

# Kompass

## für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft

Studentische Beiträge zur Diskussion hrsg. vom  
Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)



### **Die Themen der Pflege in Klinischen Ethikkomitees**

Andreas W. Gold

Diskussionspapier 03-18

September 2018

**Impressum:**

Reihe »Kompass für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft. Studentische Beiträge zur Diskussion «

herausgegeben vom Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)

Merkurstr. 41; 90763 Fürth

Prof. Dr. Dr. Elmar Nass,

Telefon: +49 911 766069-24, [elmar.nass@wlh-fuerth.de](mailto:elmar.nass@wlh-fuerth.de)

Internet: <https://www.wlh-fuerth.de/ethikinstitut/das-institut/>

ISSN: 2568-8146

Redaktionsteam:

Dr. Christian Heidl, IDC Fürth

Prof. Dr. Dr. Elmar Nass, WLH Fürth

Prof. Dr. Jan Schildmann, Martin Luther Universität Halle

Dr. Michael Schneider, IDC Fürth

Katharina Sonntag, München

Alle Rechte vorbehalten.

© 2018 by Andreas W. Gold. All rights reserved. Any reproduction, publication and reprint in the form of a different publication, whether printed or produced electronically, in whole or in part, is permitted only with the explicit written authorization of the authors.

Fürth, September 2018

## Vorwort der Herausgeber

Mit diesem dritten Beitrag in unserer noch jungen studentischen Schriftenreihe stellen wir die Thesen von Andras W. Gold zur Diskussion, die im Rahmen der zweiten Studententagung des WLE im April 2018 präsentiert und von der Jury mit dem „Wilhelm Löhe Nachwuchspreis Ethik“ ausgezeichnet wurden. Mit dieser Ehrung ist selbstverständlich die Aufnahme in unsere Reihe verbunden. Wir gratulieren Herrn Gold noch einmal ausdrücklich zu seiner exzellenten Präsentation und Verteidigung seiner Positionen im Rahmen der Tagung.

Mit der Thematisierung der Rolle der Pflege in klinischen Ethikkomitees greift der Autor ein hoch aktuelles Thema auf. Er beleuchtet zum einen das professionelle Profil der Pflege in den Strukturen klinischer Ethikkomitees sowie deren Stellung in der Zusammenarbeit mit anderen dort vertretenen Berufsgruppen. Zum anderen arbeitet er auch allgemein die Bedeutung sowie die aktuelle Situation solcher Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen heraus. Damit schafft er einen breit angelegten, multidimensionalen Überblick. Zudem stärkt er durch seine Fokussierung auf die Pflege den Selbststand der Pflegeperspektive und fordert gleichzeitig zu einer neuen Kultur multidisziplinärer Ethik im Gesundheitswesen heraus.

Fürth, September 2018

Für die Herausgeber

Katharina Sonntag und Elmar Nass

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Klinische Ethikkomitees in Deutschland .....</b>	<b>6</b>
2.1	Entwicklung und status quo .....	6
2.2	Herausforderungen und Chancen in der klinischen Ethik.....	7
<b>3</b>	<b>Die Rolle der Pflege im Krankenhaus.....</b>	<b>12</b>
3.1	Ausgangsvoraussetzungen und theoretische Grundlagen.....	12
3.2	Die Belastung Pflegenden durch ethische Konflikte .....	14
3.3	Das Phänomen „ <i>moral distress</i> “ .....	16
<b>4</b>	<b>Das Verhältnis Pflegenden zu Klinischen Ethikkomitees .....</b>	<b>18</b>
4.1	Barrieren für die Inanspruchnahme .....	18
4.2	Erwartungen an die Inanspruchnahme .....	19
<b>5</b>	<b>Die Rolle der Pflege im Klinischen Ethikkomitee .....</b>	<b>21</b>
5.1	Die zugeschriebene Rolle .....	21
5.2	Die Rolle der Pflege im multidisziplinären Ethikkomitee .....	22
<b>6</b>	<b>Einblicke in Strukturen klinischer und pflegerischer Ethik international .....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick.....</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>27</b>

# 1 Einleitung

In einem sich zunehmend kommerzialisierenden Gesundheitswesen droht die Ethik in Pflege und Medizin nebensächlich zu werden, denn schließlich ist die sorgsame ethische Folgenabschätzung nicht erlösrelevant und abrechenbar. Dennoch – oder eventuell eben deswegen? – existieren in immer mehr Krankenhäusern in Deutschland Strukturen zur Ethikberatung im klinischen Kontext. Diese Strukturen entstanden zum Großteil innerhalb der vergangenen zwei Jahrzehnte und gehen teilweise auf Initiativen von Beschäftigten, aber auch von Krankenhausleitungen und -trägern zurück. Als häufigste Form wird dabei die Form eines Klinischen Ethikkomitees (KEK) mit festen Mitgliedschaften und einer multidisziplinären Zusammensetzung gewählt (vgl. Schochow, May, Schnell & Steger, 2014, S. 2178).

Mit den *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress (2001) existiert eine grundlegende ethische Orientierung für nahezu alle Ethikkomitees. Gleichwohl bleibt das ‚Innere‘ eines solchen Klinischen Ethikkomitees weitgehend verborgen, die Forschungslage in Deutschland hierzu ist nach wie vor überschaubar.

Klinische Ethikkomitees fallen weder vom Himmel noch existieren sie im luftleeren Raum, vielmehr sind diese Komitees Teil und Konsequenz der Institutionen, an denen sie angesiedelt sind. Hierdurch können sich auf unterschiedlichen Ebenen Herausforderungen ergeben, die im vorliegenden Beitrag dargestellt werden sollen. Der Fokus liegt dabei auf den Themen der Pflege – innerhalb der Institution Krankenhaus, wie auch innerhalb der Strukturen der Klinischen Ethikberatung.

Die hier vorgestellten Überlegungen sind u.a. im Kontext eines Lehrforschungsprojekts an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein zu „Rahmenbedingungen in der Arbeit Klinischer Ethikkomitees“, an der der Autor beteiligt war, entstanden. Die Publikation der Forschungsergebnisse der Befragung unter den Mitgliedern von 13 Klinischen Ethikkomitees (N=123, Rücklauf 68%) aus dem erweiterten Rhein-Neckar-Raum (Radius 50km um die Stadt Ludwigshafen am Rhein) ist gegenwärtig in Vorbereitung.

Inwieweit die Themen der Pflege in Klinischen Ethikkomitees adressiert werden (können), wird im Folgenden auf Grundlage einer umfangreichen explorativen Literaturrecherche diskutiert. Zunächst wird die Entwicklung von Strukturen klinischer Ethikberatung in Form von Klinischen Ethikkomitees vorgestellt und eine Auswahl an Herausforderungen und Chancen in der klinischen Ethik aus einer kritischen Perspektive betrachtet. Im Weiteren werden die Ausgangsvoraussetzungen der Berufsgruppe der Pflegenden innerhalb der Institution Krankenhaus näher beleuchtet und auf ihre möglichen Auswirkungen für subjektive ethische Belastungen untersucht. Auf dieser Grundlage wird einerseits das Verhältnis Pflegender zu Klinischen Ethikkomitees, aber auch die Rolle pflegerischer Mitglieder in diesen Strukturen herausgestellt. Abschließend erfolgt ein schlaglichtartiger Einblick in internationale Diskurse zur vorliegenden

Thematik, der auch die grenzüberschreitende Relevanz der Auseinandersetzung hiermit verdeutlicht.

## 2 Klinische Ethikkomitees in Deutschland

### 2.1 Entwicklung und status quo

Zur klinischen Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens werden in Deutschland zunehmend Klinische Ethikkomitees (KEKs) gegründet (Dörries & Hesse-Jungesblut, 2007; Schochow et al., 2014; Schochow, Schnell & Steger, 2015). Für die Arbeit der Klinischen Ethikkomitees werden in der Literatur drei Aufgabenschwerpunkte beschrieben: die Ethikberatung, die Ethikbildung und die Entwicklung ethischer Leitlinien (u.a. Bundesärztekammer, 2006, S. 1704).

Im Jahr 1997 riefen die beiden konfessionellen Krankenhausverbände zur Gründung Klinischer Ethikkomitees (DEKV und KKVD, 1997) auf. In der vorliegenden Literatur wird dies als der Ausgangspunkt für die zunehmende Implementierung Klinischer Ethikkomitees bewertet (vgl. u.a. Vollmann, 2008, S. 865). Es folgten im Jahr 2006 eine vielbeachtete Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, welche Ansprüche an Rahmenbedingungen postuliert und Ärztinnen und Ärzte das Engagement in Klinischen Ethikkomitees nahelegt (vgl. Bundesärztekammer, 2006). 2010 wurden von der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM e.V.), als zuständiger Fachgesellschaft, Standards für Klinische Ethikkomitees veröffentlicht und der Anspruch auf ein flächendeckendes Angebot bekräftigt (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2010). Als erstes und bislang einziges Bundesland hat Hessen die Stellung eines Ethikbeauftragten in jedem hessischen Krankenhaus gesetzlich festgeschrieben (vgl. Bundesland Hessen, 2011). Zudem haben verschiedene Zertifizierungsagenturen im Gesundheitswesen (wie z.B. KTQ, proCum Cert) das Vorhandensein einer Instanz zur Lösung ethischer Probleme als Zertifizierungsvoraussetzung hinterlegt (vgl. Schochow et al., 2015, S. 6).

Aufschluss über den bundesweiten Implementierungsprozess geben zwei bundesweite Erhebungen. Es liegen Daten von Dörries und Hesse-Jungesblut (2007) und die Untersuchungen von Schochow et al. (2014) und Schochow et al. (2015) vor. Neben organisatorischen Herausforderungen zeigt sich in einer Befragung, dass ärztlicher Widerstand häufig eine maßgebliche Schwierigkeit in der Anfangsphase darstellte (Dörries & Hesse-Jungesblut, 2007, S. 152). Als Anlass und wahrer „Motor“ für Klinische Ethikkomitees an bundesdeutschen Krankenhäusern sind hingegen die Zertifizierungsvorgaben zu benennen, welche einen weitaus höheren Effekt als der Bedarf der Beschäftigten oder die Veröffentlichungen der Fachgesellschaften haben (vgl. Schochow et al., 2015, S. 1). Auch die gesetzliche Vorgabe, wie im Bundesland Hessen, ist für die Gründung Klinischer Ethikkomitees wirkungsmächtig und erhöht die Implementierungsrate (vgl. Schochow et al., 2014, S. 2183).

Das Aufgabenprofil eines Klinischen Ethikkomitees wird in der Stellungnahme der Bundesärztekammer folgendermaßen beschrieben:

*„Die Komitees beraten auf Anforderung der Beteiligten, ohne die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte und anderer Berufsgruppen einzuschränken. Neben der fallbezogenen ethischen Beratung erarbeiten sie Empfehlungen zum Umgang mit wiederkehrenden ethischen Fragestellungen und bieten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus an.“* (Bundesärztekammer, 2006, S. 1703)

Zur Struktur eines Klinischen Ethikkomitees existiert folgende Empfehlung, welche auch in nachfolgenden einschlägigen Publikationen so bestätigt wird:

*„Die Struktur Klinischer Ethikkomitees stellt sich wie folgt dar: 7–20 Mitglieder, Berufung durch Krankenhausleitung, 2–3 Jahre Amtszeit, Wahl eines Vorsitzenden und ggf. Stellvertreters, Geschäftsordnung/Satzung, feste monatliche Termine, Arbeitszeitregelung für Mitglieder, Fortbildungsangebote für Mitglieder, Sachmittel.“* (Vollmann, 2008, S. 866)

Es kann festgehalten werden, dass der Ausbau klinischer Ethikberatung im Verlauf der vergangenen 20 Jahre erfolgreich forciert werden konnte und die Entwicklung weiterhin anhält. Hierbei orientiert sich die Entwicklung in Deutschland maßgeblich am US-amerikanischen Vorbild und übernimmt weitestgehend die Empfehlungen zu inhaltlichen Schwerpunkten und der interdisziplinären Zusammensetzung. Nach wie vor fehlt es jedoch in Deutschland an einer verbindlichen Regelung, die strukturelle Rahmenbedingungen und Anforderungen festlegt. Im Verlauf der zunehmenden Implementierung und der Bedeutung Klinischer Ethikkomitees entstanden auch in Deutschland eine Vielzahl offener Fragen. Eine Auswahl wichtiger Diskurse wird im Folgenden dargestellt werden.

## 2.2 Herausforderungen und Chancen in der klinischen Ethik

Im Folgenden soll ein Einblick in die Vielzahl an Diskursen um klinische Ethik und die Realisierung ihrer Repräsentanz an Einrichtungen des Gesundheitswesens gegeben werden. Die Darstellung bleibt notwendigerweise exemplarisch und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit. Eine umfangreiche Diskursanalyse wäre jedoch wünschenswert und stellt ein Desiderat der Forschung dar.

In einer grundsätzlichen Betrachtung des Phänomens „Klinische Ethikberatung“ fällt zunächst eine grundlegende und in aller Regel nicht beantwortete Frage auf: Was ist überhaupt ein ethischer Fall und auf welcher Grundlage wird er verhandelt? Nähert man sich dieser Fragestellung aus soziologischer Perspektive an, so ergibt sich:

*„Jedes denkbare Ereignis ist moralisierbar. Umso mehr stellt sich für die Soziologie die empirische Frage, wann welche Sachverhalte auf welche Weise moralisiert werden. [...] Klinische Ethik-Komitees (KEKs) schließlich lassen den Referenzrahmen nahezu völlig offen: dass ethisch beraten werden soll, wird in Satzungen und*

*Selbstbeschreibungen von Klinischen Ethik-Komitees klar herausgestrichen – in welchen Problemlagen der ethische Gehalt aber gefunden werden soll, darüber verbleiben die Angaben relativ offen. Die Antwort auf die Frage, was ein ethischer Fall ist, wird im Falle Klinischer Ethik-Komitees offenbar vorwiegend in der Verfahrensform gesehen, nicht so sehr in der vorab erfolgten Bestimmung konkreter Fallkonstellationen.“ (Wagner, 2015, S. 255)*

Aus dieser Unbestimmtheit entsteht folglich ein Raum, in dem Klinische Ethikkomitees nun ihre eigenen Praxen ausbilden (müssen). Eben dieser Prozess ist mit einer Vielzahl an möglichen Folgeproblemen, aber auch Chancen verbunden. Als problematisch ist zu benennen, dass keine thematischen Ein- und Ausschlusskriterien vorliegen und somit potentiell all das thematisiert werden kann, was an anderer Stelle keinen Platz findet (vgl. ebd., S. 256). Auch weist Wagner darauf hin, dass durch den offenen Referenzrahmen eine einmal in Gang gekommene Diskussion als unabschließbar zu gelten habe. Der Abschluss der Diskussion erfolge nicht durch eine automatische Verknappung aufgrund besserer Argumente, sondern lediglich durch den Hinweis auf die Knappheit der Zeit (ibd.). Gleichsam ergibt sich aus der Unbestimmtheit auch die Chance, neue Praktiken zu erproben und zu etablieren, die in anderen Kontexten noch schwerer denkbar wären. So ist beispielsweise theoretisch die Möglichkeit gegeben, klassische Hierarchien und Deutungshoheiten zu hinterfragen und eine „*alternative Kontextur des Sozialen*“ (ibd., 2015, S. 261) im Klinischen Ethikkomitee zu schaffen. Nichtsdestotrotz ergibt sich auch aus dieser Chance eine weitere Herausforderung:

*„So sehr sich die Unbestimmtheit des Labels der Ethik als praktikabel für die Anschlussmöglichkeit unterschiedlicher Perspektiven erweist: sie erzeugt gleichsam Folgeprobleme. Die praktische Ethik Klinischer Ethik-Komitees impliziert trotz aller Unbestimmtheit einen spezifischen Diskurs mit eigenständigen Schemata der Thematisierung, Rollenvorgaben und Zeitstrukturen, die nicht ohne weiteres in den Organisationskontext eines Krankenhauses eingebaut werden können.“ (Wagner, 2015, S. 258)*

Es ergeben sich folglich eine Vielzahl an Problemfeldern, ob eine Auseinandersetzung mit diesen Punkten überhaupt stattfindet und auch gewünscht wird, verbleibt jedoch unklar. Denn diese zeitintensive Auseinandersetzung steht im grundlegenden Widerspruch zu den betriebswirtschaftlich organisierten Verhältnissen eines Krankenhauses. Die Rolle des Klinischen Ethikkomitees ist hierbei zumeist die des ‚Dienstleisters‘, der für die Realisierung des Anspruchs auf klinische Ethik(fall)beratung zu sorgen hat. Hierfür sind aber in aller Regel keinerlei Ressourcen für die Bearbeitung grundlegender Fragestellungen vorgesehen.

Ebenfalls auf struktureller Ebene ergibt sich für Klinische Ethikkomitees das Problem der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Dies hat zunächst auf das Komitee selbst unmittelbare Auswirkungen, denn über das Vorhandensein und die Unterstützung eines Klinischen Ethikkomitees entscheidet maßgeblich die betriebswirtschaftliche Situation und Priorisierung innerhalb der Institution.

Dieses Problem benennt auch der Deutsche Ethikrat in einer aktuellen Veröffentlichung:



*„Häufig werden Klinische Ethikkomitees lediglich als additive Elemente aufgefasst, die in die ärztliche und pflegerische Praxis nicht strukturell integriert sind. Hierfür können Desinteresse und Unkenntnis ursächlich sein, häufiger wird allerdings vorgebracht, dass eine strukturierte Beschäftigung mit ethischen Fragen und die hierfür wünschenswerte Ausbildung sowie die Mitgliedschaft in einem Klinischen Ethikkomitee unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen im Krankenhaus eine untragbare zeitliche Belastung darstellten. Zudem erfordert die Etablierung und Integration eines Klinischen Ethikkomitees in die Patientenbehandlung den Einsatz zeitlicher und finanzieller Ressourcen, deren Ertrag sich nur schwer in ökonomischen Parametern darstellen lässt.“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 92)*

Im Rahmen von Kommerzialisierungsprozessen innerhalb der Institution Krankenhaus kommt es immer häufiger zu (implizierter) Rationierung pflegerischer und ärztlicher Leistungen (vgl. Kosan, 2008, S. 127). Hierdurch ergibt sich auf individueller und struktureller Ebene eine Vielzahl möglicher ethischer Konflikte. Mitarbeiter\*innen, die diesen (Gewissens-)Konflikt erkennen, werden sich damit eventuell auch an ein vorhandenes Ethikkomitee wenden. Nur stellt sich die Frage: Wie wird damit umgegangen? In welcher Rolle sieht sich das Komitee selbst? Erkenntnisse aus einer teilnehmenden Beobachtung und medizinsoziologischer Analyse kommen u.a. zu der Annahme, dass strukturelle Probleme in Klinischen Ethikkomitees häufig keinen Raum finden und einseitig auf Handlungsalternativen im aktuellen Kontext fokussiert wird (vgl. Süßenguth, 2015). Damit folgen Klinische Ethikkomitees in aller Regel dem zugeordneten Ziel ihrer Existenz, ihre Analyse bleibt aber damit eindimensional. Die Verantwortung wird bei den handelnden Individuen gesucht, statt bei den sie determinierenden Strukturen.

Im Zusammenhang mit betriebswirtschaftlichen Ansätzen steht zumeist auch die Frage nach der Effektivität und dem Outcome einer bestimmten Intervention im Raum. Dies mag einerseits aus betriebswirtschaftlicher Perspektive gewünscht sein, ist andererseits aber auch für die Vertreter der empirischen Medizinethik zunehmend von Interesse. Hierbei wird häufig der Frage nachgegangen, ob klinische Ethikberatung messbare Auswirkungen auf die klinische Praxis zeigt. Allerdings steht eben dieser Ansatz vor erheblichen empirischen, normativen und ethischen Problemen. So ist es keinesfalls offensichtlich, anhand welcher valider und reliabler Indikatoren eine empirische Messung durchführbar wäre. Evaluationsforschung im Bereich Klinischer Ethikkomitees erscheint wünschenswert, ist aber mit hohem methodischen Aufwand und einer komplexen Analyse verbunden. Eine systematische Übersichtsarbeit zu Effekten klinischer Ethikberatung und zur Methodik quantitativer Evaluationsstudien findet sich bei Schildmann und Vollmann (2011). Zur Weiterentwicklung der eigenen KEK-Arbeit wird die Durchführung von Evaluationen empfohlen (vgl. Bundesärztekammer, 2006, S. 1707; Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., 2010, S. 153). Die Empfehlungen werden aufgrund begrenzter Ressourcen jedoch nur vereinzelt angewendet und stellen trotz aller methodischen Schwierigkeiten ein Desiderat der Forschung dar.

Deutsche Krankenhäuser gelten nach wie vor als streng hierarchisch geführte Institutionen. Neben der Therapiehoheit der Medizin stellt auch die betriebswirtschaftliche Führung einen maßgeblichen Einflussfaktor auf die Zusammenarbeit und Entwicklung innerhalb der Instituti-

on dar. Es verwundert daher nicht, dass sich gegen Strukturen, die diese Hierarchien implizit in Frage stellen, Widerstände mobilisieren. Wie bereits ausgeführt, stellten ärztliche Vorbehalte gegen die Implementierung eines Klinischen Ethikkomitees eine maßgebliche Hürde dar (vgl. Dörries & Hesse-Jungesblut, 2007, S. 154).

Nachdem die Hürde der Implementierung genommen ist, stehen Klinische Ethikkomitees, die – gemäß den Standards und Empfehlungen – als hierarchiefreie Räume gelten sollten, vor folgender Problemstellung:

*„Klinische Ethik-Komitees [brechen] mit all dem [...], was die Organisation eines Krankenhauses zur Vorgabe macht: asymmetrische Rollenstrukturen, eindimensionales Entscheidungsverhalten, Routinen, knappe Zeitstrukturen.“ (Wagner, 2015, S. 258)*

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, inwiefern es den in den klassischen Hierarchien des Krankenhauses sozialisierten Individuen gelingt, dieses Rollenverhalten für ihr Engagement im Klinischen Ethikkomitee abzulegen. Diese Frage stellt sich umso mehr, je ungleicher das Verhältnis zugunsten der höheren und höchsten Hierarchiestufen bei den Mitgliedern des Komitees ausfällt.

Die eigene Rolle kritisch zu reflektieren und gewohnte Strukturen zu verlassen, stellt eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar und bedarf der Bereitschaft innerhalb des Komitees. Sofern sich hierauf eingelassen wird, ergibt sich auch eine Chance, da sich daraus ein ‚Kulturwandel‘ von der Form der Anweisung hin zur konsensorientierten Entscheidungsfindung verschiebt (vgl. Süßenguth, 2015, S. 288).

Nicht zuletzt gilt es Einflüsse, die sich aus genderbasierten Ungleichheiten ergeben, in den Blick zu nehmen. Dieser Diskurs wird jedoch weder in den Ethikkomitees vor Ort, noch in der akademischen Auseinandersetzung fokussiert. In vorliegenden Untersuchungen (Ergebnisse teilnehmender Beobachtungen und Expertengespräche) wird u.a. beschrieben, dass das „*Verständnis für den Patienten letztlich auch eine Geschlechterfrage [ist]*“ (Saake & Kunz, 2015, S. 213). Konventionell als weiblich wahrgenommene Pflegenden würden mehr auf einer Beziehungsebene argumentieren, während der konventionell als männlich wahrgenommenen ärztliche Seite sozialisationsbedingt eine sachliche Argumentation zugeschrieben wird (vgl. ebd.). Dieser – empirisch nicht gesicherte Befund – bietet potentiell auch einen Erklärungsansatz für die Beobachtungen Kohlens. Bezugnehmend auf die formelle und informelle Diskussionsstruktur innerhalb eines Klinischen Ethikkomitees stellt Kohlen fest:

*„Über den Ein- und Ausschluss verschiedener Stimmen und Perspektiven werden bestimmte Themen und Konflikte auf die Spitze getrieben, während andere, überhört, an den Rand gedrängt, gar ausgelassen und somit unsichtbar werden. (...) Fragen der Care-Praxis und soziale Fragen werden eher verharmlost und verdrängt, weil sie eben nicht ins favorisierte Modell passen und sich nicht einer bestimmten ethischen Passform fügen.“ (Kohlen, 2009, S. 39)*

Liegt nun in einem Klinischen Ethikkomitee eine formell sachliche Diskussionsstruktur und -kultur vor, so schließt sie systematisch Fragestellungen aus, die für ihr Verständnis und die Beantwortung maßgeblich die Beziehungsebene beinhalten. Folgt man nun dem Befund von Saake und Kunz, so könnte sich dadurch ein systematischer Ausschluss einer Vielzahl pflegerischer Themen plausibilisieren lassen.

## 3 Die Rolle der Pflege im Krankenhaus

### 3.1 Ausgangsvoraussetzungen und theoretische Grundlagen

Die Bedeutung der Pflege generell für die (subjektiv) erlebte Behandlungsqualität stellt der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme heraus:

*„Aus Sicht der Patienten stellen die Pflegenden im Krankenhaus eine für die erlebte Behandlungs- und Umgangsqualität sehr wichtige Berufsgruppe dar. Dementsprechend spielen Zeitnot der Pflegenden, häufiger Personalwechsel und das Ersetzen ausgebildeter Kräfte durch Hilfspersonal gerade für körpernahe Verrichtungen bei einer negativen Bewertung von Krankenhausleistungen durch Patienten, aber auch in der Selbsteinschätzung der Pflegenden eine herausragende Rolle.“* (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 78)

Folgt man dem Medizinethiker Gerald Neitzke, lassen sich Gesundheitsberufen eine „*Grundmotivation des Heilens und des Helfens unterstellen*“ (zit. n. Sauer, 2015, S. 134). Es bilden sich jedoch – auch durch die Arbeitsteilung in der Praxis – Primär- und Sekundärmotivationen heraus. Nach dieser Auffassung fühlen sich Pflegenden primär der Fürsorge und dem Beistand (*care*) verpflichtet, während z.B. Ärztinnen und Ärzte primär auf die Heilung (*cure*) fokussieren würden (vgl. ebd.). Durch diese – historisch gewachsene – künstliche Distinktion zwischen Helfen und Heilen ergeben sich potentiell konflikthafte Handlungsziele in der gemeinsamen Zusammenarbeit. Zusammenfassend wird die Arbeitsteilung und unterschiedliche Schwerpunktsetzung der Berufsgruppen von Sauer folgendermaßen beschrieben:

*„Der Pflegeberuf hingegen ist zunächst ein nichtwissenschaftlicher ärztlicher Assistenzberuf. Die Pflegenden finden ihren eigenständigen Arbeitsbereich in der Unterstützung und Hilfe zur Wiedererlangung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) [...] Aus dieser Arbeitsteilung ergibt sich eine spezifische Praxis, die wiederum die Akteure prägt. Für spezifisch pflegerische Tätigkeiten ist in erster Linie die Subjektivität des Patienten ausschlaggebend, während für ärztliche Tätigkeiten primär objektive Labordaten, Röntgenbilder o. Ä. und die medizinisch-technischen Möglichkeiten relevant sind.“* (Sauer, 2015, S. 136)

Ebenfalls historisch gewachsen ist eine Asymmetrie der verschiedenen Berufsgruppen zueinander. Betrachtet man beispielsweise das Verhältnis der Medizin zur Pflege, so fällt auf, dass die Medizin nach wie vor eine herausgehobene Position beansprucht. Diese Position wird durch tradierte gesellschaftliche Konventionen, (Standes-)Recht und spezifische Ausbildung und Kompetenzprofile verstetigt (vgl. ebd., S. 137). Die sich daraus ergebenden Positionen sind keinesfalls einer sich aus der Arbeitsteilung zwingend ergebenden Logik geschuldet, sondern stellen vielmehr den Ausdruck eines sozialen Machtgefüges dar. Für die Rolle der Pflege innerhalb des Gesundheitswesens ergibt sich daraus „*von vornherein ein[...] Spannungsverhältnis, da das kooperative Verhältnis tatsächlich ein Verhältnis der Subordination ist*“ (Sauer, 2015, S. 137). Um die Rolle der Pflege im Krankenhaus näher zu beleuchten, stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Praxisdisziplin der Pflege zu theoretischen Diskursen, wie sie zum Bei-

spiel in der Ethik geführt werden, steht. Auch gilt es den Einfluss der Professionalisierungsbestrebungen und der zunehmenden Akademisierung der letzten Jahre hierbei mit in den Blick zu nehmen.

Im Diskurs um Pflege, ihre Professionalisierung<sup>1</sup> und Ethik ist die Frage nach ‚guter Pflege‘ von besonderem Interesse. In der akademischen Auseinandersetzung hierum finden sich u.a. unterschiedliche feministische Ansätze und Theorien (vgl. u.a. Arnold, 2001), das Konzept einer Care-Ethik, aber auch theologische Ansätze auf Grundlage christlicher Nächstenliebe (vgl. u.a. Dallmann, 2003). Diskurse zum Thema Care-Ethik und um ein „Ethos der Fürsorge“ sind in den letzten zwei Jahrzehnten in der Fachöffentlichkeit verstärkt geführt worden, haben im deutschsprachigen Raum jedoch nur einen begrenzten Wirksamkeitsradius:

*„Eine explizite Care-(Ethik) Debatte ist zwar in der Pflegewissenschaft erfolgt, jedoch hat die Pflegewissenschaft andere Schwerpunkte gesetzt, insbesondere die der Professionalisierung von Pflege, und wird im Bezugsrahmen der Pflegepraxis in Deutschland nicht rezipiert.“ (Kohlen & Kumbruck, 2008, S. 2)*

Neben grundsätzlichen Kritikpunkten an der Care-Ethik, wie z.B. einer biologisierten Geschlechterzuschreibung und einer fraglichen Anwendbarkeit auf die Pflegepraxis, erscheint auch die Schwierigkeit, die Mikroebene zu verlassen, ein zusätzlicher systematischer Schwachpunkt:

*„Es scheint jedoch in der Debatte sehr schwierig zu sein, die Mikroebene des pflegerischen Tuns im Sinne des Blickes auf die Elemente des Ethos fürsorglicher Praxis mit einer Makroebene zu verbinden, die Pflegestrukturen und -organisation oder gar die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Fokus hat.“ (Kohlen & Kumbruck, 2008, S. 26)*

In der theoretischen Auseinandersetzung findet sich auch darüber hinaus eine Vielzahl an Vorschlägen für die (Weiter-)Entwicklung einer Pflegeethik, deren Darstellung nicht im Rahmen dieses Beitrags erfolgen kann. Einen praxisnahen Überblick zur ethischen Orientierung in der Pflege bieten Dallmann und Schiff (2016). Zum moralischen Selbstverständnis von Pflegenden sei auf Sonntag (2018, S. 13–17) verwiesen. Auch wird über die Rolle der Pflegeethik als kritische Institutionenethik und ihren Einfluss auf Organisationsentwicklung diskutiert (vgl. u.a. Großklaus-Seidel, 2012).

Die im Rahmen der Professionalisierungsbestrebungen forcierte Akademisierung der Pflege führt dabei keinesfalls automatisch zu Reflexionen über den ethischen Gehalt des eigenen Berufsstandes und seiner Praxis. Auch wenn laut Bögemann-Großheim (2004, S. 103) die Entwicklung einer genuinen Pflegeethik als (berufspolitisches) Ziel der Akademisierung Geltung haben sollte, so ist in der Gesamtschau zu konstatieren, dass die Auseinandersetzung mit Ethik im Rahmen der Akademisierung vergleichsweise marginal ausfällt.

---

<sup>1</sup> Der Begriff der Professionalisierung ist ein bunt schillernder und Anlass für eine Vielzahl berufssoziologischer Betrachtungen. Der vorliegenden Arbeit liegt ein merkmalsbezogenes Professionalisierungsverständnis zugrunde, wie er u.a. von Bögemann-Großheim (2004, S. 103) beschrieben wird.

Allen genannten Diskursen ist gemein, dass sie nahezu ausschließlich in einem (vergleichsweise exklusiven) akademischen Zirkel geführt werden und somit die Reichweite und der Einfluss auf die konkrete Pflegepraxis kritisch zu hinterfragen ist. Bei aller Notwendigkeit des akademischen Diskurses, ist auch der Blick auf die Praxis – mit all ihren strukturellen Erschwernissen – nicht zu verlieren.

Ausgehend hiervon stellt sich die Frage, mit welchen ethischen Konflikten sich Pflegende in ihrer alltäglichen Praxis im Krankenhaus konfrontiert sehen und welche Implikationen sich daraus ergeben. Notwendigerweise soll an dieser Stelle nochmals auf die Schwierigkeit hingewiesen werden zu diesem Thema valide und reliable Aussagen zu treffen. Die empirische Erhebung steht vor der großen Schwierigkeit, die Vielzahl an Einflussfaktoren in messbare Parameter umzusetzen und in ihrer Komplexität erheben zu können.

### 3.2 Die Belastung Pflegender durch ethische Konflikte

Auf Grundlage der quantitativen Erhebungen in Krankenhäusern von Sauer (2015) und Rester, Grebe, Bauermann, Pankofer und Bleyer (2017) soll die subjektive Belastung Pflegender durch ethische Konflikte dargestellt werden. Sauer (2015, S. 125) befragte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter\*innen in den Bereichen Onkologie und Intensivmedizin mit  $N = 247$  (111 Mediziner (44,9 %), 136 Pflegende (55,1 %)). Rester et al. (2017, S. 5) erhoben die Einschätzung von Mitarbeitern auf onkologischen, geriatrischen, palliativen und Intensivstationen ( $N = 2210$ , davon: 511 Mediziner, 1429 Pflegende, 270 Sonstige). Trotz aller methodischer Limitationen ergibt dies eine Basis, auf der sich zumindest vorsichtig verallgemeinerbare Aussagen treffen lassen.

Als strukturelle Belastung haben dabei vor allem auch die Rahmenbedingungen zu gelten, mit denen Pflegende sich in nahezu allen Settings konfrontiert sehen:

*„Ein permanenter Zeitdruck ist für viele Pflegende heute zur Norm geworden und wirkt sich auf die Pflegeleistung aus. Dies betrifft zunächst die „unsichtbaren“ Arbeiten wie Zuhören, Trostspenden, Für-Wohlbefinden-Sorgen, des Weiteren auch prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Komplikationen (Dekubitus, Thrombose, Pneumonie, Kontrakturen), ferner auch Aktivitäten der Grundpflege, die entindividualisiert werden, sowie überdies das Informieren, das Beantworten von Fragen und die Kommunikation über das Verhalten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 79)*

Sowohl auf Organisations- als auch auf Individualebene müssen also zunehmend Allokationsentscheidungen über die verbleibenden Ressourcen getroffen werden.

Die Forschung zeigt, dass ethische Konflikte insbesondere dann als moralisch belastend wahrgenommen werden, „wenn die Teilnehmenden die Entscheidung nicht beeinflussen konnten oder den eingeschlagenen Kurs als moralisch falsch empfanden.“ (Rester et al., 2017, S. 4). Diese moralische Belastung ergibt sich folglich auch dann, wenn auf individueller Ebene Allokationsentscheidungen getroffen werden müssen, wie z.B. hinsichtlich der Zeit pro Patient\*in. So entsteht beispielsweise auf individueller Ebene das Dilemma, grundsätzlich jedem Anspruchsberechtigten eine fachlich hochwertige und umfassende Pflege anbieten zu wollen. In der kon-

kreten Situation ist eben dies aber häufig nicht möglich, sodass beständig die knappe Ressource der Zeit möglichst ‚gerecht‘ auf alle Anspruchsberechtigten verteilt werden sollte, beziehungsweise werden muss. Die strukturell bedingte Ressourcenknappheit steht so im Widerspruch zum eigenen fachlichen und ethischen Anspruch und ist durch die begrenzte individuelle Beeinflussbarkeit konflikthaft und -erzeugend.

Für Pflegende wurden die höchsten ethischen Belastungen bei Konflikten im Umgang mit verwirrten Menschen, dem Nichtakzeptieren eines Sterbeprozesses, der künstlichen Verlängerung des Lebens, eines unklaren Patientenwillens sowie bei Konflikten mit der Menschenwürde festgestellt (vgl. Rester et al., 2017, S. 7). Dabei sind Pflegende subjektiv stärker durch ethische Konflikte belastet, als die anderen befragten Berufsgruppen und auch signifikant häufiger mit solchen Situationen konfrontiert (vgl. ebd.). Als eine besonders vulnerable Gruppe für hohe ethische Belastung sind im Rahmen der Studie ältere Mitarbeiter\*innen auf Intensivstationen identifiziert worden (vgl. ebd., S. 3). Die subjektive Belastung nimmt dabei mit steigendem Lebensalter und Berufserfahrung zu, was jedoch nicht zu einer höheren Teilnahme an Angeboten klinischer Ethikberatung zu führen scheint (vgl. ebd.).

Sauer fokussiert bei der Analyse seiner Daten mehr auf die „perspektivische Differenz“<sup>2</sup> zwischen der Medizin und Pflege in Bezug auf ethische Fragestellungen:

*„Pfleger und Ärzte haben in der beruflichen Alltagspraxis unterschiedliche Perspektiven. Dies zeigt sich insbesondere in ethisch relevanten Entscheidungssituationen, in denen sie oft zu grundlegend unterschiedlichen Urteilen kommen. Aus dieser „Unterschiedlichkeit der Perspektiven“ können in der beruflichen Alltagspraxis miteinander erhebliche Dissonanzen entstehen, die einer konstruktiven Zusammenarbeit im Wege stehen.“ (Sauer, 2015, S. 123)*

In der Untersuchung Sauer ergibt sich ebenfalls der Befund, dass Pflegende signifikant häufiger und intensiver ethischen Konflikten ausgesetzt sind als Ärzt\*innen (vgl. ebd., S. 126). Am häufigsten geben Pflegende folgende Konfliktursachen an (in absteigender Reihenfolge): „Unklare Verfahren der Entscheidungsfindung, mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte, Zeit- und Personalmangel, hierarchische Strukturen, mangelnde Sensibilität gegenüber Patienten“ (Sauer, 2015, S. 129). Für Pflegende sind somit die berufsgruppenspezifisch unterschiedlichen Perspektiven, aber vor allem auch die als unzureichend erlebten Rahmenbedingungen konfliktierend. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass die Faktoren hierbei kumulieren.

Erwartungsgemäß wird dabei die „mangelnde ethische Kompetenz“ der Ärzte von Pflegenden hochsignifikant häufiger als konfliktierend eingeschätzt, als durch die Ärzte selbst. Interessanterweise beruht dies jedoch nicht auf Gegenseitigkeit:

<sup>2</sup> „Der Begriff der „perspektivischen Differenz“ wird bereits vom Pflgeethiker Hartmut Remmers aufgegriffen. Er geht davon aus, dass bei der Ausgestaltung einer spezifischen Pflegeethik die Analyse zweier Faktoren von zentraler Bedeutung ist: die „asymmetrische[n] Bedingungen professioneller Beziehungen“ und das „wissenschaftliche Vorverständnis professioneller Akteure“, das ggf. den Erkenntnisrahmen einer Einzelfall-Analyse perspektivisch festlegt.“ (Sauer 2015, S. 133)

*„Die Ärzte schätzen die „mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden“ nicht signifikant häufiger als konflikterzeugend ein. Im Gegenteil: Sie schätzen sie sogar hochsignifikant seltener ein als die Pflegenden selbst, d. h. sowohl in der Fremd- als auch in der Selbsteinschätzung wird die „mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte“ überraschenderweise als häufiger konflikterzeugend erlebt.“ (Sauer, 2015, S. 131)*

Die regelmäßig und regelhaft beobachtbare unterschiedliche Perspektivität von Pflegenden und Ärzten erklärt sich dabei, laut Sauer, aus spezifischen Praxisverhältnissen und sei fest im berufsspezifischen Habitus verankert. Dieser, aus der klinischen Erfahrung her plausible Verdacht, sollte noch durch weitere Forschung belegt werden. Gilt die perspektivische Differenz zwischen den Berufsgruppen als belegt, so hat dies auch erhebliche Implikationen auf die Erfolgsaussichten einer klinischen Ethikberatung, denn:

*„Punktuell durchgeführte Ethikberatung und der bloße Appell, sich berufsgruppenübergreifend, hierarchie- und funktionsunabhängig über strittige Sachverhalte auszutauschen, werden nichts an der Grundproblematik ändern, die in der persistenten Reproduktion der bestehenden Perspektiven besteht.“ (Sauer, 2015, S. 138)*

Die hier vorgestellten empirischen Erhebungen unterliegen der Limitation, dass sie unmöglich alle Faktoren in den Blick nehmen können, die eine „ethische Belastung“ ausmachen können. Es handelt sich um ein Zusammenspiel von u.a. individueller und beruflicher Sozialisation mit institutionellen Voraussetzungen und dem „ethischen Klima“ innerhalb einer Einrichtung. Nichtsdestotrotz ergeben sich eindeutige Hinweise darauf, dass Pflegende sich einer vergleichsweise hohen ethischen Belastung ausgesetzt fühlen, womit sich nunmehr die berechnete Frage stellt, welche Konsequenzen dies nach sich zieht und wie sich dies auf eine Haltung Pflegender gegenüber Klinischen Ethikkomitees auswirkt.

### **3.3 Das Phänomen „moral distress“**

Um die Konsequenzen einer hohen ethischen Belastung darzustellen, bietet sich das Phänomen des *moral distress* an, welches zusammenfassend so beschrieben wird:

*“The concept of moral distress was first identified in 1984 by Jameton, who defined it as painful feelings and/or the psychologic disequilibrium that occurs when nurses are conscious of the morally appropriate action a situation requires but cannot carry out that action because of institutionalized obstacles. These obstacles can include lack of time, supervisory reluctance, an inhibiting medical power structure, institution policy, or legal constraints.” (Corley, Minick, Elswick & Jacobs, 2005, S. 382)*

In einer Weiterentwicklung des Konzeptes im Jahr 1993 ergänzte Jameton noch die Unterscheidung zwischen initialem und reaktivem *moral distress*. Der initiale Stress entsteht dabei durch die oben beschriebenen strukturellen Auslöser oder durch interpersonale Wertekonflikte. Reaktiver Stress ergibt sich, wenn keine Handlung als Reaktion auf den initialen Auslöser erfolgt (vgl. ebd.).



Internationale Forschung zu dem Phänomen des *moral distress* zeigt, dass die Entstehung hiervon u.a. von klinischen Situationen und intrapersonellen Faktoren des handelnden Individuums beeinflusst wird, aber auch das ‚Klima‘ auf den Stationen, in den Institutionen oder dem gesamten System einen Einfluss hat (vgl. Hamric, 2012, S. 39). Als weitere Gründe werden der sich schnell vollziehende technologische Wandel, konfligierende soziale und kulturelle Wertvorstellungen, der Druck zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen und nicht zuletzt die unzureichende Personalausstattung angeführt (vgl. Corley et al., 2005, S. 381, S. 382). Die negativen Auswirkungen des *moral distress* werden folgendermaßen beschrieben:

*„Moral distress differs from other forms of emotional distress (Epstein and Hamric 2009). It is important precisely because it is so powerful and so destructive to the moral agency and integrity of healthcare providers. Experiences of moral distress compromise providers’ core values or duties, which are the fundamental ingredients of their moral integrity. Over time, these compromises can have negative and longlasting effects that can lead healthcare providers to become desensitized to the moral dimensions of their work or even to leave their profession.“* (Hamric, 2012, S. 47)

Dies findet sich auch in weiteren Studien so bestätigt (vgl. u.a. Corley et al., 2005, S. 382), eine Zusammenschau der empirischen Erkenntnisse findet sich bei Hamric (2012, S. 39–49) und als systematisches Review bei Lamiani, Borghi und Argentero (2015, S. 51–67).

Die besonders hierarchisch ausgeprägte deutsche Struktur der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen stellt dabei einen besonderen Risikofaktor für die Entwicklung von *moral distress* dar. Es wird angenommen, dass Pflegende und Ärzt\*innen bei Entscheidungsprozessen häufig eine jeweils eigene spezifische Situationseinschätzung (perspektivische Differenz) zugrunde legen. Durch die hierarchischen Entscheidungsstrukturen kommt es dann aber dazu, dass die Situationseinschätzung der ärztlichen Berufsgruppe handlungsleitend ist. Wird die Entscheidungsgrundlage nicht adäquat kommuniziert und bestehen zusätzlich keine (institutionell verankerten) Möglichkeiten, die mit der Entscheidung verbundenen ethischen Konflikte zu adressieren, so führt dies in der Folge mit hoher Wahrscheinlichkeit zu *moral distress* (vgl. Sauer, 2015, S. 124, Corley et al., 2005, S. 384, Jansky, Marx, Nauck & Alt-Epping, 2013, S. 780).

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass *moral distress* keinesfalls eine exklusive Gültigkeit nur für Pflegekräfte besitzt, sondern sich bei vielen Berufsgruppen, insbesondere im Sozialwesen, findet. Studien hierzu liegen unter anderem für Ärzt\*innen (Forde & Aasland, 2008), aber auch für Wissenschaftler\*innen vor (Ganske, 2010). Pflegende jedoch haben aufgrund ihrer gegenwärtigen Arbeitssituation ein empirisch nachweisbar erhöhtes Risiko, *moral distress* zu entwickeln. Die hiermit verbundenen negativen Auswirkungen – von situativem Vermeidungsverhalten, über Burnout bis zur Berufsflucht – erfordern dabei, den Blick auf strukturelle Verbesserungen, aber auch auf Coping-Mechanismen zu legen.

## 4 Das Verhältnis Pflegender zu Klinischen Ethikkomitees

### 4.1 Barrieren für die Inanspruchnahme

Die erste Hürde für Pflegende, um eine institutionalisierte Form klinischer Ethikberatung – in den meisten Fällen ein Klinisches Ethikkomitee – in Anspruch zu nehmen, ist eine sehr grundsätzliche: Es muss der ethische Konflikt erkannt und benannt werden können (vgl. Gaudine, Lamb, LeFort & Thorne, 2011, S. 770). Kohlen weist zudem darauf hin, dass

*„Forschung zur Pflege gezeigt [hat], dass Pflegekräfte dazu neigen, Ethik im Bereich spannungsgeladener medizinischer Situationen anzusiedeln, und die ethischen Spannungen und Probleme, die in ihren täglichen Erfahrungen aufkommen, nicht zu thematisieren.“* (Kohlen, 2009, S. 34)

Selbst wenn der ethische Konflikt erkannt wurde, scheint es für viele Pflegende eine zusätzliche Schwierigkeit darzustellen, Konflikte aus der Praxis in den Begriffen von ‚Recht‘ und ‚Gerechtigkeit‘ zu fassen und zu kommunizieren (vgl. ebd., S 36). Ethische Konflikte adäquat zu kommunizieren, stellt Pflegende vor eine – vermeintliche oder tatsächliche – Herausforderung. Kohlen macht in diesem Kontext auf Befunde aufmerksam, wonach

*„Pflegende, die versuchten, ethischen Probleme in einem Begriffsrahmen von Care (Fürsorge im weitesten Sinne) und Verantwortung zu artikulieren, nicht in ihrer Rolle als Komiteemitglieder akzeptiert [wurden]. Diese Festlegung auf einen bestimmten Denk- und Begriffsrahmen kann bedingen, dass ethische Konflikte, die fürsorgliche Praktiken und Fragen der Verantwortlichkeiten betreffen, kaum zum Tragen kommen“* (Kohlen, 2012, S. 198)

Auch wenn dieses grundsätzliche Problem überwunden werden kann, so werden doch noch etliche weitere Hürden beschrieben:

1. *“Lack of knowledge about committee*
2. *Lack of experience or expertise in managing ethical issues*
3. *Reaction of others*
4. *It is my responsibility (HEC seen as last resort)*
5. *Lack of expertise on committee\*\**
6. *Fear that others may intervene with the patient/family\*\**
7. *Not my role*
8. *Problematic process for ethics consultations*
9. *Lack of informal and formal supports\**

*\*Sub category seen only in nurse participant(s)*

*\*\*Sub category seen only in physician participant(s)“* | (Gaudine et al., 2011, S. 771)

Dieses Wissens- und Erfahrungsdefizit findet sich auch in der deutschen Forschung bestätigt, so geben in der Erhebung von Rester et al. (2017, S. 7) nur 46,3% der Pflegenden an, das Angebot, die Möglichkeit und die sinnvollen Einsatzzwecke von Strukturen klinischer Ethikberatung zu kennen. Auch werden, übereinstimmend mit der internationalen Forschung, geringes Wis-

sen, fehlende Erfahrungen oder befürchtete negative Reaktionen als Hinderungsgründe für die Konsultation entsprechender Strukturen berichtet (vgl. ebd. S. 4). Diese Schwierigkeit kann noch dadurch zunehmen, wenn die Vertreter der Pflege in den Strukturen klinischer Ethikberatung sich maßgeblich aus dem vergleichsweise patientenfernen Pflegemanagement rekrutieren. Zum einen steht dies im Widerspruch zur originär der Pflege zugeordneten Proximität zum Patienten. Zum anderen ergeben sich hieraus auch weniger unmittelbare persönliche Anknüpfungspunkte zu engagierten Kolleg\*innen, dafür aber die eventuell ungute Konstellation zum Vertreter der ‚eigenen‘ Berufsgruppe in einem dienstlichen Abhängigkeitsverhältnis zu stehen.

Hinsichtlich der Partizipation Pflegenden ist auch zu hinterfragen, mit welchen Themen und Fragestellungen sich bestehende Strukturen der klinischen Ethikberatung auseinandersetzen und ob es hierbei überhaupt Anknüpfungspunkte für pflegerische Themen gibt. Auch wird berichtet, dass alltägliche Phänomene, die als ethisch bedenklich erlebt werden, von klinischen Ethikkomitees ignoriert würden (vgl. Kohlen, 2012, S. 197). So wird beispielsweise der in allen Berufsgruppen als ethisch belastend wahrgenommene „Umgang mit verwirrten Menschen“ kaum von klinischen Ethikkomitees als Problemstellung bearbeitet, der Fokus liegt nach wie vor auf den *end-of-life-decisions* (vgl. Rester et al., 2017, S. 8).

Nicht zuletzt wird grundsätzlich über die Sinnhaftigkeit der Organisationsform als Gremium und den damit vergleichsweise hohen Zugangshürden für die Teilnahme an einer klinischen Ethikberatung diskutiert:

*„Kaum einer der Befragten wendet sich mit seinem ethischen Konflikt an die dafür eingerichteten Institutionen. Ethische Konflikte werden deutlich häufiger mit Angehörigen der eigenen Berufsgruppe und seltener in professionalisierten Beratungsformen besprochen. Diese Tendenz ist unter Pflegenden ausgeprägter als unter anderen Berufsgruppen. **Damit stellen die vorliegenden Erkenntnisse die umfassende Wirksamkeit häufig praktizierter Ethikberatungsmodelle in Frage, die genuin außerhalb des beruflichen Nahbereichs angesiedelt sind**“ (Hervorhebung durch A.G.; ebd.)*

## 4.2 Erwartungen an die Inanspruchnahme

Trotz aller Zugangshürden zu klinischen Ethikkomitees und auch den grundsätzlichen Zweifeln an der Wirksamkeit des gewählten Ansatzes, genießen klinische Ethikkomitees ein vergleichsweise großes Vertrauen unter Pflegenden. Die gegenwärtige Forschungslage zeigt, dass Pflegende im Vergleich zu Ärzt\*innen hochsignifikant einen höheren Bedarf an klinischer Ethikberatung artikulieren (vgl. Jansky et al., 2013, S. 781; Sauer, 2015, S. 132). Auch wird berichtet, dass Pflegende häufiger als Ärzt\*innen erwarten, durch die Konsultation eines klinischen Ethikkomitees eine hilfreiche Unterstützung zu erhalten (vgl. Jansky et al., 2013, S. 777). Bei entsprechender Bekanntheit der Strukturen werden diese weitgehend positiv bewertet. Nichtsdestotrotz bleibt nach wie vor folgende Schwierigkeit:

*„Pfleger [bringen] subjektiv belastende pflegeethische Konflikte zu wenig selbst zur Sprache. Entscheidungen von Pflegenden sowie pflegeethische Themen werden nicht entsprechend ihren ethischen Konfliktpotenzialen in gegenwärtigen klinischen Ethikberatungen abgebildet.“ (Rester et al., 2017, S. 8)*

So können subjektive Belastungen von Pflegenden durch ethische Konflikte in den Klinischen Ethikkomitees kaum oder nur erschwert wahrgenommen werden. Um diesen Zugang zu gewährleisten und zu erleichtern gibt es verschiedene Verbesserungsansätze, wie sie u.a. von Gaudine et al. dargelegt werden:

- “1. Support within unit and hospital
 
    - 1.1 Ethics facilitator in unit - 1.2 Manager - 1.3 Rounds on unit - 1.4 Health care team*
    - 1.5 Patient advocate - 1.6 Presence of ethicist on unit**
  - 2. Available information within the organization about HEC
 
    - 2.1 Intranet - 2.2 Email - 2.3 Phone contact - 2.4 Direct contact with HEC (members)**
  - 3. Ethics education about ethics
 
    - 3.1 Ethics rounds - 3.2 Ethics lunch and learn sessions - 3.3 Reading materials**
  - 4. Speedy consultation*
  - 5. Interest of organization in ethical issues*
  - 6. Knowing a committee member*
  - 7. Knowing consultation would not sideline them\*\**
  - 8. Increasing expertise on committee\*\**
  - 9. Accepting that one may need help to manage clinical situations oneself*
- \*\*Sub category seen only in physician participant(s)” | (Gaudine et al., 2011, S. 775)*

Da es sich hierbei um vergleichsweise einfache Interventionsmöglichkeiten handelt, ist davon auszugehen, dass eine konsequente Umsetzung weniger an dem Willen der Akteure als vielmehr an den ihnen zur Verfügung gestellten Ressourcen scheitert. Wünschenswertes Ziel dabei wäre, den Pflegenden ein aktives Verständnis von Partizipation zu vermitteln, bzw. sie darin zu bekräftigen, denn:

*„Pfleger, die ein aktives Verständnis von Partizipation entwickeln, können selbstständige Formen der Einbindung in ethische Entscheidungsfindungsprozesse finden. Sie konfrontieren die Akteure in ihrem Handlungsumfeld mit ihrer Perspektive als selbstverständlichen professionellen Beitrag und verstehen ihr ethisches Handeln unabhängig von hierarchischen institutionellen Formierungen.“ (Kohlen, 2012, S. 200)*

## 5 Die Rolle der Pflege im Klinischen Ethikkomitee

### 5.1 Die zugeschriebene Rolle

Die zugeordnete Rolle für Pflegende in einem Klinischen Ethikkomitee ist die anwaltschaftliche Vertretung und FürsprecherIn des Patienten und seiner Perspektive gegenüber dem Klinischen Ethikkomitee (*advocacy*):

*„Nurse members who act as patient advocates must articulate and defend the autonomy and interests of the patient. To be an advocate involves informing and supporting. Nurse advocacy occurs when the committee promotes effective communication; learns the reactions of patient, family and staff; increases patients’ knowledge about their illness...“* (Murphy 1989, S. 554, zit.n.: Kohlen, 2012, S. 195)

Als Begründung für diese Rolle wird angeführt, dass Pflegende hierfür am besten geeignet seien, da sie die meiste Zeit am Patientenbett verbrächten. Diese Proximität des Patienten versetze Pflegende eher in die Lage, eine Folgenabschätzung der Auswirkungen einer medizinischen Therapie auf Patient\*innen vorzunehmen (vgl. Kohlen, 2012, S. 194). Auf den Begriff der *advocacy* wird in der US-amerikanischen Diskussion des Öfteren verwiesen (vgl. u.a.: Erlen, 1993, S. 69), in Deutschland wird dies zumindest andiskutiert (vgl. z.B. Giese, 2013, S. 59).

Nichtsdestotrotz ist der Begriff der *advocacy* und die ihm zugrundeliegende Annahme auch kritisch zu hinterfragen. So drückt sich zunächst in dem Konzept der Fürsprache ein im Kern paternalistisches Verständnis aus, das nicht dem Grundverständnis eines Klinischen Ethikkomitees entsprechen sollte und einem *shared-decision-making* -Ansatz widerspricht (vgl. u.a. Griffith & Tengnah, 2013).

Gleichwohl erscheint die Einbindung Pflegender aufgrund ihrer Proximität zum Patienten sinnvoll, da praktisch Pflegende qua ihres Aufgabenprofils zwangsläufig den intensivsten Kontakt zum Patienten haben. Somit kann hierdurch eine spezifische Perspektive auf die Situation eingebracht werden. Betrachtet man die Zusammensetzung eines Klinischen Ethikkomitees fällt auf, dass Vertreter\*innen der Pflege sich auch aus patientenfernen Arbeitsbereichen (z.B. dem Pflegemanagement) rekrutieren. Auch diese Perspektive ist für ein Komitee wichtig, erfüllt aber nicht mehr den Anspruch an die Pflege, aufgrund ihrer Proximität zum Patienten vertreten zu sein:

*„Obwohl das Einbringen einer pflegeethischen Perspektive, deren Besonderheit in der Form von Proximität zum Patienten liegt, die Rolle der Pflege im Klinischen Ethikkomitee charakterisiert, fehlen die Akteure der klinischen Pflegepraxis, die im direkten Patientenkontakt stehen, als Mitglieder. Pflegerische Themen in den Komitees stehen zudem selten auf der Agenda, da sie kaum in einer Komiteesprache beschrieben werden können, die vorrangig aus Gerechtigkeits- und Rechtsbegriffen besteht. Ausschließungen, Marginalisierungen und Verdeckungen von Themen und Konflikte können eine Folge sein.“* (Kohlen, 2012, S. 200)

## 5.2 Die Rolle der Pflege im multidisziplinären Ethikkomitee

Die multidisziplinäre Besetzung eines Klinischen Ethikkomitees ist mittlerweile gängige und anerkannte Praxis, kann aber von Komitee zu Komitee variieren und ist auch im hohen Maße von lokalen Gegebenheiten abhängig. Ärzt\*innen, Pflegekräfte und Seelsorger\*innen sind dabei nahezu immer eingebunden. Weitere Heilberufe und sonstige Mitglieder, wie z.B. Jurist\*innen, kommen ggf. hinzu (vgl. Schochow et al., 2014, S. 2178). Als Ziel wird eine „*problembezogene, systematische und interprofessionelle Deliberation*“ (Simon, May & Neitzke, 2005, S. 324) benannt. Als problematisch gilt nach wie vor, dass häufig ein ärztliches Urteil über den ethischen Gehalt einer Anfrage und somit über die Bearbeitung innerhalb des Komitees entscheidet (vgl. Kohlen, 2009, S. 8), die dabei zugrunde gelegten Entscheidungsstrukturen sind häufig intransparent. In der Literatur wird beschrieben, dass ethische Konflikte und kritische Situationen aus der pflegerischen Berufspraxis häufig „*an den Rand gedrängt, als gewöhnlich abgewertet, oder nicht wirklich als 'ethisch' bezeichnet werden*“ (Kohlen, 2009, S. 36).

Weitere Forschung zeigte auch einen *gender gap* in der Zusammensetzung des Komitees, nach dem die Mehrheit der Pflegenden weiblich und Mitglieder ohne Vorsitzendenfunktion waren, während Ärzte überproportional männlich und eher in der Position der Vorsitzenden anzutreffen seien (vgl. McDaniel, 1998, S. 50). Darüber hinaus zeigte sich, dass Pflegenden in Relation der Beschäftigtenzahl (deutlich) unterrepräsentiert waren, bzw. sind (vgl. Kohlen, 2008, S. 114). Neben der weitgehenden Ausklammerung pflegerischer Fragestellungen erfolgt eine Beteiligung der Pflegenden häufig lediglich punktuell (vgl. Kohlen, 2009, S. 37; McDaniel, 1998, S. 49).

Auch wird auf die Schwierigkeit der „doppelten Rollen“ hingewiesen – so ist eine Kommunikation auf Augenhöhe für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung, wenn das jeweilige Gegenüber im allgemeinen Kontext Krankenhaus in einem hierarchischen Abhängigkeitsverhältnis steht. Bezogen auf die medizinische Dominanz kommen Saake und Kunz aus soziologischer Perspektive zu folgendem Schluss:

*„Wenn man beides auseinanderhält, die Beobachtung medizinischer Dominanz und die Funktionalität medizinischer Dominanz, entstehen Fragen, die den medizinischen Alltag in ein neues Licht rücken. Zunächst ist zu vermuten, dass die Dauerhaftigkeit des Problems der medizinischen Dominanz eventuell darauf verweist, dass die Funktionalität der Medizin nicht ohne ihre asymmetrische Inszenierung zu haben ist. Und darüber hinaus: Wie lässt sich eine Infragestellung ärztlicher Dominanz von einer Infragestellung ärztlicher Expertise trennen? Unsere Antwort lautet: Durch ethische Sensibilisierung. Genauer könnte man nun sagen, dass nicht die medizinische Expertise selbst in Frage steht, sondern die Legitimation ihrer Begründungen.“* (Saake & Kunz, 2015, S. 220)

## 6 Einblicke in Strukturen klinischer und pflegerischer Ethik international

Auseinandersetzungen um klinische Ethik, ihre Strukturen und die Rolle der Pflege finden sich international – dies illustriert somit die Relevanz des behandelten Themas in diesem Beitrag und lädt zu einem ‚Blick über den nationalen Tellerrand‘ hinaus ein. Neben einer Vielzahl der bereits zitierten Studien aus europäischen Staaten konnten im Rahmen einer explorativen Literaturrecherche exemplarisch aus allen Erdteilen Arbeiten zur Rolle Pflegenden in den Strukturen Klinischer Ethik identifiziert werden, die hier schlaglichtartig dargestellt werden.

Die brasilianische Forschergruppe um Freitas, Oguisso und Merighi (2006) setzt sich mit den alltäglichen Aufgaben von Pflegemanager\*innen und Mitgliedern von Nursing Ethics Committees im Zusammenhang mit „*Ethical Events in Nursing*“ auseinander. Das australische Literaturreview von Schluter, Winch, Holzhauser und Henderson (2008) fokussiert auf den Zusammenhang der moralischen Sensitivität Pflegenden und des ‚ethischen Klimas‘ im Krankenhaus. Gaudine et al. (2011) beschreiben die Entwicklung Klinischer Ethikkomitees in Kanada in den letzten 20 Jahren und ihre Forschung zu Hürden und *Facilitators* für die Inanspruchnahme der Komitees. Erste Erkenntnisse aus qualitativen Interviews im zentralafrikanischen Gabun beschreiben Sippel, Marckmann, Ndzie Atangana und Strech (2015). In der qualitativen Befragung der koreanischen Pflegewissenschaftler\*innen um Kim, Seo und Kim (2016) werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Pflegekräften an „*Clinical Ethics Support Services*“ untersucht.

All diese Erkenntnisse verhelfen mosaiksteinartig zu einem sich zunehmend erweiternden und kontrastreicheren Gesamtbild. Trotz aller nationaler Unterschiede der Gesundheitssysteme, werden etliche Phänomene, wie beispielweise die ärztliche Dominanz in den Gremien, international beschrieben und häufig problematisiert.

In der Debatte um klinische Ethik (und auch die Rolle der Pflege hierin) sind die Diskurse und Entwicklungen in den Vereinigten Staaten als ein wichtiger Einfluss auf die Situation in Deutschland zu sehen. Bezogen auf das vorliegende Thema soll daher ein Einblick in den US-amerikanischen Diskurs um pflegerische Themen in Klinischen Ethikkomitees gegeben werden. Ab dem Ende der 1980er Jahre wurde auch über Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit explizit pflegerischer Komiteestrukturen („Nursing Ethics Committees“; als Ergänzung zu den multidisziplinären) diskutiert.

Edwards und Haddad (1988, S. 30) weisen darauf hin, dass: „*Few ethical decisions involve **only** the nurse, but the majority of ethical dilemmas in the health care setting involve nurses*“ (Hervorhebung im Original). Die Situation der Pflegenden wird folgendermaßen beschrieben: „*nurses caught in the middle of other professionals' decisions without much decision-making power themselves*“ (Buchanan & Cook, 1992, S. 40). Damit zusammenhängend wird der Zwang für Pflegenden beschrieben, die eigene Entscheidung der ärztlichen Order, oder den Regeln des Krankenhauses, unterzuordnen (vgl. ebd.). Laut Buchanan und Cook (1992, S. 40) kann somit

die Rolle Pflegender als *patient advocat* nicht ausgefüllt werden und intensive Konflikte und Frustration wären die Folge. Dies wiederum führe zu ineffektiver Versorgung der Patienten und ‚Burnout‘ bei den Pflegenden.

Die Pflegewissenschaftlerin Judith A. Erlen (1993) unterstreicht die Rolle der Pflege als *patient advocats* und sieht in *Nursing Ethics Committtees* eine Möglichkeit für das Empowerment der Pflege. Sie beschreibt bei Pflegenden das Gefühl der Machtlosigkeit in ethischen Entscheidungsprozessen und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten. So stehen Pflegende zwar als Ansprechpartner für Patient\*innen in ‚erster Reihe‘, sind häufig aber eben nicht in Entscheidungsprozesse mit einbezogen und können als „*the responsible powerless*“ beschrieben werden (Erlen, 1993, S. 69). Die Machtlosigkeit der Pflegenden hat laut Erlen drei Charakteristika: das Gefühl mangelnder Kontrolle, mangelnden Einflusses und dem Gefühl der Hilflosigkeit (vgl. Erlen, 1993, S. 70). Aufgrund der einzigartigen Perspektive Pflegender und ihres begrenzten Einflusses auf ethische Entscheidungen, identifiziert Erlen (1997, S. 55) *Nursing Ethics Committees* als den Ort, der Pflegenden die Möglichkeit bietet, die ethischen Themen ihrer Berufspraxis zu klären und zu artikulieren. Als Kernaufgabe eines *Nursing Ethics Committee* sieht sie den (Weiter-)Bildungsansatz, der gleichzeitig auch als Empowermentansatz für Pflegende zu verstehen ist: „*Knowledge increases nurses‘ confidence in their own ability to identify, analyze, and resolve ethical situations they encounter*“ (ebd.).



## 7 Fazit und Ausblick

Eine gute Pflege sicherzustellen – das heißt auch, dass eine Diskussion über die ethischen Implikationen des eigenen pflegerischen Handelns geführt und unterstützt wird. Ansätze, Chancen und Herausforderungen der ethischen Deliberation im Krankenhausalltag stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags.

Der historische Überblick zur Entstehung und Entwicklung Klinischer Ethikkomitees in Deutschland zeigt die relative Erfolgsgeschichte im Hinblick auf ihre zunehmende Verbreitung. Gleichwohl fehlt es nach wie vor an empirischen Daten, die Aufschluss über die Zusammensetzung und Arbeitsweise der jeweiligen Komitees geben. Die ausgesprochen große Heterogenität der Komitees ist Chance und Gefahr zugleich – Chance für jedes einzelne Komitee, die Arbeit entsprechend ihrer Vorstellungen zu organisieren und anzubieten, aber auch die Gefahr einer Beliebigkeit und einer damit unzureichenden Qualität der ethischen Beratung. Diese Leerstelle zu füllen, stellt ein wichtiges Desiderat der Forschung dar. Von Interesse wären sowohl eine umfangreiche Diskursanalyse zur Durchdringung der theoretischen Hintergründe, als auch die regelmäßige Evaluation der praktischen Arbeit der Komitees. Aufbauend auf die sich daraus ergebenden Erkenntnisse könnten somit auch evidenzbasierte Vorschläge zur Weiterentwicklung der Strukturen entstehen.

Die subjektiven Belastungen Pflegender durch ethische Konflikte in ihrem Berufsalltag lassen sich durch deutsche und internationale Forschung eindeutig belegen und können mit dem Konzept des *moral distress* beschrieben werden. Nichtsdestotrotz fehlt es an gezielten Interventionen, diesen Belastungen im beruflichen Alltag wirksam zu begegnen. Die entstehenden Belastungen lassen sich nicht monokausal erklären, sondern sind Ergebnis eines multifaktoriellen Geschehens. Als Auslöser werden jedoch die kommerzialisierten Strukturen innerhalb des Krankenhauses und eine tradierte, aber nicht plausibilisierbare, ärztliche Dominanz innerhalb der Arbeitsabläufe beschrieben. Gleichwohl wird Klinischen Ethikkomitees – trotz aller Barrieren – ein vergleichsweise großes Vertrauen von Pflegenden entgegengebracht. Einen erleichterten Zugang zu Klinischer Ethikberatung sicherzustellen ist in diesem Kontext als wichtige Aufgabe an die Praxis zu adressieren. Dabei ist es zweifelsohne notwendig, auch und vor allem die entsprechenden Entscheidungsträger in die Verantwortung zu nehmen und weiterhin für eine adäquate Ressourcenausstattung und Verankerung innerhalb der Institutionen einzutreten.

Die Rolle, die man Pflegenden in den Komitees zuschreibt – nämlich eine anwaltliche Rolle für die Patient\*innen einzunehmen – wird sehr eindeutig beschrieben. Nahezu gänzlich unklar bleibt jedoch die Frage, welcher Voraussetzungen es auf Ebene der Strukturen und Prozesse bedarf, um diese Rolle auch adäquat auszufüllen.

Der abschließende ‚Ausflug‘ in die internationalen Erkenntnisse und insbesondere den US-amerikanischen Diskurs um *Nursing Ethics Committees* unterstreicht auch die grenzübergrei-

fende Wichtigkeit und Virulenz der Diskurse um klinische und pflegerische Ethik. Die Erfahrungen aus den USA zeigen die Herausforderungen für Pflegende auf, die sich durch die Arbeit in einem Klinischen Ethikkomitee ergeben. Der gewählte Ansatz eines spezifischen Sonderformats für Pflegende als ergänzende Komiteestruktur kann dabei kontrovers diskutiert werden.

Zur Verstetigung klinischer Ethikberatung formuliert der Medizinethiker Ralf J. Jox Anforderungen an den Gesetzgeber:

*„Wenn Ethikberatung einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leistet, dann muss sie auch strukturell verankert und finanziert sein. Denkbar wäre sogar, dass der Gesetzgeber mittelfristig einen rechtlichen Anspruch auf ethische Unterstützung im Gesundheitswesen statuiert und dass diese Dienstleistungen regulär von den Krankenversicherungen vergütet werden – eine Investition, die sich allen Erkenntnissen zufolge amortisieren würde.“* (Jox, 2014, S. 89)

Aber auch den Entscheidungsträgern auf Leitungsebene weist er eine wichtige Verantwortung zu:

*„Eine große Verantwortung haben auch die Leitungsebenen: Sie sollten die Ethikberatung nicht als Schaufenster für Zertifizierungen missbrauchen, sondern funktionierende und effektive Strukturen der Ethikberatung durch Schulungen, Freistellungen und Einrichtung spezieller Stellen fördern. Anbieter von Zertifizierungen wiederum dürfen sich nicht mit Absichtsbekundungen zufriedengeben, sondern sollten belastbare Kriterien wie dokumentierte Fallbesprechungen, in Anspruch genommene Fortbildungen und Evaluationen fordern.“* (Jox, 2014, S. 89)

Abschließend formuliert Jox den Anspruch an die Wissenschaft:

*„Die Qualität der Ethikberatung schließlich ist zuerst eine Herausforderung für die wissenschaftliche Medizinethik, welche normativ und empirisch gestützte Kriterien und Messinstrumente entwickeln muss. Daran hat sich eine Art ethischer Versorgungsforschung anzuschließen, die konkrete Projekte der Ethikberatung konzipiert, implementiert und evaluiert.“* (Jox, 2014, S. 90)

Aufbauend auf diesen drei Forderungen erscheint die konstruktive Weiterentwicklung der Strukturen Klinischer Ethikberatung erfolgversprechend und zielführend. Der (anzunehmende, aber noch zu erforschende) positive Nutzen für Patient\*innen und ihre Angehörigen, aber auch für alle beteiligten Berufsgruppen stellen eine wichtige Triebfeder für weiteres Forschen und Handeln dar.

## 8 Literaturverzeichnis

- Arnold, D. (2001). Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht. *Pflege*, 6 (1), 18–31. Verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0101arnold.pdf>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*: Oxford University Press, USA.
- Bögemann-Großheim, E. (2004). Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, 9 (3), 100–107. Verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGeBoegemannGrossheim0304.pdf>
- Buchanan, S. & Cook, L. (1992). Nursing ethics committees: the time is now. *Nursing management*, 23 (8), 40–41.
- Bundesärztekammer. (2006). Stellungnahme "Ethikberatung in der klinischen Medizin". Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (24), A1703-A1707. Zugriff am 26.11.2015.
- Bundesland Hessen. (2011). Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011). HKHG 2011. Zugriff am 08.02.2017.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K. & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing ethics*, 12 (4), 381–390. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
- Dallmann, H.-U. (2003). Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 47 (1), 6–20. <https://doi.org/10.14315/zee-2003-0104>
- Dallmann, H.-U. & Schiff, A. (2016). *Ethische Orientierung in der Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- DEKV und KKVD. (1997). *Ethik-Komitee im Krankenhaus* (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband & Katholischer Krankenhausverband Deutschlands, Hrsg.). Freiburg.
- Deutscher Ethikrat. (2016). *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme* (Deutscher Ethikrat, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 01.11.2016. Verfügbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>
- Dörries, A. & Hesse-Jungesblut, K. (2007). Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. *Ethik in der Medizin*, 19 (2), 148–156. <https://doi.org/10.1007/s00481-007-0498-2>
- Edwards, B. J. & Haddad, A. M. (1988). Establishing a Nursing Bioethics Committee. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 18 (3), 30–33.
- Erlen, J. A. (1993). Empowering nurses through nursing ethics committees. *Orthopedic nursing*, 12 (2), 69–72.
- Erlen, J. A. (1997). Are Nursing Ethics Committees Necessary? *HEC Forum*, 9 (1), 55–67. <https://doi.org/10.1023/A:1008821514038>

- Forde, R. & Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of medical ethics*, 34 (7), 521–525. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
- Freitas, G. F. d., Oguisso, T. & Merighi, M. A. B. (2006). Ethical events in nursing. Daily activities of nurse managers and nursing ethics committee members. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 497–502. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400005>
- Ganske, K. M. (2010). *Moral distress in academia*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 15: 3 (Manuscript 6). Verfügbar unter <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/Moral-Distress-in-Academia.html>
- Gaudine, A., Lamb, M., LeFort, S. M. & Thorne, L. (2011). Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees. *Nursing ethics*, 18 (6), 767–780. <https://doi.org/10.1177/0969733011403808>
- Giese, C. (2013). Wissen—Können—Sollen: Ethik in der Pflegebildung als Ethik eines Careberufes. Vorüberlegungen zur Förderung (pflege) ethischer Kompetenz. *Aktuelle Pflegeethemen lehren: Wissenschaftliche Praxis in der Pflegeausbildung*, 14, 59.
- Griffith, R. & Tegnah, C. (2013). Assessing decision-making capacity: lessons from the Court of Protection. *British journal of community nursing*, 18 (5), 248–251. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.5.248>
- Großklaus-Seidel, M. (2012). Pflegeethik als kritische Institutionenethik. In S. Monteverde (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege* (Kohlhammer Pflegepraxis, 1. Aufl., S. 85–97). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 24 (1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9177-x>
- Jansky, M., Marx, G., Nauck, F. & Alt-Epping, B. (2013). Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nursing ethics*, 20 (7), 771–783. <https://doi.org/10.1177/0969733013478308>
- Jox, R. J. (2014). Ethikberatung im Gesundheitswesen. Wo stehen wir? *Ethik in der Medizin*, 26 (2), 87–90. <https://doi.org/10.1007/s00481-014-0303-y>
- Kim, S., Seo, M. & Kim, D. R. (2016). Unmet Needs for Clinical Ethics Support Services in Nurse: Based on focus group interviews. *Nursing ethics*. <https://doi.org/10.1177/0969733016654312>
- Kohlen, H. (2008). *Hospital ethics committees in the USA and in Germany : bioethics qua practice, nurses' participation and the issues of care*. Dissertation. Gottfried Wilhelm Leibniz Universität, Hannover. Zugriff am 07.10.2016.
- Kohlen, H. (2009). *Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege* (IMEW Expertise, Bd. 10). Berlin: Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft.
- Kohlen, H. (2012). Die Rolle von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees. In S. Monteverde (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege* (Kohlhammer Pflegepraxis, 1. Aufl., S. 193–201). Stuttgart: Kohlhammer.

- Kohlen, H. & Kumbruck, C. (2008). *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)*. artec-paper Nr. 151. Universität Bremen.
- Kosan, L. (2008). Klinische Ethikberatung aus Sicht der Pflege. In A. Frewer, U. Fahr & W. Rascher (Hrsg.), *Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen* (Jahrbuch Ethik in der Klinik, Bd. 1, S. 123–134). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Lamiani, G., Borghi, L. & Argentero, P. (2015). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of health psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
- McDaniel, C. (1998). Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 28 (9), 47–51. <https://doi.org/10.1097/00005110-199809000-00010>
- Rester, C., Grebe, C., Bauermann, E., Pankofer, R. & Bleyer, B. (2017). Klinische Ethikberatung und subjektive Belastungen von Mitarbeitern in der unmittelbaren Patientenversorgung. *HeilberufeScience*, 8 (1), 3–9. <https://doi.org/10.1007/s16024-016-0290-7>
- Saake, I. & Kunz, D. (2015). Von Kommunikation über Ethik zu „ethischer Sensibilisierung“ Symmetrisierungsprozesse in diskursiven Verfahren. In A. Nassehi, I. Saake & J. Siri (Hrsg.), *Ethik - Normen - Werte* (Studien zu einer Gesellschaft der Gegenwarten, S. 199–227). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0_9)
- Sauer, T. (2015). Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. *Ethik in der Medizin*, 27 (2), 123–140. <https://doi.org/10.1007/s00481-014-0291-y>
- Schildmann, J. & Vollmann, J. (2011). Effekte klinischer Ethikberatung. Eine systematische Übersichtsarbeit zur Methodik quantitativer Evaluationsstudien. In J. Vollmann (Hrsg.), *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse* (Ethik in der Praxis : Studien, Bd. 34, 1., Aufl., S. 273–288). Münster, Westf: LIT.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K. & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate. A literature review. *Nursing ethics*, 15 (3), 304–321.
- Schochow, M., May, A. T., Schnell, D. & Steger, F. (2014). Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (43), 2178–2183. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370307>
- Schochow, M., Schnell, D. & Steger, F. (2015). Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. *Science and engineering ethics*. <https://doi.org/10.1007/s11948-015-9709-2>
- Simon, A., May, A. T. & Neitzke, G. (2005). Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. *Ethik in der Medizin*, 17 (4), 322–326. <https://doi.org/10.1007/s00481-005-0397-3>
- Sippel, D., Marckmann, G., Ndzie Atangana, E. & Strech, D. (2015). Clinical Ethics in Gabon. The Spectrum of Clinical Ethical Issues Based on Findings from In-Depth Interviews at Three Public Hospitals. *PloS one*, 10 (7), e0132374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132374>
- Sonntag, K. (2018). *Die Würde der Pflegekraft ist (un)antastbar* (Nass, E., Hrsg.) (›Kompass für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft. Studentische Beiträge zur Diskussion Nr. 2). Fürth: Wil-

- helm Löhle Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Verfügbar unter <https://www.wlh-fuerth.de/ethikinstitut/kompass/>
- Süssenguth, F. (2015). Kontexte der Rationierungsdebatte – Die Thematisierung von Mittelknappheit in der akademischen und der klinischen Ethik. In A. Nassehi, I. Saake & J. Siri (Hrsg.), *Ethik - Normen - Werte* (Studien zu einer Gesellschaft der Gegenwart, S. 275–298). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0_12)
- Vollmann, J. (2008). Klinik: Aufgaben und Kriterien für Klinische Ethikkomitees. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51 (8), 865–871. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0607-5>
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010). Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin*, 22 (2), 149–153. <https://doi.org/10.1007/s00481-010-0053-4>
- Wagner, E. (2015). Was ist ein ethischer Fall? Zur Gegenwart ethischer Deliberation im Krankenhaus. In A. Nassehi, I. Saake & J. Siri (Hrsg.), *Ethik - Normen - Werte* (Studien zu einer Gesellschaft der Gegenwart, S. 255–274). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-00110-0_11)

## Kurzvorstellung des Autors



Andreas W. Gold wurde 1990 in Mainz geboren. Als Gesundheits- und Krankenpfleger verfügt er über berufliche Erfahrungen in der akutpsychiatrischen Versorgung und in der somatischen Notfallpflege. Den dualen Bachelorstudiengang Pflege an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein schloss er 2017 erfolgreich ab.

Andreas W. Gold ist derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein und Studierender an der Hochschule Fulda im Masterstudiengang „Public Health (M.Sc.)“.