

# Ambulante Ethikberatung in Deutschland

## – eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen

PD Dr. med. Carola Seifart, Prof. Dr. phil. Alfred Simon, Dr. theol. Kurt W. Schmidt

Ungekürzter Beitrag, der auf einer Umfrage zur ambulanten Ethikberatung im Rahmen einer deutschlandweiten Tagung „Ambulante Ethikberatung in Deutschland – aktueller Stand und künftige Entwicklung“ im Oktober 2016 basiert.

Seit einigen Jahren entwickelt sich ambulante Ethikberatung (AEB) erfolgreich als Unterstützung für ethische Fragestellungen außerhalb des Krankenhauses, das heißt in Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung (hausärztlicher Bereich, Pflegeheime). Dabei haben sich bereits unterschiedliche Strukturen und Organisationsformen etabliert, wie eine Erhebung im Oktober 2016 über die aktuelle Situation in Deutschland gezeigt hat: Die außerklinische Ethikberatung ist bisher häufig in bereits bestehenden palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen verankert und wird sektorenübergreifend meist auf ehrenamtlicher bzw. unentgeltlicher Basis angeboten.

In jüngster Zeit sind vermehrt Ethikberatungsangebote entstanden. Ein Teil geht organisatorisch von einer Landesärztekammer oder Bezirksärztekammer aus oder ist an diese angebunden – damit wird der Beschluss des Bundesärztertages aus dem Jahr 2008 umgesetzt. Die Themen der außerklinischen Ethikberatung haben einen Schwerpunkt bei Fragen der Therapiebegrenzung, reichen jedoch über den Umgang mit Gewalt bis hin zu Fragen der Zulässigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen. Außerklinische Ethikberatung wird von allen Beteiligten grundsätzlich als hilfreich erlebt und zunehmend als wichtiger Qualitätsindikator der (ambulanten) Versorgungsstruktur angesehen.

### Einleitung

In Zeiten sich rasant ausweitender technischer Möglichkeiten der modernen Medizin entstehen zunehmend komplexere Situationen, die Entscheidungen erfordern,

die nicht allein durch die medizinische Datenlage zu lösen sind. Nicht immer sind die möglichen therapeutischen Optionen von den Patienten gewünscht, oder erscheinen für den individuellen Patienten mit seiner unverwechselbaren Lebensgeschichte und seinen Wertvorstellungen angemessen.

Erschwerend kommt hinzu, wenn Patienten in solchen Situationen ihren eigenen Willen nicht mehr direkt zum Ausdruck bringen können, dass nicht nur die Bewertung der Situation selbst verschiedene (schwierige) Alternativen eröffnet, sondern auch noch unklar ist, welche Lösung im Sinne des Patienten gewählt werden sollte. So können für alle Beteiligten ethische Überlegungen und Begründungen erforderlich werden.

Einer Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika folgend, als Mitte der 1970er-Jahre in einem aufsehenerregenden Prozess der New Jersey Supreme Court im Fall Karen Ann Quinlan die Anregung aufnahm, dass Ärzte bei ihren Entscheidungen durch Klinische Ethikkomitees Unterstützung erhalten sollten, veröffentlichten in Deutschland vor zwanzig Jahren die beiden christlichen Krankenhausverbände eine Broschüre mit dem Titel „Ethikkomitee im Krankenhaus“, in der die Etablierung klinischer Ethikberatung im Krankenhaus empfohlen und als besonderes Qualitätsmerkmal der konfessionellen Einrichtungen herausgestellt wurde.

Auch in den nichtkonfessionellen Häusern gewinnt seitdem die Ethikberatung in Deutschland, als Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität, stetig an Bedeutung. Klinische Ethikberatung im Krankenhaus, in Form eines klinischen Ethikkomitees oder vergleichbarer Strukturen, findet sich heute in nahezu jedem zweiten Krankenhaus.

Im Jahr 2005 hat die Akademie für Ethik in der Medizin ein erstes Ausbildungs-Curriculum veröffentlicht und im Jahr 2010 Standards für die Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgelegt.

Die Bundesärztekammer und medizinische Fachgesellschaften empfehlen bei schwierigen oder konfliktbehafteten Situationen die Durchführung einer Ethikberatung. Zeitgleich wurde im Hessischen Krankenhausgesetz (§ 6 (6) HKHG 2011) erstmals in einem Bundesland gesetzlich geregelt, dass jedes hessische Krankenhaus eine(n) Ethikbeauftragte(n) zu bestellen hat. Vorangegangen war ein Antrag auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahr 2008, in dem die Bundesärztekammer aufgefordert wurde, Maßnahmen für die Etablierung von Ethikberatung auch im ambulanten Bereich zu ergreifen, um „Hausärzten bei ethischen Grenzfällen eine Unterstützung zur Einholung einer fachlichen Zweitmeinung oder eines Ethikvotums“ anbieten zu können.

Derzeit steckt die Ambulante Ethikberatung (AEB) jedoch im Vergleich zur klinischen Ethikberatung noch in ihren Anfängen. Erste Projekte ambulanter Ethikberatung sind seit dem Jahr 2004 entwickelt und ausgebaut wurden. Im Jahr 2014 fanden sich auf der Landkarte nur vereinzelt ambulante Ethikberatungsprojekte. In einer exemplarischen Auflistung wurden zu dem Zeitpunkt weniger als zehn Projekte genannt, die Ethikberatung für die Pflegeeinrichtungen und ambulante Versorgung anboten. Diese Zahl hatte sich im Jahr 2016 deutlich vergrößert und weitere Projekte sind angedacht oder in konkreter Vorbereitung.

### Klinische und ambulante Ethikberatung im Vergleich

Grundsätzlich sind die Ziele der Ethikberatung im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der ambulanten Versorgung ähnlich: Mithilfe einer neutralen Moderation sollen die ethischen Konflikte einer aktuellen Fallsituation besprochen werden, wobei es sich häufig um die Suche nach der angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung des individuellen Patienten handelt. Dabei sollen eventuell vorliegende unterschiedliche (kulturelle) Wertvorstellungen

**Tab. 1: Unterschiede zwischen ambulanter und klinischer Ethikberatung**

Klinische Ethikberatung	Ambulante Ethikberatung
Integriert in das „geschlossene“ System Krankenhaus; Berater ist in seiner Rolle und Funktion Teil des Systems	Wirkt in einem „offenen“ System; Berater muss seine Rolle neu erläutern
Legitimiert durch Gremien des Systems; beispielsweise durch die Geschäftsführung	Legitimation durch die ambulante Versorgungsstruktur
Beratung in der öffentlichen Situation einer externen Einrichtung (Klinik)	Beratung in der privaten Situation der aktuellen Lebenswelt (zu Hause, Pflegeheim)
Einzubindende Personen sind vorwiegend aus zwei Gruppen: Angehörige und Behandlungsteam als Teil des Systems Krankenhaus	Einzubindende Personen können aus mehreren Gruppen bestehen: Angehörige, Hausarzt, Pflegekräfte, Vertreter des Heims
Beratung ist üblicherweise durch den Behandlungsauftrag des Krankenhauses gedeckt	Beratung muss sich erst für den konkreten Einzelfall legitimieren (häusliche Versorgung) oder ist durch die Struktur im Heim ermöglicht
Logistik klar und etabliert	Logistik schwieriger und komplexer, da Fragen des Besprechungsortes, der Vergütung etc. zu klären sind
Klar strukturiertes (und evaluiertes) Verfahren	Noch offene Beratungsform

gen transparent gemacht, Gefühle und Wertvorstellungen der Beteiligten gewürdigt werden und in einem rationalen Diskurs eine Abwägung ethischer Argumente erfolgen, die in ihrem Ergebnis auch für andere später nachvollziehbar sind.

Auch wenn die Moderatoren, die besonders geschult sein müssen, hierbei selbst keine Entscheidung treffen, haben sie die Aufgabe, gegebenenfalls Hinweise zum rechtlichen Rahmen zu geben und etwa in Fragen der Therapiebegrenzung auf gesetzliche Bestimmungen und berufsspezifische Grundsätze hinzuweisen. Ethikberatung schreibt damit grundsätzlich den beteiligten Personen ihr Handeln nicht vor; die rechtliche Verantwortung verbleibt bei den handelnden Personen und stellt für diese eine Unterstützung in der Entscheidungsfindung dar.

Die Erfahrungen, die in den vergangenen Jahrzehnten mit klinischer Ethikberatung gemacht wurden, lassen sich jedoch nicht ohne Weiteres auf die ambulante Situation übertragen, denn neben den grundsätzlichen Gemeinsamkeiten unterscheiden sich ambulante und klinische Ethikberatung sich in einigen Punkten erheblich (siehe Tabelle 1). Auch ist es nicht einfach möglich, die Struktur eines klinischen Ethikkomitees als effiziente Organisationseinheit einer ethischen Fallbespre-

chung auf die ambulante Situation zu übertragen. So muss für einen großen Landkreis oder für eine Stadt jeweils eine andere Organisationsstruktur entwickelt und die lokalen Erfordernissen und die Besonderheiten der ambulanten Situation berücksichtigt werden.

Während klinische Ethikberatung in einem Krankenhaus oder einem Krankenhausverbund direkt angesiedelt und somit in einer Institution, das heißt einem „geschlossenen System“ verortet ist, wirkt außerklinische bzw. ambulante Ethikberatung oftmals in einem „offenen“ System (zum Beispiel der bettlägerige Patient, der zuhause versorgt wird), welches sich (oftmals) nicht in dem Rahmen einer übergreifenden Organisation befindet. Einerseits muss hier Ethikberatung der Allgemeinbevölkerung gesondert bekannt gemacht werden, andererseits kann eine Ethikberatung, wenn sie von „extern“ in das hausärztliche Arzt-Patienten-Verhältnis eindringt, auch als irritierende „Einmischung“ empfunden werden.

Während die klinische Ethikberatung im „geschlossenen“ System Krankenhaus durch Gremien des Systems legitimiert ist, beispielsweise durch die Geschäftsführung, kann dies in einem großen Teil der Fälle für die ambulante Ethikberatungssituation erst einmal nicht gelten.

Daher stellt sich die zentrale Frage, wodurch der Arbeitsauftrag und die Ethikberater selbst, in der ambulanten Ethikberatungssituation legitimiert sind. Wer kann und darf einen Arbeitsauftrag an die Ethikberatung erteilen? Wer muss diesem zustimmen?

Während klinische Ethikberatung verschiedenen, relativ klar strukturierten Verfahren folgt, sind derartige Verfahrensabläufe für die ambulante Situation, die ebenfalls sehr unterschiedlichen Anforderungen unterliegen kann, noch nicht in gleicher Weise etabliert und die logistischen Umstände stellen hier möglicherweise zusätzliche besondere Herausforderungen dar. Beispielsweise ist es in der ambulanten Situation oftmals schwieriger, alle für die Beratung notwendigen Personen „an einen Tisch“ zu bringen und nicht immer scheint klar, wer eigentlich dafür zuständig ist, diese Beteiligten zusammen zu bringen. Oft stellt sich auch die Frage, ob und durch wen eine Ethikberatung in der ambulanten Situation zu finanzieren ist.

Ambulante Ethikberatung steht daher noch vor relevanten Fragen hinsichtlich einer möglichst optimalen Organisationsstruktur und ihrer konkreten Umsetzung. Im Vorfeld und im Rahmen der deutschlandweiten Kooperationstagung „Ambu-



Graphik 1: Städte und Regionen, in denen Ambulante Ethikberatung angeboten wird bzw. im Entstehen ist (Stand: Oktober 2016), soweit sie sich an der Umfrage beteiligt haben. Die Autoren bitten um Rückmeldung von den Standorten, die nicht aufgeführt sind (E-Mail: carola.seifart@staff.uni-marburg.de).

lante Ethikberatung in Deutschland – aktueller Stand und künftige Entwicklungen“ im Oktober 2016 in Frankfurt/Main wurden mittels Ausschreibung über die Mailingliste der Akademie für Ethik in der Medizin ambulante Ethikberatungsprojekte in Deutschland aufgefordert, einen Fragebogen zu ihrer aktuellen Situation und Organisationsstruktur zu beantworten, deren Umfrageergebnisse im Folgenden kurz zusammengefasst werden.

### Umfrageergebnisse: -Organisationsstruktur

An der Umfrage nahmen insgesamt 17 Projekte teil, die in der ambulanten Pfl-

ge oder Versorgung angesiedelt sind. Einen Überblick über die Standorte, die sich an der Umfrage beteiligt haben gibt Abbildung 1. Deren Organisationsformen sind Tabelle 2 zu entnehmen (am Ende dieses Artikels). Der größte Teil der Projekte, die sich an der Umfrage beteiligten, sind Projekte, die in Deutschland schon etabliert sind, nur ein kleinerer Teil befindet sich noch im Aufbau oder ist im Stadium einer Initiative. Einzelne Projekte sind schon seit dem Jahr 2004 tätig. Dabei ist klar erkennbar, dass seit Beginn des jüngsten Jahrzehnts die Zahl der Projekte stetig ansteigt. Die neueren Projekte sind überwiegend als ambulantes Ethikkomitee oder als Ethikberatungsprojekt für

die ambulante Versorgung konzipiert, während schon länger etablierten Projekte zumeist direkt in der Alten- und Pflegehilfe angesiedelt sind. Alle Ethikberatungsprojekte sind jeweils zur Hälfte an größere Organisationsstrukturen angebunden oder selbstständig über einen Verein organisiert.

In ersterem Fall sind die Ethikprojekte entweder Teil einer größeren Organisationsstruktur, beispielsweise in Form eines zentralen Gremiums aus Mitarbeitern der Organisation, von dem eine Beratung durch alle Untereinheiten (zum Beispiel einzelne Pflegeeinrichtungen) erbeten werden kann, oder sie sind eine eigenständige Untereinheit einer Organisationsstruktur, beispielsweise in Form eines Ethikkomitees eines Netzwerkes, welches teilweise oder vollständig aus Personen besteht, die beruflich außerhalb der Organisation verortet sind.

Wenn die Ethikprojekte sich in Form eines Vereins organisiert haben, ist dieser häufig an eine Landes- oder Bezirksärztekammer angebunden. Ein Projekt geht von einem Lehrstuhl einer Universität aus und ist dort organisatorisch verankert. Auffallend ist, dass die Hälfte aller Projekte direkt oder als Verein an eine Palliativversorgungsstruktur angebunden ist.

Die Finanzierung des Projektes erfolgt in den meisten Fällen durch die Organisation, an der es verortet ist, oder über Spenden. Zu je einem Drittel wird die Beratungstätigkeit über

- a) die Organisation finanziert an die die Ethikberatung angebunden ist (entweder im Rahmen einer Diensttätigkeit als Mitarbeiter der Organisation oder über eigene Spendengelder), oder
- b) die Berater erhalten eine Aufwandsentschädigung über die Ärztekammern bzw. stellen den Anfragenden diese in Rechnung, oder
- c) die Beratungen erfolgen ehrenamtlich (siehe Tabelle 2 am Ende des Artikels).

### Umfrageergebnisse: – Schulung

Der größte Anteil der Ethikberater sind speziell als Moderatoren für ethische Fallbesprechungen geschult (13 Projekte) oder haben grundlegende medizinethische Kenntnisse im Rahmen einer Palliativ Care Ausbildung erhalten. In neun Pro-

jekten sind die Ethikberater nach den Empfehlungen der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) ausgebildet und überwiegend auch zertifiziert.

### Umfrageergebnisse: – Beratungstätigkeit

Alle Projekte bieten prospektive Fallbesprechungen an, ein großer Teil auch retrospektive. Die Ethikprojekte berichten über vier bis zwölf prospektive Fallbesprechungen pro Jahr. Der häufigste Anlass für Fallbesprechungen sind Fragen der Therapiebegrenzung, wobei es sich überwiegend um Fragen zur Einstellung der künstlichen Ernährung und der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen handelt. Ermittlung des Patientenwillens, Umgang mit Vorsorgedokumenten, Therapiezielfindung, Advance Care Planning (vorausschauende Therapiezielfestlegung) und die Frage der Zulässigkeit von Zwangs- bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen sind ebenfalls häufigere Themen. Ebenso geben der Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege oder Konflikte im Behandlungsteam Anlass zu einer Beratung. Nur in Einzelfällen geht es um Probleme im Bereich von Sexualität, Fragen nach dem Umgang mit Gewalt oder dem Wunsch nach assistiertem Suizid. Eine Übersicht zeigt Tabelle 3.

Fortbildungen zu organisieren oder Leitlinien zu erstellen, geben weniger als ein Drittel der Projektgruppen als ihre Aufgabenstellung an. Beispiele für bisher erstellte Leitlinien oder Empfehlungen sind in Tabelle 4 aufgeführt. Nur in einem Fall berät das Ethikberatungsprojekt auch die Geschäftsführung in organisationsethischen Fragen.

### Umfrageergebnisse: – Schwierigkeiten

Die ambulanten Ethikprojekte geben eine Reihe von Schwierigkeiten und Problemen an, mit denen sie konfrontiert sind. Diese lassen sich grundsätzlich in mehr intern oder extern gelagerte Probleme unterteilen. Einen Überblick gibt Tabelle 5.

Im Vordergrund bei den internen Schwierigkeiten steht der erhebliche Aufwand,

Tab. 3: Themen der Ethikberatung	
<b>Therapiebegrenzung:</b>	
• Beendigung künstliche Ernährung	9
• Behandlungsabbruch/Therapiebegrenzung	4
• Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen	4
• Palliative Sedierung	1
<b>Ermittlung des Patientenwillens:</b>	
• Ermittlung des Patientenwillens	4
• Umgang mit Vorsorgeinstrumenten	2
<b>Therapiezielfindung:</b>	
• Indikationsberatung	2
• Ermittlung Therapieziele	3
• Krankenhauseinweisung	3
<b>Advance Care Planning</b>	3(5)
<b>Konflikte im Versorgungsteam:</b>	3
<b>Zwangsmaßnahmen/freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	3
<b>Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege</b>	2
<b>Probleme im Bereich von Sexualität:</b>	2
<b>Frage nach Beihilfe zum Suizid</b>	1
<b>Umgang mit Gewalt</b>	1
<b>Geburtshilfe</b>	1

Tab. 3: Themen der Ethikberatung. In der rechten Spalte ist angegeben, wie viele Ethikberatungsprojekteangaben, mit diesen Themen (regelmäßig) konfrontiert worden zu sein.

Tab. 4: Leitlinien/Stellungnahmen oder Handreichungen, die von ambulanten Ethikberatungsprojekten für ihren Zuständigkeitsbereich erstellt wurden
Beihilfe zum Suizid
Lohngerechtigkeit
PID
Sterben in Würde
Autonomie stärken
Ausschreibungspraxis Bildungsmaßnahmen für lernbehinderte Jugendliche

der mit einer Ethikberatung verbunden ist, in Kombination mit den häufig fehlenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen. Einerseits müssen in der ehrenamtlichen Situation ausreichend Ethikberater ausgebildet werden, die dann neben ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit noch ausreichend Zeit aufbringen können.

Andererseits wird berichtet, dass Geschäftsführungen Vorbehalte haben,

Mitarbeiter für die vorgesehene Zeit oder auch für Fortbildungen freizustellen. Hinsichtlich der hohen logistischen Anforderungen und des Organisationsaufwands einer Ethikberatung ist zudem auf zwei konkrete Schwierigkeiten hingewiesen worden: Die Einbindung von Hausärztinnen/Hausärzten in die Besprechung und die Schwierigkeiten Befunde und Diagnosen im ambulanten

**Tab. 5: Probleme der ambulanten Ethikberatung**

Intern	Extern
Hoher Organisationsaufwand/ Logistik: Insbesondere Einbindung des Hausarztes und Befunde sowie Diagnosen im ambulanten Setting zusammen zu bekommen	Hemmschwelle und Skepsis gegenüber der Anwendung des Instrumentes ethische Fallbesprechung, einschließlich der Weigerung von Gesundheitspersonal und/oder Leitung von Seniorenheimen an einer Fallbesprechung teilzunehmen
Hoher Bedarf zeitlicher und fachlicher Ressourcen	Beschränkung auf einzelne Berufsgruppen als implizite Vor-Annahme
Identifizierung von ethischen Konflikten	Entbindung von der Schweigepflicht
Differenzierung zu anderen interdisziplinären Fallbesprechungen	Hoher Organisationsaufwand / Logistik: Insbesondere Einbindung HA und Befunde und Diagnosen im ambulanten Setting zusammen zu bekommen
Fluktuation der Moderatoren	Kontextfaktoren, in denen Ethikberatung stattfindet: Unsicherheit über juristische Relevanz und Auswirkungen der Beratungstätigkeit. Fehlende Sprachfähigkeit und fehlendes Vorverständnis.
Keine Vergütung	Schwierigkeiten das Angebot ausreichend bekannt zu machen
Praxisrelevanz ethischer Themenfelder wird zu wenig sichtbar	Praxisrelevanz ethischer Themenfelder wird zu wenig sichtbar

voll erlebt und als zeitweise schwierig beschrieben. Als formales und administratives Problem wurde im ambulanten Setting die Entbindung von der Schweigepflicht genannt.

Skepsis und Schwellenängste gegenüber dem Instrument ethische Fallbesprechung werden bei denen als extern einzuordnenden Problemen beobachtet. Es wird, in einem Einzelfall, über die Weigerung von Gesundheitspersonal und der Leitung von Seniorenheimen an einer Fallbesprechung teilzunehmen, berichtet. Im Sinne einer Hemmschwelle ist auch die Sorge vor einem Kontrollverlust beteiligter Personen oder Gremien angegeben. Problematisch ist auch die nicht zutreffende, implizite Vor-Annahme im Aktionsbereich der Ethikberatung, dass Ethikberatung auf einzelne Berufsgruppen beschränkt sei, beispielsweise, dass nur Ärzte um eine Ethikberatung bitten dürften.

Fehlende Sprachfähigkeit und fehlendes ethisches Vorverständnis können die Beratungen ebenfalls erschweren. Zudem wird angeführt, dass oft die Praxisrelevanz ethischer Themenfelder zu wenig sichtbar wird, insbesondere dann, wenn schnelle Lösungen benötigt werden. Die Frage nach der juristischen Relevanz von Ethikberatungen wird zudem als problematisch empfunden.

**Tab. 6: Positive Effekte von Ethikberatung (Auswahl)**

Entlastung für alle Beteiligten einer konfliktbehafteten Situation
Sensibilisierung der MA gegenüber ethischen Fragestellungen
Positive Veränderungen der Kommunikationsstrukturen
„Blick über den Tellerrand“ gewinnbringend
Entwicklung hin zu lösungsorientierten Strategien
Beteiligte erhalten in komplexen Lebenslagen angemessen Aufmerksamkeit
Ethikberatung schafft „Klarheit“
Tabelle 6: Auswahl berichteter positiver Effekte der ambulanten Ethikberatung

Setting zeitnah und vollständig zusammen zu tragen.

Als problematisch wird auch die bisher fehlende oder ungesicherte Vergütung von einigen (ehrenamtlich arbeitenden) Projekten angegeben, was auch die in ei-

nem Projekt beobachtete Fluktuation der Moderatoren möglicherweise begünstigt. Inhaltlich wird die Identifizierung des ethischen Problems und die Differenzierung gegenüber anderen interdisziplinären Fallbesprechungen als anspruchs-

## Umfrageergebnisse: – Positive Effekte/Entwicklungen

Alle etablierten Projekte beobachten positive Effekte der ambulanten Ethikberatung (siehe Tabelle 6). Die Beratungsangebote wurden überwiegend gut angenommen. In der großen Mehrzahl wird darüber berichtet, dass die Projekte viel bewegt hätten, insbesondere sei es zu einer Sensibilisierung gegenüber ethischen Fragestellungen, positiven Veränderungen der Kommunikationsstrukturen und zu einer Entwicklung hin zu lösungsorientierten Strategien gekommen. Der „Blick über den Tellerrand“ erweise sich immer wieder für alle Beteiligten als gewinnbringend und die Ethikberatung schaffe „Klarheit“ in schwierigen Situationen. Insgesamt würde die Ethikberatung oftmals von allen Beteiligten als sehr entlastend erlebt. Insbesondere Mitarbeiter empfin-

den die Beratung als hilfreich. Angehörige und Betreuer schätzen das Angebot einer Ethikberatung, weil die Betroffenen für ihre individuellen Fragestellungen in komplexen Lebenslagen viel Aufmerksamkeit bekommen. Von vielen Pflegeeinrichtungen bestünde großes Interesse an der Etablierung von Ethikberatungsprojekten in ihrem Einzugsbereich. „So etwas ist dringend nötig“, sei eine häufige Resonanz, berichten verschiedene Ethikprojekte. Ethikberatung würde mehr und mehr als Qualitätsindikator von Einrichtungen verstanden, der auch bei der Gewinnung neuer MA eine Rolle spiele.

### Fazit/Diskussion:

Nachdem klinische Ethikberatung in den beiden vergangenen Jahrzehnten zu einem Bestandteil klinischer Patientenversorgung geworden ist, wurde deren Notwendigkeit auch im ambulanten Bereich erkannt, und es ist seit fünf Jahren entsprechend zu einem Zuwachs ambulanter Ethikprojekte in Deutschland gekommen. Ambulante Ethikberatung war, insbesondere in ihren Anfängen, sehr eng an palliativmedizinische Strukturen verhaftet. Zwar gibt es jetzt zunehmend mehr Projekte, die organisatorisch an Ärztekammern oder -vereine verortet sind, dennoch scheint die Nähe zur Palliativmedizin durch einen Schwerpunkt der dort angesiedelten ethischen Fragestellungen vorgegeben.

Diese thematische Konzentration wird dem Grundanliegen der Ethikberatung insgesamt jedoch nicht gerecht, da die Themen einer Ethikberatung in der ambulanten Situation ebenfalls sehr vielfältig sein können und keineswegs auf Fragestellungen am Lebensende begrenzt sind (siehe Tabelle 3). Vielmehr scheint es wichtig, diesem Vorurteil aktiv entgegenzuwirken, um das wertvolle Instrument der Ethikberatung nicht auf einen engen thematischen Bereich zu begrenzen.

Ambulante Ethikberatung kann vielfältig sein, je nachdem für welches Umfeld sie konzipiert ist. Daher muss ihre Organisationsstruktur anpassungsfähig sein und bleiben. Dennoch sind die gänzlich

fehlenden Strukturvorgaben hinsichtlich der organisatorischen bzw. logistischen Ausgestaltung von ambulanter Ethikberatung problematisch. Einerseits muss Ethikberatung in seiner Organisationsstruktur flexibel sein und sich den Kontextfaktoren anpassen, in denen sie erfolgt.

Andererseits wären klare und übergreifende Strukturvorgaben sowohl für die Etablierung, als auch für die Außendarstellung und -wirkung hilfreich. Die Akademie für Ethik in der Medizin hat in einem Positionspapier Standards von klinischer Ethikberatung eingefordert [5], jedoch fehlt bisher eine solche Stellungnahme für Ethikberatungen in der ambulanten Situation. Weder für das eigentliche Verfahren noch für die Ausbildung in der ambulanten Ethikberatungssituation gibt es bisher Empfehlungen. In der Ausbildung kommt gerade der praktische Anteil noch zu kurz, auch weil „Hospitalationen“ allein schon logistisch eine große Herausforderung darstellen. Gerade aber weil ambulante Ethikberatung nicht in einem geschlossenen System agiert und sich daher die Frage der Legitimation stellt, wäre eine standardisierte Ausbildung wünschenswert.

Einige Ethikprojekte konnten berichten, dass es sich bei der ihnen entgegen gebrachten Skepsis und auch bei den wahrgenommenen Hemmschwellen, um vorübergehende Erscheinungen handelte, die sich bei längerem Bestehen des Projektes auflösten. Dennoch handelt es sich um ein relativ neues Instrument in der ambulanten Versorgung, dessen Bekanntheitsgrad gering ist und das besonders durch seine Anwendung noch wachsen muss.

Bisher scheint schwierig, dass das Konzept Ethikberatung in der ambulanten Situation Eingang in (lang) etablierte Strukturen findet, beispielsweise als Unterstützung oder zusätzliche Option zu den üblichen Lösungsansätzen in konflikthaften Situationen. Da die Resonanz dort, wo ambulante Ethikberatung stattfindet, außerordentlich gut ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Implementierungsschwierigkeiten aufgrund von Skepsis und Hemmschwellen, vorübergehender Natur sind.

Einer erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung stehen zudem der Organisationsaufwand und die benötigten zeitlichen Ressourcen entgegen, insbesondere wenn Ethikberatung ehrenamtlich und nicht organisationsgebunden verortet ist. Auch hier sollten sich ein zunehmender Bekanntheitsgrad und gemachte Erfahrungen positiv auswirken. Von einem Ethikprojekt kam die Rückmeldung, dass die initiale Befürchtung, es gäbe keine Bereitschaft, beispielsweise von Pflegeheimen, eine Aufwandsentschädigung für eine Beratung zu bezahlen, unbegründet war. Insofern müssen in Zukunft Ethikberatungen in der ambulanten Situation nicht mehr zwingend ehrenamtlich erfolgen.

Die bisherigen Erfahrungen geben berechtigten Anlass, dass Ethikberatung in der ambulanten Situation sinnvoll, wertvoll und von den Beteiligten als hilfreich erfahren wird. Zudem wird die Möglichkeit einer Ethikberatung zunehmend als Qualitätsindikator von Einrichtungen verstanden, der auch bei der Gewinnung neuer MitarbeiterInnen eine Rolle spielt. Ethikberatung ist daher für alle Beteiligten im ambulanten Versorgungssystem wünschenswert und es ist zu hoffen, dass sich den Projekten, die jetzt schon Beratungen anbieten, künftig weitere anschließen und so eine Lücke in der Versorgung von Patienten und deren Zugehörigen geschlossen und ihre Behandler unterstützt werden können. Weitere Veranstaltungen sollen auch in Zukunft den Erfahrungsaustausch im Bereich der ambulanten Ethikberatung fortführen.

**PD Dr. med. Carola Seifart**

Philipps-Universität Marburg,  
Fachbereich Humanmedizin, Dekanat,  
Baldingerstraße, 35043 Marburg  
E-Mail:  
carola.seifart@staff.uni-marburg.de

**Prof. Dr. phil. Alfred Simon**

Akademie für Ethik in der Medizin,  
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

**Dr. theol. Kurt W. Schmidt**

Zentrum für Ethik in der Medizin  
am Agaplesion Markus Krankenhaus,  
Wilhelm-Epstein-Str. 4, 60431 Frankfurt