

**Dietel, Claudia**

**Ethische Aspekte der Sozialen Arbeit verdeutlicht  
anhand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz  
gGmbH**

**BACHELORARBEIT**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fakultät Soziale Arbeit  
Roßwein, 2013**

**Dietel, Claudia**

**Ethische Aspekte der Sozialen Arbeit verdeutlicht  
anhand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz  
gGmbH**

eingereicht als

**BACHELORARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fakultät Soziale Arbeit**

**Roßwein, 2013**

**Erstprüfer: Hr. Prof Dr. phil. Wolfgang Faust**

**Zweitprüfer: Fr. Prof. Dr. phil. Barbara Wedler**

#### Bibliographische Beschreibung:

Dietel, Claudia:

Ethische Aspekte der Sozialen Arbeit verdeutlicht anhand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz gGmbH. 43 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2013

#### Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema der Ethik, der Berufsethik der Sozialen Arbeit und den ethischen Herausforderungen im Bereich der Humanmedizin. Zudem wird dargestellt, welche Folgen und Herausforderungen sich, für die Einrichtungen im Gesundheitswesen und speziell auch für die Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit, ergeben.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche. Mithilfe dieser wurde die vorhandene Problemstellung ermittelt und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Außerdem wurde der Vorstand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz gGmbH befragt. Die Befragung des Vorstandes stellt keine empirische Untersuchung im Sinne einer Beweisführung dar, sondern soll die Fragestellungen und Probleme aus der wissenschaftlichen Literatur verdeutlichen, differenzieren und erweitern.

# Inhalt

## Abkürzungsverzeichnis

<b>0) Vorwort .....</b>	<b>6</b>
<b>1) Was bedeutet Ethik? .....</b>	<b>8</b>
1.1 Entscheidungen treffen .....	10
1.2 Ethik und Menschenwürde .....	13
1.3 Ethik und Verantwortung.....	14
<b>2) Ethik in der Sozialen Arbeit.....</b>	<b>16</b>
2.1 Notwendigkeit der Berufsethik .....	18
2.2 Ethische Verpflichtungen seitens des DBSH.....	18
2.3 Die berufsethischen Prinzipien des DBSH .....	20
<b>3) Ethik in der modernen Medizin.....</b>	<b>21</b>
3.1 Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit.....	22
3.2 Ethische Leitlinien einzelner Berufsgruppen im Krankenhaus .....	23
3.2.1 Berufsethos der ÄrzteInnen.....	23
3.2.2 Der ICN-Pflegekodex.....	24
3.3 Medizin und Ethik .....	25
3.4 Schlussfolgerung.....	27
<b>4) Vorstellung des Ansatzes der klinischen Ethikkommission .....</b>	<b>28</b>
4.1 Ziele und Aufgaben der KEK .....	29
4.2 Arbeitsweise der KEK .....	30
4.3 Das Ethikkomitee der Klinikum Chemnitz gGmbH.....	31
4.4 Fazit zum Ansatz der KEK .....	33
<b>5) Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit .....</b>	<b>34</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>37</b>
Literaturquellen.....	37
Leitfäden, Flyer.....	38
Internetquellen .....	38
<b>Anlage .....</b>	<b>40</b>
<b>Selbstständigkeitserklärung</b>	

## **Abkürzungsverzeichnis**

**DBSH**        Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.

**DRG`s**        Diagnosis Related Groups

**EK**            Ethikkomitee

**ICN**          International Council of Nurses

**IFSW**        International Federation of Social Workers

**KEK**          Klinische Ethikkommissionen

## 0) Vorwort

Aufgrund der zunehmenden Modernisierungen und der wachsenden technischen Möglichkeiten steigt gleichzeitig die Verantwortung der Menschen gegenüber diesen Neuerungen. Ein bewusster Umgang mit der Technik, gerade im Bereich der Humanmedizin, wird immer wichtiger. In der heutigen Zeit existieren für fast alle gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten, unter denen ein Mensch leiden kann, Therapiemöglichkeiten. Jedoch ist die Medizin noch nicht soweit alle Krankheiten zu heilen und dem Menschen seinen ursprünglichen Gesundheitszustand „zurückzugeben“. In manchen Fällen könnte man sogar fragen, ob es sich bei den lebensverlängernden Maßnahmen tatsächlich um einen Segen oder nicht doch um einen Fluch handelt. In Anbetracht dessen, dass Menschen immer häufiger ihre medizinische Behandlung selbst bestimmen wollen und die Möglichkeit nutzen, ihren Willen mithilfe von Patientenverfügungen festzuhalten, wird es immer Notwendiger, deren Verfügungen ernst zu nehmen und umzusetzen. Dennoch können Konfliktsituationen entstehen, zwischen dem Patientenwillen, der Auslegung durch Angehörige und dem Wissen und der Vorgehensweise des medizinischen Fachpersonals. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, die auftretenden Probleme aus dem ethischen Blickwinkel zu betrachten.

Durch die Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven heraus, können sich neue Handlungsmöglichkeiten ergeben. Zudem muss auch den Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, sich in einen Entscheidungsprozess einzuschalten, der ihnen verschiedene Handlungsoptionen aufzeigt. Sie müssen ihr Recht zur Partizipation ausüben können und das von Beginn an. So können Entscheidungen getroffen werden, die von allen Beteiligten akzeptiert werden. Gerade im Krankenhaus handelt es sich um Menschen, die sich in Krisensituationen befinden. Durch eine Krankheit können existentielle Ängste und sozialen Notsituationen entstehen, die es zu bewältigen gilt. Dafür bedarf es in manchen Fällen nicht nur der fachlichen Unterstützung, sondern auch der Hilfe und Abwägung in der Phase der Entscheidungsfindung.

Die vorliegende Arbeit möchte sich mit dem Thema der ethischen Aspekte, innerhalb der Humanmedizin und speziell der Soziale Arbeit, befassen. Es werden ethische Grundlagen vorgestellt, die sich mit dem Thema der Verantwortung und des technischen Fortschritts

beschäftigen. Dabei wird auch die Dimension der Entscheidungsfindung betrachtet. Außerdem wird auf die ethischen Richtlinien, aufgrund derer die Soziale Arbeit tätig wird, eingegangen. Es wird dargestellt, dass diese von den SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogenInnen auch als eine Art Entscheidungshilfe verstanden werden können, da diese sich nicht selten in einem Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle bewegen. Die Arbeit soll zudem deutlich machen, dass es nicht nur für SozialarbeiterInnen von Bedeutung ist, ethisch-reflektierte Entscheidungen zu treffen, sondern auch für alle anderen Berufsgruppen, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen tätig sind. Im Rahmen dessen soll der Ansatz der Klinischen Ethikkommission vorgestellt werden. Er eröffnet eine neue Möglichkeit des Austauschs der einzelnen Disziplinen untereinander, ist jedoch noch recht unbekannt und deshalb noch nicht so verbreitet, wie vielleicht notwendig. Zum Schluss werden die Konsequenzen aufgezeigt, die sich für die MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen, speziell für den klinischen Sozialdienst ergeben. Die Grundlage dafür bildet eine ausführliche Literaturanalyse. Außerdem werden Informationen, die der Vorstand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz gGmbH zur Verfügung gestellt hat, einbezogen. Anhand dessen soll die praktische Umsetzung und der Nutzen solch einer Kommission aufgezeigt werden.

## 1) Was bedeutet Ethik?

Die Ethik ist ein Teilgebiet der Philosophie, sie wird mitunter auch als ihr praktischer Teil betrachtet. Die beiden bekanntesten Ethik-Systeme bilden die Strebensethik (Teleologischer Ansatz) und die Sollensethik (Deontologischer Ansatz). Von den meisten Menschen wird Ethik als eine Sollensethik ausgelegt durch Fragen, die sich die Menschheit zu jeder Zeit stellt bezüglich ihres Verhaltens oder nach dem Sinn des Lebens (vgl. Keilhofer: 2010, S. 50).

*„Ist Ethik etwas, das Menschen von jeher innewohnt (also Teil der menschlichen Natur ist) oder etwas, das Menschen erst erlernen müssen? Und falls Zweiteres der Fall ist: Geschieht dieses Lernen unbewusst (z.B. im Sinne frühkindlicher Prägung), oder bewusst, also so, dass Menschen sich rational dafür entscheiden, bestimmte ethische Wertvorstellungen für wichtig, richtig oder auch gut zu betrachten (Krainer, Heintel: 2010, S.39)?“* Diese Fragen ergaben sich bereits für die verschiedensten Philosophen. Glaubt man Aristoteles, so sind Tugenden erlernbar. Auch für Kant ist Moral eine zu erlernende Fähigkeit, doch für ihn ist auch der Begriff des freien Willens entscheidend. Der Wille eines Menschen entscheidet letztendlich darüber, ob eine Handlung gut oder schlecht ist (vgl. ebd., S. 40). Denn der Mensch besitzt Wert und Würde, als Subjekt des sittlichen Handelns. Er ist verantwortlich für sein Tun und Lassen und es gehört auch zu seiner Würde, dass er sich schuldig machen kann, schließlich besitzt er nicht zuletzt Menschenrechte (vgl. Kluxen: 1997, S. 121).

Doch nicht nur diese Fragen ergeben sich, sondern auch weitere. So z.B.: Ob Ethik etwas ist, dass Individuen für sich selbst bestimmen dürfen oder ob es auch für andere Geltung haben kann? Denn nicht das, was für das jeweilige Individuum gut und erstrebenswert ist, muss es für andere Personen sein. Ethik ist also auch etwas worüber Menschen individuell nachdenken können bzw. sich in Gemeinschaften austauschen wollen. Kurz gesagt, Ethik muss nicht nur durch das eigene Gewissen überprüft werden, sondern benötigt zusätzlich die Zustimmung anderer. Bezug nehmend darauf, soll von Jürgen Habermas und Karl-Otto Apel die Diskursethik ins Feld geführt werden. Sie versuchen das Prinzip der Einzelentscheidungen zu überwinden und schlagen dafür das Einrichten von Diskursen vor. Das Festlegen von ethischen Normen und Werten soll durch das Mitwirken und den



Konsens aller Betroffenen stattfinden (vgl. Krainer, Heintel: 2010, S. 45 ff). Soll das jedoch bedeuten, dass die Meinung eines Menschen mehr Beachtung findet und eine Gegensätzliche unbeachtet bleibt? Ist es gerecht, demokratisch, d.h. durch das Abstimmen einer Mehrheit über ethische Normen, zu entscheiden? Das ist nicht das Ansinnen von Habermas und Apel. Vielmehr geht es ihnen darum, dass die Personen, die an einem solchen Diskurs teilnehmen, daran interessiert sind, einen Konsens zu finden. Was wiederum beinhaltet, dass sie über das Wissen verfügen wie eine ideale Kommunikation abläuft (vgl. ebd. S. 46). Kluxen geht in seinem Werk davon aus, dass eine moralische Norm nicht dadurch entsteht, dass eine Sichtweise für wert und die andere für unwert erklärt wird. Beim Austausch von Menschen entstehen Konflikte, da oftmals unterschiedliche Handlungen möglich sind, die wiederum unterschiedlich bewertet werden können. Vielmehr müssen für ihn Vorzugsordnungen im Bereich der konkreten Anwendung zum Tragen kommen. Er führt zugleich an, dass das gesellschaftliche Leben immerfort dem Wandel unterworfen ist und auch geschichtliche Erfahrungen eine wichtige Rolle spielen (vgl. Kluxen: 1997, S. 119).

Ethik ist also etwas, das jedem Menschen betrifft, da jeder eine gerechte Behandlung durch andere Menschen fordert, egal ob es sich dabei um die Notenvergabe in der Schule oder um die Bewerbung um einen Arbeitsplatz handelt. Jeder Mensch möchte doch, dass getroffene Entscheidungen vor allem dann, wenn sie sein Leben betreffen, gut durchdacht wurden und dass die Begründungen nachvollziehbar erscheinen. Nicht zuletzt braucht jeder Mensch die Bestätigung, dass seine Anliegen und Probleme von anderen ernst genommen und angemessen behandelt werden. Somit ist Ethik also auch eine Frage der Entscheidung. Entscheidungen, die durch andere Menschen getroffen werden und Entscheidungen, die wir treffen, unter Berücksichtigung unserer Wert- und Normvorstellungen. Um uns abzusichern, ob wir richtig handeln, bedürfen unsere Entscheidungen zusätzlich der Zustimmung anderer Personen. Ethik ist zudem etwas, das sich im Laufe unseres Lebens immer weiter entwickelt. Dabei spielen auch Erfahrungen eine entscheidende Rolle. Erst dann, wenn ich mich von anderen gerecht behandelt fühle, werde ich als Person in der Lage sein, andere Menschen gerecht zu behandeln. Eine Weiterentwicklung von Sichtweisen ist u.U. auch mit einer Veränderung verbunden. Wenn der Mensch neue Informationen erhält und bestehende Denkmuster neu bewertet, dann können neue Sichtweisen entstehen, die wiederum Entscheidungen in andere Richtungen

lenken. Doch was ist eigentlich eine Entscheidung und wie entsteht sie? Diese Fragen sollen im folgenden Punkt beantwortet werden.

## 1.1 Entscheidungen treffen

Das Wort Entscheidung kommt aus dem mittelhochdeutschen und kann mit Beschlussfassung übersetzt werden (vgl. Duden). Lt. dem Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin sollen „gute Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ getroffen werden. Doch was es für einen Menschen bedeuten kann, eine Entscheidung zu treffen, ist nicht immer nachzuvollziehen. Und trotz aller noch so gut gemeinter Hilfsangebote, kann es im konkreten Fall für den Menschen sehr schwer sein, eine Entscheidung zu treffen. In der Psychologie spricht man von einer Entscheidung, wenn einer Person zwei oder mehrere Optionen offen stehen und sie eine der anderen vorzieht. Die Optionen können Objekte, z.B. Medikamente oder Handlungen wie eine Operation sein und je nach Situation können die Konsequenzen einer Entscheidung sicher oder unsicher sein. Zudem entscheidet sich ein Mensch, unter Beachtung der Gesichtspunkte des Wertes und der Wahrscheinlichkeit der Konsequenz, immer für die seiner Meinung nach beste Option. Sie kann in einem Schritt vollzogen werden aber auch in mehreren. Allgemein wird mit dem Begriff „Entscheidung“ jedoch ein mehr oder weniger überlegtes, abgewägtes und zielorientiertes Handeln verbunden (vgl. Jungermann: 2009, S. 7 ff). Dies setzt jedoch voraus, dass die Person die Optionen mit den verbundenen Konsequenzen überblicken und sich ein Urteil bilden kann. Erst wenn sie in der Lage ist die Optionen in ihrer Gesamtheit zu erfassen, dann kann sie ihr Handeln danach richten. Eine gute Entscheidung hängt jedoch nicht zwangsläufig vom Stand der Information bzw. einem Informationsdefizit ab.

Zur Entscheidung gehört jedoch nicht nur der Beschluss an sich, sondern der gesamte Prozess. Die Philosophie geht davon aus, dass sich dieser Prozess aus drei Komponenten zusammensetzt. Der Zielsetzung, der Anerkennung des Ziels als ein eigenes und der Planung der einzelnen Wege (vgl. Lütge: 2009, S. 52). Es ist somit nicht nur wichtig, dass ein Beschluss zustande kommt, sondern wie er zustande kommt. Wenn Menschen sich für etwas entscheiden wollen bzw. sollen, setzt dies voraus, dass ein bestimmtes Ziel erreicht wird. Dieses Ziel wiederum ist mit gewissen Erwartungen verbunden. Man erwartet

vielleicht eine Belohnung oder die Verbesserung der momentanen Situation. Auf jeden Fall soll es zum jeweiligen Lebensentwurf passen und den Wünschen der Person entsprechen. Wenn das der Fall ist, dann kann dieses Ziel von dieser Person als das Eigene anerkannt werden. Erst dann können die Schritte, die auf dem Weg dorthin notwendig sind, geplant und ausgeführt werden. Im Laufe eines solchen Prozesses ist es möglich, dass der Mensch bestimmte Sachlagen erkennt, die er vorher nicht sehen konnte. Im Falle eines Diabetes mellitus wird der Betroffene möglicherweise erkennen, wie wichtig eine gesunde Lebensweise ist, um Folgeschäden zu vermeiden. Wenn es einem Menschen möglich wurde, bestimmte Einsichten zu gewinnen, dann wird es ihm gelingen seine Handlung danach auszurichten. Dann wird es ihm leichter fallen Ratschläge und Hilfen anzunehmen, da er sich in seiner Würde geachtet fühlt.

Außerdem müssen Entscheidungen mit ihren inhaltlichen Zielen, Präferenzen und Erwartungen als nachvollziehbar und verständlich erscheinen, dann werden sie als rational bezeichnet (vgl. Jungermann: 2009, S. 28). Doch nicht jede Entscheidung, die für den Betroffenen vernünftig erscheint, ist auch für dessen Angehörige vernünftig. Gerade dies unterscheidet die Menschen voneinander. Jeder hat seine eigene Meinung zu bestimmten Situationen und vor allem zu einem gelingenden Leben. Um bei dem Beispiel des Diabetes mellitus zu bleiben, kann es für den einen sehr wichtig sein, jede ärztliche Kontrolle wahrzunehmen. Für einen anderen Menschen jedoch, können diese Kontrollen lästig sein und ihn in seiner Selbstständigkeit und Lebensführung einschränken. Es liegt aber nicht im Ermessen Außenstehender, darüber zu entscheiden, wer richtig und wer falsch handelt. Viel wichtiger ist doch, dass diese Entscheidung vom Betroffenen selbst getroffen und letztendlich auch getragen wird, da er aufgrund seines Verständnisses und seiner Vorstellungen handelt.

Entscheidungen sind auch dann nicht vernünftig zu begründen, wenn Emotionen und Gefühle eine Rolle spielen. Treten Emotionen, Gefühle und Affekte im Moment der Entscheidungsfindung auf, können diese den gesamten Prozess unmittelbar beeinflussen. Beim Auftreten von Emotionen bilden nicht mehr nur die Optionen und Konsequenzen einer Handlung die entscheidenden Bestandteile der Wahl. Emotionen können als Folge der Vergegenwärtigung des Zukünftigen entstehen und sich durch Vorfreude, Spannung aber auch Angst und Unbehagen äußern. Dadurch wird emotionales Erleben, positiv oder

auch negativ, ausgelöst, welches die Bewertung einer Situation beeinflussen kann. Sie können auch unabhängig von der Konsequenz der Handlung, das Verhalten beeinflussen. So kann allein durch das Vorliegen von einer bestimmten Stimmungslage, die Entscheidung gesteuert werden. Dies geschieht vornehmlich dann, wenn schnell eine Wahl getroffen werden muss. Problematisch wird es unter Umständen dann, wenn ein Konflikt zwischen rationaler Entscheidung und emotionalem Empfinden entsteht, dann wenn Affekte dazukommen und dessen Wirkung unterschätzt wird (vgl. ebd., S. 46 f).

Ein solch stark beeinflussendes Gefühl stellt die Angst dar. Sie ist die elementarste Triebkraft des Menschen und wird meist als ein unangenehmes u. U. sogar unerträgliches Gefühl oder als physische oder psychische Bedrohung wahrgenommen. Besonders neue und unbekannte Situationen machen dem Menschen Angst, wenn er nicht weiß, was auf ihn zukommt oder die Folgen nicht abschätzen kann. Sie kann aber auch dann entstehen, wenn man sich einer Situation nicht gewachsen fühlt oder sie eine Bedrohung für das Leben darstellt. Angst löst bei den Menschen die unterschiedlichsten Reaktionen aus. Sie kann den Menschen vor Gefahren schützen, indem seine Aufmerksamkeit und Wachsamkeit steigt. Sie kann jedoch auch dazu führen, dass er unfähig wird, sein Verhalten willentlich und vernünftig zu steuern. Angst kann gerade dann zum ständigen Begleiter werden, wenn dem Menschen eine Diagnose über eine Krankheit gestellt wird. Eine Krankheit stellt immer eine Krisensituation dar, die nicht nur mit sozialen Ängsten verbunden ist, sondern auch mit existentiellen. Ein Mensch, der bisher vielleicht selbstständig war in seiner Lebensführung, wird nun mit den verschiedensten unbekanntem und angstausslösenden Situationen konfrontiert. Untersuchungen, Eingriffe, Schmerzen oder gar der Verlust körperlicher Funktionen stellen solche Situationen dar. Das kann u. U. das gesamte Selbstbild des Betroffenen einschränken und zum Kompetenzverlust führen. Angst kann zu einer so großen Belastung werden, sodass der Betroffene in seiner gesamten Lebensführungskompetenz eingeschränkt wird. Er fühlt sich nicht mehr in der Lage bestimmte Handlungen auszuführen und zweifelt mitunter sogar an ihrer Entscheidungsfähigkeit. Angst, die durch Krankheit ausgelöst wird, kann den Menschen daran hindern, sein Leben wie bisher gewohnt zu bewältigen. Wenn ein Mensch damit konfrontiert wird, selbst nicht mehr die Dinge des täglichen Lebens verrichten zu können, dann gleicht das einem Würdeverlust. So ein Verlust wird von 59,8 Prozent der Menschen gefürchtet. Dies wurde durch eine Umfrage bekannt. Als konkrete Ursachen des Würdeverlustes wurden von den Befragten Krankheit, Bettlägerigkeit oder

Pflegebedürftigkeit benannt (vgl. Apotheken Umschau: 2011). Dies macht deutlich, wie wichtig es einem Menschen ist, selbstständig zu sein und sein Leben in Würde zu beenden.

## 1.2 Ethik und Menschenwürde

Doch was geschieht, wenn Menschen nicht am aktiven Leben teilnehmen können bzw. nicht mehr in der Lage sind, selbstständig Entscheidungen zu treffen? Dann gilt es ihre Würde zu wahren und „...*im eigenen Denken, Entscheiden und Handeln zu berücksichtigen ohne notgedrungen mit ihnen darüber sprechen zu müssen*“ (Krainer, Heintel: 2010, S. 47). Schließlich ist nicht zuletzt die Würde jedes Menschen unantastbar. Sie gilt es zu schützen und zu achten. Dieses Grundrecht ist im 1. Artikel unseres Grundgesetzes niedergeschrieben und steht jedem Menschen von Geburt an zu. Unsere Grundrechte orientieren sich nicht zuletzt an den international gültigen Menschenrechten. Werte wie Freiheit und Gleichheit, Toleranz und Solidarität bilden die Grundlage einer modernen Gesellschaft und garantieren, trotz Pluralität an Wertorientierung, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und sozialen Frieden (vgl. Gruber: 2005, S. 49). Doch was verstehen wir unter Menschenwürde?

Der Begriff der Menschenwürde, so wie wir ihn verstehen, ist in seiner Grundidee auf Immanuel Kant zurückzuführen. Er schreibt in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten: „*Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde* (Kant:1999, S. 61)“. Die Würde ergründet sich für ihn also in der Berechenbarkeit einer Sache. Da der Wert für einen Menschen jedoch nicht berechenbar ist, besitzt er keinen Preis, sondern einen inneren Wert, seine Würde. Weiterhin führt er aus, dass sich diese Würde durch die Sittlichkeit und aufgrund der Freiheit der Selbstbestimmung bzw. aus der Autonomie des Menschen heraus ergibt. Der Mensch ist das einzige Lebewesen, welches sich sittlich selbst bestimmen kann, da er mit einem praktischen Vernunftvermögen ausgestattet ist. Der Mensch ist außerdem „*ein Zweck an sich*“ und darf niemals nur als „*ein Mittel zum Zweck*“ behandelt werden. Das bedeutet für uns also, dass die Würde des Menschen verletzt wird, wenn andere Personen ihn bloß als ein Mittel benutzen um eigene Ziele zu erreichen. Somit wird sein Gesetz verständlich, welches besagt, dass Menschen

*„...alle anderen niemals bloß als Mittel, sondern jederzeit zugleich als Zweck an sich selbst behandeln sollen (ebd. S. 60)“.*

Menschenwürde bedeutet also, dass jeder Mensch, unabhängig von jeglichen Merkmalen und Eigenschaften, denselben Wert hat. Ein Mensch ist also allein aufgrund seiner selbst willen zu achten (vgl. Gruber: 2005, S. 56) und in seiner Individualität sowie Autonomie wahrzunehmen. Jeder Mensch besitzt einen Eigenwert und darf niemals bloß als Fall betrachtet werden. Dieser Grundsatz muss auch ungeachtet von Krankheit oder Behinderung bestehen bleiben. Das sollten sich vor allem Personen stets bewusst machen, die Berufe ausüben, bei denen es ihre Aufgabe ist, anderen Menschen zu helfen und zu deren Wohle tätig zu werden. Damit dies gelingt, muss jeder Einzelne sein eigenes Menschenbild überprüfen. Dieses setzt sich aus den unterschiedlichsten Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erziehung, Kultur, Bildung, Lebenserfahrung zusammen (vgl. Lektorat Pflege, Menche: 2004, S. 2 ff). Erst wenn all diese Faktoren beachtet werden und sich ein wertschätzendes und achtendes Menschenbild ergibt, dann kann man von sich behaupten, die Würde jedes Einzelnen schützen zu wollen.

### **1.3 Ethik und Verantwortung**

Ethik ist zudem untrennbar mit Verantwortung verbunden. In den unterschiedlichsten Berufsfeldern ist die Verantwortung einer Person oder Sache gegenüber greifbar. Die Verantwortlichkeit gegenüber bestimmter Situationen und Sachverhalten wird nicht zuletzt durch das Ethos einer Berufsgruppe festgeschrieben. Doch was genau ist Verantwortung? Und für was trägt der Mensch die Verantwortung? In der Alltagssprache wird dieses Wort häufig verwendet, durch den Gebrauch von Botschaften wie: „Dafür sind Sie verantwortlich.“ oder „Ich übertrage Ihnen hiermit die Verantwortung des Falles.“ Die Verwendung dieses Wortes weist uns auf die Bedeutsamkeit einer Botschaft hin oder sie ermahnt uns dazu, zur Lösung eines Problems beizutragen. Das Senden so einer Botschaft, kann u. U. negative Konsequenzen androhen, z.B. dann wenn die Erwartungen anderer Menschen nicht erfüllt werden. Verantwortung kann von Menschen als eine Verpflichtung verstanden werden, bestimmte Aufgaben, die sich aufgrund eigens gesetzter Wert- und Normvorstellungen ergeben, gegenüber anderen Personen zu erfüllen. Diese

Aufgabenerfüllung sollte, gemäß seiner eigenen Vorstellungen, möglichst gut verlaufen. Damit dies geschieht, wird alles Notwendige getan.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist Verantwortlichkeit eine Richtlinie oder Standard für die Bewertung des eigenen bzw. des fremden Verhaltens. Die Zuschreibung von Verantwortung setzt jedoch voraus, dass der Mensch anders handeln kann und somit die Freiheit der Entscheidung vorliegt. Diese Freiheit wiederum setzt voraus, dass die geistigen Kräfte nicht vorübergehend oder gar dauerhaft eingeschränkt sind. Dies kann der Fall sein, wenn beispielsweise Krankheiten wie eine Demenz oder der Gebrauch von schädlichen Substanzen, wie Drogen, vorliegen. Im Alltag werden böswillig herbeigeführte Beeinträchtigungen stärker verurteilt als fahrlässige oder in guter Absicht herbeigeführte. Auch unser Strafrecht bestraft Tatbestände härter, die ohne Einschränkung der geistigen Urteilskraft stattgefunden haben. Beispielsweise bei Tötungsdelikten wird unterschieden zwischen Mord, Totschlag, Tötung aus Notwehr, fahrlässiger Tötung oder der Tötung aufgrund eines Unglücksfalles. Zudem kann ein Mensch nicht nur für begangenes Handeln bestraft werden, sondern auch für die Unterlassung der Hilfe. Denn möglicherweise könnte er der Pflicht zur Vermeidung eines Falles unterlegen haben und somit die Folgen verhindern können (vgl. Oerter, Montada: 2008, S. 589 f). Bei all dem sollte bedacht werden, dass ein Mensch nur für das verantwortlich gemacht werden kann, was er selbst auch überblicken und verstehen kann. Zumindest in dem Moment, in dem eine Entscheidung bzw. Handlung erwartet wird, sollte die Möglichkeit bestand haben, darüber nachzudenken, um nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden.

Welche neuer Verantwortungshorizont sich für die Humanmedizin ergibt, wird sehr deutlich von den Natur- und Technikphilosophen Hans Jonas beschrieben. Welche Anforderungen sich letztendlich für die Fachkräfte im Gesundheitswesen ergeben, soll in Punkt drei dieser Arbeit dargestellt werden. Zunächst soll es um die Berufsethik der Sozialen Arbeit gehen. Allein schon aufgrund der berufsethischen Prinzipien, ergeben sich Verantwortlichkeiten für die SozialarbeiterInnen, die Einfluss auf ihre tägliche Arbeit haben.

## 2) Ethik in der Sozialen Arbeit

Um von ethischem Handeln sprechen zu können, müssen Menschen ihr Verhalten an theoretischen Ethikformen orientieren können (vgl. Pott: 2007, S. 21). Ihnen muss bewusst sein, was gut und richtig ist und wie sie sich nicht verhalten sollen. Dafür stehen uns die unterschiedlichsten ethischen Theorien zur Verfügung. Zu jeder Zeit der Menschheitsgeschichte befassen sich Philosophen und Ethiker damit, wie wir Menschen uns zu verhalten haben und wie wir den Umgang miteinander gestalten sollen. Dazu dienen uns Werte und Normen. Werte sind Eigenschaften, die als erstrebenswert und moralisch gut angesehen werden. Normen sind allgemein anerkannte und verbindlich geltende Regeln, die uns das Zusammenleben erleichtern sollen. Durch sie sind wir in der Lage unser Handeln zu überdenken und ggf. zu verändern.

Ethisch reflektiertes Handeln wird besonders dort wichtig, wo die Existenz des menschlichen Lebens betroffen ist. Gerade dann, ist die Bereitschaft und die Fähigkeit sich mit Wertfragen auseinanderzusetzen meist am Bedeutsamsten (vgl. Klug: 2000, S. 195 f). Auf solche Situation stoßen SozialarbeiterInnen bspw. in der Beratung schwangerer Frauen, die einen Abbruch erwägen oder im Umgang mit Sterbenden und unheilbar kranken Menschen. In solchen Situationen wird man mit Leid konfrontiert. Bei den Betroffenen löst dies den Wunsch nach Veränderung aus. Bei den Helfenden wiederum Mitleid und Mitgefühl, sie möchten helfen und den Betroffenen nicht seinem Unheil überlassen. Für Klug stellt diese Form des Mitfühlens zugleich die Minimalbegründung der Sozialen Arbeit dar. Sie erlaubt es den Berufsmitgliedern die Notwendigkeit von Hilfsangeboten als solche zu begreifen und wahrzunehmen. (vgl. ebd. S. 203). Die Notwendigkeit einer guten Handlung wird in der Philosophie auch als moralische oder ethische Intuition bezeichnet. Sie lässt uns in einer akuten Situation erkennen, wenn Hilfe notwendig wird (vgl. Pott: 2007, S. 23).

Die Grundlage der Sozialen Arbeit bilden Wertvorstellungen über ein gutes, gelingendes und geglücktes Leben. Diese Werte unterliegen jedoch einem stetigen Wandel und bedürfen wiederum einer permanenten wissenschaftlich-ethischen Reflexion (vgl. Klug: S. 184 f). Von einem gelingendem Leben könnte man dann sprechen, wenn Menschen in der Lage sind, einen Sinn in ihrem Leben zu finden. Dieser Lebenssinn setzt sich für jeden



anders zusammen. Für den einen ist es der materielle Wohlstand oder die körperliche Unversehrtheit. Für den anderen soziales und lebensweltliches Wohlergehen, welches mit Familie und Freunden geteilt werden kann. Für den dritten ein „moralisch“ gutes Leben zu leben. Es kann aber auch die Kombination aus allen Faktoren sein, die ein Leben als gelungen erscheinen lässt. Es gibt jedoch keine einheitliche Formel, die besagt wie ein gutes und gelingendes Leben auszusehen hat. Vielmehr ist es von jedem selbst abhängig, was er darunter versteht und für sich auswählt.

Ziel der Sozialen Arbeit ist es, benachteiligten Menschen bzw. Gruppen zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen und soziale Notlagen aufzudecken. Dabei orientiert sie sich an den geltenden Grund- und Menschenrechten. Menschenrechte sind international gültig, auch wenn sie noch nicht von allen Kulturen im entsprechenden Maße gewürdigt und eingehalten werden. Sie sollen jedem einzelnen Menschen die gleichen Rechte zusichern und das allein aufgrund der Tatsache, dass er ein Mensch ist. Menschenrechte können auch als eine Art Schutzrechte betrachtet werden. Sie sollen den Menschen vor staatlichen Übergriffen sichern und seine Freiheit gewährleisten. Diese Grundrechte finden sich auch in unserem deutschen Grundgesetz wieder. Jedoch ist nicht jeder Mensch in der Lage all seine Rechte und zu jeder Zeit seines Lebens selbstständig einzufordern und durchzusetzen. In bestimmten Situationen bedarf es andere Menschen, die sich dann an seiner Stelle dafür einsetzen. Dieses Mandat übernimmt die Soziale Arbeit. Sie will Menschen, die nicht in der Lage sind am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen bzw. Ansprüche einzufordern, unterstützen und Hilfsangebote bereitstellen. Doch dies geschieht nicht selten in einem Spannungsfeld. SozialarbeiterInnen sind an rechtliche Regelungen und gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden und geraten so mitunter in Konfliktsituationen. Konfliktsituationen können bei den Fachkräften persönliche Fragestellungen aufwerfen. Diese Fragestellungen beziehen sich nicht zwangsläufig auf das Hilfsangebot an sich, sondern auch darauf, ob eine Hilfe und Entscheidung moralisch vertretbar ist. Vertretbar vor den eigenen und den vorherrschenden moralischen Wert- und Normvorstellungen. An dieser Stelle wird deutlich, dass eine Berufsethik die Berufsangehörigen unterstützen kann, in schwierigen Situationen eine Entscheidung zu treffen.

## **2.1 Notwendigkeit der Berufsethik**

Wenn sich Berufsangehörige mit den ethischen Grundlagen und Leitzielen der Berufsethik identifizieren können, kann dies zudem eine Binde- und Identitätswirkung hervorrufen. Jedoch muss sie Grundsätze festschreiben, die den Bedürfnissen der Nutzer, der Gesellschaft und der Berufskollegen sowie den Pflichten gegenüber des Arbeitgebers entspricht (vgl. Klug: 2000: S. 202 f). Außerdem verfolgt die Soziale Arbeit einen gesellschaftlichen Auftrag. Um jedoch den Anspruch erheben zu dürfen, nicht für das Eigenwohl sondern für das Gemeinwohl verpflichtet zu sein, muss eine Berufsethik vorliegen (vgl.ebd. S. 179). Anhand dieser Aussagen wird deutlich, dass eine Berufsethik nicht nur die Grundlage für die berufliche Praxis darstellt, sondern dass sie zugleich vorausgesetzt wird, damit SozialarbeiterInnen tätig werden dürfen. Die „International Federation of Social Workers“ beschäftigt sich mit diesen Themen. Ihr Ziel ist es, dass die Ethikdebatte in den Mitgliedsorganisationen gefördert wird und die SozialarbeiterInnen der ganzen Welt ermutigt werden, ihr Handeln zu überdenken, um ethisch begründete Entscheidungen treffen zu können. Zudem verlangt sie, dass sich alle Mitgliedsorganisation dazu verpflichten, ihre ethischen Kodizes weiterzuentwickeln und auf den neuesten Stand zu bringen, sowie Berufsangehörige und Ausbildungsstätten darüber zu informieren. Ein weiterer wichtiger Punkt besteht darin, dass alle SozialarbeiterInnen angehalten sind, nach den nationalgeltenden ethischen Richtlinien zu handeln (vgl. IFSW, S. 4-9). Denn das Anliegen der Ethik besteht darin, allgemeine Erklärungen zu hinterfragen und nach den voraussehbaren Folgen des Handelns bzw. des Unterlassens zu fragen. Sie möchte dazu beitragen, Unsicherheiten herauszuarbeiten und gut begründete Entscheidungen zu treffen. Denn die schlechtesten Entscheidungen werden dann getroffen, wenn es sich um Entscheidungen handelt, die unüberlegt und aufgrund von Unwissenheit zustande gekommen sind bzw. wenn diese nicht in vollem Umfang von den Betroffenen mitgetragen werden können (vgl. Riedel, Lehmeier, Elsbernd 2011, S. 59).

## **2.2 Ethische Verpflichtungen seitens des DBSH**

Um auf der nationalen Ebene zu bleiben soll nicht die Arbeit des IFSW vorgestellt werden, sondern die des „Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.“. Der DBSH verpflichtet sich, als Mitgliedsorganisation, den ethischen Zielen der IFSW und orientiert sich an dessen Vorbild um eigene berufsethische Prinzipien zu entwickeln. Laut des

Verständnisses des DBSH ist es besonders wichtig, ethisch begründete Entscheidungen zu treffen, da die Soziale Arbeit den unterschiedlichsten Problembereichen unterliegt. Zum einen unterliegt die Loyalität der SozialarbeiterInnen innerhalb widerstreitender Interessen. Sie übernehmen nicht nur die Rolle des Helfers, sondern auch des Überwachers (vgl. DBSH: 1997, S.1). Die KlientenInnen der Sozialen Arbeit befinden sich meist in schwierigen Lebenssituationen oder gar in Notlagen und benötigen Hilfe, um diese zu bewältigen. Jedoch kann Hilfe u.U. bedeuten, dass vorgegebene und kontrollierende Maßnahmen seitens der SozialarbeiterInnen vorgeschrieben werden (müssen). Diese Kontrollausübung dient letztendlich dem Schutz der Klienten bzw. noch schwächerer Menschen, z.B. Kindern. Maßnahmen bei denen eine Kontrollausübung erfolgt, sind bspw. die Inobhutnahme von Kindern oder das Erteilen von Auflagen an straffällig gewordene Jugendliche. In diesem Zusammenhang ergibt sich jedoch ein Problem. *„Soziale Kontrolle ist nicht mehr eingebettet in sie umfassende soziale Prozesse und Institutionen. Es agiert oder reagiert nicht mehr „die Gesellschaft“. Es agieren oder reagieren bestimmte Akteure... (Peters: 2012, S. 1258).“* Mit Akteure sind die Fachkräfte der Sozialen Arbeit gemeint. Somit wird sich die Soziale Arbeit immer in einem Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle bewegen. Zum anderen müssen SozialarbeiterInnen im Konfliktfall zwischen den Interessen des Klienten und der gesellschaftlichen Anforderung von Effizienz und Nutzen agieren, obgleich sie im Bewusstsein sind, dass die Ressourcen einer Gesellschaft begrenzt sind (vgl. DBSH: 1997, S.1). Der Sozialen Arbeit wohnt also ein Doppelt Mandat inne. Sie soll nach geltenden Gesetzen handeln und die zentralen Werte und erwünschten Rollenbilder der Gesellschaft vermitteln, sodass die KlientenInnen Kompetenzen, Haltungen und Verhaltensweisen erlernen, die sie benötigen, um ihr Leben in dieser Gesellschaft zu bewältigen. Um dies zu erreichen, sollen die SozialarbeiterInnen bestimmte Unterstützungsleistungen, die seitens der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden, anbieten (vgl. Seithe: 2010, S. 45). Jedoch können diese Leistungen nur dann angeboten werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind und dadurch der Anspruch auf eine konkrete Leistung entsteht. Soziale Arbeit kann dazu beitragen, hilfsbedürftigen Menschen, unter Beachtung gegebener gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, ein Leben in Würde und im Schutz ihrer Rechte zu ermöglichen.

Der DBSH verpflichtet sich auch hinsichtlich der verschiedenen Aufgabenbereiche gegenüber der IFSW. Einen großen Bereich bilden die internationalen Menschenrechts-

erklärungen und Übereinkommen, die von deren Rechte von der Weltgemeinschaft anerkannt sind und die allgemeine Zielsetzung bilden. Welche Dokumente dies im Einzelnen betrifft, soll in dieser Arbeit nicht erläutert werden, da dies den quantitativen Rahmen sprengen würde. Sie können aber im Skript<sup>1</sup> des IFSW nachgelesen werden.

### **2.3 Die berufsethischen Prinzipien des DBSH**

Einen weiteren großen Aufgabenbereich enthalten die Prinzipien. Sie gliedern sich in zwei Teilbereich, dem der Menschenrechte resp. der Menschenwürde und dem der sozialen Gerechtigkeit. Die Soziale Arbeit beruht auf Grundlage des besonderen Wertes und der Würde des Menschen und der Rechte, die sich daraus ergeben. SozialarbeiterInnen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlergehen des Menschen wahren und verteidigen. Zudem haben sie eine Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft. Ihre Aufgabe ist es, die soziale Gerechtigkeit, gegenüber des Einzelnen und der Allgemeinheit, zu fördern. Außerdem sind die Berufsangehörigen für das eigene berufliche Verhalten verantwortlich (vgl. DBSH: 1997, S. 1 ff).

Der DBSH hat auf Grundlage der international gültigen Richtlinie des IFSW und der hier in Deutschland vorliegenden Wert- und Normvorstellung sowie der gültigen Gesetzgebung eigene berufsethische Prinzipien entwickelt. Diese Prinzipien enthalten Anweisungen für Mitglieder die folgende Punkte berühren:

- Allgemeine Grundsätze beruflichen Handelns
- Verhalten gegenüber Klientel
- Verhalten gegenüber Berufskolleginnen und Berufskollegen
- Verhalten gegenüber Angehörigen anderer Berufe
- Verhalten gegenüber Arbeitgeber/innen und Organisationen
- Verhalten in der Öffentlichkeit
- Verfahrensregeln (vgl. DBSH: 1997, S. 3 ff).

---

<sup>1</sup> Die Auflistung der Dokumente erfolgt auf S. 5 des Skripts. Das Skript ist verfügbar auf der Internetseite des IFSW unter folgender Adresse: [http://www.scribd.com/fullscreen/84724639?access\\_key=key-ogrmrwi2wd7rvdrzc3](http://www.scribd.com/fullscreen/84724639?access_key=key-ogrmrwi2wd7rvdrzc3)

Diese Prinzipien ordnen den beruflichen Auftrag der SozialarbeiterInnen. Sie beschreiben, welche Menschen die Dienstleistungen in Anspruch nehmen können und die genauen Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit. Mit ihnen soll es Berufsangehörigen ermöglicht werden, ihre Aufgaben auch als solche wahrzunehmen. Zudem wird unmissverständlich vorgeschrieben, dass ein/e SozialarbeiterIn ihre Stellung niemals zur eigenen Vorteilsnahme missbrauchen dürfen. Diese Prinzipien können auch als Hilfsmittel betrachtet werden, da sie den SozialarbeiterInnen unterstützen sollen, ihr berufliches Handeln durchzuführen und zu reflektieren. Sie können auch in Konfliktsituationen, sei es mit Klienten, dem Arbeitgeber oder Angehörigen anderer Berufe, herangezogen werden und helfen das weitere Vorgehen zu planen. Die Berufsethik der Sozialen Arbeit kann somit als Arbeitsgrundlage, Verhaltensvorschrift und Hilfsangebot betrachtet werden. Da es sich bei dem Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit um ein sehr umfangreiches Arbeitsfeld handelt, kann nicht auf alle Besonderheiten, die sich in den einzelnen Feldern ergeben, eingegangen werden. Vielmehr soll kurz das Aufgabengebiet der klinischen Sozialarbeit vorgestellt werden. Die klinischen Sozialdienste sind am stärksten von den medizinischen Neuerungen und den daraus resultierenden Veränderungen des Gesundheitssystems betroffen. Dadurch entsteht ein ganz eigener Verantwortungsbereich, für die SozialarbeiterInnen, auch gegenüber ihrer KlientInnen.

### **3) Ethik in der modernen Medizin**

Ethisch zu handeln und zu entscheiden ist von verschiedenen Faktoren und nicht zuletzt der Persönlichkeit eines Menschen abhängig. In einer pluralistisch gestalteten Welt existieren die unterschiedlichsten Bilder von gut und gerecht. Zudem soll jede Person in ihrer Persönlichkeit wahrgenommen werden. Dies wird jedoch nicht nur durch eigene Bedürfnisse und Vorstellungen beeinflusst, sondern auch durch andere Kulturen. Auch die historische Entwicklung eines Berufes hat Einfluss auf die Entstehung und Identifikation mit ethischen Leitlinien. Gerade im Krankenhaus handeln Menschen nicht nur aufgrund des Mitleides und Mitgefühls gegenüber anderen, sondern auch aufgrund des Berufsethos heraus.

### 3.1 Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit

Die Aufgabe der klinischen Sozialarbeit liegt in der psychosozialen Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention. Sie greift dann ein, wenn methodisch-soziale bzw. psycho-soziale Mitwirkung an der Fallarbeit bzw. Behandlung erforderlich ist. Dabei kommen SozialarbeiterInnen in den unterschiedlichsten Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Einsatz und werden mit den verschiedensten Fragestellungen konfrontiert. Diese sind oftmals mit komplexen Problemlagen verbunden und können sich ganz unterschiedlich auf das Leben der Klienten auswirken. Die SozialarbeiterInnen müssen somit über ein breites Spektrum an theoretischen Kenntnissen zu den einzelnen Krankheitsbildern und Gesundheitsstörungen verfügen und zugleich wissen, welche praktischen Auswirkungen dies auf das alltägliche Leben der Klienten und dessen Angehörige nehmen kann. Man könnte auch sagen das klinische Sozialarbeit für Menschen zuständig ist, „...*die aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder umgekehrt aufgrund ihrer sozialen Leiden an Leib oder Seele erkranken (Geißler-Piltz, Mühlum, Pauls: 2005, S.14).*“ Während der gesamten Arbeit steht die hilfeschende Person im Vordergrund, mit ihr treten sie in eine direkte Interaktion, damit ein konkretes fallbezogenes Handeln gewährleistet werden kann (vgl. ebd. S. 12 ff).

Auch in diesem Bereich unterliegt die Soziale Arbeit in enormer Weise dem Spannungsfeld von Patienteninteressen und gesellschaftlichem Auftrag, der immer mehr durch ökonomische Rahmenbedingungen eingeschränkt wird. Von den Kostenträgern werden nicht mehr alle notwendigen Hilfsangebote und Leistungen bewilligt, die für eine erfolgreiche Behandlung notwendig wären. Es muss zunehmend auf alternative Möglichkeiten zurückgegriffen werden, um die Versorgung des Patienten sicherzustellen, obwohl die moderne Medizin nahezu alle Krankheiten behandeln kann und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, mit denen körperliche Einschränkungen und das Leiden gelindert werden kann. Betrachtet man all das, dann wirft dies neue Probleme auf, da mitunter Entscheidungen getroffen werden müssen, bei denen die eigenen moralischen Werte- und Normvorstellungen in Frage gestellt werden. Als SozialarbeiterIn weiß man um die Wünsche des Klienten und seiner Angehörigen und auch darum, ob bestimmte Maßnahmen umsetzbar sind bzw. in die Lebenswelt dieses Menschen passen. In Konfliktfällen kann es hilfreich sein, sich an ethischen Grundsätzen und Standards zu orientieren. Dazu können auch die Fachkräfte des klinischen Sozialdienstes die berufsethischen Prinzipien des IFSW bzw. des DBSH heranziehen. Dies kann dazu

beitragen, den Konflikt zu lösen, aber es können mitunter Situationen existieren, die sich nicht allein dadurch klären lassen. Dann ist es wichtig, dass die SozialarbeiterInnen nicht allein gelassen werden bzw. die Zuständigkeit gar verlagert wird. Es ist viel wichtiger, dass der Prozess der Urteilsbildung verbessert wird. Dies fordert von den Fachkräften ein hohes Maß an Sachverstand, Empathie und organisatorische Verlässlichkeit. Was durch das Vorhandensein von Leitbildern, Ethikkommissionen oder durch die Teilnahme an Schulungen und Fachgesprächen entstehen kann (vgl. ebd. S. 127).

### **3.2 Ethische Leitlinien einzelner Berufsgruppen im Krankenhaus**

Folgend werden die ethischen Grundsätze vom ärztlichen und pflegerischen Personal vorgestellt, da beide Disziplinen täglich mit den technischen Möglichkeiten und den sich daraus ergebenden Herausforderungen im Klinikalltag konfrontiert werden. Diese Berufe werden zudem betrachtet, da sie direkt mit dem Patienten und dessen Angehörigen zusammenarbeiten und maßgeblich an der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung und der weiteren Betreuung beteiligt sind.

#### **3.2.1 Berufsethos der ÄrztInnen**

Der hippokratische Eid gilt als das traditionelle Berufsethos der ÄrztInnen. Die historische Fassung stellt jedoch keinen ausführlich formulierten Normenkodex dar und lässt einige Spielräume in der konkreten Auslegung offen (vgl. Kluxen: 1997, S. 88). Die allgemeingültigen Erwartungen der Gesellschaft gehen dahin, dass ein Arzt den Betroffenen im Krankheitsfalle hilft. Dabei ist er nur gegenüber seines Wissens und Gewissens verpflichtet. Doch in dem heutigen hochtechnisierten Zeitalter ist es oftmals schwer zu sagen, wann der Arzt seinen Patienten noch hilft und wann die Hilfe enden soll. Fragen nach der ethischen Vertretbarkeit werden immer deutlicher und immer häufiger diskutiert. Dennoch ist es oftmals der Arzt, der nach Einwilligung des Patienten den Behandlungsplan festlegt. Doch eine „...*Medizin, die sich nur auf spezielle Organsysteme eines Menschen stützt, geht an dem Ziel einer ganzheitlichen Hilfe vorbei* (Pott: 2007, S. 36).“ Die Autonomie des Patienten bildet die Basis der heutigen Arzt-Patienten-Beziehung. Dadurch, dass Patient und Arzt mehr und mehr zu Partnern werden, wird der Gegensatz zum hippokratischen Eid, der dem Arzt die dominierende Rolle zuordnet, immer deutlicher. Der Begriff „Informed Consent“ gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Übersetzt bedeutet er so viel wie Übereinstimmung und Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen und Behandlungen. Durch ihn wird zugleich der Respekt gegenüber dem kranken Menschen ausgedrückt. Leider ist es noch nicht der Regelfall, dass eine tragfähige Autonomie- und Konsensfähigkeit zwischen Arzt und Patient besteht (vgl. ebd. S. 38 ff).

### 3.2.2 Der ICN-Pflegekodex

Wie auch bei den übrigen Professionen, werden die ethischen Verhaltensmaßstäbe des Berufsbildes durch gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen beeinflusst. Historisch betrachtet, wird das Berufsbild der Krankenschwester mit der Vorstellung von der „guten Frau, die „anderen dient“ in Verbindung gebracht. Dabei verschrieb sie sich hohen Idealen und erfüllte alle anfallenden pflegerischen Pflichten gegenüber ihren Mitmenschen. Aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und der Veränderung des Berufsbildes änderten sich auch die ethischen Ansichten und Maßstäbe. Pflegende wollen nun eigenverantwortlich tätig sein und unabhängig Entscheidungen treffen. 1953, während eines Kongresses in São Paulo, Brasilien, wurde das erste Konzept für einen international gültigen Pflegeethik-Kodex vorgestellt und seit dem immer weiterentwickelt. Wie auch in der Sozialen Arbeit umfasst dieser Kodex nicht nur das persönliche Verhalten der Berufsmitglieder sondern die verschiedensten Bereiche der Krankenpflege (vgl. Fry: 1995, S. 51ff). Die grundlegende Verantwortung der Pflegenden soll, während ihrer gesamten Arbeit, dem pflegebedürftigen Menschen gelten. Dabei unterliegen sie den vier Hauptaufgaben, diese bestehen darin: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern (vgl. Lektorat Pflege, Menche: 2004, S. 4). Jedoch bedarf das Thema Ethik im Pflegealltag immer noch einer größeren Sensibilisierung. Pflegekräfte müssen ermutigt werden, in Konfliktsituationen Verantwortung zu übernehmen und für die Rechte des Patienten eintreten (vgl. Lubatsch, S. 5). Einerseits ist es ein Bestreben der Pflegefachkräfte aus dem Schatten der Medizin her austreten und nicht mehr nur zu den Hilfsberufen gezählt werden. Andererseits unterliegen sie dem ständigen Druck, immer mehr pflegebedürftige Menschen in immer kürzerer Zeit und mit immer weniger Personal zu betreuen. Gerade deshalb ist die Fähigkeit sein Handeln zu reflektieren und eine ethische-begründete Entscheidung treffen zu können, immer bedeutsamer. Dieser Zusammenhang wird auch in der Pflege als ein Qualitätsfaktor angesehen. Es wundert daher nicht, dass Pflegeforscher immer häufiger die Möglichkeit fordern, sich in Konfliktsituationen disziplinübergreifend austauschen zu



können (vgl. ebd. S. 6). Dafür sind jedoch ethische Standards und Leitlinien notwendig, die sich speziell mit den auftretenden ethischen Problemen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen auseinandersetzen sowie die Beteiligung aller Betroffenen, damit sie ihr Recht zur Partizipation wahrnehmen können und nachhaltige Entscheidungen getroffen werden können.

### 3.3 Medizin und Ethik

Der Natur- und Technikphilosoph Hans Jonas verfasst 1979 sein Hauptwerk *„Das Prinzip Verantwortung“*. Er formuliert darin eine Ethik für die Menschen des technologischen Zeitalters. In seinem weiteren Werk, *Technik, Medizin und Ethik, Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, wendet er die Überlegungen seines Hauptwerkes auf die biologische Forschung und ärztliche Praxis an. Er greift Fragen auf, die sich aufgrund des Fortschritts der Naturwissenschaften für die Ethik ergeben und rückt dabei die „Machbarkeit“, die den Beginn und das Ende unseres Lebens betrifft, ins Blickfeld (vgl. Jonas: 1985). Jonas beschreibt die Medizin als Wissenschaft und den Beruf des Arztes als eine Kunst. Zweck dieser Kunst ist *„die Wiederherstellung eines Zustandes, und der Zustand selbst, [...], ist kein künstlicher, sondern eben der natürliche oder ihm so nahe wie möglich (Jonas: 1985, S. 146).“* Der Arzt ist als Beauftragter des Patienten zu betrachten, woraus sich eindeutig seine Berufsverantwortung ergibt. Sie besteht darin den Patienten nach besten Vermögen zu behandeln. Er ist es auch, der meint, dass gerade am Lebensende eines Menschen der Arzt am meisten seiner „Kunst“ gegenüber verpflichtet ist. Was jedoch nicht bedeuten soll, dass das Maximum der Lebensverlängerung ausgeschöpft werden muss (vgl. ebd. S. 146 ff). Er ist vielmehr der Meinung, dass einem Menschen das Recht zu Sterben eingeräumt werden soll. Denn für ihn ist die Krankheit bzw. Gesundheit eines Menschen dessen Privatangelegenheit, solange keine Gefährdung der Gesellschaft vorliegt. Und jeder Mensch sollte die Freiheit besitzen, selbst zu entscheiden, wann er ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen möchte. Dieses Recht darf nur dann eingeschränkt werden, wenn der Betroffene für anderen Menschen verantwortlich ist, z.B. Kindern gegenüber. Jonas geht davon aus, dass jeder Mensch *„mit seiner Gesundheit ein wenig Glücksspiel“* treiben, der ärztlichen Kunst misstrauen bzw. Folgeschäden in Kauf nehmen kann. Er wirft in diesem Zusammenhang die Frage auf: Ob das bloße hinauszögernde Zurückhalten vor dem Tod zu den echten Zielen der Medizin gehört (vgl. ebd. S. 242-266)?

Dieses Hinauszögern entspricht nicht seiner Vernunft. Für ihn sollte vielmehr der Wille des Patienten zählen (vgl. ebd. S. 146 ff). Wenn der Wille des Menschen, von den medizinischen Fachkräften, nicht nur beachtet, sondern auch umgesetzt wird, bedeutet dies für den Betroffenen und seine Angehörigen nicht schlicht und einfach wahrgenommen zu werden. Wie bereits erwähnt, empfinden es 59,8 Prozent der Menschen, hier in Deutschland, als einen Würdeverlust, wenn sie sich nicht mehr selbst um die Angelegenheiten ihres Lebens kümmern können. Ihnen diesen subjektiv betrachteten Verlust der Würde zu ersparen, ist also auch eine Aufgabe und Herausforderung, der sich Ärzte und Fachkräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen stellen müssen. Auch wenn erschwerend hinzu kommt, dass die ÄrzteInnen unter einem immer stärker werdenden Kostendruck stehen. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt durch die Krankenkassen über die sog. DRG`s<sup>2</sup> (Ansen, Gödecker-Geenen, Nau, 2004, S. 54). Menschen werden dadurch immer mehr zu medizinischen Fällen degradiert und verlieren so an Individualität und die Situation des Einzelnen an Eigenheit. Die Behandlung hat in einer vorgeschriebenen Zeit zu erfolgen. Wenn dies nicht geschieht, rechnet es sich nicht mehr für das Krankenhaus, da kein Gewinn mehr eingefahren wird. ÄrzteInnen sind angehalten dies während des gesamten Behandlungsverlaufes zu bedenken und evtl. andere Behandlungsoptionen einzuleiten. Für Jonas ergibt sich, in Anbetracht dieser Gesichtspunkte, ein völlig neuer Verantwortungshorizont. Dieser übersteigt die ärztliche Einzelverantwortung und sollte deshalb von einer übergeordneten Schiedsbehörde getragen werden. In der Kapitelzusammenfassung gibt Jonas zudem zu bedenken, dass es nicht nur die „*Spezielsache des Arztes, sondern unser aller gemeinsame Sache*“ (Jonas: 1985, S. 159) ist, darüber nachzudenken inwieweit die Natur, zum Wohle des Menschen, verändert werden soll.

---

<sup>2</sup> DRG`s sind diagnoseorientierte Fallpauschalen zur Leistungsberechnung (u.a. für Behandlung, Pflege, Verwaltung) im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung. Dabei handelt es sich um ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (vgl. Psychrembel: 2004, S. 394).

### 3.4 Schlussfolgerung

Jonas geht in seinen Werken sehr kritisch mit den Neuerungen der modernen Technik und vor allem dem Umgang damit um. Auch Spittler, selbst Oberarzt in einer neurologischen Klinik, ist der Ansicht, dass aufgrund des rasanten medizinischen Fortschrittes zunehmend moralische Differenzen entstehen, da „...*Jahrhundertealte Werte mit einer atemberaubenden Geschwindigkeit relativiert und unbrauchbar gemacht würden*“ (Spittler: 2003, S. 150). Bezogen auf die Medizin am Lebensende werden für ihn naturgegebene Grenzen zwischen Leben und Tod aufgelöst und es entstehen Zwischenzustände, was wiederum den Zusammenbruch von klassischen und als verlässlich erlebte moralische Grenzlinien auslöst und zu einer Verunsicherung beiträgt (vgl. ebd, S. 150).

Fachkräfte, die im Gesundheitswesen tätig sind, werden auch in Zukunft immer häufiger mit Herausforderungen konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Dazu kann die Betrachtung aus einem ethischen Blickwinkel heraus hilfreich sein. Nicht nur ÄrzteInnen, Pflegende und SozialarbeiterInnen auch andere Berufsgruppen, z.B. Therapeuten, die in diesem Bereich beschäftigt sind, stoßen auf konfliktbehaftete Situationen. Sie alle haben bestimmte Vorstellungen von einem guten und lebenswerten Leben bzw. Sterben. Und jeder Einzelne will seinen eigenen moralischen Ansprüchen gerecht werden. Dies bedeutet zugleich Verantwortung zu übernehmen. Verantwortung für das eigene Handeln und gegenüber den Vorstellungen und Wünschen ihrer Patienten. Um diesen Anspruch zu verwirklichen, genügt es jedoch nicht mehr, sich nur noch mit den Berufskollegen auszutauschen. Da die Probleme aufgrund verschiedenster Faktoren immer komplexer werden, muss das Gespräch mit anderen Disziplinen gesucht werden. Dies ermöglicht das eigene Blickfeld zu erweitern und die Situation aus einer neuen Perspektive heraus zu betrachten.

Das Bedürfnis sich bei fragwürdigen Entscheidungen und Behandlungsmethoden austauschen zu können und ggf. Hilfe einzuholen, wächst auch bei den Patienten. Ihnen wird es zunehmend wichtiger von ihrem Partizipationsrecht Gebrauch zu machen. Sie wollen aktiv und selbstbestimmt über den Behandlungsverlauf entscheiden. Zudem setzen sich die Menschen bewusster mit dem Thema Sterben auseinander und definieren, was für sie persönlich ein guter Tod ist. Es werden Patientenverfügungen erstellt, die den Willen

des Patienten schriftlich fixieren und im entsprechenden Fall von den ÄrztenInnen umgesetzt werden sollen. Vorsorgevollmachten regeln zudem, dass nahe Angehörige Entscheidungen treffen dürfen und bei Bedarf sogar einfordern können. Dies alles trägt dazu bei, dass medizinische Behandlungen immer transparenter gestaltet werden müssen. ÄrzteInnen werden in Zukunft mit Patienten konfrontiert, die immer mehr Aufklärung bedürfen bzw. sich ihr Wissen selbst beschaffen und dann gezielt Fragen stellen. Aufgrund dessen müssen Anweisungen, Standards und wie Jonas es fordert übergeordnete Schiedsbehörden entwickelt werden, die sich mit diesen neuen Aufgabengebieten beschäftigen. Ob er mit Schiedsbehörden, klinische Ethikkommissionen meinte, wurde so nicht explizit definiert. Betrachtet man die Konzepte dieser Gremien und Kommissionen, dann wird man feststellen, dass diese die Möglichkeit eröffnen, diesen Aufgaben und Herausforderungen entgegenzutreten.

#### **4) Vorstellung des Ansatzes der klinischen Ethikkommission**

In den United States of Amerika (USA) beschäftigen sich Klinische Ethikkommissionen schon relativ lang mit den ethisch-moralischen Fragestellungen. Die klinische Ethik entwickelt sich in Amerika seit den 1960er Jahren (vgl. Imhof, Mattulat: 2011, S. 2). In Deutschland hingegen handelt es sich um einen relativ neuen Ansatz, der sich erst seit dem Ende des 20. Jahrhunderts entwickelte (vgl. ebd. S. 2). Derzeit existieren laut Angaben des Internetportal für klinische Ethikkomitees 113 Einrichtungen (vgl. May, Simon), die ethische Beratungen anbieten demgegenüber stehen 2.045 Krankenhäuser<sup>3</sup>, die hier in Deutschland existieren. Worin jedoch die genauen Gründe liegen, soll nachfolgend nicht untersucht werden, da dies den quantitativen Rahmen sprengen würde. Der Schwerpunkt soll in der Vorstellung dieses Ansatzes liegen. Zudem wurde die Möglichkeit gewählt, die Erfahrungen eines bereits existierenden Gremiums einzubeziehen. Dazu wurde der Vorstand des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz gGmbH befragt. Zudem kann anhand dessen, der Aufgabenbereich von klinischen Ethikkommissionen verdeutlicht werden.

---

<sup>3</sup> Die Daten wurden im Auftrag des Statistischen Bundesamtes im Zeitraum 2000 bis 2011 erhoben. Untersuchungsgegenstand bildete die Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland und ist nachzulesen auf der Internetseite <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>

Bei klinischen Ethikkommissionen handelt es sich um Gremien, die Ethikberatungen durchführen. Sie setzen sich zusammen aus der Mitarbeiterschaft und werden durch die Leitungsebene der Einrichtung berufen. Je nach Struktur werden z. B. Ethik-Komitees, Ethik-Konsile oder Ethik-Foren von den Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeeinrichtungen eingerichtet. Damit eine solche Kommission tätig werden kann, ist eine Satzung erforderlich. In ihr sollen die Bezeichnung des Gremiums sowie dessen Zusammensetzung und die Strukturen geregelt sein. Außerdem seine inhaltliche Unabhängigkeit, die Ziele und Aufgaben, die es verfolgt und die Berichts- und Dokumentationspflicht. Das Gremium ist multiprofessionell zu besetzen und soll je nach Einrichtungsgröße aus 5 bis 20 Mitgliedern verschiedener Bereiche und Hierarchieebenen bestehen. Empfohlen werden Mitglieder mit ärztlicher, pflegerischer und medizin- bzw. pflegeethischer Ausbildung sowie Mitarbeitern mit juristischem, seelsorgerlich-religiösen, psycho-sozialen und administrativem beruflichem Hintergrund (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: 2010, S. 150 f). Vom Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. wurden Standards entwickelt, die es den Einrichtungen erleichtern sollen, eine KEK einzurichten und in den konkreten Beratungssituationen entsprechend vorzugehen.

#### **4.1 Ziele und Aufgaben der KEK**

Die Ethikberatungen sollen der Information, Orientierung und Beratung der an der Versorgung beteiligten Personen, wie Mitarbeitenden und Leitung der Einrichtung, bzw. von der Versorgung betroffenen Personen, also Patienten/Bewohner, sowie deren Angehörigen dienen (vgl. ebd. 149). Derzeit werden dafür zwei übergreifende Zielrichtungen der Ethikberatung diskutiert, die patienten-orientierten Ziele und die institutionell-orientierten Ziele. Die patienten-orientierten Ziele wollen, in der individuellen Patientenversorgung, ethische Entwicklungsprozesse qualitativ verbessern und im Konfliktfall die ethisch begründete Lösungsfindung fördern. Die institutionell-orientierten Ziele tragen zur Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Kostenminderung bei (vgl. Heilicser et al. 2000, Reiter-Teil, Ohnsorge 2008 in: Riedel, Lehmeier, Elsbernd 2011, S.58). Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. benennt als Hauptziel, dass Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent gestaltet werden sollen *„... und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. „gute Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ zu treffen. (Akademie für Ethik in der Medizin e. V.: 2010, S. 150).“*

Weiter Ziele:

- die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen
- die Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen
- Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten
- Unterstützung eines strukturierten Vorgehens bei ethischen Konflikten
- Verbesserung der Sprachfähigkeit und kommunikativen Kompetenz bei ethischen Konflikten
- systematischen Reflexion ethischer Fragestellungen und Konflikte
- Umsetzung allgemeiner moralischer Werte (z. B. Menschenwürde, Autonomie, Verantwortung, Fürsorge, Vertrauen) und der spezifischen Werte der Einrichtung
- Suche nach Lösungswegen bei Konflikten zwischen unterschiedlichen individuellen und/oder institutionell gefassten Werten und Moralvorstellungen und durch Reflexion zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen und diese umzusetzen (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e. V.: 2010, S. 149 f).

Aufgrund dieser sehr genau formulierten Ziele lassen sich die Aufgaben, die für KEK entstehen, ableiten. Die Mitarbeiter der KEK führen individuelle ethische Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung) durch. Sie sind mit der Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien) beschäftigt und sie organisieren und führen internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung) durch (vgl. ebd. S. 150).

## **4.2 Arbeitsweise der KEK**

Bei der Ethikberatung handelt es sich um einen ergebnisoffenen Orientierungsprozess, in dem verschiedene Perspektiven sichtbar gemacht werden sollen. Der KEK fällt ausschließlich eine beratende Funktion zu. In der Ethikberatung geht es nicht darum moralische Bewertungen vorzunehmen oder um Verhaltensregeln und Verbote auszusprechen, sondern darum, die unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Werte der beteiligten Personen aufzudecken. Die Beratung selbst soll in einem geschützten, störungsfreien Rahmen stattfinden. Den Anlass um eine Beratung anzuregen, bildet in der Regel die moralische Intuition, also das Gewissen, der einzelnen Personen.

Eine Ethikberatung kann von allen an der Behandlung beteiligten Personen angeregt werden (vgl. Schumann: 2012).

### **4.3 Das Ethikkomitee der Klinikum Chemnitz gGmbH**

Die Klinikum Chemnitz gGmbH ist das größte Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft in Ostdeutschland und verfügt über 1745 Betten. Es beschäftigt, an den drei Standorten in Chemnitz sowie im Bergarbeiter Krankenhaus Schneeberg, gegenwärtig über 5600 Mitarbeiter, auch durch mithilfe seiner 13 Tochtergesellschaften. Zudem zählt es zu den Krankenhäusern der Maximalversorgung, da es nahezu alle medizinischen Fachrichtungen anbietet (vgl. Klinikum Chemnitz). Das Ethikkomitee des Klinikum Chemnitz selbst ist eine Arbeitsgruppe, die ihre Aufgaben unabhängig und ungebunden von Weisung wahrnimmt. Die Mitglieder sollen lediglich ihrem Wissen und Gewissen verantwortlich sein und nach geltendem Recht handeln. Mit der Berufung des Ethikkomitees möchte das Klinikum einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung bei der Versorgung seiner Patienten leisten, indem die Entscheidungsfindung in konkret ethischen Konfliktfällen unterstützt wird (vgl. Klinikum Chemnitz gGmbH: 2012 und Schumann: 2012).

Die Gründungsphase des Ethikkomitees des Klinikums dauerte von März bis September 2011. Die Mitglieder setzen sich aus Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen. Neben Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern und -pflegern, zählen Sozialpädagogen und -arbeiter, eine Justiziarin, Verwaltungsmitarbeiter sowie ein Krankenhausseelsorger dazu (vgl. Klinikum Chemnitz (a)). Während der gesamten Gründungsphase haben die Mitglieder eigene Leitlinien, Standards und Formulare entwickelt, die in der Ethikberatung Anwendung finden sollen. In ihren Standards haben sie ganz konkret benannt, bei welchen Fragestellungen ihre Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Dazu zählt das KEK des Klinikum Chemnitz gGmbH:

- Unsicherheiten wenn die medizinisch / pflegerische Behandlung bzw. der Behandlungsplan nicht mit den Vorstellungen des Patienten oder Patientenvertreters übereinstimmt
- unterschiedliche Auffassungen, ob die Inhalte der Patientenverfügung auf die eingetretene Behandlungssituation zutreffen, Bsp. Ernährung durch PEG

- wenn die Behandlung nicht adäquat erscheint (hinsichtlich Indikation, Behandlung, Patientenwille)
- Behandlungsentscheidungen am Lebensende
- Möglichkeiten und Grenzen in der pränatalen Diagnostik
- (späte) Schwangerschaftsabbrüche
- freiheitsentziehende Maßnahmen (vgl. Schumann: 2012)

Anhand dieser Auflistung wird deutlich, dass eine Vielzahl von Lebensbereichen betroffen sein können, um ethisch hinterfragte Entscheidungen zu treffen. Sei es zu Beginn oder aber am Ende eines Lebens. Bis Oktober des Jahres 2012 wurden sieben Anfragen zu ethischen Fallbesprechungen gestellt. Zweimal erfolgte dies durch Angehörige, einmal durch einen Therapeuten, zweimal durch das betreuende Pflegepersonal und zweimal durch die behandelnden Ärzte. Bei den Anforderungen handelte es sich sechsmal um somatische<sup>4</sup> Bereiche, angeführt wurden dafür die Neurologie, Pulmologie und IST, jedoch nicht die genaue Verteilung. In einem Fall forderte eine Station der Psychiatrie das KEK an. Laut den Anforderungen galt es folgende Themen zu besprechen. In vier Fällen handelte es sich um die Umsetzung des Patientenwillens, konkret sollte die Ernährung am Lebensende besprochen werden. In einem Fall um eine Therapiezieländerung, in einem anderen Fall um die Unzufriedenheit mit der Behandlung und in einem letzten Fall sollte es um die stationäre Behandlung gegen den Patientenwillen gehen. In drei Besprechungen konnte ein Konsens zwischen allen Beteiligten gefunden werden. Zudem waren die Beteiligten zufrieden und empfanden es als hilfreich, dass die Möglichkeit der ethischen Reflexion angeboten wurde. Bei zwei geplanten Ethikberatungen konnte keine Fallbesprechung mehr stattfinden, da die Patienten verstorben sind. Das Ethikkomitee bemüht sich weiterhin spezielle klinikinterne Leitlinien auf ihre ethischen Aspekte hin zu prüfen und dahingehend zu erweitern. Zudem sind die Mitglieder zufrieden mit der Entwicklung und zuversichtlich dahingehend, dass dieses Angebot überall ankommen wird und darauf aufgebaut werden kann. Als Angebote für die Zukunft sieht das Komitee Ethikvisiten und einmal jährlich stattfindende Ethiktage.

---

<sup>4</sup> Somatisch, körperlich (vgl. Psychrembel: 2004, S. 1698)



## 4.4 Fazit zum Ansatz der KEK

Das EK der Klinikum Chemnitz gGmbH sollte nur als ein Beispiel dienen, um den Ansatz der KEK näher vorzustellen. Es sollte aufgezeigt werden, mit welchen Herausforderungen die Mitglieder solcher Kommissionen konfrontiert werden. Außerdem wurde deutlich, dass im Jahr 2012 noch nicht viele Ethikberatungen durchgeführt wurden. Da es sich jedoch um einen, zumindest hier in Deutschland, recht neuen Ansatz handelt, muss sich dieser erst manifestieren, damit er von noch mehr Menschen in Anspruch genommen wird. Dies ist eine weitere Herausforderung, der sich jedoch nicht nur das EK des Klinikum Chemnitz gGmbH stellen muss. Dennoch werden solche Gremien zukünftig an Bedeutung gewinnen, da sie die Möglichkeit eröffnen den entstehenden Herausforderungen zu begegnen. Es wurde aufgezeigt, dass die Einrichtung eines solchen Gremiums zwar sehr aufwändig ist und das es freiwillige Mitarbeiter bedarf, die die anfallenden Aufgaben übernehmen. Jedoch wurde auch deutlich, dass Menschen der unterschiedlichsten Berufsgruppen bereit sind, diese Arbeit zu leisten. Dies kann aufgrund unterschiedlichster Motivation heraus geschehen. Zudem wurde sichtbar, dass die Anforderung für eine ethische Reflexion nicht nur von den Mitarbeitern des Klinikums gewünscht wurde, sondern auch von den Angehörigen. Allen an der Behandlung beteiligten Personen ist es wichtig, eine Entscheidung zu treffen, die den Willen des Patienten entspricht. Auch wenn das bedeutet, dass eine Therapie nicht durchgeführt bzw. fortgesetzt wird.

Zudem sprechen weitere Fakten dafür, dass KEK immer bedeutsamer werden. Zum einen wird von der Akademie für Ethik in der Medizin angegeben, dass klinische Ethikkommissionen bei der Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen immer häufiger als wichtiges Qualitätskriterium angesehen werden (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: 2010 S. 149). Zum anderen soll eine randomisierte und kontrollierte Studie im intensivmedizinischen Kontext ergeben haben, dass Ethikberatungen im Krankenhaus Kosten reduzieren können ohne die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen (vgl. Imhof, Mattulat: 2011, S. 2). Und in Zeiten in denen immer mehr auf die anfallenden Kosten geschaut wird und nur noch die Abrechnung „eines Falles“ erfolgt, dürfte doch schon allein dieser Fakt überzeugen.

## 5) Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Die klinische Sozialarbeit ist ein, für sich, besonderes Teilgebiet der Sozialen Arbeit. Sie wird in besonderem Maße mit Krisensituationen, die im Leben eines Menschen entstehen können, konfrontiert. Dabei trifft sie auf Klienten, die sich in den unterschiedlichsten emotionalen Lagen befinden. Es kann sich dabei um Angst, Trauer, Wut aber auch Freude handeln. Eines haben jedoch alle Patienten gemeinsam, sie hoffen darauf, Hilfe zu bekommen. Währenddessen befinden sie sich immer wieder in neuen und unbekanntem Situationen. In diesen Momenten können schnell Situationen entstehen, in denen die Würde des einzelnen Menschen, beabsichtigt aber auch unbeabsichtigt, übergangen wird. Aber gerade dann, wenn sie durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt scheint, gilt es sie besonders zu schützen.

Doch was kann nun die klinische Sozialarbeit tun, damit eine Entscheidung ethisch-gut ist? Betrifft es Sachverhalte, die sie in ihrem Arbeitsablauf betreffen, dann können sich die SozialarbeiterInnen an den ethischen Richtlinien des DBSH orientieren und zu Rate ziehen. Oder sie wenden sich an ihre Kollegen und holen sich deren Meinung ein. Wenn es sich jedoch um Situationen handelt, die nicht mehr allein zu bewältigen sind, dann sind Standards und Leitfäden, die sich an ethischen Richtlinien orientieren sowie KEK ein guter Anlaufpunkt, um den Betroffenen zu ihrem Recht zu verhelfen. Denn wie auch die übrigen Disziplinen, orientiert sich die Soziale Arbeit an dem Grundverständnis gegenüber der Würde des Menschen. Im Unterschied zu den anderen Disziplinen, sieht die Soziale Arbeit den Menschen im Gesamtkontext seiner Lebenswelt. *„Sie geht in ihrer Arbeit immer davon aus, dass der Mensch selber als komplexes System zu betrachten ist, bei dem die Ebene von Psyche, Körper und Verstand ebenso in Zusammenhang stehen wie auch seine Probleme, Interessen, Motive, Erfahrungen und z.B. Fähigkeiten in unmittelbarer Verbindung miteinander stehen und auf einander wirken (vgl. Seithe: 2010, S. 43).“* Sie muss also dazu beitragen, dass der Mensch in seiner Gesamtheit betrachtet wird. Also als ein Individuum mit sozialen und familiären Verpflichtungen, mit Wünschen und Ängsten. SozialarbeiterInnen können eingreifen, wenn sie Problemlagen erkennen. Wenn sie fragwürdige Situationen bemerken, müssen diese angesprochen und evtl. andere Hilfen eingeschaltet werden. Sie können Klienten ermutigen, ihre offenen Fragen zu stellen. Denn ÄrzteInnen und Pflegekräften sind sich nicht immer in vollem Umfang bewusst, welche Unsicherheit und Ängsten ihre Patienten verspüren, da viele Abläufe und Arbeiten einfach

zur täglichen Routine gehören. Wenn der Betroffene sich mit seinen Ängsten verstanden fühlt, dann wird er sich auf seine Behandlung einlassen und Entscheidungen treffen können von denen er überzeugt ist. Es wurde zu Beginn der Arbeit dargestellt, welcher Prozess sich dahinter verbergen kann. Doch nur dann, wenn die Person um mögliche Einschränkungen weiß und die Folgen seines Handelns abwägen kann, dann wird er mit den Folgen leben können. Ihm wird dadurch die Möglichkeit gegeben, für sein Leben Verantwortung zu übernehmen. Verantwortung müssen aber auch alle, an der Behandlung beteiligten, Personen übernehmen (können). Sie müssen den Patienten zur Verfügung stehen, wenn sie Fragen haben. Wissen darf ihnen nicht verweigert werden, nur weil eine ausführliche Aufklärung nicht abgerechnet werden kann. Etwas nicht zu tun oder auch unterlassen, stellt vor unserem Gesetz nicht zwangsläufig einen Straftatbestand dar, der geahndet wird. Aber es ist doch auch eine Art Unterlassung, wenn ich den Menschen nicht in vollem Umfang meines Wissens berate. Um auf den Ansatz der KEK zurückzukommen, dann können SozialarbeiterInnen dazu beitragen, dass solche Gremien gegründet werden und sich an dessen Aufbau beteiligen. Sie können an der Erstellung von Leitlinien und Standards mitwirken. Außerdem können sie dazu beitragen, die Arbeit bekannt zu machen und andere ermutigen, dass immer mehr Menschen den Mut finden, eine solche Kommission in Anspruch zu nehmen. Denn nur wenn sich Fachkräfte, die um den Wert und die Würde eines Menschen wissen, für so eine Arbeit einsetzen, dann wird deutlich, wie wichtig und wertvoll sie ist.

Moralisch zu Handeln nimmt mehr Einfluss auf unser Leben, wie manch einer es sich vielleicht eingestehen würde. Egal um welchen Bereich der Sozialen Arbeit es sich handelt, wird es Situationen geben, die nur unzureichend durch das Gesetz bestimmt sind und dennoch einer Lösung bedürfen. Dann ist ein „... über die rechtlichen Vorgaben hinaus gehender Handlungs- und Gewissensentscheid gefordert (Gruber: 2005, S. 227).“ Solche Entscheidungen stellen sehr hohe Anforderungen an die SozialarbeiterInnen, da man nicht nur die Fähigkeit besitzen muss, sich solche Konflikte zu vergegenwärtigen, sondern zugleich den Mut besitzen muss, sie anzusprechen. Wenn es darum geht ethisch-begründete Entscheidungen zu treffen, dann gibt es kein richtig und kein falsch. Menschen müssen sich auf ihre eigenen Vorstellungen von gut und schlecht beziehen und ihre Wert- und Normvorstellungen mit denen anderer vergleichen können. Das kann u.U. Unsicherheiten mit sich bringen, da sich die getroffenen Entscheidungen auf das Leben von anderen Menschen auswirken. Umso wichtiger ist es, dass berufsethische Leitlinien

existieren, um bestimmte Situationen zu bewältigen. Genauso wichtig, wenn nicht sogar noch wichtiger ist es, dass die Einrichtungen und Träger hinter ihren Mitarbeitern stehen und sie unterstützen. Den Einrichtungen des Gesundheitswesens muss es zudem wichtig werden, nicht nur die körperliche Beschwerden bzw. Hauptsymptome, in möglichst kurzer Zeit, zu behandeln. Das oberste Ziel der Einrichtungen besteht momentan darin, die eigenen Kosten zu senken bzw. Gewinne zu erzielen. Aber um auf lange Sicht eine erfolgreiche Behandlung zu vollziehen, muss der Mensch mit all seinen Ängsten, Problemen und seiner sozialen Stellung betrachtet werden. Nur so können weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden, die in die Lebenswelt des Betroffenen passen. Derzeit laufen die Einrichtungen des Gesundheitswesens Gefahr, die entstehenden Probleme, von einer behandelnden Stelle zur nächsten weiterzugeben, ohne die Hauptursachen zu beachten. Langfristig gesehen, stellt sich jedoch die Frage, ob das Gesundheitssystem, so wie es momentan vorliegt, weiter bestehen kann. Vor allem wenn man die derzeitigen Entwicklungen betrachtet. Die deutsche Bevölkerung wird immer älter, die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigt und an Fachkräften mangelt es, egal ob im ärztlichen oder pflegerischen Bereich. Die Ursache, für diesen Fachkräftemangel, wird sicher nicht nur in der Bezahlung zu suchen sein. Vielleicht liegt ein weiterer Grund in der Unzufriedenheit des Personals. Unzufrieden darüber, dass die Betreuung in immer kürzerer Zeit zu erfolgen hat und für menschliche Zuwendung gar keine Zeit mehr bleibt. Oder darüber, dass moralisch-fragwürdige Entscheidungen zu treffen bzw. Handlungen auszuführen sind.

## Quellenverzeichnis

### Literaturquellen

- Ansen, Harald; Gödecker- Geenen, Norbert; Nau, Hans (2004):** Soziale Arbeit im Krankenhaus, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Fry, Sara (1995):** Ethik in der Pflegepraxis, Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung, Frankfurt: Druckerei Henrich
- Gruber, Hans-Günter (2005):** Ethisch denken und handeln, Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit, Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft
- Geisler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert; Pauls, Helmut (2005):** Klinische Sozialarbeit, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Jonas, Hans (1979):** Das Prinzip Verantwortung, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Jonas, Hans (1985):** Technik, Medizin und Ethik, Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Jungermann, Helmut (2009):** Entscheiden aus psychologischer Sicht in: Jungermann, Helmut; Lütze, Christoph: Entscheidung und Urteil, Philosophie und Psychologie im Dialog, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 7-50
- Kant, Immanuel (1999):** Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Hamburg: Felix Meiner Verlag
- Keilhofer, Günther (2010):** Ethik ist das bessere Rezept, Argumente für eine Veränderung, Chemnitz: ClauS Verlag
- Kluxen, Wolfgang (1997):** Moral Vernunft Natur, Beiträge zur Ethik, Hrsg. von Korff, Wilhelm; Mikat, Paul, Paderborn: Schöningh Verlag
- Krainer, Larissa; Heintel, Peter (2010):** Prozessethik, Zur Organisation ethischer Entscheidungsprozesse, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lektorat Pflege, Menche (2004):** Pflege Heute, Lehrbuch für Pflegeberufe, München: Urban & Fischer Elsevier
- Lütze, Christoph (2009):** Entscheidung aus philosophischer Sicht in: Jungermann, Helmut; Lütze, Christoph: Entscheidung und Urteil, Philosophie und Psychologie im Dialog, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 51-92
- Oerter, Rolf; Montada, Leo (Hrsg.) (2008):** Entwicklungspsychologie, 6. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Peters, Helge (2012):** Soziale Kontrolle in: Albrecht, Günter; Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme, Band 2, 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden: Springer,

**Pott, Gerhard (2007):** Ethik am Lebensende, Intuitive Ethik, Sorge um einen guten Tod, Patientenautonomie, Sterbehilfe, Stuttgart: Schattauer

**Pschyrembel (2004):** Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin: de Gruyter

**Riedel, Annette; Lehmeier, Sonja; Elsbernd, Astrid (2011):** Einführung von ethischen Fallbesprechungen - Ein Konzept für die Pflegepraxis, Ethisch begründetes Handeln praktizieren, Düsseldorf: Jacobs

**Seithe, Mechthild (2010):** Schwarzbuch Soziale Arbeit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

**Spittler, Johann Friedrich (2003):** Gehirn, Tod und Menschenbild, Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Methaphysik, Stuttgart: Kohlhammer

## Leitfäden, Flyer

**Klinikum Chemnitz gGmbH (2012):** Klinisches Ethikkomitee, Flyer, Produktion: Cc Klinik-Verwaltungsgesellschaft Chemnitz mbH, Abt. Marketing/Öffentlichkeitsarbeit

**Schumann, Karin (2012):** Leitfaden für eine ethische Fallbesprechung, Klinisches Ethikkomitee der Klinikum Chemnitz gGmbH

## Internetquellen

**Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010):** Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, <http://www.springermedizin.de/standards-fuer-ethikberatung-in-einrichtungen-des-gesundheitswesens/242598.html>, verfügbar am 12.11.12 um 13.38Uhr

**Apotheken Umschau (2011):** Sterben schlimmer als der Tod - Umfrage: Viele Menschen fürchten vor allem Schmerzen und Würdeverlust in der letzten Lebensphase, <http://www.presseportal.de/pm/52678/1759388/sterben-schlimmer-als-der-tod-umfrage-viele-menschen-fuerchten-vor-allem-schmerzen-und>, verfügbar am 04.01.13, um 12.10 Uhr

**DBSH (1997):** Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. Ethik in der sozialen Arbeit, <http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Ethik.Vorstellung-klein.pdf>, verfügbar am 22.11.12 um 12.15 Uhr

**Duden:** Entscheidung, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Entscheidung>, verfügbar am 04.01.13 um 16.23 Uhr

**IFSW:** Standards in social work practice meeting human rights [http://www.scribd.com/fullscreen/84724639?access\\_key=key-ogmrwi2wd7rvdrzc3o](http://www.scribd.com/fullscreen/84724639?access_key=key-ogmrwi2wd7rvdrzc3o), verfügbar am 10.12.2012 um 11.04 Uhr

**IFSW (1994):** Ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Prinzipien und Standarts, [http://www.hskoblenz.de/fileadmin/medien/Koblenz/Sozialwesen/Technik\\_und\\_Forschung/Ethische\\_Grundlagen\\_der\\_Sozialen\\_Arbeit\\_\\_IFSW\\_.pdf](http://www.hskoblenz.de/fileadmin/medien/Koblenz/Sozialwesen/Technik_und_Forschung/Ethische_Grundlagen_der_Sozialen_Arbeit__IFSW_.pdf); verfügbar am 22.11.12 um 11.30 Uhr

**Imhof, Christiane, Mattulat Martin (2011):** Klinische Ethik: Konzepte, Kasuistiken und Komitees, online publiziert 5. April 2011 Springer Verlag <http://link.springer.com/article/10.1007/s00481-011-0128-x#page->, verfügbar am 07.01.13 um 11.26 Uhr

**Klinikum Chemnitz:** Wir über uns, Die Klinikum Chemnitz gGmbH, Das Gesundheitszentrum für Stadt und Großraum Chemnitz [http://www.klinikumchemnitz.de/mp/click.system?s=Wir\\_ueber\\_uns&menu=736&pid=736&sid=1](http://www.klinikumchemnitz.de/mp/click.system?s=Wir_ueber_uns&menu=736&pid=736&sid=1), verfügbar am 17.12.2012 um 12.00 Uhr

**Klinikum Chemnitz (a):** Klinisches Ethikkomitee <http://www.klinikumchemnitz.de/mp/click.systemmenu=53&parid=53&nav=1870&navid=0&pid=1870&sub=0&subid=&sid=1&string=ethikkomitee>, verfügbar am 19.12.2012 um 10.04 Uhr

**Lubatsch, Heike:** Pflegeethik [http://www.ekd.de/sozialethik/download/Pflegeethik\\_red-1\\_24\\_8\\_.pdf](http://www.ekd.de/sozialethik/download/Pflegeethik_red-1_24_8_.pdf), verfügbar am 02.01.13 um 12.56 Uhr

**May, Arnd T.; Simon, Alfred:** Ethikberatung im Krankenhaus, Internetportal für klinische Ethikkomitees, Konsiliar- und Liasondienste, <http://www.ethikberatung.uni-goettingen.de/index.php?zeige=startseite.php&rubrik=Startseite>, verfügbar am 17.12.2012 um 11.25 Uhr

**Statistisches Bundesamt (2012):** Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2011, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/> verfügbar am 17.12.2012 um 11.36 Uhr

## **Anlage**

E-Mail von Dipl.- Sozialarbeiterin (FH) Karin Schumann, Vorstandsmitglied des Ethikkomitees der Klinikum Chemnitz gGmbH



Sehr geehrte Frau Dietel,

gern können Sie das Klinische Ethikkomitee (KEK) in Ihrer Arbeit vorstellen.

Die drei Arbeitsbereiche eines KEK haben Sie sicherlich gelesen im Flyer, Intranet oder Internet der Klinikum Chemnitz gGmbH: Fort- und Weiterbildungen, Leitlinien, ethische Fallbesprechungen.

Die Implementierungsphase eines KEK dauert über einen längeren Zeitraum. Deswegen haben wir noch nicht so viele Erfahrungen.

Die Gründungsphase dauerte von März bis September 2011. Wir haben Grundlagen, Formulare und Leitfäden erarbeitet.

Danach wurden 27 Mitglieder aus allen Berufsgruppen von der Geschäftsleitung in das Klinische Ethikkomitee berufen.

4 Mitglieder absolvierten eine Moderatorenausbildung und ich bin noch über der Ausbildung zur Ethikberaterin (im Dezember letzter Kurs - im März 2013 Urkunde).

Wir führen 4xj. Sitzungen durch, welche durch den Vorstand vorbereitet werden und die Sitzungen beinhalten immer einen Fachvortrag zu ethischen Themen.

In 2011 und 2012 führten wir je ein Inhouse-Seminar für die KEK Mitglieder durch.

Im Bildungszentrum führen wir 4xj. Einen Workshop für Interessierte durch, um in ethischen Fragestellungen zu sensibilisieren, die Kompetenz zu erhöhen. Die Teilnehmenden der Fortbildungen im Bildungszentrum gaben uns ein positives Feedback (wir wünschen uns noch mehr Beteiligung) und sind der Meinung, dass es an der Zeit war, ein KEK zu implementieren.

In allen Bereichen der Klinikum Chemnitz gGmbH haben wir das KEK mit seinen Inhalten, Zielen und Absichten vorgestellt. Auch dort erfuhren wir eine positive Resonanz.

Im Jahr 2012 hatten wir bisher 7 Anfragen zu ethischen Fallbesprechungen, welche angefordert wurden von: 2xPatientenvertreter (Angehörige), 1xTherapeut, 2xPflegepersonal, 2xärztl.Personal. Themen waren: 4xUmsetzung des Patientenwillens im Zusammenhang mit Ernährung am Lebensende, 1xTherapiezieländerung, 1xUnzufriedenheit mit Behandlung, 1xstat. Behandlung gegen Patientenwillen.

Anfordernde Bereiche waren 6xsomatischer Bereich (Neurologie, Pulmologie, ITS) und 1xPsychiatrie.

Bei 2 Anforderungen fand keine Fallbesprechung mehr statt, weil der Patient verstorben war. In 3 Besprechungen konnte ein Konsens zwischen allen Beteiligten erreicht werden. Die Beteiligten waren zufrieden und fanden gut, dass die Möglichkeit der ethischen Reflexion angeboten wird.

Wir sind weiterhin dabei, spezielle Leitlinien nach ethischen Gesichtspunkten zu prüfen und auch dahingehend zu erweitern, z.B. Umgang mit Sterbenden.

Mehr Resonanz haben wir noch nicht. Aber für die kurze Zeit können wir durchaus zufrieden sein mit der Entwicklung. Im Laufe der Zeit, wird unser Angebot noch überall ankommen und dann ist es durchaus erweiterbar, z.B. Ethikvisiten, 1xj.Ethiktag usw.

Sie können auch schauen unter [www.ethikkomitee.de](http://www.ethikkomitee.de)  
<<http://www.ethikkomitee.de/>>  
Dort finden Sie alle wichtigen Grundlagen und unter Einrichtungen auch  
die Klinikum  
Chemnitz gGmbH.

Gern stehe ich für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Karin Schumann  
Dipl. Sozialarbeiterin (FH)  
Abteilungsleiterin - Zentraler Sozialdienst -

Cc Klinik-Verwaltungsgesellschaft Chemnitz mbH  
PF 948  
09009 Chemnitz  
Tel.: 0371 333 33890  
Fax: 0371 333 33888

\* <mailto:karin.schumann@skc.de>

Cc Klinik-Verwaltungsgesellschaft Chemnitz mbH  
Flemmingstraße 2  
09116 Chemnitz

<http://www.klinik-verwaltung-chemnitz.de>

---

Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Rolf Krebiehl, Dipl.-Kfm. Lars Kockisch  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Eberhard Langer  
Handelsregister Amtsgericht Chemnitz HRB 17485  
Steuer-ID-Nr. gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz DE 160104141

Vertraulichkeitshinweis:

Diese Nachricht ist ausschließlich für die Personen bestimmt, an die sie  
adressiert  
ist. Sie kann vertrauliche und/oder nur für den/die Empfänger bestimmte  
Informationen enthalten. Sollten Sie nicht der bestimmungsgemäße  
Empfänger sein,  
kontaktieren Sie bitte den Absender und löschen Sie die Mitteilung.  
Jegliche  
unbefugte Verwendung der Informationen in dieser Nachricht ist untersagt.

P Think before you print.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Claudia Dietel [<mailto:cschebsd@hs-mittweida.de>]

Gesendet: Donnerstag, 25. Oktober 2012 08:50  
An: Schumann, Karin Dipl.-Sozialarbeiterin  
Betreff: Anfrage Bachelorarbeit

Sehr geehrte Fr. Schumann,

derzeit befinde ich mich in der Vorbereitungszeit für meine Bachelorarbeit. Diese soll sich mit dem Thema, der ethischen Aspekte in der Sozialen Arbeit, beschäftigen. Ich würde gern versuchen darzustellen wie wichtig es ist, die ethischen Grundlagen zu beachten um moralische Entscheidungen treffen zu können. Gerade wir, als Sozialarbeiter, können sehr großen Einfluss auf unsere Klienten und Kollegen anderer Arbeitsbereiche nehmen.

Als Praxisbeispiel würde ich gern das Ethikkomitee des Klinikums vorstellen. Ich möchte gern versuchen aufzeigen, dass auch Unternehmen die Notwendigkeit dieser Aspekte erkannt haben und das Abwägen verschiedener Meinungen und die Mitbestimmung des Patienten/ Angehörigen immer mehr Beachtung findet. Zudem möchte ich gern den Aspekt der Selbstbestimmung und Verantwortung, welches Patienten somit wieder zugesprochen wird, einbringen.

Jedoch wollte ich Sie, als Mitglied des Vorstandes, fragen, ob ich die Arbeit des Ethikkomitees, in dem geplanten Rahmen, vorstellen darf?

Und ob Sie mir evtl. Daten/ Zahlen übermitteln könnten, die wiedergeben wie Ihre Arbeit von Patienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen angenommen wird?

Mit freundlichen Grüßen

Ihre ehemalige Praktikantin Claudia Dietel

## **Selbstständigkeitserklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift