

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

„Außerklinische Ethikberatung“

Vorwort

Die komplexe Versorgung von schwerkranken Menschen erfolgt zunehmend im außerklinischen Bereich. Dies geht für die Beteiligten u. a. mit ethischen Herausforderungen und einem entsprechenden Unterstützungsbedarf einher. An dieser Stelle setzt Ethikberatung an, die das Ziel verfolgt, die ethische Kompetenz der beteiligten Personen zu fördern und sie in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen zu unterstützen. Während im klinischen Bereich die unterschiedlichen Formen ethischer Entscheidungsunterstützung (z. B. Fallberatung, Fortbildungsangebote, ethische Leitlinien) mittlerweile breit etabliert sind, handelt es sich bei der Mehrzahl der Ethikberatungsangebote im außerklinischen Bereich um relativ junge und zum Teil sehr unterschiedliche Initiativen.

Ausgehend von einem Antrag des 111. Deutschen Ärztetags 2008 hat der Vorstand der Bundesärztekammer wiederholt dazu beraten, wie die ambulante Ethikberatung in Deutschland gestärkt und weiterentwickelt werden kann. Diese Diskussionen hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) zum Anlass genommen, sich in Ergänzung zu ihrer Stellungnahme zur Ethikberatung in der klinischen Medizin aus dem Jahr 2006 mit der Ethikberatung im außerklinischen Bereich zu befassen.

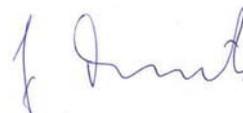
In teils kontroversen, aber stets konstruktiven Diskussionen haben die ZEKO-Mitglieder die im Folgenden dargestellte Bestandsaufnahme zur aktuellen Situation der außerklinischen Ethikberatung erarbeitet. Sie beschreibt die Herausforderungen bei der Implementierung, Organisation und Durchführung und zeigt für typische Pro-

blemkonstellationen mögliche Lösungsansätze auf. Der ZEKO ist es darüber hinaus ein wichtiges Anliegen, zur Vermeidung von Fehlentwicklungen und zur Weiterentwicklung der bestehenden Angebote beizutragen.

Derzeit ist in den Fachkreisen eine vertiefte Auseinandersetzung mit den ethischen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie eine verstärkte mediale Berichterstattung zur außerklinischen Ethikberatung zu beobachten. So sollen in diesem Jahr auch die von einer Arbeitsgruppe des Vorstands der Bundesärztekammer erarbeiteten konkreten Fallbeispiele in einer fortlaufenden Serie im Deutschen Ärzteblatt publiziert werden.

Die ZEKO begrüßt dies. Sie hofft, dass dadurch und mit der vorgelegten Stellungnahme die Akzeptanz der Ethikberatung im außerklinischen Bereich allgemein sowie die Reichweite der bestehenden Angebote weiter gesteigert werden. Ziel ist es, eine umfassende Orientierungshilfe bei komplexen medizinischen Fragestellungen zu geben und auf bestehende Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Berlin, im Januar 2020



Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Im klinischen Bereich sind unterschiedliche Formen ethischer Entscheidungsunterstützung (z. B. Fallberatung, Fortbildungsangebote, ethische Leitlinien) mittlerweile breit etabliert. Häufig werden diese Aktivitäten von Klinischen Ethikkomitees koordiniert. Auch im außerklinischen Bereich ergeben sich für Patienten¹, Ärzte, An- und Zugehörige² und weitere Beteiligte zunehmend schwierige Handlungssituationen, die zu moralischen Unsicherheiten und Konflikten führen können. Der Deutsche Ärztetag hat sich bereits im Jahr 2008 dafür ausgesprochen, auch für den ambulanten Bereich Angebote einer professionellen, interdisziplinären Ethikberatung zu entwickeln [10].

¹ Die in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

² Mit dem Terminus „An- und Zugehörige“ soll den zunehmend pluralisierten Lebensformen und persönlichen Bezugsverhältnissen Rechnung getragen werden. Aus Gründen der Lesbarkeit ist im Folgenden nur von „Angehörigen“ die Rede. Sofern unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen für unterschiedliche Personengruppen zu beachten sind, können diese in dieser Stellungnahme nicht differenziert beleuchtet werden.

In den letzten Jahren ist eine Vielzahl von Initiativen für Ethikberatung im außerklinischen Bereich entstanden. Sie unterscheiden sich nicht nur in ihrer thematischen Fokussierung auf bestimmte Fragestellungen sowie in ihren normativ-ethischen Voraussetzungen und Konsequenzen, sondern auch bezüglich ihrer institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen.

Mit der vorliegenden Stellungnahme möchte die ZEKO eine Orientierung auf diesem dynamischen Feld bieten. Dazu informiert sie zunächst über den aktuellen Stand der Entwicklungen und beschreibt Herausforderungen bei der Organisation und Durchführung der außerklinischen Ethikberatung. Mit ihren Empfehlungen möchte die ZEKO zur Implementierung und Weiterentwicklung, zur Qualitätssicherung und zur Vermeidung von Fehlentwicklungen beitragen. Die Stellungnahme richtet sich insbesondere an Ärzte sowie Angehörige anderer Berufsgruppen, die im ambulanten Bereich und in Pflegeeinrichtungen tätig sind.

Die ZEKO verwendet in der vorliegenden Stellungnahme die Bezeichnung „außerklinische Ethikberatung“, um diesen Bereich

der Ethikberatung begrifflich von der Ethikberatung im Krankenhaus abzugrenzen, mit der sich die ZEKO bereits im Jahr 2006 in einer Stellungnahme befasst hat [38]. Die außerklinischen Beratungsangebote beziehen auch die stationären Pflegeeinrichtungen mit ein, deren Bewohner zumeist von niedergelassenen Ärzten versorgt werden. Den häufig synonym verwendeten Begriff „ambulante Ethikberatung“ greift die ZEKO nicht auf, da dieser suggerieren könnte, dass sich diese Form der ethischen Beratung lediglich auf Patienten bezieht, die in der häuslichen Umgebung leben.

2. Ausgangslage und aktuelle Entwicklungen

2.1. Bedarf und Ziele

Behandlungen werden zunehmend ambulant durchgeführt. Diese Entwicklung wird befördert durch eine kürzere Krankenhausverweildauer, neue technische Möglichkeiten zur Durchführung komplexer medizinischer Maßnahmen zu Hause oder im Pflegeheim sowie die Unterstützung der ambulanten Versorgung und Pflege von Schwerstkranken durch Kostenübernahme seitens der Pflegeversicherungen [14]. Die zunehmende Komplexität der Versorgung von Menschen im außerklinischen Bereich geht für die beteiligten Personen u. a. mit ethischen Herausforderungen und einem entsprechenden Unterstützungsbedarf einher. So benennen Hausärzte in verschiedenen Umfragen zahlreiche ethische Fragen und Konflikte, mit denen sie sich bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung ihrer Patienten konfrontiert sehen [15; 17]. Während einige der genannten Themen aus dem klinischen Kontext bekannt sind (z. B. Ermittlung des Patientenwillens, Therapiezieländerung), treten andere häufiger bzw. typischerweise bei der außerklinischen Versorgung von Patienten auf (z. B. Entscheidungen hinsichtlich der längerfristigen Versorgung chronisch Kranker sowie Probleme im Umgang mit Gewalt, herausforderndem Verhalten, Sucht und Sexualität in Einrichtungen der Pflege) [25; 27].

In den letzten Jahren zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg von Projekten zur außerklinischen Ethikberatung [28]. Diese verfolgen analog zum klinischen Bereich das Ziel, die ethische Kompetenz der beteiligten Personen zu fördern und sie in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen zu unterstützen [2; 34]. In Befragungen werden als positive Effekte u. a. die Sensibilisierung des Personals für ethische Fragestellungen, die Entwicklung lösungsorientierter Strategien, verbesserte Kommunikation und die Entlastung der Beteiligten in Konfliktsituationen genannt.³ Die Angebote werden von Ärzten, überwiegend aber auch von anderen beteiligten Personen in Anspruch genommen. Angehörige und rechtliche Vertreter der Patienten schätzen das Angebot aufgrund der verstärkten Aufmerksamkeit für ihre individuellen Fragen in herausfordernden Lebenssituationen. Dass viele Anfragen für eine Fallberatung aus dem Pflegebereich kommen, weist darauf hin, dass das Angebot auch von dieser Berufsgruppe als hilfreich empfunden wird.

2.2. Strukturen, Organisation und Formen

Die Anlässe für Errichtung, Ausbau und Gestaltung der unterschiedlichen Formen außerklinischer Ethikberatung sind vielfältiger Art:

- „Bottom-up“-Initiativen von Beschäftigten im Gesundheitswesen,

- Initiativen in Palliativnetzwerken oder in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) angesichts der spezifischen Herausforderungen in diesen besonderen medizinischen Kontexten,
- der Beschluss des 111. Deutschen Ärztetags 2008 zur ambulanten Ethikberatung [10],
- die Förderung von Projekten im Rahmen von Forschungsvorhaben [36], sowie
- umfassende „Top-down“-Strategien von Trägern, die zumeist neben klinischen auch außerklinische Einrichtungen (etwa der Altenhilfe, Hospize etc.) betreiben.

Angebote außerklinischer Ethikberatung unterscheiden sich von denjenigen im Krankenhaus vor allem hinsichtlich ihrer strukturellen Implementierung und Organisation [27]. Im Wesentlichen lassen sich drei Formen der Anbindung unterscheiden:

- an überregionale Einrichtungsträger,
- an regionale Einrichtungen, Einrichtungsträger oder Initiativen (z. B. an ein Hospiz- und Palliativ-Netz, Qualitätszirkel) oder
- an eine Landes- oder Bezirksärztekammer.

Formen der außerklinischen Ethikberatung sind insbesondere:

- Angebote zur ethischen Fallberatung, z. B. von außerklinischen Ethikkomitees,
- ethische Fortbildungen für die im außerklinischen Bereich tätigen Ärzte und Angehörigen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen,
- zielgruppenspezifische Angebote, wie beispielsweise Qualitätszirkel zu ethischen Herausforderungen für ambulant tätige Ärzte, sowie
- ethische Leitlinien zum Umgang mit wiederholt auftretenden ethischen Herausforderungen (entwickelt von unterschiedlichen Institutionen und Trägern, wie z. B. von Pflegeheimen und anderen außerklinischen Versorgungseinrichtungen).

Die ethische Fallberatung steht im Fokus vieler aktueller Initiativen der außerklinischen Ethikberatung und erfährt daher auch in der vorliegenden Stellungnahme besondere Aufmerksamkeit.

2.3. Ethische Fallberatung

Fallberatungen im außerklinischen Bereich weisen neben Übereinstimmungen mit denjenigen im Krankenhaus einige Besonderheiten auf. Zu den Übereinstimmungen gehört neben der interdisziplinären Zusammensetzung der Teilnehmer, dass es geschulter Moderatoren bedarf, um Fallberatungen überhaupt erfolgreich durchführen zu können. Unterschiede bestehen u. a. in der örtlichen Zerstreung der Gesprächspartner und der dadurch aufwändigeren Organisation (Räumlichkeiten, zeitlicher Vorlauf etc.), dem inhaltlichen Spektrum der ethischen Konflikte, der oftmals langjährigen Beziehung zwischen Hausärzten und Patienten und dem Umstand, dass gesondert geregelt werden muss, wer die außerklinische Ethikberatung finanziert.

Soweit es eine für die Koordination verantwortliche Stelle (z. B. außerklinisches Ethikkomitee oder Palliativnetzwerk) gibt, können in der Regel Patienten, rechtliche Vertreter, Angehörige, niedergelassene Ärzte, Pflegenden und weitere Angehörige von Berufsgruppen, die in die Versorgung des Patienten eingebunden sind, eine Anfrage zur Durchführung einer außerklinischen Fallberatung stellen. Eine Ausnahme bilden Fallberatungsangebote mancher Ärztekammern, die nach ihrer Satzung bzw. Geschäftsordnung ausschließlich für Ärzte, nicht aber für Patienten, Ange-

³ Vgl. auch zum Folgenden [17; 27; 35].

hörige oder Mitglieder anderer Berufsgruppen zur Verfügung stehen.

Aufgabe der Ansprechpartner für die außerklinische Fallberatung ist es zunächst zu klären, ob die Anfrage direkt mit dem Anfragenden bearbeitet werden kann. Falls dies nicht möglich ist, ist es Aufgabe der Kontaktperson, die Teilnehmer für die ethische Fallberatung zusammenzustellen. Sie kann dabei in den meisten Fällen auf Mitglieder des außerklinischen Ethikkomitees zurückgreifen und aus diesem Kreis einen Moderator, einen Protokollführer und gegebenenfalls weitere Personen mit einschlägiger Expertise, beispielsweise eine Pflegekraft, einen Palliativmediziner oder einen Medizinjuristen, benennen. Weiterhin sollten – soweit möglich – der Patient selbst und sein rechtlicher Vertreter (siehe 3.4.), die Angehörigen sowie Vertreter der beteiligten Berufsgruppen, insbesondere der ambulant behandelnde Arzt und Pflegenden, in die ethische Fallberatung einbezogen werden.

Die Fallberatung kann beispielsweise im häuslichen Umfeld, in einer Pflegeeinrichtung oder in einer Arztpraxis stattfinden. Üblicherweise wird eine Dokumentation der Fallberatung erstellt, die dem Anfragenden zugestellt und in der Patientenakte hinterlegt wird.

Methoden der ethischen Fallberatung

Wie bei der klinischen Ethikberatung werden auch im außerklinischen Bereich verschiedene Methoden zur Strukturierung der ethischen Fallberatung angewendet. Viele dieser Methoden stammen ursprünglich aus der klinischen Ethikberatung [31], andere wurden für den außerklinischen Bereich entwickelt oder angepasst.

Hervorgehoben sei, dass unabhängig von der gewählten Methode auf jeden Fall die einschlägigen rechtlichen Vorgaben zu beachten sind. Wichtig ist zudem, dass eine Fallberatung niemanden von seiner originären Verantwortung entlasten kann. Die erarbeitete Empfehlung soll die zur Entscheidung befugte und verantwortliche Person unterstützen, nicht aber bestehende Entscheidungsbefugnisse unterminieren oder die Verantwortung verschleiern. Dies betrifft insbesondere auch den behandelnden Arzt. Die Fallberatung kann ihm Hilfestellung bei der Bewältigung schwieriger Situationen geben. Er trägt jedoch weiterhin die Verantwortung für seinen Patienten.

Im Folgenden werden einige Methoden in ihren Grundzügen vorgestellt:

- Die Methode der prinzipienorientierten Falldiskussion wird sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich zur Strukturierung multiprofessioneller ethischer Fallbesprechungen eingesetzt [22]. Ausgehend von einer medizinischen Analyse der aktuellen Situation des Patienten wird schrittweise geprüft, welche der verfügbaren (Be-)Handlungsstrategien gemäß den vier klassischen medizinethischen Prinzipien des Wohltuns, Nichtschadens, Achtung der Autonomie und Gerechtigkeit jeweils geboten ist.⁴ Die Ergebnisse werden in der Synthese zu einer übergreifenden ethischen Bewertung der Entscheidungssituation zusammengeführt. Die Fallbesprechung endet mit einer kritischen Reflexion des Ergebnisses und Überlegungen zu dessen Umsetzung.
- Das sog. integrative Modell der ethischen Fallberatung [7; 8; 11], das ebenfalls sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich vor allem in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen verwendet wird, ist gekennzeichnet durch eine umfassende Situationsbeschreibung und die Ordnung der ethisch

relevanten Gesichtspunkte. Die jeweils einschlägigen ethischen Güter, Rechte und Werte werden in ihrem Bezug auf das sog. Prinzip der Handlungsfähigkeit⁵ nach ihrer jeweiligen Ranghöhe und Dringlichkeit geordnet, so dass die Frage nach dem Vorrang beantwortet wird und die Handlungsalternativen gegeneinander abgewogen werden können.

- Auch die Methode der „Moral Case Deliberation“ [24; 37] wird sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich angewandt. Der Fokus liegt auf der Reflexion fallbezogener moralischer Erfahrungen und Bewertungen der Teilnehmenden. „Moral Case Deliberation“ wird häufig in Form einer Serie von retrospektiven Fallbesprechungen in Gesundheitseinrichtungen angeboten, an denen eine nach Möglichkeit identisch zusammengesetzte Gruppe von Vertretern unterschiedlicher Gesundheitsberufe teilnimmt. Aufgabe des Moderators (facilitators) ist es, einen Austausch von Perspektiven und den für den Fall relevanten moralischen Reflexionen zu fördern. Ziel ist ein gemeinsam gestalteter Kompetenzerwerb in Bezug auf den Umgang mit moralischen Herausforderungen im (außer-)klinischen Alltag. Die Methode wird in modifizierter Form auch für die Besprechung aktueller Fälle angewendet.
- Die Verfahrensanleitung für Fallberatungen, die im Rahmen des Projekts „Ethikberatung, Moral, Mitgestalten, Altenhilfe (EMMA)“ [25] entwickelt wurde, will den Besonderheiten der stationären Altenhilfe Rechnung tragen. Vorgesehen sind die drei Elemente (1) Informationserhebung, (2) Abwägung der ethischen und juristischen Fragen und (3) Beratungsergebnis. Neben der Zusammenfassung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer Aspekte und des Patientenwillens wird nach diesem Modell ein besonderer Schwerpunkt auf Aspekte der Privatheit und des Lebensstils gelegt, die aufgrund der vergleichsweise langen Aufenthaltsdauer in der Altenpflege oft von höherer Bedeutung sind als im Krankenhaus. Als Ergebnis der Fallberatung kann eine Änderung des Therapie- oder Pflegeziels beschlossen werden.

Gemeinsam ist allen Methoden eine multiperspektivische Rekonstruktion des Falls, die Benennung von Handlungsoptionen und eine Bewertungsphase, häufig unter Heranziehen bestimmter normativer Kriterien, wobei die Reihenfolge der Schritte variieren kann.

Eine kritische Bewertung dieser Methoden kann und soll im Rahmen dieser Stellungnahme nicht geleistet werden. Vielmehr erscheint eine weitere Evaluation und Erforschung ihrer Vor- und Nachteile wünschenswert, insbesondere hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in der Förderung ethisch gut begründeter Entscheidungen.

3. Herausforderungen und Lösungsansätze

Bei der Implementierung, Organisation und Durchführung außerklinischer Ethikberatung treten verschiedene Herausforderungen auf, für die im Folgenden typische Problemkonstellationen und mögliche Lösungsansätze aufgezeigt werden. Die Ausführungen beziehen sich vornehmlich auf die ethische Fallberatung, da diese im Mittelpunkt vieler aktueller Initiativen steht und deren Implementierung die größten Herausforderungen stellt.

⁴ Siehe z. B. [31], wo die im klinischen Bereich häufig verwendete Nimwegener Methode beschrieben wird.

⁵ Das Prinzip der Handlungsfähigkeit lautet: Handle so, dass du deine eigene Handlungsfähigkeit sowie die Handlungsfähigkeit der von deinem Handeln Betroffenen nicht grundlos beeinträchtigst oder gar zerstörst, sondern nach Möglichkeit (und sozialer Verantwortlichkeit und Rolle) umfassend entfalltest.

3.1. Bedarfsorientierung mit dem Ziel der Erhöhung der Reichweite

Außerklinische Ethikberatung und insbesondere außerklinische Fallberatung sind relativ junge Initiativen, was u. a. die noch vergleichsweise geringe Nachfrage nach und Inanspruchnahme von Angeboten außerklinischer Ethikberatung erklärt [17; 35]. Die Angebote und ihr potenzieller Nutzen für die Patientenversorgung sind generell noch wenig bekannt. Sie sollten daher durch Informationsmaterialien, Veranstaltungen zu ethisch relevanten Themen etc. verstärkt bekannt gemacht werden.

Zudem gilt es, bei der Implementierung der unterschiedlichen Angebote eine funktionsfähige Organisationsform zu schaffen, die den jeweiligen Bedarf an ethischer Beratung in den Versorgungsbereichen außerhalb des Krankenhauses, von der stationären Pflegeeinrichtung bis hin zur häuslichen Versorgung, etwa schwerkranker Patienten, deckt. Es ist derzeit noch nicht abschließend geklärt und müsste weiter empirisch untersucht werden, welche Formen der außerklinischen Ethikberatung dem Bedarf an Entscheidungsunterstützung in der ambulanten Versorgung am besten gerecht werden. Der organisatorische und zeitliche Aufwand von Fallberatungen vor Ort wird als ein Grund für die geringe Inanspruchnahme dieser Form der außerklinischen Ethikberatung angegeben [35]. Daher erscheint es sinnvoll, auch niederschwellige Möglichkeiten der Ethikberatung im außerklinischen Bereich anzubieten. So gibt es Hinweise darauf, dass Hausärzte bezüglich der ethischen Fallberatung eine telefonische Beratung bevorzugen [17]. Darüber hinaus könnte eine ethische Entscheidungsunterstützung auch in bestehende Angebote wie Qualitätszirkel oder Supervision integriert werden. Allerdings müssen Zielsetzung und Methoden der ethischen Fallberatung von anderen Formen der Fallbesprechung (z. B. Supervision) für alle Beteiligten erkennbar abgegrenzt werden.

Möglicherweise kann auch ein gestuftes Konzept ethischer Entscheidungsunterstützung dem jeweils unterschiedlichen Bedarf an Entscheidungsunterstützung gerecht werden, wie es beispielsweise das METAP (Modular, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess) mit vier zunehmend aufwändigeren Stufen der Entscheidungsunterstützung für den klinischen Bereich vorsieht [4]: (1) Nutzung der verfügbaren Entscheidungshilfen durch den Mitarbeiter selbst. (2) Kollegiale Beratung mit einer hierfür geschulten Person. (3) Ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam. (4) Ethikberatung durch eine Ethikfachperson oder ein Mitglied eines Ethikkomitees.

Schließlich sollten neue Entwicklungen im Bereich der Telekommunikation und der Telemedizin hinsichtlich ihrer Nutzbarkeit für ethische Beratung im außerklinischen Bereich geprüft werden [21]. Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationssysteme bietet die Chance, Ethikberatung über weite räumliche Distanzen sowie in dünn besiedelten ländlichen Gebieten ohne Zeitverlust anzubieten. Außerdem kann auf diesem Weg eine wirksame fachliche Zusammenarbeit verschiedener Experten mit Hilfe einer Video- oder Telekonferenz erreicht werden. Die tatsächlichen und rechtlichen Möglichkeiten des digitalen Austausches elektronischer Akten unter Einsatz von Telemedizininfrastruktur sollten geprüft werden. Weitere rechtliche Entwicklungen im Bereich des Einsatzes von modernen Telekommunikationsmitteln im Gesundheitswesen etwa durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (kurz: Digitale-Versorgung-Gesetz, DVG) sollten im Auge behalten werden. Auch bei dem Einsatz dieser Kommunikations-

mittel in der Ethikberatung sind die Vorgaben des Datenschutzes und der Datensicherheit stets einzuhalten.

Zu bedenken ist bei der zukünftigen Entwicklung von außerklinischen Ethikberatungsangeboten weiterhin, dass Bedarf an Informationen zu ethisch relevanten Themen vor allem auch auf Seiten von Angehörigen oder Pflegenden besteht [35]. Neben der Berücksichtigung des Bedarfs aus ärztlicher Perspektive sollte deshalb sichergestellt werden, dass die Angebote allen beteiligten Gruppen zur Verfügung stehen.

3.2. Qualifizierung und Qualitätssicherung

Angebote der klinischen wie außerklinischen Ethikberatung wurden in den letzten Jahren als Merkmal der Strukturqualität von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung implementiert. Die bestehenden Angebote werden teils von Einzelpersonen – beispielweise für diese Aufgaben eingestellte Mitarbeiter oder benannte Ehrenamtliche – und teils von multiprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppen (u. a. Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Juristen, Apotheker) durchgeführt. Die Qualifikation von Ethikberatern variiert. In einer nicht repräsentativen Umfrage wurden für den Bereich der außerklinischen Ethikberatung beispielsweise die Teilnahme an Fortbildungen zur Moderation von Fallbesprechungen und der Erwerb von medizinethischen Kompetenzen im Rahmen einer Palliative Care Ausbildung als Qualifikation angegeben [27].

Die Qualifikation von Personal ist ein wichtiges Merkmal für die Strukturqualität von Ethikberatungsangeboten. Anforderungen an die Qualifizierung von Ethikberatern sowie Kernkompetenzen für die Durchführung von Ethikberatung wurden auf internationaler Ebene u. a. von der Task Force der „American Society for Bioethics and Humanities“ definiert [5; 33]. Für den deutschsprachigen Raum hat beispielsweise die Akademie für Ethik in der Medizin Anforderungen an Ethikberater in den unterschiedlichen Rollen formuliert [3]. Darüber hinaus haben einzelne Einrichtungsträger Anforderungen an die Qualifizierung definiert.⁶

Zur Qualifizierung werden in Deutschland neben Fortbildungsangeboten für die Ethikberatung allgemein auch vereinzelt spezifische Module für die außerklinische Ethikberatung angeboten (vgl. Landesärztekammer Hessen).⁷ Die Fortbildungsangebote umfassen neben der Vermittlung von Kenntnissen zu Themen der Ethik in der Praxis auch Übungen zum Erwerb praktischer Fertigkeiten zur Organisation und Durchführung unterschiedlicher ethischer Beratungsangebote [29]. Für die Struktur- und Prozessqualität ethischer Fallbesprechungen in den Qualitätszirkeln der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten wurde 2016 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Handreichung veröffentlicht, die insbesondere auch Hinweise für die Moderation der Fallberatung enthält [18].

Zwei für die Struktur und Prozessqualität außerklinischer Ethikberatung aus Sicht der ZEKo ebenfalls bedeutsame Aspekte sind die Gewährleistung des Zugangs zu ethischen Fallbesprechungen für alle Betroffenen (siehe 3.1.) und eine multiprofessionelle Zusammensetzung bei den Fallbesprechungen. Eine Be-

⁶ So verlangen verschiedene große kirchliche Träger (wie z. B. die BBT-Gruppe, die Franziskus-Stiftung Münster oder die Marienhaus-Unternehmensgruppe), dass Personen mit akademischer ethischer Zusatzqualifikation für die Organisation der Ethikprozesse verantwortlich sind.

⁷ Darüber hinaus wurde für den Bereich der Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenpflege ein spezifisches Fortbildungscurriculum entwickelt [6].

teilung der unterschiedlichen Berufsgruppen und ihrer jeweiligen Perspektiven ist in diesem Zusammenhang nicht nur für die Berücksichtigung relevanter fachlicher Aspekte wichtig, sondern kann auch die moralische Kompetenz bei der Beratung erweitern (siehe 3.3.).

Ein weiteres Element der Qualitätssicherung ist die Ergebnisqualität von Ethikberatung. Empirische Untersuchungen aus dem klinischen Kontext deuten darauf hin, dass Ethikfallberatung positive Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung sowie die Patientenversorgung haben kann. Allerdings unterscheiden sich die verschiedenen, in der Praxis de facto eingesetzten Methoden mit Blick auf ihre Übersichtlichkeit, Vollständigkeit und ethische Geordnetheit voneinander. Daher muss die Evaluation der Ergebnisqualität die methodischen Besonderheiten des spezifischen Ethikberatungsangebots berücksichtigen [1; 26]. Für die außerklinische Ethikberatung wie auch für die klinische Ethikberatung gibt es bislang keine allgemein akzeptierte Definition der Ergebnisqualität. Vor diesem Hintergrund bietet die aktuelle Initiierung und Implementierung unterschiedlicher Methoden der außerklinischen Ethikberatung die Chance, die (vorrangig) angestrebten Ziele und die hierfür gewählten Methoden zu klären. Auf dieser Grundlage können im Anschluss angemessene Endpunkte für die Evaluation der Ergebnisqualität des Ethikberatungsangebots bestimmt werden.

3.3. Multiprofessionalität

Die Erfahrungen aus der Ethikfallberatung im klinischen Kontext zeigen, dass der berufsgruppenübergreifende Austausch wertvoll für die Situationserfassung, die Abwägung der ethischen Argumente und das gemeinsam getragene weitere Vorgehen ist [12; 13; 19; 20; 23; 32].

Vor diesem Hintergrund ist die vergleichsweise aufwändigere Form der Fallberatung vor Ort oder mittels Videokonferenz unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen aus Sicht der ZEKO nicht durch andere Beratungsangebote auf Einzelfallebene (etwa durch telefonische Konsultationen mit einem einzelnen Ethikberater), die kollegiale ärztliche Beratung (z. B. im Qualitätszirkel) oder andere Formen der ethischen Entscheidungsunterstützung, wie etwa Leitlinien oder Fortbildungsangebote, zu ersetzen.

Zu bedenken ist überdies, dass es häufig einen über die aktuelle ethische Fallberatung hinausgehenden Bedarf an Unterstützung bei der Umsetzung der Empfehlung gibt, da das multiprofessionelle, interdisziplinäre Behandlungsteam – im Unterschied zur Versorgung im Krankenhaus – nicht vor Ort zur Verfügung steht [35] (siehe 3.5.). Es muss daher bei der Formulierung von Handlungsoptionen bei außerklinischen Fallberatungen besonders darauf geachtet werden, dass die für die Umsetzung der Entscheidung relevanten Bedingungen benannt und vor Ort auch erfüllt werden können.

3.4. Schutz der Patientenrechte

Bei der außerklinischen Fallberatung stellen sich spezifische Herausforderungen bezüglich des Schutzes der Patientenrechte.

Im Mittelpunkt ethischer Fallberatungen steht der Patient. Nicht zuletzt deshalb ist er selbst bzw. sein rechtlicher Vertreter in die ethische Fallberatung einzubeziehen, sofern dies möglich und angemessen ist (siehe 2.3.).

Die Vertraulichkeit personenbezogener Daten und die Schweigepflicht sind zu wahren und die datenschutzrechtlichen Vorgaben einzuhalten [9]. Gegebenenfalls sind die beteiligten Perso-

nen durch den Träger des Ethikberatungsangebots gesondert zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

Während in einem Krankenhaus, das den Auftrag zur Behandlung und Versorgung des Patienten arbeitsteilig wahrnimmt, in der Regel davon ausgegangen werden kann, dass der Patient mit der Weitergabe der für seine Behandlung und Versorgung unter Einschluss einer ethischen Fallberatung notwendigen Informationen an die dafür jeweils zuständigen Mitarbeiter stillschweigend einverstanden ist, ist eine solche Situation im außerklinischen Bereich oft nicht gegeben. Hier werden die Patientendaten zur ethischen Fallberatung auch Personen offenbart, die zur Fallberatung hinzugezogen werden, aber bisher an der Behandlung des Patienten nicht beteiligt waren. Von einem konkludenten Einverständnis des Patienten in die Weitergabe seiner Patientendaten an diese Personen kann allenfalls dann ausgegangen werden, wenn der Patient selbst die ethische Fallberatung anregt. Soweit rechtzeitig möglich, sollte daher eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten bzw. gegebenenfalls seines Vertreters eingeholt werden. Ist das nicht rechtzeitig möglich, eine ethische Fallberatung aber zum Schutz des Patienten dringlich geboten, kann hilfsweise, insbesondere dann, wenn die Schwierigkeiten des konkreten Falls einen multiprofessionellen Austausch nahelegen, auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abgestellt werden.⁸ Dieser rechtfertigt die Weitergabe von Informationen an Dritte außerhalb des ihm bekannten Behandlungspersonals jedoch nur dann, wenn keinerlei Anzeichen bei dem konkreten Patienten darauf hindeuten, dass er mit einer derartigen Einbeziehung von Außenstehenden nicht einverstanden wäre. Besonders sensibel ist auch darauf zu achten, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Patient bestimmte einzelne Personen oder Personengruppen nicht einbezogen wissen möchte.

Der Patient bzw. sein Vertreter muss dann nachträglich über die ethische Fallberatung und die Ergebnisse informiert werden. Die schriftliche Dokumentation der ethischen Fallberatung ist ausschließlich für die Krankenunterlagen bestimmt.

3.5. Strukturelle Anbindung

Während bei der klinischen Ethikberatung im Krankenhaus die relevanten Personengruppen größtenteils „unter einem Dach“ arbeiten und bei Bedarf vergleichsweise einfach in eine ethische Fallberatung einbezogen werden können, ist dies im außerklinischen Bereich nicht oder nur teilweise der Fall. Insbesondere die – unverzichtbare – Einbindung des behandelnden Arztes ist oft nicht einfach zu realisieren, da dieser, beispielsweise in Pflegeheimen, nicht fest in das Behandlungsteam vor Ort integriert ist. Zudem ist es aufwändiger, die für die Entscheidung relevanten Befunde bei der ethischen Fallberatung verfügbar zu machen. Weiterhin muss bei der Planung der Fallberatung eine mögliche Teilnahme der Angehörigen bzw. der Vertreter des Patienten berücksichtigt werden.

Die Ethikberatungsangebote müssen an die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den regionalen Versorgungssystemen angepasst werden. Eine abschließende Bewertung der verschiedenen Organisationsformen ist bislang noch nicht möglich. Gleichwohl können jedoch verschiedene Vor- und Nachteile identifiziert werden:

Wird die außerklinische Ethikberatung an einer *überregional* tätigen Einrichtung oder einem Einrichtungsträger etabliert, hat

⁸ Zu den zum Teil sehr engen datenschutzrechtlichen Anforderungen siehe [9].

das den Vorteil, dass diese häufig über eigene personelle Ressourcen zur Implementierung von Ethikprozessen verfügen und mittels zentral gesteuerter Strategien (etwa zur Fortbildung der Mitarbeiter sowie zur Entwicklung von internen Leitlinien für besondere Problembereiche) zunehmend auch den wachsenden Ethikbedarf in den einzelnen außerklinischen Einrichtungen decken kann. Hinzu kommen geringere Probleme der Legitimation der beteiligten Personen, der Kompensation ihres zeitlichen Aufwands sowie, insbesondere bei der Form der ethischen Fallberatung, unter Umständen auch bezüglich der Weitergabe personenbezogener Daten. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass diese Form der institutionellen Implementierung den spezifischen Herausforderungen des außerklinischen Settings Rechnung trägt. Dies betrifft z. B. die ausreichende Einbeziehung von Personen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind (z. B. behandelnde Ärzte der Bewohner eines Pflegeheims) oder auch den möglichen Übergang eines Patienten von der stationären in die häusliche Versorgung.

Eine *regionale* Implementierung von Angeboten außerklinischer Ethikberatung ist dem gegenüber von vornherein offen für alle betroffenen Gruppen (z. B. Patienten/Angehörige, niedergelassene Ärzte, ambulantes/stationäres Pflorgeteam) und trägt damit der Vielfalt ethischer Problemsituationen im außerklinischen Bereich besonders gut Rechnung. Allerdings muss eine Lösung für die Ansiedlung und Finanzierung einer Koordinationsstelle gefunden werden. Mögliche Anknüpfungspunkte können bereits vorhandene regionale Versorgungsstrukturen bieten, wie beispielsweise ein Hospiz- oder Palliativnetzwerk. Dies sollte aber nicht zu einer thematischen Begrenzung führen, z. B. auf ethische Fragen in der letzten Lebensphase bei Anbindung an ein Palliativnetzwerk.

Die Etablierung außerklinischer Ethikberatung bei einer *Landes- bzw. Bezirksärztekammer* bietet Vorteile hinsichtlich der Sicherstellung von Ressourcen für die Koordinierung und Durchführung unterschiedlicher Angebote der außerklinischen Ethikberatung. Der institutionelle „Rückhalt“ durch die Ärztekammer kann zur Akzeptanz und Nutzung der Angebote durch die Ärzteschaft beitragen. Die von Ärztekammern angebotenen Formen der außerklinischen Ethikberatung dürfen aber nicht zu einer Dominanz der ärztlichen Perspektive bei ethischen Problemen im außerklinischen Setting führen, sondern müssen die Sichtweisen von Patienten und Angehörigen sowie anderen Gesundheitsprofessionen gleichermaßen berücksichtigen. Dies sollte sich etwa darin widerspiegeln, dass Anfragen für ethische Fallberatungen im außerklinischen Bereich, analog zur klinischen Ethikfallberatung, auch durch nicht-ärztliche Personen möglich sind, die vielleicht sogar häufiger einen Bedarf an ethischer Entscheidungsunterstützung sehen [35]. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Patienten im außerklinischen Bereich häufig in verschiedenen Einrichtungen und im häuslichen Umfeld versorgt werden.

3.6. Zeitbedarf und Finanzierung

Sowohl in der Fachliteratur als auch in Erfahrungsberichten wird die Finanzierung außerklinischer Ethikberatung als eine wichtige, aber offene Frage bewertet [16; 27; 30]. Angesichts der erforderlichen Organisation und den logistischen Anforderungen, ist die Durchführung außerklinischer Ethikberatung mit einem erheblichen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden. Die wenigen vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten bestehen in der Anerkennung der Ethikberatung als Diensttätigkeit durch Arbeitgeber

oder in einer Aufwandsentschädigung über die Ärztekammern oder aus Spendengeldern. Einer noch nicht veröffentlichten Umfrage unter Anbietern außerklinischer Ethikberatung zufolge operieren dreiviertel der Projekte auf ehrenamtlicher Basis [28]. Weiterhin besteht im außerklinischen Bereich meist keine zentrale Arbeitszeitregelung, womit sich die Frage stellt, wie der zum Teil große Aufwand für Sitzungen und ethische Fallberatungen kompensiert werden kann.

Insgesamt sollte eine angemessene Finanzierung solcher Ethikberatungen dauerhaft gesichert sein. Aktuelle und lokale finanzielle Unterstützung durch Vereine oder Spenden sind zwar eine wichtige Hilfe, sie können jedoch eine auf Dauer angelegte, qualitätsgesicherte außerklinische Ethikberatung nicht gewährleisten.

4. Zusammenfassung und Empfehlungen

- Die ZEKO begrüßt die Etablierung von Ethikberatungsangeboten im außerklinischen Bereich, da die Angebote hier wie auch im klinischen Bereich zu ethisch besser begründeten Entscheidungen führen können. Sie stellen ein Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung dar, insbesondere auch angesichts der zunehmenden Versorgung schwer Erkrankter außerhalb des Krankenhauses. Mit dieser Stellungnahme und den daraus abgeleiteten Empfehlungen möchte die ZEKO die Implementierung und Weiterentwicklung von Angeboten außerklinischer Ethikberatung fördern sowie zur Vermeidung von Fehlentwicklungen beitragen.
- Aufgabe der außerklinischen Ethikberatung ist insbesondere die Unterstützung und Entlastung der Beteiligten bei schwierigen ethischen Entscheidungen sowie die Förderung ihrer moralischen Sensibilität und ethischen Argumentationskompetenz. Ein wichtiger Bestandteil der außerklinischen Ethikberatung ist die Fallberatung, die beispielsweise von außerklinischen Ethikkomitees angeboten wird. Auch die ethische Fortbildung der außerklinisch Tätigen sowie die Entwicklung von Leitlinien sind Bestandteile der außerklinischen Ethikberatung.
- Das Spektrum der außerklinischen Ethikberatung ist breit: Die Angebote unterscheiden sich nicht nur in ihrer thematischen Fokussierung auf bestimmte Fragestellungen und ihren normativen Voraussetzungen und Konsequenzen, sondern auch bezüglich ihrer institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Bei der Entwicklung ethischer Beratungsangebote im außerklinischen Bereich sind auch die regionalen Gegebenheiten im außerklinischen Bereich sowie die gegebenenfalls unterschiedlichen Bedarfe der beteiligten Personen zu beachten.
- Zur Erhöhung der Reichweite der Ethikberatungsangebote im außerklinischen Bereich sollte verstärkt über die in den vergangenen Jahren diesbezüglich gemachten Erfahrungen berichtet werden.
- Im Mittelpunkt ethischer Fallberatungen steht der Patient. Nicht zuletzt deshalb ist er selbst bzw. sein rechtlicher Vertreter in die ethische Fallberatung einzubeziehen, sofern dies möglich und angemessen ist.
- Bei der ethischen Fallberatung sind die Vertraulichkeit personenbezogener Daten und die berufliche Schweigepflicht zu wahren. Gegebenenfalls sind die beteiligten Personen durch den Träger des Ethikberatungsangebots gesondert zur Verschwiegenheit zu verpflichten. In der Regel ist die ausdrück-

liche Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters zur ethischen Fallberatung einzuholen.

- Eine ethische Fallberatung soll zu einer ethisch besser begründeten Entscheidung beitragen; sie hebt die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden nicht auf.
- Da Patienten im außerklinischen Bereich häufig in verschiedenen Einrichtungen und im häuslichen Umfeld versorgt werden, sollte eine ethische Entscheidungsunterstützung aus allen Bereichen des regionalen Versorgungssystems angefragt werden können.
- Um die unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen einzubeziehen, sollte die außerklinische Ethikberatung multiprofessionell durchgeführt werden. Diesem Erfordernis ist bei der Etablierung von Strukturen der außerklinischer Ethikberatung aufgrund der örtlichen Zerstreuung der Gesprächsteilnehmer Rechnung zu tragen, beispielsweise durch die Nutzung von modernen Kommunikationstechnologien.
- Die in der außerklinischen Ethikberatung Tätigen sollten über eine angemessene Qualifikation zu medizinethischen und -rechtlichen Fragen sowie zur Moderation von ethischen Fallbesprechungen verfügen. Hierzu sind (vermehrt) Fortbildungsangebote für die außerklinische Ethikberatung wünschenswert.
- Die ethische Fallberatung sollte strukturiert erfolgen. Dies trägt zur Transparenz und Sicherung der Qualität der Ethikfallberatung bei. Welche Methoden für den außerklinischen Bereich am besten geeignet sind, sollte auf der Grundlage konzeptioneller Überlegungen und empirischer Untersuchungen weiter geklärt werden.
- Die Durchführung außerklinischer Ethikberatung ist mit einem erheblichen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden, der bislang vielerorts ehrenamtlich erbracht wird. Eine angemessene Finanzierung sollte dauerhaft gesichert sein.
- Die außerklinischen Ethikberatungsangebote stellen im deutschen Gesundheitssystem relativ neue Entwicklungen dar. Zur Prüfung ihrer Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Entwicklung von Best-Practice-Modellen wird eine systematische Evaluierung und Begleitforschung zu den unterschiedlichen Organisationsmodellen empfohlen.

Literatur

1. Akademie für Ethik in der Medizin e. V., AG Ethikberatung im Gesundheitswesen; Neitzke G, Riedel A, Dinges S, Fahr U, May AT: Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin* 2013; 25(2):149–56.
2. Akademie für Ethik in der Medizin e. V., Vorstand: Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin* 2010; 22:149–53.
3. Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: Zertifizierung für Ethikberatung im Gesundheitswesen (<https://www.aem-online.de/index.php?id=64>, letzter Zugriff 14.11.2019).
4. Albisser Schlegler H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (Hrsg.): *Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Berlin, Heidelberg: Springer 2012.
5. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ: Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med* 2000; 133(1):59–69.
6. Bockenheimer-Lucius G, May AT: Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA). Eckpunkte für ein Curriculum. *Ethik Med* 2007; 19(4):331–9.
7. Bormann F-J: Aussagekräftig und nachvollziehbar. *Neue Caritas* 2013; 15:14–8 (<https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/aussagekraeftig-und-nachvollziehbar>, letzter Zugriff 05.12.2019).
8. Bormann F-J: Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung. *ZfME* 2013; 59(2):117–27.
9. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. 2018 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Hinweise_und_Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz_Datenverarbeitung_09.03.2018.pdf, letzter Zugriff 08.11.2019).
10. Deutscher Ärztetag: Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008, Drs.-Nr. VI-61: „Ambulante Ethikberatung“ (https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/media/applications/BVI61_beschluss.pdf, letzter Zugriff 08.11.2019).
11. Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.: *Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung*. Paderborn 2016.
12. Doherty R, Purilo R: *Ethical Dimensions in the Health Professions* (6. Auflage). St. Louis Missouri: Elsevier 2016.
13. Engel J, Prentice D: The ethics of interprofessional collaboration. *Nurs Ethics* 2014; 20(4):426–35.
14. Gágyor I: Ethikberatung für Hausärzte bei Patienten am Lebensende. In: Frewer A, Bruns F, May AT (Hrsg.): *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 141–50.
15. Gágyor I, Heßling A, Heim S, Frewer A, Nauck F, Himmel W: Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Fam Pract* 2019; 36(2):225–30.
16. Kallusky K: *Ethikberatung in der ambulanten Versorgung. Eine Befragung von Hausärzten zur Häufigkeit ethischer Konflikte und zum Beratungsbedarf*. Dissertation: Georg-August-Universität Göttingen 2017.
17. Kallusky K, Gágyor I, Heßling A, Himmel W: Häufigkeit ethischer Konflikte in der ambulanten Versorgung und Bedarf an Ethikberatung – aus Sicht von Hausärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2018; 143(17):e146–51.
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Handbuch Qualitätszirkel – Qualitätszirkelkonzept der KBV*. 2018 (https://www.kbv.de/media/sp/3.2_Durchfuehrung_Moderatorfortbildung.pdf, letzter Zugriff 08.11.2019).
19. Krones T, Liem E, Monteverde S, Rosch C, Schüpbach R, Steiger P: *Klinische Ethikkultur in der Intensivmedizin – Erfahrungen aus dem Universitätsspital Zürich*. *Bioethica Forum* 2019; 11(2/3):101–8.
20. Krones T, Monteverde S: Interprofessionelle klinisch-ethische Entscheidungsfindung am Beispiel der Intensivmedizin. In: Monteverde S (Hrsg.): *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege* (2. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2020.
21. Louhiala P, Saarni S, Hietala K, Pasternack A: Physicians' Ethics Forum: a web-based ethics consultation service. *J Med Ethics* 2012; 38(2):83–6.
22. Marckmann G, Behringer B, in der Schmitt J: *Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis*. *Z Allg Med* 2018; 94(3):116–20.
23. McAuliffe D: *Interprofessional ethics. Collaboration in the social, health and human services*. Port Melbourne, AU: Cambridge University Press 2014.
24. Porz R, Widdershoven G: Verstehen und Dialog als Ausgangspunkte einer hermeneutischen Ethik. *Bioethica Forum* 2010; 3(1):8–11.
25. Sauer T, Bockenheimer-Lucius G, May AT: Ethikberatung in der Altenhilfe. Theoretische und konzeptionelle Überlegungen. In: Frewer A, Bruns F, May AT (Hrsg.): *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 151–65.
26. Schildmann J, Nadolny S, Haltaufderheide J, Gysels M, Vollmann J, Bausewein C: Ethical case interventions for adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7:CD012636.
27. Seifart C, Simon A, Schmidt KW: *Ambulante Ethikberatung in Deutschland. Eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen*. *Hessisches Ärzteblatt* 2018; 4:238–40.
28. Seifart C, Simon A, Schmidt KW: *Ambulante Ethikberatung in Deutschland: Verstärkte telefonische Beratung und bessere Finanzierung gefordert*. *Hessisches Ärzteblatt* 2020; 3:174–5.
29. Simon A, May AT, Neitzke G: Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. *Ethik in der Medizin* 2005; 17(4):322–26.
30. Slowther A: Ethics Case Consultation in Primary Care: Contextual Challenges for Clinical Ethicists. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18(4):397–405.
31. Steinkamp N, Gordijn B: *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung*. Ein Arbeitsbuch. Luchterhand 2005.
32. Stein-Parbury J, Liaschenko J: Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *Am J Crit Care* 2007; 16(5):470–7.
33. Tarzian AJ, Asbh Core Competencies Update Task Force: Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities' core competencies update task force. *Am J Bioeth* 2013; 13(2):3–13.
34. Thiersch S, Jox RJ, Marckmann G: *Außerklinische Ethikberatung: Unterstützung bei ethischen Fragen in der ambulanten Versorgung*. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142(6):453–6.

35. Thiersch S, Friedrich O, Marckmann G: Außerklinische Ethikberatung: Eine Evaluation des Angebots in den Landkreisen Traunstein und Berchtesgadener Land mittels Dokumentenanalyse und Befragung von Hausärzten. *Ethik in der Medizin* 2019; 31(1):45–59.
36. Universitätsmedizin Göttingen: Forschungsprojekte, Klinische Ethikberatung für die hausärztliche Versorgung (http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/content/forschung/510_401.html, letzter Zugriff 14.11.2019).
37. van der Dam S, Abma TA, Kardol MJ, Widdershoven GA: „Here's my dilemma“. Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Anal* 2012; 20(3):250–67.
38. Zentrale Ethikkommission: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(24):A-1703–7.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dieter Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. jur. Frauke Brosius-Gersdorf, Hannover
 Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräß-Schmidt, Tübingen
 Prof. Dr. med. Wolfram Henn, Homburg
 Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkilic, M.A., Mainz/
 Istanbul
 Dr. phil. Julia Inthorn, Hannover
 Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Zürich
 Prof. Dr. phil. Dirk Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, München (Federführender)
 Dr. med. Michael Rado, Köln
 Jun.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Sabine Salloch, Greifswald
 Prof. Dr. med. Jan Schildmann, M.A., Halle (Federführender)
 Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Mannheim (Vorsitzender)

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 E-Mail: zeko@baek.de
<https://www.zentrale-ethikkommission.de>