

Jochen Vollmann <sup>a</sup>

# Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven

\_ Originalartikel

<sup>a</sup> Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

**Zusammenfassung** \_ English and French abstract see p. 38 & 39

Seit den späten 1990er Jahren sind über 300 Klinische Ethikkomitees und andere Formen klinischer Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern entstanden. Die vorliegende Arbeit gibt im ersten Teil einen aktuellen Überblick über die Entwicklung, Konzepte, Strukturen und Aufgaben von klinischer Ethikberatung im deutschen Gesundheitswesen. Im zweiten Teil werden aktuelle Problemfelder klinischer Ethikberatung, wie z.B. Herausforderungen bei der Implementierung, Zeitmangel, fehlende Transparenz, Glaubwürdigkeit und Prioritätensetzung, professionelle Missverständnisse, Zusammenhänge mit Zertifizierungsverfahren und Abgrenzungen zu fachärztlichen Konsiliardiensten diskutiert. Abschliessend werden aktuelle Trends und mögliche zukünftige Entwicklungen der klinischen Ethikberatung in Deutschland aufgezeigt.

**Schlüsselwörter:** Klinische Ethikberatung; Klinische Ethikkomitees; Klinische Ethik; Organisationsethik; Ethik im Krankenhaus; Deutschland

Unterschiedliche Werthaltungen in westlichen Gesellschaften (Wertpluralismus), die zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin (medizinischer Fortschritt) und der gestiegene Einfluss ökonomischer Faktoren sind wesentliche Faktoren, die zur Entwicklung von Ethikberatungsstrukturen in der klinischen Medizin beitragen. In Deutschland haben sich besonders seit den 1990er Jahren in Krankenhäusern zahlreiche Formen von klinischer Ethikberatung entwickelt. Die am häufigsten realisierte Form sind Klinische Ethikkomitees (KEK), die zum Teil auch als Ethikrat, Ethikausschuss oder Ethikforum bezeichnet werden. Nicht zu verwechseln sind diese neuen Gremien klinischer Ethik mit den seit den 1970er Jahren an den Landesärztekammern und medizinischen Fakultäten arbeitenden Ethikkommissionen, die Voten zu medizinischer Forschung am Menschen im Rahmen der gesetzlichen und standesrechtlichen Regulierungen abgeben. Klinische Ethikkomitees stellen Foren für ethische Probleme in der täglichen Behandlung von Patienten im Krankenhaus, in Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und auch in der teilstationären und ambulanten Medizin dar. Neben der fallbezogenen ethischen Beratung von Ärzten<sup>1</sup> und anderen Mitarbeitern im Krankenhaus sowie von Patienten und Angehörigen erarbeiten sie ethische Leitlinien und bieten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an. Die vorliegende Arbeit gibt einen aktuellen Überblick über Klinische Ethikberatung in deutschen Krankenhäusern und diskutiert wichtige Problemfelder. Dabei nutzt der Au-

tor, soweit vorhanden, empirische Forschungsergebnisse aus Deutschland und greift auf seine Netzwerkkenntnisse, Praxiskontakte und Erfahrungen zurück. Hierzu zählen u.a. die Arbeitsgruppe «Ethikberatung im Krankenhaus» der Akademie für Ethik in der Medizin, das Qualifizierungsprogramm «Ethikberatung im Krankenhaus Hannover» und das European Clinical Ethics Network. Der Autor hat seit 2001 neben zahlreichen ethischen Einzelfallberatungen ca. 30 Krankenhäuser beim Aufbau Klinischer Ethikkomitees beraten und führt regelmässig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durch.

In Deutschland sind KEK insbesondere in Krankenhäusern mit konfessioneller Trägerschaft entstanden, die ca. ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser ausmachen. Den wesentlichen Anstoss zu deren Gründung haben dabei die beiden christlichen Krankenhausverbände gegeben, die 1997 ihre Krankenhäuser zur Gründung von KEK nach amerikanischem Vorbild aufgerufen haben (1). Eine Umfrage unter allen ca. 800 konfessionellen Krankenhäusern im Jahre 2000 ergab, dass 30 Krankenhäuser ein KEK gegründet hatten (2). Seitdem ist deren Zahl in deutschen Krankenhäusern weiter gestiegen. In einer bundesweiten Befragung aller ca. 2.300 deutschen Krankenhäuser im Jahre 2005 antworteten 483 Krankenhäuser (Rücklaufquote: 22%): 312 Krankenhäuser verfügen nach eigenen Angaben über eine Form klinischer Ethikberatung bzw. befinden sich im Aufbauprozess (n=77). An diesen Krankenhäusern arbeiten 149 Klinische Ethikkomitees, 38 Ethikforen bzw. Ethikräte, 15 ethische Konsildienste und 33 sonstige Formen klinischer Ethikberatung (3).

<sup>1</sup> Wegen der gebotenen Kürze und Lesbarkeit wird zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter, hier z.B. Ärztinnen und Ärzte.

Die Entstehung Klinischer Ethikkomitees ist in Deutschland von dezentralen Initiativen in verschiedenen Versorgungskrankenhäusern ausgegangen, die häufig ohne Informationsaustausch und professionelle Beratung entstanden. Hierdurch sind auch die unterschiedlichen Bezeichnungen, Konzepte und Arbeitsformen zu erklären. Einen weiteren fördernden Faktor stellen die Zertifizierungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung von Institutionen im Gesundheitswesen dar, die das Vorhandensein von klinischen Ethikberatungsstrukturen als qualitätsfördernden Faktor honorieren. Erst in den letzten Jahren haben sich auch an deutschen Universitätskliniken Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatungsdienste verstärkt entwickelt. Nach einer aktuellen Expertenbefragung bestehen an den insgesamt 36 Universitätskliniken 26 Klinische Ethikkomitees oder ethische Beratungsdienste und 11 Universitätskliniken bzw. medizinische Fakultäten haben hierfür Wissenschaftlerstellen geschaffen (4).

### Konzepte und Strukturen

In der Praxis findet sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Formen, klinisch-ethische Strukturen in Krankenhäusern zu institutionalisieren. Daher gibt es kein Standardmodell für ein Klinisches Ethikkomitee, das für alle Einrichtungen gültig ist.

Die Zusammensetzung eines Klinischen Ethikkomitees sollte die Vielfalt der unterschiedlichen Arbeitsbereiche einer Institution widerspiegeln; gleichzeitig darf es nicht zu gross werden, um arbeitsfähig zu sein. In der Praxis hat sich eine Grösse von 7–20 Mitgliedern als sinnvoll erwiesen. Die Mitglieder sollen ein möglichst breites Spektrum der Arbeitsfelder und Berufsgruppen widerspiegeln, ohne sich als Interessenvertreter einzelner Berufsgruppen zu verstehen. Für eine ergänzende Expertise können externe Mitglieder (z.B. Juristen, Theologen, Bürger- bzw. Patientenvertreter) berufen werden. Innerhalb der einzelnen Berufsgruppen sind auch die unterschiedlichen Hierarchiestufen und Tätigkeitsmerkmale zu berücksichtigen. Die Krankenhausleitung sollte die Arbeit des KEK z.B. durch entsprechende Arbeitszeitregelung, Fortbildungen, Sachmittel etc. unterstützen. Die Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit des Gremiums muss durch die personelle Zusammensetzung und die organisatorische Stellung innerhalb der Institution gewährleistet sein. Durch breite Vernetzung und Akzeptanz kann wirkungsvoll deutlich gemacht werden, dass es sich bei der Implementierung von Ethik-Strukturen nicht um die Delegation von ethischer Verantwortung an ein «Fachgremium» handelt, sondern dass durch die Arbeit eines KEK die ethische Sensibilisierung und Kompetenz aller Mitarbeiter gefördert werden soll.

Klinische Ethikkomitees werden in Deutschland häufig auf Initiative der Geschäftsführung im Rahmen von Zertifizierungsprozessen gegründet. Diese Initiative «von oben» (Top-

down-Modell) hat den Vorteil, dass von verantwortlicher Stelle Strukturrentscheidungen getroffen und zielorientiert umgesetzt werden. In anderen Fällen geht die Initiative primär von engagierten Mitarbeitern aus, die «von unten» einen Bedarf an regelmässigem Austausch über ethische Probleme sehen (Bottom-up-Modell). Dieser Weg hat den Vorteil, dass am Ort der ethischen Entscheidungsfindung bereits Aktivitäten und Kompetenz versammelt sind, die für die Akzeptanz eines Klinischen Ethikkomitees von zentraler Bedeutung sind. Zu einer erfolgreichen Gründung eines KEK müssen beide Wege zusammenkommen: Ohne die Unterstützung der Geschäftsleitung wird kein KEK im Krankenhaus erfolgreich arbeiten können, ohne das Engagement und die Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem KEK wird es in der Realität des Krankenhausalltages keine wirkliche Rolle spielen. Unzureichende und nicht klar artikulierte Unterstützung in diesen Bereichen stellt den Hauptgrund für verzögerte oder gescheiterte Implementierung von KEK in deutschen Krankenhäusern dar.

Zum Verständnis von Ziel und Struktur Klinischer Ethikkomitees ist es hilfreich, zwischen der Organisationsebene und der fallbezogenen Ebene zu unterscheiden, die im Klinischen Ethikkomitee zusammentreffen. Auf der fallbezogenen Ebene steht die Behandlung, Pflege und Versorgung des einzelnen Patienten im Mittelpunkt. Hier geht es um konkrete Entscheidungen und ethische Konflikte im Einzelfall, die von Ärzten, Pflegenden und anderen Gesundheitsberufen im Alltag auf Station zu bewältigen sind. Wenn über Ethik im Krankenhaus gesprochen wird, herrscht diese fallbezogene Ebene in der Regel in der Gruppe der Gesundheitsberufe vor. Durch ethische Einzelfallberatung und Fallbesprechungen auf Station kann ein KEK hier einen wichtigen Beitrag leisten, um die Mitarbeiter zu unterstützen und die Patientenversorgung zu verbessern. Dagegen hat die Organisationsebene primär das Krankenhaus als Institution im Blick. Hierbei geht es um Strukturen, Organisations- und Personalentwicklung, ökonomische und juristische Fragen. Auf der Organisationsebene arbeiten die Krankenhausleitung, das Management, Juristen und Ökonomen, die das Krankenhaus als Ganzes mit Corporate Identity und Qualitätssicherung im Blick haben und die Stellung des Krankenhauses im sich schnell ändernden Krankenhausmarkt in Deutschland sichern müssen. Entscheidungen auf der Organisationsebene haben im Krankenhaus häufig indirekten Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten von einzelnen Patienten.

Bei der Gründung eines KEK müssen Ziel und Aufgabenstellung festgelegt werden, denn ethische Fragestellungen entstehen auf allen Ebenen einer Institution und können sich auch indirekt auf die Patientenversorgung auswirken. In Deutschland hat es sich durchgesetzt, von *Klinischen* Ethikkomitees zu sprechen, wenn die Arbeitsaufgabe klar den Fokus auf unmittelbare klinische Fragestellungen hat. Hierzu gehören die unten aufgeführten Aufgabenbereiche Ethikberatung, Leitlinienentwicklung sowie Fort- und Weiterbildung. Ein KEK kann nicht Aufgaben von Personalrat, Mitarbeitervertretung, psychosozialer Beratung etc. übernehmen. Ethische Konflikte im Bereich des Arbeitsrechts, des Mobbing,

Spannungen zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung, Aspekte der übergeordneten Unternehmensentwicklung und des Managements sowie Fragen der Verteilungsgerechtigkeit auf Makroebene gehören nicht zu den primären Aufgaben eines Klinischen Ethikkomitees. Hierfür werden in der Literatur Organisations-Ethikkomitees vorgeschlagen, die speziell in übergeordneten Fragen der Unternehmensentwicklung das Management und die in der Institution Verantwortlichen ethisch beraten und eine dieser Aufgabe entsprechende Legitimierung, Zusammensetzung und Arbeitsweise haben. In deutschen Krankenhäusern sind Organisationsethikkomitees wenig verbreitet, allenfalls nehmen Ethikbeiräte von Vorstand oder Geschäftsleitung diese Aufgaben teilweise wahr.

Neben den bereits erwähnten KEK an einzelnen Krankenhäusern zeichnet sich in Deutschland eine neue Entwicklung von Ethikberatungsstrukturen in grösseren Krankenhausverbänden ab. Diese entstehen zunehmend durch die ökonomisch motivierte Fusion von früher unabhängigen und z.T. geographisch weit auseinander liegenden Krankenhäusern zu Krankenhausverbänden und Holdings. Hier finden sich in der Praxis häufig drei Ebenen der Institutionalisierung: Auf der übergeordneten Trägerebene befindet sich ein Gesamt-Ethikkomitee oder Ethik-Forum für ethische Grundsatzfragen, Corporate Identity und Fortbildungen, die den gesamten Verbund betreffen. Auf der Ebene des jeweiligen Krankenhausstandortes arbeitet ein Klinisches Ethikkomitee und für die aufsuchende Ethikberatung vor Ort existiert eine aufsuchende bzw. mobile klinische Ethikberatung.

## Aufgaben

Zu den Aufgaben eines Klinischen Ethikkomitees gehören die klinische Ethikberatung im Einzelfall, die Leitlinienentwicklung sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in klinischer Ethik (5–8). In der Praxis wird die Arbeit des KEK häufig auf die ethische Einzelfallberatung verengt. Zwar kann durch die klinische Ethikberatung eine direkte und praxisrelevante Hilfestellung im Einzelfall gegeben werden. Mit klinischer Ethikberatung allein werden jedoch nur sehr wenige Einzelfälle im Krankenhaus erreicht. Daher ist es wichtig, neben der Einzelfallberatung auch Leitlinienentwicklungen sowie Fortbildungsveranstaltungen anzustreben, mit denen längerfristig, wenn auch indirekt, mehr Patienten und Mitarbeiter erreicht werden. Daher sollte ein KEK langfristig alle drei Aufgabenbereiche abdecken, die schrittweise aufgebaut und entwickelt werden müssen. Hierbei können entstehende Synergieeffekte genutzt und ein nachhaltiger Veränderungsprozess der Kultur eines Krankenhauses erreicht werden. Die drei Aufgabenbereiche werden im Folgenden detailliert dargestellt.

## Klinisch-ethische Einzelfallberatung

Jede Form von Ethikberatung, auch durch ein Klinisches Ethikkomitee, findet nur auf Wunsch der Betroffenen statt. Klinische Ethikberatung soll eine Unterstützung bei moralischen Konflikten im Einzelfall darstellen, wobei die Berufsgruppen immer ihre Verantwortung und ihre Entscheidungsfreiheit behalten. Daher ist auch das Votum eines Klinischen Ethikkomitees nur ein Beratungsergebnis, aber niemals eine Handlungsanweisung. Ethische Verantwortung und Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte kann nicht an Dritte, auch nicht an ein Beratungsgremium, delegiert werden.

Eine klinische Ethikberatung kann vom Ethikkomitee, einer Arbeitsgruppe des Komitees oder von einem professionellen klinischen Ethikberater durchgeführt werden.

Modelle Klinischer Ethikberatung:

- Klinisches Ethikkomitee
- Arbeitsgruppe des KEK
- Klinischer Ethikberater

Das letztgenannte Modell wird in Deutschland von wenigen Krankenhäusern, überwiegend Universitätskliniken, angeboten, die hauptberufliche klinische Ethiker beschäftigen (9). Der professionelle Medizinethiker stellt in der Ethikberatung seine ethische Fachexpertise zur Verfügung und kann als Aussenstehender die klinische Ethikberatung moderieren. Dabei erhält das anfragende Stationsteam durch einen Ethikexperten direkte und möglichst zeitnahe Unterstützung. Die durch einen Medizinethiker moderierten Fallbesprechungen auf Station können auch einen Fort- und Weiterbildungseffekt im Krankenhaus haben und eine weitergehende Implementierung klinisch-ethischer Strukturen im Krankenhaus unterstützen.

In der ursprünglichen Form der Ethikberatung durch ein Klinisches Ethikkomitee bringen die Mitglieder des Behandlungsteams eine konflikthafte ethische Entscheidungssituation vor das Klinische Ethikkomitee des Krankenhauses. Nach Schilderung des Falles und eingehender Beratung formuliert das Klinische Ethikkomitee für den vorliegenden Fall ein ethisches Votum. Die Beratung durch ein Ethikkomitee ermöglicht, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen moralischen Perspektiven der KEK-Mitglieder aus unterschiedlichen Berufsgruppen in den Beratungsprozess einfließt. Es hat sich jedoch als Nachteil erwiesen, dass diese Form von Beratung aufgrund der Grösse des Komitees häufig nicht zeit- und ortsnah durchgeführt werden kann. In der klinischen Praxis müssen Behandlungsentscheidungen häufig kurzfristig getroffen werden, so dass der nächste Sitzungstermin des Klinischen Ethikkomitees nicht abgewartet werden kann. Weiterhin tagt das Klinische Ethikkomitee in einem Sitzungsraum örtlich getrennt von der Station als Entscheidungsort, so dass nur wenige Team-Mitglieder an der KEK-Sitzung teilnehmen können. Auch symbolisch ist es ein Unterschied, ob die klinischen Ethikberater auf Station kommen oder Teammitglieder vor ein Gremium treten müssen. In diesem Modell haben Ärzte häufig das Gefühl, sich vor

einem «ethischen Gericht» oder «Tribunal» für ihre Entscheidung und ihr ärztliches Handeln rechtfertigen zu müssen (Tribunalmissverständnis).

In der Praxis hat sich die aufsuchend ethische Einzelfallberatung durch eine feste Arbeitsgruppe des Klinischen Ethikkomitees bewährt. Bei dieser Arbeitsweise steht nicht ein formales Votum eines Komitees im Vordergrund, sondern der gleichberechtigte Diskussions- und Entscheidungsfindungsprozess, der von den verantwortlichen Gesundheitsberufen mit Hilfe der Moderatoren der Ethikberatung selber geleistet wird. Hierbei übernimmt ein Mitglied der Arbeitsgruppe Ethikberatung des KEK die Moderation der Fallbesprechung auf Station, ein anderes in der Regel die Co-Moderation bzw. die Protokollführung. In der Praxis wird häufig kein formales Votum formuliert, sondern die Ethikberater fördern zusammen mit dem Behandlungsteam durch Moderation und Ethikexpertise den Beratungs- und Entscheidungsprozess (6 – 8). Die Ergebnisse der Ethikberatung sollen schriftlich dokumentiert werden. Klinische Ethikberatung kann keine Patentlösungen anbieten oder als das «ethische Gremium» dem Behandlungsteam die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis abnehmen. Alle Beteiligten unterliegen bei der Ethikberatung der Schweigepflicht. Da während einer Ethikberatung patientenbezogene Informationen diskutiert werden, ist es empfehlenswert, den Patienten über die Ethikberatung zu informieren und seine Einwilligung einzuholen (10).

#### Leitlinienentwicklung

Für häufig auftretende ethische Problemfelder sowie für übergeordnete ethische Fragestellungen sind krankenhausinterne Leitlinien hilfreich. Diese werden in der Regel von einer dafür eingesetzten thematischen Arbeitsgruppe des KEK erarbeitet, an der auch fachkundige Personen teilnehmen können, die nicht dem KEK angehören. Die Leitlinien sind praxisnah und konkret auf die Verhältnisse in der eigenen Institution zugeschnitten und konkretisieren damit die gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien z.B. der Bundesärztekammer sowie wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Neben dem Leitlinientext soll eine in der Praxis umsetzbare Form der Dokumentation (z.B. Checkliste, Dokumentationsbogen) erarbeitet werden. Häufige Themenbereiche von ethischen Leitlinien sind in deutschen Krankenhäusern der Verzicht auf Herz-Lungen-Wiederbelebung, Therapieabbruch auf Intensivstationen, Sterben im Krankenhaus, Umgang mit Patientenverfügungen und PEG-Sonden. Hohe Sachkompetenz und kontinuierliche Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen und Stellen sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreichen Leitlinienentwicklung und -implementierung. Alle Leitlinien werden vom Klinischen Ethikkomitee verabschiedet, von der Geschäftsführung des Krankenhauses in Kraft gesetzt und gelten für alle Berufsgruppen des Krankenhauses.

#### Fort- und Weiterbildung

Eine häufig unterschätzte Bedeutung für die klinisch-ethischen Strukturen im Krankenhaus haben Fort- und Weiterbildungsangebote zu ethischen Themen. Da in der Ausbildung der Gesundheitsberufe Ethik häufig nur am Rande eine Rolle spielt, besteht hier ein grosser Fortbildungsbedarf. Dieses gilt nicht nur für die KEK-Mitglieder, sondern für alle Mitarbeiter des Krankenhauses. Durch regelmässige Veranstaltungen wie z.B. Ethiktag, Ethik-Cafe, Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen sowie Mitarbeiterworkshops kann ein wichtiger Beitrag zur ethischen Fortbildung geleistet werden. Daneben können ethische Themenangebote in bestehende Fortbildungsstrukturen der einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus, wie z.B. die ärztlichen Weiter- und Fortbildungstermine oder das Fortbildungsprogramm der Pflege, integriert werden. Mitglieder des KEK können selbst als Multiplikatoren für ethische Fragestellungen im Krankenhaus wirken. Dadurch erhöhen sie gleichzeitig den Bekanntheitsgrad sowie die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit des KEK und machen deutlich, dass Ethik alle Mitarbeiter angeht und nicht an ein Komitee delegiert werden soll. Insbesondere retrospektive Fallbesprechungen auf Station eignen sich als Einstieg in eine praxisnahe Ethikfortbildung.

In den vergangenen Jahren ist in Deutschland die überregionale Fortbildung weiterentwickelt und professionalisiert worden: Zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Arbeit von Klinischen Ethikkomitees hat die Arbeitsgruppe «Ethikberatung im Krankenhaus» der Akademie für Ethik in der Medizin ein Curriculum erarbeitet, in dem Zielsetzung und Inhalte der Fortbildung von Gesundheitsberufen in klinischer Ethikberatung formuliert wurden. Es wird eine Aufteilung in einen Grundkurs sowie in themen- bzw. methodenorientierte Aufbaukurse vorgeschlagen. Inhalte des Grundkurses sind: Grundlagen von Ethik und Recht, Organisation und Organisationsethik, Formen, Aufgaben und Methodik von ethischer Einzelfallberatung. Themen für inhaltliche Aufbaukurse sind z.B. Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung, Aufklärung und Einwilligung des Patienten, Umgang mit Patientenverfügungen, Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, Umgang mit Früh- und Neugeborenen etc. Praxisrelevante Themen für methodische Aufbaukurse sind die Moderation ethischer Falldiskussionen, die Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie die Entwicklung von ethischen Leitlinien (11).

An diesem Curriculum orientiert sich das «Qualifizierungsprogramm Hannover», das seit 2003 von den Kooperationspartnern Akademie für Ethik in der Medizin, Zentrum für Gesundheitsethik Hannover, Medizinische Hochschule Hannover und Ruhr-Universität Bochum durchgeführt wird (12, 13). Bisher wurden ca. 260 Teilnehmer aus Deutschland und benachbarten Ländern fortgebildet, davon waren 29% Ärzte, 38% Pflegepersonal, 21% Klinikseelsorger und 12% kamen aus anderen Gesundheitsgruppen, wie z.B. Psychologie, Recht, Sozialarbeit etc. Die Gesamtbewertung sowohl des Inhalts der Kurse als auch der didaktischen Vermittlung wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Abschlussevaluation zu jeweils über 95% mit «sehr gut» oder

«gut» vorgenommen. In Kooperation mit der Akademie für Ethik in der Medizin wird weiterhin ein Fernlehrgang «Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen» vom Zentrum Kommunikation, Information und Bildung des Klinikums Nürnberg angeboten ([www.cekib.de](http://www.cekib.de)). Zur deutschlandweiten Vernetzung von Klinischen Ethikkomitees sowie zum Informations- und Erfahrungsaustausch wurde eine Internetplattform «Ethikberatung im Krankenhaus. Internetportal für klinische Ethikkomitees, Konsiliar- und Liaisondienste» im Jahre 2005 eingerichtet ([www.ethikkomitee.de](http://www.ethikkomitee.de)).

### Problemfelder

Bei der Implementierung und Arbeit von Klinischen Ethikkomitees entstehen mitunter Widerstände oder es werden Fehler gemacht, die eine erfolgreiche Ethikberatungsarbeit behindern: Ein häufiger Einwand ist die hohe Arbeitsbelastung im Krankenhaus, die für Ethikberatung keine Zeit lassen würde. In der Tat ist eine ethische Einzelfallberatung mit ca. 45 Minuten relativ aufwendig. Auf der anderen Seite werden in der Praxis im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl nur wenige ethische Einzelfallberatungen durchgeführt (z.B. in einem Krankenhaus mit 1000 Betten lediglich 24–36 Beratungen/Jahr!). Diese Einzelfallberatungen haben häufig exemplarischen Charakter und einen hohen Fortbildungswert für das Behandlungsteam. Für zukünftige ähnliche ethische Fragestellungen erübrigt sich dann eine Einzelfallberatung. Weiterhin gehen ethische Probleme im Stationsteam häufig mit ungeklärten Kommunikationsproblemen und unerschwelligen Konflikten einher, die die Arbeit blockieren und alle Beteiligten viel Zeit und Kraft kosten. In diesen Situationen kann durch ethische Expertise und Moderationskompetenz in einer klinischen Ethikberatung nicht nur inhaltlich geholfen, sondern langfristig für das Team Zeit gespart und Konflikte gemindert werden.

Besonders von ärztlicher Seite wird mitunter befürchtet, dass durch ein KEK ihre persönliche Beziehung zum Patienten und ihre Therapiefreiheit beeinträchtigt würden. Für ihre ärztlich-ethischen Entscheidungen müssten sie sich fortan vor dem KEK rechtfertigen, das als Gremium die individuellen Besonderheiten des Einzelfalls gar nicht kennen könne (14). Diese verbreitete Befürchtung von Ärzten beruht häufig auf unzureichenden Kenntnissen über Aufgabe und Arbeitsweise von dem KEK. Jede Ethikberatung findet nur auf Anforderung der Betroffenen als Beratung statt, ohne die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis des behandelnden Arztes einzuschränken (14, 15). Meistens gibt ein KEK als praxisfernes Gremium kein Votum «vom grünen Tisch» ab (Tribunalmissverständnis), sondern wenige KEK-Mitglieder suchen die Station auf und nehmen am Diskussionsprozess im Behandlungsteam teil. Allerdings sind dabei alle Beteiligten, auch die Ärzte, gefordert, ihre Sicht mittels ethischer Argumente zu kommunizieren und anderen Berufsgruppen deutlich zu machen. Dass hierdurch die ärztliche Entscheidungsfreiheit oder eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigt wird, erscheint nicht überzeugend.

In den vergangenen Jahren sind Gesundheitsberufe in deutschen Krankenhäusern mit zunehmenden Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben belastet worden. Daher ist eine weit verbreitete Abwehr von neuen Gremien, bürokratischen Aufgaben und «Papierkrieg» verständlich. In einer bundesweiten Befragung befürworteten z.B. die Ärztlichen und Pflegedirektoren deutscher Universitätskliniken medizinethische Fortbildungen und Leitlinienentwicklung, nicht jedoch die Einrichtung von Gremien, wie z.B. Klinische Ethikkomitees, die diese Arbeit im Krankenhausalltag leisten (16). Diesem offensichtlichen Widerspruch wird man in der Praxis mit einer besseren Information über die Möglichkeiten klinischer Ethikberatung begegnen müssen. Letztlich liegt es an den Verantwortlichen im Krankenhaus, welche Priorität sie der ethischen Reflexion und Beratung in ihrem Krankenhaus einräumen. Dieses setzt die Gewährung professioneller Freiräume für die Beschäftigten im Krankenhausalltag voraus. Werden diese für Beratung und Handlung unabdingbaren Freiräume z.B. durch Arbeitsüberlastung der Gesundheitsberufe oder einseitige Ökonomisierung aller Bereiche des Krankenhauses zerstört, kann das Bemühen um ethische Entscheidungen bei den Mitarbeitern in Verweigerung, Rückzug und Zynismus umschlagen.

Wenn im Krankenhaus der Eindruck entsteht, dass ein KEK den Mitarbeitern «von oben» verordnet wird, besteht meist ein Missverhältnis zwischen Initiative der Geschäftsleitung (Top-down-Model) und Bedürfnis, Akzeptanz und Glaubwürdigkeit auf Mitarbeiterseite (Bottom-up-Model). Praxiserfahrungen zeigen, dass KEK, die einseitig von der Geschäftsführung unter Zeitdruck im Rahmen von Zertifizierungsverfahren eingerichtet wurden, häufig keine positive Wirkung im Krankenhaus entfalten. Solche «Mogelpackungen auf Hochglanzpapier» fördern vielmehr die Skepsis der Mitarbeiter und beeinträchtigen die Glaubwürdigkeit von KEK und Unternehmensleitung. Auf der anderen Seite gibt es positive Beispiele von KEK, deren Gründung zwar im Rahmen von Zertifizierungsverfahren von der Geschäftsleitung angestoßen wurden, bei denen diese Initiativen von Mitarbeitern glaubwürdig mit Leben gefüllt wurden, und die Bedürfnisse «von unten» berücksichtigen. Unabdingbar für eine erfolgreiche Arbeit jedes KEK sind Glaubwürdigkeit, Akzeptanz, Kompetenz und Unabhängigkeit seiner Mitglieder.

In der klinischen Praxis wird in medizinethischen Konfliktsituationen häufig ein Konsiliar/Liaison-Psychiater konsultiert, da von ihm als Vertreter einer biopsychosozialen Medizin ein ganzheitlicher Zugang zum Patienten erwartet wird. Trotz der offensichtlichen Überlappungen ist eine fehlende Differenzierung von ethischen und psychiatrischen/psychosomatischen Fragestellungen mit der Gefahr verbunden, dass ein primär ethisches Problem maskiert und psychiatrisiert oder das Vorliegen einer behandelbaren psychischen Störung als ethische Konfliktsituation verkannt wird.

Ein Konsiliarpsychiater besitzt als Facharzt diagnostische, therapeutische und prognostische Kompetenz und trägt hierfür persönlich die ärztliche Verantwortung (Delegation ärztlicher Verantwortung im fachärztlichen Konsil). Dem gegenüber liegt die Aufgabe eines klinischen Ethikers in der

Identifizierung und Analyse von ethischen Fragen und Konflikten. Hierzu benötigt er eine professionelle Ausbildung in philosophischen und medizinethischen Grundlagen und ihrer Anwendung in konkreten Situationen sowie Kommunikations- und Moderationskompetenz. Aufgrund des normativen Charakters einer ethischen Konfliktsituation kann die Verantwortung für die zu treffende Entscheidung allerdings nicht auf den klinischen Ethiker übertragen werden, sondern sie verbleibt bei den für die Behandlung Verantwortlichen (17). Zur sprachlichen Unterscheidung sollte daher nicht in Anlehnung an das fachärztliche Konsil von einem «Ethikkonsil» bzw. einem «Ethikkonsildienst», sondern besser von einer Ethikberatung gesprochen werden. In Deutschland können bisher Leistungen der klinischen Ethikberatung von Ärzten und Krankenhäusern nicht bei den Krankenkassen abgerechnet werden.

### Ausblick

Zusammenfassend hat die Anzahl klinischer Ethikberatungsstrukturen in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland deutlich zugenommen. Während anfangs die Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft in Deutschland die Vorreiterrolle inne hatten, haben in den letzten Jahren auch grosse Klinikverbände und Universitätskliniken Klinische Ethikkomitees und Ethikberatungsdienste, zum Teil mit hauptamtlichem Personal, eingerichtet. Strukturierte Curricula und Fortbildungsangebote (z.B. in Kooperation mit der Akademie für Ethik in der Medizin), eine bundesweite Vernetzung über eine Internetplattform und Empfehlungen (z.B. der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer) haben zu einer Professionalisierung des Feldes beigetragen. Bei der Einzelfallberatung ist ein Trend von der Beratung durch ein Klinisches Ethikkomitee mit einem abschliessenden Votum hin zur ethischen Einzelfallberatung durch eine mobile Ethikberatung «vor Ort» mit Schwerpunkt auf Moderation eines ethischen Entscheidungsfindungsprozesses im Behandlungsteam festzustellen. Aus seiner klinischen Ethikberatungstätigkeit in Krankenhäusern und aus Fortbildungsveranstaltungen gewinnt der Autor den Eindruck, dass der diesbezügliche Informations- und Erfahrungsstand von Ärzten, Pflegenden und anderen Gesundheitsberufen in deutschen Krankenhäusern in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Eine interessante Ausnahme von der deutlichen Zunahme klinischer Ethikberatungsangebote stellt die in Deutschland gegenwärtig am stärksten wachsende Gruppe von Krankenhäusern in privatwirtschaftlicher Trägerschaft dar. Diese besitzen zwar langjährige und hochentwickelte Qualitätssicherungsstrukturen, ganz überwiegend jedoch keine klinisch-ethischen Beratungsstrukturen.

Im deutschen Recht sind Fragen des professionellen sowie

standesrechtlichen Status von klinischer Ethikberatung sowie Fragen der Schweigepflicht und der Einbeziehung von Patienten, Angehörigen und Externen bisher nicht abschliessend beantwortet (10, 18, 19).

Zukünftig werden in Deutschland die Angebote klinischer Ethikberatung in Krankenhäusern, aber auch in Pflegeheimen, in denen gegenwärtig hoher ethischer Beratungs- und Fortbildungsbedarf besteht (20), weiter zunehmen. Die häufigste Form der Ethikberatung stellen Klinische Ethikkomitees mit flexiblem Einzelfallberatungsangebot dar. Die Fortbildungsangebote werden weiter wachsen, wobei neben den Grundlagenkursen zunehmend fachspezifische Angebote, z.B. über klinische Ethikberatung in der Kinderheilkunde, Perinatalmedizin oder Psychiatrie, entstehen. Eine grosse Herausforderung stellt die Evaluation und Begleitforschung der neuen und komplex wirkenden Ethikberatungsformen dar, zu der bisher kaum Studien in Deutschland durchgeführt wurden. Diese Aufgabe kann nur multizentrisch z.B. durch Kooperation der Mitglieder der Arbeitsgruppe der Akademie oder auf europäischer Ebene im Rahmen des European Clinical Ethics Network (ECEN) geleistet werden.

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass er sich hinsichtlich dieses Artikels in keinem Interessenskonflikt befindet.

### Abstract

#### Health care ethics committees and clinical ethics consultation in Germany: Current development and future perspectives

Since the late 1990s more than 300 health care ethics committees and other forms of clinical ethics consultation were founded in German hospitals.

The first part of this article gives an overview of this development. Current concepts, structures and tasks of clinical ethics consultation in German hospitals are discussed.

In the second part, current key problems of clinical ethics consultation in the context of German hospitals are identified: including challenges in implementation, lack of time, limited transparency, credibility and priority setting, professional misunderstanding, certification procedures, and differentiation from specialized medical consultation.

Finally, current trends and possible future developments of health care ethics committees in Germany are outlined.

## Résumé

### Comités et consultation d'éthique clinique en Allemagne: développement actuel et perspectives futures

Depuis la fin des années 1990, plus de 300 comités d'éthiques, et autres consultations d'éthique clinique, ont été fondés dans des hôpitaux d'Allemagne.

La première partie de cet article décrit ce développement, et commente les concepts actuels, structures et tâches de la consultation d'éthique clinique dans les hôpitaux allemands. La deuxième partie identifie les problèmes centraux de la consultation d'éthique clinique dans le contexte des hôpitaux allemands. Ils comprennent les obstacles lors de la mise en application, le manque de temps, des limites dans la transparence, la crédibilité, et le choix des priorités, les malentendus professionnels, les procédures de certification, et la différenciation de la consultation d'éthique par rapport aux consultations médicales spécialisées.

Finalement, les trends actuels et les possibles développements futurs des comités d'éthique clinique en Allemagne sont esquissés.

## Korrespondenz

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann  
Institut für Medizinische Ethik und  
Geschichte der Medizin  
Ruhr-Universität Bochum  
Markstrasse 258a  
D-44799 Bochum

e-mail: jochen.vollmann@ruhr-uni-bochum.de

Eingang des Manuskripts: 18.12.2007

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 13.02.2008

Annahme: 26.03.2008

## Literatur

1. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. Ethik-Komitee im Krankenhaus. Berlin Freiburg: Selbstverlag; 1997.
2. Simon A. Ethics committees in Germany: An empirical survey of Christian hospitals. HEC Forum. 2000; 13: 225 – 31.
3. Dörries A, Hesse-Jungesblut K. Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer Bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. Ethik in der Medizin. 2007; 19: 148 – 56.
4. Vollmann J. Ethikberatung an deutschen Universitätskliniken. Empirische Ergebnisse und aktuelle Entwicklungen. In: May A, Gross D, Hrsg., Klinische Ethikberatung in Universitätskliniken. Münster: LIT; 2008.
5. Neitzke G. Ethik im Krankenhaus: Funktion und Aufgaben eines Klinischen Ethik-Komitees. Ärzteblatt Baden-Württemberg. 2003 (4): 175 – 8.
6. Steinkamp N, Gordijn B. Ethik in der Klinik und Pflegeeinrichtungen. Ein Arbeitsbuch. Neuwied: Luchterhand; 2005.
7. Wernstedt T, Vollmann J. Das Erlanger Klinische Ethikkomitee. Organisationsethik an einem deutschen Universitätsklinikum. Ethik in der Medizin. 2005; 17: 44 – 5.
8. Vollmann J, Weidtmann A. Das klinische Ethikkomitee des Erlanger Universitätsklinikums. Institutionalisierung, Arbeitsweise, Perspektiven. Ethik in der Medizin. 2003; 15: 229 – 38.
9. Gerdes B, Richter G. Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J.C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA. Ethik in der Medizin. 1999;11 (4): 249 – 61.
10. Zentrale Ethikkommission. Ethikberatung in der Medizin. 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. Deutsches Ärzteblatt. 2006; 103 (24): 1703 – 7.
11. Simon A, May A, Neitzke G. Curriculum «Ethikberatung im Krankenhaus». Ethik in der Medizin. 2005; 4: 322 – 8.
12. Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, Hrsg. (im Druck) Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.
13. Dörries A, Simon A, Neitzke G, Vollmann J. Ethikberatung im Krankenhaus. Qualifizierungsprogramm Hannover. Ethik in der Medizin. 2005; 4: 327 – 31.
14. Dörries A. Mixed feelings: physicians' concerns about clinical ethics committees in Germany. HEC Forum. 2003 Sep; 15 (3): 245 – 57.
15. Vollmann J. Healthcare ethics committees in Germany: the path ahead HEC Forum. 2001; 13: 255 – 64.
16. Vollmann J, Burchardi N, Weidtmann A. Klinische Ethikkomitees an deutschen Universitätskliniken. Eine Befragung aller Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2004 May 28; 129 (22): 1237 – 42.
17. Bauer A, Vollmann J. Ethische Fragen in der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Arolt V, Diefenbacher A, Hrsg. Psychiatrie in der klinischen Medizin Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff; 2004. p. 211 – 22.
18. Neitzke G. Confidentiality, secrecy, and privacy in ethics consultation. HEC Forum. 2007 Dec; 19 (4): 293 – 302.
19. Schmidt KW, Frewer A. Current Problems of Clinical Ethics: Confidentiality and End-of-Life Decisions – Is Silence Always Golden? HEC Forum. 2007 Dec; 19 (4): 273 – 6.
20. Bockenheimer-Lucius G. Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA). Ethik in der Medizin. 2007; 19 (4): 320 – 30.