

# Ethik- Komitee im Kranken- haus



# INHALT

- 0. Einführung
- 1. Ethik im Krankenhaus**
  - 1.1 Was Ethik ist und was sie leisten kann
  - 1.2 Zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik
  - 1.3 Normen, die im Namen der Ethik entstehen
  - 1.4 Zur inhaltlichen Dimension ethischer Entscheidungen
  - 1.5 Zum Entscheidungsfindungsprozeß im Komitee
  - 1.6 Ethik im Kontext christlichen Glaubens
  - 1.7 Klinische Ethik-Komitees im Kontext kirchlicher Krankenhäuser
- 2. Klinische Ethik-Komitees**
  - 2.1 Entstehung und Verschiedenheit
  - 2.2 Arbeits- und Funktionsweise
    - 2.2.1 Voraussetzungen
    - 2.2.2 Zur Arbeit der Klinischen Ethik-Komitees
    - 2.2.3 Zusammensetzung
    - 2.2.4 Befolgung der Voten
    - 2.2.5 Erwartete Effekte
    - 2.2.6 Zur Einführung von Klinischen Ethik-Komitees

Herausgeber:  
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.  
Gänsheidestraße 83, 70184 Stuttgart

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

Verantwortlich: Werner Lauer / Hans-Peter Maier

Herstellung: Druckerei Rebholz GmbH  
Tennenbacher Straße 9, 79106 Freiburg

## Zur Einführung von „Klinischen Ethik-Komitees“ in Krankenhäusern kirchlicher Trägerschaft

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. geben eine gemeinsame Empfehlung an ihre jeweiligen Mitglieder heraus, „Klinische Ethik-Komitees“ an den einzelnen Krankenhäusern einzurichten. Sie sind dabei überzeugt, daß ihre Empfehlung aufgrund der Tradition christlich gewachsener Krankenhäuser ein positives Echo in den Mitgliedshäusern findet. Das christliche Erbe hat sich stets auch in einer ethisch verantworteten Kultur erwiesen. Diese christliche Kultur zu pflegen und weiterzuführen, ist das Anliegen auch dieser Empfehlung.

Der Ansatz beim Ethos, d. h. bei der gelebten sittlichen Überzeugung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern kirchlicher Trägerschaft, will verdeutlichen, daß ethisch verantwortetes Handeln der Anstrengung vieler Menschen durch die Zeit hindurch bedarf. Die Klinischen Ethik-Komitees sollen einen Rahmen schaffen, in dem über ethische Probleme und Konflikte nachgedacht werden kann. In einem solchen geschützten Raum soll es möglich sein, offene und freie Gespräche zu führen. So wird in der immer komplexer werdenden Alltagswirklichkeit eines Krankenhauses ethisch verantwortetes Handeln unterstützt.

Die Einführung Klinischer Ethik-Komitees gliedert sich organisch ein in den allgemeinen Prozeß eines wachsenden Verantwortungsbewußtseins der verschiedenen Handlungsträger im Krankenhaus. Um dieses Verantwortungsbewußtsein weiter zu stärken und in allen Bereichen des Krankenhauses zu fördern, setzen die beiden Verbände auf die Gründung von Klinischen Ethik-Komitees, die sich im Rahmen rechtsstaatlicher Gegebenheiten und unserer christlich-kirchlichen Leitbilder bewegen.

Unser Dank gilt Herrn Prof. Erny Gillen, Luxemburg, der den ersten Entwurf geschrieben und die Arbeitsgruppe wissenschaftlich begleitet hat.

Wir möchten mit unserer Initiative das gelebte Ethos sowohl der Ärzte als auch der Pflegenden wie der christlichen Träger unterstützend aufgreifen und strukturell als Element der Krankenhausleitung institutionalisieren. Damit wird im Management des Krankenhauses die implizite Dimension der Ethik sichtbar und anerkannt. Denn Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft entspringen dem Anspruch, dem Christen sich verpflichtet wissen: Kranke zu begleiten, zu pflegen und zu behandeln aus dem Geist des Evangeliums.

Dr. Josef Voß, Weihbischof  
1. Vorsitzender des KKVD

Wolfgang Helbig, Pastor  
Vorsitzender des DEKV

## 1. Ethik im Krankenhaus

Das Wort Ethik wird in den letzten Jahren oft genannt, aber ebenso oft unterschiedlich interpretiert. So kann der Rekurs auf „die Ethik“ mal die Einführung neuer Imperative bedeuten, mal die Beschwörung der individuellen Freiheit. Vom Selbstverständnis der Ethik her gesehen, gehören jedenfalls die zwei Eckwerte Verbindlichkeit und Freiheit zusammen und dürfen weder auf den einen noch auf den anderen reduziert werden.

Der Ruf nach mehr Moral und Ethik wird gerade im Bereich der Biomedizin immer lauter. Zum Teil sind es einzelne Ärzte, die unsicher geworden sind, was noch zu ihrer Aufgabe gehört und was nicht. Zum anderen Teil sind es aber auch die Einrichtungen selbst, die das Bedürfnis nach ethischer Legitimation äußern. In dem hier gestellten Kontext soll die Frage beantwortet werden, welche Bedingungen von den beiden christlichen Krankenhausverbänden zu schaffen wären, damit das Anliegen um eine tiefe und explizite Integration der Ethik in den Alltag des Krankenhauses für alle Betroffenen sinnvoll und mitvollziehbar wird. Aus dieser Problemstellung und vor dem dargelegten Hintergrund wird folgende Gliederung vorgenommen: In diesem ersten Kapitel wird erörtert, welches Ethik-Verständnis diesem Dokument zugrunde liegt. Ein kurzer geschichtlicher Rückblick auf die Entstehung ethischer Komitees soll dann das Feld für die Entscheidungen der beiden Verbände eröffnen. In diesem Kontext (Kapitel 2) wird dann die Aufgabe von „Klinischen Ethik-Komitees“ skizziert und es werden entsprechende Empfehlungen für die zuständigen Krankenhausträger formuliert.

### 1.1 Was Ethik ist und was sie leisten kann

Der Motor der Ethik ist die sich im Gewissen des Menschen meldende unbedingte Verbindlichkeit, das Gute zu tun und das Böse zu lassen. Was in einer konkreten Situation das Richtige bzw. Falsche ist, muß er durch Vermittlung allgemeiner ethischer Grundsätze mit den jeweiligen Gegebenheiten, gegebenenfalls im Diskurs mit anderen, herauszufinden versuchen. Dabei werden sowohl das Vorverständnis des Menschen um sich selber und die Welt ausschlaggebend für die Beantwortung der Frage nach dem Sittlichen sein als auch human- und naturwissenschaftliche Erkenntnisse und Daten. In diesem Sinn ist die „Ethik“ eine Integrationswissenschaft.

Integriert die Ethik Ergebnisse anderer Wissenschaften, so bleibt sie dennoch eine autonome Wissenschaft, die das Handeln des Menschen normativ überdenkt und auslegt. Auch im Gebrauch des Theologen behält sie ihre Autonomie im Sinne einer inneren Rationalität des Sittlichen, die der

Theologe „theonome Autonomie“<sup>1</sup> nennt. Manche sprechen in diesem Zusammenhang von der Unbeliebigkeitslogik menschlich praktischer Vernunft. Die Eigendynamik des den Menschen bewegenden sittlichen Anspruchs gehört jedenfalls zu den Grunddaten moderner Ethik – wenn auch in recht unterschiedlichen Sprachspielen.

Diese ersten Überlegungen lassen bereits eine bedeutsame Schlußfolgerung zu. Es wird deutlich, daß es sachlich richtig ist, Ethik als eine eigenständige Disziplin zu verstehen. Wer im Namen der Ethik argumentieren möchte, muß das Anliegen der Ethik selber verstanden haben. Die Ethik vertritt ihren eigenen Standpunkt, der unabhängig von partikularen Interessen ist, nämlich den Standpunkt der Unparteilichkeit und der Universalisierbarkeit.

Ethik muß von ihrem Grundanliegen her Widerstand leisten gegen jede Art der Reduktion und Bevormundung und sei diese noch so gut gemeint. Jede Handlung muß sich im Namen der Ethik hinterfragen lassen, ob sie nicht doch mehr im Namen der Eigeninteressen, oder im Namen der Medizin oder der Sozialwissenschaften gesetzt wurde, als im Namen der Interessen eines Kranken oder Abhängigen.

<sup>1</sup> BÖCKLE, Franz, Theonome Autonomie. Zur Aufgabenstellung einer fundamentalen Moralthologie, in: Humanum. Moralthologie im Dienst des Menschen [Festschrift für R. EGENTER] hrsg. v. J. GRÜNDEL/F. RAUH/V. EID (Düsseldorf 1972), 17 – 46; ders., Theonomie und Autonomie der Vernunft, in: Fortschritt wohin? Zum Problem der Normenfindung in der pluralen Gesellschaft (Düsseldorf 1972), 63 – 86; ders., Glaube und Handeln, in: Mysterium Salutis. Grundriß heilsgeschichtlicher Dogmatik, hrsg. v. J. FEINER/M. GRAF, Friedrich Wilhelm, Theonomie. Fallstudien zum Integrationsanspruch neuzeitlicher Theologie, Gütersloh 1987, bes. 231 – 240. LÖHRER (Zürich-Einsiedeln-Köln 1976), Bd. V: Zwischenzeit und Vollendung der Heilsgeschichte, 21 – 115; ders., Glaube und Handeln, in: Concilium 12(1976)641 – 647; ders., Fundamentalmoral (FM) (München 1977); ders., Theonome Autonomie in der Begründung der Menschenrechte, in: Modernes Freiheitsethos und christlicher Glaube, hrsg. v. J. SCHWARTLÄNDER, (München-Mainz 1981), 303 – 321 (= Entwicklung und Frieden – Wissenschaftliche Reihe; Bd. 24). GILLEN, Erny: Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie; Würzburg 1989. Graf, Friedrich Wilhelm, Theonomie. Fallstudien zum Integrationsanspruch neuzeitlicher Theologie, Gütersloh 1987, bes. 231 – 240. TILLICH, Paul, Kairos I, in GW 6, (9 – 28), 21 – 25; ders., Systematische Theologie, Bd. 3, Stuttgart 1966. Siehe besonders: Böckle, Franz: Fundamentalmoral; Kösel-Verlag, München 1977, 233: „Gott (hat) den Menschen zum handelnden Subjekt in dieser Geschichte bestimmt... Der Glaube enthebt den Menschen nicht seiner Verantwortung für die Gestaltung des menschlichen Zusammenlebens, sondern ermächtigt und befähigt ihn vielmehr dazu.“ Franz Böckle spricht von einer theonomen Autonomie des Menschen dort, „wo Gottes Geist den Menschen beansprucht und ihm selbst Freiheit gewährt“ bzw. TILLICH, Paul, Systematische Theologie, Bd. 3, Stuttgart 1966, 307: „... ist theonome Ethik ... eine Ethik, in der unter der Einwirkung des göttlichen Geistes die religiöse Substanz – die Erfahrung dessen, was uns unbedingt angeht – sich im unabhängigen freien Forschen zeigt und nicht in dem Versuch, das Forschen im voraus zu bestimmen“.

## 1.2 Zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik

Die bis hierher gemachten Ausführungen zeigen deutlich, daß Ethik vorwiegend dort gefragt ist, wo Konflikte einer Lösung bedürfen. Wer sich vornimmt, die realen und situationsbezogenen Probleme im Namen der Ethik zu lösen, kann und darf dies nicht einseitig tun. Er muß sich auf den Diskurs mit den anderen Betroffenen einlassen und kann die Frage nach der Richtigkeit dieser oder jener Entscheidung nicht einfach von seinem Standpunkt aus entscheiden, weil ja gerade dieser Standpunkt selbst oftmals Teil des Konfliktes ist.

Hier muß nun um einem Mißverständnis vorzubeugen ein Wort über die „Berufsethik“ bzw. das „Berufsethos“ der im Krankenhaus Tätigen gesagt werden. Manchmal geht man allzu schnell davon aus, als liessen sich ethische Fragen zwischen Menschen, die nicht derselben Berufsgruppe angehören (etwa Ärzte und Patienten) vom Standpunkt einer bestimmten Berufsethik her lösen. Es wäre verheerend, wenn gerade das positive Aufkommen der vielen Berufsethiken das Grundanliegen der Ethik selber torpedieren würde, indem es von einer bestimmten Berufsethik oder -orthopraxis auf die grundsätzliche Richtigkeit bestimmter Handlungen schließen würde. Die Feststellung, daß beispielsweise in einem bestimmten konkreten Fall eine Transplantation medizinisch-fachlich möglich und durchführbar wäre, besagt noch nicht im selben Atemzug, daß diese in der konkreten Situation des Patienten auch schon sinnvoll ist. Ob sie real vorgenommen werden soll oder nicht, bleibt im Kreis aller Betroffenen zu klären und zu entscheiden.

Häufig gilt unausgesprochen die Überzeugung, Ärzte oder Pflegende würden Probleme einfach sachgerecht, das heißt fachlich lösen. Wäre dies tatsächlich der Fall, dann hätten wir es bei den Ärzten mit Medizintechnikern zu tun, die den Namen Arzt nicht verdienen würden, und bei den Pflegenden mit Pflegerobotern, die den Namen Schwester oder Pfleger nicht verdienen würden.

Eine ethische Krisensituation verlangt nach Gespräch über den Sinn oder Unsinn möglicher Handlungsalternativen. Im Zusammenhang des Patienten-Ärzte-Verhältnisses darf das Gespräch zwischen allen Betroffenen nicht vorschnell abgebrochen werden. Der Arzt darf den Patienten ebensowenig zum Objekt einer fachlich korrekten Intervention machen, noch darf der Patient den Arzt zu seinem persönlichen Willensvollstrecker machen.

Gerade in der Sensibilisierung der auszubildenden Ärzte und Pflegenden für ihre Aufgaben im Bereich der Beziehung zwischen Patient, Arzt und Pflegenden, hat die Berufsethik eine wichtige Rolle. Da beispielsweise der Arzt im Verhältnis zu seinem Patienten durch sein Wissen und seine gesellschaftliche Rolle einen Machtvorsprung hat, muß er lernen, diesen zu er-

kennen und im Interessen seiner Patienten zurückzunehmen. Diese berufsspezifische Selbstkontrolle nennt man in den französisch-sprachigen Ländern „déontologie professionnelle“. Frei übersetzt könnte das etwa heißen: Selbstverpflichtung. Daraus folgt eine Selbstbescheidung gegenüber anderen Partner im Interessenkonflikt.

So notwendig die Berufsethik auch immer ist, sie braucht einen allgemeinen philosophischen Reflexionshorizont. Deshalb gehört diese denn auch als eigenständige Disziplin in den Fächerkanon medizinischer Lehre ebenso wie ins Krankenhaus. Man wird in Zukunft gut daran tun, Berufsethik und allgemeine beziehungsweise philosophische Ethik deutlich zu unterscheiden, auch wenn außer Frage steht, daß beide Größen aufeinander angelegt sind und verweisen.

### 1.3 Normen, die im Namen der Ethik entstehen

Kommen wir nach dieser Differenzierung zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik auf einen anderen Kernpunkt der Problematik zurück. Wie entstehen neue Normen? Wie werden ethische Konflikte angegangen und gegebenenfalls gelöst?

Wie bereits angedeutet, fallen ethische Normen nicht einfach vom Himmel, sondern müssen vom Menschen mit Vernunft und Überzeugung erarbeitet werden. Selbst verantwortlich vor ethischen Normen im Sinne des kategorischen Imperativs wird der mündige Mensch erst, wenn er sich selber mittels seiner Vernunft auf bestimmte Normen verpflichtet hat. Diese Anstrengung der Selbstverpflichtung kann ihm niemand abnehmen, ohne selber die Verantwortung für diesen Menschen zu übernehmen.

Im Namen der Ethik heißt: Unparteilichkeit und Universalisierbarkeit. Die Rolle der allgemeinen Ethik ist es dann, dafür zu sorgen, daß das, was aus den verschiedenen Fachbereichen als fachlich richtig erkannt wurde, wahrzunehmen und die unterschiedlichen Standpunkte gerecht und ausführlich zu Wort kommen zu lassen, so daß diese für die anderen auf ihrem jeweiligen Hintergrund plausibel und einsichtig werden. Bei dieser unparteilichen und formalen Moderation wird es darum gehen, allgemeine ethische Werte wie Wahrhaftigkeit, Respekt vor dem anderen, Freiheit und Selbstbestimmungsrecht vor dem Hintergrund des konkreten Konfliktes zu entfalten und mit in den Entscheidungsfindungsprozeß einzubringen.

Ausgesprochenes Ziel der Moderation „im Namen der Ethik“ ist es, mehr oder weniger pragmatische Handlungsstrategien so zu gestalten, daß alle Betroffenen die ethischen Herausforderungen der Situation erfassen und sich ihr stellen. Ethisch herausfordernd wird eine Situation, wenn die Lebenswirklichkeit eines Menschen in Frage steht oder wenn ein Mensch in einer konkreten Entscheidung in seiner Identität getroffen ist. Dies trifft im Krankenhaus sowohl für Patienten wie für Ärzte und Pflegende zu.

Wer in einer konkreten ethischen Konfliktsituation am deutlichsten und unter Umständen irreversibel in seiner Identität betroffen ist, kann in der Regel als Entscheidungsträger angesehen werden. Der Moderator in einem solchen ethischen Diskurs hat darauf zu achten, daß die verschiedenen Gesprächspartner ihre fachlichen und berufsethischen Standpunkte für den Entscheidungsträger deutlich und verständlich in die Runde einbringen und nicht Druck ausüben. Im Namen der Unparteilichkeit wird der Moderator formal dafür eintreten, daß die Gleichheit aller Gesprächs- oder Entscheidungspartner prinzipiell gewährleistet ist.

Desweiteren fällt dem Moderator zu, die vorgebrachten Argumente und Argumentationsketten auf ihre Kohärenz und Widerspruchsfreiheit hin zu überprüfen. In diesem Zusammenhang wird er unausgesprochene Prämissen oder uneingestandene Überzeugungen verdeutlichen. Er wird weitere Betroffene zum Gespräch dazuladen, damit alle möglichen Standpunkte zur Sprache kommen. In diesem Forum der Entscheidungsfindung wird er dem Entscheidungsträger bei der Formulierung seiner Entscheidung behilflich sein. Er selber wird jedoch keine Entscheidung treffen, auch nicht indem er vorschnell abstimmen läßt. Das abgegebene Votum eines „klinischen Ethik-Komitee's“ versteht sich als eine Argumentationshilfe für die Entscheidungsträger. Es macht das Gewicht der verschiedenen Argumente durchsichtig, die in eine ethische Diskussion eingebracht worden sind und weist auf deren Konsequenzen hin. Ob und inwieweit die Entscheidungsträger sich das Votum zueigen machen oder es aufgrund ihres Standpunktes und ihrer persönlichen Überzeugungen ablehnen, um zu einer anderen Entscheidung zu kommen, bleibt in ihrer Verantwortung.

Gehört die Ermittlung des oder der Entscheidungsträger bereits zu einem ersten schwierigen Punkt im Forum ethischer Entscheidungsfindung, so trifft dies noch stärker zu, wenn es um das Bewußtmachen allgemeiner ethischer Werte geht. Hier kommt tatsächlich eine neue Dimension ins Spiel, die auf inhaltlichen Vorentscheidungen beruht.

### 1.4 Zur inhaltlichen Dimension ethischer Entscheidungen

Von ihrem ureigenen Selbstverständnis her stehen die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft allen Menschen grundsätzlich offen, und dies unabhängig von ihrem Glauben. Wegen den Patienten wurde hier deshalb ein möglichst breiter Ansatz für das ethische Gespräch gesucht. Die Anerkennung der Menschen- und Grundrechte darf als kleinster gemeinsamer Nenner vorausgesetzt werden.

Die Dimension der Werte und Unwerte macht die Suche nach der richtigen und wahren Entscheidung erst zu einer inhaltlich-ethischen Frage. Und gerade hier scheinen sich in einer Welt der vielen inhaltlichen Ethiksysteme die

Geister definitiv zu scheiden. Der einzige gemeinsame Inhalt oder Nenner scheint die Toleranz zu sein, die darin besteht, die Inhalte und Werte des anderen zu dulden, so lange diese die Freiheit und die Selbstbestimmung des einzelnen und der Gesellschaft nicht zerstören.

Auch wenn das Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft von einem christlichen Verständnis des Menschen und des Lebens ausgeht, kann es nicht voraussetzen, daß alle Patienten aus diesem Selbstverständnis leben. Weil es die kranken Menschen, die sich ihm anvertrauen, nicht vereinnahmen will, schafft es Räume, wo der Patient seine Lebensauffassung ins ethische Gespräch einbringen kann, ohne eine inhaltliche Zensur befürchten zu müssen. Unbeschadet des eignen christlichen Standpunktes, wird das Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft in weltanschaulichen Dingen tolerant sein, wenn und insofern diese das sittliche Handeln eines betroffenen Patienten bestimmen.

Dieser gemeinsame Nenner, auf den sich alle Gesprächspartner durch ihre Teilnahme am Gespräch selbst verpflichten, wird in manchen Kreisen aber negativ gewertet. Und dennoch gibt es seit der Formalisierung der Ethik als prinzipieller Gleichheit aller an einem bestimmten Prozeß beteiligter Personen keine andere denkbare Form. Hier wird deutlich, daß das Grundprinzip der Gleichheit aller Menschen über die Form hinausgeht und selber zum ersten und entscheidenden Inhalt der Ethik wird.

An diesem inhaltlich-formalen Prinzip und Inhalt zugleich lassen sich weitere Inhalte und Werte festmachen, wie dies in den Menschenrechten geschehen ist. Sie gründen nicht auf einer bestimmten Weltanschauung, sondern sind sozusagen der inhaltliche Mittelpunkt aller herrschenden Moralsysteme.

Diese inhaltliche Dimension der Ethik, die ihr als dritter Kraft im Interessenkonflikt zwischen den Parteien, erst ihren Geschmack und ihre Farbe verleiht kann mehr oder weniger stark betont werden. In vielen Konfliktfällen wird es ausreichen, sich im Bereich der großen Schnittpunkte der Menschenrechte zu begegnen, um zu einer adäquaten, sogenannten ethischen Lösung zu gelangen. Wo ein christliches Verständnis vom Menschen und vom Leben vom Patienten und seinen Angehörigen geteilt wird, soll es im Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft freimütig und redlich in den Entscheidungsprozeß mit einfließen.

### 1.5 Zum Entscheidungsfindungsprozeß im Komitee

Diese Sicht der Dinge hat natürlich Konsequenzen für die Einführung „Klinischer Ethik-Komitees“ in Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft. Die von Erfahrung und Berufspraxis geprägten Ärzte und Pflegenden können ihre Standpunkte und berufsethische Überzeugungen in den Diskurs um

die Richtigkeit dieser oder jener ethischen Entscheidung aktiv in den Entscheidungsfindungsprozeß einbringen, ohne eine „ideologische“ Zensur ihrer Weltanschauung befürchten zu müssen. Im Spiegel der Standpunkte anderer Teilnehmer<sup>2</sup> lernen sie ihren eigenen Standpunkt besser verstehen und artikulieren. Ethik wird dabei weniger als Wissen um früher entstandene Normen und Werte erfahren, denn als Normfindungsprozeß im konkreten Berufs- und Alltagsleben. Der Respekt vor dem anderen und die prinzipielle Gleichheit der an ethischen Diskursen beteiligten Personen wird praktisch eingeübt, in einer Situation, in der es auch Hierarchie und Machtverhältnisse gibt.

Diese Herausforderung, Ethik als Instrument der Gleichheit, in strukturell schwierigen und ungleichen Situationen kennen und gebrauchen zu lernen, gehört zur Herausforderung der Einführung „Klinischer Ethik-Komitees“ in unseren Krankenhäusern.

### 1.6 Ethik im Kontext christlichen Glaubens

Damit sind wir bei einer wichtigen Frage angekommen: was heißt im Bereich der Ethik noch christlich, evangelisch oder katholisch? Wenn diese Fragen nicht ängstlich oder vermessen gestellt werden, sondern offen und ehrlich, so lautet die Antwort: Christliche Ethik ist vernünftige Reflexion über Fragen des rechten Verhaltens im Kontext des christlichen Glaubens. Das heißt: die Prinzipien und Grundinhalte der Ethik werden im Namen der Ethik, also im Namen der Unparteilichkeit und Universalisierbarkeit, nach philosophisch-wissenschaftlicher Manier dargestellt und gedeutet. Ethik ist nicht das Reservat einer bestimmten Religion oder Weltanschauung. Dank ihrer eigenen Fachlichkeit, ihrer Argumente und Vorgehensweise legt sie den ethischen Gehalt aus den verschiedensten Anschauungen frei, um entsprechendes sittliches Verhalten für andere auf dem Hintergrund der prinzipiellen Gleichheit vermittelbar und verständlich zu machen.

Ethische Probleme im Krankenhaus entstehen dann, wenn die allgemeinen Grundsätze ärztlichen und pflegerischen Handelns entweder zu unspezifisch sind, als daß man daraus eine konkrete Handlungsstrategie ableiten könnte, oder wenn sie miteinander kollidieren (z. B. Erhaltung des Lebens vs. zu erwartendes qualvolles Dahinsiechen; Leben der Mutter vs. Leben des Kindes bei einer schwierigen Geburt). Ethik-Komitee's werden sich in solchen Fällen bemühen, nach bestem Wissen und Gewissen im gemeinsamen Diskurs die relativ beste Lösung zu finden. Entscheidungen „ohne Rest“ wird es hier oft nicht geben. Christliche Leitlinie des Handelns wird die aus der Liebe Gottes gespeiste Liebe zum Nächsten und zugleich das Bewußtsein der eigenen Vergebungsbedürftigkeit sein. Das schützt vor einer bequemen Selbstgenügsamkeit, die es bei mangelnder Klarheit vorzieht,

<sup>2</sup> siehe 2.2.3. zur Zusammensetzung des Komitees

die eigene und zufällige Meinung aufzudrängen, statt nach einer Lösung zu suchen, die mindestens im Komitee und im Kreis der Beteiligten kommunikel und konsensfähig ist. In katholischen Krankenhäusern wird dabei der katholische Standpunkt redlich und explizit privilegiert werden. In evangelischen Krankenhäusern helfen sich die beteiligten Christen gegenseitig, im Bewußtsein ihrer Verantwortung vor Gott und ihrer Fehlbarkeit, zu einer Lösung zu gelangen, die dem recht verstandenen Wohl der betroffenen Patienten möglichst angemessen ist.

Auf dem Hintergrund des hier vorgelegten Ethikverständnisses, ihrer Rolle und Funktion im Entstehen bindender Verpflichtungen, soll im Folgenden ein neueres Organ vorgestellt werden, das durch seine Geschichte zu einem Ort des konkreten ethischen Gesprächs im klinischen Bereich geworden ist.

### 1.7 Klinische Ethik-Komitees im Kontext kirchlicher Krankenhäuser

So wie ein klinisches Ethik-Komitee rechtsstaatliche Gegebenheiten voraussetzt und sich in deren Rahmen bewegt, situiert es sich im Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft ebenfalls unter den dort geltenden Voraussetzungen. Wenn in einem evangelischen Krankenhaus Mitarbeiter unterschiedlicher religiöser und weltanschaulicher Überzeugungen tätig sind, wird dort von allen Loyalität gegenüber den mit der kirchlichen Trägerschaft signalisierten Grundüberzeugungen des evangelischen Glaubensverständnisses erwartet. Von diesem Grundsatz her versteht es sich, daß klinische Ethik-Komitees in kirchlichen Krankenhäusern deren Grundpositionen und Werthaltungen aus dem Glauben keineswegs schmälern oder einengen, sondern vielmehr als ihren Kontext voraussetzen.

Wenn Patienten und/oder Ärzte angesichts medizinisch-fachlicher Behandlungsalternativen ein klinisches Ethik-Komitee um sein Votum fragen, dann wollen sie sich als Entscheidungsträger nicht vor ihrer Verantwortung drücken; sie suchen vielmehr nach zusätzlichen Argumentationshilfen. Dabei läßt das vom Komitee abzugebende Votum den Patienten, die behandelnden Ärzte, das Pflegeteam und den Träger frei, ihre persönlichen Entscheidungen selbstverantwortlich zu treffen. So heißt es in Abschnitt 2.2.4 unmißverständlich: "Die Befolgung der Voten des klinischen Ethik-Komitees ist freiwillig und nicht verpflichtend. (...) Voten des Ethik-Komitees können das Urteil der Entscheidungsträger wohl erhellen, aber nicht ersetzen."

## 2. Klinische Ethik-Komitees

### 2.1 Entstehung und Verschiedenheit<sup>1</sup>

Es war der berühmte Fall Karen N. Quinlan im Jahre 1976, der zur eigentlichen Bewegung der „ethics committees“ führte. Der oberste Gerichtshof des Staates New Jersey forderte, daß das Krankenhaus und die Familie den Rat eines „ethics committee“ einholen sollten zur Beantwortung der Frage, ob die Apparate abgeschaltet werden dürften oder nicht. Damit wurde den zum Teil seit einigen Jahren bereits informell arbeitenden „ethics committees“ eine höchstrichterliche Bedeutung zuerkannt, die sie vorher nicht hatten.

So war neben die bereits im Bereich der Forschung am Menschen obligatorisch seit 1966 an den „National Institutes of Health (NIH) und seit 1974 in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten von Amerika eingesetzten „Institutional Review Boards“ (IRB) ein neues ethisches Gremium getreten, das therapeutische Alternativen ethisch begutachten sollte. Bei den „Institutional Review Boards“ ging es darum, eindeutig festzustellen, ob das betroffene Subjekt seine Zustimmung im Sinne des „informed consent“ gegeben hatte. Die neuen „ethics committees“ verfolgten dagegen das Ziel, die Anwendung bereits erprobter Eingriffe auf dem Hintergrund des konkreten Einzelfalls ethisch zu hinterfragen und zu begutachten sowie Alternativen im Bereich der Behandlung und Pflege kranker Patienten auf ihre ethische Zulässigkeit hin zu überprüfen. Die Unterscheidung dieser beiden Typen von Komitees ist von großer Wichtigkeit.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aus der großen Liste von Literatur, die zu diesem Themenbereich vorliegt, seien lediglich einige allgemeine Einführungen in die medizinische Ethik ausgewählt: AMELUNG, Eberhard (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch; Springer Verlag 1992, ISBN 3-540-53175-0. ANSCHÜTZ, Felix: Ärztliches Handeln: Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen Widersprüche. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1988, ISBN 3-534-80010-9. BONELLI, Johannes (Hrsg.): Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. Springer Verlag 1985, ISBN 3-211-82410-3. CRAIG, Robert P., MIDDLETON, Carl L., O'CONNELL, Laurence J.: Ethics Committees. A practical approach. Edited by The Catholic Health Association of the United States 1986, ISBN 0-87125-110-8. HONNEFELDER, Ludger, RAGER, Günter (Hrsg.): Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik: Insel Verlag Frankfurt/Main 1994, ISBN 3-458-16624-6. MALHERBE, Jean-Francois: Medizinische Ethik; Würzburg 1990, ISBN 3-429-01202-3. ROSS, Judith Wilson: Handbook for Hospital Ethics Committees. Practical suggestions für ethics committee members to plan, develop, and evaluate their roles and responsibilities. American Hospital Publishing, Inc. 1986, ISBN 0-939450-96-8. SASS, Hans-Martin: Bioethik in den USA. Methoden – Themen – Positionen; Springer Verlag 1988, ISBN 3-540-19420-7. SCHIPPERGES; Heinrich: Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes. Es geht um den Patienten. Verlag Josef Knecht Frankfurt am Main 1988, ISBN 3-7820-0579-1.

<sup>2</sup> Sie ist strukturell vergleichbar mit der oben dargelegten Unterscheidung zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik.



Bei der Übersetzung in Deutsche wurde das als IRB verstandene Gremium mit „Ethik-Kommission“ übersetzt. Deshalb schlagen wir vor, das „ethics committee“ als klinisches Ethik-Komitee zu bezeichnen.<sup>3</sup>

Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Klinischen Ethik-Komitees.

## 2.2 Arbeits- und Funktionsweise

Das Klinische Ethik-Komitee, von dem hier die Rede sein wird, ist in einem Krankenhaus angesiedelt, das ethische Konflikte kennt und bewußt angehen will. Bei der Einsetzung solcher klinischer Ethik-Komitees wird weniger die Bettenzahl ausschlaggebend sein als die der nötigen Personen, die fähig und bereit sind, ihre Kompetenz in ein Klinisches Ethik-Komitee einzubringen. Während wir größeren Krankenhäusern empfehlen, ihr hauseigenes Komitee anzustreben, befürworten wir bei der Schaffung von Komitees in kleineren Krankenhäusern einen Verbund mit anderen.

Ziel eines Klinischen Ethik-Komitee ist die Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen beziehungsweise von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen unter Beteiligung von verschiedenen Berufsgruppen. Um die innere Beteiligung der Mitglieder der ethischen Komitees sicherzustellen, ist es angezeigt, von der Einzelsituation auszugehen, um erst von dort her allgemeine Situationen anzugehen.

### 2.2.1 Voraussetzungen

Die Arbeitsweise eines lokalen klinischen Ethik-Komitees darf der Träger nicht dem Zufall überlassen. Deshalb ist in erster Linie die Professionalität in der Leitung eines solchen Komitees sicherzustellen. Der Vorsitzende eines klinischen Ethik-Komitees sollte eine im Fachbereich Ethik kompetente Persönlichkeit sein, die die nötigen Instrumente einer professionellen Moderation beherrscht und für die medizinische, pflegerische und ökonomische Fragestellungen offen ist<sup>4</sup>. Weil es sich bei den Sitzungen des Komitees um Arbeitssitzungen und nicht um offene Gesprächsrunden handelt, soll unter der Verantwortung des Vorsitzenden ein Bericht erstellt werden, der in möglichst kurzer Zeit allen Mitgliedern sowie allen Betroffenen zugestellt werden kann. Hierfür sind die entsprechenden personellen und sachlichen Voraussetzungen zu schaffen.

<sup>3</sup> Damit war der Begriff, der sich zur Übersetzung der späteren „ethics committees“ geeignet hätte, bereits besetzt. Ähnlich ging es in den frankophonen Ländern, die das Verwechslungsproblem dadurch lösten, daß sie ihre „comités d'éthique“ weiter qualifizierten: entweder als „comités d'éthique de recherche“ oder dann als „comités d'éthique hospitalier“.

<sup>4</sup> siehe hierzu besonders die Ausführungen unter 1.3 und 1.4.

Für das Gelingen von klinischen Ethik-Komitees ist es wichtig, daß ihre Mitglieder sich unter fachlicher Begleitung mit Fragen der allgemeinen Ethik ebenso wie mit den ethischen Problemen im Krankenhaus auseinandersetzen und sich praxisnah in Gesprächssituationen um Entscheidungsfindung bemühen. Die Mitglieder sollen mit den Definitionen und Arbeitsweisen allgemeiner Ethik vertraut gemacht werden. Sie üben an Fallbeispielen die Regeln ethischer Entscheidungsfindung ein. Dabei lernen sie mit Argumentationsfiguren umzugehen und kontrovers aber fair verschiedene Standpunkte innerhalb kurzer Zeit gegeneinander abzuwägen. Nur wenn sie fähig sind, ihren eigenen Standpunkt so zu kennen, daß sie diesen mit Distanz in Form von Argument und Gegenargument in die Debatte einbringen können, tragen sie zu einer effizienten Urteilsbildung und -findung bei. Ein ermutigendes Training ist notwendig und von einer bestehenden oder noch zu gründenden Arbeitsstelle für Ethik im Krankenhaus zu organisieren.

### 2.2.2 Zur Arbeit der Klinischen Ethik-Komitees

(a) Das Klinische Ethik-Komitee ist ein Teil des Krankenhauses. Wichtigste Aufgabe des klinischen Ethik-Komitees soll es sein, betroffenen Menschen in ethischen Krisensituationen für die Beratung zur Verfügung zu stehen. Jedes Komitee gibt sich eine „Geschäftsordnung“ für die Folgendes empfohlen wird:

- Jeder betroffene Mitarbeiter und jeder Patient des Hauses kann sein ethisches Problem vorbringen<sup>5</sup>, um sich für seine eigene Entscheidung eine Gewichtung der Argumente und Gegenargumente in Form eines Votums als Orientierungshilfe einzuholen.
- Der Vorsitzende des Komitees entscheidet, ob über vorgebrachte Probleme verhandelt wird.
- Soll über das Problem verhandelt werden, wird es anschaulich geschildert und die ethischen Gesichtspunkte werden eindeutig in Form von

<sup>5</sup> Ein Sonderfall der Antragstellung wird unter (b) behandelt. Wenn der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) in bestimmten allgemeinen Situationen (wie z.B. Transplantationen, ...) das Einholen eines ethischen Gutachtens durch das klinische Ethik-Komitee im konkreten Einzelfall obligatorisch verlangt, dann ist der behandelnde Arzt in diesen Situationen verpflichtet, den Fall vor das klinische Ethik-Komitee zu bringen. Die Pflicht, den konkreten Einzelfall in bestimmten Situationen vor das Komitee zu tragen, macht deutlich, daß die Situation vom Träger (oder dem satzungsgemäßen Organ) als ethisch bedeutsam eingestuft wird, aber gerade im Einzelfall noch nicht vorentschieden ist (ansonsten hätte der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) diese Art der Intervention in seinem Krankenhaus prinzipiell untersagt). Damit wird deutlich, daß eine obligatorische Anrufung in bestimmten Fällen, keinesfalls die obligatorische Befolgung der Voten des klinischen Ethik-Komitees meinen kann. Dies wäre denn auch gegen den Geist, der hinter der Einführung von diesen Komitees steht.

medizinisch, pflegerisch und ökonomisch verantwortbaren Alternativen formuliert.

- Nach Klärungsfragen werden in Abwesenheit des Antragstellers in einer ersten Gesprächsrunde Argumente und Gegenargumente für mögliche Antworten gesammelt.
- Dann folgt die Wertung der Argumente auf dem Hintergrund der jeweiligen ethischen Positionen der Mitglieder des Komitees. Dabei bemüht das klinische Ethik-Komitee sich um Konsens.
- Der Vorsitzende formuliert anschließend einen Vorschlag für ein gemeinsames Votum an den Antragsteller. Findet kein Vorschlag eine einheitliche Zustimmung, schlägt er eine Abstimmung vor. Dabei bedarf das Votum des Komitees der 2/3 Mehrheit seiner Mitglieder.
- Die Minderheit kann ein Votum abgeben und begründen.
- Die Voten des klinischen Ethik-Komitees werden in kurzer schriftlicher Form festgehalten. Der Vorsitzende unterrichtet den Antragsteller über das Ergebnis und erläutert die Voten.
- Der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) wird über die Voten informiert. Die Voten des Komitees sollen in geeigneter Weise in den Einrichtungen bekannt gemacht werden, damit jeder an der ethischen Bewußtseinsbildung seines Krankenhauses teilnehmen kann.
- Gleiches gilt für einen jährlich abzulegenden Rechenschaftsbericht<sup>6</sup>.
- Alle Daten sind nur anonymisiert bekannt zu machen. Die Schweigepflicht und die Vorschriften des geltenden (staatlichen und kirchlichen) Datenschutzes sind dabei zu beachten

(b) Wiederholte Voten in ähnlichen Fragestellungen werden das Komitee im Laufe der Zeit dazu führen, Leitlinien zu erarbeiten. Sie sollen den handelnden Personen in sich wiederholenden ethischen Problemen die Argumentationsweise des Komitees nahebringen. Ist das Komitee in allgemeinen Fragen zu Leitlinien gekommen, so sollte es diese an den Träger (oder das satzungsgemäße Organ) weiterleiten. Der Träger entscheidet, ob er diese Leitlinien für sein Krankenhaus verbindlich in Kraft setzt. Diese ersetzen keinesfalls die fallbezogene Besprechung im klinischen Ethik-Komitee.

<sup>6</sup> Dadurch können neue Sensibilität und neues Gespür für ethische Belange im Haus wachsen. Vermieden wird auch der Eindruck, die Einrichtung habe ja jetzt einen „Rat der Weisen“ und der (die) jeweilige verantwortliche Mitarbeiter/in brauche sich selbst nicht mehr an dem ethischen Meinungs- und Urteilsprozeß zu beteiligen.

Auch steht es dem Träger (bzw. dem satzungsgemäßen Organ) zu, bei bestimmten Vorhaben zwingend das Einholen eines Votums des klinischen Ethik-Komitees im konkreten Fall vom Verantwortlichen zu verlangen. In diesem Sonderfall der obligatorischen Anrufung versteht sich ebenso, daß die Befolgung des Votums dem Antragsteller im Rahmen der geltenden Ordnung freisteht<sup>7</sup>.

### 2.2.3 Zusammensetzung

Es sollen verschiedene Disziplinen im klinischen Ethik-Komitee vertreten sein. Die Zusammensetzung soll eine möglichst breite Abstützung des Komitees im Krankenhaus und seinem Umfeld gewährleisten.

Das Komitee arbeitet prozeßorientiert. Bei der Auswahl seiner Mitglieder ist darauf zu achten, daß diese sich selbst, ihre Sachkenntnis und ihr Urteil in einen Prozeß einbringen können und wollen.

- Das Komitee soll mit bis zu 12 Frauen und Männern besetzt werden, die der Träger für diese Aufgabe für sein Haus bzw. für einen Verbund von Häusern beruft.
- Durch Information über die Zielsetzung eines klinischen Ethik-Komitees und durch Gespräche in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, sollen Mitarbeiter im Haus motiviert werden, sich an der Bildung und an der Arbeit eines klinischen Ethik-Komitees zu beteiligen.
- Hausintern sollen die Berufsgruppen ausgewogen vertreten sein. Die Mitglieder kommen insbesondere
  - aus dem ärztlichen Bereich,
  - aus dem pflegerischen Bereich,
  - aus dem Verwaltungsbereich und
  - aus dem Sozialdienst
- Das klinische Ethik-Komitee soll darüber hinaus mit Mitgliedern besetzt werden, die nicht Mitarbeiter des Hauses und des Trägers (bzw. des satzungsgemäßen Organs) sind und von außen kommen:
  - ein Jurist
  - ein Bürger, der für die Fragestellungen aufgeschlossen ist, die Problemlage nicht mit „Fachwissen“ beurteilt, sondern seinen gesunden Menschenverstand aus seiner christlichen Grundhaltung heraus in das Komitee einbringt.

<sup>7</sup> siehe Anmerkung 3.

- Ein Seelsorger, der aus dem Haus oder von außen kommen kann. Er soll den Standpunkt der pastoralen Sorge um den Patienten und seine Angehörigen in das Komitee einbringen.
- Die Berufung der einzelnen Mitglieder und des Vorsitzenden soll auf Zeit (etwa 3 Jahre) erfolgen.

Die Mitglieder des Komitees müssen wissen und sich gegenseitig daran erinnern, daß sie kein Tribunal sind, sondern begründete und ethisch verantwortbare Voten für betroffene Antragsteller abgeben sollen. Auch muß deutlich bleiben, daß sie keine Vertreter ihrer jeweiligen Berufsgruppe sind und insofern keine Standesinteressen zu vertreten haben. Jeder ist auf seine Art Mitglied, das seinen Anteil an Wissen, Kompetenz und Urteilsfähigkeit in die Findung einer gemeinsamen Meinungsbildung einbringt.

#### 2.2.4 Befolgung der Voten

Die Befolgung der Voten des klinischen Ethik-Komitees ist freiwillig und nicht verpflichtend. Entsprechend sollen die begründeten Voten dem Antragsteller vom Vorsitzenden des Komitees vorgetragen werden. Um die Eigenverantwortlichkeit nicht zu gefährden und dem Komitee keine Macht zuzugestehen, die ihm von der Sache her nicht zukommt, ist stets wachsam darauf zu achten, daß die Mitteilung der Voten den Freiwilligkeitsaspekt ihrer Befolgung ausdrücklich genug betont. Voten des Ethik-Komitees können das Urteil der Entscheidungsträger wohl erhellen, aber nicht ersetzen.

#### 2.2.5 Erwartete Effekte

Im wohlverstandenen Sinne geführte Klinische Ethik-Komitees können einen Beitrag zur Kultur eines Krankenhauses leisten, indem sie ein Forum für schwierige und kontroverse ethische Entscheidungen bereitstellen. Sie bieten die Chance, in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten. Den Mitarbeitern des Hauses und den Patienten sowie ihren Angehörigen geben sie die Zusage, daß Gewissensnöte oder das Leiden an nicht annehmbar erscheinenden Strukturen und Situationen im gemeinsamen Gespräch gehört und einer Änderung zugeführt werden können. Somit können individuelle Belastungen vermindert und „Burn-out“-Erscheinungen vorgebeugt werden. Als ein weiterer Effekt von klinischen Ethik-Komitees kann die Sensibilisierung und Bildung aller Mitarbeiter für die ethische Dimension verschiedenster medizinischer, pflegerischer, ökonomischer und institutioneller Aspekte im Krankenhaus gesehen werden. Der Einübung in ethisches Argumentieren kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Hieraus folgt,

daß klinische Ethik-Komitees kein Gefälle zwischen belehrendem Komitee und zu belehrenden Mitarbeitern erzeugen wollen und dürfen, sondern daß es um gemeinsames Lernen geht. Dies kann durch die transparente Beteiligung aller Kräfte an der Entscheidungsfindung gelingen und wird zugleich eine Isolation des Komitees im Krankenhaus verhindern.

Die klinischen Ethik-Komitees bieten schließlich die Möglichkeit, in ihren interdisziplinären Erörterungen von Konfliktfällen exemplarisch die so wichtige Kommunikation mit den Patienten sowie in und zwischen den Berufsgruppen über gemeinsame Handlungsziele im Krankenhaus einzuüben. Hinzu kommen die Auswirkungen der Beratung und der Voten für die Sensibilisierung aller.

#### 2.2.6 Zur Einführung von klinischen Ethik-Komitees

Wenn das Klinische Ethik-Komitee kein Fremdkörper im Krankenhaus sein soll, muß der Träger seine Einführung bestens vorbereiten. So können zum Beispiel konkrete ethische Fragen, die bei den Mitarbeitern Verwirrung ausgelöst haben, ein möglicher Anlaß zur Einführung eines Komitees sein. Die konkret motivierte Einführung darf aber keinesfalls den Charakter einer nachträglichen oder vorsorglichen Sanktion für geleistete oder befürchtete ethische Fehler haben. Eine solche Einführung wäre kontraproduktiv und würde darüber hinaus das Ethik-Komitee ins Licht einer Ordnungsinstanz setzen.

Die Leitbildentwicklung und Verabschiedung kann ein guter Anlaß sein, klinische Ethik-Komitees einzuführen und dadurch die Ethik im Krankenhaus selber zu fördern. Dieser prinzipielle Anlaß hat im Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft ohne Zweifel den Vorteil, daß die Einführung von Komitees dem Bedürfnis eines christlichen Menschenbildes entspricht. Nur wenn deutlich ist, daß hier kein ethisches Lehramt eingeführt wird, sondern ein Forum der Normfindung bei konkret-ethischen Problemen, wird sich die nötige Akzeptanz und Vernetzung im Krankenhaus einstellen.