

Hans-Jörg Stets

Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung

Interdisziplinäre Indikationsstellung, Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Behandlungsteam, Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik

Zusammenfassung

Aus der gelebten Beratungspraxis ergibt sich die Notwendigkeit für eine Verhältnisbestimmung der Formate Ethikberatung und Supervision. Hans-Jörg Stets empfiehlt in dem vorliegenden Beitrag die Grundlegung eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes in der klinischen Ethikberatung.

Er unterscheidet vier typische Anlässe: Dilemma - Dissens - Meinungsverschiedenheiten - gemeinsame Indikationsstellung.

Ethische Fragestellungen prägen den Alltag im Gesundheitswesen, aber sie sind latent in allen beruflichen Kontexten bedeutsam. Neben dem Blick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team kann die Anwendung einer Prinzipienethik wichtige Impulse für das Beratungsformat der Supervision geben.

1. Einleitung

In den Qualifizierungsmaßnahmen für die Ethikberatung im Gesundheitswesen lernen die Teilnehmenden im Zusammenhang des Moderator*innentrainings eine Differenzierung der Formate Ethikberatung und Supervision vorzunehmen. Als Faustformel prägen sich die künftigen Ethikberater*innen für ihre spätere Beratungsarbeit ein: Wir bieten Ihrem Behandlungsteam eine Ethikberatung an, führen aber keine Supervision durch. Diese Unterscheidung bzw. Abgrenzung der Beratungsformate ist im Sinne der Auftragsklärung und Rollenklarheit sinnvoll und notwendig, bedarf aber m.E. einer Differenzierung und Neujustierung, zu der ich hier einen Beitrag leisten möchte.

Ziel der Ethikberatung ist es, einen konsenshaften und gemeinsam verantworteten Behandlungsweg und Behandlungsumfang mit allen beteiligten Mitgliedern eines Behandlungsteams als Empfehlung für die verantwortlichen Ärzt*innen zu erarbeiten. Für die Durchführung einer ethischen Fallberatung stellen strukturierte Ablaufmodelle, wie die Nimweger Methode, der Bochumer Arbeitsbogen u.a. sich daran anlehrende Modelle unter Anwendung medizinethischer Prinzipien, wie sie nach Beauchamps und Childress (2013) mit dem Respekt vor der Autonomie des Patienten, dem Prinzip der Fürsorge, dem Grundsatz des Nicht-Schadens und dem Prinzip der Gerechtigkeit beschrieben wurden, sehr hilfreiche Tools für eine ethische Fallberatung zur Verfügung.

Im Alltag der Beratungsarbeit machen Mitglieder der Klinischen Ethikkomitees neben vielen idealtypisch verlaufenden Beratungen Beobachtungen, die eine Reihe von Fragen aufwerfen: Liegt tatsächlich ein ethischer Konflikt vor? Verändern kulturelle Prägungen und religiöse Überzeugungen von betroffenen Familien die Art einer ethischen Betrachtung und Vorgehensweise? Welche Faktoren führen dazu, dass eine im Konsens erarbeitete Empfehlung manchmal nicht umgesetzt wird? Es gibt ein offenkundiges Missverhältnis von vorhanden ethischen Problemen im Behandlungsalltag und der Zahl der angefragten Beratungen. Wie lässt sich dieses Missverhältnis erklären?

Im Rahmen der Reflektion von ethischen Fallberatungen eines Klinischen Ethikkomitees werden wegen solcher Beobachtungen verschiedene Überlegungen angestellt: Müssen die Anforderungskriterien an eine ethische Fallberatung enger gefasst und strikter überprüft werden? Eine höhere Eingangsschwelle für Ethikberatungen kommt den begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen eines KEK entgegen. Die Ablehnung einer ethischen Fallberatung ließe allerdings die anfragenden Ärzt*innen und Pflegenden mit ihrer offenkundigen und jetzt auch mutig benannten Not allein. Im Sinne einer wertschätzenden und offenen Haltung allen Mitgliedern der verschiedenen Behandlungsteams gegenüber erscheint eine restriktive Haltung nicht angemessen.

Wie kann sichergestellt werden, dass sich die wesentlichen Entscheider an einer Beratung beteiligen? Manchmal wird trotz sorgfältiger Prüfung im Vorfeld erst nach einer erfolgten Beratung und gefundenen Empfehlung deutlich, dass die Ethikberatung im Kontext eines

verborgenen, aber dennoch höchst wirksamen Team- bzw. Hierarchiekonflikts stattgefunden hat. Das Format der Ethikberatung kann in solchen Fällen instrumentalisiert werden und unbeabsichtigt zum Austragungsort eines schwelenden Konflikts mutieren.

In die Arbeit der Ethikkomitees wurden in den zurückliegenden Jahren die Dimensionen der Kultur- und Religionssensibilität aufgenommen. Welche Grundkenntnisse über Kulturen und Religionen der Patientinnen müssen Mitglieder von Behandlungsteams mitbringen? Wie können Religion und Kultur als Ressource konstruktiv in eine Ethikberatung einfließen?

Die o.g. Fragestellungen aus der Praxis machen deutlich, dass eine alleinige Ausrichtung an einem festen Ablaufschema, sowie eine isolierte Durchführung eines ethischen Diskurses den Beratungsanfragen von Behandlungsteams nicht gerecht werden und nicht gerecht werden können.

Das Feld, in dem klinische Ethikberatung geschieht, erfordert meiner Überzeugung nach einen mehrdimensionalen Beratungsansatz. Ein solcher Ansatz benötigt weit gefasste Anforderungskriterien für die Übernahme einer Beratungsanfrage. Im Folgenden möchte ich nachweisen, dass weder die stringente Umsetzung eines Ablaufschemas noch ein alleiniger ethischer Diskurs innerhalb eines normativen ethischen Systems dem Bedarf im klinischen Bereich gerecht werden.

Klinische Ethikberatung geschieht grundsätzlich in einem handlungsorientierten Rahmen. In der Regel müssen schnelle und adäquate Entscheidungen durch Handeln oder Nicht-Handeln getroffen werden. Dabei werden die Grenzen eines Beratungsergebnisses durch die geltenden gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland und durch die jeweils geltenden fachlichen Standards der Berufe im Gesundheitswesen gesteckt, oft stehen beide Parameter in einem Spannungsverhältnis zueinander.

Jede Ethikberatung muss lösungsorientiert vorgehen und erfordert eine Moderationskompetenz, die mit der Mehrdimensionalität einer Problemlage adäquat umzugehen versteht und, die gleichzeitig die Grundlagen einer Prinzipienethik anwendet.

Zur Überprüfung meiner These werde ich zunächst mithilfe von supervisorischen Instrumenten einen analytischen Blick auf das Feld der klinischen Ethikberatung werfen. Dabei

betrachte ich sowohl die beteiligten Personen als auch die vielschichtigen Besonderheiten der Organisation und Kultur eines Krankenhauses.

Danach betrachte ich die Methoden einer klinischen Ethikberatung. Hierzu greife ich auf Dieringers (2019) Typisierung zurück, welcher in der Auseinandersetzung mit dem Berliner Modell B:ERGO (vgl. Lob-Hüdepohl 2017) zwischen ethischen Dilemmata und ethischen Dissensen unterscheidet, die er von bloßen Meinungsverschiedenheiten abgrenzt. Für den Behandlungskontext einer Klinik ergeben sich hier m. E. vier Problemlagen moralisch-ethischer Fragen: ethisches Dilemma - ethischer Dissens - Meinungsverschiedenheit - interdisziplinäre Indikationsstellung.

Nach meiner Auffassung sollte jede dieser Problemlagen auf Anfrage von Behandler*innen oder Patienten bzw. deren Angehörigen mit dem Angebot einer klinischen Ethikberatung aufgegriffen und beantwortet werden. Verbindendes Element dieser unterschiedlichen Problemlagen ist der ethisch-moralische Inhalt der Problemlagen. Dieser inhaltliche Charakter ist von einer späteren Analyse unabhängig: Möglicherweise haben ein fehlender oder nicht abgeschlossener Meinungsbildungsprozess oder eine unabgeschlossene Indikationsstellung die moralischen Probleme verursacht. Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für alle Behandler*innen bleibt es dennoch eine Problemlage mit Inhalten, die moralischer und ethischer Natur sind.

Die von mir weitergeführte Typisierung kann die realen Fallanfragen, die das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Essen in den zurückliegenden sechs Jahren erreicht haben, abbilden. Insofern stelle ich in einem letzten Teil meiner Arbeit, Beispiele für die von mir herausgearbeiteten vier Typen vor. Diese Beispiele habe ich aus Datenschutzgründen anonymisiert und verfremdet.

Aus der hier vorgelegten Auseinandersetzung mit dem Feld von klinischer Ethikberatung und den zur Verfügung stehenden Methoden ergibt sich als Abschluss meiner Arbeit eine kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit der bestehenden Praxis, der rein ärztlichen Indikationsstellung und der Herausarbeitung des Potentials einer interdisziplinären Indikationsstellung.

2. Der supervisorische Blick auf das Feld

Zur Herleitung und Entfaltung meiner These eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes untersuche ich hier das Feld, in dem klinische Ethikberatung geschieht. Dabei beginne ich mit dem Blick auf die beteiligten Personen, ausgehend von Patient*innen und ihren Angehörigen über die Mitglieder der Behandlungsteams bis zu den weiteren Akteuren im Klinikkontext. Danach betrachte ich die Organisation mit ihren Struktur- und Machtverhältnissen, die im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichem Auftrag und begrenzten Ressourcen handelt und, der eine deutlich erkennbare Kultur innewohnt.

Die Ambivalenz von Patient*innen:

Unheilbar erkrankte Patient*innen im Zwiespalt

Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen befinden sich in einer Lebensphase, die von einer tiefen existentiellen Ambivalenz geprägt ist. Die hier von mir im Folgenden dargelegten Zusammenhänge stelle ich seit einigen Jahren im Rahmen meiner Dozententätigkeit für Pflegekräfte und Ärzt*innen zur Diskussion. Silke Willrodt (2017) hat in ihrer Masterarbeit ähnliche Zusammenhänge beschrieben.

Obwohl diese Ambivalenz für Patient*innen sehr kräfteraubend ist und manchmal sogar als zusätzliches Leid erlebt wird, muss sie dennoch als eine angemessene Entwicklungsaufgabe in der letzten Lebensphase angesehen werden. Sie darf m. E. keinesfalls als ein ‚pathologisches Phänomen‘ fehlgedeutet werden.

Auf der einen Seite sind Betroffene von einer beachtlichen Lebensenergie erfüllt: Sie versuchen allen realen Beobachtungen zum Trotz einen Weg der Gesundheit zu finden oder wenigstens eine Verschlimmerung aufzuhalten. Krankenhäuser der Maximalversorgung werden häufig in der Erwartungshaltung eines ‚letzten Strohhalmes‘ aufgesucht, hier endlich die ersehnte lebensrettende Hilfe zu erhalten.

Der Gegenpol der Ambivalenz ist die Ahnung davon, in das bevorstehende Sterben einwilligen zu müssen. Oft werden diese Gedanken gegenüber Lebenspartnern, den Kindern und anderen nahestehenden Personen nicht gezeigt. Betroffene möchten ihre Lieben nicht belasten. Oder sie befürchten, dass ihre Gedanken keine Zustimmung und Annahme er-

fahren werden, sondern die Apelle zum Durchhalten und Weiterkämpfen nur eindringlicher würden. Auch gegenüber Ärzt*innen wird diese innere Arbeit, das bevorstehende Lebensende anzuerkennen, selten benannt. Viele Betroffene möchten ‚gute Patienten‘ sein, die tapfer mitarbeiten. Sie wollen das medizinische Engagement nicht unterlaufen und die um Heilung bemühten Ärzt*innen nicht enttäuschen.

Abbildung der Ambivalenz im sozialen Umfeld

Die hier angedeutete innere Ambivalenz prägt den Lebens- und Krankenhausalltag vieler unheilbar erkrankter Patient*innen. Der Wechsel zwischen den beiden Polen kann in unterschiedlichen Frequenzen verlaufen, strahlt atmosphärisch auf das soziale Umfeld aus und wird darüber hinaus oft nach außen verlagert: Die ursprünglich innerhalb der betroffenen Person im Widerstreit stehenden Stimmen bilden sich im Sinne eines Spiegelphänomens außen im sozialen Umfeld ab.

Eine typische Konstellation dieser Verlagerung nach außen sind die unterschiedlichen Positionen zwischen Pflegedienst und ärztlichem Dienst: Pflegende sehen deutlich das bevorstehende Sterben und halten eine Behandlungsbegrenzung für angemessen und längst überfällig. Zur gleichen Zeit sehen Ärzt*innen noch Heilungschancen bzw. effektive Möglichkeiten, die Krankheit zu begrenzen. Damit vertreten sie den Gegenpol der Ambivalenz.

Diese Verlagerung nach außen und die Abbildung der inneren Ambivalenz im sozialen Umfeld kann sich in allen erdenklichen Konstellationen manifestieren. Für Ethikberater*innen ist es sinnvoll, diese Phänomene zu kennen. Ein Konflikt innerhalb eines Behandlungsteams oder zwischen Behandlungsteam und Angehörigen muss oft auch als ein Ausdruck der gesunden Ambivalenz eines Patienten verstanden werden. Diese Erkenntnis entlastet alle Beteiligten bei der gemeinsamen Suche nach einem angemessenen Weg für den Behandlungsumfang.

Besonderheit der Organisation:

Pflegenotstand, Überlastungen und Schnittstellenproblematik

Die Schwierigkeiten des Gesundheitswesens sind in der Öffentlichkeit gut bekannt und werden in der gesellschaftlichen Debatte intensiv diskutiert (vgl. Hassenkamp 2020 und

Schmidt 2019). Neben dem Pflegenotstand muss in vielen Häusern der Maximalversorgung zusätzlich auch ein Notstand bei der ärztlichen Versorgung beschrieben werden: Die Arbeitszeiten der Ärzt*innen liegen in manchen Abteilungen weit über 10 bis 12 Stunden täglich. Assistenzärzt*innen erleben zu Beginn ihrer Laufbahn eine massive Ernüchterung, was die Möglichkeiten für ausführliche Patientengespräche und gute Kooperationen mit den anderen Berufsgruppen betrifft. Nach einer Umfrage des Marburger Bundes vom September 2019 (vgl. Institut für Qualitätsmessung und Evaluation 2019) berichten 69% der Befragten davon, mehrmals täglich unter erheblichem Druck zu stehen, besonders in den Universitätsklinika. Fast 60% gaben an, ihre Arbeit nur oberflächlich erledigen zu können, 53% der Ärzte erleben kontinuierlichen Frust als Belastungsfaktor, da die Rahmenbedingungen im Krankenhaus verhindern, den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Schon im Jahr 2006 hatte Werner Vogd (2006) einen sog. „*habituellen Widerspruch*“ beschrieben, den Beschäftigte des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus erleben:

„Eine medizinische Elite, die von sich heraus schon immer zu Überstunden und unbezahlter Mehrarbeit bereit war, erfährt sich unter den neuen ökonomisch organisatorischen Rahmenbedingungen nun in einer strukturellen Position, in der weder ihre wissenschaftlich-medizinischen Leistungen gesehen und gewürdigt, noch der angemessene ärztliche Bezug zum Patienten hergestellt werden kann. Während in der alltäglich vollzogenen Handlungspraxis Organisation und Medizin noch vereint werden können, erscheint nun – selbst unter den technologisch orientierten Chirurgen – am Gegenhorizont der Mensch, welcher nun mit den technokratischen Verhältnissen nicht mehr in Einklang zu bringen ist. Unter der Metapher Mensch zeigt sich hier bei den ärztlichen Akteuren ein tiefer habituellem Widerspruch. Mit Rekurs auf die im Text eingebrachte Explosionsmetapher scheint die Habitusinkongruenz kaum mehr aushaltbar und manifestiert sich unter den Ärzten bereits in Suchbewegungen, der Spannung zu entgehen“ (Vogd 2006, S. 40ff.).

Personelle Unterbesetzung, Schichtwechsel, rotierende Systeme in der ärztlichen Versorgung, wechselnde oder unklare Zuständigkeiten führen zu erheblichen Schnittstellenproblemen. Solange hier auf gesundheitspolitischer Ebene keine wirksamen Veränderungen erzielt werden, trägt der fehlende berufsgruppenübergreifende patientenbezogene Austausch zu einer problematischen Versorgungssituation bei. Viele ethische Konfliktlagen könnten bei einem standardisierten multidisziplinären und patientenbezogenen Austausch über die aktuelle Behandlung schon früh erkannt und aufgelöst werden.

Gutes Beispiel sind hier die Palliativstationen, die in der Regel eine wöchentliche patientenbezogene Fallbesprechung standardisiert haben (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.). Aus solchen Stationsbereichen erreicht die Klinischen Ethikkomitees nur selten eine Anfrage für eine ethische Fallberatung. Der Grund ist offenkundig: Mitarbeitende der verschiedenen Professionen aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, der psychosozialen Dienste und der weiteren Gesundheitsfachberufe stehen hier in einem guten und regelmäßigen Austausch miteinander. Ethische Fragestellungen oder Probleme werden so frühzeitig identifiziert und miteinander beraten.

Die Notwendigkeit von ethischen Fallbesprechungen ist insofern auch als eine Folge einer systembedingten nicht ausreichenden oder fehlenden Kommunikationskultur zu verstehen.

Wettbewerb und Kultur der Spitzenmedizin

Die Patient*innenversorgung in den Krankenhäusern der Maximalversorgung und besonders in den Universitätsklinika findet im Kontext eines hohen Konkurrenzdrucks statt. Kleinere Krankenhäuser kämpfen um das wirtschaftliche Überleben, die großen Häuser müssen sich in ihrer Region behaupten und verfolgen dazu eine Strategie des stetigen Wachstums.

In den Universitätsklinika herrscht darüber hinaus eine Kultur des Strebens nach wissenschaftlicher Elite. Die Patient*innenversorgung ist nur eine Säule neben den beiden anderen Säulen des Forschungsauftrags und der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Die Notwendigkeit, sich am Markt zu behaupten, wird hier vom Druck ergänzt, sich im Blick auf Forschung und Lehre national und international eine Spitzenposition zu sichern und diese Position auch zu halten. Ein hohes Niveau in der Versorgung allein genügt nicht: Forschung, Lehre und die angeschlossene Patient*innenversorgung müssen exzellente Bewertungen vorweisen und sich - zumindest in ausgewählten Fachbereichen - auf der Bestenliste weit oben positionieren.

Für viele Ärzt*innen bietet die Zugehörigkeit zu einem Krankenhaus der medizinischen Elite einen Anreiz, die o.g. belastenden Arbeitsbedingungen zumindest vorübergehend zu akzeptieren. Immerhin bieten sich ihnen später gute Optionen zur Übernahme von Führungspositionen in kleineren Krankenhäusern.

Eine große Zahl von Mitarbeitenden aus dem akademisch-wissenschaftlichen Bereich und aus dem Bereich der Patient*innenversorgung haben den Führungsanspruch der medizinischen Elite verinnerlicht und tragen zu beachtlichen Forschungsergebnissen bei, die den internationalen Vergleich nicht scheuen müssen.

Solche Höchstleistungen gelingen aber nicht in allen Arbeitsfeldern und auch nicht an jedem Tag. Oft gehört es zur Kehrseite solcher ‚Kulturen der Elite‘, dass sie mit einem Mittelmaß oder mit Fehlleistungen nicht oder nur schwer umgehen können.

Indikatoren dafür sind neben den expandierenden Abteilungen des Qualitätsmanagements die notwendige Installation von anonymisierten Fehlermeldesystemen. Ein Hinweis darauf ist auch die häufige Verärgerung von Mitarbeitenden, wenn ein ehrgeiziger Führungsanspruch und die gelebte Alltagsrealität nicht übereinstimmen. Mitarbeitende beklagen, nach meiner Kenntnis des Feldes, eine Entfremdung der Vorstände sowie der wissenschaftlichen Elite vom Behandlungsalltag auf den Stationen.

Die Beobachtung der Entfremdung deckt sich mit der soziologischen Analyse der Eliten, wie sie Michael Hartmann (2004) allgemein und Angela Graf (2015) für den Bereich der Wissenschaftselite beschrieben haben: Aus soziologischer Sicht ist eine Entfremdung der Eliten von ihrem zugehörigen Feld typisch.

„Einer der häufigsten Vorwürfe, die den Eliten aktuell gemacht werden, lautet: Sie hätten sich der Bevölkerung entfremdet, keine Vorstellung mehr von der Alltagsrealität der Bevölkerungsmehrheit“ (Hartmann 2019, o. S.).

Ähnlich Alexander Grau (2019):

„Indem sich die neuen Eliten vor allem über ihre Progressivität verstehen, entfremden sie sich zugleich von den kulturellen Wurzeln ihrer jeweiligen Herkunft – klischeehaft vereinfacht ausgedrückt: dem IT-Spezialisten eines großen Softwareunternehmens sind seine Kollegen aus Spanien, Indien und Uruguay näher als das kleinbürgerliche Vorstadt-Milieu, aus dem er stammt. Der Habitus dieser Elite wird nicht mehr bestimmt durch Heimat und Herkunft, sondern durch die Regeln, die Moden, die Denkungsart und den Lifestyle ihrer global präsenten Klasse“ (Grau 2019, o. S.).

Angela Graf (2015) zeigt für den Wissenschaftsbereich auf, dass mehr als die erbrachte wissenschaftliche Leistung, die soziale Herkunft ein ausschlaggebender Faktor für die Zugehörigkeit zu einer Elite darstellt.

Daraus ergibt sich folgendes Fazit: Ein hoher Führungsanspruch der Spitzenmedizin geht mit einer inneren Distanz von Beschäftigten aus dem ärztlichen Dienst sowie dem Pflegedienst einher. Neben der Personalknappheit und Schnittstellenproblematik tragen eine solche Kultur der Elite und die damit verbundenen Machtfaktoren zu Konfliktslagen bei, die schließlich im Kleid eines ethischen Konflikts bei der Versorgung eines einzelnen Patienten auftauchen: Es ist nur allzu verständlich, dass eine Maximalbehandlung, die von der medizinisch-technischen Ausstattung einer Abteilung her, sowie aufgrund des Erfahrungswissens der Ärzte problemlos durchführbar ist, erst sehr spät zurückgefahren wird. Die Parameter des wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Erfolgsdrucks stehen einer Behandlungsbegrenzung deutlich entgegen. Im Einzel- und Ausnahmefall müssen sehr starke Gründe vorliegen, um eine Behandlung ‚im experimentellen Bereich‘ nicht doch noch im Sinne der Forschung und Lehre einige Tage oder Wochen auszudehnen.

Mitglieder von Behandlungsteams

habituelle Prägungen im ärztlichen Dienst und Pflegedienst

In den Krankenhäusern treffen Berufsgruppen mit sehr unterschiedlicher sozialer Herkunft und Zugehörigkeit, Berufsbiografie, Kompetenz, Weltanschauung, Überzeugung und Wertesystem aufeinander. Legt man Bourdieus Begriff des Habitus und seine Unterscheidung verschiedener Kapitalformen an (vgl. Bourdieu 1979), werden erhebliche Unterschiede sichtbar, die zu latenten Konfliktslagen innerhalb der Behandlungsteams beitragen: Mitarbeitende des ärztlichen Dienstes verfügen ab dem Status eines Oberarztes über ein mittleres ökonomisches Kapital, das bis zur Chefarztposition mit Lehraufträgen und der Option für zusätzliche private Liquidation auf ein erhebliches Maß ansteigen kann. Das inaugurierte kulturelle Kapital ist im ärztlichen Dienst durch den Bildungsstand mit dem üblichen Abschluss einer Promotion hoch, ebenso verfügen Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern der Maximalversorgung über ein beachtliches symbolisches Kapital: Eine Vielzahl akademischer Grade und Auszeichnungen für Forschungsergebnisse oder die Leitung von internationalen Studiengruppen, Fachgesellschaften und Fachverbänden prägen das Bild des ärztlichen Dienstes in den Universitätskliniken.

Beim Pflegedienst und den anderen Gesundheitsfachberufen liegen das ökonomische, das kulturelle und das symbolische Kapital auf einer deutlich niedrigeren Stufe. Im Blick auf

das soziale Kapital sind die Unterschiede geringer. Diese Kapitalform ist nicht so sehr an die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe gebunden. Bedeutsamer ist hier die einzelne Person, die es versteht, sich gut zu vernetzen und in vielen unterschiedlichen Bezügen Sozialkontakte zu pflegen oder eher zurückgezogen auf ein enges persönliches Umfeld den Alltag gestaltet.

Durch die aktuelle Covid-19 Situation erfahren neben der Ärzteschaft auch die nicht-akademischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine deutliche Aufwertung. Diese Veränderung in der Außenwirkung verändert jedoch nicht das Binnengefälle in einem Behandlungsteam: Pflegende und Mitarbeitende der anderen Gesundheitsfachberufe bleiben intern auf ihrer bisherigen untergeordneten Position.

Die mit der Arbeit fokussierten medizinethischen Konflikte können infolgedessen auch als Ausdruck solcher habituellen Unterschiede und der daraus resultierenden latenten Spannung verstanden werden: Die Spannungen entladen sich im Behandlungsalltag in gegenseitigen Vorwürfen eines unmoralischen oder unethischen Handelns. Diese Spannungen verringern sich in den Momenten, in denen ein gemeinsames Interesse an einem patientenorientierten Austausch im Vordergrund steht und eine gemeinsame Abwägung von Werten und Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden kann.

Abwehrmechanismen und Abwehrrangements

Neben den habituellen Unterschieden im Team haben auch berufsspezifische Zielsetzungen und Wertehaltungen sowie individuelle Faktoren der Behandler einen wesentlichen Einfluss auf die Festlegung eines Behandlungsumfangs.

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2011 eine Veränderung im Aufgabenprofil des Ärztlichen Dienstes formuliert: Neben einem kurativen Behandlungsziel gehört es zum festen Bestandteil des ärztlichen Handelns, einen Sterbeprozess ärztlich gut zu begleiten:

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische

Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden“ (Bundesärztekammer 2011, S. A346).

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen“ (, S. A347).

Viele Mitarbeitende im ärztlichen Dienst haben diese Haltung noch nicht nachvollzogen. Der Wechsel von einem kurativen Therapieziel zu einem palliativen Therapieziel wird oftmals als persönliches Versagen oder als Versagen der ärztlichen Kunst fehlbewertet.

Das zeigt sich in folgenden Äußerungen: *Wir können den Eltern doch nicht sagen, dass wir nichts mehr für ihr Kind tun können!* In dem von der Bundesärztekammer geforderten ärztlichen Selbstverständnis wäre eine solche Aussage unangemessen. Treffender wären etwa folgende Formulierungen: *Wir können Ihr Kind nicht heilen. In einem palliativen Behandlungskonzept können wir Ihrem Kind und Ihnen als Familie aber mit sehr hilfreichen Maßnahmen zur Seite stehen. Wir können den Krankheitsverlauf verlangsamen, Ihrem Kind die Schmerzen und die Angst nehmen. Wir können Sie darüber hinaus in all den psychosozialen Aufgaben und Anforderungen, die jetzt auf Sie zukommen, unterstützen.*

Solange eine ärztliche Sterbebegleitung nicht von der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte als wichtige und notwendige ärztliche Aufgabe neben der Heilkunst angesehen wird und eine entsprechende Haltung verinnerlicht ist, bleiben unbewusst unterschiedliche Abwehrformen wirksam, die dabei helfen, die Gefühle des Versagens, der Niederlage oder der Ohnmacht gegenüber einer unheilbaren Erkrankung zu vermeiden.

Anna Freud hat solche Mechanismen der Angstabwehr beschrieben. Eine der bekannten Formen der Abwehr neben Identifikation, Verleugnung, Spaltung und Projektion auf einem niedrigen Strukturniveau, der Entwertung oder Idealisierung, Reaktionsbildung, Regression, Verschiebung, Leugnung u.a. auf einer mittleren Strukturebene ist z.B. die Intellektualisierung und Rationalisierung auf einer höher Strukturebene (vgl. Freud 1977). Karl König hat diese Mechanismen strukturiert dargestellt und erläutert (vgl. König 1996).

Im Bereich der unheilbaren Erkrankungen sowie der Intensivmedizin ist eine Weiterführung einer kurativen Therapie bei zweifelhaftem Benefit für Patient*innen nach meiner

Auffassung als Abwehrform der Vermeidung bzw. Verschiebung und die isolierte wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf den (aufgrund der schlechten Prognose unrealistischen) kurativen Ansatz als eine intellektualisierte Abwehrform auf der höheren Strukturebene zu verstehen.

Im Wechselspiel solcher Abwehrmechanismen von Mitarbeitenden des Behandlungsteams mit der oben beschriebenen Ambivalenz von Patienten kann es zu ungünstigen Abwehrarrangements kommen. Patient*in und Ärzt*in verbinden und bestärken sich gegenseitig in dem Bedürfnis nach einer kurativen Behandlung, obwohl entsprechend der Indikationsstellung eine palliative Behandlung erfolgen müsste. Solche interpersonalen Abwehrarrangements hat Stavros Mentzos im Zusammenhang seines Entwurfs zur Beschreibung von interpersonaler und institutionalisierter Abwehr 1976 beschrieben (vgl. Mentzos 2016).

Es ergibt sich folgendes Fazit: Medizinethische Konfliktslagen entstehen durch Krankheitsverläufe oder Unfälle, die nicht mit offenkundig eindeutigen medizinischen Behandlungswegen zu beantworten sind. Die jetzt nötige Klärung und Abwägung der am besten geeigneten Maßnahme inklusive der Bestimmung der Reichweite dieser Maßnahme wird von verschiedenen Faktoren erschwert und beeinflusst. Dazu zählen die Ambivalenz von Patienten in der letzten Lebensphase, die Rahmenbedingungen der Organisation inklusive der ihr innewohnenden Kultur sowie die persönlich-individuellen Faktoren von Mitgliedern eines Behandlungsteams einschließlich von ungünstigen Abwehrarrangements zwischen Behandlern und Betroffenen.

Der supervisorische Blick auf das Feld der klinischen Ethikberatung kann die anfangs zusammengestellten Beobachtungen und Fragen (vgl. Einleitung) in einen nachvollziehbaren Zusammenhang stellen. Erst der Blick auf betroffene Patient*innen, auf die beteiligten Personen eines Behandlungsteams, sowie auf die Organisation mit ihrer Kultur und ihren Besonderheiten schafft den Horizont zur tieferen Analyse von Beratungsanfragen und gibt Hinweise auf geeignete Instrumente, die dem Beratungsbedarf angemessen gerecht werden können.

3. Die Beratungsmethode

Methoden und Ablaufschemata

Im Bereich der klinischen Ethikberatung in Deutschland sind viele unterschiedliche Modelle und Ablaufschemata in Gebrauch. Zuletzt haben Julia Heiland (2018) und Regina Balogh (2019) im Rahmen ihrer jeweiligen Dissertationen das Feld gesichtet.

Heiland setzt die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und systematischen Ablaufschemata für eine klinische Ethikberatung mit den praktischen Erfahrungen von Ethikberater*innen und Klinischen Ethikkomitees in Beziehung. In einer Übersicht (2018, S. 40) stellt sie 23 verschiedene Modelle für eine ethische Fallberatung zusammen. Dabei kann sie aufzeigen, dass in der Fülle der unterschiedlichen Konzepte und Methoden die prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer, die Nimwegener Methode nach Steinkamp und Gordijn und der Basler Leitfaden nach Reiter-Theil am häufigsten angewandt werden. Alle drei Modelle basieren auf der Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien (vgl. ebd., S. 30).

Unter den 90 befragten Berater*innen bilden mit 18 Personen diejenigen die viertgrößte Gruppe, die ein selbst erstelltes Konzept anwendet. Der wesentliche Nutzen der jeweils angewandten Methode wird entsprechend der Befragung in einem klar strukturierten Ablauf, in der Vergewisserung, keinen wichtigen Aspekt zu vergessen und in einer ethisch fundierten Analyse gesehen (vgl. ebd., S. 44).

Balogh (2019) fragt: „Auf welche normativen Ethiktheorien stützen sich die Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees?“ Sie unterscheidet die beiden Gruppen der *Konsiliarmodelle* kleinerer Krankenhäuser, die nach einer kurzen Beratung jeweils eine Empfehlung aussprechen, von der größeren Gruppe der *Fallberatungen* mit allen beteiligten Behandlern. In dieser zweiten Gruppe nennt sie (2019) mit dem „*Bochumer Arbeitsbogen, der Nimwegener Methode, dem Köln-Nimwegener Instrumentarium, dem Ulmer Modell, die Bögen der Malteser und jene nach Tschudin und Riedel*“ (S. 29) Modelle bzw. Ablaufschemata, die ebenfalls auf der Anwendung von vier medizinethischen Prinzipien basieren.

Die Untersuchungen beider Arbeiten bekräftigen meine anfängliche These, dass nicht so sehr ein einzelnes Ablaufschema einer Ethikberatung und auch nicht die Grundlegung

durch einen ethischen Diskurs im Rahmen einer spezifischen normativen Ethik für eine klinische Ethikberatung die zentralen Parameter darstellen, sondern eine umfassende Moderationskompetenz der Berater*in. In der durch Balogh (2019) sowie Heiland (2018) beforschten Praxis der Ethikarbeit ist die Fähigkeit, ethische Prinzipien in der Beratungssituation gemeinsam zu diskutieren und abzuwägen als wesentlich einzuschätzen.

Heiland (2018) hat in ihrer Arbeit die Ergebnisse der von ihr untersuchten Fallberatungen in Beziehung zu den verschiedenen Ablaufmodellen und dem persönlichen Einfluss der Moderatoren gesetzt (vgl. S. 77f.). Der Mehrdimensionalität der Beratungssituationen entsprechend zeigt ihre Untersuchung auf, dass individuelle Faktoren aller beteiligten Akteure eine große Rolle für ein Beratungsergebnis erbringen. In den verglichenen Fallberatungen waren es jeweils die Moderator*innen, die das spätere Ergebnis zuerst in den Prozess einbrachten (ebd.) und damit den weiteren Verlauf stark prägten. Diese Beobachtung passt zur hier vorgelegten Analyse des Feldes: Eine Beratung findet im Kontext des Arbeitsfelds einer Klinik und im Kontext der persönlichen Werthaltungen und Einstellungen aller Beteiligten statt. Ziel einer Beratung kann es nicht sein, eine allgemeingültige Vorgehensweise durch einen ethischen Diskurs mit normativem Charakter zu erarbeiten. Ziel einer Beratung ist es, für eine konkrete Patient*in in einer konkreten Phase der Erkrankung in einer konkreten Klinik mit allen Akteuren eine gute und ethisch verantwortbare Vorgehensweise zu identifizieren. Dabei kommt der fachlichen Kompetenz der Person einer Moderator*in eine sehr hohe Bedeutung zu. Ein Ergebnis ist insofern grundsätzlich ein individuelles und kontextbezogenes und nicht objektivierbares Ergebnis.

Die Untersuchung von Heiland bestätigt, dass die Qualität einer erfolgten klinischen Ethikberatung von ihrem Auftrag und Charakter her nicht an einem gleichbleibenden Lösungsergebnis bei der Durchführung mit jeweils unterschiedlichen Akteuren ablesbar sein kann. Sie muss sich an den Kriterien der Detailtiefe und Sorgfalt bei der Berücksichtigung einer mehrdimensionalen Problemlage und den persönlichen inneren und äußeren Faktoren aller agierenden Personen messen lassen.

Die Akademie für Ethik in der Medizin als Fachgesellschaft

Im Dezember 1986 wurde die Akademie für Ethik in der Medizin (kurz AEM) als Fachgesellschaft für Medizinethik gegründet. Im März 2010 beschreibt der damalige Vorstand „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (Akademie für Ethik in der Medizin 2010).

Dabei soll das Format der Ethikberatung „der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z. B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter)“ (ebd., S. 150) dienen. „Ziel ist es letztlich, Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. ‚gute Entscheidungen‘ in ‚guten Entscheidungsprozessen‘ zu treffen“ (ebd.).

Weder in ihren Standards noch in ihrem Curriculum zur Ausbildung von Ethikberatern macht die Akademie für Ethik in der Medizin verbindliche Vorgaben zur Anwendung einer spezifischen Beratungsmethode oder Grundlegung durch eine philosophisch-ethische Schule. Die Autoren zeigen allerdings in ihrer Begrifflichkeit eine große Nähe zur Prinzipienethik, die Beauchamps und Childress im Jahr 1979 beschrieben haben. Georg Marckmann übernahm 2012 die Aufgabe des Präsidenten der Akademie für Ethik in der Medizin. Er hatte im Jahr 2015 in seinem Beitrag „Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin“ die Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien ausführlich erläutert (vgl. Marckmann 2015, S. 2 - 15). Der weitaus größte Teil der theoretischen Ansätze bezieht sich auf diese Grundlagen. Dementsprechend spiegelt sich auch in der Praxis klinischer Ethikberatung in Deutschland die hohe Bedeutung der Prinzipienethik nach Beauchamps und Childress wider.

Kritische Auseinandersetzung mit dem Berliner Modell

Volker Dieringer (2019) hat sich kritisch mit dem Berliner Modell von Andreas Lob-Hüdepohl auseinandergesetzt. Andreas Lob-Hüdenpol lehrt an der Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin u.a. in den Fachbereichen Ethik Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession und Heilpädagogische Ethik. Er ist Mitglied im Deutschen Ethikrat u.a. mit dem Schwerpunkt Ethikberatung im Gesundheits- und Sozialwesen. Sein Ansatz „Strukturen ethischer Beratung in sozialprofessionellen Tätigkeitsfeldern: Erkunden

- *Rechtfertigen - Gestalten - Organisieren: Das Berliner Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO*“ (Lob-Hüdepohl, 2017) bezieht sich auf Felder der sozialen Beratung und nicht auf ethische Probleme im Gesundheitswesen. Dieringers kritische Auseinandersetzung mit dem Modell B:ERGO stellt dennoch eine sinnvolle Differenzierung der Arten ethischer Konflikte zur Verfügung, die ich im weiteren Verlauf dieser Arbeit erweitern und zur Typisierung der ethischen Probleme im Gesundheitswesen verwenden möchte.

Dieringer unterscheidet „*ethische Dilemmata*“ von „*ethischen Dissensen*“. Darüber hinaus postuliert er eine Abgrenzung von „*Meinungsverschiedenheiten*“, die keinen ethischen Diskurs benötigen, sondern aufgrund empirischer Forschung zu klären seien.

„Moralische Konflikte, seien es nun moralische Dilemmata oder ethische Dissense, müssen von Konflikten, die im Kern nicht moralischer Natur sind, sondern auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Bestehens oder Nichtbestehens empirischer Sachverhalte beruhen, strikt getrennt werden (Sellmaier 2011: 19f). Ein „normative[r] Scheinkonflikt“ (ebd.: 13; Hervorh. i.O.) ist etwa dann gegeben, wenn eine Partei eine Maßnahme für moralisch geboten hält, weil sie glaubt, dass dadurch wertvolle Ziele erreicht werden können, wohingegen die andere Partei die gleiche Maßnahme für nicht geboten hält, weil sie der Meinung ist, dass sie nicht zu den angestrebten Zielen führt. [...] Die Klärung solcher Meinungsverschiedenheiten ist keine Frage der Ethik, sondern der empirischen Forschung“ (Dieringer 2019, S. 17).

Meinungsverschiedenheiten sind nach Dieringer Problemlagen, die zwar einen moralischen Inhalt haben, aber eben nicht durch eine ethische Reflektion zu lösen oder zu entscheiden seien, sondern durch eine wissenschaftliche Abwägung und sorgfältige Auswertung von Evaluationen zu einem eindeutigen Ergebnis führen. Für diese Klärung braucht es Zeit, Sorgfalt und einen wissenschaftlichen Diskurs der verschiedenen Sachpositionen bzw. Fachrichtungen. Das Ergebnis denkt Dieringer als eindeutige und objektive Folge der Empirie.

Dilemma und Dissens

Unter einem ethischen Dilemma versteht Dieringer Situationen, in denen innerhalb eines ethischen Systems zwei einander widersprechende Verpflichtungen abgeleitet werden. Keine Verpflichtung kann erfüllt werden, ohne die andere Verpflichtung zu verletzen. Dabei sind beide Verpflichtungen als gleichrangig zu denken. Mit derselben Intensität

und Wertigkeit verlangen sie danach, umgesetzt zu werden. Bei unterschiedlicher Wertigkeit wäre eine Entscheidung leicht zu treffen und die Problematik nicht einmal als ein ethischer Konflikt aufzufassen: Die höherwertige Verpflichtung hat naturgemäß Vorrang vor einer nachrangigen Verpflichtung.

Lob-Hüdepohl schlägt für den Umgang mit solchen Dilemmata das Tool einer Güterabwägung vor (vgl. 2017, S. 5). Dieringer führt in seinem Beitrag überzeugend aus, dass in Dilemma-Konstellationen eine Güterabwägung nicht zur Auflösung führen kann. Wäre eine Güterabwägung durchführbar, müsste dies gleichzeitig als zwingender Beweis dafür genommen werden, dass es sich in der vorliegenden Lage eben nicht um ein Dilemma, sondern um einen ethischen Dissens handelt.

Als Gegenüber zu einem ethischen Dilemma beschreibt Dieringer einen ethischen Dissens. Dessen Hauptmerkmale liegen darin, dass die gegenläufigen Verpflichtungen aus unterschiedlichen ethischen Systemen stammen. Deshalb liegt folgerichtig hinter einem konkreten ethischen Dissens immer auch der Widerstreit unterschiedlicher ethischer Prinzipien bzw. moralischer Systeme.

„Der Widerstreit zweier einander ausschließender moralischer Verpflichtungen ist vielmehr ein Symptom eines fundamentalen Konflikts zwischen zwei verschiedenen ethischen Theorien, der nicht nur die Frage nach der moralisch richtigen Handlung, sondern auch die Frage nach den moralisch richtigen Handlungsgründen berührt,“ (Sellmaier 2011: S 16ff)“ (Dieringer 2019, S. 16).

Insofern fordert Dieringer einen Diskurs über die unterschiedlichen ethischen Herangehensweisen:

„Ein Modell ethischer Fallbesprechung, das zur Bearbeitung ethischer Dissense geeignet ist, müsse daher auch Wege aufzeigen, wie man in einem Konflikt zwischen zwei ethischen Theorien, die hinsichtlich der Prinzipien der Moral nicht übereinstimmen, zu einer Lösung gelangen kann, die dem Wahrheitsanspruch moralischer Wertüberzeugungen Rechnung trägt. [...] Will man hier weiterkommen, so scheint auf jeden Fall eine Ausweitung des Diskurses vonnöten zu sein: Nicht nur die Bedeutung der normativen gehaltvollen Ausdrücke sowie die Form der Begründung moralischer Urteile, sondern auch die Prinzipien der Moral selbst müssen Gegenstand des Diskurses werden“ (Dieringer 2019, S. 19).

Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik

Tatsächlich ist an dieser Stelle der von Dieringer geforderte Diskurs verschiedener ethischer Prinzipien mithilfe des Konzepts von Beauchamps und Childress sehr gut möglich.

In ihrem Beitrag „Principles of Biomedical Ethics“ aus dem Jahr 1979 benennen sie unterschiedliche ethische Prinzipien, die im Gesundheitswesen bei der Anwendung von medizinischen oder pflegerischen Therapien gleichzeitig anzuwenden sind und die von ihrer Natur her immer im Widerstreit miteinander liegen (vgl. Beauchamps & Childress 2013).

Bisher konnte sich im Bereich der medizinischen Ethik *„keine ethische Theorie durchsetzen, die sich ausschließlich auf eine der klassischen moralphilosophischen Theorien bezieht“* (Marckmann, S. 10). Der Ansatz der beiden Bioethiker hat längst weltweite Verbreitung und Anerkennung gefunden. Er stellt sich ausdrücklich der Theorienvielfalt in der Philosophie und dem Wertepluralismus in der Gesellschaft. Er *„gibt den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip auf“* und orientiert sich an konsensfähigen *„mittleren“* Prinzipien, *„die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind“* (ebd.). Beauchamps und Childress verzichten auf den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie. Die von beiden Bioethikern beschriebenen Prinzipien knüpfen an unsere allgemeinen moralischen Alltagsüberzeugungen an.

Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten: Dieses Prinzip verpflichtet die Behandler dazu, die Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen eines Patienten zu berücksichtigen. Eine ‚fürsorgliche‘ Bevormundung darf nicht stattfinden. Dieses Prinzip geht über die Akzeptanz des Patientenwillens hinaus und beinhaltet die Pflicht, die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten zu fördern und ihn im Sinne eines informed consent bestmöglich über die fachlichen Parameter einer Behandlung zu informieren, damit er für sich selber abwägen und zu einer eigenen Entscheidung gelangen kann. Dieses erste Prinzip beinhaltet die Pflicht zur Aufklärung über ärztliche und pflegerische Maßnahmen.

Das Prinzip des Wohltuns (oder Nutzens): Unter diesem Prinzip wird die Verpflichtung verstanden, einer Patient*in auf die bestmögliche Weise zu nutzen. Dazu gehört die Behandlung von Krankheiten, die Milderung von Symptomen, sowie eine präventive ärztliche Arbeit. Dies Prinzip deckt sich mit dem für Ärzt*innen bindenden Berufsethos zur Hilfeleistung.

Das Prinzip des Nichtschadens: Mit dem ärztlichen Handeln ist die Verpflichtung verbunden, einer Patient*in keinen Schaden zuzufügen. Maßnahmen, die zu einem Schaden für die Patient*in führen, müssen unterlassen werden. In der Praxis ist das oft nicht um-

setzbar, da jede therapeutische und pflegerische Maßnahme auch ihre unerwünschten Nebenwirkungen mit sich bringt. Aus dem Prinzip des Nicht-Schadens erwächst deshalb die Verpflichtung eines sorgfältigen Abwägens: Nebenwirkungen müssen deutlich geringer ausfallen als der Nutzen einer Maßnahme, andernfalls muss die Maßnahme unterlassen werden.

Das Prinzip der Gerechtigkeit: Hier geht es um einzelne Patient*innen im Kontext der zur Verfügung stehenden Ressourcen eines Krankenhauses bzw. des Gesundheitssystems. Als Grundsatz soll gelten, dass ähnlich gelagerte Fälle auch ähnlich behandelt werden. Die Ressourcen müssen den verschiedenen Patient*innen und Personengruppen mit nachvollziehbaren Kriterien zugeteilt werden. Wo es zur Bevorzugung einzelner Patient*innen kommt, müssen relevante Begründungen - z.B. im Blick auf eine bessere Prognose - benannt werden. Hier ist die Abwägung zwischen dem Medizinisch-Möglichen und dem in einer Gesellschaft finanzierbaren Umfang der Maßnahmen oft nur schwer vorzunehmen und ist Teil eines gesellschaftlichen Diskurses (vgl. Marckmann 2015, S. 11 - 12).

Die vier beschriebenen medizinethischen Prinzipien stellen kein exaktes Regelwerk dar, sondern bieten zunächst nur eine allgemeine Orientierung an. Aufgrund des großen Beurteilungsspielraums erfordern sie eine sorgfältige Prüfung und Abwägung im Einzelfall.

Zusammenfassung

Die kritische Auseinandersetzung Dieringers mit dem Berliner Modell lässt sich nur bedingt auf ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen anwenden. Seine vorgelegte Analyse unterstreicht und bekräftigt allerdings die von der Akademie für Ethik in der Medizin empfohlene und von den Klinischen Ethikkomitees in Deutschland gebräuchliche prinzipienorientierte Güterabwägung auf einer mittleren Ebene als folgerichtig und angemessenes Instrument.

4. Systematisierung des Beratungsbedarfs

Ich greife die von Dieringer vorgenommene Typisierung von Dilemma und Dissens als ethische Konflikte im engeren Sinn und Meinungsverschiedenheiten über Themen mit

moralischem Inhalt auf und ergänze sie um einen vierten Typus gemeinsame Indikationsstellung und Umsetzung, die zum Zeitpunkt der Beratungsanfrage noch nicht abschließend erfolgt sind.

Diese Typisierung bietet ein wirksames Ordnungsmerkmal für die - nicht wissenschaftlich evaluierten - Erfahrungen aus der Arbeit des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Essen aus den Jahren 2013 bis 2020.

Bei der folgenden Vorstellung und Beschreibung der vier Typen stelle ich jeweils ein anonymisiertes Beispiel aus der Praxis voran. Für die Arbeit der Klinischen Ethikkomitees empfehle ich, jede diese vier moralisch-ethischen Problemlagen als Triggerfaktor für die Anforderung zu einer klinischen Ethikberatung zugrunde zu legen.

Dilemmata

*Im Frühjahr 2020 führen die Bilder von überlasteten Intensivressourcen der Krankenhäuser in Italien zu einem großen Erschrecken. Bei überlasteten Kapazitäten entstehen Dilemmasituationen: Lebensgefährlich verletzte oder erkrankte Patient*innen müssen aufgenommen und behandelt werden. Andernfalls werden sie zeitnah versterben. Wenn eine Patient*in, die bereits behandelt wird, ihren Platz zur Verfügung stellen muss, dann wird diese Patient*in versterben.*

*Welche Kriterien sollen hier für eine ethisch vertretbare Entscheidung zugrunde gelegt werden? Das Prinzip 'first come - first serve' wird der Situation nicht gerecht, denn so würden Patient*innen mit schlechter Prognose behandelt, während Patient*innen mit guter Prognose versterben. Lautet das Kriterium dagegen ‚Patient*innen mit besserer Prognose erhalten einen Behandlungsplatz und Patient*innen mit schlechter Prognose müssen ihren Platz zur Verfügung stellen‘, wird es unvermeidbar zu Fehlentscheidungen kommen, da die Zeit für eine umfassende und sorgfältige Diagnostik und Indikationsstellung in der Notlage nicht zur Verfügung steht.*

Wie Dieringer herausgearbeitet hat, können Dilemmata per Definition nicht durch einen ethischen Diskurs aufgelöst werden. Sie müssen als Dilemma anerkannt werden. Mit der Anerkennung ist die Übernahme der Verantwortung zum Tun des Guten und gleichzeitigen unvermeidbaren Tun des Schlechten verbunden. Insofern verlangt der Umgang mit dem Dilemma von den handelnden Personen die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung und die Fähigkeit zum Umgang mit dem unvermeidbaren ‚ethischen Schuldigwerden‘.

Im klinischen Alltag finden solche Dilemmata grundsätzlich im handlungsorientierten Rahmen statt. Es muss notwendig gehandelt werden und es wird real immer gehandelt: Eine Veränderung der Therapie bedeutet Handeln und führt zu ethischen Fehlentscheidungen - keine Veränderung der Therapie ist ebenso als Handeln aufzufassen und führt in gleicher Weise zu ethischen Fehlentscheidungen. Aufgrund dieser Handlungsbezogenheit ist ein moralisch vertretbarer Umgang mit dem Dilemma geboten. Die Anwendung der o.g. medizinethischen Prinzipien auf der sog. mittleren Ebene kann die durch das Dilemma verlorene Orientierung wieder einbringen.

Im Fall des o.g. Beispiels der Triagierung bei überlasteten Intensivressourcen empfiehlt die DIVI (vgl. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020) die Anwendung des Kriteriums der besseren Prognose, wohl wissend, dass eine so getroffene Auswahl zu Fehlentscheidungen und ethisch angreifbaren Ergebnissen führen kann und wird.

Dissense

Durch einen missglückten Suizidversuch mit der Bahn kommt es bei einem Patienten zu einer erheblichen irreversiblen neurologischen Schädigung. Die Unfallchirurgie ist in der Lage, einen stabilen Zustand zu etablieren. Sogar eine mittelfristige Stabilisierung über einige Tage gelingt. Der Patient war bereits seit vielen Jahren psychiatrisch erkrankt. Er hatte eine nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung allerdings abgelehnt und sich bei den zahlreichen Suizidversuchen in den zurückliegenden Jahren jeweils gegen ärztlichen Rat kurz nach der ersten Stabilisierung wieder nach Hause begeben.

Die Angehörigen fordern vehement die Einstellung der Intensivmaßnahmen, da es sich nach ihrer Einschätzung um einen wohlüberlegten und nicht im Affekt vollzogenen Bilanzsuizid handelt. Einer dauerhaften Unterbringung als Intensivpflegefall in einer Beatmungseinrichtung hätte der Patient in ihren Augen niemals zugestimmt. Sie halten eine Beendigung der Intensivmaßnahmen für ethisch geboten und begründen dies mit dem fehlenden Einverständnis des Patienten.

Eine Einstellung der Notfallmaßnahmen ist dagegen mit der ärztlichen Indikationsstellung nicht vereinbar. Es sind erste Erfolge der Notfallmaßnahmen zu verzeichnen, die Prognose für eine dauerhafte Stabilisierung unter Beatmung ist gut.

Hier handelt es sich um einen ethischen Dissens: Folgt man der Argumentation der Angehörigen, ist eine Beendigung der Maßnahmen ethisch geboten, da eine Weiterführung dem mutmaßlichen Willen des Patienten widerspricht. Folgt man der ärztlichen Verpflichtung zur Fürsorge und kurativen Medizin, ist eine Beendigung der Intensivmaßnahmen nicht vertretbar und verstößt gegen das ärztliche Berufsethos, insbesondere im Blick auf die Pflicht zur Fürsorge.

Eine Entscheidung ist hier nur durch eine Abwägung und Gewichtung der beiden ethischen Prinzipien Respekt vor der Autonomie des Patienten und Fürsorgepflicht der Ärzte herbeizuführen. Wie Dieringer für diesen Typus ethischer Probleme gefordert hat, zeigt sich hier:

Bei einem ethischen Dissens bieten die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamps und Childress auf der mittleren Ebene eine praxistaugliche Orientierung für einen Diskurs im multiprofessionellen Team. Mithilfe einer Güterabwägung ist die Ausarbeitung eines gemeinsam verantworteten Konsenses möglich. Gleichzeitig können ethische Begründungen formuliert werden, die eine Entscheidung nachvollziehbar machen.

Meinungsverschiedenheiten

Eine onkologisch erkrankte Patientin durchläuft drei verschiedene Regime einer Chemotherapie, die jeweils nicht in der Lage sind, die Krankheit aufzuhalten. Der Allgemeinzustand der Patientin verschlechtert sich dramatisch, es kommt zu sekundären Problemen: U.a. ist die Nierenfunktion eingeschränkt und eine Dialyse notwendig, zusätzlich kommt es wiederholt zu Infekten, die jeweils eine Antibiose erforderlich machen. Die psychische Situation der Patientin ist von sich häufenden depressiven Episoden gekennzeichnet.

Die Familie drängt die Patientin, den Mut nicht zu verlieren und in die Teilnahme an einer vorgeschlagenen Studie für eine neuartige Chemotherapie einzuwilligen. Die Pflegedienstmitarbeitenden sind empört über den ärztlichen Vorschlag. Sie kennen andere Patienten aus vergleichbaren Studien und haben dramatische Verläufe vor Augen. Sie halten ein palliatives Konzept für angemessen, damit die Patientin ihre letzte Lebensphase vor dem Sterben bewusst gestalten kann.

Der Onkologe sieht bei der Durchführung der Studie eine Wahrscheinlichkeit von 30 - 40% dafür, eine Metastasenbildung für ca. 12 Monate hinauszuschieben. Andere ärztliche Kolleginnen beurteilen die Studie eher kritisch und führen den schlechten Allgemeinzustand und die Schädigung der Nieren an. Beides stelle eine Wirkung des neuen Medikaments in Frage.

Im realen klinischen Alltag ist der Hintergrund einer Anfrage - wie in diesem Beispiel - tatsächlich oft genug als eine Meinungsverschiedenheit verschiedener medizinischer Fachleute zu begreifen. Solche Meinungsverschiedenheiten erfordern ein Forum für einen intradisziplinären wissenschaftlichen Diskurs und den sich daran anschließenden interdisziplinären Diskurs. Eine strukturierte Moderation dieses wissenschaftlichen Diskurses unter Beteiligung aller Personen und Professionen im Behandlungsteam kann zu einer Meinungsbildung und Klärung beitragen. Wo der wissenschaftliche Diskurs keine eindeutigen Ergebnisse liefert, bieten auch hier die o.g. Prinzipien nach Beauchamps und Childress auf der mittleren Ebene eine Orientierung für ein ethisch begründbares Handeln.

Gemeinsame Indikationsstellung und Umsetzung

Auf der Neugeborenenstation wird ein Säugling mit Entbindung in der 25 SW versorgt. Die Notfallmaßnahmen unmittelbar nach der Geburt konnten zu einer Stabilisierung beitragen. Es kam zu keiner Spontanatmung, es sind Fehlbildungen der Gliedmaßen zu sehen und es kommt in unregelmäßigen Abständen zu starken Krampfanfällen, denen nur mit einer Medikamentendosierung im experimentellen Bereich begegnet werden kann. Die Eltern und vor allem der Großvater mütterlicherseits fordern aufgrund ihres muslimischen Glaubens eine Maximalbehandlung. Es kam bereits zu Drohungen, sollte das Behandlungsteam die Therapie begrenzen.

Die Pulmologen sehen den Zustand kritisch, eine Beatmung kann zwar fortgesetzt werden, alle Versuche der Entwöhnung von der Beatmung haben für den Säugling aber zu erheblichem Stress geführt und mussten deshalb abgebrochen werden. Eine langfristige Perspektive sehen sie nicht. Ähnlich ist die Einschätzung der Neurologen. Sie haben eine Fehlentwicklung des Gehirns diagnostiziert, die aber mit keiner bisher bekannten genetischen Störung erklärbar ist. Insofern können sie keine fundierte Prognose benennen. Die Pflegenden erleben einen äußerst kritischen Pflegezustand. Nahezu jede pflegerische Maßnahme stresst den Säugling erheblich, worauf ein Kreis-

laufanstieg und die dann eintretenden Krampfanfälle hinweisen. Das Personal ist durch die Unmöglichkeit, einen guten Pflegestatus zu etablieren ohne erheblichen Stress für den Säugling auszulösen, sehr belastet.

Im Rahmen der Fallberatung kommen erstmalig die Behandler*innen aller Fachrichtungen unter Beteiligung der Pflegenden und des psychosozialen Dienstes zusammen. In der Anfangsrunde stellt jede Fachdisziplin Ihre Einschätzung sowie ihre jeweiligen Behandlungsoptionen vor. Es zeigt sich schnell, dass jede Disziplin für sich allein genommen mit einem kurativen Ansatz weiterbehandeln und eine Stabilität für ca. 7 bis 10 Tage erreichen könnte. Dies erscheint den Vortragenden aber aufgrund der fehlenden langfristigen Prognose jeweils nur für den Fall sinnvoll, dass die anderen Fachrichtungen eine bessere Prognose als sie selbst stellen können.

Aufgrund der jetzt möglichen Gesamtschau kommt es bei der Fallberatung schnell zu einer gemeinsamen Indikationsstellung aller Fachdisziplinen für ein palliatives Behandlungskonzept: Die jeweils ungünstigen Einzelprognosen führen zu einer sehr schlechten Gesamtprognose.

In der gemeinsamen selbstkritischen Reflexion erkennen alle Beteiligten: Wesentliche Faktoren für den bisherigen kurativen Ansatz waren (a) die anfängliche Notfallsituation (b) die Forderung der Großeltern und deren Drohung sowie der Widerstand zur Vorbereitung auf den bevorstehenden Abschied, (c) die bis zu diesem Zeitpunkt fehlende Berücksichtigung der Beobachtung des Pflegedienstes und (d) die persönliche Betroffenheit der Behandler*innen, die in Spannung zu ihrer fachlichen Sicht eine große innere Verpflichtung zur kurativen Hilfe verspürten.

5. Der mehrdimensionale Beratungsansatz

Die Analyse des Felds von klinischer Ethikberatung bei Patienten und Angehörigen, bei Mitarbeitenden der Behandlungsteams und im Blick auf die Organisationskultur zeigt, dass die Festlegung eines Therapieziels bzw. eines Behandlungsumfangs von verschiedenen Faktoren beeinflusst und erschwert wird.

Faktoren, die zu ethischen Problemlagen im Behandlungsalltag beitragen

- Die Patienten befinden sich in einer existenziellen Ambivalenz, die auf ein Behandlungsteam ausstrahlt und sich in ihm abbildet.
- Der Pflegenotstand sowie die Überlastung im ärztlichen Dienst erlauben oft nur die Erledigung unabdingbarer kurzfristiger Aufgaben. Im schnellen Klinikalltag fehlt die Zeit für eine sorgfältige mittel- oder langfristige Indikationsstellung.
- Ist diese erarbeitet worden, tragen die Überlastungsfaktoren dazu bei, dass eine Umstellung des Therapieziels bzw. des Behandlungsumfangs nicht oder erst verzögert umgesetzt wird, da wesentliche Änderungen von Behandlungsziel und Reichweite zusätzliche Zeitkontingente für Gespräche mit den Angehörigen erfordern.
- Aufgrund von Strukturproblemen ist eine sorgfältige und berufsgruppenübergreifende Prüfung und Klärung von Meinungsverschiedenheiten in den Routinen des Behandlungsalltags oft nicht möglich.
- Eine Kultur der Elite führt zur Entfremdung der verantwortlichen Entscheider von den Praktikern im Alltag. Diese Entfremdung und die aus der Elitenposition resultierende Macht erschweren die Klärung von Meinungsverschiedenheiten sowohl innerhalb einer Berufsgruppe (Klinikdirektor - Leitender Oberarzt - Oberarzt - Stationsarzt - Assistenzarzt - Medizinstudenten im Praktischen Jahr) als auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst - Pflegedienst - Psychosozialer Dienst - weitere Gesundheitsfachberufe): Eine interdisziplinäre Indikationsstellung ist aktuell nur bei wohlwollender Zustimmung der ärztlichen Klinikleitung und den zuständigen Oberärzt*innen möglich und hängt damit von der persönlichen Haltung der Entscheider ab.

Ethische Probleme im Behandlungsalltag entstehen demnach primär durch Krankheiten oder Unfälle, die eine komplexe Behandlung erfordern und bei denen die Behandlungswege nicht unmittelbar und eindeutig auf der Hand liegen. Sie entstehen sekundär durch die innere Disposition der Patienten, die bei unheilbaren Erkrankungen in eine Ambivalenz zwischen Leben-wollen und Sterben-müssen geraten. Sie entstehen ebenfalls sekundär durch die inneren und äußeren Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Insofern erfordern die Anfragen für Fallberatungen bei ethischen Problemen im Behandlungsalltag Antworten auf unterschiedlichen Ebenen:

Elemente eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes

- Moderation bei der notwendigen Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Team sowie bei der gemeinsamen Indikationsstellung bzw. Ausarbeitung eines Behandlungskonzepts unter Zuhilfenahme supervisorischer Instrumente.
- Durchführung eines ethischen Diskurses zur Differenzierung der Problemlage: Handelt es sich um ein Dilemma, um einen Dissens oder eine Meinungsverschiedenheit? Ist die Indikationsstellung noch nicht abgeschlossen? Konnte eine aus der Indikationsstellung resultierende Therapiezieländerung noch nicht umgesetzt werden?
- Güterabwägung unter Anwendung einer Prinzipienethik als Querschnittsthema auf allen Ebenen der Abstimmung im Team, ggf. auch unter Beteiligung betroffener Patient*innen bzw. der Angehörigen.
- Im Blick auf die Haltung von Ethikberater*innen ergibt die Analyse ähnliche Anforderungen wie sie aus der Supervision und anderen Beratungsformaten bekannt sind: Allparteilichkeit und Respekt vor der Fachkompetenz aller beteiligten Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen, Annahme und Akzeptanz der jeweiligen persönlichen Stile und Herangehensweisen der Beteiligten, Anerkennung und Akzeptanz der Belastungen von Mitgliedern der Behandlungsteams sowie ein ressourcenorientiertes Vorgehen.

Hier bestätigt sich, was Regina Bannert 2012 aufgezeigt hat: Zum adäquaten Umgang mit den Fallanfragen für eine ethische Beratung im Klinikalltag schaffen „*Organisationskompetenz*“, „*kommunikative Kompetenz*“, „*Rollenkompetenz*“, „*Prozesskompetenz*“ und eine ausgewogene Distanz zum Feld bzw. Nähe dazu (vgl. Frewer 2012, S. 45) wesentliche Voraussetzungen für eine gute Klärung im Team.

Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Angebote einer klinischen Ethikberatung tragen - ähnlich wie die Arbeit des Palliativstationen und ambulante Palliativdienste - aktiv zu interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus bei. Die Analyse ethischer Problemlagen im Behandlungskontext unterstreicht und ergänzt darüber hinaus bestehende Bemühungen um Interdisziplinarität.

Florian Jeserich, Christian Voß und Judith Wolf weisen bereits 2015 in ihrem Beitrag *„Teamorientierte Zusammenarbeit in Krankenhäusern. Christliche Werte und Kommunikation“* (Jeserich et al. 2015, S. 66 - 71) auf die notwendige Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit hin. Mit dem Fokus auf die gelebte Kommunikation im Krankenhaus benennen sie Probleme des Gesundheitswesens, die auch in der vorliegenden Arbeit sichtbar werden:

„Viele Behandlungsfehler bzw. Probleme und Verzögerungen im Therapieprozess können auf Kommunikations- und Koordinationsdefizite im multiprofessionellen Team zurückgeführt werden“ (dies. 2015, S. 66).

Die Autoren betonen die hohe Bedeutung einer guten Kommunikation über die Berufsgruppen hinweg:

„Patienten sind aufgrund ihrer speziellen Lage besonders empfänglich für die gute bzw. schlechte kommunikative Atmosphäre, die in einem Behandlungsteam herrscht“ (ebd.).

Nach der Auffassung der Autoren können habituell geprägte Kommunikationsstrukturen aus der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung nur in Prozessen der Selbstreflexion *„aufgebrochen und verbessert werden“* (Jeserich et al. 2015, S. 66).

Ein ähnlich eindeutiges Votum formulieren die Autoren des Positionspapiers *„Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“* des GMA-Ausschusses (Walkenhorst 2015, S. 17). Sie konstatieren einen weitgehenden Konsens darüber, dass eine engere Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen erforderlich ist.

Schüler und Studierende müssen möglichst frühzeitig *„voneinander, aneinander und miteinander lernen“* (ebd.). *„Dies wird das Personal im Gesundheitswesen von Morgen auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems der Zukunft gut vorbereiten“* (ebd.).

In Ihrem Votum erläutern die Ausschussmitglieder *„Wenn in dem Papier von ‚Gesundheitsberufen‘ gesprochen wird, sind damit die Berufe in der Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik etc. gemeint“* (dies. 2015, S. 18).

Konkret empfehlen die Ausschussmitglieder: *„In den Institutionen müssen Strukturen geschaffen werden, die es möglich machen interprofessionelle Konzepte zu entwickeln, zu reflektieren und zu gestalten. Das Thema Interprofessionalität muss an den Hochschulen und Universitäten in die Studienkommissionen Eingang finden und in anderen Einrichtungen in den entsprechenden Gremien vertreten sein“* (dies. 2015, S. 15).

Konzept einer interdisziplinäre Indikationsstellung

Als Abschluss meiner Arbeit ergibt sich ein Impuls zur konzeptionellen Veränderung der Indikationsstellung im Sinne des o.g. Votums des GMA-Ausschusses: Die gängige Praxis einer alleinigen ärztliche Indikationsstellung wird m. E. der komplexen Situation von Patient*innen und Behandler*innen im Kontext einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung nicht gerecht.

Um eine Behandlung solcher Erkrankungen adäquat weiterzuführen, müssen neben den somatischen auch die psychosomatische und die sozialen Ebenen in ein Therapiekonzept einbezogen werden. Darüber hinaus ist eine interdisziplinäre Indikationsstellung im Behandlungsteam unter Beteiligung aller Professionen der Gesundheitsfachberufe erforderlich. Die ethisch-moralische Dimension einer Behandlung kann m. E. nur dann angemessen aufgegriffen werden, wenn alle Fachrichtungen sich im interdisziplinären Diskurs gleichberechtigt einbringen und eine gemeinsame Meinungsbildung und Entscheidung zum verpflichtenden Standard wird.

Nach meiner Auffassung sollten Kriterien erarbeitet und benannt werden, die den Status einer unheilbaren Erkrankung kennzeichnen, von dem aus eine rein ärztliche Indikationsstellung durch eine interdisziplinäre Indikationsstellung abgelöst werden muss.

Grundlegende Elemente für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz sind eine kompetente Moderation unter Zuhilfenahme der Instrumente, die das Format der Supervision zur Verfügung stellt, die Kenntnis und Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien, ein Diskurs im interdisziplinären Behandlungsteam und bei fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen eine gemeinsame interdisziplinäre Indikationsstellung.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin, Ausgabe 2, S. 149 - 153.
- Arnold, Sabine (2017): Sterben und gleichzeitig leben wollen [online] URL: <https://www.palliaviva.ch/sterben-und-gleichzeitig-leben-wollen> [Stand: 22.8.2020].
- Bannert, Regina (2012): Ethische Fallbesprechung und Supervision. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian & May, Arndt (Hrsg.): Ethikberatung in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 45 - 63.
- Balogh, Regina (2020): Grundlagen der Ethischen Fallberatung: Auf welche normativen Ethiktheorien

- stützen sich die Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees? Dissertation Universität Regensburg [online] URL: <https://epub.uni-regensburg.de/41337> [Stand: 02.09.2020].
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013): Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage. Oxford: University Press New York.
- Bourdieu, Pierre (2018): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 26. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, S. A346 - A348 [online] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf [Stand: 04.09.2020].
- Dettwiler, Felix (2020): Interprofessionalität [online] URL: <https://www.careum.ch/interprofessionalitaet> [22.08.2020].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Palliativstationen. Definitionen und Merkmale [online] URL: https://www.dhvp.de/themen_palliativstationen.html [Stand: 22.08.2020].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2 [online] URL: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf [Stand: 04.09.2020].
- Dieringer, Volker (2019): Dilemma und Dissens. Zur Relevanz der Unterscheidung zweier Typen moralischer Konflikte für ethische Fallbesprechungen. In: Forum Supervision, Heft 54, S 8 - 20.
- Engelbracht, Nicole (2020): GEMINI bewertet Risiken und Nebenwirkungen durch Ärztemangel im Krankenhaus. [online] URL: <https://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2020-05/49699847-gemini-bewertet-risiken-und-nebenwirkungen-durch-aerztemangel-im-krankenhaus-007.html> [Stand: 22.08.2020].
- Eylmann, Constanze (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege. Pflegewissenschaft und Pflegebildung. Göttingen: Göttingen V&R Unipress.
- Grau, Alexander (2019): So weltoffen, so borniert! [online] URL: <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/elitenkritik-so-weltoffen-so-borniert/25261602.html> [Stand: 22.08.2020].
- Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (Hrsg.) (2019): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung. MB-Monitor 2019. [online] URL: <https://www.marburgerbund.de/sites/default/files/files/2020-01/Gesamtauswertung%20-%20MB-Monitor%202019-presse.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Freud, Anna (1977): Das Ich und seine Abwehrmechanismen. Reihe Geist und Psyche, 9. Auflage. München: Kindler.
- Graf, Angela (2015): Die Wissenschaftselite Deutschlands. Sozialprofil und Werdegänge zwischen 1945 und 2013. Frankfurt & New York: Campus Verlag.
- Hartmann, Michael (2004): Elitesoziologie: Eine Einführung. Frankfurt & Main: Campus Verlag.
- Hartmann, Michael (2019): Wer beherrscht Deutschland? Das Handeln der Eliten verschärft die soziale Ungleichheit [online] URL: <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/gesellschaft/eliten-deutschland-herkunft-hartmann-100.html> [Stand: 22.08.2020].
- Hassenkamp, Milena (2020): Pflegenotstand im neuen Jahr. Spahns größte Baustelle [online] URL: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/jens-spahn-pflegenotstand-als-groesste-baustelle-des-justizministers-a-1303501.html> [Stand: 22.08.2020].
- Heiland, Julia (2018): Ethische Fallbesprechung in der Klinik. Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle. Veröffentlichte Dissertationsschrift, Ludwig Maximilian Universität München.
- Heilmann, Tom (2020): Aufwertung der Krankenpflege. Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten? [online] URL: <https://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2020/report2020-02.pdf> [Stand: 22.08.2020].

- Janowitz, Klaus (2020): Wer sind die „Neuen Eliten“? [online] URL: <https://www.klaus-janowitz.de/wordpress/wer-sind-die-neuen-eliten> [Stand: 22.08.2020].
- Jeserich, Florian; Voß, Christian & Wolf, Judith (2015): Teamorientierte Zusammenarbeit in Krankenhäusern. Christliche Werte und strukturierte Kommunikation. In: *Zeitzeichen*, S 66 - 70 [online] URL: http://www.die-wolfsburg.de/fileadmin/user_upload/images/cpkk/cpkk_zeitzeichen_10.pdf [Stand: 13.09.2020].
- Jeserich, Florian & Voß, Christian (2018): Die innere ethische Fallbesprechung. Ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen. Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG) der Katholischen Akademie Die Wolfsburg, Mülheim an der Ruhr [online] URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56826-7> [Stand: 13.09.2020].
- Katholische Hochschule Berlin (o.J.): Lob-Huedepohl, Andreas. [online] URL: <https://www.khsb-berlin.de/en/profile-personal/3960> [Stand: 24.08.2020].
- König, Karl (1996): *Abwehrmechanismen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2017): Erkunden - Rechtfertigen - Gestalten - Organisieren. Das Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO. In: *EthikJournal, Zeitschrift für Ethik und Soziale Praxis*, 4. Jg. 1. Ausgabe, S. 1 - 22.
- Marckmann, Georg (2015): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3 - 13.
- Mentzos, Stavros (2016): *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. 8. Auflage der erweiterten Neuauflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reimann, Swantje (2012): *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmidt, Achim, (2019): Verfassungsgerichtshof erklärt Pflege-Volksbegehren für unzulässig [online] URL: <https://www.merkur.de/bayern/muenchen-verfassungsgerichtshof-haelt-pflege-volksbegehren-fuer-unzulaessig-11839600.html> [Stand: 22.08.2020].
- Schroeder, Gabriele (2009): *Interprofessionalität in der Umsetzung* [online] URL: <https://www.careum.ch/documents/20181/132548/Artikel-Schroeder-Interprofessionalitaet-in-der-Umsetzung.pdf.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Walkenhorst, Ursula u.a. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss. Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen [online] URL: <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2015-32/zma000964.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Willrodt, Silke (2017): *Ambivalenz in der letzten Lebensphase*. Unveröffentlichte Masterarbeit der Universität Klagenfurt.
- Vogd, Werner (2002): *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen*. Veröffentlichte Dissertationsschrift Technische Universität Berlin.
- Vogd, Werner (2006): *Die Organisation Krankenhaus im Wandel*. Bern: Hans Huber Verlag.