



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

INSTITUT FÜR ETHIK, GESCHICHTE UND
THEORIE DER MEDIZIN
VORSTAND: PROF. DR. MED. GEORG MARCKMANN, MPH



Online-Workshop: Organisationsethik in der Klinik

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München

Zeit: 20.05.2021, 14.00-18.30 Uhr

Ort: Online-Meeting, Zoom

Anmeldung: Der Workshop ist offen für alle Interessierten. Bitte melden Sie sich mit Angabe Ihres Namens und Ihrer Institution bei Danielle.Kuban@med.uni-muenchen.de an. Sie erhalten im Anschluss die Zugangsdaten zugeschickt.

Organisation: PD. Dr. Oliver Rauprich, Prof. Dr. Georg Marckmann

Krankenhäuser sind komplexe Institutionen, deren organisatorische Ausgestaltung in hohem Maße die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter und die Qualität der Patientenversorgung beeinflusst. Daher stellen sich in Kliniken nicht nur ethische Fragen der Patientenversorgung, sondern auch Fragen der Organisationsverantwortung. Sie richten sich an die Führungskräfte und das Management der Kliniken.

Organisationsethik wird zum Aufgabenbereich von klinischen Ethikkomitees gezählt, scheint jedoch deutlich weniger etabliert zu sein, als Fallbesprechungen, Leitlinien und Fortbildungen in Bezug auf ethische Fragen der Patientenversorgung. Der Workshop soll dem Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu den Möglichkeiten der organisationsethischen Arbeit von klinischen Ethikkomitees und ähnlichen Einrichtungen an Kliniken dienen.

Programm

14.00-14.30	Georg Marckmann , LMU München Begrüßung und Einführung in den Workshop	
	Sektion 1	Sektion 2
14.30-15.00	Petra Renz , Robert Ranisch , et al. Universitätsklinikum Tübingen und Universität Postdam Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“	Gerald Neitzke & Katja Freund Medizinische Hochschule Hannover Das „KEK-Jahresthema“ zur Bearbeitung organisationsethischer Fragen

15.00-15.30	Heinz Naegler Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin Controlling aus organisationsethischer Sicht	Heidi Albisser Schleger Universität Basel Alltagsethische Fragen durch unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen – Vorschlag für institutionelle Strukturen zur pragmatischen individual- und organisationsethischen Reflexion
	Pause	Pause
15.45-16.15	Katharina Woellert Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Mit den Mitteln der Ethik den klinischen Alltag erreichen: Organisationale Durchdringung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	Jürgen Wallner Barmherzige Brüder Österreichs und Universität Wien Einblick in die Forstarbeit: Wie sich ein integriertes Ethikprogramm entwickelt
16.15.-16.45	Stefan Dinges Universität Wien Kann ein KEK verantwortlich sein für die Organisationsethik einer Klinik? Grenzen, Chancen und Aufgaben für Klinische Ethikarbeit	Friedrich Heubel Philipps-Universität Marburg Moralisch Organisieren – Elemente einer systematischen Organisationsethik
16.45-17.00	Reflexion und Zusammenfassung der Sektion	Reflexion und Zusammenfassung der Sektion
	Pause	Pause
17.15-18.30	Georg Marckmann , Jürgen Wallner , Stefan Dinges , Oliver Rauprich Bericht aus den Gruppen und Abschlussdiskussion	

Die Referentinnen und Referenten:

Heidi Albisser Schleger, Dr. phil., MSc, RN ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und freiberuflich tätige Ethik-Dozentin. Sie ist ausgebildete Pflegefachfrau, Klinische Psychologin (MSc) und wurde in Medizin- und Gesundheitsethik promoviert (Dr. phil, Medizinische Fakultät, Universität Basel).

Dr. Stefan Dinges, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Ethikberatung und Patientensicherheit am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien. Studium der Kath. Theologie, Philosophie, Pädagogik und Politikwissenschaften in Mainz und Wien, Abschlüsse: 1989 Dipl.theol. /Mag.theol., 1997 Dr. theol. (Universität Wien); Aus- und Weiterbildungen in Erwachsenenbildung, Sterbe- und Trauerbegleitung, systemischer Organisationsberatung, (klinischer) Ethikberatung in Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsmediation.

Katja Freund, Pflegekraft in der Neurochirurgischen Intensivstation und Geschäftsführerin des Klinischen Ethikkomitees an der Medizinischen Hochschule Hannover, Aus- und Weiterbildungen zur Study Nurse, Koordinatorin in der Organspende (ÄK Nds.), Beraterin für Ethik im Gesundheitswesen (Cekib, Nürnberg) Ethikberaterin (K1, AEM) und Koordinatorin für Ethikberatung (K2, AEM).

Dr. Friedrich Heubel studierte Medizin, wurde 1968 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, arbeitete in zentralen Gremien der Philipps-Universität Marburg und ihres Fachbereichs Medizin, forschte und lehrte in biochemischer Pharmakologie, erhielt ab 1979 Lehraufträge für Ethik, erhielt 1984 ein Forschungsstipendium am ersten medizinethischen Lehrstuhl (Prof. Sporken) in Maastricht, habilitierte sich für Medizinethik, war Vorsitzender der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin und Datenschutzbeauftragter des Uniklinikums Marburg. Er ist Gründungsmitglied der European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Er publiziert zur Medizin als Praxis, als Institution und als Profession aus der Perspektive Kant'scher Moralphilosophie. Er leitet die Arbeitsgruppe Ökonomisierung der Akademie für Ethik in der Medizin.

Prof. Dr. Heinz Naegler studierte Betriebswirtschaftslehre in Frankfurt/M. und Berlin. Er war mehr als 25 Jahren im Krankenhausmanagement tätig, zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes (dieser betreibt im Auftrag der Gemeinde Wien mit etwa 30.000 Mitarbeitern eine Universitätsklinik sowie 9 Krankenhäuser und 10 Pflegeheime). Seit 2001 ist er Honorarprofessor an der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR) Berlin.

Dr. med. Gerald Neitzke ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter der „AG Klinische Ethik“ am Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin sowie Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Robert Ranisch ist Tenure-Track Professor für Medizinische Ethik mit dem Schwerpunkt auf Digitalisierung an der Universität Potsdam. Er war Geschäftsführer des Klinischen Ethik-Komitees am Universitätsklinikum Tübingen und Forschungsgruppenleiter am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen (weitere Informationen: www.ranisch.com)

Petra Renz ist Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin mit einem Master of Science in Palliative Care und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Stabsstelle KV 4 der Pflegedirektion (Pflegeorganisation) des Universitätsklinikums Tübingen mit dem Schwerpunkt Qualitätsentwicklung und Pflegeberatung.

PD Dr. Jürgen Wallner, MBA, HEC-C ist Leiter des Ethikprogramms der Barmherzigen Brüder Österreich und Privatdozent für Rechtsethik an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien; zuvor Leiter Personalmanagement & Organisationsentwicklung im Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien; Ethikberater (K1 AEM), Koordinator für Ethikberatung (K2 AEM), Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (K3 AEM), Healthcare Ethics Consultant-Certified (HEC-C ASBH).

Dr. phil. Katharina Woellert, Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Klinische Ethikerin; Beraterin, Koordinatorin und Trainerin für Ethik im Gesundheitswesen (AEM, K 1-3); Systemische Beraterin, Coach und Supervisorin (DGSF), Historikerin.

Abstracts:

Heidi Albisser Schleger, Dr. phil., MSc, RN

Universität Basel

Alltagsethische Fragen durch unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen – Vorschlag für institutionelle Strukturen zur pragmatischen individual- und organisationsethischen Reflexion

Problemstellung

Die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen (organisatorischer, personeller, materieller) für das ethische Handeln von Gesundheitskräften ist auch in der jüngsten Literatur aus verschiedenen Perspektiven theoretisch aufgearbeitet worden.

Zur Reflexion unzureichender Rahmenbedingungen ist ein primär organisationsethischer Zugang angezeigt. Ungeachtet dessen werden ethische Problemlagen häufig verkürzt, d. h. mit Blick auf physische und psychische Bedingungen einer Patientensituation, identifiziert und aus individualethischer Perspektive reflektiert sowie i. d. R. von den Gesundheitsfachkräften der Basis verantwortet. Strukturelle Rahmenbedingungen der Patientenversorgung, die ethische Mindestanforderungen im Einzelfall verletzen, bergen somit ein Risiko, dass sie nicht oder als veränderungsresistent wahrgenommen werden und, weil sie nicht adressiert sind, perseverieren. Dies hat negative Konsequenzen für die Versorgungsqualität, das Mitarbeiterengagement in kritischen Situationen und die Reputation der Gesundheitsinstitution.

Eine Dreiteilung der Entstehungsbedingungen ethischer Probleme in Mikroebene (Versorgungsebene), Mesoebene (institutionelle Ebene) und Makroebene (gesundheitsspolitische Ebene) erlaubt es, strukturelle Problemlagen, die ethische Mindestanforderungen im Einzelfall verletzen, zu akzentuieren. Mit Blick auf diese Unterteilung wird deutlich, dass die ethisch angemessene Versorgung im Einzelfall eine geteilte moralische Verantwortung der Gesundheitsfachkräfte an der Basis, der Führungskräfte und des (strategischen) Managements voraussetzt, was auf die Notwendigkeit eines flexibel einsetzbaren, pragmatischen individualethischen-organisationsethischen Reflexionsrahmens hinweist.

Hinzu kommt, dass zwar der Erwerb von theoretischer und praktischer Ethikkompetenz in letzten beiden Dekaden in der sekundären und tertiären Grund- und Weiterbildung der Gesundheitskräfte fortschreitend etabliert worden ist. Der Zuwachs an Ethikkompetenz der Mitarbeitenden hat sich jedoch kaum in den ethischen Strukturen der Gesundheitsinstitutionen niedergeschlagen: Autonomes, ethisch selbstwirksames professionelles Handeln – gerade bei strukturell bedingten Problemlagen im Einzelfall – ist noch nicht selbstverständlich.

Problemlösung

Der Vorschlag zur Problemlösung, die sogenannte integrierte Ethikstruktur, enthält erste Antworten auf die Fragen, wie sich ethische Probleme der Alltagspraxis nicht nur individualethisch, sondern auch organisationsethisches selbstverständlicher reflektieren lassen und Mitarbeitende ihr Ethikpotential im Berufsalltag zwar selbstorganisiert einbringen können, jedoch zugleich der Zugang zur professionellen Ethikberatung gewahrt bleibt.

Die praktische Umsetzung der beiden Fragen wird am Beispiel des ethischen Entscheidungsinstrumentariums METAP (Akronym für Modular, Ethik, Therapie, Allokation und Prozess) diskutiert. METAP bietet neben einem niederschweligen Zugang auf Ethikexpertise, ein auf die Mitarbeitenden zugeschnittenes ethisches Unterstützungsangebot, welches die selbstorganisierte ethische Reflexion des professionellen Handelns ermöglichen soll. Dazu vorgeschlagene institutionelle Maßnahmen basieren auf Erfahrungen bei der Implementierung von METAP I (Klinik) und II (Langzeitbereich stationär und ambulant) und auf externer Evidenz aus der Implementierungsforschung.

Die dynamische Bottom-up–Top-Down Kooperation der Ethikinstanzen auf der Mikroebene (Ethik-Facilitators auf Station) und Mesoebene (Ethikkomitee) wird als Voraussetzung erachtet, dass sich alltagsethische Fragen unabhängig ihrer Entstehungsbedingungen als Teil der beruflichen Tätigkeiten weitgehend selbstorganisiert ethisch reflektieren lassen.

Stefan Dinges

Universität Wien

Kann ein KEK verantwortlich sein für die Organisationsethik einer Klinik? Grenzen, Chancen und Aufgaben für Klinische Ethikarbeit

N/A

Friedrich Heubel

Philipps-Universität Marburg

Moralisch Organisieren – Elemente einer systematischen Organisationsethik

Die Formulierung “Moralisch Organisieren“ drückt aus, dass das Organisieren a) als Handeln und b) als Handlungsergebnis, nämlich als handlungssteuernde Organisation, nach moralischen Kriterien zu beurteilen ist. Wie jedes Handeln, einschließlich des organisierenden und des durch Organisation gesteuerten, rechtlich zu beurteilen ist, so auch moralisch. Dabei sind weder der Gesetzgeber noch die Moral „Anspruchsgruppen“ im Sinne des Stakeholder-Ansatzes, sondern Vorgaben, vor denen sich Ansprüche rechtfertigen müssen. Aus dieser Perspektive ergeben sich einige Elemente einer systematischen Organisationsethik:

- Verdeutlichende Unterscheidung zwischen biologischem Organismus und sozialer Organisation: „als-ob“-Organisationszweck versus bewusst gesetzter Zweck, virtueller versus realer Organisator, biologisches Organ versus verantwortliche Person.
- Organisatorische Mittel (Organisationspragmatik): Positive und negative Handlungsanreize setzen (Lob, Auszeichnung, Prämien versus Tadel, organisationsöffentliche Missbilligung, rechtliche

Sanktionierung), Zuständigkeiten abgrenzen, Vorgaben kontrollieren, Identifizierung ermöglichen (corporate identity), Rücksichtnahme auf die Organisierten in moralischer Hinsicht (s.u.).

- Organisationszwecke: Private, öffentliche, moralisch ausgezeichnete Zwecke, Organisation als Selbstzweck, Formalziel und Sachziel der Unternehmung.
- Abgestufte Verfügungsmacht der Organisatoren: Staat, Institutionen, "Selbstverwaltung", Unternehmen, individuelle Akteure.
- Rücksichtnahme auf die Organisierten als moralische Subjekte: Gerechtigkeit innerhalb der Organisation, Verpflichtungen der Organisierten außerhalb der Organisation, moralisch problematische Organisationszwecke, Glaubwürdigkeit der Repräsentanten und der Bemühungen um corporate identity.
- Organisatorische Sonderstellung der Professionsberufe (Geistlicher, Richter, Lehrer, Arzt).
- Organisationsethisch extrem problematische Konstellation: Als Organisierter unter der Forderung zu stehen, selbst gegen professionsspezifische Pflichten zu handeln und darüber hinaus als Organisator das Handeln Anderer gegen ihre professionsspezifischen Pflichten durchzusetzen (z.B. als Chefarzt).
- Gebote und Verbote: Was von welchem Organisator und von welchem Organisierten zu tun und was zu unterlassen ist, und welche Verbindlichkeit es hat (erwartbar, verlangbar oder erzwingbar).

Heinz Naegler

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Controlling aus organisationsethischer Sicht

Die Arbeit der Controller wird von vielen Ärzten als Bedrohung bzw. als unerlaubte Einmischung in ihr Entscheiden und Handeln und als Einschränkung ihrer Entscheidungsspielräume empfunden – unter anderem wegen des Durchführens von Rationalisierungsmaßnahmen, die von den Ärzten – weil vielfach unzureichend kommuniziert – als wenig erfolgversprechend angesehen werden, oder wegen impliziter, indirekter Rationierung. Die Praxis des betriebswirtschaftlichen Controllings ist nicht selten begleitet von der Angst um Machtverlust der für das wirtschaftliche Ergebnis der medizinischen Abteilungen verantwortlichen Leitenden Ärzte. Deren Bereitschaft zu einer konstruktiven und zielgerichteten Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Controlling-Abteilung ist gestört; das Ergebnis der Controller-Tätigkeit ist deshalb eher kontraproduktiv.

Das Controlling sollte dem Geschäftsführer und den Leitenden Ärzten helfen, unternehmerische und patientenbezogene Entscheidungen zu fällen, die vorrangig die Bedürfnisse der Patienten im Blick haben, medizinethisch vertretbar sind und die Knappheit der dem Krankenhaus für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigen. Diese Hilfe besteht in der Versorgung der Entscheider mit entscheidungsrelevanten Informationen, in der Vorbereitung der Entscheidungen und deren Umsetzung sowie in der Unterstützung bei der Korrektur eventuell aufgetretener Fehlentwicklungen.

Diese Hilfe allerdings muss von dem Geschäftsführer und den Leitenden Ärzten gewollt und angenommen werden. Das Krankenhaus bedarf eines Controlling-Konzepts, das von den Leitenden Ärzten nicht als Einmischung in ihre Angelegenheiten, als Bedrohung oder als Einschränkung ihrer Befugnisse, als

Machtverlust wahrgenommen wird. Es bedarf vielmehr eines Controlling-Konzepts, das eine auf gegenseitigem Vertrauen und auf gegenseitiger Wertschätzung gegründete Zusammenarbeit zwischen dem Geschäftsführer und den Leitenden Ärzten auf der einen Seite und den Mitarbeitern der Controlling-Abteilung auf der anderen fördert – eine Zusammenarbeit, die von den Leitenden Ärzten als eine Entscheidungs- und Steuerungshilfe angenommen wird.

Das Controlling-Konzept ist deshalb das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung, an der der Geschäftsführer, der für das Controlling Verantwortliche und die Leitenden Ärzten des Krankenhauses beteiligt werden. Diese Veranstaltung gibt den Beteiligten Gelegenheit, ihre unterschiedlichen, zum Teil konkurrierenden Interessen an der Steuerung des Krankenhauses offenzulegen, sodass diese angemessen bei der Formulierung des Controlling-Konzepts berücksichtigt werden können.

Gerald Neitzke & Katja Freund

Medizinische Hochschule Hannover

Das „KEK-Jahresthema“ zur Bearbeitung organisationsethischer Fragen

Das Klinische Ethik-Komitee der MHH (KEK) wird in der Regel antragsbezogen tätig. Dies gilt vor allem für Ethik-Fallberatungen, aber auch für Ethik-Fortbildungen und die Erarbeitung von Ethik-Leitlinien. Über diese von Mitarbeitenden und Patient*innen/Angehörigen aufgeworfenen Fragestellungen hinaus werden im KEK aber auch fallunabhängige organisationsethische Herausforderungen deutlich. Um diese angemessen adressieren und bearbeiten zu können, wählen die KEK-Mitglieder jedes Jahr ein „KEK-Jahresthema“. Es werden vier Beispiele der jüngeren Vergangenheit kurz dargestellt und deren Bedeutung für die Ethik auf Organisationsebene erläutert.

a) Ausarbeitung und Etablierung einer Dokumentation zur Therapiebegrenzung: Der Dokumentationsbogen Therapiebegrenzung (DT) soll eine getroffene Entscheidung zur Therapiebegrenzung verbindlich, differenziert und transparent dokumentieren. Dadurch soll Entscheidungsunsicherheit etwa im Nachtdienst oder am Wochenende verhindert und eine vom Patienten nicht gewollte oder medizinisch nicht zielführende Übertherapie verhindert werden. In einem ersten evaluativen Schritt wurden die Defizite der bisher vorgenommenen Dokumentationsformen analysiert. Dann wurden die für die Entscheidungssicherheit erforderlichen Informationen identifiziert und daraus der DT entwickelt: Welche Maßnahmen sind konkret von der Begrenzung erfasst? Wodurch wird die Therapiebegrenzung begründet? Wer ordnet die Begrenzung an und ist über den Schritt informiert? Der DT wurde allen Stationen angeboten und gleichzeitig eine Fortbildung durch das KEK angeboten, um mit den Stationsteams die organisationsethischen Fragen im Zusammenhang mit einer Therapiebegrenzung zu erfassen und zu bearbeiten. Die Einarbeitung des DT in die elektronischen Patientendatenmanagementsysteme stellt den nächsten Entwicklungsschritt für die Organisation dar.

b) Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose: Die Versorgung von Menschen mit Demenz im Rahmen einer somatischen Erkrankung (z.B. chirurgisch, internistisch) stellt eine große medizinische, pflegerische und ethische Herausforderung für die Organisation dar, um den Bedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Im Rahmen dieses Jahresthemas wurde durch Interviews mit den Stationsleitungen Art und Ausmaß der Herausforderung ermittelt: dazu zählen Verwirrtheit, Widerstand, Sturzgefahr, Weg- oder Hinlauftendenzen. Die Ergebnisse wurden der Klinikkonferenz zur Verfügung

gestellt, damit dieses Gremium organisationsethische Verantwortung für die vulnerable Patientengruppe übernimmt.

c) Beratungsanfragen durch Pflegende fördern: Die Zahl der Beratungsanfragen durch Pflegende war rückläufig. Das KEK wollte diese Entwicklung verstehen und mögliche Hindernisse für Pflegende ausräumen. Der niederschwellige und gleichberechtigte Zugang zur Ethikberatung für alle Mitarbeitenden ist ein Desiderat für eine ethische Kultur im Krankenhaus. Es wurden Gespräche mit den Leitungsebenen der Pflege geführt. In Kurzfortbildungen wurde auf das Beratungsangebot des KEK hingewiesen. Dabei wurde betont, dass Pflegenden auch dann eine Ethikberatung initiieren dürfen, wenn das ärztliche Team keinen Bedarf sieht. Der moralische Stress von Pflegenden soll so reduziert und dem dramatischen Mangel an Pflegepersonal entgegengewirkt werden.

d) Therapieeinstellung auf der Intensivstation: Es wurde beobachtet, dass im Rahmen von Therapiezieländerungen und anschließender Therapiebegrenzungen auf den zehn Intensivstationen der MHH sehr unterschiedlich verfahren wird. Dies sorgt für Unsicherheiten in den betroffenen Teams. Insbesondere die Beendigung der Beatmung, die Medikation zur Symptomkontrolle/Sedierung und die Gabe von Flüssigkeit bei Sterbenden führte zu unterschiedlichen Einschätzungen zwischen und in den Teams. Aktuell werden leitende Ärzt*innen Pflegende aller Intensivstationen anhand eines Leitfadens zur Praxis der Therapieeinstellung befragt. Ziel ist die Erarbeitung einer Empfehlung zur Therapiebegrenzung für die gesamte Universitätsklinik.

Petra Renz, Robert Ranisch, Annette Riedel, Friedemann Bresch, Hiltrud Mayer, Klaus-Dieter Pape, Gerda Weise

Universitätsklinikum Tübingen

Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“

Ethik-Komitees gehören zum festen Bestandteil des Ethikmanagements und der Organisationsethik in klinischen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Entsprechende Ethikstrukturen und die damit verbundenen Angebote stoßen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit allerdings an ihre Grenzen. Denn ihre Arbeitsweisen sind häufig reaktiv und eine Verankerung in den entsprechenden Organisationsebenen fehlt. Ausgehend von diesen Limitationen der klinischen Ethikberatung hat sich die multiprofessionelle „Arbeitsgruppe Ethik“ am Universitätsklinikum Tübingen (UKT) um die Konzeption und Implementierung eines neuen Ansatzes zur nachhaltigen Integration von ethischen Reflexions- und Entscheidungsprozessen auf den Stationen des UKT bemüht. Mit dem Tübinger Modell des Ethikbeauftragten auf Station verfolgt sie ein Pilotprojekt, das speziell geschulte Pflegekräfte aus allen Stationen des UKT als AnsprechpartnerInnen für ethische Fragen einsetzt. Damit stellen die Ethikbeauftragten eine Erweiterung zu etablierten Strukturen der Ethikberatung dar und ergänzen vorhandene Top-Down-Strategien. Der Beitrag stellt die Zielsetzungen des Tübinger Modells dar und schildert erste Erfahrungen in der Umsetzung. Neben der Einbettung in organisationale Strukturen der Ethikberatung werden die stationsinternen und stationsübergreifenden Aufgaben der Ethikbeauftragten dargestellt. Zudem wird das Qualifikationsprogramm für Ethikbeauftragte (Basis- und Aufbauschulung) sowie ein Train-the-Trainer-Konzept vorgestellt, welches eine vertiefende Vermittlung von pflege- und medizinethischer Kompetenz auf Station erlaubt.

Jürgen Wallner

Barmherzige Brüder Österreich und Universität Wien

Einblick in die Forstarbeit: Wie sich ein integriertes Ethikprogramm entwickelt

Hintergrund. Das Ringen um ein adäquates Verständnis von Organisationsethik durchzieht die akademische und praktische Arbeit der Ethik im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte. Ein Kanon organisationsethischer Paradigmen und Methoden fehlt noch mehr als in der klinischen Ethik. Dabei hätte es die Organisationsethik gar nicht so schwer, wenn sie sich Erkenntnisse der Organisationsentwicklung zu Eigen machen würde.

Fragestellung. Welche Ansatzpunkte helfen, um im Krankenhaus organisationsethisch effektiv arbeiten zu können?

Methode. Theoriegeleitete Reflexion einer mehrjährigen Praxis zur Entwicklung eines integrierten Ethikprogramms in einer Gesundheitsorganisation.

Inhalte. (1.) Grundlagen: (1.1) Institutionenethik, (1.2) Systemische Organisationslehre, (1.3) Integriertes Ethikprogramm; (2.) Entwicklungsinstanzen: (2.1) Programm, (2.2) Personen, (2.3) Strukturen, (2.4.) Kulturen; (3.) Narrative: (3.1) „Im Maschinenraum der Macht“, (3.2) „Vom Sämann“.

Schlussfolgerungen. Ethik im Gesundheitswesen ohne Organisationsethik bleibt Stückwerk. Organisationsethik wirkt umso besser, je mehr sie an die Eigenlogik der Gesundheitsorganisation anschlussfähig ist. Professionelle Organisationsentwicklung kann dies fördern. Institutionen zu gestalten ist ein langfristiger Entwicklungsprozess mit ungewissem Ausgang.

Katharina Woellert

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Mit den Mitteln der Ethik den klinischen Alltag erreichen: Organisationale Durchdringung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Die Klinische Ethik steht vor einer zentralen Herausforderung, die sich mit folgenden Fragen umschreiben lässt: Wie gelingt der Sprung vom Elfenbeinturm der Theorie auf den Boden der Praxis [1]? Wie kann mit den Mitteln der Klinischen Ethik „Alltagsethik“ gefördert werden [2]? Wie kommt die Ethik an das Patientenbett [3] und wie gelingt Ethiktransfer im Krankenhaus [4]? Diese Fragen werden seit einiger Zeit unter dem Oberbegriff Organisationsethik diskutiert [5, 6, 7, 8]. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass die Förderung einer Kultur des Aushandelns ethischer Kontroversen auf der Ebene der

Organisation ansetzen muss und dass dafür ein tieferes Verständnis organisationaler Dynamiken notwendig ist [9].

Für die Idee, Ethikreflexion in die Regelprozesse des Krankenhausalltages zu integrieren, prägten Dauwese et al. den Begriff implizite Ethik [10]. Damit verbindet sich die Vorstellung von einer spezifischen Kultur, auf deren Grundlage Entscheidungen miteinander ausgehandelt und ein bewusster Umgang mit ethischen Herausforderungen in der Regelkommunikation gepflegt wird. Demgegenüber stehen Formate expliziter Ethik, womit formalisierte Strukturen bezeichnet sind, wie Fallberatung, Fortbildungen, etc. Ethikarbeit sollte auf die Förderung der impliziten Anteile hinwirken. Das bedeutet im Kern: Alle Interventionen der Klinischen Ethik besitzen keinen Selbstzweck. Sie dienen stattdessen dem übergeordneten Ziel, Ethikreflexion in den Regelprozessen zu intensivieren.

Aber: Der Transfer formaler Vorgaben in die gelebte Praxis geschieht nicht automatisch, sondern bedarf einer gezielten Gestaltung. Mehr noch: Wenn die ungeschriebenen Regeln und die Kultur einer Einrichtung einem gelingenden Austausch über ethische Fragestellungen entgegenstehen, bleiben alle Bemühungen der Klinischen Ethik weitestgehend wirkungslos [11]. Ethikarbeit darf daher kein singuläres Projekt sein. Zielführender ist es, wenn die Klinische Ethik im Sinne eines normativen Managements zum konzeptionellen Bestandteil der strategischen Ausrichtung des Klinikums wird, bis hin zur Integration ethischer Themen in zentrale Entscheidungsprozesse des Krankenhausmanagements [12, 13]. Hinter diesem Ansatz steht ein systemisches Organisationsverständnis [5, 9, 14, 15]. Dies sollte bei der Gestaltung der Klinischen Ethik berücksichtigt werden.

In diesem Vortrag wird der Begriff Organisationsethik auf der Basis dieser Grundannahmen thematisiert. Als Praxisbeispiels dienen dabei die Strukturen Klinischer Ethik am

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), wo der Frage des Ethiktransfers unter der Bezeichnung organisationale Durchdringung ein eigener Arbeitsbereich gewidmet ist [9]. Ein Schwerpunkt der Darstellung liegt auf der einführenden Vorstellung einzelner Teilprojekte und deren Einordnung in das Gesamtkonzept vor dem Hintergrund eines systemischen Organisationsverständnisses.

Literaturverzeichnis:

[1] Sisk, B. A et al. (2020). The “ought-is” problem: An implementation science framework for translating ethical norms into practice. *The American Journal of Bioethics*, 20(4), 62-70.

[2] Albisser Schleger, H. et al. (2014). Ethik in der klinischen Alltagsroutine: METAP - ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum*, 7(1), 27-36.

[3] Pellegrino, E. D. (1988). Clinical ethics: biomedical ethics at the bedside. *JAMA*, 260(6), 837-839.

[4] Arn, C. / Hug, S. (2009). Ethikstrukturen - Grundprinzipien und Grundtypen von Ethiktransfer. In R. Baumann-Hölzle / C. Arn (Hg.), *Ethiktransfer in Organisationen*. Basel: Schwabe, 31-66.

[5] Schuchter, P. et al. (2020). Organisationsethik. Impulse für die Weiterentwicklung der Ethik im Gesundheitssystem. *Ethik in der Medizin*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00600-3>

[6] Wallner, J. (2015). Organisationsethik - Methodische Grundlagen für Einrichtungen im Gesundheitswesen. In G. Marckmann (Hg.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 233-243.

- [7] Krobath, T. / Heller, A. (Hg.). (2010). Ethik organisieren: Handbuch der Organisationsethik. Freiburg i.B.: Lambertus.
- [8] Dinges, S. (2008). Organisationsethik - Ethikberatung in der Organisation Krankenhaus. In A. Dörries et al. (Hg.), Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 145-166.
- [9] Woellert, K. (2021). Praxisfeld Klinische Ethik. Theorie, Konzepte, Umsetzung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (hg. v. Göke, B. et al.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. (im Druck)
- [10] Dauwerse, L. et al. (2013). Implicit an Explicit Clinical Ethics support in the Netherlands: A Mixed Methods Overview Study. HEC Forum, 26, 95-109.
- [11] Hug, S. (2009). Handeln in Organisationen - zwischen Struktur und Kultur. In R. Baumann-Hölzle / C. Arn (Hg.), Ethiktransfer in Organisationen. Basel: Schwabe, 17-30.
- [12] Wehkamp, K. / Wehkamp, K.-H. (2017). Ethikmanagement im Krankenhaus. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- [13] Hellmann, G. (2015). Ethikmanagement und Ethikführung. In G. Hellmann (Hg.), Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität. Ethikmanagement und Ethikführung in konfessionell geführten Krankenhäusern. Heidelberg medhochzwei, 25-54.
- [14] Grossmann, R. / Lobnig, H. (2013). Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Grundlagen und Interventionskonzepte. In H. Lobnig / R. Grossmann (Hg.), Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1-93.
- [15] König, E. / Volmer, G. (2008). Handbuch Systemische Organisationsberatung. Weinheim/Basel: Beltz.