

**“System überwinden, Wandel gestalten, Zukunft gewinnen
- unsere Qualität auf dem Prüfstand”**

Herausforderungen an klinische Ethik-Komitees

Das immer wieder geäußerte Bedürfnis nach ethischer Reflektion medizinischen und pflegerischen Handelns hat in manchen Ländern dazu geführt, klinische Ethik-Komitees an den einzelnen Krankenhäusern einzurichten. Vor diesem Hintergrund erwägen zur Zeit der Katholische und Evangelische Krankenhausverband Deutschlands eine gemeinsame Empfehlung herauszugeben. Die thematische Hinführung, wie sie den Vorständen der beiden Verbände am 1. Juni 1995 in Köln-Hohenlind vorgelegt wurde, stellt die beiden ersten Teile meines Beitrages dar. Im ersten Kapitel wird der Begriff und die Wirklichkeit der Ethik im Krankenhaus besprochen, während der zweite Teil die einzurichtenden Komitees in ihrer Grundstruktur umschreibt. ¹ Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den Herausforderungen, die die Einführung solcher Komitees konkret darstellt.

1. Ethik-Begriff und Wirklichkeit

Die Vokabel Ethik hat sich besonders in den letzten Jahren zu einem neuen Brennpunkt für viele delikate Themen entwickelt. So kann der Rekurs auf "die Ethik" mal die Einführung einer neuen Autorität bedeuten, mal die Beschwörung der individuellen Freiheit. Vom Selbstverständnis der Ethik her gesehen, gehören jedenfalls die zwei Eckwerte Autorität und Freiheit zusammen und dürfen weder auf den einen noch auf den anderen reduziert werden. In der Tat verpflichtet die ethische Soll-Aussage nur im Rahmen der vernünftigen Freiheit des Menschen. Und umgekehrt kann sich die individuelle Freiheit nicht einfach über die normative Kraft des Wirklichen hinwegsetzen, ohne überdem die Freiheit selbst zu verlieren. In diesem zerbrechlichen Spielraum vollzieht sich die Ethik selber.

Der Ruf nach mehr Moral und Ethik wird gerade im Bereich der Biomedizin immer lauter. Zum Teil sind es einzelne Ärzte, die unsicher geworden sind, was noch zu ihrer Aufgabe gehört und was nicht. Zum anderen Teil sind es aber auch die Institutionen selbst, die das Bedürfnis nach ethischer Legitimation äußern. Wenn der Fachethiker wird sich sicherlich darüber freuen darf, daß das Interesse an seinem Fachbereich in den letzten Jahren dermaßen zugenommen hat, so muß er dennoch nüchtern feststellen, daß das wachgewordene Bedürfnis nach ethischer Klärung verschiedensten Interessen und Vorstellungen von Ethik entspringt. In dem hier gestellten Kontext möchte ich mich der Frage zuwenden, welche Bedingungen von den beiden christlichen Krankenhausverbänden zu schaffen wären, damit das Anliegen um eine tiefe und explizite Integration der Ethik in den Alltag des Krankenhauses für alle betroffenen Akteure sinnvoll und mitvollziehbar wird.

¹ Die angesprochene Empfehlung des Katholischen und Evangelischen Krankenhausverbandes hat sich diese Grundstruktur zueigen gemacht und sie in ihrer zu veröffentlichen Handreichung weiterhin präzisiert, um so dem Anliegen einer größeren Umsetzbarkeit nachzukommen.

1.1. Was Ethik ist und was sie leisten kann²

Der Motor der Ethik ist die Vernunft des Menschen, kraft derer er sich als einer erkennt, der unbedingt beansprucht ist, das Gute zu tun und das Böse zu lassen. So wie einerseits das Vorverständnis des Menschen um sich selber und die Welt ausschlaggebend für die Beantwortung der Frage nach dem Sittlichen ist, so sind es andererseits human- und naturwissenschaftliche Erkenntnisse und Daten. In diesem Sinn ist die "Ethik" eine Integrationswissenschaft.

Integriert die Ethik Ergebnisse anderer Wissenschaften, so bleibt sie dennoch eine autonome Wissenschaft, die das Handeln des Menschen normativ überdenkt und auslegt. Auch im Gebrauch des Theologen behält sie ihre Autonomie im Sinne einer inneren Rationalität des Sittlichen, die der Theologe "theonome Autonomie³" nennt. Manche sprechen in diesem Zusammenhang von der Unbeliebigkeitslogik menschlich praktischer Vernunft. Die Eigendynamik des den Menschen bewegenden sittlichen Anspruchs gehört jedenfalls zu den Grunddaten moderner Ethik - wenn auch in recht unterschiedlichen Sprachspielen.

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

Selbstverständlich ist es recht, etwa im Namen der Medizin oder im Namen der Politik Ethik zu betreiben. Doch wird man daran festhalten müssen, daß es einen entscheidenden und unüberwindbaren Unterschied gibt zwischen der Ethik, die im Namen - und somit auch im legitimen Interesse - der Medizin auftritt und der Ethik, die um ihrer selbst willen, also im Namen und im Interesse der Ethik selber vorgetragen wird.

² Dieser Teil 2 des Beitrags geht in seiner Grundstruktur auf meinen Vortrag "Im Namen der Ethik... - Ein Stachel gegen die Selbstgenügsamkeit" zurück, den ich am 13. Oktober 1993 anlässlich der feierlichen Inauguration des Fachbereiches Pflege und der Verabschiedung des scheidenden Verwaltungsratsvorsitzenden der Katholischen Fachhochschule Freiburg i.Br. Dr. Kurt Nachbauer gehalten habe. Der Vortrag ist integral im Sonderheft Nummer 5 der Zeitschrift KFH Focus, 15-20 veröffentlicht.

³ BÖCKLE, Franz, Theonome Autonomie. Zur Aufgabenstellung einer fundamentalen Moralthologie, in: Humanum. Moralthologie im Dienst des Menschen [Festschrift für R. EGENTER] hrsg. v. J. GRÜNDEL/F. RAUH/V. EID [Düsseldorf 1972], 17-46; ders., Theonomie und Autonomie der Vernunft, in: Fortschritt wohin? Zum Problem der Normenfindung in der pluralen Gesellschaft [Düsseldorf 1972], 63-86; ders., Glaube und Handeln, in: Mysterium Salutis. Grundriß heilsgeschichtlicher Dogmatik, hrsg. v. J. FEINER/M. LÖHRER [Zürich-Einsiedeln-Köln 1976], Bd. V: Zwischenzeit und Vollendung der Heilsgeschichte, 21-115; ders., Glaube und Handeln, in: Concilium 12(1976)641-647; ders., Fundamentalmoral (FM) [München 1977]; ders., Theonome Autonomie in der Begründung der Menschenrechte, in: Modernes Freiheitsethos und christlicher Glaube, hrsg. v. J. SCHWARTLÄNDER, [München-Mainz 1981], 303-321 [= Entwicklung und Frieden -Wissenschaftliche Reihe; Bd. 24]. GILLEN, Erny: Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie; Würzburg 1989.

Damit wird gesagt, daß die Ethik als philosophisch-wissenschaftliche Disziplin weder auf das Erfahrungswissen aus der Praxis (der Mediziner oder der Pflegenden) noch auf das Spezialwissen um das behandelte Objekt reduziert werden kann und darf, ohne sich dem Verdacht auszusetzen eher den - und ich wiederhole mich bewußt - *legitimen* Interessen einer Berufsethik nachzugehen als den Interessen der Ethik als Wissenschaft der Unparteilichkeit und Universalisierbarkeit.

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

1.1.1. Zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik

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

Es wäre verheerend, wenn gerade das positive Aufkommen der vielen Berufsethiken das Grundanliegen der Ethik selber torpedieren würde, indem es von einer bestimmten Berufsethik oder -orthopraxis auf die grundsätzliche Richtigkeit bestimmter Handlungen schließen würde. Die Feststellung, daß es beispielsweise in einem bestimmten konkreten Fall medizinisch sinnvoll wäre, eine Transplantation vorzunehmen, sagt über die medizinische Richtigkeit einer solchen Transplantation hinaus nichts weiter aus. Ob sie real vorgenommen werden soll oder nicht, bleibt im Kreis aller Betroffener - besonders auch der Pflegenden, die die Körper weiter pflegen müssen - zu klären und zu entscheiden.

Wenn ich den Mediziner und den Pflegenden als von einer medizinischen Krisensituation Betroffenen hinstelle, dann möchte ich damit Widerstand leisten gegen die häufig unausgesprochene Überzeugung, die Mediziner oder die Pflegenden würden Probleme einfach sachgerecht, das heißt fachlich lösen. Wäre dies tatsächlich der Fall, dann hätten wir es bei den Medizinern mit Medizintechnikern zu tun, die den Namen Arzt nicht verdienen würden, und bei den Pflegenden mit Pflegerobotoren, die den Namen Gesundheitsberufe nicht verdienen würden.

Gerade in der Sensibilisierung der auszubildenden Mediziner und Pflegenden für ihre Aufgaben im Bereich der Beziehung zwischen Patient, Arzt und Pflegenden, hat die Berufsethik eine wichtige Rolle zu spielen. Da beispielsweise der Arzt im Verhältnis zu seinem Patienten durch sein Wissen und seine gesellschaftliche Rolle einen Machtvorsprung hat, muß er lernen, diesen zu anerkennen und im Interessen seiner Patienten zu zähmen. Diese berufsspezifische Selbstkontrolle nennt man in den französisch-sprachigen Ländern "déontologie", also in unserem Fall "déontologie médicale".

Es ist sicherlich signifikant, daß in diesem Sprachkreis das Wort "Pflicht" gebraucht wird und nicht das "Passe-partout" "Ethik". Frei übersetzt könnte Berufsethik also etwa heißen: Selbstverpflichtung einer bestimmten Berufssparte. Daraus läßt sich dann eher auf eine *Selbstbescheidung* gegenüber den anderen - häufig existentiell oder wissenschaftlich überforderten - Partner im Interessenkonflikt schließen, denn auf eine Überlegenheit - und dann auch noch im Namen der Ethik. Mit anderen Worten: Es wird nicht genügen, Ethik unter dem Mantel der Berufsethik darzustellen. Die allgemeine Ethik gehört als eigenständige Disziplin in den Fächerkanon medizinischer Lehrbetriebe ebenso wie ins Krankenhaus. Man wird in Zukunft gut daran tun, Berufsethik und allgemeine beziehungsweise philosophische Ethik deutlich zu unterscheiden, auch wenn außer Frage steht, daß beide Größen aufeinander angelegt sind und verweisen.

1.1.2. Normen, die im Namen der Ethik entstehen

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

Wie bereits angedeutet, fallen ethische Normen nicht einfach vom Himmel, sondern müssen vom Menschen mit Vernunft und Überzeugung erarbeitet werden. Selbst verantwortlich vor ethischen Normen im Sinne des kategorischen Imperativs wird der mündige Mensch erst, wenn er sich selber mittels seiner Vernunft auf bestimmte Normen verpflichtet hat. Diese Anstrengung der Selbstverpflichtung kann ihm niemand abnehmen, ohne selber die Verantwortung für diesen Menschen zu übernehmen. Deshalb gehört es etwa zu den bedeutsamen Zielen der Erziehung von Kindern, diese so zu erziehen, daß sie willentlich und aus Einsicht und nicht lediglich aus Gehorsam dieser oder jener Norm folgen. Der Gehorsam kann der Vernunft in diesem Sinne wohl während einer begrenzten Übergangszeit Pate stehen; er kann sie jedoch nicht ersetzen.

Im Namen der Ethik kann nur heißen: im Namen der Unparteilichkeit und Universalisierbarkeit. Damit wird die Ethik als dritte Kraft im Interessenkonflikt zwischen den verschiedenen Parteien dahingestellt. Weil nun alle Parteien in einem Konflikt "im Namen der Ethik", das heißt im Namen "ihres" inhaltlichen oder beruflichen Standpunktes sprechen dürfen und sollen, bedarf es einer unparteilichen Moderation des Gesprächs. Die Rolle der allgemeinen Ethik wird es dabei sein, alle Standpunkte gerecht und ausführlich zu Wort kommen zu lassen, dafür zu sorgen, daß diese für die anderen auf ihrem jeweiligen Hintergrund plausibel und intelligibel werden. Bei dieser unparteilichen und formalen Moderation wird es darum gehen, allgemeine ethische Werte wie Wahrhaftigkeit, Respekt vor dem anderen, Freiheit und Selbstbestimmungsrecht ... vor dem Hintergrund des konkreten Konfliktes zu entfalten und mit in den Entscheidungsfindungsprozeß einzubringen.

Ausgesprochenes Ziel der Moderation "im Namen der Ethik" wird es sein, aus einer pragmatischen Handlungsstrategie eine ethisch relevante Situation für alle Betroffenen zu machen. Dabei wird hier als ethisch relevant eine Situation verstanden, die das Leben und die Wirklichkeit eines bestimmten Menschen oder eines bestimmten Umfeldes in ihrer Identität verändert. Entscheidungsträger in einem Konfliktfall soll derjenige sein, dessen

Identität auf dem Spiel steht. Die anderen Gesprächspartner sollen dazu angehalten werden, ihre fachlichen und berufsethischen Standpunkte für den Entscheidungsträger deutlich und verständlich in die Runde einzubringen. Der Moderator wird darauf achten, daß die vorgetragenen Positionen herrschaftsfrei sind, den Entscheidungsträger also nicht mit dem Entzug des fachlichen Beistands bedrohen. Im Namen der Unparteilichkeit wird er formal dafür eintreten, daß die Gleichheit aller Gesprächs- oder Entscheidungspartner prinzipiell gewährleistet wird und bleibt.

Desweiteren fällt dem Moderator zu, die vorgebrachten Argumente und Argumentationsketten auf ihre Kohärenz und Widerspruchsfreiheit hin zu überprüfen. In diesem Zusammenhang wird er unausgesprochene Prämissen oder uneingestandene Überzeugungen verdeutlichen. Er wird weitere Betroffene zum Gespräch dazuladen, damit alle möglichen Standpunkte zur Sprache kommen können. In diesem Forum der Entscheidungsfindung wird er dem Entscheidungsträger bei der Formulierung seiner Entscheidung behilflich sein. Er selber wird jedoch keine Entscheidung treffen, auch nicht indem er abstimmen läßt.

Gehört die Ermittlung des oder der Entscheidungsträger bereits zu einem ersten schwierigen Punkt im Forum ethischer Entscheidungsfindung, so trifft dies noch stärker zu, wenn es um das Bewußtmachen allgemeiner ethischer Werte geht. Hier kommt tatsächlich eine vierte Dimension ins Spiel, die auf inhaltlichen Vorentscheidungen beruht. Hier wird der Ethiker als Moderator eines ethischen Forums die schwierige Rolle haben, die allgemein etwa in den Menschenrechts- oder Grundrechtserklärungen anerkannten Werte und Inhalte mit ins Spiel der Abwägungen hineinzubringen.

1.2. Zur vierten Dimension der einen Ethik

Gerade diese vierte Dimension der Werte und Unwerte macht die Suche nach der richtigen und wahren Entscheidung erst zu einer material- oder inhaltlich-ethischen Frage. Und gerade hier scheinen sich in einer Welt der vielen inhaltlichen Ethiksysteme die Geister definitiv zu scheiden. Der einzige gemeinsame Inhalt oder Nenner scheint die Toleranz zu sein, die darin besteht, die Inhalte und Werte des anderen zu dulden, so lange diese die Freiheit und die Selbstbestimmung des einzelnen und der Gesellschaft nicht ruiniere.

Dieser gemeinsame Nenner, auf den sich alle Gesprächspartner durch ihre Teilnahme am Gespräch selber verpflichten, wird in manchen Kreisen aber negativ gewertet. Und dennoch gibt es seit der Formalisierung der Ethik als prinzipieller Gleichheit aller an einem bestimmten Prozeß beteiligter Personen keine andere denkbare Form. Diese Form zu beanstanden, kommt der Behauptung gleich, Ethik sei ein Wissen oder Verhalten, das die Herrschenden den anderen vorschreiben, damit diese sich daran halten können oder sollen. Hier wird deutlich, daß das Grundprinzip der Gleichheit aller Menschen über die Form hinausgeht und selber zum ersten und entscheidenden Inhalt der Ethik wird.

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

Die vierte Dimension der Ethik, die ihr als dritter Kraft im Interessenkonflikt zwischen den Parteien, erst ihren Geschmack und ihre Farbe verleiht kann also mehr oder weniger stark betont werden. In vielen Konfliktfällen wird es ausreichen, sich im Bereich der großen Schnittmenge der Menschenrechte zu begegnen, um zu einer adäquaten, sogenannten ethischen Lösung zu gelangen.

1.3. Ethik als Stachel gegen die Selbstgenügsamkeit

Diese Sicht der Dinge hat natürlich Konsequenzen für die Einführung ethischer Komitees in christlichen Krankenhäusern. Die von Erfahrung und Berufspraxis geprägten Mediziner können ihre Standpunkte und berufsethische Überzeugungen in den Diskurs um die Richtigkeit dieser oder jener ethischen Entscheidung aktiv in den Normfindungsprozeß einbringen, ohne eine "ideologische" Zensur ihrer Weltanschauung befürchten zu müssen. Im Spiegel der Standpunkte anderer Teilnehmer lernen sie ihren eigenen Standpunkt besser verstehen und artikulieren. Ethik wird dabei weniger als Wissen um früher entstandene Normen und Werte erfahren, denn als Normfindungsprozeß im konkreten Berufs- und Alltagsleben intelligibel gemacht. Der Respekt vor dem anderen und die prinzipielle Gleichheit der an ethischen Diskursen beteiligten Personen wird praktisch eingeübt, in einer Situation, die voller Hierarchie und Machtverhältnisse ist.

Diese Herausforderung, Ethik als Instrument der Gleichheit, in strukturell schwierigen und ungleichen Situationen kennen und gebrauchen zu lernen, gehört zur Herausforderung der Einführung ethischer Komitees.

1.4. Ethik im Kontext christlichen Glaubens

Damit sind wir bei einer wichtigen Frage angekommen: was heißt im Bereich der Ethik noch christlich, evangelisch oder katholisch? Wenn diese Fragen nicht ängstlich oder vermessen gestellt werden, sondern offen und ehrlich, dann kann die Antwort bescheiden aber lauter heißen: Christliche Ethik ist autonome Moral in christlichem Kontext. Das heißt: die Prinzipien und Grundinhalte der Ethik werden im Namen der Ethik, also im Namen der Unparteilichkeit und Universalisierbarkeit, nach philosophisch-wissenschaftlicher Manier dargestellt und gedeutet. Ethik ist nicht Sache einer Religion oder Weltanschauung, sondern der Fachlichkeit, die nach innen und außen kommunikabel und plausibel ist, dank ihrer Argumente und Vorgehensweise.

Inhaltlich-material hingegen wird Ethik in Bereichen, wo eine Berufung auf die allgemein anerkannten Menschenrechte nicht ausreicht, um zu einer begründeten normativen Aussage zu gelangen, in einem christlichen Krankenhaus auf das gelebte Ethos und die gelebte Überzeugung der christlichen Botschaft zurückgreifen, um von dort her nach begründeten Anhaltspunkten zu suchen. Immer aber wird sie Widerstand leisten gegen eine bequeme Selbstgenügsamkeit, die es bei mangelnder Klarheit vorzieht, ihre eigene und zufällige Meinung aufzudrängen, anstatt nach einer Meinung weiterzusuchen, die mindestens im Kreis einer gegebenen Gruppe konsensfähig und kommunikabel ist. Im Gefälle verschiedener Standpunkte und Menschenverständnisse darf und soll im konfessionellen Krankenhaus der christliche Standpunkt redlich und explizit privilegiert werden.

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

2. Zu den ethischen Komitees im Gesundheitswesen

2.1. Ihre Entstehung und Verschiedenheit ⁴

Oftmals wird die Erfahrung der Nürnberger Prozesse nach dem Zweiten Weltkrieg als Geburtsstunde ethischer Komitees hingestellt. In der Tat kann man eine bestimmte Art medizinischer Kommissionen auf diese Prozesse zurückführen. Vor allem im Bereich der Forschung am Menschen, ging es immer wieder darum, eindeutig zu überprüfen ob das betroffene Subjekt seine Zustimmung im Sinne des "informed consent" gegeben hat. Ab 1966 haben die "national institutes for health" (NIH) Protokolle für alle Forschungen am Menschen gefordert. 1974 wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika durch Bundesgesetz eine neue Institution gegründet, die regelt, unter welchen Bedingungen Forschungen am Menschen zugelassen und bezuschußt werden dürfen: die "institutional review boards" (IRB). Obwohl diese frühe Bewegung im Zusammenhang mit der Forschung am Menschen auf ethische Prinzipien zurückgriff, kann man dennoch nicht von eigentlichen ethischen Komitees im heutigen Sinne reden.

Es war der berühmte Fall Karen N. Quinlan im Jahre 1976, der zur eigentlichen Bewegung der ethischen Komitees⁵ führte. Der oberste Gerichtshof des Staates New Jersey forderte,

⁴ Aus der großen Liste von Literatur, die zu diesem Themenbereich vorliegt, seien lediglich einige allgemeinere Einführungen in die medizinische Ethik ausgewählt: AMELUNG, Eberhard (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch; Springer Verlag 1992, ISBN 3-540-53175-0. ANSCHÜTZ, Felix: Ärztliches Handeln: Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1988, ISBN 3-534-80010-9. BONELLI, Johannes (Hrsg.): Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. Springer Verlag 1985, ISBN 3-211-82410-3. CRAIG, Robert P., MIDDLETON, Carl L., O'CONNELL, Laurence J.: Ethics Committees. A practical approach. Edited by The Catholic Health Association of the United States 1986, ISBN 0-87125-110-8. HONNEFELDER, Ludger, RAGER, Günter (Hrsg.): Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik: Insel Verlag Frankfurt/Main 1994, ISBN 3-458-16624-6. MALHERBE, Jean-François: Medizinische Ethik; Würzburg 1990, ISBN 3-429-01202-3. ROSS, Judith Wilson: Handbook for Hospital Ethics Committees. Practical suggestions for ethics committee members to plan, develop, and evaluate their roles and responsibilities. American Hospital Publishing, Inc. 1986, ISBN 0-939450-96-8. SASS, Hans-Martin: Bioethik in den USA. Methoden - Themen - Positionen; Springer Verlag 1988, ISBN 3-540-19420-7. SCHIPPERGES, Heinrich: Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes. Es geht um den Patienten. Verlag Josef Knecht Frankfurt am Main 1988, ISBN 3-7820-0579-1.

⁵ Um die bestehenden ethischen Kommissionen im Bereich der Forschung am Menschen terminologisch von den hier zu besprechenden ethischen Organen zu unterscheiden gebrauche ich den Begriff "ethische Komitees" bzw. "bio-ethische Komitees". Obwohl "bioethisch" die gemeinte Wirklichkeit präziser umschreibt als das Adjektiv "ethisch", scheint es dennoch angezeigt, im bio-medizinischen Feld schlicht von "ethischen Komitees" zu sprechen. So soll der Verdacht aus dem Weg geräumt werden, daß die hier besprochene Strömung ein US-amerikanisches Importprodukt sei.

daß das Krankenhaus und die Familie den Rat eines "ethics committee" begehren sollten zur Beantwortung der Frage, ob die Apparate abgeschaltet werden dürften.

Die Unterscheidung dieser beiden Typen von Komitees ist von großer Wichtigkeit⁶. Während die wissenschaftlichen Kommissionen (IRB) unter dem Anspruch der Ethik vorwiegend dem Anliegen der Wissenschaftlichkeit der zu führenden Experimente am Menschen nachgehen, und insofern hauptsächlich mit Wissenschaftlern besetzt sind, verfolgen ethische Komitees im eigentlichen Sinne das Ziel, Alternativen im Bereich der Pflege kranker Patienten auf ihre ethische Zulässigkeit hin zu überprüfen. Im folgenden werden wir uns damit begnügen müssen, von den ethischen Komitees zu reden.

2.2. Arbeits- und Funktionsweise

Das lokale ethische Komitee (EK), von dem hier die Rede sein wird, ist angesiedelt in einem mittelgroßen bis universitären Krankenhaus. Es kann sich aber auch um ein einige Krankenhäuser übergreifendes Komitee handeln, wie dies zum Beispiel regional in Belgien der Fall ist. Ziel eines solchen EKs ist die pluridisziplinäre Besprechung und Begutachtung von partikularen Einzelsituationen beziehungsweise von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen. Um die Betroffenheit der Mitglieder der ethischen Komitees sicherzustellen, scheint es angezeigt, jeweils von der Einzelsituation auszugehen, um erst von dort her sozusagen induktiv allgemeine Situationen zu begutachten.

2.2.1. Voraussetzungen

Die Arbeitsweise eines lokalen EK darf vom Träger, der ein solches einsetzt, nicht dem Zufall überlassen werden. Dabei ist in erster Linie die Professionalität in der Leitung eines solchen Komitees sicherzustellen. Der Moderator eines ethischen Komitees sollte sich im Fachbereich Ethik auszeichnen, die nötigen Instrumente einer professionellen Moderation beherrschen und offen sein für medizinische Fragestellungen. Weil es sich bei den Sitzungen des ethischen Komitees um Arbeitssitzungen handelt und nicht um offene Gesprächsrunden, soll unter der Verantwortung des Moderators ein Bericht erstellt werden, der in möglichst kurzer Zeit allen Mitgliedern sowie allen Betroffenen zugestellt werden kann. Um diese Arbeit zu gewährleisten, muß eine professionelle Kraft für die Berichterstattung zur Verfügung stehen. Weitere Voraussetzung für das Gelingen von EKs ist ein obligatorisches Training aller Mitglieder in Fragen der allgemeinen und der biomedizinischen Ethik. Die Mitglieder sollen vertraut gemacht werden mit den Definitionen und Arbeitsweisen der allgemeinen Ethik. Sie sollen Argumentationsfiguren kennenlernen und gegebenenfalls lernen, kontrovers aber fair verschiedenen Standpunkte innerhalb kurzer Zeit gegeneinander abzuwägen. Nur wenn sie fähig sind, ihren eigenen Standpunkt so zu kennen, daß sie diesen mit Distanz in Form von Argument und Gegenargument in die Debatte einbringen können, tragen sie zu einer effizienten Urteilsbildung und -findung bei.

Es versteht sich in der Tat von selbst, daß Ethik in der Medizin im europäischen Kontext auf ihre eigenen Traditionen zurückgreift.

⁶ Sie ist strukturell vergleichbar mit der oben dargelegten Unterscheidung zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik.

Ein solches Training wäre von einer bestehenden oder noch zu gründenden Arbeitsstelle für medizinische Ethik zu organisieren.

2.2.2. Zur Arbeit des Komitees

Zur Arbeitserleichterung trägt ein einheitliches Ablaufschema der Besprechungen wesentlich bei. So soll die lebendige Schilderung des zu besprechenden Falles durch eine eindeutige Formulierung des oder der ethischen Dilemmas ergänzt werden. Dann werden Argumente und Gegenargumente für mögliche ethische Antworten auf das vorgelegte Dilemma gesucht. Erst jetzt beginnt die Diskussion, welche Position das Komitee einnehmen wird. Kann kein Konsens für *eine* bestimmte Lösung gefunden werden, wird über eine Zwei-Drittel-Mehrheit für eine Lösung abgestimmt. Minoritätswoten sollten auch in lokalen ethischen Komitees möglich sein. Die zurückbehaltenen Gutachten sollten im Komitee in kurzer und schriftlicher Form festgehalten werden. Aufgrund der so festgehaltenen Gutachten wird anschließend der Moderator den Antragsteller informieren. Dabei wird er ihm die Argumente darlegen, die das Komitee zu seinem beziehungsweise seinen Gutachten bewogen haben.

Um die Arbeitsweise des Komitees zu dokumentieren und erfahrbar für alle Mitarbeiter des entsprechenden Gesundheitssystems zu machen, sollten die Gutachten schnellstmöglich für jeden publik gemacht werden, damit er an der ethischen Bewußtseinsbildung in "seiner" Institution teilnehmen kann. Es ist auf jeden Fall zu vermeiden, daß durch eine langsame und wenig transparente Informationspolitik der Eindruck entsteht, ethische Komitees seien Geheiminstanzen. Demselben Anliegen soll ein jährlicher Rechenschaftsbericht des Komitees dienen, denn nur im Kommunikationsgeflecht zwischen Komitee und medizinischer Institution wird eine neue Sensibilität und ein neues Gespür für ethische Belange wachsen. Ein aus dem Alltag des Krankenhauswesens abgehobenes Komitee wird schnell dazu beitragen, daß ethische Fragen an das "hohe Gremium der Weisen" delegiert werden, und die betroffenen Personen sich selber nicht mehr am Meinungs- und Urteilsbildungsprozeß beteiligen werden. Das ethische Komitee ist ein Teil der Institution und steht dieser nicht als unabhängiges Urteils-gremium gegenüber.

2.2.3. Zusammensetzung

Damit sind wir in der gebotenen Kürze bereits bei der Zusammensetzung von EKs. Um die Pluridisziplinarität zu gewähren, sollten möglichst verschiedene Disziplinen mit am Tisch des Komitees sitzen. Im Gegensatz zu den "institutional review boards" (IRB) ist es nicht ratsam, den Wissenschaftlern beziehungsweise in diesem Falle den Ärzten eine Mehrheit im Komitee zuzuerkennen. Mit verschiedenen Ärzten aus dem entsprechenden Gesundheitssystem sollen Pflegenden zusammen mit externen Persönlichkeiten (dies können Juristen, Politiker oder Wissenschaftler sein), einem Sozialarbeiter und Seelsorger sowie einem Laien beraten. Anstrebenswert ist ebenfalls ein Gleichgewicht zwischen Männern und Frauen. Geleitet soll das Komitee, wie bereits dargestellt, von einem Ethiker beziehungsweise einem in Ethik spezialisierten Mediziner oder Juristen werden.

2.2.4. Aufgaben

Die Art der Zusammensetzung des Komitees soll eine möglichst breite Abstützung des Komitees in der entsprechenden Institution gewähren. Daran gekoppelt ergeben sich die Aufgaben von EKs nach Warren T. Reich⁷. Seiner langen Erfahrung entsprechend nennt er als erste Aufgabe von EKs die *Erziehung*. Das heißt, die Ausbildung und Einübung in ethisches Argumentieren gehören an erste Stelle. Hier wird deutlich, daß es bei ethischen Komitees nicht um ein Gefälle zwischen behelndem Komitee und zu behelnden Institutionen geht, sondern vielmehr um das gemeinsame Lernen im Umgang mit ethischen Dilemmas. Erst durch die transparente Beteiligung aller Kräfte an der Entscheidungsfindung kann es gelingen, das Komitee nicht in die Isolation zu versetzen. Durch seine bewußte Informationspolitik hat das Komitee dafür Sorge zu tragen, daß sein Vordenken der Nachdenklichkeit aller in der Institution Beschäftigten nicht im Wege steht.

Nur so kann die zweite Aufgabe gewährleistet werden, nämlich die der *Unterstützung* der Ratsuchenden. Und Ratsuchende können alle in der Institution handelnden oder behandelten Personen sein. Erst an dritter Stelle folgt die Aufgabe der *Beratung*, und an vierter die Aufgabe der *Entscheidung*. Im Arbeitsprozeß der Komitees werden sich im Laufe der Zeit allgemeine Richtlinien ergeben, die nicht für jeden Fall immer neu wiederholt werden müssen. Ist das Komitee einmal zur Sicherheit in *Leitlinien* gekommen, so sollte es diese als allgemeine und verbindliche Richtlinien an den Träger weiterleiten, damit dieser sie gegebenenfalls verbindlich für das entsprechende Gesundheitssystem in Kraft setzen kann.

2.2.5. Anrufung und Befolgung

Bevor wir uns der Einführung von lokalen ethischen Komitees zuwenden, muß hier noch ein Wort zur Anrufung und Befolgung geschrieben werden. Die Anrufung ebenso wie die Befolgung kann entweder freiwillig oder verpflichtend sein. Wenden wir uns zuerst der *Befolgung* zu. Vom Prinzip der Verantwortung des behelnden Arztes beziehungsweise des sich einer Behandlung unterziehenden Patienten her wird dem Antragsteller das dieses Gutachten in kurzer Zeit mit seinen Argumenten so dargestellt, daß er sich dieses aneignen kann oder nicht. Um die Eigenverantwortlichkeit nicht zu gefährden und dem ethischen Komitee keine ethische Macht zuzugestehen, die ihm von der Sache her nicht zukommt, ist stets wachsam darauf zu achten, daß die Mitteilung der Gutachten den Freiwilligkeitsaspekt ihrer Befolgung explizit genug betont.

Was die *Anrufung* von ethischen Komitees anbelangt, so kann man sich vorstellen, daß, neben der freiwilligen Anrufung durch Ärzte, Patienten oder Pflegende, der Träger eines Krankenhauses für bestimmte medizinische Interventionen verlangt, daß ein ethisches Gutachten im konkreten Falle vorliegt. Dies könnte etwa der Fall in neonatologischen Spezialeinheiten oder Transplantationszentren sein. Es versteht sich auch hier, daß obwohl das Gutachten eingeholt werden *muß*, dessen Befolgung dem Antragsteller *freisteht*.

2.2.6. Zur Einführung von ethischen Komitees

⁷ Warren T Reich ist einer der Pioniere der Bioethik und Herausgeber der ersten "Encyclopedia of Bioethics", die 1995 in überarbeiteter Fassung neu aufgelegt wurde und zu den Fundamentalwerken der Bioethik zählt.

Wenn das ethische Komitee kein Fremdkörper im Krankenhaus sein soll, wird der Träger, unter dessen Autorität es einzuführen ist, gut daran tun, die Einführung bestens vorzubereiten. So können zum Beispiel *konkrete ethische Fragen* die beim Personal Verwirrung ausgelöst haben, ein möglicher Anlaß zur Einführung eines ethischen Komitees sein. Die konkret motivierte Einführung darf aber keinesfalls den Charakter einer nachträglichen oder vorsorglichen Strafe für geleistete oder befürchtete ethische Fehler sein. Eine solche Einführung wäre kontraproduktiv und würde die Ethik ins Licht einer Ordnungsinstanz setzen, die über alle Dilemmas hinaus für ethische Ordnung im Hause zu sorgen hätte. Eine solche Einführung ist mit dem hier dargelegten Ethikverständnis nicht vereinbar. Ein *prinzipieller Anlaß* zur Einführung eines lokalen ethischen Komitees könnte etwa im Rahmen der Leitbildentwicklungsprozesse das Anliegen sein, die Ethik im Krankenhaus selber zu fördern. Dieser prinzipielle Anlaß hat im christlichen Krankenhaus ohne Zweifel den Vorteil, daß die Einführung eines ethischen Komitees dem christlichen Menschenbild entspricht; aber auch hier scheint es angezeigt, im Zusammenhang mit der Einführung eines solchen Komitees klar zu machen, was man unter Ethik genauerhin versteht. Nur wenn deutlich ist, daß hier kein neues ethisches Lehramt eingeführt wird, sondern ein Forum der Normfindung im konkreten Dilemma, wird sich die nötige Akzeptanz und Vernetzung im Krankenhaus einstellen.

2.3. Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit ethischen Komitees

Ganz allgemein kann die Aufgabe der christlichen Verbände im Bereich der Ethik im Gesundheitswesen heißen: Unterstützung von allen Initiativen, die auf die Bildung lokaler ethischer Komitees beziehungsweise in wissenschaftlichen Einrichtungen auf "institutional review boards" zielen. Diese Unterstützung kann erfolgen durch das Erarbeiten und Veröffentlichen von Richtlinien und Arbeitshilfen für christlich orientierte ethische Komitees, sowie durch die Einrichtung einer Arbeitsstelle für Ethik im Gesundheitswesen, die den einzelnen ethischen Komitees als permanente Beratungs-, Aus-, Fort- und Weiterbildungsstelle zur Verfügung steht. Sowohl vom Selbstverständnis der Ethik, wie es hier dargelegt wurde, als auch von der Größe der beiden Verbände her, können und sollen die Verbände gemeinsam für eine globale Orientierung im Bereich christlicher Krankenhäuser eintreten, ohne jedoch konkrete Verhaltensnormen zu erlassen, die die Aufgaben der lokalen ethischen Komitees überflüssig und damit zunichte machen würden. Gerade hier bestünde die Gefahr, Ethik mit Normen zu verwechseln, kommt es doch in den hochsensiblen Bereichen biomedizinischer Fragestellungen darauf an, daß der permanente Normfindungsprozeß in der konkreten Arbeit nicht blockiert wird. Dies wird dann der Fall sein, wenn die Verbände ihre Leitlinienkompetenz wahrnehmen *und* lokale beziehungsweise regionale oder trügerspezifische Komitees aktiv fördern.

2.3.1. Leitlinienkompetenz der Verbände

Mit Hilfe einer zu gründenden Arbeitsstelle ist es Aufgabe der Verbände, allgemeine ethische *Leitlinien* im Bereich einer christlichen Krankenhausgestaltung zu erlassen (zum Beispiel zu Themen wie Euthanasie, Transplantationspolitik, AIDS, In Vitro Fertilisation, Hirntod, ...). Ergänzend zu den ethischen Leitlinien wären allgemeine *Arbeitshilfen* als Beitrag zur größeren Humanisierung der christlichen Krankenhäuser zu erarbeiten. Hier könnte man sich beispielsweise eine gemeinsame christliche "Patientenverfügung" im Sinne

des Verzichts auf Therapie ebenso vorstellen, wie etwa eine Arbeitshilfe zum "informed consent". Einzelentscheidungen in konkreten Situationen sollten nicht auf Verbandsebene getroffen werden, auch nicht im Sinne von Rekursverfahren, weil sich hierbei sozusagen "forum internum" und "forum externum" nicht mehr unterscheiden ließen.

2.3.2. Zur Arbeitsstelle für Ethik im Gesundheitswesen

Die hier befürwortete erst zu gründende Arbeitsstelle für Ethik in der Medizin hätte vier Aufgaben zu erfüllen. Als wissenschaftlich frei arbeitende Arbeitsstelle genießt sie ihre eigene Autonomie und berät auf Anfrage sowohl nach oben die beiden Verbände, bei denen sie als Stabsstelle eingerichtet werden könnte, als auch nach unten die einzelnen ethischen Komitees, die an sie herantreten. Im großen Rahmen ihrer *Beratungsaufgabe* kann die Dokumentations- und Bildungsaufgabe gesehen werden.

Für ihren eigenen Bedarf legt die Arbeitsstelle eine *Dokumentation* an, die für Mitglieder von lokalen ethischen Komitees zugänglich ist. Diese Dokumentation sollte sowohl den Bereich allgemeiner Ethik wie den spezifischen Bereich biomedizinischer Ethik abdecken. Desweiteren soll die Arbeitsstelle zur Erhaltung des ethischen Gedächtnisses christlicher Gesundheitsstrukturen "exemplarische" Gutachten von lokalen EKs sammeln und für Weiterbildungsarbeit aufarbeiten. Im Sinne des universalen Anspruchs des Christentums und seiner internationalen Präsenz wäre ebenfalls die Vernetzung und der Austausch mit bestehenden ähnlichen Institutionen im Ausland zu suchen⁸.

Die Arbeitsstelle, die analog zu den ethischen Komitees pluridisziplinär und professionell zu besetzen wäre, müßte sich weiterhin der Aufgabe widmen, als Team *Arbeitshilfen* und *Programme* für Mitglieder von lokalen ethischen Komitees auszuarbeiten und entsprechende Bildungsangebote durchzuführen.

Eine weitere Aufgabe der Arbeitsstelle für Ethik in der Medizin bestünde in der *Vorbereitung von ethischen Gutachten* zu allgemeinen Fragen der christlichen Krankenhauspolitik zu handlen etwa der Verwaltungsräte der beiden Krankenhausverbände, die durch ihre pluridisziplinäre Zusammensetzung in etwa der gewünschten Zusammensetzung eines ethischen Komitees entsprechen.

3. Herausforderungen "Klinische Ethik-Komitees"

Die Herausforderungen, die die Einführung klinischer Ethik-Komitees konkret bedeutet, sind ganz verschiedener Art und betreffen verschiedene Ebenen. Im folgenden sollen die Herausforderung der Gleichheit und Geschwisterlichkeit angesprochen werden, sowie anschließend die Herausforderungen im medizinischen, pflegerischen, ökonomischen, politischen und theologischen Bereich.

⁸ zum Beispiel: Catholic Health Association, St Louis; Park Ridge Center, Chicago; Akademie für Ethik in der Medizin Göttingen; Commission Humanisation et Pastorale de la Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie, Namur; ...

3.1. Gleichheit als Ausgangspunkt der Ethik

Wie bereits dargelegt existiert die Gleichheit von der jede Ethik notwendigerweise ausgehen muß, nicht bereits per se, sie muß in concreto immer erst angestrebt werden. Die Überwindung der realen Ungleichheiten im Krankenhaus durch die bestehenden Hierarchien und Berufsstände im ethischen Diskurs bedeutet eine gewaltige Anstrengung aller Akteure. Der zu schaffende herrschaftsfreie Raum für das ethische Gespräch heißt nicht, daß die Hierarchie und die Ordnung der Berufe umgestoßen würden, sondern lediglich, daß diese keinen Machtvorsprung oder Machtnachteil im ethischen Gespräch bedeuten. Jede ethische Überzeugung ist im Komitee gleichermaßen zu respektieren und zu prüfen.

Im Zusammenhang, mit dieser prinzipiellen Gleichheit steht auch des Faktum der Ungewißheit, das den Anlaß zum ethischen Diskurs gibt. Ohne Ungewißheit bedarf es des ethischen Gesprächs kaum. Das Bewußtsein ethischer Ungewißheit zuzulassen, ohne dadurch professionell unsicher oder gar unkompetent zu wirken, stellt eine weitere Herausforderung dar. Genau hier aber wird sich entscheiden, ob man in Zukunft in den Krankenhäusern technischen oder sogenannten fachlichen Lösungen den Vorrang vor ethischen Ansätzen geben wird.

3.2. Gleichheit im christlichen Kontext

Gerade in christlichen Krankenhäusern aber dürfte die Ungewißheit als Anlaß zum ethischen Gespräch ebenso wie die damit zusammenhängende Gleichheit kein unüberwindliches Problem darstellen, da gerade Christen diese Gleichheit glaubend als Geschwisterlichkeit verstehen dürfen. Auch die Leitung wird durch die Einführung ethischer Komitees nicht beirrt sein. Wenn man davon ausgeht, daß die Leitung in christlicher Hinsicht selber als ihre erste Aufgabe hat, die Einheit zu gestalten, so kann das Einführen klinischer Ethik-Komitees als eine genuine Intervention der Leitung im Krankenhaus verstanden und dargestellt werden. Mit anderen Worten, die Leitung kommt ihrer Aufgabe Einheit zu fördern und zu kultivieren nach, indem sie klinische Ethik-Komitees einsetzt.

3.3. Ethik und Medizin

Eine völlig andere Herausforderung stellt das Verhältnis zwischen Ethik und Medizin dar. Da die moderne Medizin durch ihre differenzierten Behandlungsmöglichkeiten den Patienten vielfältige Behandlungsalternativen vorschlagen kann, bedarf es einer den Patienten und dem Pflorgeteam gemeinsamen Plattform, um diese Alternativen abzuwägen und zu entscheiden. Eine solche Plattform stellt die Ethik dar. Der meta-medizinische Diskurs um sinnvolle(n) Therapie(verzicht) ist ein ethischer Diskurs. Der Wandel der Terminologie von "medizinischer Ethik" zur "Ethik in der Medizin" macht deutlich, daß die Medizin nicht einfach ethisches Wissen medizinisch fachlich umsetzt, sondern daß die Ethik selber einen eigenen Standpunkt hat, von dem aus medizinische Alternativen mit den legitimen Bedürfnissen und Ansprüchen der Patienten sinnvoll und argumentativ nachvollziehbar vermittelt werden können.

Diese neuen Gedanken sind noch nicht selbstverständlich in allen Krankenhäusern, da die Ausbildung in den verschiedenen Gesundheitsberufen das Wissen um allgemeine Ethik und ethische Standards kaum oder nicht genügend in den verschiedenen Curricula berücksichtigt. Entsprechend wären im Gesundheitswesen Fort- und Weiterbildungen anzubieten, in denen die Ethik als vorrangige Sorge um das Wohl aller betroffener Menschen eingeführt und die Möglichkeit der konkreten Einübung bei Fallbesprechungen angeboten würden.

In diesem Kontext sei kritisch in eigener Sache angemerkt, daß die Einführung von klinischen Ethik-Komitees im Krankenhaus keinesfalls identisch zu setzen ist mit der Einführung der Ethik selber in den Krankenhäusern. Es geht vielmehr darum, das vielerorts gelebte Ethos institutionell abzusichern und anzuerkennen. Dabei soll allen Akteuren die Möglichkeit gegeben werden, aus der Einsamkeit ihrer Gewissensnöte und -entscheidungen hervorzutreten, um sie offen und ehrlich in die Gemeinschaft aller Betroffener konsultativ einzubringen. So dürfen etwa ärztliche Konzilien als ausgezeichnete Vorreiter für ein breiteres ethisches Gespräch im Krankenhaus angesehen werden.

3.4. Ethik und Pflege

Die Pflege ist ebenso wie die Medizin direkt von der Einführung klinischer Ethik-Komitees im Krankenhaus betroffen. Dort, wo sie pflegerische Alternativen in der Behandlung eines konkreten Patienten anzubieten hat, entsteht Spielraum für ethische Reflektion und Entscheidung. Darum wird es gerade für die Pflege in Zukunft darum gehen, ihre Alternativen aufzuweisen und zu formulieren. Dabei wenden sich die Alternativen sowohl an die behandelnden Ärzte als auch an die Patienten. Die Entwicklung eines gesunden und ausformulierten Berufs- und Selbstverständnisses wird wesentlich zur Akzeptanz pflegerischer Alternativen im Krankenhaus beitragen.

Wie bei den Ärzten gilt es, dieses neue Wissen und Bewußtsein in die Lehrpläne zu integrieren. Auch hier wird die Fort- und Weiterbildung eine entscheidende Rolle spielen müssen. Entscheidend aber wird die Entwicklung einer eigenen Berufsethik sein, die dem Beruf der Pflegenden einen eigenen Rahmen setzt. Hier wird man sich sicherlich an bereits ausgearbeitete und erprobte Berufsethiken aus dem Ausland stützen dürfen. Selbstverständlich muß auch bei der Konstruktion einer eigenen Berufsethik darauf geachtet werden, diese von der allgemeinen Ethik deutlich zu unterscheiden. Denn nur im Zusammenspiel zwischen Berufsethik und allgemeiner Ethik entsteht der notwendige Raum für das ethische Gespräch über den jeweiligen Berufskreis hinaus.

3.5. Ethik und Ökonomie

Aus philosophischer Sicht versteht es sich von selbst, daß das auf Medizin und Pflege hin eben Formulierte selbstverständlich auch für die Ökonomie im Krankenhaus gilt. Dennoch lohnt es sich, auch diesen Aspekt zu entfalten. Geht man davon aus, daß die Ethik den Rahmen für alles Geschehen im Krankenhaus hergibt, dann sagt man damit im selben Atemzug, daß die Ökonomie im selben Maße wie die Medizin und die Pflege ethisch noch einmal hinterfragt werden kann. Auch hier wird es darum gehen, ökonomisch sinnvolle Alternativen zu formulieren. Dabei fallen den Krankenhausökonominnen neue wichtige und kreative Aufgaben zu. Auch diese wird er nicht in der Einsamkeit seines Arbeitszimmers sozusagen mit sich selbst und seinesgleichen diskutieren; er wird sie vielmehr mit in das Sinngespräch um Behandlungsalternativen am konkreten Patienten einbringen.⁹

Die Ökonomie als einen sinnvollen Faktor im Krankenwesen zu akzeptieren bedeutet sicherlich ein Umdenken in vielen Krankenhäusern. Wird man sie jedoch nicht als gleichwertigen Faktor im Zusammenspiel aller Akteure des Krankenhauses akzeptieren, riskiert sie, sich als undiskutable Rahmenbedingung für das ganze Krankenhaus aufzudrängen und durchzusetzen.

3.6. Ethik und Politik

⁹ Artikel Ökonomie im christlichen Krankenhaus.

Auch die Politik als Institution zur Verwaltung unserer Gesellschaft unterliegt ethischen Spielregeln. Aufgabe der Politik wäre es, durch volkswirtschaftliche Vorgaben dem Unternehmen Krankenhaus seinen sinnvollen Rahmen abzustecken. Die oft festgestellte Unfähigkeit politischer Entscheidungsträger, Rahmenbedingungen für das Leben der Bürger zu schaffen, einfach nur zu beklagen, bringt unsere Diskussion kaum weiter. Klinische Ethik-Komitees könnten eine kreative Alternative für das politische Vakuum darstellen, wenn sie sich durch ihre pluralistische und pluridisziplinäre Besetzung als Laboratorium der gesellschaftlich zu führenden Diskussion um Sinn und Unsinn medizinischer, pflegerischer und ökonomischer Behandlungsalternativen verstehen. So könnten in den klinischen Ethik-Komitees Modelle für das gesellschaftspolitische Gespräch im Kleinen erarbeitet und erprobt werden. Im klinischen Ethik-Komitee sind von seiner Problemstellung her gute Voraussetzungen gegeben, das Konkrete im Allgemeinen und umgekehrt das Allgemeine im Konkreten zu erkennen und zu verstehen.

3.7. Ethik und Glaube

Aus der hier vertretenen theologischen Sicht ist auch die Ethik als autonome Größe anzuerkennen. Als solche hat sie Gestaltungskraft auch für den Glauben, und man kann deshalb auch in diesem Kontext freimütig von einer "Ethik im Glauben" versus eine "Glaubensethik" reden.¹⁰

Gerade der christliche Glaube mag das vorgelegte Modell von klinischen Ethik-Komitees noch einmal zu vertiefen. Er weiß um die Kontingenz menschlicher Pläne und Entscheidungen und bringt gerade in dieser Kontingenz immer wieder den Mut auf, dennoch Entscheidungen zu treffen. Gerade die eschatologische Vorläufigkeit ist es, die den Menschen handlungsfähig macht und ihn eben nicht im "status quo" erlahmen läßt. Im christlichen Glauben geht jedem Sollensanspruch das in den Heilsverheißungen angebotene Können voraus. Der Mensch wurde berufen und befähigt, sein Leben verantwortlich zu gestalten.

4. Ausblick: Ethik und Zukunft

Die vielfältigen Herausforderungen, wie sie hier dargelegt wurden, wollen ermutigen, die Zukunft im Krankenhaus nicht den einzelnen Akteuren situativ zu überlassen, sondern den Weg öffnen für eine gemeinsame Zukunft des Krankenhauses, in dem alle (Patienten, Ärzte, Pflegende, Ökonomen, ...) die Zukunft des Krankenhauses als ihre gemeinsame Sorge aufgreifen und gestalten. Im klinischen Ethik-Komitee liegt modellhaft verborgen die Zukunft eines integrierten und vernetzten Krankenhauses, in dem sich alle gemeinsam um die Gesundheit kranker und gekränkter Menschen bemühen. Hierbei wird die Ethik als integrationsfähige, alle Bereiche des Krankenhauses durchdringende Dimension ihre Rolle

¹⁰ Buchzitat EG ad Wie Christen ethisch handeln und denken.

zu spielen haben als gemeinsame Suche nach dem je Richtigen und je Guten im Rahmen der sittlichen Überzeugungen aller Personen.

eg 14.4.97