

# 1 Einleitung

Die Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten rasant entwickelt. Dadurch ergaben sich Fragestellungen, die heute unsere Wahrnehmung von moderner Gesundheitsversorgung wesentlich prägen. Sind einem hochbetagten Krebspatienten die Belastungen einer intensiven Chemotherapie zuzumuten, wenn er krankheitsbedingt außer Stande ist, sich selbst dazu zu äußern? Oder ist diese Therapie gar geboten, weil ein hohes Alter nicht dazu führen darf, Notleidenden medizinische Unterstützung vorzuenthalten? Wie gehen wir mit Patienten um, die sich einer lebensrettenden und dazu nur mäßig belastenden Operation verweigern, wenn sie ihr Anliegen zwar sehr differenziert äußern, zugleich aber auf ein schamanisches Heilsritual vertrauen? Ist es vertretbar, einen Menschen, der sich unruhig verhält und seine für die Therapie notwendigen Infusionskanülen immer wieder herausreißt, zu fixieren und damit gewissermaßen ans Bett zu fesseln?

Diese Situationen ereignen sich im Krankenhaus beinahe täglich. Sie berühren auch ethische Aspekte. Wir gehen heute von dem Anspruch aus, dass zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten ein professioneller Umgang mit solchen Fragestellungen gehört. Aus diesem Grund ist Ethik zu einem festen Bestandteil der Inhalte geworden, die im Studium und der Ausbildung von Gesundheitsberufen vermittelt werden. Viele berufsspezifische Ethikkodizes verweisen auf die Bedeutung einer angemessenen Auseinandersetzung mit ethischen Thematiken (Montgomery et al. 2018; International Council of Nurses, ICN 2012). Auch in gesamtgesellschaftlichen Debatten nehmen medizinethische Fragestellungen einen großen Raum ein. Die Widerspruchslösung im Zusammenhang mit

Organtransplantationen, die Zulässigkeit einer allgemeinen Impfpflicht, das Verbot, auf das Angebot eines Schwangerschaftsabbruchs aufmerksam zu machen, die Ökonomisierung im Gesundheitswesen und die Bewertung einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung sind Themen, die öffentlich diskutiert wurden und zum Teil auch noch werden. Diese Liste ließe sich um viele weitere Beispiele ergänzen. Im Rahmen der Covid-19-Pandemie sind zudem Themen wie die Triage, also die gerechte Zuteilung intensivmedizinischer Versorgung, der Umgang mit Besuchsverboten und der Zugang zu der noch knappen Impfkapazität von Bedeutung. Hieran zeigt sich das starke öffentliche Interesse an einer Patientenversorgung, die hohen moralischen Maßstäben genügt. Auch der Deutsche Ethikrat, der als unabhängiges Gremium die Bundesregierung berät, Stellungnahmen verfasst und der gesamtgesellschaftlichen Debatte ein Forum gibt, ist hierfür ein Ausdruck ([www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)).

Und dennoch: Im Alltag eines Krankenhauses gelingt es oft nicht in ausreichendem Maß, ethische Fragestellungen professionell zu klären. Dieser Eindruck entsteht zumindest dann, wenn moralische Dilemmata im Einzelfall unauflösbar erscheinen oder Einflüsse, wie beispielsweise viele unbesetzte Stellen, lange Wartezeiten oder eine ungeschickte Kommunikation, dazu führen, dass die Versorgungsleistung nicht den selbst gesetzten moralischen Ansprüchen gerecht wird. Hier setzt die Klinische Ethik an. Sie verfolgt das Ziel, moralisch problematische Situationen besser wahrzunehmen und den Austausch über ethische Fragestellungen zu fördern. Hierzu darf sie keine reine Etikette sein. Die Aufnahme von ethischen Grundsätzen in das Leitbild eines Krankenhauses oder die Ernennung eines Klinischen Ethikkomitees allein reicht nicht aus. Klinische Ethik muss vielmehr zum integralen Bestandteil der Organisation Krankenhaus werden. Das vorliegende Buch beschreibt, wie das gelingt.

Es gibt viele Möglichkeiten, Klinische Ethik wirksam in den Strukturen eines Krankenhauses zu verankern. Immer aber ist sie dabei auf Einzelne angewiesen, die im Einverständnis mit der obersten Leitung eines Krankenhauses strukturiert und kenntnisreich für die Klinische Ethik handeln. Das können hauptamtliche Klinische Ethiker und Ethikerinnen ebenso sein wie nebenamtliche. Prinzipiell können Ethikthemen in jedem Zuständigkeitsbereich stärker eingebunden werden: Chefärztinnen können hier ebenso handeln wie Pflegedirektoren, Oberärzte und Stationsleitungen, Angehörige aller Gesundheitsberufe auch außerhalb von Leitungsfunktionen und auch Seelsorgende, Sozialarbeiter, Qualitätsmanager und Ehrenamtliche.

Einzelne können aber niemals allein Ethikstrukturen aufbauen und eine ethische Unternehmenskultur fördern. Eine wirksame Klinische Ethik ist auf das Zusammenwirken aller angewiesen. Das gelingt über eine strukturierte Planung. Voraussetzung ist auch, dass die Beteiligten über umfang-

reiche Kenntnisse über Voraussetzungen, Grundlagen und Techniken Klinischer Ethik verfügen. Dieses Buch hat das Anliegen, diese zu vermitteln. Es richtet sich an alle, die sich für Klinische Ethik engagieren – unabhängig von ihrem Grundberuf, ihrer hierarchischen Position und den Aufgaben, die sie im Rahmen der Klinischen Ethik erfüllen.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden die Grundlagen für die Auseinandersetzung mit Fragen Klinischer Ethik ausgeführt (s. Kap. 2 *Basiswissen Klinische Ethik*). Hier geht es um ein Grundverständnis der Begriffe Moral und Ethik, das zugleich viele Ansatzpunkte für das praktische Agieren im Rahmen der Klinischen Ethik aufzeigt. Diese ist, als Teilbereich der angewandten Ethik, eine sogenannte Bereichsethik. Das heißt, dass sie sich mit ethischen Fragestellungen aus einem spezifischen Lebensbereich befasst (Stoecker 2011). Der Begriff Klinische Ethik deutet an, dass sie primär in die Gesundheitsversorgung in einem Krankenhaus eingebettet ist. Im Wesentlichen sind die Inhalte dieses Buches aber übertragbar auf andere Versorgungseinrichtungen wie Pflegeheime, Hospize und ähnliches. In allen Fällen werden Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Organisation betreut, in der viele Menschen mit unterschiedlichen Fachhintergründen und Aufgaben bei einer gemeinsamen Aufgabe zusammenwirken: der Patientenversorgung.

Klinische Ethik ist zugleich aber auch eine praktische Disziplin. Das bedeutet, dass es ihr nicht nur um die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen geht. Sie will darüber hinaus darauf hinwirken, dass solche Fragestellungen in den Regelprozessen der Patientenversorgung kompetent bearbeitet werden. Die Klinische Ethik nimmt also auch die Strukturen in den Blick, in denen ethische Fragestellungen entstehen. Sie sucht nach Möglichkeiten, um Verständigungsprozesse bestmöglich zu unterstützen, die zur Lösung solcher Fragestellungen notwendig sind. Deshalb ist das Wissen über die strukturelle Beschaffenheit eines Krankenhauses eine Basiskompetenz (s. Kap. 2.3 *Klinische Ethik wirksam gestalten*).

Der zweite Teil widmet sich einer allgemeinen Darstellung der Aufgaben und Ziele Klinischer Ethik sowie ihres strukturellen Aufbaus und ihrer wesentlichen Arbeitsfelder (s. Kap. 3 *Klinische Ethik entwickeln*). Es geht hierbei also um eine Theorie Klinischer Ethik. Das Ziel dabei ist es, ein grundlegendes Verständnis in Form eines Gesamtüberblicks zu vermitteln. Dies bedeutet aber nicht, dass alle dargestellten Aspekte bei der Übertragung auf das eigene Krankenhaus realisiert werden müssen. Ganz im Gegenteil: Viel wichtiger ist es, ausgehend von einer sehr konkreten Zielvorstellung zu bestimmen, welche der vielen Umsetzungsmöglichkeiten für das eigene Haus sinnvoll sind. Aus diesem Grund wird dem Aspekt der Auftragsklärung in diesem Teil des Buches besondere Aufmerksamkeit geschenkt (s. Kap. 3.4 *Auftragsklärung*).

Der dritte inhaltliche Teil zeigt die praktische Umsetzung der theoretischen Grundlagen am Beispiel der Strukturen und Arbeitsfelder der Klinischen Ethik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (s. Kap. 4 *Klinische Ethik am UKE*). Die Autorin dieses Buches bekleidet am UKE die Funktion der Vorstandsbeauftragten für Klinische Ethik. Sie hat den Aufbau der beschriebenen Strukturen in wesentlichen Teilen begleitet. Die Ausarbeitung war von einer grundsätzlichen Schwierigkeit behaftet: Klinische Ethik ist immer Work in Progress. Sie muss auf eine sich stetig wandelnde Umgebung reagieren. Zugleich entsteht ein vertieftes Verständnis erst beim Beschreiben, was wiederum Veränderungen bedingt. Die Darstellung des Beispiels UKE im vierten Kapitel stellt mithin den Status quo bei Abschluss dieses Manuskriptes dar, könnte aber bereits bei Drucklegung in einzelnen Aspekten überholt sein.

Abschließend stellt sich die Klinische Ethik am UKE dem konstruktiv kritischen Blick von außen (s. Kap. 5 *Klinische Ethik am UKE – Ein Blick von außen*). Diese Aufgabe übernahm dankenswerter Weise Professor Gerd Richter, der die Klinische Ethik am Universitätsklinikum Marburg über lange Jahre maßgeblich gestaltete. Seine Beobachtungen gehen zurück auf eine zweitägige Hospitation im Jahr 2018, in deren Verlauf Richter tiefe Einblicke in die Strukturen Klinischer Ethik am UKE erhielt.

Dieses Buch richtet sich ausdrücklich an Praktiker. Es soll eine unmittelbar anwendbare Hilfestellung sein. Aus diesem Grund lockern zahlreiche Schaubilder, extra hervorgehobene Definitionen, fiktive Fallbeispiele und praktische Umsetzungsbeispiele aus dem UKE die Darstellung auf. Der Text verweist verschiedentlich auf Verfahrensanweisungen und damit auf UKE-interne Dokumente. Diese sind im Text mit [eckigen Klammern] gekennzeichnet – ein Hinweis, der sich an die Mitarbeitenden des UKE richtet. Unter dem dort aufgeführten Kürzel sind die Dokumente im QM-Handbuch des UKE verzeichnet. Zudem sind manche auch auf den Internetseiten der Klinischen Ethik des UKE allgemein einsehbar ([www.uke.de/klinische-ethik](http://www.uke.de/klinische-ethik)). Der Text enthält zudem Literaturtipps, die zum Stöbern und Vertiefen einladen. Klinische Ethik lässt sich nicht ohne intensive Vernetzung entwickeln. Dieser Grundsatz äußert sich hier durch die Aufnahme einzelner Gastbeiträge. Dabei handelt es sich um Darstellungen von Ethikprojekten aus der Perspektive derjenigen, die am UKE maßgeblich für die damit verbundenen Inhalte verantwortlich sind.

Zuletzt sei noch eine persönliche Anmerkung gestattet, die eine zentrale Erfahrung für das Gelingen Klinischer Ethikarbeit beschreibt. Sie lässt sich mit dem in der Hamburger Mundart gebräuchlichen Begriff „*sutsche*“ umschreiben. Dieser bedeutet frei übersetzt so viel wie „Gemach, gemacht – alles zu seiner Zeit!“ Erfolgreiche Ethikarbeit braucht vor allem eines: Ruhe und Ausdauer. Im hektischen Alltagsgeschäft eines Krankenhauses fällt es

mitunter schwer, etwas zu verändern. Das gilt insbesondere für Veränderungen, die auf das Betriebsklima und die Haltung der Mitarbeitenden abzielen. Und nichts Anderes will Klinische Ethik in letzter Konsequenz. Angesichts der mitunter erheblichen Belastungen, die sich aus moralischen Dilemmata ergeben können, ist der Wunsch nach schneller Verbesserung verständlich. Klinische Ethik kann das aber nur teilweise leisten. Häufiger ist der lange Atem gefragt. Aus diesem Grund hat es sich meiner Erfahrung nach als außerordentlich hilfreich erwiesen, den Blick wach zu halten für ein realistisches Entwicklungstempo. Oder mit anderen Worten: „Immer *sutsche* in der Klinischen Ethik.“



## 2 Basiswissen Klinische Ethik

### 2.1 Moral: Was ist das?

Die Begriffe Moral und Ethik haben in der Gesundheitsversorgung unumstritten eine hohe Bedeutung. Das bedeutet aber nicht, dass alle, die die Patientenversorgung gestalten, dasselbe darunter verstehen. Im Gegenteil: Zwar verbinden die allermeisten mit beiden Begriffen intuitiv bestimmte Vorstellungen, nur sind diese nicht zwangsläufig identisch. Denn beide Termini umfassen komplexe Bedeutungsinhalte und werden alltagssprachlich häufig unterschiedlich verwendet. Das erschwert eine klare und prägnante Definition. Da Moral und Ethik für den Bereich der Klinischen Ethik aber die zentralen Arbeitsbegriffe darstellen und eine präzise Verwendung somit von hoher Bedeutung ist, beginnt dieser Text mit einer sorgfältigen definitorischen Einordnung. Das schließt eine Reihe von Aspekten ein, die für die praktische Klinische Ethikarbeit von besonderer Bedeutung sind.

Der Terminus Moral bezeichnet die Vorstellungen von dem sittlich richtigen und guten Handeln und stellt konkrete Regeln für Haltungen und Verhalten auf (Hübner 2018). Moral gibt eine Antwort auf die klassische philosophische Fragestellung „Was soll ich tun?“. Diese Perspektive unterscheidet sich grundlegend von der Beurteilung einer Situation nach fachlichen Gesichtspunkten („Was kann ich tun?“) und nach rechtlichen Kriterien („Was darf/was muss ich tun?“) – auch wenn alle drei Perspektiven in der Patientenversorgung häufig eng miteinander verbunden sind.

Dabei hat Moral einen gemeinschaftlichen und einen individuellen Anteil: Menschen sind dazu in der Lage, in einer sozialen Gemeinschaft gemeinsame Werte als verbindlich auszuhandeln. Gebote wie „Du sollst nicht töten!“ oder „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, sind Beispiele für gemeinschaftlich geteilte Werte. Gelingt einer Gruppe der Verständigungsprozess über moralische Sachverhalte, dann bildet sie eine „Moral Community“ oder Wertegemeinschaft (Zimmermann 2016). Die Zugehörigkeit schafft sozialen Zusammenhalt und bildet die Grundlage für moralische Pflichten. Ein enormer Vorteil liegt darin, dass die Gemeinschaftsmitglieder nicht jede Fragestellung des Alltags aushandeln müssen. Stattdessen können sie auf die vorverhandelten und gemeinschaftlich geteilten Werte zurückgreifen und sich bei alltäglichen Handlungen und Entscheidungen daran orientieren (Düwell 2008, S. 29–30). Das gilt auch für das Gesundheitswesen: Werte wie Würde, Autonomie, Fürsorge oder Gerechtigkeit gehören hier zum festen Repertoire ethischer Bewertungskategorien. Aber – und das ist wichtig – es gibt unterschiedliche Bezugsrahmen. So wie Personen gleichzeitig verschiedenen Gruppen angehören können (Berufsgruppe, Sportverein, Freundeskreis, Nachbarschaft), können sie auch Mitglieder verschiedener Moralgemeinschaften sein. Das führt zum nächsten Gedanken.

Moral hat neben einem gemeinschaftlichen auch einen individuellen Anteil. Jeder Mensch verfügt gewissermaßen über eine „moralische Landkarte“. Durch Erziehung und Prägung entstehen Vorstellungen davon, was eine Person in einer bestimmten Situation als sittlich empfindet, also als richtig und falsch (Hübner 2018, S. 13–17). Das führt zu einer spezifischen Reihe von Moralgemeinschaften, denen Menschen sich verbunden fühlen. Das bedeutet: In manchen Fragen sind sie derselben Auffassung wie ihr Gegenüber, in anderen nicht. Dieses individuelle Moralverständnis ist gefasst im Begriff „Wertpluralismus“. Führt man diesen Gedanken konsequent fort, so bedeutet er im Umkehrschluss, dass sich Menschen auf dem Feld der Moral potenziell alle fremd sind. Mit anderen Worten sind sie einander „Moral Strangers“ (Engelhardt 1996). Wertfrei betrachtet lässt sich dieser Umstand im Rahmen der Klinischen Ethik beispielsweise für die Ethik-Fallberatung methodisch nutzbar machen (s. Kap. 3.5 *Ethik-Fallberatung* und 4.3 *Ethik-Fallberatung am UKE*).

Der Begriff **Moral** bezeichnet die Summe der sittlichen Vorstellungen. Diese können individuell und auch innerhalb einer Gruppe bestehen. Dabei ist Moral abhängig von ihrem kulturellen und zeitlichen Kontext. Das bedeutet, dass moralische Überzeugungen als Ergebnis sozialer Interaktionen im Rahmen von Erziehung und Prägung ausgebildet werden und dabei einem ständigen Wandel unterliegen.



Dazu ein einfaches und themenfremdes Beispiel: Die Mitglieder einer aus einem bestimmten Anlass entstandenen Gruppe (Arbeitskolleginnen, Sportkameraden, ...) werden spontan dazu befragt, wie sie Tierquälerei moralisch bewerten würden. Höchstwahrscheinlich werden alle darin übereinstimmen, dass es sich dabei um eine verwerfliche Tat handelt. Wird nun aber in derselben Gruppe die individuelle Haltung zum Fleischkonsum erfragt, werden die Antworten vermutlich sehr unterschiedlich ausfallen und je nach Gruppenkonstellation vom strengen Vegetarismus bis zu „ich esse jedes Fleisch, Hauptsache viel und preiswert“ eine Vielzahl von Positionierungen umfassen. Die Antworten werden Tierschutzaspekte unterschiedlich berücksichtigen. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass in einer übergeordneten Fragestellung (Tierquälerei) eine Einigung zwar vergleichsweise leicht möglich ist, bei untergeordneten und oft komplexeren Aspekten (Fleischkonsum) aber divergierende individuelle Werthaltungen möglich sind.

Ein stärker auf das Thema dieses Buches bezogenes Beispiel berührt die Frage, welcher Stellenwert der Würde zukommt. Grundsätzlich ist Würde eine Moralkategorie, die als sehr bedeutsam empfunden wird. Wie aber umgehen mit einer Person, die sich aufgrund einer Demenzerkrankung selbstschädigend verhält? In konkreten Situationen weicht der prinzipiell starke Moralkonsens sehr vielfältigen Einschätzungen, wie der Wert Würde in der Praxis ausgedeutet wird. Dem einen mag die Unterbringung in einer geschlossenen Wohneinheit im Sinne der Fürsorge und der Achtung der Würde geboten erscheinen. Der andere sieht darin eine unzulässige Einschränkung individueller Freiheitsrechte, welche gleichzeitig die Würde des Betroffenen verletzt (Stoecker 2019).

Warum nun ist dieses Zusammenspiel von Wertegemeinschaft auf der einen und Wertpluralismus auf der anderen Seite wichtig? Die Gleichzeitigkeit beider Konstellationen kann zu Konflikten führen. Zurück zum Beispiel der Tierquälerei: Entdecken zwei Menschen, die sich sympathisch sind und in grundlegenden Fragestellungen übereinstimmen (beispielsweise in Bezug auf die grundsätzliche Verwerflichkeit von Tierquälerei), dass einer von beiden beim Grillen gern zum blutigen und preiswerten Steak greift, während der andere sich unter Berufung auf die Tierethik konsequent vegetarisch ernährt, führt das mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Irritation.

Ähnliche Bruchstellen lassen sich in Bezug auf viele Themen beobachten, auch im Gesundheitskontext. Ein Beispiel dafür liefert wiederum die grundsätzlich hohe Wertigkeit der moralischen Kategorie Würde. Beobachtet A eine Handlung an B, die ihrer Auffassung nach geeignet ist, die Würde von B zu verletzen, verspürt A vermutlich eine starke moralische Irritation. Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass B oder weitere Beteiligte das Gleiche empfinden. Gelingt es A und B nicht, sich sachlich über diese unterschiedlichen Wahrnehmungen und Wertungen auszutauschen, besteht die Gefahr, dass

daraus ein Konflikt entsteht – ein Konflikt, dem eine Bruchstelle zwischen grundsätzlich geteilten Werten (Wertegemeinschaft) und Differenzen in der konkreten Umsetzung (Wertpluralismus) zugrunde liegt (Sellmaier 2011).

**Zwischenmenschliche Spannungen entstehen oft dann, wenn unterschiedliche Moralvorstellungen unreflektiert aufeinandertreffen. Es handelt sich dann um einen ethischen Konflikt. Auch Teamkonflikte im Rahmen der Patientenversorgung haben häufig diesen Hintergrund. Geht ein Teamkonflikt auf einen moralischen Sachverhalt zurück, dann kann er mit den Mitteln der Klinischen Ethik bearbeitet werden.**

Menschen werden sich ihrer Werte(-haltung) immer zuerst auf emotionaler Ebene bewusst. Dafür steht der Terminus moralische Intuition – das umgangssprachliche „moralische Bauchgefühl“. Es stellt eine wichtige Fähigkeit dar: Ohne zuvor umfangreiche Überlegungen und Analysen anzustellen, können Personen ausgehend von ihrer Intuition Entscheidungen treffen, die mit ihren moralischen Überzeugungen in Einklang stehen. Das hilft bei Entscheidungssituationen, die entweder einen bestimmten Komplexitätsgrad nicht überschreiten oder aber häufig in vergleichbarer Form auftreten. Das ermöglicht Analogieschlüsse, also einen Abgleich mit den Erfahrungswerten bereits erlebter Situationen. In komplizierteren Fällen unterstützt die moralische Intuition darin, rechtzeitig innezuhalten, um eine Entscheidung zu suchen, die dem eigenen Moralempfinden am meisten entspricht (Birnbacher 2011).

Der Begriff **moralische Intuition** (umgangssprachlich „moralisches Bauchgefühl“) bezeichnet die instinktive Wahrnehmung von moralisch relevanten Sachverhalten. Eine moralische Intuition findet im Bereich des Halbbewussten statt. Der Wahrnehmende kann dabei im ersten Moment seine Einschätzung nicht begründen. Häufig ist die moralische Intuition Ausgangspunkt für eine vertiefte Reflexion.

Das macht die moralische Intuition zur wertvollen Ressource. Zugleich ist sie aber ungemein störanfällig. Bei gleichzeitiger Beschäftigung mit verschiedenen Dingen geschieht es leicht, dass die intuitive Wahrnehmung von moralisch relevanten Sachverhalten verdrängt wird. Für die Klinische Ethik spielt der Berufsalltag von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten eine bedeutende Rolle. Seine oftmals enge Taktung erschwert es ihnen mitunter, ethisch komplexe Situationen zeitnah wahrzunehmen und adäquat auf sie zu reagieren. Das Fallbeispiel 1 veranschaulicht das: Auch, wenn die Mit-