

# Krankenhaus und Ethik: Im Schatten der Ökonomie?

## Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen, Luxemburg

anlässlich der 11. Ärztetagung des Sana-Kliniken-Verbundes

gehalten am 16. Oktober 1998 in Würzburg

### 1. Was ethische Arbeit ist und will

Die Ethik steht zur Zeit hoch im Kurs. Sie ist gefragt - an Kongressen, in Sozialeinrichtungen, in der Wirtschaft und natürlich auch im Krankenhaus. Diese Beobachtung scheint unabhängig von bestimmten vorgefaßten weltanschaulichen Einstellungen zu sein. Dies wird darüber hinaus noch einmal deutlich, wenn man die Inhalte untersucht, die im Namen der Ethik diskutiert werden. Während der eine sich im Namen der Ethik dafür stark macht, daß dem Patienten die Wahrheit am Krankenbett gesagt wird, rechtfertigt der andere ebenfalls im Namen der Ethik, daß der Patient ein Recht darauf hat, nur die Wahrheit zu hören, die er auch in der Lage ist aufzunehmen. Die Aussagen, die im Namen der Ethik gemacht werden, scheinen demnach polyphon zu sein. Ähnlich wie der Begriff "Politik" scheint auch der Begriff "Ethik" verschiedene inhaltliche Positionen zuzulassen.

Wie es zur Politik gehört, daß die einen für den Bau einer bestimmten Straße sind und andere dagegen, so finden sich auch unter dem Dach der Ethik verschiedene inhaltliche d. h. moralische Positionen wieder. *Die Grenzen der "Ethik" werden nicht durch Inhalte ausgemacht, sondern durch formale*

*Kriterien.* Unter dem Dach der Ethik lassen sich widersprüchliche inhaltliche d. h. moralische Positionen vertreten. Sterbenachhilfe und Sterbebegleitung seien nur gerade als Beispiel für den Krankenhausbereich genannt. Dieses Verständnis von "Ethik" läßt nicht (mehr) zu, daß einer eine bestimmte moralische Position zur einzig ethisch richtigen erhebt.

Wir leben in einer Welt pluraler Werte-Systeme. Die Verschiedenheit der moralischen Überzeugungen verdient es, reguliert zu werden. So wie unter dem Dach der Politik verschiedene Aussagen miteinander ins Gespräch kommen, um sinnvolle "Kompromisse" zu schließen, so finden sich unter dem Dach der Ethik ebenfalls divergente Aussagen wieder, die den Willen zur Kommunikation und zum Diskurs brauchen, um sich auf gemeinsames Handeln zu verständigen. In der Tat, das Problem, das die Ethik mit ihren Spielregeln zu lösen versucht, ist gemeinsames nachvollziehbares Handeln in konkreten Situationen.

Dieses gemeinsame Handeln, das viele Akteure nicht freiwillig gewählt haben, sondern als Faktum (auf ihrem Arbeitsplatz) vorfinden, ist das Feld, das die Ethik - von der heute hier in meinem Vortrag die Rede ist - als Reflexion moralischer Vorstellungen und Überzeugungen bearbeiten möchte.

Das Krankenhaus - ähnlich wie viele andere soziale Systeme - bringt immer wieder Konflikte hervor, weil verschiedene Personen am selben Problem arbeiten (müssen). Manche dieser Probleme können als Verständnisfragen oder als Kommunikationslücken erkannt und klassifiziert werden. Es gibt aber auch Konflikte, die nicht lediglich kommunikationstechnischer Art sind, sondern die ihren Grund in der Fachlichkeit selber haben. Gerade in der Medizin und in der Pflege koexistieren in unserer Zeit verschiedenste Ansätze unvermittelt nebeneinander. Jedes dieser wissenschaftlich abgedeckten medizinischen und pflegerischen Konzepte hat seine

Berechtigung und seine Erfolgsgeschichte(n), die es als sinnvollen Ansatz bei bestimmten Problemen legitimieren. Denken Sie für die Medizin allgemein etwa an internistische oder chirurgische Ansätze, oder in der Onkologie etwa an chemotherapeutische, chirurgische und radiotherapeutische Therapieangebote oder dann für die Pflege etwa an Funktionspflege- und Teampflegeansätze.

Manche dieser fachlich unterschiedlichen aber jeweils sinnvollen Handlungsalternativen liefern das Material für Konflikte im Krankenhaus. Zum Teil werden diese *fachlich legitimen Konflikte* einfachhin autoritär gelöst, indem der Chef - unabhängig von fachlichen Überlegungen - kraft seines Amtes den Konflikt dezisionistisch entscheidet. Andere Konfliktlösungsmodelle sehen vor, daß in solchen Fällen ein gemeinsamer Kompromiß ausdiskutiert und umgesetzt wird. Diese Modelle sind, was die Findung eines gemeinsamen Konsenses anbelangt, zeitintensiver, scheinen sich aber hinsichtlich der anschließenden Zusammenarbeit positiv auf die Motivation und Effizienz der verschiedenen Akteure auszuwirken.

Wenn sich auch in der Tat hinter manchem dieser fachlichen Dissense sogenannte ethische Konflikte verbergen, sollte man daraus nicht voreilig schlußfolgern, ethische Konflikte entstünden immer nur im Rahmen fachlicher Divergenzen. Das Gegenteil ist nämlich der Fall. Ethische Konflikte werden oft erst dadurch sichtbar gemacht, daß sich verschiedene sinnvolle Handlungsalternativen anbieten. *Die verschiedenen Handlungsalternativen sind sozusagen ein Indikator für ethische Konflikte*; sie produzieren diese jedoch nicht! Es scheint mir überaus wichtig, dies klarzustellen, da sonst allzu leichtfertig der Eindruck entsteht, ethische Konflikte könnten allein durch größere Fachkompetenz gelöst werden. Die fachlich legitimen verschiedenen Lösungsansätze im Krankenhaus sind ein Teil der ethischen Problematik; sie

machen deutlich, daß das Problem nicht einfach fachlich gelöst werden kann, sondern daß andere Maßstäbe zur Problemlösung mitherangezogen werden müssen. Die Ethik ihrerseits sollte den Rahmen und Kriterien hergeben, um in solchen Konfliktlagen rationale und nachvollziehbare Entscheidungen finden und treffen zu können.

Wenn es zur anspruchsvollen Aufgabe der Ethik gehört, den Raum für Entscheidungsfindungsprozesse nachvollziehbar zu gestalten, dann gehört die Ethik als Reflexion moralischer Vorstellungen und Überzeugungen bereits aus fachmedizinischer und fachpflegerischer Sicht unweigerlich und notwendig zum System Krankenhaus dazu!

Kommen wir hier noch einmal auf die Ethik als Reflexionsinstanz von verschiedenen sinnvollen Handlungsalternativen zurück. Den Menschen, die von ihren persönlichen moralischen Überzeugungen her zusammen arbeiten wollen, bietet die Ethik einen Rahmen und Kriterien zur produktiven und friedlichen Bearbeitung der Differenzen an. Mit dieser Aussage ist aber auch unübersehbar die Grenze ethischer Reflexion angesprochen: der Wille zur bewußten und zielgerichteten Kooperation! Dort, wo dieser Wille fehlt, kann er auch nicht durch ethische Reflexion ersetzt werden. Selbstverständlich kann eine Einrichtung wie ein Krankenhaus Kooperationsanstrengungen fördern oder erschweren, aber auch hier gilt: letztlich kann es den Willen zur Zusammenarbeit nicht herbeizwingen oder -reden. Die Einrichtung und mit ihr die Ethik als Reflexion sind auf diesen Willen wie auf eine nötige Anzahlung angewiesen!

Dieser Wille zur Kooperation als Vorbedingung ethischer Reflexion im Kreis aller Betroffenen setzt weiterhin voraus, daß alle Teilnehmer sich als gleichermaßen kompetent in moralischen Fragen anerkennen. Die Verschiedenheit des Fachwissens und des moralischen Standpunktes spielt

in einem solchen Kreis keinerlei Rolle. Die Moderation im Kreis derer, die gewillt sind, zu einer gemeinsamen moralischen Handlungsmaxime zu kommen, wird gerade darauf achten, daß die verschiedenen Wissensstände so übersetzt und mitgeteilt werden, daß sie (mindestens) in den Punkten, die für eine gemeinsame Entscheidungsfindung nötig sind, jedem Teilnehmer verständlich und einsichtig sind. Die Anerkennung der prinzipiellen Gleichheit aller ist demnach neben dem Willen zur Kooperation eine weitere Voraussetzung, ohne die eine gemeinsame handlungsorientierte ethische Reflexion nicht durchführbar ist.

Im Krankenhaus wird der Testfall für die ethische Reflexion darin bestehen, inwiefern der Patient, der moralische Fragen hinsichtlich seiner Behandlung aufwirft, in den ethischen Reflexionskreis miteinbezogen wird oder nicht. Seine Fragen und Bedenken müssen im selben Sinn ernstgenommen und thematisiert werden, wie die Ausführungen der sogenannten Fachkräfte. Insofern weitere gesellschaftliche, weltanschauliche oder wirtschaftliche Einflüsse auf den konkreten Entscheidungen lasten, sollten auch diese Faktoren weitmöglichst in das Gespräch um Sinn und Unsinn einer möglichen Behandlung einbezogen werden. Hier wird man wiederum darauf achten, daß die Gesellschaft in ihrer pluralistischen Zusammensetzung zum Zuge kommt, da sonst die Gefahr der Einseitigkeit droht. Je größer und breiter die Konsensfindung in ethischen Belangen angelegt ist, umso stärker wird die erarbeitete Handlungsnorm von einer Vielzahl von unterschiedlichen Menschen ehrlich (mit-)getragen werden. Dabei wird es auf dem Hintergrund der Toleranz und des Pluralismus weniger darum gehen, einen Kompromiß auszuarbeiten, der von allen im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners mitgetragen werden kann, als um die Bemühung, eine bestimmte Handlung für alle Betroffenen plausibel und kohärent zu machen!

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden: Um gemeinsam, bewußt und zielstrebig im Krankenhaus handlungsfähig zu bleiben, ist Raum für ethische Reflexion zu schaffen bzw. zu erhalten. In diesem Raum werden individuell verschiedene moralische und fachliche Positionen angstfrei und freimütig ins Konzert der Meinungen um Richtig und Falsch, Gut und Böse eingebracht.

Damit wird Ethik in unserem Zusammenhang begrifflich als Ort bestimmt, an dem sich das Interesse am gemeinsamen Handeln kristallisiert. Das Interesse oder das Eigentliche der Gemeinsamkeit liegt im Zwischen-Einander der Menschen mit ihren Fähigkeiten und Überzeugungen. Dieses setzt gleicherweise Differenz und Wille zum gemeinsamen Handeln voraus. Darum versteht es sich auch, daß die Ethik als Reflexion moralischer Vorstellungen und Überzeugungen diese ebenfalls voraussetzt. Wer ohne moralische Position in den ethischen Diskurs eintritt, ist verloren und trägt nichts zu seinem Gelingen bei. Der ethische Diskurs entsteht zwischen Frage und Antwort, zwischen Verwirrung und Norm, zwischen Angst und Wissen. Mit anderen Worten: wer nur Fragen oder nur Antworten einbringen kann und will, bringt die Dynamik eines gemeinsamen Verständnisses dessen, was zusammen getan werden soll, nicht weiter. Ethik bringt - so verstanden - Moral(en) als Ausdruck gelebter Überzeugung(en) ins Gespräch um ihre Zukunft.

## **2. Die Kräfte, die das Krankenhaus bewegen**

Versteht man das Krankenhaus als eine Einrichtung im Dienste der Gesundheit, dann sind es systematisch verkürzt vier Faktoren, die es bewegen: die Krankheit, die Gesundheit, das Geld und die Politik (des Staates und des Trägers). Bevor ich auf das Kräfteverhältnis zwischen

diesen verschiedenen Vektoren eingehen kann, möchte ich sie kurz anhand eines aristotelischen Modells beschreiben.

Zur Beschreibung der Bewegung griff Aristoteles auf seine nüancierte Analyse der Ursachen zurück. Jede Bewegung läßt sich nach dem Schema von Stoffursache (bzw. Materialursache), Formursache, Wirkursache und Zweckursache untersuchen.

Bevor ich dieses klassische Schema der Philosophie auf die Kräfte, die das Krankenhaus bewegen, anwende, möchte ich Ihnen das aristotelische Beispiel vom Bildhauer in Erinnerung rufen. Stellen Sie sich einen Bildhauer vor, der ein Kunstwerk herstellen möchte. Die Bewegung, die nötig ist, damit zum Beispiel aus einem Marmorblock eine Skulptur entsteht, zerlegt Aristoteles nach vier Ursachen. Dabei stellt der Marmorblock die Stoffursache dar und das geistige Modell nach dem er arbeitet, die Formursache. Mit seinen Werkzeugen und seinem Können bewirkt der Künstler die Veränderung der Materie in Richtung seines Modells. Aristoteles spricht von der Wirkursache. Die vierte Ursache bezeichnet er als Zweckursache. Sie beantwortet die Frage, wozu, welchem Zweck das Kunstwerk dienen soll.

Auf das Krankenhaus angewendet soll das Bewegungsschema von Aristoteles erklären, welche Ursachen oder welche Kräfte dieses als Gesundheitszentrum in Bewegung halten, damit es nicht tote Materie ist, sondern ein lebendiger Organismus.

### ***2.1. Zur Krankheit als Materialursache***

Das Krankenhaus lebt von seinen Patienten und deren Krankheiten. Das gebrochene Bein, der infizierte Blinddarm, der Krebstumor sind sozusagen das Material, die Stoffursache, die es zu behandeln gilt. Was die Identifizierung der verschiedenen Krankheiten anbelangt, haben wir der

wissenschaftlichen Medizinforschung vieles zu verdanken. Mit großer Anstrengung ist es gelungen, Krankheitsbilder zu zeichnen, die die Komplexität des sogenannten kranken Menschen hinter sich lassen. Durch die Objektivierung von Krankheiten ist es gelungen, das Material für das Krankenhaus zu sortieren und zu klassifizieren. Die verschiedenen medizinischen Spezialitäten schreiben sich in die Linie dieser Materialunterscheidungen ein.

## **2.2. Zur Gesundheit als Formursache**

Wenn ich nun, um die Formursache zu beschreiben, auch das therapeutische Team erwähne, möchte ich damit verdeutlichen, daß die Anstrengung, um die Gesundheit eines Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen, nicht allein bei den Ärzten zu suchen ist, sondern ebenso sehr bei den Pflegenden und dem Patienten selber. In der Tat ist es die Formursache, die das Ideal beschreibt, auf das hin das Material Krankheit verändert werden soll. Die Vorstellung, was Gesundheit ist, hängt von den Personen ab, die sich damit beschäftigen. Hier wird besonders deutlich, daß Gesundheit nicht die Beschreibung eines objektiven Zustands ist, sondern Ausdruck eines Wertsystems<sup>1</sup>. Das Ringen um den Gesundheitsbegriff ist ein ethisches Problem, dessen sich Ärzte, Pflegende und Patienten in den letzten Jahren in allen Ländern mehr und mehr bewußt geworden sind.

Wenn man von der Medizin als der Kunst des Heilens spricht, wird hierbei deutlich, daß es sich um eine praktische Wissenschaft handelt, die nicht das theoretische Ideal zum Gegenstand hat, sondern die praktisch

---

<sup>1</sup> Wenn beispielsweise ein Patient, der hinkt, sich als gesund betrachtet, wird es dem Orthopäden schwerfallen, dem Patienten das Idealbild der anatomischen Symmetrie als seine eigentliche Gesundheit zugänglich zu machen.

wissenschaftliche Anwendung bewährter Theorien auf den konkreten Fall. Da es die theoretische Gesundheit an sich nur in der Theorie gibt, muß sie jeweils für den konkreten Fall als operationelles Ziel neu formuliert werden. Daß diese Anstrengung der Formulierung der konkreten Gesundheitsvorstellung nicht mehr den Ärzten allein überlassen wird, darf man als Gewinn in einer mündigen Gesellschaft gegenüber einer wissenschaftsgläubigen Gesellschaft bezeichnen. Wie der Arzt und der Patient gehören auch die Pflegenden eindeutig zum therapeutischen Team. Weil die Zielvorstellungen der Behandlung einer Krankheit nicht (mehr) objektiv sozusagen an den Vorstellungen der konkreten Ärzte, Patienten und Pflegenden vorbei auszumachen sind, wird heute in vielen Ländern auf multidisziplinäre ethische Komitees<sup>2</sup> zurückgegriffen, um das ethisch legitime Ziel der Behandlung im offenen Forum zwischen allen Beteiligten und Betroffenen aufgrund von Argument und Gegenargument auszumachen. Wenn im ethischen Komitee neben den Fachleuten der Gesundheit auch Gesellschaftsexperten sitzen, wird durch diese Zusammensetzung verdeutlicht, daß Formursache und Zweckursache in Korrelation stehen. Was Gesundheit ist und wozu Gesundheit dienen soll, sind Fragen, die eng miteinander zusammenhängen, und beide suchen nach Wertantworten.

### ***2.3. Medizinisches Können und Geld als Wirkursachen***

Der Einsatz von Arbeitskraft, Können und Werkzeugen wird als Wirkursache beschrieben, und läßt sich in unserer Gesellschaft grob verkürzt in Geld quantifizieren und ausdrücken. Die Rechtfertigung für den hohen Aufwand an Mitteln im Krankenhaus geben einzig und allein die Form- beziehungsweise

---

<sup>2</sup> GILLEN, Erny, Ethische Komitees im kirchlichen Krankenhaus, in: Krankendienst 69 (1996) 4, Lambertus (Freiburg), 109-119.

Zweckursache. Das Geld, das hier als Kürzel für das Gesamt der Anstrengungen steht, um die Gesundheit der Patienten zu fördern, kann lediglich als Mittel zum Ziel beziehungsweise zum Zweck verstanden werden. Im Rahmen des Krankenhauses hat es Dienstfunktion und muß dementsprechend so eingesetzt werden, daß eine *ethisch abgesicherte Vorstellung von Gesundheit für möglichst viele Menschen erreicht werden kann*.

Aufgabe der internen Betriebswirtschaft ist es, die vorhandenen Ressourcen im Sinne von Arbeitskräften und Werkzeugen optimal einzusetzen. Welche Mittel jedoch nötig und geeignet sind, um das Ziel "Gesundheit der Patienten" zu erreichen, kann nicht im Ermessen der internen Betriebswirtschaft liegen, sondern lediglich in der Hand derer, die für die Gesundheit der Patienten verantwortlich zeichnen, und das sind, mit den Patienten, das therapeutische Team und die Gesellschaft als Ganze.

Die hier gemachten Ausführungen zur Betriebswirtschaft wollen diese keinesfalls in Frage stellen, sondern lediglich verdeutlichen, in welchem vorgegebenen Rahmen diese sich bewegt. Die Verantwortung für die Gesundheit an die Betriebswirtschaft abzugeben, käme einer Demissionierung der Politik und mit ihr der ganzen Gesellschaft gleich. Mit anderen Worten: ist einmal die innere Wirtschaftlichkeit und der sparsame Umgang mit den Ressourcen in einem Krankenhaus garantiert, können sich die Krankenhausökonomien getrost und bewußt hinter die Forderung der Patienten, Ärzte und Pflegenden nach besseren Bedingungen für das System "Krankenhaus" stellen. Erst ein medizinisch, pflegerisch und ökonomisch gut funktionierendes Krankenhaus wird zum überzeugenden Gesprächspartner für die Politik, welche die ökonomischen

Rahmenbedingungen im Sinne volkswirtschaftlicher Entscheidungen zu verantworten hat.

#### **2.4. Politik (des Staats und der Träger) als Zweckursache**

Aufgabe der *Politik des Staates* und der Träger ist es, den Zweck des Krankenhauses als Gesundheitszentrum zu verantworten und zu legitimieren. Wozu der einzelne Mensch als Mitglied einer Gesellschaft gesund sein soll, ist eine derart schwierige Frage, daß viele es vorziehen, sie gar nicht erst zu stellen. Dennoch ist es die Beantwortung dieser heiklen Frage, die den Rahmen hergibt für das gesamte Unterfangen, Gesundheit zu pflegen und zu fördern. Unsere demokratischen Gesellschaften, die auf dem Prinzip der Gleichheit aller Bürger beruhen, haben sich dem Prinzip Gerechtigkeit verschrieben. Damit wird die politische *Frage nach der Gesundheit aller Bürger zu einer Gerechtigkeitsfrage der Gesellschaft selber*. Genau hier, im Herzen der Politik, ist die Frage nach dem Krankenwesen anzusiedeln. Sie ins einzelne Krankenhaus zurückzuverlagern, hieße, dem Krankenhaus neue Aufgaben zuzumuten, die es von seinem originären Auftrag her nicht hat. Die Reform des Krankenhauses durch Gesetz und Budgetisierung muß als legitimer Versuch gewertet werden, vorhandene Ressourcen zu optimieren, sie sagt aber über den eigentlichen Zweck des Krankenhauses nichts aus und kann insofern die Ziele notwendiger Gesundheitspolitik nicht ersetzen<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Die Pflegeversicherung hingegen müßte wachsam als gesundheitspolitische Entscheidung untersucht werden. Sie stellt den Versuch dar, ein gesundheitliches Grundbedürfnis *minimal* abzusichern, während die Krankenversicherung zumindest in unseren Ländern in der Regel alle Risiken *maximal* absichert. Ob hier politisch nicht Minimum und Maximum beziehungsweise Bedürfnis- und Leistungsgerechtigkeit verwechselt werden, wird sich in den künftigen Diskussionen um eine gesunde Gesundheitspolitik herausstellen müssen.

Neben der Politik, die der Staat über seine Gesetzgebung betreibt, darf die *Politik des Trägers* nicht in Vergessenheit geraten. Würde sich der Träger lediglich als Umsetzungsinstanz staatlicher Politik verstehen, so würde er seine Rolle auf die des Betriebswirtes reduzieren, und damit seine eigentliche Aufgabe verpassen, nämlich den Zweck des Krankenhauses im Sinne eines gesundheitspolitischen Leitbildes zu spezifizieren und damit einen *genaueren* Sinnhorizont für seine Anstrengungen im Bereich des Krankenwesens zu setzen. Diese ideelle meta-ethische Aufgabe wird vielerorts leider nicht explizit genug wahrgenommen.

Die hier vorgelegte Analyse der Kräfte, die das Krankenhaus (nach dem Ursachenschema von Aristoteles) bewegen, sollte dazu dienen, die Fragestellung Ökonomie und Ethik im Krankenhaus richtig zu orten.

### **3. Fragestellung - der Streit um ein ausgeglichenes Kräfteverhältnis**

Die Komplexität der Kausalitäten im Krankenhaus läßt sich nicht zugunsten der einen oder anderen Kraft vereinfachen, ohne daß hierbei das heutige Krankenhaus als Institution unserer Gesellschaft verlorenginge. Bei aller Konzentration, das Krankenhaus verstehen zu wollen, darf vor allem die Zweckursache, die außerhalb des Krankenhauses liegt, nicht aus dem Blick verloren werden. Auch wenn unbestritten ist, daß das Krankenhaus - wie jedes Kunstwerk - einen eigenen Wert in sich hat, so legitimiert es sich dennoch nicht allein durch das Faktum seiner Existenz, also durch sich selber. Seine Legitimation als "causa finalis" bleibt die Aufgabe aller Bürger, seien sie nun potentielle Patienten, Ärzte, Arbeiter, Angestellte, Mütter oder Väter in unseren parlamentarischen Demokratien, eine Aufgabe, die von den Volksvertretern wahrgenommen und von den Regierenden umgesetzt werden soll.

Erst in diesem größeren Kontext können sich der Patientenwille, das medizinisch Machbare und das wirtschaftlich Umsetzbare sinnvoll artikulieren.

Das Krankenhaus als autonome<sup>4</sup> Einheit funktioniert wohl nach einer geordneten Eigengesetzlichkeit, darf aber gerade keine Souveränitätsansprüche stellen, weil es im Staat, in der Volkswirtschaft, nur *ein* Element darstellt.

### **3.1. Zum Vorrang des Patientenwillens**

Definiert man das Krankenhaus als autonomes Gebilde, das nach eigenen Gesetzen funktioniert und im Rahmen eines größeren Gesetzes verankert ist, dann heißt dies für den Patientenwillen: Dieser ist zu respektieren, insofern er den Rahmen "Krankenhaus" nicht sprengt. Im Rahmen des medizinisch Machbaren und wirtschaftlich Umsetzbaren ist der Patientenwille gegenüber dem Willen des therapeutischen Teams ausschlaggebend, so wie dies bereits 1983 von der Welt-Ärztegesellschaft festgehalten wurde<sup>5</sup>. Ist der Wille nach oben hin durch das Machbare begrenzt, so ist er nach unten hin in unseren Gesellschaften nicht begrenzt, solange der Patient zur Umsetzung seiner Handlungen keinen Anspruch auf medizinische Hilfe stellt<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Erny Gillen, *Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie.* Echter Verlag (Würzburg) 1989, 23-53.

<sup>5</sup> Erklärung der 35. Welt-Ärzte-Tagung über die terminale Phase der Krankheit, Venedig, Italien, Oktober 1983

<sup>6</sup> Die Abwägung der Inanspruchnahme der medizinischen Möglichkeiten wird von der katholischen Kirche als Güterabwägung wie folgt formuliert: "Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung *mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann*" (lura et bona, Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, IV.). Der Moralkatechismus der deutschen Bischöfe vom Sommer 1995 präzisiert das Nicht-Inanspruchnehmen medizinischer Möglichkeiten wie folgt: "Um Mißverständnisse und Fehldeutungen zu vermeiden, sollte der Begriff Euthanasie nur im Sinne der aktiven Euthanasie als direkte Tötung eines Sterbenden (oder unheilbar Kranken) und als *schuldhafter Verzicht* auf eine geforderte Lebenserhaltung verwendet werden. In allen

### **3.2. Der Vorrang des medizinisch Machbaren**

Eindeutig Vorrang hat das medizinisch Machbare in Dringlichkeitssituationen. Einigkeit darüber, alles was medizinisch möglich ist, auch schon zu tun, besteht in den Fällen, wo ein Patient, ohne seinen Willen zu dieser oder jener Behandlung ausgedrückt zu haben, die (Über-)Lebenshilfe des Krankenhauses braucht. Bei auf die Dauer hin nicht mehr kommunikationsfähigen Patienten stellen sich heute eine Menge Fragen hinsichtlich weiterer sinnvoller Behandlung. Bis wohin und mit welchen Mitteln bei diesen Patienten die Lebenserhaltung unter Inanspruchnahme der Möglichkeiten des Krankenhauses geschuldet sind, gehört zu den Fragen, die nicht einfach medizinisch-fachlich beantwortet werden können, da sie auf einem Werturteil über das Leben eines Bürgers beruhen. Solche Werturteile aber sind in unseren demokratischen Gesellschaften unter Wahrung der unveräußerlichen Menschenrechte der Politik vorbehalten.

### **3.3. Zum Vorrang der Wirtschaftlichkeit**

Die Wirtschaftlichkeit ist eine Dimension, die im *ganzen* Krankenhaus präsent sein muß, soll sie wirksam sein. Bei der Gestaltung der Wirtschaftlichkeit kann der Betriebswirt durch seine Fachkenntnisse besonders dazu beitragen, daß alle Möglichkeiten der Sparsamkeit ausgeschöpft werden. Er kann aber nicht allein für die Wirtschaftlichkeit des Hauses verantwortlich gemacht werden.

---

anderen Fällen sollte immer nur von Hilfe beim Sterben, von Sterbebeistand oder Sterbebegleitung die Rede sein" (Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Zweiter Band: Leben aus dem Glauben, hrsg. von der dt. Bischofskonferenz, Herder (Freiburg, Basel, Wien) 1995, 308). Von der Warte der medizinischen Berufsethik her hat bislang die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihren "Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" vom 24. Februar 1995 am deutlichsten für die Vernünftigkeit und Richtigkeit eines Verzichts auf Therapie Stellung bezogen. Hier heißt es kurz und präzise: "Verlangt ein urteilsfähiger Patient den Verzicht auf Behandlung oder lebenserhaltende Maßnahmen oder den Abbruch bereits eingeleiteter Maßnahmen, so ist dieser Wille zu respektieren. Dabei sorgt der Arzt dafür, daß der Patient über die damit verbundenen medizinischen Tatsachen und ihre Folgen in für ihn verständlicher Weise informiert wird. Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit."

### **3.4. Zum Vorrang der Politik**

Nach all dem bislang Gesagten braucht hier nur noch wiederholt zu werden, daß die Hauptverantwortung für den Zweck des Krankenhauses eindeutig in die Domäne der Politik fällt. Die eigentliche Debatte, wozu wir gesunde Bürger brauchen, steht noch aus. Zu selbstverständlich wird unter dem Schock des wissenschaftlich Machbaren naiv verlangt, die Gesellschaft müsse *alles* für die Gesundheit *aller* tun. Auch hier sind dem Wachstum Grenzen gesetzt, die mit den Mitteln volkswirtschaftlicher Regulationsmechanismen angegangen werden müssen.

Wer einer menschlichen und menschengerechten Politik das Wort redet, wird angesichts der steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen nicht darum herumkommen, die Frage offen anzusprechen: *"Für wieviel Gesundheit muß die Gesellschaft beim Einzelnen aufkommen?"* Sich hinter medizinischen oder betriebswirtschaftlichen Zwängen verschanzen zu wollen, kommt der Nicht-Anerkennung der Fragestellung bzw. der Ablehnung sozial-politischer Verantwortung überhaupt gleich.

## **4. Für eine gesunde Politik im Krankenwesen**

### **4.1. Verteiler "Gerechtigkeit"**

Definiert man die "Gerechtigkeit" als den zentralen Begriff des politischen und sozialen Lebens, als den Anspruch, jedem das Seine zu geben, wird man in der Sozialphilosophie auf weitere Unterscheidungen zurückverwiesen. Wie die Gesundheit kein beschreibendes Wort ist, so ist es auch nicht die Gerechtigkeit. Beide gehören in die Sphäre der Wertung und damit in jene der Ethik beziehungsweise der Politik. In unserer Gesellschaft stehen verschiedene Gerechtigkeitsauffassungen im Konflikt.

## **4.2. Leistungs- oder Besitzstandsgerechtigkeit**

Der Begriff der Gerechtigkeit verstanden als "Jedem das Seine", hat sich aufgefächert, je nach der Interpretation des Seinen in a) Besitzstandsgerechtigkeit, b) Leistungsgerechtigkeit und c) soziale Gerechtigkeit, die wiederum als Chancengerechtigkeit oder Bedürfnisgerechtigkeit verstanden werden kann. Jede dieser Interpretationen läßt sich mit guten Argumenten begründen, führt aber zu jeweils verschiedenen Ergebnissen. Ein an der Vergangenheit orientierter Gerechtigkeitsbegriff ist die *Besitzstandsgerechtigkeit*. Sie definiert das "Seine" im Sinne einer erworbenen Position in der Gesellschaft. Ihr gegenüber orientiert sich die *Leistungsgerechtigkeit* an der Gegenwart, sie setzt nicht auf einmal Erworbenes, sondern aktuell Geleistetes<sup>7</sup>. Beide Gerechtigkeitskategorien eignen sich wohl wenig, um eine gesunde Gesundheitspolitik politisch zu regeln.

## **4.3. Bedürfnisgerechtigkeit und Chancengerechtigkeit als soziale Gerechtigkeit**

Der Begriff der sozialen Gerechtigkeit setzt nicht bei dem Menschen als Individuum, sondern als Gemeinschaftswesen an. Er setzt bei der prinzipiellen Gleichheit der verschiedenen Menschen der einen Gesellschaft an. Vom Standpunkt der sozialen Gerechtigkeit her, lassen sich Leistungsgerechtigkeit und Besitzstandsgerechtigkeit noch einmal modulieren als Chancengerechtigkeit und Bedürfnisgerechtigkeit. Die Gesellschaft als Ganze hat gemäß Artikel 2 der allgemeinen Erklärung der

---

<sup>7</sup> Im Denkhorizont der Leistungsgerechtigkeit wäre es ungerecht, etwa Bill Gates übermäßiger zu besteuern, nur weil er sich als besonders leistungsfähig erwiesen hat. Im Sinne der Besitzstandsgerechtigkeit wäre es ungerecht, die Großgrundbesitzer in Brasilien zu enteignen, nur weil sie nicht in der Lage sind, ihre Ländereien zu bewirtschaften.

Menschenrechte jede Zuteilung nach Rasse, Farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen, zu ahnden und dafür einzutreten, daß jeder die gleiche Chance hat, am Leben der Gesellschaft teilzunehmen. Auf dem Hintergrund der Besitzstandsgerechtigkeit wird durch Ausgleichverfahren (man denke etwa an Steuern) eine neue gemeinsame Startlinie für jeden gezogen, ab der dann allerdings wiederum die Leistungsgerechtigkeit ansetzt. Ob alles im Gesundheitswesen prinzipiell Machbare unter dem Begriff der Chancengerechtigkeit auch sinnvoll für jeden einzelnen eingefordert werden kann, ist fraglich.

Wer von der *Bedürfnisgerechtigkeit* her argumentiert, tritt dafür ein, daß die dringlichsten Bedürfnisse in einer Gesellschaft an erster Stelle befriedigt werden sollten. Auch hier scheitert der Gerechtigkeitsbegriff an der Definition der dringlichsten Bedürfnisse. Die soziale Gerechtigkeit basiert auf der *Konzeption einer solidarischen Gesellschaft*, und setzt insofern jeweils die Akzeptanz des gebrauchten Gerechtigkeitsbegriffs voraus.

#### **4.4. Gerechtigkeit muß gesprochen werden - politische Verantwortung tut Not**

Wenn die Gerechtigkeit als solche und an sich nicht (prä-)existiert, sondern erst gesprochen werden muß, landen wir am Schluß auch mit diesem Verteilungskonzept wiederum bei der politischen Verantwortung. Will man die soziale Gerechtigkeit wider die Macht des Stärkeren oder Reicheren im Gesundheitswesen erhalten, muß man auch den Mut aufbringen, über sinnvolle und vernünftige Grenzen, ins Gespräch zu kommen - die jeder zu akzeptieren bereit ist, weil sie allen helfen. Ob man allgemeine Kriterien, wie Alter oder Krankheitsbilder regulativ einsetzt, oder Quotenregelungen

beziehungsweise "tirage-au-sort"-Verfahren zurückbehält, ist eine Frage des Menschenbildes in unserer Gesellschaft. Das fehlende Geld kann wohl ein Argument für die Notwendigkeit einer Regulierung des Gesundheitswesens liefern, es ist aber genau wie die Medizin für sich allein blind, was die Krieteriologie anbelangt. Diese bleibt eine eminent ethische beziehungsweise politische Aufgabe der Entscheidungsträger.

#### **4.5. Das Krankenhaus als Regulativ**

Im Rahmen einer Konvergenzargumentation, wie sie in der Ethik üblich ist, kann das fehlende Geld, wie bereits gesagt, durchaus mit *einen* Grund hergeben, um diese oder jene Behandlung auszuschließen. Wer jedoch die Last für diese Entscheidung zu tragen hat, ist eine hoch brisante Frage. Der einzelne Patient, der seine Krankenkasse beziehungsweise seine Nachkommen nicht übermäßig belasten möchte? Oder das Krankenhaus, dem nur ein limitiertes Budget zur Verfügung steht? Oder die Gesellschaft, die über politische Grundsatzentscheidungen bereit ist, die Last gemeinsam mit allen zu teilen?

Vom Standpunkt der Chancengleichheit aller auf optimale Lebenserhaltung bis zuletzt wäre der Druck nicht auf dem Buckel des einzelnen auszutragen, sondern - wie bereits oft genug wiederholt - auf dem Buckel derer, die verantwortlich zeichnen für die Gestaltungs(-Politik) in unserer Gesellschaft. Im Augenblick sieht aber leider alles so aus, als wäre in unseren Ländern die Politik nicht in der Lage, die Last einer solchen Entscheidung tragen zu wollen. Demnach bliebe die Verantwortung, nicht allen Menschen Zugang zu allen medizinischen Möglichkeiten zu gewähren, bei der Zwischeninstanz Krankenhaus liegen, wenn man den Entscheidungsdruck nicht auf den einzelnen Betroffenen bzw. seine Angehörigen abwälzen will. Ob das Krankenhaus dieser *stellvertretenden politischen Verantwortung* jedoch

gewachsen ist, können wir heute nicht sagen. Mit Sicherheit steht jedoch fest, daß sich ein Krankenhaus, das für eine gerechte Gesundheitspolitik stehen will, die nötigen personellen und ideellen Mittel geben muß, um diese *neue "meta-medizinische" Verantwortung* wahrzunehmen. Meines Erachtens verlangt diese neue Verantwortung nach ethischen Komitees, in denen sowohl der Gesundheitsbegriff wie der Gerechtigkeitsbegriff auf den individuellen Fall angewandt werden können. Das ethische Komitee im Krankenhaus könnte eine Art demokratisches Laboratorium werden, in dem auf mittlerer Ebene Verantwortung von oben und von unten gemeinsam geteilt und getragen wird. Es könnte verhindern, daß das Krankenhaus in die Resignation medizinischer oder ökonomischer Sachzwänge abgleitet. Darüber hinaus könnte es Halt gewähren gegenüber dem Risiko, der Ohnmacht das Feld zu überlassen.

## **5. Den Prozeß ethischer Reflexion im Krankenhaus lebendig halten**

Dort, wo die Ethik als dynamische Triebfeder weiterentwicklungsfähiger moralischer Systeme erkannt wird, wird die moralische Überzeugung der einzelnen Akteure freimütig enttabuisiert werden dürfen. Das Hinterfragen moralischen Handelns wird nicht mehr als untolerierbarer Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Handelnden gedeutet, sondern als Kooperations- und Verständigungsangebot. Der einzelne wird sich nicht selbstschützend hinter seinem unkommunikablen Gewissensurteil verschanzen, sondern die Gründe aufzeigen, die ihn bei seinem Handeln geleitet haben. Die moralische Entscheidungsfindung wird aus der Einsamkeit in die Gemeinsamkeit geholt.

Wenn das Krankenhaus sich zum Ziel setzt, ein ethisch reflektiertes und reflektierendes Unternehmen zu sein, dann wird es gut daran tun, moralische

Fragen aufzugreifen und zu thematisieren. Solche stellen sich nicht nur in Grenzsituationen, sondern auch - und vielleicht sogar vor allem - im Alltagsgeschehen des Krankenhauses. Überall, wo sinnvoll gefragt werden kann: "soll das - verglichen mit meinen/unseren Idealen - so sein", dringt das Anliegen ethischer Reflexion durch. Es ist durchaus fragwürdig, also würdig gefragt zu werden, warum so und nicht anders gehandelt wird. Den Mut und die Kraft zu solchen "Sinnfragen" aufzubringen, kostet Energie und Zeit. Sie zu unterdrücken kostet umgekehrt aber auch viel an Motivation und Ausdauer.

Für den Träger stellt sich deshalb die Frage, wie er mit ethischen Fragen und Problemen in seinen Einrichtungen umgehen möchte. Weil es eigentlich kein a-moralisches Handeln des Menschen oder der Institution gibt, kann man sich auf die bestehenden gelebten moralischen Standards verlassen und diese unthematziert auf sich beruhen lassen, oder man kann diese konstruktiv auf ihre Zukunftstauglichkeit hin hinterfragen und das vorhandene moralische Fundament somit nutzbar für das gemeinsame Handeln machen. Wie immer sich der Träger eines Krankenhauses auch entscheiden mag, wird er mit dieser Entscheidung eine wichtige Intervention in seiner Einrichtung vornehmen. Auf jeden Fall steht er in der Pflicht, von den Rahmenbedingungen her Anleitung zu geben, wie Wert- und Fachkonflikte in seinem Haus gelöst werden. Neben den hierarchisch autoritativen Lösungsmodellen kann natürlich auch eine "Kopf-in-den-Sand-Politik" verfolgt werden. Es können aber auch Räume und Zeiten der gemeinsamen Reflexion geplant und institutionalisiert werden. Persönlich gebe ich eindeutig diesem Ansatz den Vorzug und will nun im folgenden einige Möglichkeiten aufzeigen, wie das Problembewußtsein um moralische Konflikte im Krankenhaus institutionell für das Weiterkommen des Unternehmens fruchtbar gemacht werden kann.

## **5.1. Fort- und Weiterbildungsangebote**

Durch Fort- und Weiterbildungsangebote hat das Krankenhaus die Möglichkeit, Akzente zu setzen. Durch das Aufnehmen von ethischen Themenstellungen in die Programme der Fort- und Weiterbildungsakademien werden zur Zeit deutliche Signale gesetzt. Gerade im Kontext der Fort- und Weiterbildung wird man sich darum bemühen, das prozeßhafte Element ethischen Lernens genügend zum Tragen zu bringen. Obwohl es oftmals die spezifischen, konkreten Themen sein werden, die den einzelnen Teilnehmer zur Einschreibung bei einer bestimmten Fortbildung motivieren werden, spielt die Art und Weise des Umgangs mit dem Thema die entscheidendere Rolle gegenüber den inhaltlichen Überzeugungen der Referenten.

Der Gestaltung und Begleitung exemplarischer ethischer Prozesse in der Fort- und Weiterbildung fällt es zu, Modelle angstfreien Umgangs mit moralisch sensiblen Themen zu entwickeln. Ein wichtiges Lernziel wird es dabei sein, Argumentationsstrukturen und -ketten, die zur Begründung moralischer Positionen führen, kennenzulernen und zu verstehen. Über die sie begründenden und stützenden Argumente gewinnen Normen und Werte an Tiefenschärfe. Erst durch die Verbindung von Argument und Norm entsteht die nötige Perspektive die es erlaubt, dieselbe Norm verschieden zu begründen. Nur so kann eine gesunde Distanz zu bestehenden Normen entwickelt werden, ohne daß das gesamte moralische System ins Wanken gerät. Hierzu werden sich am Anfang ohne Zweifel fremde Beispiele und fremde Institutionen eher eignen, als das Lernen an der eigenen Praxis.

## **5.2. Gesprächskreise**

Sind durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen genügend Voraussetzungen zum Verständnis ethischer Prozesse geschaffen, und steht

ein/e geeignete/r Leiter(in)/Moderator(in) zur Verfügung, kann ein Krankenhaus auch Gesprächskreise mit ethischen Inhalten initiieren. Solche Gesprächskreise werden sich vornehmlich an Fallbeispielen aus der Literatur oder, in einer späteren Phase, an Nachbesprechungen von erlebten Beispielen in der eigenen Einrichtung orientieren. Hierbei wird der Methode, wie mit den Beispielen und den Äußerungen der Teilnehmer/innen am Gesprächskreis umgegangen wird, eine hervorragende Rolle zukommen. Um die Ebene der Reflexion nicht zu verlassen, wird auf der Ebene der Moderation darauf zu achten sein, daß nicht der Fall zum Zentrum des Interesses wird, sondern die Bedingungen und Strukturen die nötig sind, um diesen Fall zu ermöglichen. Das Durchspielen realer Alternativen zum Ablauf des zu besprechenden Falles wird die Kreativität der Teilnehmer/innen auch in realen, ethisch kritischen Situationen fördern.

Dort, wo es gelingt, die Ergebnisse aus solchen Arbeitskreisen über Veröffentlichungen oder Mitteilungen in das Krankenhaus zurückfließen zu lassen, kann der im kleinen durchgeführte Reflexionsprozeß zum Anstoß weiterer Reflexionen in der Einrichtung werden.

### ***5.3. Dokumentations- und Informationsstelle***

Die Literatur über Ethik in der Medizin und in der Pflege nimmt täglich zu. In einem Klinikum sollten die Standardwerke aus diesen Disziplinen leicht zugänglich für alle Interessierten sein. Fachzeitschriften, Videos und CD-Roms eignen sich, um neue Entwicklungen mitverfolgen zu können. Das Herrichten eines eigenen Raums oder einer eigenen Abteilung wird innerhalb des Krankenhauses sicherlich als konkretes Zeichen für das Interesse des Trägers an ethischen Fragen ankommen.

#### **5.4. Konferenzen, Ausstellungen ...**

Auch das Organisieren von Konferenzen und Ausstellungen zu Themen der Ethik in der Medizin und in der Pflege eignen sich als Anzeige für einen Wechsel im Bewußtsein des die Konferenzen und Ausstellungen organisierenden Trägers. Es wird deutlich gemacht, daß Fragen gestellt werden können, und offene Antworten möglich sind. Oftmals wird man über diesen Weg, der ohne großen organisatorischen Aufwand beschritten werden kann, ein erstes Feed-back von der Belegschaft und den Patienten bekommen, ob und welche ethische Reflexion sie anspricht. Mit dieser einfachen Maßnahme kann der Träger aber auch ermitteln, welche Personen in seiner Belegschaft und unter seinen Patienten besonderes Interesse an ethischen Fragestellungen zeigen.

#### **5.5. Einflußnahme auf die Ausbildung**

Wer bewußt Einfluß auf das Krankenhaus der Zukunft nehmen möchte, wird nicht umhin kommen, die Studiengänge der Ärzte/innen und Pflegenden, aber auch der Krankenhausmanager, zu untersuchen. Dabei wird man sich wohl zuerst dafür einsetzen, daß die Ethik als allgemeine philosophische Disziplin Eingang in alle Studiengänge findet. So wird man den Studierenden neben der Tatsache, daß Ethik überhaupt als Fach studiert werden kann, ebenfalls Grundbegriffe und -daten vermitteln, die es ihnen in ihrem späteren Arbeitsleben leichter machen werden, ethische Fragen als solche zu erkennen und anzugehen<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Vielleicht lohnt es sich hier anzumerken, daß allgemeine Ethik und Berufsethik zwei verschiedene Fachbereiche sind, und deshalb auch nicht miteinander verwechselt oder aufeinander reduziert werden können. cf Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.), Ethik-Komitee im Krankenhaus; Freiburg i. Br. Mai 1997 (s. 9-10).

## **5.6. Dem Krankenhaus aus der Isolation helfen**

Ganz allgemein wird man sagen dürfen, daß die Integration des Krankenhauses in die Gesellschaft hinein ebenfalls einen Schritt zur Einführung der ethischen Reflexion im Krankenhaus sein kann. Dort, wo Besucher, Nachbarn und Gäste nicht nur an Tagen der offenen Tür und zu den Besuchszeiten willkommen sind, sondern gefragte Teilnehmer am Geschehen im Krankenhaus sind, wird dieses aus seiner Isolation gelöst werden und interaktiver Teil der Gesellschaft werden. Durch die Vernetzung des Krankenhauses mit dem Rest der Gesellschaft wird es gelingen, festgefahrene Binnenvorstellungen auf ihre Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit hin zu hinterfragen.

Eine ganz besondere Art, den ethischen Reflexionsprozeß in Gang zu bringen ist der Vorschlag des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands und des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, in einzelnen Krankenhäusern klinische Ethik-Komitees einzuführen. Zum Abschluß meiner Einführungen möchte ich denn diesen Vorschlag diskutieren und kommentieren.

## **6. Das Klinische Ethik-Komitee als “Prozessor” für ethische Reflexion**

### **6.1. Arbeits- und Funktionsweise**

*“Das Klinische Ethik-Komitee, von dem hier die Rede sein wird, ist in einem Krankenhaus angesiedelt, das ethische Konflikte kennt und bewußt angehen will. Bei der Einsetzung solcher klinischer Ethik-Komitees wird weniger die Bettenzahl ausschlaggebend sein als die der nötigen Personen, die fähig und bereit sind, ihre Kompetenz in ein Klinisches Ethik-Komitee einzubringen.*

*Während wir größeren Krankenhäusern empfehlen, ihr hauseigenes Komitee anzustreben, befürworten wir bei der Schaffung von Komitees in kleineren Krankenhäusern einen Verbund mit anderen.*

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

## **6.2. Voraussetzungen**

*Die Arbeitsweise eines lokalen klinischen Ethik-Komitees darf der Träger nicht dem Zufall überlassen. Deshalb ist in erster Linie die Professionalität in der Leitung eines solchen Komitees sicherzustellen. Der Vorsitzende eines klinischen Ethik-Komitees sollte eine im Fachbereich Ethik kompetente Persönlichkeit sein, die die nötigen Instrumente einer professionellen Moderation beherrscht und für die medizinische, pflegerische und ökonomische Fragestellungen offen ist<sup>9</sup>. Weil es sich bei den Sitzungen des Komitees um Arbeitssitzungen und nicht um offene Gesprächsrunden handelt, soll unter der Verantwortung des Vorsitzenden ein Bericht erstellt werden, der in möglichst kurzer Zeit allen Mitgliedern sowie allen Betroffenen zugestellt werden kann. Hierfür sind die entsprechenden personellen und sachlichen Voraussetzungen zu schaffen.*

*Für das Gelingen von klinischen Ethik-Komitees ist es wichtig, daß ihre Mitglieder sich unter fachlicher Begleitung mit Fragen der allgemeinen Ethik*

---

<sup>9</sup> siehe hierzu besonders die Ausführungen unter 1.3 und 1.4 (s. 10-11).

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

### **6.3. Zur Arbeit der Klinischen Ethik-Komitees**

*(a) Das Klinische Ethik-Komitee ist ein Teil des Krankenhauses. Wichtigste Aufgabe des klinischen Ethik-Komitees soll es sein, betroffenen Menschen in ethischen Krisensituationen für die Beratung zur Verfügung zu stehen. Für die konkrete Arbeit wird vorgeschlagen:*

- Jeder betroffene Mitarbeiter und jeder Patient des Hauses kann sein ethisches Problem vorbringen<sup>10</sup>, um sich für seine eigene*

---

<sup>10</sup> Ein Sonderfall der Antragsstellung wird unter (b) behandelt. Wenn der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) in bestimmten allgemeinen Situationen (wie z.B. Transplantationen, ...) das Einholen eines ethischen Gutachtens durch das klinische Ethik-Komitee im konkreten Einzelfall obligatorisch verlangt, dann ist der behandelnde Arzt in diese Situation verpflichtet, den Fall vor das klinische Ethik-Komitee zu bringen. Die Pflicht, den konkreten Einzelfall in bestimmten Situationen vor das Komitee zu tragen, macht deutlich, daß die Situation vom Träger (oder dem satzungsgemäßen Organ) als ethisch bedeutsam eingestuft wird, aber gerade im Einzelfall noch nicht vorentschieden ist (ansonsten hätte der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) diese Art der Intervention in seinem Krankenhaus prinzipiell untersagt). Damit wird deutlich, daß eine obligatorische Anrufung in bestimmten Fällen keinesfalls die obligatorische Befolgung der Voten des klinischen Ethik-Komitees meinen kann. Dies wäre denn auch gegen den Geist, der hinter der Einführung von diesen Komitees steht.

*Entscheidung eine Gewichtung der Argumente und Gegenargumente in Form eines Votums als Orientierungshilfe einzuholen.*

- *Der Vorsitzende des Komitees entscheidet, ob über vorgebrachte Probleme verhandelt wird.*
- *Soll über das Problem verhandelt werden, wird es anschaulich geschildert und die ethischen Gesichtspunkte werden eindeutig in Form von medizinisch, pflegerisch und ökonomisch verantwortbaren Alternativen formuliert.*
- *Nach Klärungsfragen werden in Abwesenheit des Antragstellers in einer ersten Gesprächsrunde Argumente und Gegenargumente für mögliche Antworten gesammelt.*
- *Dann folgt die Wertung der Argumente auf dem Hintergrund der jeweiligen ethischen Positionen der Mitglieder des Komitees. Dabei bemüht das klinische Ethik-Komitee sich um Konsens.*
- *Der Vorsitzende formuliert anschließend einen Vorschlag für ein gemeinsames Votum an den Antragsteller. Findet kein Vorschlag eine einheitliche Zustimmung, schlägt er eine Abstimmung vor. Dabei bedarf das Votum des Komitees der 2/3-Mehrheit seiner Mitglieder.*
- *Die Minderheit kann ein Votum abgeben und begründen.*
- *Die Voten des klinischen Ethik-Komitees werden in kurzer schriftlicher Form festgehalten. Der Vorsitzende unterrichtet den Antragsteller über das Ergebnis und erläutert die Voten.*
- *Der Träger (oder das satzungsgemäße Organ) wird über die Voten informiert. Die Voten des Komitees sollen in geeigneter Weise in den*

*Einrichtungen bekannt gemacht werden, damit jeder an der ethischen Bewußtseinsbildung seines Krankenhauses teilnehmen kann.*

- *Gleiches gilt für einen jährlich abzulegenden Rechenschaftsbericht<sup>11</sup>.*
- *Alle Daten sind nur anonymisiert bekannt zu machen. Die Schweigepflicht und die Vorschriften des geltenden (staatlichen und kirchlichen) Datenschutzes sind dabei zu beachten.*

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

*Auch steht es dem Träger (bzw. dem satzungsgemäßen Organ) zu, bei bestimmten Vorhaben zwingend das Einholen eines Votums des klinischen Ethik-Komitees im konkreten Fall vom Verantwortlichen zu verlangen. In diesem Sonderfall der obligatorischen Anrufung versteht sich ebenso, daß die Befolgung des Votums dem Antragsteller im Rahmen der geltenden Ordnung freisteht<sup>12</sup>.*

---

<sup>11</sup> Dadurch können neue Sensibilität und neues Gespür für ethische Belange im Haus wachsen. Vermieden wird auch der Eindruck, die Einrichtung habe ja jetzt einen "Rat der Weisen" und der (die) jeweilige verantwortliche Mitarbeiter/in brauche sich selbst nicht mehr an dem ethischen Meinungs- und Urteilsprozeß zu beteiligen.

<sup>12</sup> siehe Anmerkung 3.

## **6.4. Zusammensetzung**

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

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

- *Das Komitee soll mit bis zu 12 Frauen und Männern besetzt werden, die der Träger für diese Aufgabe für sein Haus bzw. für einen Verbund von Häusern beruft.*
- *Durch Information über die Zielsetzung eines klinischen Ethik-Komitees und durch Gespräche in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen sollen Mitarbeiter im Haus motiviert werden, sich an der Bildung und an der Arbeit eines klinischen Ethik-Komitees zu beteiligen.*
- *Hausintern sollen die Berufsgruppen ausgewogen vertreten sein. Die Mitglieder kommen insbesondere*
  - *aus dem ärztlichen Bereich,*
  - *aus dem pflegerischen Bereich,*
  - *aus dem Verwaltungsbereich und*
  - *aus dem Sozialdienst*
- *Das Klinische Ethik-Komitee soll darüber hinaus mit Mitgliedern besetzt werden, die nicht Mitarbeiter des Hauses und des Trägers (bzw. des satzungsgemäßen Organs) sind und von außen kommen:*
  - *ein Jurist*

- ein Bürger, der für die Fragestellungen aufgeschlossen ist, die Problemlage nicht mit "Fachwissen" beurteilt, sondern seinen gesunden Menschenverstand aus seiner christlichen Grundhaltung heraus in das Komitee einbringt
- ein Seelsorger, der aus dem Haus oder von außen kommen kann. Er soll den Standpunkt der pastoralen Sorge um den Patienten und seine Angehörigen in das Komitee einbringen.
- Die Berufung der einzelnen Mitglieder und des Vorsitzenden soll auf Zeit (etwa 3 Jahre) erfolgen.

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

### **6.5. Befolgung der Voten**

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

## **6.6. Erwartete Effekte**

*Im wohlverstandenen Sinne geführte Klinische Ethik-Komitees können einen Beitrag zur Kultur eines Krankenhauses leisten, indem sie ein Forum für schwierige und kontroverse ethische Entscheidungen bereitstellen. Sie bieten die Chance, in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten. Den Mitarbeitern des Hauses und den Patienten sowie ihren Angehörigen geben sie die Zusage, daß Gewissensnöte oder das Leiden an nicht annehmbar erscheinenden Strukturen und Situationen im gemeinsamen Gespräch gehört und einer Änderung zugeführt werden können. Somit können individuelle Belastungen vermindert und "Burn-out"-Erscheinungen vorgebeugt werden.*

*Als ein weiterer Effekt von klinischen Ethik-Komitees kann die Sensibilisierung und Bildung aller Mitarbeiter für die ethische Dimension verschiedenster medizinischer, pflegerischer, ökonomischer und institutioneller Aspekte im Krankenhaus gesehen werden. Der Einübung in ethisches Argumentieren kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Hieraus folgt, daß klinische Ethik-Komitees kein Gefälle zwischen behelndem Komitee und zu behelnden Mitarbeitern erzeugen wollen und dürfen, sondern daß es um gemeinsames Lernen geht. Dies kann durch die transparente Beteiligung aller Kräfte an der Entscheidungsfindung gelingen und wird zugleich eine Isolation des Komitees im Krankenhaus verhindern.*

*Die klinischen Ethik-Komitees bieten schließlich die Möglichkeit, in ihren interdisziplinären Erörterungen von Konfliktfällen exemplarisch die so wichtige Kommunikation mit den Patienten sowie in und zwischen den Berufsgruppen über gemeinsame Handlungsziele im Krankenhaus*

*einzuüben. Hinzu kommen die Auswirkungen der Beratung und der Voten für die Sensibilisierung aller.”*

## **7. Ausklang**

reduzierte Ethik