

*AUS DEM LEHRSTUHL FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. BERNHARD M. GRAF, MSc
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG*

*GRUNDLAGEN DER ETHISCHEN FALLBERATUNG: AUF WELCHE NORMATIVEN
ETHIKTHEORIEN STÜTZEN SICH DIE MITGLIEDER EINES KLINISCHEN
ETHIKKOMITTEES?*

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Regina Balogh

2019

*AUS DEM LEHRSTUHL FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. BERNHARD M. GRAF, MSc
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG*

*GRUNDLAGEN DER ETHISCHEN FALLBERATUNG: AUF WELCHE NORMATIVEN
ETHIKTHEORIEN STÜTZEN SICH DIE MITGLIEDER EINES KLINISCHEN
ETHIKKOMITTEES?*

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Regina Balogh

2019

Dekan:

Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Thomas Bein

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Karin Pfister

Tag der mündlichen Prüfung:

13.12.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Einführung - Das Klinische Ethikkomitee	1
1.2	Zentrale Fragestellungen	2
1.3	Ziel der Arbeit	3
1.4	Kapitelübersicht	3
1.5	Ausblick	5
2	Ethische Grundlagen - Überblick	6
2.1	Normative Ethiken - Grundlagen und medizinethische Aspekte	6
2.1.1	Kantianische Ethik	7
2.1.2	Utilitarismus	10
2.1.3	Tugendethik	11
2.2	Prinzipienethik	13
2.2.1	Einführung in die Prinzipienethik	13
2.2.2	Die vier Prinzipien der Bioethik	14
2.2.3	Spezifizierung der Prinzipien und Reflexionsgleichgewicht	17
2.2.4	Kritiken an Prinzipienethik - Grenzen der Anwendung	18
2.3	Medizinethische Analyse	20
3	Fallberatungen als Instrument zur Lösung ethischer Probleme im Klinikalltag	23
3.1	Ethische Probleme im klinischen Alltag	23
3.1.1	Entscheidungen am Lebensende - Therapiebegrenzung	24
3.1.2	Empathie als Kernkompetenz in Behandlungssituationen	26
3.1.3	Ganzheitliche Behandlung des Patienten - ethische Bildung im Gesundheitswesen	26
3.2	Die ethische Fallberatung	27
3.2.1	Ziele einer ethischen Fallberatung	27
3.2.2	Verschiedene Modelle der klinischen Fallberatung in Deutschland	28
3.2.3	Studien bezüglich des Einflusses ethischer Fallberatungen	29

3.2.4	Rechtliche Grundlagen der ethischen Fallberatung und Entscheidungsfindung in Deutschland	30
3.2.5	Kritik an der Praxis der Fallberatung in Deutschland	31
3.2.6	Klinisches Ethikkomitee an der Universitätsklinik Regensburg . .	31
4	Material und Methoden	33
4.1	Einführung Grundlagen Qualitative Recherche	33
4.2	Vorbereitungen zur Informationssammlung	34
4.2.1	Zu untersuchende Personengruppe	34
4.2.2	Recherchemethode	35
4.2.3	Kontaktaufnahme	36
4.2.4	Design der Recherche Instrumente	36
4.3	Informationssammlung mithilfe offener Interviews	37
4.3.1	Einzelne Interviews	37
4.3.2	Änderung der Fragenstruktur	39
4.4	Ordnung und Analyse der gewonnen Informationen	39
4.4.1	Transkription der Interviews	39
4.4.2	Erstellung des Codebaums	40
4.4.3	Codierung mithilfe des Programms MaxQda	40
4.4.4	Zusammenfassung und Analyse	42
4.4.5	Interpretation der gewonnenen Informationen	45
4.5	Methodische Fehlerquellen und Grenzen der objektiven Auswertung . . .	45
5	Ergebnisse der qualitativen Studie	47
5.1	Übersicht der Ergebnisse	47
5.2	Deskriptive Ergebnisse	48
5.2.1	Persönliche Lebenseinstellungen	48
5.2.2	Aussagen über das Klinische Ethikkomitee und die Fallberatung	49
5.2.3	Praktische Fähigkeiten in der Fallberatung	49
5.2.4	Bewertung philosophischer und ethischer Grundhaltungen	51
5.2.5	Vergleich zwischen den Mitgliedern der Fallberatung und den übrigen Mitgliedern	53
5.2.6	Zusammenfassung Ergebnisse der deskriptiven Analyse	57
5.3	Interpretative Ergebnisse	58
5.3.1	Zusammenhang zwischen ethisch-philosophischer Vorbildung und ethischer Entscheidungsfindung	60
5.3.2	Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung/Erfahrung und Bewertung ethischer Fragestellungen	61

Inhaltsverzeichnis	iii
5.3.3 Bewertung gemeinsamer Haltungen aller Mitglieder: ethischer Konsens möglich?	61
6 Diskussion	63
6.1 Stand der Ethik in der klinischen Ethikberatung	63
6.2 Aspekte von ethischem Verständnis im Klinikalltag	63
6.3 Normative Begründung ethischer Fallberatung?	65
6.3.1 Zusammenfassung-wie soll eine 'gute ethische Analyse' aussehen?	68
7 Kurzfassung	70
8 Eidesstattliche Erklärung	72
Quellenverzeichnis	73
Literatur	73

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Einführung - Das Klinische Ethikkomitee

Im klinischen Alltag sind heutzutage individuelle ethische Konfliktsituationen keine Seltenheit mehr. Gerade bei Patienten, die in ihrer Entscheidungsfähigkeit als eingeschränkt bewertet werden, zum Beispiel bei Intensivpatienten, ist die Frage nach dem richtigen Handeln noch schwieriger zu beurteilen, zumal genau die Selbstbestimmung, die Autonomie, die Errungenschaft moderner Medizinethik [68][vgl. S.17-18], hier schwer zu wahren ist [49][vgl. S.121].

Mitarbeiter des Gesundheitssystems sehen sich täglich mit ethischen Problemen konfrontiert [40] und sind dabei häufig überfordert, zumal Ihre Ausbildung nur wenig auf ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen eingeht und sie nicht gewappnet sind für eine ethisch fundierte Urteilsbildung. Aber nicht nur die Patienten der Intensivstation, Demenzkranke oder psychisch Kranke, bei denen die Entscheidungsfähigkeit und der mutmaßliche Patientenwille [49][vgl. S.157-161] die Kernfragen darstellen, sind von ethischen Fragestellungen betroffen, genauso schwierig verhält es sich bei Gerechtigkeitsfragen, beispielsweise bei der Allokation von Spenderorganen [49][vgl. S.285-288].

Für solche Fälle, in denen ethische Konflikte das Behandlungsteam überfordern, wurde an vielen deutschen Kliniken ein hilfeleistendes Gremium geschaffen, das Klinische Ethikkomitee.

Auch an der Universitätsklinik Regensburg ist seit einigen Jahren ein solches Komitee tätig. Die Mitglieder, derzeit 20 Personen aus dem medizinischen, pflegerischen, juristischen, psychologischen und seelsorgerischen Bereich, arbeiten hierzu zusammen in einem Plenum, das sich regelmäßig trifft und austauscht. Das Ethikkomitee stellt sich selber wie folgt vor:

„ Auch moderne Hochleistungsmedizin, wie sie das Universitätsklinikum Regensburg bietet, stößt an Grenzen: nicht alles ist machbar; und nicht alles, was machbar ist, ist

in jedem Fall sinnvoll. Es kommt darauf an, herauszuarbeiten, *was für den einzelnen Patienten gut ist*. Gespräche zwischen den Beteiligten können helfen, verschiedene Perspektiven abzuwägen und für den individuellen Fall den richtigen Weg zu finden. Dabei können auch *Leitlinien* Orientierung in typischen Situationen geben. Ethische Bildung trägt dazu bei, die verschiedenen Wertgesichtspunkte bei schwierigen Entscheidungen wahrzunehmen und zu *reflektierten Urteilen* zu kommen. Das Klinische Ethikkomitee führt daher klärende Gespräche durch, erarbeitet Orientierungs- und Entscheidungshilfen und gestaltet Fortbildungen zu ethischen Themen. Dazu arbeiten Vertreter der Medizin, Pflege, Ethik, Theologie und Psychologie und des Rechts eng zusammen¹. “

Damit stellt sich die Arbeitsgruppe Fallberatung, welche eine kleine Gruppe innerhalb des Komitees bildet, der nicht kleinen Herausforderung 'für den individuellen Fall den richtigen Weg zu finden'. Diese Fallberatung kann von jedem Mitarbeiter des Hauses angefordert werden und soll in erster Linie moderierend, in zweiter Linie beratend dem Behandlungsteam zur Hand gehen, 'klärende Gespräche führen' und eine ethisch reflektierte Entscheidung, welche jedoch dann von den Behandelnden getroffen werden muss, erleichtern.

1.2 Zentrale Fragestellungen

Es stellen sich jedoch einige Fragen zu den genannten 'Leitlinien' und 'Wertgesichtspunkten':

- Welche ethischen Leitfäden holen sich Mitglieder des Ethikkomitees zur Hilfe?
- Welche Werte und Prinzipien leiten ihr Denken, auf welche Erfahrungen stützt sich ihre Intuition?
- Wie beurteilen sie 'typische Situationen'?

Zu dieser Fragestellung liegen derzeit in Europa und Deutschland keine vergleichbaren Studien vor. In Japan wurde bereits eine Studie durchgeführt [55], welche sich mit der unterschiedlichen Entscheidung von Ethikberatern und behandelndem Personal bei der Frage nach der Entscheidungsfähigkeit von Patienten beschäftigte. Bei der Untersuchung der 60 Fälle ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit der Patienten, die Vorgehensweise der Ethikberater wurde als 'kritisch und reflektiert', die der behandelnden Ärzte als 'situationsbedingt und pragmatisch' bezeichnet. Diese Studie deutet bereits darauf hin, dass sich Ethikberater grundsätzlich genauer und überlegter mit ethischen Problemen beschäftigen.

Studien, welche jedoch näher darauf eingehen, auf welche Weise es genau zu den gegebenen Entscheidungen kommt und wie genau die Ethikberater Entscheidungen treffen

¹http://www.uniklinikum-regensburg.de/ueber-uns/Zentrale_Abteilungen/KEK/

sind nach dem heutigen Stand der Literatur nicht anzutreffen. Daher bleiben die oben gestellten Fragen zunächst unbeantwortet.

1.3 Ziel der Arbeit

Auf ebendiese Fragen sucht daher die nachfolgende Arbeit Antworten. Da diese jedoch von ihrem Charakter her offen sind, können sie durch eine statistisch-quantitative Erhebung nicht bearbeitet werden. Zur Felderkundung dieses Neulandes ist eine Studie qualitativer Natur, wie sie in der Soziologie sehr oft eingesetzt wird, sinnvoll.

Ziel der nachfolgenden Arbeit war es, deskriptiv einen Einblick in die Entscheidungs- und Denkmuster der Mitglieder des Ethikkomitees zu geben, hier beispielhaft der Mitglieder des Ethikkomitees der Universitätsklinik Regensburg. Zugleich behandelt diese Arbeit die Frage, welche Ethiktheorien in der praktischen Fallberatung brauchbar sind und in welcher Form Fallberatung am ehesten zu einer 'richtigen' Entscheidung führen kann.

1.4 Kapitelübersicht

Im *ersten Kapitel* werden daher zunächst die *Grundlagen der medizinischen Ethik* kurz umrissen. Zuerst werden die verschiedenen normativen Ethiktheorien, im Genaueren die kantianische Ethik, der Utilitarismus sowie die Tugendethik kurz erläutert. Dabei wird schwerpunktmäßig die Pflichtenethik Kants beleuchtet, da viele Begriffe, die teilweise auch konfus in der medizinethischen Literatur benutzt werden, ihr entstammen und viele Entscheidungen und Urteile sich auf sie beziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt allen voran also den Aspekten, die diese allgemein anwendbaren normativen Ethiken zu der Lösung von Problemen in der modernen Medizin beitragen können. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird die *Prinzipienethik von Beauchamp und Childress* skizziert. Es wird auf die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik im Einzelnen eingegangen, sowie die Methodik der Spezifizierung und des Überlegungsgleichgewichts erläutert. Die Prinzipienethik besitzt vor allem in der praktischen Medizinethik heutzutage einen sehr hohen Stellenwert, auch diese Monopolstellung soll in diesem Abschnitt teils auch kritisch beleuchtet werden, es werden sowohl die Kritiken normativer Ethiker als auch Kasuisten kurz dargestellt, um auch die Schwachstellen der Prinzipienethik, vor allem in Hinblick auf individuelle Entscheidungen in der klinischen Praxis aufzuzeigen. Diese kurze Hintergrundbeleuchtung, welche im ersten Kapitel vorgenommen wird, hat keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, zumal die medizinische Ethik ein überaus weites Feld ist. Sie soll jedoch eine grobe Orientierung geben und die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse in einen größeren Kontext setzen, sowie die Grundlage bilden für

die späteren Überlegungen bezüglich einer 'richtigen' Entscheidung in Fallberatungen. Zum Ende des Kapitels soll auch eine kurze beispielhafte Analyse eines klinischen Falls erfolgen. Dies soll bereits ein Gefühl für die möglichen praktischen Anwendungen in der Klinik geben und eine Brücke schlagen zu konkreten medizinethischen Fragestellungen.

Dies bildet auch den fließenden Übergang zum *zweiten Kapitel*. Hier wird zunächst der ethische Aspekt im Klinikalltag erläutert, die Therapiebegrenzung als Grenzfeld der Medizin beleuchtet und die Möglichkeiten einer ganzheitlichen Behandlung der Patienten aufgezeigt, wobei die Kompetenz der Empathie einen besonderen Fokus erhält. Es wird auch auf die ethische Bildung im Gesundheitswesen eingegangen, welches die Grundlage für ethisch fundierte Entscheidungen sein könnte und mit zu den Zielsetzungen des Klinischen Ethikkomitees gehört. Dem folgt eine Darstellung des Instrumentes der Fallberatung. Es wird kurz dargestellt, was die Aufgaben und Zielsetzungen eines Klinischen Ethikkomitees sind und wie diese in Deutschland organisiert sind. Es werden kurz die Studien und Erhebungen bezüglich der Klinischen Ethikkomitees dargestellt und die Vorteile einer ethischen Beratung aufgeführt. Abschließend wird die in der nachfolgenden Studie untersuchte Gruppe, das Komitee der Universitätsklinik Regensburg kurz vorgestellt.

Im Anschluss beschreibt das *dritte Kapitel* die Methodik der durchgeführten *qualitativen Studie*. Hierbei werden der Interviewleitfaden erläutert, die inhaltlichen Schwerpunkte begründet sowie die vorgenommenen Änderungen im Laufe der Studie erklärt. Außerdem wird die Auswertung der durch die offenen Interviews gewonnenen Datenmenge mit der Software MaxQda beschrieben und die zum Verschlagnworten verwendeten Codes vorgestellt sowie die Art und Weise des systematischen Zusammenfassens der Ergebnisse genauer beleuchtet.

Im *vierten Kapitel* werden *die Ergebnisse* systematisch dargestellt, nach inhaltlichen Gesichtspunkten geordnet. Zuerst erfolgt eine Darstellung der *deskriptiven Ergebnisse*. Hier werden die in den Interviews angesprochenen Inhalte thematisch geordnet und beispielhaft anhand einiger Zitate anschaulich gemacht. Im zweiten Teil erfolgt eine *Interpretation* dieser Ergebnisse, es werden Zusammenhänge zwischen Lebens-/Berufslage der Mitglieder, ethische Hintergrundbildung und Entscheidungs- und Denkweisen in ethischen Fragestellungen hergestellt.

Schließlich folgt die *Diskussion* in *Kapitel 5*, in der erläutert wird, wie eine ethische Entscheidungsfindung im klinischen Setting, bei einer Fallberatung optimal ablaufen könnte und welche ethischen Leitfäden dabei hilfreich sein können. Dazu werden die Ergebnisse der Studie sowie die zu Anfang vorgenommenen ethischen Hintergrundreflexionen zu gleichen Maßen zu Hilfe genommen. Dieser Teil stellt gewissermaßen eine Synopsis aller gewonnenen Erkenntnisse dar und möchte aufzeigen, wie viele Aspekte im Feld der klinischen Ethikberatung eine Rolle spielen.

1.5 Ausblick

Es soll mit nachfolgender Dissertation die Grundlage für weiterführende Forschung im Bereich der Klinischen Ethikkomitees erschaffen werden. Diese qualitative Studie kann als Grundlage für andere quantitativ-vergleichende Studien genutzt werden, wie dies in soziologischen Studien des öfteren praktiziert wird [66][vgl. S.40]. Solche quantitativen Erhebungen könnten die hier neu gewonnenen Erkenntnisse genauer beleuchten und neue Schwerpunkte setzen.

Die klinische Ethikberatung ist ein wichtiges Kerninstrument, das zugleich auch Qualitätsmerkmal einer guten Patientenversorgung ist. Sie soll ethisch-fundierte Entscheidungen ermöglichen und Leitfaden sein, sowohl für die betroffenen Behandelten als auch für die Behandler. Aus ebendiesen Gründen ist eine Forschung im Bereich der ethischen Beratung, wie sie bis zum heutigen Zeitpunkt nur sehr wenig praktiziert wurde, essenziell zu einer weiteren Optimierung ebendieser, denn sie erleichtert eine Selbstreflexion der Ethikberater, bestärkt den Stellenwert der Komitees und ermöglicht zu guter Letzt eine bessere allumfassende Behandlung der Patienten. Dies sollte schließlich Ziel nicht nur jeder Ethik und jeden richtigen Handelns, sondern in erster Linie auch Ziel jeder Medizin sein.

Kapitel 2

Ethische Grundlagen - Überblick

2.1 Normative Ethiken - Grundlagen und medizinethische Aspekte

Um eine bestimmte Handlung als gut oder schlecht beurteilen zu können, bedarf es nicht zwangsläufig einer ethischen Analyse. Jeder Mensch ist generell zu einer Urteilsbildung fähig und bedient sich dabei in der Regel seiner *moralischen Haltung*, die wiederum von seinen persönlichen Lebensumständen, der Gesellschaft und vielen weiteren Faktoren abhängt [60].

Ethik und ethische Analyse hingegen möchte dieses Urteil reflektiert und möglichst objektiv treffen und bedient sich dabei verschiedenen Abstraktionslevels. Unterschieden werden hierbei:

- Normen
- Werte
- Prinzipien
- Ethiktheorien

Normen sind dabei konkrete Handlungsanweisungen für bestimmte Situationen. Ihnen liegen *Werte* zu Grunde, diesen übergeordnet sind wiederum die *Prinzipien*, welche allgemeine Gültigkeit beanspruchen ¹[49][vgl. S.20]. Um jedoch zu guter Letzt die Anwendbarkeit allgemein gültiger Prinzipien legitimieren zu können, bedarf es einer *ethischen Theorie*, welche diese sozusagen letztendlich begründet. Diese Theorien werden häufig unter dem Namen *normative Ethiktheorien* zusammengefasst [49][vgl. S.16-21] [68][vgl. S.24-30].

¹Beispielsweise wäre eine Norm aus der Medizinethik: Du sollst den Patienten vor einem Eingriff aufklären. Der dahinterstehende Wert wäre unter anderem der Respekt vor dem Patienten, das Prinzip beispielsweise die Achtung der Autonomie des Patienten. Bereits an diesem einfachen Beispiel wird deutlich, dass eine Norm nicht 1:1 nur Konsequenz der Realisierung eines Wertes oder eines Prinzips ist, sondern in der Regel mehrere Begründungsoptionen möglich sind.

Im folgenden ersten Teil dieses Kapitels sollen von allen normativen Ethiktheorien lediglich die bedeutendsten und bekanntesten kurz dargestellt, sowie ihre Rolle in der Medizinethik beleuchtet werden.

2.1.1 Kantianische Ethik

Die kantianische Ethik (in manchen Quellen auch Pflichtenethik oder Deontologie) ist eine weit verbreitete ethische Theorie, welche in unserer Gesellschaft bewusst, unbewusst, manchmal verkannt und missverstanden einen großen Einfluss hat. Ihr gesamter Umfang kann in dieser Arbeit nicht erfasst und beleuchtet werden, es sollen an dieser Stelle lediglich die für die praktische ethische Analyse relevanten Kerngedanken dargestellt werden, insbesondere die Begriffe:

- Vernunft und guter Wille
- kategorischer Imperativ
- Autonomie.

Grundlage der Philosophie Kants ist die Annahme, dass der Mensch von Natur aus ein Wesen ist, das Vernunft besitzt. Er ist also im Gegensatz zu Tieren nicht nur in der Lage nach seinen momentanen Begierden und Wünschen zu handeln, sondern kann reflektierte Entscheidungen treffen. Dementsprechend liegen seinen Handlungen auch stets Motive zu Grunde, welche immer dann gut sind, wenn sie aus dem 'guten Willen' heraus entstehen. Dieser gute Wille gibt einer Handlung seinen moralischen Wert, nicht die Handlung selbst oder seine Konsequenz ² [49][vgl. S.24-25] [42] [43].

Um dem guten Willen entsprechend handeln zu können, ist der vernunftbegabte Mensch dazu angehalten, sich selbst Gesetze zu erschaffen. Hierbei kommt der Begriff des kategorischen Imperatives mit ins Spiel. Diese besteht aus der Grundformel:

'Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.' [42]

Dies birgt also keine konkrete inhaltlich gefüllte Norm, sondern lediglich eine gedankliche Überprüfung der Handlungsnormen, welche sich der vernunftbegabte Mensch selber setzt. Dieser Grundformel sind noch weitere Unterformeln zugeordnet:

- Naturgesetzformel: Diese Maxime des guten Willens soll zugleich Anspruch haben können, ein Naturgesetz zu sein.
- Selbstzweckformel: Jeder Mensch soll Selbstzweck sein und darf niemals zum Mittel einer Handlung werden.

²Dies würde in einem konkreten Fall bedeuten, dass eine Handlung, wie z.B. die offene Kommunikation mit einem Patienten, nicht in jedem Fall moralisch gut ist, ist sie nur aus Furcht vor juristischen Konsequenzen erfolgt, so gilt sie zwar als *legal* aber nicht als *moralisch*. Ist jedoch Grundlage der Handlung die Wertschätzung des Patienten, zeigt dies den guten Willen und macht die Handlung zugleich moralisch gut, denn in diesem Fall erfolgt sie nicht pflichtgemäß, sondern aus der Pflicht heraus.

- Formel des Reiches der Zwecke: Der Mensch ist dem Reich der Zwecke, sprich dem sich selbst gegebenen Sittengesetz unterworfen.

Die Pflichten, welche aus dieser Grundformel abgeleitet werden können, sind wiederum zu unterteilen in vollkommene und unvollkommene Pflichten. Obwohl beide den Anspruch haben, als allgemeines Gesetz gelten zu können, sind letztere nicht in jeder Situation zwingend bindend. Des Weiteren unterteilt Kant die Pflichten gegen sich selbst und Pflichten gegen andere, wobei bei all diesen die Selbstzweckformel einen besonderen Schwerpunkt hat, da sie dem Menschen, dadurch, dass er Selbstzweck ist und nicht instrumentalisiert werden darf, einen besonderen Platz einräumt ³ [42] [43].

Kant wird auch gerne mit dem Autonomie-Begriff in Verbindung gebracht, welches gerade in der Moderne eine zentrale Rolle spielt, nicht nur in der Medizinethik, sondern in den meisten Lebensbereichen. Doch Kant versteht unter Autonomie *nicht* das Verwirklichen der eigenen Wünsche, welche Ausdruck unserer Natur sind. Freiheit erlangt der autonome Mensch durch Verpflichtung an seine durch den kategorischen Imperativ gegebenen Gesetze [42] [43] [69] [49][vgl. S.34].

Die praktische Anwendung von der Philosophie Kants spielt in der biomedizinischen Ethik eine herausragende Rolle. Nicht nur spielt sie eine wichtige Rolle bei der Begründung der Prinzipienethik (vgl. hierzu das folgende Kapitel 2.2), die meisten Gesetze in medizinethischen Grauzonen basieren vor allem im europäischen Kulturkreis auf kantianischen Überlegungen [32].

Grundlegend wurde gerade zu Beginn der medizinethischen Diskussionen die Deontologie als stabiles Gerüst gesehen, welches seine Rechtfertigung aus seiner Gedankenstruktur selber heraus geben kann [25]. Gerade dieses starre Gedankengerüst wird jedoch des Öfteren kritisiert [32] und als nicht zeitgemäß angesehen. Doch viele Kritikpunkte basieren auf dem falschen Verständnis der Ethik Kants [31]. Die wesentlichen Kritikpunkte an der kantianischen Ethik im Bereich der Medizinethik, sowie die Missverständnisse, die ihnen oft zugrunde liegen, lassen sich so zusammenfassen:

- Exklusivität - Kant bezieht lediglich Menschen in seine Ethik mit ein, die rational sind. Dementsprechend befürchten Kritiker eine mögliche Entmündigung, gerade von z.B. wenig einsichtsfähigen Patienten. Dieser Kritikpunkt ist insofern nur unzureichend begründet, weil Kant durch seine Selbstzweckformel alle Menschen grundsätzlich gleich sieht, diese dadurch vor willkürlichen Handlungen schützt und durchaus als humanistischer Denker gesehen werden kann.
- Individualismus - Die Selbstgesetzgebung erfolgt anhand der individuellen Ein-

³Gerade diese Selbstzweckformel ist auch ein wichtiger Leitfaden bei Forschungsfragen im medizinischen Bereich. Historisch gesehen begannen medizinethische Überlegungen aufgrund von Verletzungen ebendieses Rechts, Zweck und nicht Mittel zu sein, im Rahmen medizinischer 'Forschung' im Laufe des 21. Jahrhunderts, siehe weiterführend [49][vgl. S.29-30] [68][vgl. S.102-108] [35][vgl. S.65].

schätzung und die Vernunft des Einzelnen spielt hierbei die maßgebliche Rolle. Dementsprechend kommt der zwischenmenschlichen Ebene und der Kommunikation, welche gerade in der Medizin von großer Bedeutung ist, eine untergeordnete Position zu. Doch genau aus dieser individuellen Verantwortungsübernahme heraus wird der Mensch in seine Beziehungen gesetzt und steht als vernunftbegabtes Wesen dem anderen vernunftbegabten Wesen gegenüber.

- Rationalismus - Die vernunftbasierte Selbstgesetzgebung missachtet die emotionale Seite des Menschen, welche einen Großteil seines Wesens ausmacht und seine Handlungen beeinflusst, gerade in ausgelieferten Situationen, wie es Krankheit und Leid sind. Dies ist insofern berechtigt, dass Kant Gefühle nicht mit einbezieht bei der Beurteilung von Handlungen, Gefühle werden mehr als Störfaktoren gesehen. Ob eine ethische Analyse die Gefühle der Agierenden beachten sollte und in welchem Maße dies geschehen soll, ist eine essentielle Frage, welche von der Deontologie tatsächlich nur in unzureichendem Maße beantwortet werden kann.
- Rigorismus - Die Deontologie gilt als kompromisslos, daher unpraktisch in der Anwendung auf individuelle klinische Fälle. Doch gerade in diesem Punkt geben die theoretisch anmutenden Gedanken Kants die Möglichkeit einer individuellen Anpassung an gegebene Umstände, der kategorische Imperativ kann in jeder Situation neu bedacht werden. Die Pflichtenethik ist keineswegs streng deduktiv.

[32]

Welche konkreten Handlungskonsequenzen ergeben sich aber in der Medizin aus der Deontologie? Je nach Fragestellung können folgende Punkte bedacht werden:

- Pflichten des Arztes, Arzt-Patienten-Beziehung: Der Arzt hat mehrere Pflichten seinen Patienten gegenüber. Absolute Pflicht ist hierbei die Achtung des Patienten, Respekt vor ihm, gerade durch das Ungleichgewicht, das durch die Krankheit entsteht, ist die Gefahr der Missachtung der Würde des Einzelnen hoch. Das Individuum als Selbstzweck ist schlussendlich Ziel jeden Handelns, doch nicht nur der Patient, auch der Arzt ist Selbstzweck und muss geachtet werden [32].
- Gesundheitssystem - Nicht nur die individuelle Handlung eines jeden Arztes, sondern auch die Struktur des Gesundheitssystems im Gesamten, welches ein Gut, dass allen zuteil werden sollte, darstellt, sowie die Gesetzgebung, die schlussendlich den Einzelfall beeinflusst, soll die absoluten Pflichten berücksichtigen und den Mensch als 'Ziel jeder Handlung' achten [32] [41].
- Entscheidungen am Ende des Lebens - Wie weit die Pflicht zur Lebenserhaltung des Einzelnen geht, ist hierbei die grundsätzliche Frage. Kant ist in der Frage des Suizids aber durchaus rigoros und sieht es als enge Pflicht sich selbst gegenüber, keinen Suizid zu begehen. Überlegungen zur Therapiebegrenzung folgen im Kapitel

3.1.1 zur Fallberatung [32].

Weitere medizinethische Themen, wie Fragen der Fertilitätsmedizin, sowie der Organtransplantation sollen an dieser Stelle nicht weiter behandelt werden. Aus den kurz umrissenen Themen wird bereits deutlich, welchen Stellenwert die Pflichtenethik in der modernen Medizinethik hat und welchen Beitrag sie leisten kann in schwierigen Fällen.

2.1.2 Utilitarismus

Die zweite große normative Ethiktheorie, der Utilitarismus, wird sehr häufig als Gegenpol zur Deontologie verstanden und dadurch zugleich vereinfacht und falsch eingeschätzt. Denn der Utilitarismus, auch Konsequentialismus oder folgenorientierte Ethik, besteht nicht, wie man fälschlicherweise oft vermutet, nur aus einem reinen Kosten-Nutzen-Kalkül [35][vgl. S.41].

Die Richtlinie, anhand derer die utilitaristische Ethik eine Handlung beurteilt, ist die Folge der Handlung. Es wird also niemals der Handelnde, das Individuum selbst (der bei Kant ja eine zentrale Rolle einnimmt als sich selbst Gesetzgebender), untersucht, seine Intention ist einerlei, lediglich die Konsequenzen aus der Handlung entscheiden darüber, ob diese moralisch gut oder schlecht ist [49][vgl. S.38] [35][vgl. S.41-44].

Die *utility*, der Nutzen also, anhand derer eine Folge als gut oder schlecht beurteilt wird, wird in verschiedenen Unterformen des Utilitarismus unterschiedlich gehandhabt. Während die Grundform des Utilitarismus als 'quantitativer Hedonismus' lediglich die größte Anzahl der Freuden für die größte Anzahl an Menschen, als oberste Priorität setzt [53], sind andere Strömungen des qualitativen Utilitarismus auch um andere Tugenden bemüht, es werden bestimmte Freuden als moralisch wertvoller eingestuft als andere [34].

Die Summenkalkulation ist des Weiteren eine Eigenheit des Utilitarismus. Es werden die Freuden, die aus einer Handlung folgen, aufsummiert.

'Getan werden soll, was förderlich ist, das heißt, was dazu neigt, zur Gesamtsumme der Freuden beizutragen.' [12]

Darin ist gleichsam der *Universalismus* als Kerngedanke mit enthalten, denn alle Menschen sollen bei diesen Summenkalkül in gleicher Weise berücksichtigt werden. Dabei soll der Einzelne über seine 'selfishness' [53] hinauswachsen und dem Wohl der Allgemeinheit dienen. Diese jedoch ist in diesem Falle keineswegs ein kommunistischer Begriff, viel mehr eine Summe aller Einzelwohle, er deckt also mitunter das Glück des Individuums ab.

Zu guter Letzt ist die *Empirie* ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Utilitarismus. Er besagt, dass 'faktische Gegebenheiten und Messbarkeit bestimmter Phänomene' [49][vgl. S.40] das Ausschlaggebende sind bei der Beurteilung, nicht etwa Ideen und

Regeln.

Damit wird also zwar eindeutig, dass der Utilitarismus als solches von seinem Wesen her grundlegend unterschiedlich ist von der Deontologie, eine übertriebene Kontrastierung in bestimmten konkreten medizinethischen Fragestellungen ist trotz alledem wenig sinnvoll und zielführend. Es gilt zu bedenken, dass:

- Auch die Deontologie bestimmte Folgen seiner Handlung zu berücksichtigen hat (beispielsweise bei der Achtung der Selbstzweckformel geht eine Überlegung über mögliche Folgen mit ein). In gleicher Weise ist auch der Utilitarismus auf die Rückbesinnung auf die Relevanz bestimmter Freuden angewiesen.
- Nicht der Konflikt der Begründungstheorien, sondern letztendlich das unterschiedliche Menschenverständnis bewirkt die verschiedenartige Beurteilung medizinethischer Themen.
- Medizinethische Themen sind meist komplexerer und vielschichtigerer Natur.

[34] [35][vgl. S.43-44] [49][vgl. S.44-46]

2.1.3 Tugendethik

Neben der Pflichtenethik und dem Utilitarismus ist die Tugendethik als dritte wichtige normative Ethik anzuführen. Sie unterscheidet sich grundlegend von den anderen Zwei in mehrerlei Hinsicht:

- Die Ursprünge der Tugendethik liegen in der griechischen Antike. Platon und Aristoteles sind die zwei maßgeblichen Mitgestalter dieser Ethik. Damit ist sie deutlich älter als die bisher dargestellte Deontologie und der Utilitarismus .Im Laufe der Geschichte prägten weitere Denker - u.a. auch Thomas von Aquin - die Tugendethik, wodurch sie einen 'epochenübergreifenden' Charakter erhält.
- Die Tugendethik ist keine Sollensethik, welche direktive Vorschriften bezüglich einer Handlung macht. Sie ist vielmehr geprägt durch die ganzheitliche Philosophie ihrer Zeit und strebt nach *eudaimonia* - dem guten Leben.
- Tugenden charakterisieren den Handelnden selbst und sind sie bestimmend im Leben des Einzelnen, so sind seine Taten 'automatisch' tugendhaft.
- Nicht Regeln oder Prinzipien bestimmen das Handeln, vielmehr wird jede Situation konkret neu analysiert.

[49][vgl. S.47-50] [21]

Durch die vielen prägenden Denker ist die Tugendethik sehr vielschichtig, und zeigt jeweils andere Wege zum Erreichen des gelungenen Lebens auf. An dieser Stelle sollen lediglich die platonischen und aristotelischen Tugenden kurz skizziert werden und ihre

medizinethische Bedeutung erläutert werden ⁴.

Die Kardinaltugenden nach Platon sind eng verknüpft mit seinem Verständnis der menschlichen Seele, welche er als dreigeteilt ansieht.

- *sophia* - Die Tugend der Weisheit ist bezogen auf die Vernunft. Dieser Seelenteil beherrscht alle anderen, die Weisheit ist hierbei die Eigenschaft, das ganze Wohl beurteilen zu können.
- *andreia* - Die Tugend der Tapferkeit ist bezogen auf den Mut. Dieser Seelenteil ist essentiell, um das Gute auch gegen Widerstände anzustreben, sie ist jedoch der Weisheit untergeordnet, da sie durch seinen affektiven Charakter einer besonnen Kontrolle bedarf.
- *sophrosyne* - Die Tugend des Maßes ist bezogen auf die Begierde. Dieser Seelenteil ist unkontrolliert sprunghaft und emotionsbeladen und bedarf daher einer Einstellung, die 'über sich selbst steht'.
- *dikaiosyne* - Die Tugend der Gerechtigkeit ist schließlich auf die Seele als Ganzes bezogen und bringt die drei Seelenfunktionen in Einklang.

[49][vgl. S.51-54]

Ein direkter Bezug dieser *vier Kardinaltugenden* auf konkrete medizinethische Probleme ist durchaus schwierig. Doch platonische Überlegungen können auch bei klinisch-ethischen Problemfällen vorteilhaft sein, beispielsweise kann der einzelne Patient und seine möglicherweise sich widersprechenden Vorstellungen auf die verschiedenen Seelenteile nach Platon zurückgeführt werden und durch eine Reflexion von den korrespondierenden Tugenden her ein ganzheitlicheres, dadurch empathischeres Verständnis für den Patienten gewonnen werden [49][vgl. S.80].

Auch Aristoteles sieht die menschliche Seele geteilt, er unterscheidet jedoch nur die Denkseele und die Empfindungsseele. Dementsprechend unterscheidet er Verstandestugenden (zu denen auch bei ihm *sophia* gehört) sowie Charaktertugenden. Diese Charaktertugenden sind jeweils auf bestimmte Bereiche bezogen, hier sei eine unvollständige Auflistung gegeben:

- allgemein: Tapferkeit und Besonnenheit
- Umgang mit Mitmenschen: Aufrichtigkeit, Gewandtheit, Freundschaft
- Geld und Besitz: Großzügigkeit, Hochherzigkeit

[49][vgl. S.61] [21]

Wesentliches Charakteristikum ist bei den Charaktertugenden die Mesethos-Lehre, nach der weder zu viel noch zu wenig einer Tugend zielführend sind, es sollte vielmehr ein gutes Mittelmaß angestrebt werden [49][vgl. S.63-64].

⁴Zur weiterführenden Lektüre s. [49][vgl. S.47-82]

Nicht nur die aristotelische Sicht des Mesethos ist gut anwendbar in der Medizinethik⁵, sondern auch die aristotelische Methode der Beurteilung einer konkreten Situation. Diese besteht aus drei Schritten:

1. Auflistung der 'endoxa', der Meinungen und Ansichten, welche von Weisen oder von der Mehrheit geteilt werden.
2. Auflistung der unklaren Gegebenheiten, der Meinungsverschiedenheiten oder der Ansichten mit mangelnder vollständiger Erkenntnis.
3. Lösung des Problems durch Neubegründung der 'endoxa', also Herausarbeitung der relevanten 'endoxa' und Erarbeitung der Gründe für die unklaren Gegebenheiten.

[5]

Bei dieser Herangehensweise an ein ethisches Problem ist die Reflexion direkt auf die Ausgangslage bezogen und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung, ohne die 'endoxa' aufzugeben. Eine weitere aristotelische Tugend, die 'phronesis' sollte hierbei das gleichmäßige, besonnene und der 'sophia' entsprechende Gleichgewicht ermöglichen [44]⁶.

Insgesamt bleibt die Schwäche der Tugendethik ihr etwas vager Charakter, denn die Vermeidung konkreter Prinzipien und Handlungsanweisungen lässt einen großen Handlungsspielraum und kann bis hin zum Zirkelschluss führen bei ethischen Überlegungen. (Wenn ein tugendhafter Mensch tugendhaft handelt, dann macht ihn sein tugendhaftes Handeln zum tugendhaften Menschen.) [49] [6].

Nichtsdestotrotz gehört gerade die ganzheitliche Betrachtungsweise des menschlichen Daseins gerade auch in der Situation der Krankheit dazu, was nur die Tugendethik bietet von den klassischen normativen Ethiken [49][vgl. S.80].

2.2 Prinzipienethik

2.2.1 Einführung in die Prinzipienethik

Die im klinischen Alltag auftauchenden ethischen Problemstellungen stellen durchaus eine große Herausforderung an die beteiligten Parteien, da sehr verschiedene Interessen, Welt- und Menschenbilder miteinander in Einklang gebracht werden müssen, was oft als schier unlösbares Problem erscheint [62]. Die oben sehr kurz skizzierten normativen Ethiken sind einzeln in sich geschlossene Denksysteme, die bei kompromissloser

⁵Bei dem Umgang mit dem Patienten beispielsweise ist ein Mittelmaß an Freundlichkeit unerlässlich, ein Übermaß wäre für die Situation unangemessen, während zu wenig dieser Tugend deutliche negative Auswirkungen hätte.

⁶Der Begriff erfreut sich in der neueren medizinethischen Literatur großer Beliebtheit, für genauere Überlegungen s. [44]

Anwendung zu weiteren Konflikten führen können, da sie zumeist zu 'intuitiv fragwürdigen Konsequenzen führen, sodass eine durchgehende Anwendung bei keiner von ihnen plausibel erscheint' [62].

Aus diesem Grund entwickelten Beauchamp und Childress in ihrem Werk *Principles of biomedical ethics* [9] ein Modell, welches vier Grundprinzipien als gemeinsame Grundlage ethischen Handelns in der Medizin erschaffen soll. Nichtschaden, Wohltun, Patientenautonomie und Gerechtigkeit sind diese vier '*Prinzipien mittlerer Ebene*', welche als Leitfaden dienen. Die mittlere Ebene soll dabei einen Kompromiss ermöglichen, bei der keine grundsätzlichen präskriptiven Theorien für alle angewendet werden müssen, aber trotzdem eine gemeinsame 'Verhandlungsbasis' besteht und keine situativ-pragmatische Entscheidung getroffen wird. Diese Prinzipien besitzen ihre Grundlage in der sogenannten '*common morality*', werden daher also weitgehend in unserer Gesellschaft akzeptiert und können nachvollzogen werden.

Die Prinzipienethik verbreitete sich rasch in der Welt der Medizinethik und gilt heute als Goldstandard. Sie scheint einfach in der Anwendung, verständlich und doch gibt sie keine trivialen Antworten. In vielen Fällen stehen Prinzipien im Konflikt miteinander [33] und müssen abgewogen werden, was eine verstärkte Reflexion der ethisch relevanten Punkte ermöglichen, jedoch auch eine Hürde sein kann. Insgesamt bietet die Prinzipienethik gerade auch für Mitarbeiter an Kliniken, die in der Philosophie weniger bewandelt sind, eine schnelle Orientierung und lenkt den Fokus auf die Kernprobleme des Patienten [62].

Im Folgenden sollen die vier Prinzipien *Nichtschaden*, *Wohltun*, *Patientenautonomie* und *Gerechtigkeit* näher erläutert werden.

2.2.2 Die vier Prinzipien der Bioethik

Nichtschaden - 'Primum non nocere' gilt im medizinischen Ethos von jeher an als Grundpfeiler. Doch bei aller Plausibilität dieses Prinzips - es leuchtet jedem ein, dass ein Arzt, an den man sich hilfesuchend wendet, keinen Schaden zufügen soll - ist sie doch keinesfalls eine triviale und kompromisslos akzeptierbare Unterlassungspflicht⁷. Es stellen sich durchaus Fragen:

- Was genau definiert einen verursachten Schaden?
- Ist im Falle eines möglichst großen Nutzens ein geringer Schaden vertretbar?

Zur Beantwortung der ersten Frage gibt es mehrere Ansätze. Der amerikanische Bioethiker Eric Meslin beispielsweise unterscheidet zwischen *objektivem* und *subjektivem* Schaden. Objektiver Schaden wäre demnach eine Beeinträchtigung der körperlichen

⁷Nach der Definition von positiven und negativen Pflichten nach Kant [49][vgl. S.30-31] ist das Nichtschaden eine Unterlassungspflicht. Sie beruht auf dem Grundgedanken der Selbstzweckhaftigkeit eines jeden Individuums, welches beim Zufügen von jeglichem Schaden missachtet wird.

Funktion, eine Verletzung oder die Missachtung von Interessen. Subjektiver Schaden hingegen wären Schmerzen, Nichterfüllung einer Präferenz, sowie sittlicher Schaden [51]. Aus dieser Definition geht schon eindeutig hervor, dass das *Nichtschaden* im Bereich praktisch-klinischer Medizin nicht kompromisslos sein kann, da doch viele Behandlungen zunächst beispielsweise zu Verletzungen führen können (z.B. bei Operationen jeglicher Art). Kantianisch betrachtet wäre Schaden in diesem Fall jedoch trotzdem vertretbar, weil es nicht Zweck der Handlung, sondern lediglich Nebenprodukt ist [49][vgl. S.123-124]. Für eine gute Entscheidungsfindung ist es daher essentiell, dass das Prinzip des Nichtschadens zwar hochgeachtet wird, jedoch zugleich einem differenzierteren Blick unterzogen wird aufgrund der ihr gleichgestellten weiteren drei Prinzipien. Entgegen dem Ur-Medizinethos also steht sie nicht immer und unter allen Umständen an erster Stelle, jedes Argument, welches sich auf sie beruft, muss wohl überlegt sein [26] [49][vgl. S.124].

Wohltun, in einigen Quellen auch *Fürsorge* oder *Benefizienz* geht einen Schritt weiter als das Prinzip des Nichtschadens und stellt nicht nur die Anforderung schlechtes zu unterlassen, sondern verlangt als positive Pflicht das Einleiten von Handlungen, die dem Wohl des Patienten dienen. Dadurch grenzt sich dieses Prinzip klar von dem des Nichtschadens ab. Beauchamp und Childress definieren sie über die folgenden drei Handlungskonsequenzen, die aus der Fürsorge hervorgehen:

- Man soll Übel und Schaden verhindern.
- Man soll Übel und Schaden beseitigen.
- Man soll Gutes tun und Gutes fördern.

[49][vgl. S.127] [9]

Diese Hilfspflicht ist jedoch keineswegs eine imperative - also dringlich zu befolgende - Pflicht. Sie ist als positive Pflicht eine Tugendpflicht, die zwar geboten ist, jedoch eine geringere Bindungskraft aufweist. Sie wird nur unter bestimmten Umständen zu einer imperativen Hilfspflicht [49][vgl. S.128] [9].⁸

Die *Patientenautonomie* ist das Prinzip, welches vielleicht am Öftesten diskutiert und zugleich missverstanden wird, denn sie lässt sich je nach Kontext anders bewerten. Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, gilt sie als '*Errungenschaft moderner Medizinethik*' [68][vgl. S.14-17] und war im Gegensatz zu den vorigen zwei Pflichten historisch nicht Teil des medizinischen Ethos [49][vgl. S.86-101]. Die Änderung des Menschenbildes der Moderne, welche nun jedes Individuum als aktiven Gestalter und Mitbestimmer über sein Leben sieht, führte dazu, dass der Patient nun auch als mündiger Partner des Arztes gesehen werden wollte [68][vgl. S.14].

⁸Beauchamp und Childress nennen hierbei fünf Kriterien, die eine geplante Handlung charakterisieren müssen. Diese beinhalten im Wesentlichen, dass die Handlung einerseits Schaden verhindern kann, welches unmittelbar große Auswirkungen auf den Betroffenen hätte, sowie dass der Handelnde selbst keinen Schaden erleidet bei dem Ausführen der Handlung [9].

Gerade dieses Prinzip lässt sich jedoch je nach normativer Anschauungsweise mit sehr unterschiedlichen Inhalten füllen. Demnach wäre aus der utilitaristischen Sicht Mills heraus die Autonomie des Patienten aus der Freiheit eines jeden Menschen heraus begründet, so zu leben, wie es seiner Weltanschauung entspricht, so lange er dabei keinem Dritten Schaden zufügt. Gerade in der heutigen Zeit, wo es mannigfaltige Unterschiede gibt in der Lebensweise und Lebensauffassung einzelner Individuen, ist durch die Autonomie jedem der Freiraum gegeben, diese zu leben [49][vgl. S.165-170] [52]. Zugleich ist für einen Kantianer der Mensch ein autonomes Wesen, weil er seiner Selbstgesetzlichkeit unterliegt und niemals Zweck sein darf, sondern Selbstzweck ist. Kant stellt jedoch zugleich auch die Erwartung gegenüber dem autonomen Individuum nicht rein sinnlich aus seinen Wünschen heraus zu handeln, sondern sich selbst gemäß dem kategorischen Imperativ Gesetze zu geben [49][vgl. S.144-145] [42] [43]⁹. Die Autonomie stellt demnach eine 'Grundverfasstheit des Menschen' [10] dar.

Die Wertvorstellungen von Beauchamp und Childress begründen sich aus der 'common morality' [9]. Da beide Autoren im angelsächsischen Kulturkreis verankert sind in ihrer Denkweise, ist die verstärkte Betonung des Individualismus zu einem gewissen Anteil auch daher begründet. Viele deutsche und europäische Philosophen füllen den Begriff *Autonomie* anders und geben ihm auch einen anderen Schwerpunkt [72].

Das letzte der vier Prinzipien der Bioethik ist schließlich die *Gerechtigkeit*. Gerade angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin, wo die Einteilung und Rationierung von Ressourcen nicht mehr nur eine Option zur Optimierung der Versorgung ist, sondern schier unerlässlich [49][vgl. S.311-320] [68][vgl. S.177-187], bekommt dieses Prinzip eine neue Perspektive. Während bereits ein Kleinkind früh genug erkennt, wenn ihm Unrecht geschieht, ist jedoch die Kehrseite, wann denn eine Lage oder eine Handlung gerecht ist, deutlich schwerer zu beurteilen. Hierzu gibt es in der Philosophie verschiedene Modelle:

- Gleichheitsmodell-Egalitarismus
- Freiheitsmodell-Liberalismus
- Effizienzmodell
- Fairnessmodell

Gemäß dem Gleichheitsmodell ist das Maß der Erfüllung der Gerechtigkeit die gleiche Behandlung von Gleichem. Dem setzt das Freiheitsmodell hingegen entgegen, dass das Maximum der Wahlfreiheit am ehesten dem Individuum gerecht wird. Am ehesten ökonomisch ist das Effizienzmodell, welches ein gutes Verhältnis zwischen investiertem Aufwand und erzieltm Benefit anstrebt. Das Fairnessmodell setzt die Bedürftigkeit des

⁹Für weiterführende Überlegungen zur Autonomie im kantianischen Sinne ('autonomy of will is the property the will has of being a law to itself') und dem modernen Verständnis von Autonomie als Selbstbestimmung ('self-control, self-direction, or self-governance') vgl. [69]

Einzelnen als höchstes Maß an [64] [63]. Alle vier Modelle fußen dabei unweigerlich auf weiteren ethischen Überzeugungen und machen dadurch die Beurteilung der Gerechtigkeitsfrage im Einzelnen schwierig.

Dieser kurze Überblick über die Prinzipien zeigt schon sehr deutlich, wie schwer doch die richtige Beurteilung von Einzelsituationen sein kann bei Verwendung dieser vier Grundleitlinien. Wie die sehr allgemeinen Prinzipien im Einzelfall abgewogen werden können und 'spezifiziert' sind, soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

2.2.3 Spezifizierung der Prinzipien und Reflexionsgleichgewicht

Der kurze Streifzug durch die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress zeigt bereits, dass im Einzelfall diese Prinzipien sich eventuell sogar widersprechen können und intuitiv zunächst unterschiedliche Lösungsansätze liefern würden. Gerade das Prinzip der Fürsorge wird oft als Gegenpol der Autonomie (miss)verstanden [49][vgl. S.151-165].

Um solchen Dilemmata möglichst adäquat zu begegnen bilden daher nicht nur die vier Prinzipien als eigenständige Richtlinien die Prinzipienethik, diese ist vielmehr charakterisiert durch das Zusammenspiel aller vier [62] [33].

Hierbei spielen zwei Aspekte eine wichtige Rolle, die *Spezifizierung* der Prinzipien im Einzelfall sowie das *Überlegungsgleichgewicht*. Beide sind Teil der sogenannten *angewandten Ethik*, bei der theoretische Grundlagen, wie sie ja auch die Prinzipien sind, auf konkrete Fälle angewendet werden [65].

Wie bereits erwähnt, lassen sich die Prinzipien je nach normativem Schwerpunkt mit unterschiedlichen Inhalten füllen, vgl. hierzu Kapitel 2.2.2. Um trotzdem im Einzelfall eine ethisch korrekte Entscheidung treffen zu können, müssen die allgemein gehaltenen Handlungsregeln spezifiziert werden. Dieser Begriff deckt im Wesentlichen eine 'beschränkte Veränderung' der zugrundeliegenden Verpflichtung. Diese Modifikation darf jedoch nicht beliebig ausgeführt werden, sondern muss einige Bedingungen erfüllen:

- Es sollen neue Aspekte des Prinzips aufgedeckt, derer man sich zunächst nicht bewusst ist und erst durch Reflexion dorthin gelangt.
- Die Basis der Spezifikation bleibt unübersehlich das Prinzip selbst.

[65]

Die Spezifizierung erfolgt hierbei streng rational und darf nicht 'rein intuitiv' erfolgen, da dies grundsätzlich zu einer Moralisierung der Fragestellung führen würde und die ethische Reflexion in den Hintergrund treten lässt. Der grundsätzlich neue Aspekt ist hierbei, dass das spezifizierte Prinzip auf den Einzelfall bezogen bleibt und daher keinen *absoluten Anspruch* erheben darf [65] [33].

Neben dieser Spezifizierung ist zum optimalen Zusammenspiel der vier Prinzipien im Einzelfall eine *Graduierung* dieser vorzunehmen. Als *Prima facie* Verpflichtungen stehen

sie zwar nebeneinander und können grundsätzlich nicht unterschiedlich stark bewertet werden, im Einzelfall kann jedoch genau eine solche Abwägung unweigerlich von Nöten sein [33].

Um in einem Einzelfall eine der 'prima facie' Normen gegenüber einer anderen in den Hintergrund stellen zu dürfen, stellen Beauchamp und Childress strenge Kriterien:

- Die Gründe, die für die favorisierte Norm sprechen, sind besser als die der (teil)verletzten Norm.
- Das moralische Ziel wird vermutlich erreicht.
- Es gibt keine alternativen Handlungen.
- Die Handlung ist die kleinste mögliche Normverletzung, die die Situation erlaubt.
- Der Handelnde selbst hat nicht die Intention zum Normbruch und hält diese so klein wie möglich.

[9]

Wie dies im Einzelfall von statten gehen soll, wird auch durch unterschiedliche Ansätze beschrieben ¹⁰.

Diese Reflexion zieht auch das *Überlegungsgleichgewicht nach Rawls* mit ein. Diese möchte auftretenden moralische Urteile im Zuge eines Reflexionsprozesses möglichst zu einem kohärenten Ergebnis vereinen [64] [63]. Ein wichtiger Kerngedanke hierbei ist auch das Akzeptieren der Tatsache, dass konkrete ethische Probleme nicht durch einfaches 'Anwenden' bestimmter theoretischer Grundgerüste lösbar sind, sondern ein weites Überlegungsgleichgewicht fordern, bei der einzelne Aspekte des Falls mitberücksichtigt werden [19] [15].

2.2.4 Kritiken an Prinzipienethik - Grenzen der Anwendung

Die weitgehende Anerkennung, die der Prinzipienethik in bioethischen Diskussionen geschenkt wird, ist jedoch bei Weitem kein absoluter Konsens. Gerade von normativen Ethikern wird die Prinzipienethik häufig angegriffen und kritisch beleuchtet, aber auch kasuistische Ethiker zeigen Bedenken gegenüber verschiedenen Aspekten dieses Modells [62].

Dieses '*intellektuelle Kriegsgebiet*' zwischen Vertretern der 'Top-down' deduktiven Ansätze, der Prinzipienethiker sowie der 'Bottom-up' Verfechter [19] soll im Folgenden kurz skizziert werden, um somit auf die Schwächen der Prinzipienethik einzugehen.

Bereits die obige Darstellung machte den grundsätzlich 'andersartigen' Charakter der Prinzipienethik gegenüber normativen Ethiken deutlich. Es zeigte sich auch, dass je nach normativem Standpunkt eines einzelnen Individuums bestimmte Prinzipien sich

¹⁰Diese sind im Einzelnen hierarchisierende, abwägende sowie die Gemeinsamkeiten betonende Ansätze. Zur genaueren Darstellung vgl. [33].

mit unterschiedlichen Inhalten füllen lassen (vgl. hierzu v.a. die Überlegungen zur Patientenautonomie). Genau aus diesen Gründen führen normative Ethiker mehrere Kritikpunkte an, die sich im Großen zusammenfassen lassen:

- Mangel an theoretischen Begründungen und Hintergründen, daher freie Interpretation der unspezifizierten Prinzipien möglich;
- Spezifizierung verleiht Prinzipien erst normativ-verpflichtenden Charakter;
- Empirische Betrachtungsweise der ethischen Reflexion, Prinzipien werden lediglich als Werkzeuge, nicht als wahre Normen behandelt;
- Keine eindeutige Definition der 'common morality', welche gesellschafts- und kulturübergreifend geltend sein soll und die Grundlage der Prinzipien ist.

[16] [73]

All diese Kritikpunkte der Anhänger von 'Top-down' Ansätzen zielen also auf die mangelnde Deduktivität der Prinzipien ab. Durch den Charakter der Prinzipien ein Konsens auf 'mittlerer Ebene' anzupeilen, kann diese Ethik normativen Gesichtspunkten gar nicht gerecht werden, lässt sich mit ihnen aber durchaus vereinbaren [15].

Einen vollständig anderen Ansatz zur Lösung ethischer Probleme verfolgen Kasuisten. An dieser Stelle soll keine detaillierte Darstellung dieser sehr umfangreichen Thematik folgen, es soll nur grob die kasuistische Analyse dargestellt werden.

Kasuisten konzentrieren sich bei der ethischen Bewertung eines Falls hauptsächlich auf den *individuellen Fall* selbst und sind dabei nicht bestrebt allgemein gültige Regeln zu erforschen. Die Analyse erfordert dabei im Wesentlichen folgende Schritte

- Benennung der Themen, welche im konkreten Fall relevant sind, im Falle klinischer Medizin medizinische Indikation, Patientenwünsche, Lebensqualität und kontextuelle Merkmale;
- Beschreibung und Bewertung der gegebenen Umstände des Falls, daraus Ableitung von Argumenten für oder gegen eine jeweilige Handlung;
- Vergleich mit anderen Fällen und dadurch differenziertere Analyse.

[38]

Kasuisten sehen daher sich auch nicht zwangsläufig als Konkurrenten der Prinzipienethik, vielmehr als Ergänzung zu ihr, da die fallspezifische Reflexion und vor allem der Vergleich argumentativer Muster aus ähnlichen Fällen einen zusätzlichen Aspekt verleiht [38]. Gerade das Instrument der Spezifizierung sowie der Prinzipienbegriff als solches wird als weniger praktikabel angesehen von kasuistischer Seite her [75][76].

2.3 Medizinethische Analyse

Es gibt viele verschiedene Ansätze für eine systematische Analyse eines ethischen Problems, je nach normativem Ansatz kann diese sehr unterschiedlich ausfallen, bei den einzelnen Ethiktheorien wurden die jeweiligen Schritte erläutert. Im Folgenden soll ein von der Autorin konstruierter Fall beispielhaft durchgearbeitet werden anhand des Ansatzes, den Jan Beckmann in seinen Werken darstellt [10] [11]. Der Fall soll hierbei, wie auch in der Fallberatung üblich (s. Kapitel 3) in erster Linie die Prinzipienethik zum Tragen kommen lassen.¹¹ Es soll jedoch gerade durch die beispielhafte Analyse klar werden, dass häufig ein Rückgriff auf andere normative Ethiktheorien unumgänglich ist.

*Ein alter, multimorbider Patient liegt nach einer Hüft-Operation auf der Intensivstation zur Überwachung und entwickelt bald Symptome einer beginnenden Sepsis. Die anfängliche Antibiose zeigt zunächst gute Wirkung, bald wird jedoch die Nierenfunktion des Patienten so schlecht, dass eine Dialyse-Therapie notwendig wäre. Die Pflegekräfte auf der Intensivstation haben zunehmend die Wahrnehmung, dass der Patient im Sterben liegt und eine derartige Therapie unnötig belastend wäre, die behandelnden Ärzte sehen sich jedoch in der Pflicht, die Therapie durchzuführen, da potenziell eine Heilung noch möglich ist. Der Patient ist nicht bei Bewusstsein, hat eine Patientenverfügung, welche jedoch keine Anweisungen für einen solchen Fall enthält, sondern lediglich besagt, dass keine unnötigen lebensverlängernden Maßnahmen erwünscht sind. Der mutmaßliche Wille ist nicht weiter evaluierbar, da der Patient keine lebenden Verwandten hat.*¹²

Die Prüfung der Handlungsoption *Behandlung mit Dialyse* aus ethischer Sicht erfolgt demnach in drei Schritten:

1. Prüfung der Zielsetzung der Handlungsoption;
2. Rechtfertigung der eingesetzten Mittel;
3. Prüfung der Folgen aus ethischer Sicht.

Die Analyse erfolgt in dieser Reihenfolge. Sobald der analysierte Aspekt ethisch nicht mehr legitim erscheint, muss die Handlungsoption als ethisch nicht vertretbar verworfen werden.

Die Zielsetzung der angestrebten Therapie ist hierbei eine möglichst gute medizinische Versorgung des Patienten. Dabei kommt das Prinzip des Wohltuns hauptsächlich zum Tragen, der Arzt sieht sich in der Pflicht die Therapie, die er anbieten kann, dem Patienten auch zu ermöglichen, weil er davon ausgeht, dass der Patient dadurch in eine

¹¹Durch den begrenzten Rahmen kann natürlich die jeweilige Analyse nicht so ausführlich ausfallen, wie es in einer Beratungssituation erwünschenswert wäre, dies soll lediglich einen Einblick gewähren in die verschiedenen Möglichkeiten der Beurteilung einer ethisch schwierigen Situation.

¹²Der Fall ist rein fiktiv und jegliche Ähnlichkeit zu einem konkreten Fall, sei es direkt aus dem klinischen Alltag oder aus der Literatur ist reiner Zufall.

bessere Situation kommt. Die generelle Zielsetzung ist also deontologisch gesehen vom 'guten Willen' geleitet und damit legitim. Würde zu diesem Zeitpunkt ein ökonomischer Druck vorliegen, möglichst viele Dialysen durchzuführen und würde der Arzt aus diesem Grund heraus handeln, wäre die Zielsetzung auch schon anzuzweifeln und damit auch die ethische Vertretbarkeit der Handlungsoption.

Das eingesetzte Mittel, die Dialyse, eine invasive Therapie, ist bereits etwas schwieriger zu beurteilen, vor allem, da die sonst bei jeder medizinischen Behandlung notwendige Zustimmung des Patienten nicht eindeutig gegeben ist. Vor allem angesichts der Prinzipien des Nichtschadens und der Patientenautonomie ist die Option kritisch zu sehen. Sie kann legitimiert werden, wenn man gemäß der Prinzipienethik abwägt und sagt, dass der Schaden, welcher durch die invasive Therapie möglicherweise entsteht, deutlich kleiner ist als der beabsichtigte Nutzen, welcher durch das Prinzip des Wohltuns begründet wird. In diesem Punkt ist eine intensive Reflexion der medizinischen Indikation also unumgänglich zur ethischen Beurteilung.¹³ Wird die medizinische Indikation als gegeben gesehen und dadurch bei der Abwägung der gegebenen Verletzung des Nichtschadens als vertretbar betrachtet, bleibt noch die Frage der Patientenautonomie. Hier kann so argumentiert werden, dass der Patient im Moment der Entscheidung zwar autonom ist, aber nicht autonom handeln kann. Da die Maßnahme seine Autonomie wiederherstellen möchte, ist sie vorerst legitim.

Die Folgen des Eingriffs sind schließlich wieder zuerst fachlich einzuschätzen. Ist die Wahrscheinlichkeit einer Genesung des Patienten hoch und negative Folgen eher wenig zu erwarten, so sind die Folgen auch aus ethischer Hinsicht legitim, da sie dem Wohl des Patienten dienen. Aus Sicht der Pflegenden wäre die Folge der Behandlung lediglich eine Verlängerung des Sterbeprozesses, was bei der gegebenen Patientenverfügung, welche als Deklaration der Patientenautonomie betrachtet werden muss, illegitim ist. Sollte die medizinische Indikation unklar sein, so ist es zuerst legitim die Behandlung zu beginnen, und abzuwarten, ob eine genauere Einschätzung der Lage danach möglich ist und dementsprechend gehandelt werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neben dem Abwägen der Prinzipien Wohltun, Patientenautonomie und Nichtschaden¹⁴ auch normative Gedanken, wie der Frage nach dem 'guten Willen' von Bedeutung waren. Auch ließe sich der kategorische Imperativ verwenden, indem man bedenkt, dass man es durchaus als allgemeines Gesetz setzen könnte, im Fall einer möglichen Verbesserung der Lage des Patienten, die Möglichkeiten

¹³Es wird auch deutlich an diesem Punkt, dass die Medizinethik als angewandte Ethik nie ganz losgelöst werden kann aus seinem fachlichen Kontext, eine rein ethisch-normative Beurteilung ist unmöglich ohne fachliche Hintergründe.

¹⁴Das Prinzip der Gerechtigkeit spielte bei gegebenem Fall zunächst keine Rolle. Bei eingeschränkten Ressourcen des Gesundheitssystems und dadurch Auswirkungen der Handlungsoption auf weitere Patienten wäre sie auf jeden Fall mit zu berücksichtigen gewesen.

zunächst auszuschöpfen. Klar wird aber auch, dass die Analyse nur vom Individualfall ausgehend erfolgen kann und eine gewisse medizinisch-fachliche Kompetenz auch erfordert.

Kapitel 3

Fallberatungen als Instrument zur Lösung ethischer Probleme im Klinikalltag

3.1 Ethische Probleme im klinischen Alltag

In den vorangestellten Kapiteln wurde bereits ein kurzer Überblick über mögliche ethische Ansätze bei der Reflexion und Diskussion ethischer Fragen in der Medizinethik gegeben. Wie sollte jedoch die Umsetzung der doch theoretisch anmutenden Überlegungen in der klinischen Praxis ganz konkret aussehen?

Mehrere Studien zeigten bereits, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen - sowohl Pflegekräfte als auch Ärzte - in ihrer alltäglichen Praxis mit ethischen Problemen konfrontiert sind. Eine der neuesten Untersuchungen in diesem Bereich [46] zeigte hierbei unter Befragung von 351 Pflegekräften und 128 Ärzten, dass diese alle ethische Grenzfälle erleben, ihre jeweilige Reaktion ist aber abhängig von der jeweiligen ethischen Vorbildung. Die Studie schließt daraus, dass eine ethische Fallberatung zusammen mit einer kontinuierlichen ethischen Fortbildung eine gute Unterstützung für die medizinischen Fachkräfte bieten könnte.

Die Pflicht, das Beste für den Patienten zu tun ist Gegenstand vieler Diskussionen, die doch alle zum Ziel haben, 'unter den gegebenen Umständen das Beste zu tun', sprich allgemeine Leitlinien und medizinische Indikationen auf den individuellen Patienten anzupassen. [17]. Der Weg zu dieser 'besten Lösung' ist ethisch gerade in Situationen, in denen die Prinzipienethik beispielsweise nicht eindeutig erscheint, da sich grundlegend Autonomie und Fürsorge im Weg stehen - zumindest auf den ersten Blick - [49][vgl. S.151ff.] durchaus schwierig. Dies bedarf in solchen Fällen einer genaueren Analyse, die eine ethische Beratung vornehmen kann.

Im folgenden Kapitel soll zuerst beispielhaft die Therapiebegrenzung als ethisches

Problem am Lebensende erläutert werden, im Anschluss die Rolle des Behandlungsteams in ethischen Konfliktsituationen aufgezeigt werden. Kernziel dieses Kapitels ist es die Aufgaben und Zielsetzungen der Fallberatung darzustellen. Als Abschluss wird kurz das Klinische Ethikkomitee der Universitätsklinik Regensburg vorgestellt, welche in dieser Studie untersucht wurde.

3.1.1 Entscheidungen am Lebensende - Therapiebegrenzung

Ein sehr wichtiger klinisch-ethischer Aspekt ist die Therapie am Ende des Lebens. Zumeist erfolgt im palliativen Ansatz eine Symptomlinderung, oft wird auch auf medizinische Maßnahmen verzichtet. Ärzte sind außerdem konfrontiert mit dem Wunsch einiger Patienten zur ärztlichen Hilfe beim Suizid¹. Mehr als der Hälfte der Todesfälle in Europa [79] geht eine Entscheidung für oder gegen lebensverlängernde Maßnahmen voraus. Damit stehen ebendiese Therapieentscheidungen am Lebensende, die Behandlung sterbender und sehr schwer Kranker also, 'im Spannungsfeld von medizinischer Indikation, ethischen Fragestellungen und rechtlichen Vorgaben' [56]. In diesem Spannungsfeld treffen Ärzte ihre Entscheidungen über den weiteren Verlauf oft in Eigenregie, sie sind die Akteure, die den Verlauf einer Behandlung am Lebensende maßgeblich bestimmen [67] [77]. Was sind jedoch die ethischen Fragen, die diesbezüglich auftauchen?

Zunächst muss bestimmt werden, was die primären Ziele der Behandlung sind. Hierbei definierte der Beschluss der International Conference in Critical Care in Brussel noch im Jahre 2004 die Konzentration auf '*cure, care and comfort*' [2] in der Behandlung sterbender Patienten. Diese sollten *gleichwertige Elemente* in einer ganzheitlichen Behandlung des Patienten sein, dessen *physisches, psychisches und spirituelles Leid* gestillt werden sollte. Sehr wichtig hierbei ist auch der Grundsatz, welcher von der Bundesärztekammer im Frühling 2011 formuliert wurde [13]. Dieses besagt, dass die grundsätzliche Verpflichtung des Arztes, Leben zu erhalten, nicht unter allen Umständen gelte. Dementsprechend muss unter Berücksichtigung der 'patientenbezogenen, individuellen Faktoren' ein *kuratives* oder *palliatives* Therapieziel formuliert werden [3].

Einzelne Entscheidungen über bestimmte Behandlungen müssten nach der Feststellung des zugrunde liegenden Therapieziels zuallererst die *medizinische Indikation* berücksichtigen, welches bereits seit Jahrtausenden im fachlichen Ethos der Heilberufe enthalten ist [56]. Eine Maßnahme kann grundsätzlich indiziert, zweifelhaft, nicht indiziert oder kontraindiziert sein. Diese Einschätzung ist generell fachlicher Natur, zuerst auf evidenzbasierter Ebene (generell Behandlung sinnvoll und erfolgversprechend bei

¹vgl. die Querschnittsstudie [67]. Hier wurden 734 Ärzte aus fünf Landesärztekammern befragt, hierbei ergab sich, dass 80,6 Prozent der Befragten eine Symptomlinderung vornahmen, 50,7 Prozent auf bestimmte medizinische Maßnahmen am Lebensende bewusst verzichteten und 20,7 Prozent um Hilfe bei ärztlich assistiertem Suizid gebeten wurden

der vorliegenden Krankheit/Symptom) und schließlich auf der individuellen Ebene des einzelnen Patienten [3].

Ist diese Indikation gegeben, ist entsprechend der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress (vgl. Kapitel 2.2) die Autonomie des Patienten zu berücksichtigen, demnach sein Willen zu ermitteln. Ist der Patient einwilligungsfähig, muss durch 'shared decision making' [79]² eine Entscheidung getroffen werden. Besteht hier ein Dissens zwischen Patientenwillen und ärztlichem Ethos - wie dies zum Beispiel bei der Bitte um aktive Sterbehilfe der Fall sein kann - so ist selbst in einem solchen Fall eine genaue ethische Reflexion erforderlich.³ Die Gratwanderung zwischen der Praxis eines unter Umständen vertretbaren 'schwachen Paternalismus' und dem gleichzeitigen Respekt vor der Autonomie des Einzelnen erfordert eine sehr genaue Auseinandersetzung mit dem Patienten und seiner Krankheitsgeschichte. [49][vgl. S.156-164]

Noch schwieriger verhält es sich jedoch bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Auch hier muss nach Möglichkeit auf den 'mutmaßlichen Willen' des Patienten geschlossen werden. Eine vorliegende Patientenverfügung gilt hierbei als rechtlich verpflichtend. [14] Weitere Schwierigkeiten ergeben sich jedoch im Fall, wenn so eine Erklärung nicht vorliegt. Hier muss ein rechtlicher Vertreter - falls vorhanden - dem Willen des Patienten entsprechend entscheiden. Ein Konflikt zwischen den Angehörigen, die oft auch keine genauen Vorstellungen über den mutmaßlichen Willen haben, und dem Behandlungsteam, stellt leider keine Seltenheit dar, vgl. [57], [18]. Fehlt auch ein solcher Vertreter, muss schließlich wieder der Arzt 'zum Wohl des Patienten' entscheiden [79]. Hiermit wird dem behandelnden Arzt bzw. dem behandelnden Team von rechtlicher Seite in solchen Fällen eine große Freiheit gegeben⁴, welche jedoch eine enorme Belastung darstellen kann, zumal eine 'abwägende Reflexion des technisch machbaren mit dem medizinisch und ethisch sinnvollen' [56] oft nicht genügend praktiziert wird.

Die Entscheidung für eine Begrenzung von Therapien am Lebensende ist damit ein emotional geladenes, rechtlich und ethisch schwieriges Feld, in der die Kommunikation häufig in die schiefe Bahn geraten kann. Sie erfordert von dem Behandlungsteam nicht nur die fachliche Kompetenz, die durch die vermehrte Technisierung auch ein hohes Niveau zeigt, sondern vor allem eine *empathische* und *ethische* Entscheidungsfindung.

²Grundlage dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient ist eine Kommunikation auf Augenhöhe, welche vor allem in der modernen Medizinethik eine Schlüsselrolle einnimmt, da sie den Patienten als gleichwertigen Partner betrachtet, vgl. hierzu [49][vgl. S.143 und S.163-168]

³Es sei zusätzlich natürlich auf die juristischen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Gesellschaft hingewiesen, in Deutschland ist die aktive Sterbehilfe verboten, auf weitere juristische Details verzichten wir an dieser Stelle und verweisen auf einschlägige Literatur.

⁴Auch die Angst vor juristischen Konsequenzen ist aufgrund mangelnder Kenntnisse in diesem Bereich oft ein Problem, welches eine ethische Entscheidungsfindung erschwert und zu der Durchführung selbst *nicht indizierter* Maximaltherapien führt in der Praxis, vgl. [57].

3.1.2 Empathie als Kernkompetenz in Behandlungssituationen

Es ist in dem historischen Selbstverständnis des Arztes verankert, dass er als 'Heiler' seinem Patienten beisteht und ihm nicht nur sozusagen 'technische' Hilfe gibt. [49][vgl. S.111f] Dieses 'Begleiten' durch den Arzt, beziehungsweise durch das Behandlungsteam ist eine oft missachtete Kernkompetenz, welche im alltäglichen Sprachgebrauch als Empathie bezeichnet wird.

Während es wohl kaum einen Studiengang gibt, den ein so großer Teil der Studierenden aus altruistischen Motiven heraus beginnt, muss man bei den praktizierenden MedizinerInnen leider des Öfteren feststellen, dass sie nur wenig mit ihren Patienten mitfühlen [36]. Das Studium scheint empathische Kompetenzen gerade zu verringern anstatt sie zu mehren⁵. Dabei ist Empathie streng zu trennen von Mitgefühl, welches zwar auch in vielen Situationen angemessen sein kann, jedoch ein grundsätzlich anderes Verständnis vom Patienten hat. Empathie besagt ein ganzheitliches, inneres Begreifen und Mittragen der Lage des Patienten [24]. Gerade diese Herangehensweise wird jedoch von medizinischen Kreisen häufig kritisiert, da eine angemessene professionelle Distanz als wichtig angenommen wird [36] [24]. Dabei häufen sich nicht nur die Studien, die vom Bedürfnis der Patienten nach empathischem Umgang im Gesundheitswesen berichten (vgl. [29] und [61]), sondern auch die Untersuchungen, die eine größere Zufriedenheit von empathischen Ärzten zeigen [45]. Um diesem für alle Beteiligten negativen Trend entgegenzuwirken, wäre also das Feilen an den emotional-empathischen Kompetenzen des Einzelnen unerlässlich [36].

3.1.3 Ganzheitliche Behandlung des Patienten - ethische Bildung im Gesundheitswesen

Um dem Patienten in der jeweiligen Behandlungssituation eine ganzheitliche Therapie zukommen zu lassen, welche ihn nicht nur auf sein körperliches Leiden beschränkt, ist vom jeweiligen behandelnden Arzt und dem gesamten Team eine 'humanistische Herangehensweise' gefordert [71]. Doch was genau versteckt sich hinter diesem Begriff?

Bereits beim sehr begrenzten, kleinen ethischen Feld der Therapiebegrenzung am Lebensende (vgl. Kapitel 3.1.1) wurde deutlich, dass eine Entscheidung neben der rein medizinischen Komponente zahlreiche Aspekte hat, die alle gleichermaßen berücksichtigt werden müssen. Hier wird dem Behandelnden, der schlussendlich Verantwortung trägt für die durchgeführten oder nicht durchgeführten Behandlungsmaßnahmen eine

⁵vgl. [70]. Es werden vor allem die unzureichende Beantwortung der grundsätzlichen menschlichen Fragen, die sich auch Medizinstudierende stellen müssen, sowie die modern-technisierte Herangehensweise der Schulmedizin verantwortlich gemacht für diese beobachtbare Tendenz zu weniger Empathie. Die Autorin schlägt eine psychologisch fundierte Ausbildung zur Empathiefähigkeit im Laufe des Studiums vor.

große Bürde auferlegt, er muss nicht nur abwägen und reflektieren, was es alles zu berücksichtigen gibt, er muss zugleich durch 'kritisches Hinterfragen' sein eigenes Denken und Handeln aus einer größeren Distanz heraus betrachten können. [71] ⁶ Die meisten diagnostischen Fehler und konsekutiv daraus folgenden Behandlungsfehler resultieren aus dem Fehlen dieser komplexen Entscheidungsfindungsfähigkeiten [30].

Dies ist mitunter ein Grund, warum Medizinstudenten im Laufe ihres Curriculums sich verstärkt mit ethischen Fragen befassen sollten. Das fallorientierte Ethik-Seminar ist laut ÄAppO Pflicht im klinischen Abschnitt des Studiums und soll unter anderem erkennen lassen, dass jede klinische Situationen einen ethischen Aspekt hat [27]. Allein das Bewusst-werden der Komplexität klinischer Behandlungssituationen ist ein großer Fortschritt in die Richtung einer ethisch fundierten Entscheidung. ⁷

Diese allgemeine ethische Bildung soll die Kernkompetenz *aller* Mitarbeiter im Gesundheitswesen stärken. Eine Möglichkeit zur besseren Orientierung in Entscheidungssituationen kann die Befolgung ethischer Leitlinien sein, welche zuvor von Klinischen Ethikkomitees erstellt worden sind für verschiedene Situationen vgl. Kapitel 3.2.1 [59] Im klinischen Alltag jedoch gestaltet es sich oftmals schwierig, vor allem aus Zeitnot und Handlungsdruck heraus, dem Ideal der ethisch reflektierten, kritisch selbsthinterfragenden und zugleich medizinisch bewandelten Arztes nachzukommen und die für den Patienten beste Entscheidung zu treffen. Die Idee einer ethischen Fallberatung entstammt dem Gedanken der Entlastung der Behandler selbst und soll im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

3.2 Die ethische Fallberatung

3.2.1 Ziele einer ethischen Fallberatung

Das Feld der Ethikberatung an Krankenhäusern ist in Deutschland ein durchaus heterogenes Gebiet, das sich immer noch im Entwicklungsstadium befindet. Es existieren viele Ansätze zur konkreten Verwirklichung der Ethikberatung ⁸, in den vergangenen Jahren haben sich jedoch bereits erste allgemein beachtete Standards etabliert. Diese beziehen sich auf:

⁶Die Stellungnahme zu '*Critical Thinking*' benennt fünf Elemente, die essentiell sind: Gedanken, Fähigkeiten, Charakterzüge, affektive Dimensionen und intellektuelle Standards. Die Fähigkeit kritisch zu denken kann durch sechs unterschiedliche Prozesse wiederum gestärkt werden: Lernen durch Erfahrung; Reflexion; fortgeschrittene Nachfrage-Technik, Computer-assistierte Instruktionen; Konzeptplanung und Fallbeispiele. [71]

⁷Grundlagen dieser Seminare bildet neben dem pragmatischen Gedanken, dass die Studierenden erkennen, dass sie selbstverantwortlich ethisch reflektieren müssen, der diskursethische Ansatz, welche eine offene Kommunikation fördert und die problemorientierte Verwirklichung, die die Verbindung medizinischen Wissens mit ethischer Reflexion darstellt [27].

⁸Diese verschiedenen Ansätze und Protokolle werden im Abschnitt 3.2.2 genauer erläutert.

Tabelle 3.1: Ziele einer klinischen Ethikberatung nach der AEM 2010

Allgemeine Ziele	Spezifische Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für ethische Fragestellungen • Vermittlung von medizin -und pflegeethischen Wissen • Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe bei ethischen Konflikten - im Einzelnen: strukturiertes Vorgehen, Verbesserung der Kommunikation, systematische Reflexion der ethischen Fragestellung • Lösungen erarbeiten bei unterschiedlich gefassten Werten und moralischen Vorstellungen einzelner Betroffenen

- Ausbildungsangebote für EthikberaterInnen, sowie Anweisungen für klinikinterne allgemeine ethische Fortbildungen
- Protokolle für Ethikberatungen
- Standards für ethische Leitlinien, welche in den einzelnen Häusern spezifiziert werden können.

[1]

Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. publizierte zusammenfassend diese Standards für Ethikberatungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2010. Hier werden allgemeine und spezifische Ziele für die Ethikberatungen festgelegt, vgl. Tabelle 3.1[1].

Insgesamt soll in individuellen Beratungen durch eine strukturierte Form ein allumfassender Blick auf die individuelle Konfliktlage gewonnen werden, allen Beteiligten ermöglicht werden, klar ihren Standpunkt zu erläutern in einem geschützten Rahmen, um eine Konsensentscheidung zu ermöglichen [1] [78].

3.2.2 Verschiedene Modelle der klinischen Fallberatung in Deutschland

In den vergangenen Jahren haben sich an zahlreichen Kliniken Ethikberatungen in verschiedenster Form etabliert, zur Zeit verfügen 74,9% aller deutschen Krankenhäuser über eine Form der Ethikkonsultation [7]. Insgesamt muss jedoch auch festgestellt werden, dass in der Regel größere Krankenhäuser, die auch Teil der Akutversorgungskette darstellen, eher über solche Gremien verfügen, als kleine kommunale Kliniken.⁹

Diese Ethikberatungen haben dabei sehr unterschiedliche Formen. Im Wesentlichen unterscheidet man Konsiliarmodelle und Fallbesprechungen unterschiedlicher Art. Beim Konsiliarmodell kann ethischer Rat in Form eines Konsils angefordert werden, das Kon-

⁹Dieses Phänomen erklärt sich vor allem durch den größeren Bedarf. Normativ stellen Konflikte auf Intensivstationen schwerwiegende Probleme dar, welche zuerst behandelt werden müssen [39]

sil spricht dann nach eingehender Untersuchung der jeweiligen ethischen Fragestellung eine Empfehlung aus. Dieses Modell wird hauptsächlich an kleineren Einrichtungen angeboten, da hier oft auch die Möglichkeiten für die Implementierung einer größeren Fallberatungsgruppe eingeschränkt sind [78].

Das zweite Modell ist die Fallbesprechung, welche in Form eines moderierenden Gespräches mit den Beteiligten (Behandlungsteam, Patienten, Angehörige) das jeweilige ethische Problem erläutert und nach einer Lösung sucht. Für dieses Vorgehen existieren verschiedene Standardfragebögen und Leitlinien, so beispielsweise der Bochumer Arbeitsbogen, die Nimwegener Methode, das Köln-Nimwegener Instrumentarium, das Ulmer Modell, die Bögen der Malteser, und jene nach Tschudin und Riedel ¹⁰. Diese Fragebögen haben das Ziel

- Der Beratung eine strukturierte Form zu geben.
- Anhand der Prinzipienethik die Kernfragen nach den vier Prinzipien einzuschließen in die ethische Reflexion.
- Eine gewisse Qualitätssicherung durch Standardisierung zu ermöglichen.

[78]

Der Ablauf orientiert sich zumeist an diskursethischen Elementen, welche entgegen der klassischen Form normativer Ethiken nicht von vornherein die Handlungsleitlinien festlegen, sondern dies situationsabhängig, aus dem Diskurs heraus entwickeln ¹¹[37]. Ein weiterer Aspekt ist die supervisorische Komponente, die der Psychologie entlehnt ist, vgl. zur weiterführenden Lektüre [54].

Die Organisation dieser Ethikkomitees ist jedoch oft kein einfaches Unterfangen und stößt an strukturelle Einschränkungen [22]. Auch die Ausbildung der Ethikberater gestaltet sich häufig schwierig, oft werden Mitarbeiter wenig unterstützt bei ihrem Bestreben, zum Ethikberater ausgebildet zu werden. Dabei ist das von der AEM erstellte Curriculum ¹² für die Ausbildung der Ethikberater ein grundlegend gutes Fundament ¹³ zum Erreichen einer Fallberatung, deren Berater im Sinne einer Phronesis gut reflektierte Entscheidungen treffen.

3.2.3 Studien bezüglich des Einflusses ethischer Fallberatungen

Empirische Forschung im Bereich der Ethikberatungen bezieht sich meistens auf die Wirkung der Ethikberatungen und soll somit auf seine Qualität auch überprüft werden.

¹⁰s. beispielsweise http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/material2561_3.pdf <http://www.ethikzentrum.de/downloads/boarbeitsbogen-deutsch.pdf>

¹¹Zur weiterführenden Lektüre empfehlen sich die Werke von Habermas [28]. Auch Habermas stützt sich auf normative Ethiken, insbesondere auf den kategorischen Imperativ von Kant.

¹²vgl. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24.pdf

¹³In Deutschland ist seit Herbst 2014 eine dreistufige Zertifizierung von Ethikberatern möglich. [7]

[58] Vor allem in den USA wurde die Ethikberatung samt ihrer Auswirkung intensiv erforscht. Eine Studie beispielsweise bestätigte, dass bei beatmeten Patienten, die auf der Intensivstation lagen, ethische Fallberatungen dazu führten, dass unangemessene Therapien viel seltener auftraten. Ein in der Regel auch missachteter Aspekt, die wirtschaftliche Rentabilität einer ethischen Fallberatung, wird dadurch auch in den Fokus gerückt und es wird aufgezeigt, dass durch offene Kommunikation und ethische Reflexion medizinisch nicht indizierte und kostenspielige Therapien besser vermieden werden können. Studien zeigen auch eine erhöhte Zufriedenheit der Mitarbeiter nach ethischen Fallberatungen und dadurch eine bessere Patientenversorgung [8].

Eine neuere Untersuchung aus Japan beschreibt auch die Unterschiede in den Entscheidungen zwischen Ethikberatern und den Klinikern, die diese anforderten. Diese Unterschiede betreffen im Wesentlichen die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit der Patienten, sowie die Begründung der jeweilig getroffene Einordnung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten (hierbei erwiesen sich die Ethikberater reflektiert und überlegt, während die Kliniker eher situationsbedingt und pragmatisch charakterisiert wurden) [55].

Weitere Studien beziehen sich in erster Linie auf quantitative Parameter wie die Häufigkeiten von Ethikkomitees bundesweit und an Universitätskliniken, sowie qualitative Kriterien wie ethische Konflikte und Beratungsbedarf in einem Klinikum, den Tätigkeitsprofilen Klinischer Ethikberatung, der Umsetzung einer Leitlinie, Fragen zu Verschwiegenheit und Datensicherheit, zur Evaluation und den Praxisauswirkungen eines interdisziplinären Trainingsprogramms [7]. Eine Untersuchung bezüglich Wertvorstellungen der Ethikberater oder normativer Denkweisen ließ sich derzeit nicht finden.

3.2.4 Rechtliche Grundlagen der ethischen Fallberatung und Entscheidungsfindung in Deutschland

Rechtlich gesehen hat der Gesetzgeber die ethische Fallberatung nicht als vorgeschriebene Leistung des Gesundheitssystems festgelegt, daher sind Institutionen nicht zu einer Implementierung eines klinischen Ethikkomitees verpflichtet [39].

Die letztendliche Behandlungsverantwortung liegt rechtlich auch nach erfolgter Ethikberatung voll beim behandelnden Team. Generell haften aber die Mitglieder einer Ethikberatung für Ihre Entscheidungen, sei es im Rahmen von Konsilen, Voten oder anderweitigen Aussagen, daher wäre prinzipiell auch nicht auszuschließen, dass man aufgrund der Arbeit in einem solchen Gremium sich juristisch verantworten muss [37].

3.2.5 Kritik an der Praxis der Fallberatung in Deutschland

Derzeit erlebt die Ethikberatung eine zunehmende Aufmerksamkeit und wird generell von den meisten Beteiligten begrüßt und positiv gewertet. Doch gerade auch aus medizinischen Kreisen werden häufig Kritiken laut, die fordern, dass *'ethische Kernkompetenzen in die Medizin zurückgeholt werden'*[74]. Die mangelnde Inanspruchnahme wird durch die fachfremde Herangehensweise der Ethikberater begründet und fordert daher generell eine Neuüberlegung des Konzeptes der Fallberatung.

Diese scharfe Kritik setzt Ralf J.Jox ein wenig in Perspektive. Er zählt drei prinzipielle Problemfelder dar:

- Mangelndes flächendeckendes Angebot an Ethikberatungen;
- Mängel in der tatsächlichen Inanspruchnahme von Ethikberatungen;
- Nicht ausreichend gute Qualität der Ethikberatungen.

[39]

Zur Lösung dieser Probleme führt er folgende Punkte an:

- Bessere Versorgung durch Pilotmodelle in unterversorgten Bereichen, bessere Vernetzung der Ethikberater und gesetzliche und strukturelle Grundlagenschaffung;
- Bessere Informierung hausintern über ethische Angebote, auch bessere Weiterbildungen in diesem Bereich, sowie Unterstützung der Klinikleitungen;
- Zur Qualitätsbesserung sollten hauptsächlich empirische Forschungen dienen, sowie eine vermehrte Anlehnung an bewährte Modelle aus dem Ausland, vor allem aus den USA.

[39]

3.2.6 Klinisches Ethikkomitee an der Universitätsklinik Regensburg

An der Universitätsklinik Regensburg ist seit mehreren Jahren, entsprechend der Tendenz der Universitätskliniken, die Ethikberatung in Form eines Klinischen Ethikkomitees realisiert worden. Dieses besteht derzeit aus 21 Mitgliedern¹⁴, die aus dem medizinischen, pflegerischen, psychologischen, seelsorgerischen, juristischen und philosophischen Bereich kommen.

Das Ethikkomitee stellt neben der Arbeitsgruppe Fallberatung weitere vier Arbeitsgruppen¹⁵:

- Ethische Fortbildungen;

¹⁴Zum Zeitpunkt der durchgeführten Studie waren es 20 Mitglieder, die Zusammensetzung hatte sich in den vergangenen zwei Jahren zwischen der Studiausführung und der Verfassung dieser Arbeit geändert.

¹⁵http://www.uniklinikum-regensburg.de/ueber-uns/Zentrale_Abteilungen/KEK/index.php

- Arbeitsgruppe Ethik und Recht;
- Arbeitsgruppe Demenz;
- Ethikcafé.

Die Fallberatung kann von Patienten, Pflegenden, Ärzten und weiteren Mitarbeitern des Krankenhauses angefordert werden. Der Ablauf wird vom Ethikkomitee folgendermaßen beschrieben:

Mitglieder des Ethikkomitees moderieren dann möglichst zeitnah nach der Anfrage das Gespräch mit den an der Behandlung beteiligten Personen. Das Gespräch dient der Suche nach einem ethisch begründeten, für möglichst alle nachvollziehbaren Weg.

Die endgültige Entscheidung und die damit verbundene Verantwortung verbleiben beim zuständigen Arzt. Das Votum der Ethischen Fallberatung hat ausschließlich beratenden Charakter. Alle an der Fallberatung Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.

Die Ethische Fallberatung wird dokumentiert und das Protokoll im Ethikordner der Station aufbewahrt¹⁶.

Insgesamt folgt das klinische Ethikkomitee an der Universitätsklinik damit den Leitlinien, die in Deutschland befolgt werden und im vorangehenden Kapitel eingehend erläutert wurden. Generell wird die Beratung in einem beratenden Setting angeboten, die Moderation steht im Vordergrund.

Nach diesem schnellen Überblick über die theoretischen und praktischen Aspekte der klinischen Ethik, soll im zweiten Hauptteil der Arbeit die Studie, welche mit den Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees geführt wurde, erläutert werden.

¹⁶http://www.uniklinikum-regensburg.de/imperia/md/content/kek/flyer_ak_ethische_fallberatung_150512.pdf

Kapitel 4

Material und Methoden

4.1 Einführung Grundlagen Qualitative Recherche

In den Sozialwissenschaften ist seit langem die qualitative Recherche zum Erkunden bis dahin unerforschter Gebiete Standard [66][vgl. S.12-18]. Der wesentliche Unterschied zu herkömmlichen quantitativ-statistischen Studien, welche auch im Bereich medizinisch-soziologischer Forschung in der Regel eingesetzt werden und statistisch gut auswertbar sind, ist die offene Form, durch die nicht nur auf eine konkrete Frage Antwort gesucht werden kann, sondern diese Frage selbst auch in einen größeren Kontext gesetzt wird. Da keine statistische Auswertung erfolgt, sondern eine inhaltliche Analyse des gesammelten Materials angestrebt wird, erfolgt auch die Datensammlung auf eine ganz andere Weise als bei quantitativen Studien, zumal auch die Fragestellung eine im Ansatz andere ist. Qualitative Recherche versteht sich als *interpretierende, naturalistische Herangehensweise an die Welt* [20], sie stellt also andere Anforderungen an den Forscher.

Grundsätzliche Charakteristika der qualitativen Forschung sind im Einzelnen

- Die *Fragestellung* erfordert ein tiefes Verständnis und das Klären kontextueller Zusammenhänge.
- Die zu *untersuchende Personengruppe* wird klein gehalten und vor Beginn der Forschung gründlich überlegt ausgewählt.
- Die *Informationssammlung* setzt einen direkten Kontakt zwischen dem Forscher und dem 'Forschungsobjekt' (z.B. Patienten) voraus.
- Die *gesammelten Informationen* sind sehr detailliert, reich an Informationen und extensiv.
- Die *Auswertung und Analyse* erfordert individuelle Konzepte und Ideen, welche detailliert beschreiben, Zusammenhänge hinreichend klassifizieren und Typologien entwickeln und erklären.

- Die *gewonnen Ergebnisse* werden in ihrer Bedeutung im jeweiligen soziologischen Kontext dargestellt.

[66][vgl. S.3f]

Die Fragestellungen dieser Studie, welche zu Beginn bereits formuliert wurden, waren die Folgenden:

- Welche ethischen Leitfäden holen sich Mitglieder des Ethikkomitees zur Hilfe?
- Welche Werte und Prinzipien leiten ihr Denken, auf welche Erfahrungen stützt sich ihre Intuition?
- Wie beurteilen sie „typische Situationen“?

Um eine Antwort auf die hier gestellten Fragen zu erhalten, muss eine Felderkundung stattfinden, da bislang keinerlei Studien über Wertvorstellungen und Entscheidungsmuster von Mitgliedern klinischer Ethikkomitees vorliegen. Um ein *tiefes Verständnis* zu gewinnen eignet sich also entsprechend den oben genannten Charakteristika qualitativer Forschung am ehesten eine derartige Informationssammlung und Analyse.

Im Folgenden soll Schritt für Schritt die Studie, von der Vorbereitung über die Informationssammlung bis hin zu der Analyse und Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse von der Methodik her im Detail beschrieben werden.

4.2 Vorbereitungen zur Informationssammlung

Vor Beginn der Informationssammlung mussten zunächst einige grundlegende Überlegungen erfolgen bezüglich

- a) der zu untersuchenden Personengruppe
- b) der am besten geeigneten Recherchemethode
- c) der Kontaktaufnahme zu der zu untersuchenden Personengruppe
- d) dem Design der Recherche-Instrumente

4.2.1 Zu untersuchende Personengruppe

Generell möchte die Studie mit ihrer Fragestellung einen Einblick in die Denkweise der *Mitglieder aller Klinischen Ethikkomitees* gewinnen. Die hierbei zu untersuchende Personengruppe ist aber für eine tiefgreifende qualitative Analyse zu groß. Um eine möglichst repräsentative Gruppe zu gewinnen, wurden die Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees an der Universitätsklinik Regensburg ausgewählt. Diese Auswahl war aus mehreren Gründen geeignet:

- Vertretung aller Berufsgruppen, welche generell in Deutschland in Klinischen Ethikkomitees mitarbeiten (Ärzte, Pfleger, Seelsorger, Philosophen, Juristen, Psycho-

logen)

- besserer Einblick auch in die Interaktion und Gruppendynamik innerhalb eines Komitees möglich
- Teilnahme sowohl von Personen, die in der Fallberatung tätig sind als auch der anderen Mitglieder, die derzeit in den anderen Tätigkeitsbereichen des Klinischen Ethik Komitees mitwirken (hierdurch besserer Vergleich möglich zwischen den unterschiedlichen Herangehensweisen bei einer individuellen Fallberatung und der generellen ethischen Denkweise)

Von den 20 Mitgliedern des klinischen Ethikkomitees nahmen 17 an der Studie teil, ein Mitglied war nicht mehr an der Klinik angestellt zu Beginn der Umfrage, der Vorsitzende des Komitees war als Betreuer dieser Arbeit zum Ausschluss einer Bias nicht befragt und ein Mitglied wollte nicht teilnehmen.

4.2.2 Recherchemethode

Generell unterscheidet man in der qualitativen Forschung die Gewinnung von *naturally occurring data* und *generated data* [66][vgl. S.56]. Der grundsätzliche Unterschied ist die *Art der Informationsgewinnung*.

Während der Begriff *naturally occurring data* eine Beobachtung, Beschreibung und Sammlung von Informationen beinhaltet, welche unabhängig vom Forscher vorhanden sind (z.B.: Bei gegebener Fragestellung: Beobachtung der Handlungen und Argumentationsmuster der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees im Laufe von Sitzungen des Gremiums), werden *generated data* durch aktive Mitarbeit des Forschers erzeugt. Hierbei schafft der Forscher Gesprächssituationen, die alleinig der Informationssammlung dienen.

Bei der Fragestellung nach den Denk- und Entscheidungsmustern wären generell beide Ansätze verfolgbar gewesen, das Sammeln von *naturally occurring data* erfordert jedoch nicht nur eine längere Forschungszeit, da zielgerichtete Fragestellungen nicht möglich sind, sondern auch eine geübte Intuition des Forschers, der in seiner beobachtenden Rolle eine Interpretation des Beobachteten unweigerlich vornimmt und mangels Interaktion mit den Erforschten diese auch nur wenig korrigieren kann [66][vgl. S.57].

Daher ist das zielgerichtete Sammeln von *generated data* ausgewählt worden. Auch hierbei ergibt sich noch die Auswahl zwischen *Einzelinterviews* mit allen Mitgliedern oder *Gruppeninterviews*. Die grundsätzlichen Unterschiede betreffen hierbei folgende Punkte:

- Art der gesammelten Daten (individuelle persönliche Ansichten vs. Gruppeninteraktionen)
- Ziel der Datensammlung (Verständnis komplexer Denkweisen und Motivationen)

vs. Behandlung abstrakter Fragestellungen)

- Untersuchte Personengruppe (Möglichkeiten der Terminvereinbarung zur Gruppenbildung) [66][vgl. S.60f]

Generell wäre auch eine Gruppeninteraktion, beispielsweise zwischen Mitgliedern der Fallberatung und sonstigen Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees von Interesse, die konkrete Fragestellung bezog sich jedoch auf die *individuellen Entscheidungsmuster und Denkweisen* der einzelnen Mitglieder, weshalb man sich schließlich für die Informationssammlung mittels *offener Einzelinterviews* entschied.

4.2.3 Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme mit den 20 Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees erfolgte anhand der Mitgliederliste telefonisch bzw. per E-Mail. Es wurden nach Erläuterung des Forschungszieles und mündlichen Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie einzelne Gesprächstermine vereinbart. Es wurde besonderer Wert auf die *Wahrung der persönlichen Zustimmungsrechte* bzw. des *Rechtes auf Ablehnung der Teilnahme* gelegt und man versuchte, den Studienteilnehmern eine möglichst flexible Terminvereinbarung zu ermöglichen, um sie vor zusätzlicher Belastung zu schützen. Die ersten Interviews fanden im Februar 2016 statt, während die letzten im Juni 2016 die Phase der Informationssammlung abschlossen.

4.2.4 Design der Recherche Instrumente

Nachdem festgelegt wurde, dass die Informationssammlung mittels offener Interviews erfolgt, musste ein entsprechender *Interviewleitfaden* erstellt werden. Die offene Form der Interviews erlaubt dem Forscher zwar eine große Bewegungsfreiheit, ein gewisser Leitfaden sollte jedoch nichtsdestotrotz im Vorfeld angefertigt werden, als *aide-mémoire* [66][vgl. S.115] Grundsätzlich dient ein solcher Leitfaden als Hilfe bei:

- der Strukturierung des Gespräches
- das Erfassen aller relevanten Themen
- der Dokumentation der Forschung (zumal es neben den geheim aufzubewahrenden Interviewtranskripten zuerst die einzige schriftliche Dokumentation ist bis zur Auswertung)

[66][vgl. S.117]

Neben den bereits aufgelisteten Kernfragen nach den normativen Ethiktheorien und Prinzipien bei der Entscheidungsfindung der Mitglieder des Klinischen Ethik Komitees, sollten einige weitere Themen besprochen werden im Rahmen der Interviews. Dadurch soll ein allumfassendes Bild von den individuellen Vorstellungen der einzelnen Mitglieder

gewonnen werden, was ein besseres Verständnis für die Entscheidungsmuster ebendieser geben kann. Viele weitere Gebiete sollten also abgefragt werden, welche beim Erstellen des Interviewleitfadens beachtet wurden. Diese umfasste im Wesentlichen

- a) die beruflichen Hintergründe
- b) persönliche Wertevorstellungen und religiöse Überzeugungen
- c) Haltung zu ethischen Fragestellungen
- d) Meinung zu der Arbeit im klinischen Ethikkomitee
- e) Kenntnisse ethisch-philosophischer Grundlagen
- f) Bewertung der ethisch-philosophischen Denkansätze

Der ausführliche Interviewleitfaden (vgl. Tabelle 4.1) umfasste schließlich zwar einzelne Fragen, diese konnten jedoch je nach Interview und Gesprächsverlauf modifiziert werden. Zu jedem Themengebiet wurde stets erst eine einführende Frage (*in der Tabelle kursiv hervorgehoben*) gestellt und im Anschluss sogenannte Follow-up-Fragen vorbereitet, welche unterschiedliche Gewichtungen bekamen je nach Gespräch; diese mussten nicht obligat gestellt werden.

4.3 Informationssammlung mithilfe offener Interviews

4.3.1 Einzelne Interviews

Nachdem alle Vorbereitungen für die offenen Einzelinterviews getroffen wurden, begann die Phase der eigentlichen Informationssammlung mithilfe der Gespräche. Das erste Gespräch fand im Februar 2016 statt. Alle Interviews wurden bei mündlichem Einverständnis der Teilnehmer auf Tonband aufgenommen. Die Dokumentation der Interviews auf diese Art hat zugleich mehrere Vorteile:

- Erleichterung der Arbeit des Forschers - Konzentration auf Gesprächsführung möglich, keine zusätzlichen Notizen notwendig
- geringerer Informationsverlust, besseres Nachvollziehen des gesamten Gesprächsverlaufes möglich im Verlauf der Auswertung
- Dokumentation zusätzlicher Informationen neben dem genauen Wortlaut wie Tonfall, Lautstärke und Stimmfarbe
- Möglichkeit einer natürlichen Gesprächsführung

[66][vgl. S.134]

Die Interviews verliefen nach einem ähnlichen Schema, sie begannen mit einer kurzen Vorstellung und informellen Begrüßung. Nach einer kurzen Erläuterung der Forschung begann erst das eigentliche Interview, auch das Tonband wurde nur zu diesem Zeitpunkt eingeschaltet. Bei der Gesprächsführung wurde insbesondere auf die persönlichen

Tabelle 4.1: Interviewleitfaden- Befragung der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees

Persönliche Lebenskonzepte/-philosophien	<p><i>Welchen Beruf üben Sie aus? Sind Sie zufrieden mit Ihrer Tätigkeit in Ihrem Beruf? Seit wann üben Sie diesen Beruf aus? Was hat Sie zu dieser Berufswahl geführt? (Hatten Sie Vorbilder?) Haben Sie davor auch einen anderen Beruf ausgeübt? Wenn ja, warum haben Sie den Beruf gewechselt? Sind Sie zufrieden mit dem Wechsel?</i></p> <p><i>Glauben Sie an Gott oder einer höheren Gewalt? Gehören Sie einer bestimmten Religion an? Was macht Ihr Leben erfüllt? (nach 5 Interviews ausgetauscht durch die Frage „Welche Werte bestimmen ihr persönliches Leben“)</i></p>
Arbeit im klinischen Ethikkomitee-Bewertung und persönliche Einstellung	<p><i>Seit wann sind Sie Mitglied im Klinischen Ethikkomitee? Was hat Sie dazu bewegt sich dafür zu bewerben? Würden Sie sich auch wieder für die Mitarbeit im KEK bewerben? Warum? Was hat Ihnen die Arbeit im KEK persönlich gegeben? Haben die Erfahrungen im KEK Ihre Arbeit beeinflusst? Inwiefern?</i></p> <p><i>Welche Bedeutung messen Sie dem Klinischen Ethikkomitee zu? Empfinden Sie es als wichtig, dass an jedem deutschen Klinikum eine KEK eingerichtet wird? Reicht diese Maßnahme für die ethische Beratung aus? Wenn nein, was würden Sie noch zusätzlich vorschlagen? Wie würden Sie die Arbeit des Klinischen Ethikkomitees beurteilen, wenn Sie selber in die Lage kämen, es zur Hilfe zu ziehen? Kommt es oft zu Uneinigkeit im KEK? Wenn ja, was sind Ihrer Meinung nach die entscheidenden Gründe dafür? Kann auch in solchen Situationen ein Konsens gefunden werden? Gab es Entscheidungen im KEK mit denen Sie nicht vollständig einverstanden waren? Wie wird in Debatten argumentiert und diskutiert? Wie beurteilen Sie die Arbeit des KEK? Welches war für Sie die am meisten bewegende Patientengeschichte? Warum?</i></p>
Normative Ethik, theoretische Grundlagen ethischer Entscheidungen, Nutzen in der Fallberatung	<p><i>Inwiefern haben Sie sich vor Ihrer Arbeit im KEK mit Philosophie oder Ethik beschäftigt? Warum haben Sie sich nicht damit beschäftigt/Warum haben Sie sich damit beschäftigt (Was interessierte Sie im Besonderen an der Philosophie/Ethik?)</i></p> <p><i>Kennen Sie den Begriff der normativen Ethik? Wenn ja, welche Konzepte derselben sind Ihnen bekannt? Was halten Sie von den verschiedenen Positionen in der normativen Ethik?</i></p> <p><i>Inwieweit kann eine normative Ethik ein genereller Leitfaden bei Lebensentscheidungen sein? Inwiefern empfinden Sie das logische Argumentieren anhand ethischer Prinzipien als Erleichterung einer Entscheidung?</i></p> <p><i>Was halten Sie von dem mittleren Goldstandard der Medizinethik, der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress?</i></p>

Schwerpunkte der Studienteilnehmer eingegangen, was auch zu sehr variablen Interviewlängen zwischen 20 und 45 Minuten geführt hat. Nach der Erörterung aller Themen des Leitfadens wurde das Tonband ausgeschaltet und jeder Teilnehmer bekam die Möglichkeit, ein Feedback zu geben und zugleich das Interview auf eine für die Teilnehmer angenehme Art und Weise zu beenden [66][vgl. S.146].

Die Interviews wurden stets unter vier Augen in abgetrennten Räumen durchgeführt,

um so die für qualitative Forschung unerlässliche vertrauliche Atmosphäre zu erschaffen [66][vgl. S.142].

Besonders bei den ersten Interviews ergaben sich durch die Unerfahrenheit der Untersucherin Missverständnisse bei manchen Fragestellungen und Abweichungen von den eigentlichen Fragestellungen, was in den meisten Fällen auch zu längeren Interviews führte.

4.3.2 Änderung der Fragenstruktur

Die in dem vorherigen Abschnitt genannten Schwierigkeiten gaben Anlass für eine Modifizierung des Interviewleitfadens nach der Hälfte der Interviews. Da qualitative Forschung generell neben einer strukturierten Arbeit auch Flexibilität zulässt [66][vgl. S.141], stellt ein derartiger Eingriff in die Datensammlung keinen Qualitätsverlust dar, im Gegenteil, es führt zu einer Optimierung des Informationsgewinns. Der Schwerpunkt wurde dementsprechend vermehrt auf Entscheidungsmuster gelegt und die bis dahin sehr intensive Auseinandersetzung mit der Sinnvorstellung wurde abgelöst von konkreteren Fragen zu Werten um ausschweifenden Grundsatzdiskussionen, welche auch schwer auswertbar sind, aus dem Weg zu gehen und ein konkreteres Bild von den Einstellungen der Teilnehmer zu gewinnen.

4.4 Ordnung und Analyse der gewonnenen Informationen

Die Analyse qualitativ erhobener Daten ist eine *herausfordernde und anspruchsvolle Aufgabe* [66][vgl. S.199]. Die Auswertung kann dabei viele verschiedene Schwerpunkte haben, je nach Forschungsfrage. Bei der gegebenen Fragestellung erschien eine *inhaltliche Analyse* am sinnvollsten um dadurch

- a) den Inhalt der Interviews zu erfassen
- b) diese im jeweiligen Gesprächskontext zu erfassen
- c) die erfassten Inhalte der einzelnen Interviews miteinander zu vergleichen
- d) Schlussfolgerungen auf die ganze Untersuchungsgruppe zu ziehen

[66][vgl. S.200]

Die einzelnen Schritte dieser Analyse sollen im Folgenden erläutert werden.

4.4.1 Transkription der Interviews

Um die große Menge der in den 17 Interviews erfassten Informationen ordnen und auswerten zu können, mussten diese zunächst transkribiert werden, da die Tonbandaufnahmen allein schwer auswertbar sind. Diese Transkription ergab ein Skript von 136 Seiten Länge. Die Interviews wurden anonymisiert, in diesem Skript, welches jedoch

außer dem Forscher selbst von keinem gesehen wurde, erschienen keine Namen mehr. Dadurch sollte verhindert werden, dass

- a) Daten ungewollt an Dritte gelangen
- b) der Untersucher beim Sortieren der Informationen wegen persönlichen Eindrücken das eine oder andere Interview mehr berücksichtigt

4.4.2 Erstellung des Codebaums

Die somit gewonnene große Menge an Informationen verlangt vor einer Auswertung und Interpretationen eine systematische Ordnung nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Diese stellt in gewissem Maße bereits den ersten Schritt der Auswertung dar.

In der qualitativen Forschung werden Textpassagen verschlagwortet. Hierzu werden sogenannte Codes erstellt, die inhaltlich zusammengehörende Textabschnitte so zusammenfassen sollen. Diese Codes sind hierarchisch angeordnet, zu zusammenfassenden Oberthemen gehören dann weitere Subcodes [66][vgl. S.213f;S.224].

Eine inhaltliche Orientierung bot bereits der Interviewleitfaden. Die Hauptthemen, die angesprochen wurden, konnten demnach als übergeordnete Codes dienen. Die weiteren Subcodes ergaben sich aus den jeweils gegebenen Antwortvarianten. Es ergaben sich weitere übergeordnete Codes je nach Gesprächsinhalt.

Das somit erstellte Codegerüst ist in der Abbildung 4.1 dargestellt.

4.4.3 Codierung mithilfe des Programms MaxQda

Nach Erstellung des Codebaumes begann die eigentliche Auswertung mit Hilfe der Software MaxQda. Hierzu wurden alle transskribierten Interviews hochgeladen. Es wurden bereits im transskribierten Skript die Interviews mit Mitgliedern der Fallberatung von den übrigen Mitgliedern des Ethikkomitees getrennt, so wurden beide in unterschiedlichen Ordnern gespeichert, um im späteren Verlauf der Auswertung eine getrennte Analyse und schließlich einen Vergleich der beiden Gruppen vornehmen zu können.

Das Programm ermöglicht ein schnelles Codieren des gesamten Materials und gibt durch farbliche Kennzeichnung der verwendeten Codes einen guten Überblick. Zusätzlich bietet es beim Codieren die Möglichkeit Anmerkungen zu machen, um so bestimmte Textstellen besonders hervorzuheben, je nach ihrer inhaltlichen Relevanz. Ein Screenshot der Arbeitsfläche 4.2 von MaxQda veranschaulicht die übersichtliche Arbeitsfläche des Programms.

Während dem Codierungsvorgang wurde die Codestruktur noch um ein paar weitere Codes erweitert, um zuerst zu keinem Code zugeordnete Textstellen auch verschlagworten zu können. Schlussendlich ergab sich eine Struktur aus

- 4 Obercodes: Persönliche Lebenseinstellung, Aussagen über das Klinische Ethik-

Abbildung 4.1: Codebaum

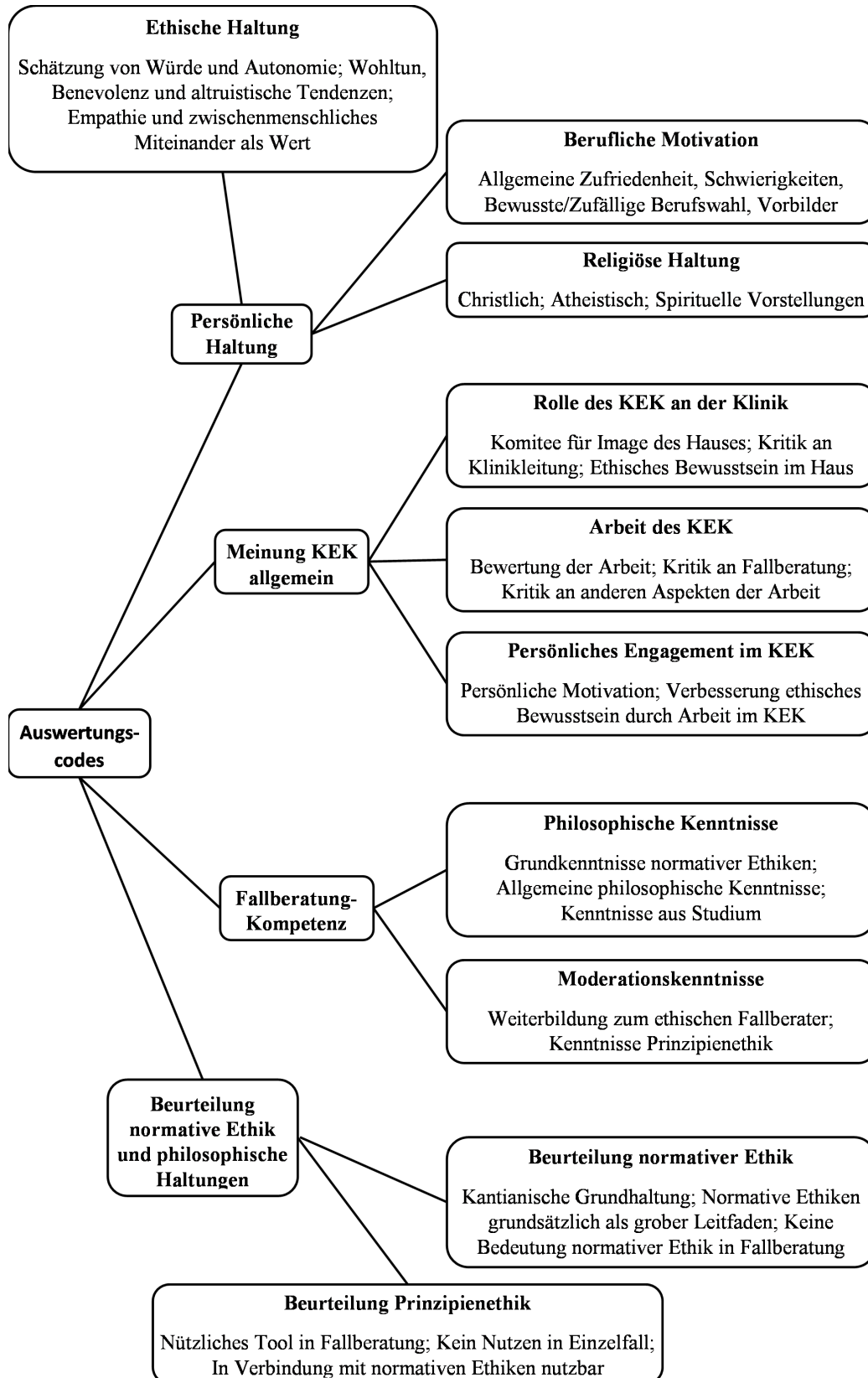
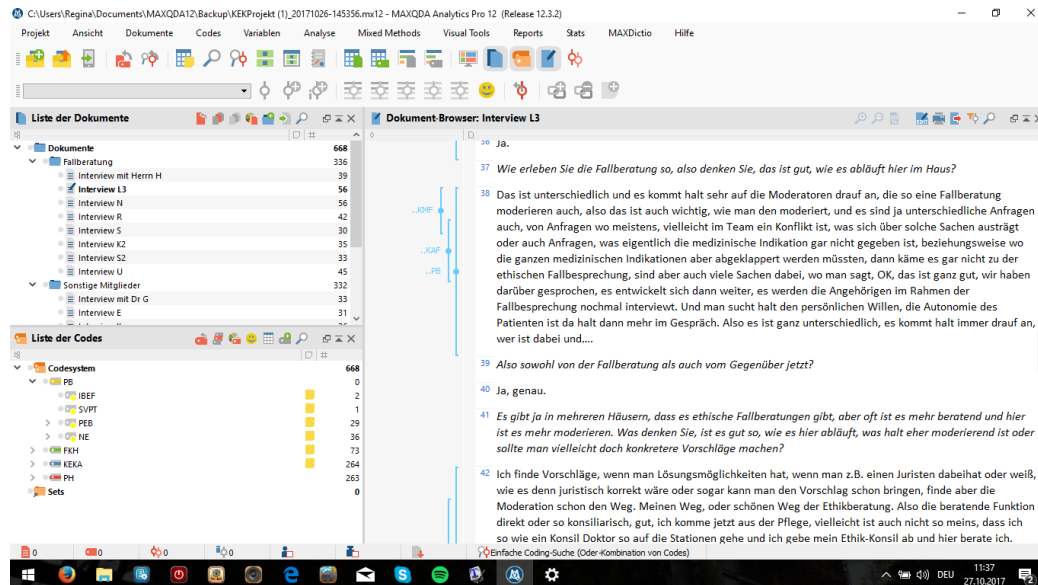


Abbildung 4.2: Screenshot der Arbeitsfläche von MaXQda: links oben ist die *Liste der Interviews*, links unten die *Liste der Codes* und rechts der *eben bearbeitete Text*, an dem farblich markiert die vergebenen Codes gezeit sind



komitee allgemein, Praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Fallberatung, Bewertung philosophischer Grundhaltungen

- 17 Codes
- 45 Subcodes

Eine tabellarische Übersicht der verwendeten Codes findet sich in den Tabellen 4.2 und 4.3

Manchen Textstellen konnten auch mehrere Codes zugleich vergeben werden und bei inhaltlichen Passagen, welche eine zusätzliche kontextuelle Komponente hatten, wurden auch einige Notizen angefügt.

Nach Codierung des gesamten Materials wurden insgesamt 668 Codings vergeben.

4.4.4 Zusammenfassung und Analyse

Die Datenmenge an 668 Codings wurde dann entsprechend den Codes 4.2 in insgesamt 20 Tabellen zusammengefasst. Hierbei wurden die inhaltlich ähnlichen Aussagen aus den verschiedensten Interviews zusammengeführt. Eine Trennung zwischen den Interviews der Mitglieder der Fallberatung und der übrigen Mitglieder wurde sowohl hier als auch in den darauffolgenden zusammenfassenden Schritten behalten. Diese wurden anschließend in 2 Runden weiter zusammengefasst durch Erfassen der Kernaussagen, bis

Tabelle 4.2: Endgültige Codestruktur

<i>Obercodes</i>	<i>Codes</i>	<i>Subcodes</i>
Persönliche Lebenseinstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Ethisch-moralische Haltung im persönlichen Umfeld • Religiöse Haltung • Einstellung zum eigenen Beruf 	<ul style="list-style-type: none"> • kritische Reflexion über ethische Probleme; Betonung von Kommunikation und Teamgeist; Empathie als Wert; Benevolenz und Altruismus; Würde und Autonomie des Menschen als Grundwert • spirituelle Haltung; atheistische Haltung; christliche Haltung • Angabe eines vorherigen Berufes; Bewusste Berufswahl; Zufällige Berufswahl; Vorbilder bei Berufswahl; Rolle des Berufes im Leben; Zufriedenheit mit Beruf; Schwierigkeiten im Beruf
Aussagen über das Klinische Ethikkomitee allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über die Arbeit des Klinischen Ethikkomitees • Persönliche Motivation zur Arbeit im Klinischen Ethikkomitee • Meinung über die Arbeit des Klinischen Ethikkomitees 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich mit anderen Kliniken; Bewertung anderer Tätigkeiten außerhalb der Fallberatung; geringe Wertschätzung der Arbeit der Fallberatung • Verbesserung ethischer Reflexion im persönlichen Umfeld durch Mitarbeit; Motivation zur Mitarbeit durch persönliche Anfrage; Motivation zur Mitarbeit aus Interesse an ethischen Themen; Motivation zur Mitarbeit aus Interesse über Abläufe in der Klinik • Positive Bewertung der Fallberatung; Selbstreflexion der Fallberater; positive Bewertung der Moderation; Kritik an Fallberatung; Kritik an Methodik der Fallberatung; Kritik an Anforderung der Fallberatung; Kritik an Arbeitszeiten der Fallberatung;

Tabelle 4.3: Endgültige Codestruktur-Fortsetzung

Praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Fallberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Moderationskenntnisse • Ethisch-philosophische Kenntnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationskenntnisse von Beruf her; Zusätzliche Ausbildung zum Fallberater • keine Kenntnis der Prinzipienethik; Kenntnis der Prinzipienethik; keine philosophischen Kenntnisse; Kenntnis der Moraltheologie; Kenntnisse aus Studium, Allgemein philosophische Kenntnisse; Kenntnis der normativen Ethiken
Bewertung philosophischer Grundhaltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung Prinzipienethik in der Fallberatung • Bewertung normativer Ethik in der Fallberatung • Bedeutung intuitiver Entscheidungen in der Fallberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der Prinzipien als nützliches Tool; kritische Reflexion über Prinzipienethik; Prinzipienethik nur in Verbindung mit normativen Ethiken brauchbar; Prinzipienethik nicht brauchbar • normative Ethiken in Praxis nicht brauchbar; normative Ethiken als Leitfaden; Kant als ethische Richtschnur bei ethischen Reflexionen

schließlich in einer zusammenfassenden Tabelle die wichtigsten inhaltlichen Erkenntnisse zusammengetragen wurden. Dies sollte alles der Vorbereitung auf die eigentliche Abstraktion und Interpretation dienen [66][vgl. S.208f;S.228f]. Im Ergebnisteil werden Teilergebnisse sowie diese endgültige Tabelle näher erläutert.

Da es sich um eine qualitative Analyse handelt, waren nicht Häufigkeiten der ausschlaggebende Faktor, sondern grundsätzlich jeder Inhalt gleich wichtig und erwähnenswert, wodurch bei der kleinen Anzahl von 17 Interviews auch viele Einzelmeinungen das letztendliche Ergebnis prägen. Die Zusammenfassung pro Schritt erfolgte stets unter *inhaltlicher Analyse der jeweiligen Aussagen*, auch in ihrem konkreten Umfeld im Interview und es wurde ein möglichst geringer Informationsverlust angestrebt. Es ist auf keinen Fall von einer repräsentativen Studie zu sprechen, die angesprochenen Inhalte können gar kein vollständiges Bild ergeben.

4.4.5 Interpretation der gewonnenen Informationen

Die in den verschiedenen Tabellen geordneten Informationen wurden anhand mehrerer Gesichtspunkte analysiert, welche neben der deskriptiven Komponente der Studie, welche die vorangegangenen Schritte bereits beinhalteten, noch einige Erklärungsaspekte und Muster aufdecken wollten [66][vgl. S.248ff]. Die wichtigsten hierbei waren:

- Ähnliche Meinungen und Ansichten bezüglich ethischer Entscheidungen: Gleiche Berufsgruppe, ähnliche ethische Ausbildung und/oder Erfahrungen aus der praktischen Fallberatung?
- Unterschiedliche Bewertung ethischer Modelle: Erklärung aus Biografien möglich? Gründe für unterschiedliche Bewertungen aus Kontext ersichtlich?
- Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung/Erfahrung und Bewertung ethischer Fragestellungen?
- Gemeinsamkeiten *aller* Befragten: ethischer Konsens möglich?

Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse werden detailliert im Abschnitt *Ergebnisse* erläutert.

4.5 Methodische Fehlerquellen und Grenzen der objektiven Auswertung

Die offene Form und qualitative Analyse birgt sehr viele Fehlerquellen, zumal die Forschung sehr abhängig ist vom Forscher und durch Fehlen standardisierter Fragen und Auswertungsschemata die Bias-Anfälligkeit deutlich erhöht ist im Vergleich zu quantitativen Studien [66][vgl. S.205f].

Durch die offene Form der Interviews ist davon auszugehen, dass systematisch manche Meinungen nicht erfasst wurden, da das individuelle Gespräch einen anderen Schwerpunkt bekam und inhaltlich relevante Punkte verloren gingen. Bei den zuerst durchgeführten Interviews ist durch die wenig geübte Interviewführung des Interviewers ein deutliches Abschweifen von eigentlichen Frageschwerpunkten zu erkennen, was die Auswertung dieser Interviews in nicht geringem Maße erschwerte.

Bei der Auswertung wurde durch den Codebaum ein starres Gerüst erschaffen, welches zwar so weit wie möglich gefasst wurde (dem diente auch die Anpassung im Laufe des Codierungsprozesses), doch auch in dieser Form sind bestimmte Inhalte unter keinen Code zusammengefasst worden und sind verloren gegangen.

Bei der Analyse ist durch die Zusammenfassung ein Teil der inhaltlichen Gesichtspunkte unweigerlich verloren gegangen. Es wurde jedoch jeder Auswertungsschritt in genauer Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Zusammenhang der Textstellen in dem jeweiligen Gespräch vorgenommen und hinsichtlich der Hauptfragestellungen zusam-

mengefasst, sodass man davon ausgehen kann, dass der Großteil der wesentlichen Gesichtspunkte erfasst wurde.

Gerade die Interpretation der Daten ist fehleranfällig, da sie in sehr starkem Maße von der Einschätzung des Untersuchers abhängt [66][vgl. S.208ff]. Da ein genaues Nachvollziehen der Datenauswertung für Dritte schwer bis unmöglich ist, ist die grundsätzliche Forschungsqualität der Objektivität deutlich eingeschränkt, während im optimalen Fall Validität und Reliabilität nicht allzu sehr beeinträchtigt sein sollten.

Bei allen möglichen Fehlerquellen wurde die gesamte Datenerhebung und Analyse mit Sorgfalt durchgeführt und es ist daher von einer insgesamt gut verwertbaren Studie auszugehen.

Kapitel 5

Ergebnisse der qualitativen Studie

5.1 Übersicht der Ergebnisse

Die 17 offenen Interviews, die im Wesentlichen die Themen persönliche Lebenseinstellung und berufliche Haltung, Meinung zur Arbeit der Fallberatung und dem klinischen Ethikkomitee im Allgemeinen bzw. speziell zu der Lage am Uniklinikum in Regensburg sowie philosophisch-ethische Kenntnisse, Bewertung verschiedener Ethikmodelle und Präferenzen für normative Ethiken, sowie die Beurteilung der Prinzipienethik umfassten, ergaben durch individuelle Schwerpunkte, welche durch die offene Gesprächsführung ermöglicht wurde vgl. Kapitel 4, eine *große Fülle an verschiedenen Inhalten*, welche im folgenden Kapitel dargestellt werden sollen.

Wie im Abschnitt Material und Methoden bereits beschrieben, beinhaltete der erste Schritt der Auswertung das Zusammenstellen gleicher Codings zu den verschiedenen Obercodes (vgl. Kapitel 4). Diese waren im Einzelnen:

1. Persönliche Lebenseinstellung
2. Aussagen über das Klinische Ethikkomitee und Fallberatung
3. Praktische Fähigkeiten in der Fallberatung
4. Bewertung philosophischer und ethischer Grundhaltungen

Diese Zusammenfassung erfolgte *getrennt für die Mitglieder der Fallberatung und die übrigen Mitglieder*. In den ersten Abschnitten dieses Kapitels sollen zunächst die hierbei gewonnenen Informationen dargestellt werden, im Späteren folgt ein Vergleich zwischen den erfassten Inhalten der Mitglieder der Fallberatung und den übrigen Mitgliedern. Nach der rein deskriptiven Auswertung folgt eine interpretative Analyse, welche versucht, Parallelen zu erklären und Zusammenhänge herzustellen.

5.2 Deskriptive Ergebnisse

Der erste Teil dieses Kapitels möchte einen inhaltlichen Überblick geben über die Vielzahl der erfassten Daten und Informationen in den einzelnen Themenbereichen, die die offenen Interviews abdeckten. Hierbei werden in den jeweiligen Unterkapiteln zu den Obercodes, die bei der Auswertung benutzt wurden, die *Inhalte der Codings* (zu den jeweiligen Codes und Subcodes gehörend) zusammengefasst und beispielhaft einzelne *direkte Zitate* eingefügt, um einen authentischeren Einblick in die individuellen Gespräche zu ermöglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für die Mitglieder der Fallberatung und die sonstigen Mitglieder. Als Abschluss der Darstellung der deskriptiven Ergebnisse folgt eine kurze Zusammenstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Mitgliedern der Fallberatung und den übrigen Mitgliedern.

Vor der detaillierten Beschreibung der in den Interviews erfassten Inhalte sollen noch ein paar Eckdaten gegeben werden zu den Interviews. Insgesamt wurden demnach 17 Interviews geführt, 8 Mitglieder der Fallberatung nahmen teil und 9 sonstige Mitglieder des Ethikkomitees. Von diesen waren 7 Ärzte, 4 Pflegekräfte und 6 nicht-medizinische Mitarbeiter (Psychologen, Juristen, Seelsorger, Philosophen- insgesamt 3 mit geisteswissenschaftlichem Studium). Von den Mitgliedern der Fallberatung hatten drei eine Fortbildung zum Ethik-Berater absolviert zum Zeitpunkt der Befragung.

5.2.1 Persönliche Lebenseinstellungen

Zuerst werden in zwei getrennten Tabellen 5.1 und 5.2, zu dem Obercode *'Persönliche Lebenseinstellungen'* gehörenden Inhalte der erfassten Codings zusammengetragen. Diese Inhalte sind im Wesentlichen:

- Berufliche Haltung - was motiviert die einzelnen Mitglieder am meisten in ihrem Beruf? Welche Schwierigkeiten machen Ihnen am meisten zu schaffen?
- Religiöse Einstellung
- Einstellung zu ethischen Fragen, wichtige Werte

Im Bereich *Berufliche Haltung* ist eine *allgemeine Zufriedenheit mit dem Beruf* beobachtbar, sowohl bei den Mitgliedern der Fallberatung als auch bei den sonstigen Mitgliedern. Vor allem fühlen sich die Befragten erfüllt durch die sinnstiftende Arbeit mit Patienten. Schwierigkeiten ergeben sich wiederum aus vielen verschiedenen Gründen, oft werden *Zeitnot*, organisatorische Schwierigkeiten und Personalmangel angegeben, aber auch die *Konfrontation mit dem Tod und mit Leid* werden genannt.

Der größte Anteil der Mitglieder ist geprägt von einer *christlichen Grundhaltung*. Einige geben auch eine in verschiedenem Maße ausgeprägte *Spiritualität* an, nur wenige sind grundsätzlich atheistisch.

Wichtige Werte sind vor allem für die Mitglieder der Fallberatung *Würde und Autonomie*, während *offene Kommunikation*, gute Umgangsformen und *Empathie* für alle Befragten eine hohe Priorität besitzen. Eine kritische Reflexion medizinethischer Probleme ist bei allen Befragten vorhanden, Sinnfragen sind präsent in allen Lebenslagen.

5.2.2 Aussagen über das Klinische Ethikkomitee und die Fallberatung

Ähnlich zu den zusammenfassenden Tabellen sind auch die Codings unter dem Stichpunkt 'Aussagen über das Klinische Ethikkomitee' zusammengetragen, wiederum getrennt für die Mitglieder der Fallberatung und die sonstigen Mitglieder, s. Tabellen 5.3, 5.4 und 5.5.

Die *Arbeit des Klinischen Ethikkomitees* und auch im speziellen der *Fallberatung* wird generell positiv bewertet. Die Möglichkeit über *offene Kommunikation* Probleme besser klären zu können wird von der Mehrzahl der Befragten positiv begrüßt, auch die *allgemeine Verbesserung ethischen Bewusstseins* wird der Arbeit des Komitees gutgeschrieben.

Kritik an dem Komitee und an der Fallberatung wird jedoch auch bei den meisten Befragten laut. Hierbei beklagen sonstige Mitglieder den *mangelnden Einblick* in die Fallberatungen, während Mitglieder der Fallberatung gelegentlich die *Methodik der Fallberatung*, die Moderation kritisch sehen, sowie die *Anforderungsgründe* für die jeweiligen Fallberatungen hinterfragen. Außerdem wird auch *Zeitnot* und auch das *Fehlen mancher Berufsgruppen* bemängelt.

Die *Rolle des Klinischen Ethikkomitees* scheint trotz alledem eher untergeordnet zu sein, bedingt auch durch *starre Strukturen und Hierarchien* und *Widerständen von medizinischer Seite*.

Die *persönliche Motivation* zur Mitarbeit im Komitee war in der Regel ein ausgeprägtes Interesse an *ethischen Themen* und auch an klinikinternen Abläufen im Bereich der Ethik-Beratung. Sowohl Mitglieder der Fallberatung als auch sonstige Mitglieder betonen die *persönliche Weiterentwicklung* im ethischen Denken.

5.2.3 Praktische Fähigkeiten in der Fallberatung

Zu dem nächsten Obercoding *Praktische Fähigkeiten in der Fallberatung* wurden die Kenntnisse der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress, welche als Grundlage der Fallberatungen in Regensburg dient, sowie Moderationskenntnisse zugeordnet (vgl. Tabellen 5.6 und 5.7). Hierbei wurden auch die in der Fallberatung *nicht* tätigen Mitglieder befragt, da auch sie die allgemeine Arbeit des Komitees prägen und durch ihre *Kritik* und ihre *Anmerkungen* die Fallberatung unterstützen und damit indirekt beeinflussen.

Tabelle 5.1: Persönliche Lebenseinstellungen- Mitglieder der Fallberatung

<p><i>Beruf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine berufliche Zufriedenheit - Betonung v.a. des Kontaktes zu Patienten 'Die Arbeit mit Menschen, in Beziehung sein ist erfüllend' 'ich find's schön Patienten unterstützen zu dürfen' 'verliebt in meinen Beruf, ich bin gerne, mit Leib und Seele Arzt' • Schwierigkeiten im Beruf 'Belastungen, die mit Krankheit und Tod verknüpft sind, die sind da, vor allem braucht es eine Zeit, bis man damit umgehen kann.' 'die Patienten sind immer kränker und es gibt immer mehr Technik' 'organisatorische Sachen, Raumnot, [...] Arbeit, die nicht dem Patienten explizit zu Gute kommt' '[es ist schwer] seinen Platz finden' '[Wo es] um Sterben geht, das ist immer eine Herausforderung ja' 'Viel interdisziplinäres Arbeiten ist manchmal schwierig, weil man auf viele Befindlichkeiten von einzelnen Menschen achten muss' 'Sprechen ist immer schwer'
<p><i>Religiöse Haltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Christliche Grundhaltung - bei den meisten mehr oder weniger stark; viel Kirchenkritik aber 'Vertrauen auf einen guten Gott' 'da ist das christliche Menschenbild' • spirituelle Haltung 'sagen wir es mal so, ich bin spirituell' • atheistische Haltung
<p><i>Werte/allgemeine moralische Haltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Beziehung zu Menschen wichtig 'es geht auch immer darum so zu spüren, wo sind die Menschen beheimatet, wo stehen sie selber' 'für mich ist Vertrauen etwas heiliges, und Menschenbeziehung' 'was ich immer brauche ist das Gespräch und das Miteinander'; 'dass man zuhört und die Konflikte versteht'; 'dass das Team zusammenkommt' • Würde und Autonomie des Menschen wichtig 'Freiheit und auch Entwicklungspotenzial' ; 'wertschätzend dem Patienten gegenüber stehend' 'individuelle Wege gehen und versucht mit dem Patienten [Therapiekonzepte] rauszukriegen' 'Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben' 'In der Medizin sowieso, weil da die Würde angegriffen wird' 'Zentrales Merkmal von Würde ist, dass Sie die Initiative ergreifen können'; 'die Person bleibt und nicht zum Objekt wird' • Kritische Reflexion medizinethische Themen 'ich sehe hier halt ganz viel so, dass unsere moderne Medizin ganz viel Leid [...] verursacht, bisschen schwierig in der Werteauseinandersetzung, so Sterbehilfe und so' 'Frage nach, wann ist das Leben zu Ende oder wann ist das Leben lebenswert' 'Grenzfragen Leben und Tod[...], das fasziniert mich irgendwie'

Tabelle 5.2: Persönliche Lebenseinstellungen- Sonstige Mitglieder

<p><i>Beruf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine berufliche Zufriedenheit - Betonung v.a. des Kontaktes zu Patienten, auch ethischer Bezug in Berufswahl 'ich wollte eigentlich nie auf Intensiv, hatte auch einen Stück weit einen ethischen Hintergrund' Vorbilder wichtig in Berufswahl; Schätzung auch der Abwechslung in der Arbeit 'meine Schicht beginnt immer bei Null und ich kann jedes Mal wieder neu so gestalten wie ich möchte. Das ist eine tolle Sache.' • Schwierigkeiten im Beruf Belastung durch Patientenschicksale 'Also schwierig finde ich schon Patientengeschichten, die so stagnieren. [...]das kann über einen langen Zeitraum, das nimmt mich schon auch mit.' Organisation im Klinikum, Arbeitsbedingungen Trennung Beruf und Freizeit recht gut, bei großer Bedeutung des Berufes bei nicht-medizinischen Mitgliedern: großes Interesse an neuen Perspektiven
<p><i>Religiöse Haltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Christliche Grundhaltung - bei den meisten mehr oder weniger stark; viel Kirchenkritik aber 'Miteinander, im Sinne von einer guten Solidarität und Mitmenschlichkeit, christlich würde man die Nächstenliebe sagen, das ist etwas, was glaube ich auch ein wichtiges Leitmotiv ist für die Ausübung des ärztlichen Berufes' • spirituelle Haltung
<p><i>Werte/allgemeine moralische Haltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Beziehung zu Menschen wichtig • Medizinethische Auseinandersetzung z.B. Intensivmedizin (Abschlussarbeiten, etc.) 'so eine schwere Erkrankung veranlasst ja oft irgendwie so grundsätzliche Fragen im Leben zu stellen und das ist total spannend' • Kritische Reflexion eigene Grenzen; Bedeutung der Empathie 'Es gibt diese unheile Welt, in das wir gestellt sind und das wir als Ärzte eben versuchen zu helfen. So gut es geht und dass man sich auch gut ausbildet um dem auch zu entsprechen diesem Anspruch, dem gerecht zu werden und ähm, ja' 'was mir oft hilft, ist mir vorzustellen, was wäre, wenn ich da jetzt läge. Also, das hilft manchmal ganz gut, [...]dass man da sich in seine Lage versetzt, der hat jetzt ein Problem, der kommt schon hierher'

5.2.4 Bewertung philosophischer und ethischer Grundhaltungen

Bei dem letzten Obercode wurden schließlich sowohl die *Kenntnisse normativer Ethiken* als auch die *Bewertung* ebendieser sowie der *Prinzipienethik* zusammengefasst. (vgl. Tabellen 5.8 und 5.9).

Hierbei wurde die *Prinzipienethik* zumeist als nützliches Tool in der Fallberatung

Tabelle 5.3: Aussagen über das Klinische Ethikkomitee- Mitglieder Fallberatung

<p><i>Beurteilung Arbeit des KEK</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeit der Fallberatung grundsätzlich positiv bewertet <ul style="list-style-type: none"> 'in so einer Fallberatung ist es ja so[...], dass man da ein Forum findet' 'es wird moderiert und man sammelt Argumente' 'Feedback auch wichtig' 'finde die Moderation schon den Weg. Meinen Weg, oder schönen Weg der Ethikberatung' 'dass die Ethikberatung ein sehr wichtiges Instrument ist' 'Möglichkeit, den Konflikt zu beleuchten' • Kritik an Anforderung - zu selten und aus falschen Gründen <ul style="list-style-type: none"> 'Mediziner tun sich da nicht so leicht, da jetzt jemand anderen zu fragen' 'wenn so eine Anfrage kommt, muss man genau hinschauen, was ist jetzt der ethische Konflikt' 'Anfragen, wo meistens, vielleicht im Team ein Konflikt ist' 'die Autonomie stärken kann, für mich eigentlich so die normalen Dinge [...], wo es jetzt nicht unbedingt eine Fallbesprechung gebraucht hätte' 'Zugänge sind glaub ich auch nicht so bekannt' • Vergleich mit anderen Häusern <ul style="list-style-type: none"> Professionalität in Erlangen, ethische Aspekte bei den Barmherzigen Brüdern anders angesehen • Positive Bewertung Arbeit KEK im Allgemeinen <ul style="list-style-type: none"> 'allein dadurch, dass man Mitglied im KEK ist, wird mehr reflektiert, das beobachte ich schon' 'eine gute Stimmung ist, dass jeder das sagen kann, was er will' • Kritik Fallberatung <ul style="list-style-type: none"> Problematik medizinischen Vokabulars für nicht-medizinische Mitglieder Kritik an Moderatoren <ul style="list-style-type: none"> 'kommt halt sehr auf die Moderatoren drauf an' Fehlen mancher Berufsgruppen, die den Patienten kennen (Physiotherapie, Psychologen) zu schnelles Erledigen 'Meiner Meinung nach sehr schnell erledigt' (Widerspruch: andere Mitglieder betonen das 'Zeit nehmen' Medizinertempo auch bei Erfassung Patientenwille!) Kritik an Methodik 'Ich denke, dass in der Mehrheit der Fälle eine Beratung wirklich das Zielführende ist. [...] Die Moderation wäre [ohne ethische Expertise] beliebig' (Widerspruch: Betonung der Kommunikation durch andere Mitglieder!)
<p><i>Rolle des Ethikkomitees in der Klinik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethisches Bewusstsein an Klinik oft klein <ul style="list-style-type: none"> 'in der Ausbildung viel zu kurz kommt' • Widerstände auch durch Hierarchien in Klinik <ul style="list-style-type: none"> 'ärztliche Kollegen, die da teilweise sehr kontra in der Fallberatung waren' 'viele Widerstände, viele Ressentiments'

Tabelle 5.4: Aussagen über das Klinische Ethikkomitee- Mitglieder Fallberatung-2

<i>Persönliche Motivation zur Mitarbeit</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Interesse an ethischen Themen und auch an Abläufen in der Ethikberatung als Hauptgrund für Mitarbeit im KEK 'Das hat mich schon lange interessiert. [...]Und dann habe ich mich auf eine Warteliste setzen lassen, wo sich aber niemand dann gemeldet hat' • Anfrage zur Mitarbeit 'man ist der Berufene, also Seelsorge und Ethik, diese Glaubensdimension hat ja auch mit Ethik zu tun, da ist man berufen worden von der Auswahl' • Persönliche Weiterentwicklung im ethischen Bereich durch Reflexion im Rahmen der Arbeit im KEK 'Persönlich noch einmal eine zunehmende Reflektion über Ethik, also dass man, das Ethik mehr ist, als was man im ersten Moment so denkt' 'nicht nur, das rein wissenschaftlich-medizinische Arbeiten, sondern auch ein Aspekt des philosophischen Arbeitens' 'dass ich manche Dinge anders sehe und anders bedenke' 'ich glaube ein wichtiger, wichtiger Punkt, weil man doch an vielen Stellen sieht, welche Konflikte da sind' 'muss man sich mit den Fragestellungen beschäftigen und dann liest man nach und überlegt sich nochmal oder spricht mal zu Hause drüber' 'Also es gibt da eine Lernkurve, oder eine, Lernen ist vielleicht nicht der richtige Ausdruck, aber man sammelt Erfahrungen und das nächste Gespräch versucht man vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen einzuordnen' 'Und die Mitarbeit in diesem Ethikkomitee hilft auch das eigene Gewissen zu hören'

gesehen, jedoch gingen viele auch auf vorhandene *Einschränkungen in der Anwendbarkeit* ein. Hierbei gingen die Meinungen, ob hierbei eine individuellere, intuitivere Entscheidungsfindung oder eine normativ begründetere Entscheidung der Analyse über die Prinzipienethik vorzuziehen wäre, auseinander.

Die *Kenntnisse der normativen Ethiken* kamen zumeist noch aus dem Studium bei Befragten mit geisteswissenschaftlichen Hintergrund, manche Mitglieder hatten sich aus persönlichem Interesse im Bereich der *allgemeinen Philosophie* weitergebildet.

Die *Entscheidungsfindung mit Hilfe normativer Ethiken* wurde von den meisten Mitgliedern eher abgelehnt, manche bewerteten diese jedoch als hilfreichen Leitfaden beim Treffen ethischer Entscheidungen.

5.2.5 Vergleich zwischen den Mitgliedern der Fallberatung und den übrigen Mitgliedern

Zum Ende der rein deskriptiv erfassten Ergebnisse sollten noch einmal die wichtigsten Unterschiede zwischen den Antworten der Mitglieder der Fallberatung und den übrigen Mitgliedern in einer Tabelle 5.10 zusammengefasst werden zu einzelnen Kernthemen.

Tabelle 5.5: Aussagen über das Klinische Ethikkomitee- Sonstige Mitglieder

<p><i>Beurteilung Arbeit des KEK</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeit der Fallberatung grundsätzlich positiv bewertet, mehr oder weniger Einblick in die Arbeit (Protokolle) • Kritik an dem Fehlen des konkreten Austauschs 'ich dachte, das ist so ein bisschen praktischer. Also mehr jetzt so Patientenfälle besprechen oder sowas' • Kritik Fallberatung- Kritik an Methodik 'was ich gelesen habe, das war eigentlich so wie immer. Da hätte es eigentlich, und zwar auch in diesem Falle, hat es keine Relevanz gehabt. Es war einfach ein Forum, damit man sich austauscht, aber es hatte, man hat einfach genauso weitergewurstelt wie bisher'
<p><i>Rolle des Ethikkomitees in der Klinik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethisches Bewusstsein an Klinik oft klein 'keine Wertschätzung und kein richtiges Ernstnehmen dieser ethischen Perspektive' 'Also Ethik finde ich, das ist schon auch eine Funktion von Ethik, stört ja auch, soll ja, sagen wir mal auch, stören, streut ein bisschen Sand ins Getriebe der normalen, normalen Abläufe.' • Widerstände auch durch Hierarchien in Klinik 'kommt meines Erachtens die Akzeptanz immer davon ab, wer oben sitzt. Und wenn es da Leute gibt, die [...] abgeneigt sind oder die Befürchtung verspüren, dass man Ihnen reinredet in die ärztliche Entscheidungsfindung, dann ist die Bedeutung leider gering, sag ich mal.'
<p><i>Persönliche Motivation zur Mitarbeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interesse an ethischen Themen und auch an Abläufen in der Ethikberatung als Hauptgrund für Mitarbeit im KEK • Anfrage zur Mitarbeit; Vertretung der Pflege sehr wichtig • Persönliche Weiterentwicklung im ethischen Bereich durch Reflexion im Rahmen der Arbeit im KEK 'das finde ich rückt das Verständnis so bisschen wieder in eine andere Richtung, ja. Was tue ich, was mache ich hier, für wen macht man das und vielleicht dann auch so ein Schritt, dass man es auf sich selber bezieht, wie gut es einem eigentlich geht.'

Die Tabelle fokussierte dabei ausdrücklich auf die Kernfragestellungen der Studie, auf ethische Kenntnisse und Entscheidungsfindung. Generell ist eine stärkere Betonung der Intuition bei den Mitgliedern, die nicht in der Fallberatung tätig sind, zu vermerken, sowie eine skeptischere Haltung gegenüber ethisch-theoretischen Modellen. Die Mitglieder der Fallberatung hingegen sind vor allem der Prinzipienethik als Orientierungshilfe in ethischen Fragen verbunden, normative Ethiken sind auch bei ihnen weniger bekannt und zumeist eher skeptisch bewertet.

Tabelle 5.6: Praktische Fertigkeiten Fallberatung-philosophisch-ethische Kenntnisse-Mitglieder Fallberatung

<p><i>Kenntnisse Prinzipienethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzliche Kenntnis bei allen Mitgliedern vorhanden • Auseinandersetzung mit Prinzipien im Rahmen der Fallberatung-Tätigkeit 'die wenden wir auch eigentlich immer an und da gehen wir auch der Reihe nach durch sozusagen, Nichtschaden und so weiter, Nutzen des Patienten, Gerechtigkeit, dass man einfach, und auch die[...] Selbstbestimmung des Patienten, die steht ja eigentlich an erster Stelle, dass man das durchgehen, jeweils bei jeder Besprechung oder Moderation, was ist da jetzt tangiert und was nicht' • Kritische Reflexion über Prinzipien, v.a. Prinzip der Gerechtigkeit 'fangen wir mit dem unproblematischsten an, ich finde die Gerechtigkeit,[...] ich finde das ist echt klasse, dass das überhaupt. Ich war noch nie dabei, wo es eine Rolle gespielt hat, außer so, wo mal ein Patient ein Verhalten an den Tag gelegt hat, wo es einfach sehr teuer geworden ist. Aber das ist grundsätzlich, wieder es ist faszinierend, dass das jetzt in einem medizinischen System nicht wirklich die Rolle spielt' ABER verbreitetere Meinung 'Gerechtigkeit ist schwierig, was ist gerecht?' 'Gerechtigkeit ist tatsächlich, also dieser Aspekt taucht in den meisten Fallberatungen nicht auf. Während die Autonomie schon eine relativ große Rolle hat.'
<p><i>Kenntnisse Moderation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung Fallberater 'Weiterbildung dann auch noch gekriegt vom Ethikkomitee, das ist so Ethik-Berater im Gesundheitswesen, das war nicht schlecht, also dass ich mich da auch weitergebildet habe' 'das würde prinzipiell schon Sinn machen, [die Ethikberater auszubilden]' • Moderations-Kommunikationskenntnisse aus Beruf heraus 'mit denen muss ich kommunizieren und ich muss die Informationen einholen oder einfordern manchmal und ich muss auch hinterher Patienten betreuen'

Tabelle 5.7: Praktische Fertigkeiten Fallberatung-philosophisch-ethische Kenntnisse-Sonstige Mitglieder

<p><i>Kenntnisse Prinzipienethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begriff nicht bei allen bekannt; bei Aufzählen der einzelnen Prinzipien zumeist grobe Idee und Vorstellungen • Wenn bekannt, dann kritische Reflexion über Prinzipien, v.a. Prinzip der Gerechtigkeit 'wissen Sie schon, was ist gerecht. Es ist immer die Frage, wer stellt die Frage, was habe ich zur Verfügung, und wer bin ich, der die Frage stellt, ich glaube, in gewissen Punkten muss man immer Abstriche machen'
<p><i>Kenntnisse Moderation</i> Moderations-Kommunikationskenntnisse aus Beruf heraus 'mit denen muss ich kommunizieren und ich muss die Informationen einholen oder einfordern manchmal und ich muss auch hinterher Patienten betreuen'</p>

Tabelle 5.8: Philosophische Kenntnisse und Beurteilung philosophisch-ethischer Grundlagen-Mitglieder Fallberatung

<p><i>Beurteilung Prinzipienethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nützliches Tool in Fallberatung 'die Begriffe sind sehr wichtig, weil es dem ganzen Struktur gibt, und weil es verschiedene Felder abklappert und man muss das jetzt nicht schematisch durcharbeiten, aber ich glaube, dass dieser Leitfaden sehr hilfreich ist, sehr hilfreich' 'Ist glaub ich ein ganz gutes Gerüst für unser Handeln als Mediziner, und es ist sehr leicht drauf zurückzugreifen, und ich glaube, das ist auch ein verständliches System sagen wir mal.' Grundlage für individuelle Entscheidung 'gehört zu den Grundlagen mit dazu, [...] aber das ist ja das Schöne an der Fallberatung, dass es für jeden Patienten etwas ganz individuelles ist.' • Kritik an Zwischenlösung • Eingeschränkte Anwendung 'ich glaube, man ist in der Fallberatung dann oft so, dass man eher sich ein bisschen mehr auf seinen gesunden Menschenverstand verlässt und auf eine emotionale Ebene geht. Natürlich arbeitet man mit diesen Prinzipien, das sind für mich so die Randbausteine, an denen muss ich mich langhangeln' • Graduierung der Prinzipien; entweder Autonomie als oberstes Prinzip, oder keine Graduierung vornehmbar; einheitliche Meinung über die Notwendigkeit der individuellen Schwerpunktsetzung
<p><i>Kenntnisse Philosophie und Ethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse aus Studium 'habe ich im Studium auch mich dafür interessiert und ich habe auch so im Studium, also Vorlesungen über Ethik, über praktische Ethik, über Normen gehört, rein aus Interesse, ja.' • Private Auseinandersetzung mit allgemeiner Philosophie 'die lateinischen Philosophen haben mich immer schon fasziniert' 'aber ich weiß z.B. also es gibt ja bei den, also z.B. bei den zeitgenössischen Philosophen viele solche Fragen, Hanna Ahrendt z.B.' • Auseinandersetzung mit normativen Ethiken eher wenig, bzw. nur sehr oberflächlich 'Sowas wie kategorischer Imperativ oder so. Ja, also ich kann Ihnen zumindest sagen, was das ist, ich habe das schon mal gelesen, aber meinen Sie, wie das dann in solchen Sachen beteiligt ist? Wenn man jetzt mal bei Kant bleiben, dann sagt er ja so, wenn ich das richtig verstanden habe, dass eine Handlung so sein soll, dass man sie jederzeit auch als allgemeine Regel oder so festlegen könnte, so ungefähr' 'mit Kant habe ich mich noch gar nicht auseinandergesetzt'
<p><i>Bewertung normative Ethik: Anwendbarkeit in der Fallberatung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht anwendbar 'Also das war dann irgendwie nicht das, was ich dacht hab, dass es zu tragen kommt.' 'in die andere Meta-Ebene, dass man da noch mehr abschweift oder so, macht man eigentlich nicht.' • Eingeschränkt anwendbar • wichtiger Leitfaden 'weil man im Alltag ja ständig irgendwelche Entscheidungen treffen muss und so wie man medizinisch ja auch quasi nachliest und sich ein Hintergrundwissen aneignet, so will ich zumindest auch hier so einen theoretischen Background haben, damit man nicht alles nur so aus dem Bauch raus entscheidet, sondern zumindest versucht auf gewisse ja harte Kriterien zu stützen. Also dass es eben nicht reine Intuition oder Bauchgefühl ist.'

Tabelle 5.9: Philosophische Kenntnisse und Beurteilung philosophisch-ethischer Grundlagen-Sonstige Mitglieder

<p><i>Beurteilung Prinzipienethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nützliches Tool in Fallberatung • Kritik an Zwischenlösung 'das lehne ich auch ab letztlich. Das finde ich auch unzureichend. Es ist so wie diese vier Prinzipien, die in der Bioethik, principles of biomedical ethics, das ist ja auch sozusagen, das ist ja auch, das ist ja richtig, aber das hängt einfach in der Luft' • Eingeschränkte Anwendung 'das sind wichtige Leitprinzipien, die in der Diskussion sicherlich weiterhelfen können, aber wo man auf der einzelnen Ebene manchmal auch wieder steckenbleiben kann und also Problem in der Medizin sehe ich vor allem in der Anwendung des Autonomieprinzips, weil viele Patienten eben hilfsbedürftig sind und nicht jetzt eine autonome Person in dem Sinne sind, wie man jetzt beim Abschluss von einem Kaufvertrag sich vorstellt.'
<p><i>Kenntnisse Philosophie und Ethik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse aus Studium • Private Auseinandersetzung mit allgemeiner Philosophie 'Querbeet von der Vorsokratiker, natürlich, Sokrates, dann viel Sekundärliteratur, über Geschichte der Philosophie oder verschiedene Philosophen, intensiveres' • Auseinandersetzung mit normativen Ethiken eher wenig, bzw. nur sehr oberflächlich
<p><i>Bewertung normative Ethik: Anwendbarkeit in der Fallberatung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht anwendbar 'ohne andere Erfahrungen, Lebenserfahrungen auseinandersetzen mit, das kann ruhig auch eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Menschen sein, man muss jetzt nicht unbedingt das große Drama erleben, das glaub ich jetzt nicht.' • Eingeschränkt anwendbar • wichtiger Leitfaden 'Also ich denke die Rückbindung zu fragen, warum würde ich mich jetzt eigentlich [für das oder jenes entscheiden]'

5.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse der deskriptiven Analyse

Nach der detaillierten Beschreibung aller erfassten Inhalte soll noch einmal eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten inhaltlichen Aussagen aus den Interviews erfolgen (s. Tabelle 5.11). Dies soll noch einmal einen Überblick verschaffen über die behandelten Themen, vor allem derer mit der höchsten Relevanz bezüglich der Kernfrage der Studie und zugleich den Bogen schlagen zu dem nächsten Abschnitt dieses Kapitels - zur Darstellung der interpretativen Ergebnisse.

Tabelle 5.10: Vergleich Aussagen Mitglieder Fallberatung und sonstige Mitglieder

<i>Thema</i>	<i>Mitglieder Fallberatung</i>	<i>Sonstige Mitglieder</i>
Prinzipienethik	<ul style="list-style-type: none"> • Gute bis sehr gute Kenntnis der Prinzipien, v.a. bei den Mitgliedern, die eine Weiterbildung absolviert haben (3 Mitglieder) • Auseinandersetzung auch mit Kritik an Prinzipien sehr ausgeprägt, Betonung auch der Autonomie-Problematik 	<ul style="list-style-type: none"> • breite Bekanntheit der Prinzipien, aber keine genauere Auseinandersetzung mit ethischer Anwendung • Auseinandersetzung mit dem Prinzip der Gerechtigkeit
Normative Ethiken	Kenntnis der theoretischen Hintergründe; mehr oder weniger starke Auseinandersetzung	Kenntnis meist nur wenn geisteswissenschaftliches Hintergrundwissen vorhanden (aus Studium noch)
Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Prinzipien als sehr gut anwendbar eingestuft (teil des verwendeten Modells in der Fallberatung) • Normative Ethiktheorien für die wenigsten echte Entscheidungshilfe, höchstens Leitfaden • Intuitive Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ eher abgelehnt 	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Hintergründe in Hinblick auf individuelle Patientenschicksale als zweitrangig eingestuft • Lebenserfahrung und Intuition starke Rolle bei ethischen Entscheidungen

5.3 Interpretative Ergebnisse

Nachdem bereits alle wesentlichen Inhalte der Interviews dargestellt wurden, soll im Folgenden noch einmal eine interpretative Analyse der Inhalte erfolgen. Hierbei sollen vor allem folgende Aspekte deutlich werden:

- a) Wie entscheiden sich Mitglieder des klinischen Ethikkomitees?
Gibt es einen Zusammenhang zwischen ethischer Vorbildung und Meinungen zur 'richtigen Entscheidungsfindung'?
- b) Welche Unterschiede in der ethisch-moralischen Denkweise gibt es zwischen verschiedenen Berufsgruppen in der Fallberatung?
Welche Schwerpunkte werden abhängig von der Berufsgruppe gesetzt?
- c) Wie gelingt ein ethischer Konsens zwischen den Mitgliedern?
Wie entscheidet das Komitee als Gremium? Wie entscheidet die Fallberatung im

Tabelle 5.11: Überblick Inhalte aus allen Interviews

<p><i>Bewertung und Meinungen zu Ethik in der Klinik und zur Fallberatung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klagen über mediziner-lastiges Umfeld • generelle Meinung, dass Ethikberatung noch nicht stark genug ist und ausgebaut werden müsste (immer wieder Kritik auch an klinischen Strukturen und Hierarchien) • Kritik an mangelnder ethischen Ausbildung und ethischen Bewusstseins • insgesamt positive Bewertung der Arbeit des KEK, Kritik an eingeschränkter Professionalität (kein Lehrstuhl, wenig Möglichkeit zur Weiterbildung) • positive Bewertung der Methodik der Fallberatung- Moderation positiv bewertet (Einzelmeinungen bevorzugen Konsilmodell)
<p><i>Kenntnisse der Prinzipienethik und der normativen Ethiken</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prinzipienethik fast bei allen bekannt, jedoch oft nur grobe Vorstellungen • normative Ethiken und philosophisch-ethischen Hintergründe nur bei wenigen wirklich präsent, hauptsächlich bei hauptberuflich Geisteswissenschaftlern, aber auch bei Mitgliedern der Fallberatung, die die Weiterbildung zum Ethik-Berater absolviert haben • Interesse an ethisch brisanten Themen bei allen, auch Auseinandersetzung mit medizinethischen Fragen (auch in Abschlussarbeiten, etc.), zumeist jedoch ohne theoretische Hintergründe (Repräsentation des Menschen von der Straße)
<p><i>Entscheidungsfindung in der Fallberatung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende und auch manche Ärzte betonen Kommunikation und auch teilweise Bedeutung der Intuition sehr stark (positive Bewertung Fallberatung im Vergleich zum kommunikationsarmen Klinikalltag) • Mitglieder mit Ausbildung zum Ethikberater und geisteswissenschaftlich Ausgebildete schätzen theoretische Hintergründe • Prinzipienethik als Leitfaden findet breite Zustimmung (einzelne kritische Stimmen, vor allem unter Mitgliedern, die normative Begründungsgerüste präferieren) • Kantianische Ansätze (teils nur im Groben bekannt) breitere Akzeptanz (v.a. wegen empirischem Charakter, Vereinbarkeit mit christlichem Welt-/Menschenbild) • Patientenzentrierte Entscheidungsfindung von allen wichtig erachtet (auch im Beruf Patientenbezug am meisten geschätzt, allgemeine Zufriedenheit und große Rolle des Berufes bei allen) • Autonomie und Würde zentrale Begriffe, teilweise unterschiedliche Vorstellung von ebendiesen

Einzelfall?

Sind bestimmte Meinungen vermehrt repräsentiert und dominanter?

Bei der Beantwortung dieser Fragen werden die deskriptiven Ergebnisse in Kontext gesetzt und dadurch durch den interpretativen Aspekt des Forschers ergänzt. Hierbei spielen auch persönliche Eindrücke aus den Interviews mitunter eine Rolle. Diese wenig objektivierbare Intuition, die hierbei zu tragen kommt, soll jedoch nur die Facetten etwas besser beleuchten und keineswegs Inhalte werten oder gar ignorieren.

5.3.1 Zusammenhang zwischen ethisch-philosophischer Vorbildung und ethischer Entscheidungsfindung

Generell lassen sich anhand der Ergebnisse aus den Tabellen 5.6, 5.7, 5.9 und 5.8 drei Tendenzen in der ethischen Beurteilung medizinisch-ethisch problematischer Situationen ableiten.

1. Entscheidungen in medizinisch-ethischen Fragen durch Reflexion mit Hilfe der *Prinzipien der Biomedizin*
2. Entscheidungen in medizinisch-ethischen Fragen durch *Reflexion der individuellen Situation des Patienten und ganzheitliche Betrachtung des Einzelfalls*
3. Entscheidungen in medizinisch-ethischen Fragen durch Reflexion aus *normativer Sicht, Zuhilfenahme verschiedener ethisch-theoretischer Aspekte bei gleichzeitiger Betrachtung der Individualität des Falls*

Es existieren zahlreiche *Übergänge zwischen den drei hier dargestellten Meinungen* und die meisten Mitglieder sind nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen. Jedoch existiert ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Bewertung normativ-ethischer Analysen für die Praxis und der jeweiligen ethischen Hintergrundbildung.

Mitglieder, die geisteswissenschaftlich orientierte Studiengänge abgeschlossen haben oder solche zeitweilig besuchten, schätzen theoretische Hintergründe deutlich mehr, genauso auch Mitglieder in der Fallberatung. Diese sind jedoch zumeist eher Verfechter der Prinzipienethik, welche sich für sie in zahlreichen Moderationen hilfreich erwiesen hatte. Intuitiv-moralische Entscheidungen werden von den Mitgliedern präferiert, die wenig bis gar keine theoretische Vorbildung besitzen.

Es ist außerdem ein *Zusammenhang zwischen der Bewertung der Moderation als Fallberatungsform und der ethischen Entscheidungsfindung* herzustellen. Hierbei ist anzumerken, dass Befragte, die die Moderation als gut bewerten, die Prinzipienethik für gut verwendbar halten, während Kritiker der Moderation zugleich auch die Prinzipienethik in der Regel hinterfragen und eher zu normativen Ethiken zusätzlich zurückgreifen.

Was jedoch allen Entscheidungsmustern gemein ist, ist der *Konsens über die Wichtigkeit einer genauen Reflexion in Einzelfällen, die Betonung des Wohls des Patienten*

und der offenen Kommunikation. Die jeweiligen Schwerpunkte können auch hier kleinere Unterschiede aufzeigen. Während Mitglieder der Fallberatung und vor allem Mitglieder mit ethisch-theoretischer Hintergrundausbildung als Kernfragen die Autonomie und Würde des Patienten setzen, sind andere Befragte eher bedacht, den empathischen Umgang in der Klinik im Allgemeinen zu stärken und dies auch in die Fallberatungen mit einfließen zu lassen.

5.3.2 Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung/Erfahrung und Bewertung ethischer Fragestellungen

Neben der ethischen Vorbildung spielen auch *persönliche Hintergründe* eine große Rolle, insbesondere der *fachlich-berufliche Hintergrund* der jeweiligen Mitglieder, wenn es um die 'richtige ethische Entscheidungsfindung' geht.

Wie bereits erwähnt, schätzen Mitglieder aus geisteswissenschaftlichen Berufen die theoretischen Hintergründe einer ethischen Analyse sehr. Die 'aneckende' und 'kontroverse' Seite der Ethik wird sehr begrüßt. Zugleich wird bei ihnen öfters die Klage laut, wie naturwissenschaftlich-medizinisch einzelne Fallberatungen oder auch generelle Reflexionen zu medizinethischen Themen ablaufen, sowie der Zeitdruck, unter dem die Fallberatungen arbeiten bemängelt.

Gleichzeitig erleben in der Regel medizinische Fachkräfte, Ärzte und Pfleger gleichermaßen, die Zeit und die Möglichkeit der offenen Kommunikation in den Moderationen der Fallberatungen und in Sitzungen des Komitees als durchweg positiv, da dies im scharfen Kontrast zu ihrem alltäglichen Erleben im medizinischen Alltag steht. Die falsche Kommunikation und fehlende Empathie wird auch als häufigster Grund der Anforderungen für Fallberatungen gesehen.

5.3.3 Bewertung gemeinsamer Haltungen aller Mitglieder: ethischer Konsens möglich?

Bei aller Vielfalt und Diversität in der Bewertung ethischer Entscheidungen und der Fallberatung im Allgemeinen gibt es viele gemeinsame Schnittstellen zwischen den Mitgliedern des Ethikkomitees.

- Interesse an ethischen Fragestellungen
- Suche nach der richtigen Entscheidungen für den Patienten wichtig (die meisten Mitglieder sind in das Gremium aus Eigeninitiative gelangt)
- Rolle der ethischen Reflexion an der Klinik als zu niedrig eingestuft, eine Weiterbildung und Schulung *aller* Mitarbeiter wird befürwortet
- gegenseitiger Respekt und reger Austausch

In Anbetracht dieser gemeinsamen Punkte lässt sich sagen, dass die Arbeit in den Fallberatungen zumeist harmonisch abläuft und auch die übrigen Arbeitsgruppen mit großem Engagement ihren Aufgaben nachgehen und im Sinne der offenen Kommunikation sich auch stets weiterbilden und weiterentwickeln.

Kapitel 6

Diskussion

6.1 Stand der Ethik in der klinischen Ethikberatung

Ethik als die Suche nach der Antwort auf die Frage nach dem richtigen Handeln ist ein sehr kontroverses Gebiet, das die Aufgabe hat „anstößig“ zu sein, zu „stören“ [49][vgl. S.8]. Sie hinterfragt generelle moralische Vorstellungen und sucht nach einer argumentativen Rechtfertigung für die Handlungen des Einzelnen.¹ Während sich unsere Gesellschaft in einer Phase der moralischen Neuorientierung befindet, bedingt durch die Pluralität verschiedener Lebenskonzepte, Menschenbilder und Weltvorstellungen, muss auch in der Medizinethik, speziell im Bereich der ethischen Fallberatung derselbe Prozess der moralischen Selbstfindung von statten gehen [39]. Die Vielseitigkeit der Gesellschaft ist auch durch die Interviews mit den Mitgliedern des klinischen Ethikkomitees deutlich geworden. Durch unterschiedliche Lebensumstände, Wertvorstellungen geprägt, haben sie alle verschiedene Ansichten vom „guten Handeln“ am Patienten, sie legen ihre Schwerpunkte auf andere Aspekte der Patientenversorgung. Doch welche Aspekte sollte eine klinische Fallberatung mit berücksichtigen und wie lässt sich Vielfalt mit Standards und Qualitätssicherung vereinbaren, und was schließlich ist eine "gute ethische Analyse"?

6.2 Aspekte von ethischem Verständnis im Klinikalltag

Ein erster wichtiger Punkt ist das neue Selbstbild des modernen Menschen, der sich im Arzt-Patienten-Verhältnis grundlegend anders gestellt sieht, als frühere Generationen [49][vgl. S.165-170], der Patient wird Teil der Entscheidungen über sich selbst und sei-

¹An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Moral und Ethik keineswegs verwechselt werden dürfen, während Moral 'die Gesamtheit der in einer gegebenen Gesellschaft zu einer gegebenen Zeit konsentierten, dem Menschen dienenden und Schaden vom ihm abwendenden normativen Überzeugungen' meint, ist Ethik die Wissenschaft, welche diese kritisch hinterfragt und argumentativ begründen will [11].

nen Krankheitsverlauf im Sinne eines *'shared decision making'*, er agiert *autonom* [68] [35]. Nicht umsonst findet der Begriff der *Autonomie* Einzug in die Prinzipienethik. Die Würde und Autonomie des Menschen, sein 'Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben' (vgl. Tabelle 5.1) ist auch ein Kernpunkt, der bei den Fallberatern der Uniklinik Regensburg verstärkt zum Ausdruck kommt und viel Gewicht erhält, häufig sogar an erste Stelle gesetzt wird von den vier Prinzipien der Prinzipienethik vgl. Tabelle 5.8. Im Gegensatz hierzu sieht der Ansatz von Beauchamp und Childress generell *keine* Graduierung der Prinzipien vor, lediglich im Einzelfall kann das eine oder andere Prinzip mehr Gewicht bekommen. [9] Der besondere Schwerpunkt, den die Autonomie in der klinischen Fallberatung erfährt beruht zu großem Teil auch auf der Tatsache, dass die meisten Konfliktsituationen in der Maximalversorgung durch die eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit von Patienten entstehen, beispielsweise bei Intensivpatienten, vgl. Studien [18] [8], um nur einige wenige Beispiele zu nennen.

Diese zugespitzte Situation in der Intensivmedizin ist also bedingt durch zwei Eckpunkte. Auf der einen Seite stehen die individuellen Vorstellungen der Patienten, welche auch nicht in jedem Fall einfach zu evaluieren sind, auf der anderen Seite stehen die immer wachsenden Möglichkeiten der modernen Medizin, die viele Extremsituationen erschaffen, nicht nur bei der Therapie am Lebensende. Das aufkommende enorm große Konfliktpotenzial, in dem sich die Mitarbeiter des Gesundheitswesens im Mittelpunkt befinden und Entscheidungen treffen müssen (vgl. die Ergebnisse der Studie [47], welche zeigt, was für eine große Verantwortung auf den Schultern behandelnder Ärzte lastet), wird verschärft durch mangelnde Ausbildung und Kompetenz des medizinischen Personals im Bereich der kritischen Reflexion und einem Verlust empathischer Herangehensweise [30] [71][70]. Diese Schwierigkeiten erkennen auch Fallberater, vor allem jene, die tagtäglich im Gesundheitswesen arbeiten, sie erkennen, dass die 'Patienten [...] immer kränker sind und es [...] immer mehr Technik gibt' und in solcher Lage ist das 'Sprechen immer schwer' vgl. Tabelle 5.1.

Hier sehen die meisten Mitglieder des Ethikkomitees, seien sie in der Fallberatung tätig oder nicht, einen Beitrag zur Lösung in einer *guten Kommunikation*, sie brauchen 'das Gespräch und das Miteinander', 'dass man zuhört und Konflikte versteht', damit schlussendlich klarer wird 'wo [...] die Menschen beheimatet sind', um deren Schicksal es sich handelt.(vgl. Tabelle 5.1) Neben der Kommunikation nennen die Mitglieder die Empathie und die Beziehung zum Patienten als Menschen als Lösungspunkt. (vgl. Tabelle 5.1)

Doch sind diese Konfliktsituationen auch stets tatsächliche ethische Konflikte? Die Fallberater sehen sich oft mit Anfragen konfrontiert, wo 'vielleicht im Team ein Konflikt ist' (vgl. Tabelle 5.3), bedingt auch durch unterschiedliche Wahrnehmung von Ärzten

und Pflegenden ². Zusammen mit der Tatsache, dass oft in Situationen, in denen eine Fallberatung von Nöten wäre, keine angefordert wird, kann die Ethikberatung schwer ihrer Aufgabe, eine bessere Patientenversorgung zu ermöglichen, nachkommen. [39], Tabelle 5.5

Diesen Punkt erkennen auch die meisten Fallberater. Sie fordern bessere Strukturen, mehr Fortbildung auch für die anderen Klinikberater und eine Verstärkung des ethischen Feingefühls dadurch bei den Mitarbeitern, vgl. Tabelle 5.35.5. Auch das von der AEM entwickelte Modell für klinische Ethikkomitees benennt die hausinternen Fortbildungen als eine Kernaufgabe dieser Komitees [1]. Dabei können auch Kernkompetenzen des medizinischen Personals, wie die Empathie gestärkt werden, siehe dazu die Überlegungen in Kapitel 3.1.2. Die dadurch besser gewappneten Kliniker können somit auch ein Stückweit der Forderung der Kritiker klinischer Ethikkomitees nachkommen und die 'Ethik in die Medizin zurückholen' [74], besser selbstständige Urteile treffen und auch beurteilen, wann und in welcher Form sie Hilfe anfordern können und sollen. Eine besser strukturelle Förderung ebensolcher Bildungsangebote wäre essentiell für eine Besserung der Qualität ethischer Mit-Betreuung der Patienten [39].

6.3 Normative Begründung ethischer Fallberatung?

Was genau sollte jedoch Aufgabe der klinischen Ethikkomitees sein, wenn nicht reine Streitschlichtung? Was sollte eine wahre ethische Analyse ausmachen?

Aus den geführten Interviews ging hervor, wie hochgeschätzt der Weg der Moderation ist. Nicht nur von den Fallberatern, sondern auch von den sonstigen Mitgliedern wird eine Beratung im Sinne einer strukturierten Gesprächsführung befürwortet (vgl. Tabellen 5.8 5.9). Doch die Frage nach der guten Strukturierung eines solchen Gespräches und die letztendliche normative Grundlage sind von ebenso großer Bedeutung wie die Frage nach der Methodik selbst, da Medizinethik, und somit auch die klinische Ethikberatung, den Anspruch erhebt, normativ zu sein.³ [48] Auch bei den Fallberatern kam auch der Gedanke der Nötigkeit normativer Begründung zu Wort:

Im Alltag muss man ja ständig irgendwelche Entscheidungen treffen und so wie man medizinisch ja auch quasi nachliest und sich ein Hintergrundwissen aneignet, so will ich zumindest auch hier so einen theoretischen Background haben, damit man nicht

²vgl. hierzu auch die Studie [23], welche eine generell unterschiedliche Beurteilung ethischer Fragestellungen bei beiden Berufsgruppen zeigte. Diese Unterschiede ließen sich auch teilweise erahnen in den geführten Interviews. Wichtig zu erwähnen ist hierbei auch, dass die Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees aus ebendiesem Grund den regen Austausch innerhalb des Gremiums sehr schätzen, vgl. Tabellen 5.3 5.4 5.5

³Normativ bedeutet in diesem Fall, dass das Ziel der Ethik die Festlegung von gültigen und damit *legitimen* Handlungsregeln ist. Solche normativen Weisungen benötigen jedoch eine fundierte ethisch-theoretische Begründung.

alles nur so aus dem Bauch raus entscheidet, sondern zumindest versucht auf gewisse, ja harte Kriterien zu stützen. Also, dass es eben nicht reine Intuition oder Bauchgefühl ist' 5.8

Zur normativen Begründung klinisch-ethischer Entscheidungen können prinzipiell alle normativen Ethiken herangezogen werden. Die kantianische Ethik und sein kategorischer Imperativ hatten und haben einen großen Einfluss im Gebiet der Medizinethik gehabt, wie in Kapitel 2.1.1 genauer erläutert wurde. Es wird auch immer verstärkt darauf hingewiesen, dass der kategorische Imperativ durchaus praktische Anwendung finden kann im Individualfall, da sie die Eigengesetzgebung des Individuums jedes Mal aufs Neue exploriert. [31] [32] Schwäche einer reinen deontologischen Ethik bleibt jedoch, dass sie gerade in einer klinisch-ethischen Konfliktsituation die unterschiedlichen Wertvorstellungen der einzelnen Agierenden lediglich auf die Ebene normativer Weisungen abstrahieren würde und somit in bestimmten Fällen wenig zur Lösung beitragen könnte. Auch die Fallberater sehen diese Gefahr. Auch Mitglieder, die ethisch-theoretische Hintergründe als Denkleitfaden schätzen (und dabei zumeist eine deontologische Denkweise aufweisen), empfinden diese 'ohne andere Erfahrungen und Lebenserfahrung' (vgl. Tabelle 5.9 für zu rigoros).

Eine utilitaristische Grundlage für klinische Ethikberatung wird weder in der Literatur viel diskutiert, noch sind die Fallberater, die sich im normativ-ethischen Bereich zu einem gewissen Maße auskennen, zu einer solchen hingezogen, daher soll auch hier diese mögliche Option nicht näher erläutert werden.⁴

Die Tugendethik schließlich, welche auch bei dem theoretischen Überblick in Kapitel 2 näher erläutert wurde, kann jedoch auf vielfältige Art zu einer besseren klinisch-ethischen Fallberatung beitragen. Es ist ein sehr interessanter Aspekt, dass die Tugendethik weder bei den Fallberatern noch bei sonstigen Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees einen Stellenwert besaß und unter den nützlichen ethischen Grundlagen erwähnt wurden, was vermutlich auch auf die zunächst schwere Greifbarkeit dieser Ethiktheorie zurückzuführen ist. Dabei hat sie mehrere Vorzüge, die sie gut in eine klinische Ethikberatung integrieren lassen.

1. Die Tugendethik beruht auf dem Ideal des tugendhaft Handelnden, dieser weise, überlegt und doch emotional nicht stets kühl-neutrale Agierender kann als Vorbild für Ethikberater dienen [78].
2. Die Methodik der ethischen Reflexion lässt viel Handlungsspielraum und ermöglicht eine individuelle Beurteilung der Lage des Patienten [5]. Dieses genaue Erfas-

⁴Es sei lediglich kurz darauf hingewiesen, dass die gesamte Bandbreite utilitaristischer Ethik von nur wenigen im Detail analysiert wird und dadurch mögliche positive Aspekte dieser normativen Ethik hinter dem oberflächlichen Bild einer Kosten-Nutzen-Ethik verschwinden. Eine weitergehende Analyse übersteigt leider an diesem Punkt jedoch die Kompetenzen dieser Arbeit und der Autorin selbst.

sen der Lage des Einzelnen ist auch den Fallberatern der Uniklinik ein zentrales Anliegen gewesen. (vgl. Tabellen 5.1 5.2

3. Die Tugend der *phronesis* ist hierbei beim Abwägen verschiedener Tugenden, sowie die Lehre des Mesethos, der ausgewogenen Mitte, welche bei allen Tugenden angestrebt werden sollte, von entscheidender Bedeutung. Sie verhindert Extremismus und macht Kompromisse möglich in Konfliktfällen [44] [49][vgl. S.60-61].

Es stellt sich natürlich auch die Frage, ob eine *normative Begründung* unbedingt durch eine *normative Ethiktheorie* erfolgen muss. Auf diese Frage antwortet die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress mit einem eindeutigen 'jein' und stellt eine Alternative der mittleren Ebene auf. Diese mittlere Ebene beruft sich dabei auf die *common morality*, begründet Handlungen auf einer bereits abstrahierten Grundlage, seine vier Prinzipien bilden jedoch keine geschlossene, normative Ethiktheorie im klassischen Sinn. Die inhaltlichen Ecksteine der Prinzipienethik stecken vielmehr Grundpfeiler für einen Reflexionsrahmen, bleiben jedoch, wie in Kapitel 2 erläutert, eher wenig direktiv [9].

Die Prinzipienethik ist Grundlage für die meisten Ethikberatungsprotokolle⁵ und ist dementsprechend auch allen Mitglieder der Fallberatung in gewissem Maße bekannt, auch die sonstigen Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees haben zum überwiegenden Anteil zumindest grobe Vorstellungen von ihr.

Wird die Prinzipienethik auch zumeist als 'sehr hilfreich' bewertet und als 'ganz gutes Gerüst für unser Handeln als Mediziner' (vgl. Tabelle 5.8), so bleibt sie doch einigen Anforderungen der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees schuldig:

- Sie wird als unzureichend begründet empfunden, was auch von vielen normativen Kritikern kritisiert wird, die Prinzipienethik 'hängt einfach in der Luft vgl. Tabelle' 5.9 [73]
- Vor allem das Prinzip der Autonomie wird als schwierig beurteilbar gesehen, 'weil viele Patienten eben hilfsbedürftig sind und nicht jetzt eine autonome Person in dem Sinne sind, wie man jetzt beim Abschluss von einem Kaufvertrag sich vorstellt.' vgl. Tabelle 5.9

In der Praxis der Fallberatung ist die Prinzipienethik jedoch zweifelsohne das Tool der Wahl und die einzige normative Grundlage, mit der gearbeitet wird, die ethische Analyse basiert schlussendlich auf der Spezifizierung und Abwägung der Prinzipien im Einzelfall.

Eine Ergänzung zur Prinzipienethik, welche ihr die doch sehr gewünschte normative Grundlage gibt, könnte neben den klassischen Ethiktheorien⁶, die Diskursethik bieten.

⁵vgl. beispielsweise http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/material2561_3.pdf <http://www.ethikzentrum.de/downloads/boarbeitsbogen-deutsch.pdf>

⁶Eine Verbindung zwischen normativen Ethiken und der Prinzipienethik kann auch gut funktionieren,

Dieser Ansatz wird auch im Rahmen des 'METAP-Projektes' aus der Schweiz verfolgt.⁷ [4]. Dabei steht die Abkürzung für

- Medizin
- Ethik
- Therapie (Behandlungsentscheide)
- Allokation (von klinischen Ressourcen, inkl. Zeit)
- Prozess (Schritte der interdisziplinären Entscheidungsfindung)

Das grundlegende Konzept ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Ethikberatung, sodass diese durch einen allumfassenden Blick eine qualitativ hochwertige ethische Analyse betreiben kann. Für diese Analyse wird das Konzept der Diskursethik und der Prinzipienethik kombiniert verwendet. Die Diskursethik stellt in gewissem Maße eine Fortführung des Gedankengerüsts des kategorischen Imperativs dar, indem es besagt:

'Handle nur nach derjenigen Handlungsnorm, der alle Vernunftwesen und alle von der Handlungsnorm möglicherweise Betroffenen in einem unbegrenzten und offenen, zwanglosen argumentativen Diskurs zustimmen könnten.' [50]

Dieser Grundgedanke ermöglicht die Schaffung normativer Grundlagen auf der Basis eines strukturierten Diskurses und kombiniert damit auf perfekte Art und Weise die von den Fallberatern, den Klinikern und den Patienten so dringend erwünschte und benötigte Kommunikation mit einer ethisch-fundierten normativen Begründung. Den 'inhaltlichen Füllstoff' können die vier Prinzipien des Nicht-Schadens, der Patientenautonomie, der Gerechtigkeit und des Wohlwollens bieten [50].

6.3.1 Zusammenfassung-wie soll eine 'gute ethische Analyse' aussehen?

Die zahlreichen Aspekte, die sich durch die Ergebnisse der offenen Interviews gezeigt haben, zeigten die Vielfalt der Denkweisen der Mitglieder von Ethikberatungen. Die beruflichen und ethisch-theoretischen Hintergründe der einzelnen Personen unterschieden sich immens. Der gemeinsame Wille zur bestmöglichen Versorgung gerade von Patienten in ethischen Konflikten und Notlagen war jedoch allumfassend und erfordert daher konkrete Handlungen in die Richtung einer qualitativ hochwertigen Beratung und ethischen Analyse.

Der wichtigste Schritt neben der Ausbildung und verbesserten Selbstreflexion sowohl der einzelnen Berater als auch des Gremiums als Ganzes ist die Schaffung geeigneter organisatorischer Strukturen im Rahmen der Kliniken. Die ethische Analyse selbst sollte

siehe hierzu auch [33]

⁷http://www.careart.org/fileadmin/files/2012/careart2012/AlbisserHeidi_METAP_Eine_Ethik_Leitlinie_zur_Unterstue.pdf

einer Methodik (von denen es, wie bereits erläutert, zahlreiche verschiedene gibt, unter anderem das METAP-Modell) folgen, die die folgenden Kriterien erfüllt:

- Genaue Beschreibung und Erfassung der Ausgangslage sowie der möglichen Handlungsoptionen
- Festlegung der normativen Hintergrundkriterien
- Einzelne Bewertung aller Handlungsoptionen
- Synthese der dadurch gewonnenen Erkenntnisse
- Formulierung möglichst klarer Empfehlungen
- Beurteilung des Ergebnisses nach der Beratung

[48]

Weitere Forschung im Bereich der Ethikberatung ist unerlässlich, um so empirisch zu besserer Beratung gelangen zu können. Diese Forschung könnte einerseits qualitativ bestimmte Aspekte erfassen, die die vorliegende Studie nicht mit einschließen konnte, beispielsweise die Kommunikation zwischen Fallberatern in normalen Sitzungen sowie in der Fallberatungssituation. Quantitative Studien könnten im Rahmen semistrukturierter Interviews quantitativ die Unterschiede zwischen ethischen Einschätzungen und Beruf der Berater, sowie ethische Einschätzungen und ethische Ausbildung der Fallberater erfassen, außerdem das Maß der subjektiv-intuitiven Entscheidungen konkretisieren.

Kapitel 7

Kurzfassung

Deutschlandweit sind inzwischen an den meisten Kliniken sogenannte *Klinische Ethikkomitees* etabliert. Diese Institution gilt als eine der besten Instrumente zur Verbesserung der Patientenversorgung bei vorhandenen ethischen Konflikten. Die Mitglieder setzen sich in der Regel aus Vertretern der beiden christlichen Kirchen, Ärzten, Pflegekräften und dann noch wahlweise Philosophen, Psychologen und Juristen zusammen. Auch am Uniklinikum Regensburg ist ein solches Gremium tätig und bietet dabei auch eine Fallberatung in ethischen Konfliktsituationen an.

Die medizinische Ethik ist sehr weit gefächert und *normative Ethiken*, wie der kategorische Imperativ von Kant, die Tugendethik oder der Utilitarismus, sind von großer Bedeutung in theoretischen Diskussionen, es stellt sich jedoch die Frage inwieweit diese argumentativen Gerüste in der Praxis angewendet werden können und auch von den Mitgliedern angewendet werden. Da es in dem Bereich noch keine Untersuchung in Deutschland oder Europa gegeben hatte, setzte sich nachfolgende Arbeit zum Ziel durch eine *qualitative Studie* mit Hilfe offener Interviews die grundsätzlichen Haltungen der Ethikkomitee-Mitglieder, hier beispielhaft am Uniklinikum Regensburg, zu skizzieren, um so auch als Grundlage für weitere Untersuchungen, auch quantitativer Natur, zu dienen.

Es ergab sich ein sehr buntes Bild, durch die verschiedensten Entscheidungsmuster der einzelnen Mitglieder klar wurden. Gemeinsam war die patientenzentrierte Haltung, das grundsätzliche Interesse an ethisch-moralischen Fragestellungen, die Lösungsmöglichkeiten ebendieser reichten jedoch von streng kantianischen Sichtweisen über individuell angepasste ethisch-theoretischen Hintergründe bis hin zu rein intuitiver Gewissensentscheidung. Diese weite Streuung bei grundsätzlich gleichem Ziel zeigt eine gute Abbildung unserer pluralistischen Gesellschaft und ist im Kern positiv zu bewerten. Die Arbeit setzt sich nach Darstellung dieser Ergebnisse mit der Frage auseinander, wie eine „richtige“ *Entscheidung* in der Praxis erreicht werden kann. Dazu gehört in erster Li-

nie auch die Auseinandersetzung mit normativen Ethiken, was eine bessere theoretische Ausbildung der Ethikberater und auch der anderen Mitglieder wünschenswert machen würde zur Schaffung einer gemeinsamen Kommunikationsgrundlage in ethischen Fragen, wofür jedoch im Moment häufig die Rahmenbedingungen noch nicht gegeben sind.

Kapitel 8

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe des Literaturzitats gekennzeichnet. Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Diese Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, den 05.07.2019

Regina Balogh

Quellenverzeichnis

Literatur

- [1] Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“. Version 2. *Ethik in der Medizin* 22 (Juni 2010), S. 149–53 (siehe S. 28, 65).
- [2] Carlet J et Al. „Challenges in end-of-life-care in the ICU:statement of the 5th International Consensus Conference in Intensive Care“. *Critical Care Medicine* 32 (Aug. 2004), S. 1781–4 (siehe S. 24).
- [3] Uwe Janssens et Al. „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“. *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv-und Notfallmedizin* (Dez. 2013) (siehe S. 24, 25).
- [4] Heidi Albisser-Schleger u. a. *Klinische Ethik - METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Jan. 2012 (siehe S. 68).
- [5] Peter Allmark. „An Argument for the use of Aristotelian Method in Bioethics“. *Medicine, health care, and philosophy* 9 (Feb. 2006), S. 69–79 (siehe S. 13, 66).
- [6] Peter Allmark. „Virtue and austerity“. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals* (2013) (siehe S. 13).
- [7] Dr. med. Andrea Dörries, Prof. Dr. Alfred Simon und Prof. Dr. med. Georg Markkmann Mph. „Ethikberatung im Krankenhaus – Sachstand und kritischer Ausblick“. *Ethik in der Medizin* 27 (2015), S. 249–253 (siehe S. 28–30).
- [8] Derek C. et Al. Angus. „Use of Intensive care at the end of life in the United States An epidemiologic study“. Version 3. *Critical Care Medicine* 32 (März 2004) (siehe S. 30, 64).
- [9] Tom Beauchamp und James Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. Aufl. Oxford: Oxford University Press, 2013 (siehe S. 14–16, 18, 64, 67).
- [10] Jan Beckmann. *Ethische Herausforderungen der modernen Medizin*. 1. Aufl. Freiburg: Verlag Karl Alber, 2009 (siehe S. 16, 20).

- [11] Jan P. Beckmann. „Zur normativen Grundlage der gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik aus ethischer Sicht“. In: Würzburg: Königshausen und Neumann, 2017, S. 9–30 (siehe S. 20, 63).
- [12] Jeremy Bentham. *Eine Einführung in die Prinzipien der Moral und der Gesetzgebung*. 1. Aufl. Saldenburg: Verlag Senging, 2016 (siehe S. 10).
- [13] Bundesärztekammer. „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung“. *Deutsches Ärzteblatt* 108.7 (Feb. 2011) (siehe S. 24).
- [14] Deutscher Bundestag. „Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“. *Bundesgesetzblatt* 48 (Okt. 2009) (siehe S. 25).
- [15] Jens Clausen. „Zur Bedeutung des Reflexionsgleichgewichts für die Spezifizierung allgemeiner Prinzipien zu prima facie gültigen moralischen Regeln“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 378–97 (siehe S. 18, 19).
- [16] K. Danner Clouser und Bernard Gert. „Eine Kritik der Prinzipienethik“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 88–108 (siehe S. 19).
- [17] Roger Crisp. „The duty to do the best for one*s patient“. *Journal of Medical Ethics* 41.3 (2015), S. 220–223. eprint: <https://jme.bmj.com/content/41/3/220.full.pdf>. URL: <https://jme.bmj.com/content/41/3/220> (siehe S. 23).
- [18] J. Randall Curtis und Jean-Louis Vincent. „Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit“. *Lancet* 375 (Okt. 2010), S. 1347–53 (siehe S. 25, 64).
- [19] Norman Daniels. „Das weite Überlegungsgleichgewicht in der Praxis“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 340–65 (siehe S. 18).
- [20] Lincoln Denzin. *Handbook of Qualitative Research*. 3. Aufl. SSAGE Publications Ltd, 2005 (siehe S. 33).
- [21] Laertius Diogenes. *Leben und Lehre der Philosophen*. Ditzingen: Reclam, 1998 (siehe S. 11, 12).
- [22] Andrea Dörries u. a. *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer W. GmbH, Mai 2008 (siehe S. 29).

- [23] A. Dr.rer.med.TimoSauerM. „Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen“. *Ethik in der Medizin* 27 (2014), S. 123–140 (siehe S. 65).
- [24] Petra Gelhaus. „The desired moral attitude of the physician: (I) empathy.“ *Medicine, health care, and philosophy* 15 2 (2012), S. 103–13 (siehe S. 26).
- [25] Raanan Gillon. „Deontological Foundations For Medical Ethics?“ *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 290.6478 (1985), S. 1331–1333. URL: <http://www.jstor.org/stable/29519090> (siehe S. 8).
- [26] Raanan Gillon. *Primum non nocere and the principle of non-maleficence*. 1985, S. 130–1 (siehe S. 15).
- [27] Michael et Al. Gommel. „Didaktische und pädagogische Grundlagen eines fallorientierten Seminar-Lehrkonzepts für das Fach Medizinische Ethik“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22 (Aug. 2005) (siehe S. 27).
- [28] Jürgen Habermas. *Erläuterungen zur Diskursethik*. 6. Aufl. Berlin: suhrkamp, 1991 (siehe S. 29).
- [29] Jodi Halpern. „What is Clinical Empathy?“ *Journal of General Internal Medicine* 18.8 (2003), S. 670–674 (siehe S. 26).
- [30] Peter Harasym, Tien Ching Tsai und P. Hemmati. „Current trends in developing medical students’ critical thinking abilities.“ *The Kaohsiung journal of medical sciences* 24 7 (2008), S. 341–55 (siehe S. 27, 64).
- [31] F Heubel. „Kant and medical ethics. Introduction to the theme“. *Med Health Care Philos* 1 (Aug. 2005), S. 3–4 (siehe S. 8, 66).
- [32] F. Heubel und Biller-Andorno. „The contribution of Kantian moral theory to contemporary medical ethics: A critical analysis“. Version 5. *Med Health Care Philos* (Aug. 2005) (siehe S. 8–10, 66).
- [33] Elisabeth Hildt. „Vom Miteinander und Gegeneinander der Beauchamp und Childress Prinzipien“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 315–39 (siehe S. 14, 17, 18, 68).
- [34] Ottfried Höffe. *Einführung in die utilitaristische Ethik*. 5. Aufl. Stuttgart: A.Francke UTB, 2013 (siehe S. 10, 11).
- [35] Ottfried Höffe. *Medizin ohne Ethik?* 2. Aufl. edition suhrkamp, 2002 (siehe S. 8, 10, 11, 64).

- [36] Claire A. Hooker. „Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice.“ *Medicine, health care, and philosophy* 18 4 (2015), S. 541–52 (siehe S. 26).
- [37] Christiane Imhof und Martin Mattulat. „Klinische Ethik: Konzepte, Kasuistiken Und Komitees“. *Ethik in der Medizin* 23.2 (2011), S. 163–168 (siehe S. 29, 30).
- [38] Albert R. Jonsen. „Kasuistik: Eine Alternative oder Ergänzung zu Prinzipien“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 146–62 (siehe S. 19).
- [39] Ralf J. Jox. „Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?“ Version 2 26 (Juni 2014), S. 87–90 (siehe S. 28, 30, 31, 63, 65).
- [40] Tobias Kagerl. „Analyse von ethischen Konflikten in der Intensivmedizin bei Ärzten und Pflegenden“ (Juni 2015). URL: <https://epub.uni-regensburg.de/31908/> (siehe S. 1).
- [41] Byron Kaldis. „Could the ethics of institutionalized health care be anything but Kantian? Collecting building blocks for a unifying metaethics“. *Medicine, health care, and philosophy* 8 (Feb. 2005), S. 39–52 (siehe S. 9).
- [42] Immanuel Kant. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Reclam, 1986 (siehe S. 7, 8, 16).
- [43] Immanuel Kant. *Kritik der praktischen Vernunft*. Reclam, 1986 (siehe S. 7, 8, 16).
- [44] Kristján Kristjánsson. „Phronesis as an ideal in professional medical ethics: some preliminary positionings and problematics“. *Theoretical medicine and bioethics* 36 (Sep. 2015) (siehe S. 13, 67).
- [45] Eric B. Larson und Xin Yao. „Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship.“ *JAMA* 293 9 (2005), S. 1100–6 (siehe S. 26).
- [46] Cinzia Leuter u. a. „Ethical difficulties in healthcare: A comparison between physicians and nurses“. *Nursing Ethics* 25.8 (2018), S. 1064–1074 (siehe S. 23).
- [47] John M. Luce. „End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit“. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 182.1 (2010). PMID: 20194809, S. 6–11 (siehe S. 64).
- [48] Georg Mackmann. „Wann ist eine ethische Analyse eine gute ethische Analyse? Ein Plädoyer für die Methodenreflexion in der Medizinethik“. *Ethik in der Medizin* 25 (Juni 2013), S. 87–88 (siehe S. 65, 69).
- [49] Giovanni Maio. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. 1. Aufl. Freiburg: Schattauer, 2012 (siehe S. 1, 6–8, 10–17, 23, 25, 26, 63, 67).

- [50] Marcel Mertz u. a. „Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation“. *Ethik in der Medizin* 26 (Feb. 2014), S. 91–104 (siehe S. 68).
- [51] Eric Meslin. *Protecting human subjects from harm in medical research : a proposal for improving risk judgments by institutional review boards* /. März 2019 (siehe S. 15).
- [52] John Stuart Mill. *Über die Freiheit*. Ditzingen: Reclam, 1974 (siehe S. 16).
- [53] John Stuart Mill. *Utilitarismus*. Ditzingen: Reclam, 2006 (siehe S. 10).
- [54] Beate Mitzscherlich und Stella Reiter-Theil. „Ethikkonsultation Oder Psychologische Supervision? Kasuistische Und Methodische Reflexionen Zu Einem Ungeklärten Verhältnis“. *Ethik in der Medizin* 29.4 (2017), S. 289–305 (siehe S. 29).
- [55] Noriko Nagao, Yasuhiro Kadooka und Atsushi Asai. „Comparison of ethical judgments exhibited by clients and ethics consultants in Japan“. *BMC medical ethics* (2014) (siehe S. 2, 30).
- [56] F. Nauck. „Ethische Aspekte in der Therapie am Lebensende“. 106.2 (Okt. 2011), S. 137–148. URL: <https://doi.org/10.1007/s00063-011-0057-y> (siehe S. 24, 25).
- [57] F Nauck, G Marckmann und J In der Schmitt. „Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin“. 53.1 (Jan. 2018), S. 62–70 (siehe S. 25).
- [58] Gerald Neitzke und Daniel Strech. „Qualität und Ethik- Beiträge zur guten Gesundheitsversorgung“. Version 3. *Ethik in der Medizin* 29 (Sep. 2017), S. 183–85 (siehe S. 30).
- [59] Gerald Neitzke u. a. „Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens: AG „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)“. *Ethik in der Medizin* 27 (Juli 2015) (siehe S. 27).
- [60] Jan P. Beckmann. „Ethik in der Medizin in Aus und Weiterbildung aus der Sicht der Philosoph“. *Ethik in Der Medizin - ETHIK MED* 18 (Dez. 2006), S. 369–373 (siehe S. 6).
- [61] Reidar Pedersen. „Empirical research on empathy in medicine-A critical review.“ *Patient education and counseling* 76 3 (2009), S. 307–22 (siehe S. 26).
- [62] Oliver Rauprich. „Prinzipienethik in der Biomedizin- Zur Einführung“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 11–47 (siehe S. 13, 14, 17, 18).

- [63] John Rawls. *A Theory of Justice*. 1. Aufl. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2005 (siehe S. 17, 18).
- [64] John Rawls. *Justice as Fairness A Restatement*. 2. Aufl. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2001 (siehe S. 17, 18).
- [65] Henry S. Richardson. „Spezifizierung von Normen als ein Weg zur Lösung konkreter ethischer Probleme“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 252–90 (siehe S. 17).
- [66] Jane Ritchie und Jane Lewis. *Qualitative research practice. A guide for Social Science Students and Researchers*. 2. Aufl. SAGE Publications Ltd., 2013 (siehe S. 5, 33–40, 44–46).
- [67] J. Schildmann, B. Dahmann und J. Vollmann. „Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Empirische Daten, ethische Analysen“. *Frankfurter Forum* 11 (Okt. 2015), S. 22–29 (siehe S. 24).
- [68] Bettina Schöne-Seifert. *Grundlagen der Medizinethik*. 2. Aufl. Stuttgart: Kröner, 2007 (siehe S. 1, 6, 8, 15, 16, 64).
- [69] Barbara Secker. „The appearance of Kant’s Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Autonomy“. *J Med Philos.* 24.1 (Feb. 1999), S. 43–66 (siehe S. 8, 16).
- [70] Johanna Shapiro. „Walking a mile in their patients’ shoes: empathy and othering in medical students’ education“. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM* 3 (2008), S. 10–10 (siehe S. 26, 64).
- [71] Shu-Je Shiau und Chung-Hey Chen. „Reflection and critical thinking of humanistic care in medical education“. *The Kaohsiung journal of medical sciences* 24 7 (2008), S. 367–72 (siehe S. 26, 27, 64).
- [72] Holm Soren. „Nicht nur Autonomie- die Prinzipien der amerikanischen biomedizinischen Ethik“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 210–25 (siehe S. 16).
- [73] Michael Steinmann. „Ein Prinzip für die Prinzipien. Kantianische Einwände gegen den Ansatz von Beauchamp und Childress“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 120–45 (siehe S. 19, 67).
- [74] Meinolfius Strätling. „Ethische Kernkompetenzen in die Medizin zurückholen“. Version 17. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2011), S. 825–8 (siehe S. 31, 65).

- [75] Carson Strong. „Spezifizierte Prinzipienethik: Was ist sie und löst sie Fälle wirklich besser als die Kasuistik?“ *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 291–314 (siehe S. 19).
- [76] Andreas Vieth. „Situation versus Fall. Zum Prinzipienbegriff in kasuistischen Ethiken“. *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis (Kultur der Medizin)-Hrsgb. Oliver Rauprich, Florian Steger* (Okt. 2005), S. 163–91 (siehe S. 19).
- [77] Laura Walton und Dominic Bell. „The ethics of hastening death during terminal weaning“. *Current opinion in critical care* 19 (Dez. 2013), S. 636–41 (siehe S. 24).
- [78] Susanne Weidemann-Zaft und Maximilian Schochow. „Strukturelemente von Ethikberatung“. *Ethik in der Medizin* (Juni 2012), S. 1–4 (siehe S. 28, 29, 66).
- [79] Eva C. Winkler u. a. „Münchener Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende“. *Ethik in der Medizin* 3 (Sep. 2012) (siehe S. 24, 25).

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen, die mich bei der Erstellung dieser Doktorarbeit unterstützt haben, bedanken. Zunächst möchte ich Herrn Prof. Dr. Bernhard Graf für die Möglichkeit der Promotion am Lehrstuhl für Anästhesiologie mein Dank aussprechen.

Mein herzlicher Dank gebührt Herrn Prof. Dr. Thomas Bein für die Überlassung des Dissertationsthemas in dem spannenden Gebiet der Medizinethik und die durchgehende Betreuung während der Entstehung dieser Arbeit, vielen Dank für die zahlreichen Ratschläge und Deine stets freundliche und offene Art, die die Entstehung dieser Arbeit in großem Maße erleichterte. Ich wünsche Dir von Herzen alles Gute für den mehr als wohlverdienten Ruhestand, erfüllt mit vielen bereichernden Momenten im Kreise Deiner Lieben.

Frau Prof. Dr. Karin Pfister möchte ich ganz herzlich für die Übernahme der Stelle als Zweitbegutachter danken.

Mein Dank geht auch an meine Familie, an meinen Mann Alin Gherman, der mir mit Rat und Tat vor allem bei der Formatierung der Arbeit zur Seite stand und zudem mir die Rahmenbedingungen für ein ruhiges Arbeiten schuf und nicht selten meine abhanden gekommene Motivation auf liebevolle Art zurückbrachte. Herzlichen Dank auch an meine Eltern Zsuzsanna Balogh und Vilmos Balogh, die unter den Ersten meine Arbeit lasen und mir noch den ein oder anderen Hinweis gaben und mich außerdem stets fürsorglich begleitet haben in all dieser Zeit. Ein Dank geht auch an meine kleine Tochter Linda, die mir stets ein Lächeln auf die Lippen brachte, auch an manchen schweren Tagen.

Ein großer Dank gilt auch allen Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees, die an der Studie teilgenommen haben und sich viel Zeit nahmen für die Interviews, danke für die flexible Termingestaltung und jede dieser Arbeit geschenkte Minute Zeit.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei allen meinen lieben Freunden bedanken, die mich in der langen Zeit des Studiums und auch der Verfassung der Dissertation begleitet haben und für mich wie ein Teil meiner Familie sind, danke für jedes liebe und unterstützende Wort, für jede helfende Geste und für jedes offene Ohr.