

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Eidesstattliche Erklärung	5
Danksagung	7
1. Einleitung	9
2. Klinische Ethikkomitees	10
2.1 Definition	10
2.2 Historische Hintergründe klinischer Ethikkomitees	11
2.3 Aufgaben	12
2.3.1 Stellenwert klinisch-ethischer Einzelfallberatung	12
2.3.2 Leitlinienentwicklung	14
2.3.3 Fort- und Weiterbildung	16
2.4 Ziele	17
2.5 Mitglieder	19
2.6 Die Rolle der Pflege im klinischen Ethikkomitee	20
2.7 Arbeitsweise	21
2.8 Modelle klinischer Ethikkomitees	22
2.9 Rechtsgrundlage und Einfluss von Zertifizierungsverfahren	24
2.10 Gründung	24
2.11 Abgrenzung zu Ethikkommissionen	25
3. Bedeutung klinischer Ethikkomitees	26
3.1 Allgemeine Bedeutung	26
3.2 Bedeutung für die Pflege	29

4. Status quo in Österreich in Bezug auf klinische Ethikkomitees	32
4.1 Das Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz	33
4.2 Der Ethik-Beirat der Vinzenz Gruppe	35
4.3 Das Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus Wien	37
5. Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland	40
5.1 Aufsehenerregende ethische Konflikte in Deutschland	40
5.1.1 Das Erlanger Baby	40
5.1.2 Kemptener Fall	42
5.2 Die Rolle der Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft.....	44
5.3 Initiatoren klinischer Ethikkomitees	47
5.4 Unterschiede zwischen top-down und bottom-up Gründungen	49
5.4.1 Versuch einer bottom-up Gründung am Universitätsklinikum	
Göttingen.....	50
5.4.2 Top-down Gründung am Universitätsklinikum Erlangen	51
5.5 Qualitätssicherung in klinischen Ethikkomitees	52
5.5.1 Strukturqualität	53
5.5.2 Prozessqualität.....	55
5.5.3 Ergebnisqualität	56
5.5.4 Zertifizierung	57
5.6 Schwierigkeiten bei der Implementierung.....	59
5.6.1 Ärztlicher Widerstand	60
5.6.2 Berufung	60
5.6.3 Geschäftsordnung	61
5.6.4 Beratungsstruktur für eine Krankenhausholding	61
5.6.5 Zeitmangel	62
5.6.6 Unterstützung der Geschäftsführung und der Mitarbeiter	63
5.6.7 Bekanntheit.....	64
5.6.8 Angst vor Bürokratie	65
5.7 Positive Einflussfaktoren auf die Implementierung	65
6. Pflege und Ethikkomitees in Deutschland	69
6.1 Der Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen.....	69
6.2 Die Rolle der Pflege in der Entwicklung	71

7. Zukünftige Herausforderungen und Chancen für klinische Ethikkomitees in Deutschland	74
7.1 Klinische Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen	74
7.1.1 Charakteristika von Altenpflegeheimen	75
7.1.2 Ethische Herausforderungen in der Altenpflege	75
7.1.3 Das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim in Frankfurt/Main	77
7.1.4 Ein regionales Ethiknetzwerk in Frankfurt/Main	79
7.2 Pflegeethikkomitees („nursing ethics committees“)	80
8. Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich	83
8.1 Aufsehenerregende ethische Fälle in Österreich	84
8.2 Unterschiede zu Deutschland	85
8.3 Die Rolle der Pflege in der Entwicklung	86
8.4 Chancen und Risiken für österreichische Krankenhäuser	87
9. Pflege und klinische Ethikkomitees: Chancen und Herausforderungen....	89
9.1 Klinische Ethikkomitees als Professionalisierungsfaktor	89
9.2 Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege	91
10. Resümee	92
11. Literaturverzeichnis	94
12. Onlinequellen	99
13. Zusammenfassung	102
14. Abstract	103
15. Lebenslauf	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regelbesetzung klinischer Ethikkomitees.....	20
Abbildung 2: Ethikstrukturen der Vinzenz Gruppe.....	36
Abbildung 3: Formen der klin. Ethikberatung bei versch. Krankenhausträgern	46
Abbildung 4: Initiator, Koordination und Dauer der Implementierungsphase.....	48
Abbildung 5: Schwierigkeiten bei der Implementierung.....	59
Abbildung 6: Bedarf der Mitarbeiter an zusätzlicher Unterstützung für den Umgang mit ethischen Fragen des klinischen Alltags.....	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele klinischer Ethikkomitees.....	18
Tabelle 2: Aufgaben des klinischen Ethikkomitees am LKH-Univ.Klinikum Graz ..	33
Tabelle 3: Klinische Ethikkomitees. Entwicklung in Deutschland	86
Tabelle 4: Klinische Ethikkomitees. Entwicklung in Österreich.....	86

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Julia Inthorn, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand und den Fortgang meiner Arbeit stets mit wertvollen Anregungen und Denkanstößen begleitete.

Weiters bedanke ich mich bei Herrn Dr. Christian Metz, der sich die Zeit nahm mir vom klinischen Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus Wien zu berichten. So konnte ich einen wertvollen Einblick in die praktische Arbeit eines klinischen Ethikkomitees gewinnen.

Herrn Dr. Hans Tritthart danke ich dafür, dass er mir bereitwillig Auskunft zum klinischen Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz gegeben hat.

Zu guter Letzt danke ich meiner Schwester Anna, die mich mit wertvollen Tipps bei der Literaturrecherche unterstützt hat, sowie meiner gesamten Familie, die mich immer in allen meinen Entscheidungen bestärkt hat.

1. Einleitung

Ethische Entscheidungen beispielsweise im Zusammenhang mit Behandlungsbegrenzung und Behandlungsabbruch, Aufklärung und Einwilligung, Konflikten zwischen Fürsorgepflicht und Respekt vor der Patientenautonomie oder Allokationsfragen spielen im Krankenhaus immer häufiger eine Rolle.¹ Bei einer Befragung der Ärztlichen Direktoren² und Pflegedirektoren von 36 deutschen Universitätskliniken im Jahr 2002 nannten diese als Hauptursachen für ethische Probleme im klinischen Alltag den medizinischen Fortschritt, Kommunikationsprobleme, ökonomische Rahmenbedingungen, das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sowie die Rivalität zwischen den Berufsgruppen.³ Es bedarf daher eines Unterstützungsangebots im Umgang mit ethischen Problemen.

Eine Form, wie ein solches Unterstützungsangebot aussehen kann, stellt das klinische Ethikkomitee dar. In Österreich steht die Etablierung klinischer Ethikkomitees aber noch ganz am Beginn. Nur vereinzelt (z.B. am LKH-Universitätsklinikum Graz oder im St. Josef-Krankenhaus Wien) wurden klinische Ethikkomitees eingerichtet. Daher soll in folgender Arbeit nach einer einführenden Darstellung klinischer Ethikkomitees und deren Bedeutung zunächst auf den Status quo in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Österreich eingegangen werden.

Deutschland ist in der Entwicklung wesentlich weiter als Österreich, da die Etablierung klinischer Ethikkomitees dort bereits in den 1990er Jahren begann. Dementsprechend widmet sich ein Großteil der Arbeit der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland. Die dortige Entwicklung ist von großer Bedeutung, da österreichische Krankenhäuser viel aus den in Deutschland gemachten Erfahrungen lernen können. Dem Zusammenhang zwischen Pflege und Ethikkomitees in Deutschland wird ebenso nachgegangen. Weiters werden zukünftige Herausforderungen für die Weiterentwicklung von Ethikkomitees in Form von Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen sowie in Form von Pflegeethikkomitees in Krankenhäusern näher beleuchtet. Den Abschluss der

¹ Vgl. Vollmann, 2008a, 33.

² Zwecks besserer Lesbarkeit wird in vorliegender Arbeit die männliche Form verwendet. Die nachfolgend verwendeten männlichen Formen beziehen selbstverständlich die weibliche Form mit ein.

³ Vgl. Vollmann, 2008a, 34.

Arbeit bilden eine Betrachtung der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich sowie eine Darstellung der Chancen und Herausforderungen für die Pflege in Bezug auf klinische Ethikkomitees.

2. Klinische Ethikkomitees

In folgendem Kapitel wird nach einer Definition klinischer Ethikkomitees näher auf die historischen Hintergründe, die Aufgaben, die Ziele, die Mitglieder, die Rolle der Pflege sowie auf die Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees eingegangen. Weiters sollen kurz Modelle klinischer Ethikkomitees, die Rechtsgrundlage und der Einfluss von Zertifizierungsverfahren, sowie die Gründung dargestellt werden. Darüber hinaus wird auch eine Abgrenzung zu Ethikkommissionen vorgenommen, da Ethikkomitees mit diesen häufig verwechselt werden.

2.1 Definition

„Klinische Ethikkomitees stellen Foren für ethische Probleme in der täglichen Behandlung von Patienten im Krankenhaus, in Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und auch in der teilstationären und ambulanten Medizin dar“, so Jochen Vollmann.⁴ Klinische Ethikkomitees bieten ein Forum für schwierige ethische Entscheidungen. Ihr Anwendungsbereich liegt keinesfalls nur in klinischen Einrichtungen, sondern umfasst auch Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen. Denn auch dort besteht Unterstützungsbedarf im Umgang mit ethischen Problemsituationen. Zu den Aufgaben klinischer Ethikkomitees zählen ethische Einzelfallbesprechungen, die Entwicklung von Leitlinien sowie die ethische Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern.⁵

Klinische Ethikkomitees sind multidisziplinär zusammengesetzte Beratungsorgane in Kleingruppenform, die in einem definierten institutionellen Kontext wie z.B. einem Krankenhaus arbeiten.⁶ Wenn Mitarbeiter beispielsweise nicht wissen, wie sie mit der Nahrungsverweigerung eines Patienten umgehen sollen, so können sie sich an das klinische Ethikkomitee wenden. Dort werden dann verschiedene Aspekte des Problems diskutiert.

⁴ Vollmann, 2008a, 33.

⁵ Vgl. Vollmann, 2006, 6.

⁶ Vgl. Kettner, 2008, 15.

2.2 Historische Hintergründe klinischer Ethikkomitees

Die Ursprünge klinischer Ethikkomitees liegen in den USA. In den 1920er Jahren wurden in katholischen Krankenhäusern in Amerika medizinisch-moralische Komitees eingerichtet. Anlass dafür waren die sich ständig erweiternden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten.⁷ Die „Catholic Hospital Organization“ empfahl ab 1949 die Einrichtung von Ethikberatungsgremien.⁸ In den 1960er Jahren führte die Entwicklung von neuen Behandlungsmöglichkeiten und knappen Behandlungsmitteln zunehmend zu Problemen der Verteilungsgerechtigkeit. Mit diesen Problemen wurden vermehrt klinische Ethikkomitees betraut. Die Entscheidungsgrundlage der Komiteemitglieder war jedoch wenig transparent. Manche Komitees wurden als „god committees“ bezeichnet. Der Grund dafür war, dass sie direkt in Behandlungsentscheidungen eingriffen.⁹ Das „god committee“ gab somit die ethisch richtige Entscheidung vor.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in den USA spielte der Fall Karen Ann Quinlan im Jahre 1976 eine wichtige Rolle. Damals forderte der oberste Gerichtshof des Staates New Jersey, dass das Krankenhaus und die Familie den Rat eines „ethics committee“ einholen sollten.¹⁰ Karen Ann Quinlan war nach einer Feier mit erheblichem Alkoholkonsum bewusstlos geworden und in ein dauerhaftes Koma gefallen. In der Frage, ob die Patientin vom Beatmungsgerät genommen werden dürfe, sollte nun das „ethics committee“ beraten. 1976 wurde die Beatmung eingestellt, Karen Ann Quinlan verblieb jedoch noch fast zehn Jahre im dauerhaften Koma.¹¹ Durch diesen Fall wurde den „ethics committees“ erstmals eine höchstrichterliche Bedeutung zuerkannt, obgleich diese zum Teil schon einige Jahre zuvor informell existierten und arbeiteten.¹² Klinische Ethikkomitees verbreiteten sich in den USA ab Ende der 1970er Jahre. Besonders seit den 1980er Jahren konnte eine zunehmende Institutionalisierung und Etablierung an amerikanischen Kliniken beobachtet werden.¹³ Heute müssen in den USA alle Krankenhäuser für ihre Akkreditierung eine Struktur zur Handhabung

⁷ Vgl. May, 2008, 17.

⁸ Vgl. Jonsen, 1998, zit. nach May, 2008, 17.

⁹ Vgl. Steinkamp/Gordijn, 2003, 97f.

¹⁰ Vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V./Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., 1997, 15. (in weiterer Folge als DEKV/KKVD bezeichnet)

¹¹ Vgl. Frewer, 2008, 58.

¹² Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 15.

¹³ Vgl. Frewer, 2008, 59.

ethischer Konflikte nachweisen.¹⁴ In Deutschland begann die Implementierung klinischer Ethikkomitees in den 1990er Jahren, in Österreich steht sie noch ganz am Beginn.

2.3 Aufgaben

Die Aufgabenbereiche klinischer Ethikkomitees umfassen neben der Ethikberatung und der Leitlinienentwicklung auch die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern.¹⁵ Manchmal wird in der Praxis die Arbeit eines klinischen Ethikkomitees auf die Ethikberatung eingeschränkt. Dadurch werden jedoch nur sehr wenige Einzelfälle im Krankenhaus erreicht. Gelingt es einem klinischen Ethikkomitee alle drei zuvor genannten Aufgabenbereiche zu erfüllen, so können längerfristig, wenn auch indirekt, mehr Patienten und Mitarbeiter erreicht werden.¹⁶

2.3.1 Stellenwert klinisch-ethischer Einzelfallberatung

Eine Einzelfallberatung findet immer nur auf Anfrage statt. Wenn die Mitarbeiter einer Station beispielsweise nicht wissen, wie sie mit dem Wunsch eines Patienten nach Therapieabbruch umgehen sollen, so können sie eine Anfrage an das klinische Ethikkomitee richten und das Thema mit dem Komitee in einer Einzelfallbesprechung diskutieren. Neben Mitarbeitern können sich auch Patienten sowie Angehörige mit einer Anfrage an das Komitee wenden. Wenn sich Krankenhausmitarbeiter an das Komitee wenden, so ist dieses als Unterstützung zu sehen, die Berufsgruppen behalten aber immer ihre Verantwortung und ihre Entscheidungsfreiheit. Das Votum eines klinischen Ethikkomitees ist dementsprechend niemals eine Handlungsanweisung, sondern ein Beratungsergebnis.¹⁷ Einzelfallberatungen können prospektiv (während des noch bestehenden Konflikts) oder retrospektiv (als Nachbereitung eines ethischen Konflikts) stattfinden. Während die prospektive Falldiskussion auf eine Verbesserung der Entscheidungsfindung abzielt, geht es bei der retrospektiven Beratung um ein Aufarbeiten und darum, aus Fehlern für zukünftige, vergleichbare Fälle zu lernen.¹⁸

¹⁴ Vgl. ZEKO, 2006, A1703.

¹⁵ Vgl. Vollmann, 2006, 6.

¹⁶ Vgl. Vollmann, 2008a, 35.

¹⁷ Vgl. Vollmann, 2008a, 35.

¹⁸ Vgl. Neitzke, 2008a, 60.

Der jeweils Verantwortliche darf durch eine ethische Fallberatung nicht zu einer Entscheidung, die er aus seiner persönlichen bzw. beruflichen Verantwortung heraus nicht tragen kann, gedrängt werden. Im Mittelpunkt der Einzelfallberatung steht nicht ein Mehrheitsbeschluss in Form eines Votums, sondern eine Verbesserung des Erkennens und der Analyse ethischer Probleme sowie des ethischen Entscheidungsfindungsprozesses.¹⁹

Jochen Vollmann schlägt folgende Struktur für die Moderation von ethischen Fallbesprechungen vor:

- Eröffnung
- Informationen zusammentragen (medizinische und pflegerische Fakten, Fakten aus der Sicht anderer beteiligter Berufsgruppen, Sicht des Patienten bzw. Angehöriger)
- Entscheidungskonflikt benennen
- Formulierung der ethischen Fragestellung
- Diskussion der ethischen Fragen
- Abschluss (Ergebnis der Diskussion formulieren, bei Bedarf weitere Beratung anbieten)²⁰

Eine weitere Möglichkeit klinisch-ethische Falldiskussionen zu strukturieren stellt der Bochumer Arbeitsbogen dar. Dieser gliedert sich in folgende Arbeitsschritte: Feststellung der medizinisch-wissenschaftlichen Befunde, Feststellung der medizinisch-ethischen Befunde sowie konkretes Vorgehen im Einzelfall. Der Bochumer Arbeitsbogen beinhaltet zusätzliche Fragen zur ethischen Bewertung für Fälle von lang andauernder Behandlung, für Fälle von erheblicher sozialer Relevanz und für Fälle therapeutischer oder nichttherapeutischer Forschung.²¹

¹⁹ Vgl. ZEKO, 2006, A1706.

²⁰ Vgl. Vollmann, 2008d, 93.

²¹ Vgl. Vollmann, 2008d, 94.

Auch in Nimwegen (Niederlande) wurde eine Methode zur ethischen Falldiskussion entwickelt. Sie strukturiert die ethische Fallbesprechung folgendermaßen:

- Problem
- Fakten (medizinische und pflegerische Gesichtspunkte, weltanschauliche und soziale Dimension, organisatorische Dimension)
- Bewertung (Wohlbefinden des Patienten, Autonomie des Patienten, Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden)
- Beschlussfassung²²

Zusätzlich formuliert die Nimwegener Methode Fragen für:

- Patienten ohne Willensfähigkeit (z.B. „Wie oder durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?“),
- Kinder (z.B. „Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt?“) sowie
- Situationen lang andauernder Behandlung (z.B. „In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden?“).²³

Während die Struktur für die Moderation von ethischen Fallbesprechungen nach Vollmann sowie die Nimwegener Methode versucht, die Informationen und Sichtweisen aller beteiligten Personen zu berücksichtigen, konzentriert sich der Bochumer Arbeitsbogen lediglich auf die medizinischen Informationen und Sichtweisen. Für eine umfassende Beurteilung eines ethischen Problems scheint mir deshalb der Bochumer Arbeitsbogen weniger geeignet als die anderen beiden Methoden. Die vorgestellten Methoden sollten als Grundstruktur für ethische Fallbesprechungen und keineswegs als strikter Leitfaden verstanden werden. Wenn eine Person ein Problem darstellt, fließt in die Darstellung zugleich auch die Bewertung der Person mit ein. Dementsprechend können die einzelnen Schritte nicht exakt voneinander getrennt betrachtet und durchlaufen werden.

2.3.2 Leitlinienentwicklung

Leitlinien sind für häufig auftretende ethische Problemfelder sowie für übergeordnete ethische Fragestellungen wichtig. Sie dienen dazu, allgemeine

²² Vollmann, 2008d, 99f.

²³ Vollmann, 2008d, 101.

ethische Grundsätze zu definieren und geben den Mitarbeitern somit Orientierung und Sicherheit für ihre Entscheidungen.²⁴

Häufige Themenbereiche von ethischen Leitlinien sind zum Beispiel Therapieabbruch auf Intensivstationen oder der Umgang mit Patientenverfügungen. Leitlinien konkretisieren die gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien. Sie werden vom klinischen Ethikkomitee verabschiedet und von der Geschäftsführung des Krankenhauses in Kraft gesetzt.²⁵

Leitlinien beziehen sich unter anderem auf Voraussetzungen und den Prozess der Entscheidungsfindung sowie auf Kommunikation, Dokumentation und Umsetzung der Entscheidung. Zur Unterstützung der Umsetzung von Leitlinien können Checklisten und Dokumentationsbögen für Krankenblätter dienen.²⁶ Leitlinien geben keine Entscheidungen vor, sondern dienen der Information und der ethischen und juristischen Orientierung.²⁷

Am Westküstenklinikum Heide ist beispielsweise das Thema einer Leitlinie der Umgang mit Tot- und Fehlgeburten. Wenn es von Seiten der Eltern keinen Wunsch nach einer individuellen Bestattung gibt, werden diese auf einem gekennzeichneten Gräberfeld bestattet. Es wurde somit eine bewusste Regelung im Umgang mit Verstorbenen getroffen.²⁸

Die Entwicklung einer Leitlinie durch das Ethikkomitee kann nach folgenden Schritten erfolgen:

- 1) Entscheidung für ein Thema und Entwicklung einer Fragestellung (Themen ergeben sich aus Problemen, die sich wiederholt in der praktischen Arbeit einer oder mehrerer Stationen zeigen oder, die für die Einrichtung und seine Mitarbeiter insgesamt von Bedeutung sind.)
- 2) Sammeln von Informationen
- 3) Entwickeln und Abwägen ethischer Argumente
- 4) Antwort auf die Ausgangsfrage²⁹

²⁴ Vgl. Vollmann, 2008a, 36.

²⁵ Vgl. Vollmann, 2008a, 36.

²⁶ Vgl. ZEKO, 2006, A1704f.

²⁷ Vgl. Neitzke, 2008a, 61.

²⁸ Vgl. Kettner/May, 2005, 242.

²⁹ Vgl. Steinkamp/Gordijn, 2003, 202.

2.3.3 Fort- und Weiterbildung

In den Ausbildungen der Gesundheitsberufe spielt Ethik häufig eine geringe Rolle. Deshalb sind ethische Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter eines Krankenhauses (nicht nur für Mitglieder des klinischen Ethikkomitees) sehr wichtig. Dies kann zum Beispiel durch regelmäßige Veranstaltungen wie Ethiktage, Ethik-Cafes oder Mitarbeiterworkshops erfolgen. Weiters wäre es wichtig, ethische Themen in bestehende Fortbildungsstrukturen zu integrieren. Dies erhöht zudem den Bekanntheitsgrad, sowie die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit des klinischen Ethikkomitees.³⁰ Um Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen durchführen zu können, müssen die Ethikkomiteemitglieder auch selbst eine fortlaufende Qualifizierung in klinischer Ethik erhalten.³¹

Bei folgenden Themen besteht in der Praxis häufig Fortbildungs- und Informationsbedarf:

- „Formen der Sterbehilfe und deren moralische und juristische Bewertung im Einzelfall;
- Sterbebegleitung auf der Station;
- Umgang mit Patientenverfügungen;
- Therapiebegrenzung auf Wunsch des Patienten (Autonomie) oder gegen den Wunsch von Angehörigen ('futility' oder Nutzlosigkeit der Therapie);
- Fortführung oder Begrenzung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in bestimmten Lebensphasen (im Sterben, bei schwerer Demenz etc.);
- Umgang mit Angehörigen;
- Schwere Komplikationen in der Neonatologie;
- Schwangerschaftsabbrüche, insbesondere bei lebensfähigen Kindern;
- Umgang mit behinderten Menschen;
- Kenntnis und Beachtung religiöser und kultureller Besonderheiten.“³²

³⁰ Vgl. Vollmann, 2008a, 36.

³¹ Vgl. ZEKO, 2006, A1705.

³² Neitzke, 2008a, 59.

Als Lernziele der Fortbildung in ethischen Fragen für Mitarbeiter sehen Steinkamp und Gordijn die Kenntnis der wichtigsten ethischen Probleme im eigenen Arbeitsbereich, das Erkennen ethischer Probleme im Alltag sowie die Fähigkeit unterscheiden zu können, ob es sich um ethische Probleme der Patientenversorgung auf Station oder um ein ethisches Problem auf Organisationsebene handelt. Darüber hinaus sollen die Mitarbeiter lernen zwischen ethischen Problemen im Team und ethischen Problemen ihrer Berufsgruppe zu unterscheiden. Ziel ist auch, dass sich die Mitarbeiter mit den verschiedenen Möglichkeiten, ethische Probleme im klinischen Bereich zu besprechen, auseinandersetzen. Ebenso soll die Sensibilität für die ethische Dimension des professionellen Handelns der Mitarbeiter gefördert und der bewusste Umgang mit den eigenen moralischen Überzeugungen gelernt werden.³³

2.4 Ziele

Als Ziele klinischer Ethikkomitees können die Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen sowie von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen genannt werden.³⁴ Bei der Implementierung von Ethik-Strukturen geht es keineswegs um eine Delegation von ethischer Verantwortung an ein Fachgremium, sondern es soll die ethische Sensibilisierung und Kompetenz aller Mitarbeiter gefördert werden.³⁵

Jochen Vollmann unterscheidet zwischen der fallbezogenen Ebene und der Organisationsebene, die im klinischen Ethikkomitee aufeinandertreffen. Auf der fallbezogenen Ebene können als Ziele klinischer Ethikkomitees eine bessere Patientenversorgung und die Unterstützung der Mitarbeiter genannt werden. Auf Organisationsebene geht es um die Entwicklung einer „corporate identity“ des Krankenhauses, um Qualitätsentwicklung sowie um Organisations- und Personalentwicklung (siehe Tabelle 1). Entscheidungen auf Organisationsebene beeinflussen indirekt sehr häufig die Behandlungsmöglichkeiten des einzelnen Patienten und sind somit aus ethischer Sicht von großer Bedeutung.³⁶

³³ Vgl. Steinkamp/Gordijn, 2003, 220.

³⁴ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 16.

³⁵ Vgl. Vollmann, 2008a, 34.

³⁶ Vgl. Vollmann, 2006, 6.

Tabelle 1: Ziele klinischer Ethikkomitees³⁷

Organisationsebene	Fallbezogene Ebene
Corporate Identity	Bessere Patientenversorgung
Qualitätsentwicklung (Zertifizierung)	Unterstützung von Mitarbeitern
Personal- und Organisationsentwicklung	„präventive Ethik“

Das klinische Ethikkomitee am Universitätsklinikum Erlangen hat in §2 der Geschäftsordnung folgende Zielsetzung formuliert:

§ 2 Zielsetzung

„Das KEK versteht sich als Plattform für die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen des klinischen Alltags. Dazu gehören sowohl patientenbezogene Einzelfallentscheidungen als auch organisationsethische Fragen.

Die Methodik der Auseinandersetzung des KEK mit ethischen Fragestellungen hat diskursiven Charakter. Dieser dient dem Ziel, durch unterschiedliche Perspektiven verschiedener Berufsgruppen und Hierarchien zu einer möglichst ausgewogenen und fundierten Wertentscheidung zu kommen. Dabei bemüht sich das KEK um Konsens.

Patientinnen und Patienten gibt das KEK die Gewissheit, dass ethische Konflikte im Universitätsklinikum ernst genommen und von möglichst vielen verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Darüber hinaus soll durch die neu geschaffenen Strukturen die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen zum festen Bestandteil der Patientenversorgung werden. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Universitätsklinikums bietet das KEK die Möglichkeit, eine Orientierungshilfe für die eigene Entscheidung einzuholen.

Das KEK wird nur auf Antrag tätig.³⁸

³⁷ Vgl. Vollmann, 2006, 5.

³⁸ Vgl. Klinisches Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen, <http://www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de/ethikkomitee/geschaeftsordnung.shtml>, Stand: 12.2.2010.

Das klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikum Erlangen definiert in seiner Zielsetzung, dass die Sichtweisen verschiedener Berufsgruppen und Hierarchiestufen im Komitee Berücksichtigung finden sollen. Die Mitglieder sind somit im Komitee gleichberechtigt und versuchen diskursiv die verschiedenen Aspekte eines ethischen Problems zu erfassen.

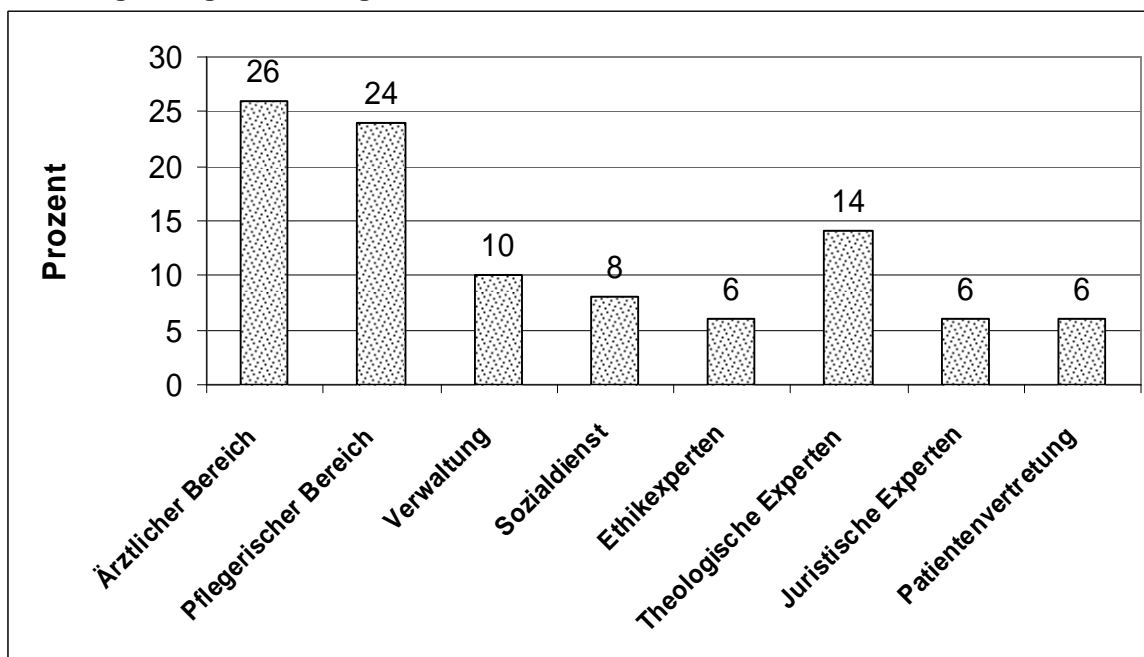
2.5 Mitglieder

Klinische Ethikkomitees sind multiprofessionell zusammengesetzt. Dadurch, dass die Mitglieder aus verschiedenen Berufsgruppen kommen, soll eine möglichst breite Abstützung des Komitees im Krankenhaus und seinem Umfeld gewährleistet werden. Die Mitglieder sollten bereit sein sich selbst, ihre Sachkenntnis und ihr Urteil in einen Prozess einzubringen. Eine wichtige Rolle für die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland spielte die Empfehlung der konfessionellen Krankenhausträger – Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV) und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) – aus dem Jahr 1997. Diese empfehlen, dass das Komitee mit bis zu 12 Frauen und Männern besetzt sein soll. Die Berufsgruppen in einem Krankenhaus sollten in einem klinischen Ethikkomitee ausgewogen vertreten sein. Dementsprechend kommen die Mitglieder in der Regel aus dem ärztlichen Bereich, dem pflegerischen Bereich, dem Verwaltungsbereich sowie dem Sozialdienst. Zudem können auch Personen von außen, wie z.B. ein Jurist oder ein Patientenfürsprecher, Mitglieder des Komitees sein. Weiters empfehlen der DEKV und der KKVD, einen Seelsorger, der den Standpunkt der pastoralen Sorge um den Patienten einbringt, als Mitglied des klinischen Ethikkomitees. Die Berufung der Mitglieder ist in der Regel zeitlich begrenzt.³⁹ Die berufsgruppenmäßige Verteilung in einem klinischen Ethikkomitee variiert von Institution zu Institution. Oberstes Ziel sollte jedoch immer sein, dass die Berufsgruppen in Bezug auf ihre Gesamtmitarbeiterzahl in der Institution angemessen repräsentiert sind. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass Mitarbeiter aller Hierarchiestufen im Komitee ausgewogen vertreten sind.

³⁹ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 19f.

Die Regelbesetzung klinischer Ethikkomitees lässt sich folgendermaßen darstellen:

Abbildung 1: Regelbesetzung klinischer Ethikkomitees



Quelle: Ley, 2004, 12. (Eigene Darstellung)

Die meisten Mitglieder klinischer Ethikkomitees sind dementsprechend dem pflegerischen Bereich beziehungsweise dem ärztlichen Bereich zuzuordnen. Weiters sind häufig Ethikexperten, Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie Verwaltungsmitarbeiter vertreten. Auch externe Mitglieder finden sich in der Regel in einem Ethikkomitee. Dies sind beispielsweise Theologen, Juristen oder Patientenvertreter.

2.6 Die Rolle der Pflege im klinischen Ethikkomitee

In klinischen Ethikkomitees sind verschiedene Berufsgruppen vertreten. Pflegepersonen bilden einen wesentlichen Bestandteil der Komitees. Da die Pflege in der Regel in Krankenhäusern die größte Berufsgruppe darstellt, ist sie eigentlich immer in einem klinischen Ethikkomitee vertreten. Der DEKV und der KKVD empfehlen, dass die Berufsgruppen eines Krankenhauses im Ethikkomitee ausgewogen vertreten sein sollen. Es gilt jedoch zu betonen, dass die Komiteemitglieder im Ethikkomitee keine Vertreter ihrer eigenen Berufsgruppe sind und es nicht ihre Aufgabe ist, dort Standesinteressen zu vertreten.⁴⁰

⁴⁰ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 19f.

Die Berufsgruppe der Pflegenden ist neben den Ärzten zahlenmäßig am stärksten in klinischen Ethikkomitees in Deutschland vertreten. 24% der Mitglieder klinischer Ethikkomitees sind Pflegepersonen (siehe Abb. 1).⁴¹ Dies zeigt, dass Pflegepersonen wesentlicher Bestandteil klinischer Ethikkomitees sind und die Pflegeperspektive als wichtig erachtet wird.

Jedes Mitglied im klinischen Ethikkomitee bringt seinen Anteil an Wissen, Kompetenz und Urteilsfähigkeit in den Prozess mit ein.⁴² Alle Mitglieder sind somit gleichberechtigt, egal welcher Berufsgruppe sie angehören (im Gegensatz zu der auf den Stationen vorherrschenden Hierarchie). Die Pflegepersonen im Ethikkomitee haben die Chance die Pflegeperspektive in den Diskurs einzubringen.

2.7 Arbeitsweise

Der DEKV und der KKVD haben folgende Empfehlungen zur Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees ausgearbeitet: Der Vorsitzende eines klinischen Ethikkomitees sollte eine im Fachbereich Ethik kompetente Person sein. Bei den Sitzungen des Ethikkomitees handelt es sich um Arbeitssitzungen und nicht um offene Gesprächsrunden. Es sollte zudem unter der Verantwortung des Vorsitzenden ein Bericht erstellt werden. Dieser wird allen Mitgliedern und Beteiligten zugestellt. Die Mitglieder sollten an Fallbeispielen die Regeln ethischer Entscheidungsfindung einüben. Jeder Mitarbeiter und jeder Patient kann sich mit einem ethischen Problem an das Komitee wenden. Ob über dieses Problem verhandelt wird, entscheidet dann der Vorsitzende des Ethikkomitees. Im Komitee wird das Problem geschildert und die ethischen Gesichtspunkte werden in aus medizinischer, pflegerischer und ökonomischer Sicht verantwortbare Alternativen formuliert. Nachdem eine Wertung der Argumente erfolgt ist, wird schließlich vom Vorsitzenden ein Vorschlag für ein gemeinsames Votum formuliert. Wird der Vorschlag nicht einstimmig angenommen, so kommt es zu einer Abstimmung bei der laut Vorschlag des DEKV und KKVD eine Zweidrittelmehrheit über das Votum entscheidet. Es gibt jedoch auch Ethikkomitees die eine andere Form des

⁴¹ Vgl. Ley, 2004, 12.

⁴² Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 20.

Beschlussfassens in ihrer Satzung festgelegt haben. Das Votum wird in der Regel schriftlich festgehalten und an den Antragsteller weitergegeben und erläutert.⁴³

Da die Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees nicht immer jener bereits dargestellten entspricht sollen nun einige Modelle klinischer Ethikkomitees vorgestellt werden.

2.8 Modelle klinischer Ethikkomitees

Gerald Neitzke unterscheidet innerhalb der Komitee-Strukturen zwischen dem Expertenmodell, dem Delegationsmodell, dem Prozessmodell und dem Konsilmodell.⁴⁴

Im Rahmen des **Expertenmodells** wird den Mitgliedern des klinischen Ethikkomitees intuitiv ein Expertenstatus in Fragen der Moral zugeschrieben. Die ratsuchende Person gibt ein ethisches Problem zur Lösung an die Experten ab. Dann tagt das Ethikkomitee hinter verschlossenen Türen mit dem Ziel in weiterer Folge eine moralisch wohlherwogene Antwort geben zu können. Das Verständnis des Ethikkomitees im Sinne des Expertenmodells ist für Einzelfallberatungen eher problematisch: Zum einen wird die Entscheidung aufgrund der Aktenlage und nicht durch Berücksichtigung der Sichtweisen der beteiligten Personen getroffen. Zum anderen birgt dieses Modell die Gefahr, schwierige Fälle einfach an das Komitee abzuschieben, anstatt eine moralische Urteilsbildung auf der Station konkret einzuüben. Darüber hinaus muss das Stationsteam, das an der Entscheidungsfindung nicht beteiligt war, nach dem Expertenvotum erst von der Entscheidung überzeugt und deren Zweifel ausgeräumt werden. Das Expertengremium eignet sich dagegen gut für die Entwicklung von Ethikleitlinien, da es hier unmöglich ist alle Betroffenen miteinzubeziehen.⁴⁵

Beim **Delegationsmodell** wird die ratsuchende Person in die Sitzung des klinischen Ethikkomitees eingeladen, um dort ihr Problem vorzutragen. Sie wird an der Lösungsfindung beteiligt. Die anfragende Person tritt als Delegierte des Stationsteams auf. Hier besteht ebenso wie beim Expertenmodell das Problem,

⁴³ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 16ff.

⁴⁴ Vgl. Neitzke, 2008a, 63.

⁴⁵ Vgl. Neitzke, 2008a, 63f.

dass nicht alle beteiligten Personen gehört werden. Für die Erarbeitung von Leitlinien kann das Einbeziehen von Delegierten in die Entscheidungsfindung sehr hilfreich sein.⁴⁶

Wenn auf Antrag ein Teil oder das gesamte klinische Ethikkomitee auf die anfragende Station geht und dort mit den Beteiligten einen gemeinsamen Beratungsprozess durchläuft, so spricht man vom **Prozessmodell**. Dies ist insbesondere für prospektive Fallberatungen auf der Station geeignet. Eine Entscheidung kommt durch gemeinsame Beschlussfassung zustande. Dadurch wird die moralische Kompetenz auf der Station gestärkt. Alle betroffenen Personen sind bei der Beratung anwesend und werden einbezogen. Die Verbindlichkeit der Entscheidung ist hoch, da diese durch gemeinsame Beschlussfassung erfolgt ist.⁴⁷

Beim **Konsilmodell** führt eine Einzelperson, die dafür fachlich qualifiziert ist, Beratungen durch (entweder während Ethikvisiten oder nach Beratungsanfragen).⁴⁸ Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass eine Einzelperson flexibler ist als ein gesamtes Ethikkomitee. Problematisch ist jedoch, dass es keinen interdisziplinären Diskurs wie im klinischen Ethikkomitee gibt und Einzelfallberatungen somit möglicherweise sehr einseitig durchgeführt werden.⁴⁹

Das Expertenmodell ist in Bezug auf die Einzelfallberatung sehr kritisch zu betrachten. Es kann nicht das Ziel sein ein ethisches Problem einfach an das klinische Ethikkomitee abzuschieben. Dagegen würde ich den Wert des Delegations- und des Prozessmodells wesentlich höher bewerten. Manche Krankenhäuser verfügen beispielsweise über ein klinisches Ethikkomitee, in dem Anfragen im Sinne des Delegationsmodells behandelt werden und bieten darüber hinaus auch Ethikkonsile durch einzelne Mitglieder des klinischen Ethikkomitees im Sinne des Prozessmodells an. Diese Kombination scheint mir sehr günstig, da je nach Situation das Delegations- bzw. Prozessmodell geeigneter sein kann. Geht es beispielsweise um eine prospektive Fallbesprechung, die zeitnah erfolgen sollte, so ist ein Ethikkonsil, das nur von einem Teil des klinischen Ethikkomitees durchgeführt wird, in der Praxis wahrscheinlich leichter zu organisieren als eine

⁴⁶ Vgl. Neitzke, 2008a, 65f.

⁴⁷ Vgl. Neitzke, 2008a, 66f.

⁴⁸ Vgl. Neitzke, 2008a, 68.

⁴⁹ Vgl. Richter, 2008, 76.

Sitzung des gesamten Ethikkomitees. Das Konsilmodell, bei dem eine Einzelperson die Ethikberatung durchführt, bringt den Nachteil mit sich, dass eine Person alleine eine Konfliktsituation mit all seinen Facetten möglicherweise nicht so gut erfassen kann wie mehrere Personen.

2.9 Rechtsgrundlage und Einfluss von Zertifizierungsverfahren

In den USA müssen alle Krankenhäuser für ihre Akkreditierung eine Struktur zum Umgang mit ethischen Konflikten (z.B. in der Form eines klinischen Ethikkomitees) nachweisen.⁵⁰ In Deutschland und Österreich gibt es keine vergleichbaren gesetzlichen Regelungen. Es steht den einzelnen Krankenhäusern somit frei, ob sie beispielsweise ein klinisches Ethikkomitee einrichten.

Die Zertifizierungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung von Institutionen im Gesundheitswesen fördern jedoch die Implementierung klinischer Ethikkomitees. Sie honorieren das Vorhandensein von klinischen Ethikberatungsstrukturen als qualitätsfördernden Faktor.⁵¹ Das St. Josef-Krankenhaus in Wien, das seit 2007 über ein klinisches Ethikkomitee verfügt, wurde beispielsweise nach proCum Cert inklusive KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert. Die Zertifizierung nach proCum Cert inklusive KTQ erfolgt nach 9 Kategorien. Die Kategorie Mitarbeiterorientierung beinhaltet unter anderem „Förderung der ethischen Kompetenz“, welches eine zentrale Aufgabe klinischer Ethikkomitees ist.⁵²

2.10 Gründung

Man unterscheidet zwei Modelle zur Gründung klinischer Ethikkomitees: Das top-down Modell und das bottom-up Modell. Bei top-down Gründungen werden klinische Ethikkomitees auf Initiative der Geschäftsführung gegründet. Es werden von verantwortlicher Stelle Strukturentscheidungen getroffen und zielorientiert umgesetzt. Den Anlass für top-down Gründungen klinischer Ethikkomitees bilden häufig Zertifizierungen. Beim bottom-up Modell geht die Initiative primär von

⁵⁰ Vgl. ZEKO, 2006, A1703.

⁵¹ Vgl. Vollmann, 2008a, 34.

⁵² Vgl. St. Josef-Krankenhaus, http://www.sjk-wien.at/stj_tree/stj_cotent/powerslave.id,238,nodeid,158,mysize,.html, Stand: 2.1.2010.

engagierten Mitarbeitern aus, die einen Bedarf an regelmäßigem Austausch über ethische Probleme sehen.⁵³

Die Schwierigkeiten und Unterschiede, die mit bottom-up und top-down Gründungen verbunden sind, werden in Kapitel 5.4 anhand zweier Beispiele näher vorgestellt. Für die Arbeit eines klinischen Ethikkomitees ist es wesentlich, dass das Komitee sowohl von den Mitarbeitern als auch von der Krankenhausleitung mitgetragen wird.

2.11 Abgrenzung zu Ethikkommissionen

Klinische Ethikkomitees werden häufig mit Ethikkommissionen verwechselt. Daher ist es wichtig, diese beiden Institutionen zu unterscheiden. Ethikkommissionen sind zwingend für die Forschung am Menschen (klinische Studien) zuständig.⁵⁴ In einer Reihe von internationalen Konferenzen wurden ab 1964 Richtlinien für biomedizinische Forschung erstellt. Die wichtigste ist die heute in mehreren Modifikationen vorliegende Helsinki-Deklaration. Sie regelt den Versuch am Menschen in allen Aspekten. Die Einrichtung von Ethikkommissionen ist in Österreich seit 1988 im Krankenanstaltenrecht geregelt. Darüber hinaus gibt es Regelungen im Arzneimittelrecht, im Medizinproduktegesetz sowie im Universitätsgesetz. Ethikkommissionen sollen die Rechte von in medizinische Studien aufgenommenen Personen, Probanden und Patienten wahrnehmen und sicherstellen. Es geht auch um eine Abschätzung des für den Studienteilnehmer mit der klinischen Studie verbundenen Risikos und seiner Belastung sowie, um eine Beurteilung, ob diese mit dem erwarteten Nutzen der Studie in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Zentrale Aufgabe von Ethikkommissionen ist es gegenüber der Öffentlichkeit für eine transparente, integre, nach humanistischen und rechtlichen Bedingungen vorgenommene biomedizinische Forschung zu sorgen. Darüber hinaus gilt es, das Vertrauen in biomedizinische Forschung zu fördern und zu erhalten.⁵⁵

Ethikkommissionen sind unabhängige Gremien (nicht an Weisungen etwa von Politikern oder Krankenanstaltsleitungen gebunden), die interdisziplinär und

⁵³ Vgl. Vollmann, 2008a, 34.

⁵⁴ Vgl. Victor, 1999, 408.

⁵⁵ Vgl. Druml, 2008, 645f.

multiprofessionell arbeiten.⁵⁶ In Deutschland geben Ethikkommissionen seit den 1970er Jahren ethische Voten zu medizinischen Forschungsuntersuchungen am Menschen ab.⁵⁷ Sie sind ebenso wie in Österreich (und im Unterschied zu klinischen Ethikkomitees) gesetzlich geregelt.

Nach dieser einführenden Darstellung klinischer Ethikkomitees wird nun der Frage nachgegangen, was überhaupt die Bedeutung bzw. der Wert einer solchen Institution sein kann.

3. Bedeutung klinischer Ethikkomitees

Zunächst soll auf die allgemeine Bedeutung klinischer Ethikkomitees eingegangen werden. Des Weiteren wird die spezielle Bedeutung für die Pflege dargestellt.

3.1 Allgemeine Bedeutung

Gesellschaftliche Entwicklungen haben wesentlichen Einfluss auf die Situation in Krankenhäusern. Durch den Fortschritt in der Medizin beispielsweise ergeben sich viele neue Möglichkeiten im klinischen Bereich. Neue technische Behandlungsmöglichkeiten sind mit tiefgreifenden Entscheidungen verbunden und können zu ethischen Konflikten führen.⁵⁸ Es kann heute nicht mehr automatisch davon ausgegangen werden, dass das therapeutische Angebot mit dem Wohl des Patienten übereinstimmt. Eine Überprüfung, ob die jeweilige Maßnahme in die Lebensplanung und persönlichen Werthaltungen des Patienten passt, ist notwendig.⁵⁹ Wenn es beispielsweise darum geht, ob bei einem sterbenden Patienten eine PEG-Sonde gelegt werden soll, so muss der Wille des Patienten bei der Entscheidung berücksichtigt werden und nicht nur die technischen Möglichkeiten. Technisch ist es leicht möglich diesen Eingriff vorzunehmen und das Leben zu verlängern. Möglicherweise liegt aber eine Patientenverfügung vor, in der der Patient diesen Eingriff ablehnt.

Auch die wachsende Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen hat einen starken Einfluss auf den klinischen Bereich. Behandlungsentscheidungen

⁵⁶ Vgl. Wallner, 2007, 138.

⁵⁷ Vgl. Vollmann et al., 2004, 1238.

⁵⁸ Vgl. Dörries, 2008a, 13.

⁵⁹ Vgl. Simon/Neitzke, 2008, 25.

werden zunehmend von den Patienten individuell nach den eigenen Wertvorstellungen getroffen.⁶⁰ Patienten informieren sich durch verschiedenste Medien (z.B. Internet) über ihre Krankheit und über Behandlungsmöglichkeiten. Das ärztlich professionelle Urteil wird vermehrt zurückgedrängt und die persönliche Sichtweise des Patienten in Bezug auf seine Krankheit und auf Auswirkungen auf sein Leben tritt in den Vordergrund.⁶¹ Wenn diese persönliche Sichtweise des Patienten im Widerspruch zur Ansicht von Ärzten oder Pflegepersonal steht, kann beispielsweise ein ethischer Konflikt entstehen.

Die Mitarbeiter im Gesundheitswesen werden auch verstärkt mit dem Problem begrenzter finanzieller Mittel konfrontiert. Es wird von ihnen verlangt, dass sie Kosten und Nutzen einer Behandlung bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen. Diese Entwicklungen und die damit verbundenen Herausforderungen können unter den Mitarbeitern zu Unsicherheit und Unzufriedenheit, bis hin zum Burnout-Syndrom führen. Auch der Patient wird dies direkt oder indirekt bemerken.⁶²

Treten ethische Konflikte im Krankenhaus auf, so bringen diese häufig Kommunikationsschwierigkeiten und emotionale Anspannung mit sich. Dies wirkt sich auf die Arbeit des Behandlungsteams aus. Konflikte kosten Zeit und Arbeitskraft, welche durch eine gelungene Einzelfallberatung eingespart werden könnte. Leitlinien und Fortbildungen können möglicherweise Konflikte präventiv vermeiden.⁶³

Klinische Ethikkomitees bieten ein Forum für schwierige ethische Entscheidungen. Sie ermöglichen es, gleichberechtigt und auf systematische Weise über ethische Fragestellungen zu sprechen. Jeder Mitarbeiter, Patient und Angehörige kann sich an das Komitee wenden. Im gemeinsamen Gespräch werden die verschiedenen Sichtweisen zu einer Fragestellung ausgetauscht. Der Ratsuchende hat somit einen Ort, wo er über die Fragestellung, die ihn belastet, reden kann. Diese Form der Unterstützung durch das klinische Ethikkomitee kann individuelle Belastungen vermindern und Burnout-Erscheinungen bei Mitarbeitern vorbeugen.⁶⁴

⁶⁰ Vgl. Dörries, 2008a, 13.

⁶¹ Vgl. Steinkamp/Gordijn, 2003, 85.

⁶² Vgl. Dörries, 2008a, 13.

⁶³ Vgl. ZEKO, 2006, A1706.

⁶⁴ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 20.

Klinische Ethikkomitees können zu einer transparenten und vertrauensvollen Kommunikation im Krankenhaus einen Beitrag leisten. Darüber hinaus können sie zu einer ethischen Sensibilisierung der Mitarbeiter, einer Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit und einer Förderung der Fehlerkultur im Krankenhaus beitragen.⁶⁵

In der Praxis werden ethische Konflikte häufig informell besprochen (z.B. während der Visite). Die Behandlung der ethischen Fragestellungen erfolgt nicht systematisch, sondern meist mit vielen Unterbrechungen. Die ethische Fallbesprechung zielt darauf ab, diesen Prozess bewusster und auch transparenter zu gestalten.⁶⁶

Matthias Kettner sieht auch auf Leitungsebene zahlreiche Vorteile klinischer Ethikkomitees:

- Gründe gesundheits- und wettbewerbspolitischer Natur: Eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit trotz knapper finanzieller Mittel ist möglich. Ein klinisches Ethikkomitee ist in Zertifizierungsverfahren von Vorteil.
- Gründe betriebswirtschaftlicher Natur: Es kommt zu einer Steigerung des Bewusstseins über die Kosten von Behandlungen auf Seiten des Personals.
- Gründe der Personalführung: Eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Steigerung der Motivation des Personals ist möglich.
- Gründe der Mode: Es liegt im Trend über ein klinisches Ethikkomitee zu verfügen. Man kann sich dadurch als modern agierendes Krankenhaus präsentieren.⁶⁷

Kettner sieht jedoch nur einen einzigen moralisch guten Grund, der für ein klinisches Ethikkomitee spricht. Ein klinisches Ethikkomitee kann den Umgang mit moralischer Unsicherheit in behandlungsbezogenen Fragen verbessern.⁶⁸ Geht es bei der Einführung eines klinischen Ethikkomitees lediglich um betriebswirtschaftliche Gründe, Gründe der Mode oder wettbewerbspolitische Gründe so ist dies sehr kritisch zu sehen. Diese Punkte sollten lediglich als mögliche positive Begleiterscheinungen, nicht jedoch als alleiniger Zweck eines

⁶⁵ Vgl. ZEKO, 2006, A1705.

⁶⁶ Vgl. Dörries, 2008a, 18.

⁶⁷ Vgl. Kettner, 2008, 15f.

⁶⁸ Vgl. Kettner, 2008, 18f.

Ethikkomitees gesehen werden. Ist dem so, werden höchstwahrscheinlich Akzeptanzprobleme bei den Mitarbeitern auftreten.

Als rechtliche Funktionen klinischer Ethikkomitees können die Verringerung der Zahl an Rechtsstreitigkeiten, eine Sensibilisierung des Krankenhauspersonals für rechtliche Anforderungen sowie das Schaffen eines Forums, das es ermöglicht, rechtliche Fragestellungen zu diskutieren, genannt werden.⁶⁹ Diese Funktionen sollten jedoch ebenso wie die oben genannten Gründe als mögliche Begleiterscheinungen der Implementierung eines klinischen Ethikkomitees betrachtet werden. Im Mittelpunkt muss immer die Unterstützungsfunktion für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige stehen.

Auch Pflegepersonen können von klinischen Ethikkomitees in vielfacher Hinsicht profitieren.

3.2 Bedeutung für die Pflege

Pflegepersonen werden in der Praxis sehr häufig mit ethischen Fragen und Problemen konfrontiert. Durch gesellschaftliche und medizintechnische Entwicklungen werden neue ethische Fragestellungen aufgeworfen, die auch die Pflege betreffen.⁷⁰ Äußert ein Patient beispielsweise in seiner Patientenverfügung den Wunsch keine lebensverlängernden Maßnahmen zu erhalten, so betrifft dies Pflegepersonen genauso wie Ärzte. Jede Pflegeperson kann sich mit einem ethischen Problem an das klinische Ethikkomitee wenden. Das klinische Ethikkomitee hat in diesem Zusammenhang eine Entlastungsfunktion für Pflegepersonen. Sie werden mit ihren Fragestellungen nicht allein gelassen, sondern können diese mit den Mitgliedern des klinischen Ethikkomitees diskutieren.

⁶⁹ Vgl. Wallner, 2007, 151.

⁷⁰ Vgl. Pfabigan, 2007, 190.

Die Präambel des ICN (International Council of Nurses) - Ethikkodex für Pflegende (Fassung 2000) definiert für Pflegende folgende vier grundlegenden Aufgaben:

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheit zu verhüten,
- Gesundheit wieder herzustellen,
- Leiden zu lindern.⁷¹

In der Praxis gibt es jedoch Situationen, in denen diese Aufgaben im Konflikt zueinander stehen. Gesundheit wieder herzustellen kann mit Leiden und Schmerzen für den Patienten verbunden sein und widerspricht somit der Aufgabe Leiden zu lindern. Diese sich möglicherweise widersprechenden Aufgaben können zu ethischen Konflikten bei Pflegepersonen führen.

Die Routine im Krankenhaus bietet für die Mitarbeiter einen relativ begrenzten Raum, um ihre Handlungen kritisch zu reflektieren. Sind Mitarbeiter in ihren Entscheidungen oder Verfahrensweisen unsicher, so gibt es meist aus zeitlichen oder strukturellen Gründen keine Möglichkeit über diese Unsicherheiten zu sprechen. Im Rahmen einer Befragung von klinischem Personal wurden als Belastungsfaktoren neben Schwierigkeiten im Umgang mit Leid, Sterben und Tod, Probleme durch personelle und finanzielle Unterversorgung, Informationsdefizite, rechtliche und verfahrenspraktische Konfliktsituationen auch Belastungen aus Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Behandlungsteams und Konflikte zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich genannt.⁷² Hier kann das klinische Ethikkomitee als Gesprächsforum dienen, um Probleme gemeinsam zu diskutieren. Möglicherweise wird in der Diskussion die Sichtweise des jeweils anderen nachvollziehbarer bzw. zeigt sich, dass die eigene ergänzt werden muss.

Bei einem ethischen Konflikt gibt es zumeist mehrere Beteiligte (Patient, Pflegepersonen, Ärzte, Angehörige,...) die alle in verschiedene Normen- und Wertesysteme eingebunden sind.⁷³ Deshalb ist der Diskurs unter den Beteiligten wesentlich. Denn nur so kann eine ethische Fundierung der weiteren Entscheidungen erreicht werden.⁷⁴

⁷¹ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, <http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf>, Stand: 29.6.2010.

⁷² Vgl. Ley, 2005, 306f.

⁷³ Vgl. Lindner/Ziegler, 2006, zit. nach Kosan, 2008, 123.

⁷⁴ Vgl. Kosan, 2008, 123.

Durch die Hierarchie im Krankenhaus (die Unterordnung der Pflegepersonen unter Ärzte) wird die Frage aufgeworfen, ob bzw. inwieweit den Pflegepersonen überhaupt ein autonomes moralisches Handeln möglich ist. Dies ist für den eigenverantwortlichen und den interdisziplinären Tätigkeitsbereich (in dem die Pflegenden Vorschlags- und Mitentscheidungsrechte haben) jedenfalls zu bejahen. Im mitverantwortlichen Bereich liegt jedoch die alleinige Letztverantwortung beim anordnenden Arzt, was Konflikte bei Pflegepersonen bzw. zwischen den beiden Berufsgruppen auslösen kann.⁷⁵ Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich trifft der Arzt die Entscheidung, die Pflegeperson muss diese jedoch mittragen. Dies kann zu einem ethischen Konflikt bei der Pflegeperson führen, wenn sie die Entscheidung des Arztes für falsch hält. Sie muss möglicherweise auf Anordnung des Arztes versuchen die Gesundheit eines Patienten wiederherzustellen, obwohl sie der Ansicht ist, dass man sich darauf konzentrieren sollte das Leiden des Patienten zu lindern. Äußert die Pflege ihre im Widerspruch zur ärztlichen Ansicht stehende Meinung, so wird auch zwischen den beiden Berufsgruppen ein Konflikt entstehen. Das klinische Ethikkomitee versucht immer möglichst alle Sichtweisen miteinzubeziehen, um eine ethische Konfliktsituation so umfassend wie möglich zu betrachten. Auch wenn die letzte Entscheidung vielleicht beim Arzt liegt, so kann die Pflegeperspektive einen Beitrag zum Gesamtverständnis leisten. Grundvoraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Arzt die Pflegeperspektive anerkennt.

Die Aufgaben klinischer Ethikkomitees umfassen auch die Fort- und Weiterbildung. Die Ausbildung von pflegeethischer Kompetenz muss gefördert und entwickelt werden. Dies kann durch Unterrichts- und Weiterbildungsangebote sowie durch die praktische Einübung ethischer Urteilsbildung erfolgen. Es geht darum, ethische Grenz- und Einzelfälle wahrzunehmen, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen.⁷⁶ Eine Möglichkeit der Weiterbildung können zum Beispiel Seminartage sein. Dies kann helfen die unterschiedlichen Werthaltungen und Wertorientierungen aller Beteiligten herauszuarbeiten und eine Sensibilisierung für praktische Problemfelder im Alltag zu erreichen. Bei der Fortbildung „Ethik in der Pflege“ in einem Kreiskrankenhaus wurden beispielsweise folgende Lernziele definiert: die Fähigkeit, ethische Probleme

⁷⁵ Vgl. Körtner, 2004, 81.

⁷⁶ Vgl. Körtner, 2004, 130.

wahrzunehmen; die Klärung des Begriffs Ethik; die Kontrastierung der eigenen Erfahrung mit relevanten Theorien der Pflegeethik.⁷⁷

Letztlich kann ein klinisches Ethikkomitee für Pflegepersonen, die sich an das Komitee wenden, eine Entlastung bewirken, da sie für ihre Anliegen einen Ort zur Diskussion finden. Von der Pflege wahrgenommene Probleme werden im Stationsalltag oft nicht ernst genommen und übergangen. Ein klinisches Ethikkomitee bietet für Pflegende die Chance, ihre Themen und Anliegen darzustellen und damit auch ernst genommen zu werden. Pflegepersonen im Komitee haben die Möglichkeit die Pflegeperspektive einzubringen.

Ein Bedarf an ethischer Beratung besteht nicht nur in Krankenhäusern. Auch in Altenpflegeeinrichtungen treten ethische Probleme während der pflegerischen Tätigkeit und im pflegerischen Umfeld auf. Die Problemfelder reichen von Beginn, Fortführung oder Weiterführung einer medizinischen Hilfeleistung, Rechte und Einwilligungsfähigkeit des Heimbewohners bis hin zur Pflegeplanung. Die meisten Konflikte für Heimbewohner in Altenpflegeeinrichtungen bringen Probleme der Freiwilligkeit, der Privatheit und Vertraulichkeit, sowie der Selbstbestimmtheit mit sich. Hier könnte ein Ethikkomitee, das ein Forum für die genannten Problembereiche bieten würde, von großem Nutzen sein.⁷⁸

In Österreich steht die Etablierung klinischer Ethikkomitees noch am Beginn. Die derzeitige Lage in Bezug auf die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich soll nun dargestellt werden.

4. Status quo in Österreich in Bezug auf klinische Ethikkomitees

Als erstes Krankenhaus in Österreich hat 2006 das LKH-Universitätsklinikum Graz ein klinisches Ethikkomitee implementiert. Die Vinzenz Gruppe verfügt seit 2007 über einen Ethik-Beirat. Zudem wurde am St. Josef-Krankenhaus in Wien (Teil der Vinzenz Gruppe) ein klinisches Ethikkomitee eingerichtet. Auf diese ersten Entwicklungen in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Österreich soll nun näher eingegangen werden.

⁷⁷ Vgl. Fahr, 2004, 454f.

⁷⁸ Vgl. Bockenheimer-Lucius/Sappa, 2009, 121f.

4.1 Das Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz

2006 wurde am LKH-Universitätsklinikum Graz das erste klinische Ethikkomitee in Österreich eingerichtet. Die Anstaltsleitung des LKH-Univ. Klinikums Graz beauftragte das Ethikkomitee als weisungsunabhängiges Gremium und als Vermittler zwischen Fortschritt und Menschlichkeit zu fungieren. Im ersten Jahr wurde das Komitee 20 Mal zu Rate gezogen und weitere zehnmal kam es zu individuellen Ethikberatungen. Für das Klinikpersonal erfolgten spezielle Fortbildungen unter dem Motto „ethische Kulturbildung“. Zudem wurden Richtlinien als Basis für medizinische Entscheidungen erarbeitet.⁷⁹

Tabelle 2: Aufgaben des klinischen Ethikkomitees am LKH-Univ.Klinikum Graz⁸⁰

Ethikberatung im klinischen Alltag in Grenzsituationen (Ethikkonsil)
Aus- und Fortbildung der Klinikmitarbeiter im Sinne einer „ethischen Kulturbildung“
Leitlinienentwicklung als Basis für medizinethische Entscheidungen

Das Ethikkomitee wird als weiterer entscheidender Schritt in Richtung Mitarbeiter- und Patientenorientierung gesehen. Univ. Prof. Dr. Tritthart, der Leiter des klinischen Ethikkomitees, berichtet in Bezug auf das klinische Ethikkomitee von einer hohen Akzeptanz des Personals und Zuspruch seitens der Patienten und Angehörigen.⁸¹

Das Komitee hat sich folgende Ziele gesetzt:

- a) „Leitlinien für ethische Problematiken im klinischen Kontext zu erarbeiten (vgl. die im Oktober 2009 präsentierten *Empfehlungen für den Umgang mit dem Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung (DNR Vermerk) am LKH-Universitätsklinikum Graz*);
- b) eine diesbezügliche interne Fortbildung am Klinikum zu initiieren und zu fördern;

⁷⁹ Vgl. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10092832/2789022/>, Stand: 15.2.2010.

⁸⁰ G'sund.net, <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10062186/2504864/>, Stand: 1.6.2010.

⁸¹ Vgl. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10092832/2789022/>, Stand: 15.2.2010.

c) bei schwierigen ethischen Konfliktfällen Beratung anzubieten und im Rahmen von Ethikkomisilen auf Station zusammen mit den Betroffenen Lösungsvorschläge zu erarbeiten.“⁸²

Univ. Prof. Dr. Tritthart sieht als Anlass für die Gründung des klinischen Ethikkomitees am LKH-Universitätsklinikum Graz den Wunsch nach einer Instanz, an die man sich bei schwierigen ethischen Fragen wenden kann. Dieser Wunsch wurde vom damaligen ärztlichen Leiter Dr. Pieber und einzelnen Mitarbeitern des Krankenhauses aufgegriffen und führte zur Gründung des klinischen Ethikkomitees.

Mitglieder des Ethikkomitees sind:

- Ein Psychotherapeut (der auch Arzt ist)
- Ein Jurist
- Ein Theologe (der auch Arzt ist, den Beruf aber nicht ausübt)
- Eine Philosophin
- Zwei Pflegepersonen
- Acht Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten

Bei der Gründung des Ethikkomitees gab es laut Univ. Prof. Dr. Tritthart keine nennenswerten Schwierigkeiten. Als wichtig erachtet er Empathie und den Wunsch zu helfen und nicht als jemand aufzutreten, der alles besser weiß. Das klinische Ethikkomitee am Universitätsklinikum Graz möchte helfen und nicht prüfen, so Tritthart.⁸³

Das Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz nimmt alle drei in der Literatur beschriebenen Aufgabenbereiche klinischer Ethikkomitees (Einzelfallberatung, Aus- und Fortbildung, Leitlinienentwicklung) wahr. Auffällig ist die Zusammensetzung des klinischen Ethikkomitees, da sie von der Regelbesetzung klinischer Ethikkomitees in Deutschland abweicht. Mehr als die Hälfte der Mitglieder des Komitees sind Ärzte. Es sind weniger Pflegepersonen vertreten als im Durchschnitt in deutschen Ethikkomitees. Inwieweit hier die Pflegeperspektive gleichwertig wie die medizinische eingebracht werden kann ist fragwürdig.

⁸² Rinofner, http://www.uni-graz.at/sonja.rinofner/ethik_medizin.pdf, Stand: 16.5.2010.

⁸³ Auskunft von Dr. Hans Tritthart, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am LKH-Universitätsklinikum Graz, Email vom 16.5.2010.

4.2 Der Ethik-Beirat der Vinzenz Gruppe

Die Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH ist ein Spitalsverbund. Die Gruppe wird von sechs verschiedenen Ordensgemeinschaften (zu diesen gehören z.B. die Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul, die Dienerinnen des Heiligen Geistes oder die Schwestern Salvatorianerinnen) getragen. Folgende Krankenhäuser sind Teil der Vinzenz Gruppe:

In Wien:

- Barmherzige Schwestern Wien
- Orthopädisches Spital Speising
- St. Josef-Krankenhaus
- Krankenhaus Göttlicher Heiland
- Herz-Jesu Krankenhaus

In Oberösterreich:

- Barmherzige Schwestern Linz
- Barmherzige Schwestern Ried⁸⁴

Im Jahr 2006 definierte die Vinzenz Gruppe unter anderem als Qualitätsziel Fragen der Ethik systematisch zu behandeln. Als Maßnahmen dazu wurden genannt: „Konzeption einer Struktur für Ethikarbeit in der Vinzenz Gruppe sowie Definition der zentralen und dezentralen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zur Erarbeitung ethischer Themen.“ Beauftragt wurden die Geschäftsführung sowie der Zentralbereich Werte der Vinzenz Gruppe.⁸⁵

⁸⁴ Vgl. Vinzenz Gruppe, 2006/2007, 4.

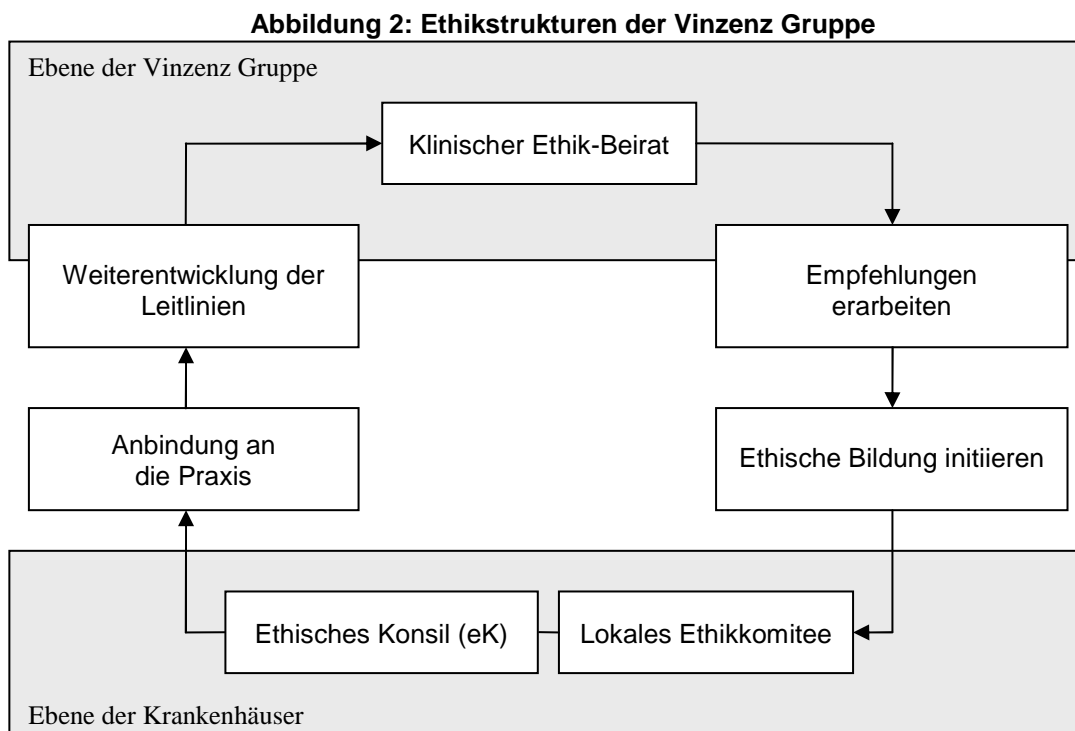
⁸⁵ Vinzenz Gruppe, 2006/2007, 8.

Im Ausblick des Qualitätsberichts 2006/2007 der Vinzenz Gruppe wurde die Umsetzung eines gruppenweiten Ethik-Beirats zur fundierten Ethikberatung in den Bereichen Medizin und Pflege genannt. Ziel sei es auf Ebene der Vinzenz Gruppe einen klinischen Ethik-Beirat mit folgenden Aufgaben einzurichten:

- „Förderung der ethischen Bewusstseinsbildung, vor allem durch Schulungen und Workshops
- Schaffen von Rahmenbedingungen für Ethikberatung
- Empfehlungen für ethische Leitlinien“

Auch auf Ebene der Krankenhäuser sollten lokale Ethikkomitees eingerichtet werden. Als Aufgaben für diese wurde genannt:

- „Förderung der ethischen Bewusstseinsbildung
- Einbringen von Themen in das Klinische Ethikkomitee
- Organisation von ethischen Fallbesprechungen (ethische Konsilien)
- Unterstützung der Fort- und Weiterbildung“⁸⁶



Quelle: Vinzenz Gruppe, 2006/2007, 36.

⁸⁶ Vinzenz Gruppe, 2006/2007, 36.

Die Vinzenz Gruppe begann 2007 den Ethik-Beirat einzusetzen, so Mag. Rainer Kinast, der Leiter des Bereiches Wertemanagement in der Vinzenz Gruppe. Dieser tagt seither viermal im Jahr. Er besteht aus je einem Arzt und einer Pflegekraft, die pro Krankenhaus entsendet werden, sowie einer Seelsorgekraft, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter, einem Rechtsvertreter, einem externen Ethiker und Mag. Kinast als Leiter des Zentralbereiches Wertemanagement der Vinzenz Gruppe. Die Mitglieder des Ethik-Beirates sind für zwei Jahre eingesetzt und arbeiten unabhängig und weisungsfrei. Aus der Geschäftsführung der Vinzenz Gruppe oder der Krankenhausleitung ist niemand im Ethik-Beirat vertreten.⁸⁷

Die Vinzenz Gruppe nimmt alle drei Aufgaben klinischer Ethikkomitees wahr, jedoch auf verschiedenen Ebenen. Auf übergeordneter Ebene werden im Rahmen des Ethik-Beirates Fortbildungen angeboten und Leitlinien entwickelt. Dies erscheint sinnvoll, da in den verschiedenen Krankenhäusern möglicherweise für ähnliche Problemstellungen ein Bedarf an Leitlinien gegeben ist. Ethische Fallbesprechungen finden auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser statt. Somit können diese zeit- und ortsnahe erfolgen.

4.3 Das Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus Wien

Wie bereits erwähnt, plant die Vinzenz Gruppe in all ihren Krankenhäusern ein lokales Ethikkomitee einzurichten. Am St. Josef-Krankenhaus in Wien wurde dieses Vorhaben bereits umgesetzt. Das Ethikkomitee unter der Leitung von Dr. Christian Metz soll nun gewährleisten, dass ethische Aspekte und Fragen im Krankenhausalltag ausreichend Beachtung finden.⁸⁸

⁸⁷ Vgl. Medical Tribune, <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=96083&dspaid=739666>, Stand: 31.5.2010.

⁸⁸ Vgl. St. Josef-Krankenhaus, http://www.sjk-wien.at/stj_tree/powerslave,id,160,nodeid,,mysize,,html, Stand: 16.2.2010.

Das Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus hatte viele Vorläufer wie z.B. die dortige Ethikkommission. Der Anschluss an die Vinzenz Gruppe führte schließlich 2007 zur offiziellen Gründung des klinischen Ethikkomitees. Bereits zuvor gab es viele ethische Themen im Haus für die oft der geeignete Ort zur Besprechung fehlte und die daher zwischen Tür und Angel oder bei Stationsbesprechungen aufgenommen wurden: z.B. Anfragen bezüglich Tubenligaturdurchführungen; die Einführung der Pränataldiagnostik im Haus (Was bedeutet das für die Aufklärung der Frauen?) oder DNR Richtlinien. Das klinische Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus setzt sich in der Regel aus ein bis zwei Gynäkologinnen, der leitenden Krankenschwester der Intensivstation, der Krankenhausseelsorgerin, dem Betriebsratsvorsitzenden sowie dem Leiter des klinischen Ethikkomitees Dr. Metz zusammen.⁸⁹

„Im konkreten Anlassfall stehen Vertrauenspersonen für eine rasche, unbürokratische und diskrete Unterstützung zur Verfügung. Sie moderieren eine ethische Beratung bei schwierigen fachlichen / ethischen Entscheidungen oder in belastenden Betreuungs- und Behandlungssituationen.“ (Ethische Konsile)⁹⁰

Bei ethischen Konsilen sind verschiedene Mitarbeiter abhängig von der jeweiligen Praxissituation vertreten (möglichst die unterschiedlichsten Perspektiven). Erfahrungen mit der Einbeziehung von Angehörigen und Patienten wurden am St. Josef-Krankenhaus derzeit noch nicht gemacht. Im Zusammenhang mit den ethischen Konsilen hatte Dr. Metz den Eindruck, dass diese von den Mitarbeitern positiv angenommen wurden und sehr hilfreich waren. Am St. Josef-Krankenhaus findet auch ungefähr ein bis zweimal im Halbjahr ein sogenanntes Ethikforum (oder Ethikcafe) statt. Dadurch soll das Bewusstsein im Haus für ethische Fragen gestärkt werden: Es soll kein abgehobenes Format sein, sondern eine Möglichkeit schwierige Situationen zu besprechen. Alltägliche ethische Fragen, wie z.B. was bedeutet Mobilisation oder was bedeutet es jemanden zu fixieren, finden somit einen Raum zur Besprechung. Häufig handeln Mitarbeiter standardisiert nach Vorschriften und haben aber trotzdem das Gefühl, dass es nicht gut ist, was sie machen. Wenn man etwas aus Ängstlichkeit heraus tut, das man eigentlich als sinnlos erachtet, so ist dies in der Regel sehr belastend, so Metz. Das Ethikforum

⁸⁹ Laut telefonischer Auskunft von Dr. Christian Metz, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus Wien, am 19.5.2010.

⁹⁰ St. Josef-Krankenhaus, http://www.sjk-wien.at/stj_tree/powerslave,id,160,nodeid,,mysize,.html, Stand: 16.2.2010.

bietet eine freiwillige Möglichkeit diese Dinge zu besprechen. Dr. Metz erachtet es als wichtig ethische Themen in bereits bestehende Strukturen zu integrieren (z.B. im Rahmen von Fortbildungsreihen). Die Berücksichtigung ethischer Themen im Krankenhausalltag ist kein „Selbstläufer“: Es braucht ein möglichst weites Bewusstsein im Haus bei den verschiedenen Berufsgruppen, so Metz. Daher versucht er das Thema regelmäßig z.B. bei Fortbildungen oder bei den Einführungstagen für neue Mitarbeiter zu benennen.⁹¹

Derzeit werden durch die Arbeit des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus die Mitarbeiter im Umgang mit schwierigen ethischen Fragen unterstützt. Patienten und Angehörige haben diese Form der Unterstützung bisher nicht genutzt. Neben den Einzelfallberatungen auf Station (Ethikkonsile) werden auch Fortbildungen angeboten. Die am St. Josef-Krankenhaus angebotenen Ethikkonsile entsprechen dem Prozessmodell nach Neitzke (es wird auf der Station mit den Beteiligten ein gemeinsamer Beratungsprozess durchlaufen).⁹² Diese Struktur ermöglicht zeitnahe Beratungen. Leitlinien werden nicht entwickelt, da dies bereits auf der übergeordneten Ebene der Vinzenz Gruppe geschieht.

Die drei Beispiele, die nun vorgestellt wurden (das klinische Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz, der Ethik-Beirat der Vinzenz Gruppe sowie das klinische Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus Wien), bilden den Beginn der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich. In Deutschland ist die Entwicklung bereits weiter vorangeschritten. Da österreichische Krankenhäuser aus den vielen Erfahrungen, die in Deutschland gemacht wurden, lernen können, soll nun näher auf diese eingegangen werden.

⁹¹ Laut telefonischer Auskunft von Dr. Christian Metz, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus Wien, am 19.5.2010.

⁹² Vgl. Neitzke, 2008a, 66.

5. Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland

Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland begann in den 1990er Jahren. Seit damals sind an vielen Krankenhäusern Deutschlands klinische Ethikkomitees entstanden. Den Anlass für die Implementierung klinischer Ethikkomitees bilden häufig schwierige ethische Entscheidungen auf den Stationen. Daher sollen in weiterer Folge zwei ethische Konflikte, die in Deutschland großes mediales Interesse hervorgerufen haben, vorgestellt und der Frage nachgegangen werden, warum diese keine unmittelbare Entwicklung in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Deutschland ausgelöst haben.

Des Weiteren wird die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland anhand der Rolle der Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft, Initiatoren klinischer Ethikkomitees, Unterschieden zwischen top-down und bottom-up Gründungen, Qualitätssicherung sowie Schwierigkeiten und positiven Einflussfaktoren auf die Implementierung nachgezeichnet.

5.1 Aufsehenerregende ethische Konflikte in Deutschland

Anhand zweier ethischer Konflikte aus Deutschland, dem Fall des Erlanger Baby und dem Kemptener Fall, soll gezeigt werden mit welcher schwierigen ethischen Entscheidungen das klinische Personal und die Angehörigen zum Teil in der Praxis konfrontiert werden. Möglicherweise hätte ein klinisches Ethikkomitee in diesen Fällen eine Unterstützung bedeuten können.

5.1.1 Das Erlanger Baby

a) Erlanger Fall 1992:

Sachverhalt

Die schwangere Marion P. kam am 5. Oktober 1992 mit ihrem Auto von der Straße ab und prallte gegen einen Baum. Sie wurde in die Universitätsklinik Erlangen gebracht. Am 8. Oktober diagnostizierten die Ärzte den Hirntod. Marion P. befand sich zu diesem Zeitpunkt im 4. Schwangerschaftsmonat. Es stellte sich nun die Frage, ob man die lebenserhaltenden Maßnahmen aufrechterhalten und eine schwangere hirntote Patientin ein Kind austragen

lassen sollte. In einem Konsilium (bestehend aus mehreren Ärzten und zwei Juristen) wurde die Entscheidung für die Fortsetzung der Intensivtherapie der Hirntoten getroffen, um das Kind möglicherweise retten zu können. Die Forschungsethikkommission des Krankenhauses Erlangen wurde nicht hinzugezogen und auch die Pflegedienstleitung wurde an der Entscheidungsfindung nicht beteiligt.⁹³ Genauso wenig wurde das Pflegepersonal miteinbezogen. In der 19. Schwangerschaftswoche hatte Marion P. einen Spontanabort. Am selben Tag wurden die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt. Später schilderten die Eltern von Marion P. im „stern tv“, dass sie unter Druck gesetzt worden waren dem Vorgehen der Erlanger Ärzte zuzustimmen.⁹⁴

Kontroverse

Die Entscheidung im Erlanger Fall ist nicht unumstritten. Es stellt sich die Frage, ob man für einen Fötus im 4. Schwangerschaftsmonat ein Lebensrecht annehmen kann. Geht man von dieser Annahme aus, so gibt es eine entsprechende Pflicht zur Lebenserhaltung und somit zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaft.⁹⁵ An der Entscheidung, die Intensivtherapie bei Marion P. fortzusetzen, gab es auch viel Kritik. Im Mittelpunkt dieser Kritik stand zum einen, dass man Marion P. nicht in Frieden sterben ließ und damit ihre Menschenwürde verletzte. Zum anderen bezog sich die Kritik auf eine fehlende vorhergehende Einwilligung der Schwangeren. Da nicht sie sondern das Konsilium bestehend aus Ärzten und Juristen die Entscheidung für eine Fortsetzung der Intensivtherapie getroffen hatte, wäre gegen ihr Selbstbestimmungsrecht verstoßen worden, so Kritiker. Zudem wurden Bedenken in die Richtung geäußert, dass die Risiken für das Kind unzureichend abschätzbar gewesen wären.⁹⁶

b) Erlanger Fall 2008:

Ein ähnlicher Fall wie 1992 ereignete sich 2008 in Erlangen. Eine schwangere Frau (40 J.) erlitt in der 13. Schwangerschaftswoche einen Herzinfarkt mit Herz-Kreislaufstillstand. Auch hier galt es eine Entscheidung für oder gegen

⁹³ Vgl. Tolmein, 1993, 99ff.

⁹⁴ Vgl. Tolmein, 1993, 103f.

⁹⁵ Vgl. Bockenheimer-Lucius/Seidler, 1993, 58.

⁹⁶ Vgl. Bockenheimer-Lucius/Seidler, 1993, 56f.

die Fortsetzung der Intensivtherapie zu treffen. Wiederum wurde für eine Aufrechterhaltung der lebenserhaltenden Maßnahmen entschieden. Die Schwangerschaft wurde über 22 Wochen bis zur Entbindung eines gesunden Kindes fortgesetzt. Laut dem Kliniksprecher hätten Ärzte und Pflegepersonen ihre Handlungen von Anfang an mit einem interdisziplinären klinischen Ethikkomitee abgestimmt. Aus den Erfahrungen des aufsehenerregenden Falles vor 17 Jahren hatte man gelernt. Mutter und Kind wurden von der Öffentlichkeit abgeschirmt. Der Fall wurde erst im Nachhinein und anonym veröffentlicht. Dadurch sollte vermieden werden, dass öffentlich Druck auf die Angehörigen ausgeübt wird.⁹⁷

Im Erlanger Fall 1992 wurde die Entscheidung für die Fortsetzung der Intensivtherapie von mehreren Ärzten und zwei Juristen getroffen.⁹⁸ Das Pflegepersonal wurde nicht miteinbezogen. Auch die Kommunikation mit den Angehörigen scheint nicht optimal verlaufen zu sein, da sich diese mehrmals mit Vorwürfen an die Medien wandten.⁹⁹

Im Erlanger Fall 2008 dagegen wurden alle Beteiligten miteinbezogen und die Entscheidung und weitere Vorgehensweise im klinischen Ethikkomitee diskutiert.¹⁰⁰ Möglicherweise hätten manche Konflikte, die im Erlanger Fall 1992 über die Medien ausgetragen wurden, durch ein klinisches Ethikkomitee geklärt werden können. Man hätte so vielleicht zu einer gemeinsamen Entscheidung aller beteiligten Personen kommen können.

5.1.2 Kemptener Fall

Sachverhalt

Der vor dem Landgericht Kempten eröffnete Rechtsstreit, in dem es um den Abbruch der künstlichen Ernährung der Patientin Frau Sch. ging, erregte in der Öffentlichkeit großes Aufsehen. Frau Sch. Zustand wurde vor Gericht als apallisches Syndrom bezeichnet. Die 1920 geborene Frau lebte in einem

⁹⁷ Vgl. Universitätsklinikum Erlangen, http://www.uk-erlangen.de/e467/e583/e11287/e14850/index_ger.html, Stand: 15.2.2010.

⁹⁸ Vgl. Tolmein, 1993, 101.

⁹⁹ Vgl. Tolmein, 1993, 103f.

¹⁰⁰ Vgl. Universitätsklinikum Erlangen, http://www.uk-erlangen.de/e467/e583/e11287/e14850/index_ger.html, Stand: 15.2.2010.

Altersheim und wurde künstlich ernährt.¹⁰¹ Eine Verbesserung ihres Zustandes war nicht zu erwarten. Der Arzt und der Sohn der Patientin wollten daher im März 1993 die künstliche Ernährung einstellen und unterschrieben einen entsprechenden Vermerk in der Krankenakte, der die Anweisung an das Pflegepersonal enthielt, die künstliche Ernährung nicht weiter fortzuführen.¹⁰² Es hat keine Diskussion mit dem Pflegepersonal stattgefunden. Einige Beschäftigte des Altersheims waren mit der geplanten Maßnahme nicht einverstanden. Angehörige des Pflegepersonals informierten den Heimleiter, der am 17. März 1993 das Vormundschaftsgericht anrief.¹⁰³ Dieses entschied, dass die Ernährung fortzuführen sei. Der behandelnde Arzt stellte daraufhin trotzdem die Behandlung ein und die Patientin verstarb. Dies hatte aus strafrechtlicher Sicht die Konsequenz, dass sowohl der behandelnde Arzt als auch der Sohn in erster Instanz wegen versuchten Totschlages verurteilt wurden. Der Bundesgerichtshof hob das Urteil jedoch auf, da der mutmaßliche Wille der Betroffenen in den Urteilen der Vorinstanz nicht hinreichend berücksichtigt worden sei. Diese Ausführungen des Gerichts wurden in weiterer Folge heftig kritisiert. Kritiker wiesen auf die Differenz zwischen mutmaßlichem und erklärtem Willen hin.¹⁰⁴

Kontroverse

Im diesem Fall geht es um die Frage, ob die künstliche Ernährung der Heimbewohnerin Frau Sch. entzogen werden kann, darf oder gar soll. Im Unterschied zur Euthanasie, die auf Wunsch des Patienten erfolgt, wird ein Patient, der sich im „vegetative state“ befindet, nicht selbst aktiv in Bezug auf den Abbruch seiner lebenserhaltenden Behandlung. Rechtlich gesehen ist er einwilligungsunfähig. Es stellt sich nun die Frage, wie der Lebensschutz bei Menschen im „vegetative state“ gesichert werden kann ohne gleichzeitig eine Lebenspflicht festzusetzen.¹⁰⁵

Auffällig ist, dass im Kemptener Fall, genauso wie im Erlanger Fall 1992, das Pflegepersonal nicht in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, sondern vor vollendete Tatsachen gestellt wurde. Es dürfte durchaus Uneinigkeit innerhalb des Personals über die Entscheidung des Arztes und des Sohnes gegeben haben.¹⁰⁶

¹⁰¹ Vgl. Tolmein, 2004, 18f.

¹⁰² Vgl. Sahm, 2006, 17.

¹⁰³ Vgl. Tolmein, 2004, 19.

¹⁰⁴ Vgl. Sahm, 2006, 17f.

¹⁰⁵ Vgl. Tolmein, 2004, 16ff.

¹⁰⁶ Vgl. Tolmein, 2004, 19.

Auch in diesem Fall hätte ein klinisches Ethikkomitee als Forum einen wichtigen Beitrag leisten und zu einer verbesserten ethischen Entscheidungsfindung beitragen können. Zu diesem Zeitpunkt gab es jedoch in Deutschland noch keine klinischen Ethikkomitees. Diese medial sehr aufsehenerregenden Fälle lösten unmittelbar keine Entwicklung in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Deutschland aus. Es bleibt offen, warum die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland erst einige Jahre später begann. Die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft nahmen diesbezüglich eine besondere Stellung ein.

5.2 Die Rolle der Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft

Die Empfehlung des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands und des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands im Jahr 1997 spielte für die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland eine zentrale Rolle. Die beiden Krankenhausverbände empfahlen ihren Mitgliedern klinische Ethikkomitees an den einzelnen Krankenhäusern einzurichten. Die Empfehlung bietet konkrete Informationen zu Themen wie Arbeitsweise oder Zusammensetzung eines klinischen Ethikkomitees.

Weihbischof Dr. Josef Voß (1. Vorsitzender des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands) und Pastor Wolfgang Helbig (Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands) zum Anlass für die Empfehlung:

„Wir möchten mit unserer Initiative das gelebte Ethos sowohl der Ärzte als auch der Pflegenden wie der christlichen Träger unterstützend aufgreifen und strukturell als Element der Krankenhausleitung institutionalisieren. Damit wird im Management des Krankenhauses die implizite Dimension der Ethik sichtbar und anerkannt. Denn Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft entspringen dem Anspruch, dem Christen sich verpflichtet wissen: Kranke zu begleiten, zu pflegen und zu behandeln aus dem Geist des Evangeliums.“¹⁰⁷

¹⁰⁷ DEKV/KKVD, 1997, 5.

Die Krankenhausverbände sehen klinische Ethikkomitees als Unterstützung für ethisch verantwortetes Handeln. Die Empfehlung der Krankenhausverbände sollte einen Schritt darstellen, um die christliche Kultur zu pflegen und weiterzuführen. Klinische Ethikkomitees im Sinne der konfessionellen Krankenhausträger bewegen sich im Rahmen rechtsstaatlicher Gegebenheiten und christlich-kirchlicher Leitbilder.¹⁰⁸

Die Empfehlung der konfessionellen Krankenhausträger war für zahlreiche Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft der Anlass für die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees. In der ersten bundesweiten Umfrage zur Implementierung klinischer Ethikberatung in Deutschland 2005 nannten 16 Krankenhäuser als Anlass für die Einrichtung einer klinischen Ethikberatung die Impulse der konfessionellen Krankenhausverbände. Nur die Zertifizierung von Krankenhäusern wurde mit 30 Nennungen noch häufiger als Anlass genannt.¹⁰⁹ Selbige Umfrage zu klinischer Ethikberatung 2005 zeigte, dass der überwiegende Anteil klinischer Ethikkomitees an konfessionellen Krankenhäusern implementiert wurde. 95 konfessionelle Krankenhäuser, 38 öffentliche und 16 private Krankenhäuser hatten zu diesem Zeitpunkt ein klinisches Ethikkomitee eingerichtet. Auch in Bezug auf eine sich gerade im Aufbau befindende Ethikberatung lagen die konfessionellen Krankenhausträger vor den öffentlichen und privaten Krankenhäusern (siehe Abb.3).¹¹⁰

¹⁰⁸ Vgl. DEKV/KKVD, 1997, 5.

¹⁰⁹ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

¹¹⁰ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 150.

Abbildung 3: Formen der klin. Ethikberatung bei versch. Krankenhausträgern

	Klin. Ethikkomitee	Ethikforum/Runder Tisch	Ethik-konsiliar	Sonstiges	Im Aufbau	Ablehnung	Keine Ethikberatung	Insgesamt
Diakonisches Krankenhaus	36	3	3	9	12	6	11	80
Einrichtung der Caritas	47	6	5	6	16	1	12	93
And. freigemein. Krankenhäuser	12	5	1	5	10	1	18	52
Kommunales Krankenhaus	32	14	3	7	26	9	48	139
Universitätsklinik	5	2	-	-	-	-	4	11
Sonstige	1	2	-	2	1	-	4	10
Private Trägerschaft	16	6	3	4	12	3	52	96
Keine Angabe	-	-	-	-	-	-	2	2
Insgesamt	149	38	15	33	77	20	151	483

Quelle: Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 150.

Im August 1999 publizierten die konfessionellen Krankenhausverbände erste Erfahrungsberichte zur Einrichtung von klinischen Ethikkomitees. Diese dienen möglicherweise anderen Krankenhäusern als Hilfestellung bei ihrer Implementierung eines Ethikkomitees.

Auch in Österreich könnten die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft eine ähnliche Vorreiterrolle wie in Deutschland übernehmen. Das erste klinische Ethikkomitee in Österreich wurde am Universitätsklinikum Graz, einem öffentlichen Krankenhaus, eingerichtet. Die Vinzenz Gruppe, die von verschiedenen Ordensgemeinschaften getragen wird, hat jedoch auf Ebene der Vinzenz Gruppe einen Ethik-Beirat eingerichtet und plant auf Ebene der sieben Krankenhäuser lokale Ethikkomitees zu implementieren. Am St. Josef-Krankenhaus in Wien, das Teil der Vinzenz Gruppe ist, wurde dieses Vorhaben bereits umgesetzt. Das große Vorhaben der Vinzenz Gruppe, deren sieben Krankenhäuser sich immerhin über zwei Bundesländer erstrecken, könnte durchaus eine entscheidende Rolle für die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich spielen.

5.3 Initiatoren klinischer Ethikkomitees

Um ein klinisches Ethikkomitee in einem Krankenhaus einzurichten, braucht es jemanden, der den ersten Schritt dazu setzt, es braucht Initiatoren. Die erste bundesweite Umfrage zu klinischer Ethikberatung in Deutschland 2005 versuchte unter anderem herauszufinden, wer in der Praxis solche Initiatoren sind. In der Umfrage gaben 22% an, dass die Geschäftsführung Initiator gewesen sei. Die Implementierung ist also top-down erfolgt. Am häufigsten wurde mit 37% eine interdisziplinäre Gruppe mit Geschäftsführung als Initiator genannt. 16 % gaben an, dass eine interdisziplinäre Gruppe ohne Geschäftsführung den Anstoß für klinische Ethikberatung gegeben hat. Die Umfrage zeigt, dass bei mehr als der Hälfte der befragten Krankenhäuser (53%) der Initiator eine interdisziplinäre Gruppe war. Mitglieder verschiedener Berufsgruppen sehen gemeinsam einen Bedarf an klinischer Ethikberatung (möglicherweise aufgrund konkreter Anlassfälle im eigenen Krankenhaus) und ergreifen gemeinsam die Initiative. Ärzte übernahmen in 10% der Fälle die Initiatorenrolle, die Pflege in 6% der Fälle. Dadurch, dass die Pflege in der Regel die größte Berufsgruppe in einem Krankenhaus darstellt, könnte man diese 6% eher als niedrig bewerten. Berücksichtigt man jedoch zusätzlich die Rolle der Pflege als Teil von interdisziplinären Arbeitsgruppen, so spielt sie insgesamt sicher eine wichtige Rolle als Initiator. Die Koordinationsrolle übernimmt die Pflege in nur 1% der Fälle. Die Seelsorge dagegen, die in einem Krankenhaus anzahlmäßig deutlich geringer vertreten ist als die Pflege, übernimmt die Koordination immerhin in 10% der Fälle. Am häufigsten erfolgt die Koordination von Seiten der Geschäftsführung (28%) sowie vom Qualitätsmanagement (16%)(siehe Abb. 4).¹¹¹

¹¹¹ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

Abbildung 4: Initiator, Koordination und Dauer der Implementierungsphase

	Initiator	Koordinator	Zeitraum	
Geschäftsführung (GF)	22%	28%	<3 Monate	22%
Interdisziplinäre Gruppe mit/ohne GF	37%/16%	14%/14%	3-<6 Monate	20%
Ärzte	10%	8%	6-<12 Monate	16%
Pflege	6%	1%	>12 Monate	10%
Qualitätsmanagement	3%	16%	Aufbauphase	23%
Seelsorge	2%	10%	sofortige Benennung	8%
Andere	2%	15%	nicht bekannt	5%
keine Angabe	2%	7%	keine Angaben	4%
Insgesamt	100%	100%	Insgesamt	100%

Quelle: Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

Im Rahmen einer zweitägigen Konferenz des kulturwissenschaftlichen Instituts Essen zum Thema „Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven“ berichtete die Krankenschwester Anna Schulz am Beispiel des klinischen Ethikkomitees am Westküstenklinikum Heide, dass die Initiative zur Einrichtung klinischer Ethikkomitees bei ihnen vom Pflegepersonal ausging.¹¹² Am Westküstenklinikum Heide führte der Weg von einer Ethik-Arbeitsgruppe über ein Protokomitee hin zum klinischen Ethikkomitee. Die Ethik-Arbeitsgruppe war im Zusammenhang mit einem Führungsseminar für Pflegemitarbeiter der mittleren Führungsebene (Stationsleitungen und deren Stellvertreter) entstanden. Im Rahmen des Seminars fand eine Unterrichtseinheit zum Thema „Ethik“ und „Ethik im Krankenhaus“ statt. Dadurch angeregt, wollten die teilnehmenden Pflegepersonen ein Projekt in Gang bringen.¹¹³ So konnte schließlich durch das hohe persönliche Engagement der Mitarbeiter sowie durch die Unterstützung des Trägers ein klinisches Ethikkomitee etabliert werden.¹¹⁴ Am Westküstenklinikum Heide nahm die Pflege somit eine sehr aktive Rolle ein und initiierte die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees von unten (bottom-up). Den Anlass für eine Initiative von Seiten der Geschäftsführung (top-down) bilden meist Zertifizierungsprozesse.¹¹⁵

¹¹² Vgl. Kettner/May, 2002, 296.

¹¹³ Vgl. Kettner/May, 2005, 241f.

¹¹⁴ Vgl. Kettner/May, 2005, 244.

¹¹⁵ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

Wenn die Initiative von den Mitarbeitern (bottom-up) ausgeht, so deshalb, da diese einen Bedarf an regelmäßigem Austausch über ethische Probleme im Krankenhaus sehen. In ihrer praktischen Arbeit sehen sie, wie mit ethischen Fragen umgegangen wird und erwarten sich von einem klinischen Ethikkomitee eine Verbesserung. Ein Stationsteam wird beispielsweise damit konfrontiert, dass ein Patient dringend eine Bluttransfusion benötigen würde. Da er Zeuge Jehovas ist, lehnt er dies jedoch ab. Das Stationsteam weiß nicht, wie es damit umgehen soll und möglicherweise bleibt auch vieles unausgesprochen. So könnte bei den Mitarbeitern, wenn es immer wieder zu ethischen Konfliktsituationen auf der Station kommt, irgendwann der Wunsch nach einer klinischen Ethikberatung entstehen. Und jemand entschließt sich dazu die Initiative zu ergreifen und das Ganze ins Rollen zu bringen. Je nachdem, ob klinische Ethikkomitees auf Initiative der Mitarbeiter von unten (bottom-up) oder auf Initiative der Krankenhausleitung von oben (top-down) gegründet werden, gestaltet sich die Gründung häufig sehr unterschiedlich.

5.4 Unterschiede zwischen top-down und bottom-up Gründungen

Sowohl top-down als auch bottom-up Gründungen bringen Vor- und Nachteile mit sich. Ein Hauptproblem von top-down Gründungen liegt in der mangelnden Akzeptanz des Komitees von Seiten der Mitarbeiter. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Mitarbeiter davon ausgehen, dass das Ethikkomitee nur pro forma für eine Zertifizierung eingerichtet werde. Bestätigt sich diese Befürchtung, so wird der Nutzen des Ethikkomitees relativ gering sein.¹¹⁶ Bildet eine Zertifizierung den Anlass für die Gründung eines klinischen Ethikkomitees bedeutet dies jedoch nicht, dass die Gründung nicht erfolgreich sein kann. Die Mitarbeiter müssen jedoch vom Nutzen, den diese Einrichtung für sie hätte, überzeugt werden. Auch eine bottom-up Gründung ist mit so manchen Schwierigkeiten verbunden, wenn es nicht gelingt die Unterstützung der Klinikleitung zu sichern.

Anhand zweier Beispiele, einer versuchten bottom-up Gründung und einer top-down Gründung soll nun dargestellt werden, welche Wirkungen die beiden Gründungsformen in der Praxis entfalten können.

¹¹⁶ Vgl. Vollmann, 2008b, 121.

5.4.1 Versuch einer bottom-up Gründung am Universitätsklinikum Göttingen

Am Universitätsklinikum Göttingen¹¹⁷ gab es immer wieder verschiedene ethische Probleme in der klinischen Versorgung. Daher wandte sich ein klinischer Abteilungsleiter zusammen mit zwei Oberärzten an die Göttinger Ethikkommission. Er berichtete in der Sitzung der Ethikkommission von schwerwiegenden moralischen Problemen. Die konkreten Anlässe für die Etablierung eines klinischen Ethikkomitees waren somit in Göttingen gegeben. Die Ethikkommission beauftragte daher eine kleine Untergruppe mit der Entwicklung von Strukturen und einer Satzung für ein klinisches Ethikkomitee. Zusätzlich sollte diese Gruppe den Prozess der Institutionalisierung auf verschiedenen Ebenen voranbringen. Dieser Auftrag wurde 1999 erteilt, 2008 gab es am Universitätsklinikum Göttingen jedoch noch immer kein klinisches Ethikkomitee. Die Leiterin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin hatte den Auftrag zur Einrichtung erhalten. Später wollte sie aber keine Diskussion mehr über die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees führen. Die Rahmenbedingungen für die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees wären ursprünglich gut gewesen: In der Medizinethik und in der Klinikseelsorge gab es einige Mitarbeiter, die sich in Bezug auf die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees engagierten. Diese regten die Einrichtung eines Ethikkomitees wiederholt an und boten auch ihre Hilfe an. Es gab auch kompetente Mitarbeiter auf Ebene des akademischen Mittelbaus, von denen man annahm, dass sie für die Geschäftsführung eines klinischen Ethikkomitees fachlich und personell gut geeignet gewesen wären. Zudem hätte man von Erfahrungen mit der Einrichtung klinischer Ethikkomitees der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen profitieren können. Auch mehrere Mitglieder der Ethikkommission unterstützten das Vorhaben. Durch Vortragsveranstaltungen, Fachkolloquien und Tagungen war es gelungen Mitarbeiter (sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite) für ethische Fragen zu sensibilisieren. Diese Mitarbeiter hätten ebenfalls Unterstützung bei der Implementierung eines klinischen Ethikkomitees bieten können. Dies zeigt, dass am Universitätsklinikum Göttingen eine breite bottom-up Bewegung gegeben war. Warum aber ist es nie zur Implementierung eines klinischen Ethikkomitees gekommen? Der Grund dafür liegt in einem erheblichen

¹¹⁷ Zu folgender Darstellung des Versuchs einer bottom-up Gründung am Universitätsklinikum Göttingen vgl. Frewer, 2008, 62-66.

top-down Problem, das nicht überwunden werden konnte. Der dreiköpfige Vorstand des Universitätsklinikums förderte die Implementierung nicht unbedingt. Auch die Leiterin der Abteilung Medizinethik setzte sich nicht für die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees ein. Andreas Frewer ist der Ansicht, sie hätte bestehende Chancen und Möglichkeiten in Bezug auf die Einrichtung eines klinischen Ethikkomitees wiederholt nicht genutzt.¹¹⁸ Die Schaffung einer weiteren Instanz neben den bestehenden Hierarchien wurde von den Leitungspersonen nicht begrüßt. Und somit scheiterte die Implementierung letztlich trotz mehrerer günstiger Konstellationen und geeigneter Rahmenbedingungen.

Das Beispiel des Universitätsklinikums Göttingen zeigt, dass für die Implementierung eines klinischen Ethikkomitees eine bottom-up Bewegung alleine nicht ausreichend ist. Die Hierarchien in Krankenhäusern sind fest verankert und können kaum umgangen werden. Daher ist ein frühzeitiges Bemühen um die Unterstützung der Klinikleitung sehr wichtig.

5.4.2 Top-down Gründung am Universitätsklinikum Erlangen

In Erlangen wurde der Gründungsprozess des klinischen Ethikkomitees von oben durch den ärztlichen Direktor initiiert (top-down Gründung). Der ärztliche Direktor trieb die Gründung eines Arbeitskreises voran. Er sprach gezielt Personen, die seiner Ansicht nach fachlich und persönlich geeignet seien, an. Dieser Personenkreis umfasste z.B. ärztliche Leiter von Kliniken mit häufig auftretenden medizinethischen Fragestellungen, die Klinikseelsorge, die Pflegedirektion und die Professorin für Geschichte der Medizin.¹¹⁹ So gelang es in relativ kurzer Zeit ein klinisches Ethikkomitee zu konstituieren. Am Erlanger Universitätsklinikum machte man die Erfahrung, dass die aktive Unterstützung des Klinikvorstandes unabdingbar ist. Denn nur mit der Unterstützung der Klinikleitung werden finanzielle Mittel und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die top-down Gründung brachte jedoch auch Nachteile mit sich. Zu Beginn waren die Klinikdirektoren im Komitee überrepräsentiert. Dadurch fehlte der unmittelbare Bezug zur praktischen Stationsarbeit. Nur ein Assistenzarzt war Mitglied und auch Frauen waren unterrepräsentiert. Das Pflegepersonal fühlte sich deplaziert im

¹¹⁸ Vgl. Frewer, 2008, 65.

¹¹⁹ Vgl. Vollmann/Weidtmann, 2003, 229.

klinischen Ethikkomitee, da ethische Probleme primär aus der ärztlichen Leitungsperspektive diskutiert wurden. Auf die Überrepräsentanz hierarchisch hoher Positionen im klinischen Ethikkomitee reagierte man bei der ersten Nachnominierung von Mitgliedern des Komitees.¹²⁰

Bei einer bottom-up Gründung identifizieren sich die Mitarbeiter stark mit dem Ethikkomitee und wenden sich daher mit ethischen Fragestellungen aus ihrem eigenen Arbeitsalltag an das Komitee. In Erlangen ergriffen die Mitarbeiter selten aktiv die Initiative, um sich mit Fragestellungen an das Komitee zu wenden. Ursache dafür könnte neben der top-down Gründung auch die Größe des Klinikums und seines klinischen Ethikkomitees (20 Mitglieder plus Stellvertreter) sein. Dass das Ethikkomitee in Erlangen über eine hauptberufliche Geschäftsführung verfügt, die verlässlich eine Tagesordnung erarbeitet, könnte in diesem Zusammenhang ebenso eine Rolle spielen.¹²¹

Am Beispiel des Universitätsklinikum Erlangen zeigt sich, dass trotz erfolgreicher Implementierung, der Weg der top-down Gründung auch Nachteile mit sich bringt. In einem klinischen Ethikkomitee sollte die im Krankenhaus vorherrschende Hierarchie aufgehoben werden und eine gleichberechtigte Kommunikation möglich sein. Dies wurde durch die hierarchisch unausgewogene Besetzung des Komitees in Erlangen sehr erschwert. Es überrascht nicht, dass sich das Pflegepersonal in dieser Komiteezusammenstellung deplaziert fühlte. Wichtig ist, dass man dieses Problem erkannt und darauf reagiert hat.

5.5 Qualitätssicherung in klinischen Ethikkomitees

Klinische Ethikkomitees sind in Deutschland und Österreich nicht gesetzlich vorgeschrieben, gelten aber als Qualitätskriterium in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Für eine hohe Qualität der Ethikberatung¹²² müssen gewisse Voraussetzungen gegeben sein. Dementsprechend wird in weiterer Folge näher auf die Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität klinischer Ethikberatung eingegangen. Da für viele Krankenhäuser der Anlass zur Gründung eines

¹²⁰ Vgl. Vollmann/Weidtmann, 2003, 234f.

¹²¹ Vgl. Wernstedt/Vollmann, 2005, 48.

¹²² Der Begriff Ethikberatung bezieht sich im gesamten Kapitel 5.5 auf Einzelfallberatung durch klinische Ethikkomitees.

klinischen Ethikkomitees Zertifizierungen sind, sollen auch diese näher betrachtet werden.

5.5.1 Strukturqualität

Gründung

Für die Auswahl eines geeigneten Modells von Ethikberatung und die Implementierung der Ethikberatungsstruktur in der Institution werden spezifische Kenntnisse über Aufgaben und Modelle von Ethikberatung und über Prozesse der Organisationsentwicklung benötigt. Je nach dem, ob es in der eigenen Institution erfahrene und kompetente Mitarbeiter gibt, die dies leisten können, oder nicht, wird man sich für oder gegen eine professionelle Begleitung von außen entscheiden, wenn man ein klinisches Ethikkomitee etablieren will. Wenn es eine Begleitung von außen gibt, ist es Ziel nach erfolgreicher Implementierung der Ethikberatungsstruktur und entsprechender Schulung ausgewählter Mitarbeiter, dass diese die Ethikberatung auch ohne die ständige Begleitung von außen fortführen. Ethikberatung muss von Seiten der Leitung einer Institution und von Seiten der Mitarbeiter mitgetragen werden. Erfolgt die Implementierung von Ethikberatung bottom-up (der Anstoß zur Implementierung kommt von den Mitarbeitern), so muss die Leitung vom Wert dieser Struktur überzeugt werden. Ansonsten wird Ethikberatung nicht erfolgreich durchgeführt werden können. Wenn die Implementierung top-down (von Seiten der Leitung einer Institution) erfolgt, so muss bei den Mitarbeitern Überzeugungsarbeit geleistet werden. Denn ohne Unterstützung der Mitarbeiter werden diese die Ethikberatung nicht in Anspruch nehmen.¹²³

Qualifizierung

Ethikberater müssen über eine angemessene Qualifizierung verfügen. Dies umfasst nicht nur, dass sie durch geeignete interne und externe Schulungen auf ihre Aufgaben gut vorbereitet sind, sondern auch eine kontinuierliche Weiterbildung.¹²⁴

2005 wurde von der Arbeitsgruppe „Ethikberatung im Krankenhaus“ der Akademie für Ethik in der Medizin Göttingen ein Curriculum für die Qualifizierung von

¹²³ Vgl. Simon, 2008, 173.

¹²⁴ Vgl. Simon, 2008, 174.

Mitarbeitern entwickelt. Das Curriculum zielt darauf ab, Menschen aus den verschiedensten beruflichen Bereichen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit,...) für die eigenverantwortliche Durchführung von Ethikberatung (z.B. als Mitglieder klinischer Ethikkomitees) auszubilden.¹²⁵ Neben der Vermittlung von Kenntnissen sollen auch praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten (wie Argumentieren, Begründen, Abwägen von Argumenten und Entscheiden im Rahmen einer Beratung) eingeübt werden.¹²⁶ Das Curriculum unterscheidet zwischen einem Grundkurs, der grundlegende Kenntnisse für die Ethikberatung im Krankenhaus vermittelt, und weiterführenden Aufbaukursen.¹²⁷

Der Grundkurs umfasst folgende Bereiche:

- **Ethik** (ethische Grundbegriffe, verschiedene Begründungsansätze der Ethik, kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Werten)
- **Organisation** (Grundverständnis der Organisation Krankenhaus, Befähigung der Teilnehmer eine für die eigene Organisation angemessene Struktur von Ethikberatung zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren)
- **Beratung** (Ziele der Ethikberatung, Beratungsformen, Methoden der ethischen Fallbesprechung, Grenzen der Ethikberatung)¹²⁸

In weiterführenden Aufbaukursen können die im Grundkurs erworbenen Fähigkeiten vertieft werden. Mögliche Themen für Aufbaukurse sind beispielsweise: Therapiebegrenzung, Aufklärung und Einwilligung des Patienten, Umgang mit Patientenverfügungen oder Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik.¹²⁹

Für eine erfolgreiche Ethikberatung spielt auch die Satzung oder Geschäftsordnung eine wichtige Rolle. Sie sollte die Aufgaben und Abläufe der Ethikberatung klären. Zudem sollte sie Aufschluss darüber geben, wer wofür verantwortlich ist.¹³⁰

¹²⁵ Vgl. Simon et al., 2005, 322.

¹²⁶ Vgl. Simon et al., 2005, 326.

¹²⁷ Vgl. Simon et al., 2005, 323.

¹²⁸ Vgl. Simon et al., 2005, 323ff.

¹²⁹ Vgl. Simon et al., 2005, 326.

¹³⁰ Vgl. Simon, 2008, 174.

5.5.2 Prozessqualität

Für den Beratungsprozess müssen Regeln festgelegt werden, damit kontinuierlich gute Beratungsarbeit geleistet werden kann. Die Aufgaben und Ziele von Ethikberatung sollten klar definiert werden. Ethikberatung muss sich von anderen Beratungsangeboten in einem Krankenhaus abgrenzen. Bei jeder Anfrage sollte zunächst geprüft werden, ob eine Ethikberatung überhaupt sinnvoll ist. Wenn keine Ethikberatung angebracht ist, sollte der Anfragende an die geeignete Stelle verwiesen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen Beziehungskonflikt zwischen zwei Mitarbeitern, so könnte eine gemeinsame Supervision hilfreich sein, eine Ethikberatung wäre aber nicht notwendig. Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonen,...), Angehörige und Patienten sollten Zugang zur Ethikberatung haben. Geht es in einem Antrag um einen ethischen Konflikt so müssen alle beteiligten Personen miteinbezogen werden. Angenommen die Angehörigen und das Stationspersonal sind sich uneinig über die Aufrechterhaltung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem Patienten. In diesem Fall sollte die Sichtweise aller Beteiligten gehört werden. Es reicht nicht, nur eine Seite, zum Beispiel die der Angehörigen, anzuhören. Wenn das Ziel der Ethikberatung jedoch eine Klärung der eigenen Handlungsoptionen ist, so kann sich die Beratung auf die betroffene Person bzw. Personengruppe beschränken.¹³¹

Weiters kann Qualitätssicherung durch die Dokumentation klinischer Ethikberatung gewährleistet werden. Dokumentation ermöglicht, dass man sich nach längerer Zeit wieder an Besprochenes erinnert. Sie kann auch als rechtliche Absicherung für die Berater gesehen werden. Diese können anhand der Dokumentation nachweisen, dass sie keine fehlerhafte Beratung durchgeführt haben. Wenn die Dokumentation systematisch ausgewertet wird, kann sie auch zur Fortbildung der Ethikberater nützlich sein. Dokumentationen werden zudem für die Evaluation von klinischer Ethikberatung herangezogen. Voraussetzung dafür muss jedoch sein, dass die Dokumentationen anonymisiert werden. Umstritten ist, ob die Dokumentation in die Krankenunterlagen des Patienten aufgenommen werden soll.¹³²

¹³¹ Vgl. Simon, 2008, 174f.

¹³² Vgl. Fahr, 2009, 39f.

Die Zentrale Ethikkommission der deutschen Bundesärztekammer meint in diesem Zusammenhang, dass die schriftliche Dokumentation der ethischen Fallberatung ausschließlich für die Krankenunterlagen des Patienten bestimmt sei.¹³³ Uwe Fahr dagegen vertritt den Standpunkt, dass es auch Dokumentationen gibt, die gerade nicht in die Krankenunterlagen gehören sowie, dass über manche Beratungen aus Gründen der Vertraulichkeit gar keine Berichte erstellt werden sollten. Wenn von den Ethikberatern ein Bericht, der das Ergebnis einer Ethikberatung zusammenfasst, erstellt wird und dieser in die Krankenunterlagen aufgenommen wird, so muss bedacht werden, dass auch Personen, die an der Beratung nicht beteiligt waren, zur Einsicht in die Krankenunterlagen berechtigt sein können.¹³⁴ Uwe Fahr fordert, dass die datenschutzrechtlichen Bedingungen für die Dokumentation von Ethikberatung präzisiert werden müssen, da es derzeit für Praktiker keinerlei Handlungsregeln gibt.¹³⁵

In der Praxis ist zudem strittig, ob ein Beratungsbericht darauf abzielen sollte das Ergebnis oder den Verlauf der Beratung darzustellen. Der Vorteil von Verlaufsberichten ist darin zu sehen, dass sie sich besonders gut für die Qualitätssicherung eignen. Durch eine genaue Analyse der Verlaufsberichte können Schwierigkeiten während des Beratungsprozesses aufgezeigt werden. Diese Probleme können dann für zukünftige Beratungen beseitigt werden.¹³⁶

5.5.3 Ergebnisqualität

Zur Bewertung eines Beratungsergebnisses kann man beispielsweise danach fragen, ob die Beteiligten mit dem Beratungsprozess zufrieden waren, ob ein gemeinsames Ergebnis erzielt wurde oder, ob das Ergebnis umgesetzt wurde. In der Praxis gestaltet sich die Bewertung des Ergebnisses von Ethikberatung durchaus sehr schwierig. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Eine Patientin hatte mehrmals zum Ausdruck gebracht, dass sie keine lebensverlängernden Maßnahmen wünscht. Die Patientin wird bewusstlos und nun entscheiden Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige gemeinsam für lebensverlängernde Maßnahmen. Die Entscheidungsträger sind möglicherweise mit dem Ergebnis der Beratung zufrieden und dieses kann auch umgesetzt

¹³³ Vgl. ZEKO, 2006, A1707.

¹³⁴ Vgl. Fahr, 2009, 40f.

¹³⁵ Vgl. Fahr, 2009, 38.

¹³⁶ Vgl. Fahr, 2009, 43.

werden. Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin wurde jedoch missachtet. Nur weil die Beteiligten mit dem Beratungsprozess zufrieden sind, heißt es noch nicht, dass man zu einem guten Beratungsergebnis gekommen ist.

Alfred Simon schlägt zur Evaluation vor, dass regelmäßige Tätigkeitsberichte erstellt werden sollten und diese dann mit den Mitarbeitern der Ethikberatung und anderen Mitarbeitern der Einrichtung diskutiert werden sollten.¹³⁷ Primär stellt sich natürlich für die Evaluation der Einzelfallberatung die Frage, ob das Ethikberatungsangebot überhaupt wahrgenommen wird. Es kann auch sein, dass das Angebot von manchen Berufsgruppen nicht, von anderen dagegen schon angenommen wird. In diesem Fall gilt es die Gründe für die Nichtinanspruchnahme der einen Gruppe herauszufinden. Auch bei Fortbildungen zu ethischen Fragen gilt es zu fragen, ob das Angebot angenommen wird und von welchen Berufsgruppen? Zudem ist die Einschätzung der Mitarbeiter in Bezug auf die Praxisrelevanz der Fortbildungen von Bedeutung. Auch bei Leitlinien muss betrachtet werden, ob sie Anwendung finden und falls nicht, was die Ursachen sind (Verständlichkeit, Übersichtlichkeit oder vielleicht Praxisrelevanz).¹³⁸

5.5.4 Zertifizierung

Für viele Krankenhäuser bildet eine anstehende Zertifizierung den Anlass für die Einrichtung klinischer Ethikkomitees. Bei der Zertifizierung von Krankenhäusern nach KTQ oder procum-Cert wird unter anderem der strukturierte Umgang mit ethischen Fragestellungen als Qualitätskriterium angeführt.¹³⁹

¹³⁷ Vgl. Simon, 2008, 176f.

¹³⁸ Vgl. Simon, 2008, 180.

¹³⁹ Vgl. Dörries, 2008a, 18.

Die Abkürzung KTQ steht für Kooperation und Transparenz im Gesundheitswesen. Die KTQ-Zertifizierung hat eine Verbesserung und Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung zum Ziel.

Das Zertifizierungsverfahren nach KTQ umfasst:

- eine Selbstbewertung,
- eine Fremdbewertung (durch ein KTQ-Visitorenteam) und
- die Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts

Die Kriterien zur Qualitätssicherung nach KTQ werden in sechs Kategorien eingeteilt:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informationswesen
- Führung
- Qualitätsmanagement¹⁴⁰

In der Kategorie Krankenhausführung wird unter anderem die Erfüllung ethischer Aufgaben, die Berücksichtigung ethischer Problemstellungen und der Umgang mit Sterbenden bewertet.¹⁴¹ ProCum Cert ist akkreditiert nach KTQ. Nach proCum Cert werden konfessionelle Krankenhäuser und ihre Kliniken zertifiziert. ProCum Cert verwendet neben den KTQ Kriterien zusätzlich die Kategorien „Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus“, „Trägerverantwortung“ und „Verantwortung gegenüber der Gesellschaft“.¹⁴²

In Österreich wurde das St. Josef-Krankenhaus in Wien, das seit 2007 über ein klinisches Ethikkomitee verfügt, nach proCum Cert inklusive KTQ zertifiziert.¹⁴³ Die Gründung von Ethikkomitees durch die Klinikleitung (top-down) erfolgt sehr häufig aufgrund von Zertifizierungen. Dies hat sich auch 2005 in der ersten bundesweiten Umfrage in Deutschland zu klinischer Ethikberatung gezeigt. Der am häufigsten genannte Anlass für die Einrichtung einer klinischen Ethikberatung war eine anstehende Zertifizierung.¹⁴⁴ Denn der strukturierte Umgang mit ethischen

¹⁴⁰ Vgl. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, <http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html>, Stand: 6.2.2010.

¹⁴¹ Vgl. Baumann-Hölzle/Arn, 2009, 136.

¹⁴² proCum Cert, <http://www.procumcert.de/proCum-Cert-inkl-KTQ.143.0.html>, Stand: 6.2.2010.

¹⁴³ Vgl. St. Josef-Krankenhaus, http://www.sjk-wien.at/stj_tree/stj_content/powerslave,id,238,nodeid,158,mysize,.html, Stand: 2.1.2010.

¹⁴⁴ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

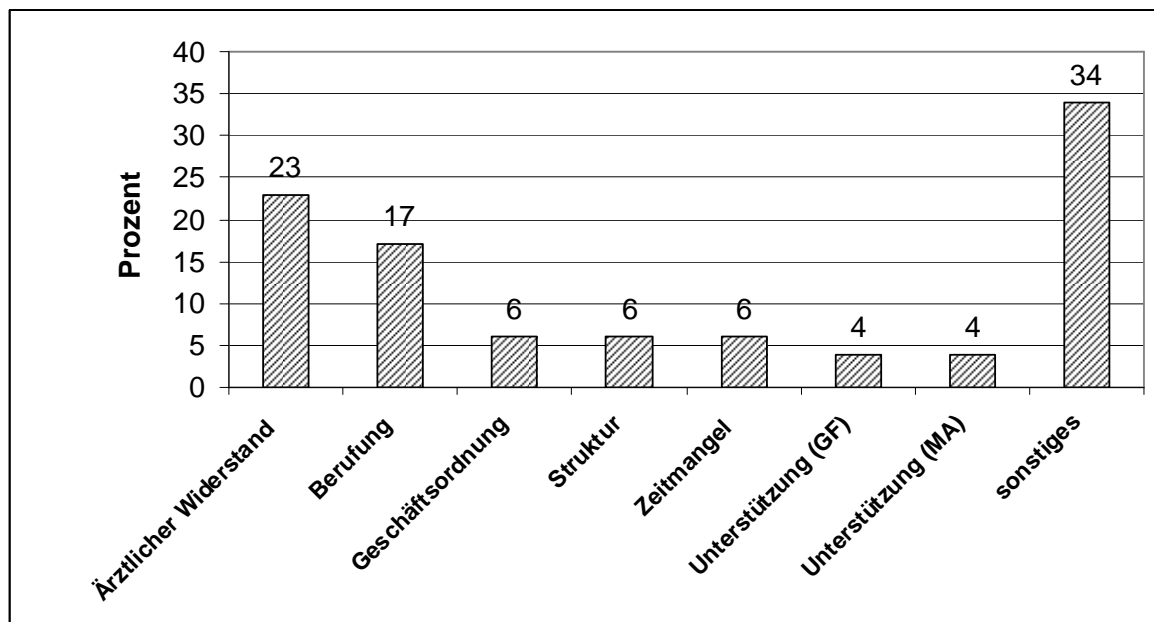
Fragestellungen (z.B. durch ein klinisches Ethikkomitee) wird bei Zertifizierungen als Qualitätsfaktor gesehen und positiv bewertet.¹⁴⁵

Da die Einrichtung eines klinischen Ethikkomitees in der Regel auch von verschiedensten Schwierigkeiten begleitet wird, soll auf diese nun näher eingegangen werden.

5.6 Schwierigkeiten bei der Implementierung

Im Rahmen der ersten bundesweiten Umfrage zu klinischer Ethikberatung in Deutschland 2005 gaben etwa die Hälfte der Krankenhäuser mit einer existierenden bzw. im Aufbau befindlichen Ethikberatung Schwierigkeiten während der Implementierungsphase an. Als Problembereiche wurden ärztlicher Widerstand, die Auswahl der Mitglieder, die Erstellung der Geschäftsordnung, die Erstellung einer Beratungsstruktur für eine Holding, Zeitmangel sowie fehlende Unterstützung von Seiten der Geschäftsführung bzw. mangelndes Interesse der Mitarbeiter genannt.¹⁴⁶

Abbildung 5: Schwierigkeiten bei der Implementierung



Quelle: Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 152.

Die genannten Schwierigkeiten sollen nun näher dargestellt werden.

¹⁴⁵ Vgl. Dörries, 2008a, 18.

¹⁴⁶ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 152.

5.6.1 Ärztlicher Widerstand

Von Seiten der Ärzteschaft gibt es häufig die Befürchtung, dass durch ein klinisches Ethikkomitee ihre Verantwortung und Entscheidungsbefugnis eingeschränkt wird. Sie meinen, dass sie ihre Entscheidungen dann vor dem klinischen Ethikkomitee wie vor einem Tribunal rechtfertigen müssten. Eine Einzelfallberatung findet aber nur auf Anfrage statt und berührt nicht die Entscheidungsfreiheit des Arztes.¹⁴⁷ Diesem Missverständnis, dass klinische Ethikkomitees Ärzte in ihrer Entscheidungsbefugnis einschränken und ihnen eine Lösung vorschreiben, kann nur durch mehr Information und krankenhausernter Öffentlichkeitsarbeit entgegengewirkt werden. Wenn es einem klinischen Ethikkomitee in seiner praktischen Arbeit gelingt, zu zeigen, dass es um eine verbesserte Entscheidungsfindung geht und nicht darum, die richtige Entscheidung vorzugeben, so wird sich das Bild über klinische Ethikkomitees in der Ärzteschaft verändern. Die Missverständnisse und Vorbehalte resultieren daraus, dass es großen Informationsbedarf über klinische Ethikkomitees gibt.

5.6.2 Berufung

Meist gibt es bei der Implementierung eines klinischen Ethikkomitees eine Vorbereitungsgruppe, die Kriterien für die Besetzung des Komitees festlegt. Sie definiert, welche Qualifikationen (z.B. kommunikative Kompetenz, Vertrauenswürdigkeit oder Bereitschaft zur Fortbildung in Fragen der klinischen Ethik) und welche Perspektiven (z.B. ärztliche, pflegerische, Medizinethik,...) im klinischen Ethikkomitee vertreten sein sollen. Geeignete Personen zu erreichen, die das zuvor definierte Anforderungsprofil erfüllen, stellt häufig eine große Herausforderung dar.¹⁴⁸ Wenn sich später im klinischen Ethikkomitee zeigt, dass gewisse Perspektiven fehlen bzw. manche überrepräsentiert sind, so ist es wichtig dies bei Nachnominierungen der Mitglieder zu berücksichtigen. Im Fall des Erlanger klinischen Ethikkomitees ist es so passiert: Es zeigte sich eine Unterrepräsentanz von Ärzten im Praktikum, Assistenzärzten sowie Frauen. Bei der ersten Nachnominierung der Mitglieder des Komitees konnte diese Unterrepräsentanz abgeschwächt werden.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Vgl. Vollmann, 2008b, 120.

¹⁴⁸ Vgl. Neitzke, 2008b, 140.

¹⁴⁹ Vgl. Vollmann/Weidtmann, 2003, 235.

Ethikkomitees müssen stets darauf achten, dass sie in ihrer Arbeit nicht zu eigenständig werden. Damit ist gemeint, dass sie sich von den konkreten praktischen Problemstellungen entfernen. Zum anderen dürfen klinische Ethikkomitees aber auch nicht zu eng an bestehende Stationsteams gebunden sein. Denn dann besteht die Gefahr, dass gewohnte Entscheidungsfindungsmuster reproduziert werden. Eine offene sachlich geführte Auseinandersetzung wird es dann möglicherweise nicht geben. Daher ist es wichtig auch externe Personen in das klinische Ethikkomitee aufzunehmen und deren Sichtweisen miteinzubeziehen.¹⁵⁰

5.6.3 Geschäftsordnung

Auch bei der Erstellung der Geschäftsordnung traten bei einigen Ethikkomitees in Deutschland Schwierigkeiten auf. Die Geschäftsordnung dient dazu, Auskunft über Aufgaben und Abläufe zu geben. Auch die Frage der Verantwortlichkeiten wird dort geklärt. Für das Erstellen der Geschäftsordnung ist also ein intensiver Nachdenkprozess notwendig, welche Aufgaben das Ethikkomitee übernehmen soll, wie die Ethikberatung konkret ablaufen soll (z.B.: welche Probleme Gegenstand der Ethikberatung werden sollen; wer die Beratung in Anspruch nehmen kann; wie die Ergebnisse dokumentiert werden sollen) und wer für welche Aufgaben verantwortlich ist.¹⁵¹

5.6.4 Beratungsstruktur für eine Krankenhausholding

Die Erstellung einer Beratungsstruktur für eine Krankenhausholding stellt eine große Herausforderung dar, da verschiedene Ebenen bei der Verwirklichung von klinischer Ethik berücksichtigt werden müssen. Häufig wird auf der Ebene des Klinikverbundes ein Gesamthethikkomitee eingerichtet, auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser klinische Ethikkomitees sowie auf der Ebene der Station eine aufsuchende, flexible Ethikberatung.¹⁵² Die Vinzenz Gruppe hat diese Fragestellung durch einen übergeordneten Ethik-Beirat und lokale Ethikkomitees auf Ebene der Krankenhäuser gelöst.

¹⁵⁰ Vgl. Boldt, 2008, 88.

¹⁵¹ Vgl. Simon, 2008, 174f.

¹⁵² Vgl. Vollmann, 2008c, 868.

Es stellt sich die Frage, welche Aufgaben auf übergeordneter Ebene und welche auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser wahrgenommen werden können. Während es bei Leitlinien und Fortbildungen denkbar ist, dass sie auf Ebene einer Krankenhausholding organisiert werden, ist dies bei Einzelfallberatungen sicher schwierig. In der Praxis werden diese in der Regel auf Krankensebene durchgeführt.

5.6.5 Zeitmangel

Der Zeitfaktor spielt im Krankenhaus eine wesentliche Rolle. Sowohl die Implementierung als auch die Mitarbeit in einem klinischen Ethikkomitee erfordert Zeit, die in Krankenhäusern Mangelware ist. Am diakonischen Krankenhaus Friederikenstift Hannover, das seit 2004 über ein klinisches Ethikkomitee verfügt, führte dies zu einer lückenhaften Teilnahme der Mitglieder bei Sitzungen des klinischen Ethikkomitees. Die direkte Krankenversorgung hat Priorität und macht es deshalb nicht immer leicht, Sitzungstermine des klinischen Ethikkomitees einzuhalten. Aufgrund der zeitlichen Alltagsbelastung der Mitarbeiter wurden in Hannover Tag und Uhrzeit der regulären Sitzungen wiederholt angepasst, um allen Beteiligten die Anwesenheit zu ermöglichen. Es hat sich am Friederikenstift Hannover bewährt für die Sitzungen einen Termin am frühen Nachmittag zu wählen.¹⁵³

Auch Jochen Vollmann ist der Ansicht, dass eine ethische Einzelfallberatung mit ca. 45 Minuten relativ zeitaufwendig ist. Er gibt jedoch zu Bedenken, dass im Verhältnis zur Gesamtpatientenzahl sehr wenige Einzelfallberatungen stattfinden. Diese haben darüber hinaus exemplarischen Wert für andere Fälle und einen Fortbildungswert für die Mitarbeiter. Betrachtet man das Zeitproblem aus einer langfristigen Perspektive, so kann wahrscheinlich durch klinische Ethikkomitees sogar Zeit eingespart werden. Für ähnliche ethische Fragestellungen erübrigt sich eine Einzelfallberatung, wenn bereits einmal eine stattgefunden hat. Ungeklärten Kommunikationsproblemen und unterschweligen Konflikten, welche die Mitarbeiter Zeit und Kraft kosten, kann möglicherweise entgegengewirkt werden.¹⁵⁴ Trotz dieser möglicherweise langfristigen Zeitersparnis ist es für den einzelnen Mitarbeiter auf der Station schwierig die Zeit für eine Anfrage und eine

¹⁵³ Vgl. Dörries, 2008b, 136.

¹⁵⁴ Vgl. Vollmann, 2008a, 37.

Einzel Fallbesprechung zu erübrigen. Auch die Mitglieder des klinischen Ethikkomitees stehen vor der Herausforderung sich den zeitlichen Freiraum für eine Fallbesprechung bzw. für eine Sitzung des Komitees zu schaffen. Es muss auf allen hierarchischen Ebenen die Bereitschaft vorhanden sein für die Arbeit im klinischen Ethikkomitee Zeit aufzuwenden: Wenn die Stationschwester beispielsweise unterstützt, dass eine Krankenschwester ihrer Station Mitglied des klinischen Ethikkomitees ist, so kann durch stationsinterne Koordination leichter Zeit für Sitzungen geschaffen werden, als wenn diese dafür kein Verständnis hat und erwartet, dass solche Sitzungen in der Freizeit besucht werden.

5.6.6 Unterstützung der Geschäftsführung und der Mitarbeiter

Wie bereits im Zusammenhang mit bottom-up und top-down Gründungen klinischer Ethikkomitees diskutiert, ist die Unterstützung sowohl der Geschäftsführung als auch der Mitarbeiter wesentlich für das Funktionieren klinischer Ethikkomitees. Im Rahmen der ersten bundesweiten Umfrage wurden Probleme durch mangelnde Unterstützung der Geschäftsführung sowie durch mangelnde Unterstützung der Mitarbeiter jeweils von vier Krankenhäusern genannt.¹⁵⁵ Das Problem mangelnder Unterstützung ist also in der Praxis durchaus relevant. Wenn die Unterstützung einer der beiden Seiten nicht gegeben ist, muss Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Neben den Schwierigkeiten bei der Implementierung, die in der Umfrage von Andrea Dörries und Katharina Hesse-Jungesblut genannt wurden, spielen häufig auch mangelnde Bekanntheit sowie Angst vor zusätzlicher Bürokratie eine Rolle.

¹⁵⁵ Vgl. Dörries/Hesse-Jungesblut, 2007, 152.

5.6.7 Bekanntheit

Am Universitätsklinikum Hannover, wo im Jahr 2000 ein klinisches Ethikkomitee eingeführt wurde, hat sich gezeigt, dass es schwierig sein kann das Beratungsangebot des klinischen Ethikkomitees auf allen Stationen ausreichend bekannt zu machen. Es gibt häufig wenige Kenntnisse über die Aufgaben und Methoden von Ethikkomitees auf den Stationen. Zudem herrscht eine gewisse Zurückhaltung auf den Stationen die eigenen Probleme transparent zu diskutieren. Denn damit ist das Eingeständnis verbunden Hilfe zu benötigen. Am Universitätsklinikum Hannover wurden die tatsächlich durchgeführten Fallberatungen jedoch gut angenommen und dies brachte einen positiven Werbeeffect für das klinische Ethikkomitee mit sich.¹⁵⁶ Die Schwierigkeit besteht also häufig darin die Arbeit eines klinischen Ethikkomitees erst einmal zu ermöglichen. Wenn keine Anfragen an das Komitee kommen, kann es sich auch nicht bewähren und positiv für sich werben. In der Bevölkerung wissen nur wenige Menschen, was klinische Ethikkomitees sind. Häufig kommt es zur Verwechslung mit Ethikkommissionen. Aber auch vielen Krankenhausmitarbeitern ist diese Unterscheidung nicht klar. Bei der ersten bundesweiten Umfrage zu klinischer Ethikberatung 2005 wurden in fünf Fällen klinische Ethikkomitees mit Ethikkommissionen verwechselt. Die Fragebögen wurden überwiegend von der Geschäftsführung und der ärztlichen Leitung ausgefüllt.¹⁵⁷ Dies zeigt, dass im Jahr 2005 auch in Leitungspositionen im Krankenhaus die Kenntnis über die Unterschiede dieser beiden Einrichtungen keineswegs selbstverständlich war. Ein Mitarbeiter, der nicht weiß, dass es an dem Krankenhaus, wo er arbeitet, ein klinisches Ethikkomitee gibt, wird auch keine Anfrage an das Komitee richten. Damit sich jemand wirklich konkret mit einem ethischen Problem an das Ethikkomitee wendet, reicht aber die alleinige Kenntnis, dass es ein klinisches Ethikkomitee am eigenen Krankenhaus gibt nicht aus. Den Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen müssen ausreichend Informationen über klinische Ethikkomitees geboten werden.

¹⁵⁶ Vgl. Neitzke, 2008b, 142.

¹⁵⁷ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 155.

5.6.8 Angst vor Bürokratie

Das Krankenhauspersonal muss neben der direkten Arbeit am Krankenbett bereits jetzt einiges an Zeit für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben aufwenden. Daher haben viele Mitarbeiter die Angst, dass die Mitarbeit in einem klinischen Ethikkomitee mit noch mehr Bürokratie verbunden ist. Natürlich beinhaltet sie auch „Papierarbeit“, primär stehen aber ethische Inhalte und die Bedürfnisse der Mitarbeiter, der Patienten und der Angehörigen im Mittelpunkt. Es muss daher darauf geachtet werden, dass ethische Inhalte nicht wegen formaler Aspekte in den Hintergrund gedrängt werden.¹⁵⁸ Die bürokratische Arbeit darf nicht so wichtig werden, dass keiner mehr weiß, wozu diese eigentlich gemacht wird. Eine gewisse Zeit für „Papierarbeit“ muss aber in Kauf genommen werden, da beispielsweise die Dokumentation zur Qualitätssicherung notwendig ist.

Die Angst der Mitarbeiter vor zusätzlicher Bürokratie besteht wahrscheinlich eher im Zusammenhang mit top-down Gründungen. Es wird von Leitungsebene ein klinisches Ethikkomitee eingerichtet und die Mitarbeiter sehen möglicherweise den Nutzen dieser Einrichtung nicht. Für sie entsteht dann der Eindruck, dass dies für sie nur mit Nachteilen im Sinne von bürokratischer Arbeit verbunden ist. Wenn die Initiative für die Gründung des klinischen Ethikkomitees von den Mitarbeitern kommt, wird die Bereitschaft auch höher sein ein gewisses Maß an bürokratischer Arbeit in Kauf zu nehmen, da man das Ethikkomitee befürwortet.

5.7 Positive Einflussfaktoren auf die Implementierung

Krankenhäuser, die planen ein klinisches Ethikkomitee einzurichten, können von den Erfahrungen anderer Institutionen, die eine erfolgreiche Implementierung bereits hinter sich haben, sehr viel profitieren. Es ist wichtig, sich nicht nur mit den Problemen anderer Krankenhäuser bei der Implementierung, sondern auch mit deren positiven Erfahrungen und was sich dort bewährt hat, näher zu beschäftigen.

¹⁵⁸ Vgl. Vollmann, 2008b, 121.

Bei der ersten bundesweiten Umfrage zu klinischer Ethikberatung in Deutschland 2005 gaben die Krankenhäuser an, dass sie Dissense während der Implementierungsphase der Ethikberatung innerhalb des Krankenhauses durch mehrere Gespräche (n=51), durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit interessierten Abteilungen (n=17), durch transparente Entscheidungswege (n=9) oder eine Kombination mehrerer Verfahren (n=10) gelöst hatten. 26% der Krankenhäuser gaben an, dass sie sich während der Implementierungsphase bei anderen Krankenhäusern informierten. 21% entwickelten ein eigenständiges Vorgehen, 8% griffen auf bewährte eigene Verfahren im Leitbildprozess und Qualitätsmanagement zurück. Ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser (35%) gab an mehrere Informationswege genutzt zu haben. Die Krankenhäuser waren mit ihrem Implementierungsverfahren überwiegend zufrieden (7% sehr zufrieden und 58% zufrieden). Als hilfreich für den Implementierungsprozess stellte sich im Rahmen der Befragung im Speziellen der Einsatz einer interdisziplinären Arbeitsgruppe heraus. Die Krankenhäuser wurden auch dazu befragt, was sie im Rückblick anders machen würden. Hier wurde am häufigsten eine verstärkte Einbeziehung der krankenhausinternen Öffentlichkeit genannt.¹⁵⁹

Positive Einflussfaktoren auf die Implementierung sollen nun im Speziellen anhand der Erfahrungen der SLK-Kliniken Heilbronn, dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen sowie den Frankfurter Diakonie-Kliniken dargestellt werden:

An den SLK-Kliniken Heilbronn wurde 2004 ein klinisches Ethikkomitee gegründet. Die Geschäftsführung wurde sehr früh in den Gründungsprozess mit eingebunden. Somit konnte der Implementierungsprozess beschleunigt werden. Zudem hat sich gezeigt, dass in Bezug auf notwendige strukturelle Voraussetzungen wie Finanzzetat, Räumlichkeiten, Fortbildung oder Fachliteratur die Einbindung und Mithilfe der Krankenhausleitung unabdingbar ist. Zur Mitarbeit im klinischen Ethikkomitee wurden vor allem an der Basis tätige Mitarbeiter nominiert.

Folgende Punkte erachten Scheffold et al. aufgrund ihrer Erfahrungen in Heilbronn als wesentlich bei der Implementierung eines klinischen Ethikkomitees:

- Eine aktive, engagierte Beteiligung der Mitarbeiter gemeinsam mit einer engen Einbindung der Krankenhausleitung (Das klinische Ethikkomitee darf nicht zu einem elitären Zirkel werden.)
- Ausgewogene Repräsentation der unterschiedlichen Professionen

¹⁵⁹ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151f.

- Bereitstellung eines eigenen Finanzetats durch die Krankenhausleitung
- Entwicklung einer Satzung¹⁶⁰

Auch am Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen wurde erfolgreich ein klinisches Ethikkomitee implementiert. Man hat sich bemüht, alle Berufsgruppen und alle hierarchischen Ebenen des Krankenhauses von Anfang an miteinzubinden. Zudem waren von Anfang an auch externe Personen im klinischen Ethikkomitee vertreten. Das klinische Ethikkomitee am Krankenhaus Neu-Mariahilf setzt sich aus acht internen und vier externen Mitgliedern zusammen.¹⁶¹ Dass auch externe Mitglieder im klinischen Ethikkomitee vertreten sind, kann sich positiv auf das Vertrauen der Patienten und Angehörigen in das klinische Ethikkomitee auswirken. Wenn ein Patient aufgrund eines ethischen Konflikts das Vertrauen in ein Krankenhaus verloren hat, ist es sehr problematisch, wenn er dann mit einem klinischen Ethikkomitee konfrontiert wird, das aus Personen besteht, die alle Vertreter dieses Krankenhauses sind. Sieht er jedoch, dass sich das klinische Ethikkomitee auch aus Personen, die nicht zum Krankenhaus gehören, zusammensetzt, so wird dies sein Vertrauen in das Komitee wieder steigern.¹⁶²

Weiters wird am Krankenhaus Neu-Mariahilf ein Ethik-Cafe als Forum für aktuelle ethische Fragen des Krankenhausalltags angeboten. Es fördert die Kommunikation zwischen den Ethikkomiteemitgliedern und den Mitarbeitern. Im Rahmen eines Ethik-Cafes ging es beispielsweise um den Umgang mit Verlust in der Schwangerschaft. Dieses Ethik-Cafe wurde Ausgangspunkt einer Initiative, die auf einen würdevolleren Umgang mit Fehl- und Totgeburten abzielte. Zuvor wurden die Körper totgeborener Feten unter 500g als „ethischer Abfall“ entsorgt. Durch die Initiative werden die Körper nun zentral gesammelt und in gewissen zeitlichen Abständen in einen Sarg umgebettet und auf einem Gräberfeld anonym bestattet.¹⁶³

Häufig stehen klinische Ethikkomitees vor dem Problem, dass ihre Arbeit auf den Stationen kaum bekannt ist und deshalb nur wenige Anfragen das Komitee erreichen. Um dem entgegen zu wirken müssen klinische Ethikkomitees aktiv Öffentlichkeitsarbeit machen. An den Frankfurter Diakonie-Kliniken geschieht dies

¹⁶⁰ Vgl. Scheffold et al., 2006, 588.

¹⁶¹ Vgl. Simon, 2000, 12.

¹⁶² Vgl. Neitzke/Sander, 2008, 126f.

¹⁶³ Vgl. Simon, 2000, 17.

beispielsweise, indem das klinische Ethikkomitee durch den Vorsitzenden bei den Einführungstagen für neue Mitarbeiter vorgestellt wird. Es hat sich gezeigt, dass für diese Vorstellung konkrete Fallbeispiele wesentlich besser geeignet sind als beispielsweise eine theoretische Einführung in ethische Fragen des klinischen Alltags. Daher wird den Teilnehmern anhand eines Filmes ein Fall dargestellt. Der Film wird an der Stelle abgebrochen, an der ein Krankenhausmitarbeiter vor einem ethischen Dilemma steht. Die Aufgabe der Teilnehmer ist es nun in Gruppen von fünf Personen Lösungswege zu diskutieren, welche dann im Plenum gesammelt werden. Dieses Vorgehen ermöglicht den Teilnehmern konkret nachzuvollziehen, wie eine Fallbesprechung grundsätzlich aussehen könnte. Durch den gemeinsamen Diskurs erfahren die Teilnehmer eine Vielfalt an Sichtweisen zu dem Fall. Wenn ein eindrückliches Fallbeispiel gewählt wird, bleibt dies den Mitarbeitern sehr lange in Erinnerung. Es besteht jedoch die Gefahr, dass bei den Mitarbeitern der Eindruck entsteht das klinische Ethikkomitee befasst sich nur mit ganz extremen Fällen und sie sich daher nicht trauen eine Anfrage an das Komitee zu stellen. Durch eine Aufzählung typischer Anfragen an das klinische Ethikkomitee kann dem jedoch entgegengewirkt werden. Eine Broschüre bzw. ein Flyer kann dazu verwendet werden das klinische Ethikkomitee darzustellen und die notwendigen Kontaktadressen bereitzustellen. Die Frankfurter Diakoniekliniken stellen in ihrem Flyer alle 15 Mitglieder des Ethikkomitees mit Bild und Dienstadresse vor. Bei kleineren Krankenhäusern hat dies den Vorteil, dass viele Mitarbeiter wahrscheinlich mindestens eines der Ethikkomiteemitglieder kennen. Dadurch ist der Zugang niederschwellig. Wenn sich ein Mitarbeiter beispielsweise bei einem Problem unsicher ist, ob das in den Aufgabenbereich des klinischen Ethikkomitees fallen würde, so kann er einfach bei einem ihm persönlich bekannten Komiteemitglied nachfragen. Bei größeren Krankenhäusern ist es dagegen schwieriger den Kontakt zu den Mitarbeitern herzustellen.¹⁶⁴

Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des klinischen Ethikkomitees zu machen (durch Artikel in der Patientenzeitung, bei Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter, durch Schaukastenaushänge,...).¹⁶⁵ Was für die jeweilige Institution gewählt wird, um das klinische Ethikkomitee öffentlich darzustellen, hängt von den bereits vorhandenen Gegebenheiten ab. Gibt es beispielsweise eine Patientenzeitung, so

¹⁶⁴ Vgl. Schmidt, 2008, 135ff.

¹⁶⁵ Vgl. Schmidt, 2008, 138ff.

ist es naheliegend dieses Medium zur Bekanntmachung zu nutzen. Jedenfalls muss der Öffentlichkeitsarbeit große Bedeutung beigemessen werden, damit das klinische Ethikkomitee erfolgreich arbeiten kann. Dies ist umso aufwändiger und schwieriger je größer ein Krankenhaus ist.

Nun soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Zusammenhang die Pflege und klinische Ethikkomitees in Deutschland stehen.

6. Pflege und Ethikkomitees in Deutschland

Ein Ort, um ethische Fragestellungen zu diskutieren, kann neben einem klinischen Ethikkomitee auch ein Ethikforum sein. Ethikforen bieten die Möglichkeit eines informellen Austausches über ethische Themen. Sie können dazu dienen eine Verbindung zwischen den Mitarbeitern eines Krankenhauses und dem klinischen Ethikkomitee herzustellen. Nun soll ein aus der Sicht der Pflege sehr positives Beispiel, ein Diskussionsforum für pflegeethische Fragestellungen am Universitätsklinikum Tübingen, vorgestellt werden.

6.1 Der Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen

Die Anbindung an die Basis ist für ein klinisches Ethikkomitee zentral. Dies betrifft einerseits den Informationsfluss zu den Mitarbeitern auf den Stationen in Bezug auf Diskussionsergebnisse im klinischen Ethikkomitee. Andererseits sollten aber auch die Fragen und Probleme der Mitarbeiter an der Basis in das klinische Ethikkomitee gelangen. Die Mitglieder des klinischen Ethikkomitees aus der Pflege am Universitätsklinikum Tübingen stellten sich daher folgende Fragen:

- „Wie wird die Pflegebasis in den verschiedenen Kliniken erreicht?
- Wie können die Ergebnisse aus dem klinischen Ethikkomitee an die Mitarbeiter weitergeleitet werden?
- Wie können die Fragen und Probleme der Pflegenden ermittelt und ins klinische Ethikkomitee getragen werden?“¹⁶⁶

¹⁶⁶ Müller-Czisch et al., 2010, 390.

Man entschied sich für die Gründung eines Ethiktreffs Pflege im Sinne einer offenen Veranstaltung mit Fortbildungscharakter. Der Ethiktreff Pflege dient als Diskussionsforum für die pflegerischen Mitarbeiter, denn im Stationsalltag gibt es für Pflegende kaum Möglichkeiten ethische Probleme aufzugreifen und gemeinsam Lösungswege zu diskutieren. Der Ethiktreff Pflege existiert seit Februar 2007 und wird für die Mitarbeiter als Fortbildung anerkannt. Zusammenkünfte finden alle zwei bis drei Monate zur gleichen Zeit statt. Organisiert wird der Ethiktreff Pflege von einer ständigen Arbeitsgruppe („Ethik in der Pflege“) des klinischen Ethikkomitees. Diese besteht aus fünf Pflegekräften, einem Seelsorger und dem Geschäftsführer des klinischen Ethikkomitees.¹⁶⁷

Die Ziele des Ethiktreffs Pflege sind:

- „Raum für Erfahrungsaustausch innerhalb der Pflege bieten
- Für ethische Probleme im klinischen Alltag sensibilisieren
- Klinisch-ethisch relevante Themen vertiefen
- Lösungsmöglichkeiten für ethische Konfliktkonstellationen gemeinsam erarbeiten
- ‚Stimme‘ der Pflege im klinischen Alltag stärken
- Kollegen zur Entwicklung neuer Strukturen vor Ort befähigen, zum Beispiel zum Einführen und Durchsetzen von (regelmäßigen) ethischen Fallbesprechungen auf Station
- Problemkonstellationen zur Weiterleitung an das klinische Ethikkomitee sammeln
- Informationen aus dem klinischen Ethikkomitee an die Pflegenden weiterleiten
- Ideen für ethische Fortbildungen und Projekte entwickeln“¹⁶⁸

Die Themen für den Ethiktreff Pflege werden von den Teilnehmern angeregt und dann geeignete Referenten dazu eingeladen. Da die Themen in sich abgeschlossen sind, ist auch eine unregelmäßige Teilnahme an den Treffen möglich. Die Ergebnisse eines Ethiktreffs werden in der darauffolgenden Sitzung des klinischen Ethikkomitees referiert. Neuerungen aus dem klinischen Ethikkomitee können ebenfalls im Ethiktreff berichtet werden. Die Mitglieder des klinischen Ethikkomitees, die auch in der Arbeitsgruppe „Ethik in der Pflege“

¹⁶⁷ Vgl. Müller-Czisch et al., 2010, 390f.

¹⁶⁸ Müller-Czisch et al., 2010, 391.

mitarbeiten, fungieren als Bindeglieder zwischen dem klinischen Ethikkomitee und dem Pflegepersonal. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl eines Ethiktreffs liegt bei 22 Personen. Unter den Weiterbildungsveranstaltungen am Universitätsklinikum Tübingen ist das Ethiktreff damit eine der bestbesuchten. Auch die Rückmeldungen der Teilnehmer zu den Ethiktreffs sind ermutigend. Der Ethiktreff wird gut angenommen, weil er von Pflegekräften aus der Pflegepraxis organisiert ist. Zusätzlich stehen das Know-how des Geschäftsführers des klinischen Ethikkomitees sowie ein medizinethisch qualifizierter Seelsorger zur Verfügung. Der Ethiktreff leistet einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe, da ethische Themen nicht den anderen Berufsgruppen überlassen werden, sondern eine Beteiligung der Pflege erfolgt. Für die Zukunft wäre auch eine Vernetzung mit anderen Berufsgruppen denkbar. Derzeit gibt es jedoch noch keine vergleichbaren Foren für andere Berufsgruppen am Universitätsklinikum Tübingen. Natürlich gibt es auch kritische Stimmen gegenüber dem Ethiktreff Pflege. Manche Kritiker sehen es als Zeitverschwendung, Opportunismus oder PR-Maßnahme der Klinikleitung. Das Argument, der Ethiktreff sei eine PR-Maßnahme, lässt sich jedoch dadurch entkräften, dass die Themen völlig eigenständig ausgewählt und nach eigenen Vorstellungen bearbeitet werden können. Teilweise von der Pflege organisiert oder mitinitiiert bieten mittlerweile alle vier großen Intensivstationen am Universitätsklinikum Tübingen ethische Fallbesprechungen an. Dies, sowie die hohe Akzeptanz durch die Ethiktreff-Teilnehmer, ist für die Arbeitsgruppe „Ethik in der Pflege“ eine Bestätigung, dass sie auf dem richtigen Weg sind und die Organisation der Ethiktreffs fortgeführt werden sollte.¹⁶⁹

Nach diesem aus der Sicht der Pflege sehr positiven Beispiel soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Rolle die Pflege in der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland gespielt hat.

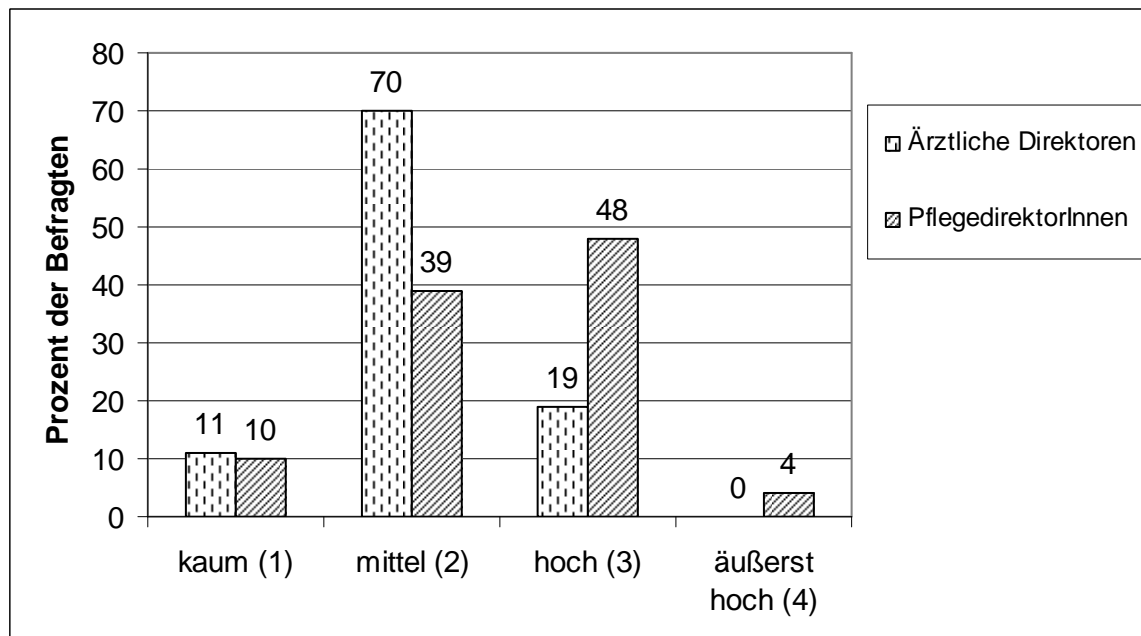
6.2 Die Rolle der Pflege in der Entwicklung

2002 wurden alle ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren der deutschen Universitätskliniken postalisch unter anderem zum Unterstützungsbedarf bei ethischen Problemen befragt. Im Rahmen dieser Befragung wurde der Bedarf der Mitarbeiter an zusätzlicher Unterstützung für den Umgang mit ethischen Fragen im

¹⁶⁹ Vgl. Müller-Czisch et al., 2010, 391ff.

klinischen Alltag von den Pflegedirektoren höher eingeschätzt als von den ärztlichen Direktoren (siehe Abb. 6).¹⁷⁰

Abbildung 6: Bedarf der Mitarbeiter an zusätzlicher Unterstützung für den Umgang mit ethischen Fragen des klinischen Alltags



Quelle: Vollmann et al., 2004, 1239.

Dieser Umfrage zufolge wäre es naheliegend, dass die Pflege ethische Probleme stärker wahrnimmt und dies auch artikuliert.

Wie bereits am Beispiel des Westküstenklinikums Heide erwähnt (siehe 5.3), gibt es klinische Ethikkomitees, wo die Initiative zur Gründung von den Pflegepersonen ausging. Auch der Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen (siehe 5.8) ist ein Beispiel für eine sehr aktive Rolle der Pflege. Denn dieser wurde von Mitgliedern des klinischen Ethikkomitees aus der Pflege initiiert. Diese Beispiele sind jedoch eher als positive Einzelfälle zu bewerten.

Im Vergleich zur Pflege hat die Geschäftsführung und die Ärzteschaft eine bedeutendere Rolle bei der Initiierung klinischer Ethikkomitees in Deutschland gespielt. Viele Ethikkomitees wurden zudem von interdisziplinären Gruppen initiiert.¹⁷¹ Es ist anzunehmen, dass die Pflege häufig in diesen Gruppen vertreten war. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu wissen, welche Rolle die

¹⁷⁰ Vgl. Vollmann et al., 2004, 1238f.

¹⁷¹ Vgl. Dörries/Hespe-Jungesblut, 2007, 151.

Pflege in solch interdisziplinär zusammengesetzten Gruppen gespielt hat. Es wäre durchaus denkbar, dass die Pflege dort eine sehr aktive Rolle eingenommen hat. Denn eine Hürde für die Pflege könnte sicherlich die fest verankerte Hierarchie im Krankenhaus darstellen. Für eine Gruppe bestehend beispielsweise aus Ärzten und Pflegepersonen ist es möglicherweise einfacher eine Initiative voranzutreiben als für eine Gruppe, die nur aus Pflegepersonen besteht.

Zudem könnte ein Grund, warum Pflegepersonen kein Ethikkomitee als Unterstützung im Umgang mit ethischen Problemen fordern, darin liegen, dass viele Pflegepersonen gar nicht wissen, was ein klinisches Ethikkomitee ist und was es tut. Dementsprechend fordern sie auch keines für ihr Krankenhaus. Denn schon in der Krankenpflegeausbildung spielt Ethik häufig eine untergeordnete Rolle.¹⁷² Wenn bereits im Rahmen der Ausbildung Wissen über klinische Ethikkomitees vermittelt werden könnte, würden vielleicht mehr Pflegepersonen den Wunsch nach einer derartigen Einrichtung äußern. Da klinische Ethikkomitees eine Gleichberechtigung der Mitglieder im Komitee (Enthierarchisierung) anstreben, stellen sie besonders für Pflegepersonen eine große Chance dar ihre Sichtweise darzulegen. Es gilt anzumerken, dass sich das Problem der mangelnden Bekanntheit klinischer Ethikkomitees sicher nicht nur auf das Pflegepersonal, sondern auf alle Berufsgruppen eines Krankenhauses, erstreckt.

Auch durch Publikationen kann die Entwicklung gefördert werden, denn andere Krankenhäuser können von den berichteten Erfahrungen profitieren. Beschäftigt man sich mit den Publikationen zur Einrichtung klinischer Ethikkomitees in Deutschland, so gewinnt man jedoch den Eindruck, dass die Pflege im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine eher untergeordnete Rolle spielt. Viele Publikationen stammen von Ärzten und Theologen. Eine Forderung von Pflegeseite nach vermehrter Unterstützung in ethischen Problemsituationen z.B. durch ein klinisches Ethikkomitee vernimmt man kaum. Im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung der Pflege könnte jedoch der Weg in Richtung vermehrter Publikationen führen.

¹⁷² Vgl. Vollmann, 2008a, 36.

Neben Publikationen können auch positive Erfahrungsberichte die Entwicklung vorantreiben (z.B. wenn Erfahrungen, die mit der Implementierung und im klinischen Ethikkomitee gemacht wurden, bei Tagungen vorgestellt werden). Bei einer Konferenz in Essen berichtete beispielsweise die Krankenschwester Anna Schulz von den Erfahrungen am Westküstenklinikum Heide. Dort ging die Initiative für die Implementierung des klinischen Ethikkomitees von Pflegepersonen aus (siehe 5.3).¹⁷³ Erfahrungsberichte dieser Art sind für die Pflege sehr wichtig, derzeit aber eher noch als Einzelfälle zu bewerten.

Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland kann keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden. Mögliche neue Anwendungsfelder und Anwendungsformen klinischer Ethikkomitees sollen exemplarisch in folgendem Kapitel dargestellt werden.

7. Zukünftige Herausforderungen und Chancen für klinische Ethikkomitees in Deutschland

Der Anwendungsbereich klinischer Ethikkomitees erstreckt sich nicht nur auf Krankenhäuser. Auch in Altenpflegeeinrichtungen gibt es einen Bedarf an Unterstützung in schwierigen ethischen Situationen. Daher soll in weiterer Folge genauer auf die Herausforderung „Ethikkomitee im Altenpflegeheim“ eingegangen werden.

Zudem sollen als weitere mögliche Herausforderung in Krankenhäusern die sogenannten Pflegeethikkomitees dargestellt werden.

7.1 Klinische Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen

Derzeit sind Altenpflegeheime, die Ethikkomitees als Unterstützung bei ethischen Konfliktsituationen anbieten, in Deutschland noch Einzelfälle. Die Gegebenheiten in Altenpflegeheimen unterscheiden sich wesentlich von jenen in Akutkrankenhäusern. Dementsprechend treten in Altenpflegeheimen auch andere ethische Konflikte auf. Zunächst sollen nun Charakteristika von Altenpflegeheimen dargestellt werden, bevor auf einige ethische Herausforderungen in der Altenpflege näher eingegangen wird.

¹⁷³ Vgl. Kettner/May, 2002, 296.

7.1.1 Charakteristika von Altenpflegeheimen

Im Gegensatz zu Krankenhäusern, in denen die Patienten eine begrenzte Zeit verbringen, ist der Aufenthalt in einem Altenpflegeheim dauerhaft ausgerichtet. Der Privatbereich für die Heimbewohner ist in der Regel eher klein. Die Bewohner verbringen daher sehr viel Zeit im öffentlichen Raum. Aufgrund der Pflegebedürftigkeit sind die Heimbewohner meistens sehr stark vom Pflegepersonal abhängig. Viele alte Menschen sind nicht freiwillig und ungern im Altenpflegeheim untergebracht. Nicht selten wären die Bewohner gerne in ihrer eigenen Wohnung geblieben und haben im Altenpflegeheim das Gefühl ihre unabhängige Lebensgestaltung aufgeben zu müssen (z.B. wegen vorgegebener Essens- und Schlafzeiten).¹⁷⁴ Alte Freundschaften und Nachbarschaftskontakte können meist nach einem Umzug ins Pflegeheim nur schwer aufrechterhalten werden. Viele Heimbewohner sind in ihren sensorischen, funktionellen und kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt, was ebenso ethische Herausforderungen mit sich bringt. Neben den Heimbewohnern selbst spielen auch deren Angehörige eine wichtige Rolle im Pflegeheimalltag. Da sie den Bewohner sehr gut kennen, können sie eine große Unterstützung für das Pflegepersonal sein. Uneinigkeiten und Konflikte mit Angehörigen sind jedoch auch keine Seltenheit in Altenpflegeheimen. Das Pflegeheimpersonal muss unter sehr großem Zeitdruck arbeiten und wird enormen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt.¹⁷⁵ Zudem ist das gesamte Umfeld in einem Altenpflegeheim sehr komplex. Angehörige, Ärzte, Pflegenden, zahlreiche andere Berufsgruppen im Altenpflegeheim sowie möglicherweise durch das Vormundschaftsgericht eingesetzte Betreuer können bei Entscheidungsprozessen mitwirken.¹⁷⁶ All diese Gegebenheiten hängen mit den ethischen Herausforderungen, die das Leben im Pflegeheim mit sich bringt, zusammen.

7.1.2 Ethische Herausforderungen in der Altenpflege

Pflegepersonen, die in Altenpflegeheimen tätig sind, werden häufig mit den verschiedensten Problemen im Zusammenhang mit der Behandlung und Betreuung am Lebensende konfrontiert.¹⁷⁷ Viele alte Menschen, die in ein

¹⁷⁴ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 321f.

¹⁷⁵ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 324f.

¹⁷⁶ Vgl. Bockenheimer-Lucius/May, 2007, 331.

¹⁷⁷ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 320.

Pflegeheim kommen, versterben auch dort. Der Tod ist ständiger Begleiter und wirkt sich sehr belastend auf die Pflegepersonen aus. Sie stehen oft vor schwierigen Situationen wie z.B. Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz. Auch Zwangsmaßnahmen sind in Altenpflegeheimen häufig Thema. Wie soll beispielsweise mit einer Patientin, die die Nahrung verweigert, da sie sterben möchte, umgegangen werden? Soll sie zwangsernährt werden? Aber auch der ganz normale Pflegeheimalltag bringt ständig ethische Konfliktsituationen mit sich.¹⁷⁸ Wie soll beispielsweise damit umgegangen werden, wenn ein an Demenz leidender Heimbewohner immer wieder Heimbewohnerinnen belästigt und sich diese bedroht fühlen. Gibt es hier auch andere Möglichkeiten außer chemischen Zwangsmaßnahmen? Konflikte zwischen Pflegepersonal und Angehörigen, die sich nicht darüber einig sind, was das Beste für den Heimbewohner ist, können ebenso für beide Seiten sehr schwierig und belastend sein. Auch der Einsatz von Psychopharmaka in Altenpflegeheimen wirft Fragen auf: Wann ist die Gabe von Psychopharmaka unvermeidbar und ethisch gerechtfertigt und wann handelt es sich lediglich um eine Ruhigstellung eines störenden alten Menschen? Kann die heimliche Gabe von Psychopharmaka gerechtfertigt sein? Wie soll damit umgegangen werden, wenn die Angehörigen diese heimliche Gabe aus Fürsorge fordern?¹⁷⁹

Weitere Problemfelder in Altenpflegeheimen können beispielsweise sein: die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Heimbewohners, die Verweigerung pflegerischer Maßnahmen oder Aggressionen der Pflegenden gegenüber Heimbewohnern und umgekehrt.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 320.

¹⁷⁹ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 326f.

¹⁸⁰ Vgl. Bockenheimer-Lucius/May, 2007, 339.

Ethikberatung wird in Deutschland zunehmend im Rahmen einer Palliativ- und Hospizkultur angeboten. Es geht also um eine Unterstützung am Lebensende. Ethische Alltagsprobleme im Altenpflegeheim sind davon jedoch nicht umfasst. Daher wäre es wichtig, dass nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Altenpflegeheimen, Ethikkomitees etabliert werden. Einige Beispiele für Ethikkomitees in Altenpflegeheimen in Deutschland gibt es bereits: Die MTG Malteser Trägergesellschaft hat für die Einrichtungen der Altenpflege ein trägerweites Ethikkomitee eingerichtet. Auch die Marienhaus GmbH hat 2007 ein die einzelnen Pflegeheime übergreifendes Ethikkomitee gegründet. Das erste Ethikkomitee in einem Altenpflegeheim in Deutschland wurde jedoch 2006 in Frankfurt/Main gegründet. Dieses soll nun näher vorgestellt werden.¹⁸¹

7.1.3 Das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim in Frankfurt/Main

Im September 2006 wurde das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim als Modellprojekt gegründet und tagt seitdem in regelmäßigen Sitzungen.¹⁸²

Das Ethikkomitee setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Fünf Pflegende unterschiedlicher beruflicher Spezialisierung
- Pflegedienstleiterin
- Heimleiter
- Eine Theologin
- Ein Mitarbeiter aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychologie
- Eine Ärztin
- Ein Vormundschaftsrichter
- Projektleiterinnen (Medizin- und Pflegeethik)¹⁸³

¹⁸¹ Vgl. Bockenheimer-Lucius, 2007, 320.

¹⁸² Vgl. Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege, http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/eka_01.php, Stand: 8.5.2010.

¹⁸³ Bockenheimer-Lucius, 2007, 320.

Die Zielsetzung des Ethikkomitees soll anhand folgender Auszüge aus der Satzung verdeutlicht werden:

§2 (2) „Das Ziel der Ethik-Beratung soll darin liegen, dem Team der Pflegenden und Betreuenden eine Entscheidung in eigener Verantwortung zu erleichtern. Die Letztentscheidung über medizinische Maßnahmen bleibt bei den behandelnden Ärzten bzw. dem Pflorgeteam. Die Ethikberatung soll in schwierigen ethischen Situationen dazu beitragen, die nach dem Willen und den Wünschen des Heimbewohners beste Entscheidung zu finden und diese ethisch fundiert und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu begründen. Dies enthebt die einzelnen Beteiligten am Pflegeprozess nicht ihrer jeweiligen Verantwortlichkeiten.

§2 (3) Den Bewohnern und Bewohnerinnen des Altenpflegeheims und ihren Angehörigen soll das Ethik-Komitee die Gewissheit geben, dass ethische Konflikte ernst genommen und von möglichst vielen verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern soll es die Möglichkeit geben, Entscheidungskonflikte bewusst und Wertentscheidungen transparent zu machen.“¹⁸⁴

Das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim entwickelt Leitlinien, bietet Fortbildungen an und berät die Beteiligten in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen. Treffen des Ethikkomitees finden zum einen monatlich und zum anderen bei einem besonderen Anlass oder einer besonderen Fragestellung statt. An das Ethikkomitee können sich Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige, Ärzte oder andere Beteiligte wenden.¹⁸⁵

Das Beispiel des Franziska Schervier Altenpflegeheims bestätigt, dass das Modell des klinischen Ethikkomitees auch auf Altenpflegeheime gut anwendbar ist. Ethikkomitees stellen eine Möglichkeit dar mit den ethischen Problemen, die in Altenpflegeheimen auftreten, umzugehen. Wie das Beispiel zeigt, muss das Modell jedoch an Altenpflegeheime angepasst werden: Die Unterschiede zwischen Ethikkomitees in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen beziehen sich zum einen auf die Zusammensetzung des Komitees. Diese repräsentiert, neben externen Mitgliedern, jeweils zahlenmäßig die Berufsgruppen, die im Krankenhaus

¹⁸⁴ Franziska Schervier Altenpflegeheim, http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/media/downloads/EK_Satzung.pdf, Stand: 8.5.2010.

¹⁸⁵ Vgl. Franziska Schervier Altenpflegeheim, http://www.ethik-altenhilfe-fsa.de/EK_2.htm, Stand: 8.5.2010.

oder Altenpflegeheim tätig sind. Zum anderen werden sich die Anfragen an ein klinisches Ethikkomitee im Altenpflegeheim überwiegend auf pflegeethische Fragestellungen beziehen, was in klinischen Ethikkomitees in Krankenhäusern nicht der Fall ist. Die Aufgabenbereiche, die das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim wahrnimmt, unterscheiden sich nicht vom Modell des klinischen Ethikkomitees im Krankenhaus.

Neben dem Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim gibt es in Frankfurt/Main auch ein Netzwerk zur Ethikberatung und Ethikfortbildung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

7.1.4 Ein regionales Ethiknetzwerk in Frankfurt/Main

In Frankfurt/Main gibt es derzeit vierzig Altenpflegeheime. In diesen leben rund 3000 Bewohner. Mehrere tausend Personen sind in der Pflege und Betreuung in den Altenpflegeheimen in Frankfurt/Main tätig. In all diesen Heimen werden immer wieder ethische Fragen in der täglichen Arbeit aufgeworfen. Daher wurde 2007 ein Netzwerk zur Ethikberatung und Ethikfortbildung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe gegründet.

Das Ethiknetzwerk bietet:

- Monatliche NAEHE (**Netzwerk Altenpflege Ethik Heim**) Treffen für Pflegende und alle anderen Mitarbeitenden: Bei diesen Treffen findet ein informeller Austausch statt.
- Vierteljährliche Fortbildungen: Bei diesen werden grundsätzliche ethische Fragen, Problemstellungen aus dem Pflegealltag sowie konkrete Fallbeispiele thematisiert und diskutiert. Als Thema für eine Fortbildung, die im März 2009 stattfand, wurde beispielsweise Gewalt im Heimalltag gewählt.¹⁸⁶

Bis Jänner 2010 fanden bereits 31 NAEHE-Treffen statt. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl betrug 12 Personen.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Vgl. Franziska Schervier Altenpflegeheim, http://www.ethik-altenhilfe-fsa.de/EK_3.htm, Stand: 8.5.2010.

¹⁸⁷ Vgl. Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege, <http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/naehe.php>, Stand: 8.5.2010.

Durch das regionale Ethiknetzwerk haben Pflegende die Möglichkeit ihre Erfahrungen alterheimübergreifend auszutauschen. Dies ermöglicht den Blick über die eigene Institution hinaus zu richten und bietet ein großes Lernpotenzial. Möglicherweise gibt es in anderen Altenpflegeheimen ähnliche Probleme, jedoch wird damit vielleicht anders umgegangen. Es muss jedoch auch nicht immer darum gehen im Gespräch eine Lösung für ein Problem zu finden. Der informelle Austausch mit Personen, die in ihrer täglichen Arbeit mit ähnlichen Problemen und Konfliktsituationen konfrontiert werden, wie man selbst, kann allein schon hilfreich sein.

Wie bereits erwähnt, stehen bei Ethikkomitees in Altenpflegeheimen pflegeethische Themen im Mittelpunkt. Dies ist bei klinischen Ethikkomitees in Krankenhäusern eher nicht, jedoch bei Pflegeethikkomitees in Krankenhäusern schon der Fall. Daher sollen diese nun näher vorgestellt werden.

7.2 Pflegeethikkomitees („nursing ethics committees“)

In den USA existieren neben den interdisziplinär zusammengesetzten klinischen Ethikkomitees („hospital ethics committees“) auch Pflegeethikkomitees („nursing ethics committees“). Sie dienen der Unterstützung von Pflegepersonen bei schwierigen ethischen Entscheidungen in der Pflegepraxis. Eines der ersten offiziellen Pflegeethikkomitees wurde beispielsweise 1984 an einem katholischen Krankenhaus in Omaha, Nebraska gegründet.¹⁸⁸ Die Aufgaben, die Pflegeethikkomitees wahrnehmen, können Einzelfallberatung, Fortbildung und auch Leitlinienentwicklung umfassen.¹⁸⁹ Judith Erlen sieht das Ziel der Fortbildung durch Pflegeethikkomitees darin „to empower nurses so that they can more fully participate in ethical discussions“.¹⁹⁰

Pflegeethikkomitees sind so zusammengesetzt, dass die verschiedenen Rollen der Pflege in einer Organisation repräsentiert werden: „nurse managers, nurse educators, clinical nurse specialists, staff nurses, as well as the speciality areas of clinical practice“.¹⁹¹ Entsprechend ihrem Arbeitsbereich und ihrer Position bringen die Pflegenden verschiedene Perspektiven ein. Im Pflegeethikkomitee sind sie –

¹⁸⁸ Vgl. Kohlen, 2009a, 156.

¹⁸⁹ Vgl. Erlen, 1997, 65.

¹⁹⁰ Erlen, 1997, 55.

¹⁹¹ Erlen, 1997, 56.

trotz vielleicht unterschiedlicher hierarchischer Positionen im Krankenhausalltag – gleichberechtigte Mitglieder.¹⁹² Übertragen auf Österreich würde dies bedeuten, dass in einem Pflegeethikkomitee Pflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die Stationsleitung, die Pflegedienstleitung, Lehrer und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit Spezialausbildungen vertreten sein sollten.

Es stellt sich die Frage, ob die Mitgliedschaft in einem Pflegeethikkomitee auf Pflegepersonen beschränkt sein sollte oder, ob auch andere Personen, wie ein Jurist, ein Ethiker oder ein Theologe als Mitglieder oder als Berater des Komitees einen Beitrag leisten könnten. In einem Pflegeethikkomitee geht es um ethische Probleme mit denen Pflegepersonen konfrontiert werden, die Sichtweise anderer Berufsgruppen zu diesen Problemen kann für die Diskussion jedoch trotzdem hilfreich sein. Judith Erlen vertritt die Meinung, dass die Mitglieder eines Pflegeethikkomitees primär trotzdem Pflegepersonen sein sollten, da sonst das Hauptaugenmerk nicht mehr auf der Pflegeethik liegt und es keinen Unterschied mehr zum interdisziplinär zusammengesetzten klinischen Ethikkomitee gibt.¹⁹³

Natürlich gibt es auch Vorbehalte gegenüber Pflegeethikkomitees wie, dass sich diese Abspaltung der Pflegepersonen nicht positiv auf die Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen auswirkt und diese möglicherweise sogar hemmt. Zudem vertreten manche Kritiker die Ansicht, dass ethische Probleme in einem multidisziplinären Umfeld diskutiert werden sollten, da sie vielfältig sind und für eine Lösung die Bemühungen aller Beteiligten erfordern. Diese Einwände berücksichtigen jedoch laut Cornelia Fleming nicht die besondere Rolle der Pflege und, dass es ethische Konflikte gibt, die speziell nur die Pflege betreffen.¹⁹⁴ Dies könnten zum Beispiel in Österreich Konflikte aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege sein. Hier trägt die Pflege die alleinige Verantwortung und schwierige ethische Entscheidungen sind dem pflegerischen Bereich zuzuordnen. Für den mitverantwortlichen Bereich wiederum scheint ein klinisches Ethikkomitee sinnvoll, da von schwierigen ethischen Fragestellungen zwei Berufsgruppen, Pflege und Medizin, betroffen sind.

¹⁹² Vgl. Fleming, 1997, 11.

¹⁹³ Vgl. Erlen, 1997, 60f.

¹⁹⁴ Vgl. Fleming, 1997, 8.

Cornelia Fleming unterscheidet in Bezug auf „nursing ethics committees“ zwischen einem „open forum“ Modell und einem „closed membership“ Modell. Beim ersten Modell ist die Teilnahme für alle Pflegekräfte der Institution offen. Es finden regelmäßige Treffen statt und wer kommen möchte ist dazu eingeladen. Dieses Modell ist vergleichbar mit dem Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen (siehe 5.8). Beim „closed membership“ Modell gibt es wie bei einem klinischen Ethikkomitee fixe Mitglieder, die verschiedene Aufgaben wahrnehmen.¹⁹⁵ In der Regel bezieht sich der Begriff „nursing ethics committee“ auf ein Komitee im Sinne des „closed membership“ Modells.

Verfügt ein Krankenhaus sowohl über ein „hospital ethics committee“ als auch über ein „nursing ethics committee“, so kann es zu Überlappungen der Aufgabenbereiche der beiden Institutionen kommen.¹⁹⁶ Es stellt sich die Frage, an wen sich eine Pflegeperson in einer ethischen Konfliktsituation dann wenden sollte, an das „hospital ethics committee“ oder an das „nursing ethics committee“? Sollte sie sich zuerst an das „nursing ethics committee“ wenden und dieses berichtet dann bei Bedarf dem „hospital ethics committee“ von dem Fall? Oder sollte sich die Pflegeperson an beide Komitees zugleich wenden? Dieser Weg würde jedenfalls viel Zeit kosten und, wenn bei einem ethischen Konflikt sofort Hilfe benötigt wird, ist es eher unrealistisch, dass die Pflegeperson sich an zwei Komitees wenden möchte. Wie man sieht ist es nicht unproblematisch, wenn ein Krankenhaus sowohl über ein „nursing ethics committee“ als auch über ein „hospital ethics committee“ verfügt. In diesem Fall muss genau geklärt werden, wo die jeweiligen Verantwortlichkeiten liegen, um unnötige doppelte Aufgabenerfüllung und zeitliche Verzögerungen zu verhindern. Diese genaue Abgrenzung der jeweiligen Verantwortlichkeiten wird sich jedoch in der Praxis wahrscheinlich als sehr schwierig gestalten.¹⁹⁷ Es kann hilfreich sein, wenn die Pflegepersonen, die im „hospital ethics committee“ vertreten sind auch Mitglieder des „nursing ethics committee“ sind. Diese Pflegepersonen bilden dann das Bindeglied zwischen den beiden Komitees und können der doppelten Wahrnehmung von Aufgaben entgegenwirken.¹⁹⁸

¹⁹⁵ Vgl. Fleming, 1997, 11f.

¹⁹⁶ Vgl. Erlen, 1997, 65.

¹⁹⁷ Vgl. Erlen, 1997, 61f.

¹⁹⁸ Vgl. Erlen, 1997, 58.

Letztlich muss sich jede Institution die Frage stellen, ob ein Pflegeethikkomitee als Forum für pflegeethische Themen tatsächlich einen zusätzlichen Beitrag für die Pflege leisten kann, oder ob diese Aufgabe nicht auch vom klinischen Ethikkomitee wahrgenommen werden könnte. Den Wert eines „nursing ethics committees“ im Sinne des „open forum“ Modells würde ich jedenfalls sehr hoch einschätzen. Denn dieses unterscheidet sich wesentlich von einem klinischen Ethikkomitee. Auch die positiven Erfahrungen mit dem Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen bestätigen, dass es einen wichtigen Beitrag für die Pflege leisten kann.

Ein guter Anwendungsbereich für „nursing ethics committees“ im Sinne des „closed membership“ Modells liegt in Altenpflegeeinrichtungen. Es stellt sich die Frage, ob lediglich Pflegepersonen oder auch andere Berufsgruppen wie z.B. ein Sozialarbeiter, ein Zivildienstler oder ein Theologe im Komitee vertreten sein sollten. Meiner Ansicht nach leisten diese Sichtweisen ebenso einen wichtigen Beitrag. Auch am Franziska Schervier Altenpflegeheim in Frankfurt/Main sind neben Pflegepersonen weitere Berufsgruppen im Komitee vertreten. Als zentrale Charakteristik eines Pflegeethikkomitees würde ich die Beschäftigung mit pflegeethischen Themen und nicht eine Zusammensetzung nur aus Pflegepersonen sehen.

Nach dieser Darstellung der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland sowie zukünftiger Herausforderungen und Chancen für klinische Ethikkomitees in Deutschland, ist nun die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich Thema des folgenden Kapitels. Im Mittelpunkt steht im Besonderen der Vergleich zu Deutschland.

8. Die Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, ob sich aufsehenerregende ethische Fälle in Österreich auf die Entwicklung klinischer Ethikkomitees ausgewirkt haben. Des Weiteren werden die Unterschiede in der Entwicklung zu Deutschland dargestellt sowie ein Versuch unternommen, die Rolle der Pflege in der Entwicklung zu erfassen. Zukünftige Herausforderungen und Chancen für österreichische Krankenhäuser bilden den Abschluss des Kapitels.

8.1 Aufsehenerregende ethische Fälle in Österreich

Österreich wurde 1989 von einem großen Pflegeskandal erschüttert. Die Morde im Pavillon V des Wiener Krankenhauses Lainz erregten national und international viel Aufsehen. Am 15.3.1989 war bei einem Patienten der 1. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses Lainz eine unerklärliche Hyperglykämie aufgetreten. Dieser Vorfall wiederholte sich am 1.4.1989. Laboruntersuchungen deuteten auf eine exogene Insulinzufuhr hin. Am 5.4.1989 erstattete der Chefarzt Strafanzeige und am 7.4. wurden die Stationsgehilfinnen Stephanie M., Waltraud W., Irene L. sowie Maria G. festgenommen.¹⁹⁹ Der Prozess gegen die vier Stationsgehilfinnen fand schließlich von 28.2. bis 29.3.1991 in Wien statt.²⁰⁰ „In der Zeit von 1983 bis 1986 starben 157 Patienten während des Dienstes von Waltraud W. oder bis zu 24 Stunden nach ihrem Dienstende.“²⁰¹ Am 29.3.1991 wurde Waltraud W. vom Landesgericht für Strafsachen in Wien für fünfzehn vollendete Morde, sechzehn Mordversuche, Beihilfe zum Mordversuch in einem Fall und zweifacher absichtlicher, schwerer Körperverletzung zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilt. Irene L. wurden drei vollendete Morde, zweifache Beihilfe zum vollendeten Mord und Beihilfe zum Mordversuch in zwei Fällen angelastet. Maria G. wurde für zwei Mordversuche schuldig befunden und Stephanie M. für sieben Morde.²⁰² Die Stationsgehilfinnen gaben an, dass sie die Patienten von ihrem Leiden erlösen wollten.²⁰³ Die Ursachen für die Geschehnisse im Krankenhaus Lainz sind vielfältig. Personalmangel und eine ungünstige Relation zwischen diplomierten und nicht diplomierten Pflegepersonal (hoher Anteil an Stationsgehilfen und wenig diplomiertes Personal) spielten neben anderen Faktoren sicher auch eine Rolle.²⁰⁴ Waltraud W. meinte zur Zusammenarbeit mit den Ärzten in Lainz: „Die haben uns im Regen stehen lassen. Die Ärzte sind stundenlang nicht gekommen und wir hatten die schreienden, verwirrten und sich vor Schmerzen krümmenden Menschen vor uns und konnten nichts dagegen tun.“²⁰⁵ Stephanie M. schilderte, dass es eine Fortbildung, wie man sich gegenüber einem Patienten verhalte, der verwirrt sei oder der vor Schmerzen schreie, nie gegeben habe.²⁰⁶ Diese

¹⁹⁹ Vgl. Beine, 1998, 144.

²⁰⁰ Vgl. Beine, 1998, 154.

²⁰¹ Beine, 1998, 154.

²⁰² Vgl. Beine, 1998, 184.

²⁰³ Vgl. Beine, 1998, 153.

²⁰⁴ Vgl. Beine, 1998, 144f.

²⁰⁵ Beine, 1998, 168.

²⁰⁶ Vgl. Beine, 1998, 181.

Aussagen verdeutlichen die schwierigen Arbeitsbedingungen, die eine Überlastung und Überforderung des Personals zur Folge hatten.

Im Mittelpunkt der Diskussion um den Pflegeskandal in Lainz stand zumeist die Problematik der Großeinrichtungen und der Personalmangel im Pflegebereich. Die Frage nach ethischen Unterstützungsformen (wie einem Ethikkomitee) in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen ist jedoch durch diesen Skandal nicht aufgeworfen worden. Dies soll keinesfalls bedeuten, dass der Pflegeskandal im Krankenhaus Lainz durch ein klinisches Ethikkomitee verhindert werden hätte können. Trotzdem hätte der Skandal in Lainz Anlass sein können für eine Diskussion darüber, ob klinische Ethikkomitees nicht eine Chance für die Mitarbeiter sein könnten über ethisch belastende Situationen zu sprechen. Es bleibt offen, warum klinische Ethikkomitees als Unterstützung für die Mitarbeiter nicht als Möglichkeit gesehen wurden, um neben anderen Maßnahmen auf die Vorfälle in Lainz zu reagieren.

8.2 Unterschiede zu Deutschland

In Österreich wurde das erste klinische Ethikkomitee erst 2006 und somit deutlich später als in Deutschland gegründet. In österreichischen Altenpflegeheimen gibt es derzeit noch keine Ethikkomitees. Auch die immer wieder in österreichischen Pflegeheimen auftretenden Missstände, die medial durchaus Aufsehen erregten (im Sommer 2003 beispielsweise kam es im Geriatriezentrum Wienerwald zu einem Pflegeskandal²⁰⁷), haben bisher keine Entwicklung in Bezug auf Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen in Österreich ausgelöst.

²⁰⁷ Vgl. Die Grünen Wien, <http://archiv.wien.gruene.at/pflegeskandal>, Stand: 29.5.2010.

Anhand nachfolgender Tabellen soll die Entwicklung in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Deutschland und Österreich verdeutlicht werden:

Tabelle 3: Klinische Ethikkomitees. Entwicklung in Deutschland

Jahr	Institutionalisierung
1997	Empfehlung der konfessionellen Krankenhausträger
1999	Erste Erfahrungsberichte
2000	30 Klinische Ethikkomitees
2003	59 Klinische Ethikkomitees
2004	Ca. 70-100 Klinische Ethikkomitees
2005	Ca. 149 Klinische Ethikkomitees
2006	Erstes Ethikkomitee in einem Altenpflegeheim (Frankfurt/Main)

Quelle: Vgl. Vollmann, 2008c, 866. (Erweiterte Darstellung)

Tabelle 4: Klinische Ethikkomitees. Entwicklung in Österreich

Jahr	Institutionalisierung
2006	Erstes klinisches Ethikkomitee (LKH-Universitätsklinikum Graz)
2007	Klinisches Ethikkomitee am St. Josef-Krankenhaus Wien

8.3 Die Rolle der Pflege in der Entwicklung

Da die Entwicklung in Bezug auf klinische Ethikkomitees in Österreich noch ganz am Anfang steht, ist es schwierig die Rolle der Pflege zu beurteilen. Dr. Tritthart, der Leiter des klinischen Ethikkomitees am LKH-Universitätsklinikum Graz berichtet, dass das Pflegepersonal voll im Ethikkomitee und bei den Ethikkonsilen integriert sei.²⁰⁸ Am St. Josef-Krankenhaus ist eine Pflegeperson im klinischen Ethikkomitee vertreten. Bei Ethikkonsilen sind Pflegepersonen häufig beteiligt.

²⁰⁸ Auskunft von Dr. Hans Tritthart, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am LKH-Universitätsklinikum Graz, Email vom 16.5.2010.

Zudem scheint es so, dass pflegeethische Themen häufig im Rahmen von Ethikforen aufgegriffen werden.²⁰⁹

Die Rolle der Pflege in Bezug auf die Entwicklung in Österreich ist derzeit noch offen. Die Pflege kann sich zurückziehen und anderen Berufsgruppen ethische Themen überlassen oder selbst die Initiative ergreifen und eine aktive Rolle einnehmen. Betrachtet man die Erfahrungen in Deutschland, so zeigen sich viele gute Möglichkeiten (z.B. der Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen oder das Ethikkomitee am Franziska Schervier Altenpflegeheim in Frankfurt/Main). In österreichischen Altenpflegeheimen gibt es bislang noch keine klinischen Ethikkomitees. Diese würden jedoch in besonderem Maße eine Chance für die Pflege darstellen, da überwiegend pflegeethische Themen in Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen im Mittelpunkt stehen.

Klinische Ethikkomitees bieten jedoch nicht nur für die Pflege, sondern ganz allgemein für Krankenhäuser in Österreich, Chancen. Diese sind jedoch auch mit Herausforderungen und Gefahren verbunden.

8.4 Chancen und Risiken für österreichische Krankenhäuser

Klinische Ethikkomitees in österreichischen Krankenhäusern bieten die Chance einer Unterstützung der Mitarbeiter im Umgang mit ethischen Fragen. Themen, die Unbehagen auslösen oder mit Unsicherheit verbunden sind, finden so einen Ort zur Besprechung. Aber auch Patienten und Angehörigen kann so das Gefühl gegeben werden, dass sie bei einer schwierigen ethischen Entscheidung nicht allein gelassen werden, sondern es jemanden gibt an den sie sich wenden können. In ethischen Falldiskussionen können Entscheidungen möglicherweise bewusster getroffen werden als im normalen, von großem Zeitdruck geprägten, Stationsalltag. Das klinische Ethikkomitee bietet für alle Beteiligten die Möglichkeit auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren und mit dem eigenen Anliegen Gehör zu finden.²¹⁰

²⁰⁹ Laut telefonischer Auskunft von Dr. Christian Metz, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus Wien, am 19.5.2010.

²¹⁰ Vgl. Anselm, 2008, 36.

Ein klinisches Ethikkomitee in einem Krankenhaus einzuführen stellt jedoch eine große Herausforderung dar und darf nicht unterschätzt werden. Voraussetzung ist eine Reflexions- und Gesprächskultur der Mitarbeiter im Krankenhaus, um ethische Fragen sinnvoll aufnehmen zu können. Ohne basalen Respekt voreinander und der Offenheit, dass die Sicht des anderen vielleicht auch einen Teil der Wirklichkeit abbildet, ist es sehr schwierig über ethische Fragen zu sprechen. Eine Anfrage an das klinische Ethikkomitee zu stellen bedeutet für die Mitarbeiter eines Krankenhauses auch in gewisser Weise zuzugeben, dass man eine Frage hat und Hilfe braucht. Dieses Eingeständnis ist für helfende Berufe oft schwierig. Häufig besteht unter den Mitarbeitern im Krankenhaus das Missverständnis, dass Ethik Spannungsfelder z.B. zwischen Nutzen und Schaden oder Selbstbestimmung und Fürsorge auflöst. Durch die Auseinandersetzung werden diese jedoch noch viel bewusster und es folgt Enttäuschung. Es braucht Zeit dieses Missverständnis, dass Ethik nicht eine richtige Lösung vorgibt, aufzuklären. Ethik in einem Krankenhaus zu implementieren ist nicht wie eine Glühbirne einzuschrauben: Es ist wesentlich komplizierter und erfordert einen Kulturwandel, so Dr. Metz, der Leiter des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus Wien.²¹¹

Auf Krankenhausleitungsebene wird die positive Bewertung eines klinischen Ethikkomitees im Rahmen von Zertifizierungsprozessen häufig als Anreiz gesehen, um ein Ethikkomitee einzurichten. Es besteht aber die Gefahr, dass Krankenhäuser Ethikkomitees nur pro forma für eine Zertifizierung einrichten, jedoch an einer gut funktionierenden Arbeit des Ethikkomitees wenig Interesse haben. Aber auch, wenn es die Klinikleitung mit ihrem Vorhaben ernst meint, haben Ethikkomitees, die von oben (top-down) eingerichtet werden häufig das Problem, dass sie von den Mitarbeitern zu Beginn nicht akzeptiert werden. Dies hat zur Folge, dass kaum Anfragen an das Komitee gerichtet werden. Die Mitarbeiter sehen den Nutzen, den das Komitee für sie haben könnte, nicht und müssen erst von den Vorteilen, die eine derartige Institution haben kann, überzeugt werden. Denn damit ein klinisches Ethikkomitee gut arbeiten kann, ist sowohl die Unterstützung der Klinikleitung als auch der Mitarbeiter notwendig. Ohne Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter verliert das Komitee seinen Bezug zur

²¹¹ Laut telefonischer Auskunft von Dr. Christian Metz, dem Leiter des klinischen Ethikkomitees am St. Josef-Krankenhaus Wien, am 19.5.2010.

praktischen Arbeit auf den Stationen und kann somit auch keinen Beitrag zu einer Entlastung der Mitarbeiter leisten.

Problematisch ist, wenn das klinische Ethikkomitee als Expertengremium verstanden wird. Dies birgt die Gefahr, dass schwierige Fälle einfach an das Komitee abgeschoben werden. Die Aufgabe eines klinischen Ethikkomitees ist es aber nicht eine richtige Entscheidung vorzugeben. Denn so etwas wie eine einzige richtige Entscheidung gibt es in der Regel nicht.

Ein klinisches Ethikkomitee darf nicht zu einer abgehobenen Institution im Krankenhaus werden (z.B. durch Überrepräsentanz von Oberärzten, Universitätsprofessoren, etc.). Es ist ganz wesentlich, dass durch die Besetzung des Komitees eine Verbindung zu den Mitarbeitern auf den Stationen gewährleistet wird. Dementsprechend sollten alle hierarchischen Positionen gleichmäßig im Komitee vertreten sein.

Nun soll der Frage nachgegangen werden, welche Chancen klinische Ethikkomitees speziell für die Pflege bieten sowie welche Herausforderungen die Pflege diesbezüglich bewältigen muss.

9. Pflege und klinische Ethikkomitees: Chancen und Herausforderungen

Zunächst soll die Möglichkeit klinischer Ethikkomitees als Professionalisierungsfaktor in der Krankenpflege betrachtet werden. Weiters soll auf den derzeitigen Zusammenhang zwischen klinischen Ethikkomitees und pflegeethischen Themen näher eingegangen werden.

9.1 Klinische Ethikkomitees als Professionalisierungsfaktor

Klinische Ethikkomitees können auch als Professionalisierungsfaktor in der Krankenpflege gesehen werden. Im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege spielt die selbständige Beurteilungs- und Entscheidungskompetenz eine wichtige Rolle.²¹²

²¹² Vgl. Lachmann, 2008, 126.

Laut Ulrich Oevermann ist mit professionellem Handeln sowohl die wissenschaftliche Kompetenz des Verständnisses von Theorien und Konstruktionsverfahren als auch die hermeneutische Kompetenz des Fallverstehens in der Sprache des Falles selbst verbunden.²¹³ Dies sind Ansprüche, die an Pflegenden in klinischen Ethikkomitees gestellt werden.

Mareike Lachmann beschäftigte sich anhand biografischer Interviews mit Pflegekräften, die in Ethikkomitees mitarbeiten, mit den moralischen Werten und Grundorientierungen dieser Pflegekräfte in Bezug auf ethische Kommunikation in Ethikkomitees. Sie zeigte, dass es einen deutlichen Zusammenhang mit der postkonventionellen Entwicklungsstufe des moralischen Urteils nach Lawrence Kohlberg gibt.²¹⁴

Diese ist folgendermaßen definiert:

“At this level, there is a clear effort to define moral values and principles that have validity and application apart from the authority of the groups or persons holding these principles and apart from the individual’s own identification with these groups.”²¹⁵

Auf dieser Stufe werden universale moralische Werte und Prinzipien definiert und danach gehandelt (z.B. Achtung vor der Würde des Menschen). Im klinischen Ethikkomitee zeigt sich dies daran, dass das Handeln an der Situation und am Diskurs ausgerichtet ist, jedoch an bestimmten übergeordneten Grundprinzipien immer festgehalten wird.²¹⁶

Die postkonventionelle Stufe moralischen Urteilens kann laut Lachmann einem professionellem Berufsverständnis der Pflege zugeordnet werden. Wie der Zusammenhang zwischen Pflegekräften, die in Ethikkomitees mitarbeiten und deren Professionalisierung zu interpretieren ist, bleibt jedoch offen. Es wäre sowohl denkbar, dass klinische Ethikkomitees diese Professionalisierung bewirken, aber auch, dass nur Pflegekräfte, die der postkonventionellen Stufe nach Kohlberg zugeordnet werden können, Interesse daran haben in klinischen Ethikkomitees mitzuarbeiten.²¹⁷

²¹³ Vgl. Oevermann, 1978, 6f zit. nach Lachmann, 2008, 127.

²¹⁴ Vgl. Lachmann, 2008, 125.

²¹⁵ Kohlberg, 1973, 631f.

²¹⁶ Vgl. Lachmann, 2008, 126.

²¹⁷ Vgl. Lachmann, 2008, 128.

9.2 Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege

Pflegepersonen sind in der Regel in klinischen Ethikkomitees vertreten, ihre Anliegen werden jedoch nicht immer gehört. Hanns de Ruyter, Professor der Pflegewissenschaften, meinte in einem Experteninterview gegenüber Helen Kohlen:

„Die Anliegen der Pflegenden werden behandelt, wenn sie von ihnen so präsentiert werden, dass die Leute, die Ärzte und Führungskräfte, sie verstehen. Man muss sie also auf eine bestimmte Weise darstellen, und wenn man sich aus diesem Rahmen entfernt, ... wenn man ein Thema anspricht, dass sie nicht als ein ethisches Problem ansehen, dann wird einem nicht zugehört. Aber Menschen und (so auch) Pflegekräfte ... ich denke wir sind sehr anpassungsfähig, also wird es immer Pflegende geben, die die Sprache lernen und dann wird einem zugehört ... Aber dann werden nicht wirklich die Fragen aufgeworfen, von denen Pflegende denken, dass es ethische Fragen sind.“²¹⁸

Pflegekräfte müssen also die „Sprache der Ethik“ lernen, damit ihre Anliegen wahrgenommen werden. Durch die Übersetzung pflegerischer Anliegen in die Sprache der Ethik wird aber möglicherweise der Kern des Pflegekonflikts nicht mehr behandelt. Für rein pflegeethische Themen scheint es derzeit noch wenig Raum in einem klinischen Ethikkomitee zu geben. Diese werden häufig stark marginalisiert.²¹⁹ Diese Marginalisierung wirkt sich demotivierend auf die Pflegekräfte, die in klinischen Ethikkomitees mitarbeiten, aus. Die Pflege steht also auf ihrem Weg der Professionalisierung ebenso vor der Herausforderung ein Bewusstsein für pflegeethische Themen zu schaffen. Ein Umdenken in Bezug auf die Bedeutung pflegeethischer Fragestellungen sollte durch die Pflege selbst angestoßen werden. Nur wenn es gelingt, dass pflegeethische Fragestellungen in klinischen Ethikkomitees ebenso Beachtung finden wie beispielsweise medizinethische, wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit im Komitee möglich sein.

²¹⁸ Kohlen, 2009b, 38.

²¹⁹ Vgl. Kohlen, 2009b, 63f.

10. Resümee

An den Erfahrungen aus Deutschland hat sich gezeigt, dass klinische Ethikkomitees einen wichtigen Beitrag als Unterstützung für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige im Umgang mit schwierigen ethischen Fragestellungen leisten können, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt werden. Für viele Krankenhäuser ist eine anstehende Zertifizierung Anlass für die Gründung eines klinischen Ethikkomitees. Dies ist von vornherein nicht als negativ zu bewerten. Wenn Krankenhäuser Ethikkomitees jedoch nur pro forma der Zertifizierung willen einrichten, so wird die Arbeit des Komitees wenig Erfolg haben. Es ist zentral, dass ein Ethikkomitee sowohl von den Mitarbeitern als auch von der Klinikleitung mitgetragen wird. Wenn das Komitee bei den Mitarbeitern keine Akzeptanz findet, verliert es seinen Bezug zur praktischen Arbeit auf den Stationen. Es kann keinen Beitrag zur Entlastung der Mitarbeiter leisten und wird überflüssig. Wenn die Akzeptanz von Seiten der Klinikleitung fehlt, wird bereits die Gründung äußerst schwierig sein. Häufig muss in der Praxis zunächst das Missverständnis aufgeklärt werden, dass klinische Ethikkomitees nicht das Ziel haben eine richtige Entscheidung vorzugeben. Das Verständnis des klinischen Ethikkomitees als Expertengruppe an die schwierige ethische Fälle abgegeben werden ist sehr problematisch. Denn so etwas wie eine einzige richtige Entscheidung gibt es in der Regel nicht. Die Einführung eines klinischen Ethikkomitees in einem Krankenhaus darf nicht unterschätzt werden. Der Anspruch eine gleichberechtigte Kommunikation im Komitee abseits der auf den Stationen herrschenden Hierarchie zu erreichen stellt eine große Herausforderung dar.

Die Pflege hat in der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher eine untergeordnete Rolle eingenommen. Positive Beispiele wie die Gründung des klinischen Ethikkomitees am Westküstenklinikum Heide (die Initiative ging von Pflegepersonen aus) oder der Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen sind Einzelfälle. In Österreich ist die Rolle der Pflege derzeit noch kaum beurteilbar, da die Entwicklung klinischer Ethikkomitees am Beginn steht. Für die Pflege können klinische Ethikkomitees ein Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung sein. Derzeit ist jedoch in Deutschland zu beobachten, dass die Themen der Pflege in klinischen Ethikkomitees marginalisiert werden.²²⁰ Insofern steht die Pflege hier

²²⁰ Vgl. Kohlen, 2009b, 64

vor einer großen Aufgabe: Es gilt ein Bewusstsein für pflegeethische Fragestellungen zu schaffen. Nur wenn pflegeethische Fragestellungen gleichwertig wie medizinethische im klinischen Ethikkomitee Berücksichtigung finden, profitiert die Pflege wirklich von einem Ethikkomitee. Eine besondere Chance für die Pflege liegt in der Einrichtung von Ethikkomitees in Altenpflegeeinrichtungen. Dort sind die Hürden für die Pflege möglicherweise geringer als in Krankenhäusern, da die Medizin kaum vertreten ist und der Großteil der Mitarbeiter Pflegepersonen sind. Die Pflege hat es in der Hand bei der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Österreich eine aktive Rolle einzunehmen und die Chancen, die sich dadurch ergeben, wahrzunehmen.

11. Literaturverzeichnis

Anselm, R (2008): Common-Sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion Klinischer Ethikkomitees. In: Frewer, A/ Fahr, U/ Rascher, W (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees Chancen, Risiken und Nebenwirkungen, Königshausen & Neumann, Würzburg, 29-46.

Baumann-Hölzle, R/ Arn, C (2009): Ethiktransfer in Organisationen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3, Schwabe, Basel.

Beine, K (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe, Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Bockenheimer-Lucius, G (2007): Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA) – Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur. In: Ethik Med 2007 19: 320-330.

Bockenheimer-Lucius, G/ May, A (2007): Ethikberatung - Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA) – Eckpunkte für ein Curriculum. In: Ethik Med 2007 19: 331-339.

Bockenheimer-Lucius, G/ Sappa, S (2009): Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethikberatung in der stationären Altenpflege. In: Vollmann, J/ Schildmann, J/ Simon, A (Hrsg.): Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Campus, Frankfurt, 107-124.

Bockenheimer-Lucius, G/ Seidler, E (1993): Hirntod und Schwangerschaft. Dokumentation einer Diskussionsveranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin zum „Erlanger Fall“, Ferdinand Enke, Stuttgart.

Boldt, J (2008): Klinische Ethikberatung: Expertenwissen oder Moderationskompetenz? Thesen und Erfahrungen aus der Freiburger Praxis. In: Groß, D/ May, A/ Simon, A (Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, LIT, Berlin, 81-90.

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (1997): Ethikkomitee im Krankenhaus, Selbstverlag, Berlin.

Dörries, A (2008a): Ethik im Krankenhaus. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 13-23.

Dörries, A (2008b): Beispiel einer Implementierung (Diakonische Einrichtung). In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 129-136.

Dörries, A/ Hesse-Jungesblut, K (2007): Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. In: Ethik Med 2007 19: 148-156.

Druml, C (2008): 30 Jahre Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien: Garant für integrale und transparente Forschung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 2008 120: 645-646.

Erlen, J (1997): Are nursing ethics committees necessary? In: HEC Forum 1997 9(1): 55-67.

Fahr, U (2004): „Ethik in der Pflegepraxis“ – ein Workshop. In: Die Schwester Der Pfleger 2004 43(6): 454-457.

Fahr, U (2009): Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung. In: Ethik Med 2009 21: 32-44.

Fleming, C (1997): The establishment and development of nursing ethics committees. In: HEC Forum 1997 9(1): 7-19.

Frewer, A (2008): Ethikkomitees zur Beratung in der Medizin. Entwicklung und Probleme der Institutionalisierung. In: Frewer, A/ Fahr, U/ Rascher, W (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen, Königshausen & Neumann, Würzburg, 47-74.

Kettner, M (2008): Autorität und Organisationsformen Klinischer Ethikkomitees. In: Frewer, A/ Fahr, U/ Rascher, W (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees Chancen, Risiken und Nebenwirkungen, Königshausen & Neumann, Würzburg, 15-28.

Kettner, M/ May, A (2002): Tagungsbericht – Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandaufnahme und Zukunftsperspektiven. In: Ethik Med 2002 14: 295-297.

Kettner, M/ May, A (2005): Eine systematische Landkarte Klinischer Ethikkomitees in Deutschland. Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Düwell, M/ Neumann, F: Wie viel Ethik verträgt die Medizin?, Mentis, Paderborn, 235-244.

Körtner, U (2004): Grundkurs Pflegeethik, Facultas, Wien.

Kohlberg, L (1973): The Claim to Moral Adequacy of a Highest Stage of Moral Judgment. In: Journal of Philosophy 1973 70(18): 630-646.

Kohlen, H (2009a): Conflicts of Care – Hospital Ethics Committees in the USA and Germany, Campus, Frankfurt/Main.

Kohlen, H (2009b): Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege, Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin.

Kosan, L (2008): Sensibilisierung für ethische Fragen im pflegerischen Alltag durch Ethikkomitees. Möglichkeiten und Grenzen einer systemischen Entwicklung. In: Frewer, A/ Fahr, U/ Rascher, W (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees Chancen, Risiken und Nebenwirkungen, Königshausen & Neumann, Würzburg, 123-133.

Lachmann, M (2008): Klinische Ethik-Komitees und Professionalität in der Krankenpflege. Ethos und Berufsverständnis in Biografien von Pflegenden. In: Anselm, R (Hrsg.): Ethik als Kommunikation. Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen, 113-129.

Ley, F (2004): Rationalisierung und Rationierung. Zum aktuellen Problemhorizont Klinischer Ethik-Komitees. In: GGW 2004 2: 7-15.

Ley, F (2005): Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation? In: Ethik Med 2005 17: 298-309.

May, A (2008): Ethikberatung - Formen und Modelle. In: Groß, D/ May, A/ Simon, A (Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, LIT, Berlin, 17-29.

Müller-Czisch, A et al. (2010): Der Ethiktreff Pflege. Forum für ethische Fragen. In: Die Schwester Der Pfleger 2010 49: 390-393.

Neitzke, G (2008a): Aufgabe und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 58-75.

Neitzke, G (2008b): Beispiel einer Implementierung (Universitätsklinikum). In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 137-144.

Neitzke, G/ Sander, K (2008): Aufgabe und Funktion von Patientenvertretern in der Klinischen Ethikberatung. In: Groß, D/ May, A/ Simon, A (Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, LIT, Berlin, 121-133.

Pfabigan, D (2007): Theoretische Grundlagen einer Pflegeethik. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 2007 157 (9-10): 190-192.

Richter, G (2008): Ethik-Liaisondienst und Ethikvisiten als Modell der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 75-86.

Sahm, S (2006): Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht, Campus, Frankfurt.

Scheffold, N/ Paoli, A/ Kern, M/ Böhringer, S/ Berentelg, J/ Cyran, J (2006): Etablierung eines Klinischen Ethikkomitees an einem nichtkonfessionellen Schwerpunktzentrum. In: Medizinische Klinik 2006 101: 584-589.

Schmidt, K (2008): Das Ethik-Komitee – Zehn Anregungen für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit. In: Groß, D/ May, A/ Simon, A (Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, LIT, Berlin, 135-143.

Simon, A (2000): Klinische Ethikberatung in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen. Berliner Medizinethische Schriften (Heft 36), Humanitas, Dortmund.

Simon, A (2008): Qualitätssicherung und Evaluation von Ethikberatung. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 167-181.

Simon, A/ May, A/ Neitzke, G (2005): Curriculum "Ethikberatung im Krankenhaus". In: Ethik Med 2005 17: 322-326.

Simon, A/ Neitzke, G (2008): Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 24-40.

Steinkamp, N/ Gordijn, B (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch; zwischen Leitbild und Stationsalltag, Luchterhand, Neuwied.

Tolmein, O (1993): Wann ist der Mensch ein Mensch?, Hanser, München.

Tolmein, O (2004): Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im *vegetative state* in rechtsvergleichender Sicht: Der Kempener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland, Mabuse, Frankfurt am Main.

Victor, N (1999): Prüfung der wissenschaftlichen Qualität und biometriespezifischer Anforderungen durch die Ethikkommissionen? In: MedR 1999 9: 408-412.

Vollmann, J (2006): Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modelle und Implementierungsschritte, Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum.

Vollmann, J (2008a): Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven. In: Bioethica Forum 2008 1: 33-39.

Vollmann, J (2008b): Prozess der Implementierung. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 116-129.

Vollmann, J (2008c): Klinik: Aufgaben und Kriterien für Klinische Ethikkomitees. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008 51: 865-871.

Vollmann, J (2008d): Methoden der ethischen Falldiskussion. In: Dörries, A/ Neitzke, G/ Simon, A/ Vollmann, J (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 87-101.

Vollmann, J/ Burchardi, N/ Weidtmann, A (2004): Klinische Ethikkomitees an deutschen Universitätskliniken. Eine Befragung aller Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004 129: 1237-1242.

Vollmann, J/ Weidtmann, A (2003): Das klinische Ethikkomitee des Erlanger Universitätsklinikums – Institutionalisierung, Arbeitsweise, Perspektiven. In: Ethik Med 2003 15: 229-238.

Wallner, J (2007): Health Care zwischen Ethik und Recht, Facultas, Wien.

Wernstedt, T/ Vollmann, J (2005): Das Erlanger klinische Ethikkomitee – Organisationsethik an einem deutschen Universitätsklinikum. In: Ethik Med 2005 17: 44-51.

ZEKO (2006): Zentrale Ethikkommission, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der Klinischen Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt 2006 103 (24): A1703-1707.

12. Onlinequellen

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: ICN-Ethikkodex für Pflegende.
<http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf>, Stand: 29.6.2010.

Die Grünen Wien: Pflegeskandal Lainz. <http://archiv.wien.gruene.at/pflegeskandal>,
Stand: 29.5.2010.

Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege: Das Netzwerk NAEHE.
<http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/naehe.php>, Stand: 8.5.2010.

Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege: Die Ethik-Komitees des Frankfurter
Netzwerks Ethik in der Altenpflege. http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/eka_01.php,
Stand: 8.5.2010.

Franziska Schervier Altenpflegeheim: Ethikkomitee. http://www.ethik-altenhilfe-fsa.de/EK_2.htm, Stand: 8.5.2010.

Franziska Schervier Altenpflegeheim: Ethik-Komitee des Franziska Schervier
Altenpflegeheim Frankfurt am Main – Satzung. http://ethiknetzwerk-altenpflege.de/media/downloads/EK_Satzung.pdf, Stand: 8.5.2010.

Franziska Schervier Altenpflegeheim: Frankfurter Netzwerk zur Ethikberatung und
Ethik-Fortbildung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. http://www.ethik-altenhilfe-fsa.de/EK_3.htm, Stand: 8.5.2010.

G´sund.net: Neu gegründetes Ethikkomitee am LKH-Univ.Klinikum Graz.
<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10062186/2504864/>, Stand: 1.6.2010.

Klinisches Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen: Geschäftsordnung.
<http://www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de/ethikkomitee/geschaeftsordnung.shtml>, Stand: 12.2.2010.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: Das KTQ-
Verfahren. <http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html>, Stand: 6.2.2010.

Medical Tribune: Vinzenz Gruppe. Ethische Konsilien beraten Ärzte.
<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=96083&dspaid=739666>,
Stand: 31.5.2010.

proCum Cert: pCC inkl. KTQ. <http://www.procumcert.de/proCum-Cert-inkl-KTQ.143.0.html>, Stand: 6.2.2010.

Rinofner, S: Ethik in der Medizin. http://www.uni-graz.at/sonja.rinofner/ethik_medizin.pdf, Stand: 16.5.2010.

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (2007): Ein Jahr Ethikkomitee am LKH-Univ.Klinikum Graz: Entscheidungshilfe in moralisch-medizinischen Konflikten. <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10092832/2789022/>, Stand: 15.2.2010.

St. Josef-Krankenhaus: Ethikberatung im St. Josef-Krankenhaus. http://www.sjk-wien.at/stj_tree/powerslave,id,160,nodeid,,mysize,.html, Stand: 16.2.2010.

St. Josef-Krankenhaus: Zertifizierung gemäß pCC inkl. KTQ - Ein Gütesiegel für Qualität. http://www.sjk-wien.at/stj_tree/stj_content/powerslave,id,238,nodeid,158,mysize,.html, Stand: 2.1.2010.

Universitätsklinikum Erlangen (2009): Erste Schwangerschaft im Wachkoma erfolgreich beendet – aus dem Fall des „Erlanger Babys“ gelernt. http://www.uk-erlangen.de/e467/e583/e11287/e14850/index_ger.html, Stand: 15.2.2010.

Vinzenz Gruppe (2006/2007): Der Qualitätsbericht. http://www.vinzenzgruppe.at/index_html?sc=897683359, Stand: 15.2.2010.

13. Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit der Entwicklung und Implementierung klinischer Ethikkomitees in Deutschland und Österreich. In Krankenhäusern müssen häufig schwierige ethische Entscheidungen wie z.B. im Zusammenhang mit Behandlungsbegrenzung und Behandlungsabbruch oder Aufklärung und Einwilligung getroffen werden. Klinische Ethikkomitees bieten Unterstützung im Umgang mit solchen ethischen Konfliktsituationen. Sie sind interdisziplinär zusammengesetzt. Der pflegerische Bereich ist neben dem ärztlichen Bereich zahlenmäßig am stärksten in klinischen Ethikkomitees vertreten. Die Aufgaben klinischer Ethikkomitees umfassen neben der Einzelfallberatung und Leitlinienentwicklung auch die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern. Der Anwendungsbereich von Ethikkomitees erstreckt sich nicht nur auf Krankenhäuser, sondern beispielsweise auch auf Altenpflegeheime. Dort stehen überwiegend pflegeethische Fragestellungen im Mittelpunkt der Arbeit der Komitees.

In Österreich steht die Etablierung klinischer Ethikkomitees noch ganz am Beginn. Nur vereinzelt (z.B. am LKH-Universitätsklinikum Graz oder im St. Josef-Krankenhaus Wien) wurden klinische Ethikkomitees eingerichtet. Deutschland ist in der Entwicklung wesentlich weiter als Österreich, da die Etablierung klinischer Ethikkomitees dort bereits in den 1990er Jahren begann. Die Erfahrungen aus Deutschland haben gezeigt, dass klinische Ethikkomitees einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen im Umgang mit schwierigen ethischen Fragestellungen leisten können, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt werden. Es ist beispielsweise wesentlich, dass ein Ethikkomitee sowohl von den Mitarbeitern als auch von der Klinikleitung mitgetragen wird.

Die Pflege nahm bei der Entwicklung klinischer Ethikkomitees in Deutschland im Vergleich zu anderen Berufsgruppen bisher eher eine untergeordnete Rolle ein. Es gibt jedoch auch positive Beispiele wie die Gründung des klinischen Ethikkomitees am Westküstenklinikum Heide (die Initiative ging von Pflegepersonen aus) oder den Ethiktreff Pflege am Universitätsklinikum Tübingen. Für die Pflege können klinische Ethikkomitees ein Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung sein. Derzeit ist jedoch in Deutschland zu beobachten, dass die Themen der Pflege in klinischen Ethikkomitees marginalisiert werden.

14. Abstract

The present diploma thesis deals with the development and implementation of healthcare ethics committees in Germany and in Austria. Difficult ethical decisions frequently have to be made in hospitals, for example in connection with limiting or stopping treatment or in connection with the education and compliance of patients. Healthcare ethics committees provide support in dealing with such ethical dilemmas. These committees are composed in an interdisciplinary way. Along with the medical domain, the domain of nursing is the most represented in healthcare ethics committees. Besides individual case consultation and development of guidelines, the activities of healthcare ethics committees also cover further education for the staff. The application area for healthcare ethics committees is not limited to hospitals but also extends, for instance, to nursing homes for the elderly. The work of an ethics committee in a nursing home is predominated by ethical questions of nursing.

In Austria the implementation of healthcare ethics committees is still at the beginning. Healthcare ethics committees (e.g. at the university hospital of Graz or at the St. Josef's hospital in Vienna) have only been introduced sporadically. In Germany, the development is far more advanced than in Austria since the implementation of healthcare ethics committees has already started in the 1990s. The experiences in Germany made it clear, that healthcare ethics committees can provide beneficial support for staff, patients and their families in dealing with difficult ethical decisions if certain requirements are given. It is, for example, very important, that a healthcare ethics committee is supported by the staff as well as by the hospital management.

In the development of healthcare ethics committees in Germany, nurses played a rather subordinate role in comparison to other occupational groups. But there are also positive examples, like the implementation of a healthcare ethics committee at the hospital of Heide, which was initiated by nurses, or the ethical nursing meeting at the university hospital of Tübingen. Healthcare ethics committees can contribute significantly to the professionalization of nurses. However, it can be seen in Germany, that, currently, the issues of nurses in healthcare ethics committees are marginalized.

15. Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

- Nachname: RANSMAYR
- Vorname: Sara
- Geburtsdatum: 31.12.1987
- Geburtsort: Linz
- Staatsbürgerschaft: Österreich

AUSBILDUNG

- Seit März 2007: Studium Betriebswirtschaft an der Universität Wien
- 2006-2010: Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 1998-2006: Bischöfliches Gymnasium Petrinum, Linz
- 1994-1998: Volksschule, Ottensheim/Donau

BERUFSERFAHRUNG / PRAKTIKA

- 4.-6. Nov. 2009: Mitarbeit beim Pflegekongress 09 in Wien
- August 2008: Praktikum im Bezirksseniorenheim Walding
- August 2007: Praktikum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, Abteilung Chirurgie
- Juli 2007: Praktikum im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz, Abteilung Orthopädie

SPRACHKENNTNISSE

- Englisch, Latein, Altgriechisch, Spanisch (Grundkenntnisse), Tschechisch (Grundkenntnisse)