

Monika Bobbert

4.38 Ethik im Medizinstudium und Ethikberatung in der Klinik

Abstract: Seit 2003 ist neben der Medizingeschichte und -theorie die Medizinethik Bestandteil des Pflichtstudiencurriculums (Querschnittsbereich GTE). Einem relativ geringen Stundenkontingent stehen anspruchsvolle kognitive, emotionale, handlungs- bzw. lösungsorientierte Lehrziele gegenüber. Die unausweichliche Kluft zwischen Lehrzielen und Vermittlungsergebnissen bedürfte einer neuen Lehrdiskussion. Die Vorbereitung der Studierenden auf schwierige moralische Entscheidungen am Lebensende bleibt nach wie vor ein Desiderat.

Ethikberatung ist mittlerweile in vielerlei Form (u.a. Komitee, Konsil auf Station) in deutschen Kliniken etabliert. Eine Besonderheit ethischer Beratungsstrukturen ist ihre Interdisziplinarität: Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen bringen ihre professionellen Kenntnisse und Perspektiven ein, um gerade bei komplexen Problemkonstellationen eine umfassende Versorgung des Patienten zu fördern. Insbesondere Behandlung und Begleitung schwerstkranker Patienten, die sich nicht mehr äußern können, sind oft Gegenstand ethischer Reflexion. Für die Inanspruchnahme der Ethikberatung durch Ärzte muss nach wie vor Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Since 2003, Medical Ethics, along with the history and the theory of medicine, has been a part of the obligatory curriculum in the study of medicine (cross-sectional area History, Theory, Ethics of Medicine). The goals of teaching are demanding; they are of a cognitive, emotional, and action or solution-oriented nature, but they are given only a small contingent of hours. The unavoidable gap between the course goals and the results require a renewed discussion of the course. Preparing students for difficult moral decisions at the end of life still remains a desideratum.

Ethical counselling is now established in German clinics in manifold forms (e.g. committees, counsel in the ward). A peculiarity of ethical counselling structures is their interdisciplinarity. People from diverse professions contribute their professional knowledge and points of view, in order to further comprehensive patient care, especially in complex and problematical situations. In particular, treating and accompanying the most severely ill patients, who cannot express themselves, are often the objects of ethical reflections. Persuading physicians to make use of ethical counselling still requires work to be done.

Keywords: Ethikberatung, Ethikkomitee, Ethik-Konsil, Medizinethik, Medizinstudium, Didaktik der Medizinethik, Konfliktlösung, moralische Urteilsbildung, ethische Argumentation, Arztethos, Moralpädagogik, Lehrziele

Prof. apl. Dr. Monika Bobbert Dipl.-Psych, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg

1 Entwicklung der Medizinethik

1.1 Arztethos und Medizinethik

Ethische Überlegungen zur Anwendung der Heilkunst sind so alt wie die Medizin selbst. Im Hippokratischen Eid wurden erstmals die moralischen Pflichten des Arztes umfassend expliziert und bis in die Moderne rezipiert.¹ Das Arztethos, das heute u.a. in Berufsordnungen fixiert ist, umfasst sowohl Normen wie „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot“ und „Es gilt, dem Kranken nicht zu schaden“ als auch Grundhaltungen wie Verschwiegenheit und Hilfsbereitschaft. Allgemein gesprochen zählen alle Normen, Wertüberzeugungen und Haltungen, die das Ziel haben, das Handeln im medizinischen Bereich an moralischen Maßstäben auszurichten, zum Berufsethos. Ein solches Ethos ist hilfreich, wenn Standardsituationen bekannt sind, sich die Gruppe der Handelnden als Einheit versteht und alle Betroffenen und die umgebende Gesellschaft die moralischen Normen und Wertüberzeugungen einvernehmlich teilen. Ab den 1970er Jahren zeigte sich, dass ärztliche Standeskodizes allein nicht mehr ausreichten, und es entwickelte sich eine Medizinethik, die argumentativ und interdisziplinär ausgerichtet war.²

Mehrere Einflussfaktoren gaben Anlass zu diesem Wandel: So erforderten neue medizinische Therapiemöglichkeiten in der Intensiv- und Transplantationsmedizin neuartige Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod. In der Reproduktionsmedizin, der Humangenetik und den Neurowissenschaften eröffneten neue Erkenntnis- und Therapiemöglichkeiten andere Formen des Umgangs mit Krankheit und Fortpflanzung. Auch erschwerte eine zunehmende Pluralität der gesellschaftlichen Lebensstile und Moralauffassungen die Festlegung von Normen für das medizinische Handeln. In Öffentlichkeit und Wissenschaft entstand außerdem ein kritisches Bewusstsein dahingehend, dass medizinische Entscheidungen neben Fachwissen immer auch zu rechtfertigende moralische Wertungen enthalten. Zusätzlich machten kritische Stimmen innerhalb der Medizin darauf aufmerksam, dass sich das ärztliche Handeln und Entscheiden nicht selten an zweckrationalen Gesichtspunkten,

¹ Vgl. für den Hippokratischen Eid in dt. Übers. *Leven* (2005).

² Dieser Beitrag betrachtet die deutschsprachige Entwicklung der Medizinethik an den medizinischen Fakultäten. Im angelsächsischen Sprachraum stellen sich Entwicklung, Inhalte und Methoden teilweise anders dar. Vgl. u.a. *Fletcher* (1995); vgl. für die Niederlande z.B. *ten Have* (1997).

etwa Routinen und hierarchischen Vorgaben oder Rechtsvorschriften ausrichte und weniger an den Wünschen und Kontexten der jeweiligen Patienten.³ Aber auch Patienten und Angehörige selbst forderten angesichts umfassender medizinisch-technischer Möglichkeiten einen transparenten Dialog mit den beruflichen Helfern⁴ und einen humanen Umgang mit Krankheit, Behinderung und Sterben. Die heutige Medizinethik zielt als Teildisziplin der praktischen Philosophie auf die ethische Reflexion von Handlungen und Institutionen und entsprechend setzen sich neben Medizinerinnen auch Theologen und Philosophen mit moralischen Fragen der Medizin auseinander.

1.2 Vermittlung von Medizinethik im Studium

Seit der Antike war das Studium der Medizin nicht nur naturwissenschaftlich, sondern auch geisteswissenschaftlich ausgelegt. Im 19. Jahrhundert erfuhr die Medizin eine stark naturwissenschaftliche Orientierung, die jedoch seit den 1960er Jahren mit der Etablierung medizinhistorischer Lehrstühle und Fächern wie „Medizinische Psychologie“ und „Soziologie“ wieder etwas erweitert wurde. Davon abgesehen herrschte aber die Auffassung vor, das ärztliche Ethos müsse in der Praxis vorgelebt und eingeübt werden. Solange das Arztethos unstrittig war, erfolgte die Vermittlung eines guten Umgangs mit dem Kranken über das Nachahmen intuitiv gewählter „Vorbilder“ am Krankenbett und moralische Themen wurden bei der Erörterung von Krankheitsbildern und Fallbesprechungen implizit mit abgehandelt.

Als sich abzeichnete, dass im Zug einer „neuen“ Medizinethik die explizite Auseinandersetzung mit ethischen Fragen unumgänglich wurde, veränderte sich an den Fakultäten ab den 1980er Jahren die Art und Weise der Vermittlung.⁵ So boten medizinhistorische Institute nun Ethik-Veranstaltungen an, oftmals Falldiskussionen oder Seminare, z.B. zu klinisch-ethischen Themen wie „informierte Zustimmung“, „Schweigepflicht“ oder „Arzt-Patient-Beziehung“. Inhalt dieser freiwilligen Lehrangebote war eine explizite Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, eine kritische Überprüfung des ärztlichen Handelns und die Entwicklung von Lösungen für konkrete Praxisprobleme. Die von Universität zu Universität in den 1980er und 1990er Jahren hinsichtlich Umfang, Inhalt und Methoden recht unterschiedlichen medizinethischen Veranstaltungen beruhten auf der Initiative einzelner Lehrkräfte und interdisziplinär zusammengesetzter oder studentischer Arbeitskreise. Ihre Kontinu-

³ Vgl. z.B. Köhle u.a. (1973); van Uexkuell (1973).

⁴ Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird im Folgenden überwiegend die grammatikalisch männliche Form verwendet, wenn sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind.

⁵ Vgl. für berufspolitische Diskussionen u.a. *Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin* (1989), *Deutscher Ärztetag* (1991).

ität hing vom Engagement aller Beteiligten ab.⁶ Abgesehen von diesen Angeboten für interessierte Studierende etablierte sich der für alle verpflichtende medizinethische Unterricht an deutschen Hochschulen im Unterschied zu vielen angelsächsischen Ländern erst spät, obwohl häufiger auf das Desiderat hingewiesen wurde.⁷ Die Diskussion über die Einführung des Fachs Medizinethik als pflicht- und prüfungsrelevantem Ausbildungsfach im Rahmen des Medizinstudiums zog sich länger als eine Dekade hin,⁸ bis schließlich die neue Approbationsordnung 2002 den Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin (GTE)“ als Pflichtfach der ersten klinischen Prüfung nannte.⁹ Der Stundenumfang dieses benoteten Querschnittsbereichs, der im klinischen Abschnitt angesiedelt ist, variiert an den Fakultäten, umfasst im Durchschnitt des gesamten Studiums aber lediglich 29 Unterrichtsstunden.¹⁰ Für die Medizinethik stehen je nach Institutsprofil ca. 10 bis 15 Semesterwochenstunden zur Verfügung. Zusätzlich zu diesen begrenzten Vermittlungsmöglichkeiten im Rahmen des Pflichtcurriculums bieten einige Fakultäten noch Wahlfachseminare im vorklinischen und klinischen Abschnitt für interessierte Studierende an.

Angesichts der im Pflichtcurriculum zeitlich sehr begrenzten Möglichkeiten dürfte es allerdings schwierig sein, mehr als eine Sensibilisierung für ausgewählte ethische Fragestellungen zu erreichen. Denn die von vielen Beteiligten geforderte Fähigkeit zur Reflexion und Lösung ethischer Probleme lässt sich unter diesen Rahmenbedingungen vermutlich nur schwerlich vermitteln.¹¹

6 Vgl. für einen Einblick in verschiedene Initiativen und Vermittlungsmodelle *Heister/Seidler* (1989), S. 13; *Kahlke/Reiter-Theil* (1992); *Reiter-Theil* (1997), ein Themenheft der Zeitschrift *Ethik in der Medizin* 6 (1994); von *Engelhardt* (1994) sowie *Frewer* (Hg.) (1994).

7 Vgl. *Brand/Seidler* (1978); *Illhardt* (1989), *Illhardt/Seidler* (1991), S. 98–100, *Anschütz* (1998), *Schweidtmann* (1997). In einer Umfrage von *Sponholz/Baitsch* (1998), S. 192, gaben 75 Prozent der Ärzte im Praktikum an, das Lösen ethischer Konflikte im Studium nicht gelernt zu haben.

8 Die Ausbildungsordnung der 7. Änderungsnovelle der *Ärzteapprobationsordnung* von 1989 erwähnte lediglich als allgemeines Vermittlungsziel die „geistigen und ethischen Grundlagen der Medizin“; ein *Referentenentwurf* von 1997 sah im Medizinstudium Wahlpflichtveranstaltungen zur Ethik vor. Vgl. außerdem die Empfehlungen der *Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin* (1989) 1, S. 59–62.

9 Vgl. *Ärztliche Approbationsordnung* vom 3.7.2002, in Kraft getreten am 1.10.2003.

10 Vgl. *Möller u.a.* (2006), S. 2.

11 Vgl. dazu auch die Befragung von *Strube u.a.* (2011).

1.3 Ziele, Inhalte und Methoden der medizinethischen Lehre

1.3.1 Ziele der medizinethischen Lehre

Nach mehr als einer Dekade der Lehrinitiativen zur Medizinethik an medizinischen Fakultäten¹² wurde in die Novelle der Approbationsordnung für Ärzte 2002¹³ erstmals die Medizinethik in das Pflichtstudium aufgenommen: Im Querschnittsbereich Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) seien „die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“¹⁴ zu vermitteln. Fallbezogen solle ein Prüfling im zweiten Abschnitt zeigen, dass er „die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten unter Berücksichtigung insbesondere auch ethischer Fragestellungen kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung auch bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden fähig ist.“¹⁵ Die beiden Fachverbände „Medizingeschichte“ und „Akademie für Ethik in der Medizin“ präzisierten 2009 nach einigen Jahren der Curriculumsentwicklung und Lehrerfahrung die Ziele, Inhalte und Methoden des Querschnittsbereichs: Generell zähle zu den Ausbildungszielen des Medizinstudiums „neben fachlich-medizinischen Kompetenzen auch deren kritische Reflexion und verantwortungsbewusste Anwendung“.¹⁶ Insbesondere sollten die Studierenden „Veränderungen des historischen Kontextes, des wissenschaftstheoretischen Verständnisses und der moralischen Überzeugungen wahrnehmen und reflektieren“¹⁷. Als ärztliche Haltung seien „die Bereitschaft zur Übernahme von Mitverantwortung für das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen von Menschen, der Respekt vor der Autonomie der Patientin/des Patienten und eine an Menschenwürde, Fürsorglichkeit und Wahrhaftigkeit orientierte Grundeinstellung“¹⁸ anzustreben.

Diejenigen Lehrkonzeptionen, die sich in den 1990er Jahren als freiwillige Ethik-Angebote herausgebildet hatten, waren nach 2003 häufig in den Pflichtunterricht

12 Vgl. u.a. *Sporcken* (1982), *Toellner* (1987), S. 17–26, *Püschel* 1989; *Sponholz u.a.* (1991), *Heubel* (1994), *Kaminsky* (1994); *Moriabadi* (1994), *Schmidt* (1994), *Schwarz* (1994), *Wiesemann* (1994), *Kahlke/Reiter-Theil* (1995), *von Engelhardt* (1997), *Sponholz u.a.* (1999); *Widder* (1994), *Fehr* (1994), *Dressel/Reiter-Theil* (1997). Die Auflistung der Beiträge zur Medizinethik-Lehre in Deutschland zwischen 1980 und 2002 beansprucht keine Vollständigkeit, soll aber einen Überblick über die Vielfalt der Initiativen und Curricula geben. Insbesondere die freiwilligen Lehrveranstaltungen zur Medizinethik in den 1990er Jahren stellten wichtige Vorerfahrungen für die heutige Lehre zur Medizinethik dar, was Ziele, Inhalte und Methoden anbelangt.

13 Vgl. *Ärztliche Approbationsordnung* (2002).

14 *Ärztliche Approbationsordnung* (2002), S. 2405, § 1.

15 *Ärztliche Approbationsordnung* (2002), S. 2414, § 28.

16 Vgl. *Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)* (2009), S. 1; vgl. zuvor *Akademie für Ethik in der Medizin* (2003).

17 *Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin* (2009), S. 1.

18 *Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin* (2009), S. 1.

überführt und an die curricularen Rahmenbedingungen angepasst worden. Auf Grund des gestiegenen Lehraufwands trat jedoch zu den erfahrungsbezogenen Methoden, die in kleinen Seminargruppen möglich gewesen waren, nun angesichts großer Studierenden-Kohorten auch die klassische Unterrichtsform der Vorlesung.¹⁹ Zudem veränderten der Pflichtcharakter und die Notwendigkeit der benoteten Prüfung die Lehrsituation.

Betrachtet man die seither erschienenen Publikationen zum neuen Querschnittsbereich GTE, so zeigt sich, dass sich die Ziele und Inhalte, die sich bereits an den Lehrangeboten zur Medizinethik der 1990er Jahre ablesen lassen,²⁰ in den Ethik-Lehrkonzepten ab 2003 wiederfinden.²¹ An der Vielfalt und Komplexität der Lehrziele lassen sich die Schwierigkeiten der Vermittlung von Ethik im Medizinstudium ermes-

sen: Man wünscht sich den umfassend, also in fachlicher und ethischer Hinsicht „guten“ Arzt, und so bewegen sich die Zielsetzungen auf der kognitiven, emotionalen und praktischen Ebene, d.h. es ist von Wissen, Affekten und Haltungen sowie Fertigkeiten die Rede.²² Auf der kognitiven Ebene, die auf ethische Analyse, Urteilsbildung und Argumentation abzielt, sind Lernzielklassen²³ wie Wissen, Verstehen, Anwenden, Analysieren, Synthetisieren und Bewerten angesiedelt. Auf der affektiven Ebene, die auf moralische Haltungen wie Sorgfalt, Fürsorge, Toleranz und Verantwortungsübernahme ausgerichtet ist, sind Lernzielklassen wie die Wahrnehmung von und der Umgang mit Emotionen und moralischen Positionen, die Fähigkeiten der Selbst- und Fremdwahrnehmung angesiedelt. Auf der praktischen Ebene sollen moralische Probleme gelöst werden. Hier sind neben situationsbezogener Kommunikation komplexe Fähigkeiten wie Kooperations- und Teamfähigkeit und noch weitere Kompetenzen zur Umsetzung des als richtig Erkannten gefordert, etwa organisatorische Fähigkeiten, Konfliktlösungsstrategien, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Erschließen von Handlungsspielräumen und -alternativen.

19 Vgl. Möller u.a. (2006), S. 2: ca. 50 Prozent des Unterrichts findet in Vorlesungsform statt.

20 Vgl. Bobbert/Dietrich (2001), S. 2–6.

21 Der Analyse zu Grunde liegen folgende Publikationen zum GTE-Lehrangebot, die nach 2003 erschienen sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit): Lenk u.a. (2004), von Engelhardt (2004), Maio/Budeberg (2004), Gommel u.a. (2005), Möller (2006), Schildmann u.a. (2007), Neitzke (2006), Themenheft „Ethik im Medizinstudium“ der Zeitschrift für Medizinische Ethik 50 (2004), Neitzke (2004), Neumann (2004), Richter (2004), Sponholz u.a. (2004), Wiesing (2004). Vgl. für Beiträge zu Lehrzielen und Lehrerfahrungen u.a.: Schäfer u.a. (2006), Gommel u.a. (2005a), Gommel u.a. (2005b), Möller u.a. (2006), Schildmann u.a. (2007), Strube u.a. (2011).

22 Vgl. hierzu einen der ersten Beiträge von Reiter-Theil (1995). Vgl. auch Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2009).

23 Vgl. z.B. Bloom (1976).

1.3.2 Kritische Analyse der Lehrziele und Vermittlungsmöglichkeiten

Analysiert man die Publikationen zum Medizinethik-Unterricht, fällt als stärkstes Anliegen bzw. Lehrziel auf, dass der Ethikunterricht primär auf die Wahrnehmung und Lösung konkreter moralischer Probleme des ärztlichen Alltags bezogen wird. Das Anliegen eines „lösungs- bzw. handlungsorientierten“ Unterrichts lässt sich zwar gut nachvollziehen, greift aber zu kurz. Denn vielfach wird angenommen, dass Ethik eine Art Konfliktmoderation darstellt, d.h. dass sich durch Zusammenführen der Perspektiven der Beteiligten zuverlässig eine konsensuelle und praktikable Lösung ergibt. Dieses Verständnis von „Ethik“ tendiert jedoch dazu, die ethische Reflexion zugunsten eines faktischen Kompromisses oder einer zufälligen Übereinstimmung moralischer Intuitionen zu verkürzen. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass das Lernziel „Argumentieren“ deutlich geringeren Stellenwert im Medizinethik-Unterricht zu haben scheint. Auch der Blick in die Unterrichtsinhalte zeigt, dass kognitive Grundlagen, etwa die Einführung in ethische Begriffe und Unterscheidungen, Theorien und Argumentationsformen, eher selten vermittelt werden. Doch jeder Praxisforderung muss das Lernziel einer ethischen Urteilsbildung, die sich argumentativ begründen lässt, vorausgehen. Ohne die Beantwortung der Frage, wie etwas sein sollte, fehlt eine gut begründete Ausgangsbasis, und es besteht die Tendenz einer unkritischen Affirmation des Faktischen und damit eines Verlusts der ethischen Dimension. Außerdem bedarf das Ziel der praxisbezogenen Problemlösungskompetenz einer Differenzierung, um die dazu erforderlichen Einzelkompetenzen aufbauen zu können:

Zur Vermeidung einer Kluft zwischen Lehrzielen und tatsächlichem Lernergebnis, bedürfen die derzeit angeführten Lernziele folgender Ergänzungen: Lehrzielformulierungen bedienen sich häufig der Begriffe Moral, Ethik oder ethische Reflexion, ohne die Begriffe zu erläutern und unterschiedliche Theorieansätze vorzustellen. Bereits die ethische Problemanalyse, d.h. die Frage, ob und warum das Handeln von Personen oder ob institutionelle Regelungen ein ethisches Problem darstellen, kann strittig sein. Ohne metaethisches Wissen fehlen hier wichtige Klärungshilfen.

Außerdem ist trotz des hohen Stellenwerts des Lehrziels „Problemlösungskompetenz“ zu betonen, dass vor einer Veränderung der Praxis erst einmal eine ethische Urteilsbildung erfolgen muss. Nur die Einsicht in die Richtigkeit eines Urteils kann Voraussetzung für Schritte der Veränderung sein. Die Urteilsbegründung stellt also eine *conditio sine qua non* dar, und diese kognitive Kompetenz lässt sich schwerlich ohne theoretische Grundlagen erwerben. Medizinethik, die mittels Vernunft nachvollziehbare Begründungen dafür geben will, warum ein bestimmtes ärztliches Handeln richtig oder falsch, also gesollt, erlaubt oder verboten ist, muss sich also zunächst auf das Denken und Argumentieren richten.

Weiterhin ist in Bezug auf das Lernziel Problemlösungskompetenz begrenzend hinzuzufügen, dass es zur Umsetzung des als aus ethischer Sicht Richtigen komplexer Handlungs- und Konfliktlösungskompetenzen bedarf, die auf der moralischen, individual- und sozialpsychologischen Ebene angesiedelt sind, so z.B. Motivation,

psychologischer, organisatorischer und nicht zuletzt medizinisch-fachlicher Fähigkeiten. Außerdem hängt die Umsetzung meist auch von institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab, also anderen Beteiligten und Strukturen. Will man eine unkritische Anpassung an faktische Gegebenheiten vermeiden, müssen gerade diese Gegenstand diskursiver Auseinandersetzung sein. Will man individuelle Akteure nicht überfordern, gilt es, den Umgang mit begrenzenden Faktoren angesichts der eigenen Möglichkeiten nochmals zu reflektieren und gegebenenfalls konkrete Umsetzungsschritte zu planen.

Selbstredend ist Ethik nicht primär aus theoretischem oder fachwissenschaftlichem Interesse heraus zu lehren. Doch um ein differenziertes Verständnis für die ethische Dimension des ärztlichen Handelns zu entwickeln, um ethische Probleme erkennen und bewerten zu können, bedarf es zunächst einmal eines kognitiven und emotional-analytischen Vermögens. Insofern wären die Lehrziele und Inhalte des Ethik-Unterrichts in der Medizin in ihrer Gewichtung zu überdenken.

1.3.3 Unterschiedliche Verständnisse von „Ethik“ in Lehrzielen

Lehrziele bzw. Ansprüche, die an den Medizinethik-Unterricht herangetragen werden, sind auch deswegen missverständlich und möglicherweise in ihrer komplexen Form nicht einlösbar, weil sie sich nicht unabhängig von einer implizit oder explizit vorhandenen Vorstellung von „Ethik“ festlegen lassen. Im Folgenden werden daher die unterschiedlichen Verständnisse von „Ethik“ rekonstruiert, die sich den Publikationen zum Medizinethik-Unterricht entnehmen lassen:

1. Ethik im engeren Sinne als diskursive ethische Analyse: Wahrnehmung und Erschließung einer Situation, empirische und hermeneutische Prüfung der Situationsbeschreibung, Heranziehung und Abwägung einschlägiger Normen und Regeln, Begründung des ethischen Urteils.
2. Ethik im weiteren Sinne als kommunikative Verständigung: Austausch der Beteiligten über existentielle Wünsche, moralische Werte und Überzeugungen – in der Hoffnung auf einen Konsens.
3. Ethik im weiteren Sinne als Moralpädagogik: Fortbildung der moralischen Identität, indem jemand sich als autonomes moralisches Subjekt begreift und persönlich vertretbare moralische Entscheidungen fällt.
4. Ethik als Berufsmoral: Übernahme und Einübung der faktisch handlungsleitenden Normen und Werte einer Berufsgruppe.
5. Ethik als „richtige“ bzw. „gute“ Psychologie: Fähigkeit zu bestimmten, als „gut“ erachteten Verhaltensweisen,
Individualpsychologie: Auf Interaktionen bezogene Grundfähigkeiten wie z.B. soziale Beobachtungsgabe, Perspektivenwechsel, kommunikative und weitere soziale Kompetenzen;

Sozialpsychologie: „Stimmiges und angemessenes“ Entscheiden und Handeln in Gruppen und Institutionen, „gute“ Konflikt- und Problemlösungsstrategien;
Arbeits- und Betriebspsychologie: Verbesserung von Leitungs- und Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufen etc. in Richtung einer „Humanisierung“.

6. Ethik als Ökonomie: Effektiver und kostensparender Einsatz von Ressourcen.
7. Ethik als Praxis: Tatsächliches Ausführen von als moralisch richtig und gut erachteten Handlungen und Haltungen.

Es wird deutlich, dass die Ethik im engeren Sinn der Ergänzung durch andere Disziplinen bedarf, wenn es darum geht, das als ethisch richtig Erkannte in der Praxis umzusetzen. Jedoch darf die Ethik im engeren Sinn nicht in den sozialwissenschaftlichen Disziplinen Psychologie, Soziologie und Ökonomie aufgehen, will man die genuin ethische Fragestellung „Wie sollte es sein?“ nicht zu Gunsten einer Affirmation des Faktischen, einer unkritischen Übernahme weit verbreiteter Wertvorstellungen oder nicht eigens ausgewiesener, jedoch ethisch relevanter Vorannahmen aufgeben. Außerdem sind zur Präzisierung der in der medizinethischen Didaktikliteratur genannten Unterrichtsziele und zur Klärung der Frage, welche theoretischen und praktischen Disziplinen integriert werden sollten, folgende analytische Unterscheidungen hilfreich:

- Die Unterscheidung zwischen Ethik und Moral, der gemäß unter Moral die in einer (Berufs-)Gruppe oder Gesellschaft faktisch handlungsleitenden Normen und Werte gefasst werden (vgl. Soziologie), während unter Ethik die prüfende und argumentativ begründende Theorie der Moral verstanden wird, verdeutlicht, wann es um Übernahme und Einübung vorgefundener Normen geht und wann um Vermittlung eines rationalen Urteils- und Begründungsvermögens.
- Die Klärung der metaethischen Frage, ob und inwieweit eine vernünftige Begründung ethischer Normen für möglich gehalten wird, hat Auswirkungen auf den Stellenwert der Lehrziele „Argumentieren“ und „Kommunizieren“. Bei Annahme eines prinzipiellen ethischen Relativismus bzw. Non-Kognitivismus würde man angesichts unterschiedlicher subjektiver Wertvorstellungen das Ziel der Kompromissbildung verfolgen. Beim Ausgang von kognitivistischen Ethikansätzen würde man als Lehrziel die argumentative Verständigung unter Bezug auf universell rechtfertigbare Normen und Prinzipien anstreben.
- Die Unterscheidung zwischen philosophischer Ethik als einer Disziplin, die menschliches Handeln bewertet, und Psychologie als einer Disziplin, die menschliches Verhalten bzw. Handeln beschreibt und erklärt, erlaubt es, komplexe Urteils- und Handlungskompetenzen aus der Kenntnis und Kompetenz der jeweiligen Disziplin heraus zu untergliedern und gezielt zu vermitteln.
- Die Unterscheidung zwischen einer strebens- und einer sollensethischen Perspektive kann für inhaltliche Schwerpunktsetzungen relevant sein. So fragt eine Strebensethik nach dem Gelingen des Lebens Einzelner und nach einem guten gesellschaftlichen Zusammenleben. Als Sollensethik bzw. moralisch-normative

Ethik fragt sie nach dem moralisch richtigen Handeln, insofern es die Interessen anderer berührt, und es zu Konflikten kommt. Ihr Verbindlichkeitsanspruch ist ein kategorischer, d.h. er ist allen anderen Ansprüchen vorgeordnet. Entsprechend dieser Unterscheidung könnte man im Medizinethik-Unterricht unterschiedliche Schwerpunkte setzen: Geht es z.B. eher um einen empathischen und dialogorientierten Umgang mit Patienten und humane Arbeitsbedingungen oder möchte man klären, auf welche medizinischen Leistungen Patienten unter allen Umständen ein Anrecht haben?

- Die Unterscheidung zwischen einer individualethischen und einer sozialetischen Betrachtungsweise leitet die Auswahl von Zielen bzw. Inhalten an: Problematisiert man z.B. primär gesellschaftliche und institutionelle Fragen des Gesundheitswesens, wie etwa Prioritätensetzung und Ressourcenverteilung oder aber das Handeln von Individuen oder kleineren Gruppen? Selbst wenn manchmal eine der Perspektiven stärker in den Vordergrund tritt, sollte sowohl der individualethische als auch der sozialetische Fokus eingeübt werden, um eine Problematik nicht zu verkürzen.
- Schließlich kann die selbstverständliche, aber manchmal vielleicht wieder zu vergegenwärtigende Unterscheidung zwischen der Einsicht in die Richtigkeit moralischer Urteile und ihrer Umsetzung in die Tat entlastende Funktion für die Lehrenden haben. Nicht nur die analytische (ethisch wie psychologisch wichtige) Unterscheidung zwischen Erkennen, Wollen und Handeln, sondern auch die Tatsache, dass die Durchsetzung eines für gut und richtig befundenen Handelns entscheidend von individuellen Kompetenzen und strukturellen Rahmenbedingungen abhängt, weisen darauf hin, dass ein fachlich guter und effizienter Ethikunterricht nicht zwangsläufig zu moralisch guten Ärzten führt.²⁴

1.3.4 Inhalte der medizinethischen Lehre

Den größten Raum nehmen entsprechend der Praxis- und Handlungsorientierung des Medizinethik-Unterrichts so genannte „klinische“ Themen ein, die mit dem ärztlichen Berufsalltag verknüpft sind, so beispielsweise Modelle der Arzt-Patient-Beziehung oder Sterbebegleitung. Hinter diesen stehen Optionen wie etwa „Patientenorientierung“ oder die Betrachtung des „ganzen Menschen“ in seiner Verletzlichkeit, die eher einer strebensethischen Dimension zuzuordnen sind. Andere klinische Themen haben eine stark sollensethische Dimension, so etwa Schweigepflicht, informierte Zustimmung zu Diagnostik und Therapie oder zu klinischer Forschung.²⁵ Außerdem

²⁴ Vgl. dazu Sass (1996), S. 3 ff.

²⁵ Vgl. *Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin* (2009) sowie die oben aufgeführten, nach 2003 erschienenen Beiträge zu den Inhalten des GTE-Unterrichts.

sind Themen von gesamtgesellschaftlicher Relevanz vertreten, die in auch primär sol-lensethisch, d.h. moralisch-normativ zu klären sind, so etwa Probleme am Lebensanfang (z.B. vorgeburtliche Diagnostik, Fortpflanzungsmedizin), im Lebensverlauf (z.B. prädiktive genetische Diagnostik oder Transplantationsmedizin) oder am Lebensende (Behandlungsbegrenzung), zudem Fragen der Ressourcenallokation.

Die Publikationen zum GTE-Unterricht erwähnen zwar im Zusammenhang mit diesen Themen teilweise auch „theoretische Einheiten“, doch wird deren Inhalt selten spezifiziert. Ethische Grundlagen wie z.B. Begriffe und Unterscheidungen, metaethische Fragestellungen, ethische Theorieansätze oder methodische Fragen der „Anwendung“ allgemeiner ethischer Prinzipien und Regeln sind selten Gegenstand medizinethischen Unterrichts. Diese Schwerpunktsetzung lässt sich zum einen dem häufigen Hinweis der Literatur entnehmen, dass der theoretische Unterricht immer nur begleitend zu Fallstudien stattfindet, da „reine Theorie-Veranstaltungen“ keinen Anklang fänden, zum anderen dem Inhalt zahlreicher Lehrbücher zum Querschnittsbereich GTE.²⁶

1.3.5 Schlussfolgerungen

Der durchschnittliche Umfang von ca. 29 Unterrichtseinheiten zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin während des gesamten Studiums ist sicherlich nicht ausreichend, um die in der Approbationsordnung und in den Lehrzielen der Fachgesellschaften genannten anspruchsvollen Lehrziele zu erreichen. Die Kluft zwischen den mehrdimensionalen, d.h. kognitiven, emotionalen, handlungs- bzw. lösungsorientierten Lehrzielen und den erreichbaren Vermittlungsergebnissen bedürfte einer neuen, realistischeren Lehrzieldiskussion oder einer Ausweitung des Ethikunterrichts.

Darüber hinausgehende Wahlveranstaltungen werden nur von einem kleinen Teil der Medizinstudierenden wahrgenommen. Der weite Bogen der Wahrnehmung eines ethischen Problems über eine begründete Urteilsfindung bis hin zur praktischen Umsetzung bzw. Problemlösung erfordert Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten aus der praktischen Philosophie/Ethik, Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Sicherlich sind neben übergreifenden Themen wie Therapieentscheidungen angesichts mehrerer medizinischer Möglichkeiten auch spezielle Problembereiche wie Behandlung und Begleitung schwerstkranker oder sterbender Menschen, Verteilungsfragen in der Organtransplantation oder medizinische Forschung am Menschen zu behan-

Vgl. auch neuere Lehrbücher zum Querschnittsbereich, u.a. bspw. *Wiesemann/Biller-Andorno* (2005), *Noack u.a.* (2007), *Riha* (2008), *Schulz u.a.* (2006).

²⁶ Vgl. z.B. *Wiesemann/Biller-Andorno* (2005); *Noack* (2007), *Riha* (2008). Hingegen grundlegender *Schulz u.a.* (2006).

deln, um Medizinstudierende auf Problemstellungen der klinischen Praxis vorzubereiten. Themen- und fallbasierte Methoden sind hilfreich, um Medizinstudierende auf der kognitiven, emotionalen und praktischen Ebene zu erreichen. Wenn jedoch die wissenschaftliche Disziplin der Ethik nicht auf die Artikulation moralischer Positionen und Kommunikation von Beschlüssen mehr oder weniger legitimierter „Entscheider“ und Einflussfaktoren reduziert werden soll, darf die kognitive Ebene der Medizinethik nicht vernachlässigt werden. Ein Konzept einer „Ethik in den Wissenschaften“, die im interdisziplinären Dialog zwischen Medizinern und Ethikern aus Philosophie und Theologie sowie Sozialwissenschaftlern Probleme identifiziert, analysiert und bewertet,²⁷ könnte als Modell des Unterrichtens von Medizinethik dienen. So ließe sich auch die Einsicht in die Relevanz und Akzeptanz ethischer Reflexion in der medizinischen Forschung und Praxis auf Seiten der Studierenden fördern, nicht zuletzt deshalb, weil Modelle gelebter Interdisziplinarität und moralischer Verantwortung motivierende Wirkung hätten. Derzeit steht der Ausbildungsbereich GTE häufig „unvermittelt“ oder besser gesagt isoliert neben dem klinischen und wissenschaftlichen Geschehen der Fakultäten. Nur etwa an einem Viertel der Fakultäten findet die Vermittlung von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Kooperation mit anderen Abteilungen statt.²⁸ Die Notwendigkeit einer „Ethik in der Medizin“ auf der Schnittstelle zwischen medizinischer und gesellschaftlicher Verantwortung erfordert institutionelle Kooperationen auf allen Ebenen. Ethik in der Medizin in diesem Sinne ist ethische Reflexion jener moralischen Fragen, die von der Medizin hervorgebracht werden. An der Problemerkennung und -reflexion müssen neben den Fachwissenschaftlern, Philosophen und Theologen auch andere Disziplinen wie etwa die Sozial-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften beteiligt werden. In dieses Konzept könnte man Studierende durch interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrkooperationen bereits während ihrer Ausbildung eingeführen.

2 Ethikberatung in der Klinik: Entwicklung und Funktionsweise

2.1 Charakteristika der medizinischen Versorgung

Das Praxisfeld der Krankenversorgung ist empirisch und präskriptiv zugleich, d.h. meist sind bei Entscheidungen nicht nur medizinische Fakten, sondern auch ethische Werte und Normen zu berücksichtigen, zumal oft existentielle Belange des Patienten

²⁷ Vgl. *Mieth* (2000), bes. S. 87–97.

²⁸ Vgl. *Möller u.a.* (2006), S. 5.

berührt sind. Außerdem zeichnet sich das Praxisfeld durch starke Hierarchien, eine vielgliedrige Arbeitsteilung und hohen Zeit- und Entscheidungsdruck aus, was zu einer großen psychischen und physischen Belastung der Handelnden führen kann. In vielen Situationen handeln Ärzte, Pflegende und andere professionelle Helfer aus Gewohnheit und mit großer Geübtheit angemessen und richtig. Nach guten Gründen für ihr Handeln befragt, können die Beteiligten jedoch nicht immer mit Argumenten antworten. Spätestens dann, wenn bei der Patientenversorgung ein Konflikt entsteht, weil die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung sind, bedarf es einer ethischen Reflexion, für die im üblichen Krankenhausalltag jedoch Raum und Zeit fehlt.

2.2 Etablierung von Ethikberatung in Krankenhäusern

1997 empfahlen der katholische und der evangelische Krankenhausverband nach einem zweijährigen Konsultationsprozess in einem gemeinsamen Memorandum die Gründung klinischer Ethikkomitees.²⁹ Zunächst folgten Kliniken mit konfessioneller Trägerschaft dieser Empfehlung. Etwas später kamen ähnliche Impulse auch aus Qualitätsmanagements- und Zertifizierungsprozessen: Nun wurde für die Akkreditierung der Nachweis einer Struktur zur Handhabung ethischer Konflikte verlangt.³⁰ Hinter diesen Neuerungen standen ökonomische Gründe der Profilierung im Wettbewerb oder das Anliegen, in einer technisierten Gesundheitsversorgung moralische Werte nicht aus den Augen zu verlieren.

Die Idee der Ethikkomitees stammt aus den USA. Für ihre Entwicklung war der Fall der komatösen Karen Anne Quinlan im Jahre 1976 bedeutsam gewesen: Der oberste Gerichtshof des Staates New Jersey hatte damals gefordert, dass das Krankenhaus und die Familie für die Frage, ob die Apparate, die Frau Quinlan am Leben erhielten, abgeschaltet werden dürften, den Rat eines Ethikkomitees einholen sollten. Damit wurde den seit einigen Jahren bereits informell arbeitenden „ethics committees“ erstmals höchstrichterliche Bedeutung in Bezug auf medizinisch-therapeutische Fragen zuerkannt.³¹ Im Unterschied zu den Ethikkommissionen (institutional review boards), die seit einem Gesetzesbeschluss von 1974 medizinische Forschungsvorhaben am Menschen begutachteten, verfolgten die neuen „ethics committees“ das Ziel, etablierte medizinische Behandlungen angesichts eines Einzelfalls zu hinterfragen und auf ihre moralische Zulässigkeit und Angemessenheit hin zu prüfen. Der Fall Quinlan führte zu lebhaften öffentlichen Diskussionen, in deren Gefolge zunehmend mehr Beratungsgremien entstanden. Hatten 1982 ca. 15 Prozent aller Krankenhäuser ein

²⁹ Vgl. *Evangelischer Krankenhausverband u.a.* (Hg.) (1997).

³⁰ Vgl. für einen Rückblick auf die ersten Entwicklungen in Deutschland *Steinkamp/Gordijn* (2003), S. 73–117.

³¹ Vgl. *Kanoti u.a.* (1995); *Dougherty* (1995).

Ethikkomitee oder eine vergleichbare Struktur, waren es 1987 bereits ca. 80 Prozent aller großen medizinischen Zentren und ca. 60 Prozent aller Krankenhäuser.³² Entsprechend einer nationalen Erhebung von 2007 wiesen 100 Prozent der Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten ein Ethikkomitee auf.³³ Darüber hinaus etablierten sich auch in zahlreichen Alten- und Pflegeheime Ethikkomitees.

In Deutschland richteten seit Ende der 1990er Jahre viele Krankenhäuser institutionelle Strukturen zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung ein. Einer bundesweiten Umfrage zufolge hatten im Jahr 2005 312 Krankenhäuser eine existierende oder im Aufbau befindliche klinische Ethikberatung.³⁴ In 149 dieser Krankenhäuser existierte auch bereits ein klinisches Ethikkomitee. Dies entspricht einem Anteil von 14 bzw. 7 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland. In den Universitätskliniken in Deutschland betrug im Jahr 2007 der Anteil klinischer Ethikberatung 60 Prozent. Zur Hälfte existierte hier auch bereits ein Ethikkomitee oder war im Aufbau begriffen.³⁵

2.3 Aufgaben klinischer Ethikberatung

Zu den Aufgaben klinischer Ethikberatung, sei es im Komitee, sei es in anderer Form, zählen die fallbezogene ethische Beratung, die Erarbeitung von Empfehlungen zum Umgang mit wiederkehrenden ethischen Fragen (Leitlinienentwicklung) und das Anbieten hausinterner Fort- und Weiterbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen.³⁶ Nicht selten werden Ethikberatungen für schwierige Entscheidungssituationen angefragt, die von Kommunikationsblockaden zwischen verschiedenen Berufsgruppen, nicht adäquat diskutierten Meinungsunterschieden oder zwischenmenschlichen Konflikten im Behandlungsteam geprägt sind. Unter Umständen besteht die Ethikberatung dann vor allem aus einer Moderation mit dem Ziel der Zusammenführung von Informationen oder dem Ziel der Konsensfindung. In Konfliktfällen kann eine Beratung daher auch Zeit und Arbeitskraft einsparen. Von ethischen Problemen im engeren Sinn wird man jedoch erst dann sprechen, wenn entweder die einschlägigen ethischen Prinzipien oder deren Anwendung auf den konkreten Fall unklar sind. Dann muss eine ethische Reflexion stattfinden, bei der die Situation interpretiert und die Anwendung moralischer Regeln und Normen diskursiv begründet wird.

Des Weiteren können Leitlinien, die von Arbeitsgruppen entwickelt werden, konkrete Hinweise für den angemessenen Umgang mit sich wiederholenden ethischen

³² Vgl. *Sass* (1990).

³³ Vgl. *Fox u. a.* (2007).

³⁴ *Dörries/Hespe-Jungblut* (2007).

³⁵ *Vollmann* (2008), S. 43.

³⁶ Vgl. *Akademie für Ethik in der Medizin, Vorstand* (2010).

Problemen geben, z.B. bei der kardiopulmonalen Reanimation, beim Legen von PEG-Sonden bei hochbetagten Patienten, oder beim Umgang mit Patientenverfügungen. Sie richten sich an Ärzte und andere Mitarbeiter im Krankenhaus und beziehen sich auf die Voraussetzungen und den Prozess der Entscheidungsfindung oder auf Kommunikation, Dokumentation und Umsetzung. Der Entscheid über Geltung und Verbindlichkeit obliegt der Geschäftsführung des Krankenhauses. Praxisrelevante ethische Leitlinien oder Fortbildungen können Entscheidungshilfen darstellen und tragen auch dazu bei, im Krankenhausalltag Konflikte zu vermeiden und professionelles Arbeiten zu fördern. Denn eine gut funktionierende Ethikberatung dient der Information, Orientierung und Beratung der an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter, der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen.³⁷

Allgemeine Ziele sind die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen, die Vermittlung medizin- und pflegeethischen Wissens und die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen. Es gilt, „Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d.h. ‚gute‘ Entscheidungen in ‚guten‘ Entscheidungsprozessen zu treffen. Dabei zielt die Ethikberatung auf die Stärkung der ethischen Kompetenz vor Ort.“³⁸ Die Ethikberatung kann zu einer transparenten und vertrauensvollen Kommunikation im Krankenhaus beitragen, Mitarbeiter sensibilisieren, die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit verbessern und eine verantwortungsvolle „Fehlerkultur“ fördern. Hingegen ist umstritten, ob die Beratung in organisationsethischen Fragen zu Krankenhausstruktur, Finanzierung und Allokation zu den Aufgaben klinischer Ethikkomitees gehört.³⁹

2.4 Strukturen klinischer Ethikberatung

Die strukturell profilierteste und bekannteste Form der Ethikberatung besteht aus dem so genannten Ethikkomitee, das sich eine Geschäftsordnung oder Satzung gibt, die von der Krankenhausleitung bestätigt wird. Die Krankenhausleitung stellt auch die notwendigen Ressourcen zur Verfügung. Ca. 7 bis 20 Mitglieder, die aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen des Krankenhauses stammen, werden in der Regel für drei Jahre als unabhängiges, nicht weisungsgebundenes Gremium von der Krankenhausleitung berufen.⁴⁰ Die interprofessionelle Zusammensetzung – neben Ärzten, Pflegenden, Philosophen, Theologen, Psychologen und Sozialarbeitern auch Physiotherapeuten, Juristen oder anderen externen Mitgliedern wie

³⁷ Vgl. *Akademie für Ethik in der Medizin, Vorstand* (2010), S. 149 f.

³⁸ *Akademie für Ethik in der Medizin, Vorstand* (2010), S. 150.

³⁹ Vgl. *Bundesarztekammer* (2006), S. A 1705.

⁴⁰ Vgl. zu diesem Abschnitt *Bundesarztekammer* (2006).

z.B. Patientenfürsprechern – soll gewährleisten, dass bei Fragen der Patientenversorgung ein umfassendes Bild von der Situation des Patienten und den Versorgungsoptionen entsteht. So berichten bei einer ethischen Fallreflexion nicht nur Ärzte über die medizinisch-somatische Verfassung des Patienten, sondern auch Pflegende über die Alltagsaktivitäten des Patienten. Der Seelsorger kann einen Einblick in das bisherige Leben des Patienten geben und seine etwaigen Befürchtungen bzgl. Sterben und Tod, der Sozialarbeiter hat Informationen über die Situation zu Hause oder am Arbeitsplatz und der Psychologe weiß z.B. etwas über die Beziehungen des Patienten zu seinen Angehörigen. So ergibt sich ein reichhaltiges Bild, welches Probleme wie z.B. widersprüchliche Willensäußerungen eines urteilsfähigen Patienten oder die Frage nach weiteren Behandlungsschritten bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten in ihrer Komplexität erfasst. Ärzte aus mehreren Fachbereichen gewährleisten, dass medizinische Informationen und Einschätzungen auf einer breiten Basis stehen bzw. kollegial ergänzt werden. Mitarbeiter aus anderen Abteilungen können bei einer Fallbesprechung ähnlich wie externe, d.h. nicht in der Institution beschäftigte Komiteemitglieder, eine gewisse kritische Distanz z.B. angesichts von Teamkonflikten oder Sachzwängen einnehmen.

Klinische Ethikkomitees stellen einen wichtigen, obgleich begrenzten Ausschnitt eines großen Spektrums an Möglichkeiten ethischer Reflexion und Sensibilisierung im Krankenhaus dar. Alternative oder ergänzende Formen ethischer Beratung sind z.B. das Ethik-Konsil, das eine zeitnahe Fallberatung auf Station durch eine kleine interprofessionelle Beratungsgruppe leisten kann, Konsensuskonferenzen, bei denen mehrere Beteiligte dezidiert Einigung für eine strittige Behandlungsfrage suchen, Arztvisiten unter Beteiligung von Ethikberatern, Ethik-Fallbesprechungen im Rahmen regulärer Übergaben oder die Einzelberatung von Patienten oder Mitarbeitern eines Krankenhauses.⁴¹ Außerdem gibt es verschiedene Formen von Expertengesprächen oder „Runden Tischen“ mit Leitungspersonen über organisations- und institutions-ethische Fragen. Der moralischen Sensibilisierung und Fortbildung ethischer Argumentations- und Urteilskompetenz dienen z.B. klinikinterne Fortbildungen für Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen, Ringvorlesungen, Fachtagungen oder Ethikforen, außerdem Ethik-Cafés als niederschwellige Diskussionsangebote für Klinikmitarbeiter sowie Patienten und Angehörige.

⁴¹ Vgl. für einen Einblick in unterschiedliche Ethikstrukturen und Beratungsmodelle die jüngeren Sammelbände von *Dörries u.a.* (2008), *Groß u.a.* (2008), *Frewer u.a.* (2008), *Steinkamp u.a.* (2003) sowie *Kettner/May* (2002).

2.5 Gründungsprozesse von Ethikkomitees

Teilweise werden Ethikkomitees auf Initiative der Geschäftsführung gegründet – weil z.B. ein neues Zertifizierungsverfahren eine institutionalisierte Form der Ethikberatung positiv bewertet oder weil der Träger das Profil seines Hauses deutlich konturieren will. Das Top-Down-Modell kann jedoch dazu führen, dass ein Ethikkomitee nicht mit Leben gefüllt wird, da motivierte Mitarbeiter fehlen und keine Fallbesprechungen oder allgemeine, auf die Einrichtung bezogene, ethische Fragen vorgebracht werden. In anderen Fällen geht die Initiative primär von engagierten Mitarbeitern aus, die einen strukturierten und regelmäßigen Austausch über ethische Probleme im Krankenhausalltag anstreben. Ein solches Bottom-Up-Modell hat den Vorteil, dass Sensibilisierung und Aktivität bereits vorhanden sind, was die Akzeptanz und Arbeitsfähigkeit eines Komitees fördert. Letztlich ist aber für die erfolgreiche Arbeit eines Komitees sowohl die aktive Unterstützung der Krankenhausleitung als auch der Mitarbeiter erforderlich. „Die Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees bedeutet in der Praxis eine Weiterentwicklung von Kommunikation, Identität und Kultur in einem Krankenhaus und geht über eine ethische Einzelfallberatung hinaus. Damit kann ein Ethikkomitee wichtige ethische Beiträge zur Leitbild-, Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklung einer Einrichtung leisten. Der Arbeitsschwerpunkt [...] liegt dabei auf ethischen Fragen im klinischen Alltag und grenzt sich mit dieser Aufgabenstellung von Gremien wie Personalrat, Beschwerdemanagement, fachlicher Supervision etc. ab.“⁴² Gründung und Arbeit einer klinischen Ethikberatung „setzt voraus, dass Geschäftsleitung und Mitarbeiter aufrichtig miteinander kommunizieren und gemeinsam ein neues Forum für ethische Fragen gründen.“⁴³ Derzeit sind die meisten Ethikkomitees in Krankenhäusern angesiedelt. Sie können jedoch auch in Pflegeeinrichtungen, Institutionen der Behindertenhilfe oder im ambulanten Bereich eingeführt werden.⁴⁴

2.6 Diskussion von Einzelfällen

Eine Sensibilisierung für ethische Fragen durch das Analysieren komplexer „Fälle“ hilft, Konflikte und ihre Ursachen genauer zu bestimmen und damit ähnlichen Konflikten in Zukunft vorzubeugen.⁴⁵ Außerdem lassen sich Handlungsspielräume wahrnehmen und Handlungsalternativen erschließen. Beliebigkeit und Willkür im

⁴² Bundesärztekammer (2006), S. A 1704.

⁴³ Bundesärztekammer (2006), S. A 1705.

⁴⁴ Vgl. Bundesärztekammer (2006), S. A 1703; vgl. zu einem der ersten Komitees im Pflegeheim *Bockenheimer-Lucius* (2009).

⁴⁵ Vgl. für diesen Abschnitt *Bobbert/Dietrich* (2001), hier *Dietrich* S. 7–14.

Handeln und Entscheiden lassen sich vermeiden, wenn es gilt, die eigene Position argumentativ zu begründen. Zahlreiche (medizin-)ethische Probleme lassen sich komparativ lösen, d.h. es ist eine Handlung auszumachen, die vor dem Hintergrund konsensfähiger Prinzipien besser ist als eine andere Handlungsmöglichkeit. Allerdings besteht die Aufgabe der Ethik nicht lediglich darin, einen faktischen Konsens zwischen allen Beteiligten herzustellen.

Zwar fördert die Bearbeitung von Einzelfällen die Wahrnehmung unterschiedlicher Interessen und moralischer Überzeugungen der jeweils Beteiligten, das Verständnis für ihre psychischen und sozialen Voraussetzungen und für historische und kulturelle Bedingtheiten. Dies mag hilfreich für Rollenübernahme und Perspektivenwechsel sein. Die Vielzahl der bei der Fallarbeit wahrgenommenen Perspektiven kann jedoch – wenn sie nicht kritisch reflektiert wird – zu einem Begründungsskeptizismus verleiten oder den Eindruck entstehen lassen, Ethik könne überhaupt nur kasuistisch verfahren und nicht z.B. von allgemeinen Prinzipien her arbeiten. Bei der ethischen Reflexion von Fällen sollte im Blick bleiben, dass sich Besonderheiten nur vor dem Hintergrund ethischer Normen und Theorien erkennen lassen und dass der Verweis auf Wertpluralismus bzw. -relativismus meist mit einer bestimmten moralischen Position einhergeht, die jedoch nicht eigens expliziert und begründet wird. So bleibt z.B. eine Lüge eine Lüge, auch wenn es sich in einem Fall um die Gabe eines Placebos, im anderen um eine verharmlosende Information einer infausten Prognose handelt. Und auch so genannte mittlere Prinzipien wie Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit⁴⁶ suggerieren oftmals eine Einigkeit, die sich bei näherem Hinsehen als Trugschluss erweist, da die Prinzipien einer inhaltlichen Präzisierung und Gewichtung bedürfen.⁴⁷

2.7 Freiwilligkeit der Beratung

Die Einführung klinischer Ethikkomitees bzw. klinischer Ethikberatung stößt in der Praxis vor allem bei Ärzten häufiger auf Vorbehalte und Widerstände.⁴⁸ Zeitmangel, die mögliche Störung der Arzt-Patient-Beziehung und die Skepsis gegenüber weiteren Gremien werden dabei angeführt. Einige Ärzte befürchten, in ihrer ärztlichen Identität und therapeutischen Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt zu werden. Die Ablehnung beruht jedoch auf unzureichender Information und Missverständnissen. Denn zum einen handelt es sich um ein freiwilliges Beratungsangebot für schwierige ethische Entscheidungen, und so sollte jede Form der Ethikberatung nur auf Anfrage des Behandlungsteams, des Patienten oder seiner Angehörigen stattfinden. Zum anderen

⁴⁶ Vgl. *Beauchamp/Childress* (1994).

⁴⁷ Vgl. bspw. in Bezug auf das Autonomieprinzip *Bobbert* (2005).

⁴⁸ Vgl. *Dörries* (2003).

darf weder die Entscheidungsfreiheit des Patienten noch die Verantwortung und Therapiefreiheit des Arztes oder anderer Mitarbeiter eingeschränkt werden.⁴⁹ Daher solle bei einer Ethikberatung entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer „nicht ein Mehrheitsbeschluss in Form eines Votums im Mittelpunkt stehen, sondern eine Verbesserung des Erkennens und der Analyse ethischer Probleme sowie des ethischen Entscheidungsfindungsprozesses (...).“⁵⁰ Hierzu können Ethikberater durch gute Moderation, ethische Expertise, d.h. ethische Unterscheidungen, Kriterien und Argumentationen und die Außensicht einen wichtigen Beitrag leisten.

2.8 Rechtliche Aspekte

Eine ethische Beratung oder Leitlinienentwicklung kann nur innerhalb des rechtlichen Rahmens erfolgen. Die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung der jeweils Handenden sind durch die ethische Fallberatung nicht aufgehoben. Indem die klinische Ethikberatung z.B. den behandelnden Ärzten Hilfestellung in schwierigen Situationen geben oder zur besseren Patientenversorgung beitragen will, sind meist persönliche Belange und Information des einzelnen Patienten berührt. Die Anonymität des Patienten muss bei Hinzuziehung eines Ethikkomitees so weit wie möglich gewahrt bleiben.⁵¹ Für Fälle, in denen sich dies nicht vollständig sicherstellen lässt, sollten alle Beteiligten einer Fallberatung, soweit sie nicht bereits der gesetzlichen oder berufsrechtlichen Schweigepflicht unterliegen, von Seiten der Klinikleitung zur Verschwiegenheit verpflichtet werden. Zudem sollte der Patient bzw. sein Vertreter nach Möglichkeit über die Durchführung einer ethischen Fallberatung informiert sein und dieser zustimmen.

Die Juristin Rothärmel misst der klinischen Ethikberatung eine präventive Funktion bei: Sicherlich enthebe eine Ethikberatung den Arzt nicht seiner rechtlichen Verantwortung. Doch der Arzt, der professionelle Ethikberatung in Anspruch nehme, gebe zu erkennen, dass er in einer schwierigen Situation einer verantwortlichen Entscheidungsfindung nicht aus dem Weg gegangen sei. Auch könne die Dokumentation einer ethischen Beratung helfen, die Einhaltung von Sorgfaltsstandards nachzuweisen. Insgesamt könne Ethikberatung dazu beitragen, das forensische Risiko im Krankenhaus zu minimieren und damit den Träger vor der zunehmenden Eigenhaftung für Behandlungsfehler zu schützen.⁵²

⁴⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2006), S. A 1703, A 1705; vgl. Akademie für Ethik in der Medizin, Vorstand (2010), 149 f.

⁵⁰ Bundesärztekammer (2006), S. A 1706.

⁵¹ Vgl. Bundesärztekammer (2006), S. A 1706.

⁵² Vgl. Rothärmel (2008), S. 187.

2.9 Ethische Probleme im Klinikalltag und ihre „Lösung“

Nach moralisch problematischen Situationen gefragt, nennen Ärzte und Pflegende häufig folgende: Behandlungsbegrenzung bzw. -abbruch, Aufklärung und Einwilligung von Patienten, Konflikte zwischen Fürsorgepflicht und Patientenautonomie.⁵³ In einer europäischen Studie gaben Ärzte als Probleme die Behandlung von nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten, die Uneinigkeit zwischen den Behandelnden, Konflikte mit Patienten über die weitere Behandlung und die Frage, ob einem Patienten die Diagnose mitgeteilt werden solle, an.⁵⁴ Gleichwohl muss für die Inanspruchnahme der Ethikberatung bei Ärzten nach wie vor Überzeugungsarbeit geleistet werden. Wenn Ärzte eine Beratung anfordern, erwarten viele angesichts des hohen Zeit- und Entscheidungsdrucks eine klare Empfehlung für das weitere Vorgehen. Dieses Anliegen der Lösung eines konkreten Problems kann aber dem Ziel einer ethischen Urteilsbildung nur nach- und nicht vorgeordnet sein, wenn die Ethikberatung ihrem professionellen Auftrag gerecht werden will:

Die ethische Urteilsbildung hat drei Kernelemente, mit denen zugleich drei grundlegende Fähigkeiten verbunden sind:⁵⁵ Wahrnehmung und Erschließung der Situation, empirische und hermeneutische Prüfung der Situationsbeschreibung und das Generieren einschlägiger, u.U. konfligierender Normen, die zu begründen und abzuwägen sind. Dabei ist es wichtig, die fachlichen Einschätzungen der verschiedenen medizinischen Fachbereiche und Berufsgruppen zu erfassen und zusammenzuführen, um für die ethische Reflexion eine fundierte Wissensgrundlage zu erhalten. Darüber hinaus können jedoch bei jedem Schritt der ethischen Reflexion, etwa beim Erschließen und Bewerten weiterer Handlungsoptionen erneut natur- und sozialwissenschaftliche Sachfragen aufkommen. Außerdem kann sich während der Analyse der Situation auch herausstellen, dass es sich weniger um ein ethisches Problem im engeren Sinne handelt als vielmehr um organisatorische, rechtliche oder psychische Probleme.

Idealerweise wird ein Konsens in Bezug auf die Urteilsbildung und die Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen angestrebt. Doch ein faktischer Konsens gewährleistet nicht per se die ethische Richtigkeit einer Entscheidung. Insofern sind bei einem Konsens ebenso gute Gründe anzugeben wie bei divergierenden Voten. Wenn z.B. die medizinische Prognose sehr unsicher ist, vermag sie keine sinnvolle Entscheidungsgrundlage darzustellen, und es ist zu klären, wie man nun mit der verbleibenden großen Unsicherheit umgehen soll. Hier lässt sich entweder weitere medizinische Expertise einholen, etwa in Form eines ärztlichen Konsils, oder man kommt zu dem

⁵³ Vgl. *Vollmann u.a.* (2004).

⁵⁴ Vgl. *Hurst u.a.* (2007).

⁵⁵ Vgl. *Dietrich* (2003). Vgl. für ein hermeneutisch-normatives Modell der Klinischen Ethikberatung *Bobbert* (2009).

Schluss, noch einen definierten Zeitraum „zuzuwarten“, um auf diesem Weg mehr Klarheit zu gewinnen. Manchmal mag es auch unmöglich sein, in Bezug auf eine konkrete Problemsituation alle Handlungsoptionen zu identifizieren und zu bewerten, zumal strittig bleiben kann, welche ethischen Normen und Abwägungen zulässig sind. Teilweise werden sich unter dem Aspekt der unmittelbaren Umsetzbarkeit oder der Vermeidung von noch mehr Schaden vielleicht nur sehr pragmatisch ausgerichtete Handlungswege erschließen lassen.⁵⁶ Doch auch ein so genannter „ethischer Kompromiss“ lässt sich als Abwägung zwischen vorausgesetzten Werten und prognostizierten Folgen oder aber als Problem der Erfüllbarkeit und Realisierung, d.h. als Problem von Können und Sollen darstellen.⁵⁷ So ist die Frage, welche der vorausgesetzten Werte bei bestimmten Konstellationen einschlägig sind, nicht durch einen Ausgleich zu lösen, sondern nur durch genaue Kenntnis der Sachverhalte und durch die Beantwortung der Frage, um welchen Wert es vorrangig geht. Eine professionelle Ethikberatung bedarf daher medizinischen, pflegerischen und anderen berufsspezifischen Sachverständs ebenso wie einer Analyse und Begründung der einschlägigen ethischen Normen und Regeln. Wie konkret und eindeutig schließlich die Handlungsempfehlungen ausfallen können, wird dann von der jeweiligen Fallkonstellation, den Kompetenzen der Akteure und den institutionellen Rahmenbedingungen abhängen.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) bzw. Arbeitskreis Biller-Andorno u.a., 2003, „Lehrziele ‚Medizinethik im Medizinstudium‘“, in: *Ethik in der Medizin* 15, S. 117–121.
- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Vorstand, 2010, „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“, in: *Ethik in der Medizin* 22, S. 149–153.
- Anschütz, Felix, 1998, „Über die Veränderungen einer medizinischen Bewusstseinsbildung – Historischer Überblick, aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven“, in: Ders.u.a. (Hg.), *Medizinische Ethik in der Ausbildung*, S. 9–19.
- Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin, 1989, „Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Unterrichtsangebotes zur Fragen der Ethik in der Medizin“, in: *Ethik in der Medizin* 1, S. 59–62.
- Ärztliche Approbationsordnung vom 27. Juni 2002 (Inkrafttreten 1. Okt. 2003), in: *Bundesgesetzblatt* Jg. 2002 Teil I Nr. 44, 3. 7. 2002, S. 2405–2435.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F., 1994, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 4. Aufl.
- Bloom, Benjamin/Engelhardt, Max D./Fürst, Edward J. u.a., 1976, *Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich*, Weinheim, 5. Aufl.
- Bobbert, Monika/Dietrich, Julia, 2001, „Medizinethik im Medizinstudium. Informationen und Reflexionen“, in: *Ethik und Unterricht* 4, S. 2–10.

⁵⁶ Vgl. umfassender zur Schwierigkeit des Handlungsbezugs Dietrich (2008).

⁵⁷ Vgl. Mieth (1984), bes. S. 118–122.

- Bobbert, Monika, 2009, Klinische Ethikberatung: ein hermenentisch-normatives Modell, in: Baumann-Höhlzle, Ruth, Arn, Christoph (Hg.), *Ethiktransfer in Organisationen*, Basel, S. 187–202.
- Bobbert, Monika, 2005, „Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz“, in: Düwell, M./Neumann, J. u.a. (Hg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, Paderborn, S. 105–124.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela, 2009, Ethik-Komitee im Altenpflegeheim“, in: Haker, Hille u.a. (Hg.), *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*, Münster, S. 327–350.
- Brand, Ulrich/Seidler, Eduard, 1978, „Medizinische Ethik in der Ausbildung des Arztes. Eine Umfrage an den Hochschulen der Bundesrepublik, Österreichs und der Schweiz“, in: *Ärztblatt Baden-Württemberg* 5, S. 362–371.
- Bundesärztekammer, Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten, 2006, „Ethikberatung in der klinischen Medizin“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103/24, S. A 1703-A 1707.
- Deutscher Ärztetag, 1991, „Beschluss ‚Ethik in der ärztlichen Ausbildung‘“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 88, S. B 1287.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., 1999, *Ethik-Komitee im Krankenhaus, Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees*, Freiburg/Br.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., 1997, *Ethik-Komitee im Krankenhaus*, Freiburg/Br.
- Dietrich, Julia, 2003, „Ethische Urteilsbildung – Elemente und Arbeitsfragen für den Unterricht“, in: *Zeitschrift für Didaktik der Philosophie und Ethik* 3, 269–278.
- Dietrich, Julia, 2008, „Ungewissheit in der ethischen Urteilsbildung – ein Überblick“, in: Thomas, Philipp/Benk, Andreas (Hg.), *Negativität und Orientierung*, Würzburg, S. 65–77.
- Dörries, Andrea, 2003, „Mixed feelings: Physician’s Concerns about clinical ethics committees in Germany“, in: *HEC Forum* 15, S. 245–257.
- Dörries, Andrea/Hespe-Jungblut, Katharina, 2007, „Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland“, in: *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 19/2, S. 148–156.
- Dörries, Andrea/Neitzke, Gerald/Simon, Alfred (Hg.), 2008, *Klinische Ethikberatung*, Stuttgart.
- Dougherty, Charles J., 1995, „Institutional ethics committees“, in: Reich, Warren T. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, S. 409–411.
- Dressel, Ralf/Reiter-Theil, Stella, 1997, „Ethik im Medizinstudium: Faktum oder Fiktion? Offene Fragen nach einer Pilot-Studie“, in: Reiter-Theil, Stella (Hg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik. Theorie und Praxis in Europa, Baden-Baden*, S. 152–162.
- Düwell, Marcus, 2000, „Die Bedeutung ethischer Diskurse in einer werthepluralen Welt“, in: Kettner, Matthias, *Angewandte Ethik als Politikum*, Frankfurt/M., S. 76–114.
- Engelhardt, Dietrich von, 1994, „Medizinische Ethik in der medizinischen Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Situation – Modelle – Perspektiven“, in: *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 40, S. 83–91.
- Engelhardt, Dietrich von, 1997, „Medizinische Ethik in der medizinischen Ausbildung. Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland – Das Lübecker Modell“, in: Ders., *Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie*, Basel, S. 313–323.
- Engelhardt, Dietrich von, 2004, „Medizinische Ethik in der medizinischen Ausbildung. Das Lübecker Modell“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 51–56.
- Fachverband für Medizingeschichte, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), 2009, *Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Gemeinsames Grundsatzpapier*: www.fachverband-medizingeschichte.de/4service/GTE_22_10_09_Final.pdf.

- Fehr, Folkert, 1994, „Ethik und Probleme: Studierendenzentriertes Lernen an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität Kiel“, in: Frewer, Andreas (Hg.), *Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten Teil II*, Erlangen, S. 41–50.
- Fletcher, John C./Brody, Howard, 1995, „Clinical ethics“, in: Reich, Warren T. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Vol. 1, 399–404.
- Fox, Ellen/Myers, Sarah/Pearlman, Robert A., 2007, „Ethics Consultation in United States Hospitals: A national survey“, in: *American Journal of Bioethics* 7/2, 13–25.
- Frewer, Andreas (Hg.), 1994, *Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten*, Erlangen.
- Frewer, Andreas/Fahr, Uwe/Rascher, Wolfgang (Hg.), 2008, *Klinische Ethikkomitees*, Würzburg.
- Gommel, Michael/Glück, Brigitte/Keller, Frieda, 2005a, „Didaktische und pädagogische Grundlagen eines fallorientierten Seminar-Lehrkonzepts für das Fach Medizinische Ethik“, in: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22/3, Doc 58, S. 1–7.
- Gommel, Michael/Raichle, Claudia/Müller, Patrick u.a., 2005b, „Vom freiwilligen Seminar zur Q2-Pflichtveranstaltung“, in: *Ethik in der Medizin* 17, S. 21–27.
- Groß, Dominik/May, Arnd T./Simon, Alfred (Hg.), 2008, *Beiträge zur klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken*, Münster.
- Have, Henk ten, „Institutionalisierung der Lehre in medizinischer Ethik. Die Situation in den Niederlanden“, 1997, in: Reiter-Theil, Stella (Hg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik. Theorie und Praxis in Europa*, Baden-Baden, S. 64–71.
- Heister, Elisabeth/Seidler, Eduard, (1989), „Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage“, in: *Ethik in der Medizin* (1989), S. 13–23.
- Heubel, Friedrich, 1994, „Kolloquium ‚Ethik in der Medizin‘. Medizinethischer Unterricht am Marburger Fachbereich Medizin“, in: *Ethik in der Medizin* 6, S. 88–92.
- Hurst, Samia A./Perrier, Arnard/Pegoraro, Renzo u.a., 2007, „Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors“, in: *Journal of Medical Ethics* 33, S. 51–57.
- Illhardt, Franz-Josef, 1989, „Aktuelle ethische Problemfelder in der Medizin“, in: *Ethik in der Medizin* 1, S. 24–35.
- Illhardt, Franz-Josef/Seidler, E., 1991, „Umfrage zum Ethik-Unterricht im Rahmen der AiP-Regelung“, in: *Ethik in der Medizin* 3, S. 98–100.
- Kahlke, Winfried/Reiter-Theil, Stella, 1992, „Ausbildung in medizinischer Ethik. Stand und Perspektiven in Deutschland“, in: *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 17, S. 227–233.
- Kahlke, Winfried/Reiter-Theil, Stella, 1995, „Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen“, in: Kahlke, Winfried, Reiter-Theil, Stella (Hg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart, S. 17–22.
- Kaminsky, Carmen, 1994, „Medizinethischer Unterricht in heterogenen Lerngruppen – Ein Plädoyer für die Vielfalt“, in: *Ethik in der Medizin* 6, S. 60–65.
- Kanoti, George A./Youngner, Stuart I., 1995, „Clinical ethics consultation“, in: Reich, Warren T. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, S. 404–408.
- Kettner, Matthias/May, Arndt, 2002, „Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Tagungsbericht“, in: *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 14, S. 295–297.
- Köhle, Karl u.a., 1977, „Die internistisch-psycho-somatische Krankenstation“, Basel.
- Lenk, Christian/Biller-Andorno, Nicola/Merkel, Tina/Wiesemann, Claudia, 2004, „Medizin als kulturelle und moralische Praxis. ZU den Aufgaben des Medizinethikunterrichts im Medizinstudium“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 3–10.
- Leven, Karl-Heinz, 2005, „Hippokratischer Eid“, in: *Antike Medizin. Ein Lexikon*, München, Sp. 420–423.

- Maio, Giovanni/Buddeberg, Claus, 2004, „Medizinethik als integrativer Teil des Curriculums. Das Zürcher Konzept“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 57–60.
- Mieth, Dietmar, 1984, „Christliche Überzeugung und gesellschaftlicher Kompromiss“, in: Breuning, Wilhelm/Weber, Helmut (Hg.), *Der ethische Kompromiss*, Fribourg/Schweiz, S. 113–146.
- Mieth, Dietmar, 2002, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg/B.
- Möller, Mareike/Neitzke, Gerald/Stöckel, Sigrid u.a., 2006, „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Ergebnisse einer Umfrage zur Lehre an deutschen Hochschulen“, in: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 23 (2): Doc 38, S. 1–7.
- Moriabadi, Neville, 1994, „Einige Bemühungen zur Etablierung medizinischer Ethik für die Würzburger Medizinausbildung“, in: Frewer, Andreas (Hg.), *Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten Teil II*, Erlangen, S. 67–78.
- Neitzke, Gerald, 2004, „Ethik im Medizinstudium. Erfahrungen und innovative Entwicklungen an der Medizinischen Hochschule Hannover“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 61–70.
- Neitzke, Gerald, 2007, „Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie“, *Medizinethische Materialien* Heft 177, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.
- Neumann, Josef N., 2004, „Medizinethik für Studierende der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 71–76.
- Noack, Thorsten/Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg, 2007, *Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin*, München.
- Püschel, Erich, 1989, *Der „Ethik-Kreis“ der Medizinstudenten an der Ruhr-Universität Bochum*, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum, Heft 36.
- Reiter-Theil, Stella, 1995, „Moral lernen – Ethik lehren. Moralpsychologische Voraussetzungen der Reflexion ethischer Fragen“, in: Kahlke, Winfried, Reiter-Theil, Stella, *Ethik in der Medizin*, Stuttgart, S. 10–16.
- Reiter-Theil, Stella (Hg.), 1997, *Vermittlung Medizinischer Ethik. Theorie und Praxis in Europa*, Baden-Baden.
- Reiter-Theil, Stella, 1999, „Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils“, in: *Ethik in der Medizin* 11, S. 222–232.
- Richter, Gerd, 2004, „Medizinethik im Studium. Bericht aus der Philipps-Universität Marburg“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 77–81.
- Riha, Ortrun, 2008, *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin*, Bern.
- Rothärmel, Sonja, 2008, „Rechtsfragen Klinischer Ethikberatung“, in: Dörries, Andrea/Neitzke, Gerald/Simon, Alfred (Hg.), *Klinische Ethikberatung*, Stuttgart, S. 182–189.
- Sass, Hans Martin, 1990, „Ethik-Kommissionen und andere Beratungsformen in den USA“, in: Toellner, Richard (Hg.), *Die Ethik-Kommission in der Medizin*, Stuttgart, S. 121–140.
- Sass, Hans Martin, 1996, *Ethik-Unterricht im Medizinstudium. Methoden, Modelle und Ziele der Integration von Medizinethik in die medizinische Aus- und Fortbildung*, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum, Heft 108.
- Schäfer, Christof/Lenk, Christian/Kölbl, Oliver, 2006, „Unterricht in Medizinethik im Rahmen der klinischen Ausbildung von Medizinstudenten. Ein Erfahrungsbericht aus der Radiologie“, in: *Radiologe* 46, S. 1069–1076.
- Schildmann, Jan/Steger, Florian/Vollmann, Jochen, 2007, „„Aufklärung im ärztlichen Alltag“. Ein Lehrmodul zur integrierten Bearbeitung medizinethischer und -historischer Aspekte im neuen Querschnittsbereich GTE“, in: *Ethik in der Medizin* 19, S. 187–199.
- Schmidt, Christoph, 1994, „Vorüberlegungen zur Ethik im Berliner Reformstudiengang Medizin“, in: Frewer, Andreas (Hg.), *Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten*, Teil II, Erlangen, S. 47–58.

- Schulz, Stefan/Steigleder, Klaus/Fangerau, Heiner u.a., 2006, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Frankfurt.
- Schwarz, J.-U., 1994, „Medizinethisches Seminar ‚Wahrnehmung ethischer Probleme im klinischen Alltag‘. Ein Versuch an der Universitätsklinik Tübingen“, in: *Ethik in der Medizin* 6, S. 109–282.
- Schweidtmann, Werner, 1997, „Defizite berufsethischer Ausbildung im medizinischen Bereich“, in: *Ethik in der Medizin* 9, S. 120–133.
- Sponholz, Gerlinde/Meier-Allmendinger, Diana/Kautenburger, Monika u.a., 1991, „AiP-Fortbildung ‚Ethik in der Medizin‘: Die Ulmer Konzeption, erste Erfahrungen“, in: *Ethik in der Medizin* 3, S. 68–77.
- Sponholz, Gerlinde/Baitsch, Helmut, 1998, „Über einige Lern-Erfahrungen an der Universität Ulm zur Ethik in der Medizin“, in: Bauer, Axel (Hg.), *Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte – Klinische Probleme – Ärztliches Handeln*, Heidelberg, S. 190–229.
- Sponholz, Gerlinde u.a., 1999, *Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre. Sequenzierte Falldiskussion für die praxisnahe Vermittlung von medizinischer Kompetenz (Ethikfähigkeit)*, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum, Heft 121.
- Sponholz, Gerlinde/Baitsch, Helmut/Allert, Gebhard, 2004, „Das Ulmer Modell der diskursiven Fallstudie. Entwicklungen und Perspektiven der Lehre in Ethik in der Medizin“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 82–87.
- Sporcken, Paul, 1982, „Ist medizinische Ethik lehrbar?“, in: Martini, Gustav A. (Hg.), *Medizin und Gesellschaft. Ethische Verantwortung und ärztliches Handeln*, Frankfurt/M., S. 197–203.
- Steinkamp, Norbert/Gordijn, Bert (Hg.), 2003, *Ethik in der Klinik*, Köln.
- Strube, Wolfgang/Pfeiffer, Mona/Steger, Florian, 2011, „Moralische Positionen, medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums – Ergebnisse einer Querschnittsstudie an der LMU München“, in: *Ethik in der Medizin* 23, S. 201–216.
- Themenheft „Ethik im Medizinstudium“, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 50, 2004.
- Toellner, Richard, 1987, „Medizinische Ethik im Alltag der Hochschule. Erfahrungen aus der Praxis der ärztlichen Ausbildung“, in: Schlaudraff, Udo (Hg.), *Ethik in der Medizin*, S. 17–26.
- Uexkuell, Thure von, 1973, *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*, Frankfurt/M.
- Vollmann, Jochen/Burchardi, Nicole/Weidtmann, Axel, 2004, „Klinische Ethikkomitees an deutschen Universitätskliniken“, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129, S. 1237–1242.
- Vollmann, Jochen, 2008, „Ethikberatung an deutschen Universitätskliniken. Empirische Ergebnisse und aktuelle Entwicklungen“, in: Groß, Dominik/May, Arnd T./Simon, Alfred (Hg.), *Beiträge zur klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken*, Münster, S. 31–48.
- Widder, Joachim, 1994, „Die Beschränkung der Ethik in der Medizin“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift – Diskussionsforum Medizinische Ethik* 7, S. XXIII–XXVI.
- Wiesemann, Claudia, 1994, „Das Erlanger Modell. Urteilkraft und Handlungskompetenz als Lernziele des Ethikunterrichts“, in: *Ethik in der Medizin* 6, S. 93–98.
- Wiesemann, Claudia/Biller-Andorno, Nicola, 2005, *Medizinethik für die neue AO*, Stuttgart.
- Wiesing, Urban, 2004, „Die Lehre im Querschnittsfach ‚Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin‘ an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50, S. 88–91.
- Zentrale Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer, 2006, „Ethikberatung in der klinischen Medizin. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103/24, S. A 1703–A 1707.