

7 Ethik in Aktion – praktische Erfahrungen an deutschen Krankenhäusern

Der nachfolgende Bericht zeichnet im Stile des „Story Telling“ einen Weg der Entdeckung, Übernahme und Anwendung praktischer Ethik in Krankenhäusern nach. Sinn dieser Darstellung ist die Vermittlung von Erfahrungen, wie und wozu „Ethik“ dort zur guten Medizin, zur guten Patientenversorgung und allgemein zu einem guten Krankenhaus beitragen kann. Da die Führungskräfte des Managements genauso wie Ärzte, Therapeuten und Pflegende in erster Linie zu diesen Zielen beitragen sollen und kaufmännische Ziele stets in Beziehung zu setzen sind zu so genannten Qualitätszielen, laden wir ein zu einem Ausflug in die praktische „klinische Ethik“, die „Organisationsethik“ und das „Ethik-Management“.

7.1 Der Weg zur Ethik

In Deutschland war eine explizite Ethik sowohl im Medizinstudium als auch in der Alltagspraxis der Krankenhäuser bis in die späten 80er Jahre weitgehend unbekannt. Dabei gab es auch damals viele schwerwiegende ethische Probleme bei medizinischen Entscheidungen zu lösen. Es fehlte allerdings jegliche ethische Kompetenz im Sinne der Fähigkeit, ein ethisches Problem klar zu erkennen, zu formulieren und systematisch einer Lösung zuzuführen. Dieses Defizit verzögerte klare Therapieentscheidungen, verschärfte Spannungen im Behandlungsteam, die durch ungenügend geklärte und vermittelte medizinische Entscheidungen entstanden und so zu erheblichen Belastungen des Klimas führten. Klinische Ethik-

Kompetenz hätte die Patientenversorgung verbessert durch klarere medizinische Entscheidungen und die Vermeidung unnötiger Behandlungen von Patienten. Manche Krankmeldungen und Kündigungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal hätten wahrscheinlich vermieden werden können, wenn es gelungen wäre, diese Konflikte, die Anlass zu Unzufriedenheit, Streit und Störungen der Zusammenarbeit führten, unter Nutzung von „Ethik“ zu entschärfen und zu lösen.

7.2 „Ethical Grand Round“

Ein Aufenthalt an einer amerikanischen Universitätsklinik ermöglichte das Kennenlernen einer Einrichtung, die an deutschen Kliniken weitgehend unbekannt war. An jedem Freitagmorgen gab es die „Ethical Grand Round“, an der unter Moderation eines Medizinethikers ethisch kontroverse klinische Fälle eingebracht und diskutiert wurden. Die unterschiedlichen Positionen wurden sachlich und respektvoll behandelt, die Argumente wurden jeweils gut begründet, Empfehlungen für laufende Behandlungen oder für künftige ähnliche Fälle wurden gemeinsam entwickelt. In ähnlichen klinischen Fällen hatte es in Deutschland oft sehr hässliche Auseinandersetzungen gegeben, die zu erheblichen Störungen der Zusammenarbeit (bis hin zu Klagen vor Gericht), zwischen Berufsgruppen und medizinischen Fachabteilungen geführt hatten. Die Leidtragenden waren dann die Mitarbeiter und die Patienten. Konsile und gemeinsame Behandlungen wurden dann oft blockiert. Patienten wurden eher in andere Häuser verlegt als zum Kollegen der Nachbarstation, weil man keinen konstruktiven Umgang mehr miteinander pflegte. Durch Streit zwischen Ärzten kamen Patienten zu teilweise erheblichem Schaden. Nicht ohne Grund verlangte schon der Hippokratische Eid ein hohes Maß an Kollegialität zwischen Ärzten.

7.3 Ärztliche Entscheidungen am Lebensende

Um 1990 wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ein medizinsoziologisches Forschungsprojekt finanziert, das eine empirische Studie zu Fragen der „passiven Sterbehilfe“ oder des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen in deutschen Krankenhäusern durchführte. Hier wurden erstmals in Deutschland mit sozialwissenschaftlichen Methoden explizit ethisch relevante Phänomene erforscht. Es zeigte sich nebenbei, dass deutsche Ärzte zu diesem Zeitpunkt so gut wie keine Ethik-Ausbildung erfahren hatten, während Pflegekräfte unter dem Stichwort Ethik bestenfalls zum Thema „Sterben und Tod“ unterrichtet worden waren.

Gegenüber dem Entwicklungsstand der „Bioethik“ in den angelsächsischen Ländern und den Niederlanden lag man meilenweit zurück.

Es wurde durch verschiedene Entwicklungen, u.a. durch die Akademie für Ethik in der Medizin, die Entwicklung der Palliativmedizin und die Hospizbewegung, durch Forschungsprojekte, Akademietagungen und Veröffentlichungen in der Presse und den medizinischen Fachmedien eine vermehrte Sensibilität geschaffen für Fragen der medizinischen Indikation, der Entscheidungskriterien und der Behandlungsziele. Welcher Patient soll wie lange und mit welchen Mitteln am Leben erhalten werden? Wer darf sterben? Wer entscheidet über Einsatz oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen? Auf welche Maßnahmen darf oder muss sogar verzichtet werden? Nach welchen Kriterien dürfen solche Entscheidungen getroffen werden? Welche Rolle soll der Wille des Patienten spielen? Welche Rolle spielen die Angehörigen? Die Berücksichtigung solcher Fragen und ihre sorgfältige, teamorientierte Beantwortung ist eine zentrale Voraussetzung patientenzentrierter Versorgung. Damit liegt dieses Element einer guten medizinischen Kultur im Verantwortungsbereich *aller* Führungskräfte.

Auch ohne umfassenden theoretischen Überbau in Sachen Ethik können solche Fragen sofort in die Visiten und Stationsbesprechungen eingebracht werden und können entsprechende Gespräche und Fortbildungen ermöglichen, in denen offen über derlei Fragen gesprochen wird. So kann auch ein „Ethik-Prozess“ begonnen werden.

7.4 Die Akademie für Ethik in der Medizin

1986 wurde die „Akademie für Ethik in der Medizin“ (AEM) von einer kleinen Gruppe von Ärzten, Philosophen, Theologen, Juristen und Pflegekräften gegründet. Kurze Zeit später förderte der Wissenschaftsrat einen „Teachers Training Course“ um Multiplikatoren für die Verbreitung von Ethik-Qualifikationen und Kenntnissen auszubilden. Die AEM wuchs bis heute kontinuierlich und belief sich 2017 auf über 600 Mitglieder. Eine Fachzeitschrift „Ethik in der Medizin“ wird herausgegeben. „IDEM“ ist die Bezeichnung der Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin, die von der AEM mit Unterstützung des Bundes und des Landes Niedersachsen eingerichtet wurde. Die Datenbank „ethmed“ vermittelt Literaturrecherchen im nationalen und internationalen Rahmen. Erste Lehrstühle für Medizinethik und Pflegeethik wurden besetzt. Zunehmend wurden Ethik-Themen auf medizinischen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen zur Regel und allmählich, wenn auch weniger stark,

befassten sich auch Führungskräfte aus dem Management mit Ethik-Themen, insbesondere im Zusammenhang ökonomischer Prozesse und Ziele.

Akademie für Ethik in der Medizin

Die AEM hat sich zum Ziel gesetzt, den öffentlichen wie auch den wissenschaftlichen Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, der Pflege und im Gesundheitswesen zu fördern. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u.a. die Durchführung von Tagungen und Symposien, die Herausgabe der Zeitschrift *Ethik in der Medizin*, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie die Qualifizierung von Personen, die in der Klinischen Ethikberatung tätig sind. 1992 wurde an der AEM die Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM) eingerichtet. Hauptaufgabe von IDEM ist der Aufbau und die Pflege der deutschsprachigen Literaturdatenbank ETHMED, eine Sammlung von Literaturhinweise die sich von Zeitschriften und Zeitungsartikel über Fachbücher bis hin zu Gesetzestexten und Urteilen mit ethischer Relevanz erstreckt.

Die AEM ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der European Association of Centres of Medical Ethics (EACME).

7.5 Vorbild: Bioethik-Kurse Georgetown University

Die evangelische Landeskirche Hannover spielte in der Entwicklung der deutschen Medizinethik eine förderliche Rolle, weil sie über einen langen Zeitraum jährlich zwei ausgewählte Personen zu einem „Intensive Bioethics Course“ an das *Kennedy-Institute of Ethics der Georgetown-University* in Washington DC sandte. So bildete sich im Kreis der Studienleiter evangelischer Akademien und später unter den Klinikseelsorger ein „Ethik-Kader“, der gesellschaftlich und klinisch relevante Themen der Medizinethik in die Öffentlichkeit und die Krankenhäuser brachte. Die Kurse in Washington förderten die Entwicklung der Medizinethik in Deutschland und Europa deutlich. Hier wurde eine reflektierte pragmatische Ethik gelehrt, die Methoden und Kultur für medizinische Entscheidungsvorbereitung und Entscheidungsfindung vermittelte, und zwar auf klinischer, institutioneller und gesellschaftlicher bzw. globaler Ebene. Hinzu kam, dass an diesen Kursen internationale und interprofessionelle Gruppen teilnahmen, die aus den Feldern der Medizin, Philosophie, Theologie und der Wissenschaften sowie aus Politik und Wirtschaft kamen. Ethik war und ist in den Vereinigten Staaten ein kritischer, aber keineswegs primär bremsender Begleiter innovativer Prozesse in Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft.

Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington D.C.

„The Kennedy Institute of Ethics is a center for practically engaged ethics at Georgetown University. Established in 1971 with a founding interest in medical ethics, it is one of the oldest academic ethics centers in the world. Our founding scholars helped to invent the field of bioethics – the ethics of health, the environment, and emerging technology – from the ground up, and we strive to carry on that tradition of creative leadership today through world-class research, teaching, public service, and a spirit of continuous experimentation.

The Institute today is a place where ethicists engage in rigorous, sustained conversation with experts and practitioners across the disciplines to respond directly and meaningfully to the pressing ethical issues of our time.

The Kennedy Institute of Ethics at Georgetown University helped to invent the field of bioethics, beginning a tradition of creative leadership in practical ethics that continues into the twenty-first century.“ (<https://kennedyinstitute.georgetown.edu/>)

7.6 Zentrum für Gesundheitsethik Hannover/Loccum

Die Erfahrung der „Bioethik-Kurse“ in Washington motivierte dazu, in Deutschland ein Projekt auf die Beine zu stellen, das in eine ähnliche Richtung gehen sollte. 1995 wurde das „Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum“ in Hannover gegründet. Auch andere evangelische und katholische Akademien befassten sich nun zunehmend mit „Medizinethik“. Thematisch wurden gesellschaftlich kontrovers diskutierte Themen behandelt: Organspende und Transplantationsmedizin, Intensivmedizin, Patientenverfügungen, Sterbehilfe/Therapieverzicht, Hospizwesen, Ethik in Psychiatrie und Reproduktionsmedizin und vieles mehr. Besonders Klinikseelsorger entdeckten die Ethik für sich und sollten beim Aufbau Klinischer Ethik-Komitees eine stabilisierende Rolle spielen.

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Das Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum mit Sitz in Hannover beteiligt sich an der öffentlichen Diskussion über ethische Fragestellungen in Medizin, Pflege und anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Es führt Fachtagungen zu gesundheitsethischen Themen durch, beteiligt sich an der Fort- und Weiterbildung von Ethikberatern und Klinikseelsorgern, führt Studien durch und erstellt Publikationen. Außerdem berät es verschiedenste Einrichtungen der Evangelischen Kirche und der Diakonie.

7.7 Ethik und Unternehmenskultur in konfessionellen Krankenhäusern – internationale Vorbilder

Während der Vorbereitungen zur Gründung des Zentrums für Gesundheitsethik in Loccum entstand in gemeinsamen Diskussionen die Idee eines konkreten Brückenschlages zwischen der Medizinethik und dem Krankenhausmanagement. Die evangelische Henriettenstiftung Hannover, die eines der größten deutschen Diakonie-Krankenhäuser betreibt, hatte „ethische und moralische Werte“ ins Zentrum der Entwicklung ihrer „Corporate Identity“ und „Corporate Culture“ gesetzt.

Wie in der Medizinethik (*Bioethics*) waren auch für die strategische Unternehmensentwicklung im Krankenhaus Vorbilder in den USA richtungweisend. Hier wurde schon seit Jahrzehnten das Fach „Business Ethics“ gelehrt. Es gab *Ethics Officers*, *Ethics Offices*, *Ethics Hotlines* und *Ethics Programmes* in mehr als einem Drittel amerikanischer Unternehmen. Diese Formen von Ethik-Management wurden eingesetzt zur internen Beratung sowie zur Selbstkontrolle von Unternehmen. Sie wurden zugleich als Kernelemente einer Unternehmenskultur verstanden.

Deren Bedeutung für den unternehmerischen Erfolg war bereits in den 1980er Jahren in den USA breit diskutiert worden. In Deutschland war von der Bertelsmann Stiftung die Unternehmenskultur als Element „vorwärts gerichteter Strategien“ zur Bedingung für unternehmerischen Erfolg erklärt worden. Auch die Hans-Böckler-Stiftung propagierte eine wertorientierte Unternehmenskultur als Vorteilsfaktor in einer zunehmend globalisierten Wirtschaft. „Corporate Social Responsibility“ (CSR) wurde weltweit zum Thema und fand im *United Nations Global Compact* (gegründet 2000) starken Rückenwind.

Auch das Gesundheitswesen stellte sich auf verstärkten Wettbewerb und eine wachsende Bedeutung des Managements ein. Wirtschaftsethische Konzepte wurden auf Krankenhausunternehmen übertragen. Eine explizite Unternehmensphilosophie von Krankenhausunternehmen sollte nach den Worten des Vorstehers der Diakonie-Henriettenstiftung „die Tätigkeit der Führungskräfte zielbezogen regeln, leitbild-adäquat strukturieren, konsistent halten und durch ständige Rückkopplung, durch ein Controlling, Weiterentwicklung ermöglichen. Von den Leitsätzen oder Zielvorstellungen her lassen sich *Führungsgrundsätze* formulieren. Diese Grundsätze sollen helfen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so zu führen, dass sie ihre Aufgaben ‚gut und gerne‘ erfüllen.“ Weiter wird die ethische Dimension jeder Unternehmensphilosophie und Unternehmenskultur betont. Jedes Tun und Lassen müsse verantwortet werden. So war es nur konsequent, dass im Zuge der strategischen Neuausrichtung der Diako-

nie-Krankenhäuser die Erarbeitung eines *Ethik-Kodex* begonnen wurde. Ein erstes großes „Ethik-Projekt“ entstand.

„Corporate concepts have been developed which interpret the corporate philosophy in ways relevant to business behavior. They address essential questions relating to daily work giving comments and information. [...] From such aspects-protection of life, of human dignity, total care and devotion-derive the ethical and moral values and standards, as well as the motivation of our leaders. [...] We protect the life of the weaker to live. A further example of this acted-out corporate philosophy is that the subject of death should not become taboo. Death and dying are part of life just as are pregnancy and birth.“ (Helbig 1995)

7.8 Ein Ethik-Kodex für ein deutsches Krankenhaus

1996 vergab der Vorstand der Henriettenstiftung Hannover den Auftrag zur Erarbeitung eines Ethik-Kodex. Bereits zwei Jahre zuvor hatten die katholischen „Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Österreich“ (1994) einen Ethik-Codex veröffentlicht, der sich im Wesentlichen auf christliche und traditionell medizinethische Prinzipien stützte und Richtlinien zu moralisch und ethisch umstrittenen Phänomenen der Medizin vorgab: Fortpflanzung, Pränataldiagnostik, Sterilisation, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, Forschung am Menschen, Sterbehilfe, Gentechnologie, Patientenrechte, angemessene Honorierung usw. Der Kodex der Henriettenstiftung sollte jedoch nicht aus einer Sammlung von Grundsätzen zum Umgang mit beschriebenen Konflikten bestehen, sondern eine starke empirische Grundlage haben. Es sollten die moralischen Problemfelder und Konflikte der Mitarbeiterschaft erforscht werden um gemeinsam mit ihnen Prozesse und Instrumente zum Umgang mit diesen Phänomenen zu entwickeln. Damit wurde in diesem Klinikum erstmals ein mit Methoden sozialwissenschaftlicher Empirie arbeitendes Ethik-Projekt eingerichtet. Es wurde zum Vorbild weiterer Projekte.

Die Arbeitsbedingungen waren ausgezeichnet. Der Vorstand erläuterte seine Ziele, ein Konzept wurde ausgearbeitet und im Kreis der Führungskräfte diskutiert. Erster Schritt war dann die Information der Mitarbeiter über ein bevorstehendes „Ethik-Projekt“, dessen erstes Ziel darin bestand, einen Ethik-Kodex als „Diskussionsgrundlage und Denkanstoß [...] angesichts ethischer Fragestellungen im beruflichen Alltag“ zu erstellen (Henriettenstiftung u. Wehkamp 1998).

Es folgte eine Untersuchungsarbeit im Rahmen eines Forschungsinter-nats. Vier Wochen lang wurde bei Tag und Nacht im Klinikum mit Mitarbeitern gesprochen, wurden Visiten begleitet, gezielte Leitfadener-

views durchgeführt, Fokusgruppen arrangiert, an Stationsbesprechungen und Operationen teilgenommen, wurden Nachtdienste begleitet, Verwaltungsmitarbeiter und Pflegeschulen besucht usw. Stets ging es um die Fragen: Was würden Sie von einem Ethik-Projekt erwarten? Welche ethischen Probleme und Herausforderungen sehen Sie? Welche Werte und Ziele sollten die Praxis der Sorge um Patienten und Heimbewohner leiten? Zweimalwöchentlich fand ein offener Gesprächskreis statt, der den Namen Ethik-Café erhielt (und in dem es tatsächlich Kaffee, Tee und Gebäck auf Kosten des Hauses gab). Einmal pro Woche gab es einen kliniköffentlichen Vortrag über Ethikthemen und einmal pro Woche fand sich ein interprofessioneller Kreis von Interessierten, die das Projekt unterstützten und sich für ein künftiges Klinisches Ethik-Komitee qualifizieren wollten. In den folgenden, fast eineinhalb Jahren waren monatlich zwei Tage der Fortsetzung des Projekts gewidmet.

7.9 Erkenntnisse der Untersuchungsphase an der Henriettenstiftung

Die Untersuchungsphase brachte eine Vielzahl wertvoller Erkenntnisse. Zunächst wurde deutlich, dass bei der Mehrzahl der Mitarbeiter einschließlich der Führungskräfte eher ein Alltagsverständnis von Ethik (im Sinne von „ethisch = moralisch = gut“) vorhanden war. Die vielfältigen Priorisierungsprobleme von Pflegekräften, Ärzten und auch Verwaltungsmitarbeitern wurden unter der Rubrik „Wir haben zu wenig Personal!“ verbucht:

„Wir brauchen keine Ethik, wir brauchen mehr Personal! Wir können nicht alle geriatrischen Patienten an die Sonne oder die frische Luft bringen.“ „Und wie lösen Sie das Problem?“ „Na ja, wir nehmen nicht alle mit!“. „Und wen nehmen Sie nicht mit?“ „Tja, die Dementen. Die kriegen das sowieso nicht mit!“

Auch die Ärzte verfügten überwiegend über keine bzw. sehr geringe Kenntnisse von Ethik, auch von ihnen wurde Ethik als „moralisch“ deklariert. Ethik-Deklarationen des Weltärztebundes, unter anderem die „Deklaration von Helsinki“ zur Forschung an Menschen, waren nur wenigen bekannt. Ethik-Kompetenz als medizinische Entscheidungskompetenz durch „Reflexion auf Moral“ war ja im deutschen Medizinstudium kein Thema gewesen.

Ethische Konflikte wurden am ehesten im Umgang mit sterbenskranken Menschen gesehen, zumeist im Kontext der Frage, wo die Grenzen intensivmedizinischer Maßnahmen zu ziehen sind. Wo traditionelle Autoritätsstrukturen in der Ärzteschaft vorhanden waren (und das war immer noch weit verbreitet) war der freie Meinungsaustausch über Fragen des

Therapiemaßes nicht üblich. Ein Verständnis von „Was Ethik ist bestimme ich!“ als Ausdruck chefärztlicher Macht war noch nicht ausgestorben. Die Ansichten von Chef-, Ober- und Assistenzärzten, sowie von Pflegekräften gingen oft weit auseinander, ohne dass der Versuch einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unternommen wurde, geschweige denn strukturell (z.B. durch eine ethische Fallbesprechung) gefördert wurde.

Ethische Konflikte im Rahmen von Therapieentscheidungen stehen auch heute noch vielfach im Zentrum der akademischen Medizinethik. Die damalige Untersuchung zeigte jedoch, dass für die Mitarbeiter ein anderes Thema an erster Stelle stand: Das Thema „Wertschätzung“. Sehr viele von ihnen fühlten sich in ihrem Engagement nicht gewürdigt durch die Führungskräfte – und für viele Führungskräfte galt dies in umgekehrter Richtung auch. Gemeinsam fühlten sich auch viele durch die mediale Öffentlichkeit, die Presse und teilweise auch die Justiz gedemütigt.

Anerkennung und *Gerechtigkeit* waren folglich die am meisten erhofften Ergebnisse des Ethik-Projekts. Nur wenn die Mitarbeiter sich „gerecht“ behandelt fühlten und in ihrem Engagement gewürdigt fühlten war mit hoher Motivation und hohem Einsatz für gemeinsam getragene Unternehmensziele zu rechnen. Das „Ethik-Projekt“ zeigte die hohe Bedeutung der Unternehmenskommunikation, der Unternehmenskultur und der Qualität der Versorgung von Patienten und Bewohnern auf. Damit war klar, dass *Ethik im Krankenhaus* keine exklusive Veranstaltung für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Seelsorger war, sondern dass auch die Bereiche Management, Verwaltung und Dienstleistung (Apotheke, Beschaffung, Küche, Näherei, Transportdienste usw.) eingebunden werden mussten.

Der Ethik-Kodex der Henriettenstiftung Hannover ist heute Geschichte. Mit seinem großen Umfang von 60 Seiten war er eher ein Sensibilisierungsbuch für die Ethik im Krankenhaus. Sein Wert bestand darin, dass hier erstmals umfassend auf der Grundlage empirisch erkundeter Probleme ethische Regeln, Probleme und Konflikte ausdrücklich formuliert wurden. Damit wurde ein Grundstein für die klinische und Unternehmensethik gelegt der in der Folgezeit allerdings weiterer Pflege und Entwicklung bedurfte. Dies verlangt eine aktive Einbindung in die tägliche Versorgungspraxis, die ihrerseits eine ethisch kompetente Führungsarbeit zur Voraussetzung hat. Für die Institutionalisierung von Ethik heißt dies den Anspruch zu sichern, in klaren Strukturen über Wertschätzungen und Wertsetzungen nachdenken, sprechen und urteilen zu können, bezogen auf patientenbezogene Entscheidungen, auf Umgangsweisen innerhalb des Hauses sowie in Bezug auf die Ziele und Werte, die jeder strategischen Orientierung zugrunde liegen.

Ethik in der Henriettenstiftung Hannover

Die Klinische Ethikarbeit im DIAKOVERE Henriettenstift hat eine lange Tradition. Bereits in den 1990er Jahren entstand ein Ethikkodex, der als Handreichung für die Praxis diente.

Heute gibt es die Klinische Ethikarbeit mit Ethik-Komitee und Ethikberatung.

Das Ethik-Komitee beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Ausrichtung der ethischen Arbeit. Seine Arbeit ist mit anderen Ethik-Komitees in des DIAKOVERE-Unternehmens vernetzt. Die Geschäftsführung ist in die ethischen Fragestellungen direkt mit eingebunden und trägt auf diese Weise frühzeitig Entscheidungen für die konzeptionelle Entwicklung des Hauses mit.

7.10 Die konfessionellen Krankenhausverbände verbreitern die Basis: Klinische Ethik für alle ihre Häuser

Im April 1996 berichtet Erny Gillen in der katholischen Zeitschrift „Krankendienst“, von der Absicht des evangelischen und katholischen Krankenhausverbandes, ihren Mitgliedern „Handreichungen zur Gründung und Arbeitsweise ethischer Komitees zu erstellen.“ Gillen plädiert nicht nur für eine allgemeine Einführung klinischer Ethik-Komitees in Krankenhäusern. Ihm ist es auch wichtig, dass die Krankenhausverbände ihre Leitlinienkompetenz nutzen, um in diesem Sinne zu wirken. Mit Blick auf amerikanische Erfahrungen betont er die „Erziehung“ als erste Aufgabe der Ethik-Komitees. „Das heißt, die Ausbildung und Übung ethischen Argumentierens gehören an die erste Stelle.“ Sein Beitrag endet mit der Vision, das Management des Krankenhauses möge „die implizite omnipräsente Dimension der Ethik sichtbar und explizit (anerkennen)“.

Ein Jahr später geben beide Krankenhausverbände eine Broschüre zum Thema „Ethik-Komitee im Krankenhaus“ heraus. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe hatte den Text in mehreren Sitzungen entworfen. Im Vorwort empfehlen die beiden Vorsitzenden Voß und Helbig dem Krankenhausmanagement, Ethik strukturell als Element der Krankenhausleitung (zu) institutionalisieren.

„Wir möchten mit unserer Initiative das gelebte Ethos der Ärzte als auch der Pflegenden wie der christlichen Träger unterstützend aufgreifen und strukturell als Element der Krankenhausleitung institutionalisieren. Damit wird im Management des Krankenhauses die implizite Dimension der Ethik sichtbar und anerkannt.“ (Voß u. Helbig 1997)

Das *klinische Ethik-Komitee* ist ein zentrales Strukturelement der institutionalisierten Ethik. Es soll nach der Vorstellung der Autoren und Herausgeber die Chance bieten, „in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten.“ (Lauer 1999) In dieser Formulierung ist bereits eine organisationsethische Perspektive mit angelegt, die über die unmittelbar patientenbezogene Perspektive hinausgeht. Der Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbandes W. Lauer bekräftigt dieses Anliegen. Mit Blick auf die wachsende Bedeutung ökonomischer Ziele im Krankenhausmanagement und davon ausgehende Konfliktlage schreibt er:

„Hier erlebe ich eine dauernde Spannung zwischen den Interessen des Trägers, sein Haus solide zu finanzieren, und dem Anliegen des Arztes, unseren gemeinsamen Patienten all das zukommen zu lassen, was für sie notwendig war und den derzeitigen Standards entsprach.“ (ebd.)

7.11 Eine Unterscheidung wird nötig: Ein Ethik-Komitee ist keine Ethikkommission!

Mit dem Aufkommen und der Verbreitung des klinischen Ethik-Komitees wurde eine begriffliche Abgrenzung zu den bereits vorhandenen Ethik-Kommissionen notwendig. Die auf gesetzlicher Grundlage arbeitenden Ethik-Kommissionen haben die Aufgabe, medizinische Forschung am Menschen einschließlich experimenteller Behandlungsmethoden und klinischer Pharmastudien gemäß verbindlicher ethischer Regularien zu steuern. Sie arbeiten auf Grundlage des internationalen Standesrechts, das von den Ärztekammern in nationales Recht und die Berufsordnung für Ärzte umgesetzt wurde. Die „Deklaration von Helsinki“ des Weltärztebundes in der jeweils aktuellen Version ist ein verbindliches Ethik-Dokument, das nicht nur Ärzten, sondern auch den Führungskräften aller Krankenhäuser, in denen Forschung jedweder Form durchgeführt wird, bekannt sein sollte (s. Kap. 2).

Der Begriff „Ethik-Komitee“ oder „Klinisches Ethik-Komitee“ hingegen bezeichnet Einrichtungen, die innerhalb einer Klinik oder eines Klinikunternehmens freiwillig eingerichtet werden und nach den jeweiligen örtlichen Verhältnissen gestaltet werden können. Die Komitees behandeln Therapieentscheidungen oder konkrete (mögliche) Verstöße gegen ethische Regeln. In den letzten Jahren wurden klinische Ethik-Komitees aufgewertet, seitdem sie für Zertifizierungsprogramme und im Rahmen der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielen.

7.12 Europas größtes kommunales Großklinikum experimentiert mit „Ethik“

Angeregt durch die Ethik-Aktivitäten der Henriettenstiftung Hannover lud der damalige Ressortleiter Kliniken und Chefarzt der Klinik für Hämatologie/Onkologie Prof. Walter Gallmeier zu einem Ethik-Projekt am Klinikum Nürnberg ein (dem damals nach eigenen Angaben größten kommunalen Klinikums Europas). Dabei spielte die zuvor stattgefundene Umgestaltung der Führungsstruktur eine gewisse Rolle, denn aus der traditionellen Dreierführung (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion) war angesichts der bedrohlich wachsenden wirtschaftlichen Herausforderungen eine kaufmännische Alleinführung entstanden. „Medizin“ und „Verwaltung“ standen sich sehr kritisch gegenüber und von Teilen der Verwaltung wurde das „Ethik-Projekt“ zunächst sehr zurückhaltend bewertet. Dies änderte sich als klar wurde, dass die Mitarbeiterschaft in dem geplanten Projekt nur mitziehen würde, wenn die Spitzen des Hauses konstruktiv und fair miteinander umgehend würden. Die Aussage „Ethik muss ganz oben beginnen“ war deutlich zu vernehmen, und Vorstand und Ressortleiter Kliniken begannen in moderierten Gesprächen, ihre jeweiligen Positionen zu erläutern, Kritik am Gegenüber offen und klar zu äußern und sich auf Grundsätze ihrer Zusammenarbeit zu einigen. Aus der Vermittlung zwischen Medizin und Management, konkret durch die gemeinsame Förderung durch W. Gallmeier und K. Wambach, entstand ein großzügiges und bis heute einzigartiges Projekt das von Anfang an medizinethische, pflegeethische und betriebswirtschaftliche Herausforderungen gemeinsam in den Fokus stellte. Damit rückten auch gesundheitspolitische und organisationsethische Themen in den Fokus, die als „Organizational Ethics“ und „Institutional Ethics“ zwar in den USA bereits entwickelt waren, in Deutschland aber noch einige Jahre namenlos blieben. Erst als der Frankfurter Theologe und Ethiker Kurt Schmidt eine Fachtagung der Evangelischen Akademie Arnoldshain zur Medizinethik in Institutionen eingeladen hatte und der Amerikaner George Khushf seinen Vortrag über „Organizational Ethics“ hielt wurde klar, dass auch das Nürnberg-Projekt um „Organisationsethik“ kreiste und damit weit mehr umfasste, als die klassische ethische Fallbesprechung zu patientenbezogenen ärztlichen Entscheidungen.

“Management makes Medicine!”

Auszug einer Präsentation von George Khushf, Ph.D., Center for Bioethics, University of South Carolina vor Führungskräften des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK) 2003

- How administrators and organizations practice medicine: incentives, profiling and practice;
- managing medical error; the hospital formulary; case managers.
- Appreciate how administrators and the organization are between clinician
- What culture of exchange/dialogue exists and how can it evolve in a more constructive way?
- The unavoidable overlap between clinical and administrative jurisdictions!
- Convey a sense of the challenge and ethical task!
- Identify the core values and ends of health care that should guide practice, and explore how competing values can be simultaneously realized
- Provide a forum for exploring the ethical issues: encourage people to take the ethical pause!
- Administrative ethics rounds!
- Organizational ethics committee!
- Create a culture of collaboration between clinicians and administrators

„Kein anderes deutsches Krankenhaus hat auch im Bereich der Ethik vergleichbar umfangreiche Aktivitäten entwickelt, wie das Klinikum Nürnberg.“

Der Nürnberger Arbeitsauftrag lautete schlicht: Das Potenzial der *Ethik* für die Entwicklung eines Klinikums vollständig entfalten! Herausfinden, wie, wo und wozu *Ethik* in ein Krankenhaus implementiert werden kann.

Die Voraussetzungen dafür waren gut. Es gab bereits einen medizinischen Arbeitskreis im Bereich der Nephrologie. In diesem medizinischen Fachgebiet hatte sich schon viele Jahre zuvor durch die Einführung der Dialyse ein geradezu klassisches Ethikthema aufgedrängt, nämlich das Problem der Zuteilung knapper Mittel. Welcher Patient bekommt die Dialyse? Wer bekommt sie nicht? Wer kommt zuerst, wer zuletzt dran? Wie sollen Prioritäten festgelegt werden? Was verlangen die Prinzipien der Gleichbehandlung und der Gerechtigkeit? Es ist wichtig für den Ruf eines Klinikums, sich sorgfältig mit komplexen medizinischen Entscheidungen zu befassen.

Ähnlich wie in Hannover begann das Projekt mit einer Personalversammlung und einer Information der Mitarbeiterschaft über die Linienfunktion und die interne Klinikzeitung. Das „Ethik- Projekt“ wurde als offenes Projekt mit Zielen, Konzepten und Personen vorgestellt und bekannt gemacht. Dies geschah mit Unterstützung der Vorstandsebenen und Mitarbeitervertretungen sowie diverser Arbeitsgruppen, Initiativen, Kliniken und Stationen, die von sich aus Interesse bekundeten und ihre Zusammenarbeit anboten. Dadurch kam es zu einem Schneeballeffekt.

Über die Klinik hinaus berichtete zunächst die lokale und später die überregionale Presse. Das Untersuchungsinternat dauerte insgesamt sechs Wochen. Es beinhaltete qualitative Leitfadeninterviews mit mehr als 200 Personen, Fokus-Gruppen, Befragungen über quantitative Fragebögen, Visitationen, teilnehmende Beobachtungen an verschiedensten Gremiensitzungen, bei chirurgischen Operationen, Visiten und Nachtdiensten. Auch die Krankenpflegeschulen und deren Lehrkörper, die Fortbildungsakademie des Klinikums, der psychosomatische Konsildienst, die Klinikseelsorge, die Patientenvertretungen, Personalräte und Aufsichtsräte wurden einbezogen.

Zeitgleich mit Beginn der Untersuchungsarbeit wurde mit Schulungen zum Aufbau eines Klinischen Ethikkomitees begonnen.

„Ethik-Projekt Klinikum Nürnberg“: Aktivitäten, Strukturen und Dokumente

- Aufbau und Qualifizierung eines Ethik- Projektteams, das später teilweise in ein Klinisches Ethik- Komitee überführt wird
- Organisation und Durchführung offener Ethik-Foren, z.B. ein „Ethik-Cafe“ zur Einbringung, Diskussion und Weiterleitung ethischer Problemanzeigen aus der Mitarbeiterschaft, seitens der Patienten(-vertretungen), niedergelassener Ärzte oder anderer externer Personen
- Gewährleistung einer „Ethik-Sprechstunde“ unter besonderem Vertrauensschutz, die von allen Mitarbeitern auch anonym in Anspruch genommen werden kann
- Kontinuierliche Beratung von Vorstands- und anderen Führungspersonen sowie bei Bedarf auch von Aufsichtsräten
- Entwicklung, Durchführung und Bekanntmachung „ethischer Fallbesprechungen“ und eines dafür speziell qualifizierten mobilen Beratungsdienstes
- Erstellung von Dokumenten zur ethischen Orientierung der Mitarbeiterschaft, z.B. Ethik-Code, Verhaltenskodex für Mitarbeiter, Leitlinien zum Umgang mit Patientenverfügungen, Leitbilder für das gesamte Klinikum oder einzelne Abteilungen, z.B. eine Notaufnahme-Station, Empfehlungen zur fairen Konfliktlösung, Satzung des Ethik-Komitees usw.
- Gezielte Information über Regeln der medizinischen Forschung an Menschen im Sinne der Helsinki-Deklaration(en) des Welt Ärztbundes
- Organisation und Durchführung von internen Informations- und Diskussionsveranstaltungen, Abteilungsfortbildungen, Vorlesungen und Workshops zu ethischen Fragestellungen und Problemen.
- Beratung und Unterstützung von Aus- und Weiterbildungsstätten wie Pflege-Schulen, Gesundheits-Akademien usw. Dazu gehören auch Lehrerfortbildungen
- Einbeziehung der internen Informationsmedien sowie der lokalen und über-regionalen Presse

- Identifizierung und Bearbeitung so genannter Problemzonen im Klinikum, auch „Baustellen“ genannt. Hier werden bevorzugt chronifizierte Konflikte bearbeitet und nach Möglichkeit aufgelöst.
- Konfliktmediation aller Art, von der Vorstandebene bis zum Konflikten innerhalb der Abteilungen, zwischen Berufsgruppen oder zwischen Patienten bzw. Angehörigen und dem Klinikum

Die gesamte Projektentwicklung erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Jahren. Sie wurde in der Folgezeit durch verschiedene Teilprojekte ergänzt, unter anderem zur Entwicklung und zur Übernahme einzelner kleinerer Kliniken, der Zentralen Notaufnahme, zum Konfliktmanagement oder zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen, die eine sensible Öffentlichkeitsarbeit verlangten. Schließlich wurde auch der ethische Konsildienst auf- und ausgebaut und die Fortbildungsakademie des Klinikums nahm Ethik-Kurse in ihr Programm auf.

Gedanklich orientiert sich ein *Ethik-Projekt* am Geist der philosophischen Aufklärung. Es fordert ausdrücklich die Freiheit des Denkens und der Aussprache, den offenen und transparenten Diskurs, Phänomene, die in deutschen Krankenhäusern keineswegs selbstverständlich sind. Sein größter Feind ist das Verbot der Wahrnehmungs- und Redefreiheit, sein größtes Hindernis die Angst der Mitarbeiterschaft vor Repressionen oder Demütigungen durch Vorgesetzte. Sein unverzichtbares Medium ist Vertrauen und im Sinne von Niklas Luhmann „Vertrauen in Vertrauen“. Damit ist eine reflektierte Form des Vertrauens gemeint, die über personales Vertrauen hinaus ein „Systemvertrauen“ ermöglicht. Ein Höhepunkt des Nürnberger Ethik-Projekts war das öffentliche Bekenntnis der Klinikleitung in einer der vielen Mitarbeiterversammlungen: „Wir schützen das freie Wort!“

Dies war mehr als eine einfache Bekundung. Im Wissen, dass es nicht genügt, Verhaltensregeln und einen Ethik-Code zu veröffentlichen wurde ein Modell zur „Konfliktvermeidung und Konfliktbewältigung“ gemeinsam von der Personalvertretung und der Unternehmensleitung entwickelt und institutionalisiert. Damit sollte eine faire Kritikultur gefördert und geschützt werden. Tatsächlich wurden unmittelbar nach Einführung der neuen Struktur Konflikte, die teilweise über Jahre geschwelt hatten, aufgedeckt und einer Lösung zugeführt. Damit wurden innerhalb weniger Wochen unerwartet die Kosten des Ethik-Projekts wieder eingespielt.

Konfliktvereinbarung am Klinikum Nürnberg

„Diese nunmehr seit Jahren bestehende ‚Konfliktvereinbarung‘ hat sich insgesamt bewährt. Viele Beschäftigte haben seit ihrer Einführung den Mut, lang schwelende Konflikte oder eine als ungerecht erlebte Behandlung am Arbeitsplatz anzusprechen und öffentlich zu machen. Konflikte konnten zum Teil mit Hilfe einer externen Mediation beigelegt werden, was nicht zuletzt den Einsatz arbeitsrechtlicher Mittel vermeiden hilft.“ (Härtel u. Schuh 2007)

Das Projekt versuchte von Anfang an die „ethische Kompetenz“ der Mitarbeiterschaft im Krankenhaus durch Information, Fortbildung und beispielhafte Praxis zu entwickeln und darüber hinaus Ethik-Strukturen aufzubauen, z.B. einen Ethik-Konsildienst, ein Klinisches Ethik-Komitee, ein Ethik-Café oder eine Ethik-Sprechstunde. Die Krankenpflegeschulen beteiligten sich unter anderem durch ein von Pflegeschülern selbstständig durchgeführtes „Ethik-Haus“, in dem ethische Herausforderungen der Pflege im Zentrum standen. Die Klinikseelsorger wurden zu dauerhaften Unterstützer. Die Projektleitung kommunizierte regelmäßig und engmaschig mit der Unternehmensleitung und anderen Führungskräften sowie mit den Mitarbeitervertretungen und beriet das Klinikum bei Fragen des internen Managements und der Strategieentwicklung.

7.13 Ethik als Beitrag zur Qualitätsentwicklung

Das Nürnberger Projekt lebt von der Überzeugung, dass die faktische Qualität von Medizin und Pflege durch „Ethik“ verbessert werden kann. Es beruhte auf einer fortlaufenden, aktiven Erforschung „ethischer Probleme“ oder „ethischer Defizite“ und bot sich an als Ort für die Annahme und interne Behandlung ethischer Konflikte. Es nutzte dazu geeignete sozialwissenschaftliche Methoden zur Erforschung ethischer Problemlagen und ihrer Kontexte, arbeitet offen und diskursiv an der Entwicklung eines geeigneten Verständnisses von „Ethik“ im Klinikum und erarbeitete mit den Beteiligten praktische Lösungen.

Die gesammelten Erfahrungen wurden in Berichtsform zusammengefasst, zu Hypothesen und Maßnahmenkatalogen weiterentwickelt und zunächst mit den Leitungen, später offen mit der Mitarbeiterschaft diskutiert und konkretisiert. Das Ergebnis wurde dann schrittweise umgesetzt.

Die Untersuchungsberichte im Rahmen der Projektarbeit enthielten ausführliche Darstellungen ethisch relevanter Probleme im jeweiligen Klinikum bzw. Unternehmen aus Sicht verschiedener Gruppen von Mitarbeitern. Im Vordergrund standen Defizite der Patientenversorgung und Pa-

tientensicherheit, Störungen der Unternehmenskultur, Aspekte fehlender Wertschätzung von Mitarbeitern und Konflikte innerhalb der Mitarbeiterschaft. Im Hintergrund zeigten sich Belastungen durch aktuelle politisch-ökonomische Rationalisierungen sowie durch die aktuell bevorzugten Führungs- und Steuerungskonzepte. Fragen eines möglichen Therapieabbruchs, zu Sterbehilfe bzw. -begleitung oder allgemeiner des Therapiemaßes wurden zwar auch angesprochen, wurden aber in den allermeisten Fällen von den Behandlungsteams allein beantwortet.

Durch die fortlaufende Untersuchungsarbeit, die offenen „Ethischen Salons“ (entspricht den „Ethik-Cafés) sowie die Sprechstunden und Einladungen vor Ort zeigten sich andere Herausforderungen an ‚die Ethik‘ als sich aufgrund der akademischen Medizinethik erwarten ließe. Von Anfang wurde eine kritische Auseinandersetzung mit „dem Management“, mit Managemententscheidungen, mit Führungsverhalten sowie den politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens ins Zentrum gerückt. Damit wurde „die Ethik“ auch zu einem Ort der unvermeidlichen Auseinandersetzungen zwischen dem Ethos der Heilberufe und „der Ökonomie“.

Nicht das Bedürfnis nach ethischen Fallbesprechungen bei komplizierten Entscheidungen stand im Vordergrund, sondern das Bedürfnis, als „moralisch schlecht“ empfundene Phänomene in der Patientenversorgung innerhalb der Mitarbeiterschaft und des Unternehmens anzusprechen und aufzulösen. Nicht Fehler und Fehlervermeidung, sondern Fehlverhalten und „Fehlverhältnisse“ struktureller Art wurden thematisiert.

Das Nürnberger „Ethik-Projekt“ mündete strukturell in die Gründung eines Klinischen Ethik-Komitees, das jedoch bewusst die Bezeichnung „Ethik-Forum“ erhielt. Damit sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich über die „ethische Fallbesprechung“ hinaus als ein Forum der offenen Thematisierung kritischer Zustände verstand. In idealer Form wird „die Ethik“ zum Frühwarnsystem, das es Führungskräften ermöglicht, in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Mitarbeitern die Entwicklung von Problemen zu erkennen und deren Chronifizierung durch geeignete Lösungskonzepte zu verhindern. Deutlicher kann nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass „Ethik-Management“ eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Führung moderner Krankenhausunternehmen spielt.

„... die Leitung des 1998 gegründeten selbständigen Kommunalunternehmens Klinikum Nürnberg von Anfang an auch die Ethik als Aufgabe der Unternehmensentwicklung im Blick hatte – eine ethische Positionierung, die nicht nur die klassischen Fragen der Medizin- und Pflegeethik betraf, sondern auch Aspekte der Unternehmenskultur wie Führung, Kommunikation und Transparenz.“
(Erbguth et al. 2007)

Aus dem Ethik-Code des Klinikums Nürnberg (2002):

„Das Klinikum Nürnberg ist ein Unternehmen, das ethischen Grundsätzen verpflichtet ist. Diese betreffen alle Dienstleistungen am Patienten, die Gestaltung organisatorischer Abläufe, die Kommunikation zwischen Mitarbeiter/innen und beteiligten innerklinischen Institutionen sowie die Leitung aller Ebenen. [...] Der Ethik-Code soll sicherstellen, dass die Würde des einzelnen Patienten und seine stets individuelle Situation Maßstab allen Handelns sind.

- Wirtschaftlichkeit und Ethik sind kein Gegensatz. Vielmehr dient der möglichst effiziente und effektive Umgang mit Ressourcen auch der möglichst optimalen Patientenversorgung.
- Qualitätssichernde Maßnahmen reflektieren die ethischen Grundsätze des Hauses und dürfen niemals in Gegensatz zu ihnen geraten.
- Offene Umgangsweisen in der Mitarbeiterschaft und loyale Führungsprinzipien wirken sich unmittelbar auf die Qualität der Patientenversorgung aus. Aus diesem Grund kommt dem Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander und den Führungsgrundsätzen auch eine wesentliche ethische Dimension zu.
- Jede Patientin und jeder Patient ist eine eigenständige Persönlichkeit, die in ihrer Individualität, Autonomie und Würde von der Aufnahme bis zum Verlassen des Klinikums zu achten ist.
- Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss so gestaltet sein, dass Respekt voreinander und Fairness untereinander eingehalten werden. Führungskräfte haben in ihrem Verhalten insbesondere zu beachten, dass nicht verletzt wird.“

7.14 Weitere Ethik-Projekte an deutschen Kliniken

Das Nürnberger Vorbild wurde in mehreren deutschen Krankenhäusern aufgegriffen und bis heute weiterentwickelt. Nicht immer wurden die Berichte der Ethik-Erhebung mit Freude und Begeisterung aufgenommen. In einem Fall fürchtete ein Klinikum um seinen Ruf, falls die Befunde in Papierfassung dokumentiert würden. Ein weiteres großzügiges Ethik-Projekt wurde 2001 von dem damaligen Hamburger „Landesbetrieb Krankenhäuser“ (LBK Hamburg) durch den damaligen Vorstand Heinz Lohmann ermöglicht. Sein Leitmotiv „Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen“ verbindet die Verantwortung für den einzelnen Patienten mit der Verantwortung für einen bedachten Ressourceneinsatz. Auch hier wurden wertvolle Erfahrungen gesammelt und teilweise veröffentlicht. Leider kam das Projekt zum Stillstand, als die städtischen Krankenhäuser Hamburgs privatisiert wurden. Mehrere Jahre später übernahmen aber auch private Klinikkonzerne, allen voran die SANA-Gruppen, vorhandene Ethik-Modelle und modifizierten sie für ihre jeweiligen Strukturen. Das von den

vier größten privaten Trägern eingerichtete Internet-basierte Qualitätsportal „4QD“ „Qualitätskliniken“ führte „Ethik“ als eigenständige Qualitätsdimension zur Bewertung der jeweiligen zertifizierten Kliniken ein (s. Kap. 4). Damit wurde „Ethik“ einerseits weiter aufgewertet, andererseits auch zum Element des Wettbewerbs, womit die Gefahr einer Funktionalisierung für wirtschaftliche Interessen entstand. Eine organisationsethische Konzeption im Sinne eines Ethik-Managements, wie sie das Klinikum Nürnberg entwickelt hat, ist heute noch nicht verallgemeinert. Gleichwohl lässt sich unschwer erkennen, dass dieses Modell in Zukunft eine wachsende Bedeutung erhält, weil medizinische Qualität, die immer auch eine ethische Dimension beinhaltet, mit Kriterien der Wirtschaftlichkeit vereinbart werden müssen.

7.15 Ausblick

Die erwähnten Praxisbeispiele sind nur einige unter vielen. Der Kreis jener, welche die Bedeutung der Ethik im Krankenhaus erkannt haben und Bewusstsein für die vielen alten und neuen ethischen Herausforderungen in Medizin, Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft gefördert haben, ist in den vergangenen beiden Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen. Die oben dargestellten Krankenhäuser und weitere Versorgungseinrichtungen haben dazu beigetragen, diese Entwicklung voranzutreiben. Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) hat sich dabei als ein besonders aktives, offenes Zentrum erwiesen. Aber auch die Wirtschafts- und Managementwissenschaften und die Betriebswirtschaftslehre haben sich zunehmend ethisch positioniert. Unbeantwortet ist jedoch in Deutschland die Frage, wie weit die Rechte und Ansprüche der Individuen auf ‚Gesundheit‘ gehen sollen, wer für ‚Gesundheit‘ Verantwortung und wer die Kosten zu tragen hat, und wie weit Gesellschaft und Staat hier regulierend eingreifen sollten. Selbst wenn es einen politisch bindenden Konsens zu diesen Fragen gäbe, blieben doch die Führungskräfte der Kliniken und die in der direkten Patientenversorgung stehende Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte in jeder Entscheidungssituation weiterhin aufgefordert, jeweils konkrete Lösungen zu finden. Ethik-Kompetenz und Ethik-Management leisten hierfür einen wertvollen und wertschaffenden Beitrag – Ethik ist im Krankenhaus zu wichtig, um sie dem Zufall zu überlassen.

Weiterführende Literatur

- Gallmeier W, Wehkamp KH (2000) Ethik im Klinikum der Zukunft: Ein kritischer Diskurs zum Ethik Projekt im Klinikum Nürnberg. In: Möller PA (Hrsg.) Verantwortung und Ökonomie in der Heilkunde. 1. Auflage. Frankfurt/Main, New York
- Krobat T, Heller A (2010) Ethik organisieren – Handbuch der Organisationsethik. Lambertus-Verlag Freiburg
- Steinkamp N, Gordijn B (2005) Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, Neuwied, Köln, München, Luchterhand
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2010) Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. EthikMed 22:149–153

Zitierte Literatur

- Erbguth F, Fichtner R, Sieber C (2007) Ethik als Aufgabe der Unternehmensentwicklung. In: Maly U, Estelmann A (Hrsg.) Kommunal und erfolgreich: das Klinikum Nürnberg im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Daseinsvorsorge. 157–174. Mabuse Frankfurt
- Härtel E, Schuh P (2007) Orientierung an den tätigen Menschen. In: Maly U, Estelmann A (Hrsg.) Kommunal und erfolgreich: das Klinikum Nürnberg im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Daseinsvorsorge. 137–149. Mabuse Frankfurt
- Helbig W (1995) The Company Henriettenstiftung. In: Schmidt K (Ed.) The Quest for Identity, Strategies, Methods and Examples. 70–82. Cambridge University Press London New York
- Henriettenstiftung, Wehkamp K (1998) Ethik-Kodex, Entwurf Stand März 1998, Impressum
- Khushf G (2003) Auszug einer Präsentation Center for Bioethics, University of South Carolina vor Führungskräften des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK)
- Klinikum Nürnberg (2002) Ethik-Code des Klinikums Nürnberg. Das Ethik-Projekt-Materialiensammlung
- Lauer W (1999) Drei Thesen zur Einrichtung klinischer Ethik-Komitees im Krankenhaus. In: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.) Ethik-Komitee im Krankenhaus. 7–9. Freiburg
- Voß J, Helbig W, Deutscher Evang. Krankenhausverband (Hrsg.) (1997) Kath. Krankenhausverband Deutschland. Freiburg
- Kennedy Institute of Ethics. URL: <https://kennedyinstitute.georgetown.edu> (abgerufen am 24.04.2017)