

Jochen Vollmann,  
Jan Schildmann, Alfred Simon (Hg.)

# Klinische Ethik

---

Aktuelle Entwicklungen  
in Theorie und Praxis



# Inhalt

Klinische Ethik: eine programmatische Einleitung <i>Jochen Vollmann, Jan Schildmann, Alfred Simon</i> .....	9
--	---

## Klinische Ethikberatung

Bioethics Mediation <i>Nancy N. Dubler, Carol B. Liebman</i> .....	15
---	----

Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung <i>Gerald Neitzke</i> .....	37
---	----

Was heißt es, Ethik klinisch anzuwenden? Erfahrungen aus der fallbezogenen Ethikberatung <i>Joachim Boldt</i> .....	57
---	----

Evaluation Klinischer Ethikberatung: eine systematische Übersichtsarbeit <i>Jan Schildmann, Jochen Vollmann</i> .....	71
---	----

Ethikberatung bei Rationierung im Krankenhaus: eine Diskussion erster Schritte <i>Daniel Strech</i> .....	87
---	----

Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethikberatung in der stationären Altenpflege <i>Gisela Bockenheimer-Lucius, Sylvia Sappa</i> .....	107
--	-----

Qualifizierungsprogramm Hannover »Ethikberatung im Krankenhaus« – Konzeption und Ausblick <i>Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Joben Vollmann, Alfred Simon</i> .....	125
---	-----

## Themenfelder Klinischer Ethik

Nicht-invasive pränatale Diagnostik: Prüfstein für die Praxistauglichkeit des Informed-consent-Prinzips? <i>Dagmar Schmitz</i> .....	141
Das präoperative Aufklärungsgespräch: Optimierung durch multimediale Elemente? <i>Johannes Huber, Andreas Ibrig, Mohammed Yass, Beryl Konyango, Markus Hobenfellner</i> .....	157
Patientenverfügungen und ihre Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis <i>Julia Inthorn</i> .....	169
Sedierung am Lebensende: Eckpunkte für einen verantwortungsvollen Umgang <i>Gerald Neitzke, Dietrich Würdehoff, Wolf Diemer, Jutta Müller, Thela Wernstedt</i> .....	185

## Empirische Ethik

Sinn und Grenzen empirischer Forschung in der Medizin- und Bioethik <i>Markus Rothhaar</i> .....	211
Zum Verhältnis von Ethik und Empirie: ein Überblick am Beispiel der Schmerzmedizin <i>Julia Dietrich</i> .....	225

---

## Arzt-Patient-Verhältnis und Selbstverständnis der Heilberufe

Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie kommunikativen Handelns <i>Matthias Kettner, Matthias Kraska</i> .....	243
Das Prinzip der Nichtdirektivität in der humangenetischen Beratung: eine professionssoziologische Kritik <i>Nils B. Heyen</i> .....	261

## Anhang

Stellungnahme der Zentralen Kommission bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin.....	279
Autorinnen und Autoren .....	295
Sachregister.....	299



# Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung

*Gerald Neitzke*

## Klinische Ethikberatung in Deutschland

In den letzten Jahren hat sich der Bereich der Klinischen Ethikberatung in Deutschland deutlich ausgeweitet und professionalisiert (Dörries u.a. 2008). In diesem Zusammenhang wurde eine große Anzahl unterschiedlicher Modelle, Strukturen und Gremien etabliert. Klinische Ethikberatung wird dabei als Überbegriff verwendet für alle Aktivitäten im Rahmen von Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Vollmann 2008). Dieser Beitrag beinhaltet einen systematischen Überblick über die verschiedenen Implementierungsformen. Im Vordergrund der Analyse stehen dabei jeweils die Vor- und Nachteile der einzelnen Modelle und ihr konkreter Beitrag zur moralischen Qualität in der Patientenversorgung. Zunächst soll jedoch kurz die Geschichte der Klinischen Ethikberatung in Deutschland skizziert werden.

Den wahrscheinlich stärksten Impuls zur Implementierung von Ethikkomitees gaben 1997 der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands durch ein gemeinsam herausgegebenes Positionspapier (DEKV/KKVD 1997). Darin wurde den Mitgliedskrankenhäusern empfohlen, Klinische Ethikkomitees (KEK) einzurichten. Dieser Vorschlag basierte auf einer Reihe von internationalen Vorbildern. Bereits in den 1960er Jahren waren in den USA Komitees eingerichtet worden, die über die Vergabe der damals nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Dialysetherapien entschieden. Da die Nicht-Zuteilung eines Dialyseplatzes in den meisten Fällen den Tod des Patienten zur Folge hatte, wurden diese Komitees *Life-or-Death-Committees* genannt. Eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofs von New Jersey aus dem Jahr 1976 im Fall der Komapatientin Karen Ann Quinlan regte darüber hinaus die Einrichtung von beratenden Ethikgremien im Krankenhaus an. Diese Idee wurde 1983 von der President's Commission auf-

gegriffen. In den USA verfügt heute jede größere Klinik über ein Instrument zur Ethikberatung, meist *Healthcare Ethics Committee* (HEC) genannt (Spicker 1998; Fox u.a. 2007).

Im Bereich der Medizinethik wurde aber zunächst eine andere Art von Kommission etabliert und bekannt: Für Forschungsethik wurden seit den 1980er Jahren – entsprechend den Erfordernissen der Deklaration von Helsinki – in vielen Ländern der Welt »Ethikkommissionen« gegründet (Neitzke 2007a). Ethikkommissionen sind für die Begutachtung von Forschungsstudien zuständig, wenn daran Patienten oder gesunde Probanden teilnehmen sollen. Für den Bereich der Klinischen Ethik, also für ethische Herausforderungen in der alltäglichen Patientenversorgung, wie zum Beispiel Therapiebegrenzung am Lebensende, Umgang mit Patientenverfügungen, Schwangerschaftsabbrüche, Organentnahmen zur Transplantation oder Umgang mit extrem früh geborenen Kindern, mussten – quasi komplementär zu den Ethikkommissionen – andersartige Strukturen geschaffen werden. Diese Gremien werden in den meisten Fällen Klinische Ethik-Komitees (KEK) genannt, um eine begriffliche Abgrenzung gegenüber den Ethikkommissionen zu ermöglichen.

Der Aufruf der konfessionellen Krankenhausverbände fand zunächst ein eher geringes Echo. Bis zum Jahre 2000 waren nur wenige Klinische Ethik-Komitees in Deutschland gegründet worden (Simon 2001; Reiter-Theil 2001), darunter auch in einigen kommunalen Kliniken und als Universitätsklinik in der Medizinischen Hochschule Hannover. Der Bedarf für Klinische Ethikberatung war nachweislich hoch (Neitzke 2007b). Bedingt durch viele Einzelinitiativen und durch die Erfordernis, im Rahmen einer Klinikzertifizierung durch KTQ oder proCumCert einen qualifizierten Umgang mit ethischen Konflikten nachweisen zu müssen, erhöhte sich die Zahl der Klinischen Ethikkomitees bis zum Jahr 2005 auf knapp 150. Zusätzlich konnten in weiteren ca. 160 Kliniken andere Einrichtungen zur Ethikberatung nachgewiesen werden, so dass sich fast jedes siebte Krankenhaus in Deutschland explizit mit Klinischer Ethik befasste (Dörries/Hespe-Jungesblut 2007). Seit dieser letzten empirischen Erhebung ist die Anzahl beständig weiter gestiegen.

Die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer im Jahre 2006 zur »Ethikberatung in der klinischen Medizin« erhöhte ebenfalls die Aufmerksamkeit für den Bereich der Klinischen Ethikberatung und machte deren Implementierung zu einem standespolitischen Anliegen der Ärzteschaft. In dem Papier heißt es:



»Die Zentrale Ethikkommission begrüßt die zunehmende Gründung von Klinischen Ethikkomitees und anderer klinischer Ethikberatungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen als praxisrelevanten Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten und fordert Einrichtungen, in denen derartige Strukturen bisher nicht bestehen, zu ihrer Implementierung auf.« (ZEKO 2006: A1707)

Das Positionspapier gibt eine Reihe wichtiger Hinweise auf mögliche Strukturen und Modelle in der Klinischen Ethikberatung.

Parallel zur wachsenden Zahl von Ethikkomitees wurde in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) als zuständiger wissenschaftlicher Fachgesellschaft bereits frühzeitig der Bedarf nach Qualifizierung und Weiterbildung von Mitgliedern von Ethikkomitees oder anderen klinischen Ethikberatern erkannt und artikuliert. Die AG »Ethikberatung im Krankenhaus« wurde gegründet und betreibt heute ihren Internetauftritt unter [www.ethikkomitee.de](http://www.ethikkomitee.de). Diese Plattform dient vor allem der Information und Vernetzung von allen im Bereich der Klinischen Ethikberatung tätigen Personen und Initiativen. Um auf den hohen Weiterbildungsbedarf zu reagieren, wurden mehrere Ausbildungsprogramme in Kooperation mit der AEM begründet: im Jahre 2003 das »Qualifizierungsprogramm Hannover »Ethikberatung im Krankenhaus« (Dörries u.a. 2005) und im Jahre 2005 der Fernlehrgang »Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen« am Klinikum Nürnberg. Die AG Ethikberatung in der AEM hat mittlerweile ein Curriculum für die Weiterbildung von Ethikberatern erarbeitet und publiziert, um einen Beitrag zur Qualitätssicherung bei Fortbildungen im Bereich der Klinischen Ethikberatung zu leisten (Simon u.a. 2005).

Darüber hinaus hat der Autor – wie auch eine Reihe anderer Kolleginnen und Kollegen – bereits einige Dutzend Kliniken bei der Einrichtung eines Ethikkomitees beraten und unterstützt bzw. im Rahmen einer »In-house-Schulung« die Mitglieder von Ethikkomitees weitergebildet. Als Buchpublikation ist für Interessierte seit dem Jahre 2008 der Band *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch* erschienen (Dörries u.a. 2008).

Der chronologische Rückblick sei durch einen kurzen Blick in die Zukunft ergänzt. Als aktuelle und zukünftige Herausforderungen für den Bereich der Ethikberatung sieht der Autor vor allem zwei große Bereiche: Die Ethikberatung in der Altenpflege und -betreuung sowie im Bereich der ärztlichen Praxen, also bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Während im letztgenannten Bereich noch keine offiziellen Aktivitäten zu verzeichnen sind, gibt es für die Altenpflege bereits Engagement und Initiativen (Bockenheimer-Lucius 2007; Neitzke 2004; Steinkamp/Gordijn

2005). Es wurde bereits ein Modell-Curriculum für die Weiterbildung von Ethikberatern in der Altenpflege erarbeitet (Bockenheimer-Lucius/May 2007). Im Rahmen des Qualifizierungsprogramms Hannover wird ab 2009 zusätzlich das Basismodul »Ethikberatung in der Altenpflege« als Kurs angeboten.

## Strukturen und Modelle von Klinischer Ethikberatung

Eine Einrichtung des Gesundheitswesens, die Klinische Ethikberatung anbieten möchte, steht vor einer Reihe von Fragen (vgl. Neitzke 2009). Zielsetzung: Was soll durch das neuartige Angebot erreicht werden (vgl. Fletcher/Siegler 1996)? Aufgaben: Was soll dieses Gremium konkret leisten? Besetzung: Wer soll diese Aufgaben übernehmen (vgl. Neitzke/Sander 2008)? Prozesse/Verfahren: Wie soll die Klinische Ethikberatung konkret vorgehen (vgl. Agich 2001; Heintel u.a. 2006; Kettner 2005)? Implementierung: Welche Strukturen müssen ins Leben gerufen werden? Die hier dargestellten Überlegungen berühren vor allem die letzte Frage. Welche Implementierungsformen, also welche Strukturen und Modelle sind in der Klinischen Ethikberatung sinnvoll und bewährt? In der hier vorgestellten systematischen Übersicht werden folgende Modelle gegeneinander abgegrenzt: Experten-Modelle, Delegations-Modelle, Prozess-Modelle und offenere Modelle von Klinischer Ethikberatung.

Die folgende Darstellung ist getragen von der Überzeugung, dass es keine optimale oder ideale Implementierungsform gibt, die für alle Aufgabenbereiche und klinischen Einrichtungen gleichermaßen gut funktioniert. Es hängt vielmehr vom spezifischen Kontext ab, welche Strukturen sinnvoll und effektiv sein werden. Ein großer, kommunaler Klinikverbund wird andere Bedürfnisse an Klinische Ethikberatung haben als ein kleines katholisches Krankenhaus. Eine Universitätsklinik wird andere Strukturen entwickeln als eine Einrichtung der Altenpflege. Ein Gremium zur Entwicklung von Ethikleitlinien wird anders konzipiert sein als ein Konsildienst für Ethik-Fallberatungen. Die hier systematisch vorgestellten Modelle sollen daher eine Orientierung ermöglichen hinsichtlich der Frage, welche Implementierungsform für die spezifischen Bedingungen und Erfordernisse einer Einrichtung des Gesundheitswesens sinnvoll ist. Alle