

Aus dem Fachgebiet Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Medizinischen Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Leiter: Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

**Die disziplinäre Entwicklung der Klinischen Ethikberatung
im deutschsprachigen Raum**
Eine Inhaltsanalyse der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der
Medizinischen Fakultät Mannheim
der Ruprecht-Karls-Universität
zu
Heidelberg

vorgelegt von
Laura Katharina Dewies

aus
Mönchengladbach

Mannheim 2018

Dekan: Prof. Dr. med. Sergij Goerd
Referent: Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	1
2 Material und Methoden	6
3 Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethikberatung	9
4 Das theoretische Konzept Klinischer Ethikberatung	22
4.1 Qualitäten eines Ethikberaters	22
4.2 Anforderungen an die Klinische Ethikberatung	33
5 Die Implementierung der Klinischen Ethikberatung an deutschen Krankenhäusern	45
6 Gründe und treibende Kräfte für die Implementierung Klinischer Ethikberatung	58
7 Die Umsetzung im klinischen Alltag anhand von Beispielen	69
7.1 Das KEK des Universitätsklinikums Erlangen	69
7.2 Das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover	81
7.3 Der Klinische Ethikberatungsdienst des Universitätsklinikums Freiburg	91
7.4 Das KEK des Universitätsklinikums Mannheim	97

8 Probleme bei der praktischen Umsetzung Klinischer Ethikberatung	108
8.1 Ethische Entscheidungsfindung bei klinischen Konflikten	108
8.2 Delegation der Verantwortung als Risiko Klinischer Ethikberatung	121
8.3 Einfluss und Beeinflussung Klinischer Ethikberatung	128
8.4 Evaluation der Klinischen Ethikberatung	133
9 Diskussion	144
9.1 Methodische Einschränkungen	144
9.2 Übergeordnete Ziele Klinischer Ethikberatung	145
9.3 Bewertung der Entwicklung Klinischer Ethikberatung	150
10 Zusammenfassung	157
11 Literaturverzeichnis	159
Lebenslauf	
Danksagung	

1 Einleitung

Zu allen Zeiten sind der Entwicklung der Medizin hauptsächlich zwei Hindernisse entgegentreten, die Autoritäten und die Systeme.“

Rudolf Virchow (1821 – 1902)¹

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Medizin und das gesamte Gesundheitssystem erheblich verändert. Es wurden neue Therapiemöglichkeiten entwickelt und zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten verbessert. Gleichzeitig entstand aber durch die höhere Lebenserwartung ein größerer Bedarf nach diesen Behandlungsmöglichkeiten. Auch die zunehmende erwerbswirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Gewinnmaximierung veränderte die Identität der Gesundheitsberufe, die in einen Konflikt zwischen ihrer Stellung als „heilende Helfer“ und einer profitorientierten Dienstleistung geraten sind. Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf die Arbeitsweise des Gesundheitssystems. So entstanden neue, moralbezogene Konfliktsituationen, die das Bedürfnis nach einer unabhängigen Beratung für diese Fragen weckten. Besonders die Intensivmedizin muss sich zunehmend mit Aspekten wie dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Ökonomisierung des Gesundheitssektors auseinandersetzen. In diesen Konfliktsituationen, in denen fraglich ist, welche Handlung moralisch vertretbar beziehungsweise richtig wäre, soll nun die Klinische Ethikberatung eine Lösung finden.

Seit 1997 wird in Deutschland über diese Entwicklung diskutiert, und es wird eine solche Institution inzwischen als Qualitätskriterium von Krankenhäusern betrachtet. Aus diesem Grund gibt es mittlerweile eine große Anzahl dieser Beratungsinstitutionen. Doch ob das theoretische Konzept wirklich umgesetzt wird oder überhaupt umsetzbar ist, bleibt bislang offen. Aus diesem Grund wird sich diese Arbeit mit der Entwicklung der Klinischen Ethikberatung und deren Folgen auseinandersetzen. Sie wird das ursprüngliche Konzept darstellen und dessen Umsetzung erläutern. Dabei ist auch zu hinterfragen, ob die Institutionen der Ethikberatung im klinischen Alltag für Patienten und Ärzte vorteilhaft sind, oder ob sie vor allem aus professionsbezogenen Gründen einer Expansion des Fachgebiets Medizinethik eingeführt wurden.

¹ Zitiert nach Hohmann (1954), S. 15.

Weiterhin soll ein Ausblick über die weitere Entfaltung und mögliche Verbesserungen dieses Gebietes erörtert werden.

Bevor die Geschichte der Klinischen Ethik-Komitees in Deutschland geschildert wird, soll ein Exkurs die Entwicklung dieser Institution in den Vereinigten Staaten darstellen, da die Ethikberatung dort schon Jahrzehnte zuvor eingeführt wurde. Sie diene anfangs als Leitbild für die deutsche Entwicklung, weshalb es sinnvoll ist, sich zunächst mit der amerikanischen Entstehung der Klinischen Ethik-Komitees (KEKs) auseinanderzusetzen. In den USA begann die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung während der 1950er Jahre. Zunächst wurde sie von konfessionellen Krankenhäusern als Instanz eingesetzt, um „religiös geprägte Moralauffassungen“ zu betonen.² Diese Funktion der Ethikberatung änderte sich durch den Gerichtsstreit um die Intensivpatientin Karen Ann Quinlan (1954 – 1985). Im Rahmen dieser juristischen Auseinandersetzung wurde 1976 ein Präzedenzfall geschaffen, als der *New Jersey Supreme Court* die Einsetzung eines ethisch beratenden Gremiums empfahl, um bei einem moralischen Konflikt zu beraten und so zu einer Lösung beizutragen.³ Es ging in diesem Fall um die Frage, ob die Einstellung der Beatmung der Patientin durch die Eltern rechtens wäre oder nicht. Zur Entscheidung dieser Frage forderte das Gericht die Einschaltung eines Ethik-Komitees. Dieser Prozess steigerte das öffentliche und politische Bewusstsein für moralische Implikationen des Gesundheitssystems stark.

Als Reaktion darauf setzte der amerikanische Kongress im November 1978 unter Präsident Jimmy Carter (*1924) die *President's Commission* ein, die sich über einen Zeitraum von vier Jahren mit moralischen und rechtlichen Problemen in der Medizin und Forschung beschäftigen sollte.⁴ Diese Institution entwarf Empfehlungen für die Arbeitsweise ethischer Beratungsinstitutionen und diente als eine Art „Prototyp“ der Klinischen Ethik-Komitees. Den Empfehlungen folgten stark steigende Implementierungsraten in amerikanischen Krankenhäusern. Während 1983 nur 1% der Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten ein Ethik-Komitee eingeführt hatte, waren es 1989 schon 60% und 1999 sogar 93%.⁵ Seit 1992 wird von der *Joint Commission*⁶ eine

² Bockenheimer-Lucius/May (2007), S. 332.

³ Supreme Court of New Jersey (1976), S. 37.

⁴ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1983), S. 1.

⁵ Agich (2009), S. 4.

⁶ Die *Joint Commission* ist die wichtigste Organisation in den USA für die Zertifizierung von Krankenhäusern.

Institution der Klinischen Ethikberatung für die Akkreditierung von Krankenhäusern gefordert.⁷ Mit dieser Veränderung war ein KEK nicht mehr nur optional, sondern obligatorisch, sofern sich eine Klinik zertifizieren lassen wollte. Damit kann der starke Anstieg nach der Aufnahme der Ethikberatung in den Zertifizierungskatalog erklärt werden.

In Deutschland orientierten sich die ersten KEKs stark an den bereits existierenden Modellen in den USA. Da dort schon theoretische und praktische Erfahrung bestand, richteten sich die deutschen Initiatoren zunächst nach deren Beispiel. Der heutige Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum, Prof. Dr. Jochen Vollmann (*1963), kritisierte dieses Vorgehen schon im Jahre 2001. Ein eigenständiges europäisches Konzept ließe sich durch den internationalen Austausch erarbeiten und sei erstrebenswerter als die amerikanischen Methoden nachzuahmen und sie kritiklos zu übernehmen.⁸

Die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung begann in Deutschland mit der Gründung der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) im Jahre 1986. Sie ist die offizielle deutsche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Medizin- und Bioethik. Seit 1989 wird von der AEM die Zeitschrift *Ethik in der Medizin* publiziert, die seither als Plattform für die Diskussion ethischer Themen dient.⁹ Die AEM initiierte die Gründung der ersten Klinischen Ethikberatungsdienste ab dem Jahr 1990.¹⁰ Ungeachtet dessen begann der rege öffentliche Diskurs über die Einführung dieser Institutionen in Krankenhäusern erst 1997 mit der Stellungnahme des katholischen und des evangelischen Krankenhausverbandes. Darin wurden die Erfahrungen der Krankenhäuser geschildert, die bereits eine solche Institution hatten und die Einrichtung einer derartigen Beratungsstelle empfohlen. Die beiden Verbände beschrieben weiterhin, dass KEKs sich in solchen Krankenhäusern ansiedelten, die ethische Konflikte als solche erkannt hatten und sie bewusst angingen.¹¹ Diese Aussage impliziert, dass es Zeichen einer hohen Qualität sei, wenn Krankenhäuser ein Organ der Ethikberatung vorweisen können. Weil mit dieser Publikation vor allem konfessionelle Häuser angespro-

⁷ Schyve (1996), S. 16.

⁸ Vollmann (2001), S. 262.

⁹ Illhardt/Seidler (1989), S. 26.

¹⁰ Winkler (2009), S. 311.

¹¹ Deutscher evangelischer Krankenhausverband e.V., Deutscher katholischer Krankenhausverband e.V. (1997), S. 16.

chen wurden, ist die Annahme plausibel, dass die Profilierung der konfessionellen Krankenhäuser gegenüber staatlich oder privat geführten Häusern ein maßgebliches Interesse dieser Empfehlung war.

Der Aufruf der beiden Verbände richtete sich primär an konfessionelle Häuser, die zu diesem Zeitpunkt etwa ein Drittel der deutschen Krankenhäuser ausmachten. In einer Umfrage aus dem Jahre 2001 gaben 30 Kliniken an, eine Ethikberatungsstelle als Resonanz auf die Aufforderung der christlichen Verbände eingerichtet zu haben; weitere 17 befanden sich zu dieser Zeit im Aufbau. Vor dieser Veröffentlichung hatten nur 6 Häuser eine solche Einrichtung.¹² Die meisten nicht konfessionellen Krankenhäuser, darunter auch die Universitätsklinika, richteten Institutionen der Ethikberatung erst später ein.¹³ Ähnlich wie in den USA begann also auch in Deutschland die Einführung der Klinischen Ethikberatung in den konfessionellen Häusern.

Die Ausweitung der institutionalisierten Ethikberatung auf nicht konfessionelle Krankenhäuser erfolgte aufgrund verschiedener Impulse. 2005 veröffentlichte die UNESCO die *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, in der sie die Verbindung zwischen Ethik und Menschenrechten betonte und die Bioethik als ein Mittel zur Bewahrung dieser Rechte einstufte.¹⁴ Mit der Unterzeichnung der Deklaration stimmten die beteiligten Staaten zu, die Einrichtung von Ethik-Komitees zu unterstützen.¹⁵ Einen weiteren Anstoß für die Implementierung der Klinischen Ethikberatung gab 2006 die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) mit einer Empfehlung, wie diese Institutionen aufgebaut und geführt werden könnten. In dieser Stellungnahme befürwortete die ZEKO die steigende Zahl der Ethik-Komitees und „ermuntert[e] zur Einrichtung eines solchen Angebotes, wo es noch nicht besteht.“¹⁶ Die zumindest formal von der Bundesärztekammer unabhängige ZEKO positionierte sich somit eindeutig als Unterstützerin der Ethikberatung, wodurch die Einrichtung eines ethischen Beratungsgremiums auch für nicht konfessionelle Häuser interessanter wurde. Der ursprüngliche Impuls für die Einführung Klinischer Ethik-Komitees ging von der ZEKO und somit zumindest mittelbar von der Bundesärztekammer aus, wenn man von den christlichen Verbänden absieht. Dies ist insofern

¹² Simon (2001), S. 225.

¹³ Kettner/May (2002), S. 295.

¹⁴ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2006), Foreword (o. S.).

¹⁵ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2006), Article 22 (o. S.).

¹⁶ ZEKO (2006), S. 331.

bemerkenswert, als später gerade Ärzte den relativ größten Widerstand gegen die Einführung dieser Komitees in Krankenhäusern leisteten.¹⁷

Im Jahre 2007 verfügten bereits 312 von 483 befragten Krankenhäusern über eine Ethikberatung.¹⁸ 2014 zeigte eine Befragung zur Implementierung der Klinischen Ethikberatung in Deutschland, dass 84,2% von 190 der befragten, konfessionellen Krankenhäuser eine Institution zur Ethikberatung eingeführt hatten und 7,4% sich in der Aufbauphase befanden. Bei den nicht konfessionellen Häusern besaßen 69,9% der 339 Befragten eine solche Institution, und bei 7,4% befanden sich zu diesem Zeitpunkt Strukturen einer Ethikberatung im Aufbau¹⁹ Demnach stieg die Anzahl der Einrichtungen zur Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern stark an. Ob diese Entwicklung auf die große Akzeptanz und Bewährtheit der Ethikberatung beruht, oder welche anderen Gründe sich dahinter verbergen könnten, wird im Rahmen dieser Arbeit näher zu prüfen sein. Als weitere Parallele zu den USA wird auch in Deutschland der starke Anstieg der eingerichteten KEKs mit dem Einbezug dieser in den Zertifizierungsprozess in Verbindung gebracht. Denn auch hier wurden diese Einrichtungen in den Katalog aufgenommen.^{20,21}

¹⁷ Schochow et al. (2014), S. 2181.

¹⁸ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 149.

¹⁹ Schochow et al. (2014), S. 2180.

²⁰ KTQ (2004), S. 152.

²¹ Dörries et al. (2010), S. 721.

2 Material und Methoden

Ausgangspunkt der Recherche zu dieser Arbeit waren die Veröffentlichungen der im Heidelberger Springer-Verlag erscheinenden Zeitschrift *Ethik in der Medizin*, die seit 1989 vierteljährlich erscheint. Die Veröffentlichungen ab Heft 1/1998 sind auf der Internetseite des Springer-Verlags verfügbar.²² Da die Empfehlung der evangelischen und katholischen Krankenhausverbände 1997 als Beginn des öffentlichen Diskurses in Deutschland betrachtet werden kann,²³ sind die davor liegenden Ausgaben nicht in die Recherche integriert worden. Ältere Publikationen aus den 1980er und 1990er Jahren beziehen sich auf Erfahrungen der Ethik-Komitees in den Vereinigten Staaten. Die in Frage kommenden Ausgaben bis zum heutigen Zeitpunkt (Februar 2018) umfassten 1.118 Artikel, die systematisch gesichtet wurden. Mit Hilfe der Übersicht aller Artikel je Ausgabe, die Autor und Titel beinhaltet, konnten alle thematisch passenden Artikel ausgewählt werden. Dieses Textmaterial wurde anschließend gelesen und je nach Relevanz beibehalten oder aus der Analyse wieder ausgeschieden. Die als thematisch passend eingestuften Veröffentlichungen wurden mit Hilfe der Textbearbeitungswerkzeuge des *Adobe Acrobat Readers* markiert und kommentiert, um wichtige Aussagen kenntlich zu machen. Anschließend fand eine Sortierung mittels Excel-Tabellen nach Kategorien wie Autor, Erscheinungsjahr und Thematik statt. Durch die thematische Sortierung konnten die hauptsächlichen Diskursstränge identifiziert werden, die letztendlich die Gliederung dieser Arbeit bedingten.

Die Fachzeitschrift *Ethik in der Medizin* ist das Publikationsorgan der Akademie für Ethik (AEM).²⁴ Sie eignet sich gut, um die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung in Deutschland darzustellen, da die AEM als offizielle Fachgesellschaft eine treibende Kraft hinter dem Fortschritt dieses Gebietes ist. Die Zeitschrift besitzt einen Impact Faktor von 0,326 und einen *Usage Factor*²⁵ von 160.²⁶ Damit ist sie die wichtigste Fachzeitschrift für Medizinethik in Deutschland. Sie eignet sich als Ausgangspunkt der Recherche, da verschiedene Autoren in *Ethik in der Medizin* publizieren und so eine Vielfalt von Positionen und Aspekten dargeboten wird. Sie publiziert Übersichts-

²² Springer International Publishing AG (o. J.).

²³ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997).

²⁴ Akademie für Ethik in der Medizin (o. J.).

²⁵ Der *Usage Factor* wird aus dem Median der Downloads eines bestimmten Zeitraums für alle währenddessen publizierten Artikel kalkuliert.

²⁶ Springer (2016).

und Originalarbeiten sowie Fallstudien und Leserbriefe. Die Publikationen unterliegen – trotz einer inzwischen doppelt verblindeten externen Begutachtung – der Auswahl der Herausgeber. Es ist daher anzunehmen, dass vor allem in den ersten Jahrgängen mit der Redaktion und der AEM konforme Positionen stärker vertreten sind als solche, die ihnen widersprechen. Da die *Ethik in der Medizin* aber die größte deutsche Fachzeitschrift für Medizinethik ist, stellt sie dennoch eine Vielzahl verschiedener Autoren und Positionen öffentlich dar und eignet sich daher als Anfangspunkt der Recherche. Eine weitere thematisch passende Fachzeitschrift ist in Deutschland die im Schwabenverlag erscheinende *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* (ZfME). Auch sie hätte als Ausgangspunkt der Recherche dienen können. Da die ZfME erst seit 1992 unter diesem Namen erscheint, während sie (gegründet 1954) zuvor den Titel *Arzt und Christ* trug, eignete sich die *Ethik in der Medizin* jedoch besser für eine kontinuierliche longitudinale Auswertung des Diskurses.²⁷

Die Ausweitung der Suche nach weiteren Publikationen erfolgte mittels des Schneeball-Prinzips. Bei den bereits verwendeten Artikeln wurden die Quellenangaben auf relevante Themen durchsucht. Dafür wurde zunächst die Relevanz beurteilt, wobei Titel, Autor und Erscheinungsjahr einbezogen wurden. Wenn dieser thematisch passte, wurde die entsprechende Veröffentlichung mit Hilfe von Portalen wie *Pubmed* und *Livivo* gesucht. Die dort regelhaft vorhandene Zusammenfassung diente der weiteren Sortierung in relevante und irrelevante Publikationen. Als hilfreich eingestufte Artikel wurden anschließend nach dem bereits erläuterten System bearbeitet und sortiert. Erweiternd wurden Veröffentlichungen zu spezifischen Themen mittels ausgewählter Suchcluster gefunden und nach Relevanz sortiert. Dies geschah sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch. Auch nach bestimmten Autoren, die zahlreiche Publikationen zur Klinischen Ethik verfasst hatten, wurde explizit gesucht. Insgesamt wurde so die Suche möglichst breit gefächert, um eine vielseitige Auswahl an Publikationen zusammenzustellen und somit eine große Variation an Positionen wiedergeben zu können. Der Schwerpunkt der Analyse wurde auf die Positionen der Klinischen Ethiker gelegt. Sie sind dabei als Interessenvertreter dieser Fachrichtung zu betrachten.

Insgesamt konnten auf diese Weise Quellen aus einem Zeitraum von rund 40 Jahren eingebracht werden, mit deren Hilfe sich die Entwicklung der Klinischen Ethik rekon-

²⁷ Zeitschrift für medizinische Ethik (o. J.).

struieren lässt. Weiterhin wurden Publikationen anhand ihrer Titel und Zusammenfassungen gewertet und nur bei wahrscheinlicher Relevanz komplett gelesen. Dennoch hätten vermutlich einige dieser Quellen eine Berechtigung gehabt, im Rahmen dieser Arbeit näher analysiert und aufgeführt zu werden. Dieser Anspruch hätte den Umfang dieser Dissertation allerdings gesprengt, weswegen eine Begrenzung der Recherche nötig war.

3 Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethikberatung

Generell ist jede Form Klinischer Ethikberatung von der Tätigkeit der sogenannten *Ethikkommissionen* abzugrenzen, die durch den Gesetzgeber verpflichtet sind, medizinische Forschung am Menschen dahingehend zu prüfen, ob der Nutzen in einem ethisch akzeptablen Verhältnis zum Risiko für die Versuchsperson steht. Demnach sind sie dafür verantwortlich, Forschungsprojekte ethisch zu hinterfragen und diese gegebenenfalls zu befürworten oder abzulehnen. Die Klinische Ethikberatung ist dagegen rein fakultativ und vollzieht sich auf der Ebene einzelner Einrichtungen, wobei sich jede Institution das für sie passendste Modell aussucht. Sie bezieht sich auf die Regelbetreuung von Patienten²⁸ im Krankenhaus. Die Anzahl dieser Einrichtungen ist in den deutschen Krankenhäusern seit dem Anstoß der katholischen und evangelischen Kirche in ihren Empfehlungen von 1997 deutlich gestiegen.²⁹ Bevor die Hintergründe dieser Entwicklung näher erläutert werden, sollen in diesem Kapitel zunächst die verschiedenen Formen der Klinischen Ethikberatung aufgeführt und verglichen werden, um einen Überblick zu gewährleisten

Nach einer Studie aus dem Jahr 2014 war zu diesem Zeitpunkt das Klinische Ethik-Komitee (KEK) die beliebteste Form der Ethikberatung. So haben 86,8% der befragten Krankenhäuser sich für ein KEK entschieden.³⁰ Bei einem Klinischen Ethik-Komitee handelt es sich um eine interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe von Mitgliedern, deren Anzahl je nach Größe der Institution variiert. Die Mitglieder sollten sich im Idealfall aus allen Professionen der Krankenhausmitarbeiter zusammensetzen, wie Vertretern der Ärzte, Pflegekräften und Ausbildern. Dabei wäre es ebenfalls wünschenswert, dass sich verschiedene Hierarchieebenen einbringen, wobei diese Differenzen innerhalb des Komitees keinen Einfluss auf das Gewicht der Meinung des Einzelnen haben sollten. Zusätzlich zu den hausinternen Mitgliedern empfiehlt die AEM, externe Perspektiven zu integrieren, indem Mitgliedschaften von Patienten oder anderweitig medizinisch engagierten Mitbürgern gefördert werden. Besonders

²⁸ Im Folgenden wird zugunsten der Kürze und Lesbarkeit für die Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen stets die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter wie hier Patientinnen und Patienten.

²⁹ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997).

³⁰ Schochow et al. (2014), S. 2180.

sinnvoll sei dabei die Beteiligung von „Menschen mit einem juristischen, seelsorgerlichen/religiösen, psycho-sozialen und administrativen beruflichen Hintergrund“.³¹

Aus der Zusammensetzung des Klinischen Ethik-Komitees wird deutlich, dass es als ein breit aufgestelltes Beratungsgremium angedacht ist. Dabei soll ein Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gefördert werden, damit keine berufsgruppenspezifische Haltung dominiert. Hierbei ist die Beteiligung von Verwaltungskräften umstritten. Verwaltungsmitarbeiter eines Krankenhauses haben ein Interesse daran, ein möglichst geringes finanzielles Risiko für ihren Betrieb einzugehen, da sie Therapien nicht aus der therapeutischen sondern aus der ökonomischen Perspektive betrachten. Demnach könnte man ihnen vorhalten, dass sie womöglich nicht das Interesse des Patienten, sondern jenes des Krankenhauses an erste Stelle setzen. Im Kontrast dazu könnte eine solche Meinung aber auch positiv als Gegenpol zu den Einstellungen und Interessen des therapeutisch tätigen Klinikpersonals gesehen werden.³² Verwaltungsangestellte könnten eine gänzlich neue Perspektive in Diskussionen einbringen und somit unter Umständen bereichernd wirken.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass externe Mitglieder das Perspektivenspektrum erweitern und die behandelten Probleme aus einem anderen Blickfeld beleuchten. Eine Mitgliedschaft in einem KEK ist durchaus aufwändig, da die Mitglieder - neben den Aktivitäten des Komitees selbst - weiterhin dazu aufgerufen sind, sich kontinuierlich weiterzubilden. Dabei verpflichten sie sich für zwei bis drei Jahre zur Mitarbeit im KEK. Zusätzlich setzt die Arbeit des Komitees voraus, dass die Mitglieder kommunikativ und diskursiv ausreichend qualifiziert sind. Folglich muss sich jedes Krankenhaus auf die Suche nach Mitgliedern begeben, die qualifiziert und gewillt sind, diese Zeit zu investieren. Das Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen ist mit der Zusammensetzung bei seiner Entstehung ein Beispiel, das den Vorgaben der Akademie für Ethik in der Medizin entspricht. Das aus 19 Mitgliedern bestehende Komitee setzt sich aus 9 verschiedenen Berufsgruppen zusammen, wobei 5 dieser Berufsgruppen externe Fachleute sind. So beteiligen sich 5 Mitarbeiter der Pflege, 7 Ärzte,³³ die sich aus verschiedenen Disziplinen zusammensetzen, je 1 Klinikseelsor-

³¹ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010), S. 151.

³² Winkler (2009), S. 20-21.

³³ Diese bestehen aus Chefarzten, Oberärzten und Assistenzärzten, wodurch eine Durchmischung der Hierarchien gewährleistet ist.

ger, Patientenfürsprecher und Mitarbeiter der technischen Versorgung. Die 4 externen Fachleute setzen sich aus je 1 Philosophen, Theologen, Medizinethiker und Medizinhistoriker zusammen.³⁴ Dementsprechend sind die Vorgaben der Akademie für Ethik in der Medizin zumindest an den Universitätsklinika durchaus umsetzbar.

Dass eine größere Gruppe von Mitgliedern die Diversität der Meinungen fördert und so zu einer breiteren Diskussion führt, wird von der AEM befürwortet. Dagegen spricht allerdings die Erfahrung, dass in der Praxis das Gruppendenken stärker wird, je größer die Anzahl der Mitglieder ist. Dementsprechend führt eine große Gruppe dazu, dass die gebotenen Informationen dahingegen selektiert werden, dass sich die Mitglieder in ihrer Position gegenseitig bestätigen und die kontroversen Fakten nicht weiter beachten.³⁵ Das würde dazu führen, dass weniger Kontroversen entstünden und der eigentliche Sinn der multiprofessionellen Zusammensetzung verloren ginge. Allerdings spricht dieses Argument nicht unbedingt gegen die Zusammensetzung eines KEK aus verschiedenen Professionen, da ein Komitee aus nur einer Profession und wenigen Mitgliedern automatisch zu dem Zustand einer eingeschränkten Meinungsvielfalt führen würde. Demnach sollte der Vorsitzende eines KEK im Hinblick auf die Entwicklung einer solchen Gruppendynamik sensibilisiert sein und ihr entgegensteuern, um Diskussionen zu fördern und so die Entscheidungsbildung beruhend auf der Diversität der Positionen zu bewahren. Bei einer großen Gruppe besteht weiterhin das Risiko, dass sich das einzelne Mitglied nicht gänzlich verantwortlich für das Urteil des gesamten Komitees fühlen, was dazu verleiten könnte, die Beratung nicht ernst genug zu nehmen oder radikalere Positionen auszusprechen. Diesen Effekt bezeichnet Winkler als „Verwässerung der Verantwortlichkeit“.³⁶ Diese Dynamik kann sich bei einer Beratung durch eine einzelne Person dagegen nicht entwickeln, da der jeweilige Berater selbst die volle Verantwortung für sein Urteil übernehmen muss.

Ein weiteres Argument für die Multiprofessionalität des KEK ist, dass durch die verschiedenen Berufsgruppen keine einzelne Berufsgruppe dominiert – dies bezieht sich speziell auf den Klinischen Ethiker, der in einem KEK nicht als alleiniger Hauptakteur auftreten sollte. Denn im Fokus des Ethik-Komitees steht die Lösung eines

³⁴ Vollmann/Weidtmann (2003), S. 231.

³⁵ Winkler (2009), S. 318.

³⁶ Winkler (2009), S. 317.

ihm angetragenen Konfliktes und somit ein praktisches Anliegen. Wäre hauptsächlich der Klinische Ethiker für die Arbeitsweise und Entscheidungsfindung verantwortlich, bestünde die Gefahr, dass die Konfliktsituation zwar als Grundlage zur Erarbeitung von Moralreflexionen und Handlungstheorien genommen würde, die Arbeit des Komitees allerdings sehr abstrakt bliebe und den Antragsstellern nicht als Hilfestellung diene. Daher ist die Multiprofessionalität auch ein Mittel zur Gewährleistung eines praktischen Ansatzes, bei dem zwar der ethische Diskurs fachlich fundiert ist, wofür Klinische Ethiker durchaus wichtig als Mitglieder sind, aber der konkrete Konflikt im Vordergrund steht.³⁷

Bei der Entstehung einer solchen Institution im Krankenhaus sollte gewährleistet sein, dass sowohl die Mitarbeiter des Krankenhauses als auch die Leitungsebene das Komitee unterstützt. Folglich sollte der Wunsch nach einer solchen Einrichtung sowohl von den Mitarbeitern selbst geäußert werden (Bottom-up-Prinzip), als auch von dem Vorstand der Einrichtung und der Chefarztebene unterstützt werden, indem beispielsweise die Mitarbeit als Arbeitsstunden verrechnet werden (Top-down-Prinzip). Die AEM befürwortet daher, dass beispielsweise die „Berufung der Mitglieder eines Gremiums der Ethikberatung [...] durch die Leitungsebene“³⁸ vollzogen wird. Denn nur so könne die Verankerung des Komitees in den Klinikalltag gewährleistet werden. Die Art der Entstehung wirkt sich auf die spätere Arbeitsweise des KEK aus. So entsteht durch das Top-down-Prinzip eine stärkere Nähe zur Geschäftsführung, wodurch diese einen stärkeren Einfluss auf das KEK hat. Die daraus resultierenden Folgen werden in dem Kapitel *Einfluss und Beeinflussung der Klinischen Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern* erörtert.

Wenn ein Ethik-Komitee in einem Krankenhaus gegründet wurde, so kann es verschiedene Aufgaben erfüllen. Letztlich entscheidet jedes KEK über seine Satzung und somit über das Ausmaß seiner Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche. Dies birgt die Gefahr, dass die Klinische Ethikberatung von der Krankenhausbetriebsleitung aufgrund der Notwendigkeit für die Zertifizierung der Einrichtung ins Leben gerufen wird und sie anschließend nur auf dem Papier existiert bzw. kaum einen Stellenwert im Alltag des Krankenhauses erlangt. Die Satzung gibt den Komitees andererseits

³⁷ Bauer (2007), S. 209.

³⁸ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010), S. 150.

die Möglichkeit, sich an den jeweiligen Bedürfnissen des Krankenhauses zu orientieren. Ein aktives Ethik-Komitee hat im Krankenhaus drei große Aufgabenfelder: Die Beratung im Einzelfall, die Weiterbildung des Personals in ethischen Grundlagen und Fähigkeiten sowie die Entwicklung von Leitlinien.³⁹ In der Empfehlung der konfessionellen Krankenhäuser wurde 1997 allerdings die „Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen“⁴⁰ besonders betont, während weitere Aufgaben (noch) nicht explizit dargestellt wurden. Doch auch hier wurde bereits die Weiterbildung des Personals gewünscht, da die „Sensibilisierung der auszubildenden Ärzte und Pflegenden“⁴¹ als äußerst wichtig aufgeführt wurde. In dieser Quelle wird die Ausbildung eines ethischen Grundverständnisses und die Befähigung mit dementsprechenden Konfliktsituationen umzugehen auf die Auszubildenden beschränkt, was die bereits bestehenden Strukturen nicht mit einbezieht. Demnach würden viele Veränderungen erst eintreten, wenn die nächste Generation in führende Positionen eintritt, da die genannten Fähigkeiten nicht unbedingt bei ausgebildetem Personal vorausgesetzt werden können.

Zunächst soll die Einzelfallberatung dargestellt werden. Diese Tätigkeit übt das KEK aus, wenn seine Hilfestellung von Mitarbeitern, Patienten, Angehörigen oder der Verwaltung angefordert wird. Dabei dient das Ethik-Komitee als Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in unklaren Situationen, nimmt dem betroffenen Personal aber nicht die Verantwortung für die Entscheidung ab. Denn letztlich muss beispielsweise der behandelnde Arzt selbst seine Handlung legitimieren können und diese als bestmögliche Lösung ansehen, weshalb er auch nach einer ethischen Beratung die volle Verantwortung für sein Handeln behält. Es wird von ungefähr 86% der KEKs ein Konsiliardienst angeboten, wobei diese Fallberatung in verschiedenen Formen auftritt.⁴² So kann sie vom kompletten Komitee durchgeführt werden, das eine Vielzahl von Perspektiven, Professionen und Diskussionen umfasst. Folglich wird so dem beschriebenen Anspruch des breit aufgestellten Gremiums nachgekommen. Allerdings ist durch die hohe Anzahl der Teilnehmer einer solchen Sitzung auch die Flexibilität eingeschränkt, was in akuten Fällen problematisch sein kann. Des Weiteren kann eine hohe Anzahl von Teilnehmern für die zu beratenden Angehörigen auch ein-

³⁹ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010).

⁴⁰ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997), S. 16.

⁴¹ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997), S. 9.

⁴² Winkler (2009), S. 316.

schüchternd wirken. So könnten diese sich wie vor einem „Tribunal“⁴³ fühlen, was möglicherweise durch (nicht intendierte) Einschüchterung die Stellungnahmen der Angehörigen beeinflusst. So könnten diese sich nicht trauen, gegen einen Vorschlag des Komitees das Wort zu ergreifen oder intime Details über den Patienten zurückhalten, was aber ausschlaggebend für den Erfolg der Beratung ist. So würde indirekt das Ergebnis der Beratung ungünstig beeinflusst.

Aus diesen Gründen findet die Fallberatung durch das komplette KEK oft nur retrospektiv statt. Dort werden Fälle diskutiert und evaluiert, die ethisches Konfliktpotential aufwiesen. Sie werden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, und es werden sowohl das Vorgehen als auch der Prozess der Entscheidungsfindung untersucht. Dies alles findet aber zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die Konflikte schon entschieden wurden, sodass *de facto* kein Handlungsbedarf mehr besteht. Die retrospektive Aufarbeitung solcher Fälle ist wichtig zur Reflexion des Komitees und kann auch für die Erstellung von Leitlinien sinnvoll sein. Doch sie ist nicht hilfreich für diejenige Konfliktsituation, über die reflektiert wird, da diese schon vorbei ist und in der Situation selbst keine ethische Beratung durch das KEK stattgefunden hat. Allerdings kann eine solche retrospektive Betrachtung der Fälle auch zusätzlich zu einer Beratung durchgeführt werden, wobei die eigentliche Fallberatung in der konkreten Situation durch eine Untergruppe des Komitees durchgeführt wurde. Die anschließende Besprechung des Falls dient bei diesem Vorgehen der internen Qualitätssicherung des Komitees.

Aufgrund der oben erwähnten mangelnden Flexibilität des kompletten Komitees, werden die Einzelfallberatungen in manchen Krankenhäusern durch gesonderte Konsiliardienste durchgeführt. Diese Form der Beratung haben 19,6% der Kliniken gewählt.⁴⁴ Die Dienste bestehen meist aus drei Mitgliedern des Ethik-Komitees. Die Gruppe führt die Beratung selbstständig durch und trifft eigenständig die Entscheidung, welcher der zu empfehlende Lösungsansatz ist. Dazu trifft sie sich mit den verschiedenen Parteien, die an dem Konflikt beteiligt sind. Nur falls die drei Mitglieder des Konsiliardienstes keine Lösung für das vorliegende Problem finden können oder die Thematik völlig neuartig ist, wird der Fall doch von allen Mitgliedern gemeinsam

⁴³ Winkler (2009), S. 315.

⁴⁴ Schochow et al. (2014), S. 2180.

besprochen, um eine ausreichend durchdachte und mit den Zielen des Komitees übereinstimmende Strategie zu entwickeln. Dieses Vorgehen verspricht eine schnelle, effiziente Beratung sowie den Einbezug aller Betroffenen. Des Weiteren werden im Gegensatz zu der Beratung durch einen einzelnen Berater verschiedene Professionen repräsentiert, auch wenn es deutlich weniger sind, als bei einer Beratung durch das gesamte KEK.⁴⁵

Eine weitere Form der Fallberatung ist der einzelne Ethikberater. Hierbei handelt es sich um eine Person, die in beratender Funktion bei Konfliktsituationen agiert. Dieses Modell ist in den USA und Kanada verbreitet, während in Europa das KEK dominiert.⁴⁶ Da der Einzelberater keine internen Absprachen führen muss, ist diese Form der Beratung zeitlich sehr flexibel und schnell. Des Weiteren kann es vorteilhaft sein, im Einzelgespräch die Standpunkte der Beteiligten zu erfragen, da so keine Mehrheiten bestehen und somit eine Einschüchterung unwahrscheinlicher ist, wie sie zuvor als „Tribunalcharakter“ beschrieben wurde. Gleichzeitig wird hier die Perspektive einer einzelnen Person als ethische Beratung eingesetzt, wodurch unter Umständen nicht ausreichend vielfältig reflektiert wird. In der Diskurethik gilt die Argumentation als maßgebend für die „Richtigkeit“ einer These. Daher könnte ein einzelner Berater kaum das „Richtige“ in seinem ganzen Ausmaß erschließen, da ihm nicht genügend verschiedene Perspektiven und Meinungen vorlägen. Diese Theorie unterstützt auch der kommissarische Leiter des Instituts für Geschichte, Ethik und Philosophie in der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover Dr. Gerald Neitzke, für den die unterschiedlichen Bewertungsmuster eine jeweils individuelle Gültigkeit besitzen, durch die jede Position „richtig“ ist. Seiner Meinung nach bedarf es daher „einer Diskussion und Entscheidung im Team, um aus den vielen „gut gemeinten“ Lösungsvorschlägen die aus Sicht aller Betroffenen überzeugendste und tragfähigste [Lösung] herauszufinden.“⁴⁷ Dagegen spricht für das Modell der Einzelberatung, dass die Verantwortung der ausgesprochenen Empfehlung beim Berater liegt und er daher für seine Entscheidungen höchstpersönlich einsteht. Bei einer Gruppe von Entscheidungsträgern kann dagegen die bereits angesprochene „Verwässerung der Verantwortlichkeit“ auftreten.

⁴⁵ Winkler (2009), S. 315-316.

⁴⁶ Doran et al. (2016), S. 171.

⁴⁷ Neitzke (2006), S. 377.

Eine weitere Form der Klinischen Ethikberatung stellen die Ethikvisiten dar. Diese Art der Beratung findet beispielsweise auf der Pneumonologischen Intensivstation des Universitätsklinikums in Marburg statt. Dazu findet einmal wöchentlich eine oberärztliche Visite mit Beteiligung eines Ethikberaters statt. Dabei „finden am Krankenbett patientenbezogene Fallbesprechungen statt – wenn immer möglich unter Einbezug von Patienten und Angehörigen.“⁴⁸ Dieses Modell ist für Intensivstationen gedacht, da dort ethisch kritische Fragen gehäuft auftreten und für das Personal eine intensivierte ethische Beratung hilfreich sein kann. Gerade wegen der Häufigkeit der ethischen Konflikte wäre es praktisch kaum umsetzbar, in jeder Situation einen Antrag an das KEK zu stellen. Da soll eine regelmäßige Ethikvisite Abhilfe schaffen und allen Beteiligten Erleichterung bringen. Zusätzlich soll diese Form der Ethikberatung sich besser in den Stationsalltag einfügen ohne zusätzliche Arbeitsbelastung zu schaffen.⁴⁹ Dieses Modell setzt voraus, dass ein Klinischer Ethikberater wöchentlich abgestellt werden kann, um eine solche Visite durchzuführen. Zusätzlich muss sowohl der Ethikberater als auch die Stationsmitarbeiter sich zuvor auf die Visite vorbereiten und die benötigten Informationen sichten. Des Weiteren müssen Patienten oder Angehörige gefragt werden, ob sie eine Ethikvisite wünschen oder bereit wären, zu dieser beizutragen. Die Ethikvisite findet bisher primär auf Intensivstationen aus den zuvor beschriebenen Gründen statt. Es wäre durchaus vorstellbar, sie auf manche Normalstationen auszuweiten; sie könnte dort aber nur bei ausgewählten Patienten stattfinden, da nicht jeder Patient einer Ethikberatung bedarf. Ob der Bedarf auf einer regulären Station einen wöchentlichen Besuch eines Klinischen Ethikberaters rechtfertigt, müsste im Vorhinein geprüft werden.

Im Folgenden wird dargestellt, wie ein KEK bei Inanspruchnahme der Fallberatung vorgeht. Dieses Procedere kann auch auf die Beratung durch einen Konsiliardienst als Untereinheit des Komitees übertragen werden. Da es kaum publizierte Berichte über abgelaufene Fallberatungen und die Vorgehensweisen der Komitees gibt, beziehen sich diese Ausführungen primär auf allgemeine Quellen, die einen idealen Ablauf beschreiben. Ob die Umsetzung mit diesen Darstellungen übereinstimmt, ist nicht nachweisbar. Die Einzelfallberatung betrifft nur die Personen, die dem ethischen Konflikt selbst ausgesetzt sind, wie beispielsweise zwei Ärzte mit unterschied-

⁴⁸ Naumann (2008), S. 50-51.

⁴⁹ Kumpf/Hofbeck/Marckmann (2008), S. 52.

lichen Therapiekonzepten bei einem Patienten, der seine Wünsche nicht artikulieren kann. Sie setzt ein sicheres Umfeld voraus, das ein ruhiges Gespräch zulässt und sowohl die Einhaltung des Datenschutzes als auch der Schweigepflicht gewährleisten. Ein KEK wird nur auf Anfrage aktiv. So wird sichergestellt, dass die betroffenen Parteien dieser Beratung offen gegenüberstehen und sich aktiv an ihr beteiligen. Wenn eine solche Anfrage eingereicht wurde, kommt das Komitee je nach Dringlichkeit zu einer Eilsitzung zusammen, was eine gewisse Flexibilität der Mitglieder voraussetzt und daher keine Vollzähligkeit erfordert, oder der Fall wird in einem der regelmäßigen Treffen des KEK besprochen. Die gemeinsame Fallbesprechung findet in Form eines Gespräches statt, das durch ein Mitglied des KEK moderiert wird. Bei der Beratung werden gezielt Patienten, Ärzte, Pflegepersonal und generell alle Betroffenen mit einbezogen. Dabei kann es auch sinnvoll sein, Folgeberatungen abzuhalten.⁵⁰ Diese Form der Beratung setzt voraus, dass der Moderator sich vorbereitet, kommunikativ und organisatorisch versiert ist, zeitliches Engagement aufbringt und ausgeprägte ethische Kenntnisse aufweist.

Wenn das KEK bzw. der Konsiliardienst intern beraten hat, welche Vorgehensweisen möglich wären, so muss eine Entscheidung getroffen werden. Da innerhalb des Komitees keine Rangordnung bestehen sollte und somit – jedenfalls im Idealfall – das Urteil des Chefarztes nicht mehr Gewicht hat als jenes des Assistenten oder der Krankenschwester, müssen die Mitglieder argumentativ über die Möglichkeiten diskutieren und gegebenenfalls durch eine Abstimmung eine Entscheidung treffen. Dabei formuliert nach ausgiebiger Argumentation der Vorsitzende einen „Vorschlag für ein gemeinsames Votum“, wobei eine Zweidrittelmehrheit für die Annahme des Vorschlags in der Regel als ausreichend angesehen wird.⁵¹

Das beschriebene Vorgehen gründet sich auf die Theorie der Diskursethik, welche die Argumentation als Grundlage für die Richtigkeit der Anwendung moralischer Prinzipien anerkennt. Denn ein KEK bzw. der Konsiliardienst muss aus der Vielzahl von Interessen, Einschränkungen und Möglichkeiten herausfinden, welche Handlung nun die „Richtige“ wäre. Für derartige Probleme gibt es oftmals keine eindeutige Antwort, sondern man sucht Kompromisse, um alle Bedürfnisse einigermaßen zu

⁵⁰ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010).

⁵¹ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997), S. 18.

befriedigen. Bei diesen Kompromissen muss allerdings stets hinterfragt werden, ob es sich dabei noch um eine moralisch richtige Entscheidung handelt. Im Sinne der Diskursethik trifft dies zu, wenn „alle von der Befolgung dieser Norm betroffenen Menschen der Norm zustimmen könnten“.⁵² Folglich wäre ein solcher Konsens nur über moralisch richtige Normen möglich. Dies setzt allerdings voraus, dass alle von dieser Entscheidung Betroffenen sich ausreichend mit der Thematik auseinandergesetzt haben und in der Lage sind, den Argumentationshergang, der die Entscheidung stützt, nachzuvollziehen und zu unterstützen. Daher wird hier nochmals der in diesem Kapitel anfangs erwähnte Aspekt betont, wie wichtig die kommunikative und ethische Qualifikation der Mitglieder eines solchen Komitees ist.

Des Weiteren setzt die Diskursethik voraus, dass es zu einer Diskussion mit dem Austausch von Argumenten kommt, was wiederum erneut intensive Beschäftigung mit der Thematik fordert, sowie das zeitliche Engagement, dass sich alle Mitglieder treffen und ihre Standpunkte austauschen. Wenn sich allerdings aus Zeitgründen nur ein Teil der Mitglieder treffen kann, um zu einer Entscheidung zu gelangen, so verliert die Gruppe möglicherweise ihre Interdisziplinarität und somit auch einen Teil ihrer Wertepluralität. Diese ist eine Voraussetzung für die Durchführbarkeit des diskursethischen Ansatzes, denn wenn die moralischen Vorstellungen aller Argumentierenden übereinstimmen, so kann nicht darüber entschieden werden, ob der getroffene Entschluss der moralisch Richtige ist. Wie ein KEK zu einer Entscheidung in einem ihm angetragenen Konfliktfall kommt und worauf diese basiert, wird in Abschnitt 8.1 *Ethische Entscheidungsfindung bei klinischen Konflikten* näher erläutert.

Ein weiteres Aufgabengebiet der Klinischen Ethikberatung ist die Erstellung von Leitlinien. Diese dienen dazu, den Mitarbeitern des Krankenhauses die Entscheidung zu vereinfachen, wie sie in ethischen Konfliktsituationen vorgehen sollten. Besonders bei sich häufig wiederholenden Problemen ist die Ethikberatung dazu angehalten, Leitlinien zu entwickeln, um kommenden Konflikten vorzubeugen und dadurch Entscheidungsprozesse zu vereinheitlichen und zu beschleunigen. Dabei sollen sich die Leitlinien laut einer Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) auf „die Voraussetzungen und den Prozess [sowie] Kommuni-

⁵² Kettner/May (2001), S. 490.

kation, Dokumentation und Umsetzung“⁵³ beziehen, um strukturierte Vorgaben zu schaffen, wie sich Mitarbeiter in einem solchen Fall verhalten sollten. Dabei könnte es sich um Fragestellungen wie den Umgang mit Patientenverfügungen in Bezug auf die Reanimation handeln, die im Klinikalltag häufig vorkommen und bei denen daher ein krankenhausesintern festgelegtes und sowohl rechtlich als auch ethisch abgesichertes Vorgehen sinnvoll ist. Dadurch könnten diese Vorgaben durch das KEK den Krankenhausalltag erleichtern und beschleunigen. Dabei gilt aber auch hier, dass weder ein Beschluss noch eine Leitlinie des Ethik-Komitees die Entscheidungsfreiheit der Mitarbeiter einschränken und diese somit auch nicht von ihrer Verantwortung entbinden. Das Entwickeln von Leitlinien erfreut sich laut Stella Reiter-Theil, der Leiterin der Klinischen Ethik des Universitätsspitals Basel, immer stärkerer Nachfrage. Dabei nennt sie besonders Entscheidungen zu lebenserhaltenden Maßnahmen, Therapieentscheidungen bei unklarem Patientenwillen und die Ungleichbehandlung verschiedener Patientengruppen als besonders bedeutsame Themen, die nach Leitlinien verlangen.⁵⁴

Allerdings ist die Medizin ein Fach, in der jeder Fall einzigartig ist, da es sich stets um verschiedene Menschen handelt mit detailreichen, individuellen Begebenheiten und Voraussetzungen. Dementsprechend ist es herausfordernd, Leitlinien zu erstellen, die auf eine Vielzahl von Fällen anwendbar sind. Eine solche Leitlinie kann erst dann auf verschiedene Patienten angewendet werden, wenn sie deutlich macht, welche Voraussetzungen zutreffen müssen, damit der in ihr beschriebene Handlungsweg auch als ethisch „richtig“ anzusehen ist.⁵⁵ Durch diese Einschränkung wird auch deutlich, dass die Klinische Ethikberatung nicht für jede Eventualität eine passende Handlungsanweisung geben kann. Leitlinien sind auf spezielle Gegebenheiten beschränkt und sind auch nicht als strikte Mustervorlage gedacht, sondern sollen einen Denkansatz geben, wie der Konflikt zu lösen sein könnte.

Das dritte Aufgabengebiet der Klinischen Ethikberatung ist die Weiterbildung von Mitarbeitern des Krankenhauses. Dabei ist zu unterscheiden, dass die Mitglieder der beratenden Institutionen selbst regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen sollten, die überregional organisiert werden. Davon abzugrenzen sind jene Weiterbildungsmaß-

⁵³ Zentrale Ethikkommission (2006), S. 332.

⁵⁴ Reiter-Theil et al. (2011), S. 94-95.

⁵⁵ Illhardt (1999), S. 268.

nahmen, die von der Beratungsstruktur eines Krankenhauses selbst organisiert werden, um die Mitarbeiter des Krankenhauses zu schulen. Solche Schulungen durchzuführen setzt bei den Initiatoren selbst voraus, dass sie auf dem aktuellen Wissensstand und qualifiziert sind, andere medizinisch Tätige weiterzubilden und aufzuklären. In der Stellungnahme der ZEKO werden einige Formen der Schulung vorgeschlagen wie retrospektive ethische Fallbesprechungen auf Station, „Ethik-Cafés“ und „Ethiktage“.⁵⁶ Bei diesen Initiativen geht es nicht um eine Belehrung des Personals zu ethischen Themen, sondern darum, einen Dialog über konfliktrträgliche Themen zu fördern bzw. den Blick der Mitarbeiter für kritische Gebiete und Entscheidungen zu schulen, damit diese erkannt und dementsprechend angegangen werden. Dabei besteht auch in diesen Foren die Möglichkeit interdisziplinär zu diskutieren und somit neue Perspektiven kennenzulernen. Die Treffen werden von einem oder mehreren Mitgliedern des KEK geleitet und vorbereitet. Sie legen auch das Thema der Sitzung fest, wobei die Teilnehmer Anregungen geben können und so vermitteln können, wo für sie kritische Aspekte liegen.⁵⁷

Eine mögliche weitere Aktivität der Klinischen Ethikberatung können Patientenvorstellungen sein. Dabei handelt es sich nicht um die herkömmliche Vorstellung eines Patienten bei ärztlichen oder pflegerischen Visiten, sondern um ein gemeinsames Treffen der im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen mit Patienten, wobei sich die Patienten selbst vorstellen. Dabei legen sie den Fokus auf ihre eigenen Anliegen und können direkt Fragen stellen. Durch dieses Forum soll die Kommunikation und der offene Austausch über diskussionsbedürftige Themen gefördert werden.⁵⁸

Neben den beschriebenen Tätigkeiten, um das „ethische Klima“ innerhalb eines Krankenhauses zu verbessern, haben Institutionen der Ethikberatung auch die Aufgabe, die Qualität der eigenen Arbeit zu evaluieren. Zu diesem Zweck sollte die Arbeit dokumentiert werden und jegliche Aktivitäten festgehalten werden. Dies dient weiterhin zum Nachweis in Fällen von rechtlichen Auseinandersetzungen. Dabei sollte einerseits jedes Komitee intern reflektieren, wie hilfreich seine Arbeit war und andererseits auch krankenhausesübergreifend evaluiert werden, wie KEKs arbeiten, welche Tätigkeiten sie ausüben und ob sie vergleichbar agieren, um so einen Standard fest-

⁵⁶ Zentrale Ethikkommission (2006), S. 333.

⁵⁷ Martin (2004), S. 19.

⁵⁸ Reiter-Theil/Hiddemann (2000b), S. 198.

legen zu können. Die Herausforderungen dieser Aufgabe werden im Abschnitt 8.4 *Evaluation der Klinischen Ethikberatung* ausführlich thematisiert und daher an dieser Stelle nicht näher dargestellt.

4 Das theoretische Konzept Klinischer Ethikberatung

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Rolle die Klinische Ethikberatung im Krankenhausalltag übernehmen soll. Es wird beschrieben, welche Kompetenzen für eine ethische Beratung nötig sind und welche Aufgaben und Rechte sie umfasst. Diese Aussagen beziehen sich auf die präskriptive Ebene der Klinischen Ethikberatung und sind somit von der praktischen Umsetzung abzugrenzen, die durchaus vom theoretischen Konzept abweichen kann.

4.1 Qualitäten eines Ethikberaters

Grundsätzlich kann sich jeder um die Mitgliedschaft in einem KEK⁵⁹ bewerben. Dafür muss die entsprechende Person nicht im Krankenhaus arbeiten oder eine Ausbildung in Ethik bzw. Philosophie oder im medizinischen Bereich absolviert haben. Daher stellt sich die Frage, welche Kompetenzen ein Klinischer Ethiker mitbringen sollte, um seine Aufgaben angemessen ausüben zu können. Ein Kompetenzprofil für Klinische Ethiker, das universell gültig ist, existiert zwar nicht, aber die Akademie für Ethik in der Medizin hat 2014 einen Richtlinienkatalog mit nach Kompetenzstufe gestaffelten Voraussetzungen entworfen. Sie hat die Mitarbeit in der Klinischen Ethikberatung in drei Kompetenzgrade unterteilt, die durch jeweils genau festgelegte Qualifizierungen erreichbar sein sollen: Die erste und niedrigste Kompetenzstufe ist die des *Ethikberaters*, der Fallbesprechungen durchführen kann. Weiterhin gibt es die Position des *Koordinators* für Ethikberatung, der neben der Fallberatung weiterhin die Aufgabe der Qualitätssicherung und Evaluation übernimmt. Als dritte und höchste Kompetenzstufe wird der *Trainer* gewertet, der in den Gebieten der ethischen Beratung, Organisation und Qualitätssicherung kompetent und gleichzeitig dazu in der Lage sein sollte, diese Fähigkeiten in Schulungen weiterzugeben. Dementsprechend muss ein Trainer sowohl kommunikativ als auch didaktisch ausgebildet sein.⁶⁰ Als Voraussetzung, um in der Klinischen Ethikberatung tätig zu werden, müssen die Interessenten an einer Schulung teilnehmen, die von verschiedenen Institutionen wie der AEM und dem Zentrum für Kommunikation, Information und Bildung des Klinikums Nürnberg angeboten werden. Im Folgenden wird anhand des Curricu-

⁵⁹ Im Folgenden werden die verschiedenen Organisationsformen unter dem Begriff Klinisches Ethik-Komitee (KEK) zusammengefasst.

⁶⁰ Vorstand der AEM. (2014).

lums der AEM dargestellt, wie eine solche Weiterbildung gestaltet ist und welche Fähigkeiten vermittelt werden sollen.

Die offizielle Zielsetzung des Programms ist Ausbildung zu „eigenverantwortlichen und kompetenten“ Ethikberatern, welche die Fähigkeiten besitzen sollten, in Konfliktsituationen zu moderieren und zur Lösungsfindung beitragen zu können.⁶¹ Um dieses Ziel zu erreichen, müssten die Kursteilnehmer auf verschiedenen Gebieten sowohl praktisch geschult als auch theoretisch ausgebildet werden. Die Beschreibung der Inhalte der einzelnen Einheiten beschränkt sich hierbei auf Oberthemen wie *Ethik, Moral, Weltanschauung und Religion*⁶², was dem jeweiligen Schulungsleiter ein großes Maß an Gestaltungsfreiraum lässt. Dies birgt allerdings auch die Gefahr, dass die Schulungen je nach Duktus des Leiters sehr unterschiedlich ausfallen und so nicht jeder offiziell qualifizierte Ethikberater auf die gleichen Grundsätze und Wissensstandards zurückgreifen kann. Allerdings könnte auch so argumentiert werden, dass sich das Erlernte in einem KEK dann gegenseitig ergänzen könnte, was zu einer größeren Vielfalt führen würde. Dies trifft jedoch nicht zu, wenn es sich um einen einzelnen Berater handelt oder wenn die Mitglieder vorwiegend die gleiche Schulung besuchten.

Die einzelnen Ziele des Qualifikationsprogrammes werden im Curriculum näher umschrieben: Das Ziel der angewandten Ethik sei beispielsweise, eine Gruppe von Mitarbeitern trotz ihrer moralischen Konflikte zu befähigen, weiterhin ihre Arbeit ausführen zu können. Zu diesem Zweck sollen den Teilnehmern sowohl Grundlagen in Religion, Recht und Ethik vermittelt werden, um möglichst breit aufgestellt zu sein. Dabei ist es wichtig, den Teilnehmern nicht nur theoretische Grundlagen zu vermitteln, sondern sie auch praktisch auszubilden. Denn nach Reiter-Theil fehlt der Klinischen Ethik der praktische Bezug, der ihr im Klinikalltag wichtige Funktionen und Qualitäten verschaffen könnte. Zum Zeitpunkt dieser Aussage (1999) war die Medizinethik allerdings institutionell noch nicht sehr verbreitet; sie hat sich inzwischen durchaus weiter entwickelt. So zeigt das Curriculum der Ethikberater-Schulungen einige praktische Aspekte, die in diesem Kapitel noch näher beschrieben werden. Das Fortbildungsangebot richte sich besonders an das medizinische Personal der Krankenhäuser, da

⁶¹ Simon/May/Neitzke (2005), S. 322.

⁶² Simon/May/Neitzke (2005), S. 323.

„die praktische Kompetenz der Behandelnden und Pflegenden noch weitgehend im Schatten“⁶³ stehe, obwohl das generelle Interesse für Klinische Ethik durchaus gestiegen sei. Um diese Situation zu verändern, müsse die Klinische Ethikberatung möglichst praktisch orientiert sein und sich auf konkrete Konflikte in der Patientenbetreuung beziehen. Dafür müsse sowohl das Personal als auch die Patienten geschult sein, um beiderseits aktiv bei der Konfliktlösung mitzuwirken.⁶⁴

Bei den Schulungen soll keine bestimmte Moral und kein konkreter ethischer Ansatz diktiert werden, damit die Teilnehmer nicht auf eine bestimmte Haltung eingeschwo-ren werden.⁶⁵ Allerdings sollte die Klinische Ethik mit den Werten und Normen der modernen Medizin übereinstimmen und sich daher bestimmte moralische Prinzipien setzen, die auch in der Lehre vermittelt werden.⁶⁶ Es gilt daher eine Gradwanderung zu meistern, die einerseits wichtige Prinzipien vermittelt und andererseits den Schulungsteilnehmern die Freiheit gestattet, eigene Urteile zu bilden. Denn das Ziel eines eigenverantwortlichen Ethikberaters kann nur erreicht werden, wenn nicht mechanisch Vorgaben befolgt werden, sondern ein tiefgehendes Verständnis für moralische Probleme und Methoden zu deren Lösung entwickelt wird.

Um die Teilnehmer nicht nur fachlich, sondern auch organisatorisch darauf vorzubereiten, in der Klinischen Ethikberatung aktiv zu werden, werden sie darin geschult, wie ein Krankenhaus aufgebaut ist. So soll gelehrt werden, welche Berufsgruppen es in einem Krankenhaus gibt und welche Konflikte und Prioritäten mit diesen einhergehen. Hierbei wird besonderen Wert darauf gelegt, dass die Klinische Ethikberatung eine rein beratende Funktion habe und keinesfalls die Verantwortung des jeweiligen Mitarbeiters bezüglich der zu treffenden Entscheidung übernehme.⁶⁷ Zusätzlich liegt ein Schwerpunkt der Lehreinheiten darauf, die Teilnehmer dahingehend zu schulen, dass sie eine Institution der Ethikberatung einrichten und führen können. Zu diesen Fähigkeiten gehört der Aufbau eines KEK unter Einbezug der Mitarbeiter des Krankenhauses und die Strukturierung einer solchen Einrichtung, wozu z. B. die Ausarbeitung einer Geschäftsordnung gehört. Daraus folgt, dass den Schulungsteilnehmern die Fähigkeit vermittelt wird einzuschätzen, welche Art der Ethikberatung für die je-

⁶³ Reiter-Theil (1999), S. 223.

⁶⁴ Reiter-Theil (1999), S. 223.

⁶⁵ Klinkhammer (2015), S. A78.

⁶⁶ Reiter-Theil (1999), S. 229.

⁶⁷ Simon/May/Neitzke (2005), S. 324.

weilige medizinische Einrichtung am geeignetsten wäre und wie man das Klinikpersonal aktiv einbindet. Weiterhin umfassen die Schulungen das Training der Beratung, die den professionellen Umgang mit Konflikten, vermittelnde und kommunikative Fähigkeiten umfasst. Um in derartigen Situationen Hilfestellung zu leisten, werden den Teilnehmern verschiedene Modelle an die Hand gegeben wie die „Nimwegener Methode [und] der Bochumer Arbeitsbogen“.⁶⁸ Bei der Nimwegener Methode handelt es sich um einen Fragenkatalog, der durch spezifisch aufgelistete Fragen helfen soll, zunächst die Problematik des Konflikts zu erkennen, die Fakten sowohl von medizinischer, pflegerischer, organisatorischer und sozialer Seite zu sammeln, diese anschließend zu bewerten und so zu einem Beschluss zu gelangen. Die Bewertung bezieht dabei sowohl den Patienten als auch die Mitarbeiter des Krankenhauses ein. Zu jedem dieser Punkte sind eine Reihe möglicher Fragen aufgelistet, die auf die jeweilige Situation angewendet werden und so letztendlich zu einem Beschluss des KEK verhelfen sollen. Schlussendlich wird das KEK zur Evaluation angeregt, indem der Prozess zusammengefasst und reflektiert werden soll. Auch dies geschieht anhand von spezifischen Fragen.⁶⁹

Ähnlich konzipiert ist auch der *Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis* nach Hans-Martin Sass (*1935) und Herbert Viefhues (1920 – 2004). Auch hier werden spezifische Fragen zur Beurteilung des vorliegenden Konflikts aufgeführt, die unter Oberbegriffen sortiert sind. Diese gliedern sich allerdings in wissenschaftliche und ethische Befunde sowie zusätzliche Fragen. Die Befunde basieren auf den Fakten, welche die ärztliche Position und Verantwortung, die Selbstbestimmung des Patienten und allgemeine Daten beinhalten. Die zusätzlichen Fragen sollen speziellere Fälle wie Langzeittherapie, Forschung und starke soziale Relevanz genauer analysieren. Letztendlich wird die Behandlung des einzelnen Falles durch Fragen evaluiert und gegebenenfalls kritisiert.⁷⁰ Diese beiden Fragebögen dienen als Hilfsmittel im Umgang mit ethischen Konfliktsituationen, sie ersetzen allerdings nicht eine ausgebildete Fachperson. Diese kann sich zwar an diesen Hilfsmitteln orientieren und so für sich ein Schema für den Umgang entwickeln, doch da die Fälle stark individuell sind, kann ein rein standardisiertes Vorgehen ohne Einbezug der jeweiligen Details nicht für eine qualifizierte Ethikberatung ausreichen.

⁶⁸ Simon/May/Neitzke (2005), S. 326.

⁶⁹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2003), S.112-115

⁷⁰ Sass/Viefhues (o. J.).

Die genannten Inhalte sind im Rahmen der Weiterbildung auf verschiedene Lehreinheiten verteilt, die jeweils zirka 45 Minuten umfassen. Ein Grundkurs beinhaltet 30 bis 40 Einheiten, was insgesamt einen Zeitaufwand von 23 bis 30 Stunden für die Teilnehmer bedeutet. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, das Erlernete in Aufbaukursen zu vertiefen und zu wiederholen. Dort können auch praktische Erfahrungen besprochen und reflektiert werden.⁷¹ Nach Erfahrungen des Qualifizierungsprogrammes in Hannover nahmen von den 50 Teilnehmern des Grundkurses noch 23 an einem weiteren Aufbaukurs teil.⁷² Durch Teilnahme an einer derartigen Schulung qualifiziert sich eine Person laut AEM für die Tätigkeit als Ethikberater, insofern sie auch praktische Erfahrungen aufweisen kann. Diese können entweder durch die Teilnahme an fünf Ethik-Fallberatungen mitsamt Protokoll-Erstellung und Moderation bei drei dieser Beratungen oder durch die Teilnahme an einem Training für Moderation, das aus 15 Einheiten mit je 45 Minuten Länge besteht. Durch diese Ausbildung sollte die Person zu „grundlegende[n] Kenntnisse[n], Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Bereichen Ethik, Organisation und Beratung“⁷³ qualifiziert sein.

Um sich als *Koordinator* – die mittlere Qualifikationsstufe der AEM - für Ethikberatung zu qualifizieren, werden „vertiefte Kenntnisse“⁷⁴ benötigt. So werden neben der Qualifikation als Ethikberater auch die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen und an Schulungen zu Organisation und Evaluation gefordert. Dabei wird der Zeitrahmen klar definiert. Des Weiteren wird praktische Erfahrung über mindestens ein Jahr vorausgesetzt. Um in der höchsten Kompetenzstufe als *Trainer* tätig zu sein, werden die oben genannten Qualifikationen dadurch erweitert, dass ein Studium oder alternativ ein Aufbaustudiengang mit dem Schwerpunkt Ethik vorliegen muss. Zusätzlich sollte ein Trainer in der Ausbildung von Erwachsenen geschult sein und Fähigkeiten in den Bereichen Kommunikation und Konfliktlösung besitzen sowie zwei Jahre Erfahrung aufweisen, in denen er mindestens 20 Fallberatungen moderiert und eine Leitlinie erstellt hat. In allen Kompetenzstufen werden regelmäßige Fortbildungen erwartet, die allerdings in ihrem Zeitaufwand je nach Stufe variieren.⁷⁵ Die drei Stufen

⁷¹ Simon/May/Neitzke (2005), S. 326.

⁷² Dörries et al. (2005), S. 330.

⁷³ Vorstand der AEM (2014).

⁷⁴ Vorstand der AEM (2014).

⁷⁵ Vorstand der AEM (2014).

sind so konzipiert, dass sie aufeinander aufbauen und eine Person die Möglichkeit hat, sich kontinuierlich vom Ethikberater bis zum Trainer weiter zu qualifizieren.

Die durch das Curriculum der AEM beschriebenen Qualifikationen, die für die Tätigkeit als Ethikberater nötig sind, umfassen partiell die bereits 1999 von Reiter-Theil aufgeführten Kompetenzen für diese Tätigkeit. Diese Autorin nannte dabei verschiedene Aspekte wie ein absolviertes Training in Gesprächsführung und dessen Anwendung, Kenntnisse in Ethik und Erfahrung im Umgang mit Patienten. Ethische Kenntnisse setzte sie allerdings als „fundiert“ voraus wie beispielsweise durch ein Philosophiestudium. Diese Kenntnisstiefe setzt die AEM erst bei einer Tätigkeit als *Trainer* voraus. Weiterhin forderte Reiter-Theil die Persönlichkeitsbildung als ein Qualitätskriterium, die sie näher als die Fähigkeit zur „Introspektionsfähigkeit, Integrität und Affektkontrolle“ erläuterte.⁷⁶ Solche Qualitäten sind schwierig zu quantifizieren. Ein mögliches Kriterium für diese Kompetenz könnte eine abgeschlossene Berufsausbildung mit längerer Tätigkeit in dieser Funktion sein. Um nach Beginn der Tätigkeit in der Klinischen Ethikberatung diesen Bezug nicht zu verlieren, könnte es von Vorteil sein, die zuvor ausgeübte Tätigkeit weiterhin auszuführen.⁷⁷ Dieses Kompetenzkriterium wird in den Kompetenzstufen der AEM nicht genannt. Allerdings setzte Reiter-Theil sämtliche aufgeführten Kompetenzen nur dann in einer Person voraus, wenn es sich um einen einzelnen Ethikberater handelt, in einem Komitee könnten sich die jeweiligen Qualifikationen gegenseitig ergänzen.

Es ist daher möglich, dass Reiter-Theil einen Ethikberater nicht als Mitglied eines KEK definiert, sondern als einzelner Berater bzw. als Vorsitzenden eines solchen Komitees. Diese Ansicht wird dadurch unterstützt, dass ihre Anforderungen lediglich für einzelne Ethikberater gelten.⁷⁸ Mitglieder eines KEK könnten auch ohne Erfüllung der genannten Kriterien aktiv werden. Dementsprechend sind Reiter-Theils Anforderungen nur bezüglich spezifischer Positionen weiter reichend. An die Leitung eines Komitees und einzelne Ethikberater werden folglich höhere Leistungsnachweise von ihr gefordert, was auch einen höheren Zeitaufwand seitens der angehenden Ethikberater fordert. Würde die Autorin derartige Qualifikationen von allen Mitgliedern eines

⁷⁶ Reiter-Theil (1999), S.228.

⁷⁷ Klinkhammer (2015), S. A78.

⁷⁸ Reiter-Theil (1999), S. 229.

Ethik-Komitees fordern, könnte sich das Anwerben einer ausreichenden Mitgliederzahl schwierig gestalten.

Um neben den Anforderungen der AEM zu ergründen, welche Fähigkeiten ein Klinischer Ethiker besitzen sollte, um seine Aufgaben kompetent meistern zu können, muss genauer betrachtet werden, welche Tätigkeiten er später ausführen wird. Dabei geht es im Folgenden um die erste Kompetenzstufe der AEM, also um eine Person, die in der Klinischen Ethikberatung tätig ist, aber keine leitende Position einnimmt. Zum einen ist ein gewisses Maß an Expertise in der Ethik nötig, um in einer Konfliktsituation objektiv beratend und hilfreich tätig zu sein. Allerdings ist der Handlungsvorschlag durch eine Ethikberatung oft mit einem Werturteil verbunden, indem eine Aktion für moralisch vertretbarer gehalten wird als eine andere. Dies geschieht aufgrund der Einschätzung der Ethikberater und nicht wie in den Naturwissenschaften auf der Basis von Evidenzen. Nach Urban Wiesing ist dies ein Hauptunterschied zwischen dem ärztlichen Konsil und einem Ethikkonsil. Denn moralische Empfehlungen beziehen sich am ehesten auf die Plausibilität ihrer Argumentation, wohingegen naturwissenschaftliche Urteile meist auf zwingenden Beweisen beruhen.⁷⁹ Aus diesem Grund reicht das reine Fachwissen für einen Klinischen Ethiker nicht aus. Die Problematik bei einem solchen Werturteil liegt darin, dass es nicht beweisbar ist, sondern dass es argumentativ begründet werden muss.

Nach dem Falsifikationsprinzip von Karl Raimund Popper (1902 – 1994) können aber auch wissenschaftliche Thesen nicht als „wahr“ bewiesen werden, wie es Wiesing mit dem Ausdruck „zwingende Beweise“⁸⁰ darstellt. Sie können jedoch im Experiment als falsch erwiesen werden. Nach dem Falsifikationsprinzip des Kritischen Rationalismus können wissenschaftliche Theorien nicht abschließend bewiesen werden. Sie gelten nur so lange als wahr, bis ihre Fehlerhaftigkeit bewiesen wurde. Ein typisches Beispiel dieser Theorie ist die Aussage: „Alle Schwäne sind weiß“. Diese Aussage könne nicht bewiesen werden, gelte aber so lange als wahr, bis ein schwarzer Schwan entdeckt würde. Durch diese Entdeckung würde die vorige These widerlegt bzw. falsifiziert. Folglich könnten wissenschaftliche Experimente eine These nur untermauern, sie allerdings nicht beweisen.⁸¹ Dies unterscheidet sie fundamental von ethi-

⁷⁹ Wiesing (2001), S. 261.

⁸⁰ Wiesing (2001), S. 261.

⁸¹ Popper (2010), S. 318.

schen Thesen oder Aussagen. Laut Wiesing können diese nicht experimentell überprüft werden, vielmehr sind sie nur argumentativ (rhetorisch abduktiv) begründbar und bleiben stets angreifbar. Des Weiteren sind sie je nach Kultur recht unterschiedlich, da die Werte sich verschiedenartig darstellen. Aus diesen Gründen seien „moralische Urteile zumeist unsicherer [als wissenschaftliche].“⁸² Ein Ethiker ist beispielsweise darin geschult, Argumente durch hypothetische Beispiele zu belegen bzw. zu widerlegen. In den angewandten Szenarien bestehen wie in einem Experiment stark kontrollierte Bedingungen, welche auf die Realität meist kaum anzuwenden sind. Denn es existieren im Klinikalltag Störvariablen und individuelle Details, welche die Entscheidungen erschweren.⁸³ Des Weiteren ist der Unterschied zwischen einem Gedankenexperiment und einem tatsächlich durchgeführten Versuch der, dass die aufgestellte These, was das Ergebnis des Experiments sein müsste, im Gedankenexperiment nicht beweiskräftig belegt oder widerlegt werden kann. Dagegen kann bei einem Versuch praktisch nachgewiesen werden, ob das vermutete Ergebnis überhaupt auftritt, wobei allerdings auch hier die Frage offen bleibt, ob das gleiche Outcome auch unter realen Bedingungen besteht.

Für den klinischen Alltag sind Gedankenexperimente folglich nicht gänzlich zielführend und können nicht hauptsächlich als praktische Hilfestellung für Konflikte verwendet werden. Damit ein Ethikerberater oder ein entsprechendes Gremium zu einem Urteil gelangen kann, müssen weitere Kriterien zur Validierung angewendet werden, um dessen Plausibilität zu begründen. Wiesing bezeichnet sie als „elementaren Voraussetzungen rationaler Diskutierbarkeit“, die Attribute wie Transparenz, Nachvollziehbarkeit und logische Konsistenz beinhalten.⁸⁴ Aus diesen Überlegungen erschließt sich, dass ein Klinischer Ethiker nicht darüber urteilen kann, was moralisch richtig oder falsch ist, da ihm für diese Aussage das Fundament fehlen würde. Er kann allerdings die vorgebrachten Argumente kritisch analysieren und deren Konsistenz anhand universeller Kriterien prüfen. Denn er besitzt zwar Expertise im Fach Ethik, doch dadurch erlangt er nicht die Fähigkeit zu unterscheiden, welche Handlung moralisch besser oder schlechter wäre.

⁸² Wiesing (2001), S. 261.

⁸³ Schweizer (2000), S. 2.

⁸⁴ Wiesing (2001), S. 262.

Nach Franz Josef Illhardt sollte ein Klinischer Ethiker während des Prozesses der Entscheidungsfindung „frei von Angst und Ressentiments“ sein und so auch dem Antragssteller die Chance geben, seine eigene Position zu entwickeln oder zu verändern.⁸⁵ Demnach besteht die Aufgabe des Ethikberaters nicht darin, die perfekte Lösung in einem Konflikt zu finden, sondern mit den Antragsstellern gemeinsam einen Weg zu finden, der möglichst für alle Beteiligten vertretbar ist. Dafür sollte er methodisch in der Lage sein zu beurteilen, welche Position argumentativ plausibel untermauert werden kann. Durch diese Methodik sollte der Klinische Ethiker „in sehr schwierigen Situationen Orientierung und damit Entscheidungshilfe bieten“.⁸⁶

Bei diesen Überlegungen stand bislang die beratende bzw. konsiliarische Tätigkeit der Klinischen Ethikberatung im Vordergrund. Etwas andere Fähigkeiten fordert die Aktivität des KEK in der Fortbildung der Krankenhausmitarbeiter. Diese wird von Ruth Baumann-Hözl, der Leiterin von *Dialog Ethik* in Zürich, für vorrangig gehalten, da ihrer Meinung nach die „externe Ethikberatung nur in Ausnahmesituationen stattfinden sollte“,⁸⁷ weil die behandelnden Mitarbeiter durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen befähigt sein sollten, eigenständig mit ethischen Konfliktsituationen umzugehen und so nur in Ausnahmesituationen ein Konsil durch das KEK benötigen. Dieser Herangehensweise würde den Schwerpunkt der Arbeit eines KEK verlagern und den Fokus auf das Weitergeben von Wissen und die praktische Anleitung zum Umgang mit derartigen Konfliktsituationen legen. Somit müsste ein Ethikberater nicht nur die oben genannten Qualitäten besitzen, sondern auch pädagogische Fähigkeiten mitbringen, um sein Wissen verständlich weitergeben zu können und die Mitarbeiter auch motivieren zu können, diese Angebote wahrzunehmen. Fachliche Kenntnisse im Bereich der Pädagogik bzw. der Ausbildung von Erwachsenen werden von der AEM allerdings erst auf der höchsten Kompetenzstufe als Trainer verlangt.⁸⁸ Zusätzlich müsste das KEK auch ein Weiterbildungsformat finden, das zu dem jeweiligen Krankenhaus passt und die Mitarbeiter von ihrem jeweiligen Wissensstand „abholt“. Es sollte dabei darauf geachtet werden, dass Szenarien durchgesprochen und Techniken vermittelt werden, die in der Institution auch relevant sind und die somit eine praktische Hilfe darstellen können. Die Themen können oft je nach Fachgebiet, Beruf und Position in der Krankenhaushierarchie stark variieren.

⁸⁵ Illhardt (1999), S. 263.

⁸⁶ Maio (2002), S. 2287.

⁸⁷ Richter (2005), S. 249.

⁸⁸ Vorstand der AEM. (2014).

Klinische Ethikberater benötigen also eine Vielzahl von Fähigkeiten sowie fundierte Kenntnisse, um ihre Tätigkeit gewissenhaft durchzuführen. Die AEM stellt mit ihrem Weiterbildungs-Curriculum dar, was sie für erforderlich hält, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Doch neben erlernbarem Wissen und Leitfäden für den strategischen Umgang mit Konfliktsituationen sind auch persönliche Eigenschaften von Bedeutung. So müssen die Mitglieder eines KEK sprachlich versiert sein, kommunikativ und argumentativ fähig sein, sich mit anderen auseinanderzusetzen und ihre Position zu vertreten, kritikfähig und in der Lage sein, sich flexibel und tolerant gegenüber anderen zu verhalten. Hieraus ergibt sich jedoch die Frage, ob das ethische Wissen für diese Art der Beratung im Vordergrund steht oder ob ein Rhetorik-Experte oder ein Sprachanalytiker nicht besser für eine solche Aufgabe geeignet wäre. Diese Frage wird dadurch verstärkt, dass eine weitere mögliche Aktivität des KEK die Vermittlung bei inter- und intradisziplinären Konflikten ist. In solchen Situation soll der Ethikberater als eine Art Schlichter oder Mediator fungieren. Dabei gilt erneut, dass er in keiner autoritativen Funktion ist, um zu entscheiden, welche Partei richtig und welche falsch liegt. Seine Aufgabe liegt vielmehr darin, einen gemeinsamen Dialog in Gang zu setzen und zu moderieren.⁸⁹ Allerdings ist für diese Funktion kaum ethisches Fachwissen von Bedeutung, sondern der geübte Umgang mit Menschen in Konfliktsituationen sowie eine gute Moderation. Daher wäre für diese Aufgabe möglicherweise eine Art geschulter Streitschlichter besser geeignet. Daher betont Giovanni Maio, Medizinerethiker an der Universität Freiburg, dass die „Ethikberatung [...] nicht mit Psychotherapie verwechselt“⁹⁰ werden dürfe, da sonst der Klinische Ethiker seine Existenzberechtigung verlöre.

Gaby Schweizer wiederum zitiert die Erfahrung eines Klinischen Ethikers, dass bei der Fallberatung ein Beitrag erfahrungsgemäß umso weniger nützlich sei, je mehr er aus dem Fachwissen der Ethik heraus gewonnen würde. Denn die Ethik beschäftige sich nicht damit, „wie etwas ist, sondern wie etwas sein sollte“.⁹¹ Daher ist sie von Natur aus eine eher theoretisch ausgerichtete Disziplin, deren konkrete Anwendung wie in der klinischen Beratung eine Herausforderung darstellt. Dem widerspricht Weinstein mit der Aussage, die Ethik sei ähnlich wie die Medizin ein sowohl theore-

⁸⁹ Maio (2002), S. 2287.

⁹⁰ Maio (2002), S. 2288.

⁹¹ Schweizer (2000), S. 1-2.

tisch als auch ein praktisch ausgerichtetes Fach. Somit gehörten nicht nur das Wissen, sondern auch praktische Fähigkeiten zu dem Repertoire eines Ethikexperten.⁹² Allerdings spezifiziert er nicht, ob dies durch die Natur des Faches gegeben sei, oder erst durch die Anwendung in der Praxis zwangsläufig folge. Illhardt beschreibt einen Mittelweg, da in der Praxis die Theorie der Moralphilosophie angepasst werden müsse, um tatsächlich hilfreich in konkreten Situationen angewendet werden zu können.⁹³ Dies verlangt von den Ethikberatern nicht nur ein tiefgehendes Verständnis und kritisches Hinterfragen der ethischen Theorien, sondern auch das Übertragen auf praktische Situationen. Dafür müssen der Konflikt und dessen meist medizinische Hintergründe verstanden werden und auch die Methodik zur Lösungsfindung beherrscht werden. Demnach ist die Theorie der Klinischen Ethik in der Praxis nicht starr übertragbar, sondern muss individuell angepasst werden, um zu hilfreichen Lösungen zu gelangen. Es ist fraglich, ob die Weiterbildung zu einem Ethikberater diese Fähigkeiten tatsächlich in einer solchen Tiefe vermitteln kann, dass sie die Teilnehmer zu einer derartigen Leistung befähigt.

Die Frage, ob eine Ausbildung im Fach Ethik tatsächlich die wichtigste Grundlage für die Tätigkeit als Klinischer Ethiker bildet, führt zu der Debatte, ob Ethikexperten tatsächlich diejenige Profession darstellen, welche die treibende Kraft hinter der Klinischen Ethikberatung darstellen sollte. Es ist diskussionswürdig, ob der akademische Hintergrund allein es rechtfertigen kann, dass Medizin- und Bioethiker das Fach Klinische Ethik für sich beanspruchen, indem sie nach außen als Sprachorgane fungieren und mehrheitlich als Vorsitzende der Komitees eingesetzt werden.⁹⁴ Laut Mark Siegler ist die Verbesserung der Patientenversorgung der zentrale Aspekt der Klinischen Ethikberatung und daher die medizinisch-wissenschaftliche Komponente vordergründig für die Entscheidungsfindung.⁹⁵ Von dieser Position aus betrachtet wären medizinische Experten für die Beratung geeigneter als Ethiker, da fachliches Wissen im Bereich der Medizin für eine Entscheidung ausschlaggebend wäre.

Allerdings sollen Ethikberatungen kein fachliches Konsil darstellen, das in medizinisch schwierigen Fällen Hilfestellungen leistet. Sie sollen bei moralisch komplexen

⁹² Weinstein (1994), S. 71.

⁹³ Illhardt (1999), S. 265.

⁹⁴ Agich (2009), S. 6.

⁹⁵ Siegler/Singer (1988), S. 759.

Situationen aktiv werden, weshalb nicht die medizinische Expertise das Hauptmerkmal solcher Beratungen darstellt, sondern die Fähigkeit einen Konflikt zu analysieren und die gegebenen Möglichkeiten zu evaluieren. Siegler's Argument ist insofern relevant, dass ein Verständnis für die medizinischen Gegebenheiten vorhanden sein muss, das wiederum ein gewisses medizinisches Wissen voraussetzt, es allerdings nicht als Kernfähigkeit dieser Aufgabe rechtfertigt. Neben den Stimmen, die medizinische Fachkräfte als ethische Berater favorisieren, gibt es auch jene, die kommunikative Fähigkeiten als vordergründig für eine qualitativ hochwertige Ethikberatung sehen.⁹⁶ Da es sich bei den betreffenden Situationen meist um Konflikte zwischen verschiedenen Parteien handelt, ist die Fähigkeit der Moderation und der Schlichtung emotional überlagerter Auseinandersetzungen sicherlich ein großer Teil der Arbeit eines KEK.

Daher könnte eine Ausbildung auf diesem Gebiet sinnvoll für die Tätigkeit des ethischen Beraters sein. In der Auseinandersetzung mit den Beteiligten könnten diese Fähigkeiten sogar den größten Nutzen bringen. Für die anschließende Diskussion innerhalb des Komitees sind zwar Moderation und Vermittlung auch von relevantem Vorteil, doch für die Entscheidung, welche Handlung moralisch zu empfehlen ist, braucht es mehr als diese Qualitäten. Die Artikulation verschiedener Positionen und die Erstellung einer Hierarchie der relevanten Werte sind Beispiele für Fähigkeiten professioneller Bioethiker, die für die Durchführung einer Ethikberatung wichtig sind.⁹⁷ Von diesem Standpunkt haben ausgebildete Bioethiker durchaus eine zentrale Funktion für ein funktionsfähiges KEK. Dieser Umstand gilt allerdings nur, wenn die behandelten Konflikte auch tatsächlich moralischer Natur sind, was in der Realität oft nicht der Fall ist.^{98,99}

4.2 Anforderungen an die Klinische Ethikberatung

Im folgenden Abschnitt werden die Aufgaben der Klinischen Ethikberatung und deren Tragweite geschildert, wodurch die Kompetenzen dieser Institution dargelegt werden sollen. Hier wird allerdings die Planung und Theorie der Instanzen thematisiert und nicht die tatsächliche Umsetzung im klinischen Alltag. Es geht daher um die geplante

⁹⁶ DuVal et al. (2001), S. 30.

⁹⁷ Thomasma (1991), S. 138.

⁹⁸ Shalit (1997), S. 26.

⁹⁹ Bauer (2007), S. 206.

Arbeit von Ethik-Komitees und welche Hoffnungen und Ansprüche an die Klinische Ethikberatung gestellt werden. Somit soll erläutert werden, welche Vorstellungen über den Einsatz Klinischer Ethikberatung und deren Ablauf bestehen, unabhängig davon, inwieweit die alltägliche Umsetzung mit diesen Intentionen übereinstimmt. Diese wird zu einem späteren Zeitpunkt näher beleuchtet.

Zunächst einmal gibt es verschiedene Ansichten, unter welchen Umständen ein KEK aktiv werden sollte. So könnte die Ethikberatung als Instrument für die Entscheidungsfindung bei in moralischer Hinsicht schwierigen Situationen dienen und demnach in solchen Konfliktsituationen aktiv werden. Dabei sollte es sich allerdings auf ethische Konflikte beschränken, da dort auch seine spezifische Expertise liegt. Mark Siegler bezeichnete schon 1987 die Einsatzbedingungen eines Ethik-Komitees als „close calls“¹⁰⁰. Gemeint sind Probleme, bei denen Entscheidungen kaum rational zu treffen, aber gleichzeitig dringend nötig sind. Diese Anforderung beschränkt sich auf Einsätze in Akutsituationen und benötigt daher ein schnelles Handlungsvermögen und gute Konfliktlösungsstrategien. Bei diesem Konzept wären flexible Sitzungstermine und eine schnelle Lösungsfindung wichtiger als regelmäßige Treffen. Dadurch wird sowohl die Arbeitsweise als auch die Struktur der Ethikberatung beeinflusst, wie bereits erläutert wurde.

Stella Reiter-Theil und der Hämatologe Wolfgang Hiddemann stimmen damit insofern mit Siegler überein, dass sie ausschließlich bei schwerwiegenden Entscheidungen den Bedarf einer Hilfestellung sehen, was als Synonym für die von Siegler als „close calls“¹⁰¹ bezeichneten Situationen betrachtet werden könnte. In beiden Veröffentlichungen wird deutlich, dass ein KEK nicht bei trivialen Auseinandersetzungen aktiv werden sollte und stets zu prüfen ist, ob es sich tatsächlich um einen ethischen Konflikt handelt. Für ein KEK ist es wichtig zu unterscheiden, ob es sich bei einem Antrag tatsächlich um einen ethischen Konflikt handelt, bei dem es aktiv werden sollte oder ob die Auseinandersetzung anderen Ursprungs ist wie beispielsweise ein Autoritätsgerangel oder persönliche Differenzen. Denn ein KEK sollte ausschließlich bei Fragestellungen aktiv werden, bei denen seine Expertise gebraucht wird und nicht als allgemeine Streitschlichtung oder ähnliches fungieren. Ein weiterer möglicher Grund

¹⁰⁰ Siegler (1987), S. 125.

¹⁰¹ Siegler (1987), S. 125.

für die Antragsstellung könnte der Wunsch des Antragsstellers sein, seinen Standpunkt durch das KEK zu legitimieren und ihm „größeres Gewicht und Geltung zu verschaffen.“¹⁰² Dies wäre allerdings nicht die Aufgabe eines KEK, da keinerlei Entscheidung mehr getroffen werden muss und kein Reflexionsbedarf besteht. Folglich ist es für einen Ethikberater wichtig, unterscheiden zu können ob eine ihm angetragene Fragestellung überhaupt ethisch ist. Der Mannheimer Medizinethiker und Medizinhistoriker Axel W. Bauer beschreibt eine ethische Konfliktsituation als die Suche nach der Antwort auf die Frage: „Was ist im vorliegenden Fall das Gute?“.¹⁰³ Wenn eine solche Fragestellung den Konflikt ausmacht, so ist ein KEK dazu berufen, beratend Hilfestellung zu leisten. Da ein KEK aber generell keine Handlungsanweisungen geben sollte und nicht darüber zu urteilen vermag, ob eine Handlung moralisch gut oder schlecht ist, kann es generell nicht genutzt werden, um die eigene Position zu untermauern. Es übernimmt vielmehr die Moderation des Konfliktes und weist auf argumentative Fehler hin und sollte so bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein. Es kann weiterhin Handlungsoptionen aufzeigen, aber keinesfalls dem behandelnden Arzt die Entscheidung abnehmen.¹⁰⁴

Die ZEKO beschreibt in ihrer Empfehlung die Tätigkeit des KEK als beratend bei „ethische[n] Probleme[n] aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten“¹⁰⁵ und verdeutlicht, dass nach ihrer Empfehlung das KEK rein beratend tätig sein sollte. Im Gegensatz zu Reiter-Theil, Hiddemann und Siegler, die eine Beratung nur in schwerwiegenden Fällen für nötig erachten, betont die ZEKO in ihrer Stellungnahme, dass auch Alltagskonflikte durch das KEK beraten werden können bzw. sollen. Bei dieser Art von Konflikten könnten Leitlinien hilfreich sein, da sich alltägliche Auseinandersetzungen öfter wiederholen und einander ähneln und so eine prinzipielle Vorgehensweise Anwendung finden könnte. Dem Konzept der Leitlinien, die versuchen, allgemeingültige Lösungsstrategien zu entwickeln und so das KEK zu entlasten, widerspricht jedoch der Umstand, dass jeder ethisch relevante Konfliktfall individuell beraten und gelöst werden sollte. Ein Kompromiss könne allerdings allgemein gültig sein und somit als Leitlinie fungieren, wenn die Besonderheiten der Situa-

¹⁰² Bauer (2007), S. 206.

¹⁰³ Bauer (2007), S.207.

¹⁰⁴ Wiesing (2001), S. 265.

¹⁰⁵ ZEKO (2006), S. 331.

tion und deren spezifischen Gegebenheiten beachtet würden und auf die neue Konfliktsituation ebenfalls zuträfen.¹⁰⁶

Die Klinische Ethik stellt eine Erweiterung der akademischen Ethik dar. Sie unterscheidet sich von der theoretischen Ethik in verschiedenen Aspekten, wobei die Meinungen darüber, wie weit die Trennung der beiden Disziplinen gehen sollte, divergieren. Die moralischen Konflikte, bei denen KEKs konsultiert werden, sind zumeist schwer zu lösen, da hinter ihnen in der Regel nicht selten unausgesprochene intra- oder interpersonelle Interessenkonflikte stehen. Daher muss meistens ein Kompromiss gefunden werden, um alle Beteiligten möglichst zufriedenzustellen. Nach einer Darstellung von Illhardt aus dem Jahre 1999 sind derartige Lösungen in der akademischen Ethik zwar verpönt, doch es gelte in der Klinik der „Primat der Praxis“¹⁰⁷. Denn in erster Linie sei es wichtig, den Menschen in einer solchen Konfliktsituation weiterzuhelfen. Illhardt betonte weiterhin, dass Moral „für die Menschen da [sei] und nicht in sich Sinn mach[e]“.¹⁰⁸

Demnach ginge es bei der Klinischen Ethikberatung nicht um eine möglichst akademisch korrekte und wissenschaftliche Form der Ethik oder um die exakte Interpretation ethischer Grundsätze, da dies in der Klinik weniger hilfreich wäre. Es geht nach Illhardt vielmehr darum, praxisbezogen zu agieren und mit den Antragstellern die relevanten Aspekte zu besprechen, um gemeinsam eine Möglichkeit zu finden, der alle Beteiligten zustimmen können. Gleichzeitig sollte diese Lösung mit den „Grundsätzen der Moral“ vereinbar sein. Illhardt bezeichnete dieses Vorgehen in Anlehnung an René Descartes (1596 – 1650) als „provisorische Moral“¹⁰⁹. Diese Moral sei grundlegend für die Kompromissfindung, da sie nicht starr sei, sondern flexibel entwickelt werden könne. Denn in der Klinischen Ethikberatung gehe es nicht darum, aus einem Konflikt eine allgemeingültige, gute Lösung zu finden, sondern herauszufiltern, „was für jemanden das Bessere“¹¹⁰ sei. Demnach liegt bei Illhardts Verständnis der Klinischen Ethik der Schwerpunkt auf den praktischen Ergebnissen und der adäquaten Hilfestellung für die Antragsteller. Dabei stellte er die akademische Ethik eher in den Hintergrund. Er bezeichnete diese Vorgehensweise als „Transferplanung ethi-

¹⁰⁶ Illhardt (1999), S. 268.

¹⁰⁷ Illhardt (1999), S. 264.

¹⁰⁸ Illhardt (1999), S. 264.

¹⁰⁹ Illhardt (1999), S. 265.

¹¹⁰ Illhardt (1999), S. 266.

scher Ideale in klinische Praxis“,¹¹¹ wodurch betont wird, dass es in der Praxis nicht darum geht, ethische Ideale umzusetzen oder gar wie Gesetze der Situation aufzuzwingen. Als Beispiele für Anwendungsgebiete dieser provisorischen Moral nannte Illhardt explizit Konflikte bei der familiären Pflege, Behandlungsabbrüchen und Auseinandersetzungen zwischen Kollegen als Bereiche, in denen diese Moralvorstellung sinnvoll anzuwenden wäre. Er versprach sich davon die Schlichtung der jeweiligen Konfliktsituationen.¹¹² Dabei äußerte sich Illhardt nicht dazu, ob nur außergewöhnlich schwer zu lösende Konflikte einer ethischen Beratung bedürfen.

Die Diskrepanz zwischen klinischer und akademischer Ethik thematisiert auch Marcel Mertz in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 2014. Er nennt als einen Grund für das „scheinbar geringere theoretische Niveau“¹¹³ der Klinischen Ethik gegenüber der akademischen Ethik deren Ausrichtung auf praktische Probleme und Konfliktlösungen. Dafür würden vor allem „mittlere Prinzipien“¹¹⁴ angewendet, was den Eindruck des akademisch geringeren Niveaus erwecke. Unter diesen „mittleren Prinzipien“ sind die vier Prinzipien nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress zu verstehen, die oft als Grundsätze der Medizinethik Anwendung finden.¹¹⁵ Nach Mertz ist die Diskrepanz zwischen den beiden Feldern der Ethik insofern wichtig, als klinisch angewandte Ethik nicht ideologisch sein dürfe. Somit müsste sie flexibel sein und individuell differenziert angewendet werden, eine rigide Ideologie würde dies verhindern und die praktischen Anwendungsmöglichkeiten stark einschränken. Folglich dürfe die Prinzipienethik sich nicht zu streng an den Theorien und moralischen Paradigmen der Diskursethik orientieren. Gleichzeitig könnten beide Zweige der Ethik kombiniert werden und so beispielsweise den Diskussionen der Prinzipienethik durch Diskursregeln der Diskursethik ein Rahmen und Regeln gegeben werden.¹¹⁶ So könnten diese beiden Disziplinen der Ethik ihre Schwächen gegenseitig mindern und zu einer „umfassendere[n] Rechtfertigungsleistung“¹¹⁷ gelangen als jede für sich allein. Ralf Jox sieht die akademische Ethik sogar als wesentlichen Bestandteil an, um den Erfolg der Klinischen Ethikberatung zu garantieren. Es sei ihre Aufgabe, Methoden zu ent-

¹¹¹ Illhardt (1999), S. 270.

¹¹² Illhardt (1999), S. 265.

¹¹³ Mertz et al. (2014), S. 93.

¹¹⁴ Mertz et al. (2014), S. 92.

¹¹⁵ Beauchamp und Childress hielten diese Grundsätze in Form von vier Prinzipien fest: Das Prinzip der Autonomie des Patienten, das Prinzip des Nicht-Schadens, jenes der Fürsorge und das der Gerechtigkeit.

¹¹⁶ Mertz et al. (2014), S. 93.

¹¹⁷ Mertz et al. (2014), S. 102.

wickeln, die den Erfolg der Ethikberatung messen und evaluieren, damit eine einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung möglich sei.¹¹⁸ Die Arbeit der Theoretischen Ethik wäre demnach ausschlaggebend für die qualitative Entwicklung der Klinischen Ethik und würde so dauerhaft deren Verlauf mit bestimmen.

Weniger Gewicht schrieb Siegler noch 1987 der akademischen Komponente in der Klinischen Ethik zu. Er beschrieb das Erreichen begründeter, nachvollziehbarer und fundierter Entscheidungen als das Ziel der Klinischen Ethikberatung.¹¹⁹ Somit nannte er nicht explizit die Einhaltung ethischer Prinzipien als Grundsatz der Konfliktlösung durch ein KEK, sondern deren Begründbarkeit. Folglich müsste für jede Entscheidung ein Urteil gefunden werden, das von allen Parteien nachvollzogen werden kann und nicht unbedingt ein Urteil, das einer philosophischen Theorie folgt. Demnach wäre es für ein Urteil eines KEK deutlich relevanter, eine konsequente Argumentation und gute Dokumentation durchzuführen, der die Antragsteller folgen und so die Entscheidung des KEK sowohl nachvollziehen als auch bestenfalls akzeptieren können, als ein auf der Auslegung ethischer Theorien beruhender Beschluss. Allerdings schließen sich diese Umstände nicht grundsätzlich gegenseitig aus, da auch Modelle der Ethik als Begründung verwendet werden können, die zu einem nachvollziehbaren Urteil führen. Diese „theoretischen Rechtfertigungsansätze aus der Ethik [seien] unverzichtbar“¹²⁰, um nachweisen zu können, ob eine Entscheidung richtig sei. Die Notwendigkeit der Begründung von ethischen Entscheidungen wird bekräftigt von der These, dass die Moderne Moral nur einen Geltungsanspruch habe, wenn sie auf für alle Menschen nachvollziehbarer Vernunft beruhe und demnach dadurch begründbar sei, dass sie auch von allen Menschen verstanden werden könne.¹²¹

Der Vorstand der AEM erklärte in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 2010, dass der Entscheidungsprozess eines Klinischen Ethik-Komitees „transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten [sei], d. h. gute Entscheidungen in guten Entscheidungsprozessen zu treffen“¹²² seien. Wie genau eine „gute Entscheidung“ definiert ist bzw. welchen Kriterien sie entsprechen müsste, wurde indes nicht näher aufgeführt. Da die Entscheidung transparent sein soll, könnte man

¹¹⁸ Jox. (2014), S. 90.

¹¹⁹ Siegler (1987), S. 124.

¹²⁰ Mertz et al. (2014), S. 91.

¹²¹ Kettner/May (2001), S. 488.

¹²² Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010), S. 150.

darauf schließen, dass der Vorstand der AEM mit Siegler insofern übereinstimmt, als das Urteil des KEK nachvollziehbar sein sollte. Zusätzlich bedeutet transparent allerdings auch, dass die Entscheidungsfindung sorgfältig dokumentiert sein sollte.

Eine Differenz zwischen angewandter und theoretischer Ethik sehen auch Matthias Kettner und Arndt T. May. Für sie sollte Ethik im klinischen Alltag flexibel sein und sich individuell anpassen können, um eine für alle Beteiligten möglichst gute Lösung zu finden. Diese müsse nicht genau den ethischen Prinzipien entsprechen, die von der akademischen Ethik vorgegeben sind. Die Autoren erachten die Ethik als eine theoretische Disziplin, deren praktische Umsetzung die Moral darstellt. So verhalte sich Moral zu Ethik wie Praxis zu Theorie.¹²³ Diese Darlegung bedeutet allerdings auch, dass nicht unbedingt eine akademische Expertise in der Ethik die wichtigste Voraussetzung für eine gute Klinische Ethikberatung ist. Dagegen sprechen die bereits geschilderten Darlegungen anderer Autoren. Laut Schulz-Baldes und Jörg Splett gelangt die Ethik gerade durch die Differenz zwischen der Theorie des richtigen Handelns und der praktischen Umsetzung dieser Überlegungen zu Relevanz.¹²⁴ So stimmen sie mit der aufgeführten These von Kettner und May überein, dass die akademischen Theorien der Ethik in der Praxis nicht exakt angewandt werden können, doch der Transfer zu der alltäglichen Umsetzung macht für diese Autoren die eigentliche Bedeutung der Ethik im Krankenhaus aus. Für diese Übertragung von der Theorie zur Praxis ist sowohl das theoretische Wissen als auch Erfahrung und ein tiefes Verständnis für den Alltag und die Konflikte innerhalb einer Klinik nötig.

Weiterhin ist es wichtig einzugrenzen, welche übergeordneten Ziele die Klinische Ethikberatung verfolgt. Nur so kann ein KEK eine kohärente Satzung erstellen und die eigene Leistung anhand der vorab gesetzten Ziele evaluieren. Es ist zwar jedem Komitee selbst überlassen, die eigenen Ziele zu formulieren und diese an die Bedürfnisse des jeweiligen Krankenhauses anzupassen, es bestehen diesbezüglich allerdings verschiedene Ansätze. So sehen Klinische Ethiker wie Stella Reiter-Theil und der Hämatologe Wolfgang Hiddemann die Erleichterung der Entscheidungsfindung und die Hilfestellung bei schwerwiegenden Entscheidungen als Kernaufgabe dieser Institutionen.¹²⁵ Auch Axel W. Bauer bezeichnet „schwierige, moralisch kont-

¹²³ Kettner/May (2001), S. 488.

¹²⁴ Schulz-Baldes/Splett (2006), S. 197.

¹²⁵ Reiter-Theil/Hiddemann (2000a), S. A901.

roverse Entscheidungen“¹²⁶ als das Aufgabengebiet eines KEK. Er beschreibt diese Konflikte weiterhin als „Grenzsituationen der modernen Medizin“¹²⁷, um sie näher einzuschränken. Somit sieht Bauer den Bedarf eines KEK besonders bei Fragestellungen, die durch die technische Weiterentwicklung der Medizin entstehen und noch nicht klar geregelt wurden. Wiesing beschreibt als das Ziel der Ethikberatung die Verbesserung der „rationale[n] Qualität von moralischen Urteilen“¹²⁸ und betont daher eher die analytische Komponente der Ethikberatung. Es wird nicht klar dargestellt, woran die Qualität eines moralischen Urteils gemessen wird. Die formulierten Anforderungen thematisieren vordergründig eine Verbesserung des Prozesses der Entscheidungsfindung. Ein anderer Ansatz wäre es, das Resultat in den Fokus zu rücken. Denn das Ziel der Klinischen Ethikberatung könnte auch die Verbesserung der Therapie der betroffenen Patienten sein.¹²⁹

Dagegen sieht Eva Winkler das Ethik-Komitee eher als eine Institution, welche die immer stärkeren wirtschaftlichen Einflüsse im Krankenhaus ausgleichen sollte, um die „negativen Folgen einer marktorientierten, hochspezialisierten Gesundheitsversorgung“¹³⁰ zu minimieren. Winkler stellt die Arbeit des KEK somit eher als Gegenpol zu den ökonomischen Einflüssen in Krankenhäusern dar und begründet dies damit, dass der Konflikt zwischen ökonomischen Interessen und dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten die Hauptursache für ethische Konflikte sei.¹³¹ In einem Artikel aus dem Jahr 2000 beschreiben auch Reiter-Theil und Hiddemann den starken Einfluss der Ökonomie auf die Vorgänge innerhalb der Krankenhäuser. Sie betrachten die Rationalisierung durch die Ärzteschaft mittels der Erarbeitung von Standards und Leitlinien zur Genüge durchgeführt und sehen die Klinische Ethik in einer vermittelnden Position, um einen „kooperativen und nicht konfrontativen Diskurs zwischen Ärzteschaft, Kostenträgern und politisch Verantwortlichen“¹³² zu begünstigen.

Dieser Einsatz der Klinischen Ethikberatung würde den Beteiligten ein weiteres Tätigkeitsfeld eröffnen. In diesem Fall wären die Ethikberater nicht als fachliche Vermittler in Finanzfragen eingesetzt, sondern sollten durch ihre Schulung im Argumentati-

¹²⁶ Bauer (2007), S. 202.

¹²⁷ Bauer (2007), S. 202.

¹²⁸ Wiesing (2001), S. 265.

¹²⁹ Paola/Walker (2006), S. 6.

¹³⁰ Winkler (2009), S. 312.

¹³¹ Winkler (2009), S. 312.

¹³² Reiter-Theil/Hiddemann (2000b), S. 194.

onswesen den anderen Parteien helfen, eine einvernehmliche Lösung zu finden. Es wird jedoch weder bei Winkler noch bei Reiter-Theil und Hiddemann erläutert, weshalb gerade eine Ethikberatung für diese Funktion geeignet sein sollte und was die dort engagierten Mitarbeiter zu Vermittlern in ökonomischen Fragen qualifiziert. Joch Vollmann spricht sich sogar explizit gegen eine Übernahme übergeordneter Aufgaben des Managements durch das KEK aus. Er schließt separate „Organisations-Ethik-Komitees“ nicht aus, deren einzige Aufgabe es wäre, die Geschäftsleitung zu beraten. Diese Aufgabe falle allerdings nicht einem regulären KEK zu. Diese sogenannte Organisationsethik bildet einen Zweig der Klinischen Ethik, der in Deutschland kaum vertreten ist.¹³³ Sie könnte jedoch für Ziele wie Winkler sie formuliert ein adäquateres Mittel darstellen als die Ethik-Komitees, wie sie an den meisten Krankenhäusern vertreten sind. Denn diese Form der angewandten Ethik widmet sich ausdrücklich den moralischen Problemen, die durch Verwaltungsentscheidungen und Rationierungen verursacht werden.¹³⁴

Einen anderen Aspekt der Aufgaben der Klinischen Ethikberatung sehen Kettner und May darin, „die moralische Kultur“ des Krankenhauses zu stärken bzw. zu verbessern, indem sie als „Forum für die gemeinsame Beratung“¹³⁵ fungiere. Dabei müsste sich ein derartiges Komitee auch mit „der Zuteilung begrenzter Mittel (Allokationsfragen) und Gerechtigkeitsfragen bei knappen Ressourcen“¹³⁶ auseinandersetzen. Diese Aussage spezifiziert nicht, ob das KEK dennoch von Patienten oder Ärzten angefragt werden müsste, um derartige Probleme anzugehen, oder ob es selbstständig einschreiten sollte, wenn eine Benachteiligung in irgendeiner Form vorläge. Letzteres würde dem KEK große Freiheiten einräumen und könnte Konfliktpotential mit der Klinikleitung mit sich bringen. Dieses Konfliktpotential und auch das mögliche Gefühl der Kontrolle durch das KEK könnten der Vertrauensbildung zwischen Ethik-Komitee und Mitarbeitern abträglich sein.

Gisela Bockenheimer-Lucius beschreibt als einen wesentlichen Effekt des KEK die Stärkung des Vertrauens „der Mitarbeiter in die eigenen Fähigkeiten zur ethischen

¹³³ Vollmann (2008), S. 35.

¹³⁴ Wehkamp (2004), S. A2376.

¹³⁵ Kettner/May (2001), S. 489.

¹³⁶ Kettner/May (2001), S. 493.

Entscheidungsfindung“.¹³⁷ Diese Wirkung entstehe durch die Möglichkeit mit dem Komitee zu diskutieren und sich mit Problemen an dieses zu wenden, wofür allerdings eine Vertrauensbasis nötig wäre. Diese Anforderung könnte folglich in Konflikt zu derjenigen von Kettner und May stehen. Da sich ein KEK primär aus Mitarbeitern des Krankenhauses zusammensetzt, könnte man es in dem von Bockenheimer-Lucius beschriebenen Zusammenhang auch als eine Art Forum bezeichnen, das den Mitarbeitern in ethischen Konfliktsituationen die Möglichkeit zum Austausch und zur Beratung gibt. Bockenheimer-Lucius' Position stimmt wiederum mit Bauers Aussage überein, dass ein Klinisches Ethik-Komitee bei Unsicherheiten über die Entscheidungsfindungen beraten sollte. Bauer bezieht sich hierbei jedoch nicht allein auf Mitarbeiter, sondern auf alle „Personen, die konfliktbehaftete Entscheidungen treffen müssen oder davon betroffen sind“¹³⁸ und schließt so einen deutlich größeren Personenkreis ein. Denn ein KEK könnte nicht ausschließlich für die Mitarbeiter eine Anlaufstelle sein, sondern auch für Patienten und Angehörige diese Möglichkeit bieten, um auch bei ihnen das Vertrauen in sich und das Krankenhaus zu steigern. Dieser Auffassung ist auch Reiter-Theil, welche die Klinische Ethik als Instrument zur „Unterstützung der Behandelnden, Betreuenden und ebenso der Patienten und ihrer Angehörigen“¹³⁹ sieht.

Reiter-Theil und Hiddemann sehen es als weitere Aufgabe der Klinischen Ethikberatung an, sich aktiv in der ethischen Fortbildung des medizinischen Personals einzubringen. Sie bemängeln explizit die fehlende Vermittlung ethischer Grundsätze in der Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten.¹⁴⁰ Durch eine bessere Lehre könnten besonders junge Ärzte besser mit Konfliktsituationen umzugehen lernen und wären nicht so schnell überfordert oder hilflos. Aus diesem Grund forderten sie 1999 eine „verbindliche Grundausbildung in Ethik für Medizinstudenten.“¹⁴¹ Diese Forderung wird seit 2002 durch die Einführung des obligatorischen Querschnittsbereichs Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in die Approbationsordnung für Ärzte zumindest formal erfüllt. Der Ausbau der Lehre kann mit der Beförderung der medizinischen Ethik zu einer akademischen Wissenschaft verbunden werden, wodurch sie

¹³⁷ Bockenheimer-Lucius (2007), S. 320.

¹³⁸ Bauer (2007), S. 202.

¹³⁹ Reiter-Theil (1999), S. 222.

¹⁴⁰ Reiter-Theil/Hiddemann (2000a), S. A901.

¹⁴¹ Reiter-Theil/Hiddemann (2000a), S. A901.

sich als solche etablieren könnte.¹⁴² Dieser Aspekt könnte ein ausschlaggebender Antrieb für den Ausbau der Lehre sein.

Ob die akademische Ethik in der Klinik praktisch anwendbar ist, könnte aus dem Grund angezweifelt werden, dass sowohl von Illhardt als auch von Kettner und May betont wird, wie wichtig die Flexibilität der Grundsätze in klinischen Konflikten ist. Demnach müsste die Klinische Ethik sehr praxisnah gelehrt werden, um tatsächlich im Arbeitsalltag hilfreich zu sein. Bauer sieht ebenfalls eine Diskrepanz zwischen Forschung und Lehre einerseits und Klinischen Ethikberatung andererseits. Nach seiner Auffassung sollte die Aktivität eines KEK nicht primär wissenschaftsassoziert sein, sondern sich den praktischen Aufgaben widmen. Diesen Interessenkonflikt der Klinischen Ethik sieht er als ein Problem, das besonders in Universitätsklinik für die Arbeit eines KEK hinderlich sein könnte. Bauer sieht ebenfalls eine Diskrepanz zwischen der Forschung und Lehre und der Klinischen Ethikberatung. Ihm zufolge sollte die Aktivität eines KEK nicht hauptsächlich theoretisch orientiert sein, sondern sich seinen praktischen Aufgaben widmen.¹⁴³ Diesen Interessenkonflikt der Klinischen Ethik sieht er als Problematik, die besonders in Universitätsklinik der Arbeit eines KEK hinderlich sein könnten. Ferner sei die Beratung durch ein KEK „nicht ausschließlich und vielleicht nicht einmal überwiegend ethischer Natur“, insofern Ethik als „moralfreie Analyse von Moral und Moralsystemen“ definiert würde.¹⁴⁴ Dies begründet Bauer damit, dass es bei einer Klinischen Fallberatung nicht um eine neutrale Haltung oder eine moralfreie Besprechung und auch nicht um die fehlerfreie Anwendung einer ethischen Theorie gehe, sondern um praktische Hilfestellungen.

Auch Kettner und May sehen einen Unterschied zwischen der Ethik, die „moralischen Urteilen [...] auf den Grund gehen“ solle, während Moral praktisch angewendet würde und auf begründbaren, rationalen Entscheidungen beruhe.¹⁴⁵ Aufgrund dieser These lässt sich die Wirkung von Ethikunterricht während der medizinischen Ausbildung anzweifeln, weil die akademische Ethik in diesem Fall kaum etwas mit der angewandten Beratung im Klinikalltag gemeinsam hat. Andererseits könnte trotz der Diskrepanz der beiden Gebiete die akademische Ethik als Fundament für die ange-

¹⁴² Wiesing (2001), S. 258.

¹⁴³ Bauer (2007), S. 203.

¹⁴⁴ Bauer (2007), S. 207.

¹⁴⁵ Kettner/May (2001), S. 488.

wendete Ethikberatung bzw. als Hilfe bei ethischen Konflikten im Arbeitsalltag dienen. So könnte sie Denkstrukturen und Hilfestellungen vermitteln, die bei derartigen Problemen als Anleitung für die dennoch eigenständige Lösungsfindung fungieren.

Die beschriebenen Anforderungen an die Klinische Ethikberatung, die von konkreten Hilfestellungen einerseits über die allgemeine Verbesserung des „ethischen Klimas“ bis zu einer Instanz gegen die Ökonomisierung des Gesundheitssystems reichen, zeigen die verschiedenen Auffassungen, was diese Institution leisten soll. Inwiefern diese Ziele umsetzbar sind und ein KEK überhaupt die geeignete Form dafür darstellt, wird in den weiteren Kapiteln diskutiert. Es wird allerdings deutlich, wie unterschiedlich die Erwartungen sind. Da die jeweilige Zielsetzung den Aufbau und die Arbeitsweise der Klinischen Ethikberatungsstrukturen stark beeinflusst, ist es wichtig, dass ein Konsens auf diesem Gebiet gefunden wird. Es kann zwar jedes Komitee seine eigenen Ziele setzen, doch eine gemeinsame, übergeordnete Zielsetzung gäbe dem Konzept eine Struktur und eine bessere Vergleichbarkeit. So könnte eine systematische Auswertung der Fortschritte und Veränderungen gewährleistet werden.

5 Die Implementierung der Klinischen Ethikberatung an deutschen Krankenhäusern

Eine 2014 durchgeführte Umfrage zum Thema *Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland* ergab, dass bei 74,9% der 529 Teilnehmer eine formal strukturierte Ethikberatung vorhanden war.¹⁴⁶ Damit war der Anteil seit einer sehr ähnlich aufgebauten Umfrage 7 Jahre zuvor mit 64% der Befragten deutlich gestiegen.¹⁴⁷ Diese Umfragen spiegeln die rasche Entwicklung der Klinischen Ethikberatung wider. Im Jahr 2003 waren sogar nur in 6,5% der konfessionellen¹⁴⁸ und in unter 1% der nicht konfessionellen Krankenhäuser KEKs vertreten. In dieser Erhebung wurden allerdings nur KEKs berücksichtigt, also nicht sämtliche Formen der Ethikberatung.¹⁴⁹ Die rasante Zunahme dieser Strukturen führte dazu, dass in rascher Zeit viele neue Institutionen der Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern entstanden. In diesem Kapitel wird der Implementierungsvorgang näher untersucht und erläutert, wie die Gründungen initiiert wurden, und auf welche Resonanz die Einführung gestoßen ist.

Die deutlich gestiegene Zahl der Einrichtungen mit Ethikberatungen an Krankenhäusern lässt sich in gewissem Maße relativieren, da in der Umfrage von Kettner und May 2003 nur bereits aktive Ethik-Komitees gewertet wurden, anstatt auch geplante oder sich im Aufbau befindende Komitees einzubeziehen. Weiterhin überprüften Kettner und May die Angaben der Krankenhäuser aus früheren Befragungen, wodurch sie zu realistischeren Angaben gelangt sein könnten. Denn bei den Recherchen der Autoren zeigte sich, dass bei der telefonischen Anfrage der einzelnen Kliniken eine deutlich geringere Zahl der Krankenhäuser tatsächlich ein Ethik-Komitee vorweisen konnte als anhand der vorher bekannten Angaben erwartet wurde. Dieser Umstand ließ sich teilweise auf Angaben zurückführen, bei denen „die Vorinformation, dass ein KEK etabliert sei, sich als Falschmeldung erwies.“¹⁵⁰ So gaben bei einer Vorbefragung im Jahr 2001 durch Simon und Gillen 17 Häuser an, die Einrichtung

¹⁴⁶ Schochow et al. (2014), S. 2179.

¹⁴⁷ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 155.

¹⁴⁸ Unter den konfessionellen Häusern sind etablierte Komitees ungefähr gleich auf katholische und evangelische Einrichtungen verteilt.

Kettner/May (2005), S. 238.

¹⁴⁹ Kettner/May (2005), S. 237.

¹⁵⁰ Kettner/May (2005), S. 238.

eines Ethik-Komitees zu planen.¹⁵¹ Von diesen Krankenhäusern hatten allerdings in der Befragung durch Kettner und May nur 7 diese Pläne auch tatsächlich umgesetzt.¹⁵² Da sowohl in den Erhebungen von 2007 und 2014 auch die Krankenhäuser, die laut eigenen Angaben in nächster Zeit eine Ethikberatung einzurichten planten, in die Umfragen einbezogen wurden, fallen dort die Ergebnisse deutlich höher aus.^{153,154} Die Erkenntnisse der Recherchen von Kettner und May geben allerdings Grund zu der Annahme, dass nicht alle dieser geplanten Komitees tatsächlich entstanden, wodurch die tatsächliche Anzahl der KEKs geringer ausfiel.

Trotz dieser relativierenden Faktoren ist eine deutlich steigende Zahl der Institutionen Klinischer Ethikberatung zu erkennen. Anfangs bestand in Deutschland ein ausgeprägter Unterschied zwischen konfessionellen, öffentlichen und privaten Trägern. 2002 hatten 70 konfessionelle und 6 nicht konfessionelle Häuser eine Institution der Ethikberatung eingerichtet.¹⁵⁵ Eine mögliche Begründung könnte die frühe Empfehlung der katholischen und evangelischen Krankenhausverbände von 1997 darstellen, die Erfahrungen mit Klinischer Ethikberatung schilderte und zu der Einrichtung einer Institution für die klinische Beratung in ethischen Konfliktsituationen riet.¹⁵⁶ Diese Veröffentlichung war in Deutschland einer der ersten Impulse für die Implementierung derartiger Beratungsstellen. Da es sich bei den Herausgebern um christliche Verbände handelt, hatte diese Empfehlung in den konfessionellen Häusern einen stärkeren Einfluss. Weitere Impulse für die Einrichtung derartiger Strukturen gaben die Stellungnahmen der ZEKO und der AEM. Die 2014 durchgeführte Umfrage zeigte einen kurzen Anstieg der Gründungszahlen um 2005 und einen weiteren Anstieg im Zeitraum von 2007 bis 2009. Dies könnte sich auf die *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin* im Jahre 2006 zurückführen lassen. 2010 veröffentlichte die AEM *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*, woraufhin 2010 und 2011 die Gründungszahl erneut anstieg.¹⁵⁷ Das gesteigerte Interesse an der Klinischen Ethikberatung wird auch in den gestiegenen Teilnehmerzahlen an Konferenzen deutlich.

¹⁵¹ Simon/Gillen (2001), S. 152.

¹⁵² Kettner/May (2005), S. 238.

¹⁵³ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 155.

¹⁵⁴ Schochow et al. (2014), S. 2179.

¹⁵⁵ Kettner/May (2002), S. 295.

¹⁵⁶ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997).

¹⁵⁷ Schochow et al. (2014), S. 2182.

So stieg die Anzahl der Gäste beispielweise bei der *International Conference on Clinical Ethics Consultation* von 150 im Jahr 2003 auf 400 Teilnehmer im Jahr 2007.¹⁵⁸ Dieser Anstieg zeigte das Interesse an der Thematik, das sich auch dadurch erhöht, dass immer mehr Ärzte und Pflegekräfte auf diesem Gebiet tätig sind oder mit ihm näher in Kontakt kommen. Es drückt weiterhin das Bedürfnis aus, sich über Erfahrungen auszutauschen und den aktuellen Stand der verschiedenen Nationen zu besprechen.

Allerdings zeigte die Umfrage von 2014, dass seit 2005 die Anzahl an Implementierungen in nicht konfessionellen Häusern jene aus konfessionellen Häusern übertrifft. Zuvor hatte es in Häusern kirchlicher Träger kontinuierlich mehr Gründungen gegeben. 2014 konnte kein Unterschied der prozentualen Implementierungsrate aufgrund der Trägerschaft mehr festgestellt werden.¹⁵⁹ Diese Entwicklung kann auf die Empfehlungen der ZEKO und der AEM zurückgeführt werden, durch welche die Befürwortung einer Ethikberatungsstruktur nicht mehr auf christliche Einrichtungen beschränkt war und den nicht konfessionellen Häusern einen Impuls gab. Durch diese Veröffentlichungen wuchs weiterhin das öffentliche Interesse an diesen Institutionen, wodurch ein weiterer Anreiz für Krankenhäuser entstand, eine solche einzurichten. Besonders mittelgroße bis große Häuser führten eine Klinische Ethikberatung ein.^{160,161} So hatten 2014 bereits alle befragten Universitätsklinika eine Ethikberatung eingerichtet oder befanden sich in der Planungsphase.¹⁶² Dass größere Häuser verhältnismäßig öfter eine Ethikberatung implementierten, könnte damit zusammenhängen, dass von den Befragten als wesentlicher Faktor für die Implementierung einer Ethikberatung die anstehende Zertifizierung des jeweiligen Hauses genannt wurde.¹⁶³ Da generell eher größere Häuser eine Zertifizierung anstreben, ist die dafür nötige Institution der Ethikberatung besonders für diese Kliniken ein starker Anreiz. Auch Kettner und May sehen „die Konkurrenz durch symbolische Kapitalbildung über Zertifizierungskommunikation, hinter denen letztlich die ökonomische Konkurrenz steht, [als] die stärks-

¹⁵⁸ Kobert/Pfäfflin/Reiter-Theil (2007), S. 231.

¹⁵⁹ Schochow et al. (2014), S. 2182.

¹⁶⁰ Schochow et al. (2014), S. 2179.

¹⁶¹ Kettner/May (2002), S. 295.

¹⁶² Schochow et al. (2014), S. 2179.

¹⁶³ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 153-155.

te Triebkraft unter allen Faktoren, die der Bewegung zur Etablierung von KEKs in Deutschland ihre auffällige Dynamik geben.“¹⁶⁴

Schon 2002 beschrieben die Autoren, dass starke Impulse zur Einrichtung von KEKs von den Prozessen des Qualitätsmanagements zu der Zertifizierung ausgingen, sei es direkt aus ökonomischen Gründen, oder aus Gründen der Identitätswahrung in einer werteppluralistischen Gesellschaft.¹⁶⁵ Folglich wird die Gründung derartiger Institutionen oft nicht primär durch das Bedürfnis nach Unterstützung in ethischen Fragestellungen durch das Personal oder die Patienten veranlasst, sondern begründet sich zumindest mittelbar auf ökonomische Faktoren. Dieser Antrieb könnte sich auf die Funktion der Ethikberatung auswirken, da sie in diesem Fall nicht entstünde, um die Bedürfnisse der Beteiligten zu befriedigen bzw. ein bestehendes Defizit auszugleichen, sondern lediglich ein Mittel zum Zweck der Zertifizierung wäre. Auch in den USA wird kritisch betrachtet, dass die Klinischen Ethik-Komitees mitunter mehr strategischen institutionellen Absichten dienen als den authentischen Zielen der Ethikberatung.¹⁶⁶

Diese Bedenken wurden von Klaus Kobert (Evangelisches Klinikum Bethel) während der Internationalen Konferenz 2007 in Toronto dokumentiert. Da die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung in den USA schon deutlich früher begann als in Europa, weist dieser Umstand darauf hin, dass es sich um ein längerfristiges Problem handelt. Allerdings betrachtete Bauer dieses Problem aus einem anderen Blickwinkel, indem er zwar eingesteht, dass der Zertifizierungsprozess oftmals der Beweggrund für die Gründung eines KEK ist, dass es aber die Aufgabe der Klinischen Ethikberatung sei, sich von diesem Ausgangspunkt loszusagen, damit es nicht zu einer „Instrumentalisierung der Medizinethik im Interesse von Ökonomie und Public Relations“ komme.¹⁶⁷ Er sieht also den Handlungsbedarf nicht unbedingt darin, den Anlass für die Einsetzung eines KEK zu ändern, sondern darin, dass die spätere Tätigkeit der Ethikberatung nicht dadurch beeinflusst wird.

¹⁶⁴ Kettner/ May (2005), S. 239.

¹⁶⁵ Kettner/May (2002), S. 295.

¹⁶⁶ Kobert/Pfäfflin/Reiter-Theil (2007), S. 231.

¹⁶⁷ Bauer (2007), S. 209.

Passend dazu, dass die Zertifizierung als ein häufiger Anlass zur Implementierung genannt wurde, wurde die Gründung eines Ethik-Komitees in einer Vielzahl der Fälle von der Geschäftsführung des jeweiligen Krankenhauses nach dem Top-down-Prinzip initiiert und koordiniert. Die Initiative der Gründung und die Koordination der Entstehung gingen also von der Leitungsebene aus. In einem Erfahrungsbericht von 2003 über die Implementierung des KEK an der Universitätsklinik in Erlangen, das nach dem Top-down-Modell eingeführt wurde, sahen Vollmann und Weidtmann einige Probleme, die eine derartige Initiierungsform mit sich bringt. So war in der erstmaligen Besetzung des KEK nur ein Assistenzarzt vertreten, während die Klinikdirektoren übermäßig stark repräsentiert waren. Auch Frauen waren, eventuell in Folge des genannten Ungleichgewichts, unterrepräsentiert. Dieses Missverhältnis erschwerte die Kommunikation mit den weniger repräsentierten Mitarbeitergruppen wie beispielsweise dem Pflegepersonal. Dieser Umstand führte wiederum dazu, dass sich diese Gruppen nicht mit dem KEK und dessen Arbeit identifizieren konnten.¹⁶⁸ Wenn während des Implementierungsprozesses eine breite Basis der Mitarbeiter einer Klinik eingebunden wird, könnte sich dieses Vorgehen positiv auf die spätere Akzeptanz der Ethikberatung und der praktischen Anwendung widerspiegeln. So könnte trotz des ökonomischen Antriebs der Implementierung eine starke Fundierung des Ethik-Komitees bewirkt werden, wodurch eine funktionsfähige, zielgerichtete Ethikberatung umsetzbar würde.

Derartige Probleme könnten, so lautet eine weit verbreitete Hoffnung, womöglich durch eine Implementierung mittels Bottom-up-Modell umgangen werden. Die Autoren weisen allerdings auch auf den großen Vorteil der Top-down-Implementierung hin, welche die finanziellen Mittel und personellen Ressourcen durch die Unterstützung des Klinikvorstandes sichere und die Behinderung der Arbeit des Komitees durch die Leitungsebene verhindere.¹⁶⁹ So könnte der Implementierungsprozess deutlich beschleunigt werden. Außerdem ist diese Art der Einführung eine typische hierarchische Handlung, wie sie in Krankenhäusern bei vielen Neuerungen oder Umstellungen üblich, daher den Mitarbeitern bereits bekannt ist und in der Regel toleriert wird. Auch Andrea Dörries weist darauf hin, dass bei der Implementierung der Klinischen Ethikberatung oft die strukturellen und organisatorischen Elemente vernach-

¹⁶⁸ Vollmann/Weidtmann (2003), S. 234-235.

¹⁶⁹ Vollmann/Weidtmann (2003), S. 234-235.

lässigt würden, was zu großen Problemen für die weiteren Aktivitäten der Institution führen könne.¹⁷⁰ Möglicherweise wird bei einer Implementierung mittels des Top-down-Modells eine effektivere organisatorische Grundlage erzeugt, da die Geschäftsleitung organisatorische Strukturen schneller entwickeln kann und diese Art der Abwicklung gewohnt ist. Die AEM empfiehlt daher die Implementierung mittels einer Kombination beider Modelle, also Top-down und Bottom-up, um die optimale Unterstützung zu gewährleisten. Dies sieht sie als „Voraussetzung[...] für eine erfolgreiche Ethikberatung“ an.¹⁷¹

Eine weitere Gefahr der Implementierung aufgrund einer anstehenden Zertifizierung, sind Ethikberatungsinstitutionen, die nur auf dem Papier bestehen, in der Praxis aber kaum oder gar nicht aktiv werden. Diese Bedenken werden durch die Tatsache unterstützt, dass in der 2003 durchgeführten Umfrage von Kettner und May Umfrage auf Vorstandsebene angegeben wurde, es existiere ein KEK, weil dessen Besitz „als gesundheitspolitisch korrekt zu gelten beginnt.“¹⁷² Bei näheren Nachforschungen konnte allerdings weder ein Ansprechpartner noch Vorsitzender des angegebenen Ethik-Komitees ausfindig gemacht werden. Dieser Umstand wirft die Frage auf, ob das genannte KEK tatsächlich existiert. Dieser Umstand müsste spätestens für die Zertifizierung des Hauses untersucht werden. Bei der Prüfung durch die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zur Zertifizierung eines Hauses wird zunächst eine Selbstbewertung eingereicht, die anschließend anhand eines seit 2002 eingesetzten, zuletzt 2010 überarbeiteten Manuals überprüft. Daraufhin folgt die Fremdbewertung durch Visitationen. Der KTQ-Katalog umfasst 6 Kategorien zur Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Patientenorientierung oder das Informationswesen. Wie genau diese Punkte geprüft und hinterfragt werden, wird nicht beschrieben.¹⁷³ Ralf Jox fordert, dass bei der Überprüfung nicht nur oberflächlich geprüft wird, sondern Nachweise für eine bereits agierende Ethikberatung gefordert werden. Er schlägt in diesem Zusammenhang dokumentierte Fallbesprechungen, Fortbildungen der Mitarbeiter und Evaluationen vor.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Dörries (2008), S. 49.

¹⁷¹ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010), S. 150.

¹⁷² Kettner/May (2005), S. 240.

¹⁷³ AOK Bundesverband (o. J.).

¹⁷⁴ Jox (2014), S. 89.

Neben den Motiven der Leitungsebene für die Einführung der Klinischen Ethikberatung, gab es auch unter Krankenhausmitarbeitern eine steigende Nachfrage nach Institutionen der Beratung in schwierigen Fällen. In einer 1999/2000 von Elke Mertens und Kollegen durchgeführten Befragung der Mitarbeiter eines Krankenhauses in Berlin ergab die Auswertung von 182 Fragebögen, dass 93,2% der Befragten berufsgruppenübergreifend für die Einrichtung einer Institution für Ethikberatung stimmten. Eine noch größere Zustimmung erhielt der Aspekt, dass ethische Beratung für die Praxis relevant sei.¹⁷⁵ Vergleichbar mit diesen Ergebnissen sind die Umfrageergebnisse der 2001 durchgeführten Erhebung des KEK der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein Jahr nach der Einführung des Ethik-Komitees. Dabei gaben in allen Berufsgruppen über 90% an, mit ethischen Konflikten konfrontiert zu sein. Von den Ärzten gaben zirka 30%, von den Pflegenden zirka 26% an, täglich bis wöchentlich mit solchen Konflikten konfrontiert zu werden. In beiden Berufsgruppen beschrieben über 50% diese Situation als mittelgradig belastend, bei der Pflege sogar 30% als sehr belastend.¹⁷⁶

Damit bestätigten sie die Relevanz ethischer Themen im Krankenhausalltag. Vergleichbare Werte zum Zeitpunkt vor Einführung des KEK waren nicht publiziert worden. In der Befragung durch Mertens et al. fällt auf, dass mit 98,8% die Beratung in ethischen bzw. rechtlichen Fragen als wichtigste Aufgabe der praktischen Anwendung angesehen wurde.¹⁷⁷ Es wurde dabei im Fragebogen nicht näher spezifiziert, ob der ethische oder der juristische Aspekt dominierte. Anscheinend wurden diese Kategorien als gemeinsame Frage erfasst, obwohl es sich um getrennte Fachrichtungen handelt. In ihrem Fazit kamen die Autoren zu dem Schluss, dass „bei den Befragten ein Bedarf an Beratung und Absicherung, vor allem im juristischen Bereich“¹⁷⁸ bestehe. Daher könnte sich der Wunsch nach Einrichtung einer Ethikberatung auf Bedürfnisse gründen, die kompetenter durch einen Juristen als durch einen Klinischen Ethikberater befriedigt werden könnten. Denn eine effiziente Ethikberatung kann nur erfolgen, wenn die Beteiligten tatsächlich Hilfestellung bei einem Konflikt benötigen, für den sie keine adäquate Lösung finden können und bei dem es sich um einen Konflikt ethischer Art handelt. Sie ist nicht sinnvoll, um eine von Klini-

¹⁷⁵ Mertens et al. (2001), S. 210.

¹⁷⁶ Neitzke (2001), S. 7.

¹⁷⁷ Mertens et al. (2001), S. 209.

¹⁷⁸ Mertens et al. (2001), S. 210.

kern getroffene Entscheidung abzusegnen oder diese auf ihre rechtliche Zulässigkeit zu prüfen, etwa um dem Betroffenen die Angst vor einem potenziellen Rechtsverstoß zu nehmen. Allerdings sind diese Themenfelder nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Daher muss bei der Implementierung einer solchen Einrichtung darauf geachtet werden, die Aufgabengebiete klar abzustecken und die Mitarbeiter ausreichend darüber aufzuklären, wann sie sich an eine Klinische Ethikberatung wenden können.

Auffällig an Neitzkes 2001 publizierten Umfrageergebnissen an der MHH war, dass trotz des bereits bestehenden KEKs 70% der Pflegekräfte angaben, einen kompetenten Ansprechpartner bei ethischen Konflikten zu vermissen. Diese Wahrnehmung stieg „von den Ärzten in Leitungsposition (41,5%) über die Ärzte ohne Leitungsfunktion (53,5%) und die Pflegenden in Leitungspositionen (64,2%) bis zu den Pflegenden an der Basis (70,2%).“¹⁷⁹ Dieses Bedürfnis drückt einerseits aus, dass die Einrichtung eines KEK an diesem Haus durchaus angebracht war und wahrscheinlich auch eine Zustimmung durch die Mitarbeiter erfuhr. Allerdings zeigt es auch, dass trotz des zum Zeitpunkt der Befragung seit einem Jahr aktiven Komitees unter den Mitarbeitern der MHH das Gefühl bestand, keinen Ansprechpartner zu haben. Diese Aussage zeigt, dass die Existenz des Ethik-Komitees des Universitätsklinikums bis dahin noch nicht bis zu allen Mitarbeitern vorgedrungen war bzw. deren Belastung durch ethische Konflikte suffizient vermindern konnte.

Als Fazit aus der Befragung schloss Neitzke für das KEK, dass „die von allen gewünschten Verbesserungen nur realisierbar sind durch eine kontinuierliche, institutionalisierte und interprofessionelle Kommunikation über ethische Themen auf Station.“¹⁸⁰ Allerdings könnten die Ursprünge der Konflikte auch einen Dialog mit der Geschäftsleitung unerlässlich machen, um die Voraussetzungen anzupassen und so die Konfliktentstehung zu verringern. Diese Tatsache könnte sich zu einem weiteren Aufgabengebiet des KEK entwickeln. Trotz des hier dargestellten Bedürfnisses vieler Mitarbeiter an deutschen Krankenhäusern, sich mit ethischen Problemen an eine kompetente Instanz wenden zu können, beschrieb Jox noch 2014, dass einige Ethikberatungsangebote oder Komitees kaum in Anspruch genommen würden und daher

¹⁷⁹ Neitzke (2001), S. 14.

¹⁸⁰ Neitzke (2001), S. 18.

ihre Funktion nicht angemessen realisieren könnten.¹⁸¹ Dieser Umstand könnte verschiedene Gründe haben, wie die mangelnde Kenntnis über das Angebot, inadäquate Beratungsformen oder Skepsis unter den Mitarbeitern.

Für eine zielorientierte, effiziente Arbeitsweise ist die Erstellung einer Geschäftsordnung für das KEK von großer Bedeutung. Damit steckt es sich selbst definierte Ziele und stellt klar, welche Aufgabengebiete es für sich annimmt. Bauer beschrieb 2007 die Formulierung einer Geschäftsordnung des Mannheimer KEKs als „erste Möglichkeit zur gegenseitigen Kontaktaufnahme und zur Eröffnung des Diskurses zwischen den künftigen Mitgliedern [...] und eine gemeinsame strukturelle und prozedurale Basis zu finden.“¹⁸² Demnach wurde die Geschäftsordnung in diesem Fall als Gelegenheit genutzt, mit den Mitgliedern, die von der Geschäftsführung eingesetzt wurden, in Kontakt zu treten und sich über den gemeinsamen Kurs klar zu werden und gemeinsame Ziele zu beschließen. Trotz oder gerade aufgrund dieser großen Bedeutung bereitete die Erstellung einer Geschäftsordnung einigen Institutionen größere Schwierigkeiten.¹⁸³ So zeigte eine Befragung der konfessionellen Häuser im Jahr 2000, dass eine Geschäftsordnung nur bei etwa der Hälfte der Institutionen für Ethikberatung vorhanden war.¹⁸⁴ Dafür kann es verschiedene Ursachen geben. Doch wie auch Bauer es beschreibt, dient die Geschäftsordnung nicht nur als formale Grundlage, sie gibt der Arbeit des Komitees auch eine gewisse Struktur und setzt voraus, dass sich die Mitglieder mit der Zielsetzung und den Aufgaben dieser Institution auseinandersetzen. Wenn dieser Schritt in der Implementierung eines Ethik-Komitees ausgelassen wird, könnte die Arbeit dieser Institution qualitativ darunter leiden.

Neben den Herausforderungen, die sich organisatorisch bei der Entwicklung einer Klinischen Ethikberatung ergeben, muss auch beachtet werden, dass mit ihr eine neue Struktur in den bestehenden Organismus eines Krankenhauses eingefügt wird. Dadurch entstehen Veränderungen in für die Mitarbeiter bisher gewohnten Abläufen, die zwangsläufig zu einer Reaktion führen. In der Umfrage von 2007 gaben 110 der befragten Krankenhäuser an, während der Implementierungsphase der Ethikberatung auf Konfliktpunkte gestoßen zu sein. Dabei war Widerstand seitens der Ärzte in

¹⁸¹ Jox (2014), S. 89.

¹⁸² Bauer (2007), S. 203.

¹⁸³ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 154.

¹⁸⁴ Simon/Gillen (2001), S. 155.

23% der Fälle eine Schwierigkeit. Diesem stellten sich die Häuser durch intensivere Informationsvermittlung, transparente Entscheidungswege und stärkerer Zusammenarbeit.¹⁸⁵ In der Erhebung von 2014 wurde deutlich, dass dieser Widerstand während der Implementierungsphase mehrheitlich von Chefärzten ausging. Gleichzeitig zeigte sie jedoch auch, dass die Klinische Ethikberatung inzwischen als „fest etablierter Bestandteil der klinischen Einrichtung“ angesehen wurde.¹⁸⁶ Das KEK des Universitätsklinikums Erlangen machte die Erfahrung, dass vonseiten des Pflegepersonals nur informelle, telefonische Fragen an das Komitee gerichtet wurden, obwohl die Mitarbeiter dieser Gruppe einen hohen Bedarf an ethischer Beratung angaben. Als Begründung dafür gab das Pflegepersonal an, „eine Verschärfung der bereits bestehenden berufsgruppenspezifischen Konflikte zwischen Ärzteschaft und Pflege auf ihrer Station“¹⁸⁷ zu befürchten. Diese Aussage drückt ebenfalls ein gewisses Ressentiment der Mitarbeiter gegenüber der Arbeitsweise der Ethikberatung aus. Dabei könnte ein KEK bei Konflikten innerhalb verschiedener Berufsgruppen als Vermittler auftreten, es müsste allerdings stark darauf achten, nicht instrumentalisiert zu werden. Es darf aber nicht dazu kommen, dass die Klinische Ethikberatung einer Partei dabei hilft, ihre Position durchzusetzen.

Weitere Beweggründe, die Mitarbeiter eines Klinikums gegen die Einführung eines Ethik-Komitees an einer Klinik stimmen könnten, sind zum einen der Aufwand, der auf die Angestellten sowohl auf klinischer als auch auf verwaltungstechnischer Ebene zukommt, zum anderen „die Angst vor einer weiteren Institutionalisierung von behandlungsbezogenen Entscheidungen.“¹⁸⁸ Diese Angst, dass sich ein KEK in die klinischen Entscheidungen einmischen und die Autorität der Behandelnden sowohl anzweifeln als auch untergraben könnte, stellt eine mögliche Begründung für den hohen prozentualen Umfang des ärztlichen Widerstands in den Umfrageergebnissen dar. Nach Maio könne die Ethikberatung ab dem Moment als Gefahr betrachtet werden, ab dem sie als Ersatz für die ärztliche Entscheidung fungiere.¹⁸⁹ Diese Ängste sind im klinischen Alltag allerdings derzeit kaum begründet, da die meisten Ethik-Komitees nur auf Anfrage der Betroffenen agieren und sich auf rein ethische Probleme konzentrieren. Bei Konflikten, die aus internen Machtkämpfen oder persönlichen

¹⁸⁵ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 152.

¹⁸⁶ Schochow et al. (2014), S. 2182.

¹⁸⁷ Vollmann/Weidmann (2003), S. 236.

¹⁸⁸ Kettner/May (2002), S. 295.

¹⁸⁹ Maio (2002), S. 2286.

Interessen entstehen, würden die meisten KEKs idealerweise eine Konsultation ablehnen. Zusätzlich hat die ZEKO in ihrer Stellungnahme von 2006 empfohlen, dass „die Komitees [...] auf Anforderung der Beteiligten [beraten], ohne die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte und anderer Berufsgruppen einzuschränken.“¹⁹⁰ Dadurch spricht die ZEKO nicht allein den behandelnden Mitarbeitern die Entscheidungsbefugnis zu und betont, dass ein KEK lediglich eine Empfehlung aussprechen kann bzw. vermittelnd tätig wird. Sie stellt durch diese Aussage weiterhin klar, dass jegliche Verantwortung für getroffene Entscheidungen auch im Anschluss an eine Ethikberatung den Behandelnden obliegt und diese sich keinesfalls auf die Entscheidung des KEK berufen können, falls es zu einer rechtlichen Auseinandersetzung käme. Um das Problem des Misstrauens gegenüber der Klinischen Ethikberatung vorzubeugen bzw. es zu beheben, also Vertrauen in den jeweiligen Berufsgruppen aufzubauen, muss sich nach Dörries die Arbeitsweise Klinischer Ethikberatung an den spezifischen Bedürfnissen der Abteilungen orientieren und ausreichend kommuniziert werden.¹⁹¹

Zusätzlich zur Implementierung der Klinischen Ethik in deutschen Krankenhäusern ist auch die feste curriculare Einbindung in das Medizinstudium ein Ziel der AEM. In den Vereinigten Staaten, wo die Klinische Ethikberatung bereits stärker etabliert und schon länger betrieben wird, ist die Klinische Ethik bereits als eigenes Fach eingeführt worden.¹⁹² Die USA gelten allgemein als Vorreiter in dieser Beziehung. Die Notwendigkeit der Lehre in diesem Fach wird durch die ständige Konfrontation mit ethischen Problemen im Klinikalltag begründet. Dabei besteht ein prinzipieller Unterschied zwischen der Lösung naturwissenschaftlicher und medizinethischer Probleme. So gibt es in den Naturwissenschaften stets eine „richtige“ oder jedenfalls eine „beste“ Lösung. Es geht dabei um eine Lösung, die nicht falsifiziert¹⁹³ werden konnte und nach der sodann gehandelt wird, bis eine bessere Lösung gefunden wurde bzw. bis die vorige Lösung widerlegt wurde. In der Ethik gibt es dagegen keine absolut richtigen oder falschen Lösungen. Es handelt sich vielmehr um verschiedene Bewertungsansätze, die je nach Beobachter oder Betroffenen variieren können. Sie stellen alle den Anspruch auf Gültigkeit, allerdings bedarf es der Auseinandersetzung mit

¹⁹⁰ ZEKO (2006), S. 331.

¹⁹¹ Dörries (2008), S. 49.

¹⁹² Kobert/Pfäfflin/Reiter-Theil (2007), S. 231.

¹⁹³ Poppers Falsifikationsprinzip wurde in Abschnitt 4.1 *Qualitäten eines Ethikberaters* näher erläutert.

den einzelnen Aspekten und Lösungsvorschlägen, um den für diese Situation besten Entschluss treffen zu können.¹⁹⁴ Da sich dieser Aspekt der Problembewältigung von den sonst erlernten Fähigkeiten während des Medizinstudiums unterscheidet, soll der kontinuierliche Unterricht in Medizinethik die Studenten auch in solchen Aspekten ausbilden. Im Jahr 1997, also 5 Jahre bevor die Medizinethik als Pflichtlehrfach eingeführt wurde, gaben 53,2% der Medizinstudenten im Praktischen Jahr an, keinen Ethikunterricht erhalten zu haben, während 55,6% angaben, täglich mit derartigen Konflikten konfrontiert zu sein. Daher wünschten sich damals mehr als zwei Drittel der Befragten ein solches Angebot.¹⁹⁵ Eine solche Umfrage wurde zum Zeitpunkt nach der Einführung des obligatorischen Querschnittsbereichs *Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin* im Jahre 2004 nicht mehr wiederholt. So bleibt offen, ob diese Fächertrias jene Erwartungen erfüllt, die von den Studierenden 1997 an die Medizinethik gestellt wurden.

Auch Studierende zu Beginn und im Verlauf des Medizinstudiums schätzten „die Bedeutung der Medizinethik für die eigene Person und für den Arzt als sehr hoch ein[...]“, wie eine Befragung von 533 Studenten in Bochum zeigte, wovon 331 Fragebögen einbezogen werden konnten.¹⁹⁶ Die Umfrage ergab ebenfalls, dass durch den Unterricht des Faches dessen Wertschätzung jedenfalls in Bochum anstieg. Über den praktischen Nutzen des Unterrichts wurden allerdings keine Daten erhoben. Ralf Jox bezeichnet die Klinische Ethikberatung nicht als „eigenständige Disziplin oder Profession, sondern eine Spezialisierung analog der Palliative Care“.¹⁹⁷ Mit dieser Analogie könnte man es rechtfertigen, dass beispielsweise die Palliativmedizin in der medizinischen Ausbildung thematisiert wird, da sie in der klinischen Praxis häufig relevant wird und daher jeder Arzt ein gewisses Maß an Wissen auf diesem Gebiet haben sollte. Aus denselben Gründen müsste daher auch die Klinische Ethik gelehrt werden, da auch sie im klinischen Alltag häufig vorkommt. Um in einem Komitee mitzuwirken ist zwar eine Fortbildung nötig, doch gewisse Grundkompetenzen sollte jeder Mediziner aufweisen.

¹⁹⁴ Neitzke (2006), S. 377.

¹⁹⁵ Sponholz/Baitsch (1998), S. 192.

¹⁹⁶ Schulz et al. (2012), S. 1.

¹⁹⁷ Jox (2014), S. 87.

Meinolfus Strätling und Beate Sedemund-Adib vertraten dagegen 2013 die Position, dass Mediziner nicht nur eine Grundkompetenz in ethischen Belangen aufweisen sollten, sondern die Klinische Ethikberatung vollständig von Klinikern durchgeführt werden sollte. Strätling und Sedmund-Adib halten dagegen einen externen Ethiker oder sogar professionelle Klinische Ethikberater nicht für die optimale Besetzung. Die beiden Autoren, die von Haus aus Anästhesiologen sind, sehen die Lösung für die mangelnde Akzeptanz der Ethikberatung trotz oft bekundetem Bedarf darin, sie analog zu Konsiliardiensten zu gestalten. Die klinische Akzeptanz sowie die berichteten Fallzahlen dieses Modells seien deutlich besser. Es sei daher besser, Kliniker darin zu schulen, ethische Konflikte selbst zu lösen und Kommunikationsdefizite zu überwinden. Diese Fähigkeit würde in der Medizin als besondere Verantwortung und professionelle Kernkompetenz begriffen und sollte nicht in der Praxis weitgehend an ein Komitee delegiert werden.¹⁹⁸

Damit sprachen sich die beiden Lübecker Autoren gegen die Einsetzung professioneller Ethikberater oder generell externer Berater für die Lösung ethischer Konflikte aus. Ihrer Meinung nach sollten die Mitarbeiter (hier besonders die Ärzteschaft) darin geschult werden, sich selber oder gegenseitig zu beraten und Lösungen zu finden. Für dieses Argument spricht, dass die moralische Reflexion keine neue Entwicklung in der Medizin ist. Schon mit dem Hippokratischen Eid wurden ethische Komponenten fest mit der Medizin verknüpft.¹⁹⁹ Diese These wird dadurch unterstützt, dass laut der Umfrage an der MHH mit 74,5% am häufigsten mit Kollegen/innen der eigenen Berufsgruppe über ethische Probleme gesprochen wurde.²⁰⁰ Allerdings sind interprofessionelle Konflikte eine häufige Ursache für die Inanspruchnahme einer Beratung, weshalb es nicht genügt, innerhalb der Berufsgruppen geschulte Ansprechpartner zu haben. Demnach müssten die von Strätling und Sedemund-Adib geforderten Kompetenzen auch für weitere klinisch tätigen Berufsgruppen gelehrt werden. Um diese Kompetenzen zu erwerben, betonen die Autoren daher die Wichtigkeit von Disziplinen wie Ethik, Recht und Geschichtswissenschaften, die „in der medizinischen Forschung und Lehre prominente Berücksichtigung finden [sollten].“²⁰¹

¹⁹⁸ Strätling/Sedemund-Adib (2013a), S. A826.

¹⁹⁹ Neitzke (2008), S. 872.

²⁰⁰ Neitzke (2001), S. 14.

²⁰¹ Strätling/Sedemund-Adib (2013a), S. A828.

6 Gründe und treibende Kräfte für die Implementierung Klinischer Ethikberatung

Seit der 1997 herausgegebenen Empfehlung der christlichen Krankenhausverbände stieg die Zahl der Ethik-Komitees in Deutschland stark an. Bei 74,9% der Krankenhäuser bestand bei einer 2014 durchgeführten Befragung eine Struktur Klinischer Ethikberatung. Da die Rücklaufquote lediglich 29,6% betrug, können die tatsächlichen Zahlen allerdings deutlich davon abweichen. Es können aber deutschlandweit bei mindestens 21% der Krankenhäuser Institutionen der Ethikberatung erwartet werden.²⁰² Es kam in jedem Fall zu einem starken Anstieg dieser Einrichtungen während relativ kurzer Zeit. Dieses Kapitel befasst sich mit den Gründen für diese Veränderung. Es sollen dafür die Interessen der klinischen Mitarbeiter und der Klinikleitung an der Klinischen Ethikberatung untersucht und hinterfragt werden. Weiterhin soll beschrieben werden, welche treibenden Kräfte darüber hinaus an dem Voranschreiten der Entwicklung dieser Institutionen interessiert sein könnten.

Zunächst wird die Perspektive der Krankenhausmitarbeiter analysiert. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, weshalb eine Nachfrage nach ethischer Beratung von Seiten der Mitarbeiter bestehen könnte. Der technische Fortschritt der Medizin führt durch die Entwicklung der therapeutischen Möglichkeiten vermehrt zu Konflikten zwischen dem, was medizinisch möglich ist und dem, was finanziell umsetzbar ist. Speziell Ärzte befinden sich in einem „spannungsgeladenen Interrollenkonflikt“²⁰³ durch erstarkte ökonomische Einflüsse auf ihren Berufsstand. Durch finanzielle Vorgaben und Limitationen von Therapien werden Ärzte mehr in eine Manager-Position gebracht, die sich teilweise nicht mit den Aufgaben eines Arztes vereinbaren lässt.²⁰⁴ Ein alltägliches Beispiel für dieses Dilemma stellt die Anforderung an Ärzte dar, ihre Patienten möglichst schnell wieder zu entlassen. Die Bettenknappheit und die Vergütung mittels Fallkostenpauschalen (DRGs) machen einen langen Aufenthalt von Patienten wenig lukrativ, der daher von der Leitungsebene nicht gern toleriert wird. Wenn keine medizinisch zwingende Indikation besteht, wird es zunehmend schwieriger, den Klinikaufenthalt aufgrund sozialer Probleme zu verlängern. Darunter fallen bei-

²⁰² Dörries/Simon/Marckmann (2015), S. 249.

²⁰³ Bauer (2011), S. 70.

²⁰⁴ Bauer (2011), S. 70.

spielsweise die mangelnde häusliche Versorgung oder das Warten auf einen Platz im Pflegeheim. Soziale Indikationen werden im heutigen Gesundheitswesen kaum vergütet, weshalb diese Patienten ein Bett belegen und somit Kosten verursachen, ohne dass die Krankenkassen diese ausgleichen. Dieser Umstand bringt den Arzt in einen Interrollenkonflikt zwischen dem, was für seinen Patienten am besten wäre, und dem von der Krankenhausbetriebsleitung gewünschten Vorgehen. Da in solchen Situationen verschiedene Argumente, Werte und Meinungen aufeinander prallen, können diese Konstellationen zu dem Wunsch nach ethischer Hilfestellung führen.

Neben der Ressourcenknappheit kann auch der steigende Anspruch an Therapien zu Konflikten führen, die ethischer Beratung bedürfen. Patienten erwarten vermehrt eine schnelle Heilung, die mit möglichst wenigen Unannehmlichkeiten für sie selbst einhergehen soll. Es entsteht der Eindruck, „mit seinem Krankenkassenbeitrag gleichzeitig den Anspruch auf Heilung und Gesundheit erworben zu haben. Damit werden natürliche Grenzen nicht mehr wahr- und ernstgenommen, und es entstehen überzogene Erwartungen an die Medizin, die notwendigerweise zu einem erheblichen Konfliktpotential beitragen.“²⁰⁵

So befinden sich Ärzte in einem Konflikt zwischen dem Wunsch des Patienten und der klinischen Realität, welche die Umsetzung dieser Ansprüche nur bedingt ermöglichen kann. Diese Anforderungen begründen sich auf besser verfügbares Wissen, das es Patienten ermöglicht, sich über die eigenen Beschwerden, mögliche Ursachen und Therapieoptionen zu informieren. Durch diese Entwicklung entstand eine neue Patientengeneration, die sich ein stärkeres Mitentscheidungsrecht und genauere Aufklärung wünscht. So wurde das früher vorherrschende Modell der paternalistischen Entscheidungsfindung durch den *Informed Consent* abgelöst. Dieser Ausdruck beschreibt, dass der Arzt nicht länger die Entscheidung für seinen Patienten trifft, sondern als Informationsquelle dient, um den Patienten zu einer eigenen Entscheidung, basierend auf dem relevanten Wissen, zu befähigen. Diese Methodik räumt den Patienten deutlich mehr Freiheit ein und lässt ihnen die Autonomie über ihre Therapie selbst zu entscheiden. Die Aufgabe des Arztes in diesem Modell ist anspruchsvoll, da dem Patienten alle wichtigen Informationen erklärt werden sollen, ohne ihn zu überfordern, und da gleichzeitig je Patient nur ein kleines Zeitfenster

²⁰⁵ Reiter-Theil/Hiddemann (2000b), S. 191.

vorgegeben ist. Gleichzeitig setzt diese Form der Entscheidungsfindung eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient voraus, um einen verständnisvollen und vertrauten Umgang zu gewährleisten. Diese Basis ist in der Regel notwendig, um dem Patienten nicht nur die nötigen Informationen verständlich zu vermitteln, sondern ihn auch in eine emotionale Lage zu versetzen, eine für seine Gesundheit wichtige Entscheidung zu treffen. Insgesamt sind also die Anforderungen an Arzt und Patient gestiegen, während die Rahmenbedingungen wenig Raum für deren Ausübung lassen. Daraus kann ein Gefühl der Überforderung und mangelnder Wertschätzung entstehen, was wiederum Konfliktpotential mit sich bringt. Die Patientenautonomie kann allerdings auch in Situationen zu Konflikten führen, wenn Patienten nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen über ihre weitere Therapie zu treffen. In diesen Fällen ist unklar, ob der Arzt oder Angehörige – und vor allem welcher der Angehörigen – diese Entscheidung für den Patienten übernehmen dürfen. Stella Reiter-Theil und Kollegen beschrieben dieses Gebiet 2011 als einen „Brennpunkt“, der einer besonderen ethischen Beratung bedürfe.²⁰⁶

Die bisher erörterten Aspekte sollen verdeutlichen, dass die Entwicklung der Medizin und eine mentale Veränderung in der Gesellschaft zu einer Zunahme des ethischen Konfliktpotentials geführt haben. Mit dem Fortschreiten der medizinischen Möglichkeiten, dem demographischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen entstehen vermehrt Fragen, die nicht eindeutig beantwortet werden können und bei denen die üblichen Bewältigungsstrategien versagen. Dieser Umstand kann sowohl bei klinischem Personal als auch bei Patienten und Angehörigen zu dem Bedürfnis nach einer Simplifizierung dieser Konflikte oder sogar zu dem Wunsch nach einer Art „Schiedsstelle“ führen. Diese Erwartungshaltung an ein KEK zu richten, führt wiederum zwangsläufig zu Konflikten und Enttäuschungen. Janet Fleetwood und Kollegen beschrieben schon 1989, dass eine Beratungsanfrage oft mit dem Wunsch nach „der richtigen“ Lösung oder einer klaren Handlungsanweisung verbunden sei.²⁰⁷

Wie im Kapitel „*Delegation der Verantwortung als Gefahr der Klinischen Ethikberatung*“ beschrieben wird, ist es in der Regel nicht Aufgabe des KEK, eine definitive Antwort auf die Fragestellung zu geben, sondern die Beteiligten zu befähigen, eine

²⁰⁶ Reiter-Theil et al. (2011), S. 95.

²⁰⁷ Fleetwood/Arnold/Baron (1989), S. 138.

fundierte Entscheidung zu treffen. Die Erwartung einer schnellen und definitiven Lösung kann daher nicht erfüllt werden, weil sie dem Konzept einer Ethikberatung widerspricht. Im Gegenteil kann der bestehende Konflikt durch eine ethische Beratung augenscheinlich sogar komplizierter werden. Durch den meist pluralistischen Ansatz der Beratung werden noch mehr Meinungen artikuliert und einbezogen, wodurch die Komplexität des jeweiligen Dilemmas erst völlig zum Vorschein kommen kann. Dies ist jedoch die eigentliche Aufgabe der Klinischen Ethikberatung, die der Offenlegung ethischer Konflikte und der Diskussion aller relevanten Aspekte dient. Nach Fleetwood et al. ist eben dieses Hervorheben ethischer Probleme der zentrale Auftrag eines KEK, das die Lösung dieser Probleme im Grunde noch erschwere. Aber nur auf diese Weise werde eine adäquate Aufarbeitung dieser Dilemmata erreicht. Daher könne es nicht als Mittel der Simplifizierung eingesetzt werden und müsse diesen Ansprüchen entgegenwirken, um seine eigentliche Arbeit umsetzen zu können.²⁰⁸

Bisher wurden verschiedene Problemfelder erläutert, die theoretisch zu ethischen Konflikten führen könnten. Welche Themen den bereits bestehenden KEKs tatsächlich zugetragen werden und daher wahrscheinlich die größten Ursachen für den Wunsch nach ethischer Beratung darstellen, wurde anhand von Umfragen ermittelt. In Befragungen in den USA und Kanada gaben Ärzte vordringlich Probleme bezüglich des Lebensendes eines Patienten (Patientenverfügungen, Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen) als Anlässe für ethische Fallberatungen an.^{209,210} Auch in Deutschland werden diese Themen als Schwerpunkte ethischer Beratungen angesehen. Darunter fallen die fragliche Unterlassung lebenserhaltender Prozeduren, die Uneinigkeit der beteiligten Parteien über die Solchen und die mögliche Über- und Unterversorgung von Patienten.²¹¹ Beispielhaft kann hier das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover genannt werden, das in seinem Geschäftsbericht 2013 Fragen bezüglich des Lebensendes als Mehrheit der Fallbesprechungen deklarierte.²¹² Die genannten Konflikte und die entsprechenden Anfragen, die in diesen Befragungen ausgewertet wurden, richteten sich allerdings an bereits bestehende Komitees. 2001 war an der MHH eine Umfrage durchgeführt worden, die erheben sollte, welche Umstände den Wunsch nach einer Instanz der ethischen Beratung begründeten. Dabei

²⁰⁸ Fleetwood/Arnold/Baron (1989), S. 141.

²⁰⁹ DuVal et al. (2001), S. 25.

²¹⁰ DuVal et al. (2004), S. 253.

²¹¹ Reiter-Theil et al. (2011), S. 95.

²¹² Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 7.

bot mit 42,5% die Aufklärung von Patienten das größte Konfliktpotenzial, gefolgt von der Wahrung der Menschenwürde und der künstlichen Lebensverlängerung. Diese Rangfolge unterschied sich allerdings von der Einschätzung, wie schwerwiegend die Konflikte waren. Nach diesem Kriterium sind die Konflikte um die künstliche Lebensverlängerung mit 67% führend, gefolgt vom Sterbenlassen der Patienten und der Qualität der medizinischen Versorgung.²¹³ Da das Ethik-Komitee an der MHH im Jahr 2000 gegründet wurde, spiegeln die Umfrageergebnisse von 2001 eher die Erwartungen wider, welche die Klinikmitarbeiter vor konkretem Kontakt mit der Arbeit des Komitees hatten.²¹⁴ Die Einschätzung, welche Konfliktthemen am schwerwiegendsten sind, stimmt größtenteils mit dem Bericht von 2013 überein, welche Themen am häufigsten im Rahmen einer Fallbesprechung behandelt wurden. Ob die aufgeführten Problemfelder auch an anderen Krankenhäusern ausschlaggebend für den Wunsch nach einem ethischen Beratungsgremium waren, kann nur vermutet werden.

Generell gingen die meisten Gründungen Klinischer Ethik-Komitees in Deutschland von der Geschäftsführung des jeweiligen Klinikums aus. Dieser Umstand spricht für ein starkes Interesse aufseiten des Managements der Krankenhäuser, eine Klinische Ethikberatung zu etablieren. Die meisten KEKs wurden in Deutschland anlässlich der Zertifizierung des jeweiligen Krankenhauses gegründet.²¹⁵ Die Motivation beruht in diesen Fällen nicht primär auf ethischen Konflikten oder dem Wunsch nach Verbesserung in diesem Bereich. Es besteht vorwiegend eine extrinsische Motivation. Wenn Komitees zum Erlangen eines Zertifikats eingerichtet werden, besteht aber das Risiko, dass diese Institutionen nicht ernsthaft geführt werden oder sogar nur auf dem Papier bestehen und somit nicht zu einer Verbesserung im Klinikalltag führen. Jochen Vollmann bezeichnete diese Art der Ethik-Komitees 2008 als „Mogelpackungen auf Hochglanzpapier“, welche die Glaubwürdigkeit der Ethikberatung beeinträchtigen.²¹⁶

Meinolfus Strätling und Beate Sedemund-Adib empfanden es 2013 sogar als einen Zwang, dass ein Gremium der Ethikberatung für eine Zertifizierung notwendig ist. Sie behaupten, dass diese Institutionen nicht durch ihre Arbeit überzeugten und daher

²¹³ Neitzke (2001), S. 11.

²¹⁴ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 3.

²¹⁵ Dörries/Hespe-Jungesblut (2007), S. 151.

²¹⁶ Vollmann (2008), S. 37.

eine Einführung auf diesem Weg erzwungen würde, ohne eine funktionsfähige Basis zu haben.²¹⁷ Eine durch eine Zertifizierung motivierte Gründung muss allerdings nicht per se negativ ausgelegt werden. Sie kann auch lediglich der Ausgangspunkt für ein aktives und funktionsfähiges Komitee sein. Die Zertifizierung darf in diesem Fall allerdings nicht der einzige Sinn des KEK sein, da dieses Komitee nur als Selbstzweck bestünde oder sich im Sinne der Geschäftsleitung instrumentalisieren ließe.²¹⁸

Mit der Entwicklung der Klinischen Ethik ging nicht nur die wachsende Zahl der in Krankenhäusern tätigen Institutionen einher. Neben der klinischen Tätigkeit hat die Medizinethik auch eine feste Position in Forschung, Lehre, Gesundheits- und Sozialpolitik erworben.²¹⁹ Die Klinische Ethik besteht nicht nur aus den Beratungsgremien in Krankenhäusern, sie bildet ein Fachgebiet mit universitären Lehrstühlen, sie hat mit der Akademie für Ethik in der Medizin eine Fachgesellschaft und verlegt Zeitschriften, in denen besonders die Mitglieder dieser Fachgesellschaft regelmäßig publizieren.

Der erste solitäre Lehrstuhl für Medizinische Ethik wurde 1999 an der Universität Tübingen mit Urban Wiesing besetzt. Dieser Schritt, der allerdings den Verlust des Tübinger Lehrstuhls für Geschichte der Medizin zur mittelbaren Folge hatte, ermöglichte dem Fachgebiet eine Aufwertung zur akademischen Wissenschaft.²²⁰ Die Notwendigkeit des Ausbaus der akademischen Präsenz der Medizinethik begründete Jochen Vollmann mit bislang mangelnden theoretischen Grundlagen des Fachgebiets.²²¹ Im Jahr 2008 bestanden bereits an 11 medizinischen Fakultäten Wissenschaftlerstellen in Medizinethik.²²² An den meisten Medizinischen Fakultäten in Deutschland teilt sich die Medizinische Ethik den Lehrstuhl inzwischen mit dem seit den 1960er Jahren bundesweit fest etablierten Fach Geschichte der Medizin. Seit 2002 wird der Querschnittsbereich *Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin* als Prüfungsfach in der Approbationsordnung für Ärzte geführt, die am 3. Oktober 2003 in Kraft trat.²²³ Die Verbindung der Ethik mit dem Fach Geschichte der Medizin beruhte nicht zuletzt auf finanziellen Aspekten. Einerseits war das Fach Geschichte in der Medizin durch

²¹⁷ Strätling/Sedemund-Adib (2013b), S. 490.

²¹⁸ Bauer (2011), S. 89.

²¹⁹ Bauer (2011), S. 73.

²²⁰ Wiesing (2001), S. 258.

²²¹ Vollmann (2001), S. 258.

²²² Vollmann (2008), S. 34.

²²³ Bundesministerium für Gesundheit (2002), S. 2413.

Budgetkürzungen bedroht, andererseits suchte das Gebiet der Medizinethik einen Platz im universitären Betrieb, konnte aber kein alleiniges Fachgebiet ausfüllen. Folglich war die Kombination der Bereiche eine zumindest vorläufige, pragmatische Lösung beider Dilemmata.²²⁴ Inzwischen nimmt die Medizinethik einen größeren Stellenwert als die Geschichte innerhalb der Fächertrias ein und wird in Lehr- und Prüfungsinhalten zunehmend dominanter. Es könnte sich über die Zeit also zu einem eigenständigen Fachgebiet entwickeln oder gar die Medizingeschichte vollständig aus dem Lehrplan des Medizinstudiums verdrängen.

Neben der Einbindung in die ärztliche Ausbildung wurden auch Ausbildungen zu Medizinischen Ethikern und Mitgliedern von Ethik-Komitees entwickelt. Seit 2004 bietet die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) in Kooperation mit der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) diesbezüglich ein Qualifizierungsprogramm für Mitglieder Klinischer Ethikberatungsgremien an.²²⁵ Das Angebot erstreckt sich über Basismodule, methodische Weiterbildung bis zu thematisch spezialisierten Angeboten wie *Ethikberatung in Psychiatrie und Psychotherapie*, die mehrmals pro Jahr angeboten werden. Die Kosten für die Teilnahme betragen zwischen 180 und 750 €. ²²⁶ In einem Zeitraum von 10 Jahren verzeichnete das Qualifizierungsprogramm 570 Teilnahmen an den angebotenen Kursen.²²⁷ Es nehmen demnach jährlich zirka 100 Ethikberater an diesen Veranstaltungen teil. Auch aus ökonomischer Sicht sind diese Angebote sicherlich rentabel für die beteiligten Fachgesellschaften. Ein Zertifikat als Ethikberater kann auch an anderen Stellen wie der *EthikAkademie* durch Teilnahme an Kursen erworben werden.²²⁸ Da das Qualifizierungsprogramm Hannover allerdings das Curriculum für die Fortbildung entwickelt hat und als Leitstruktur für die weiteren Angebote gilt, kann es durchaus als Vorreiter dieses Gebiets betrachtet werden.^{229,230}

Durch eine Professionalisierung dieses Aufgabengebietes kann nicht nur der Standard der Ethikberatungen erhöht werden. Auch eine bessere Akzeptanz sowohl im Krankenhaus als auch in der Öffentlichkeit und eine größere Autorität können erreicht werden. Diese Autorität geht allerdings mit einer größeren Rechenschaftspflicht ein-

²²⁴ Vollmann (2001), S. 259.

²²⁵ Dörries et al. (2005), S. 329.

²²⁶ Akademie für Ethik in der Medizin (2017a).

²²⁷ Dörries et al. (2010), S. 724.

²²⁸ EthikAkademie (o. J.)

²²⁹ Dörries et al. (2005), S. 328.

²³⁰ EthikAkademie (o. J.)

her, da von einem professionell ausgebildeten Ethikberater eher als Teil des behandelnden Teams angesehen wird. In diesem Fall trüge er sogar einen Teil der Verantwortung für die Entscheidung, die innerhalb des Teams getroffen würde.²³¹ Dieses Argument spricht für Modelle wie die „Ethik-Visite“, bei der ein Ethikberater regelmäßig die ärztliche Visite begleitet und Hilfestellungen zu den jeweiligen Patienten leistet. Gleichzeitig könnte durch diese Einbindung in die behandelnde Gruppe auch die nötige Distanz zum klinischen Alltag und den beteiligten Personen verloren gehen.²³²

Gleichzeitig bedeutet eine Ethik-Visite den Wechsel von einem rein passiven Modell zu einem aktiv eingebundenen Komitee, das fest in den Krankenhausalltag eingebunden ist, anstatt erst auf Anfrage aktiv zu werden. Die Entwicklung dieses Beschäftigungsgebiets deutet darauf hin, dass der Einfluss von Klinischen Ethikern in Zukunft steigen könnte. Größere Autorität und Professionalität führen zu höherem Respekt innerhalb des Krankenhauses und somit auch zu Wertschätzung der Hilfestellungen eines solchen Gremiums. Die Erweiterung und aktivere Gestaltung der praktischen Aufgaben der Ethikberatung, wie die Ethikvisite und Fallbesprechungen, führen zu Veränderungen der grundsätzlichen Arbeitsweise dieser Institutionen. Anstatt nur auf Anfrage Beratungen durchzuführen, werden KEKs auch selbstständig aktiv. Dieses Verhalten kann unter Umständen zu vermehrten Widerständen von Klinikmitarbeitern kommen, weshalb laut Andrea Dörries et al. weitere Implementierungsmodelle wären oder eine Änderung der „Grundeinstellung des Gesundheitspersonal“ herbeigeführt werden müsse.²³³ Die Lösungsansätze der Autoren verdeutlichen, dass eine Erweiterung des Einflussgebiets durchaus gewünscht ist und versucht wird, diese möglich zu machen.

Ein weiteres Einsatzgebiet für Ethikberater soll nach Andrea Dörries et al. die Qualitätssicherung werden. Nach ihrer Vorstellung sollen „verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens Beauftragte für Ethik unterschiedlicher professioneller Herkunft mit einer Stelle bzw. einem Stellenanteil“ einstellen, um die Qualität der Ethikberatung zu beurteilen und zu sichern. Diese Funktion könne auch von einem eigenen Klinischen Ethiker ausgeführt werden.²³⁴ Je nach Größe des Hauses würde also eine

²³¹ Anderson-Shaw (2014), S. 42.

²³² Anderson-Shaw (2014), S. 43.

²³³ Dörries/Simon/Marckmann (2015), S. 251.

²³⁴ Dörries/Simon/Marckmann (2015), S. 252.

Stelle für einen Klinischen Ethikberater geschaffen. Ob diese Maßnahme sinnvoll ist oder nicht, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Es soll aber verdeutlicht werden, dass an verschiedenen Stellen eine Vergrößerung des Fachgebiets und mehr Beschäftigungsmöglichkeiten für darin ausgebildete Personen ermöglicht wird.

Insgesamt kann von der Medizinethik als einem expandierenden Fach gesprochen werden. Besonders bezüglich der Ausbildungsmöglichkeiten glaubt Strätling, dass das eigentliche Ziel dieser „oftmals fragwürdige[n] Qualifizierungsangebote [...] die Etablierung des Berufsbilds eines professionellen Ethikberaters“ zum Ziel hätten.²³⁵ Diese Position wird durch die Tatsache unterstützt, dass es keine offizielle Definition für den Beruf des Medizinethikers gibt und daher keine anerkannten Richtlinien für eine Ausbildung und geforderte Qualitäten dieser Profession.²³⁶ Dieser Umstand kann allerdings auch durch den Umstand erklärt werden, dass es sich noch um einen recht neuen Ausbildungszweig handelt, der noch nicht vollständig entwickelt bzw. ausgearbeitet ist. Als fragwürdig bezeichnet Strätling die Qualifizierungsprogramme wegen der Dominanz spezifischer weltanschaulicher, politischer und kommerzieller Interessen, die mithilfe dieser Angebote an die meisten ethisch tätigen Berater vermittelt würden. Detaillierter führt er diese Bedenken allerdings nicht aus.²³⁷

Die Hypothese, dass Ethikberater nicht die eigenständige Reflexion erlernen, sondern vorgegebene Positionen und Grundsätze beigebracht bekommen, wird durch die Kürze der Qualifizierung verstärkt, denn ein Basiskurs für beginnende Ethikberater dauert insgesamt knapp 4 Tage und soll die Grundausbildung für die Arbeit in der Klinischen Ethikberatung darstellen.²³⁸ Es erscheint zweifelhaft, dass sowohl ein Grundverständnis für Ethik und Moral, Formalien der Ethikberatung und praktische Fähigkeiten in dieser Zeit ausreichend vermittelt werden können. Weiterhin bildet die Grundlage für das Curriculum dieser Kurse die AEM.²³⁹ Dass sie als Fachgesellschaft versucht, gewisse Standards zu setzen, ist zwar sinnvoll und wirkt der Kritik der mangelnden Richtlinien entgegen, doch es existieren wenige weitere Einflüsse in diesem Fachgebiet. Die Autoren des Großteils der Publikationen sind Mitglieder der AEM, die gleichzeitig auch die Zeitschrift *Ethik in der Medizin* herausbringt und somit

²³⁵ Strätling/Sedemund-Adib (2013a), S. A828.

²³⁶ Schweizer (2000), S. 1.

²³⁷ Strätling/Sedemund-Adib (2013b), S. 489.

²³⁸ Akademie für Ethik in der Medizin (2017b).

²³⁹ Dörries/Simon/Marckmann (2015), S. 251.

ebenfalls einen Einfluss darauf hat, was publiziert wird. Somit kontrolliert die AEM zu einem großen Anteil, welche Themen diskutiert, gelehrt und publiziert werden, wodurch sie einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entwicklung dieses Fachgebiets hat.

Mark Siegler positionierte sich 1986 bezüglich der professionellen Ausbildung klinischer Ethikberater zustimmend und erkannte sie damals im Rahmen der Ressourcenbildung als notwendig an. Sie wäre jedoch längerfristig kontraproduktiv. Die Klinische Ethik solle sich letztendlich selbst überflüssig machen, indem sie das klinische Personal effizient ausbilde. So solle der Bedarf nach ethischer Beratung immer geringer werden.²⁴⁰ Auch Merten betonte 2003 die Bedeutung des erzieherischen Effekts einer Ethikberatung auf die beteiligten Ärzte, wodurch diese optimalerweise langfristig keiner ethischen Beratung mehr bedürften.²⁴¹ Siegler befürchtete, dass die Ausweitung des Fachgebietes letztendlich zu einer Weiterführung Klinischer Ethik allein zu ihrem Selbsterhalt führen werde.²⁴² Er sah vor mehr als 30 Jahren voraus, dass die Klinische Ethik inzwischen ein vielschichtiger Komplex aus verschiedensten Einrichtungen geworden ist und dementsprechend viele Mitarbeiter und Interessen an ihr hängen. Diese Entwicklung könnte das eigentliche Ziel der verbesserten ethischen Situation an Krankenhäusern überlagern und andere Interessen wie Einfluss, Positionen oder Forschung priorisiert in den Vordergrund rücken. Auch der Bioethiker Gregory Pence hegte den Verdacht, viele theoretische Bioethiker interessierten sich mehr für ihre Publikationen und den kollegialen Austausch darüber als für reale Fortschritte in der praktisch angewandten Medizinethik.²⁴³

Dass sich die Medizinische Ethik langfristig zurückzieht oder gar sich selbst abschafft, bezweifelte vor drei Jahrzehnten auch der kanadische Bioethiker Alister Browne. Es sei unausweichlich, dass ein Ethik-Komitee sich in der Praxis von einem optionalen zu einem verpflichtenden Format entwickelte.²⁴⁴ Diese 1987 veröffentlichte Aussage trifft insofern bis heute zu, als dass ein Ethik-Komitee verpflichtend für die Krankenhäuser ist, die eine Zertifizierung anstreben. Eine derartige Entwicklung ist

²⁴⁰ Siegler (1986), S. 23.

²⁴¹ Merten (2003), S. 165.

²⁴² Siegler (1986), S. 23.

²⁴³ Schweizer (2000), S. 3.

²⁴⁴ Browne (1987), S. 1150.

aber laut Browne nicht erstrebenswert.²⁴⁵ Ob die Erweiterung des Aufgabengebiets der Medizinethiker gezielt vorangetrieben wird oder vielmehr eine Entwicklung durch den gestiegenen Bedarf dieser Institutionen ist, kann nur spekuliert werden. Zweifellos hat es der Ethik ein weites Feld erschlossen und die Möglichkeit einer deutlich praktischeren Aufgabe verliehen.

Der amerikanische Philosoph Stephen Toulmin (1922-2009) schrieb 1982 sogar, die Medizin habe der Ethik das Leben gerettet, indem sie diesem Gebiet eine verlorene Relevanz und Seriosität zurückgegeben habe.²⁴⁶ Zuvor seien die Kernthemen der Philosophen derart abstrakt gewesen, dass sie für reale Probleme kaum noch anwendbar gewesen wären. Durch die Verbindung der Ethik mit einem konkreten Anwendungsziel habe dieses Fachgebiet zu einer praktischen Form mit einer Aufgabe entwickelt.²⁴⁷ Es liegt auf der Hand, dass ein praktisch anwendbares Fach auch deutlich mehr Aufgaben bietet. Nicht nur die eigentliche Klinische Ethikberatung entwickelte sich, das öffentliche Interesse an Ethik wuchs und somit die Nachfrage nach Publikationen und Stellungnahmen.

²⁴⁵ Bowne (1987), S. 1150.

²⁴⁶ Toulmin (1982), S. 750.

²⁴⁷ Toulmin (1982), S. 749.

7 Die Umsetzung im klinischen Alltag anhand von Beispielen

Wie die Klinische Ethikberatung tatsächlich implementiert, umgesetzt und weiter entwickelt wurde, wird im Folgenden anhand von vier Beispielen erläutert. Zu diesem Zweck wurden vier Universitätsklinika ausgewählt, deren Institution der Ethikberatung näher erläutert wird. Zum einen werden die KEKs der Universitätsklinika in Erlangen und in Hannover näher dargestellt, die sie die ersten Ethik-Komitees an Krankenhäusern mit einer Medizinischen Fakultät in Deutschland waren. Des Weiteren wird das Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Mannheim diskutiert, dessen Implementierung vom Betreuer dieser Arbeit geleitet wurde. Als Beispiel eines Universitätsklinikums, das sich gegen ein KEK entschieden hat, wird das Modell des einzelnen Ethikberaters, wie es in Freiburg umgesetzt wurde, näher erläutert. Dabei kann sich diese Ausführung größtenteils nur auf die Darstellungen beziehen, die die Komitees über ihre eigene Arbeit veröffentlichen, da leider kaum Informationen Außenstehender über die Arbeitsweise spezifischer Komitees vorliegen. Dementsprechend ist überwiegend positive Darstellung in diesen Quellen Beratungsinstitutionen wahrscheinlich.

7.1 Das KEK des Universitätsklinikums Erlangen

Das Universitätsklinikum Erlangen führte unter der Leitung von Jochen Vollmann 2002 als eines der ersten Universitätsklinika ein Klinisches Ethik-Komitee ein. Gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) nahm es damit eine Vorreiterrolle ein.²⁴⁸ Seit 2014 haben in Deutschland alle Universitätsklinika eine Institution der Ethikberatung eingeführt und sich dabei auch an den Erfahrungen, die in Erlangen und Hannover gemacht wurden, orientiert.²⁴⁹

Der Impuls zur Gründung des Komitees ging von der Ärztlichen Direktion des Erlanger Universitätsklinikums aus. Die Gründung erfolgte demnach nach dem Top-down-Modell, sie wurde also von der Leitung des Klinikums organisiert und gefördert. Die Vor- und Nachteile dieses Modells wurden im Kapitel *Die Implementierung der Klinischen Ethikberatung an deutschen Krankenhäusern* bereits erörtert. Um die Imple-

²⁴⁸ Dörries/ Hesse-Jungesblut (2007), S. 148.

²⁴⁹ Schochow et al. (2014), S. 2179.

mentierung zu beschleunigen, wurden hauptamtliche Mitarbeiter des KEK vom Klinikumsvorstand finanziert, sodass eine professionelle Geschäftsführung gesichert werden konnte.²⁵⁰ Gleichzeitig wurde in der Medizinischen Fakultät eine Professur für Ethik in der Medizin eingerichtet und Gelder zur Verfügung gestellt, wodurch dem Aufbau eines KEK sowohl Personal als auch finanzielle Mittel bereitgestellt wurden.²⁵¹ Die so entstandene Stelle als Professur für Ethik in der Medizin wurde zunächst mit Jochen Vollmann besetzt, der eine Führungsrolle in der Entstehung des Erlanger KEK spielte.²⁵² Im Jahre 2007 übernahm Andreas Frewer diese Position.²⁵³

Noch bevor im Januar 2002 das Erlanger KEK offiziell gegründet wurde, traf sich seit Februar 2001 ein informeller Arbeitskreis, der für eine erste Meinungsbildung und die Ernennung geeigneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genutzt wurde. Diese Mitarbeiter wurden durch den Ärztlichen Direktor angesprochen. Folglich hatte die Klinikleitung in der Auswahl der Mitglieder nicht nur eine entscheidende Position, sondern auch das letzte Wort bei deren Benennung. Nach der erstmaligen Auswahl der Mitglieder wurde bestimmt, dass künftige Mitglieder vom bestehenden KEK nominiert und anschließend vom Klinikumsvorstand ernannt werden. Demnach liegt die finale Entscheidung auch weiterhin beim Vorstand. Die Mitglieder werden für je drei Jahre einberufen.²⁵⁴ Seit 2004 vertreten 20 ehrenamtliche Mitglieder das KEK, wobei vier externe Mitglieder als Professoren für Philosophie, Theologie oder Rechtswissenschaft Experten auf den jeweiligen Gebieten darstellen und so das fachliche Fundament des Komitees erweitern. Die 15 Klinikmitarbeiter setzen sich aus verschiedenen Fächern und Berufsgruppen zusammen, die Ärzte stellen allerdings die am häufigsten vertretene Berufsgruppe dar.^{255,256} Die Wahl eines Vorsitzenden obliegt den Mitgliedern des Ethik-Komitees.

Für diese Position war zunächst Jochen Vollmann aufgrund seiner Position als Professor für Ethik in der Medizin angedacht, die Mehrheit entschied sich aber dafür, einen Kliniker als Vorsitzenden zu wählen. Diese Wahl sollte betonen, dass Fragestellungen des Klinikalltages das Aufgabengebiet des KEK bestimmen und dass

²⁵⁰ Vollmann/Weidtmann (2003), S.235.

²⁵¹ Vollmann/Weidtmann (2003), S.229.

²⁵² Pressestelle Uni Erlangen (2001).

²⁵³ Evangelische Akademie Sachsen-Anhalt e.V. (o. J.).

²⁵⁴ Vollmann/Weidtmann (2003), S.229.

²⁵⁵ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 44.

²⁵⁶ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

nicht die wissenschaftliche Perspektive den Schwerpunkt bildet. Seit der Gründung des Komitees besetzt der Direktor der Kinder- und Jugendklinik Wolfgang Rascher diese Position.²⁵⁷ An vielen anderen Häusern wurde der Ethikprofessur die Leitung des KEK überlassen, da sie die größte wissenschaftliche Expertise in ethischen Fragen besitzt und weil angenommen wurde, dass eine derartige Institution am besten von jemandem geleitet werden könne, der sich hauptberuflich mit der Materie befasst. Zusätzlich galt es zu vermeiden, den Professor für Medizinische Ethik als eine Art Einzelkämpfer darzustellen. Dies würde einerseits die Arbeit des KEK nicht adäquat widerspiegeln und andererseits die Identifikation der Mitglieder des KEK als auch der Klinikmitarbeiter erschweren. Die Geschäftsführung und Moderation des Komitees obliegt in Erlangen dennoch der Professur für Ethik in der Medizin, da eine fachliche Ausbildung für diese Funktion vorteilhaft erschien. Ebenfalls eine Aufgabe dieses Professors ist es, bei der Ethikberatung als fachlicher Konsiliarius tätig zu sein und auf Anfrage auszuweichen.²⁵⁸ Diese Aufgaben teilten sich im Jahre 2016 Andreas Frewer und die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiter der Professur für Ethik in der Medizin, Lutz Bergemann und Leyla Fröhlich-Güzelsoy.²⁵⁹

Eine der ersten Handlungen des Erlanger KEK war die Erstellung einer Geschäftsordnung, die am 31. Juli 2002 verabschiedet und im Januar 2015 zuletzt aktualisiert wurde. Dabei orientierte sich das Komitee an den Empfehlungen der konfessionellen deutschen Krankenhausverbände. Als Ziel wurde "die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen des klinischen Alltags" gesetzt, die durch eine diskursive Auseinandersetzung mit Konflikten erreicht werden soll.²⁶⁰ Dieser Schritt im Aufbau des Komitees bewirkte neben dem formalen Aspekt auch eine Auseinandersetzung der Mitglieder mit der Aufgabe dieser Institution am Universitätsklinikum. Um in der klinischen Praxis sinnvoll aktiv zu werden und einen Einfluss auf ethisch prekäre Entscheidungen zu gewinnen, wurden die Aufgabengebiete Fallberatung, Leitlinienentwicklung und Weiterbildung der Mitarbeiter in der Geschäftsordnung festgehalten.

Weiterhin sieht die Geschäftsordnung vor, dass sich das Komitee einmal pro Monat trifft. Allerdings müssen in Erlangen nicht alle Mitglieder anwesend sein, um eine Be-

²⁵⁷ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

²⁵⁸ Vollmann/Weidmann (2003), S.231.

²⁵⁹ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

²⁶⁰ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015).

schlussfähigkeit zu erreichen. Wenn die Hälfte der Mitglieder anwesend ist und ein Konsens erreicht werden kann, können Beschlüsse gefasst werden. Falls sich die Mitglieder nicht einigen können, genügt die einfache Mehrheit.²⁶¹ Für diese Treffen wird im Vorhinein von der Professur für Ethik in der Medizin eine Tagesordnung festgelegt, da sie auch die Moderation übernimmt. Es sollen aktuelle Punkte besprochen werden, wobei in der Realität kaum Mitglieder des KEK sich aktiv in diesen Belangen äußern. Laut Wernstedt und Vollmann brachten die Mitglieder selber allerdings kaum Input in die monatlichen Treffen ein.²⁶² Die Initiative eigene Erfahrungen und Probleme einzubringen, war bis zum Zeitpunkt der Publikation dieser Autoren (2005) jedoch kaum ergriffen worden. Als mögliche Gründe nennen Wernstedt und Vollmann „die Institutionalisierungsgeschichte in Erlangen [womit das Top-down-Modell gemeint ist], die Größe des Klinikums und seines KEK [...] oder [die] hauptberufliche Geschäftsführung, die verlässlich eine Tagesordnung erarbeitet.“²⁶³

Besonders der letzte Punkt scheint zunächst paradox, da eine professionelle Moderation zu ausgeglichenen Beiträgen und Konzentration auf relevante Themen beiträgt. Dazu würden sicherlich auch die aktuellen Fälle aus dem klinischen Alltag gehören. Dagegen besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich die anderen Mitglieder des KEK darauf ausruhen, dass die Treffen von der Professur für Ethik in der Medizin organisiert und strukturiert werden. Da sie auch die Tagesordnung erarbeitet, sind die weiteren Mitglieder also nicht gezwungen, sich einzubringen, da die gesamte Struktur der Treffen für sie organisiert wird. Einerseits führt dieses Vorgehen möglicherweise zu einer Qualitätssteigerung, andererseits könnte ein Einbringen der Mitglieder zu einer größeren Diversität der Themen beitragen und eventuell auch eine höhere Praxisrelevanz schaffen. Es werden außerdem Impulsreferate oder Fälle vortragen, um auf ein Thema einzustimmen, das öfters an das KEK herangetragen wurde. Weiterhin werden diesbezüglich auch Informationsbroschüren für die Mitglieder bereitgestellt.²⁶⁴ Diese Informationsvermittlung scheint gründlich und strukturiert, wodurch sicherlich eine gute Informationsbasis für eine anschließende Diskussion geschaffen wird. Gleichzeitig bleiben die Mitglieder auch hier in einer passiven Position.

²⁶¹ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015).

²⁶² Wernstedt/Vollmann (2005), S.48.

²⁶³ Wernstedt/Vollmann (2005), S.48.

²⁶⁴ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 44.

Um effizienter arbeiten zu können, teilten sich die Mitglieder des KEK auf verschiedene Arbeitsgruppen auf, die sich mit den Themen Therapiebegrenzung, Sterbebegleitung, Palliativmedizin, Präimplantationsdiagnostik und Ethikberatung beschäftigen. Diese Arbeitsweise soll nicht nur die Flexibilität verbessern und den Arbeitsaufwand für die Mitglieder minimieren, sie soll auch „allen Mitgliedern des KEK die Möglichkeit [geben], sich nach eigenen Interessenschwerpunkten über die monatlichen Sitzungen des Komitees hinaus zu engagieren und untereinander zu kommunizieren.“²⁶⁵ Die Teilnahme an solchen Untergruppen ist nicht auf Mitglieder des KEK beschränkt, sie setzt ausschließlich ein Interesse und Engagement für das jeweilige Thema voraus. Jede Arbeitsgruppe widmet sich ihrem Themengebiet und entscheidet selbstständig, wie oft Treffen stattfinden und welche Aufgaben angegangen werden. Diese Untergruppen übernehmen den hauptsächlichen Anteil der inhaltlichen Aufgaben des Ethik-Komitees, da von ihnen die Ethikberatung auf Station durchgeführt wird, Leitlinien erstellt und Fortbildungen durchgeführt werden.²⁶⁶ In den monatlichen Treffen werden die Fortschritte und Tätigkeiten dann im großen Plenum besprochen. Da in diesen Treffen die inhaltliche Gestaltung allerdings kaum von den Mitgliedern ausgeht, sondern fast ausschließlich durch die Professur für Ethik in der Medizin übernommen wird,²⁶⁷ stellt sich die Frage, inwiefern die Treffen des gesamten KEK weiterhin sinnvoll sind. Der Austausch unter den einzelnen Arbeitsgruppen und die Reflexion der Arbeit könnten als Ziel der größeren Treffen betrachtet werden, dies könnte jedoch auch auf weniger formaler Ebene stattfinden. Es sollte Wert darauf gelegt werden, dass es nicht zu einer reinen Formalität wird, sich monatlich gemeinsam zu besprechen, da die Mitglieder dann immer weniger motiviert wären, zu derartigen Treffen zu gehen und sich dort aktiv einzubringen.

Im Folgenden soll die aktive Arbeit des Komitees in der Klinik näher beschrieben werden. Unter den verschiedenen Tätigkeiten nimmt die Fallberatung eine hervorgehobene Stellung ein. Sie wird von den Mitarbeitern des Klinikums am ehesten wahrgenommen und hat daher eine Art „Vorzeigefunktion“. Gleichzeitig stellt sie „für die hauptamtlichen ärztlichen Mitarbeiter in der Geschäftsführung, [die im Ethik-Komitee

²⁶⁵ Vollmann/Weidtmann (2003), S.233.

²⁶⁶ Wernstedt/Vollmann (2005), S.48.

²⁶⁷ Wernstedt/Vollmann (2005), S.48.

aktiv sind,] die wichtigste Gratifikation und Motivation ihrer Arbeit“ dar.²⁶⁸ Die Fallberatungen werden von der Arbeitsgruppe „Ethikberatung“ durchgeführt. Zu ihren Aufgaben gehören die Fallberatung auf Station, die Dokumentation der stattgefundenen Beratungen und die Unterrichtung des gesamten Komitees über den Verlauf und den Ausgang der Fallbesprechung.²⁶⁹ In ihrem ersten aktiven Jahr führte die Arbeitsgruppe neun Ethikberatungen durch, wobei es bei jeder dieser Anfragen um einen ethischen Konflikt aufgrund eines fraglichen Therapieabbruches ging. Die Antragssteller waren ausschließlich Ärzte, und meistens waren es Mitarbeiter aus Abteilungen, deren ärztliche Leiter auch Mitglieder des KEK waren. Die Beratungen dauerten durchschnittlich 45 bis 60 Minuten und wurden von einem Mitglied der Geschäftsführung, das gleichzeitig auch Mitglied der Arbeitsgruppe Ethikberatung war, moderiert.²⁷⁰

Bis einschließlich 2005 wurden insgesamt 43 Ethikberatungen durchgeführt.²⁷¹ Diese haben zum Ziel „durch Moderation und Analyse zur Lösung eines ethischen Konfliktes in einem konkreten Behandlungsfall beizutragen.“²⁷² Zu diesem Zweck werden möglichst alle Beteiligten einbezogen und in einer Teambesprechung die einzelnen Haltungen und relevanten Aspekte erörtert und unter der Moderation eines Ethikberaters diskutiert. Dabei werden die Betroffenen über relevante ethische Richtlinien informiert, das Fazit beziehungsweise der Lösungsansatz sollen aber gemeinsam entwickelt und nicht durch den Ethikberater vorgegeben werden.²⁷³ 10 der 43 Beratungen wurden von Wernstedt und Vollmann als „klein“ bezeichnet, wobei es sich um „informelle, häufig telefonische, kurze Einzelfallberatungen oder ethische Informationsfragen“²⁷⁴ handele. Folglich fand in diesen 10 Fällen keine ausführliche Beratung mit Einbezug aller Kriterien nach oben genanntem Schema statt, sondern eine kleine Hilfestellung auf eine konkrete Frage. Die meisten Anfragen wurden von Ärzten gestellt und bezogen sich Probleme bezüglich des Therapieabbruchs, wie es sich bereits 2005 abzeichnete.

²⁶⁸ Vollmann/Weidtmann (2003), S.237.

²⁶⁹ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015).

²⁷⁰ Vollmann/Weidtmann (2003), S.233-234.

²⁷¹ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 44-45.

²⁷² Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

²⁷³ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

²⁷⁴ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 44-45.

Das Thema „später Schwangerschaftsabbruch“ wurde von Mitarbeitern der Frauenklinik des Klinikums öfter angefragt.²⁷⁵ Die Anfragen aus der Gynäkologie nahmen im Zeitraum von 2003 bis 2004 deutlich zu, seit die ethische Auseinandersetzung mit problematischen Konflikten unter der Neubesetzung der Ärztlichen Leitung unterstützt wird und eine transparente Diskussion gewünscht wurde.²⁷⁶ Dieses Beispiel betont, wie wichtig die Einstellung der Führungskräfte für die Inanspruchnahme der Ethikberatung ist. Einerseits könnte es sein, dass die Mitarbeiter so erst von deren Existenz erfahren, andererseits besteht in Krankenhäusern oft eine starre Hierarchie, die eine gewisse Furcht mit sich bringt, man könne dem Vorgesetzten missfallen. Daher könnte die Befürchtung, dass der Chef sich kritisiert fühlen oder die Handlung missbilligen könnte, dazu führen, das KEK eher nach längerem Zögern einzuschalten. Umgekehrt besteht aber auch die Möglichkeit, dass eine Ethikberatung nur angefragt wird, um dem Vorgesetzten zu gefallen. In beiden Fällen kann eine gute Kommunikation zwischen den Hierarchieebenen unnötige Arbeit auf beiden Seiten verhindern und gleichzeitig das Einberufen einer Ethikberatung in sinnvollen Fällen fördern.

Die Bekanntheit und Akzeptanz der Tätigkeit eines KEK hängt zu einem großen Teil von der Multiplikator-Funktion der Mitglieder ab. Das Erlanger Ethik-Komitee hatte, um seine Bekanntheit zu steigern, neben Artikeln in lokalen Medien auch Anschreiben an die leitenden Angestellten des Klinikums versandt, um die Weitergabe der Informationen an die Abteilung gebeten und ein Inserat in der Mitarbeiterzeitschrift annonciert.²⁷⁷ Doch in ihrem Bericht von 2003 kamen Vollmann und Weidtmann zu dem Schluss, dass für eine erfolgreiche Einbindung der Arbeit des KEK in den Klinikalltag die Multiplikation durch Mitglieder „von entscheidender Bedeutung“²⁷⁸ sei. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass die Mitglieder hinter den Aktivitäten des Komitees stehen und sich mit diesem identifizieren. Darüber hinaus betrieb das KEK Öffentlichkeitsarbeit, um seinen Bekanntheitsgrad zu steigern. Aus diesem Grund wurden verschiedene Foren wie Ethikcafés und eine Zeitschrift geschaffen. So tritt das Ethik-Komitee regelmäßig im Klinikalltag in Erscheinung. 2005 besuchten das Ethikcafé durchschnittlich 10 Teilnehmer pro Treffen, die alle zwei Monate stattfanden.

²⁷⁵ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 44.

²⁷⁶ Vollmann/Weidtmann (2003), S.235.

²⁷⁷ Vollmann/Weidtmann (2003), S.232.

²⁷⁸ Vollmann/Weidtmann (2003), S.235.

den.²⁷⁹ Auch der jährlich stattfindende Ethiktag dient unter anderem zu der Bekanntmachung der Arbeit des Ethik-Komitees. Dort werden „die Ergebnisse des KEK und der AGs der klinikumsinternen Öffentlichkeit“²⁸⁰ vorgestellt. Gleichzeitig dient der Ethiktag als Fortbildungsveranstaltung. Durch diese Aktion soll einmal jährlich die Arbeit des Erlanger KEK öffentlich bekannt gemacht und erklärt werden. Des Weiteren sollen wichtige Themen angesprochen und mit den Teilnehmern diskutiert werden. Somit sollen „Offenheit, Transparenz und Partizipation [als] wichtige Desiderate für ethisch begründete Entscheidungen“²⁸¹ gefördert werden. Um das Interesse der Teilnehmer zu wecken, besteht der Ethiktag nicht allein aus Vorträgen, sondern auch aus Workshops und öffentlichen Sitzungen. Letzteres hat so in Erlangen zum ersten Mal stattgefunden.²⁸²

Da nicht das gesamte Komitee an der ethischen Fallberatung beteiligt ist, sondern eine kleine Gruppe von Mitgliedern, werden in den Treffen des gesamten KEK alle Mitglieder über die behandelten Fälle informiert, um aktuelle Entwicklungen weiterzuleiten und die Arbeitsweise der Kleingruppe stets mit den restlichen Mitgliedern zu koordinieren. Ein Jahr nach der Einrichtung der Klinischen Ethikberatung am Erlanger Universitätsklinikum waren 6 Mitarbeiter an der Arbeitsgruppe beteiligt.²⁸³ Zwei Jahre später waren nochmals 2 Mitglieder hinzugestoßen.²⁸⁴ Praktisch nahmen laut Vollmann und Weidtmann (2003) „nur 1-3 Mitglieder der Arbeitsgruppe Ethikberatung an den meist kurzfristig anberaumten Einzelfallberatungen auf Station“²⁸⁵ teil. Einerseits könnte man argumentieren, wenn nur eine so geringe Zahl an Ethikberatern vertreten ist, dass die Pluralität des Gremiums nicht effektiv genutzt werden kann und kein ausreichender Diskurs über den ethischen Konflikt stattfindet. Andererseits zeigt der praktische Ablauf der Fallberatung, dass eine zeitnahe Beratung mit einer großen Anzahl von Klinikmitarbeitern, die anderweitig zeitlich stark eingebunden sind, nicht umsetzbar ist. Die Aufteilung in Untergruppen, wie sie in Erlangen stattgefunden hat, stellt einen Kompromiss dar, um möglichst qualifizierte und effiziente Ergebnisse zu erzielen. Eine Evaluation dieses Modells hat bisher nicht stattgefunden. Allerdings erklären Vollmann und Weidtmann in ihrem Artikel von 2003, dass sich die Durchfüh-

²⁷⁹ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 48.

²⁸⁰ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 48.

²⁸¹ Leonhardt (2009), S. 342.

²⁸² Leonhardt (2009), S. 342.

²⁸³ Vollmann/Weidtmann (2003), S.233.

²⁸⁴ Wernstedt/Vollmann (2005), S. 45.

²⁸⁵ Vollmann/Weidtmann (2003), S.233.

rung durch „eine Arbeitsgruppe „Ethikberatung“ und die Kooperation mit der Professur für Ethik in der Medizin bewährt“ habe.²⁸⁶

Die erste Leitlinie des KEK wurde Ende 2003 zum Thema *Therapiebegrenzung* entwickelt.²⁸⁷ Es erscheint nachvollziehbar, dass die Arbeitsgruppe, die zu diesem Thema bestand, eine Leitlinie als sinnvoll erachtete, da die Fragen zum Vorgehen in solchen Situationen den Hauptteil der Anfragen zur Klinischen Ethikberatung ausmacht und daher ein großer Bedarf an Informationen und Hilfestellungen in diesem Bereich bestand. 2005 war der Leitlinie vom Vorstand des Klinikums und der Klinikumskonferenz zwar zugestimmt worden, sie wurde aber „nur in einigen Abteilungen des Universitätsklinikums angewendet“.²⁸⁸ Inzwischen wurden verschiedene Leitlinien erstellt, so etwa zum Therapieabbruch auf der Intensivstation. Inwiefern diese in der klinischen Praxis umgesetzt wurden, ist nicht beschrieben. Eine weitere Methode, um häufig bestehende Probleme anzugehen, ohne eine konkrete Ethikberatung durchzuführen, stellen *Ethikordner* dar. Sie wurden vom Ethik-Komitee erstellt und auf den Stationen verteilt. Dabei wurden die speziellen Bedürfnisse der jeweiligen Stationen beachtet. Die Ordner enthalten Informationen und Empfehlungen zu verschiedenen Situationen mit Konfliktpotenzial, sowie die bereits erstellten Leitlinien des KEK.²⁸⁹

In der Praxis stieß das Angebot einer Ethikberatung indessen auch auf Widerstände. Laut Vollmann und Weidtmann gab es seitens der Pflegekräfte die Sorge, dass Konflikte zwischen Ärzten und Pflegepersonal sich durch die Ethikberatung verschärfen könnten und die Beratung als Mittel genutzt würde, um die Interessen einer Berufsgruppe durchzusetzen. Möglicherweise sind diese Bedenken der Grund, weshalb bis 2003 kein Antrag auf Ethikberatung von den Pflegekräften ausging. Die Anträge wurden nur vom ärztlichen Personal eingereicht. Laut den Autoren habe die Ethikberatung gleichwohl schon zu einer Verbesserung der „Gesprächskultur“ geführt.²⁹⁰ Dadurch könnten derartige Befürchtungen und auch Vorurteile ausgeräumt werden. In einem Flyer zur Information über das Angebot der Ethikberatung betonte das KEK

²⁸⁶ Vollmann/Weidtmann (2003), S.236.

²⁸⁷ Wernstedt/Vollmann (2005), S.46.

²⁸⁸ Wernstedt/Vollmann (2005), S.49.

²⁸⁹ Wernstedt/Vollmann (2005), S.48.

²⁹⁰ Vollmann/Weidtmann (2003), S.232-236.

ausdrücklich, dass die „Ethikberatung keine Supervision [sei] und daher nicht dazu [diene], Kommunikationsprobleme innerhalb des Behandlungsteams zu lösen.“²⁹¹

Neben Bedenken gegenüber der Klinischen Ethikberatung bestanden auch falsche Erwartungen an ihr Leistungsspektrum. Es wurden konkrete, pragmatische Lösungsansätze für ethische Konfliktsituationen propagiert, obwohl die dafür notwendige Eindeutigkeit und Verbindlichkeit von einem ethischen Beratungsgremium nicht geleistet werden kann.²⁹² Um derartige Erwartungshaltungen zu vermeiden und so auch eine zwangsläufige Enttäuschung der Antragssteller zu vermeiden, musste folglich deutlich kommuniziert werden, dass ein KEK keine Absicherung oder Garantie für „moralisches“ Handeln geben kann. Es hat auch nicht den Zweck einer rechtlichen Beratung, um potenzielle Klagen abzuwenden. Daher ist auch in der Geschäftsordnung des Erlanger KEK festgehalten, dass ausschließlich Konflikte ethischer Natur behandelt werden, dass die Entscheidung aber weiterhin den behandelnden Mitarbeitern obliegt.²⁹³ Daraus wird deutlich, dass das Komitee keine Verantwortung für die letztendlichen Beschlüsse übernimmt und lediglich als außenstehendes, moderierendes Element zu verstehen ist.

In einem Informationsflyer formulierte das KEK spezifisch, wann es angefragt werden kann: „Die Ethikberatung kann immer angefordert werden, wenn im Rahmen der Patientenversorgung Unsicherheiten in Bezug auf Wertvorstellungen und moralische Überzeugungen auftreten oder die ethische Dimension einer Entscheidung geklärt werden soll. Der Behandlungsfall muss nicht spektakulär sein. Es sind gerade auch die Alltagssituationen, in denen eine Ethikberatung helfen kann, Orientierung angesichts komplexer Fragen zu finden.“²⁹⁴ Es betonte somit, dass es ausschließlich für jene Dilemmata beratend zur Verfügung steht, in denen eine ethische Ungewissheit besteht. Somit sind rechtliche oder persönliche Konflikte ausgenommen, nicht zuletzt die Gefahr, dass ein Ethik-Komitee von Klinikmitarbeitern missbraucht wird, um die eigene Position rechtlich abzusichern und dadurch einen Teil der Verantwortung abzugeben. Zum einen übernimmt das KEK allerdings keine Verantwortung für die nach Konsultation getroffenen Entscheidungen und zum anderen ist diese Institution nicht

²⁹¹ Klinisches Ethik-Komitee und Professur für Ethik in der Medizin (2017).

²⁹² Vollmann/Weidtmann (2003), S.236.

²⁹³ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015).

²⁹⁴ Klinisches Ethik-Komitee und Professur für Ethik in der Medizin (2017).

als rechtlicher Beistand oder juristisches Konsil gedacht. Sicherlich ist es auch für die ethische Beratung sinnvoll, die jeweils einschlägigen rechtlichen Grundlagen zu kennen, allerdings sollte eine Ethikberatung weiterhin auf die Ethik fokussiert bleiben und sich nicht dazu verleiten lassen, dem Wunsch der Anfragenden nach konkreten Lösungen und sicheren juristischen Angaben nachzukommen. Denn solche Auskünfte kann und darf die Ethik nicht geben. Um einer solchen Gefahr vorzubeugen, ist das Ziel einer klinischen Ethikberatung der ethische „Klärungsprozess zwischen den Beteiligten“²⁹⁵. Folglich wäre es nicht nötig, eine konkrete Lösung bzw. einen Lösungsvorschlag zu entwickeln oder konkrete Handlungsoptionen zu generieren, sondern den Dialog zwischen den Konfliktparteien zu bewirken und den Anstoß zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem ethischen Problem zu geben.

Nach Wernstedt und Vollmann drückten die Mitglieder des Ethik-Komitees wiederholt den Wunsch aus, sowohl inhaltlich als auch formell weitergebildet zu werden,²⁹⁶ Schon in der Veröffentlichung von 2003 hatten die Autoren einen Schulungsbedarf bezüglich der Moderationskompetenz und der ethischen Kenntnisse geäußert.²⁹⁷ Aus diesem Grund wurden am Universitätsklinikum Erlangen einige Fortbildungen für die Mitglieder des KEK veranstaltet bzw. nahmen diese an externen Veranstaltungen teil. Beispielsweise wurde ein Fortbildungswochenende organisiert, um die Reflexion über die bisherige Ethikberatungsarbeit zu ermöglichen. Unter anderem wurde eine dieser Veranstaltungen von einer Juristin abgehalten.²⁹⁸ Aus diesem Umstand lässt sich schließen, dass von den KEK-Mitgliedern die Notwendigkeit geäußert wurde, die wahrscheinlich aus den Bedürfnissen der Antragssteller, sich rechtlich abzusichern, entstanden war. Weiterhin bot das Ethik-Komitee selbst Fortbildungen für die Mitarbeiter des Krankenhauses an. Sie sollten den Teilnehmern ermöglichen, „ihre eigene berufliche Praxis unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren.“²⁹⁹ Laut Vollmann und Weidtmann wurden die Fort- und Weiterbildungen jedoch nicht genügend wahrgenommen.³⁰⁰ Denn vor allem durch diese Veranstaltungen würden die Mitarbeiter geschult, eigenständig mit ethischen Problemen umzugehen und Konflikte zu vermeiden. Daher seien sie für die ethische Entwicklung des Klimas in der Klinik deutlich

²⁹⁵ Wernstedt/Vollmann (2005), S.45.

²⁹⁶ Wernstedt/Vollmann (2005), S.47.

²⁹⁷ Vollmann/Weidtmann (2003), S.237.

²⁹⁸ Wernstedt/Vollmann (2005), S.45-46.

²⁹⁹ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2008a).

³⁰⁰ Vollmann/Weidtmann (2003), S.236.

relevanter als die Ethikberatungen. Das Ziel sei es, „ein ethisches Forum für alle Mitarbeiter im Krankenhaus [zu] schaffen und damit die moralische Bedeutung jedes Einzelnen für die gemeinsame Arbeit im Klinikum [zu] verdeutlichen.“³⁰¹

Das KEK bietet verschiedene Formate wie eine Stations-Fortbildung, bei der die Teilnehmer selber die Themen bestimmen und direkt auf der Station geschult werden. Beispiele für Themen sind online dargestellt. Für dieses Fortbildungsformat müssen sich Interessenten selbst beim KEK melden,³⁰² es setzt also ein gewisses Maß an Initiative voraus. Gleichzeitig stellt dieses Angebot den Versuch dar, möglichst effizient zu schulen, da es auf den Stationen selbst stattfindet und so den Aufwand für die Interessenten möglichst gering hält. Auch die Vorauswahl der Themen bezweckt, dass möglichst nur relevante Inhalte Teil der Fortbildung sind und so der Zeitaufwand minimiert wird. 2005 waren 34 solche Veranstaltungen durchgeführt wurden, die sich meistens mit den Themen Therapiebegrenzung, Sterbehilfe und Patientenverfügung beschäftigten. Diese Veranstaltungen nutze das KEK gleichzeitig als Werbeplattform.³⁰³

Alternativ bestand das Angebot, mit Simulationspatienten zu trainieren. Für diese Möglichkeit wurden einige Personen speziell ausgebildet, um „im Rahmen eines Rollenspiels eine Patientenrolle [zu] übernehmen, [um] die gezielte Schulung praktischer Fertigkeiten, insbesondere kommunikative Fähigkeiten“³⁰⁴ zu vertiefen. Mit diesem Format macht wird die Möglichkeit geboten, die rein theoretische Ebene zu verlassen und praktisch anzuwenden, was erlernt wurde und zu testen, wo Schwächen bestehen. Kommunikationsdefizite werden im Krankenhaus oft bemängelt und können wesentlich zu Konflikten führen oder diese verstärken. Allerdings ist eine Schulung der Kommunikation strenggenommen kein ethisches Aufgabengebiet. Man könnte diskutieren, dass das KEK damit über seinen eigentlichen Zweck hinaus agiere und eventuell sogar so versucht, seinen Kompetenzbereich zu erweitern. Andererseits könnte dieser Ansatz eine Präventionsmöglichkeit sein, um die Entstehung von Konflikten zu vermeiden.

³⁰¹ Vollmann/Weidmann (2003), S.237.

³⁰² Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2008b).

³⁰³ Wernstedt/Vollmann (2005), S.46.

³⁰⁴ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikum Erlangen (2008c).

Diese Konflikte wären höchstwahrscheinlich aber nicht ethischer Natur und somit weiterhin nicht die Aufgabe eines Ethik-Komitees. Das KEK hat sich auch an der Klinischen Ethikausbildung für Pfarrer und Lehrer beteiligt, indem dort Fortbildungen durchgeführt wurden. Diese Aktivität begründe sich auf das Bestreben, „außerhalb des Krankenhauses über Inhalte und Strukturen Klinischer Ethik in Krankenhäusern zu informieren.“³⁰⁵ Es könnte aber wie die Kommunikationsschulung auch ein weiteres Tätigkeitsfeld sein, das streng genommen nicht zu einem KEK gehört, aber eine Möglichkeit ist, den Einfluss und die Relevanz von dessen Aktivitäten zu vergrößern. Zusätzlich zu diesen freiwilligen Angeboten, die auf Anfrage stattfinden, wurden medizinethische Fortbildungen auf Anfrage der jeweiligen Klinik in die internen, fachlichen Fortbildungsveranstaltungen eingefügt. In Wernstedts und Vollmanns Veröffentlichung ist dabei allein von „Ärztefortbildungen“³⁰⁶ die Rede. Diese Weiterbildungsmöglichkeit wird vor allem von Chef- und Oberärzten besucht, daher sind sie eine Möglichkeit die höheren Führungsebenen zu erreichen. Gleichzeitig lassen die hierarchischen Strukturen meist keine ausgeglichene Diskussion zu. Daher sind Assistenzärzte und pflegerisches Personal eher in Besprechungen auf den jeweiligen Stationen zu erreichen und in diesem Rahmen besser zu offenen Diskussionen zu motivieren.

7.2 Das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover

Das Ethik-Komitee der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde im Jahr 2000 als eines der ersten universitären Klinischen Ethik-Komitees gegründet.³⁰⁷ Wie bereits beschrieben nahm es annähernd zeitgleich mit dem Universitätsklinikum Erlangen eine Vorreiterrolle auf diesem Gebiet ein. Neben der Gemeinsamkeit, dass beide deutlich vor den Komitees anderer Universitätsklinika implementiert wurden, weisen sie auch in ihrer Strukturierung deutliche Parallelen auf. Die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser beiden Komitees werden im Folgenden herausgearbeitet.

Das Deutsche Ärzteblatt berichtete 2002 über die Neugründung des KEK in Erlangen als „erste[m] Klinische[n] Ethik-Komitee an einer deutschen Universitätsklinik.“³⁰⁸ Da-

³⁰⁵ Wernstedt/Vollmann (2005), S.50.

³⁰⁶ Wernstedt/Vollmann (2005), S.46.

³⁰⁷ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 3.

³⁰⁸ Maibach-Nagel (2002), S. A1185.

rauf reagierte der Medizinethiker Gerald Neitzke - Mitbegründer des Komitees an der MHH - der bis heute (2018) das Komitee leitet, mit einem Brief an die Herausgeber, in dem er betonte, das Ethik-Komitee der MHH sei bereits im Dezember 2000 gegründet worden und habe daher bereits vor der Implementierung in Erlangen bestanden. Zum damaligen Zeitpunkt sei das Komitee in Hannover weiterhin „im universitären Bereich [...] die Einrichtung mit der größten Beratungserfahrung und kontinuierlichen Tätigkeit“ gewesen.³⁰⁹ Demgemäß bestand das Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Hannover noch ehe Erlangen „nachzog“.

Das KEK der MHH besteht heute aus 15 interdisziplinär zusammengestellten Mitgliedern. Darunter befinden sich Vertreter der Ärzteschaft, der Pflege, des Sozialdienstes und der Geschäftsführung sowie 4 externe Mitglieder, unter anderem ein Seelsorger und ein Jurist.³¹⁰ Die Mitgliedschaft eines juristischen Experten scheint für das Komitee von großer Bedeutung zu sein, denn schon im Geschäftsbericht von 2002 wird betont, dass die juristische Perspektive nach dem Ausscheiden eines Mitgliedes erfolgreich wieder besetzt werden konnte.³¹¹ Daher muss eine gewisse Sorge bestanden haben, dass diese Funktion nicht mehr ausgefüllt werden könnte und somit diese Unterstützung der Ethikberatung entfiel. Die Bedeutung der juristischen Expertise wird nochmals durch die Aussage verdeutlicht, dass die Dokumentation der Fallberatungen zu einem nicht geringen Stellenwert „der juristischen Absicherung der behandelnden Ärzte“³¹² diene. Diese Aussagen bekräftigen die bereits beschriebene Sorge des Missbrauchs Klinischer Ethik-Komitees zur primär rechtlichen Absicherung einer Behandlungsstrategie.

Die Satzung des KEK der MH Hannover gibt vor, dass der Vorstand aus einem Vorsitzenden und zwei Stellvertretern bestehen muss. Weiterhin ist vorgegeben, dass sowohl ein Mitarbeiter der Ärzteschaft und ein Mitglied der Pflege Teil des Vorstands sein müssen und dass beide Geschlechter vertreten sein sollen.³¹³ Die Mitglieder werden durch den Vorstand der Krankenversorgung berufen, nachdem sie entweder durch das KEK selbst oder von patientenversorgenden Abteilungen des Kranken-

³⁰⁹ Neitzke (2002), S. A1745-A1746.

³¹⁰ Klinisches Ethik-Komitee der MH Hannover (o. J.).

³¹¹ Neitzke/Kuhn/Wessels (2002), S. 2.

³¹² Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 7.

³¹³ Klinisches Ethik-Komitee der MH Hannover (2011), S.2.

hauses vorgeschlagen wurden. Eine Amtszeit dauert drei Jahre.³¹⁴ Parallel zur Geschäftsordnung des KEK in Erlangen besitzt also auch in Hannover der Vorstand die letztendliche Entscheidungsgewalt über die Ernennung neuer Mitglieder. Weiterhin ist die Zusammensetzung der Mitglieder recht ähnlich.

Allerdings wird in Erlangen ein einzelner Vorsitzender gewählt, bei dem nicht feststeht, aus welchem Tätigkeitsbereich er kommen muss. Des Weiteren teilen sich in Erlangen drei Mitglieder die Geschäftsführung, während sie an der MHH durch eine Person besetzt ist.³¹⁵ Eine Besonderheit des Hannoverschen KEK ist, dass die Position des Geschäftsführers als feste und volle Stelle eingeführt wurde, also nicht ehrenamtlich als Tätigkeit neben dem Beruf ausgeübt wird. Die Aufgaben des Geschäftsführers sind dementsprechend ausführlicher als bei Modellen, in denen sie neben einem anderen Beruf ausgeübt werden. Sie umfassen die Koordination, Vorbereitung und Protokollierung der KEK-Sitzungen, die Organisation der beratenden Teams bei Fallanfragen und fungiert als Ansprechpartner für die Mitglieder des KEK. Zusätzlich gehören die Evaluation der Tätigkeiten und die Kommunikation mit Antragstellern zu den Funktionen dieser Stelle. Diese Position ermöglicht schnellere Beratungen und auch eine bessere Organisation des Ethik-Komitees. Die Einrichtung dieser Stelle schlage sich auch „durch eine Steigerung der Anzahl der Beratungsanfragen nieder.“³¹⁶

Das in der Satzung formulierte Ziel des KEK ist es, „zur Kultur der MHH und zum Klima und Stil in der Patientenversorgung [beizutragen, indem es] ein Forum für schwierige und kontroverse moralische Entscheidungen“ bietet.³¹⁷ Diese Absicht ist beinahe deckungsgleich mit der Zielsetzung des Erlanger KEK, das eine „Plattform für die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen“³¹⁸ bilden soll. Dabei hat das Erlanger Komitee allerdings deutlich konkreter die Methoden geschildert, mit denen es dieses Ziel anstrebt. Dagegen wurden in Hannover die Ziele ausführlicher dargestellt, die eigentlichen Aufgaben des KEK wiederum nicht beschrieben. Als weitere Zielsetzung soll an der MHH durch die Arbeit des Komitees die Identitätsbildung innerhalb

³¹⁴ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Hannover (2011), S. 1.

³¹⁵ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Erlangen (2017).

³¹⁶ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 3.

³¹⁷ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Hannover (2011), S. 1.

³¹⁸ Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015).

des Klinikums aber auch gegenüber der Öffentlichkeit verbessert werden.³¹⁹ Dabei ist nicht eindeutig formuliert, ob allein das Bestehen eines Klinischen Ethik-Komitees das Image der Klinik verbessert, oder ob das Komitee erst durch sein Handeln aktiv dazu beiträgt.

Primär erscheint Öffentlichkeitsarbeit über den klinikinternen Bereich hinaus erst einmal nicht als wesentliche Aufgabe eines Komitees für Klinische Ethik. In Hannover wurde diesem Gebiet allerdings ein hoher Stellenwert gegeben. Möglicherweise spiegelt sich hier wider, dass eine große Motivation für die Implementierung einer Ethikberatung der Wunsch nach einer Zertifizierung und somit eine Verbesserung des Klinikimages war. Im Geschäftsbericht für das Jahr 2013 wird mehrfach ausgeführt, dass aus Gesundheitseinrichtungen im gesamten Bundesgebiet Vorträge und Erfahrungsberichte angefragt und durchgeführt wurden.³²⁰ Das Interesse anderer Klinika oder Ethik-Komitees begründet sich wahrscheinlich darauf, dass das Komitee der MHH als „Pionierprojekt“ eingestuft werden kann.³²¹ Die Öffentlichkeitsarbeit des KEK trägt somit wesentlich zu einer positiven Selbstdarstellung bei, da seine Arbeit „deutschlandweit als gut etabliert und als Vorreiter im Bereich der Klinischen Ethikberatung wahrgenommen“³²² werde. Auch das seit 2004 eingerichtete Qualifizierungsprogramm, in dessen Rahmen zukünftige Ethikberater ausgebildet werden,³²³ trägt ebenfalls zur positiven Darstellung der ethischen Arbeit an der MHH bei.

Im Gegensatz zu den meisten Klinischen Ethik-Komitees hat sich jenes der MHH in seiner Satzung nicht auf bestimmte Aufgaben festgelegt. Es heißt darin lediglich, dass sich die Aufgaben entsprechend der Zielsetzung des Komitees gestalten sollten.³²⁴ Somit ist nicht näher definiert, durch welche Aktivitäten und Beratungsformen das KEK seine Ziele verfolgt. Da aber der Ablauf von Antragsstellung, Ethikberatung und der Erstellung von Leitlinien in der Satzung näher erläutert sind,³²⁵ scheint das Komitee bei der Abfassung der Geschäftsordnung dennoch gewisse Tätigkeiten vorgesehen zu haben. Es ist durchaus möglich, dass diese Abschnitte erst nachträglich eingefügt wurden und nicht in der ersten Fassung von 2001 vorhanden waren. Im

³¹⁹ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Hannover (2011), S. 1.

³²⁰ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 4, 11.

³²¹ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 2.

³²² Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 6.

³²³ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 11.

³²⁴ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Hannover (2011), S. 1.

³²⁵ Klinisches Ethik-Komitee der Universität Hannover (2011), S. 2.

ersten Geschäftsbericht des Ethik-Komitees an der MHH wird von folgenden Aktivitäten des KEK berichtet: Einzelfallberatungen, Lehrveranstaltung im Rahmen der Ausbildung von zukünftigen Pflegemitarbeitern und Ärzten und die Befragung der in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeitern.³²⁶ Zu einem späteren Zeitpunkt wurden Ethikseminare auch in den Studiengang Public Health integriert.³²⁷ Zusätzlich wurden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zahlreiche Vorträge gehalten und Publikationen veröffentlicht.³²⁸ Besonders Gerald Neitzke hielt häufig Vorträge über die Entstehung und Entwicklung des Ethik-Komitees bei verschiedensten Tagungen und Kongressen.³²⁹ Wie schon bei der Zielsetzung des Hannoverschen KEK erläutert, spielt auch hier die Öffentlichkeitsarbeit eine große Rolle. Die Motivation dazu könnte der Beitrag zur Entwicklung weiterer Ethik-Komitees in Deutschland und die Verbesserung der Institutionalisierung an anderen Kliniken sein; die Verbreitung eines guten Images der Klinik könnte allerdings auch im Vordergrund stehen.

Die meisten Klinischen Ethik-Komitees sind in den drei Feldern Fallberatung, Leitlinienerstellung und Mitarbeiterschulungen aktiv. Da sich das Hannoversche KEK 2001 noch in seiner Aufbauphase befand, waren zu diesem Zeitpunkt die Aktivitäten und Aufgabengebiete noch in gewissem Maße eingeschränkt und wurden erst in den folgenden Jahren deutlich ausgeweitet. Es ist jedoch markant, mit welchen Schwerpunkten das Komitee seine Arbeit begann: Es fokussierte sich primär auf die beiden Gebiete Fallberatung und Öffentlichkeitsarbeit. Dies ist insofern sinnvoll, als ein KEK nur arbeiten kann, wenn es unter den Mitarbeitern des entsprechenden Hauses bekannt ist und von diesen akzeptiert wird. Zu diesem Zweck ist die Fallberatung von großer Wichtigkeit, da sie für die meisten den Kern der Tätigkeit einer Klinischen Ethikberatung ausmacht. An dieser Tätigkeit und der Qualität der Ergebnisse werden die meisten KEKs gemessen und an ihnen wird ihre Sinnhaftigkeit beurteilt. Zusätzlich werden Kontaktängste und Vorbehalte der Mitarbeiter durch diesen direkten Kontakt am ehesten zerstreut. Andererseits könnte die Weiterbildung der Klinikangestellten einen größeren Effekt auf das ethische Bewusstsein und die Problemlösungsfähigkeiten haben als die punktuelle Beratung. Es würden mehr Mitarbeiter erreicht und breitere Themen angesprochen werden. Allerdings setzen diese Veranstaltungen die

³²⁶ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 3.

³²⁷ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 8.

³²⁸ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 3-4.

³²⁹ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 5.

Teilnahme der Mitarbeiter voraus, was bei einem neu eingeführten KEK gegebenenfalls zu Schwierigkeiten führen kann. Des Weiteren bemühte sich das Komitee, seine Bekanntheit innerhalb und außerhalb des Klinikums zu steigern. Vor dem Vorstand und der Klinikkonferenz berichtete es mehrfach über seine Tätigkeiten, Informationen wurden im Intranet dargestellt und auf diversen Stationen über die Arbeit des KEK aufgeklärt.³³⁰

In den folgenden Jahren erweiterte das Komitee der MHH sein Tätigkeitsspektrum. Im Geschäftsbericht für das Jahr 2010 wurden verschiedene Weiterbildungsprogramme aufgezählt, die durch das KEK angeboten wurden. Die verschiedenen Formate beinhalteten Kurzvorträge, Seminare und Kommunikationstrainings.³³¹ Darüber hinaus wurden regelmäßige Besprechungen auf bestimmten Stationen eingeführt. Dafür wurden jene Fachgebiete ausgewählt, die ein besonders hohes ethisches Konfliktpotential beinhalten wie die Palliativ- und Intensivstation. Die in Erlangen stattfindenden ethischen Visiten wurden in Hannover nicht als Modell gewählt; dort finden „regelmäßige retrospektive Fallbesprechungen“³³² statt. Beide Komitees haben so die rein „passive“ Fallberatung auf Anfrage um ein Aufgabengebiet erweitert, wodurch das KEK regelmäßig und nicht nur zu speziellen Fällen in den Stationsalltag eingebunden wird. Auch die Erstellung von Leitlinien wurde bis 2010 in das Tätigkeitsspektrum aufgenommen und Empfehlungen für verschiedene Abteilungen erstellt.³³³ Folglich übt das Ethik-Komitee der MHH inzwischen die drei am weitesten verbreiteten Tätigkeiten Klinischer Ethik-Komitees aus.

Da das Ethik-Komitee durch die Einrichtung der vollen Stelle eines Geschäftsführers (besetzt mit Gerald Neitzke) unter anderem eine bessere Erreichbarkeit und Koordination erreichen wollte, nutzte es das Modell des Einsatzes von Arbeitsgruppen, um auch schnell und flexibel reagieren zu können. Sie ermöglichen auch die intensivere Auseinandersetzung mit einem Thema. Die Vor- und Nachteile dieses Prinzips wurden bereits am Erlanger Beispiel erläutert, da dort auch mit diesem Modell gearbeitet wird. Die Arbeitsgruppen der MHH bestanden in der Regel aus Mitgliedern des Ethik-

³³⁰ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 3.

³³¹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 4.

³³² Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 3.

³³³ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 4.

Komitees und der anfragenden Abteilungen.³³⁴ Von dieser Methode erhoffte sich das Komitee einen besseren Austausch von Informationen, der niederschwellig zugänglich ist.³³⁵ Laut Geschäftsbericht von 2002 wurden an der MHH die eingegangenen Anfragen für Fallberatungen meist von Arbeitsgruppen bearbeitet.³³⁶

Neben diesen Gruppen befassen sich allerdings auch reguläre und akute Sondersitzungen des KEK mit den Fallberatungen und Konfliktthemen. Besonders akute Anfragen oder auch jene, die keine vollständige Fallberatung benötigen, werden auch rein telefonisch beraten. Alle stattgefundenen Beratungen werden anschließend vom Ethik-Komitee besprochen und der gefundene Konsens reevaluiert.³³⁷ Die Arbeitsgruppen der MHH unterscheiden sich insofern von dem in Erlangen eingesetzten Modell, dass sie spontan zusammengestellt werden und auf eine konkrete Anfrage zugeschnitten sind. In dem letzten öffentlichen Geschäftsbericht von 2013 existierten die beiden Arbeitsgruppen „Sterbekultur“ und „Ort des Dankes und der Stille“,³³⁸ während 2010 noch drei weitere Gruppen zu den Themen „Kommunikation“, „Aufklärung“ und „Lungenlebendspende“ aktiv gewesen waren.³³⁹ Die Gründe für die Auflösung der Arbeitsgruppen werden nicht näher erläutert. Allerdings entstehen die Arbeitsgruppen meist aufgrund einer oder mehrerer Anfragen an das KEK. So könnte es sein, dass nach den Beratungen die jeweiligen Gruppen keine Aufgabe mehr haben, wie es besonders bei sehr konkreten Aufträgen wie die Evaluation des Vorhabens Lungenlebendtransplantationen durchzuführen, der Fall sein könnte. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass eine Leitlinie zu dem Thema der Arbeitsgruppe weitere Arbeit bzw. Anfragen zu diesem Thema überflüssig machte. Da diese Form der Beratungstätigkeit meist nur temporär eingesetzt wird, wird sie größtenteils spontan und bedürfnisorientiert gebildet und eingesetzt. Demnach bestehen die Arbeitsgruppen auch nur für die Zeit, in der ihr entsprechendes Thema relevant ist. Manche Themen wie jenes der Arbeitsgruppe „Sterbekultur“ scheinen häufig genug angefragt zu werden um über einen längeren Zeitraum zu bestehen. Möglich wäre auch, dass dieses Thema so weit gefasst ist und in der Klinik einen hohen Stellenwert einnimmt, dass

³³⁴ Neitzke/Kuhn/Wessels (2002), S. 2.

³³⁵ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 9.

³³⁶ Neitzke/Kuhn/Wessels (2002), S. 2.

³³⁷ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 4-7.

³³⁸ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 9.

³³⁹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2010), S. 5.

es fortwährend neue Fragestellungen gibt, mit denen sich diese Gruppe beschäftigen kann.

Neben den bereits beschriebenen Aufgabengebieten legte das Ethik-Komitee der MHH früh Wert auf Erhebungen zur Evaluation seiner Arbeit. Kurz nach Aufnahme seiner ersten Tätigkeiten führte es eine Umfrage bei allen in der direkten Patientenversorgung arbeitenden Mitarbeitern durch. Diese sollte eruieren, welche Erwartungen und Bedürfnisse in der Patientenversorgung vorrangig waren und so eine möglichst effektive Arbeit des Komitees sicherstellen. Sie sollte unter anderem beantworten, welche Konflikte in Bezug auf welche Personengruppen häufig waren und wie wichtig diese von den Mitarbeitern eingeschätzt wurden. Gleichzeitig wurde die Bekanntheit des Komitees erfragt.³⁴⁰ Mithilfe dieses Instruments wollte das KEK sich eine breite Informationsbasis schaffen, um einen Ausgangspunkt für gezielte Aktionen und Erweiterungen seiner Tätigkeiten zu besitzen. Die Befragung mit einer Rücklaufquote von 20%³⁴¹ ergab bezüglich der Erwartungen an das KEK, dass „von 72% der Befragten konkret eine Beratung in Konfliktfällen gewünscht (wurde) und zwar sowohl im Nachhinein als auch während der Konflikt besteht/andauert. Dabei wurde eine über die Beratung hinausgehende Entscheidung des Konflikts durch das KEK überwiegend abgelehnt und nur von 21,6% gewollt. Als nächst wichtige Aufgabe wurde die Information und Weiterbildung von 55,1% der Befragten gewünscht. Die Erarbeitung von Leitlinien für ethische Probleme an der MHH erwarteten 51%[...]“³⁴²

Somit wurden von den Teilnehmern der Umfrage mehrheitlich genau die Aufgabengebiete gewünscht bzw. als sinnvoll angesehen, welche die meisten Ethik-Komitees in Deutschland ausüben. Dabei ist fraglich, ob diese Umfrage bestätigt, dass die KEKs mehrheitlich genau jene Aufgabengebiete für sich ausgewählt haben, die auch von den Krankenhausmitarbeitern gewünscht und benötigt werden, oder ob die Befragten schlichtweg die Tätigkeiten angegeben haben, die sie von Ethik-Komitees gewohnt waren. Gegen den letzten Punkt spricht dabei, dass 2001 in Deutschland noch sehr wenige Klinische Ethik-Komitees etabliert waren. So waren 2003 nur in 6,5% der konfessionellen und in unter 1% der nicht konfessionellen Krankenhäuser

³⁴⁰ Neitzke/Kuhn/Wessels (2001), S. 3.

³⁴¹ Neitzke (2001), S. 5.

³⁴² Neitzke (2001), S. 15.

KEKs vertreten.³⁴³ Als Arbeitsauftrag sah das Ethik-Komitee in der Auswertung der Ergebnisse vor allem „ein höheres Maß an Transparenz von Entscheidungen, mehr fachlicher Austausch über Entscheidungshintergründe und mehr gemeinsame Entscheidungsfindung“, die das KEK „durch gezielte Fortbildungs- und Gesprächsangebote“³⁴⁴ fördern wollte. Diese Konfliktpunkte beziehungsweise Ansätze für eine Verbesserung stellen tendenziell strukturelle Probleme dar. Vor allem kommunikative Verbesserungen scheinen ein dringliches Defizit zu sein, worauf das KEK beispielsweise mit der Arbeitsgruppe *Kommunikation und spezifische Schulungen* reagiert hat. Dabei wurde auch in der Interpretation der Ergebnisse der Befragung darauf hingewiesen, dass es sich hierbei eventuell nicht um primär ethische Konflikte, sondern eher um hierarchische Problematiken handeln könnte.³⁴⁵

Neben dieser Umfrage zur strukturierten Etablierung des KEK wurden an der MHH kontinuierlich die Berichte und Anzahlen der Fallbesprechungen und weitere Daten gesammelt, um eine Evaluation der stattgefundenen Arbeiten zu ermöglichen. Die systematische Sammlung dieser Daten gehört zum Aufgabengebiet der Geschäftsführung.³⁴⁶ Da es in Deutschland bislang kein standardisiertes System zur Bewertung von Institutionen der Ethikberatung gibt, ist jede Einrichtung dabei auf sich allein gestellt. Eine Vergleichsplattform oder ähnliches, um verschiedene Institutionen oder Kliniken in diesem Aspekt zu vergleichen, existiert bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (2018) nicht. Die Anzahl der Fallberatungen hat sich an der MHH in dem Zeitraum zwischen 2008 und 2013 auf jährlich 76 Beratungen mehr als verdoppelt. Darin sind auch die regelmäßigen Beratungen auf der Intensiv- und Palliativstation mit eingerechnet. Dabei behandelte die überwiegende Zahl der Anfragen den Bereich der Ethik am Lebensende und wurden mit 47% von den Intensivstationen und zu 21% von einer Normalstation gestellt.³⁴⁷ Weiterhin erhebt das KEK Befragungen zu speziellen Themen wie 2013 zu der „pflegerischen Versorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz“³⁴⁸ und eruiert so, ob und in welcher Form Handlungsbedarf besteht. Zusätzlich befragt das KEK nach jeder Fallberatung die Antragsteller, um ein systematisches Feedback zu erhalten.

³⁴³ Kettner/May (2005). S. 238.

³⁴⁴ Neitzke (2001). S. 18.

³⁴⁵ Neitzke (2001). S. 17.

³⁴⁶ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 3

³⁴⁷ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 6-7.

³⁴⁸ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 8.

Das Komitee beschrieb die Resonanz im Geschäftsbericht als durchweg positiv, legte allerdings keine konkreten Zahlen oder Auswertungen vor. Dieser Umstand lässt vermuten, dass es keine strukturierte Erhebung z.B. mittels standardisiertem Fragebogen gab, sondern eher eine allgemeine Feedback-Runde. Besonders hervorgehoben würden „die schnelle Erreich- und Verfügbarkeit einer Ethikberatung, deren interdisziplinärer und systematischer Charakter, die ruhige und sachliche Gesprächsatmosphäre und die Konsensorientierung.“³⁴⁹ Zu Kritikpunkten oder Verbesserungsvorschlägen findet sich keine Äußerung des KEK. Insgesamt ist die Evaluation der Tätigkeiten des Ethik-Komitees in Hannover bzw. deren Veröffentlichung deutlich ausführlicher als in Erlangen. Seit 2001 hat allerdings keine größere Befragung der Mitarbeiter nach ihren Wünschen und Bedürfnissen oder deren Einschätzung der Ethikarbeit an der MHH stattgefunden. Diese könnte besonders im Vergleich zu den damaligen Ergebnissen einen Überblick über die Rolle des KEK und die Auswirkungen auf die Arbeit an der Klinik geben.

Abschließend ist anzumerken, dass die Publikationen über das Ethik-Komitee an der Medizinischen Hochschule Hannover leider sehr einseitig sind. So ist es beinahe unmöglich, Quellen zu finden, die nicht von Gerald Neitzke verfasst wurden oder bei denen er nicht mitgewirkt hat. Dieser Umstand erklärt sich durch seine dominante Rolle in der Entwicklung und Tätigkeit dieses KEK seit dessen Gründung. Da er die Funktionen des Vorsitzenden des Klinischen Ethik-Komitees und der kommissarischen Leitung des Instituts für Geschichte, Ethik und Philosophie in der Medizin ausfüllt,³⁵⁰ spielt seine Person zweifellos eine große Rolle bei der Identitätsfindung der Ethikberatung. Es drängt sich allerdings die Frage auf, ob eine solche Verschmelzung der Identität eines KEK mit einer Person nicht doch auf Dauer zu einer autoritativen, wenig flexiblen Linie führt und ob es dennoch genug Raum für Veränderung und Kritik geben kann. Leider findet man zu solchen Überlegungen keinerlei Aussagen.

³⁴⁹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 7.

³⁵⁰ Medizinische Hochschule Hannover (o. J.).

7.3 Der Klinische Ethikberatungsdienst des Universitätsklinikums Freiburg

Die Ethikberatung am Universitätsklinikum Freiburg unterscheidet sich deutlich von den bisher beschriebenen Ethik-Komitees an anderen Universitätsklinika. Auf Initiative von Giovanni Maio, der die Professur für Ethik und Geschichte der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität bekleidet, entschied man sich in Freiburg gegen die „klassische“ Klinische Ethikberatung in Form eines Komitees und wählte stattdessen das Modell des einzelnen Ethikberaters, das unter dem Namen *Forum für Ethik und Recht in der Medizin* firmiert. Die Vor- und Nachteile dieser Struktur im Allgemeinen wurden bereits in Kapitel 3 erläutert.

Das Forum ist kein fest organisiertes, regelmäßig tagendes Komitee, sondern eine kleine Gruppe aus einzeln agierenden Ethikberatern, die bei akutem Bedarf den Mitarbeitern des Universitätsklinikums in ethischen Konfliktsituationen Hilfestellung leisten.³⁵¹ Die Initiative zur Implementierung dieser Struktur der Ethikberatung ging von Giovanni Maio aus, der sich öffentlich kritisch über Klinische Ethik-Komitees geäußert hat. Er bemängelte, dass ein KEK Gefahr laufe, sich in das Arzt-Patient-Verhältnis einzumischen oder sogar dem Patienten oder dessen Angehörigen schaden könnte, indem die Beratung sich nicht auf zurückhaltende Empfehlungen beschränke.³⁵² Auch die Instrumentalisierung zur Entschleunigung von Entscheidungen, also eine Ethikberatung als Aufschub einer anstehenden Entscheidung, sieht er als Risiko eines Klinischen Ethik-Komitees, da es dazu neige, seine Grenzen zu missachten.³⁵³ Diese Gefahren sieht Maio durch einen einzelnen Ethikberater verringert. Die von ihm gewählte Struktur der Ethikberatung soll verhindern, dass die Institution zu eigenständig wird und sich „von den konkreten Problemstellungen und Einzelfällen zu sehr entkoppel[t], [da dann die Gefahr bestünde], die eigentlichen Probleme der ethischen Beurteilung konkreter Fälle auf der Grundlage von medizinischen Einschätzungen“ zu übersehen.³⁵⁴

Die Beauftragung einzelner Ethikberater soll demnach einen engeren Kontakt zu den klinisch tätigen Mitarbeitern gewährleisten und so zu einem besseren Verständnis und einer kommunikativeren Zusammenarbeit beitragen. Gleichzeitig sollen die Bera-

³⁵¹ Boldt (2008), S. 85.

³⁵² Maio (2002), S. 2285.

³⁵³ Maio (2009), S. 5-6.

³⁵⁴ Boldt (2008), S. 88.

tenden auch nicht zu eng mit den antragsstellenden Mitarbeitern oder Patienten verbunden sein.³⁵⁵ Bei einem KEK sind die Mitarbeiter meist in der Patientenversorgung tätig und üben ehrenamtlich die ethisch-beratenden Tätigkeiten aus. Dabei kann es vorkommen, dass Berater und Antragssteller direkt zusammenarbeiten oder engeren Kontakt pflegen. Dies wird in Freiburg vermieden, da die Ethikberater hauptamtlich am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin arbeiten.³⁵⁶ Die Einrichtung voller Stellen für ethische Berater beinhaltet weitere Vorteile, wie für das KEK in Hannover bereits beschrieben, da es ein höheres Maß an Flexibilität, Erreichbarkeit und möglicherweise auch Expertise bietet. Auf diese Weise wird außerdem eine Befangenheit der Ethikberater vermieden, da sie nicht Teil einer beteiligten Berufsgruppe sind, oder ihre Beurteilung der entsprechenden Thematik dadurch beeinflusst wird, dass sie selbst in die krankenhausinternen Abläufe stark eingebunden sind. Die Berater können so idealerweise „als Unbeteiligte von außen mit methodisch-technischen Kenntnissen“³⁵⁷ als Hilfestellung hinzugezogen werden, wie es Maio darstellte.

Das *Forum für Ethik und Recht in der Medizin* hat sich selbst zum Ziel gesetzt, „das Angebot einer Klinischen Ethikberatung und einer postgradualen Fortbildung zu ethischen und rechtlichen Fragen der klinischen Medizin“³⁵⁸ anzubieten. Neben dieser auf der Website der Ethikberatung des Freiburger Universitätsklinikums veröffentlichten Zielsetzung formulierte Maio in einer 2002 erschienenen Publikation weitere Zielsetzungen für die ethische Beratung an Krankenhäusern. Sie sei eine Chance, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, weil die Ermöglichung der Teilhaberschaft an Beratungsprozessen dem Behandlungsteam und gegebenenfalls auch den Angehörigen eine bessere Verarbeitung der konflikthafter Situationen ermögliche. Die Ethikberatung habe auch die Chance, dem Arzt eine Unterstützung zu sein, indem sie allen Beteiligten das Gefühl der Vergewisserung und Zuversicht gebe.³⁵⁹ Das Hauptaugenmerk der Beratung läge demnach darin, die Zufriedenheit der beteiligten Akteure zu steigern. Dieser Standpunkt bezieht dabei weder die Qualität der Beratung und des Diskurses noch die ethische Vertretbarkeit der Empfehlung der Beratenden mit ein, weshalb er fragwürdig erscheint. Der Erfolg einer abgelaufenen Ethikberatung wird nach diesen Standards allein daran gemessen, wie zufrieden die Beteiligten

³⁵⁵ Boldt (2008), S. 88.

³⁵⁶ Universitätsklinikum Freiburg (o. J.b).

³⁵⁷ Merten (2003), S. 165.

³⁵⁸ Universitätsklinikum Freiburg (o. J.a).

³⁵⁹ Maio (2002), S. 2288.

letztendlich mit dem Resultat sind. Dieser Parameter wird primär von der Übereinstimmung der Beratung mit den Erwartungen und Positionen der Antragssteller beeinflusst und wenn überhaupt nur sekundär von qualitativen Merkmalen. Eine Empfehlung der Ethikberatung kann jedoch nicht einfach der „Vergewisserung und Zuversicht“ dienen, da sie in kontroversen Situationen eingesetzt werden sollte, bei denen eben noch keine Lösung gefunden werden konnte. Sie sollte nicht als Instrument der Absicherung oder Bestärkung einer bereits gefassten Position eingesetzt werden. Wenn die Zufriedenheit der Beteiligten jedoch als einziger oder hauptsächlicher Parameter für die Evaluierung einer ethischen Beratung gewählt wird, könnte es laut Bauer geschehen, dass das KEK eine harmonische Beratung und ein einmütig abgegebenes Votum schon für einen tatsächlichen Beratungserfolg hielte. Die ethische Behandlungsqualität im Krankenhaus dürfe aber nicht mit einer konfliktfreien Wohlfühlatmosphäre innerhalb des Klinischen Ethik-Komitees gleichgesetzt oder gar verwechselt werden.³⁶⁰

Maio selbst bemängelte in einer 2009 erschienenen Publikation, dass das Herstellen von Sicherheit allen als ein so unstrittiges Ziel erschien, gerade weil man in der Ethikberatung nur innerhalb gängiger Denkmuster dächte.³⁶¹ Er sprach sich weiterhin für eine unbequeme Ethik aus, die nicht für angenehmere, glatte Abläufe an einem Krankenhaus sorgt, indem der auf kritische Fragen anstatt einfacher Lösungen gelegt wird. Laut Maio ist eine Ethikberatung, die dazu dient, den herrschenden Mainstream in der Medizin sozusagen amtlich zu bestätigen, explizit keine gute Beratung, sondern ein „Benutzenlassen“ der Klinischen Ethik für Denkformen, die eigentlich nicht unhinterfragt übernommen werden sollten.³⁶² Diese Position steht im Konflikt mit der Zielsetzung der Steigerung von Zufriedenheit der Vergewisserung, die er schon 2002 äußerte.

Die Umsetzung der genannten Ziele erfolgt mittels Fallberatungen, die durch einen einzelnen Ethikberater durchgeführt werden. Eine Beratung findet ausschließlich auf Anfrage statt, kann kurzfristig durchgeführt werden und findet in Form eines Ethik-Konsils auf der jeweiligen Station statt. Durchgeführt werden diese Beratungen von den Mitarbeitern Claudia Bozzaro und Joachim Boldt, der auch als Koordinator des

³⁶⁰ Bauer (2008a), S. 56.

³⁶¹ Maio (2009), S. 6.

³⁶² Maio (2009), S. 8.

Forums agiert.³⁶³ Zusätzlich bringen „Berater aus Medizin, Theologie, Philosophie und Rechtswissenschaft [...] externes Fachwissen in die Beratung ein.“³⁶⁴ Die Anforderung geschieht mittels eines Formulars, zur tatsächlichen Durchführung einer Beratung kommt es allerdings nur, wenn alle Beteiligten mit dieser Intervention einverstanden sind. Das Ziel jeder Beratung ist zu einer ethisch tragbaren Lösung zu gelangen, die auf dem Konsens aller Beteiligten beruht. Dabei wird Wert auf die enge Einbindung der Mitarbeiter auf den jeweiligen Stationen in den Entscheidungsprozess gelegt. Die letztendliche Entscheidung obliegt dabei weiterhin dem Arzt, der daher auch die volle Verantwortung für diese trägt.³⁶⁵

Der Ablauf einer solchen Beratung lässt sich zwar erahnen, genauere Angaben sind allerdings ausschließlich den Mitarbeitern des Universitätsklinikums Freiburg vorbehalten, da sie nur über das klinikumsinterne Portal einsehbar sind. Neben Ethikberatungen finden seit 2006 regelmäßig Fortbildungen statt, die sich mit ethischen Fragestellungen der klinischen Praxis beschäftigen und sich primär an Ärzte und Pflegende richten. Im Jahr 2014 standen beispielsweise die Patientenautonomie und die Therapie am Lebensende im Vordergrund, die in Vorträgen näher erörtert wurden.³⁶⁶ Für einen späteren Zeitpunkt gab es allerdings keine Auskünfte zu Fortbildungsveranstaltungen. Den dritten klassischen Aufgabenbereich der Klinischen Ethikberatung bildet die Leitlinienerstellung. Laut Boldt wurden in Freiburg jedoch bis einschließlich 2008 keine solchen Leitlinien herausgegeben.³⁶⁷ Aktuellere Informationen liegen nicht vor.

Insgesamt lassen sich zur Tätigkeit des Ethikforums nur wenige Informationen finden, da es sich um einzelne Berater und nicht um ein KEK handelt. Satzung oder Geschäftsordnung, die das genauere Vorgehen oder Formalien beschreiben, existieren nicht. Einsehbaren Evaluationen liegen ebenfalls nicht vor. Auch Befragungen der Mitarbeiter haben entweder nicht stattgefunden oder wurden nicht veröffentlicht. Daher lässt sich über die genaue Arbeitsweise der Ethikberatung in Freiburg keine Aussage treffen. Wie ein einzelner Ethikberater im Allgemeinen arbeitet, ist im Kapitel *Strukturen der Ethikberatung* bereits beschrieben.

³⁶³ Universitätsklinikum Freiburg (o. J.b).

³⁶⁴ Boldt (2008), S. 85.

³⁶⁵ Boldt (2008), S. 85-88.

³⁶⁶ Universitätsklinikum Freiburg (2014).

³⁶⁷ Boldt (2008), S. 85.

Im Gegensatz zu vielen KEKs scheint es allerdings, als lege das Freiburger Forum den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Beratung und Weiterbildung der Mitarbeiter des Klinikums und weniger auf Öffentlichkeitsarbeit. Boldt beschreibt es als Ziel der Ethikberatung und insbesondere der Fortbildungen, sich selbst möglichst überflüssig zu machen, „indem [die Berater] Ethikkompetenz dorthin vermittelt, wo man den Patienten und seine Situation am besten kennt: zu den Behandelnden selbst.“³⁶⁸ Der Fokus der Tätigkeiten des Freiburger Ethik-Komitees ist folglich die Befähigung der behandelnden Mitarbeiter des Universitätsklinikums, in ethischen Konfliktsituationen selbstständig Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und konsensuell zu einem Entschluss zu gelangen. Funktionierte diese Strategie optimal, würde sich das Ethikforum somit selber abschaffen, da dessen Hilfe nicht länger nötig wäre. Viele KEKs vermitteln dagegen eher den Eindruck, durch starke Öffentlichkeitsarbeit und Vergrößerung ihres Tätigkeitsspektrums (wie beispielsweise die Einführung oder Erweiterung der Lehre) immer mehr Einfluss und Aufgaben für die eigene Institution beschaffen zu wollen und somit ihr Bestehen nicht nur sichern sondern auch ausbauen wollen. Boldts Aussage artikuliert zumindest eine dazu entgegengesetzte Auffassung des Zieles der Ethikberatung, ob die Umsetzung langfristig dieser Bestrebung entspricht, bleibt noch zu beobachten.

Neben dem beschriebenen *Forum für Ethik und Recht in der Medizin* existiert seit 2005 das Interdisziplinäre Ethik-Zentrum (IEZ) der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Hierbei handelt es sich nicht um eine ethisch beratende Institution. Die gesamte Struktur des IEZ unterscheidet sich deutlich von Klinischen Ethik-Komitees, wie sie an den meisten anderen Universitätsklinika vorzufinden sind. Es ist eine universitäre Einrichtung mit primär wissenschaftlichem Charakter, in dem „die wissenschaftlichen Institutionen der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg zusammengeführt [sind], die sich schwerpunktmäßig mit ethischen Fragen in den Wissenschaften beschäftigen.“³⁶⁹ Unter den beteiligten Fakultäten ist auch die Medizinische Fakultät durch Giovanni Maio als Professor für Ethik und Geschichte der Medizin vertreten.³⁷⁰ Die Ziele des IEZ sind die „Förderung interdisziplinärer Forschung, Etablierung innovati-

³⁶⁸ Boldt (2008), S. 88.

³⁶⁹ Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017b).

³⁷⁰ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin (2017).

ver fachübergreifender Lehrformen [und die] Übernahme einer ethischen Beratungsfunktion für öffentliche und private Institutionen.“³⁷¹

Bei näherer Betrachtung der bisherigen Projekte des Zentrums wird deutlich, dass dessen Tätigkeiten den Klinischen Alltag deutlich überschreiten. Es nimmt sich vielmehr wissenschaftlicher und umfassender Themen bzw. Konflikte an. Zur Erläuterung seien folgende Beispiele genannt: Zwischen 2006 und 2009 wurde, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), ein Projekt zur Analyse der Veränderung der Medizin und den daraus entstehenden ethischen Implikationen bearbeitet. Unter dem Titel *Ethische Grenzen einer präferenzorientierten Medizin* bearbeiteten die Mitglieder des IEZ Fragestellungen wie die „Grenzen der Wandelbarkeit der Medizin [oder] Kriterien [zur Unterscheidung] zwischen Wunscherfüllung einerseits und Krankheitsbehandlung und Leidenslinderung andererseits.“³⁷² Die Ergebnisse dieses Projektes sind für diese Arbeit nicht von Belang. Die Beispiele verdeutlichen aber, mit welcher Art ethischer Konflikte sich das Ethik-Zentrum auseinandersetzt. Es handelt sich nicht um alltägliche Probleme, die bei der Behandlung von Patienten auftreten, sondern um globalere Diskussionen, die einen allgemeineren Einfluss auf die Ausübung und Entwicklung der Medizin haben. Des Weiteren beschäftigt sich das IEZ nicht ausschließlich mit medizinischen Themen. Das IEZ ist ein ethisches Forschungszentrum, das von der klinisch-praktischen Ethikberatung losgelöst zu betrachten ist. Die Arbeit des Ethik-Zentrums könnte langfristig jedoch die Vorgehensweise und Struktur der Klinischen Ethikberatung beeinflussen.

Bei der Zusammensetzung des IEZ fällt auf, dass es ausnahmslos mit Professoren der jeweiligen Fakultäten besetzt ist. In dieser hochkarätigen Besetzung sind die Fächer Systematische und Praktische Theologie, Philosophie, Moraltheologie sowie Ethik und Geschichte der Medizin vertreten.³⁷³ Dieser Umstand verdeutlicht, dass es sich eindeutig nicht um ein Klinisches Ethik-Komitee handelt, sondern um ein Gremium von Experten, das sich fächerübergreifend mit „großen“ ethischen Problemfeldern beschäftigt. Die Übernahme ethischer Beratungsfunktionen für Institutionen wird in den erklärten Zielen des IEZ genannt,³⁷⁴ weshalb eine konsiliarische Tätigkeit auf

³⁷¹ Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017a).

³⁷² Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (o. J.).

³⁷³ Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017a).

³⁷⁴ Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017b).

Anfrage denkbar wäre. Diesbezüglich konnten allerdings keinerlei Auskünfte eingeholt werden.

7.4 Das KEK des Universitätsklinikums Mannheim

Die auf der Initiative der Geschäftsführung beruhende Gründung des Klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikums Mannheim (UMM) fand in den Jahren 2003 und 2004 statt.³⁷⁵ Das KEK wurde demnach ähnlich wie die meisten Ethik-Komitees in Deutschland als Top-down-Modell implementiert. Die Gründung stand in engem zeitlichem Zusammenhang mit der geplanten KTQ-Zertifizierung des Krankenhauses, das als erstes Universitätsklinikum eine derartige Zertifizierung erhielt.³⁷⁶ Die Implementierung des Ethik-Komitees wurde daher zu diesem Zweck forciert. Zum Zeitpunkt der Gründung bestand das KEK aus 12 Mitgliedern, die durch die Geschäftsführung ernannt wurden. Darunter waren verschiedene Berufs- und Hierarchiegruppen vertreten sowie mehrere externe Mitglieder, unter denen sich auch ein Jurist befand. Auch in Mannheim wurde Wert darauf gelegt, einen juristischen Experten als Teil des Komitees vorweisen zu können, wie es in den meisten größeren Ethik-Komitees der Fall ist. Inzwischen ist die Anzahl der Mitglieder auf 15 gestiegen.³⁷⁷ Den Gründungsvorsitz übernahm ehrenamtlich von Mai 2004 bis Juni 2010 Axel W. Bauer, der gleichzeitig Professor für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Medizinischen Fakultät ist.³⁷⁸ Danach wurde das Komitee vom damaligen Ärztlichen Direktor, dem Neurologen Prof. Dr. Michael Hennerici geleitet, bis diese Funktion 2014 von der Anästhesistin Dr. Dorothee Dörr übernommen wurde, die bereits seit 2012 als hauptamtliche Ethikberaterin bei der Klinikum Mannheim GmbH angestellt war.³⁷⁹

Die erste Aktivität des Mannheimer KEK war im Jahre 2004 die Erarbeitung einer Satzung, die das Verhältnis des Komitees nach außen ordnen sollte und die wiederum abzugrenzen ist von der 2005 beschlossenen Geschäftsordnung, die internen Abläufe und Vorgaben definierte. Die Erarbeitung dieser Dokumente war keine reine Formalität, sondern ein Prozess der Selbstfindung für die Mitglieder des KEK. Sie mussten sich dabei miteinander und mit den verschiedenen Vorstellungen, wie ihre

³⁷⁵ Bauer (2008a), S. 51.

³⁷⁶ Wingen (2004).

³⁷⁷ Universitätsmedizin Mannheim (2017).

³⁷⁸ Bauer (2008a), S. 51.

³⁷⁹ Dörr (2016a).

Tätigkeit gestaltet werden sollte und welche Ziele sie verfolgen wollten, auseinandersetzen.³⁸⁰ Die heute gültige Satzung wurde noch unter der Führung von Michael Hennerici im Jahre 2014 unter Aufhebung der Geschäftsordnung beschlossen. Gründe für diese Neuordnung wurden nicht bekannt. Als Zweck des KEK wird in der neuen Satzung die Hilfestellung bei Entscheidungen in Grenzsituationen der modernen Medizin beschrieben.³⁸¹

Diese Darstellung ähnelt den Ausführungen des Gründungsvorsitzenden Axel W. Bauer, der die fächer- und berufsgruppenübergreifende Beratung bei komplexen und moralisch kontroversen Entscheidungen als Funktion des Ethik-Komitees in Mannheim beschrieb.³⁸² Dieses Ziel wird unter der derzeitigen Vorsitzenden Dorothee Dörr meist durch die Begleitung und Optimierung dieser Entscheidungsvorgänge erreicht. Die Umsetzung kann für sie „in Form von Teambesprechungen, moderierten Angehörigengesprächen oder Ethikkonsilen erfolgen.“³⁸³ Dörr legt mit ihrer Aussage einen klaren Schwerpunkt auf die Fallberatung als Hauptaufgabe des KEK.

Während andere KEKs häufig Aspekte wie die Atmosphäre oder die Zufriedenheit der Mitarbeiter des jeweiligen Krankenhauses als Ziel der Klinischen Ethikberatung setzten, wurde in Mannheim kein sekundärer Effekt der Aktivitäten als Gradmesser der Qualität gewählt, sondern die Tätigkeit des Ethik-Komitees selbst als Zweck der Ethikberatung gesehen. Demnach läge das Hauptaugenmerk der Beratung nicht darin, Parameter wie die Zufriedenheit der beteiligten Akteure zu steigern, sondern in der Ausübung der sich selbst gesetzten Aufgaben. Der Erfolg einer abgelaufenen Ethikberatung wird demnach nicht daran gemessen, wie zufrieden die Beteiligten letztendlich mit dem Resultat sind. Axel W. Bauer bezeichnete es sogar als natürlich, dass es Fragestellern Schwierigkeiten bereitet, einen von dem ihren abweichenden ethischen Standpunkt zu akzeptieren, weswegen es „kontraproduktiv [wäre], den Erfolg einer ethischen Beratung oder eines Ethik-Konsils am Grad der Übereinstimmung des abgegebenen Votums mit der vorgefassten eigenen Meinung zu messen.“³⁸⁴ Eine wichtige Aufgabe der Ethik sei es sogar, vorgeformte Meinungen in Frage zu stellen, weshalb die Empfehlungen eines solchen Gremiums der Klinischen

³⁸⁰ Bauer (2007), S. 203.

³⁸¹ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

³⁸² Bauer (2008a), S. 50.

³⁸³ Dörr (2015), S.3

³⁸⁴ Bauer (2007), S. 207.

Ethikberatung entsprechend oft nicht mit den Positionen der Antragsteller übereinstimmen.³⁸⁵

Das KEK nahm die drei Aufgabengebiete, die sich bei den meisten Ethik-Komitees finden lassen, in seine Satzung auf, um seine Ziele umzusetzen: Die Fallberatung, Leitlinienerstellung und Fort- bzw. Weiterbildung der Mitarbeiter.³⁸⁶ Im Folgenden wird zunächst die Fallberatung näher beschrieben. Sie kann auf unterschiedliche Art und Weise durchgeführt werden, je nachdem welche Anforderungen an sie gerichtet werden. In Mannheim werden die Modelle ordentliche Sitzungen, Eilsitzungen, Ethik-konsile oder Ethikvisiten angeboten. In ordentlichen Sitzungen trifft das Ethik-Komitee alle zwei Monate und optimalerweise vollzählig zusammen.³⁸⁷ Für eine Beschlussfähigkeit des Komitees muss mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend sein, um beispielsweise Wahlen abgehalten zu können.³⁸⁸ Diese Treffen dienen der Organisation des KEK und zur Fassung von Beschlüssen, zusätzlich bilden sie eine Kontrollinstanz. Hier werden unter anderem die Ergebnisse der Fallberatungen präsentiert und besprochen, an denen nur ein Teil der Mitglieder teilgenommen hat. Es wird bei den ordentlichen Sitzungen darüber entschieden, ob die von den Kleingruppen erarbeiteten Stellungnahmen belassen werden können, oder ob Änderungen bzw. Ergänzungen vorgenommen werden sollten.³⁸⁹ Dieser Zwischenschritt gewährleistet eine stetige Rücksprache der Untergruppen mit der Gesamtheit des Komitees, wodurch die Qualität der Beratungen erhöht und satzungskonforme Handlungen versichert werden können. Auch weitere Interventionen können in Folge einer solchen Besprechung eingeleitet werden. Dazu gehören zusätzliche Gespräche mit den Beteiligten, thematische Arbeitsgruppen oder die Erarbeitung von Leitlinien.

Aufgrund der besseren Praktikabilität finden Fallberatungen meistens in Form von Ethikkonsilen statt, die bereits mit wenigen Mitgliedern beschlussfähig und somit deutlich kurzfristiger einsetzbar sind. Als optimale Größe werden drei Mitglieder, von denen eines die Leitung übernimmt, als gewünscht beschrieben. Damit die Beschlüsse dieser Arbeitsgruppen dennoch repräsentativ sind, werden sie nach abgeschlossener Fallberatung in schriftlicher Form an den Vorsitzenden des KEK überge-

³⁸⁵ Bauer (2010a).

³⁸⁶ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

³⁸⁷ Bauer (2007), S. 203.

³⁸⁸ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

³⁸⁹ Bauer (2008a), S. 55.

ben und in der nächsten ordentlichen Sitzung mit dem gesamten Komitee besprochen. Diese Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung und garantieren den Antragstellern eine Beratung durch das interdisziplinäre KEK.³⁹⁰ Neben den genannten Formen kann das Ethik-Komitee auch durch Eilsitzungen agieren. Ähnlich wie die Ethikkonsile wird dieses Format am ehesten bei Fallberatungen eingesetzt. Eilsitzungen sind mit drei Teilnehmern beschlussfähig. Im Gegensatz zu den Ethikkonsilen werden sie allerdings von dem Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter moderiert, während die Ethikkonsile von einem der teilnehmenden Mitglieder koordiniert werden.³⁹¹ Die Anwesenheit des Vorsitzenden verleiht dem Komitee bei der Eilsitzung zusätzliche Autorität und eine geübte Moderation.

Eine neuere Entwicklung in der Ära von Dorothee Dörr ist die wöchentliche Begleitung der Visiten auf den Intensivstationen, bei denen die Vorsitzende des KEK das Behandlungsteam begleitet. Dieses Angebot findet regelmäßig auf den drei Intensivstationen der UMM statt, kann aber von anderen Stationen bei Bedarf angefragt werden.³⁹² Dieses Angebot kann als ein Austausch gesehen werden, der wie ein fachliches Konsil auf der Station fungiert. Wie bei einem ärztlichen Konsil wird der Ethikberater sich die Informationen zu den fraglichen Patienten ansehen und die Fragen des behandelnden Stationsteams mit seinem fachlichen Wissen zu beantworten versuchen. Auf den Intensivstationen lässt sich oft ein interdisziplinäres Vorgehen der verschiedenen Fachrichtungen beobachten, was nicht selten in der Form von Visiten ermöglicht wird. So findet man beispielsweise neurologische und chirurgische Visiten auf einer von Anästhesisten betreuten Intensivstation. Eine ethische Visite ist also eine Ergänzung in diesem bereits bestehenden System. Für Dörr ist dabei unter anderem wichtig, „die Visitendauer nicht unnötig zu verlängern.“³⁹³ Diese Aussage lässt einerseits erkennen, dass die Ethikberatung versucht, sich in den Stationsalltag einzugliedern und Unannehmlichkeiten möglichst vermeidet. Mit dieser Strategie könnte Dörr bewirken, dass die Hemmschwelle, eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen, minimiert wird und diese nicht als aufgezwungene Instanz sondern als sinnvoller Teil des Stationsalltages wahrgenommen wird. Andererseits ist die primäre Aufgabe einer Ethikberatung nicht, den „Komfort“ einer Beratung sicherzustellen, sondern beson-

³⁹⁰ Bauer (2008a), S. 55-58.

³⁹¹ Bauer (2008a), S. 54.

³⁹² Universitätsmedizin Mannheim (o. J.b).

³⁹³ Dörr (2015), S. 3.

ders auch unbequeme Probleme anzusprechen, die den Behandelnden auf Station eventuell entgangen sind. Gerade Problemlagen, die von den Stationsmitarbeitern oder Patienten nicht wahrgenommen werden, können während einer Ethik-Visite im Stationsalltag detektiert und thematisiert werden. Darin liegt vermutlich ein Vorteil dieses Formats. Die Ähnlichkeit dieses Modells der ethischen Beratung mit einem fachärztlichen Konsil sollte allerdings nicht den Anschein erwecken, dass es sich um das gleiche Format handelt. Denn fachärztliche Konsile sind verbindlich und fundieren auf dem Faktenwissen oder den Erfahrungen des Beraters, während der Rat eines Ethikberaters lediglich die bestehenden Möglichkeiten und Argumente darstellt und die relevanten Werte für die Situation erläutert. Die letztendliche Entscheidung und Verantwortung trägt weiterhin der behandelnde Arzt. Jochen Vollmann lehnt aus diesem Grund den Begriff „Ethikkonsil“ ab, um jegliche Verwirrung zu vermeiden.³⁹⁴

Bezüglich des Ablaufs der Fallberatungen beschreibt Dörr, dass „komplexe Entscheidungssituationen [...] am sinnvollsten im Dialog mit den Beteiligten durch Austausch von Argumenten geklärt werden“³⁹⁵ können. Daher ist es sinnvoll, unabhängig von der Form der Fallberatung immer „die Anhörung der Beteiligten sowie nach Möglichkeit einen Besuch am Krankenbett“³⁹⁶ in den Beratungsprozess zu integrieren. Für die Durchführung einer Fallberatung müssen allerdings passende Ausgangsbedingungen vorliegen. Anträge werden deshalb nur angenommen, wenn sie von Patienten, Behandelnden oder bevollmächtigten Angehörigen schriftlich eingereicht werden.³⁹⁷ Damit werden Angehörige, die nicht bevollmächtigt sind, ausdrücklich aus dem Personenkreis ausgeschlossen, der eine Ethikberatung initiieren kann. Sie könnten lediglich über den behandelnden Arzt eine Fallberatung wünschen und anfordern lassen, in diesem Fall wäre allerdings der entsprechende Arzt der Antragsteller, nicht die Angehörigen. Durch diese Einschränkung ist es nur Personen, die direkt in die Behandlung eingebunden sind und die auch eine gewisse Entscheidungsgewalt innehaben, möglich, eine Anfrage zu stellen. Denn ein nicht bevollmächtigter Angehöriger kann zwar berechtigte Bedenken äußern, doch solange der Patient noch entscheidungsfähig ist oder eine andere Person dessen befähigt hat, wird er keine Entscheidungen treffen können, die eine Veränderung der Situation bewirkt.

³⁹⁴ Vollmann (2008), S. 38.

³⁹⁵ Dörr (2014), S. 21.

³⁹⁶ Bauer (2008a), S. 53.

³⁹⁷ Bauer (2008a), S. 54.

Somit würde eine ethische Fallberatung, vorausgesetzt, dass weder Patient noch das Behandlungsteam einen Anlass für eine solche Intervention sehen, keine Veränderungen bewirken können. Es kommen im klinischen Alltag nicht selten Patienten vor, die keinen bevollmächtigte Vertreter haben, die jedoch nicht mehr dazu in der Lage sind, ihre eigene Situation zu überblicken bzw. über das weitere Prozedere zu entscheiden. Allerdings wird in so einem Fall in der Regel erst einmal ein betreuungsrichterlicher Beschluss angestrebt. Dieses Problem kann nicht durch ein Ethik-Komitee gelöst werden.

Um den Einsatz eines KEK zu begründen, muss tatsächlich ein ethischer Konflikt vorliegen. Im Jahr 2008 beschrieb Bauer, dass auf der Homepage des Mannheimer Komitees eine Erklärung zur Natur eines ethischen Konflikts öffentlich zugänglich sei, um potentielle Antragsteller darüber zu informieren, wann das Einschalten des KEK sinnvoll ist. Dort wurde eine ethische Fragestellung wie folgt beschrieben: „Immer dann, wenn wir den Eindruck haben, dass ein [...] Wertungsproblem keiner zufälligen oder lediglich individuellen Lösung zugeführt werden darf, sondern eine rational durchdachte und über den Einzelfall hinaus weisende allgemeine Reflexion erfordert, liegt eine ethische Fragestellung vor.“³⁹⁸ Diese Erläuterung sollte im Vorhinein klären, wann das KEK anzufordern ist, da es ausschließlich bei solchen Fragestellungen aktiv wird und nicht als Schlichtungsstelle oder moralische Unterstützung bereits vorgeformter Meinungen fungiert.

Aktuell ist diese Mitteilung nicht mehr auf der Homepage zu finden. Allerdings existiert ein Vermerk, dass das Angebot des KEK helfen soll, „nach Handlungsmöglichkeiten zu suchen und Lösungsansätze zu finden [und] der Motivationsförderung“³⁹⁹ dient. In dieser Ausführung wird weiterhin betont, dass erst nach Lösungen gesucht werden soll und diese nicht schon vor der Beratung feststehen dürfen. Der Aspekt der Motivationsförderung ist allerdings neu aufgenommen worden, wird allerdings nicht näher erläutert. Möglicherweise ist der motivationssteigernde Effekt gemeint, den eine ethische Beratung auf engagiertes Personal haben kann, das bei seiner Suche nach der richtigen Entscheidung für einen Patienten durch das KEK unter-

³⁹⁸ Bauer (2008b), S. 45.

³⁹⁹ Universitätsmedizin Mannheim (o. J.b).

stützt wird. Doch es handelt sich dabei eher um einen positiven Nebeneffekt als um das eigentliche Ziel einer Ethikberatung.

Trotz dieser Hinweise auf der Homepage des KEK kommt es nach Bauers Darstellung häufig vor, dass es sich bei Anfragen eher um interpersonelle Konflikte handele, bei denen streitende Parteien die Ethikberatung als eine Art Vermittler oder auch zur Stärkung der eigenen Position einsetzen wollten. Solche Fälle sollten nicht von einem KEK bearbeitet werden, da sie „erhebliche Frustration auf Seiten der Ethikberater und der jeweils „unterlegenen“ Partei“ hervorriefen.⁴⁰⁰ Das Ethik-Komitee würde mit der Bearbeitung solcher Anfragen einerseits nicht seiner Aufgabe nachkommen und andererseits auch die eigene Kompetenz überschreiten, da die Mitglieder für ethische Konflikte und nicht als universelle Schlichter oder als Mediatoren ausgebildet wurden. Weiterhin würde diese Tätigkeit auf beiden Seiten der Beratung zu Unzufriedenheit und enttäuschten Erwartungen führen.

Die Anzahl der jährlichen Anfragen an das KEK ist seit seiner Gründung 2004 deutlich gestiegen. 2013 wurden 18 Anträge auf eine Fallberatung eingereicht, wobei aus dem Bericht leider nicht hervorgeht, wie viele dieser Anfragen auch tatsächlich zu einer Beratung geführt haben oder ob es sich ausschließlich um Fallberatungen handelte.⁴⁰¹ 2010 schrieb Bauer noch von zirka 9 Fällen pro Jahr.⁴⁰² Der Tätigkeitsbericht des Jahres 2016 berichtet von 45 Anfragen, also mehr als doppelt so viele als noch 3 Jahre zuvor.⁴⁰³ Worauf sich dieser starke Anstieg begründet, kann nur vermutet werden. Ein wesentlicher Grund dürfte die Tatsache sein, dass die derzeitige Vorsitzende des KEK bereits seit 2012 als hauptamtliche Ethikberaterin bei der heutigen Universitätsklinikum Mannheim GmbH beschäftigt ist. Bis dahin war die Ethikberatung eine neben- bzw. ehrenamtliche Tätigkeit gewesen. Eine volle Kraft in dieser Position hat mehr Möglichkeiten, zeitlich flexible Beratungen anzubieten und die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter für die Klinische Ethikberatung zu gewinnen. Infolge der nunmehr vom Klinikum finanzierten Struktur einer kontinuierlichen Ethikberatung dürfte bei den Mitarbeitern des Universitätsklinikums weiterhin die Hemmschwelle gesunken sein, sich an das Komitee zu wenden.

⁴⁰⁰ Bauer/Romfeld (2010), S. 291.

⁴⁰¹ Dörr (2013).

⁴⁰² Bauer/Romfeld (2010), S. 291.

⁴⁰³ Dörr (2016b).

Es fällt auf, dass von den in den Tätigkeitsberichten aufgeführten Anträgen nur ein kleiner Anteil mit der Beteiligung mehrerer Mitglieder des KEK durchgeführt wird. 2013 wurden 6 von 18 Anfragen⁴⁰⁴ und 2016 10 der 45 Anfragen⁴⁰⁵ von einem Ethik-Konsil bestehend aus mehreren KEK-Mitarbeitern bearbeitet. Dementsprechend wurden die meisten Beratungen von einem einzelnen Berater, in der Regel der Vorsitzenden des Komitees durchgeführt, die ja zugleich als hauptamtliche Ethikberaterin tätig ist. Diese Vorgehensweise ist für ein Klinisches Ethik-Komitee ungewöhnlich, da es eigentlich durch die interdisziplinäre Zusammensetzung einen Vorteil gegenüber einzelnen Ethikberatern hat. Dieser Nutzen wird allerdings nur ausgeschöpft, wenn auch das komplette Komitee an den Entscheidungen beteiligt wird.

Beratungen durch eine einzelne Person finden dagegen meist flexibler und schneller statt. Auch die Beschlussfindung ist meist ein schnellerer Prozess, da sich nicht mehrere Personen einigen müssen. In Mannheim fällt zusätzlich ein Zwischenschritt weg, da das schriftliche Beratungsergebnis eines Ethik-Konsils vor der Aushändigung an die Antragsteller noch von dem Vorsitzenden gegengelesen werden sollte. Da in den meisten Fällen die Vorsitzende selbst die Ethikberatungen durchführt, ist dieser Zwischenschritt nicht notwendig, wodurch gleichzeitig der Einbezug einer zweiten Meinung entfällt. Um weiterhin eine adäquate Arbeitsweise des gesamten KEK sicherzustellen, wäre es nötig, die Ergebnisse jeder einzelnen Fallberatung innerhalb der ordentlichen Sitzungen zu diskutieren und mit allen Anwesenden zu überarbeiten. Dies sollte laut Satzung des Mannheimer KEK der Fall sein.⁴⁰⁶ Inwiefern und wie detailliert diese Besprechungen im Alltag stattfinden, ist nicht nachvollziehbar, da diesbezüglich keine Vermerke in den veröffentlichten Tätigkeitsberichten bestehen. Sollte diese Kontrollfunktion wegfallen, würde die Vorsitzende des Ethik-Komitees allerdings eher als einzelne Ethikberaterin denn als Teil eines Teams agieren.

Die Interdisziplinarität des Ethik-Komitees dient laut Bauer nicht nur der Meinungspluralität, sondern auch der Einschränkung der wissenschaftlichen Dominanz der akademischen Medizinethik. Diese reagiere auf Anfragen in Form von Theorien, was

⁴⁰⁴ Dörr (2013).

⁴⁰⁵ Dörr (2016b).

⁴⁰⁶ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

allerdings nicht zielführend für die Bearbeitung der Anfragen sei.⁴⁰⁷ Mit akademischen Ausführungen über ethische Theorien wäre den Angestellten nämlich nicht geholfen, da sie konkrete Vorschläge benötigen. Hieraus ergibt sich die Frage, ob der Vorsitz mit einem Medizinethiker besetzt werden sollte, wie es in vielen KEKs geschieht. Die Vorteile der großen ethischen Expertise, der langjährigen Auseinandersetzung mit kritischen Themen und der geschulten Argumentationsstruktur, die auch bei der Moderation hilfreich sein kann, stehen hier der akademischen Ausrichtung und der oftmaligen Distanz zur Realität des Klinischen Alltags gegenüber. Ein weiterer Vorteil des Medizinethikers liegt in seiner Funktion als Forscher, der „wenn es um die Frage geht, ob Klinische Ethik-Komitees die Behandlungsqualität im Krankenhaus tatsächlich wirksam verbessern können, [...] transparente und sachlich gut begründete empirische Kriterien sowie adäquate Messverfahren für die Evaluierung ethischer Beratungsgremien“ entwickeln kann.⁴⁰⁸

In der Praxis wird eine systematische Datenerhebung und Prüfung der Qualität der Arbeit der Klinischen Ethikberatung jedoch kaum durchgeführt. Um eine gewisse Evaluation und Qualitätssicherung zu gewährleisten, werden in Mannheim, zumindest laut der bestehenden Satzung, alle Beratungsergebnisse verschriftlicht und im gesamten KEK besprochen. Zur Vorbereitung sollten die schriftlichen Stellungnahmen zunächst durch den Vorsitzenden bearbeitet und anschließend an die Mitglieder des Komitees weitergeleitet werden. Weiterhin werden die Antragsteller nach der abgeschlossenen Beratung um ein Feedback gebeten.⁴⁰⁹ Dieses Feedback dient einerseits dazu die Zufriedenheit der Antragstellen mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Beratung zu eruieren,⁴¹⁰ aber auch als Anlass für die Mitglieder des KEK sich selbst zu hinterfragen. Auf diese Weise könnte ein gewisser Qualitätsstandard gewährleistet werden, obwohl weiterhin ein professionelles Verfahren sinnvoller wäre, als allein auf die eigenständige Reflexion der Mitglieder zu setzen.

Neben der Durchführung von Fallberatungen gehören auch Fortbildungen sowohl der KEK-Mitglieder als auch der Krankenhausmitarbeiter zu den Aufgaben des KEK. Die Mitglieder sollen sowohl in der Theorie der Ethik als auch in praktischen Fähigkeiten

⁴⁰⁷ Bauer (2007), S. 209.

⁴⁰⁸ Bauer (2008a), S. 58.

⁴⁰⁹ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

⁴¹⁰ In dieser Arbeit wurde bereits erläutert, warum die Zufriedenheit als alleiniges Merkmal kein qualitativ angemessenes Kriterium für den Erfolg oder die Qualität einer Ethikberatung ist.

wie Moderation und Argumentation weitergebildet werden. Laut Dörr wird eine ethische Entscheidung kompetenter, je „fundierter die Kenntnisse [über] klassische Argumentationsbrüche, Fehlschlüsse moralischer Wahrnehmungen und Einflussnahmen der Werturteile durch soziokulturell vorgeprägte Prämissen“⁴¹¹ sind, weshalb sie wohl zu Grundausbildung Mannheimer Ethikberater gehören sollten. Die Weiterbildung der Krankenhausmitarbeiter ist ebenfalls ein Teil dieses Aufgabengebietes. In Mannheim werden verschiedene Wege genutzt, um den Beschäftigten Informationen zukommen zu lassen. Informationen mittels Inter- und Intranet zur Verfügung gestellt. So existiert beispielsweise seit 2006 ein Ethikordner mit Informationen zu Themen wie Therapiebegrenzung und Palliativmedizin. Es werden darin Quellentexte und aktuelle Veränderungen für die Mitarbeiter des Krankenhauses zugänglich gemacht.⁴¹²

Neben dieser Bereitstellung von Informationen bietet das KEK auch regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen an. Ungefähr alle drei Monate findet ein Ethikcafé statt, das den Austausch von interessierten Mitarbeitern unterstützen soll. Dort werden mittels Impulsreferaten bestimmte Themen angesprochen und anschließend diskutiert.⁴¹³ Als weitere Fortbildungsveranstaltung fand bisher dreimal das Mannheimer Ethikforum statt. Dabei handelt es sich um eine Vortragsreihe, bei der externe und krankenhauser Referenten Vorträge zu ausgewählten Themen halten und die Teilnehmer anschließend in Workshops diskutieren können. Es fand zuletzt im Oktober 2015 mit dem Thema *Gestaltung kultureller Vielfalt im Krankenhaus* statt.⁴¹⁴ Diese Wahl unterstützt Dörrs Bestrebungen, das Fortbildungsangebot an Themen zu orientieren, die sich im klinischen Alltag als problematisch erwiesen haben.⁴¹⁵ Als weitere Möglichkeit ethisches Wissen zu vermitteln, dienen die Ergebnisse vorausgegangener Einzelfallberatungen als eine Art Präzedenzfälle, die bei ähnlichen Konflikten als Orientierungshilfe für die Mitarbeiter der Klinik dienen. Da gerade Themen wie die Therapie am Lebensende sehr häufig ethische Fragen aufwerfen und laut Bauer etwa 60% der Fallberatungen ausmachen,⁴¹⁶ können so in vielen Fällen Hilfestellungen geboten werden. Da die Ergebnisse dieser Beratungen allerdings aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden können, sind sie ausschließlich für die Teilneh-

⁴¹¹ Dörr (2014), S. 21-22.

⁴¹² Bauer (2007), S. 206.

⁴¹³ Universitätsmedizin Mannheim (o. J.a).

⁴¹⁴ Klinisches Ethik-Komitee (2015).

⁴¹⁵ Dörr (2015), S. 3.

⁴¹⁶ Bauer/Romfeld (2010), S. 292.

mer der Einzelberatungen zugänglich und können nur für diese in darauf folgenden Konflikten hilfreich sein. Da aber unter Kollegen oft Konflikte besprochen werden, können möglicherweise jene Mitarbeiter, die bereits einer Einzelfallberatung beige-wohnt haben, Hilfestellungen geben.

Zu der Arbeit des KEK bezüglich der Erstellung von Leitlinien sind nur wenige Informationen zugänglich. In der Satzung wird dieses Aufgabengebiet zwar genannt, aber nicht näher beschrieben. Weiterhin ist dort vermerkt, dass das Ethik-Komitee nur auf Antrag aktiv wird,⁴¹⁷ es könnte also beispielsweise von der Geschäftsführung eine Anfrage zur Diskussion einer bestimmten Thematik mit anschließender Leitlinienerstellung eingereicht werden. Ebenfalls kann wie bereits beschrieben als Folge einer Fallberatung die Notwendigkeit einer Leitlinie beschlossen werden. 2010 arbeitete das KEK beispielsweise an einer Leitlinie zum Umgang mit Patientenverfügungen, da dieses Thema in Fallberatungen oft zu Problemen führt.⁴¹⁸ 2005 beschreibt Bauer, dass das KEK zwar laut seiner Satzung nicht eigenmächtig Leitlinien erarbeiten darf. Da aber jedes Mitglied für die Möglichkeit hat Tagesordnungspunkte für ordentliche Sitzungen vorzuschlagen, kann daraus ein Thema für eine Leitlinie eingeführt und debattiert werden.⁴¹⁹ Die ansonsten anforderungsgebundene Aktivität stellt allerdings sicher, dass das KEK sich nicht in Konflikte oder Themengebiete einmischt ohne dass es von den Beteiligten gewünscht wird. Dieses Verhalten könnte sonst zu Ressentiments gegenüber der Arbeit des KEK führen.

⁴¹⁷ Klinisches Ethik-Komitee (2014).

⁴¹⁸ Bauer/Romfeld (2010), S. 294.

⁴¹⁹ Bauer (2005).

8 Probleme bei der praktischen Umsetzung Klinischer Ethikberatung

In diesem Kapitel wird erörtert, welche Schwierigkeiten sich im Rahmen der Entwicklung und Ausweitung der Klinischen Ethikberatung gezeigt haben. Das Gebiet befindet sich noch in expandierender Entwicklung, weshalb verschiedene Probleme bestehen, die sich im weiteren Verlauf dieses Faches verringern könnten. Doch könnte es auch sein, dass gewisse Schwierigkeiten erst mit der weiteren Entwicklung erkennbar werden oder auftreten. Die im Folgenden diskutierten Themen wurden dahingehend ausgewählt, dass sie eine erhebliche Auswirkung auf Implementierung und Arbeitsweise der beratenden Institutionen haben und von den jeweiligen Institutionen strukturiert angegangen und möglichst behoben werden sollten.

8.1 Ethische Entscheidungsfindung bei klinischen Konflikten

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Problematik der ethischen Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Es soll erörtert werden, welche Strategien zu der Entwicklung einer Entscheidung oder Empfehlung durch ein klinisches Ethik-Komitee genutzt werden können. Der Schwerpunkt liegt auf der Herausforderung, wie ein beratendes Gremium beurteilen kann, welche Handlung „richtig“ ist. Bei welchen Fragestellungen eine ethische Beratungsinstitution überhaupt aktiv werden sollte, wurde bereits in dem Kapitel *Qualitäten eines Ethikberaters* dargestellt und wird daher hier nicht erneut diskutiert.

In der Klinischen Ethikberatung gibt es eine Vielzahl der angewendeten Methoden. Welche Methode die qualitativ hochwertigsten Ergebnisse erzielt, ist unklar, da es bisher keine einheitliche bundesweite Evaluation dieser Vorgehensweisen gibt.⁴²⁰ Aus diesem Grund werden im klinischen Alltag verschiedene Modelle angewendet und weiter entwickelt. Laut Kettner und May liegen jedoch „die tatsächlichen Argumentationsmuster und Verfahrensweisen in KEKs für die Falldiskussion und die Entwicklung von Richtlinien [...] weitgehend im Dunkeln“⁴²¹, weswegen eine Analyse der Möglichkeiten dringend notwendig ist. Weiterhin wäre wünschenswert, dass die bestehenden KEKs ihre Methoden offenlegen. Die grundsätzliche Frage hinter der

⁴²⁰ Genaueres wird in Abschnitt 8.4 *Evaluation der Ethikberatung* erläutert.

⁴²¹ Kettner/May (2001), S. 498.

Empfehlung eines Ethik-Komitees ist, welche Handlung in dem jeweiligen Fall eine „gute“ bzw. die „bessere“ Entscheidung ist. Die Beratung resultiert bestenfalls in einer konkreten Empfehlung für die Antragssteller, nicht darin, definitive Handlungsanweisungen zu geben. Dies begründet sich durch die Tatsache, dass die Mitglieder lediglich ihre Meinung vertreten, welche Handlungsoption zu präferieren wäre. Worauf sich diese Einschätzung stützt, lässt sich beantworten, indem die grundsätzliche Frage diskutiert wird, worauf das jeweilige Verständnis von „richtig“ und „falsch“ fußt und wie dieses begründet werden kann.

Dabei muss unterschieden werden, ob es sich um eine „vorethische“ Form der Moral handelt, wie sie im Alltag intuitiv gebräuchlich ist, oder ob es sich um eine akademische Form der ethischen Entscheidung handelt, die eine reflektierte theoretische Basis besitzt. Eine „vorethische“ moralische Intuition beruht eher auf persönlichen Erfahrungen, Erziehung und Vorbildern als auf theoretischen Konstrukten.⁴²² Für Entscheidungen einer ethischen Beratungsinstitution in Krankenhäusern wäre allerdings eine fundierte, praktisch anwendbare und reproduzierbare Form der moralischen Entscheidungsfindung zu postulieren, mithin auch deren über ein individuelles Moralverständnis hinausgehende Anwendbarkeit. Denn bei den Konfliktfällen, die ein Ethik-Komitee bearbeitet, handelt es sich zumeist um komplexe Probleme, deren denkbare Lösungen sich nicht einfach binär in „richtig“ oder „falsch“ einteilen lassen. Argumente abzuwägen und die bestehenden Alternativen zu vergleichen, gilt hier als ratsam, um eine weniger individuelle Form des Moralverständnisses zu entwickeln, das eher eine allgemeine Gültigkeit für sich beanspruchen kann.

Laut dem ehemaligen Professor für Medizinethik am Chicago Medical Center David C. Thomasma (*1939) muss zu diesem Zweck nicht nur die eigentliche Problematik des Falles erkannt werden, sondern auch die relevanten Werte, die miteinander im Konflikt stehen.⁴²³ Denn meistens entsteht eine ethische Konfliktsituation durch widersprüchliche Werte, die nicht miteinander vereinbar scheinen und die divergierende beziehungsweise konträre Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Da anlässlich einer Empfehlung oft entschieden werden muss, welchem dieser Werte im vorliegenden Fall größere Relevanz zukommt, sollten sich die Mitglieder des KEK von Anfang an

⁴²² Blake (1992), S. 9.

⁴²³ Thomasma (1991), S. 133.

sowohl über ihre Wertvorstellungen als auch über deren Priorisierung bewusst sein und diese Thematik untereinander kommuniziert haben, um eine gemeinsame Basis zu finden.⁴²⁴ Eine bewusst entschiedene, gemeinsame Wertegrundlage ist die Voraussetzung für weiterführende Debatten und einen angestrebten Konsens in kritischen Fragestellungen. Werte als Entscheidungsgrundlage sind allerdings recht variabel, da sie sowohl kulturell als auch durch individuelle Erfahrungen geprägt werden.⁴²⁵ Dass verschiedene Personengruppen zu dem gleichen Ergebnis bezüglich der Einschätzung und Priorisierung dieser Kriterien kommen, kann daher nicht vorausgesetzt werden und macht einen offenen Diskurs umso wichtiger.

In der Praxis werden die Entscheidungen in Ethik-Komitees oft mittels eines Mehrheitsvotums bestimmt, das nach einer Diskussion der Problematik stattfindet.^{426, 427} Bis es zu einer solchen Abstimmung kommt, haben ethische Fallberatungen in der Regel einen gewissen formalisierten Ablauf, um alle relevanten Informationen zu sammeln und zu besprechen. Eine gängige Methode ist die detaillierte Beschreibung der Situation, sowie der Handlungsmöglichkeiten mit deren Konsequenzen sowie die anschließende Analyse der Fakten und relevanten Wertvorstellungen, die zum Konflikt geführt haben.⁴²⁸ Nach Thomasma lassen sich mittels dieser Methoden die gegebenen Möglichkeiten nicht nur darstellen, sondern auch begründen. So könne eine auf Fakten basierende Diskussion innerhalb des KEK über die beteiligten Werte und Bedenken geführt werden. Anschließend sei eine Priorisierung dieser Werte möglich, wodurch sich eine zu favorisierende Handlungsoption herauskristallisieren sollte.⁴²⁹

Die Diskussion zwischen den Mitgliedern bezüglich möglicher Handlungsoptionen bedarf einer gemeinsamen Basis. Dieser Basis liegen wiederum Werte zu Grunde, auf die sich ein Ethik-Komitee von Beginn an verständigen muss. Denn auch wenn Werte kulturell und individuell variieren, können sie dennoch bei ethischen Entscheidungen als Grundstein einer ethischen Diskussion und Empfehlung sinnvoll und sogar nötig sein. Dafür müssen sie allerdings zuvor von den Mitgliedern diskutiert und

⁴²⁴ Thomasma (1991), S. 133.

⁴²⁵ Shalit (1997), S. 24

⁴²⁶ Blake (1992), S. 9.

⁴²⁷ Deutscher evangelischer Krankenhausverband und Deutscher katholischer Krankenhausverband (1997), S. 18.

⁴²⁸ Marckmann (2013), S. 88.

⁴²⁹ Thomasma (1991), S. 136-137

validiert werden, um ein gemeinsames Fundament zu ermöglichen.⁴³⁰ Ein gewisser Qualitätsstandard könnte garantiert, indem bei Fallbesprechungen die relevanten Evidenzen beachtet werden und bei der Verkündung der Empfehlung gegenüber den beteiligten Parteien auch als Referenz angegeben werden. Nur so kann eine qualitativ hochwertige und nachvollziehbare Empfehlung einer Ethikberatung gewährleistet werden.^{431 432},

Ob sich diese Empfehlungen praktisch bewährt haben und daher der Prozess als „gut“ bewertet werden kann, entscheidet sich für den derzeitigen Präsidenten der AEM, den Münchener (LMU) Medizinethiker Georg Marckmann, aufgrund einer zeitlich versetzten Evaluation. Durch diese solle jede Entscheidung anhand ihrer Umsetzung und Konsequenzen geprüft werden, um nach und nach „ein einheitlicheres methodisches Vorgehen mit klar definierten Qualitätsstandards für die Medizinethik“ zu entwickeln.⁴³³ Um dieses Ziel zu erreichen müsste allerdings die Dokumentation der Aktivitäten jedes Komitees nicht nur durchgeführt werden, sondern auch dem Vergleich mit anderen Komitees zugänglich gemacht werden. Auf Dauer könnte dadurch allerdings die Pluralität der Methoden eingeschränkt werden.

Wenn ein KEK letztendlich eine Empfehlung ausspricht, so ist dieses Votum zwar nicht bindend für den Antragssteller, es hat jedoch gegebenenfalls einen lebensentscheidenden Einfluss auf die weitere Behandlung – oder die Nichtbehandlung – des betroffenen Patienten, weswegen die Entscheidung nachvollziehbar und ausreichend begründet sein muss. Thomasma hält die Empfehlungen der Klinischen Ethikberatung nicht nur für fakultative Vorschläge, obwohl die Entscheidungsgewalt juristisch eindeutig nicht beim KEK liegt. Thomasma fasst Ethikberatungen ähnlich wie medizinische Konsile auf, deren Ergebnisse mehr als Handlungsanleitung verstanden werden und in den meisten Fällen umgesetzt werden. Auch das Votum eines Ethikkomitees birgt so die Gefahr, dass sich der jeweilige Antragssteller „blind“ danach richtet. Selbst wenn sich die Betroffenen entgegen einer Empfehlung des KEK entscheiden, so stößt sie oftmals dennoch einen Prozess des Lernens, der Reflexion und des kriti-

⁴³⁰ Thomasma (1991), S. 134.

⁴³¹ Marckmann (2013), S. 88.

⁴³² Thomasma (1991), S. 137.

⁴³³ Marckmann (2013), S. 88.

schen Überdenkens der eigenen Position in den Beteiligten an.⁴³⁴ So hat die Empfehlung zusätzlich einen edukativen Effekt auf die beteiligten Parteien, die optimalerweise aus der Beratung generelle Fähigkeiten erlernen und ähnliche Situationen zukünftig besser bewältigen können.⁴³⁵ Dieser Lerneffekt ist wünschenswert, zeigt aber den möglicherweise weitreichenden Einfluss eines solchen Votums. Aus diesen Gründen ist nicht zu unterschätzen, wie wichtig eine qualitativ hochwertige Entscheidung und eine nachvollziehbare Vermittlung dieser Ergebnisse ist.

Wie kommt nun das KEK zu einem Entschluss, und worauf stützen die Mitglieder ihre Argumente? Ein Ethik-Komitee betrachtet nicht nur die normativen Grundlagen, die kulturell verankert sind, sondern bedient sich auch philosophischer Modelle, weswegen es verschiedene in Frage kommende Theorien gibt, an denen sich ein KEK orientieren kann. Ein geeignetes Modell muss einige Kriterien erfüllen, um als Basis geeignet zu sein. Es soll einem Ethik-Komitee helfen nachzuweisen, „weshalb die [von ihm] getroffenen Entscheidungen richtig oder zumindest belastbar sind. Hierfür sind theoretische Rechtfertigungsansätze aus der Ethik unverzichtbar.“⁴³⁶ Verschiedene philosophische Modelle kommen für diese Funktion in Frage, allerdings konkurrieren sie dahingehend miteinander, dass sie meist für sich allein den Anspruch erheben, die Begründung für moralisch richtige Entscheidungen zu liefern.⁴³⁷ Beliebte sind der konsequenzialistische Utilitarismus und der deontologische Kantianismus, die als Beispiele im Folgenden dargestellt werden.

Der klassische Utilitarismus nach Jeremy Bentham (1748-1832) und John Stuart Mill (1806-1873) bewertet eine Handlung nach dem maximalen Nutzen für die größtmögliche Zahl der Gruppenmitglieder und „berechnet“ so im Grunde, welche Option die beste ist. Das Prinzip besticht durch seine scheinbare Simplizität und universelle Anwendbarkeit. Des Weiteren scheint es für die Entscheidungsfindung mittels Mehrheitsvotum, wie sie in vielen KEKs praktiziert wird, geeignet, da eine solche Berechnung zu relativ eindeutigen Ergebnissen gelangen kann. Problematisch ist dagegen, dass sich der Utilitarismus nicht an Werten orientiert, sondern an den Interessen aller Beteiligten und diese mehrheitlich gegeneinander aufrechnet, unabhängig davon wie

⁴³⁴ Thomasma (1991), S. 134-137.

⁴³⁵ DuVal, et al. (2001). S. 30.

⁴³⁶ Mertz, et al. (2014). S. 91.

⁴³⁷ Marckmann (2000), S. 499.

wünschenswert oder gesellschaftlich unpassend diese Interessen sein mögen. Nach diesem Prinzip würden Abstimmungen zwar regelhaft zu aus ökonomischer Sicht günstigen Ergebnissen gelangen, sieht man jedoch die Menschenrechte grundsätzlich als universell gültig an, so kann eine reine Interessensaufrechnung unter diesen Voraussetzungen schon allein mit den Aussagen, dass „alle Menschen [...] frei und gleich an Würde und Rechten geboren“⁴³⁸ sind und ein „Recht auf Leben“⁴³⁹ haben, nicht vereinbar sein. Axel W. Bauer verdeutlicht diese Problematik anhand des Beispiels eines bewusstlosen Patienten, über dessen weitere Therapie entschieden werden muss. „Ob [...] ein dauerhaft bewusstloser Patient überhaupt noch Interessen in diesem Sinne haben kann, die man im Kosten-Nutzen-Kalkül berücksichtigen müsste, ist aus utilitaristischer Sicht höchst zweifelhaft.“⁴⁴⁰ Demzufolge hätte ein solcher Patient keine in das Kalkül des Utilitarismus‘ einfließende Stimme und hätte somit kein Selbstbestimmungsrecht mehr, insofern die Mehrzahl der beteiligten Parteien beispielsweise keine Vorteile durch lebenserhaltende Maßnahmen haben sollte. Eine so begründete Entscheidung ließe sich in Deutschland allerdings - selbst wenn gewünscht - nicht umsetzen, da jedem Menschen gesetzliche Grundrechte gesichert sind, wodurch einige theoretisch mögliche Handlungen nur illegal umzusetzen wären.

Eine Orientierungshilfe könnte auch die sehr bekannte und wirkmächtige deontologische Theorie Immanuel Kants (1724-1804) sein. Kant beschrieb den kategorischen Imperativ, wonach unter ethischer Perspektive keine Handlung durchgeführt werden sollte, von der man nicht wünschen kann, dass die ihr zugrundeliegende Maxime auch als allgemeines Gesetz gelten könne.⁴⁴¹ Auch diese Theorie bietet ein Prinzip an, nach dem Situationen und deren mögliche Lösungen bewertet werden können. Der kategorische Imperativ ist jedoch dahingehend komplexer, dass eine Handlung und sämtliche Konsequenzen nur dann als „gut“ befunden werden können, wenn sie als allgemein gültig für jene Situation zu betrachten sind. Man muss also sagen können, dass die Entscheidung unter den gegebenen Voraussetzungen grundsätzlich als wünschenswert zu betrachten ist. Sollte diese Voraussetzung erfüllt sein, birgt ein an Kant angelehnter Ethikansatz als Entscheidungsgrundlage den Vorteil, dass der

⁴³⁸ Vereinte Nationen (1948).

⁴³⁹ Vereinte Nationen (1948).

⁴⁴⁰ Bauer (2011), S. 69.

⁴⁴¹ Mit Maxime ist der Grundsatz hinter einer Handlung gemeint. Wenn man beispielsweise aus Hunger ein Brot entwendet, so wäre die Maxime dieser Handlung, dass es erlaubt ist zu stehlen, wenn man aus persönlicher Not handelt. Diese Handlung sollte nach Kant also nur ausgeführt werden, wenn vertretbar wäre, dass diese Maxime generell und für alle Menschen so gültig ist.

edukative Effekt einer Ethikberatung hier eher in Kraft treten würde. In diesem Fall ist es wünschenswert, dass die beratenen Beteiligten das Votum des Ethik-Komitees auf weitere Fälle „der gleichen Art“ anwenden.

Allerdings sind in der Praxis kaum zwei Konflikte gleich, und in einem höchst komplexen Gebiet wie der medizinischen Praxis und den organisatorisch undurchsichtigen Krankenhausverhältnissen muss ein ausführliches und tiefgehendes Verständnis für die Theorien Kants vorliegen, um diese wahrhaft anwenden zu können.⁴⁴² Das Prinzip hinter der Entscheidung könnte eigenständig angewendet werden, vorausgesetzt es wurde durch eine Fallberatung bzw. Weiterbildung ausreichend vermittelt und von den Beratenden verstanden. Wenn man den kategorischen Imperativ als Fundament einer ethischen Entscheidung auf Bauers Beispiel des bewusstlosen Patienten anwendet, so wären hier weder die Interessen des Patienten noch jene anderer Parteien ausschlaggebend, sondern das allgemeine Prinzip, wie mit einem bewusstlosen Patienten umgegangen werden sollte.⁴⁴³ Da davon auszugehen ist, dass die Menschenrechte für sich die Geltung eines kategorischen Imperativs beanspruchen und sie folglich strikt einzuhalten sind, würde die gleiche Fragestellung wahrscheinlich eine andere Empfehlung durch ein KEK hervorbringen, als wenn Benthams utilitaristisches Modell angewendet würde.

Im theoretischen Studium der vorgestellten ethischen Konzepte werden diese in der Regel anhand von Beispielen konkretisiert, um ihre Anwendbarkeit zu prüfen und um einen Praxisbezug herzustellen. Die meisten Praxisbeispiele unterscheiden sich insofern deutlich von der in der Klinik praktizierten Realität, dass diese Anwendungen unter stark simplifizierten und kontrollierten Gegebenheiten durchdacht werden.⁴⁴⁴ Aus diesem Grund ist es auch für ausgebildete Ethiker eine Herausforderung mit praktischen Konflikten konfrontiert zu werden und diese mithilfe theoretischer Konzepte zu lösen. Im Alltag können philosophische Modelle in der Regel nicht als strikte Entscheidungsleitlinien dienen, da ihre Funktionalität sich meist lediglich in Gedankenexperimenten bewährt hat. Sie dienen vielmehr als Hilfsmittel, um in einer Konfliktsituation die beste Lösungsmöglichkeit zu finden.

⁴⁴² Heubel/Manzeschke (2008), S. 86.

⁴⁴³ Hier wären weitere Faktoren wie die Dauer der Bewusstlosigkeit, Pathologien oder Hirntodzeichen auch von Bedeutung um eine spezifische Maxime zu erarbeiten. Für die anschließende Folgerung ist dies aber nicht relevant.

⁴⁴⁴ Schweizer (2000), S.2.

Nach Illhardt kann sich eine im klinischen Alltag relevante und praktikable Ethikberatung nicht nur an „den Standards von Moralphilosophie und -theologie [orientieren], sie muss auch hilfreich sein und ins Handlungsschema passen.“⁴⁴⁵ Sie muss demnach einen Spagat zwischen dem theoretischen Fundament der Ethik und dem Wunsch nach einem praxisnahen Leitfaden bewältigen, um im klinischen Alltag tatsächlich hilfreich sein zu können. Eine strikte Umsetzung solcher Modelle wäre kaum möglich, da sie einer normativen Idee darüber entsprechen, wie die Gesellschaft sein sollte, sodass nicht gänzlich mit dem erreichbaren Ist-Zustand kompatibel sind.⁴⁴⁶ Deshalb müssen diese Modelle angepasst werden bzw. flexibel angewendet werden, um in der heutigen Realität eine Hilfestellung leisten zu können. Allerdings kann auch auf diesem Gebiet nicht ein konkretes Modell als Favorit deklariert werden, und es kann wie bereits beschrieben zu erheblichen Interpretationsspielräumen kommen. Denn „das moralisch Gute ist innerhalb der akademischen Medizin und Bioethik ebenso umstritten wie im lebensweltlichen Alltag“.⁴⁴⁷ Die moralphilosophische Theorie kann zwar als Stütze herangezogen werden, doch für die Lösung konkreter Konflikte und als starke Orientierung im klinischen Alltag sind sie alleine nicht geeignet. Durch eine zu starke Fixation auf bestimmte philosophischen Grundlagen läuft die Klinische Ethik Gefahr, ideologisch zu werten, anstatt neutral und praktisch zu sein.^{448,449}

Neben akademisch-ethischen Modellen gibt es indessen noch weitere Orientierungsstrukturen für die Ethikberatung. Zu gängigen Konfliktthemen gibt es oftmals Gesetze, die einen staatlichen Rahmen vorgeben, innerhalb dessen sich die Empfehlungen bewegen können. Selbstverständlich kann ein KEK keine Handlungen empfehlen, die gesetzeswidrig wären; dennoch sollte die Anfrage an ein Komitee nicht den Hintergrund haben, die Antragssteller lediglich hinsichtlich juristischer Konsequenzen ihrer beabsichtigten Entscheidung abzusichern. Dass eine Empfehlung eines KEK auch rechtlich abgesichert sein sollte⁴⁵⁰ und in keinem Konflikt mit der aktuellen Gesetzeslage stehen darf, wird wiederholt betont und scheint bei manchen Beratungen

⁴⁴⁵ Illhardt (1999), S. 265.

⁴⁴⁶ Schweizer (2000), S.2.

⁴⁴⁷ Bauer (2007), S. 207.

⁴⁴⁸ Bauer (2011), S. 85.

⁴⁴⁹ Mertz, et al. (2014), S. 93.

⁴⁵⁰ Scheible/Hirl/Knochel (2015), S. 158.

sogar den Mittelpunkt der Argumentation zu bilden.⁴⁵¹ Dass für die beratenden die gültigen Gesetze relevant sind, steht außer Frage, doch die ethische Komponente einer Beratung, die über juristische Minimalia hinausreicht, sollte darüber nicht in den Hintergrund treten. Denn bei einer Ethikberatung kann die Fragestellung sich nicht auf bloße juristische Unsicherheiten beziehen. Weiterhin können sich KEKs auch an allgemeineren normativen Aussagen orientieren. Kettner und May nennen sowohl die Menschenrechte als auch die christlichen Grundwerte als mögliche Grundlagen für eine ethische Diskussion, wobei diese meist im Rahmen von konfessionellen Krankenhäusern als Basis gewählt werden.⁴⁵²

Ferner existieren für die ärztliche Tätigkeit generelle Grundsätze, wie sie beispielsweise das Genfer Gelöbnis⁴⁵³ und – für die Forschung am Menschen - die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes⁴⁵⁴ festhalten. Diese Erklärungen verpflichten Ärzte zu gewissen Handlungsmaßstäben und gelten als moralische Leitstruktur für diesen Berufsstand. Ethische Leitprinzipien (Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit) wurden 1977 von den Philosophen Tom L. Beauchamp und James F. Childress formuliert.⁴⁵⁵ Das Genfer Gelöbnis wurde zuletzt 2017 überarbeitet, um das grundsätzliche Leitbild des Ärzteberufs „zeitgemäßer und umfassender“ zu gestalten, so der Präsident der Bundesärztekammer Professor Ulrich Montgomery. Bei dieser Aktualisierung wurde die Autonomie des Patienten deutlich stärker betont, wodurch auf die verstärkt auftretenden Konflikte bei therapeutischen Entscheidungen eingegangen wird.⁴⁵⁶ Sie wurden unter anderem geschaffen, um den Mangel an einheitlichen ethischen Grundlagen zu beheben. Denn wie beschrieben stehen verschiedene Theorien zur Entscheidungsfindung zur Verfügung, bei deren Anwendung in einer Situation verschiedene Handlungen rechtfertigt werden können. Diese Grundsätze sollen als Leitstruktur ethischer Entscheidungen dienen, die mit verschiedenen philosophischen Theorien vereinbar sind und so eine Anwendbar-

⁴⁵¹ Schmidt-Recla (2015), S. 161-162.

⁴⁵² Kettner/May (2001), S. 494.

⁴⁵³ Das Genfer Gelöbnis wurde mehrfach überarbeitet, wobei die neueste Version im Oktober 2017 von der Generalversammlung des Weltärztebundes erstellt wurde. Es ist eine zeitgemäße Version des Hippokratischen Eides, die das Ethos der Ärzteschaft mit ihren Grundprinzipien bestimmen und bewahren soll. Es beinhaltet die Schweigepflicht, die Gleichbehandlung jedes Patienten und weitere Punkte. Siehe Weltärztebund (2017)

⁴⁵⁴ Die Deklaration umfasst „ethische Grundsätze für die Forschung am Menschen“. Sie wurde seit der Originalfassung 1964 mehrmals überarbeitet und die gilt als Standard für die Ethik in der medizinischen Forschung. Die neueste Version von 2013 wird unter anderem von den Ethikkommissionen verwendet, die sich mit Forschung befassen. Siehe Weltärztebund (2013), S. 1.

⁴⁵⁵ Näher beschrieben wurden diese Prinzipien in Abschnitt 4.2 *Anforderungen an die Klinische Ethikberatung*

⁴⁵⁶ Montgomery, et al. (2018), S. 68.

keit der Ethik unterstützen.⁴⁵⁷ Diese Prinzipien sind allerdings nicht konkret formuliert und können daher meist keine direkte Handlungsanleitung bilden, weswegen ein KEK durchaus Beurteilungsspielraum in der Umsetzung hat. Gerade wenn mehrere der vier Grundsätze von Beauchamp und Childress miteinander konkurrieren, muss ein KEK individuell entscheiden, welcher Aspekt priorisiert werden sollte. Das Problem konkurrierender Werte findet sich auch in den ärztlichen Handlungsmaßstäben wieder. Im Genfer Gelöbnis wird beispielsweise davon gesprochen, den Arztberuf „nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis“⁴⁵⁸ auszuüben. Weder das *Gewissen*, die *Würde*, noch das *Gute* sind eindeutig definierte Begriffe, weshalb ein KEK dazu fähig sein muss, diese Grundsätze auf konkrete Konfliktsituationen des medizinischen Alltags anzuwenden. Diese Konflikte unterstützen Thomasmas bereits erläuterte Aussage, dass ein Ethik-Komitee sich der relevanten Werte bewusst sein muss und auch explizit diskutieren muss, welche Priorität die einzelnen Werte haben, um derartige Probleme vorzubeugen bzw. effektiv zu lösen.⁴⁵⁹

Eine weitere Vorgehensweise zur Entscheidungsfindung ethischer Fallberatungen ist die evidenzbasierte Ethik (EB Ethik). Die grundlegende Idee dieser Methode orientiert sich an der evidenzbasierten Medizin, wie sie in Deutschland zumindest der Theorie nach umfassend praktiziert wird und bei der Entscheidungen auf die beste verfügbare Evidenz gestützt werden. In der Praxis beziehen sich Ärzte oft auf Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren beruhen. In der Medizin werden basierend auf dieser Methode die meisten Entscheidungen getroffen, in der Hoffnung dass so ein gewisser Qualitätsstandard garantiert werden könne. Allerdings werden ausdrücklich auch ökonomische Aspekte in die Empfehlungen der AWMF einbezogen.⁴⁶⁰

Die Leitlinien sind für die behandelnden Ärzte zwar nicht verpflichtend, sie gelten jedoch als starke Empfehlungen und sind im Alltag höchst relevant, nicht zuletzt deshalb, weil bei einer gerichtlichen Klage durch den Patienten eine nicht an den Leitli-

⁴⁵⁷ Marckmann (2000), S. 499.

⁴⁵⁸ Weltärztebund (2017).

⁴⁵⁹ Thomasma (1991), S. 133.

⁴⁶⁰ AWMF (2017).

nien ausgerichtete Therapie sehr gut begründet sein muss. Das Konzept, dass Handlungen und Entscheidungen mit Evidenz begründet sein sollten, wird in der Klinischen Ethik durch ihre Nähe zur Medizin und wahrscheinlich auch durch die in der Klinischen Ethik tätigen Ärzte, die diese Arbeitsweise bereits gewohnt sind, weiterentwickelt und propagiert. Maya Goldenberg nimmt an, dass ein Teil der Attraktivität der EB Ethik darin liegt, dass sie den Anschein erweckt, Entscheidungen auf feste, universale Beweise zu stützen.⁴⁶¹ Die EB Ethik kann einfacher und präziser erscheinen, da die ethische Entscheidungsfindung, wie sie bisher praktiziert wurde, typischerweise durch Analyse und Diskussion geprägt ist. Vor allem für medizinisches Fachpersonal ist diese Art der Entscheidungsfindung vertraut und daher meist ohne große Schwierigkeiten anzuwenden. Ethik und Medizin unterscheiden sich jedoch stark und können nur aufgrund der Tatsache, dass die Klinische Ethik im Krankenhaus angewendet wird, nicht einfach bezüglich der Methodik gleichgesetzt werden. Folglich stellt sich die Frage ob und wie eine EB Ethik funktionieren kann.

Evidenzen sind letztlich solche wissenschaftlichen Hypothesen, die bestmöglich belegt werden konnten. Demnach gibt es Abstufungen des Grades der Evidenz, der von sehr hoch (meist doppelblinde und randomisierte Studien) bis schwach (von Experten mehrheitlich präferiert) variieren kann.⁴⁶² Qualitativ hochwertige Studien bilden starke Empfehlungen und haben daher ein höheres Gewicht bei der Entscheidungsfindung als schwache Evidenzen. Problematisch für die Klinische Ethikberatung ist dabei, dass zwar zu naturwissenschaftlichen Thesen ein doppelblind-randomisiertes Studiendesign der Goldstandard ist, im sozialen oder ethischen Feld aber deutlich häufiger lediglich Umfragen als Studiendesign verwendet werden.⁴⁶³ Aufgrund dieses Umstands erhalten derartige Studien grundsätzlich nicht die gleiche Wichtung als Evidenz.

Demzufolge bekämen meist die naturwissenschaftlichen Komponenten der Fragestellung wie z.B. die Prognose der Erkrankung einen höheren Stellenwert bei der Entscheidungsfindung in der EB Ethik, da die Studienlage hier in der Regel qualitativ hochwertiger ist. Dabei sagt die Anzahl oder Qualität der vorhandenen Evidenzen aber nicht unbedingt etwas darüber aus, wie wichtig ein Aspekt für die jeweilige Ent-

⁴⁶¹ Goldenberg (2005), o. S.

⁴⁶² Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2007), S. 32-33.

⁴⁶³ Strech (2008), S. 280.

scheidung bzw. den bestehenden Konflikt ist. Der Schwerpunkt eines Ethik-Komitees könnte so allerdings verschoben werden, indem hauptsächlich medizinisch relevante Fakten einbezogen würden, wohingegen die sozialen, psychologischen und ethischen Komponenten in den Hintergrund rücken. Dieser Umstand brächte das Risiko mit sich, dass ein Ethik-Komitee den Fokus auf die ethische Fragestellung verliere und dann stattdessen als Expertengremium medizinischer Dilemmata tätig würde. Denn dieses Gremium würde ja primär die medizinische Studienlage auswerten und somit ähnlich wie das medizinische Personal entscheiden, anstatt alle relevanten Aspekte unabhängig davon, ob sie den medizinischen oder sozialen Bereich der Situation betreffen, gleichermaßen einzubeziehen und auszuwerten.

In diesem Fall wären sich ein KEK und die behandelnden Ärzte wahrscheinlich recht oft einig, da die Prioritäten ähnlich verteilt wären. Aber ob so tatsächlich die bestmögliche Entscheidung getroffen würde, erscheint weiterhin fraglich. Goldenberg geht sogar so weit zu bemängeln, dass durch die EB Ethik die Ethikberatung kaum von der evidenzbasierten Medizin zu unterscheiden wäre und sie dadurch keinen größeren Mehrwert zu einer Entscheidung beitragen könne.⁴⁶⁴ Würde der Schwerpunkt sich in Richtung der qualitativ hochwertigsten Evidenz verschieben, könnten Entscheidungen potenziell einfacher zu treffen und besser zu begründen sein, doch mit einer Simplifizierung gingen auch Details der Fälle verloren, die für eine Entscheidung ethischer Natur durchaus relevant wären. Eine Möglichkeit, diese Problematik zu umgehen, beschreibt Daniel Strech, indem er die vier ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress als Grundlage für die Aufarbeitung eines spezifischen Konflikts festlegt. Jede weitere für die Entscheidung relevante Evidenz würde folglich an diesen Grundlagen gemessen.⁴⁶⁵

Auf den ersten Blick besticht das Konzept der Evidenzen durch seine scheinbare Objektivität, Universalität und die klaren Begründungen. In gewissem Maß können diese Annahmen bestätigt werden, da die EB Ethik eine vergleichbare Methodik anwendet, wodurch die Präferenzen einzelner Berater etwas in den Hintergrund rücken. Es wäre jedoch ein Irrtum anzunehmen, Evidenzen seien wertneutral und objektiv, denn sie beruhen auf empirischen Studien. Solche Studien wiederum kommen erst unter der

⁴⁶⁴ Goldenberg (2005), o. S.

⁴⁶⁵ Strech (2008), S. 281.

Voraussetzung bestimmter Hypothesen zustande, die jeweils wesentlich durch das soziale Umfeld beeinflusst werden.⁴⁶⁶ Studien sind somit nicht kulturell unabhängig oder gar objektiv. Die so geschaffenen Evidenzen gestalten die Entscheidungen im klinischen Alltag und beeinflussen so das Empfinden von „richtig“ und „falsch“.⁴⁶⁷ Weiterhin können Studienergebnisse auch unterschiedlich interpretiert werden, da sie bei der Ethikberatung auf konkrete Situationen angewendet werden müssen.⁴⁶⁸ Zwei verschiedene KEKs können so auf der Basis der gleichen Evidenzen dennoch zu verschiedenen Ergebnissen gelangen. Dieses Dilemma gleicht der Anwendung philosophischer Theorien. Damit diese Interpretationsspielräume nicht genutzt werden können um eigene Interessen oder Ideologien durchzusetzen, ist die offene Diskussion inklusive einer Dokumentation des Diskurses wichtig. Gerade letzteres findet nach Strech in der Praxis nicht ausreichend statt.⁴⁶⁹

Wie die einzelnen Ethik-Komitees an deutschen Krankenhäusern letztlich zu Entscheidungen gelangen, ist für Außenstehende kaum transparent, da die Sitzungen nicht öffentlich sind und auch keine Dokumente zu deren konkretem Ablauf veröffentlicht werden. Es liegen nur wenige Quellen für eine Analyse vor. In einem 1997 durchgeführten Versuch wurden verschiedene Ethikberater mit einem Fall konfrontiert und um ihre Empfehlung gebeten, wobei die Antworten stark divergierten und kaum ein Konsens zu finden war.⁴⁷⁰ Der Bedarf nach einer Offenlegung der angewendeten Methodik und einer so verbesserten Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse scheint daher angebracht.

Als konkretes Beispiel für den methodischen Ablauf kann an dieser Stelle ein Bericht des Mannheimer KEKs an den antragstellenden Arzt aus dem Jahre 2010 aufgeführt werden, in dem die Bearbeitung einer Anfrage bei innerfamiliärem Konflikt bezüglich der Unterbringung eines Patienten nach hämorrhagischem Insult beschrieben wird. Es wird deutlich, dass zunächst möglichst neutral die Situation beschrieben wird und möglichst viele Informationen eingeholt werden. Zu diesem Zweck wurden die medizinischen Daten ausgewertet, die Biografie des Patienten mitsamt des familiären Umfelds und der häuslichen Situation beschrieben und alle Beteiligten befragt. So wurde

⁴⁶⁶ Goldenberg (2005), o. S.

⁴⁶⁷ Molewijk, et al. (2003), S. 87.

⁴⁶⁸ Strech (2008), S. 283.

⁴⁶⁹ Strech (2008), S. 280.

⁴⁷⁰ Shalit (1997), S. 25.

versucht, ein umfassendes Bild der Situation zu erhalten.⁴⁷¹ In einem Kommentar zu einer Fallbeschreibung wurde auch von Gregor Scheible und Kollegen die Kommunikation mit allen Beteiligten als Hauptfaktor für eine hochwertige Entscheidung genannt. Diese sei neben einer interdisziplinären Diskussion unabdingbar in schwierigen Situationen.⁴⁷² In Mannheim wurden anschließend die verschiedenen Aspekte der Entscheidung beschrieben und daran die zugrundeliegenden und miteinander im Konflikt stehenden Werte beschrieben.⁴⁷³ In dieser Ausführung wurde Thomasmas Forderung der klaren Anerkennung und Benennung der relevanten Werte⁴⁷⁴ nachgekommen. Es ist jedoch nicht zu ergründen, ob im Vorhinein diese Werte innerhalb des Komitees allgemein besprochen und priorisiert wurden. Unter Einbeziehung aller erhobenen Informationen sprach das KEK des Mannheimer Universitätsklinikums eine Empfehlung für das weitere Vorgehen aus, worin weitere Variablen aufgezeigt wurden und auch die in diesem Fall nicht vertretenen Werte der Vorgehensweise angemerkt wurden. Die Empfehlung gab somit eine präferierte Handlung an, zeigte aber auch die Schwächen dieser Entscheidung auf. Dadurch wurde der letztendlich entscheidende Arzt befähigt, die Empfehlung kritisch zu analysieren. Zusätzlich wurde betont, dass die Verantwortung und letztendliche Entscheidungsbefugnis allerdings nicht beim Komitee liege.⁴⁷⁵

Insgesamt gibt es also eine Vielzahl an Methoden für die Klinische Ethikberatung. Vielleicht begründet sich gerade auf diese Pluralität die Schwierigkeit der Entscheidungsfindung in diesem Rahmen. Da in Deutschland inzwischen die Klinische Ethikberatung besonders in Form der KEKs etabliert ist, wäre als nächster Schritt eine strukturierte Evaluation der Arbeitsweisen wünschenswert, um eine Art Handlungsleitfaden zu entwickeln, der dem Entscheidungsprozess der Ethikberatung eine gewisse Struktur und Qualitätssicherung verleihen kann.

8.2 Delegation der Verantwortung als Risiko der Klinischen Ethikberatung

In der Klinik werden Klinische Ethik-Komitees meist auf Anfrage aktiv und können so bei Bedarf im Rahmen ethischer Konflikte als Hilfestellung hinzugerufen werden. Die Ergebnisse dieser Beratung werden meist in Form von Empfehlungen formuliert und

⁴⁷¹ Bauer (2010b).

⁴⁷² Scheible, et al. (2015), S. 158.

⁴⁷³ Bauer (2010b).

⁴⁷⁴ Thomasma (1991), S. 133.

⁴⁷⁵ Bauer (2010b).

an die beteiligten Parteien weitergegeben. Dabei betonen die Komitees ausdrücklich, dass es sich um eine unverbindliche Beratung handle und die Verantwortung für die letztendliche Entscheidung weiterhin den Ärzten obliege. Um diesen Umstand zu hervorzuheben, fordert Jochen Vollmann sogar, auf den Ausdruck „Ethikkonsil“ vollkommen zu verzichten und konsequent von „Ethikberatungen“ zu sprechen, um das Missverständnis zu vermeiden, eine ethische Beratung erfülle die gleiche Funktion wie ein fachärztliches Konsil.⁴⁷⁶

In anderen Publikationen verglichen Ethiker wie Thomas May dagegen explizit die ethische Beratung in Krankenhäusern mit ärztlichen Konsilen. In diesem Fall wurde die Ethikberatung dem Konsil gegenübergestellt, das ein Kardiologe anfordern würde, wenn sein Patient beispielsweise Beschwerden an den Füßen hätte. Somit setzte May den ethischen Beratungsdienst in seiner Funktion mit einem ärztlichen Konsil gleich.⁴⁷⁷ Ein fachärztliches Konsil beansprucht für sich in der Regel Richtigkeit und Verbindlichkeit. Besonders Letzteres ist bei ethischen Beratungen nicht gegeben, da die finale Entscheidung weiterhin der behandelnde Arzt treffen soll, der somit auch die Verantwortung für diese übernimmt. Als mögliche Begründung für diese betonte Ablehnung der Verantwortung von Seiten des KEK beschreiben Mark Siegler und Peter A. Singer die Angst vor Haftbarkeit und Konformitätsdruck.⁴⁷⁸ Da allerdings der Vorbehalt vieler Ärzte gegenüber Ethik-Komitees durch die gefühlte Bedrohung ihrer Entscheidungsfreiheit durch ein Ethik-Komitee begründet wurde,⁴⁷⁹ könnte das Belassen der Entscheidung bei den Ärzten auch als Unterstützung ihrer Autonomie verstanden werden.

Obwohl die Entscheidung über die Therapie auch bei der Durchführung einer Ethikberatung bei den Ärzten verbleibt, kann bei diesen - unabhängig von Formalitäten wie der Bezeichnung der Tätigkeit - der Eindruck entstehen, dass sie gewissermaßen verpflichtet seien, bei schwierigen Entscheidungen ein Ethik-Komitee zu konsultieren und dessen Empfehlungen Folge zu leisten.⁴⁸⁰ Dies begründet sich möglicherweise darauf, dass ein Ethik-Komitee als eine Art Expertenteam auf diesem Gebiet agiert und ein „Verstoß“ gegen die von ihm getroffenen Entscheidungen den Anschein er-

⁴⁷⁶ Vollmann (2008), S. 38.

⁴⁷⁷ Shalit (1997), S. 24.

⁴⁷⁸ Siegler/Singer (1988), S. 760.

⁴⁷⁹ Zentrale Ethikkommission (2006), S. 334.

⁴⁸⁰ Browne (1987), S. 1150.

wecken kann, „unethische“ Handlungen würden bevorzugt. Folglich obläge die eigentliche Verantwortung der Entscheidung dennoch dem Ethik-Komitee. Die eigenständige Entscheidungsfähigkeit des Arztes könnte somit in der entsprechenden Situation trotzdem eingeschränkt werden, obwohl sie formal selbstständig erfolgt. Dieser These widerspricht eine frühe Befragung von 1988 aus den USA, der zufolge 93% der Ethikberatungen das Selbstbewusstsein des betroffenen Arztes stärkten.⁴⁸¹

In einer aktuelleren Befragung bewerteten US-amerikanische Ärzte die Ergebnisse der Beratungen mit durchschnittlich 8 von 10 Punkten, was ebenfalls eine hohe Zufriedenheit ausdrückt.⁴⁸² Die wahrscheinlichste Begründung für diese Ergebnisse ist eine Übereinstimmung der Entscheidung des KEK mit der Einstellung oder favorisierten Handlung der involvierten Ärzte. Weiterhin wäre möglich, dass sie sich durch die Ethikberatung so gut informiert fühlten, dass sie sich für kommende Konflikte besser vorbereitet sahen. Auch so könnte das Selbstvertrauen gestärkt werden. Eine Quote von 93% ist für letzteren Fall allerdings eher unwahrscheinlich und legt daher die Vermutung nahe, dass damals, vor immerhin fast 30 Jahren, in den meisten Fällen die Meinung des beteiligten Arztes unterstützt wurde. Mit Unterstützung ist konkret gemeint, dass bei einer Meinungsverschiedenheit die Entscheidung zu Gunsten der ärztlichen Position ausfiel oder bei einer unklaren Therapiestrategie das Urteil der beteiligten Ärzte entsprechend stark gewichtet wurde.

Die Vermutung, dass Empfehlungen des KEK eher die Position der klinischen Mitarbeiter befürworten als die der Patienten oder deren Angehörigen, wird durch die geringere Zufriedenheit der Patienten im Vergleich zu befragten Ärzten mit der Ethikberatungen gestützt.⁴⁸³ In Entscheidungen über das Wohl des Patienten hat die ärztliche Stimme traditionell gesehen eine hohe Wichtung, die in medizinischen Fragen auch durchaus angemessen sein kann. Bezüglich ethischer Themen ist die Autorität des Arztes durchaus in Frage zu stellen, da der Berufsstand allein ihn nicht zu einem Experten dieses Gebiets macht.⁴⁸⁴ Möglicherweise beruht die hohe Wichtung der ärztlichen Stimme darauf, dass in Ethik-Komitees zu einer hohen Zahl ärztliche Mit-

⁴⁸¹ Perkins/Saathoff (1988), S. 765.

⁴⁸² DuVal et al. (2004), S. 253.

⁴⁸³ Doran, et al. (2016), S. 174.

⁴⁸⁴ Blake (1992), S. 6.

arbeiter vertreten sind. Gleichzeitig sind Ärzte oftmals argumentativ besser aufgestellt und können ihre Positionen erfahrener und medizinisch begründet vertreten.

Der Leiter der Göttinger Geschäftsstelle der AEM Alfred Simon sah es im Jahr 2000 sogar als Aufgabe eines Ethik-Komitees an, „die Ärzte in ihren Entscheidungen zu unterstützen.“⁴⁸⁵ Er konkretisierte damals nicht, ob er sich auf Hilfestellungen in der Entscheidungsfindung bezog oder auf die Rückendeckung der ärztlichen Position in Konfliktsituationen. Ein KEK als Rückhalt und Absicherung für ärztliche Entscheidungen in Konfliktsituationen hätte aber kaum etwas mit der reflektierten Ethik zum Wohle des Patienten zu tun, wie es die erklärte Absicht der Klinischen Ethik ist. Doch genau diese Entwicklung in der ethischen Fallberatung beschrieb David C. Blake schon 1992: Viele Ethik-Komitees sähen ihre Fallberatungen nicht als kritisches Forum, sondern mehr als „Gruppentherapie“ an, die der Beruhigung aller Beteiligten gelte. Diese Arbeitsweise gebe zwar allen Beteiligten ein gutes Gefühl, doch die Aufgaben eines Ethik-Komitees würden so kaum erfüllt.⁴⁸⁶ In diesem Fall käme es zu keinem kritischen Diskurs und die Situation würde auch nicht neu evaluiert.

Paulus Liening beschrieb diese Tätigkeiten der Komitees als „Wohlfühl-Ethik“, die er als eine desavouierte Form der Klinischen Ethik ansieht. In seinen Augen ist es elementar für die Ethik, Konfliktthemen anzusprechen und gegebenenfalls sogar zu suchen. Eine praktizierte Ethik, die primär auf eine Konsensfindung und Bestätigung der Beteiligten ausgelegt sei, trage vielmehr die Merkmale einer psychologischen Betreuung.⁴⁸⁷ Diese Interpretation der Aufgaben eines Ethik-Komitees gäbe den Patienten bzw. deren Angehörigen die falsche Illusion einer unabhängigen Instanz und tatsächlicher Entscheidungsmöglichkeiten. Letztendlich blieben die Optionen aber auf die Ansichten der behandelnden Ärzte beschränkt. An dieser Stelle ist allerdings anzumerken, dass die aufgeführten Quellen nicht aus diesem Jahrzehnt stammen und daher möglicherweise veraltet sind. Ob die beschriebene Problematik heute noch besteht, kann mangels Daten zu diesem Thema nicht eindeutig beantwortet werden.

⁴⁸⁵ Schweizer (2000), S. 4.

⁴⁸⁶ Blake (1992), S. 6.

⁴⁸⁷ Liening (2001), S. 216.

Neben dem Risiko, dass Ethik-Komitees sich in ihren Entscheidungen der Autorität der Ärzte unterordnen, ist es auch möglich, dass Ärzte die Verantwortung für Entscheidungen übernehmen, die eigentlich ein KEK getroffen hat. Ein konkreter Vorschlag in Folge einer Fallberatung ist zwar keine direkte Handlungsanweisung, sie legt jedoch in der Regel dem Antragssteller eine Vorgehensweise nahe. Er muss diese nicht befolgen, allerdings kann von verschiedenen Stellen eine gewisse Erwartungshaltung ausgehen, die es erschwert sich einem solchen Vorschlag zu widersetzen.^{488, 489} Demzufolge hat die Entscheidung eines Ethik-Komitees eine nicht zu unterschätzende Auswirkung auf das Wohl oder möglicherweise sogar auf das Leben eines Patienten. Ethik-Komitees betonen allerdings wiederholt, dass sie keinerlei Verantwortung für die auf eine Beratung folgende Behandlung der Patienten oder die entstehenden Konsequenzen trügen,⁴⁹⁰ unabhängig davon, ob ihr Vorschlag befolgt wird oder nicht. Der behandelnde Arzt trägt dementsprechend auch nach Durchführung einer Ethikberatung die volle Verantwortung für die weitere Behandlung.⁴⁹¹

Für diese Arbeitsweise spricht, dass die einzelnen Mitglieder letztlich keine spürbare Verantwortung für ihr Votum und die sich daraus entwickelnden Konsequenzen übernehmen müssen oder sogar dafür haftbar gemacht werden können, was wiederum dem KEK die Freiheit gibt, derartige Ängste bei seiner Entscheidung außer Acht zu lassen und sich komplett auf das Wohl des Patienten zu konzentrieren. Weiterhin wird den behandelnden Ärzten, wie bereits dargestellt, nicht die Autorität bezüglich der Therapie entzogen und so Konflikte mit dieser Berufsgruppe gemindert. Andererseits könnte es als fragwürdig angesehen werden, dass nur der Arzt die Verantwortung trägt, wenn seine Entscheidung doch durch eine Ethikberatung beeinflusst wurde. Die zumindest teilweise Übernahme der Verantwortung für das Schicksal des Patienten könnte eine größere Sorgfalt im Umgang mit Patienten vonseiten des KEK induzieren und eine gewissenhafte Arbeitsweise garantieren. Der Bioethiker Daniel K. Sokol vergleicht aufgrund dieser Sachlage Ethikberater mit Generälen des Militärs, die fern des „Schlachtfeldes“ Anweisungen erteilen, ohne von den Konsequenzen betroffen zu sein.⁴⁹² Dieser wenngleich schiefe⁴⁹³ Vergleich betonte noch 2012, dass

⁴⁸⁸ Thomasma (1991), S. 134.

⁴⁸⁹ Siegler (1986), S. 23.

⁴⁹⁰ Fahr, et al. (2011), S. 156.

⁴⁹¹ Dörries, et al. (2011), S. 198.

⁴⁹² Sokol (2012), o. S.

in einem Ethik-Komitee folgenschwere Entscheidungen getroffen werden, ohne dass die Konsequenzen dieser für die Entscheidungsträger relevant sind. Wenn keine aktive Nachbesprechung erfolgt, werden die Auswirkungen dieser Empfehlungen nicht einmal bemerkt.

Offen bleibt die Frage, wer in Folge einer Ethikberatung die eigentliche Verantwortung für die folgende Entscheidung tragen sollte. Da Mitarbeiter eines Ethik-Komitees ethisch fortgebildet wurden und oft auch klinisch tätig sind, beanspruchen sie eine gewisse Expertise. Da ein Ethik-Komitee allerdings meist bei besonders kritischen Entscheidungen hinzugezogen wird, kann nicht garantiert werden, dass das Votum dieser Institution auch tatsächlich die beste Handlungsmöglichkeit bestimmt. Diesen Umstand gesteht das Ethik-Komitee sich gewissermaßen selbst ein, indem es keine Verantwortung für die Behandlung des Patienten übernehmen möchte und dies nach der Rechtslage ja auch gar nicht dürfte. Selbstverständlich können auch die behandelnden Ärzte nicht für die bestmögliche Entscheidung garantieren, müssen aber dennoch die Verantwortung für ihre Entscheidungen übernehmen. Daher sollte die Empfehlung eines Ethik-Komitees unter diesen Bedingungen auch nicht implizit verpflichtend für die klinischen Mitarbeiter sein und so möglicherweise den Arzt zu einer Therapieentscheidung bewegen, die er verantworten muss, ohne dass sie seine persönliche Wahl gewesen wäre.

Eine Art Mittelweg stellt Alfred Simons Position dar, dass durch eine Ethikberatung vor allem der Antragsteller befähigt werden sollte, fundierte ethische Entscheidungen zu treffen.⁴⁹⁴ Somit soll ein Ethik-Komitee die Möglichkeiten aufzählen und deren Vor- und Nachteile beleuchten, ohne zu werten oder eine direkte Empfehlung abzugeben, die das weitere Vorgehen beeinflussen könnte. Maio beschrieb diese Form der Ethikberatung als „Aufklärungshelfer und [...] Informationsdienst des Arztes.“⁴⁹⁵ Folglich nähme die Ethikberatung eine primär passive Rolle ein. Vorausgesetzt, dass die Informationen möglichst objektiv und vollständig übermittelt werden, würde der Arzt so befähigt, eine eigenständige Entscheidung auf der Basis sämtlichen verfügbaren Wissens zu treffen. Diese Methode wird nach einer Befragung von Reidar Pe-

⁴⁹³ Ein General ist natürlich von der Niederlage seiner Truppe höchstpersönlich betroffen und verliert unter Umständen sogar sein Leben, während andererseits ein Klinisches Ethik-Komitee keine Befehlsgewalt hat.

⁴⁹⁴ Simon (2001), S. 228.

⁴⁹⁵ Merten (2003), S. 165.

dersen und Kollegen auch angewendet, da laut ihrer 2010 publizierten Umfrage KEKs meist keine konkreten Hilfestellungen gaben. Situationen würden meist analysiert, oder es werde auf Normen hingewiesen, anstatt Handlungsanleitungen oder spezifische Vorschläge zu geben.⁴⁹⁶ Inwiefern diese Auskünfte hilfreich waren, erhob diese Umfrage nicht.

Wenn eine Ethikberatung sich allerdings auf eine möglichst objektive Analyse und auf Hinweise zu den relevanten Werten beschränkte, bliebe mehr Entscheidungsspielraum für die beteiligten Parteien. So würde nicht nur die Verantwortung sondern auch die tatsächliche Entscheidung bei den behandelnden Ärzten verbleiben. Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass tatsächlich wertfrei analysiert und informiert wird, da auch ohne einen konkreten Handlungsvorschlag durchaus eine (unbeabsichtigte) Wertung der Möglichkeiten übermittelt werden kann. Blake vertritt sogar die Position, dass praktisch nichts in der Klinischen Ethik rein informativ vermittelt werden könne und so immer eine Wertung und somit die Meinung des KEK mitschwinge. Diese Vermittlung der eigenen Werte und Einstellungen sieht er nicht nur konkret bei den Fallberatungen, sondern auch bei der Weiterbildung und der Erstellung von Leitlinien.⁴⁹⁷ Da es ein Ziel der Klinischen Ethikberatung ist, das ethische Bewusstsein der Klinikmitarbeiter zu stärken, ist es naheliegend, dass dieses auch durch das KEK gestaltet wird. Dieser Einfluss ist nicht unbedingt negativ zu werten, es zeigt jedoch, welche Verantwortung die Komitees tragen. Daher ist die Frage berechtigt, ob sie nicht auch eine gewisse Haftung für Konsequenzen ihres Einflusses tragen sollten.

Neben dem bestehenden Risiko, dass die eigentliche Entscheidungsautorität bei den KEKs liegt ohne dass diese für ihre Empfehlungen verantwortlich sind, besteht auch die Gefahr, dass die Existenz einer professionellen Ethikberatung die Eigenverantwortung des Personals in ethischen Fragen eher mindert. Das Vorhandensein einer Instanz für moralbezogene Konflikte könnte dazu führen, dass die klinischen Mitarbeiter solche Schwierigkeiten an diese Institution delegieren, anstatt sich selbst mit ihnen auseinanderzusetzen.⁴⁹⁸ Auch wenn dies nicht die Intention eines KEK ist, so ist die Tendenz insofern nachvollziehbar, als es in der Medizin mittels Konsilen eine

⁴⁹⁶ Pedersen et al. (2010), S. 139.

⁴⁹⁷ Blake (1992), S. 8.

⁴⁹⁸ Vollmann (2008), S. 34.

beliebte Methode ist, Experten des entsprechenden Fachgebietes hinzu zu ziehen und die Entscheidung so in fachkundigere Hände zu legen. Da ein Ziel der Klinischen Ethikberatung allerdings die Verbesserung des ethischen Bewusstseins der Klinikmitarbeiter ist, erfüllt eine derartige Delegation nicht den Sinn der Einführung dieser Institution. Weiterhin obliegt die Letztentscheidung über das Wohl des Patienten dem Arzt, weswegen von ihm erwartet wird, ethisch vertretbare Entscheidungen erkennen und auch treffen zu können. Denn es liegt in der Verantwortung des Arztes, den Patienten bestmöglich zu behandeln, weshalb eine gewisse ethische Expertise von ihm erwartet wird.⁴⁹⁹ Dieses Missverständnis der Aufgabengebiete und Autorität eines Ethik-Komitees, wie sie auch schon zu Beginn dieses Kapitels thematisiert wurden, müssen durch Öffentlichkeitsarbeit aufgedeckt werden. So kann ein Verständnis für die Bedeutung einer Ethikberatung und deren Ziel der ethischen Sensibilisierung vermittelt werden.⁵⁰⁰ Denn eine fruchtbare Zusammenarbeit bedarf realistischer Erwartungen und gegenseitigem Respekt um produktive Ergebnisse hervorzubringen.

8.3 Einfluss und Beeinflussung Klinischer Ethikberatung

Nach der Entstehung eines KEK an einem Krankenhaus ist eine Bestrebung der Mitglieder dessen Bekanntheitsgrad zu erhöhen, wofür es verschiedene Möglichkeiten gibt. Die meisten Komitees nutzen Plattformen wie das Intranet oder interne Fortbildungen zu diesem Zweck. Es wird weiterhin darauf vertraut, dass Mitarbeiter, die in Kontakt mit einem KEK kamen, ihren Kollegen davon berichten werden. Idealerweise würde so die Bekanntheit stetig steigen und so auch die Inanspruchnahme ethischer Leistungsangebote erhöht. In einem idealen Modell würden sich so irgendwann alle Mitarbeiter und Patienten eines Krankenhauses an das Ethik-Komitee wenden, wenn sie sich in einer moralischen Konfliktsituation befänden. Die Fallzahlen verschiedener KEKs lassen allerdings vermuten, dass längst nicht jeder solche Konflikt dieser Institution zugetragen wird. Weiterhin würde diese Menge an Beratungen die Kapazitäten der Komitees überschreiten. Beispielsweise hatte das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover im Jahr 2013 insgesamt 76 Anfragen für Fallberatungen.⁵⁰¹ Da die tatsächliche Anzahl moralischer Konflikte nicht zu erheben ist, kann nur spekuliert

⁴⁹⁹ Siegler/Singer (1988), S. 760.

⁵⁰⁰ Vollmann (2008), S. 34.

⁵⁰¹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 5.

werden, dass es in einer Klinik mit über 7.000 Vollzeitkräften⁵⁰² zu mehr als 76 solchen Konflikten jedes Jahr kommen wird.

Daher stellt sich die Frage, welche Mitarbeiter sich tatsächlich an das Ethik-Komitee für Hilfestellungen wenden. Es ist wahrscheinlich, dass primär jene Mitarbeiter das Angebot des Ethik-Komitees wahrnehmen und nutzen, die schon zuvor für moralische Themen sensibel waren oder sich für diese interessierten. Eine 2004 in den USA durchgeführte Befragung ergab, dass Ärzte mit ethischem Wissen oder Erfahrungen signifikant vermehrt ethische Beratungsdienste in Anspruch nahmen.⁵⁰³ Diese Vermutung wird auch durch Vollmanns Aussage gestützt, dass Angebote wie Ethik-Cafés oder Diskussionsrunden trotz der Öffentlichkeitsarbeit meist nur von wenigen Mitarbeitern besucht werden, die ethisch bereits engagiert sind.⁵⁰⁴ Weiterhin müssen für konkrete Fragestellungen oder Hilfesuche zunächst ethische Aspekte erkannt werden. Dementsprechend wird diese Fähigkeit von Klinikmitarbeitern erwartet, die sich an ein KEK wenden wollen. Das Problem besteht darin, dass genau diejenigen mit dem größten Fortbildungsbedarf in ethischen Fragen, sich der Relevanz dieser Themen allgemein nicht bewusst sind und daher auch keinen Bedarf sehen. Diese Personengruppe wird nur schwer durch freiwillige Angebote erreicht, da sie keine intrinsische Motivation diesbezüglich mitbringen. Eine Besserung dieses Umstands kann womöglich durch Studien, die den Nutzen der Ethikberatung belegen oder durch ethische Fortbildungen im Rahmen von Pflichtveranstaltungen erreicht werden. Letzteres könnte allerdings auch Widerstand gegen ethische Beratungsinstitutionen verstärken.

Die Arbeit eines Ethik-Komitees kann somit durch die personelle Reichweite limitiert sein. Welchen Einfluss eine Ethikberatung hat, wenn sie angefragt wurde, soll im Folgenden näher erläutert werden. Eine 1988 publizierte Analyse von Henry S. Perkins und Bunnie S. Saathoff erhob unter anderem, in wie vielen Fällen die ethische Fallberatung den Therapieplan verändert hat. In einem Zeitraum von 18 Monaten fanden an dem University Medical Center in San Antonio (Texas, USA) 44 Ethikberatungen statt, auf die sich die Analyse bezog. Die größte Anzahl der beratenen Fälle drehte sich um die fragliche Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation im

⁵⁰² Medizinische Hochschule Hannover (o. J.).

⁵⁰³ DuVal, et al. (2004), S. 255.

⁵⁰⁴ Vollmann (2001), S. 261.

Fall eines Herzstillstandes bei bestimmten Patienten. Bei 12 der insgesamt 29 Fälle änderte sich der Therapieplan nach der Beratung auf einen Verzicht wiederbelebender Maßnahmen, die vor der Beratung noch durchgeführt worden wären. In wiederum 2 der 29 Fälle wurde die Behandlungsstrategie zu einer Durchführung der Reanimation hin geändert. Auch bezüglich mechanischer Ventilation wurden in 7 von 12 Fällen die Behandlungspläne durch die Ethikberatung verändert. Insgesamt wurde in etwas mehr als der Hälfte (52,5%) der Fälle die Therapiestrategie im Anschluss an eine Ethikberatung geändert.⁵⁰⁵ Dabei wird im Rahmen der Publikation nicht näher erläutert, wie diese Beratungen abliefen.

Die Anzahl der untersuchten Ergebnisse ist in dieser Studie zwar nicht sehr hoch, doch das Ergebnis zeigt zum einen häufigen Wechsel der Strategien durch die Beratung, also einen großen Einfluss des KEK auf die Vorgehensweise des behandelnden Teams. Weiterhin zeigt die Studie, dass sich durch ein KEK nicht nur Nuancen der Behandlung verändern, sondern gravierende bzw. gegensätzliche Ziele des Therapieregimes hervorrufen. Weiterhin ist unklar, ob das Ethik-Komitee mit einer der beratenen Parteien übereinstimmte, oder ob es eine ganz neue Option vorschlug. Dieser Umstand wäre relevant, weil signifikant häufig gegen wiederbelebende bzw. lebenserhaltende Maßnahmen entschieden wurde. Es wäre möglich, dass eine Ethikberatung eingeschaltet wurde, um diese Entscheidung zu legitimieren. Dies lässt sich anhand dieser Daten jedoch nicht sicher erschließen. Weiterhin sind die aufgeführten Daten aus dem Jahr 1988 und somit nicht aktuell. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die heutige Situation identisch darstellt. Besonders bei der Entscheidungsfindung wurde der ärztliche Paternalismus nach und nach von der eigenverantwortlichen Patientenautonomie abgelöst, die heute vorrangig praktiziert wird. Somit ist die eigentliche Entscheidungshoheit vom Arzt auf den Patienten oder dessen rechtlichen Stellvertreter übertragen worden. Diese Entwicklung hat den Entscheidungsprozess stark verändert, wovon auch die Einflussnahme und Auswirkungen der Ethikberatung tangiert wurden.

Ethik-Komitees werden häufig als Top-Down-Modell eingeführt. Top-Down bedeutet, dass die Initiative von der Leitungsebene eines Krankenhauses ausgeht und die Einrichtung von der Geschäftsleitung vorangetrieben wird. Dieser Umstand hängt unter

⁵⁰⁵ Perkins/Saathoff (1988), S. 763.

anderem damit zusammen, dass KEKs nicht selten im Rahmen der Zertifizierung einer Klinik eingeführt werden. Durch diese Form der Implementierung entsteht eine Nähe zwischen dem Komitee und der Geschäftsführung eines Krankenhauses, die unter Umständen zu einer gegenseitigen Einflussnahme führen kann. Es kann dadurch zu Interessenkonflikten des Komitees zwischen den Bedürfnissen der Patienten und den ökonomischen oder rechtlichen Anliegen der Klinikleitung kommen.⁵⁰⁶ Diesen Konflikten sind auch die Mitarbeiter eines Krankenhauses oft ausgesetzt. Dennoch sollte eine Ethikberatung stets nach bestem Wissen und Gewissen für das Wohl des Patienten entscheiden und möglichst keinen äußeren Zwängen ausgesetzt sein. Gleichzeitig muss ein KEK auch das Management einbeziehen, um auch auf organisatorischer Ebene Veränderungen zu bewirken.⁵⁰⁷

Die Einbeziehung der Leitungsebene in das Einflussgebiet eines KEK ermöglicht laut Karl-Heinz Wehkamp eine Vermeidung der Zentrierung der Klinischen Ethik auf Konflikte zwischen den Mitarbeitern. So könnten weitere Themengebiete der Krankenhausorganisation von Klinischen Ethik-Komitees bearbeitet werden und so gegebenenfalls Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Idealerweise könnte ein Ethik-Komitee so auch auf Themen wie Budgetverteilungen oder Arbeitszeiten Einfluss nehmen und so strukturelle Probleme angehen, die regelhaft zu Konflikten führen. Wehkamp begründet diese Erweiterung des Einflussgebietes der Medizinethik mit dem steigenden Einfluss der Verwaltung auf medizinische Entscheidungen. Ohne diese Ausdehnung laufe die Medizinethik Gefahr, unwichtig zu werden.⁵⁰⁸

Hier zeigt sich jedoch ein Konfliktpotenzial: Die Nähe zum Management kann zwar für die ethische Entwicklung des Krankenhauses vorteilhaft sein, sie kann aber auch dazu genutzt werden, den Einfluss der Klinischen Ethik zu erweitern. Zu diesem Zweck läge es im Interesse der Ethikberatung, sich als möglichst nützlich für diese Betriebsebene darzustellen, um den eigenen Nutzen und daher die eigene Existenzberechtigung unter Beweis zu stellen. Dieses Interesse kann aber durchaus mit den eigentlichen Aufgaben des KEK konkurrieren.⁵⁰⁹ Des Weiteren darf der Antrieb für die erweiterte Einflussnahme eines Ethik-Komitees nicht die Angst sein überflüssig

⁵⁰⁶ Siegler (1986), S. 22.

⁵⁰⁷ Wehkamp (2004), S. A2374.

⁵⁰⁸ Wehkamp (2004), S. A2376.

⁵⁰⁹ Dörries, et al. (2011), S. 198.

zu werden. Ein Ethik-Komitee als „Berufsgruppen übergreifendes Beratungsgremium für schwierige, moralisch kontroverse Entscheidungen in Grenzsituationen“⁵¹⁰ sollte niemals zugunsten der eigenen Autorität oder anderer Vorteile seine eigentliche Aufgabe aus den Augen verlieren.

Es sprechen auch Argumente für die Organisationsethik als Zweig der Medizinethik. So kann eine Nähe zum Management der Ethikberatung größere Autorität durch einen stärkeren Einfluss verleihen, der sich beispielsweise auf interne Richtlinien auswirken könnte. Durch solche Maßnahmen mit Auswirkungen auf einen Großteil der klinischen Mitarbeiter könnten auch die Gruppen erreicht werden, die - wie bereits beschrieben - durch freiwillige Angebote kaum zu erreichen sind. Durch eine Integration der Klinischen Ethik in die Management-Ebene eines Krankenhauses könnte es seine „Außenseiter-Position“ verlieren, die es als Institution ohne feste Bindung an den klinischen Betrieb und ohne nachweisbaren Nutzen in einer Klinik oft einnimmt.⁵¹¹

Gegen eine allzu starke Zusammenarbeit von KEK und Management spricht, dass Mitarbeiter sich mit ethischen Schwierigkeiten eher an ein unabhängiges Komitee wenden. Besonders dann, wenn die von ihnen bevorzugte Option zu Handlungen entgegen der krankenhausesinternen Leitlinien führen würde, wird managementfernen Beratungsinstitutionen mehr Vertrauen geschenkt, die solche Optionen neutral bewerten.⁵¹² Es wäre auch möglich, dass der erhoffte positive Einfluss des KEK auf das Management sich gegenteilig entwickelt, indem das KEK als Instrument genutzt wird, um eingeführte Richtlinien oder betriebswirtschaftliche Veränderungen als „ethisch notwendige“ Maßnahmen zu deklarieren.^{513, 514} Diese Instrumentalisierung wurde 2006 auch von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) als Gefahr eingeschätzt und explizit abgelehnt.⁵¹⁵ Auch wenn es keine bewusste Einflussnahme durch die Betriebsleitung gibt, könnte die Ethikberatung dennoch vermehrt die erwerbswirtschaftlichen Gesichtspunkte eines Konflikts in Betracht ziehen, da es die Bedeutung dieser Punkte wiederholt vor Augen geführt bekommt. Dadurch

⁵¹⁰ Bauer (2008a), S. 50.

⁵¹¹ Doran et al. (2016), S. 177.

⁵¹² Dörries, et al. (2011), S. 195-196.

⁵¹³ Dörries, et al. (2011), S. 201.

⁵¹⁴ Doran, et al. (2016) S. 168-169.

⁵¹⁵ Zentrale Ethikkommission (2006), S. 333.

könnte die Vertretung der Kliniker und Patienten durch die Klinische Ethikberatung geschmälert werden.⁵¹⁶ Eine Zusammenarbeit von Ethikberatung und Management kann sich folglich positiv auf das Klima eines Krankenhauses auswirken und die Reichweite eines KEK deutlich erhöhen. Diese Kooperation sollte allerdings mit Vorsicht genossen werden, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Zu diesem Zweck könnte die Trennung eines Komitees in einen beratenden und einen organisatorischen Zweig in Betracht gezogen werden.

8.4 Evaluation der Klinischen Ethikberatung

Die Evaluation der Klinischen Ethikberatung ist ein wiederholt kritisiertes Thema. Es wird bemängelt, dass die Instanzen der Klinischen Ethikberatung ihre Tätigkeiten nicht ausreichend evaluierten und dass es keinen bundesweiten oder gar internationalen Vergleich der Arbeitsweise bestehender Institutionen gebe.^{517,518,519} Nach einer 2010 publizierten Analyse von Pedersen und Kollegen wurde nur ein Zehntel der durchgeführten Ethikberatungen systematisch ausgewertet.⁵²⁰

Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass eine strukturierte Evaluation für die Medizinethik essenziell wäre. Zum einen ist dieses Gebiet recht jung und daher noch nicht vollständig entwickelt. Wie im Rahmen dieser Arbeit bereits thematisiert, bestehen eine Vielzahl möglicher Methoden und Strukturen der Klinischen Ethikberatung. Eine qualitativ hochwertige Evaluation befähigt Ethik-Komitees darin, ihre eigene Arbeit einschließlich der Vorgehensweise, Ergebnisse, Frequenz und Themen im Vergleich zu anderen KEKs zu reflektieren und sie, basierend auf den erhobenen Daten, zu verbessern. So könnten dauerhaft die betriebenen Methoden auf diejenigen mit den „besten“ Ergebnissen reduziert werden. Letztendlich blieben wenige Strategien bestehen, die praktisch geprüft und als „bestmöglich“ empfunden wurden. So würden qualitativ ungeeignete Methoden anhand von Daten herausgefunden und nach und nach eliminiert. Außerdem wäre ein zukünftiger Vergleich der Ergebnisse verschiedener Institutionen einfacher. Gerade mit der weiteren Verbreitung der Ethikberatung und der zunehmenden Zahl an Beratungsstellen sollte die wissenschaftliche Begründung der Disziplin vorangetrieben werden. Der Lübecker Anästhesist und Medizi-

⁵¹⁶ Doran, et al. (2016), S. 178.

⁵¹⁷ Doran et al. (2016), S. 169.

⁵¹⁸ Dörries et al. (2011), S. 201.

⁵¹⁹ Schildmann et al. (2013), S. 681.

⁵²⁰ Pedersen et al. (2010), S. 140.

nethiker Meinolfus Strätling, ein Kritiker der Klinischen Ethikberatung, fasste 2013 die Datenlage wie folgt zusammen: „Aus Sicht einer mit wissenschaftlichem Anspruch betriebenen Ethik in der Medizin stellen sämtliche Verfahren klinischer Ethikberatung derzeit bestenfalls ein Cluster höchst experimenteller Verfahren dar. Empirisch valide Wirksamkeitsnachweise fehlen weitgehend und die bisher verfügbaren Untersuchungen, Fallberichte und Theoriebildungen belegen häufig schwere Defizite.“⁵²¹

Die Evaluation ist weiterhin eine Möglichkeit für die Klinische Ethikberatung, ihren eigenen Nutzen in der Klinik zu beweisen und somit ihren Platz in Krankenhäusern zu legitimieren.⁵²² Durch die Ökonomisierung der Krankenhäuser ist es für jede Institution wichtig, ihren Nutzen beweisen zu können, um ihren eigenen Fortbestand zu sichern.⁵²³ Ein möglichst gut belegter Nutzen könnte die Akzeptanz dieser Institution bei den klinischen Mitarbeitern gesteigert werden und eine Begründung für die Implementierung unabhängig von Zertifizierungsprozessen entstehen. Neben den Vorteilen für die Ethikberatung selbst, muss auch bedacht werden, dass ein KEK durch eine Fallberatung Einfluss auf Entscheidungen nimmt, die mitunter sogar über das Leben eines Menschen bestimmen können. Eine derartige Verantwortung geht mit der Verpflichtung einher, einen Qualitätsstandard für diese Entscheidungen gewährleisten zu können.⁵²⁴ So könnte nicht nur das Vertrauen der Antragssteller gewonnen werden, dass ihr Anliegen bestmöglich behandelt wird, diese Standards sind auch unabdingbar damit jedes Ethik-Komitee eine methodisch hochwertige Ethikberatung gewährleistet und keine „Alibi-Ethik“ betrieben wird, um möglichst schnelle und angenehme Lösungen zu generieren. Diese Qualität kann nur gewährleistet werden, wenn es Vorgaben zu der methodischen Vorgehensweise gibt und diese wiederum brauchen fundierte Daten als Grundlage.

Zunächst werden einige allgemeine Aspekte eines sinnvollen Evaluationsprozesses dargestellt. Dieser besteht generell aus zwei aufeinander folgenden Anteilen: Zunächst müssen Daten erhoben werden und anschließend diese bewertet werden. Als qualitative Standards hat die Deutsche Gesellschaft für Evaluation die vier grundlegenden Kriterien *Nützlichkeit*, *Durchführbarkeit*, *Fairness* und *Genauigkeit* festgelegt,

⁵²¹ Strätling (2013a), S. A827.

⁵²² Craig/May (2006), S. 168.

⁵²³ Dörries et al. (2011), S. 200.

⁵²⁴ Marckmann (2013), S. 87.

die eine Evaluation erfüllen sollte.⁵²⁵ Für eine hilfreiche und konstruktive Datenerhebung sollte sich die jeweilige Institution von Anfang an über die Ziele, Variablen und Bewertungskriterien bewusst werden. Auf dieser Grundlage kann eine hilfreiche Erhebung konzipiert werden. Eine qualitative Evaluation erfordert eine detaillierte Planung, da es viele verschiedene Methoden gibt und da Schwerpunkte gesetzt werden müssen. Das wichtigste Ziel einer Evaluation ist in der Regel die Qualitätssicherung. Zu diesem Zweck sollten die folgenden Ebenen für ein qualitativ hochwertiges Ergebnis mit umfassender Aussagekraft einbezogen werden: Die Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität.⁵²⁶ In einer umfassenden Erhebung sollten diese Bereiche abgedeckt werden, um ein umfassendes Bild der Institution zu erlangen. Jochen Vollmann vertritt die Meinung, dass alle Tätigkeitsbereiche eines Ethik-Komitees betrachtet werden sollten, was in den meisten Fällen die Aufgaben der Fallberatung, Weiterbildung und Leitlinienverfassung einbezieht.⁵²⁷ Laut Ralf Jox könnten die Kriterien der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität gewiss nach den jeweiligen Aktivitäten der Ethikberatung (Fallberatung, Leitlinienerstellung, Fortbildung) variieren, es sei aber dennoch unstrittig, „dass die Ethikberatung wie jede menschliche Praxis nach bestmöglicher Qualität streben sollte – insbesondere da von den Ergebnissen der Ethikberatung unmittelbar oder mittelbar Leben und Wohl von Patienten abhängen kann.“⁵²⁸

Eine angestrebte Qualitätssicherung und somit die Evaluation kann nur als sinnvoll erachtet werden, wenn zuvor alle Beteiligten über die Aufgaben und Konsequenzen der Evaluation übereinstimmen und eine Veränderungsbereitschaft innerhalb der Institution besteht.⁵²⁹ Damit ist die Bereitschaft gemeint, aufgedeckte Mängel zu verbessern und so eine Verbesserung der Umstände zu ermöglichen. Neben dem Aspekt, welche Kriterien ermittelt werden, muss auch entschieden werden, wie diese untersucht werden sollen. Hierfür stehen verschiedene Evaluationsarten zur Auswahl: Zunächst können die nötigen Daten durch externe Experten oder als interne Erhebung eingeholt werden.⁵³⁰ Diese Entscheidung ist nicht nur von finanziellen Punkten abhängig, sondern auch von der Art, wie die Informationen erhoben werden.

⁵²⁵ Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2004), S. 9.

⁵²⁶ AG Ethikberatung im Gesundheitswesen (2013), S. 151.

⁵²⁷ Vollmann (2001), S. 262.

⁵²⁸ Jox (2014), S. 89.

⁵²⁹ Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2004), S. 7.

⁵³⁰ AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013), S. 152.

So würde beispielsweise die systematische Befragung aller Mitarbeiter zusätzlich zur Auswertung aller schriftlichen Dokumente wahrscheinlich den Rahmen einer internen Untersuchung sprengen. Gleichzeitig ist es teurer, externe Experten zu engagieren, die allerdings oft professioneller Arbeiten und kein Interesse an einer Beschönigung der Ergebnisse haben, wodurch eine objektivere Auswertung möglich wäre.

Einer der wichtigsten zu klärenden Punkte vor Durchführung einer Evaluation ist das Format der Datenerhebung. Mit den formulierten Zielen des Vorhabens im Blick muss sich die Institution einigen, ob Interviews, Fragebögen, Inhaltsanalysen durch Dokumente oder eine Kombination dieser Möglichkeiten zielführend ist. Bei langfristig angelegten Evaluationen kann auch der Vergleich mit einer Kontrollgruppe interessant sein, um den Effekt einer Maßnahme zu überprüfen. Jana Craig und Arndt T. May halten den Vergleich der Lebensqualität von Patienten mit und ohne Ethikberatung für einen effektiven Weg, um den tatsächlichen Nutzen dieser Beratung zu ermitteln.⁵³¹ Auch die AEM erklärte eine Kontrollgruppe, bei der keine Interventionen durchgeführt wurden, zur Evaluation der Ethikberatung für sinnvoll.⁵³²

Ein konkretes Problem im Rahmen der Evaluation Klinischer Ethiker sind die zu untersuchenden Parameter. Die Ziele einer Ethikberatung sind in der Regel abstrakt, wie zum Beispiel die Stärkung eines „ethischen Bewusstseins“ oder die ethisch „bestmögliche“ Lösung eines Konflikts. Derartige Effekte sind nur schwer in Form von Daten oder Umfragen zu erheben. Daher beziehen sich viele Studien bei ihrem Versuch, die Auswirkungen der Arbeit eines KEK zu erheben, auf aus der klinischen Medizin bekannte Parameter. Hierzu gehören beispielsweise die Anzahl der Tage im Krankenhaus, den Krankheitsverlauf oder die Patientenzufriedenheit. Eine Studie von Lawrence J. Schneiderman und Kollegen von 2003 eruierte, wie sich eine Ethikberatung auf die Aufenthaltsdauer des Patienten auf der Intensivstation und den Einsatz von lebenserhaltenden Maßnahmen auswirkt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine ethische Intervention zu einer Reduktion der Tage auf der Intensivstation führte.⁵³³

⁵³¹ Craig/May (2006), S. 178.

⁵³² AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013), S. 155.

⁵³³ Schneiderman (2003), S. 1172.

Auch aktuellere Studien wie jene von Chen und Kollegen aus dem Jahr 2014 wählten diesen Parameter für die Evaluation ethischer Beratungen.⁵³⁴ Für ein Krankenhaus als wirtschaftlicher Betrieb mag dieses Ergebnis ein überzeugendes Argument für die Implementierung eines KEK sein, doch ob dieser Parameter wirklich eine Aussage über die Qualität der Therapie treffen kann, ist fraglich. Denn eine kürzere Intensivbetreuung kann einerseits auf einer schnellen Genesung beruhen, sie kann aber auch durch das Ableben des Patienten oder das Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bedingt sein. Es ist zwar durchaus möglich, dass eine Ethikberatung in medizinischen Studien oft angewendete Parameter günstig beeinflusst, sie können allerdings nicht das eigentliche Ziel dieser Maßnahme sein. Diese Größen allerdings als Hauptkriterien in Studien anzuwenden könnte Druck auf die beratenden Institutionen ausüben, in diesen Punkten vorteilhafte Ergebnisse zu erzielen und so in Studien positiv abzuschneiden.⁵³⁵

Alfred Simon nennt „die Zufriedenheit aller an den Entscheidungsprozessen beteiligten“⁵³⁶ als ein mögliches Maß für den Erfolg einer Intervention. Gegen diesen Parameter spricht wiederum, dass Zufriedenheit oft dadurch entsteht, dass die eigene Position unterstützt wird, wohingegen Kontroversen oft als negativ empfunden werden. Daher betont Axel W. Bauer, dass die Beratung durch ein KEK nicht „regelmäßig den Erwartungen der AntragstellerInnen“⁵³⁷ entsprechen darf, um sicherzustellen, dass stets ein ethischer Diskurs zu der Entscheidung des Komitees führt. Denn es sei ein ausschlaggebendes Merkmal der qualitativ hochwertigen Beratung, „fest gefügte Meinungen von Betroffenen in Frage zu stellen“.⁵³⁸ Ein solches Handeln des KEK kann allerdings bei den Antragsstellern zu Unzufriedenheit führen. So wäre es möglich, dass sich durch die Parameter solcher Studien die Ethikberatung von ihren eigentlichen Zielen abwendet und sich mehr auf medizinische oder ökonomische Aspekte konzentriert. Welche Parameter eine optimale Analyse der Arbeit eines KEK ermöglichen, ist bisher nicht erwiesen.

Auch die in Erhebungen oft erfragte Zufriedenheit der Antragssteller ist ein kritisch zu betrachtender Parameter. Denn auch hier ist es zwar möglich, dass eine Ethikbera-

⁵³⁴ Chen et al. (2014), S. 4.

⁵³⁵ Craig/May (2006), S. 169.

⁵³⁶ Simon/May/Neitzke (2005), S. 325.

⁵³⁷ Bauer (2008b), S. 45.

⁵³⁸ Bauer (2008b), S.46.

tung statistisch gute Werte erzielt, deshalb vielleicht öfter angefragt wird und in der Klinik einen guten Ruf genießt. Doch diese Zufriedenheit kann höchstens ein positiver Nebeneffekt und nicht das eigentliche Ziel der Beratung sein. Da es unter anderem zur Arbeit der Klinischen Ethikberatung gehört, unangenehme Fragen zu stellen und Schwierigkeiten offen zu legen, kann es sogar kontraproduktiv sein, wenn die Zufriedenheit der Beteiligten einen zu hohen Stellenwert bekommt.⁵³⁹ Anhand des angesprochenen Problems der Parameter für eine Evaluation kann man erahnen, wie variabel und dadurch auch beeinflussbar die Ergebnisse solcher Erhebungen sind. Mit ihrer Hilfe könnte die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung in eine bestimmte Richtung geleitet werden. Da es kein einheitliches Konzept gibt, kann dieser Gefahr am besten entgegengesteuert werden, indem bei jeder Evaluation veröffentlicht wird, welche Ziele sie verfolgt und wer sie konzipiert hat.⁵⁴⁰

Eine weitere Schwierigkeit der bislang praktizierten Evaluationen ist eine zu geringe Stichprobengröße. Da jedes Komitee auf sich selbst gestellt ist, können keine großen Fallzahlen generiert werden, wovon nur 17 bis 66% der Befragte tatsächlich antworten.⁵⁴¹ Es ist daher schwierig, aus der geringen Menge an Daten allgemein gültige Schlüsse zu ziehen. Dieser Umstand unterstützt die Forderung nach flächendeckender angelegten Datenerhebungen, die eine deutlich größere Datenmenge generieren könnten.

Die genannten Herausforderungen lassen erkennen, wie viel Planung und Reflexionen eine solche Erhebung benötigt, wenn sie qualitativ hochwertig und gleichzeitig zielführend sein soll. Besonders die Konzipierung einer Studie mit einer Kontrollkohorte als Vergleich bedarf großer Mühe und erheblicher Kontrolle. Da sich noch keine einheitliche Form der Evaluation herauskristallisiert hat und es keine klaren Vorgaben hinsichtlich ihrer Durchführung gibt, fordert es viel Engagement von den Mitgliedern eines KEK, diese Maßnahme durchzuführen. Aus diesem Umstand lässt sich herleiten, warum es bisher in Deutschland keine flächendeckende Evaluation gibt. Die bisher in Deutschland durchgeführten Evaluationen einzelner KEKs wurden in der Regel als Interview- oder Fragebogen-Studien durchgeführt. Diese Methodik kann nach Daniel Strech hauptsächlich das Ziel haben, Patientenpräferenzen, Wertvorstellun-

⁵³⁹ Winkler (2009), S. 314.

⁵⁴⁰ Schildmann et al. (2013), S. 684.

⁵⁴¹ Pfäfflin et al. (2009), S. 411.

gen von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen oder Einstellungen und Erfahrungen mit bestimmten informed-consent Verfahren zu erheben.⁵⁴²

Die von Strech genannten Informationen können für die Arbeit eines KEK sicher hilfreich sein, doch geben sie wenig Aufschluss über die Arbeitsweise oder die Qualität der Beratung. Diese Befragungen könnten also zeigen, wo Bedarf an Beratungen oder Leitlinien besteht, aber weniger ein Feedback für die bereits bestehenden Leistungen der Ethikberatung generieren. Eine so konzipierte Umfrage führte das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover schon 2001 durch. Die durch sie zu beantwortenden Fragestellungen, wie die Belastung durch ethische Konflikte oder Unterschieden zwischen den Berufsgruppen, sind mit den von Strech formulierten Zielen vereinbar. Als zusätzliche Komponente wurde die Bekanntheit des Komitees innerhalb der Kliniken der MHH erfragt.⁵⁴³ Diese Form der Datenerhebung ermöglicht es einem Komitee zu erfahren, welche Probleme die Mitarbeiter eines Krankenhauses tatsächlich beschäftigen, und eventuell auch deren Ursachen zu erschließen. Diese Ergebnisse können die Arbeitsweise von Klinischen Ethik-Komitees gegebenenfalls effektiver gestalten. In regelmäßigen Intervallen durchgeführte Befragungen könnten auch einen Eindruck davon geben, ob die Arbeit des KEK Veränderungen in den abgefragten Bereichen bewirkt. Zur eigentlichen Arbeitsweise und den zuvor angesprochenen Aspekten der Struktur- und Prozessqualität gibt diese Evaluationsmethode allerdings kaum Aufschluss.

Eine weitere, häufig praktizierte Möglichkeit ist die deskriptive Evaluation durch die Analyse vorhandener Daten aus einem gewissen Zeitraum. Diese Methode hat den großen Vorteil, dass sie verhältnismäßig schnell durchzuführen ist. Sie kann Informationen bezüglich des Aufbaus und der formalen Gegebenheiten rund um die Ethikberatung liefern und so die Strukturqualität analysieren. Über Prozess- und Ergebnisqualität ist die Aussagefähigkeit dieses Formats allerdings eingeschränkt. So könnte eine steigende Anzahl der Fallberatungen ein Zeichen hoher Zufriedenheit der Antragsteller sein, aber auch einen mangelnden edukativen Effekt zeigen oder gar auf eine zu unkritische Ethikberatung hinweisen, welche die Anträge nicht kritisch genug

⁵⁴² Strech (2008), S. 284.

⁵⁴³ Neitzke (2001), S. 4.

hinterfragt.⁵⁴⁴ Es können demnach zwar die Daten ausgewertet und verglichen werden, doch eine eindeutige qualitative Aussage ist nicht möglich.

Auch für diese Methodik bietet sich das KEK der Medizinischen Hochschule Hannover als Beispiel an. Das Komitee veröffentlicht auf seiner Website Geschäftsberichte über seine Tätigkeiten aus den Jahren 2010, 2012 und 2013,⁵⁴⁵ in denen die Tätigkeiten bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt analysiert wurden. Die Analyse beschränkt sich in diesem Fall jedoch auf statistische Daten wie die Anzahl der Beratungen, die Anfragen je Abteilung des Krankenhauses, durchgeführte Weiterbildungen und ähnliches.⁵⁴⁶ Eine 2014 veröffentlichte Studie aus der Schweiz analysierte alle Aufzeichnungen zu Fallberatungen in der Pädiatrie des Universitätsklinikums Zürich innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren.⁵⁴⁷ Aus den erhobenen Daten konnten Informationen wie die demographische Verteilung der Patienten oder die Konfliktthemen gewonnen werden. Bezüglich der Arbeitsweise des Ethik-Komitees konnte bestimmt werden, wie viele Sitzungen für eine Einigung nötig waren, zu welchem Ergebnis das KEK gelangte und ob die beteiligten Parteien mit der Entscheidung einverstanden waren. Über die genaueren Abläufe und wie diese Entscheidung getroffen wurde, konnte die Analyse allerdings keine Auskünfte geben. Daher fordern die Autoren der Studie auch eine strukturierte Analyse der Klinischen Ethik um eine Aussage über die Qualität der praktizierten Ethik eine Aussage treffen zu können.⁵⁴⁸ Eine weitere Schwierigkeit dieser Methode sind die vorgegebenen Kategorien, die zur Einteilung der Daten verwendet werden. Es werden vorab verschiedene Fragestellungen erarbeitet und anschließend zu diesen Kategorien passende Informationen in den Daten gesucht. Dabei besteht die Gefahr, dass relevante Informationen übersehen werden, da sie keiner dieser Einteilungen zugehörig sind.⁵⁴⁹

Wie eine gute Evaluation aussehen kann, wird kaum beschrieben. Es bestehen jedoch diverse Lösungsansätze, die in der Praxis noch erprobt werden müssen. Das beschriebene Problem der angemessenen Auswahl der Parameter ließe sich möglicherweise vermeiden, indem der Fragenkatalog ausgeweitet wird. So könnten zahl-

⁵⁴⁴ Schildmann (2013), S. 682.

⁵⁴⁵ Klinisches Ethik-Komitee der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.).

⁵⁴⁶ AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013), S. 153–155.

⁵⁴⁷ Streuli et al. (2014), S. 630.

⁵⁴⁸ Streuli et al. (2014), S. 633–638.

⁵⁴⁹ Schildmann (2013), S. 682.

reiche verschiedene Parameter und somit auch mehr Aspekte der Ethikberatung ermittelt werden und daraus die abstrakten Ziele der Ethikberatung abgeleitet werden.⁵⁵⁰ Da Umstände wie die Verbesserung des moralischen Bewusstseins nicht direkt abgefragt werden können, muss versucht werden, sie durch subtile Fragen zu erfassen. Craig und May nennen Themen wie die Absprache von Ärzten und Patienten über Patientenverfügungen und die Aufmerksamkeit, die diesen Themen gespendet wird als mögliche Parameter für den Effekt einer Ethikberatung.⁵⁵¹

Margarete Pfäfflin und ihre Kollegen teilten die zu erhebenden Parameter nach Inhalt („Wurde die ethische Problematik klar beschrieben?“), Struktur („Wer hat in welcher Funktion partizipiert?“), Prozess („Welche Teilnehmer hatten wie große Redeanteile?“) und Ergebnis („Wurde die Entscheidung klar anhand von Werten begründet?“) ein. Die genannten Beispiele führten die Autoren selbst auf.⁵⁵² Diese Struktur ermöglicht einen Überblick und deckt alle Qualitätskriterien ab. Allerdings ist aus den genannten Beispielfragen nicht ersichtlich, ob die tatsächliche Zielsetzung einer Ethikberatung erfüllt wurde. Zur näheren Erläuterung von Pfäfflins Modell wird das Verfahren im Folgenden näher beschrieben.

Die Autoren legten sich darauf fest, dass die Auswirkungen der Arbeit eines KEK am besten in die Kriterien Sittlichkeit, Zufriedenheit, Konfliktlösung und Weiterbildung untergliedert werden könnten. Um Informationen zu diesen Gebieten zu erhalten, konzipierten sie eine Evaluation bestehend aus der Datenanalyse der Ergebnisse der Besprechung, einer sowohl schriftlichen als auch als Interview durchgeführten Befragung der Patienten und der klinischen Mitarbeiter und eine Untersuchung des Ablaufs der Besprechung mittels standardisierter Formulare, die nach jeder abgeschlossenen Beratung auszufüllen sind. Die Formulare dienen dazu, die Eckdaten des Falls wie die Diagnosen des Patienten, den zugrunde liegenden Konflikt und das Ergebnis der Beratung festzuhalten. Weiterhin werden strukturelle Merkmale wie die Anzahl der nötigen Sitzungen und die Profession der aktiv teilnehmenden KEK-Mitglieder festgehalten.⁵⁵³ So soll kontinuierlich vergleichbar werden, welche Strukturmerkmale den meisten Sitzungen gemein sind, und somit die Strukturqualität ana-

⁵⁵⁰ Craig/May (2006), S. 178.

⁵⁵¹ Craig/May (2006), S. 171.

⁵⁵² Pfäfflin/Kobert/Reiter-Theil (2009), S. 411-412.

⁵⁵³ Pfäfflin/Kobert/Reiter-Theil (2009), S. 409-412.

lysiert werden. Die Befragung der Beteiligten gliedert sich in offene und geschlossene Fragen, die teilweise direkt nach der Befragung und bei der Entlassung des Patienten durchgeführt werden sollen.

Allerdings geben die Autoren selbst das Problem an, dass Patienten oft für die Befragung nicht mehr zugänglich sind, da sie entweder nicht in der Lage sind zu antworten oder weil sie bereits entlassen wurden.⁵⁵⁴ Die Fragen an die Beteiligten beziehen sich bei diesem Modell einer Evaluation nicht auf die Zufriedenheit mit der Beratung, sondern darauf, ob die Empfehlungen umgesetzt wurden, wie sehr sich der Patient einbezogen fühlte und ob es Anmerkungen gäbe. Diese Aussagen werden sicherlich von der Zufriedenheit mit dem Ablauf der Beratung beeinflusst werden, doch sie geben den Befragten die Möglichkeit möglichst objektiv und ausführlich zu schildern, wo Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Erfahrungen in der Praxis sind zu diesem Modell bisher nicht publiziert worden. Eine Option zur Analyse der Ergebnisqualität könnte der PEECE-Fragebogen sein. PEECE ist ein Akronym für *Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced* und ist ein kanadisches Projekt zur Analyse des Wohlbefindens von Patienten mit Hilfe von 12 Fragen, das in einer Studie eine hohe Aussagekraft zeigte.⁵⁵⁵ Der Fragebogen wurde zwar nicht zur Evaluation von Ethikberatungen konzipiert, eine Steigerung des Wohlbefindens eines Patienten könnte aber eine Verbesserung der Therapie oder Minderung von Leiden implizieren. Der Fragebogen könnte gegebenenfalls die Auswirkungen der Ethikberatung auf den Patienten vergleichbar darstellen, ohne die Zufriedenheit als hauptsächlichen Parameter heranziehen zu müssen.

Es ist unklar, weshalb bisher keine systematische Evaluation eingeführt wurde. Laut einer 2010 publizierten Umfrage von Pedersen und Kollegen wurde vor allem nicht evaluiert, weil keine klaren Ziele für eine solche Maßnahme gesetzt wurden.⁵⁵⁶ Es fehlte demnach die Aufgabenstellung, um eine Methodik zu entwickeln und umzusetzen. Da die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) 2013 in ihren allgemeinen Empfehlungen den Vergleich und die Optimierung der Modelle und Angebote der Ethikberatung als Ziel formulierte,⁵⁵⁷ dürfte in Deutschland hier ein generelles Desiderat be-

⁵⁵⁴ Pfäfflin/Kobert/Reiter-Theil (2009), S. 415.

⁵⁵⁵ Williams et al. (2017), S. 8.

⁵⁵⁶ Pedersen et al. (2010), S. 140.

⁵⁵⁷ AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013), S. 150.

stehen. Die AEM beschrieb die Evaluation als ein unverzichtbares Instrument für die Optimierung der Ethikberatung und veröffentlichte aus diesem Grund eine Empfehlung zu deren Ausführung.⁵⁵⁸ Bereits 2010 beschrieb die AEM, dass zu den Aufgaben eines KEK auch die kontinuierliche Evaluation und Dokumentation jeglicher Aktivitäten und Beratungen gehöre und dass eine regelmäßige Besprechung der Ergebnisse zur Qualitätssicherung nötig sei.⁵⁵⁹

Der von der AEM veröffentlichte Leitfaden für die Evaluation der Ethikberatung gibt allerdings nur sehr allgemeine Informationen zu Qualitätsstandards von Evaluationen und keine konkreten Angaben, wie diese ausgeführt werden sollte. Auch in der Literatur gibt es bisher keine Festlegung auf eine bestimmte strukturierte Evaluationsmethode.⁵⁶⁰ Wie eine strukturierte Analyse also konkret für ein einzelnes Komitee anzuwenden wäre, kann nicht als existierender Standard vorgegeben werden. Für einen nationalen Vergleich wäre eine zentrale Anlaufstelle zum Vergleich und die Kontrolle der Qualitätsstandards durchgeführter Evaluationen eine denkbare Option. Eine weitere Begründung für den Evaluationsmangel sehen Craig und May in der Sorge vor dem bürokratischen Aufwand eines solchen Vorhabens. Sie vermuten, dass interne Evaluationen aus diesem Grund oft nicht veröffentlicht würden.⁵⁶¹ Selbstverständlich ist es ein größerer Aufwand eine qualitative Evaluation in Angriff zu nehmen, als keine oder nur eine minimale interne Erhebung durchzuführen.

Da aber nur eine publizierte Analyse den Vergleich mit anderen Komitees ermöglicht, ist es essenziell für die Entwicklung der Klinischen Ethik, diesen Aufwand zu betreiben. Er könnte allerdings durch eine spezifischere Empfehlung oder Beispiele exemplare von Fragebögen vermindert werden. Würden alle Ethik-Komitees diese anwenden, wären die Ergebnisse einerseits gut vergleichbar, andererseits könnten nicht die verschiedenen Evaluationsmethoden verglichen werden. Da Einigkeit über die Bedeutung der Evaluation für die Klinische Ethikberatung zu bestehen scheint, wäre es also wünschenswert, dass sich sowohl die einzelnen Komitees als auch nationale Verbände für die Entwicklung dieses Feldes engagieren und eine vergleichbare und strukturierte Methodik entwickeln.

⁵⁵⁸ AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013), S. 150.

⁵⁵⁹ Akademie für Ethik in der Medizin (2010), S. 153.

⁵⁶⁰ Doran et al. (2016), S. 173.

⁵⁶¹ Pfäfflin/Kobert/Reiter-Theil (2009), S. 409.

9 Diskussion

9.1 Methodische Einschränkungen

Den Ausgangspunkt für die Recherchen dieser Arbeit bildete die im Springer-Verlag erscheinende Fachzeitschrift *Ethik in der Medizin*. Als offizielles Organ der AEM ist sie die größte Zeitschrift dieses Fachgebiets in Deutschland.⁵⁶² Mit einer Vielzahl Publikationen zur Klinischen Ethikberatung über den Zeitraum von 1998 bis 2018 bildet sie eine gute Basis für die Recherche zu diesem Thema. Die AEM ist eine der treibenden Kräfte für die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung, weshalb sich die Analyse dieser Zeitschrift gut für den Anfang einer Recherche der Ursprünge dieser Entwicklung in Deutschland eignet. Zu diesem Zweck wäre die *Zeitschrift für medizinische Ethik* ebenfalls in Frage gekommen, bei der allerdings deutlich weniger Publikationen zu dieser Thematik veröffentlicht wurden, weswegen sie als Ausgangspunkt weniger geeignet erschien.

Die Beschränkung auf ausschließlich in der Zeitschrift *Ethik in der Medizin* veröffentlichte Artikel könnte dagegen eine zu einseitige Sicht auf die Geschehnisse vermitteln. Denn gerade weil diese Quelle als Organ der medizinethischen Fachgesellschaft fungiert, publizieren dort schwerpunktmäßig Mitglieder dieser Institution, die in der Regel auch mit ihr konforme Positionen vertreten. Somit sind die in diesem Format veröffentlichten Artikel nur unter Vorbehalt repräsentativ für die bundesweite Haltung von Ethikern zu dieser Thematik. Aus diesem Grund wurde die Recherche erweitert, um auch kontroverse Veröffentlichungen einzuschließen. Dazu wurden mittels Schneeballsystem die Quellen der thematisch passenden Artikel einbezogen. Diese wurden auf Suchportalen wie *PubMed* und *Livivo* gesucht und je nach Relevanz in die Arbeit integriert. Weiterhin wurden gezielt Suchcluster auf den genannten Portalen angewendet und so weitere Artikel gefunden. Dabei wurde Wert auf das Einbringen verschiedener Positionen in den Diskurs gelegt. Dennoch sprach sich der überwiegende Teil der Autoren positiv über die Klinische Ethikberatung aus, was dem Umstand zuzuschreiben sein könnte, dass es sich primär um in diesem Feld aktiv tätige Personen handelt, die in der Regel von ihrem Fach überzeugt sind und

⁵⁶² Akademie für Ethik in der Medizin (o. J.).

die weiterhin als Vertreter ihres Berufsstandes ein Interesse an positiven Darstellungen haben.

Aus verschiedenen Gründen kann die Darstellung der Klinischen Ethikberatung in dieser Arbeit verzerrt sein. Die verwendeten Publikationen und die daraus zitierten Ausschnitte wurden nach subjektivem Ermessen ausgewählt und den jeweiligen Themenschwerpunkten zugeordnet. Dies beinhaltet bereits eine gewisse Selektion der Aussagen durch die Autorin dieser Arbeit. Weiterhin können aus dem Kontext gelöste Zitate eine von der ursprünglichen Intention divergierende Konnotation vermitteln. Auch die Methodik der Recherche könnte schon in der Quellenauswahl zu einer Selektion der bestehenden Meinungen geführt haben. Dadurch könnten bestimmte Positionen unterrepräsentiert worden sein oder gänzlich fehlen, denn die Quellenauswahl kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Besonders bei kritischen Positionen wurde vermehrt auf ausländische Publikationen, auch aus den 1990er Jahren, zurückgegriffen, weshalb diese gegebenenfalls nicht linear auf die deutsche Situation übertragbar sind. Insgesamt wurde jedoch versucht, stets verschiedenste Positionen zu den besprochenen Themen zu erörtern und die Aussagen der Autoren möglichst authentisch einzubinden. Zur Vermeidung möglicher Verfälschungen wurden häufig direkte oder indirekte Zitate verwandt und auf eine Vielzahl verschiedener Artikel Bezug genommen, um ein möglichst breites Meinungsspektrum wiederzugeben.

9.2 Übergeordnete Ziele Klinischer Ethikberatung

In dieser Arbeit wurde die Entwicklung der Klinischen Ethikberatung von der anfänglichen Idee bis zur breiten organisatorischen Umsetzung dargestellt und weiterhin die verschiedenen Modelle mit ihren Vor- und Nachteilen sowie umstrittenen Aspekten erläutert. Bevor sich die verschiedenen Institutionen der Klinischen Ethikberatung bildeten, entwickelte sich ein Bedarf nach ethischer Beratung im Gesundheitswesen, durch die eine Verbesserung des vorherrschenden Zustandes in Krankenhäusern herbeigeführt werden sollte. Die ethische Beratung sollte somit Defizite verbessern, die in den Augen der Gesellschaft, der Politik, der entstehenden akademischen Medizinethik oder auch der Geschäftsführung von Krankenhäusern bestanden. Welche Umstände genau die Klinische Ethikberatung verbessern sollte und was somit die Ziele der Einführung dieser Institutionen waren, soll an dieser Stelle dargestellt werden.

In einer Gesellschaft, in der ökonomische Zwänge einen immer größeren Stellenwert einnehmen und Krankenhäuser zu wirtschaftlichen Betrieben transformiert werden, wächst der Bedarf nach einer zumindest relativ unabhängigen Instanz, die ein Gegengewicht zu finanziellen Zwängen darstellt. Durch finanzielle Knappheit in Kombination mit wachsenden Möglichkeiten der modernen Medizin, entstehen ethische Zwangslagen. Die öffentliche Debatte über die Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen weckte ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Schwierigkeiten des heutigen Krankenhausalltags. Daraus entwickelten sich ethische Diskussionen über Themen der Gesundheitsversorgung, die letztlich auch den Wunsch nach Klinischer Ethikberatung begründeten.

Der Großteil der Bevölkerung betrachtet diese Institution aus der Patientenperspektive, woraus sich die Frage ergibt, was sich die Bürgerinnen und Bürger von ethischer Beratung in Krankenhäusern versprechen. In den USA bezeichnen 94% der Ethikdienste den Schutz der Patientenrechte als ihre Hauptaufgabe, was besonders nach Krankenhausskandalen in den 1970er und 1980er Jahren in den Vereinigten Staaten auf große Zustimmung traf.⁵⁶³ Es ist wahrscheinlich, dass sich Patienten auch in Deutschland eine ähnliche Rolle von Klinischen Ethik-Komitees erhoffen. Skandale wie Korruption bei der Vergabe von Organspenden⁵⁶⁴ und die Übertragung von HIV durch belastete Blutkonserven⁵⁶⁵ haben das Vertrauen in das Gesundheitssystem und insbesondere die Rolle des Arztes erschüttert. Auch stark diskutierte Themen wie etwa die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verunsichern besonders ältere Menschen. Aus diesem Grund sehen viele Patienten eine Klinische Ethikberatung als eine Art „Absicherung“, welche die Rechte der Patienten wahrt und ihre Interessen vertritt.

Ob die Funktion des „Patientenanwalts“ tatsächlich das Leitmotiv der Ethikberatung darstellt, lässt sich jedoch unter Zuhilfenahme mehrerer Studien anzweifeln. Laut einer amerikanischen Studie von Perkins und Saathoff aus dem Jahr 1988 führte - zumindest damals - eine Ethikberatung in der Mehrzahl der Fälle zu der Ablehnung

⁵⁶³ Winkler (2009), S. 311.

⁵⁶⁴ Berndt (2012), o. S.

⁵⁶⁵ Wegner (2017), o. S.

wiederbelebender Maßnahmen und künstlicher Beatmung.⁵⁶⁶ Im Gegensatz dazu betonte eine 2012 veröffentlichte, amerikanische Studie, dass ethische Beratungen bezüglich Entscheidungen am Lebensende nicht mehr „regelmäßig zur Beendigung lebenserhaltender Interventionen und Tod des Patienten“ führe.⁵⁶⁷ Diese Studie nannte im Gegensatz zur älteren Erhebung von Perkins und Saathoff keine genauen Zahlen oder Ergebnisse dieser Beratungen, wodurch nicht nachvollzogen werden kann, wie viele Beratungen zu diesen Themen durchgeführt wurden und wie die Ergebnisse sich prozentual verteilten. Die Aussagekraft der Studie von 2012 ist somit nicht bewertbar. Beide Studien beschrieben allerdings die einzelnen Fälle nicht, weshalb nicht nachvollziehbar ist, ob die Entscheidungen jeweils im Sinne des Patienten getroffen wurden. Der Umstand, dass gerade in dem Land, in dem sich die Ethik-Komitees explizit dem Schutz der Patientenrechte verschrieben haben, eine Ethikberatung mehrheitlich gegen lebenserhaltende Maßnahmen entschied, stimmt jedoch bedenklich bezüglich der tatsächlich vertretenen Interessen. Aus Deutschland existieren keine vergleichbaren Studien zu den Ergebnissen Klinischer Ethikberatung. Doch auch hier, ist durchaus fraglich, ob die Rechte und Interessen des Patienten die Kernaufgabe der Gremien darstellen.

Unabhängig davon, ob die Klinische Ethikberatung die Rolle des „Patientenanwalts“ ausübt, ist diese Position in Deutschland nicht unbedingt von den Institutionen selbst gewünscht, wofür es verschiedene Gründe gibt. Zum einen sind die Einrichtungen auf eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Krankenhauses angewiesen, da nur mit einer konstruktiven Haltung aller Beteiligten gegenüber der Beratung das KEK zu der Lösung von Konflikten beitragen kann. Daher müssen die jeweiligen Parteien der Beratung prinzipiell zugetan sein und sich aktiv an deren Erfolg beteiligen. Dieses Konzept droht zu scheitern, sobald sich eine Berufsgruppe benachteiligt oder angegriffen fühlt und aus diesem Grund einer Beteiligung widerwillig gegenüber steht. Ein Beispiel hierfür stellt die anfängliche Zurückhaltung der Pflege dar, die kaum Anfragen an das Ethik-Komitee stellten, obwohl ein Bedarf geäußert wurde, weil sie eine Verschlechterung der eigenen Position durch diese Maßnahme befürch-

⁵⁶⁶ Perkins/Saathoff (1988), S. 763.

⁵⁶⁷ Johnson/Lesandrini/Rozycki (2012), S. 738.

Freie Übersetzung des englischen Originals: „consults for end-of-life issues do not routinely result in termination of life-sustaining interventions and death“.

teten.⁵⁶⁸ Unter anderem um bestehende Ängste von Klinikmitarbeitern zu beruhigen, werden die meisten KEKs nur auf Anfrage aktiv und greifen nicht selbstständig in klinische Entscheidungen ein.⁵⁶⁹ Besonders von Ärzten wurde anfangs gegen die Einführung von KEKs Widerstand geleistet,⁵⁷⁰ weil sie Einschränkungen ihrer Arbeitsweise durch diese Institutionen befürchteten. Das „passive“ Konzept der Ethikberatung beschwichtigt diese Befürchtungen und vermindert somit die Vorbehalte und Widerstände gegen diese Institution. Gleichzeitig sind Ethik-Komitees durch diese Arbeitsweise insofern indessen abhängiger von dem Wohlwollen der Klinikmitarbeiter, dass sie auf deren Anfragen angewiesen sind. Die große Mehrheit der Fallberatungen findet nämlich auf Initiative des Personals hin statt.⁵⁷¹ Für die Aufgabe der Vertretung der Patienten wäre die verstärkte Information der Patienten und deren Angehöriger über die bestehenden Möglichkeiten und deren Anwendung nötig. Weiterhin wäre für dieses Ziel wahrscheinlich eine aktivere Handlungsweise sinnvoll.

Träte die Ethikberatung tatsächlich als eine Art „Patientenanwalt“ auf und mischte sich – aus ärztlicher Perspektive wohl eher unerwünscht – in die konkrete Behandlung ein, versuchte sie Abhilfe für Probleme zu schaffen, die eigentlich keine moralbezogenen Ursachen haben. Die Idee der Klinischen Ethikberatung als eine Art „Kampfgefährte“⁵⁷² für unfair behandelte Personen kritisiert beispielsweise Bauer ausdrücklich. Die Medizinethik dürfe nicht instrumentalisiert werden, um Defizite des Gesundheitssystems zu verdecken. Sie stelle keine Kompensation für mangelnde Ressourcen und für zu wenig Empathie in der Medizin dar.⁵⁷³ Diese Aussage verdeutlicht nicht nur, dass Ethik-Komitees nicht die Rolle des „Patientenanwalts“ übernehmen können, sondern dass die Hoffnung der Patienten auf den Nutzen der Ethikberatung tatsächlich ganz andere Ursachen hat. Die beschriebenen Veränderungen der modernen Medizin führen verständlicherweise zu Ängsten bei Patienten, wodurch der Wunsch nach einem Vertreter der eigenen Interessen entstehen mag. Doch die Klinische Ethik ist kein Instrument, um diese Befürchtungen zu beschwichtigen, da sie keine kausalen Veränderungen herbeiführt. Sie kann an den zugrunde liegenden Missverhältnissen im Gesundheitswesen kaum etwas systematisch verän-

⁵⁶⁸ Vollmann/Weidtmann (2003), S. 236.

⁵⁶⁹ Sokol (2012), o. S.

⁵⁷⁰ Schochow et al. (2014), S. 2181.

⁵⁷¹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 5.

⁵⁷² Bauer (2011), S. 82.

⁵⁷³ Bauer (2011), S. 84.

dern und ist nicht der richtige Ansprechpartner für solche Bedürfnisse. Eine Ethikberatung schlichtet allenfalls punktuell Konflikte und bewirkt so nur eine „symptomatische“ Verbesserung, weswegen sie - zumindest in ihrer derzeitigen Form - keine geeignete Instanz zur Vertretung der Rechte der Patienten darstellt und dies auch nicht als ihr hauptsächliches Ziel verfolgt.

Die Kernaufgabe der Klinischen Ethikberatung bleibt folglich noch zu erörtern. Der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) formulierte im Jahre 2010 folgende Ziele: „Die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen, die Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen [und] die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten.“⁵⁷⁴ Sie sollen letztlich dazu führen, dass Entscheidungsprozesse „hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent [...] und an moralisch akzeptablen Kriterien“ ausgerichtet werden.⁵⁷⁵ Diese Formulierung nennt keine bestimmte Gruppe, der die Ethikberatung nutzen soll und auch keine konkreten Verbesserungen im medizinischen Sektor. Sie betont allerdings deutlich die edukative Aufgabe der Klinischen Ethikberatung. Kettner und May formulierten die Aufgabe dieser Institutionen als „die Bewusstmachung, womöglich sogar Lösung von schwerwiegenden Moralproblemen, die durch Stations-, Disziplin- und Statusgrenzen im modernen Klinikbetrieb entstehen.“⁵⁷⁶ Die AEM beschränkte sich bei ihrer Beschreibung zwar einerseits auf ethische Probleme und deren Bewältigung, ermöglicht den Ethik-Komitees gleichzeitig aber ein sehr großes Einsatzgebiet, da ethische Aspekte in vielen Entscheidungen und Konflikten vorzufinden sind. Kettner und May spezifizierten die relevanten Themen dagegen, indem sie die betreffenden Kausalitäten angaben.

Die formulierten Ziele verdeutlichen, dass Klinische Ethikberatung in Deutschland eine Verbesserung des ethischen Klimas in Krankenhäusern erzielen soll. Im Gegensatz zu vergleichbaren Institutionen in den USA ergreifen die deutschen KEKs also keine Partei, sondern wollen eher als neutral Außenstehende betrachtet werden. Details der Beratung werden nur wenig spezifisch beschrieben, weshalb die Aufgabe der Klinischen Ethikberatung different interpretiert werden kann. Wahrscheinlich ist diese allgemein gehaltene Formulierung der Ziele beabsichtigt, um den jeweiligen

⁵⁷⁴ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2010), S. 149.

⁵⁷⁵ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2010), S. 150.

⁵⁷⁶ Kettner/May (2001), S. 497.

Komitees Gestaltungsspielraum zu geben und dem Fach zu ermöglichen, sich zu entwickeln. Gleichzeitig sind den Komitees auf diese Weise kaum Limitationen gesetzt, da diese Vorgehensweise den einzelnen KEKs die Aufgabe überlässt, ihre Rolle im Krankenhausbetrieb zu finden. So können sie sich an das jeweilige Krankenhaus anpassen und die dort vordringlichen Probleme gezielt thematisieren. Allerdings werden in der praktischen Umsetzung von einzelnen Ethik-Komitees mehrheitlich keine expliziten Ziele formuliert.⁵⁷⁷ Daraus ergibt sich ein gewisser Mangel an präziser Orientierung bei einzelnen KEKs. Ohne die Benennung konkreter Ziele, die durch die Arbeit der Ethikberatung erreicht werden sollen, können keine konkreten Veränderungen angestrebt werden. Dieser Umstand spiegelt sich in der Arbeitsweise wider, die oftmals eher unstrukturiert abläuft. Auch die mangelnde Evaluation der Tätigkeiten von Ethik-Komitees lässt sich auf den Mangel klar definierter Ziele zurückführen. Um die Arbeit auszuwerten, bräuchte es konkrete Parameter und exakt definierte Ziele.

9.3 Bewertung der Entwicklung Klinischer Ethikberatung

Die übergeordneten Ziele der Klinischen Ethikberatung sind theoretische Konzepte, an denen sich die Komitees orientieren können. Die praktischen Tätigkeiten sollten schrittweise zu den ausgewählten Verbesserungen führen bzw. den jetzigen Zustand graduell in diese Richtung verändern. Ob die Aufgaben von KEKs tatsächlich zu der Verbesserung der ethisch reflektierten Entscheidungsfindung und des „Klimas“ im Krankenhaus beitragen, ist nun zu erörtern. Studien oder Berichte zu den konkreten Praktiken deutscher KEKs und deren Auswirkungen gibt es nur wenige, weshalb die folgenden Ausführungen auf einer relativ geringen Anzahl an Quellen beruhen.

Die Klinische Ethikberatung gliedert sich hauptsächlich in drei Aufgabenfelder: Die Fallberatung, das Erstellen von Leitlinien und die Edukation der Klinikmitarbeiter in Bezug auf ethische Fragestellungen und die Anwendung geeigneter Methoden. Da die Fallberatung nach wie vor als das „Aushängeschild“ der Ethikberatung angesehen wird und die von Ethik-Komitees am häufigsten angebotene Tätigkeit darstellt, wird diese Funktion exemplarisch für die praktische Relevanz und den Effekt der Klinischen Ethikberatung diskutiert. Dafür ist sowohl interessant, ob die Beratung von Klinikpersonal und Patienten angenommen und somit frequentiert wird und ob die

⁵⁷⁷ Pedersen et al. (2010), S. 140.

Fallberatung ethische Fragestellungen behandelt. In der Theorie wird die Anfrage einer Fallberatung nur angenommen, wenn es sich um einen moralbezogenen Konflikt handelt, womit ein Dissens verschiedener Wertvorstellungen gemeint ist, bei dem es keine eindeutige Lösung gibt. Diese Voraussetzung beinhaltet eigentlich, dass auch die Antragssteller noch nicht entschieden haben, wie sich das bestmögliche Vorgehen gestaltet. Unter diesen Bedingungen kann ein KEK ungehindert die Situation analysieren und Vorschläge einbringen.

Es ist allerdings fraglich, ob diese Voraussetzungen in vielen Konflikten gegeben sind. Denn im Krankenhausalltag entstehen die meisten Auseinandersetzungen, wenn verschiedene beteiligte Parteien bereits feste Meinungen haben, sich über diese aber nicht einigen können, wie beispielsweise bei Konflikten unter behandelnden Ärzten, die sogar mit Machtkonflikten verbunden sein können. Eva C. Winkler beschreibt sogar eine Situation, in der 40% der Anfragen durch Klinikmitarbeiter an ein Ethik-Komitee auf Meinungsverschiedenheiten mit Vorgesetzten beruhen.⁵⁷⁸ Diese Erfahrungen lassen sich zwar sicher nicht auf alle Krankenhäuser übertragen, aber jeder, der bereits in einem großen Betrieb mit hierarchischen Strukturen gearbeitet hat, weiß um die zahlreichen Konflikte, die zwischen den Mitarbeitern entstehen können. Daher ist es durchaus wahrscheinlich, dass einige dieser Auseinandersetzungen auch dem KEK zugetragen werden.

Es mag zwar gut für das Arbeitsklima sein, wenn eine Vermittlungs- oder Schlichtungsstelle besteht, es ist aber nicht die Aufgabe eines Ethik-Komitees, derartige Konflikte aufzulösen. Denn es sind keine Konflikte moralischer Natur, und somit ist ein KEK prinzipiell nicht die richtige Anlaufstelle, um in diesen Fällen zu helfen. Bauer sieht Ethikberatungen mit unterschwelligem Machtkonflikten besonders kritisch, da sich „die strategisch „stärkere“ Seite [häufig] gegen die besseren ethischen Argumente“ durchsetze.⁵⁷⁹ Daher geht es in diesen Auseinandersetzungen nicht primär um die bestmögliche Entscheidung, weshalb eine ethische Beratung weder weiterführend noch angebracht erscheint. Wenn sie sich in diese Konflikte einbinden lässt, besteht die Gefahr, dass eine Zweckentfremdung geschieht. Dadurch verlieren die Komitees einerseits ihre ursprüngliche Aufgabe aus den Augen und es besteht ein

⁵⁷⁸ Winkler (2009), S. 312.

⁵⁷⁹ Bauer (2011), S. 82.

Risiko für Frustration aller Beteiligten, da ein ethisches Komitee meist nicht die eindeutigen Entscheidungen treffen kann, die von den Antragstellern gewünscht werden.

Eine ethische Fallberatung wird ebenfalls zweckentfremdet, wenn die Beteiligten jeweils schon eine feste Vorstellung davon haben, was die beste Lösung wäre und das KEK nur hinzuziehen, um ihre eigene Position gegen Widerstände durchzusetzen oder zu legitimieren. Einerseits zählt dazu der beschriebene Machtkonflikt, andererseits können aber auch juristische Zweifel ausschlaggebend für den Wunsch nach einer offiziellen Beratung sein. In vielen Ethik-Komitees sind auch Juristen vertreten,^{580,581,582} was für die Interdisziplinarität, eine Erweiterung der Perspektiven und zusätzliche Expertise sicherlich wertvoll ist. Diese Kritik richtet sich daher nicht dagegen, ein juristisch versiertes Mitglied in einem Ethik-Komitee zu haben. Sie richtet sich gegen Anfragen, die ein ethisches Anliegen vorschützen, um eine offizielle Billigung des geplanten Vorgehens zu erlangen. Gerade bei Entscheidungen, die das Lebensende betreffen und die am häufigsten zu ethischen Beratungen veranlassen, bewegen sich Entscheidungen zur Therapiebegrenzung oft in einer Grauzone des rechtlich und ethisch Vertretbaren.⁵⁸³ In diesem Zusammenhang verleiht ein „Gütesiegel“ der Ethikberatung den Anschein einer einwandfreien Entscheidung. Die vorrangliche Aufgabe eines KEK ist allerdings einer Absegnung bereits bestehender Meinungen gerade entgegengesetzt, stellt Bauer fest. Die Ethikberatung diene der Offenlegung moralischer Probleme und dem Hinterfragen gefestigter Positionen.⁵⁸⁴ Insofern die Ethikberatung diese Ziele verfolgt, wären Antragssteller, die eine schlichte Bestätigung ihrer Meinung im Sinn haben, zwangsläufig enttäuscht.

Insgesamt herrscht aber – besonders vonseiten der Ärzte – eine hohe Zufriedenheit mit den Entscheidungen der Klinischen Ethikberatung vor, weswegen es wahrscheinlich ist, dass diese Erwartungen mehrheitlich erfüllt werden.^{585,586} Es ist zwar denkbar, dass die beschriebene Erwartungshaltung gar nicht bestand, doch scheint dies bei einer so großen Mehrheit zweifelhaft. Besonders da Ärzte eine von Natur aus

⁵⁸⁰ Universitätsmedizin Mannheim (2017), S. 2.

⁵⁸¹ Universitätsmedizin Göttingen (o. J.).

⁵⁸² Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017).

⁵⁸³ DuVal et al. (2001), S. 25.

⁵⁸⁴ Bauer (2011), S. 81.

⁵⁸⁵ DuVal et al. (2004), S. 253.

⁵⁸⁶ Perkins/Saathoff (1988), S. 765.

entscheidungsfreudige Berufsgruppe sind, weil ihr Alltag regelhaft eine rasche Meinungsbildung und Handlung erfordert. Wenn Ethik-Komitees allerdings tatsächlich regelhaft den Ärzten zustimmen, besteht lediglich die Hoffnung, dass sie dies nach einer ausführlichen Recherche und unter Einbezug aller Faktoren tun, um die Interessen des Betroffenen bestmöglich zu vertreten und nicht den einfachsten Weg zu suchen. Beauchamp beschrieb allerdings schon 2004, dass die Bioethik die ethische Theorie immer weiter marginalisiere und inzwischen vorwiegend den komfortabelsten Weg wähle, indem es sich primär nach Richtlinien und Gesetzen richte, anstatt die ethischen Grundlagen zu erforschen und somit die anfänglichen Versprechen dieser Disziplin größtenteils nicht eingehalten wurden.⁵⁸⁷ Sollte tatsächlich regelhaft die einfachste oder für das Krankenhaus günstigste Entscheidung getroffen werden, verfehlte ein KEK nicht nur seine ursprünglichen Ziele, sondern öffnete auch die Tür für opportunistische Einflüsse.

Die Anzahl der Fallberatungen pro Jahr steigt insgesamt an,^{588,589} was dafür spricht, dass die derzeitige Methode gut angenommen wird und sich als nützlich erwiesen hat. Die dahinter stehenden Gründe müssen zwar nicht „die richtigen“ sein, aber durch eine adäquate Arbeitsweise kann die Ethikberatung selbst vermitteln, welche Aufgabenstellungen angemessen sind und was die Antragssteller von ihr erwarten können. Sie könnte so selbst über die Entwicklung ihrer Tätigkeiten bestimmen, indem sie sich verdeutlicht, worin ihre Aufgaben liegen und welche Hilfestellungen erwartet werden können. Dafür muss jedes KEK allerdings eine klare Vorstellung seiner Methodik und Ziele besitzen und stetig reevaluieren, ob es sich an diese Vorgaben hält.

Es sei kein natürlicher Instinkt, dass Ethiker ihre Arbeit kritisch reflektieren, so Daniel K. Sokol. Es wären standardisierte Vorgehensweisen nötig, um die Selbstreflexion und somit die Verbesserung des Fachs zu sichern.⁵⁹⁰ Diese systemische Evaluation in der Klinischen Ethik ist nicht etabliert, sodass nach dieser These kaum Reflexion stattfindet. Davon ausgehend ist es fraglich, ob die Entwicklung der Ethikberatung bewusst zu einem Ideal hin verfolgt wird. Dies verstärkt die Bedenken, dass die Fall-

⁵⁸⁷ Beauchamp (2004), S. 216.

⁵⁸⁸ Slowther/McClimans/Price (2012), S. 211-214.

⁵⁸⁹ Neitzke/Bohnhorst/Hirsch (2013), S. 5.

⁵⁹⁰ Sokol (2012), o. S.

beratung von Motiven wie der Zufriedenheit der Beteiligten oder den Wünschen der Klinikleitung beeinflussen lässt. Andererseits ist es möglich, dass die einzelnen Komitees durchaus evaluieren und eine klare Methode zur Verbesserung und Entwicklung ihrer Leistungen verfolgen. Diese würden allerdings nicht publiziert, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann. Weiterhin findet keine krankenhausesübergreifende Evaluation der Ethikberatungen statt, weshalb ein Vergleich der Institutionen und der Methoden nicht vollzogen wird.

Die geäußerten Bedenken zum Format der Fallberatung durch Klinische Ethik-Komitees lassen sich auf die sonstige Entwicklung dieser Institutionen übertragen. Die Klinische Ethik hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer etablierten Einrichtung in deutschen Krankenhäusern entwickelt. Durch den wachsenden Einfluss dieser Gremien und das öffentliche Interesse an ethischen Themen in der Medizin vermehrten sich auch die Aufgaben, die KEKs ausüben. Zu einer anfangs rein „passiven“, in außergewöhnlichen Fällen hinzugezogenen Beratungsfunktion gesellten sich die Erstellung von Leitlinien, die Edukation der klinischen Mitarbeiter und politisch beratende Enquete-Kommissionen.

Weiterhin existieren aktive Modelle in Krankenhäusern, bei der die Ethikberatung nicht erst auf Anfrage tätig wird, sondern in die Behandlung der Patienten eingegliedert ist. Die spärliche Evaluation der Tätigkeiten dieser Komitees fördert Bedenken, ob das Wachstum der Branche tatsächlich auf dem Erfolg der Arbeit dieser Institutionen beruht. Denn es ist kaum nachgewiesen, inwiefern sich ethische Beratung positiv auf die Arbeitsweise, die Patientenversorgung oder das Klima in Krankenhäusern auswirkt. Belegt ist dagegen die „ressourcenschonende“ Wirkung der Komitees, welche die Liegezeit auf Intensivstationen und Dauer der künstlichen Beatmung reduzieren und so Kosten für das Krankenhaus einsparen.^{591,592} Diese finanziellen Vorteile einer Ethikberatung für das Krankenhaus, kombiniert mit der Anforderung einer derartigen Institution für die Zertifizierung erhärten den Verdacht, dass die primären Implementierungsgründe ökonomischer Natur sein könnten. Die mehrheitlich durchgeführte „Top-Down“-Implementierung der Komitees stützt diese Hypothese. Aus der Perspektive einer Krankenhausbetriebsleitung erscheint es wahrscheinlich, dass

⁵⁹¹ Chen et al. (2014), S. 4.

⁵⁹² Schneiderman et al. (2003), S. 1169.

nicht zuletzt betriebswirtschaftliche Faktoren ausschlaggebende Beweggründe für die Einrichtung einer Ethikberatung sind.

Doch auch die gesteigerte Wahrnehmung moralbezogener Konflikte in der Medizin und der daraus resultierende Bedarf an ethischer Beratung bestärkt Krankenhäuser in der Etablierung beratender Institutionen. Weiterhin wirkt die rege Öffentlichkeitsarbeit der expandierenden Disziplin der Medizinethik verstärkend auf diesen Effekt. Auf diese Weise wird die Klinische Ethikberatung in sehr positivem Licht dargestellt und so der Wunsch nach derartigen Gremien verstärkt. Die zahlreichen positiven Veröffentlichungen lassen sich überwiegend auf Mitglieder der AEM zurückführen, die selbst das positive Bild der Medizinethik gefördert haben und die so aktiv einen Bedarf für ihr eigenes Fachgebiet geschaffen haben. Meinolfus Strätling beschrieb 2013 das Vorgehen der Medizinethiker als „zunehmende Militanz“, mit der die Etablierung der Klinischen Ethikberatung in der Medizin „erzwungen“ werden solle.⁵⁹³ Diese sicher polemische Darstellung verdeutlicht, dass vor allem von den führenden Köpfen dieses Fachgebiets die Entwicklung bewusst vorangetrieben wird. Verschiedene Interessengruppen sind an der Implementierung Klinischer Ethikberatung interessiert und unterstützen sie. Diese Gruppierungen haben auf die bestehenden Komitees starken Einfluss, da sie von Beginn an beteiligt waren und die Arbeitsweise der Beratungsgremien beeinflussen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, Ethik-Komitees nicht als isolierte Institutionen zu betrachten, die losgelöst von allen Bindungen über die Krankenhäuser wachen und dort für ethisch zertifizierte „einwandfreie“ Entscheidungen sorgen. Sie sind vielmehr als ein Teil des Krankenhausapparates und des Gesundheitssystems zu sehen. Denn sie sind genau wie andere Teile dieses Systems in die Abläufe, Einflüsse, Anforderungen und Veränderungen eingebunden. Daher nehmen sie keine externe Expertenposition ein und sollten wie andere Organisationseinheiten eines Krankenhauses betrachtet werden. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass ihre Arbeit bereits deshalb zu Verbesserungen führt, nur weil das Wort „Ethik“ im Namen steckt. Die Ethikberatung sollte wie jede Neuerung in wissenschaftlichen Gebieten behandelt werden, weshalb ihre langfristige Daseinsberechtigung und vor allem die Vergrößerung ihres Einflusses erst auf ihre Sinnhaftigkeit hin geprüft werden muss.

⁵⁹³ Strätling/Sedemund-Adib (2013b), S. 490.

Zu diesem Zweck sollten standortübergreifend Modelle und Praktiken der Ethikberatung eingeführt werden, um einen vergleichbaren Standard zu schaffen. Dieser müsste sowohl geprüft als auch evaluiert werden, da nur so der Effekt dieser Gremien auf das Gesundheitssystem erhoben und ein Qualitätsstandard gewährleistet werden kann. Ausschließlich auf diese Weise kann die Klinische Ethikberatung zu einer vollwertigen akademischen Disziplin werden, die einen nachgewiesenen Mehrwert für Krankenhäuser erbringt. Diese Ziele sollten von allen Beteiligten primär angestrebt werden, bevor die weitere Ausdehnung des Fachgebietes oder die Sicherung der bisher entstandenen Einsatzgebiete verfolgt wird. Denn es besteht durchaus Bedarf für die ursprüngliche Idee einer ethischen Instanz in Krankenhäusern, die die Einführung der Klinischen Ethikberatung rechtfertigt. Nun muss eine qualitativ hochwertige Umsetzung untermauert werden, um einen langfristigen Erfolg dieser Einrichtungen zu ermöglichen und den Erhalt der ursprünglichen Intentionen zu sichern.

10 Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung der Klinischen Ethikberatung in Deutschland, die anhand der einschlägigen Artikel aus der Fachzeitschrift „Ethik in der Medizin“ beschrieben und analysiert wird. Dabei wurde die Recherche, ausgehend von den dort publizierten Beiträgen, nach dem Schneeball-Prinzip erweitert und durch eine spezifische Online-Recherche ergänzt.

Das Klinische Ethik-Komitee stellt die in Deutschland überwiegend praktizierte Form der Klinischen Ethikberatung dar. Dabei handelt es sich um ein multidisziplinäres Gremium aus Krankenhausmitarbeitern und externen Sachverständigen (insbesondere Juristen), das sich regelmäßig trifft. Weitere mögliche Modelle sind ein einzelner, meist hauptberuflicher Ethikberater oder von Ethikern begleitete Visiten. Diese Institutionen übernehmen verschiedene Aufgaben, um das „ethische Klima“ der Einrichtung zu verbessern. Dazu gehören in der Regel Einzelfallberatung, Leitlinienerstellung und Fortbildung der Mitarbeiter. Es liegt dabei im Ermessen des jeweiligen Komitees, welche Aufgaben es priorisiert. Dabei wird bis heute die Einzelfallberatung meistens noch als die wichtigste Komponente angesehen, da sie das „Aushängeschild“ des Klinischen Ethik-Komitees ist und den engsten Kontakt zu den Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglicht. Insgesamt gab es seit dem Ende der 1990er Jahre einen starken Anstieg der Anzahl der Beratungsstrukturen, wobei inzwischen nach Umfragen fast 75% der Krankenhäuser ein Klinisches Ethik-Komitee eingerichtet haben.

Diese Entwicklung beruht auf mehreren Faktoren. Einerseits trug die Anpassung des Katalogs für die Zertifizierung von Krankenhäusern, die nun eine Institution der Ethikberatung voraussetzt, zu den steigenden Zahlen bei. Ferner entwickelt sich eine zunehmend erwerbswirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitssystems, die zu Interrollenkonflikten der Beschäftigten führt und Konflikte zwischen ökonomischen und therapeutischen Interessen erzeugt, wodurch der Wunsch nach einer moralisch beratenden Instanz entstand. Weiterhin spielen aber auch wissenschaftssoziologische Gründe eine Rolle, denn mit der Ethikberatung wurde auch der Bereich der akademischen Medizinethik erweitert, was neue Beschäftigungsmöglichkeiten und mehr Ein-

fluss verspricht. Daher besteht ein erhebliches Eigeninteresse, wenn Ethiker dieses Fach öffentlich vertreten und seine Notwendigkeit betonen.

Die Arbeit analysiert die bisherige Umsetzung der Klinischen Ethikberatung. Dabei werden mögliche Schwachpunkte des Konzepts aufgeführt. Es wird unter anderem thematisiert, dass die Essenz vieler Beratungsanträge gar nicht moralischer Natur ist, und dass der Weg der Entscheidungsfindung innerhalb eines Klinischen Ethik-Komitees Probleme aufwirft. Meistens fehlt zudem eine nachvollziehbare Dokumentation, welche Methodik hierbei gewählt wird. Der Mangel einer systematischen Evaluation, die für die Weiterentwicklung der Institution und die Legitimation des bisherigen Vorgehens von Bedeutung wäre, wird ebenfalls dargestellt. Eine vergleichbare bundesweite Evaluation wäre für die künftige Arbeit unerlässlich, um den Fortbestand und die angestrebte weitere Ausdehnung der Ethikberatung zu begründen und sie als akademische Disziplin zu etablieren. Daher wird im Ergebnis für die weitere Entwicklung der Klinischen Ethikberatung nachdrücklich zum Ausbau dieses Feldes geraten. So könnten die genannten Kritikpunkte näher analysiert und die bestehenden Mängel behoben werden. Weiterhin könnte das Fachgebiet so belegen, dass es einen Nutzen für das Gesundheitssystem erbringt, der losgelöst von fachinternen Interessen besteht.

11 Literaturverzeichnis

AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM e.V. (2013)
Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Ethik Med 25: 149-156

Agich GJ (2009)
The Issue of Expertise in Clinical Ethics
Diametros 22: 3-20

Akademie für Ethik in der Medizin (o. J.)
Zeitschrift für Ethik in der Medizin
Online: <http://www.aem-online.de/index.php?id=56> [Stand: 16.01.2018]

Akademie für Ethik in der Medizin (2017a)
Ethikberatung im Krankenhaus. Qualifizierungsprogramm Hannover. Kursangebot 2017/2018
Online: <http://www.zfg-hannover.de/programme/ethikberatung> [Stand 09.02.2018]

Akademie für Ethik in der Medizin (2017b)
Zeitschrift für Ethik in der Medizin
Online: <http://www.aem-online.de/index.php?id=56> [Stand: 09.02.2018]

Anderson-Shaw L (2014)
Clinical Ethics Consultation: Accountability or Shared Responsibility?
Am J Bioeth 14 (6): 42-43

Ansen H, Gödecker-Geenen N, Nau H (2003)
Soziale Arbeit im Krankenhaus
Reinhardt-Verlag, München, Basel

AOK Bundesverband (o. J.)
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
Online: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/qs/ktq/> [Stand: 07.02.2018]

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2007)
Leitlinien-Glossar. Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien
Verlag Make a Book, Neukirchen: 2-160

AWMF (2017)
Leitlinien
Online: <http://www.awmf.org/leitlinien.html> [Stand: 21.02.2018]

Bauer AW (2005)

Das Klinische Ethik-Komitee (KEK): Verbessern medizinische Entscheidungshilfen die Behandlungsqualität eines Krankenhauses?

Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 12(1): 24-29

Bauer AW (2007)

Das Klinische Ethik-Komitee (KEK) im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus-Zertifizierung, Moralpragmatik und wissenschaftlichem Anspruch

Wien Med Wochenschr 157: 201-209

Bauer AW (2008a)

Das Klinische Ethik-Komitee (KEK) am Universitätsklinikum zwischen Krankenversorgung, Lehre und Forschung, 49-60

In: Groß D, May AT, Simon A(Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken. (= Ethik in der Praxis, 12)

Lit-Verlag, Berlin

Bauer AW (2008b)

Was ist eine ethische Frage? Ideal und Realität in der Beratungstätigkeit des Klinischen Ethik-Komitees, 45-46

In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): Jahrestagung 2008. Klinische Ethik. Tagungsprogramm und Abstracts

Bochum

Bauer AW (2010a)

Entscheidungsfindung am Krankenbett zwischen Fürsorge, Patientenautonomie und Ressourcenknappheit

Vortrag bei Forum Stationsleitung 2010: Führen im Alltag – mehr als den Ablauf organisieren

Ostalbkrankenhaus, Aalen

Bauer AW (2010b)

Stellungnahme zum 11. Ethik-Konsil vom 8.6.2010

Mannheim [Original beim Verfasser]

Bauer AW (2011)

Ethik statt Empathie? Ursachen und Folgen knapper Ressourcen

Jahrbuch Ethik in der Klinik 4: 67-86

Bauer AW, Romfeld E (2010)

Klinisches Ethik-Komitee in Mannheim: Kommentar zum Fall „Hoffnungslosigkeit“ nach Genickbruch? Beratung zum mutmaßlichen Willen einer Patientin

Jahrbuch Ethik in der Klinik 3: 295-300

Beauchamp TL (2004)

Does ethical theory have a future in bioethics?

J Law Med Ethics 32: 209-217

Berndt C (2012)

Auffälliger Geldtransfer. Organspende-Skandal in Göttingen.

Online: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/goettinger-organspende-skandal-auffaelliger-geldtransfer-1.1428256> [Stand: 16.01.2018]

Blake D (1992)

The Hospital Ethics Committee: Health Care's Moral Conscience or White Elephant?
Hastings Cent Rep 22 (1): 6-11

Bockenheimer-Lucius G (2007)

Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA). Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur
Ethik Med 19: 320-330

Bockenheimer-Lucius G, May AT (2007)

Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA)
Eckpunkte für ein Curriculum. Ethik Med 19: 331-339

Boldt J (2008)

Klinische Ethikberatung: Expertenwissen oder Moderationskompetenz? Thesen und Erfahrungen aus der Freiburger Praxis, 81-90

In: Groß D, May AT, Simon A (Hrsg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken (= Ethik in der Praxis, 12)

Lit-Verlag, Berlin

Browne A (1987)

Ethics committees for what?

CMAJ 136: 1149-1151

Bundesministerium für Gesundheit (2002)

Approbationsordnung für Ärzte

Bundesgesetzblatt 44: 2405-2435

Chen YY, Chu TS, Kao YH, Huang TS, Ko WJ (2014)

To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization

BMC Medical Ethics 15 (1): 1-8

Craig JM, May T (2006)

Evaluating the outcomes of ethics consultation

J Clin Ethics: 168-180

Deutscher evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (1997)

Ethik-Komitee im Krankenhaus

Eigenverlag, Berlin, Freiburg

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2004)

Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation

Eigenverlag, Alfter

Doran E, Kerridge I, Jordens C, Newsoms AJ (2016)
Clinical Ethics Support in Contemporary Health Care: Origins, Practices, and Evaluation, 164-187
In: Ferlie E, Montgomery K, Pedersen AR (Hrsg.): The Oxford Handbook of Health Care Management, Oxford University Press, Oxford

Dörr D (2013)
Tätigkeitsbericht 2013 des Klinischen Ethik-Komitees der UMM
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/downloads-und-links> [Stand: 20.02.2018]

Dörr D (2014)
Ethik – Moral - Ethos: Was brauchen wir am Krankenbett wirklich?
Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 21 (2): 20-22

Dörr D (2015)
Im Interview: Ethische Konfliktberatung in der Klinik
Ärztin 62 (3): 3

Dörr D (2016a)
Lebenslauf von Dr. med. Dorothee Dörr M.A.
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/klinische-ethikberatung> [Stand: 20.02.2018]

Dörr D (2016b)
Tätigkeitsbericht 2016. Klinisches Ethik-Komitee (KEK) der UMM
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/downloads-und-links/> [Stand: 23.02.2018]

Dörries A, Simon A, Neitzke G, Vollmann J (2005)
Ethikberatung im Krankenhaus. Qualifizierungsprogramm Hannover
Ethik Med 17: 327-331

Dörries A (2008)
Klinische Ethikberatung in der Organisation Krankenhaus – Widerstände und Rückhalt, 1-54
In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): Jahrestagung 2008. Klinische Ethik: Tagungsprogramm und Abstracts
Bochum

Dörries A, Simon A, Neitzke G, Vollmann J (2010)
Implementing clinical ethics in German hospitals: content, didactics and evaluation of nationwide postgraduate training programmes
J. Med. Ethics 36 (12): 721-726

Dörries A, Boitte P, Borovecki A, Cobbaut JP, Reiter-Theil S, Slowther AM (2011)
Institutional Challenges for Clinical Ethics Committees
HEC Forum 23: 193-205

Dörries A, Hesse-Jungesblut K (2007)
Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland
Ethik Med 19: 148-156

Dörries A, Simon A, Marckmann G (2015)
Ethikberatung im Krankenhaus – Sachstand und kritischer Ausblick
Ethik Med 27: 249-253

DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M (2001)
What triggers requests for ethics consultations?
WJM 175: 24-30

DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M (2004)
A National Survey of U.S. Internists' Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation
J Gen Intern Med 19: 251-258

EthikAkademie (o. J.)
Qualifizierungskurs Ethikberatung. Ethikberatung im Gesundheitswesen (Qualifizierungskurs mit Praxisteil)
Online: <http://www.ethikakademie.de/ethikberatung/index.php> [Stand: 07.12.2017]

Evangelische Akademie Sachsen-Anhalt e.V. (o. J.)
Lesen&Schauen/Bericht. Prof. Dr. Andreas Frewer
Online: <http://ev-akademie-wittenberg.de/bericht/prof-dr-andreas-frewer> [Stand: 09.02.2018]

Fahr U, Herrmann B, May AT, Reinhardt-Gilmour A, Winkler EC (2011)
Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen
Ethik Med 23:155-159

Fleetwood JE, Arnold RM, Baron RJ (1989)
Giving answers or raising questions? The problematic role of institutional ethics committees
J Med Ethics 15: 137-142

Goldenberg M (2005)
Evidence-based ethics? On evidence based practice and the „empirical turn“ from normative bioethics
BMC Med Ethics 6: E 11

Heubel F, Manzeschke A (2008)
Kants kategorischer Imperativ als Management-Technik und Marketing-Strategie?
Ethik Med 20: 86-93

Hohmann G (1954)
Ein Arzt Erlebt seine Zeit. Ansprachen, Lebensbilder, Begegnungen
Bergmann-Verlag, München

Illhardt FJ (1999)

Der Kompromiss: Ethik-Beratung gegen moralischen Rigorismus
Ethik Med 11: 262-273

Illhardt FJ, Seidler E (1989)

The Federal Republic of Germany: A New Forum for Medical Ethics
Hastings Cent Rep 19 (4): 26-27

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin Freiburg(o. J.)

Mitarbeiter. Lehrstuhl für Medizinethik

Online: <https://www.igm.uni-freiburg.de/Mitarbeiter/maio> [Stand: 19.02.2018]

Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (o. J.)

Ethische Grenzen einer präferenzorientierten Medizin. Eine interdisziplinäre Analyse am Beispiel der Anti-Aging-Medizin

Online: <https://www.ethik-zentrum.uni-freiburg.de/projekte/anti-aging-medizin/anti-aging-medizin> [Stand: 18.02.2018]

Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017a)

Direktorium

Online: <https://www.ethik-zentrum.uni-freiburg.de/direktorium> [Stand: 19.02.2018]

Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg (2017b)

Profil

Online: <https://www.ethik-zentrum.uni-freiburg.de/profil> [Stand: 18.02.2018]

Johnson LS, Lesandrini J, Rozycki GS (2012)

Use of the Medical Ethics Consultation Service in a Busy Level I Trauma Center: Impact on Decision-Making and Patient Care

Am Surg 78: 735-740

Jox RJ (2014)

Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?

Ethik Med 26: 87-90

Kettner M, May AT (2001)

Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution

Jahrbuch 2000/2001 des Kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW: 487–499

Kettner M, May AT (2002)

Ethik-Komitees in Kliniken - Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven

Ethik Med 14: 295-297

Kettner M, May AT (2005)

Eine systematische Landkarte Klinischer Ethik-Komitees in Deutschland, 235-244

In: Düwell M, Neuman J (Hrsg.): Wie viel Ethik verträgt die Medizin?

Mentis, Paderborn

Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2008a)

Fortbildungen

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/fortbildungen/> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2008b)

Angebote für Stationen

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/fortbildungen/angebote-fr-stationen.shtml> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2008c)

Training mit Simulationspatienten

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/fortbildungen/training-mit-simulationspatienten.shtml> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2015)

Geschäftsordnung

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/Ethik-Komitee/geschftsordnung.shtml> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee und Professur für Ethik in der Medizin Erlangen (2016)

Ethikberatung im Universitätsklinikum

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/ethikberatung/> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Erlangen (2017)

Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees

Online: <http://www.Ethik-Komitee.med.uni-erlangen.de/Ethik-Komitee/mitglieder.shtml> [Stand: 09.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.)

Geschäftsbericht/Satzung

Online: <https://www.mh-hannover.de/kek-gb-satzung.html> [Stand: 23.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.)

Mitglieder des KEK

Online: <https://www.mh-hannover.de/kek-mitglieder.html> [Stand: 17.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee der Medizinischen Hochschule Hannover (2011)

Satzung des Klinischen Ethik-Komitees

Online: <https://www.mh-hannover.de/kek-gb-satzung.html> [Stand: 17.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee der UMM (2014)

Satzung des Klinischen Ethik-Komitees der Universitätsmedizin Mannheim

Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/downloads-und-links/> [Stand: 20.02.2018]

Klinisches Ethik-Komitee der UMM (2015)

3. Ethikforum der UMM. Gestaltung kultureller Vielfalt im Krankenhaus

Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/veranstaltungen/rueckblick-2013-2017> [Stand: 22.02.2018]

Klinkhammer G (2015)

Haltung vermitteln, ohne zu bewerten

Dt. Ärztebl. 112(3): A77 - A78

Kobert K, Pfäfflin M, Reiter-Theil S (2007)

3rd International Conference on Clinical Ethics Consultation

Ethik Med 19: 231-233

Kumpf M, Hofbeck M, Marckmann G (2008)

Die Ethikvisite: Ein Konzept für ethische Fallbesprechung auf einer Kinderintensivstation, 51-52

In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): Jahrestagung 2008. Klinische Ethik: Tagungsprogramm und Abstracts

Bochum

Leonhardt D (2009)

7. Ethiktag des Klinischen Ethik-Komitees: Ethik im klinischen Alltag - Erste Öffentliche Sitzung eines Ethik-Komitees

Ethik Med 21: 341-343

Liening P (2001)

Wohlfühl-Ethik? - Plädoyer für eine klarere Reflexion von klinischer Ethik und psychologisch-sozialer Beratung. Anfragen an eine "exemplarische" (?) Falldarstellung

Ethik Med 13: 216

Maibach-Nagel E (2002)

Varia-Meldung "Neugründung"

Dtsch Ärztebl 99 (17): A1185

Maio G (2002)

Braucht die Medizin klinische Ethikberater?

Dtsch Med Wochenschr 127: 2285-2288

Maio G (2009) Die Ethik als Instrument der Entschleunigung. Zu den Fallstricken der Ethikberatung als Mainstreaminstitution, 5-8

In: Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (Hrsg.): SGBE bulletin SSEB. No. 57 September

Basel

Marckmann G (2000)

Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik?

Ärztebl Baden-Württ 55 (12): 499-502

Marckmann G (2005)

Wann ist ein Ethik-Komitee ein gutes Ethik-Komitee? Zum Problem der Erfolgskriterien klinisch-ethischer Beratung

EWE 16 (1): 47-49

Marckmann G (2013)

Wann ist eine ethische Analyse eine gute ethische Analyse? Ein Plädoyer für die Methodenreflexion in der Medizinethik

Ethik Med 25: 87-88

Martin G (2004)

Ethik-Café. Wo heisse Themen in lockerer Atmosphäre zur Sprache kommen

Nova 6: 17-19

Medizinische Hochschule Hannover (o. J.)

Entwicklung des Personalbestandes. Beschäftigte (Vollkräfte)

Online: <https://www.mh-hannover.de/35148.html> [Stand: 23.02.2018]

Merten M (2003)

Klinische Ethikberatung: Das letzte Wort hat der Arzt

Dtsch Arztebl 100 (4): A165

Mertens E, Tannen A, Knochel-Schiffer I, Dassen T (2001)

Ethikarbeitskreise im Krankenhaus

Ethik Med 13: 208-210

Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2014)

Prinzipien und Diskurs - Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation

Ethik Med 26: 91-104

Molewijk AC, Stiggelbout AM, Otten W, Dupuis HM, Kievit J (2003)

Implicit Normativity in Evidence- Based Medicine: A Plea for Integrated Empirical Ethics Research

Health Care Anal 11: 69–92

Montgomery FU, Parsa-Parsi RW, Wiesing U (2018)

Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds. Revidiert unter Leitung der Bundesärztekammer.

Ethik Med 30: 67-69

Naumann U (2008)

Partizipation von Pflegenden an Ethikvisiten auf einer universitären Intensivstation – ein Erfahrungsbericht aus pflegerischer Sicht, 1-54

In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): Jahrestagung 2008. Klinische Ethik: Tagungsprogramm und Abstracts

Bochum

Neitzke G (2001)

Ethik in der Patientenversorgung. Ergebnisbericht der Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MHH

Hannover

Neitzke G (2002)

Ethik-Komitee an der MHH in 2000 gegründet

Dt Arztebl 99 (25): A1745-A1746

Neitzke G (2006)

Ethik im Medizinstudium - Entwicklungen und Herausforderungen

Ethik Med 18: 374-378

Neitzke G (2008)

Ethik in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Ethik Med 51: 872-879

Neitzke G, Bohnhorst B, Hirsch M (2010)

Geschäftsbericht 2010: 1-11

Medizinische Hochschule Hannover

Neitzke G, Bohnhorst B, Hirsch M (2013)

Geschäftsbericht 2013: 3-16

Medizinische Hochschule Hannover

Neitzke G, Kuhn S, Wessels A (2001)

Geschäftsbericht 2001: 1-5

Medizinische Hochschule Hannover

Neitzke G, Kuhn S, Wessels A (2002)

Geschäftsbericht 2002: 1-6

Medizinische Hochschule Hannover

Paola FA, Walker R (2006)

Ethicists, ethicists and the goals of clinical ethics consultation

Intern Emerg Med 1 (1): 5-14

Pedersen AR, Hurst SA, Schildmann J, Schuster S, Molewijk B (2010)

The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations

Clinical Ethics 5 (3): 136-141

Perkins HS, Saathoff BS (1988)

Impact of Medical Ethics Consultations on Physicians: An Exploratory Study

Am J Med 85: 761-765

Pfäfflin M, Kobert K, Reiter-Theil S (2009)

Evaluating Clinical Ethics Consultation: A European Perspective

Camb Y Healthc Ethics 18: 406-419

Popper KR (2010)

Die beiden Grundprobleme der Erkenntnistheorie. Aufgrund von Manuskripten aus den Jahren 1930-1933

Mohr Siebert-Verlag, Tübingen

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1983)

Summing Up. Final Report on Studies of Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research

New York

Pressestelle Sachgebiet Öffentlichkeit der Universität Erlangen (2001)
Neue Professur für Ethik in der Medizin
Online: http://www.presse.uni-erlangen.de/Aktuelles/2001/Nachrichten_2001/2577EthikVollm.html [Stand: 26.02.2018]

Reiter-Theil S (1999)
Theorien in der Klinik - Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils
Ethik Med 11: 222-232

Reiter-Theil S, Hiddemann W (2000a)
Beratung bei Entscheidungsschwierigkeiten. Die Autoren berichten über eine Forschungsinitiative, die Rahmenbedingungen der passiven Sterbehilfe und Sterbebegleitung untersucht
Dt Ärztebl 97(14): A901-A902

Reiter-Theil S, Hiddemann W (2000b)
Ethik in der Medizin. Bedarf und Formen
Der Radiologe 40: 190-201

Reiter-Theil S, Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Kressig RW, Pargger H (2011)
Klinische Ethik als Partnerschaft - oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann
Ethik Med 23: 93-105

Richter G (2005)
Second international conference: clinical ethics consultation
Ethik Med 17: 248-251

Sass H, Viefhues H (o. J.)
Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis
Online: <http://www.ethik-in-der-praxis.de/onlineveroeffentlichungen/index.htm>
[Stand: 05.02.2018]

Scheible G, Hirl B, Knochel K (2015)
Kommentar I zum Fall: „Schwangere Patientin mit fataler Hirnblutung“
Ethik Med 27: 157-159

Schildmann J, Molewijk B, Benaroyo L, Forde R, Neitzke G (2013)
Evaluation of clinical ethics support services and its normativity
J. Med. Ethics 39 (11): 681-685

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, Briggs KB, Komatsu GI, Goodman-Crews P, Cohn F, Young EWD (2003)
Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting. A randomized Trial
JAMA 290: 1166-1172

Schmidt-Recla A (2015)

Kommentar II zum Fall: „Schwangere Patientin mit fataler Hirnblutung“
Ethik Med 27: 161-162

Schochow M, May AT, Schnell D, Steger F (2014)

Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert?
Dtsch Med Wochenschr 139: 2178-2183

Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T (2012)

Wie wichtig ist der Unterricht in Medizinethik und Medizingeschichte im Medizinstudium? Eine empirische Studie zu den Einschätzungen Studierender
GMS 29(1): 1-18

Schulz-Baldes A, Splett T (2006)

Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik
Ethik Med 18: 195-200

Schweizer G (2000)

Moralische Taschenrechner. Die Bioethik ist in Deutschland ein Berufsfeld mit Zukunft. Doch ihr Nutzen im Krankenhausalltag ist umstritten.

Die Zeit Online: http://www.zeit.de/2000/47/200047_cm-ethiker.xml [Stand: 02.02.2018]

Schyve PM (1996)

Patient Rights and Organization Ethics: The Joint Commission Perspective
Bioethics Forum 12 (2): 13-20

Shalit R (1997)

When we were philosopher kings: The rise of the medical ethicist
New Republic 216 (17): 24-28

Siegler M (1986)

Ethics Committees: Decisions by Bureaucracy
Hastings Cent Rep 16 (3): 22-24

Siegler M (1987)

Decision analysis and clinical medical ethics: beginning the dialogue
MDM 7 (2): 124-126

Siegler M, Singer PA (1988)

Clinical Ethics Consultation: Godsend or "Godsquad?"
Am J Med 85: 759-760

Simon A (2001)

Ethics Committees in Germany: An Empirical Survey of Christian Hospitals
HEC Forum 13 (3): 225-231

Simon A, Gillen E (2001)

Klinische Ethik-Komitees in Deutschland. Feigenblatt oder praktische Hilfestellung in Konfliktsituationen?, 151-157

In: von Engelhardt D, von Loewenich V, Simon A (Hrsg.): Die Heilberufe auf der Suche nach Identität

Lit-Verlag, Münster

Simon A, May AT, Neitzke G (2005)

Curriculum "Ethikberatung im Krankenhaus"

Ethik Med 17: 322-326

Slowther AM, McClimans L, Price C (2012)

Development of clinical ethics services in the UK: a national survey

J Med Ethics 38: 210-214

Sokol DK (2012)

Is bioethics a bully?

BMJ: 345

Sponholz G, Baitsch H (1998)

Über einige Lern-Erfahrungen an der Universität Ulm zur Ethik in der Medizin, 190-198

In: Bauer A (Hrsg.): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts, Johann Ambrosius Barth, Heidelberg, Leipzig

Springer-Verlag (2016)

Ethik in der Medizin. Journal Metrics 2016.

Online: <http://www.springer.com/medicine/journal/481> [Stand: 18.01.2018]

Springer International Publishing AG (o. J.)

Ethik in der Medizin. All Volumes & Issues

Online: <https://link.springer.com/journal/volumesAndIssues/481> [Stand: 17.01.2018]

Strätling MWM, Sedemund-Adib B (2013a)

Ethische Kernkompetenzen in die Medizin zurückholen

Dt. Ärztebl. 110 (17): A825-828

Strätling M, Sedemund-Adib B (2013b)

Leserbrief. Ethikberatung und klinische Ethik-Komitees in der (Intensiv-)Medizin: Als experimentelle Verfahren derzeit nicht allgemein empfehlenswert

Anaesthesist 62 (6): 489-490

Strech D (2008)

Evidenz-basierte Ethik. Zwischen impliziter Normativität und unzureichender Praktikabilität

Ethik Med 20: 274-286

Streuli JC, Staubli G, Pfändler-Poletti M, Baumann-Hölzle R, Ersch J (2014)

Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital

Eur J Pediatr 173: 629-636

Supreme Court of New Jersey (1976)
In the Matter of Karen Quinlan, An Alleged Incompetent
70 NJ. 10; 355 A.2d 647
New Jersey

Thomasma D (1991)
Why Philosophers Should Offer Ethics Consultations
Theoretical Medicine 12 (2): 129-140

Toulmin S (1982)
How Medicine Saved The Life of Ethics
Perspect Biol Med 25 (4): 736-750

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Division of Ethics of
Science and Technology, Social and Human Science Sector (2006)
Universal Declaration on Bioethics and Human Rights
Paris

Universitätsklinikum Freiburg (2014)
Ethik und Recht in der Klinik. Entscheidungshilfen für die ärztliche Praxis
Online: https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10_andere/forum-ethik-recht/pdf/Flyer-Ethik-und-Recht-II.pdf [Stand: 19.02.2018]

Universitätsklinikum Freiburg (o. J.a)
Forum für Ethik und Recht in der Medizin
Online: <https://www.uniklinik-freiburg.de/zerm.html> [Stand: 19.02.2018]

Universitätsklinikum Freiburg (o. J.b)
Forum für Ethik und Recht in der Medizin. Ethikberatung
Online: <https://www.uniklinik-freiburg.de/zerm/ethikberatung.html> [Stand: 19.02.2018]

Universitätsmedizin Göttingen. (o. J.)
Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees
Online: <http://www.med.uni-goettingen.de/de/content/medversorgung/13906.html>
[Stand: 09.01.2017]

Universitätsmedizin Mannheim (o. J.a)
Ethikcafé
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/ethikcafe/> [Stand: 20.02.2018]

Universitätsmedizin Mannheim (o. J.b)
Klinische Ethikberatung
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/klinische-ethikberatung/> [Stand: 20.02.2018]

Universitätsmedizin Mannheim (2017)
Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees (KEK) der Universitätsmedizin Mannheim
Online: <https://w2.umm.de/klinisches-ethik-komitee/mitglieder/> [Stand: 09.01.2018]

Vereinte Nationen (1948)

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III)

Online: <https://www.menschenrechtserklaerung.de/die-allgemeine-erklaerung-der-menschenrechte-3157/> [Stand: 15.11.2017]

Vollmann J (2001)

Healthcare Ethics Committees in Germany: The Path Ahead

HEC Forum 13 (3): 255-264

Vollmann J (2008)

Klinische Ethik-Komitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven

Bioethica Forum 1 (1): 33-39

Vollmann J, Weidtmann A (2003)

Das klinische Ethik-Komitee des Erlanger Universitätsklinikums. Institutionalisierung, Arbeitsweise, Perspektiven

Ethik Med 15: 229-238

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010)

Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Ethik Med 22: 149-153

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2014)

Kompetenzstufen für Ethikberatung im Gesundheitswesen

Verabschiedet am 23.6.2014

Wegner B (2017)

Opfer des Bluter-Skandals hoffen auf Millionen vom Bund

Online: <https://www.stern.de/gesundheit/hiv-durch-blutkonserven--opfer-des-bluter-skandals-hoffen-auf-millionen-7391298.html> [Stand: 16.01.2018]

Wehkamp K (2004)

Ethik der Heilberufe. Brücke zwischen Qualität und Ökonomie

Dt Ärzteblatt 101 (36): A2374-2378

Weinstein BD (1994)

The Possibility of Ethical Expertise

Theoretical Medicine 15: 61–75

Weltärztebund (2013)

WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen

Online: [http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/weltaerztebund-neufassung-der-deklaration-von-helsinki-in-deutscher-uebersetzung-veroeffentlicht/)

[uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/weltaerztebund-neufassung-der-deklaration-von-helsinki-in-deutscher-uebersetzung-veroeffentlicht/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/weltaerztebund-neufassung-der-deklaration-von-helsinki-in-deutscher-uebersetzung-veroeffentlicht/) [Stand: 21.02.2018]

Weltärztebund (2017)

Deklaration von Genf.

Online: <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/weltaerztebund-verabschiedet-neues-aerztliches-geloebnis/> [Stand: 21.02.2018]

Wernstedt T, Vollmann J (2005)

Das Erlanger klinische Ethik-Komitee. Organisationsethik an einem deutschen Universitätsklinikum

Ethik Med 2005 (17): 44-51

Wiesing U (2001)

Wozu bedarf es eines Medizinethikers?

Ethik Med 13: 258-266

Williams AM, Lester L, Bulsara C, Petterson A, Bennett K, Allen E, Joske D (2017)

Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE): developing and testing a measurement instrument

BMJ Open 7: 1-9

Wingen K (2004)

Mannheim als erstes Universitätsklinikum nach KTQ zertifiziert

Online: <https://idw-online.de/de/news83581> [Stand: 20.02.2018]

Winkler EC (2009)

Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? - Erfahrungen aus den USA

Ethik Med 21: 309-322

Zeitschrift für medizinische Ethik (o. J.)

Archiv

Online: <http://www.zfme.de/index.php/archiv.html> [Stand: 18.01.2018]

Zentrale Ethikkommission (2006)

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin

Dt. Ärztebl. 103 (5): A331-A335

Lebenslauf

PERSONALIEN

Name und Vorname: Laura Katharina Dewies
Geburtsdatum: 16.04.1993
Geburtsort: Mönchengladbach
Familienstand: Ledig
Vater: Friedrich Dewies
Mutter: Marita Dewies (geb. Schroers)

SCHULISCHER WERDEGANG

1999 – 2003 Erich Kästner Grundschule Wegberg
2003 - 2012 Maximilian Kolbe Gymnasium Wegberg
23.06.2012 Abitur

UNIVERSITÄRER WERDEGANG

WS 2012/13 Beginn des Medizinstudiums
an der Medizinischen Fakultät Mannheim
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
08.09.2014 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1)
12.10.2017 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2)

Danksagung

Herrn Professor Dr. med. Axel W. Bauer möchte ich für die freundliche Überlassung des Themas herzlich danken. Ich verdanke ihm darüber hinaus seine hilfreiche Unterstützung und viele anregende Diskussionen. Jede Phase dieser Arbeit wurde von ihm intensiv, professionell und warmherzig begleitet. Besonders bedanken will ich mich auch für die Freiheit, die er mir während der gesamten Arbeit gewährte. Sein kompetenter Rat kam mir in zahlreichen Angelegenheiten sehr zugute.

Ein ganz besonderer Dank gilt auch meinen Eltern, die mir das Studium der Medizin ermöglichten und mir auch während der Anfertigung der Doktorarbeit immerzu unterstützend und mit viel Geduld zur Seite standen.