



Jahrestagung 2008

Klinische Ethik

**Tagungsprogramm
und Abstracts**

Bochum, 25.09.–27.09.2008

**in Zusammenarbeit mit der
Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der
Medizin der Ruhr-Universität Bochum
und dem Zentrum für Medizinische Ethik Bochum**

Tagungsprogramm

Donnerstag, 25.9.2008

15.30 – 17.45 Uhr

Mitgliederversammlung der AEM

18.00 – 20.00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung

18.00 – 18.30 Uhr

Verleihung des Nachwuchspreises

18.30 – 20.00 Uhr

Medizinethik im Film

Dr. Kurt Schmidt, Frankfurt am Main

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast, Gießen

Abendessen im Restaurant Tierpark's,
Klinikstraße 51, Bochum

Freitag, 26.9.2008

09.00 – 09.30 Uhr

Eröffnung und Grußworte

Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Präsidentin
der AEM, Göttingen

Prof. Dr. Elmar Weiler, Rektor der Ruhr-
Universität Bochum

09.30 – 09.40 Uhr

Einführung in das Tagungsthema

Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann, Bochum

09.40 – 12.00 Uhr

Plenarsitzung 1

Moderation: Prof. Dr. Claudia Wiesemann,
Göttingen

09.40 – 10.30 Uhr

*Formen und Strukturen klinischer
Ethikberatung*

Dr. Gerald Neitzke, Hannover

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause

11.00 – 12.00 Uhr

Bioethics Mediation

Prof. Dr. Nancy Dubler, New York

12.00 – 13.30 Uhr

Mittagessen

13.30 – 15.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Wissenschaftliche Vorträge:

S1: Ethikberatung I

Boldt: *Was bedeutet es, Ethik
anzuwenden? Eine Typologie der
Erwartungen an klinische Ethikberatung*

Greß-Heister: *Implementierung von
Strukturen klinischer Ethik durch
Qualitätsmanagement-Systeme*

Schildmann, Vollmann: *Evaluation
klinischer Ethikberatung: Eine*

*systematische Übersichtsarbeit zur
Methodik und Zielkriterien empirischer
Studien*

S2: Ethische Fragen am Lebensanfang

Schmitz: *Nicht-invasive pränatale
Diagnostik (NIPD) – Prüfstein für die
Praxistauglichkeit des Informed-consent-
Prinzips?*

Schäfer, Groß: *Der klinische Umgang mit
Entscheidungskonflikten in der*

Neonatologie: Ein europäischer Vergleich

Peters, Anderweit, Roth, Heinritz, Hick,
Licht, Bergdolt: *Entscheidungskriterien bei
ethisch schwierigen Behandlungs-*

*entscheidungen in der Neonatologie –
Ergebnisse einer empirischen Studie*

S3: Ethische Fragen am Lebensende I

Jox, Schaidler, Borasio: *„Futility“ am
Lebensende aus Sicht von kurativ und
palliativ tätigen Klinikern*

Strätling, Sedemund-Adib, Schmucker:
Patientenverfügungen – hauptsächlich ein

„Kommunikationsinstrument“?

Inthorn: *Patientenverfügungen aus
Patientensicht: Instrument zwischen*

*Kommunikation und Abwehr. Ergebnisse
einer Studie zum Patientenverfügungs-*

Gesetz in Österreich

Klinisch-praktische Berichte:

S4: Ethikberatung im Krankenhaus I

Wilhelm: *Die Implementierung und Arbeit des Klinischen Ethikkomitees der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln*

Faby, Albrecht: *Klinische Ethik in der Asklepios Kliniken GmbH*

Brombacher: *Zuerst der Mensch – Ethik leben im Krankenhaus Projekt zur Implementierung der Ethischen Grundsatzpapiere der Stiftung kreuznacher diakonie*

Heister: *Vom Ethik-Arbeitskreis zum klinischen Ethik-Komitee – Chancen und Risiken eines Implementierungsprozesses in einem Großklinikum*

S5: Themenfelder Klinischer Ethik

Fahr: *Klinische Ethikberatung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen*

Putz: *Künstliche Lebensverlängerung bei Kleinkindern – wer entscheidet?*

Ruland: *Ist die Auswahl von OP-Techniken ein ethisches Problem?*

Alpmann, Richter: *Der mutmaßliche Patientenwille – eine Herausforderung in der Intensivmedizin*

15.00 – 15.30 Uhr

Kaffeepause

15.30– 17.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Wissenschaftliche Vorträge:

S6: Ethikberatung II

Bockenheimer-Lucius, Sappa: *Ethikkomitee im Altenpflegeheim – Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethik-Beratung in der stationären Altenpflege*

Richter: *Präsenz, Permanentes Lernen, Prävention – Vorteile eines Ethik-Liaisondienstes*

Kettner: *Zum Verhältnis von Organisationsethik und klinischer Ethik*

S7: Ärztliches und pflegerisches Selbstverständnis

Hoffmann: *Dürfen Kliniker klinische Forschung betreiben? Eine kritische Analyse der Befunde zur therapeutic misconception*

Talbot, Berger: *Wie viel ‚harm‘ verträgt der ‚benefit‘? Therapeutische Schaden-/Nutzenabwägung am Beispiel der Thrombolyse beim Schlaganfall*

Ude-Koeller: *Vom Gehorsam zur Autonomie? Die Implementierung der modernen Pflegeethik vor dem Hintergrund der NS-Geschichte*

S8: Ethische Fragen am Lebensende II

Wördehoff, Neitzke, Diemer, Müller, Wernstedt: *Sedierung am Lebensende. Erarbeitung von Empfehlungen für die Praxis*

Jox: *Der Wunsch nach Lebensverkürzung bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose*

Mahrer-Imhof, Bosshard, Fischer, Imhof: *Final choice – Wie Menschen sich zum assistierten Suizid entscheiden: Eine qualitative Studie*

Klinisch-praktische Berichte:

S9: Ethikberatung im Krankenhaus II

Habicher, Heidegger, Marckmann: *Implementierung von Ethikberatung an den Krankenhäusern und Altersheimen in Südtirol*

Bosshard, Biller-Andorno: *Erfahrungen aus zwei Jahren Klinischer Ethikberatung am UniversitätsSpital Zürich*

Wallner, Kinast: *Klinische Ethikberatung als Teil des Wertemanagements mit der Perspektive, einen empathischen Professionalismus zu stärken*

Müller-Czisch, Braun, Jankowski, Mayer, Ruhнау, Weise, Marckmann: *Der „Ethiktreff Pflege“ als Bindeglied zwischen KEK und Pflegenden? Ein Erfahrungsbericht aus dem Universitätsklinikum Tübingen*

S10: Ethikberatung in der Alten- und Behindertenhilfe

Huber: *Einrichtung eines Ethik-Forums in der Behindertenhilfe*

May, Krafft, Hamers, Isermann: *Abschiedskultur, Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe der AWO Ostwestfalen-Lippe*

Bockenheimer-Lucius, Dansou, Sauer: *Das Ethik-Komitee im Altenpflegeheim*

Bockenheimer-Lucius, May: *Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA): Was muss ein Curriculum berücksichtigen?*

17.00 – 17.30 Uhr

Erfrischungen, Imbiss

17.30 – 19.00 Uhr

Plenarsitzung 2

Moderation: PD Dr. Alfred Simon, Göttingen

Ärztliche Entscheidungsfindung am Lebensende im internationalen Vergleich

PD Dr. Georg Bosshard, Zürich

Rechtlicher Kommentar

Prof. Dr. Torsten Verrel, Bonn

Ärztlicher Kommentar

Dr. Astrid Bühren, Murnau

19.00 Uhr

Bustransfer zum Abendprogramm:
Führung durch die Henrichshütte
Hattingen

Abendessen im Restaurant Henrichs,
Werksstr. 31-33, Hattingen

Samstag, 27.9.2008

09.00 – 11.00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

Wissenschaftliche Vorträge:

S11: Workshop „Empirische Forschung in der Medizinethik“

Dietrich: *Zum Verhältnis von Empirie und Ethik: ein Überblick am Beispiel der Ethik der Schmerztherapie*

Krones: *Vom interdisziplinären, linearen Modell zum kontextsensitiv-transdisziplinären Modell medizinischer Ethik: Grundlagenüberlegungen und Beispiele*

Rothaar: *Sinn und Grenzen empirischer Forschung in der Medizin- und Bioethik*

Podium (Moderation: Schildmann) mit einleitendem Kommentar von Düwell

S12: Arzt-Patient-Verhältnis

Huber, Ihrig, Yass, Konyango, Löser, Buse, Hohenfellner: *Das präoperative Aufklärungsgespräch zur radikalen Prostatektomie: Verbesserungspotential durch multimediale Elemente?*

Winkler, Reiter-Theil, Lange-Rieß, Hiddemann: *Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen zur Therapiebegrenzung: Einflussfaktoren und Konfliktfelder*

Heyen: *Das Prinzip der Nichtdirektivität in der Praxis humangenetischer Beratung. Kritische Anfragen aus professionssoziologischer Perspektive*

Kettner, Kraska: *Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien. Ein Ansatz für eine klinisch relevante Modellierung*

S13: Allokation, Lebendspende

Rauprich, Berns, Vollmann: *Zur Gerechtigkeit der Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen – Ergebnisse einer Umfrage unter Reproduktionsmedizinern und Paaren in Behandlung*

Strech: *Ethikberatung bei Rationierungsfragen im Krankenhaus. Aufgaben, Möglichkeiten, Grenzen*

Wöhlke: *Das Fremde im Eigenen – Körper-Leib-Verständnis als Kriterium bei der Entscheidung für eine Lebendspende*

Klinisch-praktische Berichte:

S14: Ethikberatung im Krankenhaus III

Bauer: *Was ist eine ethische Frage? Ideal und Realität in der Beratungstätigkeit des Klinischen Ethik-Komitees*

Welsch, May: *Das „Klinische Ethik-Komitee des Gerresheimer Krankenhauses“ – Eine Analyse ethischer Fallbesprechungen*

Kobert: *Konzepte der Ethikberatung im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld – ein klinisch-praktischer Bericht*

Schmidt, Scheu: *Evaluation klinischer Organisationsethik. Ergebnisse und Konsequenzen einer Benchmarking-Studie auf der Basis des EFQM-Modells in 14 Krankenhäusern*

Dörries: *Klinische Ethikberatung in der Organisation Krankenhaus – Widerstände und Rückhalt*

S15: Ethikberatung auf Intensivstation

Baier: *Beatmungspatienten auf einer interdisziplinären Intensivstation. Die Implementierung von Ethikberatung zwischen Paternalismus und Autonomie*

Naumann: *Partizipation von Pflegenden an Ethikvisiten auf einer universitären Intensivstation – ein Erfahrungsbericht aus pflegerischer Sicht*

Kumpf, Hofbeck, Marckmann: *Die Ethikvisite: Ein Konzept für ethische Fallbesprechung auf einer Kinderintensivstation*

Chromik, Wemhöner, Thaikattuthara, Vogelsang, Laubenthal, Mittelkötter, Uhl: *Die Evaluation des Ethikkonsils auf der operativen Intensivstation mit intensivmedizinischen Score-Systemen*

Strätling, Sedemund-Adib, Schmucker: *Ein „Klinischer Ethik- Konsiliardienst“ als flankierende, disziplinübergreifende Serviceleistung einer universitären Abteilung für Anästhesiologie - Ergebnisse aus sechs Jahren Erfahrung (2001 – 2007)*

11.00 – 11.30 Uhr

Kaffeepause

11.30 – 13.00 Uhr

Plenarsitzung 3

Streitgespräch: Klinische Ethikberatung zwischen Theorie und Praxis

Moderation: Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann, Bochum

Perspektive eines Kliniklers:

Prof. Dr. Gert Muhr, Bochum

Perspektive eines Ethikers:

Prof. Dr. Matthias Kettner, Witten

Perspektive einer Klinischen Ethikberaterin an einem

Universitätsklinikum:

Dr. Birgitt van Oorschot, Würzburg

Perspektive eines Klinischen Ethikberaters an einem Versorgungs Krankenhaus:

Dr. Klaus Kobert, Bielefeld

13.00 Uhr

Schlusswort / Ende der wissenschaftlichen Tagung

13.30 – 15.30 Uhr

Praxisworkshop: Klinische Ethikberatung

Anmeldung erforderlich (begrenzte Teilnehmerzahl)

Dr. Andrea Dörries, Hannover

Dr. Gerald Neitzke, Hannover

Referentinnen und Referenten der Plenarsitzungen

PD Dr. med. Georg **Bosshard**
Oberarzt Klinische Ethik
Universitätsspital Zürich

Dr. med. Astrid **Bühren**
Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, Murnau
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds
ehem. Vizepräsidentin der
Bundesärztekammer

Nancy Neveloff **Dubler**, LL.B.
Director, Division of Bioethics
Department of Family and Social Medicine
Montefiore Medical Center New York
Professor of Bioethics
Albert Einstein College of Medicine New
York

Prof. Dr. phil. Matthias **Kettner**, Dipl.-
psych.
Forschungsdekan der Fakultät für das
Studium fundamentale
Private Universität Witten/Herdecke

Dr. med. Klaus **Kobert**
Oberarzt Klinische Ethik
Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees
Ev. Krankenhaus Bielefeld

Prof. Dr. med. Gert **Muhr**
Direktor der Chirurgischen Klinik und
Poliklinik
Bergmannsheil Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum
Dekan der Medizinischen Fakultät der
Ruhr-Universität Bochum

Dr. med. Gerald **Neitzke**
Abteilung Geschichte, Ethik und
Philosophie der Medizin
Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees
Medizinische Hochschule Hannover

Dr. med. Birgitt **van Oorschot**
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Klinisches Ethikkomitee
Universitätsklinikum Würzburg

Prof. Dr. jur. Torsten **Verrel**
Geschäftsführender Direktor des
Kriminologischen Seminars
der Universität Bonn
Co-Autor des Alternativ-Entwurfs
Sterbebegleitung 2005

Freie Vorträge

Abstracts

S1.1 Was bedeutet es, Ethik anzuwenden? Eine Typologie der Erwartungen an klinische Ethikberatung

J. Boldt

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

Mit gutem Grund werden Ethikberatungsfälle üblicherweise anhand von medizinisch-klinischen Kriterien wie „Therapie am Lebensende“ und „risikoreicher Eingriff“ klassifiziert. Auffällig bei der Durchführung von Ethikberatungen ist jedoch auch, dass die Anforderung von Beratungen unterschiedlichen Vorstellungen und Erwartungen folgt. Eine Typologie dieser Erwartungen, gestützt auf die Fälle der Freiburger Ethikberatung der letzten zwei Jahre, kann verdeutlichen, mit welchen heterogenen Anforderungsprofilen man konfrontiert werden kann. Vier Erwartungshaltungen lassen sich unterscheiden.

Erstens werden Beratungen angefordert, wenn unklar ist, wie die Umsetzung einer ethischen Norm im einzelnen Fall aussehen kann. So ist es bei der Behandlung schwer geschädigter Frühgeborener immer wieder schwierig zu entscheiden, wann die weitere intensivmedizinische Behandlung möglicherweise nicht mehr im Sinne des Kindeswohls ist. Auf ähnliche Weise kann unklar sein, inwiefern Äußerungen von Patienten in sehr belasteten Situationen authentische und endgültige Willensbekundungen sind.

Ethikberatungen können zweitens dazu dienen, Unsicherheiten bezüglich bestehender ethischer und rechtlicher Normen zu beseitigen. Zum Beispiel kann unklar sein, ob das Abschalten einer Beatmungsmaschine aktive Sterbehilfe ist.

Ethikberatungen können drittens mit der Erwartung verbunden werden, dass Entscheidungen, die vom Behandlungsteam bereits getroffen worden sind, durch die

Ethikberatung zusätzlich abgesichert werden. Typisch hierfür sind Beratungen, bei denen es um eine Absicherung der Entscheidung zur Therapiebegrenzung am Lebensende geht.

Viertens werden Ethikberatungen angefordert, um bestehende Konfliktsituationen zu lösen oder zukünftige Konflikte im Voraus zu vermeiden. Dies können Konflikte zwischen Behandlungsteam und Angehörigen von Patienten sein, es können aber auch Konflikte zwischen ärztlichem Dienst und Pflege oder zwischen verschiedenen, an der Behandlung beteiligten Ärzten sein.

An dieser Typologie ist zum einen auffällig, dass sich all diese unterschiedlichen Erwartungen auf jeweils spezifische Vorstellungen vom Ethischen beziehen lassen, so dass keine der Anforderungen als von vorneherein als gänzlich unberechtigt, weil unethisch, gelten kann.

Beratungen zur Vermeidung von Konfliktsituationen können als paradigmatisch gelten für ein Modell, in dem Ethik als prozedurale Form der Konsensfindung verstanden wird. Diejenigen Beratungen, die zur Bestätigung bereits gefallener Entscheidungen angefordert werden, lassen sich beziehen auf Ethiktheorien, die Ethik vor allem auffassen als Explizierung gesellschaftlich (oder anderweitig) gegebener handlungsleitender Vorstellungen vom Guten. Die Beratungen zweiten Typs – Beratungen zur Informationsvermittlung – wiederum können als Paradigmata einer Idee vom Ethischen gelten, der es in erster Linie um die Identifizierung und Darlegung eindeutig erkennbarer, aber noch nicht handlungsleitend wirksamer ethischer Werte zu tun ist. Schließlich lassen sich diejenigen Fälle, die die unklare Anwendung einer Norm im Einzelfall diskutieren, auf einen Theorieansatz beziehen, der Ethik als Interpretation von im Konkreten immer neu zu bestimmenden Normvorgaben versteht.

Zum anderen kann an dieser Typologie aber auch plausibel gemacht werden, worauf bei der Annahme und Durchführung von Ethikberatungen geachtet werden sollte. Ethik im Sinn einer am Verständnis des Guten interessierten, offenen Auseinander-

setzung wird am ehesten von der Fragestellung ersten Typs widerspiegelt. Die Erfahrung zeigt außerdem, dass diese Art von Beratungssituation für alle Beteiligten am fruchtbarsten und hilfreichsten ist. Es erscheint deshalb für die Praxis der Ethikberatung sinnvoll, das Vorgespräch zur Annahme der Beratung und die Beratung selbst im Hinblick auf diese Beratungsform zu strukturieren und zu führen.

S1.2 Implementierung von Strukturen klinischer Ethik durch Qualitätsmanagement-Systeme

M. Greß-Heister

QMGH, Kaiserslautern

Rechtliche Grundlage für die gesetzliche Verpflichtung von Krankenhäusern, aber auch von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen, bildet der § 135 a Abs2 SGB V. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement ist seit Januar 2006 in Kraft. Die gängigen Systeme DIN EN ISO 9001:2000, QEP, KTQ, EFQM, EPA, KPQM installieren in ihren Forderungen unmittelbar und mittelbar Strukturen klinischer Ethik. Im System KTQ z.B. bietet medizinische Ethik und ihre Umsetzung (z.B. durch Ethik-Beratung oder ein klinisches Ethik-Komitee) einen erheblichen Vorteil in der Bewertung durch den Visitor. Versucht eine klinische Einrichtung oder Praxis ein QM-System zu implementieren, wird diese in der Regel davon überrascht, dass im Rahmen der Durchführung von Qualitätsmanagement auch eine ethische Standortbestimmung in vielfältiger Weise erwartet und im konkreten Nachweis gefordert wird. Ein Ergebnis dessen ist die „top-down“- Implementierung von Ethik-Strukturen, mit der Feststellung, dass viele Einrichtungen mit diesen Fragestellungen überfordert sind. Bereits das Erarbeiten eines Leitbildes im Sinne einer institutions-eigenen Philosophie kann dazu führen, dass Konflikte in der Beschäftigung mit moralischen Alltagsentscheidungen zu Tage treten. Auch die geforderten Bereiche

Patientensicherheit, Beschwerdemanagement, Kommunikation, Verantwortlichkeiten usw. sind erheblich „ethik-gefährdet“.

In einem Crosswalk durch die gängigen QM-Systeme wird die Relevanz der Implementierung ethisch relevanter Strukturen vorgestellt. Beispielfhaft wird an einem Vergleich der Systeme QEP, KTQ und DIN EN ISO 9001:2000 erläutert, warum der Umsetzungs- und Durchdringungsgrad mit Strukturen klinischer Ethik de facto weit fortgeschritten ist und in der Praxis nicht mehr ignoriert werden kann.

Im Rahmen dieser Überlegungen sollen auch die Unterschiede, Chancen und Schwierigkeiten bei den verschiedenen Implementierungswegen „top-down“ vs. „bottom-up“ dargestellt und diskutiert werden.

Ethik in der Medizin und seine institutionalisierten Strukturen sind aus dem Qualitätsmanagement nicht mehr wegzudenken – und das nicht nur im Sinne einer plakativen „Unternehmens- und Gesundheitsethik“. Vielmehr erfordern Systeme des QM eine durchdringende und anhaltende Beschäftigung mit professionalisierter klinischer Ethik. Der Implementierungsgrad von Strukturen klinischer Ethik geht weit über einen rein utilitaristischen oder deontologischen Ansatz hinaus und fordert geradezu einen kommunikativen und kooperativen Ansatz heraus.

S1.3 Evaluation klinischer Ethikberatung: Eine systematische Übersichtsarbeit zur Methodik und Zielkriterien empirischer Studien

J. Schildmann, J. Vollmann

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Hintergrund: Seit etwa drei Dekaden wird klinische Ethikberatung als Instrument zur Bearbeitung ethischer Konflikte in Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens eingesetzt. Die Analyse ethischer Konflikte, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie die Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten werden

in der Literatur als Ziele klinischer Ethikberatung genannt. Die Evaluation stellt in diesem Zusammenhang eine wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung dar mit deren Hilfe überprüft werden kann, ob klinische Ethikberatung die angestrebten Ziele erreicht. In den letzten Jahren wurden von verschiedenen Forschungsgruppen Evaluationsstudien zur Untersuchung der Effektivität klinischer Ethikberatung durchgeführt. Eine systematische Auswertung dieser Untersuchungen steht bislang aus. Gegenstand dieses Beitrags ist die Darstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit in deren Rahmen Evaluationsstudien zur Effektivität klinischer Ethikberatung analysiert wurden. Im Mittelpunkt des Vortrages stehen die in den empirischen Arbeiten verwendeten Untersuchungsmethoden und die Zielkriterien mit Hilfe derer die Effekte klinischer Ethikberatung überprüft werden.

Method: Die Definition der Forschungsfrage und die Bestimmung von Relevanzkriterien bildeten den Ausgangspunkt der systematischen Übersichtsarbeit. Im Anschluss erfolgte die Durchführung der systematischen Literaturrecherche unter Verwendung von drei Suchstrategien: 1. PubMed Literaturrecherche unter Verwendung eines MeSH-basierten Such-Algorithmus, 2. Durchsicht der Literaturverzeichnisse der mittels Suchstrategie 1 als relevant identifizierten Beiträge, 3. Durchsicht der Bibliographien aller Erstautoren der mit Hilfe von Suchstrategie 1 und 2 ermittelten Publikationen. Der Volltext aller relevanten Beiträge wurde einer inhaltsanalytischen Untersuchung unterzogen.

Ergebnis: Es konnten unter Verwendung der genannten Suchstrategien 15 relevante Evaluationsstudien identifiziert werden, die im Zeitraum von 01.01.1970 bis 31.12.2007 veröffentlicht wurden. In 13 Studien werden überwiegend quantitative Untersuchungsmethoden eingesetzt, während 2 Studien einen qualitativen Forschungsansatz verwenden. Strukturierte Fragebögen beziehungsweise Interviews werden in den ausgewerteten Studien

mehrheitlich als Methode zur Datenerhebung eingesetzt. In Ergänzung dazu werden Behandlungsakten der Patienten sowie die Rechnungen für die Behandlung als weitere Quellen für die Datenerhebung genutzt. In 3 der ausgewerteten Untersuchungen konnten Aussagen zur Entwicklung der verwendeten Messinstrumente identifiziert werden, Angaben zu Gütekriterien wie Validität oder Reliabilität konnten in keiner der Arbeiten ermittelt werden. Die globale Bewertung klinischer Ethikberatung im Sinne der Zufriedenheit der Beteiligten und die Bewertung des Effektes auf die medizinische Behandlung werden in der Mehrheit der ausgewerteten Untersuchungen als subjektive Zielkriterien verwendet. Die Anzahl der Aufenthaltstage im Krankenhaus sowie die Anzahl von Behandlungstagen ausgewählter medizinischer Interventionen (z.B. künstliche Beatmung, künstliche Ernährung) sind objektive Zielkriterien, die am häufigsten in den ausgewerteten Studien verwendet werden.

Diskussion: Der geringe Umfang an Informationen zur Entwicklung der in den empirischen Studien verwendeten Messinstrumente und die fehlenden Angaben bezüglich der Gütekriterien schränken die Aussagekraft der ausgewerteten Studien ein. Darüber hinaus wirft die Verwendung von Zielkriterien wie „Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der klinischen Ethikberatung“ oder „Behandlungstage auf der Intensivstation“ im Rahmen der ausgewerteten Evaluationsstudien Fragen hinsichtlich der ethischen Angemessenheit dieser Parameter als Grundlage für die Beurteilung klinischer Ethikberatung auf. In Ergänzung zu einer Analyse der normativen Prämissen der identifizierten Zielkriterien werden unter Berücksichtigung der formulierten Ziele klinischer Ethikberatung einerseits und den in der Evaluationsforschung entwickelten Untersuchungsstrategien andererseits alternative Möglichkeiten der Evaluation klinischer Ethikberatung vorgestellt.

S2.1 Nicht-invasive pränatale Diagnostik (NIPD) – Prüfstein für die Praxistauglichkeit des Informed-consent-Prinzips?

D. Schmitz

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Einführung: Die pränatale genetische Diagnostik (PD) ist seit mehr als 30 Jahren fester Bestandteil der vorgeburtlichen Medizin und wird ebenso lange von kritischen ethischen Fragen begleitet. Sie nimmt zusammen mit anderen gendiagnostischen Verfahren insofern eine Sonderstellung innerhalb der medizinischen Diagnostik ein, als für die Mehrzahl der diagnostizierten Auffälligkeiten weder eine korrigierende Therapie noch eine symptomatische Behandlung möglich ist. Die PD unterscheidet sich wiederum von anderen gendiagnostischen Verfahren, indem sie in Form des Schwangerschaftsabbruches eine Handlungsoption für die Schwangere eröffnet, die mit gravierenden Folgen für Dritte, also für das ungeborene Kind verbunden ist. Befürwortern der PD dienen diese von der Pränatalmedizin zur Verfügung gestellte Handlungsoption und die damit verbundene Entscheidungsfreiheit der Schwangeren als moralische Rechtfertigungsfiguren, die in der Praxis in den Standards der informierten Zustimmung ihren Ausdruck und ihre Gewährleistung finden sollen.

Fragestellung: Ob für die aktuell verfügbaren Verfahren der PD, und hier insbesondere für die nicht-invasiven Screening-Verfahren die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren und damit die praktische Umsetzung des medizinethischen Prinzips der Patientenautonomie gewährleistet werden kann, wird bereits von vielen Seiten in Frage gestellt. Eine noch wesentlich drängendere Brisanz erhält diese Frage jedoch vor dem Hintergrund der in der Entwicklung stehenden Verfahren der nicht-invasiven pränatalen Diagnostik (NIPD), die u.a. eine zweifelsfreie Diagnostik kindlicher Chromosomenstörungen nur anhand einer mütterlichen Blutprobe ermöglichen

sollen. Die aktuellen wissenschaftlichen Fortschritte auf diesem Gebiet lassen eine mittelfristige Praxisverfügbarkeit der NIPD realistisch erscheinen. Der Vortrag soll sich daher mit der Frage auseinandersetzen, ob die derzeit in Deutschland eingesetzten Standards zu Wahrung des Informed-consent-Prinzips im Vorfeld von pränatalen Diagnostik- und Screeningmaßnahmen auch geeignete Maßnahmen im Umgang mit NIPD darstellen können.

Methodik: Auf der Grundlage der hierzu verfügbaren Literatur soll zunächst die Frage nach der Entscheidungsfreiheit der Schwangeren im Vorfeld von derzeit eingesetzten pränatalen Diagnostik- und Screeningmaßnahmen beantwortet werden. In einem zweiten Schritt folgt die Analyse der etablierten Standards des Informed-consent-Prinzips im Bezug auf ihre Praxistauglichkeit im Vorfeld von NIPD. Abschließend sollen Konsequenzen der Analyse sowohl im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Standards der informierten Zustimmung im Vorfeld von PD, als auch im Hinblick auf die prinzipielle Funktion des medizinethischen Postulats der Entscheidungsfreiheit der Schwangeren als moralische Rechtfertigungsfigur in der Auseinandersetzung um pränatale Diagnostik formuliert werden.

Ergebnisse: Die Analyse wird zeigen, dass die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren insbesondere dann weitestgehend gewährleistet werden kann, wenn pränatale genetische Diagnostikverfahren nicht Teil der Routineschwangerenvorsorge sind und auch strukturell unabhängig angeboten werden, wie das in der Regel bei der invasiven PD gegeben ist. Im Umgang mit nicht-invasiven Screeningverfahren aber geht bereits eine deutliche Schere zwischen dem theoretischen-medizinethischen Postulat der Entscheidungsfreiheit und deren praktischer Umsetzung auf, die im Falle einer klinischen Anwendung von NIPD dramatische Konsequenzen nicht nur für die betroffenen Schwangeren, sondern auch im Hinblick auf die moralische Rechtfertigung der PD haben könnte.

S2.2 Der klinische Umgang mit Entscheidungskonflikten in der Neonatologie: Ein europäischer Vergleich

G. Schäfer, D. Groß

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Die Neonatologie kann auf eine stark gesunkene Sterblichkeit von Früh- und Neugeborenen verweisen: Betrug die perinatale Mortalität in Deutschland 1960 noch 35,7 ‰, so konnte sie bis zum Jahr 2005 auf 5,5 ‰ gesenkt werden. Zurückzuführen ist die beschriebene Entwicklung auf eine stete Verbesserung der neonatalen Intensivmedizin, welche die Grenzen der Lebensfähigkeit von Frühgeborenen zu einem immer niedrigeren Gestationsalter hin verschoben hat.

Nicht zuletzt aufgrund dieser positiven Entwicklung sieht sich die Neonatologie jedoch häufig mit dem Vorwurf konfrontiert, auch schwerstgeschädigten und extrem unreifen Neugeborenen ein Überleben um den Preis gravierender Folgeschäden zu ermöglichen. Im europäischen Ländervergleich zeigen sich nicht nur deutliche Unterschiede bezüglich der perinatalen Sterblichkeitsraten, sondern auch unterschiedliche Gewichtungen verschiedener relevanter Endgrößen wie Lebenserhalt oder Lebensqualität. Dementsprechend weichen die Entscheidungskriterien für oder gegen eine lebenserhaltende Therapie bei Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit deutlich voneinander ab. So wurden Ärzte aus 11 europäischen Ländern im Rahmen der EURONIC-Studie mit dem hypothetischen Fall eines in der 24. SSW geborenen Säuglings mit einem Gewicht von 560 g und einem initialen Apgar von 1 konfrontiert. Die Frage, ob das betreffende Frühgeborene reanimiert und intensivmedizinisch behandelt werden sollte, auch wenn ein späterer Behandlungsabbruch unmöglich wäre, bejahten 51 % der italienischen, 34 % der spanischen und 21 % der deutschen Neonatologen, aber nur 4 % der französischen und 1 % der niederländischen Ärzte. Hieraus wurde die Schluss-

folgerung abgeleitet, dass das Gewicht in Italien und Spanien deutlich stärker auf die Endgröße „Lebenserhaltung“ gelegt wird, während in den Niederlanden oder in Frankreich die künftige Lebensqualität stärker in den Entscheidungsprozess einfließt.

Im hier vorgeschlagenen Vortrag sollen aus der Perspektive der klinischen Ethik mögliche Erklärungsansätze für die beschriebenen Disparitäten diskutiert werden. Dabei soll dem Entscheidungsfindungsprozess und der Einbindung der Sorgeberechtigten in den einzelnen Ländern besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es gilt herauszuarbeiten, dass die klinischen Entscheidungen und die hierbei zugrunde gelegten Kriterien ganz maßgeblich vom sozialen, kulturellen und regionalen Kontext abhängig sind, wobei neben dem medizinischen Versorgungsstandard und den vorherrschenden Wertvorstellungen dem Prozess der Entscheidungsfindung und dem Ausmaß der Einbindung der betroffenen Familienangehörigen in diesen Prozess wesentliche Bedeutung zukommt.

S2.3 Entscheidungskriterien bei ethisch schwierigen Behandlungsentscheidungen in der Neonatologie – Ergebnisse einer empirischen Studie

M. Peters, S. Anderweit, B. Roth, Ch. Heinritz, Ch. Hick, Ch. Licht, K. Bergdolt

Pflegewissenschaftliche Fakultät der PTHV Vallendar

Fragestellung: Häufig stehen Mitarbeiter neonatologisch-pädiatrischer Intensivstationen vor dem Problem der verantworteten Therapieentscheidung. Oft müssen unter Zeitnot und starkem äußeren Druck ethisch schwierige Behandlungsentscheidungen getroffen werden. Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen der Studie untersucht, welche Kriterien die Beteiligten solchen Entscheidungen zugrunde legen.

Methode: Mit neonatologisch tätigen Ärzten und Pflegenden sowie mit betroffenen Eltern wurden narrative, leitfadengestützte

Interviews zu ihren Erfahrungen mit schwierigen Therapieentscheidungen durchgeführt. Die Interviews (n = 24) wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und in Anlehnung an die Methodik der „Grounded Theory“ (Glaser, Strauss 1998) analysiert.

Ergebnisse: Der Entscheidungsprozess um Beginn, Fortsetzung oder Abbruch einer in Frage gestellten intensivmedizinischen Behandlung stellt sich als Abwägungsprozess dar, in dem eine Vielzahl von Kriterien beurteilt wird. Diese lassen sich in drei Hauptkategorien fassen: (1) Kriterien zur Einschätzung der Voraussetzungen für eine gute Lebensqualität; (2) Kriterien zur Beurteilung der Vitalität und des Lebenswillen des Kindes und (3) Kriterien zur Einschätzung der elterlichen Interessen.

(1) Die Einschätzung der künftigen Lebensqualität der Kinder ist für die Entscheidungsfindung unerlässlich. Um diese einzuschätzen, werden die Bedingungen und Voraussetzungen, die im Hinblick auf eine künftig positive Lebensqualität erfüllt sein sollten, umrissen und deren Realisierbarkeit abgewogen. Hierzu zählen u.a. die Prognose des Krankheitsbildes, die Lebenserwartung, der zu erwartende Grad der Behinderung, die Entwicklungsfähigkeit, der Grad der dauerhaften Abhängigkeit von intensiven Therapien, die Fördermöglichkeiten und die Belastbarkeit der Familie.

(2) Die zweite Hauptkategorie von Entscheidungskriterien umfasst die Aspekte/Anhaltspunkte/ Signale, die vom Kind selbst ausgehen und als Lebenswille oder Nicht-Leben-wollen gedeutet werden. Diese einzubeziehen, dient nach Auffassung der Teilnehmer dazu, möglichst unmittelbar die Interessen des Kindes festzustellen, denn den teilnehmenden Ärzten und Pflegenden ist bewusst, dass in einem solchen Entscheidungsprozess auch die Interessen Dritter (Eltern, Ärzte, Pflegende o.a.) eine Rolle spielen können. Neben dem Versuch den „Willen“ des Kindes mithilfe von Beobachtung, Erfahrung und Empathie zu erfassen, ist die Einschätzung der Vitalität von großer Bedeutung.

(3) Als dritte, die Entscheidung stützende Hauptkategorie von Entscheidungskriterien werden Aussagen und Signale der Eltern, die auf deren Willen und Wünsche schließen lassen, beurteilt und in den Entscheidungsprozess miteinbezogen.

Schlussfolgerung: Die Akteure sind bestrebt, eine Entscheidung im besten Interesse des Kindes zu fällen und ziehen daher die Einschätzung individueller Kriterien einer Entscheidung anhand allgemeiner Richtlinien oder Grenzwerte vor. Eine Vielzahl von Kriterien spielt daher im Entscheidungsprozess um Beginn, Fortsetzung oder Abbruch einer in Frage gestellten intensivmedizinischen Behandlung eine Rolle. Neben den Kriterien, die die Zukunft des Kindes bestimmen, sind insbesondere die Signale des Kindes und seine Vitalität von großer, wenn nicht ausschlaggebender Bedeutung.

S3.1 „Futility“ am Lebensende aus Sicht von kurativ und palliativ tätigen Klinikern

*R.J. Jox, A. Schaidler, G.D. Borasio
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, München*

Fragestellung: Umfragen unter Ärzten und Pflegenden zeigen, dass das Thema der „futility“ am Lebensende – die Fortführung lebenserhaltender Therapie trotz fehlender Indikation – zu den größten ethischen Problemen gehört. Wir wollten wissen, wie kurativ und palliativ tätige Ärzte und Pflegende medizinische Indikation definieren und unter welchen Bedingungen eine lebenserhaltende Therapie für sie „sinnlos“ (futile) wird. Weiterhin interessierte uns, wie die Betroffenen eine solche Situation den Patienten und Angehörigen kommunizieren und woran es ihrer Erfahrung nach liegt, dass lebenserhaltende Maßnahmen trotz Aussichtslosigkeit oft fortgeführt werden.

Methodik: Wir führten semistandardisierte Interviews mit 18 Ärzten und 11 Pflegenden durch, die jeweils etwa zur Hälfte in der kurativen bzw. palliativen Medizin tätig sind. Der Interviewleitfaden enthielt offenen formulierte Fragen. Die Interviews

wurden akustisch aufgezeichnet, verbatim transkribiert und nach der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring ausgewertet. Die Reliabilität der Analyse wurde durch unabhängiges Kodieren von zwei Personen sichergestellt.

Ergebnisse: Nahezu alle Interviewten waren der Ansicht, dass es am Lebensende Situationen gibt, in denen lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr indiziert sind und daher auch nicht mehr angeboten werden sollten. Die allgemeine Definition der medizinischen Indikation bereitete den meisten große Schwierigkeiten. Indikation wurde überwiegend darin gesehen, dass ein „sinnvolles“ bzw. „vernünftiges“ Therapieziel erreicht werden kann, welches dem Patienten einen Nutzen in Form von Lebensrettung, Heilung oder Verbesserung der Lebensqualität bringen würde, wobei dieser Nutzen auch gegen Risiko, Schaden und Aufwand abgewogen wurde. Betont wurde auch, dass eine Indikation immer individuell und ganzheitlich beurteilt werden muss. Irreversible Intensivpflichtigkeit, weit fortgeschrittene Tumorleiden und extreme Notfälle wie etwa eine ausgedehnte Hirnmassenblutung wurden als Beispiele für „futility“ angeführt. Ärzte und Pflegenden waren sich einig, dass die Indikation von den behandelnden Ärzten in Rücksprache mit dem gesamten Behandlungsteam beurteilt werden muss. Bei der Mitteilung einer Nicht-Indikation an Patienten und Angehörige betonten die kurativ tätigen Kliniker, dass man die Betroffenen vorsichtig in Etappen prognostisch aufklären und ihnen Zeit lassen soll, während die Palliativmediziner eher den Schwerpunkt darauf legten, dass man die Betroffenen bei deren eigenem Verständnis abholen und ihnen mit Ehrlichkeit und Empathie begegnen soll. Die Gründe, weshalb eine nicht indizierte, aussichtslose Therapie am Lebensende oft fortgeführt wird, waren für die meisten eigene Emotionen: Trauer, Mitleid, Kränkung, Schuld- und Versagensgefühle, Hoffnung auf Wunder, Hilflosigkeit, Mutlosigkeit und Angst vor der Reaktion der Betroffenen sowie vor juristischen Konsequenzen. Außerdem wur-

de auf den Berufsethos, die Routinen des Klinikablaufs, die Wissensdefizite im rechtlichen und palliativmedizinischen Bereich sowie auf Therapieforderungen von Seiten der Patienten und Angehörigen hingewiesen.

Schlussfolgerung: Die Situation der „futility“ am Lebensende ist ein reales und schwerwiegendes Problem für Ärzte und Pflegenden. Der ethisch angemessene Umgang mit solchen Situationen könnte unter anderem durch gezieltes Kommunikationstraining, Wissensvermittlung, organisatorische Veränderungen und emotionale Unterstützung verbessert werden.

S3.2 Patientenverfügungen – Hauptsächlich ein „Kommunikationsinstrument“ ?

M.W.M. Strätling, B. Sedemund-Adib, P. Schmucker
Lehrstuhl für Anästhesiologie, Lübeck

Hintergrund: In der aktuellen Debatte über Patientenverfügungen in Deutschland fordern etliche Diskussionsteilnehmer, die Patientenverfügung v.a. (u.U. sogar ausschließlich) als „Kommunikationsinstrument“ zu begreifen.¹ Oft wird auch eine faktische „Beratungspflicht“ für die Patienten postuliert.

Diese Auffassungen werden von uns kritisch unter interdisziplinären Gesichtspunkten diskutiert.²

Ergebnisse: Sowohl unter (kommunikations-) wissenschaftlichen, als auch unter praxisorientierten Gesichtspunkten be-

1 Vgl. z.B.: Lack P (2005), Die individuell im Beratungsgespräch erstellte Patientenverfügung als Klärungs-, Selbstbestimmungs- und Kommunikationsinstrument, Schweizerische Ärztezeitung, 86 (Nr. 11): 689 – 694; Klie T, Student J-C (2001; 2006), Die Patientenverfügung, Herder, Freiburg i.B.
2 Strätling M et al. (2008), Geschichte, Gegenwart und Zukunft der rechtlichen Regelung der Patientenverfügung in Deutschland - Eine Analyse zur Versachlichung einer eskalierenden Debatte: Bestehende Konsenspositionen und Grenzen der Konsensfähigkeit in einer wertpluralistischen Gesellschaft - Referat aus Anlass der Tagung Heinrich Böll Stiftung „Selbstbestimmung im Dialog – Patientenautonomie - Patientenverfügung – Verantwortung“ Berlin, den 27. September 2007 (im Druck).

trachtet, weisen die entsprechenden Empfehlungen

- schwerste *Methodendefizite* auf,
- setzen überwiegend falsche Schwerpunkte bei den *Kommunikationsinhalten* und
- richten Ihre Kommunikations- bzw. Beratungsangebote weit überwiegend an die falschen *Adressaten*.

Ausgewählte Methodendefizite: Qualitativ ist der von den entsprechenden Autoren vertretene *Kommunikationsbegriff* trotz *scheinbar* identischer Terminologie deutlich von einem bewusst sehr allgemein gehaltenen *Kommunikationsbegriff* zu unterscheiden, der beispielsweise den einschlägigen Empfehlungen maßgeblicher medizinischer Fachgesellschaften³ zugrunde liegt. Hieraus resultierende, konzeptionell-theoretische und argumentative Einseitigkeiten werden illustriert und diskutiert.

Angebliche „Qualitätskriterien“ der Kommunikation und Beratung, die gefordert werden, bergen große Risiken, insbesondere auch einer *professionell* fragwürdigen „Distanzlosigkeit“. *Ethisch* hoch problematisch ist eine resultierende Umkehrung der „Beweislast“ bzw. des „Rechtfertigungsbedarfs“ zu Lasten des Patienten (bzw. der Prinzipien „Respekt vor der Autonomie“, „Schadensvermeidung“), die auf Grundlage eines faktischen „Kommunikationsvorbehalts“ legitimiert werden soll.

Postulierte *formale Erfordernisse* schränken das Spektrum der verfügbaren *Kommunikationsmittel* ein.

Fragwürdige Kommunikationsinhalte: Diesbezüglich fokussiert die bisherige Debatte fast ausschließlich den *"Willen"* und die *"Werte"* des Patienten. Die in der Regel – medizinisch objektivierbar – höchst fragwürdige Plausibilität der noch darunter

liegenden *medizinischen Indikationsstellung* wird i.d.R. nicht erwähnt. Dies ist insofern problematisch, als fragwürdige Indikationsstellungen häufig eine entscheidende Ursache auch für ebenso fragwürdige bzw. fehlerhafte Willensbildungsprozesse sind, sowie – allgemeiner betrachtet – schon empirisch das eigentliche Hauptproblem hinter dem Phänomen der Patientenverfügung insgesamt (im Sinne einer antizipierten Verweigerung medizinisch fragwürdiger Behandlungen durch den Patienten) darstellen.

Überwiegend fehlerhafte Adressaten: Tatsächlichen Beratungsbedarf haben, wie empirisch klar belegbar ist, i.d.R. nicht so sehr Patienten, sondern tatsächlich viel eher Behandelnde. Auch Konflikte treten meist innerhalb des Behandlungsteams auf.⁴ Diese Phänomene werden in der bisherigen Debatte ebenfalls entweder gar nicht, oder allenfalls am Rande bzw. mit eher realitätsfernen Empfehlungen (z.B. bezüglich einer angeblich notwendigen „Einstimmigkeit“ der Entscheidungsfindung) thematisiert.

Schlussfolgerungen: Unter Vorschub eines (angeblich) schwebenden (sowie bisweilen bewusst im Schwebезustand gehaltenen) Kommunikationsprozesses wird in der derzeitigen Debatte in Deutschland verbreitet versucht, die Ignorierung oder zumindest Relativierung von Patientenverfügungen zu legitimieren und verbindliche Absprachen und Entscheidungen unangemessen zu verschleppen.

Die Patientenverfügung ist in erster Linie intendiert als eine antizipierende *Verfügung* zur *Untersagung* medizinisch ohnehin höchst fragwürdiger Behandlungsangebote und als solche i.d.R. „vernünftig“ sowie zwingend beachtlich.

Vertreter helfender Berufe, die dies aus ebenfalls durchaus beachtlichen Gründen nicht können oder wollen, müssen die Behandlung der entsprechenden Patienten an andere Kollegen abgeben. Die faktische

3 Vgl. exemplarisch: Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Patientenverfügung (Stellungnahme vom 30.3.2007, <http://www.dgpalliativmedizin.de>); Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt (104): A 891 – 896.

4 Strätling M, Fieber U, Bartmann F, Schmucker P et al. (2005), Therapiebegrenzung in Deutschland – Eine empirische Analyse..., MedR 23 (10): 579-591.

Aushebelung der Verfügung ist jedoch medizinisch, ethisch und juristisch keine akzeptable Option.

Kommunikationschancen, die die Patientenverfügung eröffnen mag, sind begrüßenswert und potentiell wichtig, aber klar - und in jeder Hinsicht - sekundär.

S3.3 Patientenverfügungen aus Patientensicht: Instrument zwischen Kommunikation und Abwehr- Ergebnisse einer Studie zum Patientenverfügungsgesetz in Österreich

J. Inthorn

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

In Österreich ist seit 2006 ein Patientenverfügungsgesetz in Kraft, das den Prozess der Errichtung von Patientenverfügungen, den Status ihrer Verbindlichkeit als Willenserklärung und ihre Anwendung im medizinischen Alltag regelt. Für eine verbindliche Patientenverfügung ist hierbei ein Beratungsgespräch mit einem Arzt, sowie mit einem Anwalt (bzw. Notar oder Patientenanwalt) verpflichtend vorgeschrieben. Im Rahmen einer Evaluationsstudie¹ des Patientenverfügungsgesetzes in Österreich wurde nach den Wünschen, Befürchtungen und Motivationen zur Errichtung einer Patientenverfügung aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten gefragt. Hierbei waren zum einen die Erfahrungen mit Ärzten und Annahmen des Verhaltens von Ärzten im Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten von besonderem Interesse. Zum anderen lag ein Schwerpunkt der Erhebung auf den Vorstellungen, die die Errichtenden vom Sterben haben und inwieweit die Patientenverfügung als Instrument geeignet ist, diese Vorstellungen umzusetzen.

Die Perspektive der Errichtung von Patientenverfügungen und damit verbunden die

Perspektive potenziell betroffener Patientinnen wurde mittels der Methode der teilnehmenden Beobachtung während der Beratungsgespräche zur Errichtung von verbindlichen oder beachtlichen Patientenverfügungen erhoben. Die Daten wurden auf der Basis von Grounded Theory ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientenverfügung für drei unterschiedliche Personengruppen relevant ist und von ihnen jeweils unterschiedlich gedeutet bzw. als Instrument genutzt wird. Menschen mit chronischen Krankheiten und Patienten mit Erkrankungen mit absehbarem tödlichem Verlauf bilden die erste Gruppe der Nutzer. Der absehbare Krankheitsverlauf und ein in der Regel enges und gutes Verhältnis zum behandelnden Arzt lassen die Patientenverfügung zum Kommunikationsanlass werden, den Sterbeprozess zu besprechen und zu gestalten. Zudem soll mit Hilfe der Patientenverfügung der Arzt von etwaigen Entscheidungen des „Abschaltens“ entlastet werden. Eine zweite Gruppe bilden Personen, die aus weltanschaulichen Gründen bestimmte medizinische Maßnahmen ablehnen. Diese Gruppe ist geprägt von negativen Erfahrungen im Umgang mit Ärzten und nutzt die Patientenverfügung als Abwehrinstrument. Hierunter fallen neben den Zeugen Jehovas auch Personen, die schulmedizinische Maßnahmen ablehnen. Eine dritte Nutzungsgruppe bilden ältere Personen ohne spezifische Erkrankung, die eine Patientenverfügung errichten. In dieser Gruppe sind ebenfalls negative Erfahrungen mit Ärzten ein zentrales Motiv für die Errichtung der Patientenverfügung. Diese Gruppe weist relativ einheitliche Annahmen über das gute Sterben auf, die in Aussagen wie „nicht an Schläuchen sterben“ oder „nicht nur zum Atmen irgendwo liegen“ ihren Ausdruck finden. Diese Wünsche und Vorstellungen werden im Lauf der Beratungsgespräche in Formulierungen zur Ablehnung konkreter medizinischer Maßnahmen übersetzt.

Die Studienergebnisse machen deutlich, dass die Patientenverfügung nicht nur für Entscheidungen am Lebensende im Sinn

¹ Die Studie wird zur Zeit vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin unter der Leitung von Prof. U. Körtner durchgeführt. Sie ist auf 3 Jahre angelegt, wird vom österreichischen Ministerium für Gesundheit, Familie und Jugend finanziert und ist als begleitende Evaluation im Gesetz vorgeschrieben. Studienlaufzeit ist 2007-2009.

einer autonomen Gestaltung genutzt wird. Vielmehr werden innerhalb des rechtlichen Rahmens Erfahrungen aus dem klinischen Alltag bearbeitet, um nicht nur für sich selbst, sondern auch für Angehörige und behandelnde Ärzte vorzusorgen, indem Entscheidungen vorweggenommen werden, die andere Personen belasten könnten.

S4.1 Die Implementierung und Arbeit des Klinischen Ethikkomitees (KEK) der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln (VKJK)

E. Wilhelm

Klinisches Ethikkomitee, Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln

Die VKJK ist ein Fachkrankenhaus der Maximalversorgung für die Behandlung von Früh- und Neugeborenen, Säuglingen, Klein- und Schulkindern bis hin zu Jugendlichen. Mit 251 Betten ist die Klinik zugleich eine der größten und differenziertesten Kinder- und Jugendkliniken in Deutschland.

In der VKJK wurde im Jahr 2004 ein interdisziplinär besetztes Klinisches Ethikkomitee gegründet. In einem klinisch-praktischen Bericht soll dargestellt werden, wie sich die Implementierung des KEK von der Berufung einer Projektgruppe zur Analyse der Notwendigkeit eines Klinischen Ethikkomitees bis zu den heutigen Aufgaben des Komitees entwickelt hat. Welche Bedeutsamkeit das Zusammenwirken der Verantwortlichen in der Klinikleitung und aller in der Klinik Tätigen für den interdisziplinären und multiprofessionellen Diskurs hat, wird aufgezeigt. Die organisatorischen Hürden, die Entwicklung einer Satzung, die Schulung der KEK Mitglieder werden beschrieben. Es wird berichtet, in welcher Weise das KEK seine Ziele, Inhalte und seine Arbeitsweise den Mitarbeitern der VKJK vorgestellt hat. Besonderheiten der Patientenautonomie von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ihrer Eltern werden thematisiert.

Abschließend werden aktuelle Arbeitsinhalte des KEK der VKJK benannt, z.B.:

Organisation und Durchführung von Ethik-Cafés, ethische Fallbesprechungen zur Entscheidungsfindung in Grenzsituationen vom Lebensanfang bis zum Lebensende, Erstellung von ethischen Leitlinien.

S4.2 Klinische Ethik in der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

S. Faby, R. Albrecht

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Der Vortrag beschreibt die Genese des Programms Klinische Ethik von seinen Anfängen im Jahr 2002 mit einzelnen dezentralen Bausteinen hin zu einem integrierten Gesamtkonzept. Die beiden Vortragenden arbeiten jeweils auf der Basis von 0,75 VK-Stellen als Programmleiterin/Asklepios Kliniken Hamburg GmbH respektive als Pastorin/Asklepios Klinik St. Georg und Ethikbeauftragte der Ev.-Luth. Kirche, Kirchenkreisverband Hamburg.

Der Bericht reflektiert den nunmehr etwa sechs Jahre währenden Prozess der Implementierung der Klinischen Ethik in den Hamburger Kliniken. Die im Laufe dieser Jahre erfolgten Veränderungen werden kritisch betrachtet und analysiert: Wie ist die Akzeptanz des Programms? Wie hoch der Durchdringungsgrad in den Häusern und Abteilungen? Was sind entwicklungshemmende und -fördernde Faktoren? Welche Modelle haben sich in einer längerfristigen Perspektive bewährt und welche nicht? Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sollen Strategien für die Zukunft entworfen werden unter der Fragestellung, wie die Klinische Ethik dauerhaft zu einem Arbeitsinstrument im Krankenhausalltag werden kann. Um diese Überlegungen präsentieren zu können, muss die Struktur der Hamburger Asklepios Kliniken kurz erläutert werden; gleiches gilt für die Ausstattung und Anbindung der beiden Hauptverantwortlichen für das Ethik-Programm. Die unterschiedlichen Bausteine, zu denen u.a. ein Netzwerk von Moderatoren Ethischer Fallbesprechungen, themenzentrierte Gesprächsforen, Seminarveranstaltungen und Vortragsreihen für Mitarbeiter aller Berufsgruppen, sowie die fachliche Beratung der Kliniken gehören, werden vorgestellt.

Diese Bausteine waren nicht von Anfang an Bestandteile des Ethik-Programms, sondern sind allmählich entstanden. Einige dieser Elemente werden beispielhaft dargestellt, um daran die Arbeitsweise zu erläutern. Schließlich sollen die Ideen und Verbesserungspotentiale angesprochen werden, die sich aus den bisherigen Erfahrungen ergeben, wie z.B. stationsnahe Fortbildungsangebote in Kleinstmodulen, eine Hotline für medizinrechtliche Fragen oder gezieltes Marketing.

Die Asklepios- Kliniken GmbH ist mit ca. 10.000 Beschäftigten der größte private Arbeitgeber der Hansestadt, ca. 5.600 Betten halten diese Krankenhäuser vor. Seit der Übernahme der ehemals städtischen Kliniken durch die Asklepios- Gruppe im Jahr 2005 haben sich die Reorganisationsprozesse beschleunigt. Das bereits in Ansätzen vorhandene Ethikprogramm konnte trotz dieser Turbulenzen ausgebaut werden. Ziel des Programms Klinische Ethik ist es, eine offene Diskussion über ethische Fragen anzustoßen und die Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen und Führungshierarchien miteinander und mit der Geschäftsführung ins Gespräch zu bringen. Die aufgegriffenen Themen fokussieren Probleme der konkreten klinischen Tätigkeit ebenso wie Aspekte der berufsübergreifenden Kommunikation und Fragen der Unternehmensentwicklung mit ihren Auswirkungen. Alle Veranstaltungen und Initiativen sind interdisziplinär ausgerichtet.

S4.3 Zuerst der Mensch – Ethik leben im Krankenhaus. Projekt zur Implementierung der Ethischen Grundsatzpapiere der Stiftung kreuznacher diakonie

L. Brombacher

Referat Diakonik-Ethik, Stiftung kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach

Laufzeit des Projektes:

Mai 2005 bis Mai 2006

Ausgangslage:

Beginnend 1999 hat der Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie auf Trägerebene Grundsatzpapiere erstellt:

- Ethische Grundaussagen (1999)
- Grundsätze zur Sterbebegleitung in den Krankenhäusern (2001)
- Grundsätze zur Sterbebegleitung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe und im Seniorenzentrum (2002)
- Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden (2003)
- Grundsätze zur Transfusion von Blut bei Zeugen Jehovas (2004)
- Grundsätze zur Gültigkeit von und zum Umgang mit Patientenverfügungen (2006)

Diese Grundsatzpapiere wurden allen betroffenen Mitarbeitenden zugänglich gemacht, z.T. über persönliche Zusendung, z.T. über interne Medien. Zudem fanden etliche Fortbildungsveranstaltungen zu diesen Themen statt.

Dennoch ist der Implementierungsprozess noch nicht abgeschlossen. Der Bekanntheitsgrad der Papiere ist nicht sehr hoch und die Umsetzung steckt erst in den Anfängen.

Mit dem vorliegenden 1-jährigen Projekt sollte der Transfer in den klinischen Alltag vorangetrieben werden. Aus diesem Grund wurde die Konzentration auf die krankenhaushausrelevanten Papiere zu Sterbebegleitung, PEG-Sonden, Zeugen Jehovas und insbesondere Patientenverfügungen für sinnvoll erachtet.

Ziele:

- Die medizinethische Werteorientierung wird gestärkt.
- Entscheidungen von ethischer Relevanz werden interdisziplinär und interhierarchisch in der Art getroffen, dass ein Einbringen der individuellen Werthaltungen angemessen möglich ist.

Aufgaben:

- Die Projektgruppe eruiert bezüglich der Ethischen Grundsatzpapiere, inwieweit diese a) bekannt sind, b) gelebt werden und c) erarbeitet gegebenenfalls Wege, um Punkt a) und b) zu verbessern.
- Dazu führt sie einen Diagnoseprozess durch, um anschließend Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Abschließend erfolgt eine Evaluation.

Ergebnisse und abschließende Bewertung: Die Ergebnisse sind übersichtlich in den beiden Maßnahmenplänen festgehalten. Die Einteilung in eher kurz-/mittelfristige und langfristig-strukturelle Maßnahmen brachte zusätzliche Klarheit in der Bewertung dessen, was wir in Gang gesetzt haben.

Insbesondere aufgrund der langfristig angelegten Maßnahmen wird die Medizinethik in der Hunsrück- Klinik dauerhaft Thema sein und die Inhalte der Ethischen Grundsatzpapiere werden zunehmend in den Klinikalltag Einzug halten.

S4.4 Vom Ethik-Arbeitskreis zum klinischen Ethik-Komitee – Chancen und Risiken eines Implementierungsprozesses in einem Großklinikum

E. Heister

Klinik für Frührehabilitation, Westpfalz-Klinikum, Kusel

Die Einführung von Strukturen klinischer Ethik wie z.B. klinische Ethik-Beratung oder Klinische Ethik-Komitees ist in der medizinischen Praxis von unterschiedlichen Begleiterscheinungen flankiert. Viele Klinikenträger erwarten von ihren Einrichtungen die Einführung solcher Strukturen im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems. Es gibt aber auch durchaus Kliniken, in denen sich Ethik in der Medizin quasi „bottom-up“ als Teil medizinischer Praxis zu etablieren versucht.

Im Rahmen des Vortrages soll beispielhaft der Implementierungsprozess eines Großklinikums mit mehreren Standorten nachgezeichnet werden. Ausgehend von einer Motivationsanalyse wird die Strukturierung der Ethik-Arbeitskreise beschrieben. Meilensteine der Erarbeitung eines sog. „Ethik-Konzepts“ im Rahmen eines QM-Systems werden benannt und die Bedingungen analysiert, die bei der Erarbeitung einer offiziellen Struktur medizinischer Ethik in einem Klinikum zu beachten sind.

Akzeptanzprobleme und Berufsgruppenspezifität sind nur zwei der auftretenden Diskussionspunkte. Abschließend wird der Versuch beschrieben, klinische Ethik

nicht strukturell „zu verordnen“, sondern als Teil medizinischer Praxis professionalisiert zu etablieren.

S5.1 Klinische Ethikberatung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen

U. Fahr

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg

Fragestellung: Unter späten Schwangerschaftsabbrüchen wird hier der Abbruch der Schwangerschaft nach der 22. Schwangerschaftswoche verstanden, der mit einem Fetozid einhergeht. Laut Gesetzgeber sind in diesen Fällen (1) die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren ebenso zu prüfen wie (2) das Vorliegen einer Gefahr für das Leben der Schwangeren; ferner ist (3) eine Gefahr der schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren zu prüfen und es muss (4) schließlich geprüft werden, ob die Gefahr nicht auf eine andere Weise abgewendet werden kann als durch einen Abbruch der Schwangerschaft. Aufgrund der Berücksichtigung von sozialen Faktoren neben den medizinischen kann diese Art der Indikation eine medizinisch-soziale Indikation genannt werden. Sowohl für die Schwangere, als auch für die Ärztinnen und Ärzte stehen in diesen Situationen erhebliche moralische Werte auf dem Spiel, die einer Klärung in jedem Einzelfall bedürfen.

Methode: Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Ethikberatung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen an einem großen Universitätsklinikum wird ein Modell entwickelt, wie ethische Fragen in diesem Problemfeld bearbeitet werden können. Die Beratungsfälle werden charakterisiert, die Grundzüge des Ethikberatungsmodells für diese Fälle skizziert und begründet, sowie die Erfahrungen mit diesem Modell zusammenfassend dargelegt.

Ergebnis: Klinische Ethikberatungen bei späten Schwangerschaftsabbrüchen müssen den unterschiedlichen beteiligten Personen gerecht werden. Ethische Grundlage

der Beratung sind neben dem rechtlichen Rahmen, der in jedem Fall zugrunde gelegt werden muss, die moralischen Einstellungen der Beteiligten, insbesondere der Schwangeren selbst.

Um die gerechte Berücksichtigung aller Perspektiven zu ermöglichen, umfasst die Beratung mehrere Einzelschritte. Spricht eine Schwangere den Wunsch nach einem Spätabbruch aus, wird das Beratungsverfahren eröffnet. Dieses umfasst ein psychosomatisches Gutachten der Schwangeren, ein Gespräch der Schwangeren mit der Klinischen Ethikberatung, sowie ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle.

Die Ethikberatung im engeren Sinne findet dann als gemeinsames Gespräch des behandelnden Arztes, der Psychosomatik, sowie der Ethikberatung statt. Erweitert wird dies eventuell um Experten aus der Pädiatrie oder anderen medizinischen Fachbereichen. In diesem – von dem Ethikberater moderierten – Gespräch wird der behandelnde Arzt beraten. Um weitergehende Informationen für diese Beratung bereitzustellen, wurde für das Gespräch mit der Schwangeren ein Fragebogen entwickelt, der unterschiedliche relevante Bereiche zu erfassen versucht. Dazu gehört unter anderem die Überprüfung ihres aktuellen Wissensstandes über Erkrankungen des Kindes, den Ablauf eines Fetozids, ihre Auseinandersetzung mit einem Schwangerschaftsabbruch in diesem Stadium, sowie ihre Auseinandersetzung mit Alternativen (Adoption, Versterbenlassen des Kindes nach der Geburt bei Erkrankungen, die nicht mit dem Leben zu vereinbaren sind u.ä.).

Dieses an prozeduralen Kriterien orientierte Beratungsmodell möchte erreichen, dass bei allen Beteiligten ein möglichst hohes Reflexionsniveau in dem konkreten Behandlungsfall erreicht wird. Die Erfahrungen zeigen, dass in rund 25 Prozent der beratenen Fälle ein Abbruch nicht vorgenommen wird.

S5.2 Künstliche Lebensverlängerung bei Kleinkindern - wer entscheidet?

W. Putz

Rechtsanwalt, Lehrbeauftragter für Medizinrecht und Medizinethik an der LMU München

Vorgestellt wird der Fall der vierjährigen Jule aus dem norddeutschen Raum, den der Autor als Rechtsanwalt begleitet hat.

Fragestellung: Was legitimiert die künstliche Lebenserhaltung eines Kleinkindes im apallischen Syndrom? Wer trifft die Entscheidung? Gibt es Grenzen? Wer oder was könnte Grenzen setzen?

Methodik: Anwaltliche Begleitung der Familie ab Beginn des Komas bis zum Tod über insgesamt zehn Monate, während deren die Behandlung wechselnd in einer Kinderklinik, in einer Universitätsklinik und schließlich durch den Hausarzt zu Hause erfolgt.

Der Fall: Durch einen Behandlungsfehler fällt Jule ins Koma. Im guten Einvernehmen mit der nachbehandelnden Kinderklinik wird zuerst vier Monate lang abgewartet. Dann wird ärztlicherseits der Zustand als irreversibel bezeichnet. Danach Konsens mit den Ärzten der Kinderklinik, Jule zu Hause sterben zu lassen. Drei Tage vor Verlegung Anzeige durch den Chefarzt der Kinderklinik beim Familiengericht. Dieses entzieht den Eltern mit sofortiger Wirkung die Gesundheitsorge. In letztinstanzlicher Entscheidung hebt das OLG Hamm die Entscheidung des Amtsgerichts auf und stellt fest, dass das Vorhaben, Jule sterben zu lassen, dem Kindeswohl entspricht. Die Eltern haben wieder die umfassende elterliche Sorge. Das Kind wird nach Hause verlegt, um es dort sterben zu lassen. Dort stirbt es nach wenigen Tagen an der Gehirnschädigung - noch bevor die Beendigung der Substitution unter palliativer Therapie zum Tod geführt hätte.

Ergebnis: Bei Kleinkindern liegt die Entscheidung über eine künstliche Lebensverlängerung bei den Eltern. Diese dürfen die Entscheidung nach ihren eigenen Wertvorstellungen treffen, jedenfalls solange diese Wertvorstellung in breiten Bevölkerungskreisen vorherrscht.

S5.3 Ist die Auswahl von OP-Techniken ein ethisches Problem?

W.O. Ruland

Abteilung für Allgemein- und Unfallchirurgie Marienhospital, Arnsberg

Im Bereich der Chirurgie haben sich in den letzten Jahren zahlreiche neue OP-Techniken entwickelt, so dass die Operateure jeweils unter mehreren OP-Techniken auswählen können, um bestimmte operative Ziele zu erreichen. Neben den herkömmlichen Operationstechniken finden sich bei vielen Indikationen Alternativverfahren, die entweder unter Zuhilfenahme spezieller Hilfsmittel oder durch die Verwendung spezieller Implantate ausgeführt werden. Für viele Indikationen finden sich auch alternative Operationstechniken im Sinne der minimal invasiven Chirurgie.

Die Auswahl der jeweils angewandten Operationstechnik erfolgt nach sehr unterschiedlichen Kriterien. Die apparative Ausstattung der Krankenhäuser und das operative Vermögen des jeweiligen Operateurs sind ebenso bestimmende Faktoren wie die Positionierung der jeweiligen chirurgischen Abteilung in der Öffentlichkeit als moderne Abteilung. Die Konkurrenzsituation der Krankenhäuser untereinander ist ein weiterer Faktor für die Auswahl von Operationstechniken, da ein Krankenhaus sich mit den angewandten Techniken vom Nachbar Krankenhaus unterscheiden kann. Unter diesen Wettbewerbaspekten werden deshalb auch Operationstechniken ausgewählt. Der damit zu erzielende Marketingeffekt auf den „Kunden“ Patient rückt damit auch in das Zentrum dieser Entscheidungen.

Nicht selten muss die Entscheidung über die Auswahl von Operationsverfahren demnach in einem Spannungsfeld zwischen den Fähigkeiten des Operateurs, dem tatsächlichen Interesse des Patienten auf möglichst sichere Operationsverfahren und dem Marketingbedürfnis des Krankenhauses getroffen werden. Diese grundsätzliche Problematik wird anhand von Einzelindikationen im Vortrag beleuchtet und erläutert.

S5.4 Der mutmaßliche Patientenwille – eine Herausforderung in der Intensivmedizin.

B. Alpmann, G. Richter

Universitätsklinikum Giessen und Marburg

An zwei Fallberichten wird deutlich, wie schwierig es ist, den Willen eines Patienten unter den Bedingungen der Intensivmedizin zu ermitteln. Als hilfreich hat sich für uns in dieser Situation die Institutionalisierung klinischer Ethikberatung in Form von regelmäßigen Ethikvisiten erwiesen.

Ein 87-jähriger Patient erleidet nach der Operation einer Rezidiv-Struma einen Apoplex mit Hemiparese re und Aphasie und akuten Komplikationen in Form einer beatmungspflichtigen Pneumonie und einem dialysepflichtigen Nierenversagen. Die Angehörigen wünschen einen Abbruch der Therapie.

Eine ebenfalls 87-jährige Patientin stürzt zu Hause so die Treppe herab, dass sie sich eine HWK1/2-Fraktur mit Ausbildung eines hohen Querschnitts-Syndroms zuzieht. Der Sohn drängt die Beatmung abbrechen und die Patientin sterben zu lassen.

Als behandelnde Ärzte befinden wir uns in mehreren Interessenskonflikten, wenn wir das Selbstbestimmungsrecht der Patienten auch in Situationen, wo sie sich nicht mehr selbst äußern können, respektieren möchten und im Sinne der Patienten handeln wollen. Liegt keine Patientenverfügung vor, kann es sehr schwierig sein, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

Es ergibt sich ein Spannungsfeld von Eigeninteressen der Patientenangehörigen, die häufig als Betreuer fungieren (Mitleid mit dem Patienten, Ängste vor einem „Pflegefall“, finanzielle Überlegungen), Interessen der behandelnden Ärzte (Wunsch, die akuten Störungen nach den Regeln der Intensivmedizin zu bessern, Verdrängen der Langzeitprognose), sowie den Interessen des Klinikträgers (Fallzahlsteigerung, Vermeidung von Langzeitpflegepatienten) und dem letztlich unbekanntem tatsächlichen Patientenwillen.

Bei dieser Problematik hat es sich als

wichtig erwiesen, medizinethische Fragestellungen bei wöchentlich stattfindenden Ethikvisiten im Rahmen eines Ethik-Liaisondienstes mit unabhängigen und erfahrenen Beratern zu diskutieren, zu strukturieren und zu objektivieren, um zu einer durch den Willen des Patienten begründeten Entscheidung zu gelangen. In solchen Situationen ist die Einschätzung der Prognose ein besonderes Problem, welches selten als ein ethisches Problem erkannt wird. Das weitere Procedere wird entscheidend von der erstellten Prognose mitbestimmt, auch und gerade bei Fragen der Therapiezielumstellung in Richtung eines rein palliativen Vorgehens (Therapiebegrenzung, -abbruch etc.). Insbesondere bei der oftmals sehr schwierigen Einschätzung der Prognose ist der Blick von außen wertvoll, der die Patientenperspektive hinsichtlich des Patientenwillens in den Mittelpunkt der Erörterung stellt.

Anlässlich der Ethikvisiten fand in unseren beiden Fällen ein Beharren auf die Erstellung der jeweiligen Prognose statt, die anschließend eine Diskussion im Team über die ethische Thematik der Therapiebegrenzung erst ermöglichte. Dabei war auch die Klarstellung der Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe für die ärztlichen und pflegenden Teammitglieder wichtig. In Gesprächen und Konferenzen mit den Familien wurde die Notwendigkeit der Herausarbeitung des mutmaßlichen Patientenwillens thematisiert, welches zum einen zur Klärung des letzteren beitrug und zum anderen für die Angehörigen auch eine Entlastung darstellte. In den beiden Fällen war es zudem wichtig, die klinische Entwicklung über einen Zeitraum zu beobachten und durch wiederholte interdisziplinäre Diskussionen im Rahmen der Ethikvisiten in der Prognoseeinschätzung Sicherheit zu erlangen, die immer mit den Angehörigen kommuniziert wurde, um dann zu einer gemeinsamen Entscheidung zu gelangen, die auch von allen verantwortet werden konnte.

S6.1 Ethikkomitee im Altenpflegeheim – Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethik-Beratung in der stationären Altenpflege

*G. Bockenheimer-Lucius, S. Sappa
Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Frankfurt am Main*

Fragestellung: Nicht nur in Kliniken, sondern auch in Einrichtungen der stationären wie ambulanten Altenpflege wird das Bewusstsein für ethische Fragestellungen und damit der Bedarf nach professioneller Ethikberatung immer erkennbarer. In Deutschland gibt es Ethikberatung in Altenpflegeheimen bisher zwar im Rahmen einer Palliativ- und Hospizkultur, aber keine in gleicher Weise fest institutionalisierten Ethik-Komitees für ethische Alltagsprobleme.

Befragungen seit 2000, zuletzt von A. Dörries und K. Hesse-Jungesblut (2007), geben Auskunft zur Institutionalisierung von Ethikkomitees in Kliniken. Zur Etablierung von Ethik-Komitees in stationären Einrichtungen der Altenpflege liegt zum jetzigen Zeitpunkt keine Untersuchung vor.

Methodik: Wir haben daher im Mai 2007 an 37 stationäre Pflegeeinrichtungen der Stadt Frankfurt am Main insgesamt 555 Fragebögen verschickt, um in einem ersten Schritt den Bedarf an Ethikberatung zu erfragen. Nach Ablauf der Frist Ende Juli 2007 (Erinnerungsschreiben im Juni 2007) lag der Rücklauf bei 27%; es wurden 74 Fragebögen aus zehn unterschiedlichen Einrichtungen zurückgesandt.

Der Fragebogen wurde nach dem Vorbild von Glasser et al. (1988), Vollmann et al. (2004) und Weston et al. (2005) entworfen und enthält insgesamt 20 Items in den Bereichen „Auftreten von ethischen Problemen und deren Relevanz“, „Umgang mit ethischen Problemen“, „Ansprechpartner“ und „Vorschläge für die Bildung eines Ethikrates“. Die Einschätzung erfolgte durch fünfstufige Ratingskalen, bzw. durch Mehrfachantworten. Zudem wurden einige Fragen gestellt, die sich auf Bettenzahl, Rechtsform und Angaben zur Qualitätssicherung beziehen. Die statistische Auswer-

tung ist mit dem Programm SPSS für Windows erfolgt. Die Auswertung der ordinalen Daten der Befragten ist auf der Grundlage der Medianverteilung der Gruppen anhand einer ANOVA erfolgt.

Ergebnisse:

Bei einer Auswahlmöglichkeit von „nie“ (1) bis „immer“ (5) geben die Befragten an, vorrangig mit Problemen der Pflegeplanung, dem Beginn, der Fortführung oder der Weiterführung einer medizinischen Hilfeleistung, Rechten sowie der Einwilligungsfähigkeit des Heimbewohners konfrontiert zu sein. Auch Fragen zur Patientenverfügung und zum Problem der Verweigerung medizinischer Hilfeleistung durch den Heimbewohner sind keine seltenen ethischen Herausforderungen. Bei einer weiteren Spezifizierung werden bezüglich der Lebensqualität (hier zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den befragten Berufsgruppen), der Entscheidung über eine adäquate Schmerzmedikation sowie der Aufklärung und Einwilligung erhebliche Probleme deutlich.

Der häufigste Weg zum Umgang mit ethischen Problemen im Alltag ist nach unserer Untersuchung das Team- oder Übergabegespräch (89,2%), nur 16% der Befragten geben an, sich im Notfall an ein Ethik-Komitee wenden zu können. Hier ist zu unterstellen, dass die Antworten aus einem Heim stammen, für das im Rahmen eines Modellprojekts im September 2006 ein Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA) gegründet wurde.

Die Frage nach der Notwendigkeit von Ethikberatung zeigt bei 85,1% der Befragten mäßig bis viel Bedarf, wobei die Gruppe der Heimleitungen den meisten Unterstützungsbedarf angibt. Faktoren, die den Umgang mit ethischen Problemen erschweren sind nach unserer Untersuchung vor allem fehlende medizin- und pflegeethische Fortbildung, fehlende entsprechende Leitlinien, sowie Zeitmangel.

Bei den im Fragebogen angebotenen Personen- bzw. Berufsgruppen, die im Ethik-Komitee eines Altenpflegeheims vertreten sein sollten werden vor allem der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin (73%),

die Wohnbereichsleitung (74,3%) und die Angehörigen (73%) für wichtig erachtet.

S6.2 Präsenz, Permanentes Lernen, Prävention - Vorteile eines Ethik-Liaisondienstes

G. Richter

Klinische Ethikberatung am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

Strukturen klinischer Ethikberatung sind in 14% der deutschen Kliniken eingerichtet. Je nach etabliertem Modell (Klinisches Ethikkomitee, Konsilteam, individueller Konsiliarius) zeigen sich Vor- und Nachteile, allerdings ist ihnen allen gemein, dass sie erst auf Anfrage bei einem bereits bestehenden ethischen Konflikt oder Dilemma in einem konkreten Patientenfall tätig werden¹. Hierbei sind folgende Limitationen zu beachten:

- die bürokratischen und psychologischen Schwellen der Inanspruchnahme ist als hoch anzusehen, da viele Klinischen Ethikkomitees nur eine sehr geringe Anzahl von Anfragen haben bzw. auf solche warten,
- bei erfolgter Konsilanzforderung kann klinische Ethikberatung nur nachgehend tätig sein, trägt kaum zur Konfliktvermeidung bei und ist daher nicht oder nur sehr eingeschränkt als präventiv zu charakterisieren,
- bei der z.Z. nachweisbar geringen Anzahl von Ethikkonsilen in bislang existierenden institutionalisierten Strukturen klinischer Ethikberatung kann eine fortlaufende Ausbildung in ethischen Fragen von Klinikmitarbeiterinnen vor allem im Rahmen des Arbeitsalltags nicht erreicht werden.

Ein Modell der klinischen Ethikberatung, welches diese Desiderate beseitigen kann, ist der *Ethik-Liaisondienst*², der unter den Schlagworten *Präsenz, permanentes Lernen* und *Prävention* beschrieben werden kann.

1 Dörries A et al. (2008): Klinische Ethikberatung – ein Praxisbuch, Stuttgart.

2 Richter G (2007): HEC Forum 2007, 19(4):327-340.

Präsenz: der Ethik-Liaisondienst ist dadurch ausgezeichnet, dass der Ethikberater zum Team einer klinischen Organisationseinheit gehört (z.B. Intensivstation) und zu einem gewissen Grad in die Alltagsroutine (z.B. über Ethikvisiten) dieser Einheit eingebunden ist und wie jedes andere Mitglied für das Team jederzeit leicht erreichbar ist. Das hat zur Folge, dass die Schwelle der Inanspruchnahme von Ethikberatung massiv gesenkt wird und dass ethische Fragestellungen in die Alltagsroutine selbstverständlich einbezogen werden können.

Permanentes Lernen: durch die regelmäßige und häufige Präsenz des Ethikberaters ist eine zeitnahe, unmittelbare Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen (Informationen, Einbezug in die alltägliche Patientendiskussion etc.) möglich, die eine kontinuierliche Ausbildung der Mitarbeiterinnen der unterschiedlichen Professionen darstellt. Darüber hinaus kann ein hierarchieflecher Diskurs über ethische Fragen in konkreten Patientenfällen über Professionsgrenzen hinaus eingeübt (Konsultation, Mediation) und erreicht werden. Dies kann als permanentes Lernen von allen Beteiligten (Behandlungsteam und klinischer Ethiker) beschrieben werden.

Prävention: im Rahmen des Ethik-Liaisondienstes können ethische Probleme antizipatorisch angesprochen und behandelt werden, so dass schwerwiegende ethische Konflikte oder Dilemmasituationen frühzeitig bearbeitet und vermieden werden können, was für alle Beteiligten (Patienten, Angehörige/Familie, Behandlungsteam) von großem Vorteil ist und das ultimative Ziel jeder Ethikberatung darstellt. Unter Herausstellung dieser Punkte soll der Ethik-Liaisondienst dargestellt werden und es sind die Arbeitsweisen und Methoden (Beratung, Mediation, Mischform, Visiten, Konsile, Konsensorientierung, Entscheidungsfindung u.a.) eines solchen Modells kritisch zu diskutieren.

S6.3 Zum Verhältnis von Organisationsethik und klinischer Ethik

M. Kettner

Universität Witten/Herdecke

Soweit „klinische Ethik“ ein eigenes normatives Profil gewinnt und sich von inhaltlich anders pointierten Ethiken abhebt, gewinnt sie es an dem spezifischen Bezugsproblem der moralisch integren („guten“) Patientenbehandlung. Die normative Profilierung von „Organisationsethik“ erfolgt an einem anderen, weiteren Bezugsproblem: Wie kann eine Organisation mit moralisch qualifizierten Organisationszielen ihre internen und externen Prozesse und Beziehungen so konfigurieren und reflektieren, dass die moralische Integrität dieser Prozesse und Beziehungen ebenso wie die moralisch qualifizierten Organisationsziele unter Konfliktdruck erhalten bleiben? Organisationsethik ist für x-beliebige Organisationen möglich, und sie ist immer dann nötig, wenn eine Organisation professions-spezifische oder sonstige moralisch sensible Werte in ihre Organisationsziele einbaut, die untereinander in Konflikt geraten können. Spezifisch für Krankenhäuser und vergleichbare Organisationen der Patientenbehandlung heißt das: Überall dort, wo sich die spezifischen Belange der Gesundheitsversorgung mit wirtschaftlichen Belangen und administrativen Belangen innerhalb einer Krankenhausorganisation so kreuzen, dass die moralische Integrität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigt werden könnte, soll Organisationsethik helfen, Prozesse und Beziehungen der Krankenhausorganisation so zu konfigurieren, dass die moralische Integrität der Gesundheitsversorgung erhalten oder sogar gestärkt werden kann.

Wie die in der amerikanischen angewandten Ethik geführte Diskussion der letzten Jahre über Organisationsethik zeigt (exemplarisch in der neuen Fachzeitschrift *Organizational Ethics: Healthcare, Business, and Policy*) muss Organisationsethik im Krankenhaus mindestens drei normativ differente Moralhorizonte in Bezug bringen. Diese sind: (1) Der moralische Horizont der klinischen bzw. Behandlungsethik, (2)

die in engerem Sinne professionsmoralischen Horizonte: ärztliche Standesethik und die Ethik der Pflege, (3) Horizonte der Wirtschafts- und Unternehmensethik.

Hier liegt die Wurzel für das ebenso theoretisch wie praktisch wichtige Problem, das ich in dem Vortrag behandle: Wo mehrere ethische Horizonte im Spiel sind, muss die moralische Urteilsbildung und Argumentation nicht nur mit Pluralismus, sondern auch mit Hierarchisierungskonflikten zwischen den Horizonten rechnen und Formen der moralischen Kompromissbildung entwickeln. Abstrakt normativ ergibt sich mit Blick auf Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag zwar ein einfaches Priorisierungsprinzip: Die ranghöchsten Maßstäbe, um die Aktivität der Organisation moralisch zu beurteilen, müssen Maßstäbe klinischer Ethik sein, denn schließlich geht um Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Aber für die konkrete Praxis, den Anwendungsbezug, die Analyseebene der Organisation, greift diese Antwort, obwohl sie nicht falsch ist, offensichtlich zu kurz. Ich werde deshalb in meinem Vortrag Überlegungen und Praxisvorschläge aus der Diskussion über Organisationsethik vorstellen und diskutieren, die auf dieses strukturelle Problem antworten: Wie wird der spezifische moralische Horizont der klinischen Ethik (Johnson, Siegler, Winslade 2002, Ashcroft, Lucasen, Parker 2005) organisationsethisch so zur Geltung gebracht, dass er die verschiedenen Horizonte priorisiert, aber nicht reduktionistisch dominiert? Als notwendige Ergänzung diskutiere ich, welche Modifikationen der spezifische moralische Horizont der klinischen Ethik selber dadurch erfährt, dass er zwar führen soll, aber nicht dominieren kann.

S7.1 Dürfen Kliniker klinische Forschung betreiben? Eine kritische Analyse der Befunde zur *therapeutic misconception*

M. Hoffmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universitätsklinikum Münster

Ein wichtiges Prinzip klinischer Ethik ist das *Prinzip ärztlicher Fürsorge*: Für jeden individuellen Patienten ist die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Begreift man dieses Prinzip als ein Grundprinzip klinischer Ethik, so stellt die Durchführung klinischer Studien ein moralisches Problem dar. Um deren Validität zu sichern, ist die Anwendung methodischer Verfahren notwendig, die aber nicht ohne weiteres mit dem Prinzip ärztlicher Fürsorge verträglich sind (Verblindung, Randomisierung, Rekrutierung von Placebokontrollgruppen etc.).

Auf dieses Problem hat man in jüngerer Vergangenheit mit dem Vorschlag reagiert, Forschungsaufgaben vollständig aus dem ärztlichen Handlungsbereich zu streichen. Die Durchführung klinischer Studien sei unvereinbar mit der klinischen Ethik und stelle eine massive Belastung für das Arzt-Patient-Verhältnis dar. Deshalb seien innerhalb der medizinischen Profession Aufgaben der Forschung institutionell strikt vom Bereich klinischer Tätigkeit zu trennen. Um diese Trennungsthese zu belegen, haben Franklin Miller und Howard Brody insbesondere auf das Phänomen der *therapeutic misconception* verwiesen. So lässt sich empirisch zeigen, dass Patienten ihren individuellen klinischen Nutzen bei der Teilnahme an klinischen Studien systematisch überschätzen. Diese Tendenz kann auch durch eine adäquat durchgeführte Aufklärung nicht kompensiert werden. Miller & Brody erblicken darin einen Beleg dafür, dass die Patienten die Anwendung experimenteller Verfahren als therapeutisch wirksame Interventionen missdeuten. Ursächlich dafür sei, dass sie den medizinisch Handelnden grundsätzlich ärztliche (d. h. dem individuellen Patientenwohl verpflichtete) Intentionen zuschreiben. Aus

der Vermischung der Rollen von Arzt und Forscher resultiere somit unvermeidlich eine Absenkung der Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten. Deshalb gehöre Forschung nicht in den Tätigkeitsbereich von Klinikern.

Im Vortrag wird eine Argumentation gegen diese strikte Trennung von Heilen und Forschen vorgestellt. Kliniker, so die hier vertretene These, dürfen nicht nur klinisch forschen; Forschungsaufgaben sind sogar ein Bestandteil klinischen Handelns, so dass zumindest indirekt von einer Pflicht zur klinischen Forschung gesprochen werden kann. Für diese These wird auf zwei Ebenen argumentiert. (i) Auf ethisch-normativer Ebene wird zunächst gezeigt, dass das Prinzip ärztlicher Fürsorge zwar ein wichtiges, keineswegs aber das einzige moralische Prinzip klinischen Handelns ist. Sowohl Fragen der Verteilungsgerechtigkeit als auch Notwendigkeiten der Aus- und Weiterbildung Medizinstudierender sind Zielsetzungen, die klinisches Handeln (auch) leiten und durchaus in Spannung zum strikt ausgelegten Prinzip individualisierter ärztlicher Fürsorge treten können. Miller & Brodys Argumentation dagegen ist nur dann erfolgreich, wenn man die klinische Ethik auf das Prinzip ärztlicher Fürsorge allein reduzieren würde. Diese Reduktion aber ist sachlich nicht angemessen. Im Vortrag wird gezeigt, dass auch die Forderung, die Sicherheit und Wirksamkeit innovativer therapeutischer Interventionen zu prüfen, normative Implikationen für die klinische Ethik hat. (ii) Auf empirisch-deskriptiver Ebene wird untersucht, ob die experimentellen Belege zur *therapeutic misconception* tatsächlich für die Trennungsthese sprechen. Anhand einiger Standardbefunde wird gezeigt, dass dies nicht der Fall ist. Zwar ist empirisch nachgewiesen worden, dass Patienten ihren individuellen Nutzen aus klinischen Studien überschätzen. Es bleibt aber fragwürdig, wie dies zu interpretieren ist. Bisher ist weder zweifelsfrei belegt, dass diese Überschätzung für Forschungssettings spezifisch ist, noch konnte gezeigt werden, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten

ten durch die Vermischung von Arzt- und Forscherrolle abgesenkt wird.

S7.2 Wie viel ‚harm‘ verträgt der ‚benefit‘? Therapeutische Schaden-/Nutzenabwägung am Beispiel der Thrombolyse beim Schlaganfall

D. Talbot, K. Berger

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universitätsklinikum Münster

Die Thrombolyse beim Schlaganfall mit der Substanz tPA ist eine seit 1998 in den USA, seit 2000 in Deutschland und seit 2002 in anderen europäischen Ländern zugelassene Therapie. Die Studienergebnisse, aufgrund derer diese Therapie in die Empfehlungen nationaler und internationaler medizinischer Fachgesellschaften aufgenommen wurde, wie auch die seither gemachten Erfahrungen in der klinischen Anwendung, sind Gegenstand fortwährender Diskussionen.

Auf der einen Seite stehen die Thrombolysebefürworter, die darauf hinweisen, dass diese Therapie die Gefahr, nach einem Schlaganfall behindert zu bleiben, reduziere.

Auf der anderen Seite pochen die Thrombolysegegner auf die erhöhte Mortalitätsrate durch Hirnblutungen, die durch die Therapie verursacht werden können. Betrachtet man die Daten etwa der ersten maßgeblichen Thrombolysestudie des US-amerikanischen *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS 1995), so haben offenbar beide Seiten Recht: die in medizinischen Kontexten gängige *number needed to treat* (NNT), also die Zahl der Patienten, die - statistisch gesehen - behandelt werden muss, damit ein Patient von der Behandlung profitiert, beträgt nach Berechnungen von James Li et al. in der genannten Studie neun, das heisst, neun Patienten müssen behandelt werden, damit einer einen Nutzen hat (Li et al. 2002). In derselben NINDS-Studie ist die *number needed to harm* (NNH) bezogen auf eine Hirnblutung sechzehn, das heisst, bei sechzehn behandelten Patienten erlitt einer die Komplikation einer Hirnblu-

tung, die nicht zwangsläufig tödlich war. Die NNH bezogen auf Tod war vierunddreißig. Behandelte man vierunddreißig Patienten, starb also einer. Rechnet man die NNH gegen die NNT auf, so ergibt sich, dass pro vier Patienten, die von der Therapie profitierten, ein Patient starb.

Anhand dieses aktuellen klinischen Beispiels der Thrombolysetherapie beim Schlaganfall wird der ethischen Frage nachgegangen, welcher Nutzen welchen Schaden im praktischen Kontext rechtfertigen kann. Dabei wird untersucht, gemäß welchen z.B. prinzipienethischen Schaden-Nutzen-Erwägungen (Beauchamp/Childress 2001) die ursprünglich diese Therapie empfehlende Behörde, die *American Heart Association* (AHA), die Thrombolyse anerkannt hat (Adams et al. 1994, AHA 2000) und ob diese Anerkennung aus ethischer Sicht gut begründet ist. Sind Nutzen- und Nicht-Schadenserwägungen in der medizinethischen Debatte oft in Szenarien zu Therapieentscheidungen am Lebensende angesiedelt, steht hier die Schnittstelle von Forschung, ihren Ergebnissen und den daraus resultierenden Empfehlungen für die klinische Praxis im Fokus. Ausgehend davon, dass die an Therapien und - genereller - ärztliches Handeln gerichtete Forderung des Nutzens und Nicht-Schadens eine akzeptable Grundlage ist, wird insbesondere deren Gewichtung und praktische Umsetzung beleuchtet und erörtert (Emanuel, Wendler & Grady 2000).

S7.3 Vom Gehorsam zur Autonomie? Die Implementierung der modernen Pflegeethik vor dem Hintergrund der NS-Geschichte

S. Ude-Koeller

Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Zu den Akteuren der Verbrechen der NS-Medizin gehörten neben Ärzten auch Pflegenden. Während nach dem Zweiten Weltkrieg entstandene Dokumente ärztlicher Standesethik wie der Nürnberger Kodex als Reaktion auf die NS-Verbrechen zu se-

hen sind, ist ein vergleichbarer Zusammenhang für die Ausformulierung berufsethischer Kodizes für die Pflege bislang in der Forschung kaum thematisiert worden. Im Vortrag wird daher der Frage nachgegangen, inwieweit die Beteiligung der Pflege an den Medizinverbrechen des Nationalsozialismus die Ausformulierung und Implementierung von Pflegekodizes nach dem Zweiten Weltkrieg beeinflusst hat.¹

Obgleich zahlreiche Themenfelder der Klinischen Ethik und der Pflegeethik Überschneidungen aufweisen, scheint das Verhältnis von Medizinethik, Pflegeethik und einer Ethik für das Gesundheitswesen² noch ungeklärt. International bemühte man sich seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt um die Erarbeitung spezifischer, auf die Pflege bezogener, oft auch von Pflegenden selbst erarbeiteter Kodizes.³ So weisen britische Pflegelehrbücher seit den 1960er Jahren eigene Ethikkapitel auf, in den USA und den skandinavischen Ländern wurde die Entwicklung einer eigenen Pflegeethik seit den 1970er Jahren vorangetrieben. Auch wenn die Implementierung einer Berufsethik in der Pflege als Zeichen für eine zunehmende Professionalisierung gilt, wird die Notwendigkeit einer eigenständigen Pflegeethik hierzulande⁴ kontrovers diskutiert. Pflegeethiker weisen in diesem Zusammenhang auf die mögliche Gefahr einer Aufspaltung in Medizinethik und Pflegeethik hin.⁵

In der Pflegeethik existieren unterschiedliche Kodizes, bislang gibt es keinen einheitlichen Ethikkodex, der von allen deutschen Pflegeverbänden anerkannt wird. Die aktuellen berufsethischen Kodizes betonen

1 Vgl. Großklaus-Seidel M (2002): Ethik im Pflegealltag, Stuttgart, S. 69-70.

2 Ulrich H.J. Körtner plädiert dafür, eine spezifische Pflegeethik als Teil einer Ethik des Gesundheitswesens zu konzipieren. Vgl. Körtner (2004): Grundkurs Pflegeethik, Wien.

3 Arndt M (1996): Ethik denken, Stuttgart, S. 13-15.

4 Vgl. z. B. Remmers H (2003): Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik, in: Wiesemann C, Erichsen N, Behrendt H, Biller-Andorno N, Frewer A (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis, Stuttgart, S. 47-70.

5 Rabe M (2000): Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge, Dortmund, S. 9.

übereinstimmend die Autonomie⁶ des Patienten, sowie die Autonomie der Pflege und definieren die Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte als unverzichtbare Voraussetzungen pflegerischen Handelns. Dabei zeigt ein Rückblick auf die Entwicklung der Pflegeethik, dass bis in das frühe 20. Jahrhundert hinein Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Loyalität gegenüber dem Arzt und der Ausbildungs- und Arbeitsstätte als Zeichen moralischen Pflichtbewusstseins galten und sich „berufsethische Normen“ in der Pflege auf die Ideale des Gehorsams und der Aufopferung konzentrierten. Welchen Anteil hatte das Wissen um die Beteiligung der Pflege an den medizinischen Verbrechen der NS-Zeit am Zustandekommen des Paradigmenwechsels, wie er sich in den aktuellen berufsethischen Kodizes niederschlagen scheint? Als Quellenbasis für die Analyse dienen neben den historischen „Berufskodizes“ vor allem die unterschiedlichen aktuellen ethischen Richtlinien für Pflegenden, sowie die dazugehörige einschlägige Literatur.

S8.1 Sedierung am Lebensende. Erarbeitung von Empfehlungen für die Praxis

D. Würdehoff, G. Neitzke, W. Diemer, J. Müller, T. Wernstedt
AG „Sterben und Tod“ in der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen

Die moralische und juristische Zulässigkeit der Sedierung am Lebensende wird in Fachkreisen, aber auch in der Öffentlichkeit, zunehmend diskutiert. Insbesondere die Option einer dauerhaften, tiefen Sedierung bis zum Eintritt des Todes wird kontrovers bewertet. Eine Abgrenzung etwa gegenüber der Tötung auf Verlangen erscheint in manchen Fällen schwierig. Die „AG Sterben und Tod“ in der AEM hat in einem offenen, interprofessionellen Diskussionsprozess Argumente für und gegen Formen der Sedierung am Lebensende systematisch gesammelt und kritisch reflektiert. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, in ei-

nem Positionspapier zu klären, wann und unter welchen Umständen eine Sedierung am Lebensende zulässig ist. Dazu werden Wege der Entscheidungsfindung aufgezeigt (Leitfaden, Entscheidungsbaum), die eine Hilfe für den Arzt in Klinik und Praxis sein können, der mit der konkreten Entscheidung konfrontiert ist.

Methodik: Es wurden relevante Aspekte identifiziert und in einer „Mind Map“ zusammengestellt. Anschließend wurden die Hauptäste der Mind Map (Krankheitszustände/Leiden, Patient, Art der Sedierung/Durchführung, psychosoziale Begleitmaßnahmen, Kontext, Qualität und Entscheidungsfindung) systematisch ausgearbeitet, diskutiert und Lösungsansätze erarbeitet.

Ergebnisse: Bei therapierefraktären und unerträglichen Symptomen kann eine Sedierung erwogen werden. Als mögliche Krankheits- und Leidzustände werden körperliche Symptome, psychiatrische Symptome und psychisches Leid unterschieden. Allerdings werden Symptome und Leid nie vollständig vermieden werden können. Dauerhafte Sedierung stellt die letzte Option dar, wenn andere Therapiemaßnahmen nicht mehr greifen. Sedierung bedarf der klaren medizinischen Indikationsstellung (ggf. durch Rücksprache mit einem erfahrenen Palliativarzt) und der Zustimmung durch den Patienten oder einen juristischen Vertreter.

Ziel der Sedierung ist die Linderung von Beschwerden und nicht eine Lebensverkürzung oder Lebensbeendigung. Die Sedierung kann eine ganzheitliche Hospizbegleitung nicht ersetzen. Bei der Durchführung werden zwei Stufen unterschieden: 1. eine flache, kontinuierliche Sedierung, bei der die Kommunikationsfähigkeit erhalten bleibt *oder* eine intermittierende tiefe Sedierung für jeweils wenige Tage. Eine tiefe und kontinuierliche Sedierung als 2. Stufe ist eine Therapieoption am Lebensende, die zumeist mit der Begrenzung anderer laufender Therapiemaßnahmen kombiniert sein wird. Abgesehen von lebensbedrohlichen Notfallsituationen (z.B. akute Blutung), in denen direkt mit Stufe 2 be-

6 Vgl. Bobbert M (2002): Patientenautonomie und Pflege, Frankfurt/Main.

gonnen wird, ist die Sedierung nie eine Eilmaßnahme.

Die Entscheidung zur Sedierung ist an eine ausführliche Kommunikation im Team, mit dem Patienten und mit den ihm nahestehenden Personen gekoppelt. Insbesondere bei der tiefen Sedierung sind intensive psychosoziale Maßnahmen zur Vorbereitung und Begleitung erforderlich. Sedierung am Lebensende kann auch im ambulanten Setting durchgeführt werden, wenn die besonderen Anforderungen an die Erfahrung und Qualifikation der Therapeuten bezüglich der Durchführung und Überwachung gewährleistet sind.

Im Kontext der Sedierung ist eine legitime und illegitime Einflussnahme verschiedener Personengruppen denkbar. Dies muss im Prozess der Entscheidungsfindung transparent geklärt werden. Die Frage, wo die Grenzen der Zumutbarkeit von Leid liegen, ist gesellschaftlich zu klären. Sedierung soll nicht im Rahmen einer durch Patienteninteressen induzierten Wunschmedizin angeboten werden.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden bewusst vor Abschluss des Prozesses vorgestellt, um die Diskussion noch einmal zu öffnen und ggf. weitere Aspekte in die Handlungsempfehlungen einfließen lassen zu können.

S8.2 Der Wunsch nach Lebensverkürzung bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose

R.J. Jox

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der LMU München

Fragestellung: Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine unheilbare, tödlich verlaufende neurodegenerative Erkrankung, die sich auf Grund kontinuierlich fortschreitender Lähmungen bei erhaltenen kognitiven Funktionen paradigmatisch dazu eignet, den Wunsch nach Lebensverkürzung genauer zu untersuchen. Ziel unserer Untersuchung war es, die Häufigkeit und die Determinanten des Wunsches nach Lebensverkürzung bei ALS-Patienten zu untersuchen und dabei auch etwaige Ver-

änderungen im Verlauf der Erkrankung festzustellen.

Methodik: Wir führten eine longitudinale, semiquantitative Fragebogenstudie mit 30 ALS-Patienten und ihren Hauptbezugspersonen durch, die in der Motoneuronambulanz der LMU München palliativmedizinisch betreut wurden. Neben demographischen Daten und validierten psychometrischen Skalen (Hospital Anxiety and Depression Scale, Idler Index of Religiosity, Schedule for Meaning in Life Evaluation) wurden Fragen zur Suizidalität, zum assistierten Suizid und zur Tötung auf Verlangen gestellt. Nach der Erstuntersuchung erfolgten eine Verlaufsuntersuchung bei signifikantem Krankheitsprogress und eine postmortale Telefonumfrage unter den Angehörigen.

Ergebnisse: Insgesamt äußerten 37% der ALS-Patienten den Wunsch nach Lebensverkürzung. Während die Hälfte der Patienten suizidale Gedanken hatten, wurden suizidale Pläne und tatsächliche Versuche von 24% bzw. 6% berichtet. 44% der Patienten könnten sich vorstellen, ihren Arzt um Beihilfe zum Suizid bzw. Tötung auf Verlangen zu bitten. Der Wunsch nach Lebensverkürzung korrelierte signifikant mit dem Grad der Einsamkeit sowie mit einer klinischen Depression. Die Bereitschaft, um Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen zu bitten, war umso größer, je geringer die Religiosität war. Lediglich 25% der Patienten hatten bereits mit jemandem über ihren Wunsch nach Lebensverkürzung gesprochen, in keinem Fall jedoch mit ihrem Arzt. Nur 9% der Angehörigen gaben an, jemals mit dem Patienten über die Möglichkeit der Lebensverkürzung geredet zu haben. Allerdings könnten sich 19% der Angehörigen vorstellen, bei einer Lebensverkürzung behilflich zu sein. Die Einstellungen von Patienten und Angehörigen waren relativ stabil über den Verlauf der Krankheit hinweg. Die Befragung wurde von Angehörigen als leicht belastend erlebt, von Patienten überhaupt nicht als belastend.

S8.3 Final Choice – Wie Menschen sich zum assistierten Suizid entscheiden: Eine qualitative Studie

R. Mahrer-Imhof, G. Bosshard, S. Fischer, L. Imhof

Institute of Nursing, Zurich University of Applied Science, Winterthur

Objectives: The specific legal situation in Switzerland allows for assisted suicide as long as the individual is “unbearable suffering or is seriously disabled”, is legally competent, and exhibits a repeated and consistent wish to die. To date attitudes toward assisted suicide and euthanasia from the perspective of health care professionals, terminally ill patients and their next of kin have been explored. Little is known about perspectives, motives and rationales of individuals who eventually committed assisted suicide. Therefore, the aim of this qualitative study was to describe the rationales and the decision process of individuals who committed assisted suicide with a right-to-die organisation in Switzerland.

Design and Methods: Consecutive legal files from 421 cases of assisted suicide reported to the legal authorities in the city of Zurich between 2001-2004 revealed 226 written accounts from the deceased. The letters were written as solicitants to the prescribing physician or the volunteers of the organization. We used grounded theory approach to analyse the written accounts from deceased who committed suicide with assistance of a right-to-die organisation in Switzerland.

Results: Among the 226 deceased 61.9% were female. The age ranged from 21 to 95 years, with 8.4% (19) between 21 and 40, 31.9% (72) between 41 and 60, 47.3% (107) between 61 and 80, and 12.4 (28) between 81 and 95 years of age respectively. First, the deceased presented a history of suffering with distinct illness trajectories including manifold symptoms and restrictions. They substantiated the seriousness of the illness by mentioning failed treatments or interactions with health care professionals who confirmed incurability. Second, the deceased described their social situa-

tion and compared it with their past. They feared a loss of their former self. They judged their situation as unworthy through unbearable suffering, social isolation or an undignified life. Third, they considered death and dying and ruled out natural death as too agonizing. Non-assisted suicide was seen as unsafe, possibly mutilating, lonesome, and embarrassing for family members. In contrast, the individuals saw assisted suicide as secure and proper, and as a guarantee to be in good hands while dying. They cherished the possibility that their family members received support after their death by the right-to-die organisation volunteer.

Discussion: For the first time insights in rationales of individuals who sought assisted suicide are presented. The rationales are manifold and did not differ by gender. A history of suffering was presented which was often marked by misunderstandings between the deceased and the health care professionals. When recent changes and unexpected transitions pointed to a downward spiral, the situation was seen as unworthy and imposed the wish to die regardless of the medical prognosis. Better understanding of the reasons and rationales of the deceased is needed in order to enhance communication among individuals seeking assisted suicide and involved health care professionals.

S9.1 Implementierung von Ethikberatung an den Krankenhäusern und Altersheimen in Südtirol

M. Habicher, H. Heidegger, G. Marckmann

Landesethikkomitee Südtirol

Die Initiative zur Etablierung klinischer Ethikkomitees (KEKs) geht in der Regel von dem betroffenen Krankenhaus – Mitarbeiter oder Krankenhaus-Leitung – aus. Dies hat ohne Zweifel den Vorteil, dass die resultierenden Strukturen ganz auf die individuellen Bedürfnisse der Einrichtung angepasst sind. Die Etablierung eines KEK hängt in diesem Fall allerdings davon ab, ob sich in der betreffenden Klinik jemand findet, der die Entwicklung anstößt. Die

Folge ist, dass viele Krankenhäuser trotz vergleichbarem Bedarf nicht über ein Ethikberatungs-Angebot verfügen. Das Landesethikkomitee der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol hat deshalb im Jahr 2007 die Initiative ergriffen, Ethikberatung an den Krankenhäusern und Altersheimen Südtirols zu etablieren, nachdem Ärzte und Pflegende immer wieder auf den großen Beratungsbedarf hingewiesen hatten. Das Projekt wird in Zusammenarbeit zwischen dem Referat Gesundheit der Südtiroler Landesregierung (Landesethikkomitee, Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals), dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, den Gesundheitsbezirken und dem Verband der Altersheime Südtirols durchgeführt. Nach unserem Wissen ist dies einer der ersten Versuche überhaupt, Ethikberatung in einer bestimmten Region flächendeckend zu etablieren. Als weitere Besonderheit kommt hinzu, dass ein integriertes Beratungsangebot für Krankenhäuser und Altenheime angestrebt wird, was vor allem für die häufigen Schnittstellenprobleme zwischen Pflegeheim und Klinik (z.B. Anlage einer PEG-Sondenernährung) von Vorteil sein könnte.

In einem ersten Treffen im September 2007 wurde in einer Arbeitsgruppe, die aus Vertretern der Krankenhäuser und Altenheime Südtirols sowie des Landesethikkomitees bestand, ein erstes Konzept für die Etablierung von Ethikberatung an den Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen in Südtirol erarbeitet. Es handelt sich dabei um allgemeine Empfehlungen zu Zielen, Aufgaben und Struktur klinischer Ethikberatung, ergänzt um Hinweise zur Implementierung und Evaluation, die die Entscheidungsträger vor Ort nicht einengen, sondern inspirieren sollen. Im Februar 2008 wurde das Konzept mit den Führungskräften des Gesundheitswesens und der Altersheime abgestimmt.

Für jeden der 4 Südtiroler Gesundheitsbezirke soll jeweils eine Ethikberatungsgruppe mit 10-15 Mitgliedern aus den 1-2 Krankenhäusern und bis zu 30 Altersheimen im Bezirk eingerichtet werden. Die Implementierung und Arbeitsweise wird

mit den Führungskräften vereinbart und schriftlich festgelegt. Für jeden Bezirk wird ein/e Koordinator/Koordinatorin benannt, der/die als AnsprechpartnerIn nach außen (Landesethikkomitee, Beratungsanfrage etc.) und nach innen (für die Ethikberatungsgruppe) zur Verfügung steht. Die Einzelfallberatung erfolgt durch 3-4 Mitglieder der Ethikarbeitsgruppe und kann von MitarbeiterInnen der Krankenhäuser und Altenheime, sowie von PatientInnen und Angehörigen in Anspruch genommen werden. Das Landesethikkomitee Südtirol koordiniert die Aktivitäten in den einzelnen Gesundheitsbezirken, steht als zentraler Ansprechpartner für fachliche und organisatorische Fragen zur Verfügung und stellt die Aus- und Weiterbildung der Mitglieder der Ethikarbeitsgruppen sicher (inkl. Finanzierung).

In unserem Vortrag berichten wir über den aktuellen Stand und die Erfahrungen bei der Etablierung von Ethikberatung an den Krankenhäusern und Altersheimen in Südtirol. Bis zur Jahrestagung der AEM Ende September 2008 werden die ersten Ethikberatungsgruppen ihre Arbeit aufgenommen haben, eine Schulung der Mitglieder ist erfolgt. Insbesondere möchten wir berichten, wie die zentral vom Landesethikkomitee ausgehende Initiative in den einzelnen Bezirken aufgenommen wurde und welche Schwierigkeiten bei der Etablierung der Ethikberatungsgruppen aufgetreten sind.

S9.2 Erfahrungen aus zwei Jahren Klinischer Ethikberatung am UniversitätsSpital Zürich

*G. Bosshard, N. Biller-Andorno
Institut für Biomedizinische Ethik,
UniversitätsSpital Zürich*

Seit Juni 2006 wird am UniversitätsSpital Zürich Klinische Ethikberatung über das neugeschaffene Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich angeboten. Der Vortrag stellt die Eckpfeiler dieser Tätigkeit dar und thematisiert die wichtigsten Erfahrungen der ersten zwei Jahre.

Im Vortrag speziell zur Sprache kommen die folgenden Themen:

- Die Gratwanderung der Klinischen Ethik zwischen Irrelevanz und Vereinnahmung durch Partikularinteressen.
- Die Implikationen einer Klinischen Ethik betrieben durch Personen, die selber über eine klinisch-ärztliche Ausbildung verfügen.
- Möglichkeiten und Grenzen der Klinischen Ethik bei der Brückenbildung zwischen den verschiedenen im Spital tätigen Berufsgruppen.

S9.3 Klinische Ethikberatung als Teil des Wertemanagements mit der Perspektive, einen empathischen Professionalismus zu stärken

J. Wallner, R. Kinast

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Hintergrund: Klinische Ethikberatung wird im deutschsprachigen Raum vermehrt eingesetzt, um schwierige Fragestellungen in der medizinischen und pflegerischen Patientenbehandlung zu unterstützen. Sie kann ihr volles Potential vor allem dort verwirklichen, wo sie in einer entsprechenden Unternehmenskultur verankert ist. *Aufgabenstellung:* Aufbau und Implementierung einer klinischen Ethikberatung in einer österreichischen Krankenhausgruppe in Ordensträgerschaft. Verbindung von klinischer Ethik und Organisationsethik.

Ergebnisse: Die Vinzenz Gruppe ist eine Holding von sieben Ordenskrankenhäusern (zum Teil Lehrkrankenhäuser), die sich seit einigen Jahren der systematischen Organisationsentwicklung unter ethischen Gesichtspunkten verpflichtet hat¹. In einem ersten Schritt wird dieses Wertemanagement in seiner Geschichte, seinen Zielsetzung und Verfahrensweise dargestellt. Das Wertemanagement betrifft alle Führungsebenen der Krankenhäuser und beruht auf sieben Eckpfeilern der Krankenversorgung mit christlichem Profil². Einer der sieben

Eckpfeiler lautet „Entscheidungen auf Basis ethischer Grundlagen“ zu treffen³. Um dies zu erreichen, wurde eine klinische Ethikberatung aufgebaut, deren Struktur in einem zweiten Schritt erläutert wird. Entsprechend der Organisationsstruktur der Vinzenz- Gruppe (es handelt sich nicht um eine Krankenhauskette), wurde einerseits auf die Selbstständigkeit und Besonderheiten der einzelnen Spitäler in der Umsetzung der klinischen Ethikberatung Wert gelegt; andererseits galt es, eine Struktur zu schaffen, um das gemeinsame Profil der Vinzenz- Gruppe zu stärken und Synergien zu nutzen. Diesem doppelten Auftrag wurde dadurch Rechnung getragen, dass auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser Klinische Ethikkomitees mit einer einheitlichen Rahmen-Geschäftsordnung eingerichtet wurden und auf Ebene der Holding ein Ethikbeirat installiert wurde, der von allen Krankenhäusern besetzt wird.

Ausblick: Neben der unmittelbaren Implementierung und ersten Arbeitsphase der klinischen Ethikberatung gilt es, in längerfristiger Perspektive über weitere organisationsethische Konsequenzen nachzudenken⁴ (5-7). Insbesondere sollte die klinische Ethikberatung im Kontext des Wertemanagements dazu beitragen, einen empathischen medizinischen Professionalismus zu stärken⁵ (8). Ansätze hierzu, wie z.B. die Ausbildung betreffend⁶ (9-11),

Krobath T, Heller A (2003): OrganisationsEthik, Freiburg, S. 381-403.

3 Vinzenz Gruppe (2007): 7 Eckpfeiler des christlichen Profils der Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe, Wien.

4 Winkler EC (2005): Organisatorische Ethik - ein erweiterter Auftrag für klinische Ethikkomitees?, in: Düwell M, Neumann JN (Hg). Wie viel Ethik trägt die Medizin? Paderborn: 2005, S. 259-73; Moore G (2005): Corporate Character: Modern Virtue Ethics and the Virtuous Corporation. *Bus Ethics Q.*;15(4):659-85.; Scott ED (2002): Organizational Moral Values. *Bus Ethics Q.*;12(1):33-55.

5 Branch WT, Jr. (2000): The Ethics of Caring and Medical Education, *Acad Med.* 2000 Feb;75(2):127-32.

6 Arnold RM (2006): Focusing on Education Rather Than Clinical Ethics, *Am J Bioeth.* 2006 Jul;6(4):18-9.; Craig JM, May T. Ethics Consultation as a Tool for Teaching Residents. *Am J Bioeth.*

1 Iltis AS (2005): Values Based Decision Making: Organizational Mission and Integrity. *HEC Forum.* 2005 Mar;17(1):6-17; Richter C (2007) Manko im Spital: Medizin mit Seele. Die Presse, Mar 12: 12.

2 Dinges S, Heller A: Wertemanagement in konfessionellen Krankenhäusern. In: Heller A,

werden in einem dritten Schritt präsentiert.

S9.4 Der „Ethiktreff Pflege“ als Bindeglied zwischen KEK und Pflegenden? Ein Erfahrungsbericht aus dem Universitätsklinikum Tübingen

A. Müller-Czisch, S. Braun, V. Jankowski, H. Mayer, C. Ruhнау, G. Weise, G. Marckmann

AG „Ethik in der Pflege“, KEK am Universitätsklinikum Tübingen

Fragestellung: Wie in vielen anderen Krankenhäusern ist auch am Universitätsklinikum Tübingen im Jahr 2004 ein klinisches Ethik-Komitee (KEK) eingerichtet worden. Damit steht ein berufsgruppenübergreifendes Forum zur Diskussion ethischer Fragen im Alltag des Klinikums zur Verfügung, in dem auch Pflegenden vertreten sind. Allerdings können nicht alle Abteilungen eine Pflegeperson in das KEK entsenden. Eine Herausforderung der Arbeit des KEK besteht folglich darin, den Kontakt zwischen den Mitgliedern des KEK und den MitarbeiterInnen im Klinikum zu pflegen. Zum einen sollten die Ergebnisse der Diskussionen im KEK an die MitarbeiterInnen weitergeleitet werden, zum anderen sollten die Fragen und Probleme der MitarbeiterInnen in das KEK gelangen könnten. Um die Verbindung zwischen KEK und Pflegenden zu fördern, entschlossen sich die KEK-Mitglieder aus der Pflege Anfang 2007 dazu, einen „Ethiktreff Pflege“ am Universitätsklinikum Tübingen zu organisieren

Methodik: Der „Ethiktreff Pflege“ bietet ein offenes Forum für die MitarbeiterInnen aus der Pflege, um Erfahrungen und Probleme aus dem Pflegealltag auszutauschen, ethisch relevante Themen zu vertiefen, gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und Ideen für ethische Fortbildung-

gen und Projekte zu entwickeln. Der „Ethiktreff Pflege“ findet alle 2-3 Monate statt. Die genauen Themen und Inhalte legen die Teilnehmenden selbst fest.

Ergebnis: Im Vortrag berichten wir über unsere Erfahrungen, die wir in den bislang 6 Treffen (Stand Feb. 2008) mit jeweils 20-30 Teilnehmenden aus verschiedenen Kliniken sammeln konnten. Die erste Sitzung diente dazu, Fragen und Probleme zu sammeln, die im Rahmen des Ethiktreffs besprochen werden sollen. Folgende Themen wurden in den darauffolgenden Sitzungen behandelt:

Kommunikation und Ethik anhand eines konkreten Fallbeispiels (Moderation durch eine Mitarbeiterberaterin am Universitätsklinikum Tübingen).

Impulsreferat und Diskussion zur Kommunikation zwischen ÄrztInnen, Pflegenden und PatientInnen am Beispiel der Visite.

Grundlage der Kommunikation mit praktischen Übungen (Anleitung durch einen Kommunikationstrainer).

Grundstruktur einer ethischen Fallbesprechung anhand eines Fallbeispiels aus der Neurologie.

Durchführung von ethischen Fallbesprechungen auf den Intensivstationen: Erfahrungsberichte von der pädiatrischen, neonatologischen, interdisziplinären und internistischen Intensivstation (erfolgreiche und weniger erfolgreiche Initiativen).

Diskussion: Der „Ethiktreff Pflege“ bot den Teilnehmenden die Möglichkeit, diejenigen Themen mit Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Kliniken zu diskutieren, die ihnen am meisten auf den Nägeln brennen. Das vorrangige Ziel der Sitzungen bestand darin, Impulse für die eigene Arbeit auf den Stationen zu gewinnen: Was können wir tun, um z.B. die Kommunikation über ethische Fragen zu verbessern oder die Durchführung ethischer Fallbesprechungen zu unterstützen? Anhand des letzten Themas, die Durchführung ethischer Fallbesprechungen, soll aufgezeigt werden, wie sich die Zusammenarbeit des „Ethiktreff Pflege“ mit dem KEK gestaltet. Wir berichten darüber hinaus vom Feedback der Teilnehmenden, das

[Open Peer Commentary]. 2006 Jul;6(4):25-7.; Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich M, Oelschlager A-MA, Baernstein A, Kimball H (2006): Professionalism in Medical Education: An Institutional Challenge. Acad Med. 2006 Oct;81(10):871-6.

regelmäßig am Ende der Treffen erhoben wurde, und die Schwierigkeiten, die sich bei der Organisation des Ethiktreffs Pflege ergaben. Die Vorbereitungsgruppe, in der jetzt auch Nicht-Mitglieder des KEK mitarbeiten, wurde inzwischen als ständige Arbeitsgruppe des KEK (AG „Ethik in der Pflege“) verankert.

S10.1 Einrichtung eines Ethik-Forums in der Behindertenhilfe

B. Huber

Heilpädagogisches Centrum Augustinum, Referat Seelsorge und Ethik, München

1. Die Forderung nach gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben stellt einen Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe dar. Menschen mit Behinderung sind nicht mehr „Objekt der Fürsorge“, sondern Kunden bzw. Leistungsberechtigte. Die „Ethik der Nächstenliebe“ muss neu definiert werden.

Fragen der modernen Medizin (z.B. Fortpflanzungsmedizin, Pränatale Diagnostik, Gendiagnostik, gruppennützige Forschung, Entscheidungen am Lebensende), aber auch der Kostendruck im Gesundheits-, Pflege- und Betreuungswesen zeigen, dass ein hoher Bedarf an ethischer Orientierung in den Einrichtungen besteht. Analog zu Klinischen Ethik-Komitees und zur Ethikberatung in der Altenhilfe empfiehlt sich die Implementierung eines Ethik-Forums.

Ethische Konflikte entstehen nicht nur in der Pflege und in der alltäglichen Begleitung im Wohn- und Arbeitsbereich, sondern auch im Grenzbereich zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, bei psychischen Auffälligkeiten und Verweigerungshaltungen sowie im Umgang mit Tabuthemen wie Tod und Sterben, Sexualität, Sterilisation, Sucht, Gewalt u.ä.

2. Die vier Prinzipien der Biomedizin (Selbstbestimmung, Schadensvermeidung, Fürsorgepflicht, Gerechtigkeit) haben sich als sehr hilfreich erwiesen. Sie bilden das Fundament, auf dem das Ethik-Forum beruht. In diesem Erfahrungsbericht sollen die drei Säulen eines Ethik-Forums darge-

stellt werden:

- Bei der *Ethikberatung* handelt es sich um moderierte Beratung (45-60 Minuten) in schwierigen Entscheidungssituationen, an deren Ende eine Empfehlung einer für alle Beteiligten verantwortbaren Lösung gefunden werden soll. Ethikberatung kann von Mitarbeitenden, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen und rechtlichen Betreuern in Anspruch genommen werden.
- Die einvernehmlich gelösten aktuellen ethischen Konflikte sind Modell für ähnlich gelagerte zukünftige Fälle und führen zur Entwicklung von *ethischen Leitlinien* auf der Grundlage der Corporate Identity der Einrichtung, z.B. des christlichen Menschenbildes.
- In dem regelmäßig angebotenen *Ethik-Café* sollen allgemeine ethische Fragestellungen in offenen Gesprächsrunden erörtert werden. Die Themen werden mit dem Publikum vorher vereinbart. Es können aber auch aktuelle Fragen aufgenommen werden. Die Gesprächsrunden in Kaffeehaus-Atmosphäre sind für alle Interessierten offen: Menschen mit Behinderung (Beschäftigte in den Werkstätten, Bewohner/-innen der Wohnstätten usw.), Mitarbeitende der Einrichtungen, Familienangehörige, Freunde. Alle Gäste sind eingeladen, sich aktiv und gleichberechtigt am gesellschaftlichen Diskurs zu beteiligen.

Das Ethik-Café „Spezial“ richtet sich besonders an Menschen mit Behinderung. Aktuelle Themen der Ethik werden in einfacher Sprache dargestellt und diskutiert. Ziel ist Empowerment, die Befähigung zur aktiven und gleichberechtigten Teilnahme am gesellschaftlichen Diskurs. Menschen mit kognitiven Einschränkungen wird Assistenz angeboten.

Struktur, Arbeitsweise und die zu erarbeitende Geschäftsordnung müssen den Besonderheiten in den Behinderten-Einrichtungen entsprechen. Die Mitglieder des Ethik-Forums unter der Koordinierung eines theologischen Ethikers (Seelsorger/-in) werden von der Geschäftsführung beru-

fen. Um ihrer Aufgabe kompetent gerecht zu werden, werden sie in verschiedenen Beratungsmodellen ausgebildet. Das Ethik-Forum hat beratende und empfehlende Funktion, keine Entscheidungsbefugnis.

3. Das Ethik-Forum will einen Beitrag zur Ethik des Dialogs und der Anerkennung leisten. Jeder Mensch ist Person mit dem Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit und individuellen Fähigkeiten. Menschen mit Behinderung wollen in ihrem So-sein anerkannt und nicht unter dem Aspekt des Defizitären, Pathologischen oder als „Leidende“ gesehen werden. Ethikberatung ist zu einem wichtigen Bestandteil der Qualitätssicherung geworden.

Die Erfahrungen aus zwei Jahren Ethik-Forum sollen dargestellt werden.

S10.2 Abschiedskultur, Ethikberatung in der stationären Altenhilfe der AWO Ostwestfalen-Lippe

A.T. May, A. Krafft, U. Hamers, W. Isermann

Ruhr-Universität Bochum, Institut für Philosophie

Die Verbesserung der Sterbebegleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist Projektziel der Projektarbeit in 9 Einrichtungen der stationären Altenhilfe der Arbeiterwohlfahrt im Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe (2006-2009). Insbesondere Fragen der Behandlung und Versorgung in der letzten Lebensphase bergen oft moralische Konflikte, denen mit der Einführung von ethischen Fallbesprechungen begegnet werden soll.

In einer Bestandserhebung zu Beginn des Projekts wurde ein hoher Bedarf an Transparenz von Kommunikations- und Entscheidungsprozessen angegeben bei bestehenden Unsicherheiten der Mitarbeitenden in allen Bereichen der Einrichtungen zu ethischen Bewertungen und rechtlichen Fragen.

Ausgehend von der laufenden Implementierung von Ethikberatung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Rahmen des Projekts sollen die Zwischenergebnisse des Projekts dargestellt werden. Diese beziehen sich auf die Einflüsse einer

sensiblen Gesprächskultur in der komplexen Situation einer Einrichtung der stationären Altenhilfe. Die an der Entscheidung beteiligten Akteure sollten in eine ethische Fallberatung eingebunden sein, damit diese die Kommunikationsstrukturen positiv beeinflussen kann.

Im Rahmen des Forschungsprojektes sollen Sterben und Tod integrierte Bestandteile der Arbeits-, Qualitäts- und Organisationskultur der stationären Pflegeeinrichtungen sein. Sterbebegleitung gilt dabei als Kriterium der Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen. Zur Unterstützung der MitarbeiterInnen, der Angehörigen und der Freiwilligen in den Einrichtungen werden ethische Fallbesprechungen angeboten. Sie können Entscheidungshilfen in der akuten Situation geben und dienen der Reflexion vergangener Entscheidungen. Die ethischen Fallbesprechungen schaffen eine gemeinsame Informationsbasis und fördern die individuelle Informations- und Reflexionskompetenz.

Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nimmt regelmäßig die Situation divergierender Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin in den Blick, wenn die in der reflektierten Phase in einer Patientenverfügung niedergelegten oder geäußerten Willenserklärungen mit den Äußerungen des demenzten Bewohners bzw. der Bewohnerin nicht übereinstimmen. Neben konkreten Instrumenten der Biographiearbeit und der Ermittlung des mutmaßlichen Willens wird im Rahmen des Projektes in bestimmten Situationen eine ethische Fallbesprechung durchgeführt.

Ethikberatung trägt zudem über die Verbesserung der Entscheidungskultur zur Gewährleistung moralischer Integrität der Einrichtungen bei, was speziell bei der konfessionell nicht gebundenen Arbeiterwohlfahrt ein organisationsethisch bedeutsamer Prozess ist. Im Rahmen des Projekts wird sowohl die organisationale Ebene, als auch die persönlich individuelle Auseinandersetzung mit Werten angesprochen.

Der Beitrag wird als Werkstattbericht insbesondere die Schnittstellen von Ethikbe-

ratung und Verbesserung der Sterbebegleitung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe beinhalten. Dabei wird den Besonderheiten der in Relation zur Behandlung im Krankenhaus langen Aufenthaltsdauer Raum gegeben, was sich auf die Abgrenzung und Integrationsmöglichkeiten von kollegialer Beratung und Coaching zu Ethikberatung bezieht.

S10.3 Das Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA) – Bericht aus der Praxis

G. Bockenheimer-Lucius, R. Dansou, T. Sauer

Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main

Problemstellung: Die Grenzen zwischen den Aufgaben von Alltagsgestaltung, Pflege und Begleitung am Lebensende die sich für ein Altenpflegeheim stellen, zerfließen zunehmend, und zugleich erwachsen daraus immer mehr ethische Probleme im Alltag. Allen, die sich um die alten Menschen kümmern, wird die Bedeutung des eigenen Beratens und Handelns als moralische Herausforderung immer bewusster. Bisher fehlt jedoch für die Diskussion ethischer Fragen das notwendige Forum.

Modellprojekt und erste Ergebnisse: Als Modellprojekt¹ wurde im September 2006 ein Ethik-Komitee in einem Altenpflegeheim der Stadt Frankfurt am Main gegründet. Zu dem Konzept gehörte von Anfang an das Ziel, weit über Fragen einer Palliativ- und Hospizkultur hinaus für ethische Probleme im Alltag zur Verfügung zu stehen und eine Vernetzung von Austausch, Beratung und Fortbildung zu ethischen Problemen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe innerhalb der Stadt Frankfurt am Main zu erreichen.

In Anlehnung an die Aufgaben eines Ethik-Komitees konzentriert sich die Arbeit des EKA auf

- die Weiterbildung in medizinischer Ethik,

- die Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen
- und die Einzelfall- bezogene Beratung.

Die Notwendigkeit besonderer Sensibilität und Kompetenz für die Lebenswirklichkeit alter Menschen im Pflegeheim spiegelt sich in der Zusammensetzung des Komitees wider, dem neben der Heimleitung und der Pflegedienstleitung fünf Pflegenden unterschiedlicher beruflicher Spezialisierung, eine Seelsorgerin, ein Mitarbeiter aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychologie, eine Ärztin, ein Vormundschaftsrichter und die Projektleitung (Medizin, Soziologie, Philosophie und Pflege) angehören. Die Sitzungen finden monatlich statt, interne Fortbildung wird darüber hinaus regelmäßig angeboten.

Vordringlich zu bearbeitende Fragestellungen für die bisherige Arbeit des Komitees entwickelten sich aus Problemen im Umgang mit Patientenverfügungen und der Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit oder weiterer Hilfeleistungen durch den betroffenen Heimbewohner. Für die Pflegenden ist es von zentraler Bedeutung, die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen vor allem für einfache Alltagsverrichtungen richtig einschätzen zu können. Das Ethik-Komitee hat daher einen Leitfaden entwickelt, um gleichermaßen dem Recht des alten Menschen auf Autonomie und dem eigenen Anspruch der Pflegenden auf Respektierung dieser Autonomie gerecht zu werden. Derzeit erarbeitet das Komitee eine Stellungnahme für den Umgang mit Patientenverfügungen, die bis zum Herbst 2008 vorliegen wird.

Um den Kontakt zu 36 weiteren stationären Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main herzustellen, finden seit 2007 regelmäßige monatliche Treffen jeweils abwechselnd in verschiedenen Pflegeheimen statt, die dem Austausch untereinander dienen (Gesprächsforum NAEHE (N = Netzwerk, A = Altenpflege, E = Ethik, HE = Heim)). Dabei kommen auch weitere ethische Fragen wie z.B. legitime Interessen Heimbewohner nicht gravierend im eigenen Wohlbefinden gestört und mögli-

¹ Gefördert von der BHF-Bank-Stiftung Frankfurt am Main.

cherweise in der eigenen Würde verletzt zu werden, Unsicherheiten in der Eruierung eines mutmaßlichen Willens am Lebensende eines nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen, Konflikte aufgrund unterschiedlicher Werte und Präferenzen zwischen Heimbewohner und Angehörigen, aber auch organisationsethische Probleme zur Sprache.

Zwei Fortbildungsveranstaltungen im Jahr 2007 und vier weitere vierteljährlich stattfindende ganztägige Fortbildungsveranstaltungen im Jahre 2008 vervollständigen das Programm.

S10.4 Ethikberatung - Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA). Was muss ein Curriculum berücksichtigen?

*G. Bockenheimer-Lucius, A. May
Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Frankfurt am Main*

Pflegerisches Handeln am Menschen bedarf ebenso wie medizinisches Handeln der moralischen und rechtlichen Rechtfertigung. In der Komplexität der Handlungsoptionen und angesichts der Wertpluralität unserer Gesellschaft haben ethische Fragen in der Gesundheitsversorgung von kranken und alten Menschen in Einrichtungen der Altenpflege hohe Bedeutung bekommen.

Die Etablierung von Ethik-Beratung und Ethik-Komitees muss in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe von erheblich anderen Rahmenbedingungen ausgehen als in klinischen Einrichtungen. Der auf Dauer angelegte Aufenthalt im Altenpflegeheim sowie die Komplexität des Handlungsfeldes und der Agierenden (Angehörige, Betreuer, Ärzte, Pflegende und zahlreiche andere Berufsgruppen) erfordern eine besonders sensible Gesprächs- und Entscheidungskultur. In Deutschland konzentrierten sich die Bemühungen bisher auf die Herstellung einer umfangreichen Abschieds-, Palliativ- und Hospizkultur in der ambulanten und stationären Altenhilfe. In jüngster Zeit hat jedoch der Bedarf an Ethik-Beratung gerade für moralische Alltags-

probleme im Altenpflegeheim die Entwicklung vorangetrieben.

Damit ist auch in den Einrichtungen der ambulanten wie stationären Altenhilfe ein Bedarf an qualifizierten Weiterbildungsveranstaltungen entstanden. Ein Curriculum für Ethik-Beratung muss die spezifischen Aufgaben der ambulanten und stationären Altenhilfe berücksichtigen.

Auf der Basis der von uns vorgelegten Eckpunkte für ein Curriculum sollen die wesentlichen spezifischen Fortbildungsmodule mit Blick auf die grundsätzlichen Aufgaben eines Ethik-Komitees

- Beratung bei ethischen Problemen und Konflikten im Einzelfall,
- Entwicklung von ethischen Leitlinien
- und Koordination von Fort- und Weiterbildung zu ethischen Themen dargestellt werden.

Zum Grundkurs gehören insbesondere Problemstellungen, die aus den grundlegend anderen Lebensbedingungen in einem Altenpflegeheim als in einem privaten häuslichen Rahmen erwachsen - das Altenpflegeheim als Institution mit potentiell erheblichem Zwangscharakter. Die stark eingeschränkte Privatatmosphäre verlangt nach einer gelingenden „Autonomie in Gemeinschaft“. Zudem müssen derartige Einrichtungen ebenso wie das Team und die Bewohner in ihrem jeweiligen kulturellen und wertorientierten Zusammenhang verstanden werden.

Zugleich muss ein Grundverständnis vermittelt werden, das die Teilnehmer befähigt, eine für die eigene Organisation angemessene Struktur von Ethikberatung zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Ein wesentliches Ziel muss die Gewährleistung partizipativer Strukturen sein, die alle Betroffenen zur Bearbeitung ethischer Probleme durch Unterstützung eines Ethik-Komitees motivieren und die Transparenz von Entscheidungsprozessen herstellen.

In Aufbaukursen sollen spezifische und zugleich immer wieder auftauchende Themen bearbeitet werden. Herausragend sind dabei u.a. Fragen zu

- Vertraulichkeit und Privatheit,

- Verweigerung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen (Körperpflege, therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Pflege, Medikamenteneinnahme),
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter),
- Psychopharmakaverordnung,
- pflegerischen und ethischen Problemen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr,
- dementiellen Veränderungen von Bewohnerinnen und Bewohnern,
- Umgang mit nicht einwilligungsfähigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern,
- Umgang mit Patientenverfügungen,
- Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung,
- Ethik und Ökonomie (u.a. Mangel an Pflegekräften),
- Sterbe- und Trauerbegleitung,
- Aggressionen der Pflegenden gegenüber Heimbewohnern – Aggressionen der Heimbewohner gegenüber Pflegenden.

Schließlich muss in Aufbaukursen auch die Entwicklung ethischer Leitlinien / Leitfäden diskutiert und erarbeitet werden.

S11.1 Zum Verhältnis von Empirie und Ethik: ein Überblick am Beispiel der Ethik der Schmerztherapie

J. Dietrich

Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Universität Tübingen

Fragestellung und Ziel: Der Vortrag greift unmittelbar die in der Ausschreibung formulierte Frage auf, wie die Beziehung zwischen empirischen Daten und moralischem Wissen mit Blick auf eine ethisch-normative Theoriebildung analysiert werden kann. Sein Ziel ist es, einen systematischen Überblick über die verschiedenen Dimensionen dieser Frage zu geben und damit das Feld der sog. empirischen Ethik klärend zu erschließen.

Methode: Der Vortrag verbindet eine systematische Reflexion auf die Struktur ethischer Urteilsbildung mit der exemplarischen Diskussion von ethischen Fragen der Schmerztherapie. Es wird ein Modell ethi-

scher Urteilsbildung vorgestellt, das den Referenzrahmen für die Bestimmung des Verhältnisses von empirischen und präskriptiven Annahmen bietet und verschiedene Teilziele ethischer Urteilsfindung so unterscheidet, dass deutlich wird, inwiefern auch empirische und präskriptive Aussagen verschiedene Funktionen haben können. Die Komplexität ihrer Wechselwirkung wird exemplarisch am Beispiel der Ethik der Schmerztherapie in ihren Konsequenzen für die medizinethische Urteilsfindung aufgezeigt – ein Beispiel, das aus drei Gründen als besonders aufschlussreich erscheint:

In der Klinischen Praxis kommt, erstens, der Schmerztherapie eine geradezu paradigmatische Rolle zu, da die Linderung von Schmerzen zu den ganz ursprünglichen und den am dringlichsten empfundenen therapeutischen Maßnahmen zählt.

Für die vorliegende Fragestellung ist aber, zweitens, insbesondere auch die Theorie der Schmerzmedizin von besonderem Interesse, da sie von einer programmatischen Interdisziplinarität geprägt ist. Das Entstehen der Schmerzmedizin in den 60er Jahren beruht auf der konzeptionellen Verbindung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen des Schmerzes. Forschung und Therapie sollen – zumindest idealiter – von einem mehrdimensionalen Ansatz ausgehen, der Biochemie, Physiologie, Medizin, Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Philosophie und Theologie als gleichwertige Referenzwissenschaften verbindet. Die vermeintlich eindeutige Konstellation „Jemand hat Schmerzen“ – „Schmerz soll gelindert werden.“ entpuppt sich als diskursives Feld, in dem überhaupt erst auszuhandeln ist, „was der Fall ist“ und „was getan werden soll“. Dementsprechend komplex ist, drittens, auch das Verhältnis von empirischen und normativen Voraussetzungen in der Diskussion der ethischen Fragen der Schmerztherapie, wie sie z. B. in der Palliativmedizin entstehen.

Ergebnis: In der Verbindung von ethischer Theorie und medizinethisch-klinischem Beispiel entsteht ein systematischer Überblick über die verschiedenen Dimensionen

des Verhältnisses zwischen Empirie und Ethik, der zeigt, dass es nicht *das* eine Verhältnis zwischen empirischen Daten und moralischem Wissen gibt, sondern dass beide in der ethisch-normativen Theoriebildung verschiedene Funktionen gewinnen können. Das Verständnis von und die weitere Forschung im Bereich der sog. empirischen Ethik ist daher dementsprechend ausdifferenzieren.

S11.2 Von interdisziplinären, linearen Modell zum kontextsensitiv-transdisziplinären Modell medizinischer Ethik: Grundlagenüberlegungen und Beispiele

T. Krones

Ethikkommission, Zentrum für Konfliktforschung, Philipps-Universität Marburg

Fragestellung und Ziel: In diesem Vortrag sollen zwei Modelle ethischer Reflexion und Urteilsbildung in ihren Grundannahmen im Zusammenspiel von Fakten und Werten, Deskription und Präskription idealtypisch nebeneinander gestellt und anhand von Beispielen illustriert werden: Das Modell einer interdisziplinären angewandten Ethik, sowie das transdisziplinäre Modell einer kontextsensitiven Ethik, welche der derzeitigen Debatte um das Verhältnis von Fakten und Werten, Deskriptionen und Präskriptionen im Wesentlichen zugrunde liegen. Plädiert wird für die größere Angemessenheit des letzteren Modells, was sich insbesondere in der klinischen Ethik zeigt.

Methode: Der Vortrag greift die Beschreibung und wissenschaftstheoretisch-metaethischen Grundannahmen der beiden Modelle auf: Zum einen das unter anderem von James Lindemann Nelson und Sugarman und Sulmasy als interdisziplinär linear beschriebene Modell einer moralphilosophisch normativen Ethik, welche durch Fakten informierte Präskriptionen für die Gesellschaft auf der Basis von unterschiedlichen Moraltheorien erstellt, deren Grundlagen selbst durch gesellschaftliche Prozesse nicht affiziert, Fächergrenzen und Fakten und Werte damit voneinander als

getrennt angenommen werden. Zum zweiten das unter anderem von Albert Musschenga, Erica Haimes und Bert Molewijk beschriebene Modell einer transdisziplinären, kontextsensitiven Ethik, die diese Trennungen als nicht konstitutiv für die ethische Urteilsbildung ansehen. Anhand von Beispielen aus der klinischen Ethik und der Public Health Ethik, Entscheidungen zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe auf Intensivstationen, Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch sowie die Aufklärung zu verschiedenen Situationen in der täglichen Arzt-Patient-Beziehung und die Verwendung von Technology Assessments für die Entscheidungskriterienberatung wird demonstriert, wo die Unterschiede in den Grundlagen und Herangehensweisen liegen.

Ergebnis: Auch wenn es für beide Modelle gute Gründe gibt, sind die wissenschaftstheoretischen Vorannahmen des linearen Modells problematisch und dessen Umsetzung in der Praxis mit Schwierigkeiten behaftet, die die Stärkung eines transdisziplinären Ansatzes nahe legen.

S11.3 Sinn und Grenzen empirischer Forschung in der Medizin- und Bioethik

M. Rothhaar

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg

Das Verhältnis von empirischer Forschung und normativer Wissenschaft ist umstritten, seit in den 80er und 90er Jahren zunehmend empirische Methoden in die Medizin- und Bioethik Einzug gehalten haben. Während empirische Forschung in der Medizinethik zunehmend Verbreitung findet, scheint die parallel dazu stattfindende Methodenreflexion sehr schnell in ein totes Rennen eingetreten zu sein. Die scharfe Trennlinie verläuft dabei entlang der Frage, ob der empirischen Forschung eine Relevanz für die normativen Fragestellungen im eigentlichen Sinn zuzusprechen ist oder nicht. Wichtig ist zu beachten, dass es hier um die Relevanz für die eigentliche normative Fragestellung geht. Denn auch wenn

man der Auffassung ist, empirische Erhebungen könnten zur Beantwortung normativer Fragen selbst nichts beitragen, kann man immer noch die Meinung vertreten, solche Erhebungen seien z.B. wichtig, um ethische Probleme im klinischen Alltag zu identifizieren und/oder genauer zu beschreiben.

Theorien, die darüber hinausgehen, sind mit dem komplexen Problem konfrontiert, ein Verhältnis von empirischer und normativer Theoriebildung zu entwickeln, das der Kritik eines unzulässigen Schlusses von der Deskription gesellschaftlicher Realitäten auf Normativität entgeht. Im ersten Teil des Vortrags soll gezeigt werden, dass bisherige Vorschläge für eine solche Theorie wie etwa der von Bert Molewijk vorgelegene¹ Vorschlag einer „Integrierten empirischen Ethik“ nicht vollständig überzeugen können. Dennoch bietet gerade Molewijks Konzept einige interessante Ansatzpunkte, die im zweiten Teil des Vortrags aufgegriffen und modifiziert werden sollen.

Dabei soll gezeigt werden, dass die Frage nach der normativen Relevanz empirischer Forschung entscheidend davon abhängt, welchen theoretischen Zuschnitt die normative Theorie selbst hat und welche Ebene der ethischen Theoriebildung überhaupt betrachtet wird. Insbesondere zwei Stellen lassen sich dann verorten, an denen die ethische Theoriebildung tatsächlich auf empirische Fakten rückverwiesen ist. Der eine Ort sind Theorien, die mit empirischen Dammbbruchargumenten bzw. „slippery-slope“-Argumenten arbeiten. Die These, ein spezifischer Handlungstyp A, der an und für sich ethisch nicht zu beanstanden wäre, sei zu verbieten oder zu unterlassen, weil er im Rahmen einer bestimmten Praxis unvermeidlich zu einem ethisch inakzeptablen Handlungstyp A' führe, ist eine empirische These, die als solche natürlich auch der empirischen Verifikation oder Falsifikation zugänglich ist.

¹ Zum Folgenden vgl. Molewijk B et al. (2004): Empirical data and moral theory. A plea for integrated empirical ethics in: *Medicine, health Care and Philosophy* 2004; Vol. 7 (1), S. 55-69.

Ein zweiter Ort betrifft alle normativen Theorien, die das Selbstbestimmungsrecht als Zentralnorm auffassen, dabei aber nicht einen rein formalen Begriff von Selbstbestimmung haben, sondern einen inhaltlich näher qualifizierten, kontextualisierten Selbstbestimmungsbegriff, nach dem erst Kriterien wie Informiertheit, Freiheit von äußerem Druck, Fähigkeit zur Einsicht in die Folgen der eigenen Entscheidung usw. erfüllt sein müssen, bevor von einer wirklich „selbstbestimmten“ Entscheidung die Rede sein kann. Eine solche Theorie ist insofern auf Empirie verwiesen, als sie eine spezifische Praxis oder Regelung gar nicht ohne eine genaue Kenntnis der empirischen Umstände der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts, wie es sich innerhalb dieser Praxis bzw. unter den Bedingungen der betreffenden Regelung darstellt, bewerten kann. Fasst man diese beiden Punkte zusammen, so kann man das Fazit ziehen, dass die Ebene, auf der Empirie legitimerweise eine Rolle innerhalb der Medizin- und Bioethik spielen kann, nicht die individuelle ethische, sondern primär die im weitesten Sinn rechtsethische Ebene ist.

S12.1 Das präoperative Aufklärungsgespräch zur radikalen Prostatektomie: Verbesserungspotential durch multimediale Elemente?

J. Huber, A. Ihrig, M. Yass, B. Konyango, E. Löser, S. Buse, M. Hohenfellner

Urologische Universitätsklinik, Heidelberg

Fragestellung: Am Beispiel der radikalen Prostatektomie soll der mögliche Nutzen einer standardisierten multimedialen Unterstützung des präoperativen Aufklärungsgesprächs untersucht werden. Wesentliche Zielkriterien der geplanten prospektiv randomisierten Studie (Ethikvotum S-213/2007) sind dabei subjektive Zufriedenheit, Angstniveau und Informiertheit des Patienten sowie Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Der Vergleich zur Standardaufklärung könnte verallgemeinerbare Empfehlungen für eine Optimierung des Informed Consent- Prozesses

bei großen tumorchirurgischen Eingriffen ergeben.

Hintergrund: Unter alltäglichen Bedingungen stellt das präoperative Aufklärungsgespräch eine häufig unterschätzte Aufgabe für Arzt und Patient dar. Unter großer psychischer Anspannung und hohem äußeren Druck stehen statt einer optimalen Kommunikation von Zielen und Risiken häufig formale Aspekte wie die juristisch korrekte Durchführung im Vordergrund. Didaktisch aufbereitetes Material steht während des Aufklärungsgesprächs meist nicht zur Verfügung, wodurch das Erklären abstrakter Behandlungsschritte erschwert ist. Unter diesen Voraussetzungen leidet notwendig auch die aktive Beteiligung des Patienten. Der Raum für seine Fragen und Anliegen wird eingeengt und ohne eine fassbare Vorstellung von dem Eingriff und seinen möglichen Folgen können viele wichtige Fragen gar nicht aufkommen. Am Beispiel der radikalen Prostatektomie sollen daher der aktuelle Stand der Aufklärungspraxis in der Urologischen Universitätsklinik Heidelberg sowie in einem zweiten Schritt der mögliche Nutzen einer multimedialen Unterstützung untersucht werden. In der eigentlichen Studien-Phase sollen die Patienten in zwei Gruppen randomisiert werden, wobei die Referenzgruppe die etablierte präoperative Aufklärung erhält und in der Fallgruppe zusätzlich eine computerbasierte Präsentation zur Gesprächsunterstützung zum Einsatz kommt. Den Patienten der Referenzgruppe wird keine Information vorenthalten, lediglich die Modalität der Darstellung unterscheidet sich.

Methodik: In einer Pilotphase ab 02/2008 werden zunächst 30 Patienten befragt, von denen die Hälfte jeweils von demselben ärztlichen Mitarbeiter aufgeklärt wurde. Das Ausmaß der Zufriedenheit mit der bestehenden Situation soll helfen, mögliche Verbesserungspotentiale einschätzen zu können. Die Beobachtungsdaten werden im Rahmen halbstandardisierter Interviews am Abend des Aufklärungstages sowie am Vorabend der Entlassung aus der stationären Behandlung von zwei Medizin-

studentinnen klinischer Semester erhoben. In der Hauptstudie ab 06/2008 wird anschließend untersucht, inwieweit sich der Einsatz einer multimedialen Präsentation im Rahmen des präoperativen Aufklärungsgesprächs auf die Patientenzufriedenheit mit dem Informed Consent-Verfahren, auf die Informiertheit der Patienten und deren Angstniveau, auf die Praktikabilität, sowie auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirkt. Zur Auswertung des Arzt-Patienten-Gesprächs ist eine Videodokumentation vorgesehen, die eine detaillierte vergleichende Analyse ermöglicht.

Ergebnisse: Es sollen die Ergebnisse der Pilotphase vorgestellt werden, die den aktuellen Stand der Aufklärungspraxis abbilden (Datenerhebung 02/2008 - 05/2008): Welche Erwartungen und Wünsche richten sich an das präoperative Gespräch? Weiterhin wird das Aufklärungsgespräch vom Patienten retrospektiv beurteilt, wobei Kategorien wie persönliche Einstellungen und Vorerfahrungen, die Beurteilung des Gesprächs, der gefühlte Informationsgewinn, die Angemessenheit des Medieneinsatzes, sowie die eigene Unsicherheit und Ängstlichkeit einen Eindruck von der subjektiven Wahrnehmung des Patienten vermitteln sollten. Auf der Basis dieser Daten soll das Verbesserungspotential ausgelotet und das Design der eigentlichen Studienphase vor diesem Hintergrund skizziert werden. Das multimediale Material wird präsentiert und anschließend mögliche Effekte auf das Arzt-Patienten-Verhältnis diskutiert. Die Visualisierung der geplanten Behandlungsschritte könnte Ungewissheit und unbegründete Ängste vermindern helfen. Patienten könnten sich zufriedener und besser informiert fühlen und zusätzlich von einer intensiveren Arzt-Patienten-Kommunikation profitieren. Diese Aspekte sollten für eine medizinethische Bewertung von zentraler Bedeutung sein.

S12.2 Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen zur Therapiebegrenzung: Einflussfaktoren und Konfliktfelder

*E.C. Winkler, S. Reiter-Theil,
D. Lange-Rieß, W. Hiddemann*

*Medizinische Klinik und Poliklinik
der LMU München*

Hintergrund: Die empirische Forschung begleitet die derzeitige Debatte über Formen der Therapiebegrenzung, Sterbegleitung und Sterbehilfe. Bislang wurden jedoch überwiegend Verhaltensabsichten von Ärzten, aber nicht tatsächliches Verhalten erfasst. Darüber hinaus wurde nur bei der aktiven Sterbehilfe, nicht aber bei der Therapiebegrenzung (passive Sterbehilfe) der Wunsch des Patienten untersucht. Es fehlt daher an qualitativen Studien, die einen detaillierten Einblick vermitteln, wie im klinischen Alltag Entscheidungen zur Therapiebegrenzung getroffen werden. In diesem Beitrag werden 1. Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die erfasst und analysiert, wie in der universitären Hämatologie/Onkologie Entscheidungen zur Therapiebegrenzung getroffen werden, inwieweit die Patienten in diese Entscheidung mit einbezogen werden und von welchen Faktoren die Einbeziehung abhängt. 2. werden Gründe für eine Therapiebegrenzung, die ohne Wissen des Patienten erfolgt, auf ihre ethische Tragfähigkeit überprüft.

Methoden: In dieser qualitativen Studie wurden konsekutiv 76 Patienten, bei denen eine Therapiebegrenzung diskutiert wurde, mittels eines systematischen, eingehenden Dokumentationsverfahrens erfasst. Dokumentiert wurden Informationen von Patienten und Ärzten, aus den Krankenakten und der Beobachtung des Entscheidungsprozesses nach dem Ansatz „Embedded Researcher“. Zielgrößen waren Aufklärungsstatus, Entscheidungsfähigkeit, Wille und Einbeziehung des Patienten. 70 der 76 Dokumentationsbögen wurden kodiert und mittels SPSS ausgewertet.

Ergebnisse: Während beinahe alle Patienten über Diagnose, Erkrankungsverlauf und Therapie aufgeklärt waren, wurden nur

47% der Patienten vollständig über festgelegte Therapiebegrenzungen informiert. Von den 37 Patienten, die nicht einbezogen wurden, waren 19 (51,4%) entscheidungsfähig. Insgesamt wurden Patienten eher in die Entscheidung zur Therapiebegrenzung einbezogen, wenn sie selbst Wünsche geäußert hatten ($p=0,001$). Es zeigt sich jedoch, dass die Einbeziehung vom Inhalt des Patientenwillens abhängen kann: Während 74% der Patienten mit palliativem Therapieziel in die Entscheidung einbezogen wurden, waren es nur 37% der Patienten mit Wunsch nach Maximaltherapie ($p=0.012$).

Diskussion: Dies zeigt, dass weniger der Gesundheitszustand des Patienten seine Einbeziehung in eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung beeinflusst, als vielmehr sein Therapiewunsch: wünscht der Patient eine Maximaltherapie, so wird die Entscheidung zur Therapiebegrenzung eher ohne ihn getroffen. Die Hinführung auf ein palliatives Therapieziel gehört sicher zu den schwierigsten Aufgaben im Arzt-Patienten-Verhältnis. Gelingt sie nicht, greifen Ärzte derzeit auf direktive Entscheidungs- und Begründungsmuster zurück. Um diese auf ihre ethische Tragfähigkeit zu überprüfen wird die Frage diskutiert, ob es Situationen gibt, in denen eine einseitige Entscheidung zur Therapiebegrenzung ohne Wissen des Patienten ethisch gerechtfertigt sein kann und wann ggf. eine Therapie auf Wunsch des Patienten fortgesetzt werden sollte, obwohl diese von den behandelnden Ärzten als nicht sinnvoll ("futile") eingeschätzt wird.

S12.3 Das Prinzip der Nichtdirektivität in der Praxis humangenetischer Beratung. Kritische Anfragen aus professionssoziologischer Perspektive

N. Heyen

*Institut für Wissenschafts- und
Technikforschung (IWT), Universität
Bielefeld*

Zumindest in den aufgeklärten Gesellschaften des Westens wird ein Pluralismus im Hinblick auf Selbst- und Weltverständ-

nis des Einzelnen sowie gesellschaftlicher Teilgruppen systematisch positiv bewertet (also nicht lediglich hingenommen). Dabei ist nicht allein die deskriptive, sondern auch die normative Dimension dieses fundamentalen Aktes der Inbezugsetzung des Individuums mit eingeschlossen: Pluralismus wird nicht nur für hermeneutische Konzepte der humanen Selbstvergewisserung, vielmehr auch für handlungsleitende Wertsetzungen, allgemeiner: für die ethische Orientierung der Gesellschaftsglieder eingefordert. Bei näherem Hinsehen wird allerdings deutlich, dass trotz dieser Wertschätzung pluraler Orientierungsmuster auch in den Kernbereichen individueller Existenz (Selbstverhältnis und Ethos) zumindest im „philosophischen Alltagsverständnis“ ein materialer Nenner normativer Setzungen vorausgesetzt oder direkt verlangt wird: In bestimmten Bereichen der ethischen Debatte scheint vielen die einheitliche Überzeugung von der Geltung bestimmter konkreter Normen unabdingbar zu sein, beispielsweise im Hinblick auf die Geltung eines (genügend spezifizierten) Tötungsverbotes. Damit wird selbstverständlich nicht behauptet, dass irgendeine Art gesellschaftlicher Konsens über die jeweils in Betracht kommenden materialen Festlegungen bestünde. Letztere werden vielmehr als konkretes Ideal der verschiedenen am ethischen Diskurs beteiligten Akteure immer unterschiedlich ausformuliert.

In dem hier vorgeschlagenen Vortrag soll es darum gehen, die logische Struktur einer unter den Bedingungen pluraler Orientierung leicht unübersichtlich werdenden Debatte in bestimmten Teilaspekten zu erhellen: Nachdem zunächst noch einmal auf das legitime Anliegen des oben so genannten philosophischen Alltagsverständnisses eingegangen wird, sollen in einem ersten Hauptschritt des Vortrags verschiedene Konstellationen geprüft werden, die für eine materiale Orientierung in zentralen ethischen Problemfeldern in pluralen, säkularen Gesellschaften prima facie in Frage zu kommen scheinen. Ist z.B. ein allgemein geteiltes anthropologisches Fundamentalkonzept dazu geeignet, trotz divergierender Ethikbegründungen das gemeinsame materiale Resultat in relevantem Umfang zu gewährleisten? Oder wird der erforderlich scheinende Gleichklang moralischer Erwägungen gerade dadurch sichergestellt, dass bestimmte ethische Prinzipien möglichst weit auf ihre Grundkontur reduziert und in dieser „gereinigten“ Form von allen Seiten akzeptiert werden, während der große Rest der individuell je verschieden ausgeprägten anthropologischen Hintergrundannahmen für sich genommen plural organisiert wird? Verschiedene Spielarten beider Alternativen sollen eingehender besprochen werden, wobei die erste Alternative besonders mit Blick auf den möglicherweise drohenden naturalistischen Fehlschluss zu untersuchen sein wird; ich werde in diesem Zusammenhang Gründe dafür anführen, dass *hier* keine Gefahr besteht. Als Ergebnis des gesamten ersten Hauptschrittes wird sich sodann ergeben, dass keine der ins Spiel gebrachten Modelle eines Ausgleichs von ethischem bzw. anthropologischem Pluralismus einerseits und dem Bedürfnis nach bestimmten materialen Eckpunkten ethischer Orientierung andererseits das Angestrebte zu leisten vermag.

In einem zweiten Hauptschritt wird es deshalb um die Explikation dieses Scheiterns gehen. Dabei werde ich die These vertreten, dass hierfür in erster Linie ein (oftmals impliziter) schwacher Emotivismus des ethischen Alltagsverständnisses verantwortlich ist, der mit dem Problem der Wahrheitsfähigkeit ethischer Feststellungen überfordert ist (vgl. das sog. Frege-Geach-Problem), darum aber auch die (lebensweltlich gerade entscheidende) Rekonstruktion ethischer Dilemmata nicht in befriedigender Weise erlaubt.

Abschließend ist positiv zu skizzieren, dass der als legitim herausgearbeitete Anspruch an ethische und anthropologische Theorien, materiale Kristallisationspunkte vorzuhalten, insbesondere im Gebiet der Medizinethik m.E. nur durch eine basale Orientierung am ethischen Dilemma ermöglicht werden kann – obgleich dies in Anbetracht der ja definitiv gesetzten Un-

auflösbarkeit solcher Konstellation mit Blick auf die angestrebte partielle Versöhnung heteronomer Positionen auf den ersten Blick paradox erscheinen mag.

S12.4 Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien. Ein Ansatz für eine klinisch relevante Modellierung

M. Kettner, M. Kraska,

Universität Witten/Herdecke

Nach einer sehr bekannten Typisierung von Emanuel & Emanuel kann die A/P-Beziehung vier Grundmuster aufweisen (E.J. & L.L. Emanuel, Four Models of the Physician-Patient-Relationship, JAMA Nr. 267, 1992). Die Autoren schematisieren diese Muster idealtypisch und bezeichnen sie als „paternalistisches“, „informatives“, „interpretatives“ und „deliberatives Modell“. Sie stellen dabei jeweils die Wünsche des Patienten den Verpflichtungen des Arztes gegenüber. Aus dem jeweiligen Idealtypus leiten sie sowohl Konzeptionen der Patientenautonomie, als auch der Arztrolle ab, um die Frage nach dem 'richtigen' Arzt-Patient-Verhältnis schließlich mit dem „deliberativen Modell“ zu beantworten. Diese Präferenz wollen sie auch im Rahmen eines gesellschaftlichen Diskurses geltend machen.

Wir zeigen im ersten, kritischen Teil unseres Vortrags zunächst, dass es E & E weder gelingt, die gemeinsame „Wurzel“ der Modelle im A/P-Verhältnis zu lokalisieren, noch die normative Bedeutsamkeit für die Bewertung und ggf. Verbesserung realer A/P-Kommunikationsverhältnisse deutlich zu machen. Da in der Regel dem Arzt asymmetrievermittelte Macht zukommt, entscheidet dieser letztendlich über Art und Weise des Fortsetzens einer Behandlung. Dieses Fortsetzen *kann* mit und ohne Zustimmung des Patienten erfolgen, geschieht aber immer *an* ihm. Die sogenannten Modelle operieren dagegen mit einem schon vorhandenen gegenseitigen Einverständnis von Arzt und Patient, schränken dadurch den Blick auf einen Ausschnitt von A/P-Interaktionen ein. Daher sollten die „Modelle“ besser als eine Auswahl von Ge-

sichtspunkten aufgefasst werden, die in einem breiten Spektrum von Asymmetrien auftauchen, die spezifisch für jede A/P-Beziehung als solche sind.

Im zweiten Teil ziehen wir konstruktive Konsequenzen aus Emanuels Ausgangsbeobachtung einer „potentiell unausgewogenen Natur“ des A/P-Verhältnisses: Wir stellen die zwiespältige Rolle von Asymmetrien kommunikationsphilosophisch in den Mittelpunkt und zeigen, dass Asymmetrien unterschiedlicher Art einerseits eine Gefährdung von Kommunikation darstellen, andererseits aber auch notwendig für Kommunikationsintentionen sein können, und dies nicht nur in professionsspezifisch geprägten Handlungssituationen wie der ärztlichen Behandlungssituation. So regelt bspw. erst die defizitäre Lage des Patienten das Aufsuchen des Arztes und den kommunikativen Erwartungshorizont, in dem der Arzt auftaucht. Zu den einschlägigen formativen Asymmetrien im A/P-Verhältnis gehören: Expertise (Asymmetrien in know how und know that), Professionsstatus (Legitimation innerhalb des Gesundheitssystems), einseitig geregelte Grenzüberschreitungen (z.B. in der ärztlichen Untersuchung) bis hin zur Koppelung der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit an die Rollen von Arzt und Patient. Für jede beschreibbare kommunikationsrelevante Asymmetrie lässt sich zeigen, wie sie einerseits die Funktion einer Verschiebung von Macht erfüllt, dem entgegengesetzt aber auch die Funktion erfüllt, durch Eröffnung kommunikativ wirksamer Idealisierungen solche Verschiebungen beobachtbar, thematisierbar und ggf. reversibel zu halten. So wird bspw. beim „informativen Modell“ die hier hervorgehobene Asymmetrie in der Expertise dadurch im gegenseitigen Einverständnis kompensiert, dass auf geregelte Weise Expertise zur Verfügung gestellt wird. Kommunikationsrelevante Asymmetrien sind sozusagen selbst der Schlüssel zu jeweils spezifisch auf sie bezogenen Kompensationsmechanismen.

Es geht uns darum, einen analytischen Ansatz, der mit dem Begriff von kommunika-

tionsrelevanten Asymmetrien operiert, zu entwickeln, mit dem institutionell geprägte Interaktionsmuster (wie die A/P-Interaktion) erfahrungsnäher und realistischer analysiert werden können als mit einem Ansatz, der (wie E & E) idealtypisierend verfährt, tatsächlich aber schematisch und deshalb wirklichkeitsfern bleibt. Durch eine Sensibilisierung für Asymmetrien und für die auf sie bezogenen Kompensationsformen kann das Professionspezifische einer A/P-Interaktion aufschlussreich erfasst werden. Klinisch relevant wird dies, wenn dadurch begrenzende Situationen und Gefahren vermieden werden können, was ggf. zu einer nachhaltigen Verbesserung des A/P-Verhältnisses führen könnte. Zugleich bietet das Asymmetrie-Kompensationsmodell der Kommunikation eine realistische Korrektur an formalpragmatischen Modellierungen, die die Koordinierung von Handeln durch Konsens („kommunikatives Handeln“ sensu Habermas) idealisieren.

S13.1 Zur Gerechtigkeit der Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen – Ergebnisse einer Umfrage unter Reproduktionsmedizinern und Paaren in Behandlung

O. Rauprich, E. Berns, J. Vollmann
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Seit der Gesundheitsreform von 2004 übernehmen Krankenkassen nur mehr höchstens die Hälfte der Kosten von bis zu drei Behandlungsversuchen zur medizinischen Herbeiführung einer Schwangerschaft. Diese Regelung hat zu einem Rückgang von Kinderwunschbehandlungen und danach geborener Kinder in Deutschland geführt. Wir haben in einer quantitativen Studie untersucht, ob die Leistungseinschränkungen als gerechtfertigt empfunden werden und welche Erfahrungen und Meinungen zu den Themen Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit und Finanzierung reproduktionsmedizinischer

Behandlungen bestehen.

In unserem Beitrag präsentieren wir Ergebnisse aus einer Umfrage zu diesen Themen unter allen Reproduktionsmedizinern und -medizinerinnen an deutschen IVF-Zentren, -Kliniken und -Praxen sowie Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird die aktuelle Finanzierungsregelung ethisch reflektiert.

S13.2 Ethikberatung bei Rationierungsfragen im Krankenhaus. Aufgaben, Möglichkeiten, Grenzen

D. Strech

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Hintergrund: Die Bereitstellung finanzieller Ressourcen für das Gesundheitswesen ist begrenzt. Eine Rationierung medizinischer Maßnahmen erscheint deshalb, wenn auch mehr oder minder stark ausgeprägt, unvermeidlich. Verschiedene empirische deutsche und internationale Studien konnten zeigen, dass eine Rationierung von Gesundheitsleistungen auch auf klinischer Ebene bereits heute auf verschiedenen, meist verdeckten Wegen stattfindet. Gerechtigkeitsaspekte spielen dabei häufig eine nur geringe Rolle und die Entscheidungsfindung ist wenig systematisch. Zudem finden sich Angehörige der Gesundheitsberufe mit verschiedenen Rollenkonflikten und emotionalem Stress konfrontiert. Wie eine angemessene, gerechte Rationierung durch die Krankenhausleitung oder den individuellen Arzt erfolgen sollte und welche Rolle hierbei klinische Ethik-Komitees oder die klinische Ethikberatung übernehmen können, ist bislang wenig untersucht worden.

Ziel: Mit Bezug auf ethisch-konzeptionelle Analysen und eigene qualitative und quantitative empirische Untersuchungen mit Ärzten zum Thema Rationierung wird ein Rahmengerüst bestehend aus fünf Aufgabenbereichen inhaltlich skizziert. Dieses Rahmengerüst bietet eine systematische Ausgangsbasis für Ethikkomitees und klinische Ethikberatung, welche den Prozess

und die Ergebnisse von Rationierungsentscheidungen in der Klinik verbessern wollen.

Ergebnisse: Folgende fünf Ebenen werden vorgestellt und kritisch diskutiert: (1) Schulung in Fragen der Gerechtigkeit und ihrer Grundbedingungen bei Entscheidungen im Krankenhaus, (2) Klärung der institutionsspezifischen Ausgangsbasis für die Implementierung eines konsistenten und gerechten Prozesses bei Notwendigkeit von Leitungsbegrenzungen, (3) Kritische Bewertung der Validität und Übertragbarkeit von Kosteneffektivitätsdaten auf das Setting der spezifischen Institution, (4) Verbesserung der Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung ethisch-prozeduraler und -materialer Kriterien wie z.B. Transparenz oder Schweregrad der Erkrankung, (5) Evaluation der Prozesse von Rationierungsentscheidungen innerhalb einer spezifischen Institution. Die im Rahmengerüst behandelten Vorgaben für die Ethik der Rationierung im Krankenhaus sind idealtypisch formuliert. Grenzen der Umsetzung dieser Vorgaben müssen kontextspezifisch vor dem Hintergrund der jeweiligen medizinischen, ökonomischen und juristischen Ausgangslage kritisch reflektiert werden. Das vorgestellte Rahmengerüst bietet für diesen Reflexionsprozess wiederum eine systematische Ausgangsbasis.

S13.3 Das Fremde im Eigenen – Körper-Leib-Verständnis als Kriterium bei der Entscheidung für eine Lebendspende

S. Wöhlke

Abeilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Hintergrund: Die Transplantationsmedizin hat innerhalb weniger Jahrzehnte dazu beigetragen, dass sich unser Verständnis vom Menschen, von seiner Integrität und Identität nachhaltig verändert. Kategorien wie die des „Natürlichen“, des „Gesunden“ oder des „Normalen“ scheinen unklarer zu werden angesichts eines menschlichen Körpers, der durch Prothesen verschiede-

ner Art rekonstruiert, therapiert und „optimiert“ wird. Aus Sicht des Betroffenen, z.B. Patient, Angehöriger oder gar Lebendspender, stellt sich daher oft sehr pragmatisch, indirekt oder auch offensichtlich die Frage, wie die medizinisch-technisch und pharmazeutischen Möglichkeiten sein jeweiliges Verständnis, was der Mensch sei verändert oder herausfordert– und wie Körper, Geist, Seele, Leib, Bewusstsein und Identität zu ihm und zueinander gehören.

Zielstellung: Am konkreten klinischen Beispiel der Lebendorganspende soll nachgegangen werden, welche verschiedenen Körper-Leib-Verständnisse Betroffene (SpenderIn und EmpfängerIn) haben und wie diese im Informations- und Entscheidungsprozess aus Sicht der Betroffenen hineinspielen. Der Vortrag soll im Zusammenhang mit Klinischer Ethik eine Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis im Umgang mit Patienten und deren Angehörigen im biomedizinischen Diskurs aufzeigen. Die Ergebnisse dieser empirischen Studie wollen darauf hinweisen, dass die Idee der Selbstbestimmung von Patienten aber auch der eines gelungenen Arzt-Patienten Verhältnis auch davon abhängen, nicht nur wie über die Therapie und deren Risiken gesprochen wird, sondern auch über die körperlich-leibliche Dimension medizinischer Eingriffe.

Vorgehensweise/Methode: Die medizinanthropologische, empirische Analyse baut auf eigens durchgeführten qualitativen Interviews und Fokusgruppen mit SpenderInnen und EmpfängerInnen einer Lebendorganspende in Deutschland auf.

Ergebnisse: Das Diskussionsmaterial wurde daraufhin analysiert, wie die Betroffenen zwischen Gesundheit und Krankheit, Natürlichem und Künstlichem, zwischen Eigenem und Fremden, Körper und Leib unterscheiden. Gerade im Diskurs der Transplantationsmedizin existiert neben den Dichotomien „gesund“ und „krank“ eine Darstellungstendenz, die suggeriert, dass vor der Transplantation die Menschen krank und todgeweiht sind, nach der Transplantation aber lebend, gesund, normal

sind. Diese Erwartungshaltung, „Von todkrank nach normal, gesund“, die nicht nur klinisch kommuniziert wird, sondern vor allem auch den öffentlichen Diskurs bestimmt, ist oft für die Betroffenen selbst sehr problematisch.

Ein technisiertes Körperwissen ist zwar in den Alltagsdiskurs übergegangen, es ist also auch medizinischen Laien nicht mehr fremd. Jedoch stehen diesem biomedizinischen Körperverständnis ein leibliches Empfinden und ein „gelebtes (Körper-) Wissen“ entgegen. Es wäre, so die These, gerade für eine gute klinische Beratung sinnvoll, dass diese ebenso in den medizinischen Diskurs aufgenommen wird.

Der Vortrag selbst beginnt mit einem kurzen Überblick über spezifische kulturhistorische Körper-Leib-Konzepte, die der Datenauswertung zur Grunde liegen. Hierbei ist besonders die Art der Veränderung, bzw. der Aufteilung zwischen dem Leiblich-Lebendigen-Subjektivierbaren und dem Körperlich-Abtrennbaren-Objektivierbaren von Interesse.

Die Interviews und Gruppendiskussionen sollen verdeutlichen, dass bisherige Erfahrungen mit dem eigenen Körper-Leibsein der SpenderInnen und EmpfängerInnen von zentraler Bedeutung sind in der Art und Weise, wie sie mit der Organspende bzw. dem Organempfang zurechtkommen. Dieses hängt zentral vom Verständnis von Körpersein und Leibsein ab. Die Lebenserfahrungen, der soziale Hintergrund, sowie religiöse und weltanschauliche Einstellungen beeinflussen dieses Verständnis entscheidend.

Abschließend soll diskutiert werden, welche Konsequenzen es hat, wenn das medizinisch Machbare mit der lebensweltlichen Erfahrung nicht „deckungsgleich“ ist – also einen Widerspruch zwischen den Diskursen und Perspektiven ergibt. Dies wirft für die ethische Diskussion die Frage auf, inwiefern solche Widersprüche gerade im Kontext der Arzt-Patientenbeziehung frühzeitig zu thematisieren sind und auch eine ausreichende z.B. psychologische Nachbetreuung notwendig machen.

S14.1 Was ist eine ethische Frage? Ideal und Realität in der Beratungstätigkeit des Klinischen Ethik-Komitees

A.W. Bauer

*Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg*

„Viele Situationen im klinischen Alltag sind deshalb so schwierig, weil sie nicht allein mit objektiven medizinischen und pflegerischen Sachurteilen zu lösen sind, sondern weil sie die moralischen Wertvorstellungen der einzelnen Beteiligten berühren. Immer dann, wenn wir den Eindruck haben, dass ein solches 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“. Dieser Hinweis findet sich auf der Homepage unseres Klinischen Ethik-Komitees (KEK). Doch zeigt die Realität, dass die Dinge weit komplizierter sind. Wenn Ethik als philosophisch-wissenschaftliche Disziplin die möglichst moralfreie Analyse von Moral und Moralsystemen ist, dann sind die Beratungsaufgaben eines Klinischen Ethik-Komitees nicht ausschließlich und vielleicht nicht einmal überwiegend ethischer Natur. In vielen Fällen muss das KEK zunächst klären, ob auf Seiten der Antragsteller überhaupt ein ethischer Konflikt mit vorerst offener Antwort vorliegt, oder ob es darum geht, der bereits fest stehenden Position der AntragstellerInnen durch die Einschaltung des KEK größeres Gewicht und größere Geltung innerhalb der Organisation Krankenhaus zu verschaffen. Die medizinethische Beratung durch das Klinische Ethik-Komitee setzt aber im Idealfall voraus, dass eine ethische Problemlage skizziert wird, deren Lösung den Rat Suchenden noch unbekannt ist. Nur unter diesen Voraussetzungen liegt ein – intrapersonaler oder interpersoneller – ethischer Konflikt vor.

Das Klinische Ethik-Komitee kann und darf indessen nicht regelmäßig den Erwartungen der AntragstellerInnen entsprechen,

da es sich stets eine eigene Meinung zu dem jeweils vorgetragenen Problem bilden muss. Es ist eine wesentliche Aufgabe der Ethikberatung, fest gefügte Meinungen von Betroffenen in Frage zu stellen. Dies kann dann zu Enttäuschungen führen, wenn bei den AntragstellerInnen der Wunsch im Vordergrund steht, in der eigenen Auffassung bestätigt zu werden. Es wäre jedoch kontraproduktiv, den Erfolg einer ethischen Beratung oder eines Ethik-Konsils am Grad der Übereinstimmung des abgegebenen Votums mit der vorgefassten eigenen Meinung zu messen – woran aber stattdessen? Wenn das Klinische Ethik-Komitee sich den moralischen Auffassungen der AntragstellerInnen nicht anschließen kann, besteht die Gefahr, dass diese das Votum des KEK als eine persönliche Niederlage ansehen. Den AntragstellerInnen muss in diesem Fall erläutert werden, dass die abweichende Auffassung des KEK nicht als eine Zurückweisung des moralischen Konflikts, sondern vielmehr als das Ergebnis einer Reihe ethischer Überlegungen zu interpretieren ist, die über die individuellen Perspektiven der Beteiligten hinaus reichen müssen. Oft fällt es den FragestellerInnen nicht leicht, einen aus wissenschaftlicher Sicht „unparteilichen“ Standpunkt zu akzeptieren, vor allem dann, wenn sie mit erheblichem moralischem Engagement zur Ethikberatung gekommen sind. Eine deutlich emotionalisiert vorgelegte, fest stehende Meinung kann bereits in der Art der – dann meist rhetorischen – Fragestellung zum Ausdruck kommen, die eigentlich eine apodiktische Feststellung ist. Dahinter verbergen sich häufig Konflikte zwischen den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen; ebenso sind Spannungen zwischen unterschiedlichen Hierarchie-Ebenen ein Teil der Krankenhausrealität. Hier liegt die Versuchung nahe, ein seiner Natur nach fachliches, psychologisches oder strukturelles Problem in eine moralische Frage zu transformieren, um diese sodann dem KEK vorzulegen. Hier muss das Klinische Ethik-Komitee deutlich machen, dass es sich weder als ein willfähriger Kampfgefährte

noch als klinische „Moralpolizei“ versteht, welche die „Bösen“ bestraft und den „Guten“ zum Sieg verhilft. Im Vortrag wird anhand von Beispielen aus der Praxis dargestellt, wie schwierig es ist, die theoretischen Konstrukte der ethischen Reflexionswissenschaft auf Beratungssituationen anzuwenden, die in erheblichem Ausmaß durch einen interessen geleiteten und hoch emotionalisierten Kontext geprägt sind.

S14.2 Das „Klinische Ethik-Komitee des Gerresheimer Krankenhauses“ – Eine Analyse ethischer Fallbesprechungen

B. Welsch, A.T. May

Sana Kliniken Düsseldorf, Krankenhaus Gerresheim

Klinische Ethik-Komitees können, wollen und müssen in der heutigen Medizin ein Forum darstellen, das die multiprofessionelle, interdisziplinäre und Hierarchie übergreifende Zusammensetzung nutzt, um in einer aus ethischer Sicht schwierigen Situation alle Perspektiven, Möglichkeiten und Konsequenzen bei einer anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen.

Das Sana Krankenhaus Gerresheim besteht seit 1971 und ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 357 Planbetten. Es verfügt über zwölf Fachdisziplinen.

Das Klinische Ethik-Komitee des Gerresheimer Krankenhauses wurde im Jahr 2004 durch das Engagement aus beiden Richtungen der Hierarchieebenen (‘top down’ und ‘bottom up’) gegründet, womit der Weg für eine kontinuierliche Arbeit geebnet war. Das 14-köpfige Gremium besteht aus internen und externen Mitgliedern neun verschiedener Berufsgruppen, die Hierarchie übergreifend vertreten sind. Es arbeitet gemäß seiner Satzung und tritt einmal monatlich zu einstündigen Sitzungen zusammen.

Die frühen Wurzeln des KEK des Gerresheimer Krankenhauses liegen bis zu fünfzehn Jahre zurück, begründet in verschiedenen Fortbildungsaktivitäten des Krankenhauses zum Thema Sterben und Tod und einem Gesprächskreis zum Themen-

komplex. Aus der historischen Perspektive ist die Gründung des KEK einerseits der historische Höhepunkt und andererseits der Ausgangspunkt für die heutige strukturierte, konkrete Arbeit zu sehen.

Eine der Aufgaben des KEK besteht in der klinischen Beratung in Form ethischer Fallbesprechungen. Formal kann jede/r betroffene Mitarbeiter/in sowie jede/r Patient/in und seine Angehörigen ihr/sein ethisches Problem vorbringen. Dieses Angebot wird ein bis zweimal pro Monat in Anspruch genommen und zeigt einerseits den vorhandenen Bedarf und andererseits die Bedeutung und Akzeptanz der ethischen Dimension der Patientenbehandlung im Krankenhaus Gerresheim. Diesen Bedarf möchte das KEK decken, darüber hinaus die Sensibilität und das Bewusstsein für ethische Fragestellungen schärfen sowie in einen ethischen Diskurs treten und Hilfestellung geben. Ein herausragendes Ziel der Einzelfallberatung besteht in der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens, falls dieser nicht bekannt ist.

Die Anlässe ethischer Fallbesprechungen lassen sich folgendermaßen klassifizieren:

- Konfliktsituationen in Zusammenhang mit ungeborenem Leben,
- ethisch schwierige Situationen über die Fortsetzung der Therapie am absehbaren Lebensende,
- prospektive Beratungen über die Therapie bei möglicher akuter Verschlechterung des Allgemeinzustands des Patienten,
- die Frage nach Anlage einer PEG-Sonde,
- Unsicherheiten über den Willen und/oder das Wohl eines Patienten und
- Umgang mit Patienten.

Im Krankenhaus Gerresheim treten drei bis maximal sechs jeweils verfügbare Mitglieder des KEK, die aus unterschiedlichen Berufsgruppen kommen müssen, darunter je ein/e Vertreter/in der Medizin und Pflege, kurzfristig nach Rücksprache mit den Antragstellern, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden zur Beratung zusammen. Der Vorsitzende oder eine seiner Stellvertretungen übernimmt die Moderation. Die

Gleichheit aller Gesprächs- oder Entscheidungspartner wird gewährleistet. Bezogen auf den inhaltlichen Ablauf einer ethischen Fallbesprechung erfolgt der Diskurs der Beratergruppe im Allgemeinen gemeinsam mit dem Behandlungsteam. Dieses besteht mindestens aus dem behandelnden Arzt und der betreuenden Pflegefachkraft. Selten sind schon zu diesem Zeitpunkt die Angehörigen anwesend. Im Idealfall mündet der Diskurs in einem Konsens über die Behandlungsziele des Patienten. Fast immer konnte dieses Ziel erreicht werden.

Jede ethische Fallbesprechung wird auf einem Formular dokumentiert, der Krankenakte des Patienten beigelegt und zur Qualitätssicherung sowie zu Fort- und Weiterbildungszwecken anonymisiert aufgearbeitet und archiviert. Die Auswertung der Daten erfolgt methodisch durch das Instrument der quantitativen Inhaltsanalyse.

Der Beitrag stellt die Entwicklungs- und Implementierungsgeschichte des Klinischen Ethik-Komitees dar und analysiert dabei die ethischen Fallbesprechungen.

S14.3 Konzepte der Ethikberatung im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld – ein klinisch-praktischer Bericht

K. Kobert

Klinischer Ethiker des Evangelischen Krankenhauses, Bielefeld

Im EvKB wird seit über zehn Jahren strukturierte Ethikarbeit praktiziert. Es gibt im Haus Arbeitsgruppen, die abteilungsspezifische, ethische Fragestellungen bearbeiten, ein Klinisches Ethikkomitee, regelmäßige Visiten des hauptamtlichen Klinischen Ethikers auf der Intensivstation, ein umfassendes Konzept zur hospizlich-palliativen Patientenversorgung sowie einen Ethikkonsultationsdienst. Die einzelnen Arbeitsfelder werden vorgestellt, wobei der Schwerpunkt auf der Darstellung des Ethikberatungsdienstes liegt.

Wie muss ein ethischer Beratungsdienst strukturiert sein, damit er in moralischen Konfliktsituationen im klinischen Alltag angefragt wird und die Ratsuchenden ent-

scheidungsorientiert unterstützen kann? Nach welchen Kriterien lassen sich die Beratungsgespräche auswerten und bewerten? Auf der Grundlage theoretisch fundierter Konzepte ethischer Fallbesprechung aus Nimwegen, Leuven und Basel wird ein strukturierter, multidisziplinärer Ansatz vorgestellt, mit dem in den Beratungsgesprächen die ethischen Dimensionen unterschiedlicher Vorstellungen herausgearbeitet und möglichst einvernehmlichen Lösungen zugeführt werden.

Am Beispiel des EvKB lässt sich zeigen, dass der ethische Beratungsdienst auch in Zeiten knapper Ressourcen implementiert und praktiziert werden kann. Dabei wird eine Gesprächskultur geschaffen, die zu neuen Zielvariablen führt. Hier spielt die Prozessgerechtigkeit eine zentrale Rolle und liefert zugleich Ansatzpunkte für unsere eigene Evaluationsstrategie. Erste konzeptionelle Ansätze und Ergebnisse einer eigenen Evaluationsstrategie werden vorgestellt. Durch die Offenlegung hoffen wir, die Auseinandersetzung mit diesen Themen zu intensivieren.

S14.4 Evaluation klinischer Organisationsethik. Ergebnisse und Konsequenzen einer Benchmarking-Studie auf der Basis des EFQM-Modells in 14 Krankenhäusern

Ch. Scheu, T. Schmidt

Wertewandel-Institut, Saarbrücken

Methode: Ethik-Beratung ist inzwischen auf allen Organisationsebenen von Kliniken etabliert (v.a. auf der Mikro- und Meso-, aber auch auf der Makro-Ebene der Direktorien und Träger). Ethik-Evaluation hingegen ist vielfach noch ein Fremdwort, und wenn es sie gibt, richtet sie ihren Blick auf die Meso-Ebene (Ethik-Komitees) bzw. die Mikro-Ebene (Ethische Fallbesprechungen auf Station). Strategische Management-Entscheidungen und ihre ethische Relevanz für die beteiligten Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Verwaltung etc.) werden hierzulande noch kaum evaluiert. Auch fehlt es dazu an transparenten Kriterien.

Mit Hilfe des international anerkannten

EFQM-Modells lassen sich für die klinische Organisationsethik relevante Steuerungselemente nicht nur angemessen beschreiben, sondern es kann darüber hinaus auch deren Ergebnis-Qualität gemessen und verglichen werden. Führungsethische Grundsätze, die Umsetzung von Leitbild-Werten, eine werteorientierte Strategie-Entwicklung sowie eine Erweiterung der Balanced ScoreCard um individuelle ethisch reflektierte und organisationsethisch relevante Kausalketten und Kennzahlen lassen sich mit dieser Methode angemessen evaluieren.

Mehrere von den Autoren im Auftrag des Gesundheitsministeriums, der Krankenkassen, sowie der Krankenhausgesellschaft Luxemburgs seit 2004 durchgeführte Bewertungs-Studien nach dem EFQM-Modell in allen 14 Krankenhäusern Luxemburgs lassen klare Tendenzen und Zusammenhänge erkennen zwischen organisationsethischen Aktivitäten des Managements und positiven Tendenzen im Rahmen der Ergebnis-Kriterien für Patienten, Mitarbeitende und für die Gesellschaft.

Damit dieser Zusammenhang wirksamer noch als bisher genutzt werden kann, bedarf es einer organisationsethischen Weiterentwicklung des EFQM-Modells, aber auch einer Verfeinerung des evaluatorischen Instrumentariums der Organisationsethik. Differenzierte organisationsethische Kennzahlen und Langzeit-Benchmark-Projekte sind angesichts der aktuellen und sich abzeichnenden Allokationsprobleme ein dringendes Desiderat für die Zukunft.

Der Vortrag zeigt aus medizinischer und organisationsethischer Sicht Methoden des Assessments, Ergebnisse der Ethik-Aktivitäten im Landesvergleich Luxemburgs und formuliert Empfehlungen für die organisationsethische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in bundesdeutschen Krankenhäusern sowie für die dort eingeführten Zertifizierungsverfahren (KTQ, proCum Cert, EFQM).

S14.5 Klinische Ethikberatung in der Organisation Krankenhaus - Widerstände und Rückhalt.

A. Dörries

Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover

Einleitung: Bei der Implementierung Klinischer Ethikberatung stehen für die beteiligten Personen in der Regel die individuelle ethische Fallbesprechung und die inhaltliche Bearbeitung ethischer Fragestellungen (z.B. zur Therapiebegrenzung) im Vordergrund. Häufig werden strukturelle und organisationsethische Aspekte bei der Implementierung Klinischer Ethikberatung vernachlässigt bzw. gar nicht beachtet. Dies kann im weiteren Verlauf der Tätigkeiten einer Ethik-Arbeitsgruppe oder eines Klinischen Ethikkomitees zu nicht unerheblichen Problemen führen.

Fragestellung: Welche Faktoren tragen unter Beachtung krankenhauserinterner Entscheidungs- und Versorgungsstrukturen zum Gelingen einer Klinischen Ethikberatung bei?

Methodik: Es werden mehrere Fallbeispiele aus der eigenen Beratungspraxis in der Klinischen Ethikberatung in verschiedenen Krankenhäusern analysiert. Dabei werden fördernde und hemmende Faktoren herausgearbeitet. Anhand dieser Faktoren werden Kriterien auf der individuellen Ebene und auf der Ebene der Organisation entwickelt, die eine Implementierung von Klinischer Ethikberatung unterstützen können.

Ergebnisse: Es zeigt sich, dass gelingende Klinische Ethikberatung Teil der Organisation Krankenhaus und der jeweiligen Krankenhauskultur ist. Dabei finden sich eine Vielzahl fördernder (z.B. aktive Unterstützung durch die Geschäftsführung, vorhandene berufsgruppenübergreifende Diskussions- und Feedbackkultur, regelmäßiger Informationsaustausch mit der Krankenhausleitung) und hemmender Faktoren (z.B. Nichtbeachtung inoffizieller Entscheidungswege, unzulängliche Berufungsverfahren, mangelhafte Öffentlichkeitsarbeit, fehlende Zielsetzung). Die Akzeptanz Klinischer Ethikberatung als posi-

tiver Teil der Krankenhauskultur kann gelingen, wenn Vertrauen auf den verschiedenen Hierarchieebenen und in den unterschiedlichen Professionen sorgfältig und bewusst aufgebaut wird (u.a. bei der Berufung der Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees), wenn die Arbeitsweise Klinischer Ethikberatung für die Mitarbeitenden an den spezifischen Bedürfnissen der Abteilungen orientiert und ausreichend kommuniziert wird und wenn die Mitarbeitenden vielfältig einbezogen werden. Regelmäßige und bedarfsorientierte Fortbildungsangebote in Klinischer Ethik (intern oder extern; in den Arbeitsablauf integriert oder als „Ethiktag“; niedrighschwellig bis zur Teilnahme an Masterstudiengängen) fördern die ethische Kompetenz und das Verständnis für die Arbeitsweise Klinischer Ethikberatung.

S15.1 Beatmungspatienten auf einer interdisziplinären Intensivstation. Die Implementierung von Ethikberatung zwischen Paternalismus und Autonomie

W. Baier

Stiftshospital Anästhesie und Intensivmedizin Andernach

Ausgangspunkt der Überlegungen: Beatmete Patienten auf einer Intensivstation sind meist sediert und folglich nicht in der Lage, ihren Willen darzulegen.

Verlauf und Prognose: Je länger die Beatmung andauert, desto schlechter wird die medizinische Prognose. Abhängig von der Zeitdauer nehmen die Komplikationen des ursprünglich intendierten „Verfahrens auf Zeit als Überlebenshilfe“ deutlich zu.

Die Rolle der Ethik: Eine Beatmungstherapie ist – wie jede andere medizinische Maßnahme auch - indizierbar. Allerdings stellt sich rasch die Frage nach den Folgen: Soll man weiter beatmen und nie in Zweifel geraten, ob man nicht auch die Beatmung einmal beenden sollte, ja muss? Wer trifft letztlich die Entscheidung?

Diese Fragen sind allein unter Zuhilfenahme medizinischer Kriterien nicht zu beantworten. Es bedarf zusätzlicher Information und Klärung – etwa der Frage nach

den Lebensverhältnissen und den Wünschen des Patienten – und damit der Ethik. *Ethikberatung*: Idealerweise benötigt der „Gute Arzt“ keine Beratung von Außen. Dieser findet im Gespräch mit dem ihm Anvertrauten die rechte Lösung selbst. Es mögen jedoch Zweifel aufkommen, ob es denn diesen „Guten“ gibt, der alles stets zum Wohle des Patienten tut und unter den Gegebenheiten auf einer Intensivstation auch tun kann.

Es ergeben sich drei Alternativen:

1. Der gute Arzt entscheidet selbst, ohne auf eine Beratung zurückzugreifen.
2. Der gute Arzt nimmt an einer Fallbesprechung teil, die seinen Patienten zum Thema hat, trifft aber seine Entscheidung unabhängig von deren Ergebnis.
3. Der gute Arzt verlässt sich auf einen „Klinischen Ethikberater“, dem er zwar nicht blindlings folgt, dessen Meinung er aber respektiert und versucht, diese umzusetzen.

Paternalismus und Autonomie: Bei allen Versionen behält der Paternalist letztlich wohl die Oberhand. Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit hier der Patientenwille Berücksichtigung findet.

Die Bedeutung der Ethikberatung: Es ist unübersehbar, dass eine absehbar längerfristige Beatmungstherapie neben medizinischen auch ethische Fragen mit sich bringt. Daher scheint es sinnvoll zu sein, ein Schema zu entwickeln, um insbesondere im Zwiespalt von ärztlich Indiziertem/ Indizierbarem und vom Patienten Gewünschtem/ Akzeptiertem im besten Interesse des Betroffenen handeln zu können.

Die Strukturierung der Ethikberatung auf der Intensivstation des St. Elisabeths in Andernach

1. Ethische Fallbesprechung :

Es handelt sich um die Sondierung der Ethischen Frage. Eine Ethische Fallbesprechung findet statt, wenn Mitarbeiter ein Problem sehen und eine Aussprache wünschen. Die Sensibilisierung aller Teilnehmenden ist primäres Ziel, eine Beschlussfassung oder Entscheidung ist für die beteiligten Ärzte nicht bindend.

2. Das „hierarchische Schema“ :

Zunächst wird unter den Ärzten besprochen, wie die Prognose aussieht und welche Handlungsalternativen bestehen. Eine gemeinsam getragene Haltung wird im zweiten Schritt unmittelbar an die beteiligten

Pflegekräfte weitergeleitet und mit diesen bei Bedarf intensiv diskutiert.

Wenn absehbar ist, dass der Patient längerfristig (länger als 1 Woche) nicht einwilligungsfähig sein wird, wird eine Vertreterrolle kritisch hinterfragt bzw. eingefordert (Betreuungsverfügung).

Das Gespräch mit den autorisierten Angehörigen/ Betreuern wird ausdrücklich gesucht, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erfahren und zu möglichst von allen Beteiligten getragenen und tragbaren Entscheidungen zu finden.

S15.2 Partizipation von Pflegenden an Ethikvisiten auf einer universitären Intensivstation - ein Erfahrungsbericht aus pflegerischer Sicht

U. Naumann

Universitätsklinikum Giessen und Marburg

Bedingt durch die Zunahme intensivmedizinischer Therapieoptionen und die gleichzeitige Häufung von älteren, multimorbiden Patienten ist das Behandlungsteam auf einer Intensivstation häufig mit ethisch schwierigen und sensiblen Entscheidungen konfrontiert.

Seit einigen Jahren findet auf der pneumologischen Intensivstation in Marburg regelmäßige einmal wöchentlich eine Ethikvisite statt, an der die klinischen Ethikberater, der zuständige Oberarzt, die Stationsärzte und die Pflegekräfte teilnehmen.

Die Erfahrungen aus pflegerischer Sicht sind sehr positiv, da sich ein zunehmend offener, hierarchieflacher Umgang mit ethischen Fragestellungen, wie z.B. Therapiebegrenzung oder Therapiebeendigung (Therapiezielumstellung) etabliert hat, an dem das gesamte Behandlungsteam aktiv teilnimmt. Die Vorteile der Ethikvisiten,

die sich für die Pflege aus dieser mittlerweile gut institutionalisierten Visite ergeben haben, können klar benannt werden.

Der Austausch und die moderierte Diskussion solcher Fragen ermöglicht eine übergreifende, interdisziplinäre Sichtweise der patientenorientierten Therapieziele und führt zu einer Gesamtschau des Patienten, die die Prognose, die intensivmedizinischen Therapie- und Pflegemaßnahmen immer wieder unter den Blickpunkt des Patientenwillen rücken lassen.

Bei diesen Visiten finden am Krankenbett patientenbezogene Fallbesprechungen statt - wenn immer möglich unter Einbezug von Patienten und Angehörigen. Die Hilfestellung „richtige Fragen zu stellen“, um Angehörige in die Entscheidungsfindung verantwortlich mit einzubinden, ohne ihnen dabei allerdings die alleinige Verantwortung bzw. Letztverantwortung aufzubürden, ist zunehmend praktisch wichtig geworden. Hier nähern wir uns dem Ziel, dass solch weit reichende Entscheidungen gemeinsam auf der Basis des aktuellen bzw. mutmaßlichen Patientenwillens getroffen werden und dann auch gemeinsam getragen und verantwortet werden können. Bei diesen Visiten kommen die Ansichten und Einschätzungen von Pflegenden und Ärzten mit „gleichem Wortrecht“ zu Gehör, so dass dann auch gemeinsame Entscheidungen erarbeitet werden können. Wege aus Dilemmasituationen konnten so in pragmatischer Weise unter Berücksichtigung des Patientenkontextes gemeinsam gefunden werden.

Dass solch schwierige Entscheidungen nicht bei einer Person, oder gar allein in der Familie liegen, sondern gemeinsam erarbeitet und getroffen werden, entlastet und gibt Sicherheit das Richtige zu tun. Diese fachübergreifenden Gespräche, in denen sowohl die fachspezifische (ärztliche und pflegerische) Expertise, als auch die ethische Dimension der Entscheidungsfindung moderiert wurden, erwiesen sich als wertvoll und teamstabilisierend. In dieser Hinsicht ist es auch immer wieder wichtig, dass rechtliche Fragen durch die Ethikberater geklärt werden konnten.

Im Rahmen von Therapiebegrenzung finden auch in der Pflege Therapiezieländerungen statt - weg von kurativen oder prophylaktischen Maßnahmen, hin zu einer palliativ orientierten Pflege. Eine solche Umstellung von Pflegezielen und die damit verbundene Ausübung der pflegerischen Maßnahmen fallen den Pflegenden leichter, wenn sie in die Entscheidungsfindung einbezogen waren.

Für Patienten und Angehörige ist es wichtig, dass alle am Patienten Tätigen das gleiche, übergeordnete Ziel verfolgen und kommunizieren, über das man sich eventuell erst in einem ethischen Diskurs verständigt hat. Hierbei war es hilfreich, dass sich im Rahmen der Ethikvisite die Form des gemeinsamen Angehörigengesprächs entwickelt hat, welches jetzt häufig gemeinsam von Ärzten und Pflegekräften durchgeführt wird.

Zunehmend findet aber auch ein „Selbstständigwerden“ des Teams hinsichtlich ethischer Fragestellungen statt, so dass auch in anderen, alltäglichen Visiten solche Fragen nicht mehr ausgeblendet werden, sondern in eine partizipative Entscheidungsfindung münden.

S15.3 Die Ethikvisite: Ein Konzept für ethische Fallbesprechung auf einer Kinderintensivstation

M. Kumpf, M. Hofbeck, G. Marckmann

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

Hintergrund: Die erweiterten Möglichkeiten zur Lebensverlängerung stellen die Mitarbeiter/-innen vor allem auf Intensivstationen immer wieder vor schwierige ethische Entscheidungen. Wie an vielen anderen Kliniken steht auch am Universitätsklinikum Tübingen ein Beratungsangebot über das Klinische Ethik-Komitee (KEK) zur Verfügung. Es erscheint aber kaum praktikabel, das KEK bei allen schwierigen Behandlungssituationen hinzuzuziehen. Auf der Kinder-Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen wurde deshalb das Modell einer „Ethikvisite“ entwickelt, um in der Stationsroutine ein

Forum für die Diskussion ethischer Fragen in der Patientenversorgung fest zu etablieren. Die Einberufung geschieht in der Regel auf Anfrage direkt in der Behandlung involvierter Mitarbeiter/-innen. An den Fallbesprechungen nehmen alle Mitarbeiter/-innen teil, die an der Versorgung des Patienten/der Patientin beteiligt sind, ein externer Moderator aus dem KEK wird im Regelfall nicht hinzugezogen. Die Ethikvisite bietet somit eine sehr „niederschwellige“ Möglichkeit, die ethische Reflexion und Abwägung in der Routine des Stationsalltags zu verankern.

Struktur der Ethikvisite: Das Konzept für die Ethikvisite legt zum einen das praktische Vorgehen fest, zum anderen bietet es Orientierung bei der inhaltlichen Strukturierung des Gesprächs. Es umfasst die folgenden Schritte:

I. Vorbereitung der Ethikvisite

1. Anlass: Komplexer Behandlungsverlauf, Beratungsbedarf über die Routinebesprechungen hinaus, Liegedauer > 7 Tage
2. Ethikvisite vereinbaren und vorbereiten (Vorlaufzeit i.d.R. ca. 48h): Teilnehmer? Ort? Zeitpunkt? Befunde? Weitere Diagnostik? Konsile?

II. Durchführung der Ethikvisite

1. Analyse – Sachverhalt klären: Situation des Kindes, (Be-)Handlungsoptionen mit der jeweiligen Prognose
2. Ethische Bewertung I: Verpflichtungen gegenüber dem Kind
 - i. Kindeswohl-Perspektive: Welche Behandlungsoption ist für das Wohlergehen des Kindes am besten? (Abwägung von Nutzen und Schaden)
 - ii. Autonomie-Perspektive (stellvertretend Position der Eltern): Welche Behandlungsoption bevorzugen die Eltern für ihr Kind?
3. Ethische Bewertung II: Verpflichtungen gegenüber den Dritten: Welche Behandlungsoptionen sind für andere betroffene Personen am besten? (Eltern, Geschwister, andere Patienten, Ressourcenverbrauch)

4. Synthese – Ethische Abwägung: besteht ein Konflikt zwischen den ethischen Verpflichtungen? Im Konfliktfall: begründete Abwägung
5. Konsensfähiges Ergebnis mit Begründung formulieren

III. Umsetzung und Nachbereitung

1. Elterngespräch mit abschließender Entscheidung (Rückmeldung an das Team)
2. Umsetzung der Entscheidung, dabei Betreuung & Begleitung der Eltern
3. Evaluation: Nachgespräche mit den Eltern, kritische Reflexion des Falles im Team

Erfahrungen: Nach der Vorstellung des Konzepts berichten wir anhand konkreter Fallbeispiele über die praktischen Erfahrungen mit der Ethikvisite auf der Kinder-Intensivstation. Es wird herausgearbeitet, welche Faktoren die Etablierung ethischer Fallbesprechungen auf Station erleichtern und ggf. behindern.

S15.4 Die Evaluation des Ethikrats auf der operativen Intensivstation mit intensivmedizinischen Score-Systemen

A.M. Chromik, T. Wemhöner, J. Thaikattuthara, H. Vogelsang, H. Laubenthal, U. Mittelkötter, W. Uhl Chirurgische Klinik, St. Josef-Hospital Bochum, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Einleitung: Das interdisziplinäre Ethikrat (EK) auf der Intensivstation (ITS) soll die Frage beantworten, ob bei einem kritisch Kranken die Therapie maximiert oder begrenzt werden soll. Es wird primär aufgrund der subjektiven, klinischen Einschätzung von Mitgliedern des interdisziplinären Behandlungsteams einberufen. Ziel der Arbeit war es, die Legitimation eines EK mit Hilfe des SOFA-Scores - eines intensivmedizinischen Score-Systems - zu überprüfen.

Material and Methoden: Über einen Zeitraum von 2 Jahren wurden auf einer operativen ITS alle Patienten mit einem EK prospektiv erfasst. Neben den epidemiologischen Kerndaten wurde der SOFA-Score (Sequential Organ Failure Score) zum

Zeitpunkt der Aufnahme auf die ITS und zum Zeitpunkt des EK erfasst. Alter und Gesamt-Liegezeit auf der ITS wurden einem Vergleichskollektiv von Intensivpatienten ohne EK gegenübergestellt. Liegezeit auf der ITS und Mortalität wurden in Abhängigkeit von den möglichen Therapieentscheidungen (Therapiemaximierung/-begrenzung) berechnet.

Ergebnisse: Bei $n = 52$ Patienten wurde ein EK durchgeführt. Das Alter ($76,6$ Jahren $\pm 1,65$) und die Gesamtliegezeit ($33,8$ Tage $\pm 5,96$) der EK Patienten war signifikant höher als im Vergleichskollektiv ($68,3$ Jahre $\pm 0,57$; $p \leq 0,001$ bzw. $6,18$ Tage $\pm 0,30$; $p \leq 0,001$). Der SOFA-Score lag zum Zeitpunkt des EK mit $7,52$ ($\pm 0,48$) signifikant höher als bei Aufnahme auf die ITS mit $4,29$ ($\pm 0,42$) ($p \leq 0,001$). Nach Therapiemaximierung ($n = 9$) war die mittlere Liegezeit mit $38,22$ Tagen ($\pm 27,10$) signifikant länger als nach allen anderen Therapieentscheidungen ($n = 43$) ($p \leq 0,05$). Nach Therapiemaximierung konnten 3 von 9 Patienten entlassen werden (33%), die übrigen 6 (67%) sind auf der ITS verstorben. Die Gesamtleitlät aller EK-Patienten lag bei 92,3%.

Diskussion: Zum Zeitpunkt der Indikationsstellung für ein Ethikonsil lag eine signifikante Verschlechterung des SOFA-Scores im Verlauf vor. Somit sind die klinische Einschätzung des Behandlungsteams am Krankenbett und der SOFA-Score bei der Indikationsstellung für ein EK gleichwertig.

S15.5 Ein „Klinischer Ethik-Konsiliardienst“ [Clinical Ethics Consultation Service (CES)] als flankierende, disziplinübergreifende Service Leistung einer universitären Abteilung für Anästhesiologie- Ergebnisse aus sechs Jahren Erfahrung (2001-2007)

M. W. M. Strätling, B. Sedemund-Adib, P. Schmucker

Klinik für Anästhesiologie, Universität zu Lübeck

Hintergründe: Seit dem Jahre 2001 besteht an der Klinik für Anästhesiologie unseres

Universitätsklinikums ein institutionalisierter Konsiliardienst klinischer „Ethik-Beratung“. Durch diesen wird seitdem systematische, disziplinübergreifende Forschung zu zentralen Fragen von Ethik und Recht in der modernen Medizin betrieben (Schwerpunkte: Stellvertretung in Gesundheitsfragen; „Entscheidungen am Lebensende“ / Therapiebegrenzung; Patientenverfügungen). Im klinischen Bereich wurden mehrere Hundert Konsultationen zu i.w.S. „ethischen“ Problemen durchgeführt. Inner- und überbetriebliche Aus- und Weiterbildungsinitiativen wurden etabliert⁷.

Methodik, Empirisches „audit“: Wir geben einen aktualisierten, empirisch-phenomenologisch deskriptiven Überblick zu unseren wichtigsten *praktischen* Erfahrungen im Zusammenhang mit „klinischer Ethik-Beratung“ im Rahmen eines klinischen Konsiliardienstes (CES). Diese werden kritisch mit unseren eigenen, früheren Untersuchungen¹, sowie mit allgemeineren wissenschaftlichen Entwicklungen zu diesen Fragen verglichen („re-audit“, „auditing circle“).

Ausgewählte Ergebnisse: Konkret geben wir einen Überblick über beispielsweise:

- die Gesamt-Inzidenzen der Konsilforderungen (Insgesamt: ~ 1500 / durchschnittlich: ~ 250 Fälle / Jahr) und deren Entwicklung im Zeitverlauf („learning curves“),
- die Berufsgruppen, die Beratungen anfordern (meist Assistenzärzte in Weiterbildung),
- die (Entwicklungen bezüglich der) Themenfelder, zu denen am häufigsten Beratungen angefordert werden (z.B. „informed consent“ / Einwilligung und Aufklärung > Stellvertreterentscheidungen > Beurteilung per-interventioneller /-operativer Risiken

⁷ Stratling M, Schmucker P (2005): A comprehensive approach towards establishing a Clinical Ethics Consultation Service (CES) and Research Department: Experiences with the „Luebeckian Model“, in: Reiter-Theil S et al (ed.) (2005), 2nd International Conference on Clinical Ethics Consultation, Basel 17. – 20.03.2005, Book of Abstracts: 200.

und Indikationen > Entscheidungen am Lebensende / Patientenverfügungen > Konflikt- und (überwiegend forensisches) Risiko-Management (fast ausschließlich innerhalb des Behandlungsteams),

- die Häufigkeiten der Hauptunsicherheiten, die den Beratungsanfragen überwiegend zugrunde liegen [*medizinische* Ausbildungs- und Wissensdefizite (z.B. palliativmedizinische Methoden, prognostische Beurteilungen, Überprüfung der Angemessenheit von Behandlungsindikationen)] >> emotionale / helferpsychologische Phänomene >> tatsächlich „ethische“ Fragestellungen¹,
- den zeitlichen Verlauf, das situative „setting“, sowie die praktische Methodik der meisten Konsultationen (meist Prämedikationsambulanz / “pre-operative assessment”; Intensivmedizin; ambulanter Schmerz- und Palliativdienst),
- die Dringlichkeiten der Konsultationsanforderungen,
- sowie Indikatoren für den Erfolg und die Akzeptanz des Konsultationsdienstes.
- Abschließend werden auch die unvermeidlichen Grenzen der klinischen Ethikberatung durch einen Konsultationsdienst diskutiert.

Diskussion: Unsere Erfahrungen bestätigen frühere eigene Untersuchungen^{1,8} sowie jüngste internationale Studien⁹, welche nahe legen, dass der Qualifikationsstandard eines klinisch erfahrenen Facharztes (bevorzugt aus einer der großen klinischen Kerndisziplinen) wahrscheinlich die letztlich entscheidende Grundvoraussetzung für den Erfolg versprechenden, allgemein akzeptierten Eintritt in die Rolle eines “klinischen Ethik-Beraters” sein dürfte.

Eine Anbindung klinischer Ethik-Beratung an eine Anästhesie-Abteilung hat sich nach

unseren Erfahrungen besonders bewährt, was offenkundig am besonders breiten (und damit auch problemfälligen) Spektrum dieser im heutigen Klinikbetrieb wichtigsten „Schnittstellendisziplin“ liegen dürfte (peri-operative Medizin, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Not- und Katastrophenmedizin, Palliativmedizin).

Die wichtigsten praxisorientierten „Tools und Techniken“, die von Klinikern und Pflegenden für die weitere, eigene Tätigkeit nachgefragt werden, sind möglichst klare, transparente Leitlinien. „Diskurs-ethische“ Beratungs- und Schulungsansätze werden nach unseren Erfahrungen nicht in relevantem Umfang angenommen. Auch in Bezug auf „Klinische Ethik- Komitees“, als weitere, derzeit empirisch stärker verbreitete Variante der klinischen Ethik-Beratung, sehen wir tendenziell eher weiter zunehmende empirische Hinweise und konzeptionelle Gründe, deren langfristige Effektivität oder gar Überlegenheit gegenüber klinischen Konsultationsdiensten in Frage zu ziehen. Diese Entwicklung sehen wir zudem nicht nur durch unsere eigenen früheren², sondern zunehmend auch durch jüngste internationale Untersuchungen gestützt^{3,10}.

8 Stratling M, Sedemund-Adib B, Schmucker P (2005): Clinical Ethics Committees in Germany (9th Congress of the European Association for Palliative Care, Aachen, Germany, April 7 – 10, 2005), J Palliat Care 21: 52.
9 Ebd.

10 Connell J. et al (2007), An Overview of Clinical Ethics Committees in the United Kingdom, University of Glasgow.

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin,
Ruhr-Universität Bochum

Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann, Bochum

Tagungsort:

Hörsaalzentrum des St. Josef-Hospitals
Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum

Kontaktadresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen

Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -3996

E-Mail: info@aem-online.de, Internet: www.aem-online.de

Die Tagung wird gefördert durch:

Ethikkommission der Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

Barmer Ersatzkasse