

Ethik- Komitee im Kranken- haus



**Erfahrungsberichte
zur Einrichtung von Klinischen
Ethik-Komitees**

Ethik-Komitee im Krankenhaus

Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees

Herausgeber:
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.
Glockenstraße 8, 14163 Berlin

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

Verantwortlich: Thomas Vortkamp, Pastor Wolfgang Helbig

Herstellung: Druckerei Rebholz GmbH
Tennenbacher Straße 9, 79106 Freiburg

August 1999

INHALT

	Seite
Vorwort	5
Werner Lauer: Drei Thesen zur Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees im Krankenhaus	7
Wolfgang Helbig: „Ethik-Komitee im Krankenhaus“ – eine Initiative der beiden christlichen Krankenhausverbände	10
Erny Gillen: Frag nur – ethische Reflexionen zu den Fragestellungen im Klinischen Ethik-Komitee	15
Ursula Geißner: Verständigung suchen – Fragen der Kommunikation im Klinischen Ethik-Komitee	29
Christian Berndt: Klinische Ethik-Komitees als Aufgabe und Chance konfessioneller Krankenhäuser	36
Thomas Passauer: Erfahrungen aus dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin	42
Alfred Simon: Erfahrungen aus dem Katholischen Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen	45
Gabriele Greeven: Erfahrungen aus dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied und dem St. Josef-Krankenhaus in Bendorf	48
Autorenverzeichnis	52

Vorwort

Im März 1997 haben der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. die Broschüre „Ethik-Komitee im Krankenhaus“ herausgegeben, die dazu einlädt, Klinische Ethik-Komitees an den einzelnen Krankenhäusern einzurichten.

Die Aufgabe Klinischer Ethik-Komitees, die sich von den Ethik-Kommissionen in der medizinischen Forschung unterscheiden, besteht darin, betroffenen Menschen für die Beratung in klinischen Alltagssituationen zur Verfügung zu stehen. Jeder Entscheidungsträger kann sein ethisches Problem vorbringen, um sich für seine eigene Entscheidung eine Gewichtung der Argumente und Gegenargumente in Form eines Votums als Orientierungshilfe einzuholen. Die Befolgung der Voten ist freiwillig und nicht verpflichtend. Voten des Ethik-Komitees können das Urteil des Entscheidungsträgers erhellen, aber nicht ersetzen.

Die Beiträge in diesem Heft beleuchten und vertiefen die Idee des Klinischen Ethik-Komitees aus theoretischer wie praktischer Perspektive: Werner Lauer und Wolfgang Helbig berichten über die Beweggründe, die die beiden christlichen Krankenhausverbände zu ihrer Initiative motiviert haben; Erny Gillen geht der Frage nach, welche Fragestellungen wie in einem Klinischen Ethik-Komitee besprochen werden sollten; Ursula Geißner beschreibt unterschiedliche Formen der Kommunikation in einem Krankenhaus und zeigt auf, welchen Beitrag ein Ethik-Komitee zu deren Verbesserung leisten kann, und Christian Berndt untersucht, ob Klinische Ethik-Komitees eine spezifische Aufgabe – aber auch Chance – konfessioneller Krankenhäuser darstellen. Erfahrungsberichte von Thomas Passauer (Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin), Alfred Simon (Krankenhaus Neu-Mariahilf, Göttingen) und Gabriele Greeven (St. Elisabeth-Krankenhaus, Neuwied) schließlich zeigen unterschiedliche Wege auf, wie die Idee in die Praxis umgesetzt werden kann.

Besonderer Dank gilt Erny Gillen und Alfred Simon für die Zusammenstellung des Themenheftes sowie den Autorinnen und Autoren sowie den beiden christlichen Krankenhausverbänden, die diese Publikation möglich gemacht haben. Überzeugt davon, daß das Klinische Ethik-Komitee seinen spezifischen Beitrag zur Kultur eines Krankenhauses leisten kann, wollen wir mit diesem Heft all jenen, die die Einrichtung eines Klinischen Ethik-Komitees an ihrem Haus überlegen, Mut machen, den ersten Schritt zu tun.

Drei Thesen zur Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees im Krankenhaus

1. In den fast 25 Jahren meiner Dienstzeit als Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands haben uns Politiker jeder Couleur sowie Vertreter der Krankenkassen mit einer sogenannten Kostendämpfungspolitik beschäftigt. Die Krankenkassen wollten oder konnten nicht bezahlen, was die Krankenhausträger als ihre Selbstkosten einforderten. Die Politiker wollten die Beiträge der Versicherten nicht erhöhen, um die Lohnnebenkosten nicht noch mehr zu belasten und dadurch die Arbeitslosigkeit zu fördern. 45 Prozent der Selbstkosten eines Krankenhauses werden aber im Durchschnitt für den medizinischen Bedarf ausgegeben. Was an Diagnose und Therapie in einem Krankenhaus geschieht, entzieht sich aber weitgehend der Kontrolle des Trägers. Wir waren uns einig, die Therapiefreiheit des Arztes nicht anzutasten, wir hatten aber auch Zweifel, ob all das, was angeordnet und untersucht wurde, wirklich notwendig wäre und dem Patienten nütze. Hier erlebte ich eine dauernde Spannung zwischen den Interessen des Trägers, sein Haus solide zu finanzieren, und dem Anliegen der Ärzte, unseren gemeinsamen Patienten all das zukommen zu lassen, was für sie notwendig war und den derzeitigen Standards entsprach. Ich erfuhr von schädlichen Nebenwirkungen einer Maximalmedizin, die nicht mehr weiß, wo sie aufhören soll, und erlebte immer mehr eine Überspezialisierung von Fächern, deren Vertreter nicht mehr miteinander reden wollten oder konnten. Ich habe mich mit Ärzten unterhalten, mich in der Literatur umgesehen und gelernt, daß es für komplizierte Probleme keine monokausalen Lösungen gibt. Sehr beeindruckt haben mich Prof. Anschütz und sein Buch „Ärztliches Handeln“. Ein paar Sätze weiß ich inzwischen auswendig, so oft habe ich sie zitiert: „... Der Entscheidung für eine bestimmte Diagnostik und Therapie muß die Indikation voraus gehen. Immer wieder muß die Frage gestellt werden, ob diese oder jene Maßnahme in jenem individuellen Fall wirklich angezeigt ist. Dient sie dem Patienten? Erleichtert sie sein Schicksal jetzt oder später?“¹ Unser Verband hat sich auf dem 17. Hospital Congress 1992 in Hannover dieser Frage gestellt. Das Referat von Prof. Gillen unter dem provokativen Titel „Der Verzicht auf Diagnose und Therapie, Bestandteil einer guten und humanen Medizin?“² hat die Fragestellungen neu gewichtet. Mir wurde deutlich, daß die Existenz von schwarz und weiß die Farbe grau nicht negieren kann, mir wurde aber auch bewußt, daß ein Teil der Ärzte für solche Fragen wenig Sensus hatte, weil sie

¹ ANSCHÜTZ F., Ärztliches Handeln, Darmstadt 1998.

² GILLEN, E., Der Verzicht auf Diagnose und Therapie, Bestandteil einer guten und humanen Medizin? Freiburg 1992.

fasziniert waren von dem, was möglich wäre und ihr wissenschaftlicher Ethos, zu versuchen und auszuprobieren, größer schien, als über die Prognose eines Patienten nachzuzübeln und schwere Entscheidungen nach langem Gespräch mit Patienten und seinen Angehörigen zu fällen.

Meine erste These: Kirchliche Krankenhäuser brauchen ein Forum, um mit ihren Mitarbeitern/-innen darüber nachzudenken, was medizinisch sinnvoll, durch die Solidargemeinschaft finanzierbar und in ihrem Haus dem Heilwerden ihrer Patienten dienlich ist.

2. Gesellschaftspolitisch wurden in meinen Dienstjahren viele Fragen diskutiert, die um Anfang und Ende des Lebens kreisten, Wertentscheidungen forderten und für kirchliche Träger nach einer Antwort aus dem Glauben suchten: Euthanasie, Transplantation, AIDS, In-vitro-Fertilisation, Hirntod, Sterbebegleitung u.a. Peter Singer machte von sich reden, der in seiner utilitaristischen Ethik sich nur an den brauchbaren Eigenschaften des Menschen wie Rationalität, Selbstbewußtsein und Autonomie orientierte. In Foren und Gremien wurde darüber diskutiert, in Fachzeitschriften publiziert, aber damit waren Lösungsversuche noch nicht in den Köpfen der verantwortlichen Mitarbeiter und dienstbar für die Einzelentscheidungen des Arztes am Bett des Patienten in einem unserer Krankenhäuser. Mir schien auch wichtig, Mitarbeiter/-innen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, aus der Verwaltung, die für die Finanzierung des Unternehmens verantwortlich waren, an diesen Diskussionen teilnehmen zu lassen, für die Probleme aufzuschließen und sie bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und ihren Begründungen aktiv zu beteiligen. Ich berufe mich noch einmal auf Prof. Anschütz, der beim 91. Internistischen Kongreß in Wiesbaden nur zu Ärzten spricht, aber andere Berufsgruppen mitgemeint haben könnte: „... wir sind keine Techniker, wir sind keine Erkenntnistheoretiker, wir sind eine handelnde Berufsgruppe für dieses komplizierte Gebilde Mensch, welches aus Biochemie, aber auch aus Seele besteht ...“³.

Meine zweite These: Kirchliche Krankenhäuser brauchen ein Forum, in dem existentielle Fragen, die Sinnfindung und Glauben betreffen, am Einzelbeispiel eines Patienten beraten und überprüft werden, und das somit für das letztverantwortliche Handeln des Arztes eine Entscheidungshilfe bieten kann. Es soll ein Lernweg gefunden werden, der auf Seiten des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin Bereitschaft weckt und auf Seiten der Institution Unterstützung leistet.

Bestärkt wurde ich durch Ärzte und Ärztinnen, die sich von ihrem kirchlichen Träger in ihren schwierigen Entscheidungen allein gelassen fühlten. Ihren

³ zitiert nach einer Pressemeldung der FAZ.

Kollegen, die auch Konkurrenten waren, wollten sie sich nicht offenbaren. Der Krankenhauseelsorger wollte oder konnte in der Regel kein verantwortlicher Gesprächspartner sein.

3. Ein kirchliches Krankenhaus will eine Alternative zu anderen guten Krankenhäusern sein, das sich an den Maßstäben des Evangeliums orientiert und sich vom Geist Jesu leiten und etwas ahnen läßt. Welcher Geist in einem kirchlichen Krankenhaus herrscht, können Patienten und Angehörige spüren und erfahren. Ich hatte und habe große Bedenken gegen Zielsetzungen, die ihre Absichten unter dem Namen „Gesundheitszentrum“ bündeln. Ein Gesundheitszentrum suggeriert eine Zielvorstellung, die nicht eingelöst werden kann und gefährdet den Zugang von Patienten, deren Prognosen keine Gesundheit im Sinne der WHO und der medizinischen Macher erwarten lassen. Für mich ist ein kirchliches Krankenhaus ein Haus für Kranke und – wie es Weihbischof Voß beim 2. Katholischen Krankenhaus Kongreß in Erfurt formuliert hat – „... mehr als ein Dach über dem Kopf. Zu Hause kann der Mensch nur dort sein, wo er sich in seiner Individualität angenommen erfährt, wo man ihn erwartet. Zu Hause ist er dort, wo er als Subjekt angenommen und nicht als Objekt behandelt wird“⁴.

Meine dritte These: Kirchliche Krankenhäuser brauchen ein Forum, in dem „Patientenorientierung als genuin karitatives Handlungsprinzip“⁵ immer neu überprüft und am Evangelium gemessen wird. Wir brauchen ein zielorientiertes Gespräch zwischen Patient und Arzt, aber auch das einer Gruppe (mit Nichtärzten), in dem der Arzt seine Interventionen legitimieren und am Leitbild des Hauses messen kann. Aus vielen Einzelentscheidungen wächst eine Ethik, die immer mehr das Milieu prägt und ohne große Worte nach außen durchsichtig wird. Der Patient weiß sich in einem solchen Haus für Kranke geborgen und sicher. Arzt und Pflege gewinnen Sicherheit im Handeln und werden nicht in Medizintechnik und Routine abrutschen.

⁴ VOSS, J., Das Haus ist nicht nur ein Dach über dem Kopf, in: Ein Haus für Kranke, der Patient ein Gast, Dokumentation des 2. Katholischen Krankenhauskongresses, Freiburg 1997, S. 5.

⁵ HELLER, A, Wie werden konfessionelle Krankenhäuser intelligenter Organisationsformen, in: Ein Haus für Kranke, der Patient ein Gast, Dokumentation des 2. Katholischen Krankenhauskongresses, Freiburg 1997, S. 15.

„Ethik-Komitee im Krankenhaus“ – eine Initiative der beiden christlichen Krankenhausverbände

Seit vielen Jahren kooperieren der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands eng miteinander. Was sich an tragfähiger Gemeinsamkeit besonders in der kritisch-konstruktiven Auseinandersetzung mit den laufenden Gesetzgebungsverfahren bewährt hatte, sollte nun, in der allgemeinen Entwicklung zu immer mehr Zentralisierung und Rationalisierung, Impulse für das „spezifisch Religiöse“ unserer Arbeit setzen. Mit diesem Ausdruck nimmt das Bundesverfassungsgericht bei der Verteidigung unveräußerlicher Freiheitsrechte im Prozeß von Gesetzgebung und Gesetzesanwendung Bezug auf unverwechselbare Leitvorstellungen der konfessionellen Krankenhäuser. Es tut dies unter ausdrücklichem Rückgriff auf grundlegende Äußerungen der Kirchen. Hierzu gehört in erster Linie das Urbild des heilenden Handelns Jesu. Dieses prägt das christliche Menschenbild. Es bestimmt unser Verständnis vom helfenden wie vom hilfebedürftigen Mitmenschen. Wesentlich ist darin, daß die Hoffnung auf Heilung nicht von der Sehnsucht nach Heil getrennt wird. Deshalb läßt sich unsere Sorge um die Kranken nicht auf zweckrationale, medizintechnische, gewissermaßen wertfreie Aspekte reduzieren. Unser Handeln geschieht in Verantwortung für den Patienten und damit zugleich in Verantwortung vor Gott. Aus solchen Überlegungen erwuchs das Projekt „Ethik-Komitee im Krankenhaus“.

Ein 1995 begonnener Konsultationsprozeß, dessen Entstehung und Hintergründe Werner Lauer beschrieben hat, führte zur Entwicklung eines Textes, der 1997 von den beiden Verbänden verabschiedet und im Mai des selben Jahres herausgegeben wurde. Ein erster Teil enthält die theologische Grundlegung, ein zweiter praktische Hinweise für die Bildung von Klinischen Ethik-Komitees in Krankenhäusern.

Einem breiten Publikum ist anschaulich vor Augen, wie die Medizin sich in den letzten Jahrzehnten, ja schon seit dem vergangenen Jahrhundert, entwickelt hat. Antisepsis, Anästhesie, bildgebende Verfahren, Antibiotika, die Chirurgie bis zu den mikroinvasiven Operationsmethoden – all das hat unser Leben revolutioniert, erleichtert, verlängert, oft genug für den einzelnen gerettet. Das Krankenhaus ist dafür der entscheidende Schauplatz.

Weniger deutlich gesehen wird in der Öffentlichkeit der gewaltige Fortschritt der Pflege, der Ökonomie, ja auch der Seelsorge, wie er sich in der Sorge um die Kranken auswirkt.

Unser aller Erwartungen und Hoffnung wachsen aber weiter. Wünsche und Forderungen nehmen zu. Der politische Druck wird höher und die Ansprüche wachsen ebenso.

Zugleich melden sich auch kritische Fragen: Darf die Medizin, was sie kann? Ist das Mögliche noch bezahlbar? Gibt es in der ständigen Entwicklung wirklich einen klaren Humanitätsfortschritt? Wird ärztliches und pflegerisches Tun nicht technisch dominiert und geradezu der Ausrichtung auf das Patientenwohl entfremdet?

Unser gesamtes Handeln wird im Krankenhaus ebenso hochgeschätzt wie es gleichzeitig zunehmend hinterfragt wird: Ist es immer richtig und vertretbar? Solche Fragen erwachsen aus der Situation der Patienten, aus der Begleitung durch die Angehörigen, aus der Sicht der Öffentlichkeit, aber auch aus der Betroffenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Denn hier, wo der Kranke „stationär“ wird, kann seine Behandlung, Pflege und Begleitung als eine entscheidende Station des Lebens empfunden werden – eher noch als in der Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten.

Nun arbeiten in einem Krankenhaus möglicherweise Menschen aus 50 oder 100 Berufen für den Patienten. Von den meisten wird der Kranke nie jemanden sehen; sie sind im Labor, in der Apotheke, der Küche oder Verwaltung, in den Wirtschafts- und Sozialdiensten sowie an vielen Stellen sonst tätig. Aber ohne den Beitrag einer und eines jeden würde der komplexe Organismus seine Leistungen nicht erbringen können.

Wenn es auch eine nach unserem Recht unstrittige Gegebenheit ist, daß der Arzt die Entscheidung für das medizinische Handeln mit und am Patienten trifft, so greifen doch die Tätigkeiten der vielen Berufe im therapeutischen Team (und im Krankenhaus darüber hinaus) ineinander.

Oft ist gewünscht worden, die am Patienten Handelnden möchten sich untereinander und vor allem mit dem Arzt regelmäßig austauschen und damit den Bedürfnissen der Kranken, aber auch ihrer jeweiligen Berufe besser gerecht werden. Auch sollte auf diese Weise versucht werden, die „Versäulung“, also das berufsständische Nebeneinander von Medizin, Pflege usw., zu überwinden. Anderthalb Jahre vor einer entsprechenden Anregung der Bundesärztekammer wollten die beiden christlichen Krankenhausverbände Deutschland, der katholische wie der evangelische, dazu einen spezifischen Beitrag leisten. Sie veröffentlichten die Schrift „Ethik-Komitee im Krankenhaus“. Als Ziel des Vorhabens schwebte uns vor, „die Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen beziehungsweise von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen unter Beteiligung von verschiedenen Berufsgruppen“ anzuregen.¹

¹ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg 1997, S. 16.

Im Vorwort heißt es: „Wir möchten mit unserer Initiative das gelebte Ethos sowohl der Ärzte als auch der Pflegenden wie der christlichen Träger unterstützend aufgreifen ...“.²

Darin drückt sich gleich zu Anfang ein entscheidender Gedanke aus: Wir setzen – in aller Säkularisierung, die ein Kennzeichen unserer Zeit ist – dabei ein, daß wir geprägt sind von unserer christlichen Tradition der Nächstenliebe, davon also, daß unsere ethischen Grundüberzeugungen nicht bloßes Wissen darstellen, sondern vielmehr Einsicht, Bewußtsein eines inneren Seins im Menschen. Es geht uns um die aus dem christlichen Glauben stammende Lebenserfahrung, die sich als Einstellung des ganzen Menschen zu sich selbst und zu anderen zeigt. Es geht um die Kraft jener Caritas, die sich in diakonischer Gesinnung und Tat äußert. Sie ist es, die wir im Krankenhausalltag „unterstützend aufgreifen“ wollen. Deshalb sprechen wir auch davon, sie „strukturell als Element der Krankenhausleitung [zu] institutionalisieren“, sie als Teil unseres christlichen Leitbildes zu verdeutlichen.³

Ein kirchliches Krankenhaus, das die Fragen nach der ethischen Vertretbarkeit seines Handelns am Patienten nicht zuläßt und erörtert, kann jedenfalls nicht in Anspruch nehmen, eine „profilierter, eigenständige, wertgebundene Arbeit“ im Sinne seines Auftrages aus dem Evangelium zu leisten. Vielmehr kann es nur auf diesem Wege der Wahrnehmung ethischer Verantwortung einen ausreichenden Beitrag zu seiner christlichen Identität erbringen.

Was ist also für uns vertretbar? In den Ethik-Komitees sollen die Berufsgruppen ausgewogen vertreten sein. Die Mitglieder kommen insbesondere aus dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich, dem Verwaltungsbereich und dem Sozialdienst. Was tun wir, um die konsensusorientierte Kooperation zu ermöglichen, zu fördern, zu vertiefen? „Die Klinischen Ethik-Komitees bieten ... 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“.⁴ Das Ernstnehmen der ethischen Dimension unseres Auftrages und seiner Erfüllung erhellt die Kriterien für unser Handeln und seine Standards. Darum haben wir in der von den kirchlichen Krankenhausverbänden initiierten Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert den Klinischen Ethik-Komitees auch einen hohen Stellenwert bei der Erhebung der Qualität eines christlichen Krankenhauses zugemessen.

² Ebd., S. 5.

³ Ebd., S. 5.

⁴ Kirchenamt der EKD (Hrsg.), Herz und Mund und Tat und Leben: Grundlagen, Aufgaben und Zukunftsperspektiven der Diakonie, Gütersloh 1998, S. 34.

⁵ Ethik-Komitee im Krankenhaus, S. 21.

Unser Arbeitsfeld stellt einen Bereich dar, der heute in besonderer Weise die Präsenz der Kirche erfordert. „Von dem Erfahrungsbereich Krankheit, Sterben und Tod ist heute das Leben der ‚Gesunden‘ weitgehend abgeschirmt. (Auch Klinikseelsorger erfahren das Krankenhaus als ‚Sonderwelt‘ durch die massierten Leiden und Nöte.) ... Den Kirchengemeinden ist ferngerückt, wie Krankheit, Schwangerschaftskomplikationen und Geburt, Heilung, Sterben und Tod erlebt werden ... Durch die arbeitsteilige Struktur der Gesellschaft sind damit Lebenszusammenhänge, die nach christlichem Verständnis von Menschsein und Leben eine Einheit bilden, auseinandergerissen.“⁶

Es überrascht darum nicht, wenn beide großen Kirchen der Einrichtung von Ethik-Komitees besondere Bedeutung beimessen. In der evangelischen Denkschrift zu Grundlagen, Aufgaben und Zukunftsperspektiven der Diakonie mit dem Titel „Herz und Mund und Tat und Leben“ heißt es: „Die guten Erfahrungen mit Ethik-Komitees bieten christlichen Krankenhäusern die Chance für profilierte, eigenständige, wertgebundene Arbeit. Diese Komitees haben das Ziel, das Anliegen einer tieferen und expliziten Integration der Ethik in den Alltag des Krankenhauses für alle Beteiligten sichtbar, spürbar und sinnvoll mitvollziehbar werden zu lassen“.⁷ Gerade in der Seelsorge geht der Blick dabei über die im Krankenhaus tätigen, professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinaus in die Gemeinden und zu den Ehrenamtlichen. Ebenso spricht die pastorale Handreichung der katholischen Deutschen Bischofskonferenz vom 20.4.1998 „Die Seelsorge der Kirche um die Kranken“ von Ethik-Komitees als einem Instrument zur Erreichung einer „guten Zusammenarbeit“.⁸

Aus alledem ergibt sich, daß die Klinischen Ethik-Komitees einen wesentlichen „Beitrag zur Kultur eines Krankenhauses“⁹ leisten wollen, ganz im Sinne des Auftrages, „dem Christen sich verpflichtet wissen: Kranke zu begleiten, zu pflegen und zu behandeln aus dem Geist des Evangeliums“.¹⁰ Hervorgehoben werden muß in diesem Kontext eine Aussage der schon zitierten EKD-Denkschrift: „Mit diesen Ethik-Komitees wird nach innen und außen dokumentiert, daß Diakonie ethisch qualifizierbare Dienstleistungen erbringt und von ihrem Grundanliegen her sich jeder Art der Reduktion und Bevormundung widersetzt. Jede Handlung und Behandlung muß sich in

⁶ SCHARFFENROTH, G., Krankenhausseelsorge in der Spannung zwischen Distanz und Nähe zum Krankenhausgeschehen. Zur Bedeutung dieses Dienstes im Leben der Kirche, in: Götzmann, A., et al. (Hrsg.), Diakonie der Versöhnung. Festschrift für Theodor Strohm, Stuttgart 1998, S. 383f.

⁷ Herz und Mund und Tat und Leben, S. 34

⁸ Die deutschen Bischöfe: Die Sorge der Kirche um die Kranken, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (20. April 1998), S. 35.

⁹ Ethik-Komitee im Krankenhaus, S. 20.

¹⁰ Ebd., S. 5.

diesem Sinne hinterfragen lassen, ob und wieweit sie wirklich den Interessen des Kranken dient“.¹¹

Gerade das letzere tun die Ethik-Komitees, indem sie die Chance bieten, „in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffenen Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten“.¹²

Zugleich geschieht damit Unverzichtbares für jede und jeden einzelnen: Ein *Sensibilisieren* wird möglich, in dem gelernt werden kann, welche ethisch-moralischen Probleme in der Praxis entstehen. Daraus erwächst ein *Motivieren*. Es zeigt sich in der Entwicklung einer Bereitschaft, Handlungsprobleme des Alltages selbständig auf ethische Aspekte zu untersuchen und die eigene Grundhaltung zu reflektieren. *Orientieren* kann man den daraus folgenden Vorgang nennen, in dem eine Pluralität von Auffassungen im Blick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten untersucht wird. Als ein *Argumentieren* bezeichnen wir das differenzierte Beurteilen und Darstellen, mit dem Menschen lernen, eine aus eigener Sicht angemessene Lösung des Problems zu entwickeln, detailliert zu begründen und im Diskurs zu vertreten. Entscheiden heißt, im Arbeitsbereich des Krankenhauses zu lernen, Notwendigkeiten und Möglichkeiten für eigene Entscheidungen zu erkennen sowie bereits gefällte oder vorgefundene Entscheidungen kritisch zu reflektieren. *Entlasten* wird die „Zusage, daß Gewissensnöte oder das Leiden an nicht annehmbar erscheinenden Strukturen und Situationen im gemeinsamen Gespräch gehört und einer Änderung zugeführt werden können“.¹³

Es ist den Ethik-Komitees deshalb zu wünschen, daß sie immer weiter und selbstverständlicher Eingang in unsere Krankenhäuser finden.

¹¹ Herz und Mund und Tat und Leben, S. 34.

¹² Ethik-Komitee im Krankenhaus, S. 20.

¹³ Ebd.

Erny Gillen

Frag nur – ethische Reflexionen zu den Fragestellungen im Klinischen Ethik-Komitee

1. Ausgangspunkt und Wegbeschreibung

Die Beweggründe, Klinische Ethik-Komitees an Krankenhäusern einzuführen, brauchen hier nicht wiederholt zu werden, da sie in anderen Beiträgen dieses Heftes genügend zur Sprache kommen.¹ In den die Einführung von konkreten Klinischen Ethik-Komitees begleitenden Gesprächen wurde u.a. des öfteren die Frage nach dem genauen Gegenstand der Besprechungen im Ethik-Komitee gestellt. Dies zeigt, dass es diesbezüglich Unsicherheiten bzw. verschiedene Deutungen gibt, die im Folgenden zu untersuchen sind.² Ich werde der Frage nachgehen, *welche* Fragestellungen *wie* in dem – vom evangelischen und katholischen Krankenhausverband empfohlenen – Klinischen Ethik-Komitee besprochen werden können.³

Es geht also darum, ein bestimmtes Setting pluridisziplinärer ethischer Gespräche unter die Lupe zu nehmen. Die Vorgabe lautet: Das Klinische Ethik-Komitee soll ein Votum zuhanden einer direkt betroffenen Antragstellerin⁴ formulieren, damit diese, angesichts verschiedener medizinisch-fachlich bzw. pflegerisch-fachlich vertretbarer Alternativen und auf dem Hintergrund einer über ihre persönliche Subjektivität hinausreichenden pluralistischen und pluridisziplinären Meinungsbildung, zu ihrer eigenen und bewussten (Gewissens-)Entscheidung kommt. Mit dieser engen Beschreibung des Feldes von Klinischen Ethik-Komitees wird deren Gegenstand bewusst auf *normative Krisensituationen* eingeschränkt. Damit wird ebenfalls deutlich, dass vielen anderen ethischen Fragen im Krankenhaus nicht mit der Institution eines Klinischen Ethik-Komitees beizukommen ist. Das hier gemeinte Komitee hat seinen eigenen Charakter und beansprucht nicht, eine Lösung für die vielen denkbaren ethischen Fragen und Krisensituationen im

¹ Siehe vor allem die Beiträge von Werner Lauer und Wolfgang Helbig, sowie die Erfahrungsberichte von Thomas Passauer (Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin), Alfred Simon (Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen) und Gabriele Greeven (St. Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied und St. Josefs-Krankenhaus in Bendorf).

² Vgl. hierzu: ILLHARD, F. J., SCHUTH, W., WOLF, R., Ethik-Beratung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 44 (1998) 3: 184-199.

³ Das Setting für die vom evangelischen und katholischen Krankenhausverband Deutschlands gemeinsam empfohlenen Klinischen Ethik-Komitees wird im folgenden als Arbeitshypothese bzw. -rahmen vorausgesetzt. Siehe: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg 1997; im folgenden „Empfehlung KKVD/EKVD“ genannt.

⁴ Bei der weiblichen Form ist immer auch die männliche mitgemeint.

Krankenhauswesen zu liefern. Die hier besprochene Empfehlung der beiden christlichen Krankenhausverbände unterscheidet zwei verschiedene Fälle, in denen das Komitee tätig ist: die Bearbeitung einzelner *konkreter ethischer Dilemmas* sowie die exemplarische Bearbeitung allgemein auftretender ethischer Alternativen im Behandlungsvorgang (wie beispielsweise der Umgang mit hirntoten Patientinnen, die zur Explantation freigegeben sind, oder mit sog. Frühchen ab einem bestimmten Gewicht in der Neonatologie). Im zweiten Fall wird das Votum des Komitees dem Krankenhausträger als Antragsteller übermittelt.⁵ Dabei wird das Votum in allen Fällen so verstanden, daß es die Antragsteller, seien diese nun eine behandelnde Ärztin oder die behandelte Patientin bzw. der Krankenhausträger, frei lässt, dem Votum zu folgen oder auch nicht.

Dieser bewusst klar abgegrenzte Schauplatz bestimmt das Reflexionsfeld des hier zu besprechenden Klinischen Ethik-Komitees und konzentriert sich auf konkrete normative ethische Fragen. Was damit gemeint ist, gilt es nun systematisch zu erörtern.

Vor dem Hintergrund der spezifischen Aufgabe eines Klinischen Ethik-Komitees wird die Bedeutung des gewählten Ansatzes anhand des Phänomens der (moralischen) Frage untersucht (Kapitel 2). Dabei werde ich zuerst die Bedeutung der Frage für die Ethik im allgemeinen behandeln, um dann aufzuzeigen, daß die Klärung der Fragestellung im Ethik-Komitee einen ersten, nicht zu überspringenden Tagesordnungspunkt darstellt (Kapitel 3). Anschließend bespreche ich die Elemente und ihre Argumentationszusammenhänge, die zur Formulierung von Antworten nötig sind (Kapitel 4). Welche Antwort dann schließlich von der Antragstellerin zurückbehalten und umgesetzt wird, ist nicht einfach das „errechnete“ Resultat rein rationalen Argumentierens, sondern eine persönliche, normative (Gewissens-)Entscheidung (Kapitel 5).

2. Fragen (an-)erkennen

Die moralische⁶ Frage bricht dort auf, wo gefragt wird: „Was soll ich bzw. was sollen wir tun?“ Wenn also eine Frage an das Ethik-Komitee herangetragen wird, gilt es zuerst einmal, diese zu erkennen und anzuerkennen, bevor vor-schnelle Antworten formuliert werden. Sich bei der Frage selber aufzuhalten, stellt bereits ein wichtiges Stück ethischer Arbeit dar. Denn in der Tat: Fragen öffnen den Horizont.

⁵ Dieser Fall wird im folgenden Beitrag nicht berücksichtigt.

⁶ Der hier im Text berücksichtigte Unterschied zwischen Ethik und Moral, zwischen ethisch und moralisch, macht deutlich, daß der Begriff „Moral“ dort verwendet wird, wo die ureigene sittliche Überzeugung und Einstellung einer bestimmten Person (oder Gruppe) gemeint ist, während „Ethik“ die wissenschaftliche Reflexion einer vorhandenen Moral meint.

Während Antworten und Aussagen den Horizont, in dem Menschen leben, ordnen, gestalten und bestimmen, liegt es in der Natur der Frage, diesen jeweils neu auf das Nächste und Zukünftige hin zu öffnen. Echte Fragen übersteigen das aktuelle Wissen des Fragestellers und führen diesen hinaus in die Welt neuen Wissens und neuer Erkenntnisse. Fragen bringen Bewegung in das eigene Wissensgebilde und öffnen dieses für neue Einsichten.

Fragen rufen Antworten hervor. Fragen können in der Regel verschieden beantwortet werden, und jede gegebene Antwort kann selber noch einmal hinterfragt werden. Die Frage hebt alte Antworten auf und bringt neue hervor. Im Prozess der (Wissens-)Veränderung kommt der Frage die Rolle eines Katalysators zu. Sie löst den Prozess aus und führt in einen neuen Zustand (des Wissens). Jeder (Wissens-)Zustand kann seinerseits wiederum durch eine neue Frage umgewälzt werden.

Der Modus der Frage setzt bei schon Gewusstem an, um zu noch nicht (so) Gewusstem weiterzuschreiten. Damit verbindet die Frage sozusagen Vergangenheit und Zukunft. Sie hält die Aktualität zwischen Vergangenheit und Zukunft in Bewegung. Wenn auch jedes einzelne Wissens- und Überzeugungselement für sich in Frage gestellt werden kann, so können dennoch nicht gleichzeitig alle Elemente in Frage gestellt werden. Wer gleichzeitig alles in Frage stellt, entzieht damit allen denkbaren Antworten den Boden.⁷

Mehr als Antworten sind es Fragen, die Menschen miteinander verbinden. Das Klinische Ethik-Komitee zeigt dies besonders deutlich – zumindest dort, wo es aus direktem Interesse an der ethischen Frage gegründet wurde. So wie eine Frage verschiedene Antworten hervorbringen kann, können verschiedene Antworten auf eine und dieselbe Frage zurückgeführt werden. Wird also in der Verschiedenheit der Antworten ein und dieselbe Fragestellung erkannt, so kann über diese gemeinsame Frage ein neues Verständnis für Gemeinsamkeiten gefunden werden. Dort, wo Fragen und Antworten als Teil eines ständigen Prozesses der (Wissens-)Veränderung erkannt werden, sind gegenseitiges Verstehen und zwischenmenschliche Toleranz leichter zu begründen.

Was ganz allgemein für die „Fragen des Menschen“ gilt, trifft auch für die moralische Frage zu. Diese lautet in ihrer einfachsten Formulierung: „Was soll(en) ich/wir tun?“. Mit dieser Frage wird der Horizont moralischen Handelns und moralischer Überzeugungen auf die Zukunft hin geöffnet. Das Feld in dem die moralische Frage „Was soll(en) ich/wir tun?“ überhaupt erst ihren Sinn findet, ist das Feld der gelebten Moral. Die gelebte und sozialisierte Moral gestaltet den Horizont des sittlichen Lebens der Menschen. Sie

⁷ Vgl. WITTGENSTEIN, L., *Tractatus logico-philosophicus*. Logisch-philosophische Abhandlung, Frankfurt/Main 1998.

ist Ausgangs- und Angelpunkt für die Weiterentwicklung der eigenen Moral. Die gelebte Moral der Menschen versteht sich zumeist als fraglose Antwort auf die moralische Frage „Was soll(en) ich/wir tun?“. Sie gestaltet und ordnet den Horizont moralischen Erlebens. Als fraglose Antwort erfasst sie die Wirklichkeit des Handelns, indem sie zwischen moralisch richtigem und moralisch falschem Handeln unterscheidet. Die Einstellung beziehungsweise Absicht, die zu einem bestimmten Handeln motiviert hat, wird ihrerseits mit den Adjektiven gut oder böse (schlecht) unterschieden. Damit bietet die moralische Lesart der Wirklichkeit – mindestens in ihren Eckwerten – eine orientierende Einteilung des Handelns und der Einstellung zwischen „richtig“ und „falsch“ beziehungsweise zwischen „gut“ und „böse“ an.

In einer Welt, in der alle handelnden Personen die moralische Frage „Was soll(en) ich/wir tun?“ mehr oder weniger gleich beantworten, verliert diese ihre Spitze. Sie wird höchstens zum Anlass genommen, die schon bekannten und anerkannten Antworten zu wiederholen. Dort, wo die gegebenen Antworten hingegen nicht mehr überzeugen, gewinnt die Frage ihre eigentliche Bedeutung und öffnet auf dem Hintergrund gelebter moralischer Überzeugungen den Horizont für eine neue Moral.

Die Anlässe, bei denen die moralische Frage in ihrer ganzen Bedeutung zum Tragen kommt, können sehr unterschiedlicher Art sein. Wenn zum Beispiel ein Handelnder in seinen verschiedenen Lebenswelten (Familie, Schule, Arbeit, ...) unterschiedliche moralische Antworten auf dieselbe sittliche Frage kennt und vielleicht sogar lebt, so stellt sich ihm die Frage nach der „richtigen“ Moral. Es stellen sich aber auch sittliche Fragen, auf die die gelebte Moral einer bestimmten Gruppe noch keine Antwort formuliert hat (therapeutische Genmanipulation, Gehirngewebetransplantation, Kernenergie, ...). Beide Situationen verlangen nach vertieften Antworten, die unter dem (Ein-)Druck der Frage an Tiefenschärfe gewinnen können.

Die bisherigen Ausführungen beschreiben das Phänomen des Sittlichen als Anstrengung der menschlichen Vernunft, Antworten auf die moralische Frage „Was soll(en) ich/wir tun?“ zu geben. Alte und neue, frühere und künftige Antworten werden begrifflich als Moral bestimmt, während mit dem Begriff der Ethik die wissenschaftliche Reflexion des Entwicklungsprozesses von der Frage zur Antwort gemeint ist. Diese terminologische Festlegung will deutlich machen, daß Frage und Antwort wie zwei Seiten einer Medaille zusammengehören. Wohlwissend um die andere Seite der Medaille nimmt unser Blick immer nur eine Seite wahr. Wenn nun in dieser Abhandlung die fragende Seite der Ethik im Vordergrund steht, soll damit die andere Seite, nämlich die der moralischen Antworten, keineswegs in Abrede gestellt werden. Aus der Perspektive der Ethik stellt die Moral die unentbehrliche Rückseite des Sittlichen dar. Ohne die Gewissheit um diese Rückendeckung fände die Ethik weder einen Abnehmer für ihre Frage noch für ihre möglichen Antworten.

Das leitende Interesse im klinischen Ethik-Komitee ist aber die Frage nach der Entstehungsgeschichte moralischer Normen, also das Interesse an neuen, unbeantworteten Fragen. Diese sollen im Komitee plausibel entwickelt und nicht als vorhandene Fertigprodukte wiederholt und eingeschärft werden. Das Komitee beschäftigt sich deshalb auch nicht mit der Absicht bzw. Einstellung der Handelnden (also mit der Frage, ob eine Handlung aus guter oder böser Absicht heraus motiviert ist); es setzt naiv jeweils die gute Absicht aller Fragenden voraus. Die Arbeit des Komitees beschränkt sich dementsprechend auf die normative Ebene des Handelns, wo nach der sittlichen Richtigkeit bzw. Falschheit einer Handlung gefragt wird.

Damit lässt sich eine erste Präzisierung der Fragestellung im Komitee formulieren: Ist diese oder jene Behandlungsalternative für die Handelnden im Kontext ihres Krankenhauses sittlich richtig oder falsch? Welche der sittlich verantwortbaren (richtigen oder falschen) Alternativen genießt nach dem Grundsatz des höheren Gutes oder des geringeren Übels die Priorität? Nach dieser eher grundsätzlichen Hinführung über den Weg der Frage im allgemeinen, möchte ich mich nun den konkreten Fragen im Komitee zuwenden.

3. Fragen stellen und offen sein für (verschiedene) Antworten

Stellt man sich ein funktionsfähiges Klinisches Ethik-Komitee vor, so versteht es sich von selbst, daß dieses sozusagen von den Fragen lebt, die an es herangetragen werden. Ohne Fragen hat das Komitee – zumindest vorübergehend betrachtet – keine Daseinsberechtigung. Falsch wäre es nun aber – vor allem aus der Sicht besorgter Träger und Chefärzte –, das Komitee mit „halben“ oder „unechten“ Fragen zu „beschäftigen“, damit die genannten Mitglieder den Mut an der guten Sache nicht verlieren. Mit anderen Worten: Das klinische Ethik-Komitee lebt von authentischen, situativ abgesicherten Fragen aus dem entsprechenden Krankenhaus.

Eine echte Frage unterscheidet sich von einer „strategischen“ Frage dadurch, daß die Frage (wenn sie gestellt wird) noch offen ist für alle Antworten und keine der möglichen Antworten von vornherein als „falsch“ oder „nicht möglich“ qualifiziert. Unterschwellig schon beantwortete Fragen gehören nicht in das Ethik-Komitee. Wenn in einem katholischen Krankenhaus beispielsweise vom Träger her alle Schwangerschaftsabbrüche von vornherein als sittlich unzulässig eingestuft sind, hat es keinen Sinn, daß das zuständige Komitee mit der therapeutischen Alternative eines Abbruchs befasst wird, geschweige denn sich mit dieser theoretischen Alternative beschäftigt. Es sei denn, das Komitee hätte zur Aufgabe, die „Policy-Richtlinien“ des Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers ethisch zu überprüfen. Es wird also ersichtlich, daß das Komitee nicht im luftleeren Raum ethischer Theorien tätig ist, sondern im Rahmen der vorherrschenden Moral des Trägers, der das Komitee gewollt hat. Hier möchte ich

nun den Mut unterstreichen, von dem die beiden christlichen Krankenhausverbände zeugten, als sie beschlossen, die Bildung Klinischer Ethik-Komitees zu fördern. Sie gingen mit Recht davon aus, daß selbst das Christentum mit seinen konfessionell geprägten Moralien im Bereich der Medizin noch längst nicht alle Fragen eindeutig beantwortet hat. Zumindest was die Anwendung bestehender Moralkodizes anbelangt, herrschte die Überzeugung vor, daß viele Behandlungs- bzw. Pflegealternativen nicht schon von vornherein und prinzipiell gelöst sind, sondern erst in der konkreten Praxis entschieden werden müssen.

Ist der Raum für solche Fragen geöffnet und gestaltet, kündigt sich eine erste Aufgabe für die Moderatorin an. Sie hat zu entscheiden, welche Fragen dem Komitee vorgetragen werden und welche nicht zur Besprechung angenommen werden können. Diese Macht der Moderatorin legitimiert sich vor allem aus dem spezifischen Charakter des Komitees und der Zeitknappheit seiner Mitglieder. Zuerst verdeutlicht sich die Moderatorin, ob es sich bei der an sie gerichteten Frage um eine Eigenfrage der potentiellen Antragstellerin (in der Regel die behandelnde Ärztin, die betreuende Schwester oder die Patientin) handelt oder nicht. Annehmbar sind nur Fragen von direkt betroffenen Handlungs- bzw. Entscheidungsträgern. Dann wird sie zu überprüfen haben, ob fachlich abgesicherte Behandlungsalternativen vorliegen oder nicht. Diese Klärung des medizinischen bzw. des pflegerischen Stands aufgrund etwa einer „evidence based medicine“ ist Voraussetzung für das ethische Gespräch. Erst nun geht es darum, die sogenannte ethische Frage der Antragstellerin zu formulieren. Etwa: „Soll ich (Ärztin) bei der Patientin noch eine Chemotherapie durchführen?“ Anschließend klärt die Moderatorin, ob diese Frage bereits mit der betroffenen Patientin angesprochen wurde und ob diese gegebenenfalls Ko-Antragstellerin ist oder nicht. Sie lädt die Antragstellerin ein, den „Fall“ mit der ethischen Fragestellung schriftlich in Kurzform niederzuschreiben und vereinbart ein Gespräch mit dem Komitee, wo die Antragstellerin ihren Fall noch einmal mündlich vorträgt und für Rückfragen zur Verfügung steht.⁸

Das vorgezeichnete Szenario macht deutlich, daß die Moderatorin keinerlei inhaltlichen Filter darstellt, wenn es um die moralische Frage selber geht. Sie hat allerdings die schwierige Aufgabe, festzustellen, ob eine solche überhaupt vorliegt. Dabei wird ihr ihre Kompetenz in Sachen Ethik zu Dienste ste-

⁸ Nach der Darstellung ihres Falles und der Beantwortung möglicher situativer und fachlicher Rückfragen verlassen die Antragstellerinnen das Komitee. Da das Komitee nicht zur Aufgabe hat, die Antragstellerinnen direkt zu beraten, sondern zur Formulierung eines eigenen Votums zu kommen, das dann als Produkt seiner internen Beratungen den Antragstellerinnen von der Moderatorin im Sinne einer Beratung zurückgemeldet wird, ist es weder ratsam noch hilfreich, die Fragenden persönlich an allen Etappen der internen Meinungsbildung im Komitee teilnehmen zu lassen. Dies trifft selbstverständlich auch für Personen zu, die als Antragstellerinnen selber Mitglieder des Komitees sind.

hen. Sie wird zu entscheiden haben, ob alle Vorfagen⁹ geklärt sind und das ethische Dilemma diskursfähig formuliert ist. Trifft das alles zu, kommt es zu einer Sitzung des Komitees.

Die im Komitee zu behandelnden moralischen Alternativen setzen bei den therapeutischen Alternativen an, gehen dann aber kontextuell weit darüber hinaus, da alle direkt betroffenen Personen in ihrer Ganzheit im Blick zu halten sind.¹⁰ Diese Aufgabe soll durch die Pluridisziplinarität in der Zusammensetzung des Komitees erleichtert werden. Es geht inhaltlich um die sittliche Frage der Antragstellerin. Diese soll auf dem Hintergrund der im Komitee vertretenen moralischen Standpunkte erörtert werden. Jedes Mitglied soll seinen persönlichen moralischen Standpunkt freimütig in den Prozess der Meinungs- (besser:) Normfindung einbringen und erläutern – ohne diesen jedoch als einzig möglichen zu verteidigen.¹¹

4. Elemente der Argumentation und ihre Zusammenhänge

Um den inhaltlichen Teil des Diskurses zu vereinfachen, empfiehlt sich eine gemeinsame Sprachregelung im Komitee, die am besten im Vorfeld in Vorbereitungsseminaren und -gesprächen eingeübt werden sollte. Diese könnte etwa das Sprachspiel um die „vorsittlichen Güter und Übel“¹² sein, die aus dem Fall heraus und auf die Handlungsalternativen hin zu identifizieren, zu benennen und abzuwägen wären. Sie stehen ja in der Tat – je nach Handlungsalternative – auf dem Spiel. Dabei stehen die genannten vorsitt-

⁹ Gerade für die Klärung der Vorfagen eignen sich Fragebögen, wie sie z. B. vom Bochumer Zentrum für Medizinische Ethik entwickelt wurden. Ebenfalls hilfreich sind in diesem Kontext Vorgespräche mit Kolleginnen und dem Stationspersonal, die oftmals helfen können, die Frage auf den Punkt zu bringen.

¹⁰ Dies ist wohl auch mit der Unterscheidung zwischen dem „was“ und dem „wozu“, dem „faktuellen“ und dem „bedeutungsvollen Handeln“ bei Illhardt et al. gemeint (s. Anm. 2).

¹¹ Moralische Dogmatiker gehören (nach der hier besprochenen Empfehlung der beiden Krankenhausverbände) nicht in ein Klinisches Ethik-Komitee: „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. ... 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 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.“ (Empfehlung KKVD/EKVD, S. 19-20).

¹² Gemeint sind die Elemente, die durch das sittliche Handeln vergrößert oder verkleinert, gefördert oder unterdrückt werden (wie Krankheit, Müdigkeit, Lebenszeit, Selbstbestimmung, Freude etc.), die aber selber dem sittlichen Handeln vorausgehen, beziehungsweise das Ergebnis früheren sittlichen Handelns darstellen. Sie sind sozusagen der vorgefundene, wenn auch sittlich gewertete Ist-Stand, den die zur Diskussion stehende Handlungsalternative so oder anders verändern wird.

lichen Elemente immer nur stellvertretend für die ganze Person, die durch die noch ausstehende Entscheidung und Handlung in ihrer Identität verändert wird. Gerade hier zeigt sich die Brisanz der moralischen Frage. Ihre Antwort beantwortet die Sinn-Frage eines oder mehrerer Menschen direkt und konkret.

Die „vorsittlichen Elemente“ – wie sie von den Mitgliedern des Komitees auf ihrem jeweiligen Hintergrund entziffert werden – hängen natürlich nicht im freien Raum, sondern sind eingebunden in deren interne Argumentationszusammenhänge. Diese sichtbar zu machen, gehört zu den weiteren Aufgaben des Komitees als ganzem und der Moderatorin im besonderen.

Grob gesehen unterscheide ich fünf recht unterschiedliche Argumentationskontexte, in welchen die „vorsittlichen Elemente“ untereinander und im vorherrschenden Gesamtverständnis (Welt- und Menschenbild) des Argumentierenden ihr entsprechendes Gewicht gewinnen. Diese fünf „Figuren“ haben jede für sich wohl allein Bestand, hängen intern aber zum Teil zusammen. Jede beleuchtet von ihrem Ansatz her die zu gewichtenden „vorsittlichen Elemente“ aus einem spezifischen Blickpunkt und beantwortet insofern einen Aspekt der Frage. Das Zusammenspiel der fünf „Figuren“ wird in einer sogenannten „Konvergenzargumentation“¹³ zusammengefasst.

Die weltanschaulich Argumentierende (a) setzt mit ihren Überlegungen ganz grundsätzlich bei ihrem (philosophischen oder religiösen) *Welt- und Menschenverständnis* an. Die wissenschaftlich-sachlich Argumentierende (b) geht von den Tatsachen dieser Welt aus und zieht ihre Schlussfolgerungen aus dem Wissen um die *Natur der Sache*.¹⁴ Die teleologisch Argumentierende (c) orientiert sich an den *voraussehbaren Folgen* einer Handlung und gewichtet

¹³ Vgl. GRÜNDEL, J., Normen im Wandel. Eine Orientierungshilfe für christliches Leben heute, München 1980, S. 155ff. Bei der Konvergenzargumentation geht es nach Gründel „um die Aufgabe, mit einer Mehrzahl von Argumenten für die Zustimmung und Gewißheitsbildung eine echte Hilfe zu liefern; dabei mögen die einzelnen Beweise für sich genommen nicht tragfähig sein; zusammengenommen jedoch – nicht nur als quantitative Summation, sondern im Rahmen einer echten Zusammenschau – sind sie für das erkennende Subjekt mehr als nur die Summe der einzelnen Teile oder Argumente. Sie können in konzentrierter Synthese zu einer vertieften ganzheitlichen Erkenntnis eines Sachverhaltes oder Wertes führen.“ Folgendes Bild wird zur Veranschaulichung des gemeinten Sachverhaltes gebraucht: „Ähnlich einem Kabel, das aus einer Anzahl einzelner Drähte besteht, von denen jeder für sich genommen schwach ist und keine Tragkraft besitzt, alle zusammen hingegen stark sind wie eine Eisenstange“, geht es beim weltanschaulichen Beweis um eine Zusammenschau verschiedener Aspekte, die, erst zusammen vorgetragen, eine Zustimmung nahelegen.

¹⁴ Es gibt selbstverständlich auch – besonders unter stark naturwissenschaftlich orientierten Ärztinnen – Menschen, deren „philosophisches Weltbild“ mit ihrem „naturwissenschaftlichen“ zusammenfällt. Sie machen für sich keinen Unterschied zwischen (a) und (b). Der von (a) aus Argumentierende wird seinerseits darauf bestehen, einen Unterschied zu sehen, insofern er die „Natur der Sache“, die Sachgerechtigkeit ebenfalls als Argument anerkennt, dieses aber nochmals in seinem Menschenbild (anders) gewichtet.

diese auf dem Hintergrund ihrer Lebenserfahrung. Die situativ Argumentierende (d) bezieht ihren Standpunkt meistens von einem der bereits genannten Ansätze her, federt diesen dann aber angesichts der vorgefundenen *Situation* ab, ohne dabei ihren grundsätzlichen Standpunkt (a, b, c) intellektuell in Frage stellen zu müssen. Die autoritätsbewusst Argumentierende (e) bezieht ihre Argumente aus bestehenden *Kodizes*, (Ärztinnengelöbnis, Menschenrechte, Zehn Gebote, ...) beziehungsweise ausformulierten Lehrzusammenhängen (katholische Moraldoktrin, evangelische Denkschriften, Koran, ...).

Den jeweiligen Argumentationszusammenhang bei der Formulierung der verschiedenen Positionen im Klinischen Ethik-Komitee zu erkennen, ist insofern von Wichtigkeit, als Rückfragen dazu dienen sollten, die vertretene Position einer Argumentierenden in möglichst vielen der fünf Figuren festzumachen. Je vernetzter die Gewichtung der vorgefundenen und durch die noch ausstehende Handlung zu verändernden (oder zu bestätigenden) vorsittlichen Elemente ist, umso stärker gilt das Argument (für die Sprechende!). Die Moderatorin wird deshalb zusammen mit den anderen Mitgliedern des Komitees darum bemüht sein, nicht nur positionelle Aussagen zu sammeln, sondern diese in ihrer argumentationslogischen Tiefenschärfe zu verstehen. Jedem sollte durch die Moderation und das gesamte Setting geholfen werden, sich argumentativ möglichst ganz auf die gestellte Frage hin auszusprechen. Nach einigen Übungsläufen und der nötigen Eigendisziplin ist es möglich, daß die Erhebung der Meinungen im Komitee recht zügig erfolgt, ohne daß dabei die Qualität des Argumentierens verloren geht.

Liegen dann alle Meinungen in ihrer Tiefenschärfe offen auf dem Tisch, zeigen sich in der Regel verschiedene Grundpositionen. Um nun aus den vielen Meinungen heraus zu einer oder mehreren Positionen des Komitees zu kommen, ist eine nächste Etappe nötig. Ergibt die Darstellung der verschiedenen Meinungen eine klare Tendenz, liegt es an der Moderatorin, diese konsensfähig in die (gegebenenfalls verschiedenen) ausgesprochenen Argumentationszusammenhänge hinein zurückzuformulieren. Kommt dabei eine im Komitee konsensfähige Position zustande, ist die Arbeit des Komitees mit einer ausgereiften und gemeinsam getragenen Formulierung des Votums abgeschlossen. Kommt keine einheitliche, argumentativ breit abgestützte gemeinsame Position zustande, wird die Moderatorin versuchen, die zwei oder (höchstens) drei verschiedenen Standpunkte so zu formulieren, daß sich die Mitglieder des Komitees den zwei oder (höchstens) drei Positionen zuordnen können. Dies kann dann zur Formulierung mehrerer Voten führen, die der Antragstellerin von der Moderatorin mitgeteilt werden. Eine Position, die von einer Person allein vertreten wird, sollte nicht zu einem Votum des Komitees umformuliert werden. Kommt kein mehrheitsfähiges Votum zustande, das von zumindest zwei Drittel der Mitglieder¹⁵ getragen wird, ist es dem Komitee nicht gelungen, die gestellte Frage im Sinne

¹⁵ Vgl. Empfehlung KKVD/EKVD, S. 18.

eines Votums zu beantworten. Dies kann entgegen einem ersten Blick dennoch hilfreich für die Antragstellerin sein, indem ihr Eindruck von der Schwierigkeit beziehungsweise Uneindeutigkeit der Situation bestärkt wird.

Diese Ausnahmesituation macht darüber hinaus deutlich, daß moralische Fragen nur durch den *Freimut zur Entscheidung* gelöst werden können. Im Gegensatz zu einem „entscheidungsunfähigen“ Komitee lässt die Praxis im Krankenhaus meistens nicht zu, daß nicht entschieden wird. Die Anstrengung, zu einem mehrheitsfähigen Meinungsbild in einem Klinischen Ethik-Komitee zu kommen, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben der einzelnen Mitglieder. Sich von den Argumenten anderer überzeugen zu lassen ist hier ebenso gefragt wie die Kunst, andere mit guten Gründen zu einer anderen Entscheidung zu bewegen. Die Moderatorin wird bei diesen delikaten Argumentationsbewegungen darauf achten, daß keine unterschweligen Gründe¹⁶ diese Bewegungen bestimmen. Es gehört zu ihren vornehmsten Aufgaben, den Raum im Komitee so herrschaftsfrei wie nur möglich zu (er-)halten. Sie muss und wird gerade wegen dieser Unparteilichkeit geschätzt werden. Ihre inhaltliche Meinung zur Fragestellung steht deshalb außerhalb des im Komitee zu führenden Diskurses. Das Gespräch und die Argumentation zwischen „Gleichen“ im Fluss zu halten und ein oder mehrere konsensfähige Voten zu formulieren, ist ihre eigene unverwechselbare Aufgabe. Dazu kommen – wie bereits ausgeführt – die Abklärung der Fragestellung zusammen mit den direkt betroffenen Antragstellerinnen sowie die Rückmeldung des oder der Voten des Komitees.

5. Ent-scheiden

Die Entscheidung, welche Antwort die gestellte moralische Frage für die betroffene Antragstellerin beantwortet, liegt bei dieser selbst, da es ihre Identität ist, die beim Handeln verändert wird. Diese Verantwortung für sich selber kann in der Regel nicht noch einmal delegiert werden. Moralische Dilemmas – insofern sie echt und nicht gestellt sind – können nur entschieden werden.¹⁷

¹⁶ Die Berufung etwa auf die eigene Autorität oder jene des Trägers sind keine zulässigen Argumente, da mit ihnen das Gespräch beendet und eben nicht geführt wird. Oder Andeutungen hinsichtlich der „Unwissenheit“ in medizinischen oder pflegerischen Belangen brechen ebenfalls die „Gleichheit“ der im Komitee Argumentierenden auf und disqualifizieren die Positionen des einen zugunsten anderer. Derartige Argumente sind freimütig von der Moderation als solche zu entlarven. Hat sie diese Autorität und dieses Vertrauen nicht im Komitee, kann sie ihre Rolle nicht professionell ausüben.

¹⁷ Als geläufige Ausnahme gilt die moralische Verantwortung der Eltern für ihre Kinder. Es kann aber auch der Fall zutreffen, dass eine Patientin sich ganz „ihrer“ Ärztin überantwortet. Gerade diese Situation verlagert das Ärztin-Patientinnen-Gespräch aus dem zwischenmenschlichen Dialog in das interne Forum einer Person, die jetzt sozusagen mit zwei verschiedenen Seelen in ihrer Brust, mit sich selber und ihrer eigenen Seele, diskutieren muss. Dieser schwierige Fall „ärztlicher Verantwortung“ kann durch das Votum eines Ethik-Komitees manche Ärztin aus ihren (schweren) Gewissensnöten herausnehmen, da wieder eine – wenn auch minimale – Dialogstruktur geschaffen wurde, in der die einzelne Ärztin sich selber noch einmal situieren kann.

Christinnen sprechen hier von der Gewissensentscheidung. Die Antwort, für die die Handelnde innerlich und äußerlich (das heißt: argumentativ) bereit ist, geradestehen, ist ihre ureigene Antwort. Mit dem handlungstechnischen Umsetzen der Antwort wird die fragwürdige Situation aus ihrem aktuellen Zustand in einen qualitativ neuen (meist irreversiblen) Zustand geführt. Mit dem Umsetzen moralischer Antworten schreibt die Handelnde (ihre) Geschichte. Sie löst sich aus der Vergangenheit und entscheidet sich in der Gegenwart für ihre (neue) Zukunft. Damit löst sie sich aus der Verstarrung und wendet sich neuen Wirklichkeiten und damit engstens gekoppelt auch neuen Möglichkeiten und gegebenenfalls auch wieder neuen Fragen zu.

Patientinnen, Schwestern und Ärztinnen wissen, wie schwer es manchmal ist, aus dem Hin und Her der Argumente, Stimmungen und sich ständig verändernden Situationen heraus Entscheidungen zu treffen. Oft wird die Zeit zu Hilfe geholt. Sie soll dann sozusagen zwar am Menschen vorbei aber entlang seiner „Natur“ entscheiden. Damit hätte sozusagen niemand die Last der Entscheidung zu tragen, da niemand in der Lage ist, die Zeit zu beherrschen. Daß dies gerade im klinischen Zusammenhang oft nicht stimmt, ist unter Insidern kein Geheimnis. Sind es doch gerade die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse innerhalb der Medizinwissenschaft – so wie sie von der Wiederholbarkeit der Abläufe gekennzeichnet sind – die die (be-)handelnde Ärztin wissen lassen, wie eine Krankheit sich – in der Regel – entwickelt und wie Therapien – in der Regel – wirken. Wer die Zeit spielen läßt, hat sich verantwortungstechnisch gesehen auch bereits entschieden, wenn auch vielleicht weniger explizit und präzise. An seiner persönlichen moralischen Verantwortung jedenfalls verändert diese Art der Entscheidungsnahme nichts. Sie trägt höchstens dazu bei, getroffene Entscheidungen als solche zu verschleiern; denn auch für verdeckte Entscheidungen haben die Handelnden verantwortlich zu zeichnen.

Eine andere Art, sich um bewußte moralische Entscheidungen zu drücken, ist der (konstruierte) Sachzwang. In diesem geläufigen Szenario wird die medizinische Situation so dargestellt oder besser „konfiguriert“¹⁸, daß sie nur noch offen ist für die moralisch bereits thematisch oder unthematisch vorgängig vom „Konfiguranten“ angelegte „Antwort“. Die Begriffe etwa der „beatmungs-“ oder „dialysepflichtigen Patientin“ sprechen für sich. Ist diese Situation gegeben, geschaffen oder konfiguriert, erübrigen sich – angesichts der rechtlichen Vorgaben – ethische Diskussionen von selbst, da die Antwort

¹⁸ Ich benutze dieses Wort aus der Computer-Wissenschaft, um deutlich zu machen, dass die hier gemeinte Darstellung die Wirklichkeit selbst schafft, indem die Situation gedanklich und real so organisiert (eben konfiguriert) wird, dass eine andere Leseart, ohne neue Um-Konfiguration nicht möglich ist. Da die meisten Leute sich aber wenig um die Konfigurationen bemühen, sondern sich daran gewöhnt haben, sich innerhalb vorhandener Konfigurationen zu organisieren, übt diese Form der „Darstellung“ natürlich eine ungeheure Macht durch ihre „Pseudo“-Plausibilität aus.

auf eine mögliche Frage bereits vorentschieden ist. Eine andere sehr bekannte medizinische „Konfiguration“ ethisch durchaus heikler Situationen ist die Dringlichkeit der Intervention. Hier wird bewußt überspielt, daß manche dieser dringlichen Situationen durchaus stabilisiert werden können, bevor man „entscheidend“ eingreift.

Ein weiterer Fall, sich der offenen ethischen Reflexion zu entziehen, ist die „respektable“ Berufung darauf, in einer bestimmten Situation „nach bestem Wissen und Gewissen“ gehandelt zu haben. Hier wird die eigene moralische Integrität schützend vor sich hin gestellt, und kaum einer traut sich nachzufragen, was denn die entscheidenden Beweggründe gewesen sein mögen, ohne daß er sich dem Risiko aussetzt, die genannte Integrität verletzen zu wollen. Beziehungstechnisch gesprochen wird in diesen Situationen von der inhaltlichen Ebene auf die sogenannte Vertrauensebene gewechselt.

Dies alles zeigt, daß manche Strategien dem Mut zu moralischen Entscheidungen, die dann auch noch ethisch reflektiert und ausformuliert sind, im Wege stehen. Wer mit seiner Frage an ein klinisches Ethik-Komitee herantritt, gesteht explizit ein, daß es moralische Unsicherheit im medizinischen und pflegerischen Handeln gibt. Um sich aber vor dem Vorwurf zu schützen, selbstgefällige eigene moralische Urteile zu fällen, ohne diese im läuternden Diskurs mit anderen moralischen Personen geprüft zu haben, wird zur Zeit von manchen in die Diskussion geworfen, es reiche doch, wenn die zur Debatte stehende ethische Frage *informell* auf der Station oder im ärztlichen Konsil besprochen würde. Dies sei effizienter und situationsbezogener.

Die gezeichneten Ausweichmanöver ebenso wie manche Gespräche mit Entscheidungsträgern zeigen, daß die Plausibilität für strukturierte und offene ethische Diskurse um therapeutische (oder pflegerische) Alternativen ihren Weg noch nicht gemacht hat. Auch die Erfahrungen mit der Einführung Klinischer Ethik-Komitees¹⁹ bestätigen, daß die Einführung einer „Innovation“ in einem so komplexen System wie dem Krankenhaus Jahre brauchen wird.²⁰ Dies bestätigen auch Berichte aus anderen Ländern. Selbst wenn es kräfte- und zeitaufwendig ist, die von den beiden christlichen Krankenhausverbänden vorgeschlagene Einführung von klinischen Ethik-Komitees zu erproben, so sollte doch nicht der Einfachheit halber vorschnell nach unstrukturierten, schnellen, nichtdiskursiven Lösungen

¹⁹ Siehe die Beiträge von Thomas Passauer, Alfred Simon und Gabriele Greeven in diesem Heft.

²⁰ Vgl. HELLER, A., Wie werden (nicht nur) Krankenhäuser intelligentere Organisationen? *caritas* 99 (1998) 5: S. 208-220. Heller weist mit Recht darauf hin, dass die Initiative, klinische Ethik-Komitees einzuführen, u. a. daran zu messen ist, inwieweit es ihr gelingt, über die individuelle Verantwortung der Handelnden hinaus auch strukturell und organisational im Gesamtsystem „Krankenhaus“ Fuß zu fassen.

gesucht werden. So wird man jedenfalls nicht überprüfen können, ob dieser Ansatz, normative ethische Fragen in einem präzisen nachvollziehbaren Setting zu bearbeiten, in Deutschland durchführbar ist oder nicht. Vielleicht könnte gerade das vorgeschlagene klinische Ethik-Komitee mit seiner Satzung und Struktur zu einem ausweisbaren Qualitätsmerkmal werden und aufzeigen, daß und wo moralische Dilemmas in einem bestimmten Krankenhaus ihren spezifischen Ort haben, und daß hierfür mit Recht Zeit und Geld investiert wird. Die moralische Entscheidung, hierfür entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen, liegt bei den Trägern (und gegebenenfalls einmal bei den Krankenkassen); die moralische Entscheidung solche Gelegenheit wahrzunehmen, liegt bei den handelnden Ärztinnen, Schwestern und Patientinnen. Die Herausforderung ist groß, weil sie offen- und aktenkundig macht, daß es moralische Fragen im Krankenhaus gibt, die verschieden beantwortet werden können. Die Patientinnen haben bereits begonnen zu fragen²¹, die auszubildenden Ärztinnen sind dabei, es zu lernen.²² Ein zukunftsorientiertes Krankenhaus stellt sich auf sie ein, indem es ethische Fragen (an-)erkennt und verschiedene Räume und Möglichkeiten²³ für deren Bearbeitung schafft.

Abschließend und ernüchternd sei noch darauf hingewiesen, daß das Votum eines Klinischen Ethik-Komitees – auf den Einzelfall beschränkt – selbstverständlich nur eine „analoge“ ethische Entscheidung ist, da weder eines der beratenden Mitglieder noch das Komitee als Ganzes unmittelbar von der Entscheidung betroffen ist. Damit wird die Verantwortung der Mitglieder eines solchen Komitees umso deutlicher. Da sie keine persönliche Verantwortung für die zu fällende Entscheidungen tragen, kommt ihnen eine andere Art moralischer Verantwortung zu: die Verantwortung der Beratung.²⁴ Wie jede Beratungssituation vom Risiko der Routine und einer übermächtigen sogenannten professionellen Distanz bedroht ist, ist es auch das Ethik-Komitee. Schnell und unbesehen kann sich ein bürokratischer Geist breit machen, der dann die persönliche Betroffenheit eines jeden einzelnen überlagert. Dieser Gefahr kann dadurch entgegengewirkt werden, daß die Mandate der Mitglieder streng beschränkt bleiben und eine angemessene Öffentlichkeitsarbeit um die Arbeit des Komitees ge-

²¹ Ein Beispiel dafür sind die von der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. veranstalteten Patientenforen.

²² Siehe als ein Indiz etwa die Einrichtung von Lehrstühlen für Ethik in der Medizin an den Medizinischen Fakultäten in Göttingen und Tübingen.

²³ In diesem Beitrag steht von der Fragestellung und Thematik dieses Themenheftes her natürlich das klinische Ethik-Komitee im Vordergrund. Dabei wird selbstverständlich nicht übersehen, dass es noch viele andere Möglichkeiten gibt, das Anliegen ethischer Reflexion im Krankenhaus zu fördern. Man denke etwa an entsprechende Dokumentationszentren, Seminare, Konferenzen, Arbeitsgruppen, usw. Siehe ebenfalls: GILLEN, E., Ethik im Haus für Kranke, in: Ein Haus für Kranke, der Patient ein Gast, Dokumentation des 2. Katholischen Krankenhauskongresses, Freiburg 1997.

²⁴ Vgl. hierzu die Beiträge von Illhardt et al. (Anm. 2) und Geißner (in diesem Heft).

macht wird. Neben regelmäßigen Weiterbildungsangeboten für das Komitee kommt der Kunst der Moderatorin, den Diskurs lebensnah zu gestalten, eine wichtige Rolle zu.

6. Schlussbemerkung und Zusammenfassung

Das Klinische Ethik-Komitee geht konkreten fallbezogenen²⁵ Alternativen im Bereich der Medizin (und der Pflege) nach, wie sie sich für einzelne Patientinnen, Ärztinnen und Pflegenden stellen. Insofern solche fachlichen Alternativen als moralische Alternativen erkannt werden, können sie als moralische Frage über eine vom Krankenhausträger direkt bestimmte Moderatorin an ein pluralistisch und pluridisziplinär zusammengesetztes Komitee herangetragen werden, mit dem Wunsch, ein Votum zu formulieren. Die hier besprochenen Voraussetzungen für ein sinnvoll funktionierendes Komitee haben gezeigt, daß die zu besprechenden Fragen a) fachlich legitime Alternativen betreffen, b) ethisch relevant für die handelnden Personen und c) im Rahmen der entsprechenden Krankenseinrichtung inhaltlich und formal zulässig sein müssen. Solche authentischen Fragen werden dann systematisch von allen Mitgliedern des Komitees beantwortet, bis sich ein gemeinsames Votum herauschält, das argumentativ von einer qualifizierten Mehrheit verantwortet wird. Dieses wird dann der Antragstellerin mitgeteilt, damit diese auf der Basis einer breiteren und geläuterten Argumentation besser zu ihrer eigenen Entscheidung finden kann. Die Frage wird schließlich durch ihre Entscheidung beantwortet. Dabei spielt das Komitee (über die Moderatorin bzw. andere speziell für diese Aufgabe bestimmte Mitglieder) die Rolle einer fairen und professionell arbeitenden Beraterin.

Ausschlaggebend für den Erfolg Klinischer Ethik-Komitees wird der *Mut zur Frage* sein: „Frag nur, hab' Mut Deine Frage zu stellen.“ Nur wer Fragen anerkennt, kommt möglichen Antworten auf die Spur. Es gibt im heutigen Krankenhaus keinen moralischen Weg an der ethisch reflektierten Frage „Soll dieses gemacht oder besser unterlassen werden?“ vorbei. Der Versuch, Klinische Ethik-Komitees einzuführen, dient vor allem dem Wachhalten der moralischen Frage und ihrer ethischen Reflexion in der spezifischen Situation therapeutischer Alternativen.

²⁵ Die andere Möglichkeit eines klinischen Ethik-Komitees, nämlich allgemeine Richtlinien zu erarbeiten, wurde in diesem Beitrag nicht berücksichtigt (vgl. Empfehlung KKVD/EKVD, S. 14).

Verständigung suchen – Fragen der Kommunikation im Klinischen Ethik-Komitee

Dichte Kommunikation

Krankenhäuser sind Orte von dichter Kommunikation, und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist eine hohe kommunikative Kompetenz zu unterstellen. Was am und um den Patienten herum geschieht, wird sprechend begleitet. Es wird informiert und beraten, beruhigt und getröstet, aufgeklärt und motiviert, erklärt und entschieden.¹

Kinderkrankenschwestern und -ärzte haben inzwischen gelernt, die Eltern mit einzubeziehen, Hebammen und Frauenärzte beschäftigen sich mit den Müttern und den Vätern, Ernährungsberaterinnen und Physiotherapeutinnen werden in die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten selbstverständlich mit einbezogen, die Absprachen mit den ambulanten Diensten, den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und den „niedergelassenen Ärzten“ werden immer selbstverständlicher. Krankenseelsorgerinnen und -seelsorger tragen ihren Teil zur Begleitung von Kranken und Angehörigen bei. In Fallgesprächen – vor allem in den psychiatrischen Abteilungen – besprechen Pflegenden und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten, Neurologen und Psychiater Behandlungsmöglichkeiten und Komplikationen. Selbst die hochritualisierten Formen der ärztlichen Visite und der pflegerischen Übergabegespräche sind Orte dichter Kommunikation.

Das Bewußtsein, daß über Beziehung und Kommunikation Heilungsprozesse in Gang gesetzt und begleitet werden, gehört zu den Standards des professionellen Umgangs mit Kranken. Eindringlich zeigt sich dieser prinzipielle Konsens, wenn die Kinderkrankenschwester mit einem winzigen Menschlein spricht, mit einer leisen, leichten Stimme ihm Fragen stellt, die sie selbst beantworten muß, es lobt und ermuntert, zärtlich drohend es ermahnt. Oder wenn ein Pfleger auf der Intensivstation dem tief Bewußtlosen erklärt, daß er nun dies oder jenes an ihm tut, der Anästhesist ihn mit seinem Namen anredet.

Alltägliches Handeln und alltägliche Formen der Kommunikation werden zur Routine. Wie gut, konstatiert der Beobachter, wie sonst könnte diese ungeheuerere Anforderung an die kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewältigt werden. Jeden Kranken in seiner jeweiligen Situation,

¹ Ähnliches gilt für Pflegeheime und Hospize, für Spezialkliniken und Rehabilitationseinrichtungen.

mit seinem sozialen Umfeld, seinen Ängsten und Hoffnungen, seinen somatischen und psychischen Schmerzen, seinen reflexiven und verbalen Möglichkeiten, seiner Beziehungs- und Isolationslust, seinem Lebenswillen und seiner Todessehnsucht, seiner Wut und Trauer, seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit zu verstehen und adäquat mit ihm zu kommunizieren, kann nicht gelingen. Routinen sind hilfreich in jedem Alltag, die Frage nach der Befindlichkeit („Wie gehts?“) ist auch sonst im Alltag unterschiedlich zu beantworten und wir erwarten z.B. am Beginn eines Arbeitstages nicht jedesmal eine existentielle Antwort. Dennoch hat diese routinierte Kontaktaufnahme ihren Sinn. Kranke lernen als Patienten sich diesem Gesprächsmuster anzupassen, sie lernen zu sprechen wie Patienten und sie lernen ihre Bedürfnisse adäquat den jeweiligen Berufsrollen anzupassen. Sie lernen, wenn sie Durst haben, nicht die Putzfrau und nicht den Arzt zu beauftragen, ihnen etwas zu trinken zu bringen und die Physiotherapeutin nicht nach der Diagnose zu fragen.

Institutionelle Kommunikation

Diese durch Routine und Verallgemeinerung bestimmten Gesprächsformen sind Formen der institutionellen Kommunikation. Sie gehören mit zu unserem Wissensbestand: in der Schule gelten andere Regeln als zu Hause, am Bahnschalter andere als an der Theke der Wurstverkäuferin („Darf's ein bißchen mehr sein?“), in der Beratung andere als in der Prüfung.

Ob diese Muster immer zureichend sind, läßt sich mit Recht bezweifeln.

Der Widerspruch zwischen der Erwartung eines Kranken, der als dieser Mensch seine Krankheit als einzigartig erlebt und der Erfahrung seiner Behandlung als Patient (wie andere Patienten), ist gerade im Zustand der leidensbedingten Regression schwer aushaltbar. Dasselbe gilt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zwischen ihrem Anspruch an höchste Professionalität (individuelle Zuwendung), ihrem Menschenbild (jeder Mensch hat seine Würde) und dem Alltag ihrer Entscheidungen und Handlungen kann die Spannung unerträglich werden. Strategien, diese Widersprüche einigermaßen in der Balance zu halten, sind vielfältig. Immer dort, wo Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch sorgfältig begleitet und zur Reflexion ermuntert werden, wo die Kooperation im therapeutischen Team nicht nur zur Rationalisierung und Effektivität von raschen Abläufen gefördert wird, sondern auch zur Entlastung einzelner und zur gegenseitigen Hilfe, können immer mal wieder Lösungen gefunden werden, die diesem Kranken das Gefühl von Aufmerksamkeit speziell für ihn geben, was er mit Vertrauen belohnt.

Institutionelle Lösungen dieser Art sind die therapeutischen Teams² und, aus der Sicht des Pflegedienstes, die Gruppenpflege.

² LAUER, W. (Hrsg.), Das therapeutische Team, Freiburg 1983.

Folgt man dieser Darstellung, dann wären gerade die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus besonders geeignet, miteinander im Gespräch auch zu beraten und Empfehlungen zu finden als Antwort auf die Frage: was *soll* ich, was *sollen* wir tun?, also auf ethische Fragen. Das allerdings ist zu bezweifeln.

Bei der hohen kommunikativen Dichte, der unterstellten kommunikativen Kompetenz und der täglichen Übung in Gesprächen verwundert es, wie eingeschränkt andere Formen der Kommunikation im Krankenhaus sind.

Kommunikationsbarriere: Expertokratie

In der Diskussion um die Implementierung von Ethik-Komitees im (christlichen) Krankenhaus, haben vor allem Ärzte ihrer Verwunderung darüber Ausdruck gegeben, warum man im Krankenhaus solche Komitees brauche. Sie sind es gewohnt, entweder sich an die Experten ihres Fachgebietes (ihre Lehrer, ausgewiesene Spezialisten) zu wenden, an die Ärztekammer, die sie berät oder aber auch an die ethische (Standes)Kommission. Sie betrachten (mit Recht) diese Gremien als zuständig in Fragen, die sie trotz ihrer Fachlichkeit nicht alleine beantworten können und sichern sich so auch juristisch ab. Gewissensentscheide tragen sie ihrem Berufsethos entsprechend alleine und übernehmen individuell als leitende Ärzte die Verantwortung. Die Vorstellung, mit Pflegenden und anderen Berufsgruppen, ja sogar mit nicht direkt betroffenen Laien zu beraten, ist ihnen fremd.

Dort, wo die Einsicht wächst, daß eine breitere Betrachtung mit anderen Berufsgruppen, auch mit Sachverständigen in ethischen Fragen in individuellen Fällen vernünftig sein kann, haben Ärztinnen und Ärzte eine weitere Schwierigkeit zu überwinden. Innerhalb der hierarchischen Struktur (vor allem deutscher) Krankenhäuser, sind sie weisungsbefugt und medizinisch letztverantwortlich. Jede Beratung wirft sie auf diese Letztverantwortung zurück, sobald es sich um medizinische Interventionen handelt.

Nur unter der Bedingung, daß eine enge medizinisch-somatische Sicht nur eine mögliche Betrachtungsweise für das Leben eines Menschen ist, können Ärztinnen und Ärzte in einen Meinungsbildungsprozeß eintreten, der auch psychische und soziale Diagnosen und Prognosen umfaßt. Ebenso kann die gelebte und geglaubte Letztverantwortung Gottes für das menschliche Leben hilfreich sein, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren. Selbst wenn Ärztinnen und Ärzte sich mit dieser Einstellung in das Gespräch des Ethik-Komitees begeben, sind sie nicht plötzlich außerhalb institutioneller Denkweisen. Alle anderen Mitglieder im Ethik-Komitee sind es gewohnt, daß der Arzt das letzte Wort hat. Sie orientieren sich gewohnheitsgemäß an ihm und geben ihm auch dort Macht, wo er (oder sie) sie gar nicht beanspruchen.

Eine eindrückliche Erfahrung habe ich mit einer Gruppe von (leitenden) Pflegenden gemacht, die die Bitte um Hilfe, die ein (leitender) Arzt aussprach, zuerst einmal nicht hörten, dann als Taktik mißverstanden und in einer heftigen Diskussion sich nicht enthalten konnten, die Hilflosigkeit des Arztes schadenfroh zu genießen.

Kommunikationsbarriere: institutionelle Konflikte

In dem angeführten Beispiel wird ein Zustand angesprochen, der in vielen Krankenhäusern das Klima bestimmt, nämlich der Zustand der Gegnerschaft zwischen den Berufsgruppen. Traditionellerweise sind Pflegende und Ärzte Träger dieses Konfliktes. Unterschiedliche Auffassungen von dem jeweiligen Können, der Zuständigkeiten für Handlungen am und mit dem Patienten, Abhängigkeiten bei Entscheidungen, Selbstbestimmungsrechte und Formen der Organisation der verschiedenen Dienste, wie auch die gegenseitige Wertschätzung der Dienste und – dies auch noch mit aller Brisanz der gesellschaftlichen Wertschätzung verbunden – auch der immens ungleichen Entlohnung, haben sich in vielen Institutionen zu einem Dauerkonflikt entwickelt. Konfliktreich sind auch in Abteilungsdenken verhaftete leitende Ärzte.

Ebensowenig sind die übrigen Mitglieder frei von ihren institutionellen Rollen und Funktionen. Der Mann oder die Frau aus der Verwaltung wird der betriebsorientierten Bewirtschaftung das Wort reden (sollen), und selbst wenn er oder sie ganz andere Gesichtspunkte in die Argumentation einführt, bleiben in den Köpfen der anderen Teilnehmer die Zuschreibungen konstant. Das gleiche gilt für die Seelsorgerinnen und Seelsorger. Für sie gilt auch, wo und mit welchem Prestige sie im Krankenhaus wirken. Erwartet wird von ihnen, daß sie die Institution Kirche vertreten. So werden sie auch oft (direkt oder indirekt) darauf angesprochen, was wohl die Kirche dazu sagt. Ob es in Institutionen überhaupt „herrschaftsfreie Diskurse“³ geben kann, ist bezweifelbar.

Moderation

Dennoch muß es möglich sein, ethische Fragen in einem multidisziplinären Gremium zu besprechen, weil es eben ethische Fragen gibt, die die Einzeldisziplinen überfordern und die Entscheidungen der Betroffenen Auswirkungen auf alle Beteiligten haben.

³ Vergessen sollte man nicht, dass das Schlagwort „herrschaftsfreier Diskurs“ bei Habermas ja eine anzustrebende, quasi „ideale Kommunikationssituation“ voraussetzt oder, dialektisch gedacht, produziert und nicht einfach *ist*. In dieser Situation kann dieser Diskurs die für die Gemeinschaft vernünftigste Lösung finden.

Damit kommt der Moderation eine unschätzbare Rolle zu. Der Mann oder die Frau möge über soviel ethisches Wissen verfügen, daß er oder sie die Frage an das Ethik-Komitee als ethische Fragen einschätzen kann.⁴ Er oder sie sollen ebenso in der Lage sein, das nachdenkliche, von gegenseitiger Wertschätzung getragene Gespräch zu regeln.

Moderation ist im Sprachgebrauch zu einem didaktischen Mittel geworden: in Moderatorenschulungen lernen vor allem Beraterinnen und Berater die Technik der Meinungsforschung und der Fremd- und Selbsteinschätzung in Gruppen mit visuellen Hilfsmitteln zu dokumentieren, die dem Klärungsgespräch⁵ angemessen ist. Diese Form der Gesprächsleitung entspricht dem Begriff, den die Theoretiker und Praktiker den MIT Boston Facilitator nennen.⁶

Wichtigste Aufgabe ist das Zuhören der Beteiligten in der Gruppe so zu fördern, daß sich alle verstehen und deshalb Verständigung möglich ist. Natürlich setzt dies Neutralität voraus, allerdings empathische Neutralität⁷, d. h. jedem Sprecher und Sprecherin so zuzuhören, daß sie verständlich werden. In dieser Haltung der empathischen Neutralität übersetzen Moderatorinnen, manchmal für die Sprecher selber, manchmal zwischen zweien, die in unterschiedlichen Fachjargons⁸ zwar daßelbe sagen, aber anderes meinen. Moderieren heißt auch, einen in Institutionen ungewohnten Typ von Gruppengesprächen zu initiieren und zu begleiten.

Gesprächstypen

Die Gesprächstypen, die in Institutionen bekannt und beherrscht werden, sind die der

- informativen Gespräche und
- der Diskussionen.

In informativen Gesprächen (z. B. Übergabegespräche, Fallgespräche, diagnostische Besprechungen u. ä.) tragen alle Beteiligten, soweit sie dazu in der Lage sind, ihre Einschätzungen, ihre Diagnosen, ihr Wissen zusammen und ziehen daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen. Die Entscheidung über die folgende Handlung wird entweder konsensuell hergestellt oder die Leitung teilt ihre Entscheidung mit und trägt dafür die Verantwortung.

⁴ Siehe Erny Gillen in diesem Heft.

⁵ GEISSNER, H., Klären und Streiten, in: Badura, P. et al. (Hrsg.), Reden und reden lassen, Stuttgart 1975, S. 59-75.

⁶ HARTKEMEYER, M., HARTKEMEYER, J., DHORITY, L., Miteinander Denken. Das Geheimnis des Dialogs, Stuttgart 1998, v.a. S. 46.

⁷ SIMON, F. B., RECH-SIMON, Ch., Zirkuläres Fragen, Heidelberg 1999.

⁸ GEISSNER, U., So ist es nicht gemeint! Fachjargon der Pflegenden, in: Zeglin, A. (Hrsg.), Sprache und Pflege, Berlin Wiesbaden 1997.

Gewohnheitsgemäß bezeichnen die Teilnehmer an Auseinandersetzungen, die argumentativ verlaufen und in denen verschiedene Interessen aufeinanderstoßen als Diskussionen. Eingebürgert hat sich dabei, Diskussionen dann als besonders gelungen zu bezeichnen, in denen Argumente besonders hart und treffsicher ausgetauscht werden. Es geht im Bewußtsein der Diskutanten um Sieg oder Niederlage, um Gewinnen oder Verlieren, es herrscht Kampfstimmung.

Dieser Diskussionstyp ist so ausgesprägt und die rhetorischen Mittel werden so gut beherrscht, daß selbst bei nichtigen Anlässen (z.B. bei der Frage: Wann sollen wir bei dieser Sitzung Pause machen?) keine Beratung und Austausch von Meinungen und Vorschlägen zustande kommt, sondern ein Schlagabtausch.

Führen nun Moderatoren und Moderatorinnen einen anderen Gesprächstyp ein, den, der jedem in einer Gruppe Zeit läßt, sich in Worte zu fassen, seine – auch unfertigen – Meinungsäußerungen zuzulassen, das Nachfragen notwendig werden zu lassen, also eine Form des Diskurses, so werden sie nicht selten den Vorwurf zu hören bekommen: es werde alles zerredet! Oder, etwas brutaler: es werde ja nur gequatscht, und wenn nun auch noch z.B. das Ergebnis einer Ethik-Komiteesitzung, gemessen an den Effektivitätsregeln der Institution „nur“ eine Empfehlung ausspricht und nicht eine klare Entscheidung, dann wird sicher der eine oder andere den Zeitaufwand als nicht lohnend, oder gar als ineffektiven Kostenfaktor diffamieren.

Daß Moderatorinnen auch noch mit der Kommunikationsbarriere der persönlichen Erfahrung, der Gefühle einzelner, und den persönlichen Beziehungen umzugehen haben, ist abzusehen. Die Wertschätzung dieser personenbezogenen Barrieren gehört mit in den ethischen Diskurs. Es hilft ja nichts, wenn alle Argumente dafür sprechen, die Organe eines gerade verstorbenen Menschen für das Leben anderer gebrauchen zu wollen, wenn Angehörige diese Organentnahme „gefühlsmäßig“ ablehnen und ihnen der intakte Körper „ihres“ Toten ein kostbares Gut ist.

Erfahrungen und Gefühle sind auch Argumente, und sie müssen nicht erst rationalisiert werden, sondern zählen im moralischen Tun in unserer menschlichen Gemeinschaft. Nächstenliebe ist ja auch ein Gefühl, und nicht nur ein Gebot.

Intervention

Gespräche anders zu führen, verändert mehr als die eine aktuelle Kommunikationssituation. Das Bemühen um die Verständigung in der Wertschätzung der Kenntnisse einzelner und in der öffnenden Fragestellung quer zur Hierarchie und zu Meinungs- und Machtmonopolen verändert die

Organisation. Nicht umsonst haben in dem Konzept der „Lernenden Organisation“ die beschriebenen Gesprächsformen ihren unverzichtbaren Platz.⁹

Die Teilnehmer in unterschiedlichen Fortbildungsseminaren zum Thema „Implementierung von ethischen Komitees im christlichen Krankenhaus“ haben Zweifel geäußert, ob in der derzeitigen Organisationsform des (deutschen) Krankenhauses der organisationale Ort gefunden werden kann für diese Form des Ethik-Komitees. Diese Zweifel sind berechtigt und provozieren folgende Fragen:

- Muß sich nicht erst die Organisation ändern, ehe das Ethik-Komitee implementiert werden kann?
- Kann sich die Organisation ändern, wenn das Ethik-Komitee installiert wird?

Fest steht, wenn sich die Organisation (und das heißt ja vor allem die Kommunikation als System) nicht verändert, sondern sich entweder weiter bürokratisiert oder ökonomisiert, dann können Ethik-Komitees ein weiteres Angebot auf der Angebotspalette eines modernen (auch christlichen) Krankenhauses sein, wie das Frühstücksbuffet auf der Wöchenerinnenstation: angenehm, aber nicht unbedingt notwendig.

Die Chance, daß über die Implementierung eines Ethik-Komitees Hierarchien abgebaut, Wertschätzung aufgebaut, Konflikte ernstgenommen und geduldig bearbeitet werden, diese Chance hat Aussichten auf Erfolg.

Dann wäre das Ethik-Komitee die Intervention in ein Krankenhaus, die die Sinnfrage provoziert und sie zur Leitfrage der Organisation bis in die alltäglichen Abläufe werden läßt.

⁹ SENGE, P. M. et al., Das Fieldbook zur fünften Disziplin, Stuttgart 1997.

Klinische Ethik-Komitees als Aufgabe und Chance konfessioneller Krankenhäuser

These

Die Einrichtung klinischer Ethik-Komitees bietet konfessionellen Krankenhäusern die doppelte Chance, der ethischen Entscheidungsnot der ihnen anvertrauten Menschen zu begegnen und das diakonische Profil der jeweiligen Einrichtung zu stärken.

Diese These wird im folgenden begründet.

Die doppelte Suche nach Entscheidungshilfe und Profil

Immer häufiger stehen Krankenhäuser und die Menschen in ihnen vor schwerwiegenden ethischen Entscheidungen. Dazu trägt eine Vielzahl von Faktoren bei: Die ständig fortschreitende Technisierung und Spezialisierung der Medizin, der steigende wirtschaftliche Druck durch das weitgehende Preisdiktat der Krankenkassen, die daraus folgende Tendenz zum „Primat des Finanzierbaren“¹ über das medizinisch Machbare und Wünschbare sowie die Pluralisierung der Lebensweisen und Moralauffassungen bei Patienten, deren Angehörigen und Mitarbeitern im Krankenhaus. Die ethische Dimension medizinischer Handlungen wird zunehmend komplexer, brisanter und dadurch schwerer einschätzbar und handhabbar. Folglich kommen Ärzte, Pflegekräfte, Ökonomen, Seelsorger, andere Mitarbeiter und Patienten weniger denn je umhin, sich mit Fragen der Ethik, mit Werten, Normen und Methoden der Urteilsfindung im Kontext medizinischer Entscheidungen auseinanderzusetzen. Allerdings gibt es dazu im hektischen Klinikalltag kaum Raum. Hier sind neue Denk- und Kommunikationsformen gefragt.

Insbesondere konfessionelle Krankenhäuser haben die Aufgabe, der ethischen Entscheidungsnot konstruktiv zu begegnen, da dies ihrem traditionellen Selbstverständnis entspricht. So formuliert z. B. der Deutsche Evangelische Krankenhausverband: Das Ziel des evangelischen Krankenhauses ist es, „dem Kranken als ganzem Menschen zu dienen – in der körperlichen, seelischen und geistigen Dimension seines Lebens. So wollen wir mit den Mitteln unserer Zeit Barmherzigkeit üben. ... Mit ihr be-

¹ MAIER, H. P., Ethik und Ökonomie. Organisationsvorschläge aus der Sicht des Managements, in: Patienten und Kunden. Zur Organisation gesundheitlicher Hilfe im Krankenhaus zwischen Ethik und Ökonomie (Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin am 4.-5. September 1997 in Marburg), Göttingen 1998, S. 10.

zeugen wir den Herrn der Barmherzigkeit.“² Die ethische Dimension des Lebens läßt sich leicht zu dieser Bestimmung ergänzen oder – je nach Sichtweise – zur seelischen und geistigen Dimension hinzurechnen.

Jedoch geht seit einigen Jahren das traditionelle Selbstverständnis konfessioneller Krankenhäuser als Ort der praktischen Ausübung christlicher Nächstenliebe insgesamt verloren. Auf der Seite der Mitarbeiter kommt es mit dem starken Verlust der christlichen Pflegegemeinschaften an Mitgliedern „notwendigerweise zu einem volkswirtschaftlichen Normalmaß“³. Die spezifisch christliche Motivation tritt hinter die fachliche und erwerbswirtschaftliche Ausrichtung sowie einen humanistischen Willen zum Helfen zurück. Die sichtbare Identität wird weiterhin dadurch geschwächt, daß die von den Kirchen finanzierte Krankenhausseelsorge – lange Zeichen eines besonderen Bemühens um „Geist und Seele“ – personell abgebaut wird. Schließlich kommt es auf der institutionellen Ebene zu wesentlichen Veränderungen, indem sich die ehemaligen Krankenanstalten unter dem rechtlichen und wirtschaftlichen Druck langsam in moderne, streng wirtschaftlich geführte Dienstleistungsunternehmen verwandeln.

Angesichts dieser Entwicklung wird derzeit von allen Seiten der Schwund des traditionellen „äußeren“ Erscheinungsbildes, des sog. diakonischen Profils, diagnostiziert und vehement eine Schärfung desselben gefordert. Exemplarisch fordert der Geschäftsführer des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers, Gerhard Ridderbusch: „Die Gesellschaft braucht mehr denn je einen profilierten diakonischen Dienst, der in seinem Auftrag deutlich erkennbar und für die pluralistisch geprägte Gesellschaft unverwechselbar und daher nicht beliebig austauschbar ist.“⁴ Strittig ist, wie diese Profilierung erfolgen soll; unstrittig dagegen, daß das diakonische Profil in den Einrichtungen neu durchdacht und formuliert werden muß.

Als eine neue Kommunikationsform im Umgang mit ethischen Fragen und ein „Mittel der Zeit“, Barmherzigkeit auch unter veränderten Rahmenbedingungen im Krankenhaus zu gestalten, bietet sich nun m.E. das Konzept des Klinischen Ethik-Komitees an. Gleichzeitig kann die Etablierung eines solchen Komitees im Krankenhaus einen Schritt zu einem erneuerten „inneren“ Selbstverständnis und klareren „äußeren“ Profil bedeuten.

² Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (Hrsg.), Thesen und Leitsätze. Zum Auftrag und zur Struktur evangelischer Krankenhäuser (Hrsg. zur Mitgliederversammlung am 13. Mai 1982 in Hannover), Stuttgart 1982, S. 5. Vergleichbare Formulierungen finden sich in entsprechenden katholischen und freikirchlichen Dokumenten.

³ DAIBER, K. F., Pastoralsoziologie, in: Kreß, H., Daiber, K. F. (Hrsg.), Theologische Ethik. Pastoralsoziologie, Stuttgart Berlin Köln 1996, S: 217.

⁴ RIDDERBUSCH, G., Finanzierungsprobleme in der diakonischen Arbeit. Neuorientierung abgesichts veränderter Rahmenbedingungen, in: Lampe, W., Pellmann, W., Hüper, R (Hrsg.), Diakonie in der veränderten Gesellschaft – einmischen – helfen – gestalten. Quellen und Forschungen zum evangelischen sozialen Handeln 10, Hemmingen 1997, S. 78.

Die Stärkung des diakonischen Selbstverständnisses und die Profilierung des konfessionellen Krankenhauses

Die meisten Krankenhausmitarbeiter verstehen sich heute von ihrer Professionalität her. Genau hier setzt das Ethik-Komitee an: Es konzentriert sich auf primäre Gewissensnöte, Sorgen und Belastungen der Mitarbeiter. Nach Wehkamp ist für die Mitarbeiter einer Klinik „nichts ... belastender und verschleißender als ‚ethischer Streß‘“⁵. Die Einrichtung und die Beratungen des Ethik-Komitees sollen hier möglichst weitreichende Abhilfe schaffen: Mitarbeiter im verantworteten Umgang mit ethischen Fragen unterstützen, einzelnen Personen entlastende Entscheidungshilfe anbieten, kontroverse Fragen klären, berufsgruppenspezifische und hierarchische Strukturen aufbrechen, Konflikte entschärfen, den Team-Geist stärken, insgesamt zu verbesserten Arbeitsbedingungen führen und die Kommunikationskultur des Krankenhauses fördern, letztlich und wesentlich durch dies alles dem Kranken und Hilfsbedürftigen dienen. Allein die Tatsache, daß mit dem Ethik-Komitee ein ethischer Diskurs im Krankenhaus stattfindet, kann für die Mitarbeiter eine psychologische Unterstützung sein. Durch die Einrichtung eines solchen Komitees wird ihnen signalisiert, daß die Streß-Situation nicht nur erkannt wurde, sondern daß darauf auch konstruktiv reagiert wird.

Kann mit einem Ethik-Komitee auch nur ein Teil dieses Zielkataloges erfüllt werden, steigt die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Sie können ihren meist hohen beruflichen Idealen besser entsprechen. Ein solcher „Dienst“ an den Mitarbeitern und Kollegen kann nun potentiell alle Mitarbeiter dazu anregen, sich (erneut) mit den Grundlagen der eigenen Arbeit und den christlichen Wurzeln ihres Arbeitgebers auseinanderzusetzen. Gerade ethische Fragen bieten einen guten Anlaß, sich mit christlichen Grundwerten und Grundeinsichten zu beschäftigen, da diese immer wieder in den Diskurs einfließen werden. So werden die Mitglieder des Komitees, ob theologisch ausgebildet oder nicht, explizit oder zumindest implizit Vorstellungen der christlichen Tradition in den Diskurs mit einbringen: Z. B. die Bewahrung der Würde und des Wertes *allen* menschlichen Lebens sowie die Anerkennung der Grenzen des Lebens, der medizinischen Machbarkeit und auch der ethischen Entscheidungsfindung. Eine Beschäftigung mit diesen Vorstellungen *kann* (nicht muß) dazu führen, daß die christlich-diakonischen Wurzeln neu entdeckt und das eigene Selbstverständnis neu ausgebildet bzw. gestärkt werden. Wesentlich ist jedoch, daß nach dem Konzept des Ethik-Komitees eine solche Auseinandersetzung mit der Tradition und dem diakonischen Selbstverständnis nicht von außen erzwungen wird, sondern – soweit sie

⁵ WEHKAMP, K. H., Komitee für Ethik im evangelischen Krankenhaus als Clearingstelle zwischen den Berufsgruppen. 10 Thesen, in: Evangelischer Krankenhausverband Niedersachsen (Hrsg.) Tagungsbericht der Mitgliederversammlung am 26.-27. Juni 1997, These 8. Wehkamp beruft sich u. a. auf empirische Studien, die „für den Pflegebereich ‚ethischen Streß‘ als Hauptverursachungsfaktor des sog. ‚Burn-out-Phänomens‘ identifiziert“ (ebd.) hätten.

stattfindet – von den existentiellen Fragen, den drängenden ethischen Problemen her käme.

Das diakonische Selbstverständnis wird nun aber nicht nur dann ausgebildet, wenn sich die Mitglieder des Ethik-Komitees direkt mit der christlich-diakonischen Tradition beschäftigen. Vielmehr kann den Mitarbeitern eines konfessionellen Krankenhauses deutlich werden, daß die Einrichtung eines Ethik-Komitees an sich, d. h. die Schaffung eines Instrumentes zu ihrer Entlastung und Unterstützung, aus dem diakonischen Gedanken und Selbstverständnis als besonderer Sorge um den ganzen Menschen entspringt. Weiterhin wird das diakonische Selbstverständnis gestärkt durch ethische Entscheidungen und Handlungsweisen, die christlichen Grundeinsichten entsprechen. Die Einrichtung eines Ethik-Komitees bietet damit auch eine sinnvolle Alternative zu der Einstellung, das „Christliche“ oder „Diakonische“ einer Einrichtung allein als additive Mehrleistung zu verstehen, auf Einzelpersonen wie den Seelsorger zu delegieren, auf Symbole wie das Kreuz über dem Eingang zu reduzieren oder auf den Gottesdienst am Sonntag bzw. die Andacht am Mittwoch zu schieben, anstatt es in die alltäglichen Arbeitsprozessen einfließen zu lassen.

Besonders gut kann sich das diakonische Selbstverständnis an Leitlinien ausbilden. Die Ausarbeitung von generellen Entscheidungen zu Fragen der Nichtwiederbelegung oder zur Belegung von designierten Privat-Betten durch nicht-private Patienten ist eine (mögliche) Funktion des Ethik-Komitees. Solche Leitlinien würden vor allem bei Angehörigen der Heilberufe die Wahl des Arbeitsplatzes mitbeeinflussen, indem sie die Einrichtung vorziehen, die den eigenen Wertvorstellungen näher liegt als andere. Auch bieten Leitlinien sich zur Identifikation an, da sie Konkretes präzise und von anderem unterscheidbar benennen. Sie vermitteln Orientierung und die Basis für ein verstärktes Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl.

Zentrale Leitlinien würden darüber hinaus zur ethischen Profilierung nach außen beitragen. Sie signalisieren die Sorge um Menschlichkeit durch einen verantworteten Umgang mit schwierigen ethischen Themen. Auch hier ist die profilierte Fachlichkeit, z.B. durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Maßnahmen, zentral. Der konfessionelle Status des Hauses bildet jedoch den Hintergrund, ermöglicht und fördert das Zentrale. Aber ob nun schon Leitlinien erarbeitet wurden oder nicht: Das Profil wird aus dem Hilfehandeln entwickelt und nicht von außen aufgesetzt. Dies macht m.E. die Faszination des Konzeptes vom Ethik-Komitee aus: Durch die Konzentration auf die ethische Entscheidungsnot und damit letztlich auf die Sorge um die Kranken können das Profil der Einrichtung wie das Selbstverständnis der Mitarbeiter gestärkt werden!

Es versteht sich von selbst, daß ein Ethik-Komitee trotz aller Vorteile nicht *das Profil* einer Einrichtung ausmachen kann. Profil bedeutet schließlich

eine erkennbare und damit unterscheidbare *Gesamtgestalt*. Andere Faktoren wie eine starke Patientenorientierung gehören hinzu. Aber das Ethik-Komitee leistet einen tragenden Beitrag zu diesem Gesamtprofil, wenn es es schafft, ganz in die Strukturen des Krankenhauses integriert zu werden, d.h. konkret, wenn es in den Alltag des Hauses hineinwirkt.

„Inneres“ Selbstverständnis und „äußeres“ Profil werden in Zukunft noch wichtiger werden. Der Wettstreit im sozialen Dienstleistungsbereich wird „zunehmend ein Wettstreit der tragenden Orientierungen, Prägungen, altmodisch gesagt: der Gesinnung sein ... und nicht allein ein Wettbewerb um meßbare Leistungen, um Preis und Gewinn“⁶. Schon jetzt gibt es wohl, „vielleicht zur Zeit noch nicht recht sichtbar, so etwas wie eine ‚ethische Konkurrenz‘, der evangelische Krankenhäuser sich stellen sollten“⁷. Trifft dies zu, dann kann die Existenz und Arbeit eines Ethik-Komitees die Krankenhauswahl von potentielle Patienten und einweisenden Ärzten beeinflussen. Schließlich ist das Ethik-Komitee neben einem schriftlichen Leitbild⁸ besonders dafür geeignet, ein Wert- und Prinzipienprofil der Einrichtung aufzuzeigen.

Die Institutionalisierung von Ethik aus Sorge um den Menschen

Das Klinische Ethik-Komitee eröffnet die Möglichkeit, der für konfessionelle Krankenhäuser oft eingeforderten ethischen Kompetenz und Reflexion tatsächlich einen Ort zu geben. Ethische Reflexion findet im Krankenhaus sicherlich auch an anderen Orten statt. Wird sie jedoch institutionalisiert, bietet dies die Gelegenheit und Sicherheit, in definierten Strukturen Werte, Normen und Verantwortlichkeiten bedenken und abwägen zu können. Durch die Einrichtung und Erhaltung eines entsprechenden Forums kommt das Krankenhaus seiner institutionellen Verantwortung nach. Diese betrifft zum einen Patienten wie Mitarbeiter, denen die Förderung einer klinikinternen Entscheidungskultur zu Gute kommen wird. Den Mitarbeitern wird gleichzeitig ein neuer Ansatzpunkt zum Nachdenken über die Grundlage, den Sinn und das Ziel ihres Handelns gegeben. Zum anderen kann die Investition⁹ in Ethik zum wirtschaftlichen Überleben der Einrichtung beitra-

⁶ VIETINGHOFF, E. V., 125 Jahre Ev. Stift Alt- und Neu-Bethlehem in Göttingen (17. Oktober 1997). Diakonie: Zum alten Ziel auf neuen Wegen (unveröffentlichtes Manuskript), S. 5.

⁷ DEGEN, J., Ein Kapitel „Trägerethik“. Reproduktionsmedizin an evangelischen Krankenhäusern, in: EK 27 (1994), S. 279.

⁸ Ein Leitbild ist ein handlungssteuerndes Bezugssystem von Werten, Aufgaben, Zielen und Traditionen eines Unternehmens. In einer steigenden Zahl von Unternehmen wird es nach einem meist längeren Entwicklungsprozeß verschriftlicht.

⁹ Die finanziellen Kosten für die Einrichtung eines Ethik-Komitees werden nicht besonders hoch sein. Auch dürften sie angesichts der (reduzierten) Belastungen durch ethischen Streß nicht ins Gewicht fallen. Wichtiger ist die Unterstützung der Arbeit durch die Leitung, von der Zustimmung zur bzw. Förderung der Einrichtung des Komittes bis hin zu Übernahme von Leitlinien.

gen, einem Primärziel jeder Institution. Die Förderung eines durch die Institutionalisierung sicht- und spürbaren verantworteten Umgangs mit ethischen Fragen setzt das Leitbild in einem Bereich konkret um und schärft das Profil.

Das Ethik-Komitee verspricht nicht die Lösung aller ethischen Fragen im Krankenhaus. Es hat seine Grenzen. Z. B. kann es für den schnellebigen Krankenhausalltag leicht zu behäbig sein. Die verschiedenen Mitglieder des Komitees werden nicht immer rechtzeitig beraten können oder ausreichend Zeit für die notwendigen Diskussionen haben. Auch erzeugen zumindest die Konsensentscheidungen eines respektierten Gremiums potentiell moralischen Druck auf diejenigen, die letztlich in einem Fall entscheiden müssen.

Andererseits werden durch die Einrichtung eines Ethik-Komitees demokratische Werte wie Gleichheit und Transparenz sowie argumentative und diskursive Überzeugungskraft etabliert. Damit wird eine Bewegung ausgelöst, die unreflektierte, intuitive, ideosynkratische und machtbestimmte Entscheidungen zurückweist. Das ist viel. Ethische Handlungskompetenz wird erworben. Neue Kommunikationsmuster werden eingeübt. All dies stärkt nicht nur für jetzt, sondern bereitet auf eine Zukunft vor, in der noch größere Probleme durch weitere technische Neuerungen und vor allem durch die Fragen der Allokation oder gar Reduktion von Mitteln anstehen werden.

Und noch ein letzter Grund für die konfessionellen Krankenhäuser, ein Ethik-Komitee einzurichten: Die Einführung eines Ethik-Komitees wird bei entsprechender Wirkung auf die eigene Einrichtung und die Öffentlichkeit nicht ohne Folgen auf andere Einrichtungen bleiben. Gute Ideen regen zur Nachahmung an und bringen Dritte gar unter Zugzwang. So kann der jetzige „Außenseiterstatus“ später zum „Branchenstandard“¹⁰ werden! Das Profil mag darunter leiden. Jedoch ist bis dahin ein Innovationsvorsprung erreicht, und schließlich geht es nicht nur um die *einem* Krankenhaus anvertrauten Menschen, sondern um die Sorge für *alle* Kranken. Ihnen als ganzen Menschen zu dienen. Das war und das ist das Ziel konfessioneller Krankenhäuser.

¹⁰ BLICKLE, G. (Hrsg.), Ethik in Organisationen. Konzepte – Befunde – Praxisbeispiele, Göttingen 1998, S. 12.

Erfahrungen aus dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin

Vorgeschichte

Ein kurzer Blick in unsere Geschichte ist notwendig, um die Hintergründe und Chancen unserer Initiative zu verstehen.

An unserem heutigen Standort hier in Berlin wurde 1893 die zweite Berliner Landesirrenanstalt Herzberge eröffnet (2000 Betten), nach dem die Kapazität der ersten Landesanstalt Dalldorf, heutige Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, für Berlin nicht mehr ausreichte. Bis zum 31. Dezember 1991 wurde hier ein Städtisches Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie geführt.

1843 entstand in der Mitte der Stadt Berlin die kirchliche Stiftung Königin Elisabeth Hospital, als Kinderkrankenhaus gegründet, später kam das Diakonissen-Mutterhaus als Träger dazu. Diese Stiftung mußte 1945 ihr Krankenhausgelände verlassen, weil es von der Roten Armee beschlagnahmt wurde. Sie fand 1946 Platz als Untermieter in einem Teil des Psychiatriekrankenhauses hier im Gelände Herzberge. Bis zum 31. Dezember 1991 haben beide Krankenhäuser, mit je sehr unterschiedlicher Tradition und Trägerschaft, nebeneinander und völlig unabhängig voneinander gearbeitet.

Im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands und der eröffneten Möglichkeit der Trägervielfalt im Osten schlossen sich beide Krankenhäuser unter dem Dach des Diakonischen Trägers Ev. Diakoniewerk Königin Elisabeth (EDKE) zu einem Krankenhaus zusammen. Der städtische Träger brachte 600 Betten mit (500 Psychiatrie, 100 Neurologie), der Ev. Träger brachte 240 Betten (120 Innere, 120 Chirurgie) und eine große Krankenpflegeschule ein. Die Psychiatrie ist und bleibt also von der Bettenzahl her das bestimmende Fachgebiet. Somit waren die besten Rahmenbedingungen gegeben, um auch psycho-somatische Medizin umzusetzen, zu leben – und den Anspruch einer ganzheitlichen Sicht des Patienten existentiell zu praktizieren.

Das Evangelische Krankenhaus KEH

Sicher waren in den ersten Jahren Strukturfragen, schwierigste Wege zur Verschmelzung von bisher getrennten Bereichen, technische Infrastruktur und wirtschaftliche Führung des ganzen vorrangig zu klären und zu bewäl-

tigen. Ethische Fragestellungen standen hinten an. Klar war uns jedoch schon bald, daß die in diesem so besonderen Ev. Krankenhaus vorhandenen Fachkompetenzen und raschen Entwicklungen in der Medizin nach der Wende uns in unserem Handeln intensiv und existentiell herausfordern würden. Die Chancen lagen vor den Füßen. Jeder bisherige Krankenhausteil brachte seine Identität ein, jeder sollte seine spezifischen Prägungen und Erfahrungen konstruktiv vermitteln, um so zu einem neuen Miteinander und zu einem gemeinsamen Handeln in der Medizin und Pflege unter dem kirchlichen Träger zu finden: mit Mitarbeitern, von denen zwei Drittel keiner christlichen Kirche angehören, die also sehr unterschiedliche Sozialisationen mitbringen.

Spezialisierungen in einigen Fachbereichen durch z. B. Urologie, Gefäßchirurgie, Dialyse, Angiographie, Epilepsiezentrum IV mit invasiver Diagnostik, bis hin zu Organentnahme und Organtransplantation, sowie modernste medizintechnische Ausstattung brachten einerseits weitere enorme Herausforderungen und Chancen, andererseits aber auch Notwendigkeiten, nun 6 Jahre nach dem Zusammenschluß beider Häuser sich ethischen Fragestellungen zu stellen. Und zwar nicht nur in der Alltagsmedizin, im täglichen Handeln, sondern auch in bestimmten Grundsatzfragen in der rasanten Entwicklung der Medizin und Pflege unseres Hauses, mit seinem diakonischen Profil. Die Herausforderungen könnten nicht größer sein.

Unsere ersten Schritte zum Ethik-Komitee

Immer wieder sind natürlich in diesen Jahren ethische Fragestellungen besonders in der regelmäßigen Chefarztberatung erörtert worden, andere Berufsgruppen des Krankenhauses fehlten dabei. Zu bestimmten Fallbeispielen wurden zur Beratung ad hoc kleine Gesprächsgruppen zusammengerufen, auch dann mit Vertretern anderer Berufsgruppen. Jede größere medizinische Fachabteilung macht ihre Weiterbildung, ethische Probleme bleiben dabei nicht außen vor. Im Referat für Fort- und Weiterbildung werden Seminare und Weiterbildungen angeboten, einschließlich der Theologen als Referenten, zu den üblichen Themen eines Ev. Krankenhauses. Vieles läuft nebenher, wie üblich, man weiß und hört wenig voneinander.

Wir waren auf der Suche nach einem Anstoß, nach Unterstützung auch von außen, alleine war es nicht zu bewältigen.

Einer Ausgabe der Verbandsmitteilungen des DEKV entnahm ich den Hinweis zu einem Workshop der Henrietten-Stiftung in Hannover. Das war der Anstoß. Schnell wurde ein Inhouse-Workshop bei uns verabredet. Wir haben dazu 30 kompetente, hochmotivierte und engagierte Mitarbeiter unseres Hauses aus allen Berufsgruppen eingeladen. Unter Moderation der Diakonischen Akademie Deutschland, der Henrietten-Stiftung Hannover und

anderer Fachreferenten wurde dieser Ein-Tages-Workshop zu einem großartigen Erfolg. Die blaue Broschüre „Ethik-Komitee im Krankenhaus“ war uns in Vorbereitung und Durchführung dabei eine wichtige Handreichung. Alle waren sensibilisiert, es sollte unverzüglich weitergehen.

So lud die Krankenhausleitung interessierte Mitarbeiter zu einer Initiativgruppe ein, 20 meldeten sich freiwillig, wieder aus allen Berufen. Alle wurden von der Krankenhausleitung in diese Initiativgruppe berufen. Diese Gruppe war zeitlich befristet eingesetzt, sie tagte 4 mal und stand unter externer Leitung und Moderation. Hier konnte offen, vorsichtig strukturiert und engagiert darüber geredet werden, was als „ethische Themen“ im Hause so dran war, Mitglieder der Leitung waren nicht dabei. Grundlage u.a. war die erwähnte blaue Broschüre. Die dort vorgeschlagenen Arbeitsschritte wurden erprobt und den Bedingungen des eigenen Hauses angepaßt.

Sozusagen als „Nebenprodukt“ ist der Leitung des Hauses ein Papier „Fragestellungen zu Ethik und Leitbild im Ev. Krankenhaus KEH“ übergeben worden.

Das sind Aufgaben für die Arbeit in der Krankenhausleitung, z. B. das bereits vorliegende Leitbild nun auch wirklich zu praktizieren, dafür Seminare, Gesprächsforen und Weiterbildungen anzubieten. Als offizielles Ergebnis liegt uns seit Ende Januar 1999 ein Konzept vor: „Klinisches Ethik-Komitee im Ev. Krankenhaus KEH“. Auf der Basis dieses Konzeptes wird nun von unseren Mitarbeitern (!) – Welch ein Wandell – die Gründung eines Ethik-Komitees empfohlen, zu Zielen, Zusammensetzung und Arbeitsweise des Komitees gibt es darin klare Aussagen und Empfehlungen.

Nun ist die KHL aufgefordert, das Ethik-Komitee einzusetzen und die Mitglieder zu berufen. Es ist in diesem einen hinter uns liegenden Jahr eine breite Diskussion in Gang gekommen. In unserer Mitarbeiterzeitschrift und auch in unterschiedlichen Zusammenkünften des Hauses wurde laufend informiert, auch diskutiert. Wir sind dankbar für diese vielen Anstöße bisher, sie haben auch zur Prägung unserer Dienstgemeinschaft beigetragen. Der nächste Schritt darf nicht lange auf sich warten lassen.

Alfred Simon

Erfahrungen aus dem Katholischen Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen

Am Katholischen Krankenhaus Neu-Mariahilf¹ in Göttingen ist im Zuge der Umsetzung des neuen Krankenhausleitbildes im Sommer 1998 ein Klinisches Ethik-Komitee eingerichtet worden. Der Aufbau des Komitees wurde von der Akademie für Ethik in der Medizin² inhaltlich und organisatorisch unterstützt.

Dem Ethik-Komitee gehören an: ein Ethiker, ein Religionslehrer, eine Juristin, eine Bürgerin, eine Oberärztin, ein Oberarzt, ein Chefarzt, zwei Krankenschwestern, eine Lehrkrankenschwester, der Geschäftsführer und die Oberin. Aufgabe des Ethik-Komitees ist es, den Mitarbeitern des Hauses sowie den Patienten und deren Angehörigen bei schwierigen Entscheidungen beratend zur Seite zu stehen. Darüber hinaus bietet das Komitee mit dem sogenannten „Ethik-Café“ ein offenes Forum für die Diskussion aktueller medizinethischer Fragen an.

Die Entstehungsgeschichte

Die Einführung des Klinischen Ethik-Komitees wurde behutsam vorbereitet. Nach ersten Gesprächen im Sommer 1997 wurde im Herbst zunächst eine hausinterne Veranstaltungsreihe zu verschiedenen ethischen Themen (Aufklärung; Therapiebegrenzung; Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen) vorangestellt. Eine Broschüre mit den Beiträgen der einzelnen Veranstaltungen wurde an alle interessierte Mitarbeiter im Haus kostenlos verteilt. Im Rahmen eines öffentlichen Informationstages zu den verschiedenen Projekten der Leitbildumsetzung im Januar 1998 wurde das Konzept des Ethik-Komitees vorgestellt. Die Mitarbeiter wurden dazu ermuntert, sich aktiv an vier Vorbereitungsseminaren im Frühjahr 1998 zu beteiligen. In diesen wurde die Geschäftsordnung des Ethik-Komitees erarbeitet und dessen Arbeitsweise anhand von Fallbeispielen eingeübt. Im Juni 1998 wurde die Geschäftsordnung verabschiedet und die Auswahl der insgesamt zwölf Mitglieder des Ethik-Komitees getroffen. Nach der konstituierenden Sitzung

¹ Das Krankenhaus Neu-Mariahilf gGmbH ist ein Krankenhaus der Grund- u. Regelversorgung mit 135 Betten und etwa 250 Mitarbeitern. Träger des Krankenhauses ist die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul in Hildesheim.

² Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. ist ein gemeinnütziger Verein mit Geschäftsstelle in Göttingen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, den Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, den Heilberufen und im Gesundheitswesen durch entsprechende Projekte und Veranstaltungen zu fördern.

im Juli stellten sich die Mitglieder des Komitees im September den Mitarbeitern des Hauses vor und nahmen ihre Arbeit auf.

Die bisherige Arbeit

Die Mitglieder des Ethik-Komitees treffen sich einmal im Monat, um aktuelle Anfragen zu bearbeiten oder andere Aktivitäten des Komitees zu planen und vorzubereiten. Im Mittelpunkt der ersten Sitzung stand die Vorbereitung des Ethik-Cafés am 12. November 1998, bei dem es um das Thema „Umgang mit Verlust in der Schwangerschaft“ ging. Als Gäste der Diskussion konnten die Initiatorin einer lokalen Selbsthilfegruppe betroffener Eltern sowie der Leiter des Göttinger Instituts für Rechtsmedizin gewonnen werden. Eine Assistenzärztin der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung führte in die Thematik ein.

Ausgehend von Berichten in den Medien, wonach die Schlacke verbrannter Fehlgeburten – darunter versteht man totgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 500g, die keiner gesetzlichen Bestattungspflicht unterliegen – auch im Straßenbau Verwendung fand, diskutierten die etwa 25 Teilnehmer über einen menschenwürdigen Umgang mit totgeborenen Kindern sowie über mögliche Hilfestellungen für deren Eltern. Als ein konkretes Ergebnis der Diskussion kann das Angebot des Leiters der Rechtsmedizin betrachtet werden, Fehlgeburten in der Rechtsmedizin zu sammeln, um sie anschließend auf einem anonymen Gräberfeld zu bestatten. Entsprechende Gespräche mit dem Friedhofsamt sowie mit den anderen Krankenhäusern in Göttingen werden zur Zeit geführt.

Der erste Antrag an das Ethik-Komitee wurde Anfang dieses Jahres gestellt. Mitarbeiter des Pflgeteams der Intensivstation baten das Komitee, ausgehend von einem konkreten Fall, zur Frage der Therapiebegrenzung bei Patienten im präfinalen Stadium Stellung zu nehmen. In seinem Votum wies das Ethik-Komitee zunächst auf die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung hin, in denen dem Patientenwillen sowie dem Gespräch mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern eine entscheidende Bedeutung bei der Frage der Änderung des Therapieziels beigemessen wird. Ferner betonte es, daß der im Diskurs zwischen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern gefundene Konsens im Krankenblatt zu dokumentieren ist. Dies sollte – insbesondere bei Entscheidungen am Lebensende – durch den Chef- oder Oberarzt der jeweiligen Abteilung in Form einer eindeutigen schriftlichen Notiz erfolgen.

Das Thema Patientenselbstbestimmung am Lebensende war auch Gegenstand des zweiten Ethik-Cafés am 24. Februar 1999, bei dem es um „Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen“ ging. Ein Arzt und eine Krankenschwester stellten die genannten Rechtsinstru-

mente vor und berichteten über ihre bisherigen Erfahrungen mit solchen Dokumenten. Die nachfolgende Diskussion zeigte eine erhebliche Unsicherheit, was den Umgang mit und die Bedeutung von Patientenverfügungen betrifft. Einigkeit bestand darin, daß solche Verfügungen an Bedeutung gewinnen werden. Es wurde daher vereinbart, das Thema forzuführen und zum Gegenstand einer Innerbetrieblichen Fortbildung zu machen.

Im zweiten Antrag, der Ende Januar eingegangen ist, ging es um einen Fall von plastischer Wiederherstellung des Hymen (Jungfernhäutchen) bei einer 16-jährigen türkischen Patientin. Das Komitee befürwortete im Hinblick auf die Notlage, in der sich das Mädchen befand, den Eingriff, betonte aber zugleich, daß dieser Eingriff das eigentliche Problem, die widersprüchlichen Erwartungen und Zwänge, die aus einem Leben in zwei Kulturen resultieren, nicht lösen kann. Der Arzt hat daher die Aufgabe, die Patientin im Aufklärungsgespräch darauf hinzuweisen und mögliche Alternativen zur Hymenrekonstruktion zu erörtern. Ferner sollte er konkrete Hilfestellung – z. B. in Form der Vermittlung einer geeigneten Kontakt- oder Beratungsstelle – anbieten. Eine Liste entsprechender Stellen in Göttingen und Umgebung wurde dem Votum beigelegt.

Vorläufiges Resümee

Die bisherigen Erfahrungen des Klinischen Ethik-Komitees am Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen sind überaus ermutigend und geben zur Hoffnung Anlaß, daß sich das Komitee als konstitutiver Bestandteil des Krankenhauses etablieren wird. Ausschlaggebend für den so erfolgreichen bisherigen Verlauf waren u. a. folgende Faktoren:

- Die Einbettung des Klinischen Ethik-Komitees in den Prozeß der Leitbildumsetzung.
- Das Bemühen, alle Berufsgruppen und alle hierarchischen Ebenen des Krankenhauses von Anfang an in den Aufbau des Klinischen Ethik-Komitees miteinzubeziehen.
- Die Einbeziehung externer Personen (ebenfalls von Anfang an).
- Die Transparenz bei der Auswahl der Mitglieder des Ethik-Komitees, die von den Mitgliedern der Vorbereitungsseminare bestimmt und anschließend vom Direktorium auf zwei Jahre berufen wurden.
- Das Angebot des Ethik-Cafés, das sich nicht nur als offenes Forum für die Diskussion aktueller ethischer Fragen des Klinikalltags, sondern auch als Medium der Kommunikation zwischen Ethik-Komitee und den MitarbeiterInnen des Hauses bewährt hat.

Der erfolgreiche Start soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß das Klinische Ethik-Komitee am Krankenhaus in Neu-Mariahilf erst am Anfang seines Weges steht.

Erfahrungen aus dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied und dem St. Josef-Krankenhaus in Bendorf

Wer sind wir?

Das St. Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied gehört mit 29 anderen Krankenhäusern zur Elisabeth GmbH, dem größten freigemeinnützigen Träger Deutschlands. Das Krankenhaus hat seit dem 1. Juli 1998 494 Betten (zuvor 528), mit den Hauptfachabteilungen Med. Klinik I, Med. Klinik II (Nephrologie/Dialyse), Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, Anästhesiologie, Radiologie und den Belegabteilungen HNO und MKG. Das St. Josef-Krankenhaus in Bendorf gehört ebenfalls zur St. Elisabeth GmbH; es hat 180 Betten und die Fachabteilungen Innere Medizin und Orthopädie. Das St. Elisabeth-Krankenhaus und das St. Josef-Krankenhaus kooperieren eng – inzwischen sind beide Krankenhäuser als erster Krankenhausverbund gemeinsam nach ISO 9001 zertifiziert.

Wie kam es zur Einrichtung des Klinischen Ethik-Komitees?

Am 22. Mai 1996 fand eine gemeinsame Veranstaltung der St. Elisabeth GmbH und der Caritas-Trägersgesellschaft Saarbrücken statt. Das Thema lautete „Medizin und Ethik im Gespräch“, der Hauptreferent war Herr Prof. Erny Gillen, Moralthologe und Präsident der Caritas Luxemburg. Von Herrn Prof. Schmid, dem damaligen Vorsitzenden der Geschäftsführung der St. Elisabeth GmbH, wurden die anwesenden Ärzte aufgefordert, Klinische Ethik-Komitees zu gründen.

An die Aufforderung schlossen sich für uns nahtlos mehrere Fragen an:

- Reicht ein Vortrag aus, um zu wissen, was ein Ethik-Komitee ist?
- Wissen alle, die beteiligt werden sollen, wirklich, was Ethik ist?
- Reden alle von demselben, wenn sie über Ethik reden?

Alle Fragen waren mit einem klaren „Nein“ zu beantworten.

Was ist für die Einrichtung eines Klinischen Ethik-Komitees erforderlich?

Es war notwendig, einen Stamm von (zunächst) Ärzten, später auch anderen Berufsgruppen zu schulen, um zu erreichen, daß

- alle das Gleiche meinen, wenn sie über Ethik reden, und
- daß klar würde, aus welchem Personenkreis ein Ethik-Komitee bestehen soll, welche Aufgaben es hat, und welche Aufgaben es sich nicht anmaßen darf.

An jeweils 3 ganztägigen Seminartagen (samstags) wurden 3 Gruppen von jeweils 8 Ärzten (Assistenzärzte, Oberärzte, Chefärzte gemischt) und in einem weiteren zweitägigen Seminar eine interdisziplinäre Gruppe (kaufmännischer Direktor, Leiter Stabsstelle und Unternehmungsplanung, Leiter Rechnungswesen/Controller, Pflegedirektoren beider Krankenhäuser, eine stellvertretende Pflegedienstleitung, eine ehrenamtliche Mitarbeiterin und ein Arzt) unterrichtet. Die Seminare wurden von Herrn Prof. Gillen durchgeführt und waren für alle Beteiligten hochinteressant und persönlich bereichernd.

Folgendes wurde klar:

- daß gelegentlich Kommunikationsschwierigkeiten mit ethischen Problemen verwechselt werden,
- daß der Patientenwille zu wenig Beachtung findet,
- daß es gelegentlich schwierig ist, eine Güterhierarchie aufzustellen, und
- daß es schwierig ist, die nötige Denkdiziplin einzuhalten.

Alle Teilnehmer der Seminare wären gerne bereit gewesen, Teilnehmer des Komitees zu werden.

Da in einem Komitee auch ein sogenannter Bürger, ein Jurist und ein Theologe als Moderator vertreten sein sollten, die nicht aus dem eigenen Krankenhaus stammen, galt es, geeignete Menschen für diese Aufgabe zu finden und zu begeistern. Da bei der Moderation nicht der pastorale Aspekt im Vordergrund stehen sollte und eine mögliche Befangenheit auszuschließen ist, wurde im Einverständnis mit den Seelsorgern des Hauses ein externer Theologe gesucht, obwohl die Kompetenz im eigenen Hause vorhanden gewesen wäre. Auf die Suche machten sich die Krankenhausoberin und die Ärztliche Direktorin, die schließlich erfolgreich waren. An der Gründungssitzung am 4. April 1998 nahmen 28 Personen teil, der Moderator Herr Dr. Heribert Niederschlag SAC, Rektor der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar sowie Herr Prof. Gillen.

Es wurden noch einmal folgende Punkte hervorgehoben:

- die Aufgabe des Moderators zu entscheiden, ob überhaupt ein ethisches Dilemma formuliert wurde, d.h. ob der Antrag angenommen wird oder nicht,
- die Verpflichtung des Moderators zur unparteilichen Moderation,

- der Hinweis darauf, daß der Antragsteller damit nicht seiner Verantwortung enthoben ist, sondern die Wahl hat, das Votum entweder anzunehmen oder abzulehnen.

Schließlich wurden Vereinbarungen getroffen, die sich auf Tagungsort, Protokollführung, Sitzungsdauer und ähnliches bezogen.

Die Mitglieder des Ethik-Komitees und ihre Vertreter wurden gewählt, ein Bürgervertreter, ein Seelsorger (die Seelsorger beider Krankenhäuser und Konfessionen je nach Zuständigkeit), Vertreter des Pflegedienstes beider Krankenhäuser, der Verwaltung, der Ärzte beider Krankenhäuser, externe (aus dem Krankenhaus in die Niederlassung ausgeschieden oder pensioniert) und interne Ärzte, Vertreter der verschiedenen Fachabteilungen. Es wurde vorgesehen, daß später für den seelsorgerischen Bereich z.B. auch ein muslimischer Geistlicher zu gewinnen sei, um auch muslimische Wertvorstellungen berücksichtigen zu können. Es folgte eine weitere Schulung im pflegerischen Bereich durch den Moderator. Bei diesem Seminar wurde klar, daß im Vorfeld die Informationen an den pflegerischen Bereich nicht breit genug gestreut waren. Es bestand offensichtlich Klärungsbedarf darüber, daß es nicht um eine paritätische Besetzung des Komitees geht, in dem Sinne, daß auch aus der internistischen, chirurgischen, pädiatrischen Pflege Mitglieder jeweils gleichzeitig vertreten sein sollten. Die Ausräumung dieses Mißverständnisses hätte durch die bessere Vorbereitung wie sie im ärztlichen Bereich erfolgte, vermieden werden können.

An zwei Sitzungstagen wurde die Geschäftsordnung des Klinischen Ethik-Komitees erarbeitet, die durch die Direktorien beider Krankenhäuser am 16. Oktober 1998 in Kraft gesetzt wurde.

Am 30. Oktober 1998 fand die Besprechung eines Übungsfalles statt. Entsprechend den Vereinbarungen werden alle Gutachten (anonymisiert) sowie ergänzendes Informationsmaterial nicht nur den Komiteemitgliedern, sondern allen Seminarteilnehmern und Interessierten zugestellt, um die Arbeit des Ethik-Komitees möglichst weit bekannt zu machen und insbesondere das Interesse daran wachzuhalten (der Verteilerschlüssel beinhaltet z. Zt. 51 Personen).

Da der Beginn der Arbeit zunächst schleppender vorankam als geplant, wurde ein für November 1998 vorgesehenes Bilanz-Gespräch auf den 8. Februar 1999 verschoben. Alle Teilnehmer haben sich für zwei Jahre verpflichtet. Danach soll ein erneutes Bilanz-Gespräch geführt werden mit der Entscheidung, ob und in welcher Form das lokale Ethik-Komitee weitergeführt werden soll.

Am 14. Januar 1999 trat das Ethik-Komitee erstmalig auf Anfrage zusammen, unter Leitung der Vertreterin des Moderators, der Krankenhausoberin

beider Krankenhäuser, Frau Garvert. Die Einberufung der Komiteemitglieder gelang innerhalb von zwei Stunden, das ethische Problem lag inzwischen auch schriftlich formuliert vor, die „Spielregeln“ einschließlich des zeitlichen Rahmens wurden eingehalten. Nach diesem gelungenem Auftakt sehen die Teilnehmer dem anstehenden Bilanz-Gespräch gelassener entgegen.

Resümee

Was war aus heutiger Sicht gut:

- daß bei der Auftaktveranstaltung am 22. Dezember 1996 viele Ärzte unseres Krankenhauses beteiligt waren, gut informiert und überzeugt,
- die Schulung im Vorfeld (sicher wie immer abhängig von der Qualität des Lehrers),
- die daraus resultierende Motivation, sich in einem solchen Komitee zu engagieren, und
- die aus der Schulung resultierende Einsicht, daß auch in diesem Gebiet die Einhaltung der nötigen Disziplin schwierig ist.

Was war schlecht:

- die im Vorfeld ungenügende Einbindung der zahlenmäßig größten Gruppe, des Pflegedienstes und die daraus resultierenden Mißverständnisse.

Welche grundsätzlichen Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?

- vor Gründung eines Ethik-Komitees sind Schulungen unbedingt erforderlich,
- der Moderator muß ein „Profi“ sein,
- die Krankenhausleitung muß volle Unterstützung gewähren,
- Informationen über das Ethik-Komitee und seine Arbeit müssen im Krankenhaus ausreichend und breit gestreut werden,
- Bilanz-Gespräche sind notwendig.

Unter diesen Voraussetzungen kann und darf das lokale Ethik-Komitee dem Antragsteller zwar nicht die Verantwortung abnehmen, kann aber dazu beitragen, das Problembewußtsein des betroffenen Arztes zu erweitern und ihm die Sicherheit zu geben, mit seinem Problem nicht allein gelassen zu werden. Das Interesse an einem Klinischen Ethik-Komitee erscheint groß. Welche Akzeptanz ein solches Komitee haben wird, hängt vermutlich von der Qualität seiner eigenen Arbeit ab.

Autorenverzeichnis

BERNDT, Christian, Evangelischer Pastor, Schwinger Ackerweg 6b,
D-21684 Stade

GEIßNER, Prof. Dr. Ursula, Professorin für Führungslehre und
Organisation, Dekanin des Fachbereichs Pflege an der katholischen
Fachhochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik und Pflege in
Freiburg, Karlstraße 63,
D-79104 Freiburg i. Br.

GILLEN, Prof. Dr. theol. Erny, Professor für theologische Ethik, Leiter der
Confédération Caritas Luxembourg, Postfach 1721, L-1017 Luxembourg

GREEVEN, Dr. med. Gabriele, Chefärztin, Institut für diagnostische
Radiologie am St. Elisabeth-Krankenhaus Neuwied, Postfach 1345,
D-56503 Neuwied

HELBIG, Wolfgang, Evangelischer Pastor, Vorsitzender des Deutschen
Evangelischen Krankenhausverbandes e.V., emeritierter Vorsteher der
Henriettenstiftung Hannover, Leineinsel 26, D-30519 Hannover

LAUER, Werner, emeritierter Geschäftsführer des Katholischen Kranken-
hausverbandes Deutschlands e.V., Emil-Gött-Weg 6, D-79312 Emmen-
dingen

PASSAUER, Thomas, Evangelischer Pastor, Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergerstraße 79, D-10365 Berlin

SIMON, Dr. phil. Alfred, Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der
Medizin e.V., Moderator des Klinischen Ethik-Komitees am Krankenhaus
Neu-Mariahilf gGmbH in Göttingen, Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen