

Gisela Bockenheimer-Lucius, Renate Dansou,
Timo Sauer

ETHIKKOMITEE IM ALTENPFLEGEHEIM

Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption

Kultur der Medizin

campus

Ethikkomitee im Altenpflegeheim

Kultur der Medizin

Geschichte – Theorie – Ethik

Herausgegeben von Andreas Frewer

Band 31

Editorische Mitbetreuung:

Andreas Frewer

Wissenschaftlicher Beirat:

Jan-Peter Beckmann (Philosophie, Medizinethik)

Andreas Frewer (Medizinethik, Medizingeschichte)

Brigitte Lohff (Medizingeschichte, Medizinteorie)

Volker Roelcke (Medizingeschichte, Anthropologie, Ethnologie)

Katja Sabisch (Soziologie, Wissenschaftsgeschichte)

Thomas Schlich (Wissenschaftstheorie, Medizingeschichte)

Alfred Simon (Medizinethik, Philosophie)

Gisela Bockenheimer-Lucius, Renate Dansou und Timo Sauer sind Mitglieder der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. und des Forums für Ethik in der Medizin Frankfurt am Main e.V.

Gisela Bockenheimer-Lucius, Renate Dansou,
Timo Sauer

Ethikkomitee im Altenpflegeheim

Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption

Campus Verlag
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Das Projekt »Netzwerk zur Ethikberatung in den Altenpflegeheimen der Stadt Frankfurt am Main« wurde von der BHF-BANK-Stiftung Frankfurt am Main sowie dem »Frankfurter Programm – Würde im Alter« gefördert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.
Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.
ISBN 978-3-593-39210-3

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Copyright © 2012 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Umschlaggestaltung: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Druck und Bindung: CPI buchbücher.de, Birkach
Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).
Printed in Germany

Dieses Buch ist auch als E-Book erschienen.
www.campus.de

© Campus Verlag GmbH

Inhalt

Danksagung	11
Einführung	13
I Theoretische Grundlagen	
1. Zur Geschichte der Ethikberatung und der Einrichtung von Ethikkomitees	21
1.1 Die Entwicklung von Medizin- und Pflegeethik	22
1.2 Die Institutionalisierung von Ethikkommissionen, Ethikberatung und Ethikkomitees	29
1.3 Modelle von Ethikberatung und Ethikkomitees	35
1.3.1 Modelle und Ziele	35
1.3.2 Verbundeinrichtungen – <i>Joint Committees</i>	39
2. Das Ethikkomitee im Altenpflegeheim	43
2.1 Vorläufer in den USA – aktuelle Entwicklungen in Deutschland	44
2.2 Grundlegende Fragen	46
2.2.1 Die »Totale Institution«	46
2.2.2 »Autonomy in Community«?	48
2.2.3 Spezifische Eigenschaften des Altenpflegeheims	51

3. Grundlagen von Medizin- und Pflegeethik.....	52
3.1 Ethik und Moral – Begriffliche Klärungen.....	52
3.2 Deskriptive Ethik, Metaethik und Normative Ethik.....	54
3.3 Formen der Normativen Ethik	56
3.3.1 Deontologische Ansätze Normativer Ethik	56
3.3.2 Teleologische Ansätze Normativer Ethik.....	58
3.3.3 Integrative Ethik	59
3.4 Ethische Prinzipien	60
3.4.1 Vorphilosophisch: Die Goldene Regel	61
3.4.2 Der kategorische Imperativ	62
3.4.3 Das Nützlichkeitsprinzip.....	62
3.4.4 Das Diskursprinzip	63
3.5 Universalismus oder Partikularismus?	63
4. Medizin- und Pflegeethik als Angewandte Ethik	66
4.1 Angewandte Ethik	66
4.2 Prinzipienethik in Medizin und Pflege	69
4.2.1 Respekt vor der Autonomie	71
4.2.2 Fürsorge.....	71
4.2.3 Nichtschaden.....	72
4.2.4 Gerechtigkeit.....	73
4.2.5 Ergänzende Prinzipien	73
4.2.6 Zur Kritik an der Prinzipienethik	75
4.3 <i>Care</i> -Ethik.....	77
4.3.1 Der <i>Care</i> -Ansatz in der Diskussion.....	80
4.3.2 Zur Kritik an der <i>Care</i> -Ethik	82
4.4 Aspekte einer Integrativen Medizin- und Pflegeethik	83

5. Die moralischen Akteure im Altenpflegeheim.....	89
5.1 Die Bewohner.....	89
5.2 Die Angehörigen.....	92
5.3 Die Pflegenden.....	93
5.4 Andere betroffene Berufsgruppen im Alltag des Altenpflegeheims.....	96

II Das Projekt »Netzwerk zur Ethikberatung in den Altenpflegeheimen der Stadt Frankfurt am Main«

1. Ausgangspunkt und Zielbestimmung.....	101
1.1 Aufgaben eines Ethikkomitees im Altenpflegeheim (EKA).....	102
1.2 Personelle Zusammensetzung.....	105
1.3 Gründung eines EKA.....	110
1.3.1 Studie zur Vergabe von Psychopharmaka als auslösender Faktor.....	111
1.3.2 Das EKA I am <i>Franziska Schervier Altenpflegeheim</i> in Frankfurt am Main.....	113
1.4 Exkurs: Bedarfserhebung zur Ethikberatung und Einrichtung eines Ethikkomitees im Altenpflegeheim (EKA).....	114
1.4.1 Der Fragebogen zur Bedarfserhebung.....	114
1.4.2 Ergebnisse der Bedarfserhebung.....	116
1.4.3 Diskussion der Ergebnisse.....	121
1.5 Der NAEHE-Gesprächskreis.....	125
1.6 Quantitative und qualitative Auswertung der NAEHE-Treffen und der Mitarbeit im Ethikkomitee.....	126
1.6.1 Auswertung der NAEHE-Treffen.....	127
1.6.2 Auswertung der Mitarbeit im Ethikkomitee.....	130
1.6.3 Ergänzende Interviews mit Mitgliedern des EKA II.....	135

1.7 Gründung des EKA II und Etablierung des Netzwerks zur Ethikberatung	140
1.8 Interne und externe Fortbildungen.....	142
1.9 Homepage und Flyer	144

III Fälle und Themen in der Altenpflegepraxis

1. Auswertung der Sitzungsprotokolle nach Fällen.....	149
2. Entwicklung einer Typologie der spezifischen Fälle.....	156
3. Häufig wiederkehrende Themen.....	161
3.1 Probleme der Kommunikation zwischen Mitgliedern der Heilberufe bei therapeutisch-pflegerischen Entscheidungen am Lebensende.....	162
3.2 »Defensivpflege«.....	163
3.3 Privatheit im Altenpflegeheim.....	165
3.4 Ressourcenverknappung und Veränderung des Pflegealltags.....	169
3.5 Umgang mit Pflegeforschung.....	171
3.6 Exkurs: Umgang mit Patientenverfügungen in den Frankfurter Einrichtungen.....	175
3.7 Exkurs: Suizidalität und Suizid in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.....	180
3.8 Der Heimbewohner im sogenannten »Wachkoma«.....	188
3.8.1 »Wachkoma« – Probleme eines Krankheitsbildes.....	189
3.8.2 Das Problem der künstlichen Ernährung beim »Wachkoma«-Patienten.....	195
3.8.3 »Wachkoma«, künstliche Ernährung und Konsequenzen für Einrichtungen in katholischer Trägerschaft.....	200
3.9 Exkurs: Das Altenpflegeheim in den Medien.....	203
3.9.1 Ernährungssituation bei alten Menschen im Altenpflegeheim.....	205

3.9.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen im Altenpflegeheim	208
3.9.3 Das Wundliegen – der Dekubitus.....	213
3.9.4 Versorgung mit Psychopharmaka im Altenpflegeheim	217
3.9.5 Folgerungen aus der Printmedienübersicht.....	224

IV »Totale und ideale Institution«

Spezifische Probleme im Altenpflegeheim

1. Zur Anschlussfähigkeit des Konzeptes der »Totalen Institution«.....	229
1.1 Zur Rezeption des Konzepts der »Totalen Institution« in Deutschland.....	230
1.1.1 Das Altenpflegeheim als pseudo-totale Institution?.....	232
1.2 Einführung eines neuen Begriffs.....	237
2. Exkurs: Privatheit aus der Perspektive der Altenpflegeheimbewohner.....	240
2.1 Fragen an die Bewohner zum Problem der Privatheit im Altenpflegeheim.....	241
2.1.1 Die Beziehung zu anderen und die Freizeitgestaltung.....	242
2.1.2 Der Tagesablauf	246
2.1.3 Räumliche Strukturen	247
2.1.4 Vorläufiges Fazit	248
3. »Totale Institution« als Referenzbegriff	251
3.1 »Totale Institution« als Begriff für die Altenpflegepraxis.....	251
3.2 »Totale Institution« als Begriff zur Differenzierung der Bereichsethik	254
4. »Befähigte Autonomie«.....	259

V Anhang: Leitfaden zur Implementierung eines Ethikkomitees im Altenpflegeheim

1. Implementierungsschritte.....	265
1.1 Vorbereitende Überlegungen zur Gründung eines EKA.....	265
1.2 Anmerkungen zur Finanzierung.....	267
1.3 (Muster-)Satzung.....	267
1.4 (Muster-)Geschäftsordnung.....	270
2. Entwicklung von Leitfäden.....	272
2.1 Kurzleitfaden zur Ethikberatung – Modell EMMA.....	272
2.2 Bogen zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit in Alltagsfragen.....	275
2.3 Positionspapier und Leitfaden zur Umsetzung von Patientenverfügungen.....	280
Literatur.....	287
Register.....	309

Danksagung

Unser Projekt der Etablierung eines Ethikkomitees im Altenpflegeheim und der Gründung eines Netzwerks zur Ethikberatung in der Altenpflege konnte ebenso wie das vorliegende Buch, mit dem wir theoretische Überlegungen und praktische Umsetzungen vorstellen, nur durch vielfältige Unterstützung entstehen.

Die Autorinnen und der Autor sind vor allem der BHF-BANK-Stiftung Frankfurt am Main, insbesondere Achim Vandreike, zu großem Dank verpflichtet. Die Bereitschaft, das geplante Projekt in seiner Entstehungsgeschichte auch angesichts mancher offener Fragen großzügig zu fördern, hat entscheidend zu dessen Erfolg beigetragen.

Sodann ist Diakon Bernd Trost, Heimleiter des *Franziska Schervier Altenpflegeheims*, und allen Mitarbeitern für große Offenheit und erheblichen Einsatz in der Gründungsphase des ersten Ethikkomitees in einem Altenpflegeheim zu danken. In den vergangenen Jahren haben wir darüber hinaus bei den Mitgliedern beider Ethikkomitees, bei den Teilnehmern des NAEHE-Gesprächskreises und bei vielen Führungskräften in den Altenpflegeheimen interessierte Ansprechpartner gefunden. Für die lebhaften, gelegentlich kontroversen, aber immer vertrauensvollen und lehrreichen Debatten bedanken wir uns herzlich. Auch unseren Doktorandinnen Kerstin Hartmann, Eva-Katharina Kluck und Sylvia Sappa danken wir für ihre engagierte und aufschlussreiche Arbeit und ihre Bereitschaft, die Ergebnisse für das vorliegende Buch zur Verfügung zu stellen.

Schließlich ist all denen zu danken, die durch finanzielle wie ideelle Unterstützung erheblich zum Entstehen des Buches beigetragen haben. Dazu gehören Martin Wilhelm (Universitätsklinik Frankfurt am Main), der großzügig personelle Hilfe möglich gemacht hat, und Gabriele Rister, die das Projekt von Anbeginn begleitet und den Weg zum *Frankfurter Programm »Würde im Alter«* geebnet hat. Ohne die heutige finanzielle Unterstützung durch die Stadt wäre das Projekt in der jetzigen Form nicht zu realisieren.

Yasmin Hervé danken wir für die Einbindung in den Erfahrungsaustausch innerhalb des Programms. Zu den Wegbereitern der ersten Stunde gehört auch Beate Glinski-Krause, die uns als Medienexpertin und Leiterin des Netzwerkbüros des *Frankfurter Forums für Altenpflege* mit guten Ratschlägen und persönlichem Einsatz geholfen hat.

Zum Schluss, aber mit besonderem Nachdruck, möchten wir Monika Birkenfeld (Frankfurt) und Dietlind Grüne (Berlin) dafür danken, dass sie mit Geduld und großem Engagement unseren Text kritisch gelesen und korrigiert haben.

Gleichmaßen geduldig haben uns der Herausgeber dieser Reihe, Andreas Frewer (Erlangen) sowie die Verantwortlichen im Campus Verlag Petra Zimlich, Julia Flechtner, Dorothea Frangopoulos-Blank, Eva Janetzko und Friederike Fleschenberg (Frankfurt am Main) immer wieder ermutigt, ermahnt und wohlwollend »bei der Stange gehalten«. Wir danken Andreas Frewer herzlich dafür, dass er unseren Erfahrungsbericht in die Reihe aufgenommen und unser Manuskript kritisch durchgesehen hat, dem Verlag danken wir für die sorgfältige Herstellung und gute Zusammenarbeit.

Frankfurt am Main, August 2012

Gisela Bockenheimer-Lucius, Renate Dansou, Timo Sauer

Einführung

Wenn man ein Buch vorlegt, das sich mit ethischen Problemen im Altenpflegeheim befasst, so steht man zunächst vor der Frage, ob einem solchen Vorhaben nicht eine ausführliche Abhandlung zu unserem Umgang mit dem alten Menschen und eine Darstellung der stationären Altenhilfe vorausgehen müssten.

Die höchst umfangreiche Beschäftigung unterschiedlicher Wissenschaften mit dem Alter (und der Altersmedizin) zeigt allerdings ein ebenso umfangreiches Bild vom alten Menschen und von gesellschaftlichen Altersbildern.¹ Daniel Schäfer macht in seiner sehr aufschlussreichen Darstellung von Alter und Krankheit in der Neuzeit darauf aufmerksam, dass die »Geburtstunde der Geriatrie« zwar am Beginn des 20. Jahrhunderts liegt, dass jedoch bereits 2000 Jahre früher einige Aspekte der Alterskrankheiten Teil der medizinischen Literatur waren. Diese Tatsache deutet daraufhin, dass es über die Jahrhunderte hinweg zeitlos aktuelle Problemfelder zum Umgang mit dem Alter, nicht zuletzt mit Blick auf ethische Fragen, gibt, dass aber die Lösungen, wie so oft, epochenspezifisch gesucht wurden.² Alter als Ursache von Krankheit und Armut ist beispielsweise ein gleichermaßen gesellschaftlich wie medizinisch-pflegerisch geprägtes Bild. Dies gilt erst recht für die Entwicklung von der »Siechenanstalt« hin zur modernen stationären Altenpflege und die Entstehung des Wohlfahrtsstaates, einschließlich der damit verbundenen Veränderungen medizinischen und pflegerischen Handelns am alten Menschen.³

1 Vgl. die Ergebnisse des 6. Altenberichts der Sachverständigenkommission, der sich im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit den Altersbildern unserer Gesellschaft befasst (17.11.2010); siehe ebenso die III. Welle des Deutschen Alterssurveys, Deutsches Zentrum für Altersfragen (2010), vor allem Motel-Klingebiel u.a. (2010). Darüber hinaus hat das Bundesfamilienministerium am 11. Januar 2011 das Programm »Alter neu denken – Altersbilder« gestartet.

2 Schäfer (2004), S. 24f.

3 Vgl. die Aufarbeitung bei Irmak (2002).

Diese Komplexität lässt sich jedoch im Rahmen des vorliegenden Buches nicht zufriedenstellend darlegen. Auch wenn wir in der Ethikberatung im Altenpflegeheim immer wieder – zumeist unausgesprochen – die gesellschaftlichen wie die medizinisch-pflegerischen Urteile über das Alter und den alten Menschen weitertragen oder ansprechen und infrage stellen, so haben wir uns doch entschieden, uns an dieser Stelle auf das engere Thema der *Einrichtung eines Ethikkomitees in der stationären Altenpflege* zu beschränken. Der Grund für unsere Bemühungen, nämlich die Zuwendung zum *alten* Menschen mit seinen jeweils altersentsprechenden und ganz individuellen Bedürfnissen, darf dabei allerdings nicht in Vergessenheit geraten. In Anlehnung an Franz Josef Illhardt sollen fünf Punkte⁴ als Grundlage unserer Arbeit vorausgeschickt werden:

- Ethikberatung im Altenpflegeheim verlangt Sensibilität und Kompetenz im Umgang mit der Lebenswirklichkeit alter Menschen.
- Ethikberatung im Altenpflegeheim verlangt eine Vernetzung der Disziplinen.
- Ethikberatung im Altenpflegeheim verlangt einen interdisziplinären Austausch.
- Ethikberatung im Altenpflegeheim muss die Spannung zwischen den Generationen akzeptieren und das gegenseitige Verständnis fördern.
- Ethikberatung im Altenpflegeheim ist mitverantwortlich für Sozialmoral.

Ein Buchstabenspiel möge zudem als Hinweis auf die Grundlage unserer Arbeit dienen: Die Begriffe *Altenheim* und *Teilnahme* bilden ein Anagramm, das unsere Aufmerksamkeit verdient!

Die heutigen Einrichtungen der stationären Altenhilfe und Altenpflege haben recht unterschiedliche Formen, die ebenso unterschiedliche Probleme aufwerfen können. Ein Altenwohnheim (oftmals auch als Seniorenheim oder Wohnstift bezeichnet) mit kleinen, in sich abgeschlossenen Wohnungen, aber der Sicherheit, im Notfall versorgt zu sein, bietet andere Möglichkeiten der Eigenständigkeit als ein Altenheim mit Zimmer oder kleiner Wohnung und einer Versorgung über das Haus. Schließlich gibt es das Altenpflegeheim mit Einzel- oder Doppelzimmer (seltener Mehrbettzimmer), das für Pflegebedürftige eine Langzeitbetreuung gewährleistet. Bei privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern (insgesamt

⁴ Vgl. dazu Illhardt (1996), S. 173.

11.029) waren im Jahr 2007 durchschnittlich circa 73 Pflegeplätze pro Heim verfügbar, die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt für das Jahr 2009 bei insgesamt 11.634 Trägern eine Gesamtzahl von 845.007 Plätzen an, was ungefähr der gleichen Durchschnittszahl an Pflegeplätzen entspricht.⁵

Da unsere Projekte sich auf die Situation in den *Altenpflegeheimen* (zumeist mit Langzeitpflege) beziehen, wirft der Begriff »Heimbewohner«⁶ (welcher der Sprachregelung im *Altenpflegeheim* entspricht) die Frage auf, ob er der tatsächlichen Situation überhaupt angemessen ist oder ob ein Begriff wie beispielsweise »chronisch kranke Pflegebedürftige«⁷ die besondere Vulnerabilität der betroffenen Menschen deutlicher zum Ausdruck bringt. Das *Altenpflegeheim* ist für die Heimbewohner jedoch auch Wohnstätte, und wir werden zeigen, dass es nicht nur die »großen medizinischen Fragen« sind, sondern vielmehr gerade die Probleme in der Alltagsroutine, die Debatten um ethische Fragen hervorrufen.

Dementsprechend ist nach der Einrichtung von Ethikberatung und Klinischen Ethikkomitees in den Krankenhäusern in Deutschland auch in Einrichtungen der stationären (wie der ambulanten) Altenhilfe der Bedarf an Ethikberatung und die Notwendigkeit einer Etablierung von Ethikkomitees nicht zu übersehen.

Um diesem Bedarf zu entsprechen, haben wir bereits im September 2006 im *Franziska Schervier Altenpflegeheim* in Frankfurt am Main ein Ethikkomitee als Modellprojekt eingerichtet. Wir haben diesem Komitee ausdrücklich die Bezeichnung EKA gegeben, das heißt *Ethikkomitee im Alten(pflege)heim*, da für uns mit dem Ausgangspunkt unserer Arbeit auch erkennbar war, dass das »Entscheidungs- und Handlungsfeld *Altenpflegeheim*« sich fundamental von dem »Entscheidungs- und Handlungsfeld *Krankenhaus*« unterscheidet und dass ein Ethikkomitee im *Altenpflegeheim* eben nicht mit einem Klinischen Ethikkomitee (KEK) identisch ist.

Um den *Status quo* in der Stadt einschätzen zu können, haben wir parallel zur Gründung des EKA eine Umfrage durchgeführt, die klären sollte, ob innerhalb des *Frankfurter Forums für Altenpflege*, eines bereits seit 1993 etablierten Verbunds von Einrichtungen der stationären Altenhilfe, hin-

5 Rothgang u.a. (2009), S. 15 sowie Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009).

6 Um das Lesen zu erleichtern, verwenden wir für beide Geschlechter durchgehend die männliche Form und schließen Frauen selbstverständlich mit ein. Ausnahmen machen wir nur bei definierten Einzelpersonen.

7 Nach Peter Fasching (Wien), vgl. Pantel u.a. (2006), S. 198, ebenso Kane/Kane (1978).

sichtlich der Gründung eines Ethikkomitees Handlungsbedarf besteht. Die Umfrage erwies einen erheblichen Unterstützungs- und Informationsbedarf in den befragten Altenpflegeheimen. Zudem wurde deutlich, dass die betroffenen Pflegekräfte selbst ethische Probleme im Alltag des Altenpflegeheims erkannt haben, die sich auf herkömmliche Art im Rahmen der Dienstgespräche nicht lösen lassen.

Wir strebten mit dem Konzept unseres Projektes von vornherein eine Vernetzung der Ethikberatung für die Frankfurter Einrichtungen der stationären Altenpflege an. Eine derartige Vernetzung bedeutet in einem solchen Großraum eine sinnvolle Konzentration der Ressourcen. Dabei haben wir uns an Modellen aus den USA orientiert, wo begrenzte finanzielle wie personelle Ressourcen dazu geführt haben, dass sogenannte *Joint Committees* entstanden sind.

Parallel zu der Arbeit des Ethikkomitees im *Franziska Schervier Altenpflegeheim* begannen wir konsequenterweise im Jahre 2007 mit dem Aufbau eines entsprechenden Netzwerks mit regelmäßigen Angeboten zur Fort- und Weiterbildung. Dabei konnten wir die einzigartig gute Kommunikationskultur des *Frankfurter Forums für Altenpflege* nutzen. Im Dezember 2008 gründeten wir ein zweites Ethikkomitee, dessen Mitglieder Mitarbeiter verschiedener Altenpflegeheime sind, die aus ihren Reihen eine Vorsitzende gewählt haben.

Da beide Ethikkomitees für alle Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Stadt Frankfurt am Main zur Verfügung stehen, ist die akute Einzelfallberatung bei ethischen Konflikten gewährleistet und zudem eine regelmäßige Fortbildung gesichert. Inzwischen konnten wir im ersten Komitee bereits mehr als 60, im zweiten Komitee 38 jeweils monatlich stattfindende Sitzungen abhalten. Dies ist derzeit in Deutschland noch einmalig.

Überdies konnten durch enge Kontakte zu den Altenpflegeschulen, den Sozialdiensten und der Heimaufsicht auch die eingebundenen Institutionen für ethische Fragestellungen sensibilisiert und an der thematischen Auseinandersetzung beteiligt werden. Anlässlich verschiedener Veranstaltungen wurden auf diese Weise die Aufgaben und Chancen eines Ethikkomitees im Altenpflegeheim dargestellt.

Im Rahmen unserer Projekte wurden schriftliche Befragungen und Interviews mit Ethikkomitee-Mitgliedern, mit Teilnehmern eines begleitenden, offenen Gesprächskreises (NAEHE) und Teilnehmern der Ethikfortbildungen durchgeführt und evaluiert. Für die Datenerhebung wurden

qualitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung verwendet. Die Ergebnisse erlauben allerdings bisher keine repräsentative Aussage. Einerseits war nicht gewährleistet, dass jeder Mitarbeiter im Altenpflegeheim über die Projektarbeit informiert wurde, und dementsprechend war von vornherein nicht gesichert, dass jeder die Möglichkeit hatte, an entsprechenden Veranstaltungen teilzunehmen. Andererseits sind die Zahlen selbstverständlich noch viel zu niedrig. Dennoch berichten wir über die Ergebnisse, da sie durchaus wichtige Informationen liefern und Tendenzen andeuten.

Einige Hinweise möchten wir zur Nutzung des Buches geben: Der Weg, den wir eingeschlagen haben, von der Theorie zur Praxis und zurück, soll unseren Lesern diese Vorgehensweise nicht aufdrängen. Zunächst ist festzuhalten, dass der Theorieteil zu Moral und Ethik bewusst auf eine tiefer gehende, geschweige denn vollständige Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Debatte verzichtet. Dies würde nicht nur den Rahmen des Buches sprengen, sondern auch die Grenzen zutage fördern. Zu den komplexen Fragestellungen sowie zu den umfangreichen Theoriedebatten gibt es weiterführende Fachliteratur aus der Philosophie, mit welcher der interessierte Leser sein Wissen vertiefen kann. Stattdessen sollen einige grundlegende Begriffe erklärt werden, die bei der Auseinandersetzung mit moralischen Fragen immer wieder auftauchen. Zugleich ist uns bewusst, dass dieser Theorieteil tatsächlich auf den ersten Blick praxisfern erscheint. Die in unserem Buch wesentliche Darstellung der Einzelaspekte zur *Etablierung von Ethikberatung im Altenpflegeheim* kann dennoch ohne Verständnisschwierigkeiten gelesen werden. Der Zugang zur Theorie entwickelt sich in der Regel durch die Überprüfung der eigenen Wertvorstellungen und des eigenen Handelns, und es ist das Ziel dieses Buchs, den Leser zu der letztlich unverzichtbaren theoretischen Fortbildung *anzuregen*. Auf diesem Wege wird in der Folge wiederum der Bogen zur Praxis und damit zur beständigen Kontrolle der Begründung des eigenen Entscheidens und Handelns geschlagen.

Einigen Kapiteln sind Exkurse ein- oder angefügt. Diese befassen sich ausführlicher mit Einzelthemen, die wir – zum Teil im Rahmen von Dissertationsarbeiten – vertieft untersucht haben.

Letztendlich wollen wir nicht verschweigen, dass sich für uns im Laufe der Entstehung dieses Buches immer wieder neue Einsichten und Erfahrungen ergeben haben, die wir teilweise durchaus sehr kontrovers und über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt diskutiert haben. Das vorlie-

gende Buch erhebt also keineswegs den Anspruch, verbindliche Regeln oder unumstößliche Gewissheiten zu vermitteln. Wir hoffen, dass unsere Leser Anregungen und Hilfestellung für ein noch junges Arbeitsgebiet finden.

I
Theoretische Grundlagen

1. Zur Geschichte der Ethikberatung und der Einrichtung von Ethikkomitees

Die Entstehung von Ethikberatung und die Etablierung von Ethikkomitees sind nicht ohne einen Rückblick auf die Entwicklung der Befassung mit ethischen Fragen in Medizin und Pflege seit den 1960er-Jahren zu verstehen.

Damit soll keineswegs gesagt werden, dass vor dieser Zeit keine Auseinandersetzung mit ethischen Problemen stattgefunden hätte. Die Frage, wie ein »ehrenhaftes professionelles Verhalten« sowie eine »kompetente und menschenwürdige, an den Interessen des Patienten ausgerichtete medizinische und pflegerische Praxis« aussehen sollen, lässt sich durch die Geschichte der Medizin und der Pflege des Kranken verfolgen.⁸ Solche berufsgruppeninternen Diskussionen setzten sich jedoch vor allem mit Fragen des ärztlichen oder pflegerischen Berufsethos und den damit verbundenen Pflichten auseinander, also beispielsweise mit der Sorgfalts- oder der Schweigepflicht des Arztes oder mit der Pflicht der Krankenschwester zum (fast bedingungslosen) Gehorsam gegenüber ärztlichen Anordnungen.⁹ Vielfach wurden Fragen einer Standes- und Verhaltenskunde, also der *Standesetikette* erörtert. Ende des 19. Jahrhunderts entstanden recht strenge berufsethische Regeln, die vor allem dazu dienten, die Eigenständigkeit der jeweiligen Berufsgruppe aufrechtzuerhalten und noch weit von dem entfernt waren, was sich im Laufe des 20. Jahrhunderts als Medizin- und Pflegeethik entwickelte.¹⁰

8 Seidler (1993), S. 250. Zur umfassenden Darstellung der Geschichte der Medizinethik liegen zahlreiche Beiträge vor; vgl. u. a. von Engelhardt (1989), Seidler (1996), Frewer (2000), Frewer/Neumann (2001). Die Ansätze und Erklärungsmodelle zu den historischen Bedingungen der heutigen Medizinethik-Diskussion in Deutschland sind jedoch auffallend unterschiedlich. Eine entsprechende Würdigung aller vorausgegangenen Bemühungen um die sittliche Rechtfertigung ärztlichen wie pflegerischen Handelns ist daher an dieser Stelle nicht zu leisten.

9 Vgl. dazu Bobbert (2002), S. 27 sowie Seidler (1993).

10 Seidler (1986), S. 259.

1.1 Die Entwicklung von Medizin- und Pflegeethik

Der rasche Fortschritt innerhalb der Medizin, die damit verbundenen vielfältigen Handlungsoptionen und der gesellschaftliche Wandel hin zu einem Pluralismus der Wertebilder führten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dazu, dass sich der Kreis derer, die das Entscheiden und Handeln in Medizin und Pflege einer kritischen Prüfung unterzogen, erheblich erweiterte. Seit Ende der 1960er-Jahre hatten zumindest in der damaligen Bundesrepublik Deutschland drei Entwicklungen, die aus dem Ausland kamen, wesentlichen Anteil an der heftig aufbrechenden Auseinandersetzung mit ethischen Fragen:

- Die Fortschritte der Medizin wurden von einem Unbehagen an der Medizin begleitet, das der holländische Theologe Paul Sporken 1971 in der Frage zuspitzte: »Darf die Medizin, was sie kann?«¹¹ Diese Ambivalenz äußerte sich vor allem in Diskussionen um Wiederbelebungsmaßnahmen, um Dialyse und Organtransplantation sowie die Auswirkungen humangenetischer Diagnostik, wenig später auch um die In-vitro-Fertilisation.¹²
- Die Gründung des weltweit ersten Hospizes durch Cicely Saunders in London (St. Christopher's Hospice) führte zu einer intensiven Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und dem Umgang mit dem Sterbenden im Krankenhaus.
- Der wohl wichtigste Anstoß kam aus der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung, die vehement auf die Rechte des Patienten verwies und die Autonomie des Patienten an die Spitze der Werteskala rückte. Damit wurde eine neue Betrachtung des Arzt-Patienten-Verhältnisses angestoßen, die ärztliche Attitüde des Paternalismus wurde infrage gestellt, erstmals tauchte der Begriff des *Living Will*, des sog. »Patiententestaments«¹³ auf.

11 Sporken (1971). Sporken diskutierte die damals aktuellen Fragen unter moraltheologischen Vorgaben und lieferte u.a. für einige heutige Probleme wichtige Einsichten in die damals verbindlichen beziehungsweise infrage stehenden Positionen der katholischen Kirche.

12 Ein typischer Buchtitel lautete: »Die Verführung durch das Machbare« von Koslowski u.a. (1983).

13 Inzwischen hat sich die sachlich korrekte Bezeichnung »Patientenverfügung« durchgesetzt; sie berücksichtigt, dass es sich bei einem Testament um eine Verfügung für die

Dieser umfangreiche Themenkomplex brachte bisher nicht gekannte Entscheidungskonflikte mit sich. Darf man, soll man, muss man jetzt beispielsweise ein Leben erhalten, das in früherer Zeit nicht zu erhalten gewesen wäre? Solche Fragen mit ihrer gesellschaftspolitischen Relevanz bewegten unterschiedliche Berufsgruppen, die mit ihrer je spezifischen Perspektive, ihren besonderen Erfahrungen und ihrer eigenen Methodik die Diskussion bereicherten. Für viele Ärzte war es zunächst verstörend, dass ureigene Themen der Medizin zunehmend von Theologen, Philosophen, Psychologen, Soziologen, Juristen und nicht zuletzt über die Medien auch von der Öffentlichkeit aufgegriffen und lebhaft, oftmals hochemotional und kontrovers diskutiert wurden. Ärzte erlebten, dass Entscheidungen, die bisher bei ihnen sozusagen »in guten Händen« waren, nun von außen infrage gestellt wurden, dass ihr »Arztsein« als solches nicht mehr als Begründung für *richtiges* Handeln gegenüber dem Patienten ausreichte. Eine ähnliche Irritation erfuhren die Pflegenden: In der Diskussion um die Eigenständigkeit einer Pflegeethik wurde offenbar, dass auch scheinbare Selbstverständlichkeiten, wie etwa die Bedeutung der Fürsorge in der Pflege, zu ethischen Herausforderungen führen, wenn die Autonomie des Patienten ins Blickfeld rückte.¹⁴

Eine lebhafte Förderung des offenen Diskurses verdankt die Medizin- und Pflegeethik den Theologen. Vor allem an den Evangelischen Akademien – »als Agenturen der Vermittlung zwischen Expertenwissen und gesellschaftlicher Rezeption und immer engagiert für die Diskursfähigkeit unserer Gesellschaft«¹⁵ – gehörten Veranstaltungen zur Medizinethik zunehmend zum Angebot.¹⁶ Aber auch vonseiten der katholischen Moraltheologie lagen sehr früh Beiträge zu Chancen und Risiken der modernen Medizin vor.¹⁷

Zeit nach dem Tode, bei einer Vorausverfügung jedoch für die Phase einer Nichteinwilligungsfähigkeit zu Lebzeiten handelt.

14 Vgl. dazu die wegweisende Untersuchung von Bobbert (2002).

15 Schlaudraff (2006), S. 294.

16 Das Tagungsthema »Medizinische Ethik in der evangelischen Theologie« von Walter Becher und Karl-Martin Schönhals an der Evangelischen Akademie in Arnoldshain war ein wegweisender Auftakt und führte zur Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik des Leiterkreises der Evangelischen Akademien in Deutschland, vgl. Becher (1979). Der Initiative von Udo Schlaudraff (Loccum) war in den 1980er-Jahren wesentlich die Gründung der interdisziplinären Akademie für Ethik in der Medizin e.V. zu verdanken, vgl. Schlaudraff (2006).

17 Vgl. aus den 1970er- und 1980er-Jahren unter anderem Gründel (1976 und 1982), Böckle (1979, 1981 und 1985) sowie Reiter (1985 und 1989).

Im akademischen Rahmen nahmen sich in den 1970er- und 80er-Jahren die Medizinhistoriker verstärkt der aktuellen Fragen an; ihnen waren die Phänomene und die epochenspezifischen Modelle ihrer Bewältigung als oftmals uralte Grundfragen der Medizin vertraut, zum Beispiel:

- Wann beginnt und wann endet menschliches Leben?
- Welche Konzepte wurden für Leben und Gesundheit, Krankheit und Sterben entwickelt?
- Gibt es hierfür Bewertungsstrategien, kann oder darf es sie geben?
- Welche Elemente konstituieren die Arzt-Patienten-Beziehung?
- Wem ist der Arzt verpflichtet, dem Einzelnen oder der Gemeinschaft?¹⁸

Man könnte die Liste erweitern um die Frage des Umgangs mit dem menschlichen Leichnam, mit Außenseitermethoden in der Heilkunde oder um die grundsätzliche epistemologische Frage nach dem Wesen der Medizin als einerseits der Naturwissenschaft zugehörige, nach Wissen strebende Disziplin und als andererseits ureigene Aufgabe ärztlichen Handelns am kranken und Not leidenden Menschen, als Heilkunst. Hinzu kommt, dass Medizinhistoriker vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Verbrechen nationalsozialistischer Medizin zu besonderer Wachsamkeit und sensiblem Umgang mit ethischen Fragen befähigt sind.

Schließlich muss als weitere Disziplin das Medizinrecht genannt werden, das sich aus zwei Richtungen medizinethischen Fragen zuwandte: Zum einen wurden und werden entsprechende Probleme traditionell in der Rechtsmedizin diskutiert, die sich dem Berufs- und Standesrecht widmet und die Medizinstudierenden unterrichtet. Zum anderen entwickelte sich in den Rechtswissenschaften ein spezifisches Medizinrecht, welches nun Regelungen der Organtransplantation, des Schwangerschaftsabbruchs, gentechnischer Verfahren, aber auch des Gesundheitswesens zunehmend als eigenes Anwendungsgebiet bearbeitete und verstand.¹⁹ Dabei wurde deutlich, dass das bis dahin ausschließlich diskutierte Arztrecht den Rahmen der Fragestellungen nicht mehr abdeckte, sondern ebenso Patientenrechte und das Recht anderer Heilberufe, letztlich des Gesundheitswesens, involviert waren. Angesichts der gesellschaftspolitischen Meinungsvielfalt ist es nicht verwunderlich, dass bei gesetzgeberischen Initiativen der Ent-

¹⁸ Vgl. dazu Seidler (2001), S. 107.

¹⁹ Vgl. dazu Eser u.a. (1996).

scheidungsfindungsprozess »oft mühsam und von tiefer liegenden Auseinandersetzungen begleitet« war.²⁰

Besondere Schwierigkeiten brachte das Theorie-Praxis-Problem mit sich, das vor allem über Beiträge aus der Philosophie Eingang in die Medizinethikdiskussion fand: Welche Theorie(n) ist (sind) der Praxis angemessen? Mit Hilfe welcher Theorie ist eine gute Praxis zu gewährleisten? Auch in der heute längst professionalisierten Debatte muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass Ethik – und folglich auch Medizin- und Pflegeethik – einen Teilbereich der Philosophie bildet.²¹ Die theoretische Analyse von Begriffen, Entscheidungs- und Handlungsmodellen bis hin zu normativen Fragen ärztlichen Handelns fordert jedoch den praktizierenden Arzt in seiner eigenen alltäglichen Betroffenheit und Erfahrungswelt zwangsläufig nicht selten zum Widerspruch heraus. Zugleich wird deutlich, dass die vermeintlich einheitliche Position eines ärztlichen Selbstverständnisses ein Trugschluss ist und dass das eigene Urteil gegenüber kontroversen Ansichten der Kollegen oder gar Berufsfremder argumentativ gerechtfertigt werden muss. In der Konsequenz stehen die Funktion von Medizinethik und die Kompetenzen der Medizinethiker immer wieder auf dem Prüfstand. Bettina Schöne-Seifert stellt präzise heraus, was bis in die heutige Debatte hinein wirkt, dass nämlich manche »vor dem uneinlösbaren Neutralitätsanspruch der Medizinethik [warnen], die in Wahrheit nur die zufälligen persönlichen, moralischen und moralphilosophischen Positionen einzelner ›Experten‹ zur Geltung bringe«. Andere hingegen sehen die Funktion von Medizinethik »in einer moralischen Erziehung, Humanisierung, Sensibilisierung oder auch Blickerweiterung und intellektuellen ›Entzauberung‹ fest gefügter professioneller oder moralischer Ansichten«.²²

Wie auch immer man diese Konflikte interpretiert und offene Fragen zu beantworten sucht – es lässt sich doch festhalten, dass die Beziehungen

20 Koch (1989), S. 727. Typische Beispiele hierfür sind nicht nur die heftigen Kontroversen um das Thema Schwangerschaftsabbruch, sondern auch die jahrelangen vorausgegangenen Debatten bei der Abfassung des Embryonenschutzgesetzes, des Transplantationsgesetzes oder jüngerer Datums des Patientenverfügungsgesetzes.

21 Die Begriffsbestimmung und Zuordnung durch Dietrich von Engelhardt ist nach wie vor klärend: »Ethik in der Medizin ist auf philosophische Ethik bezogen und heißt philosophische Begründung sittlichen Verhaltens in der Medizin; medizinische Ethik ist deshalb keine Sonderethik, wohl aber eine Ethik besonderer Situationen« (von Engelhardt (1989), S. 223). Vgl. vor allem die differenzierte und kritische Stellungnahme von Steigleder (2006).

22 Schöne-Seifert (2007), S. 22.

zwischen Medizin und Philosophie eine lange Tradition aufweisen und dass Ärzte auch in der Medizinethikdebatte die philosophische Reflexion nachfragen, wenn es um Grundfragen moralischen Urteilens und Handelns geht. Aber auch die Distanz zwischen ärztlicher Wahrnehmung und dem Erleben des Patienten schlug sich als »Theorie-Praxis-Problem« nieder. Hans Schäfer kommentierte im Jahr 1983 medizinethische Aufsätze aus der Feder der Ärzte kritisch und konstatierte:

»Die Schriften über medizinische Ethik stelen im Bewusstsein ärztlicher Würde daher. Die Niederungen des Alltags und das so völlig andere Selbstverständnis des einfachen Mannes, der doch der Durchschnittspatient ist, wird vom Kothurn her beurteilt, wodurch man sich der Einblicke in das Wesen der Misere von vornherein begibt.«²³

Angesichts dieser vielfältigen Anstöße von außen beklagte und mahnte Richard Toellner 1987 zu Recht:

»Wer immer ethische Fragen der Medizin behandelt und wie immer dies geschieht, die ärztliche Tätigkeit und die inneren wie äußeren Bedingungen des ärztlichen Verhaltens, Handelns und Wirkens werden zunehmend kritischer, unnachsichtiger und von der Öffentlichkeit misstrauischer betrachtet. Unter den Autoren sind die Ärzte im allgemeinen in der Minderzahl, während Theologen, Philosophen, Juristen, Psychologen, Soziologen und Politologen dominieren. Dabei kann uns Ärzten allerdings der Vorwurf nicht erspart bleiben, dass wir uns der Diskussion medizin-ethischer Fragen in der Öffentlichkeit nicht ausreichend gestellt haben.«²⁴

Allerdings darf bei alledem nicht übersehen und unterschätzt werden, dass die Auseinandersetzung auch innerhalb der Ärzteschaft aufgegriffen und in ihrer Pluralität wie ihrem Bedarf an interdisziplinärer Bemühung um Orientierung ernst genommen wurde. Erste Untersuchungen Ende der 1970er- und Mitte der 1980er-Jahre belegen beispielsweise, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland die Unterrichtsangebote zur medizinischen Ethik innerhalb von knapp zehn Jahren von 41 auf 111 Veranstaltungen im Studienjahr fast verdreifacht hatten, wobei die Dozenten aus der Medizin nicht selten mit Lehrenden aus anderen Fakultäten kooperierten.²⁵ Für

23 Schäfer (1983), S. 40. Ein Kothurn ist ein aus dem Orient stammender hoher, geschnürter Schuh. Im Theater der griechischen Tragödie war es ein Stiefel mit besonders hoher Sohle, in der nachklassischen Zeit liefen die Schauspieler wie auf Stelzen; vgl. Brockhaus Enzyklopädie (1970), S. 545. Im übertragenen Sinne wird der Begriff »Kothurn« für ein hochtrabendes, gestelztes Sprechen benutzt.

24 Toellner, zitiert nach Losse (1987), S. 5.

25 Brand/Seidler (1978), sowie Heister/Seidler (1989), S. 14–15, S. 17.

diese Zusammenarbeit war die Einsicht leitend, dass der Arzt weder die nötige (Ethik-)Expertise – »vorausgesetzt man betrachtet diese nicht einfach als per Approbation oder gar qua bloßer Berufung (als Arzt) gegeben« – noch das gesellschaftliche Mandat hat, »Entscheidungen dieser Dimension im traditionellen Stil zu treffen und zu verantworten.«²⁶

Eine doppelte Herausforderung stellte sich in diesen frühen Jahren der Ethikdebatte für die Pflegenden. Während sie beispielsweise bei den Veranstaltungen der Evangelischen Akademien selbstverständliche Ansprechpartner für ethische Fragen waren, wurden die Diskussionen von medizinischer Seite aus von den Ärzten dominiert;²⁷ die Pflege spielte keine oder nur eine marginale Rolle. So wurde die berufsinterne Entwicklung, dass die Pflegenden sich in ihren spezifischen und eigenständigen pflegerischen Aufgaben immer stärker von den ärztlichen Aufgaben abgrenzten, dass also auch in der Pflege eine enorme Spezialisierung und in der Folge eine Akademisierung zu verzeichnen waren, auch im Bereich der Ethikdiskussion in den 1970er- und 80er-Jahren erkennbar.²⁸ Zugleich verstanden die Pflegenden sich dadurch deutlicher in ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten und sahen die Notwendigkeit einer kritischen Aufarbeitung eigener ethischer Probleme. Dies führte unter anderem zu der Einsicht, »dass es sich bei pflegerischen wie auch bei ärztlichen Tätigkeiten in vielen Fällen um die gleichen ethischen Grundfragen handelt – zum Beispiel um eine Positionierung im Spannungsfeld zwischen professioneller Fürsorge und Anerkennung der Patientenautonomie.«²⁹ Die neuere Entwicklung hin zu vielfältigen gemeinsamen Bemühungen von ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen stellt eine der unverzichtbaren Säulen der Ethikberatung dar und führt zu einem (wenn auch sich langsam entwickelnden) Verständnis für die Aufgaben, Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten der jeweils anderen.

26 Lilje (1995), S. 3; Krones macht bezüglich der Philosophie auf einen ganz anderen, interessanten Aspekt aufmerksam, der belegt, dass die Entwicklung der Medizinethik nicht einspurig verlaufen ist, sondern dass sich die verschiedenen involvierten Disziplinen durchaus gegenseitig befruchtet und voran getrieben haben. Sie erinnert nämlich an die »Rettung der normativen Ethik durch die Medizin«, da die Philosophie sich zu Beginn des 20. Jahrhundert kaum mit praktischen, normativen Fragen auseinandergesetzt hat: Krones (2008), S. 15, vor allem Toulmin (1982).

27 So gab es 1986 unter den Gründungsmitgliedern der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (vgl. Kap. I.1.2) trotz interdisziplinärer Zusammensetzung noch keine Vertreter der Pflege!

28 Vgl. dazu Seidler/Leven (2003), S. 264–268.

29 Christ/Hofmann (1997), S. 101.

Im Bereich der Pflege ist darüber hinaus der *Ethik-Kodex des International Council of Nurses* 1953 als wichtige Verankerung ethischer Selbstverpflichtung besonders beachtenswert.³⁰

Betrachtet man diese frühen Entwicklungen, die selbstverständlich ineinandergriffen, so ist schließlich zu ergänzen, dass in ganz Europa, auch in den sozialistischen Ländern, eine intensive Befassung mit ethischen Problemen in der Medizin zu verzeichnen war; die bundesdeutsche öffentliche wie wissenschaftliche Debatte fand sich ganz schnell in einem regen internationalen Austausch wieder.³¹

Dabei war und ist es immer wieder die US-amerikanische Ethikdebatte, die für Westeuropa die wesentlichen Impulse gibt.³² Für Deutschland ist im Vergleich eine erhebliche Verzögerung des jeweiligen Diskussionstandes um gut zehn Jahre zu erkennen.³³ Christian Lilje benennt dafür zwei grundlegende kulturspezifische Unterschiede: Erstens *Traditionelle und historische Vorgaben* wie die Tatsache, dass man sich in den USA »weniger unmittelbar in der Tradition des entsprechenden philosophischen Gedankengutes« fühlt, sich zudem nicht in der »Verantwortung für die nationalsozialistischen Medizinverbrechen (Bsp. Eugenik!« sieht und schließlich die »Hierarchie im medizinischen Apparat nur ansatzweise« kennt. Hinzu kommen zweitens *Mentalitätscharakteristika*.

»Während man sich in Kontinentaleuropa derart traditioneller und geschichtlicher Vorgaben und damit einem erheblichen philosophisch-integrativen Anspruch nicht entledigen kann, darf und will, taten sich US-amerikanische Medizin-Philosophen

30 Vgl. dazu Seidler (1993), S. 250 und S. 281 sowie Bobbert (2002), S. 49ff. Bobbert macht jedoch zu Recht darauf aufmerksam, dass diese frühen Kodizes sich eher mit den moralischen Festlegungen berufsbedingter Erwartungen und Pflichten befassten als mit ethischen Herausforderungen.

31 So sind in der DDR 1983 ein Sammelband und 1986 eine Monografie zur Ethik in der Medizin von Ernst Luther erschienen, vgl. Luther (1983) sowie Luther (1986). Auf die entscheidenden konzeptionellen Unterschiede zu Abhandlungen aus der BRD kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, dies bleibt aber mit Blick auf langfristige Einflüsse ein Desiderat für die weitere Forschung. Insgesamt verläuft die Entwicklung innerhalb Europas je nach Land und je nach Gegenstand jeweils um einige Jahre zeitversetzt.

32 Höchst aufschlussreich zu den Hintergründen der auch in den USA nicht einfachen Erörterung medizin- und pflegeethischer Fragen ist das Buch von Sass (1988).

33 Schöne-Seifert spricht sogar von zwanzig Jahren. Vergleicht man etwa die Gründung der ersten Zentren in den USA (Hastings Center 1969, Kennedy Institute of Ethics 1971) mit der Gründung der deutschen Akademie für Ethik in der Medizin im Jahre 1986, so bestätigt sich diese Berechnung, vgl. Schöne-Seifert (2007), S. 19.

leichter, Neuland zu betreten und sich u.U. zunächst auch mit weniger anspruchsvollen Teillösungen zufriedenzugeben. Während hier mit Absolutheits- und Ganzheitlichkeitsansprüchen gerungen wird (beispielsweise mit dem Konzept des idealen Heilers) und der Diskurs in abstrakten metaphysischen Wertletztbegründungsfragen (zwangsläufig) teilweise erstarrt ist (vgl. die traditionelle hiesige Neigung zur Deontologie und absoluten Sollensregeln), fühlt man sich dort mehr der bewährten, pragmatischen *»trial and error«*-Methode und der medizinischen Tradition des *bedside-teaching* verbunden. Entsprechend ist man auch medizinphilosophisch eher bereit, vom Konkretum des (klinischen) Einzelfalles ausgehend zu argumentieren.«³⁴

Dass es in den Annäherungsprozessen bis zum heutigen Tag auch Turbulenzen gibt, darf nicht verschwiegen werden, jedoch sind die hochemotionalen Kontroversen, die sich beispielsweise um den Begriff »Bioethik« und um ideologisch gefärbte Assoziationen zu einer »inhumanen, US-amerikanischen« Ethik rankten, inzwischen glücklicherweise auch in Deutschland durch eine weitestgehend plurale, rationale und abwägende Meinungsbildung abgelöst worden.³⁵

1.2 Die Institutionalisierung von Ethikkommissionen, Ethikberatung und Ethikkomitees

Die *Institutionalisierung* verläuft in Deutschland auf verschiedenen Ebenen trotz aller inhaltlichen Kontroversen zum Teil recht schnell. So bilden seit der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre die Einrichtung des *Zentrums für Medizinische Ethik in Bochum* (1986) und der *Akademie für Ethik in der Medizin e.V.* (AEM) (5. Dezember 1986) in Göttingen das Fundament einer intensiven akademischen Auseinandersetzung mit Medizin- und Pflegeethik.³⁶ Die

34 Lilje (1995), S. 166f. Vgl. dazu auch Schöne-Seifert (2007), S. 19.

35 Auf den seinerzeit hoch umstrittenen Begriff »Bioethik« soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Inzwischen ist auch das Feld der Bioethik anerkannt, spielt aber im Rahmen dieses Buches keine Rolle. Zur Begriffsgeschichte und der heutigen Rolle vgl. Maio (1997), Schöne-Seifert (2007), S. 19, Krones (2008) und Düwell (2008) sowie ausführlich Ach/Runtenberg (2002), vor allem S. 183f. Einen ganz eigenen Zugang liefert Fritz Jahr, der »Bioethik« 1927 in Deutschland als Begriff geprägt hat, vgl. Sass (2007) und May/Sass (2012).

36 Die AEM gründet wesentlich auf den Initiativen einzelner engagierter Verfechter der Medizinethik, vor allem von Udo Schlaudraff sowie von Christoph Fuchs, Franz Josef Illhardt, Helmut Piechowiak, Hans Heiner Raspe, Hans-Martin Sass, Richard Toellner,

Ethikberatung hat dabei mit der Etablierung von Gremien eine eigene Entwicklung genommen.³⁷

Innerhalb der jüngeren Geschichte der Medizinethik wurde die *Forschung am Menschen* früh zum Thema rechtlicher wie berufsrechtlicher Regelung. Dazu gab es in Deutschland wichtige Vorläufer mit den *Preußischen Anweisungen von 1900*, die zwischen therapeutischer und nicht-therapeutischer Forschung unterschieden, und den *Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen* des Reichsministeriums des Inneren von 1931, »die aber in der Praxis häufig stumpfe Instrumente zur Reglementierung des Forscherdrangs blieben«.³⁸ Diese Richtlinien, die als Folge einiger Skandale im Rahmen der Forschung am Menschen entstanden waren, konnten die Grausamkeiten und Verbrechen bei Humanexperimenten in der Zeit des Nationalsozialismus nicht verhindern. »Das ärztliche Gebot alle Patienten ohne Ansehen der Person gleich zu behandeln, verlor seine Bindungskraft, indem bestimmte Menschengruppen von diesem Gebot ausgenommen wurden.«³⁹

Nicht zuletzt führten die Nürnberger Ärzteprozesse von 1946/1947 das Grauen der Medizinverbrechen vor Augen und riefen zugleich anhal-

Ulrich Tröhler, Bettina Schöne-Seifert, Eduard Seidler aus Freiburg (wo es am Institut für Geschichte der Medizin seit 1977 einen interdisziplinären Arbeitskreis »Medizinische Ethik« gab), Herbert Viefhues, Hans-Konrat Wellmer, Hans-Bernhard Wuermeling und Gisela Bockenheimer-Lucius; vgl. dazu Schlaudraff (2006). Auch die Gründung der Zeitschrift »Ethik in der Medizin« (erste Schriftleiter waren Felix Anschütz, Dietrich Ritschl und Eduard Seidler) als Publikationsorgan der AEM gehörte zu den Bemühungen um eine interdisziplinäre Befassung mit der Pluralität der Wertvorstellungen und -begründungen in der Bioethik sowie im engeren Sinne der Medizin- und Pflegeethik, wobei es auch im Bereich der Publikationen Vorläufer mit der seit 1955 bestehenden Zeitschrift »Arzt und Christ« (der heutigen »Zeitschrift für Medizinische Ethik«) sowie der Zeitschrift »Ethik« gab, die von 1922–1938 bestand, vgl. dazu Frewer (2000).

37 Dem Ziel dieses Buches entsprechend soll auf die vielfältigen Formen und die Geschichte von Ethikberatung im öffentlichen Raum, beispielsweise innerhalb der Politikberatung, nicht eingegangen werden. Beispielhaft sollen hier nur aus der jüngsten Zeit die »Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestages (bis 2005), der »Nationale Ethikrat« (bis Februar 2008) und seit 2008 der »Deutsche Ethikrat« genannt werden.

38 Frewer (2008), S. 54. Zur langen Geschichte der Experimente am Menschen in den vergangenen Jahrhunderten, zu Beispielen sowie Debatten um Forschung »im Namen der Menschlichkeit« und »für den Erkenntnisfortschritt« vgl. Toellner (1990), S.11, Roelcke/Maio (2004) sowie Frewer/Schmidt (2007). Vgl. bei Letzteren auch die Dokumentation der Anweisungen (S. 251) und der Richtlinien (S. 253–255).

39 Bruns (2009), S. 175; vgl. zu weiteren wesentlichen Aspekten der Medizinethik im Nationalsozialismus u.a. Frewer (2000), Roelcke (2007) und Bruns (2009).

tende heftige Kontroversen um die Ethik der Forschung am Menschen hervor.⁴⁰ Der *Nürnberger Kodex* von 1947 und die *Deklaration von Helsinki* der *World Medical Association* aus dem Jahre 1964 entwickelten schließlich entscheidende Wirkung und wurden im Ergebnis zum Anstoß für die Institutionalisierung von *Ethikkommissionen*. Am 12. Januar 1979 empfahl die Bundesärztekammer die Einrichtung von Ethikkommissionen zur Beratung und Beurteilung ethischer und rechtlicher Aspekte von biomedizinischen Forschungen am Menschen.⁴¹ Diese Kommissionen wurden Ende der 1970er- und Anfang der 80er-Jahre an den deutschen Universitätskliniken und Landesärztekammern noch unter berufsrechtlichen Prämissen gegründet, seit 2004 sind sie durch das Arzneimittelgesetz gesetzlich verankert. Auch hier waren die Kommissionen aus den USA (*Institutional Review Boards* oder *Research Ethics Committees*) Vorreiter der Entwicklung.⁴²

Die Etablierung *klinischer Ethikberatung* verlief im Unterschied zur Einrichtung der Ethikkommissionen zögerlicher. Auch in den USA gab es zahlreiche Vorläufermodelle, wie beispielsweise *Thanatology Committees* (die Fragen um Sterben und Tod diskutierten), *No-Code Committees* (die Fragen des Verzichts auf Wiederbelebung behandelten) oder *Abortion Review Committees* (die sich mit dem Schwangerschaftsabbruch befassten), bevor die ersten koordinierten Komitees zur klinischen Beratung in ethischen Fragen entstanden.⁴³ Selbst die beiden herausragenden Beispiele für den erstmaligen Einsatz *Klinischer Ethikkomitees* erfüllen nur sehr bedingt die Kriterien einer *Ethikberatung*: Zum einen wird das oft so bezeichnete *God Committee* zitiert. Dies ist ein Oberbegriff für Komitees in verschiedenen Bundesstaaten, zumeist *Kidney Dialysis Selection Committees* oder *Treatment Committees* genannt, die über die Patientenauswahl für Dialysetherapien berieten und deren Beschluss in Zeiten begrenzter Dialysegeräte einer Entscheidung über Leben und Tod tatsächlich gleichkam.⁴⁴

40 Zur Geschichte des Nürnberger Kodex vgl. die ausführliche Darstellung bei Tröhler/Reiter-Theil (1997) sowie Schmidt/Frewer (2007), S. 37ff.; zum Einfluss der Nürnberger Ärzteprozesse auf die Diskussion um die Medizinethik vgl. Siefert (1996), S. 478–484 sowie S. 665–666.

41 Vgl. dazu Losse (1987), S. 6.

42 Vgl. dazu stellvertretend für viele andere Lilje (1997), S. 46, S. 47 und S. 131ff.

43 Vgl. dazu ausführlich Lilje (1997), insbesondere S. 47ff.; Kliegman u.a. (1986) erwähnen Komitees »for decisions regarding sterilization in the 1920s, abortion in the 1950s and 1960s, dialysis in the 1960s and 1970s, and research on human subjects in the 1970s and 1980s«. Kliegman u.a. (1986), S. 178. Vgl. auch Frewer (2008).

44 Vgl. dazu May (2004), S. 242.