daß zu diesem Zeitpunkt der Beratung bzw. Entscheidungsfindung *keine spezielle ethische Frage zur Diskussion steht* (1). Diese Übereinstimmung mag stillschweigend oder sogar unbewußt zustandekommen. Eine weitere Konstellation, in der sich Berater und Klienten oder Patienten einig sind, ergibt sich dann, wenn beide die Auffassung teilen, daß die Inhalte der Beratung und mögliche Behandlungsoptionen *wichtige ethische Implikationen* haben (2), wobei die Meinungen darüber auseinandergelassen werden können, ob diese in der Beratung diskutiert werden können und sollen. Die Übereinstimmung über das Vorhandensein ethischer Probleme oder auch über

die Notwendigkeit, diese zu bearbeiten, bedeutet jedoch nicht notwendigerweise auch eine Einigkeit in der Einschätzung und Bewertung der ethischen Fragen. Im Fall eines ethischen Dissenses wird die Besprechung dieser Themen durch den Berater mit besonderem Einfühlungsvermögen und Taktgefühl zu handhaben sein. Eine Konstellation eindeutiger Uneinigkeit entsteht dann, *wenn der Berater ein ethisches Problem sieht, der Klient jedoch nicht* (3) - *oder umgekehrt* (4). Im letzteren Fall kann der Berater versuchen, dem Klienten dabei zu helfen, sein ethisches Problem zu verstehen und zu lösen. Wenn der Berater mit Wünschen oder Verhaltensweisen des Klienten ethische Probleme hat, besteht diese Möglichkeit nicht. Es kann dann mitunter besser sein, wenn der Berater den Fall abgibt oder einen ethisch kompetenten Kollegen hinzuzieht. Diese *Konstellation der Nichtüberein-*

*stimmung* dürfte eine der schwierigsten Herausforderungen für die genetische Beratung darstellen, in der sowohl die Frage der Neutralität als auch der Identität in der Beraterrolle aufgeworfen wird.

## 5. (Wie) Läßt sich in der Beratung über ethische Fragen sprechen?

Ob und unter welchen Bedingungen ein Berater mit Klienten oder Patienten über die ethische Dimension der genetischen Beratung und der in Frage kommenden Optionen sprechen soll, läßt sich nicht mit einem einfachen *Ja* oder *Nein* beantworten. Zwischen diesen beiden radikalen Positionen sind zwei mildere Varianten denkbar: „*nein, außer ...*“ sowie „*ja, außer ...*“ Diese Positionen sind in der folgenden Tabelle zusammen mit den Begründungen bzw. Risiken aufgeführt.

### Mit Klienten über ethische Probleme sprechen?

<i>Einstellung</i>	<i>Begründung</i>	<i>Risiken</i>
(1) Nein, niemals!	Respekt vor der Selbstbestimmung und Privatsphäre des Patienten; wertneutrale Medizin	Versäumnis, Nihilismus
(2) Ja, in jedem Fall!	Ethik kann nicht von der Aufgabe der Gesundheitsfürsorge getrennt werden; Identität; Transparenz	Moralisieren, Paternalismus
(3) Nein, außer wenn die Integrität des Beratenden bedroht ist.	Selbstschutz des Beratenden, Identität (s. 1)	s. 1 und 2
(4) Ja, wenn die Klienten es nicht ablehnen	(s. 1 und 2), bessere Möglichkeit der Entscheidungsfindung	Überforderung der Klienten

Tabelle 1

Die erste Position kann als ein radikal-liberaler Ansatz betrachtet werden, nicht in die Selbstbestimmung oder Privatsphäre des Patienten einzudringen, nicht einmal durch die Infragestellung seiner Wünsche und Präferenzen. Risiken einer solchen Haltung liegen darin, daß ein wichtiges ethisches Problem übersehen oder vernachlässigt werden könnte und infolgedessen auch nicht im besten Interesse des Patienten behandelt und gelöst würde. In bezug auf die humangenetische Beratung kann ein solcher Ansatz Tendenzen eines therapeutischen oder ethischen Nihilismus fördern oder zumindest solche Kritik von außen hervorrufen. In den Geisteswissenschaften ist eine zunehmende Bereitschaft zu erkennen, das Konzept der wertfreien Wissenschaft in Frage zu stellen. In der Medizin sieht die Situation eher zweideutig aus: Es gibt nach wie vor einen beträchtlichen Teil medizinischer Praxis, der durch den Versuch, Werte und Ethik auszuschließen, gekennzeichnet ist, zumindest im direkten Kontakt mit dem Patienten. Im Sinne der hippokratischen medizinischen Tradition und auch im Lichte der modernen Medizin mit ihrer lebhaften ethischen Diskussion wird hingegen eher die Sichtweise unterstützt, daß die Heilberufe insgesamt nicht von ihrer inhärenten ethischen Dimension getrennt betrachtet werden dürfen. Konsequenterweise kann diese Position mit Werten wie Transparenz, Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber dem Patienten gerechtfertigt werden, ebenso wie mit der Notwendigkeit des Beraters, seine eigene heilberufliche Identität zu bewahren. Dieser Ansatz bringt allerdings die Risiken einer Moralisierung der medizinischen Dienstleistungen mit sich. Es besteht auch das Risiko, eine Atmosphäre von medizinischem oder

moralischem Paternalismus zu schaffen, wenn diese Vorgehensweise mit dem Anspruch des Beraters auf moralische Autorität verknüpft wird, die zudem mit einer medizinisch-fachlichen Überlegenheit durch Wissensvorsprung gekoppelt ist. Die dritte Position kann als eine eher defensive Haltung charakterisiert werden: Nur dann, wenn sich der Berater durch die ethischen Implikationen oder Folgen des Beratungsprozesses in seinen Wertvorstellungen empfindlich getroffen fühlt, soll er die Besprechung dieser ethischen Fragen mit dem Klienten herbeiführen. Die Gründe für diese Position korrespondieren mit denen der Position 1, die Risiken entsprechen jenen der Positionen 1 und 2. Die vierte und letzte Position stellt eine mildere Variante der Position 2 dar und besagt, daß die Besprechung ethischer Aspekte der Beratung oder Behandlung zur Ausübung der Medizin und der Heilberufe gehört, jedoch nicht ohne das Einverständnis des Patienten oder Klienten erfolgen solle. Zu den Gründen für diesen Ansatz, die mit denen für Position 1 und 2 korrespondieren, gehört das Ziel, eine bessere Grundlage für die anfallenden Entscheidungen auf Klientenseite zu schaffen. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr, Klienten oder Patienten zu überfordern; das Risiko der Moralisierung oder einer paternalistischen Bevormundung erscheint aber eher gering, sofern eine fehlende Bereitschaft des Klienten zur Besprechung ethischer Fragen respektiert wird. Insgesamt ist diese Position die am besten begründete unter den vier möglichen.

## 6. Ein differenziertes Modell der „Neutralität“ für die Beratung

Die Annahme der Regel der Nichtdirektivität, die Versuche der Vermeidung des medizinischen Paternalismus und vor allem das Bemühen, die Wünsche der Patienten in Beratung und Behandlung nicht zu moralisieren, haben zu einer *Rhetorik der Neutralität* beigetragen, in der diese als eine ideale, respektvolle und geradezu überlegene Grundhaltung ausgewiesen wird (Reiter-Theil, 1989). Auf der Basis der Analyse der Konstellationen für ethi-

sche Reflexion und Kommunikation sowie der verschiedenen Optionen, über die ethische Dimension der Beratung mit Klienten zu sprechen oder nicht, wird kein Zweifel daran bestehen, daß die ethische Neutralität keine einfache Lösung darstellen kann. Um die Bedeutung der Neutralität in der Beratung zu beurteilen, müssen mehrere Ebenen unterschieden und berücksichtigt werden. Tabelle 2 faßt die Vorschläge zur Beurteilung der Neutralität zusammen, die auf Untersuchungen zurückgehen, die an anderer Stelle publiziert sind (Reiter-Theil, 1989, 1995, 1997).

### Ethische Orientierung in der Rolle des Beraters Das Problem der „Neutralität“ auf verschiedenen Ebenen

1. Verhältnis Berater-Klient: *Keine Neutralität*, denn es ist eine akzeptierende, mitfühlende Grundhaltung dem Klienten gegenüber erforderlich.
2. Professionelle Identität des Beratenden: *Keine Neutralität*, weil die Ziele der Gesundheitsfürsorge, ethische Prinzipien, Kodizes, Richtlinien etc. verbindlich sind.
3. Persönliche Identität des Beraters: *Keine Neutralität*, denn persönliche Werte und Ziele setzen einem „neutralen“ Handeln Grenzen; statt dessen Authentizität.
4. Persönliche Werte des Klienten: „*technische Neutralität*“, wegen des Respekts vor der Selbstbestimmung und der Privatsphäre des Klienten, doch explizite Reflexion der möglichen Folgen von Entscheidungen.
5. Interessenkonflikte beim Klienten: „*technische Neutralität*“, aufgrund des Respekts vor der Selbstbestimmung, aufgrund von Empathie und Fairness gegenüber allen Betroffenen, doch explizite Reflexion der möglichen Folgen von Entscheidungen.
6. Schwierigkeiten mit der „*technischen Neutralität*“ gegenüber dem Klienten: Reflexion, Supervision, Überweisung, um Schaden, moralische Verurteilung oder Manipulation zu vermeiden.

Tabelle 2

Auf den Ebenen 1 bis 3 ist keine Neutralität in der Beraterrolle möglich,

weil hier nicht-neutrale wertorientierte Haltungen gefordert sind wie eine akzep-

tierende, warme Grundhaltung (1), die Orientierung an Zielen, Prinzipien oder Kodizes (2) sowie Aspekte der persönlichen Identität und Authentizität des Beraters angesprochen werden (3). Diese Ebenen schließen die Person des Beraters und seine Beziehung zum Klienten in stärkerem Maße ein als die folgenden Ebenen (4 und 5). Auf diesen Ebenen, wo der Schwerpunkt auf der Klientenperspektive liegt, ist eine sog. technische Neutralität notwendig, um die professionelle Distanz des Beraters zu ermöglichen, den Schutz der Privatsphäre und den Respekt gegenüber den Klienten zu gewährleisten. Falls Schwierigkeiten mit der technischen Neutralität auf der Seite des Beraters auftreten, ist eine selbstreflektierende Haltung angezeigt, die eine neue Orientierung in der Beraterrolle oder in der Beziehung zum Klienten erleichtern soll.

Wir sind hier mit einer Mischung aus impliziten und expliziten ethischen Begriffen konfrontiert, die in die professionelle und ethische Orientierung der Beratung eingehen. Die ethischen Kernprinzipien sind - jeweils auf die Ebenen 1 bis 6 bezogen - die Verpflichtung zu helfen, der Respekt vor der Autonomie des Klienten (1), eine allgemeine Orientierung an der ethischen Basis des Berufs (2), die persönliche ethische (oder moralische) Identität (3), der Respekt vor der Privatsphäre und Selbstbestimmung des Klienten, die Berücksichtigung von Folgen des Handelns (4), der Respekt vor Autonomie, Empathie und Fairness für alle Beteiligten, die Berücksichtigung von Folgen des Handelns (5), die Verpflichtung, Schaden zu vermeiden, das Unterlassen von Manipulation und moralischer Verurteilung (6). Die vier Prinzipien, die von Beauchamp und Childress ausgearbeitet wor-

den sind, Respekt vor Autonomie, Schadensvermeidung, Hilfeleistung und Fairness, sind hier eingeschlossen (Beauchamp/Childress 1989), jedoch nicht ausreichend; wir haben deshalb zwei weitere Komponenten ethischer Orientierung herausgearbeitet: a) eine allgemeine *Orientierung an der ethischen Basis der Heilberufe* und b) eine *persönliche ethische Identität*. Zwischen diesen beiden Komponenten besteht eine enge Verbindung, da professionelle Richtlinien die Identität der heilberuflich Tätigen unterstützen können; es besteht aber auch ein Konfliktpotential, das dann zum Tragen kommt, wenn persönliche Werte von professionell-ethischen Standards abweichen. Allem Anschein nach ist diese Dimension in der gegenwärtigen Medizinethik bisher vernachlässigt worden. Professionelle Beratung hat - wie jede andere professionelle Tätigkeit - eine normative Basis und inhärente allgemeine ethische Prinzipien; dies gilt es anzuerkennen. Auf der anderen Seite kann ein Berater in seinem Beruf nur dann ethisch und professionell handeln, wenn er sich selbst treu bleibt und im Einklang mit seiner persönlichen ethischen Identität handelt. In dieser Formulierung wird die Spannung zwischen Objektivismus und Subjektivismus oder zwischen Generalismus und Individualismus offensichtlich. Ebenso wie mit der *Neutralität* des Beraters gibt es auch hier keine Option, das eine oder das andere zu wählen; wir müssen vielmehr spezifische Antworten auf spezifische Herausforderungen formulieren, die gleichwohl allgemeinen Linien ethischer Orientierung folgen. Je mehr ethische Begriffe explizit gemacht werden und je mehr wir uns ihrer bewusst sind, um so besser werden unsere Antworten auf die Fragen ausfallen.

## 7. Antworten auf Fragen – zurück zum Fallbeispiel

In unserem Fallbeispiel erfahren wir nichts darüber, in welcher Weise die beratende Ärztin mit dem Klienten über die ethischen Probleme gesprochen hat, die aus seinem Wunsch erwachsen, die Diagnose und die genetischen Risiken für sich zu behalten. Trotz - oder wegen? - der in Deutschland verbreiteten offiziellen Nichtdirektivität in der genetischen Beratung werden mehrere Schritte erwogen, die zwar nicht im Einklang mit dem Willen des Klienten stehen und auch nicht mit ihm besprochen werden, aber dennoch das Problem lösen sollen, seine Geschwister unabhängig davon über die genetische Risikosituation aufzuklären. Ethisch angemessen erscheint hier ein nochmaliges Ansetzen im Gespräch mit dem Klienten, um ihm einsichtig werden zu lassen, daß eine offene Besprechung der ethischen Fragen, speziell der Verantwortung gegenüber den Interessen der Angehörigen, notwendig ist. Dabei kann es von entscheidender Bedeutung sein herauszufinden, *warum* er sich gegen die Weitergabe der Diagnose und der damit verbundenen Folgen für seine Verwandten sperrt, und zu versuchen, diese Probleme auszuräumen. Kann auf diesem Wege keine Einigung erzielt werden, sollte ein Ethik-Konsil mit einem erfahrenen Kollegen erfolgen. Falls alle diese Möglichkeiten scheitern, ist der Klient darüber zu informieren, wenn gegen seinen

Willen Information an Angehörige weitergegeben werden sollen, damit er unter Umständen doch noch eine Form der Kooperation erwägen kann, „um sein Gesicht zu wahren“.

In diesen Schritten sind klare ethische Positionen enthalten, die nicht mit einer „neutralen“ Haltung vereinbar sind; in der Auseinandersetzung mit den Motiven des Klienten, die Information zurückzuhalten, in der Besprechung seiner Ängste und Wünsche ist hingegen die „technische Neutralität“, ein aktiver Verzicht auf Moralisieren, Leitlinie in dem Sinne, daß dem Klienten Respekt und Verständnis entgegengebracht werden muß - auch, wenn man als Berater nicht mit seinen Schlußfolgerungen oder Entscheidungen übereinstimmt. Dies gilt auch für das Auftreten von Interessenkonflikten zwischen den Angehörigen, in denen ein kompetenter Berater die Offenheit bewahren muß, Respekt, Verständnis und Fairness für alle Seiten aufzubringen, selbst wenn er sich dem Anliegen einer „Partei“ stärker verbunden fühlt. Diese von einer allzu generell geforderten und undifferenzierten „Neutralität“ des Beraters übriggebliebenen technischen Aspekte - Zurückhaltung zusammen mit den Elementen positiver ethischer Orientierung - sollen es dem Berater ermöglichen, ethische Probleme realistisch wahrzunehmen und sie angemessen zu lösen, indem er die ethischen Rahmenbedingungen seines Handelns erkennt, und, soweit dies möglich ist, die ethische Dimension der Situation mit dem Klienten klärt.

### Literatur

- T.L. Beauchamp/J.F. Childress, Principles of Medical Ethics. New York 1989.  
A. Clarke, Is non-directive genetic counselling possible? Lancet 1991, 998-1001.

- A.P. Goldstein, Strukturierte Lerntherapie. Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten, München 1978.
- W. Kahlke, Eugenik, in: W. Kahlke/S. Reiter-Theil (Hg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 1995, 55-67.
- H. Quitmann, Humanistische Psychologie, Göttingen 1985.
- M. Reif/H. Baitsch, Genetische Beratung, Berlin 1986.
- S. Reiter-Theil/L. Reiter/E. Steiner/M. Much, Einstellungen von Klienten zur Eheberatung und Beratungserfolg. Eine katamnestiche Untersuchung. Teil 1: Erwartungen, Zufriedenheit und Enttäuschung in der Eheberatung, in: Familiendynamik 10 (1985a), 147-157.
- S. Reiter-Theil/L. Reiter/E. Steiner/M. Much, Einstellungen von Klienten zur Eheberatung und Beratungserfolg. Eine katamnestiche Untersuchung. Teil 2: Veränderungen nach der Eheberatung im Erleben der Klienten, in: Familiendynamik 10 (1985b), 157-169.
- S. Reiter-Theil, Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik, Berlin/Heidelberg/New York 1988.
- S. Reiter-Theil, Therapeutische Neutralität in der Paar- und Sexualtherapie, in: Ethik Med 1 (1989), 99-107.
- S. Reiter-Theil, Wertfreiheit, Abstinenz und Neutralität? Normative Aspekte in Psychoanalyse und Familientherapie, in: L.H. Eckensberger/U. Gähde (Hg.), Ethische Norm und empirische Hypothese. Beiträge zum Forschungsschwerpunkt Ethik - interdisziplinärer Ethikdiskurs der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Frankfurt a. M. 1993, 302-327.
- S. Reiter-Theil, Nichtdirektivität und Ethik in der genetischen Beratung, in: E. Ratz (Hg.), Zwischen Neutralität und Weisung - zur Theorie und Praxis von Beratung in der Humangenetik, München 1995, 83-91.
- S. Reiter-Theil, Ethical Neutrality in Counselling? The Challenge of Infertility, in: D. Mieth/E. Hildt (Hg.), In Vitro Fertilization in the 90's - Towards a medical, social and ethical evaluation of IVF, Hampshire 1997, 139-151.
- C.R. Rogers, Die nichtdirektive Beratung, München 1972.
- J. Schmidtke/G. Wolff, Die „Altersindikation“, ihre Abschaffung und die Folgen, in: Med. Genetik 1 (1991), 16-19.
- T. Schroeder-Kurth, Indikationen für die genetische Familienberatung, in: Ethik Med. 1 (1989), 195-205.
- U. Tröhler/S. Reiter-Theil (Hg.), Ethische Kodizes in Medizin und Biotechnologie 1947-1997. Auftrag für die Zukunft, Göttingen 1997.
- D.C. Wertz/J.C. Fletcher, Attitudes of Genetic Counselors: A Multinational Survey, in: Am J Hum Genet 42 (1988), 592-600.
- D.C. Wertz/J.C. Fletcher/J.J. Mulvihill, Medical Geneticists Confront Ethical Dilemmas: Cross-cultural Comparisons among 18 Nations, in: Am J Hum Genet 46 (1990), 1200-1213.
- G. Wolff/C. Jung, Nichtdirektivität und genetische Beratung, in: Med Genet 6 (1994), 195-204.
- M. Yarborough/J.A. Scott/L.K. Dixon, The Role of Beneficence in Clinical Genetics: Non-directive Counseling Reconsidered, in: Theoretical Medicine 10 (1989), 139-149.