

Andreas Frewer (Ed.)

Ethical Competencies in Medicine German and Global Perspectives



Andreas Frewer (Ed.)

—

Ethical Competencies in Medicine
German and Global Perspectives

YEARBOOK ETHICS IN CLINICS (YEC)
JAHRBUCH ETHIK IN DER KLINIK (JEK)

VOLUME / BAND 17

2024

Herausgeber

Andreas Frewer, Erlangen (Medizinethik, Medizingeschichte)

Wissenschaftlicher Beirat

Florian Bruns, Dresden (Medizingeschichte, Medizinethik)

Alena M. Buyx, München (Medizinethik, Philosophie)

Tanja Krones, Zürich (Bioethik, Soziologie)

Georg Marckmann, München (Medizinethik, Gesundheitsökonomie)

Martin Mattulat, Göttingen (Neurologie, Medizinethik)

Marianne Rabe, Berlin (Pflege, Medizinethik)

Kurt W. Schmidt, Frankfurt a.M. (Theologie, Medizinethik)

Struktur

I. Schwerpunkt

Originalarbeiten zu Grundlagen und Umsetzung der Ethik in der Klinik

II. Forum

Aufsätze, Essays und Übersichtsbeiträge als Impulse für Forschung
und Praxis

III. Diskussion

Darstellung von Fällen, Argumentationsformen und Diskursprozessen

IV. Rezensionen

Besprechungen von Büchern zur Ethik in der Klinik und Ethikgremien

V. Dokumentation

Berichte, Leitlinien, Gesetzentwürfe, Grundlagentexte

Ethical Competencies in Medicine German and Global Perspectives

Edited by
Andreas Frewer

Königshausen & Neumann

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von

Professur für Ethik in der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Josef und Luise Kraft-Stiftung München
Graduiertenkolleg „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“
World Health Organization (WHO)

Die vorliegende Publikation ist gemäß den Bedingungen der internationalen Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) lizenziert, die die Nutzung, gemeinsame Nutzung, Anpassung, Verbreitung und Vervielfältigung in jedem Medium oder Format erlaubt, solange Sie den:die ursprüngliche:n Autor:in bzw. die ursprünglichen Autor:innen und die Quelle in angemessener Weise anführen, einen Link zur Creative-Commons-Lizenz setzen und etwaige Änderungen angeben.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2025

Verlag Königshausen & Neumann GmbH

Leistenstraße 7 | 97082 Würzburg | info@koenigshausen-neumann.de

Covergestaltung: Dr. Markus Heinlein

Umschlagabbildung: SDI Productions: Medizinisches Team; ID: 1490982229 © istockphoto.com

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: Sowa Sp. z o.o., Piaseczno, Polen
Printed in the EU

ISBN 978-3-8260-9180-3

eISBN 978-3-8260-9181-0

<https://doi.org/10.36202/9783826091810>

www.koenigshausen-neumann.de

www.ebook.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

Inhalt

Editorial

Andreas Frewer

Kompetenzen in Medizin und Ethik. Zur Einführung 9

Competencies in Medicine and Ethics. An Introduction 19

Jan Schildmann

Ethical Competencies in Healthcare. On the Occasion of the Annual Meeting of the Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale)..... 29

I. Schwerpunkt:

Moralische und ethische Kompetenzen in der Medizin 33

Mario Kropf, Martina Schmidhuber

Verständnis für Demenz schaffen: Scientific Literacy als Kompetenz und Wissenschaftskommunikation in der Medizin(ethik)..... 35

Nina Weber

Künstliche Intelligenz in der Psychiatrie – Chance für mehr Kompetenz und weniger Stigma? 57

Laura Geissner

KI-Kompetenz bei assistiertem Suizidwunsch am Lebensende – Fortschrittliche Beratung oder bedenkliche Delegation? 75

Elisabeth Krauel

Zur ethischen Kompetenz des gewissenhaften Forschens. Wie können wir das Risiko von Dual Use Research of Concern (DURC) vermindern? 97

Judith Ellen Bock

Gesundheitskompetenz für das Klimakterium Zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin 117

Inhalt

Editorial

Andreas Frewer

Kompetenzen in Medizin und Ethik. Zur Einführung 9

Competencies in Medicine and Ethics. An Introduction 19

Jan Schildmann

Ethical Competencies in Healthcare. On the Occasion of the Annual Meeting of the Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale)..... 29

I. Schwerpunkt:

Moralische und ethische Kompetenzen in der Medizin 33

Mario Kropf, Martina Schmidhuber

Verständnis für Demenz schaffen: Scientific Literacy als Kompetenz und Wissenschaftskommunikation in der Medizin(ethik)..... 35

Nina Weber

Künstliche Intelligenz in der Psychiatrie – Chance für mehr Kompetenz und weniger Stigma? 57

Laura Geissner

KI-Kompetenz bei assistiertem Suizidwunsch am Lebensende – Fortschrittliche Beratung oder bedenkliche Delegation? 75

Elisabeth Krauel

Zur ethischen Kompetenz des gewissenhaften Forschens. Wie können wir das Risiko von Dual Use Research of Concern (DURC) vermindern? 97

Judith Ellen Bock

Gesundheitskompetenz für das Klimakterium Zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin 117

**II. Forum: Kompetenzorientierte Ethik-Lehre
in gesundheitsbezogenen Studiengängen und Berufen 147**

Katja Kühlmeyer, Tobias Eichinger (Hrsg.)
(für die „AG ethik learning“ der Akademie
für Ethik in der Medizin)

Katja Kühlmeyer, Tobias Eichinger

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen
Berufen und Studiengängen: Eine Einführung in die Sektion 149

Anna Hirsch

Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen
und ihr Beitrag zur Medizinethik 159

Annette Riedel, Claudia Eckstein

Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenz-
entwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums 177

Katja Kühlmeyer, Oliver Rauprich

Interprofessionelles Lernen in der kompetenzorientierten
Ethik-Lehre im Medizinstudium 199

Oliver Rauprich

Prinzipienorientierte Fallbesprechungen in der Lehre
Ein Werkstattbericht 223

Christof Mandry, Eva-Maria Ableidinger

„Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik“:
Förderung praxisorientierter Kompetenzen
durch digitale Lehr-/Lernszenarien 241

III. Discussion: Ethical Competency in Healthcare Around the Globe
Clinical Cases Sparking Debates in Countries and Continents 253

Andreas Frewer, Ehsan Shamsi-Gooshki, Keymanthri Moodley, Andreas Reis
From the Seattle God Committee (USA) and the First Heart Transplant
in Cape Town (South Africa) to Global Clinical Ethics 255

María Bernardita Portales V., Juan Pablo Beca I.
Clinical Ethics in Chile – An Overview
From the US Case of Karen A. Quinlan to Ethics Committees 269

Fatemeh Bahmani, Alireza Parsapour, Ehsan Shamsi-Gooshki
Hospital Ethics Committees and Clinical Ethics
Support Services in Iran 275

Andreas Frewer
Clinical Ethics in Germany
The “Erlangen Baby” Case and its Impact on Institutionalization 281

Dileep G, Roli Mathur
Ethical Considerations around the Reuse of Cardiovascular Catheters –
An Indian Perspective 289

Hanna Hubenko
Obstetric Violence and Disrespectful Treatment in the Context
of the Reproductive Health System with a Focus on Childbirth
The Case of Ukraine 299

Yonghui Ma, Jing-Bao Nie
The Case of “A Devil Doctor” in China. Corruption and Limits
of Medical Supervisory Mechanisms. Impulse for Clinical Ethics 307

Rohit Malpani, Andreas Reis, Ehsan Shamsi-Gooshki, Andreas Frewer
Global Clinical Ethics and Artificial Intelligence
Future Perspectives 313

IV. Rezensionen..... 325

Julia Mikolaj

David Matusiewicz, Jochen A. Werner (Hrsg.) (2021):
Future Skills in Medizin und Gesundheit. Kompetenzen. Stärken. Menschen.
Mit einem Geleitwort von Martin Christian Hirsch
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 327

Annette Riedel

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW):
Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen. Empfehlung. Bern 333

und

Maria Dammayr (2023):
Zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege. Implikationen für die
Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für organisationale Ethikstrukturen/
Arbeitsgruppe WiEGe der Katholischen Privat-Universität Linz 336

Antonia Sahm, Andreas Frewer

Annika Baumeister, Carolin Schwegler, Christiane Woopen (Hrsg.) (2023):
Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt.
Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6
Springer Verlag. Berlin 339

V. Dokumentation 345

Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag 347

Autor:innen mit Adressen 365

Jahrbuch Ethik in der Klinik: Beiträge JEK/YEC 1-17 (2008-2024) 371

Jahrbuch Ethik in der Klinik 2025 – Hinweise für Autor:innen (CfP) 389

Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache – Table of Contents 393

Editorial

Andreas Frewer

Kompetenzen in Medizin und Ethik Zur Einführung

Ein Kind ist geboren! Das Cover-Bild stellt wohl einen der schönsten Momente des Lebens dar – für die Mutter und den Vater, die ganze Familie wie auch für das Team des Krankenhauses, das bei der Geburt hochkompetent mitgewirkt hat. Das glückliche Elternpaar zeigt dem Klinikpersonal hier stolz das Neugeborene. Die Leitung der Gynäkologie und Geburtshilfe, eine Hebamme, das Pflegeteam der Station, eventuell eine Kinderchirurgin und ein Neonatologe, vielleicht auch eine Klinikseelsorgerin und ein Sozialarbeiter – alle haben sich mit allgemeinen menschlichen Fähigkeiten sowie spezifisch-klinischer Kompetenz eingebracht. Sprache, Empathie, Pflege, Medizin, Expertise für verschiedene Fächer, praktische Fertigkeiten von der Entbindungskunst bis zur Bedienung technischer Apparate bei der medizinischen Überwachung von Schwangerer und Leibesfrucht – eine Fülle von Fähigkeiten ist notwendig gewesen, um es zum Erfolg zu bringen. Alle haben daran Anteil. Es ist wunderbar, wenn in einer Klinik, für die häufig ernste Probleme und existenzielle Fragen von Krankheit, Sterben und Tod im Vordergrund stehen, einmal eine Zäsur gemacht und Positives gefeiert wird. Das Spektrum der nötigen und in einer hochspezialisierten Gesellschaft erwarteten Kompetenzen ist außerordentlich breit. Langjährige Ausbildungen und voller Einsatz in einer komplexen Praxis sind die Voraussetzungen für gute Ergebnisse. Auch von den Eltern und allen weiteren Beteiligten wird durchaus viel erwartet, das noch deutlich über die meist sehr anstrengende Geburtsphase hinausgeht. Gesundheitskompetenz – Health literacy¹ – ist eine ganz entscheidende Fähigkeit, damit Mutter und Vater während der Schwangerschaft vernünftig vorgehen, Körper und Seele von Frau und Kind schützen sowie gleichzeitig eine gute Geburtsvorbereitung gewährleisten. Vielleicht waren sie bereits zur „Überwachung“ einige Zeit vorher im Krankenhaus und brauchten Verständnis für den häufig recht komplizierten Klinikalltag sowie auftretende Fragen von Schwangerschaftstests, Pränataldiagnostik und Aufklärung über Geburtsformen wie Kaiserschnitt, Varianten der Begleitung mit Periduralanästhesie oder Dammschnitt-Risiken etc.

1 Vgl. u.a. AMA (1999), HLS-EU Consortium (2012) und Baumeister et al. (2023).

Durchaus komplexer wird die Situation, wenn Mutter oder Kind während der Schwangerschaft behandelt werden müssen – etwa wegen gefährlich hoher Blutdruckwerte oder auch schwieriger Konstellationen im Mutterleib. Und noch mehr ethische Fragen und Kompetenzen stehen ad hoc im Mittelpunkt, wenn es gravierende Erkrankungen gibt, die heikle moralische Entscheidungen erfordern. Kompetente Information und Aufklärung, operative Fähigkeiten wie auch immer wieder sehr gute kommunikative Kompetenzen sind bei allen medizinischen Konstellationen und Komplikationen „not-wendig“. Das Klinikpersonal hat nicht nur einen ganz kleinen „Patienten“ mit dem Kind im Mutterleib, sondern meist mindestens drei Betroffene mit den Eltern sowie noch weitere Familienmitglieder, die angemessen einzubeziehen sind. Auf welche Weise können eine schwierige Diagnose und/oder schlechte Prognosen einfühlsam und angemessen mitgeteilt werden? „Breaking bad news“ in der Phase „guter Hoffnung“ sind besonders heikel. Wie soll man vorgehen bei genetischen Dispositionen, wenn die Mutter ernsthaft erkrankt und bewusstlos wird oder sogar infolge eines Unfalls hirntot ist? Das klinische Team erweitert sich auf diese Weise sehr schnell um diverse Spezialist:innen mit ihren jeweiligen Kompetenzen im Bereich Human-genetik, Perinatalogie und Pädiatrie, neonatologische Intensivmedizin, Intrauterin-Chirurgie sowie bei besonders schwierigen moralischen Fragen auch Ethik. „Is there an ethicist in the house?“ hat der kreative Buchtitel des amerikanischen Ethikers Jonathan Moreno einmal gefragt und Clinical Ethics Consultation in den Mittelpunkt gestellt.² Wer kann den Eltern und dem interdisziplinären Team im Krankenhaus helfen, wenn es unterschiedliche Überzeugungen beim Umgang mit werdendem Leben, unklaren Entwicklungschancen bzw. einer gefährlichen Lebensweise während der Schwangerschaft oder im Geburtsverlauf gibt? Wie können sprachliche Differenzen oder gar interkulturelle Konflikte, persönliche Antipathien beteiligter Disziplinen und unterschiedliche normative Einschätzungen im Behandlungsteam „moralisch unter einen Hut gebracht werden“? Ethikberatung ist am Lebensbeginn häufig vor viele Fragen gestellt; bereits im Alltag normaler „Fälle“ kann es in einer großen Klinik schwierig sein, umso mehr bei neuen Medikamenten, heiklen Eingriffen oder innovativen Techniken bis hin zu dramatischen Zuspitzungen mit einer Schwangeren im Koma. Wie ist mit Grenzfällen von Paternalismus und Gewalt gegen Schwangere umzugehen, wenn etwa – wie in einer der hier vorgelegten internationalen Kasuistiken – sogar die Polizei in die Geburtsklinik geholt wird? Wie können klinische Fragen mithilfe ethischer Kompetenzen in eine gute Richtung gebracht werden? Welche Probleme zeigen sich in Deutschland, welche Konflikte und besondere Fälle gibt es international? Wie kann Ethik-Kompetenz in der Ausbildung gefördert werden?

2 Vgl. Moreno (2005). Zum Kontext siehe Woopen (2015) und Frewer (2019).

Hier bringt das JEK/YEC neue Beiträge zahlreicher Expert:innen mit ausgearbeiteten Aufsätzen von der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), einer AEM-Arbeitsgruppe mit Schwerpunkt Ausbildung und Ethik-Lernen, internationale Artikel aus diversen Ländern sowie Fachbeiträge u.a. aus einer WHO-Arbeitsgruppe „Clinical Ethics“ und Ergebnisse der Forschung eines Graduiertenkollegs wie auch weitere Impulse aus dem deutschsprachigen Raum.

Nach dieser Einführung zum Rahmenthema „Kompetenzen in Medizin und Ethik“³ kommt ein Essay von Jan Schildmann mit dem Titel „Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen“, das er anlässlich der AEM-Konferenz 2023 in Halle der Tagung vorangestellt hat. In den vier Schwerpunkten folgen die zentralen Rubriken des „Jahrbuch Ethik in der Klinik“: In Kapitel I. finden sich Originalarbeiten zu moralischen und ethischen Kompetenzen in der Medizin. Martina Schmidhuber und Mario Kropf widmen sich der Frage, wie man durch Kompetenz mehr Verständnis für Demenz schafft. Sie beleuchten dabei mit Scientific Literacy in der Medizin(ethik) sowohl Fragen der Wissenschaftskompetenz als auch der Wissenschaftskommunikation. Nach diesem generellen Einstieg folgt ein Schwerpunkt zu hochaktuellen Fragen von Künstlicher Intelligenz (KI) und Kompetenz(en). Nina Weber untersucht das Feld von Artificial Intelligence mit Blick auf das Gebiet der Psychiatrie: Bietet der KI-Einsatz eine Chance für bessere Behandlung und weniger Diskriminierung, bedeutet also mehr Kompetenz weniger Stigma? Der Aufsatz von Laura Geissner schließt sich hier direkt an, bearbeitet aber Fragen am Lebensende: Wird der kompetente Einsatz von KI im Kontext von Beratungen zum Wunsch nach assistiertem Suizid fortschrittliche Möglichkeiten oder bedenkliche Delegationsphänomene bringen? Ein dritter Beitrag zu diesem Schwerpunkt von Elisabeth Krauel bearbeitet ein ganz anderes Themenfeld: die ethische Kompetenz des gewissenhaften Forschens. Die Autorin analysiert, wie sich Risiken von „Dual Use Research of Concern“ – Forschung, die auch für negative Zwecke verwendet werden kann – minimieren lassen. Judith Bock fragt nach Health literacy im Feld von Gynäkologie und Gesellschaft: Führt mehr Gesundheitskompetenz für die Lebensphase des Klimakteriums zu einer größeren Geschlechtergerechtigkeit in Medizin und Gesundheitswesen? Mit diesen fünf Originalarbeiten werden zahlreiche Phänomene in Medizin und Gesellschaft mit Blick auf Kompetenzausbildung und Kompetenzanwendung kritisch diskutiert: Das weite Spektrum von Lebensbeginn und Geburtshilfe, von späteren Lebensphasen, psychischen Schwierigkeiten und Depressionen, ethischen Grenzfragen der guten Beratung und Begleitung wie auch moralischen Zuspitzungen beim „gewünschten“ Lebensende oder bei Forschungsmissbrauch fächern die vielschichtige Thematik von Kompetenz in spannende Bereiche auf.

3 Vgl. u.a. Sommerhalder/Abel (2007), Baumeister et al. (2019) und Sørensen (2019).

Der zweite Teil des Jahrbuchs bringt mit dem „Forum“ zu kompetenzorientierter Ethik-Lehre eine Plattform für die differenzierte Auseinandersetzung in gesundheitsbezogenen Studiengängen und Berufen. Katja Kühlmeyer und Tobias Eichinger haben als Herausgebende dieser Sektion für die „AG ethik learning“ der Akademie für Ethik in der Medizin ausgewählte Fachbeiträge der Jahrestagung zusammengestellt und kommentiert. Mit der Einführung in die Sektion stellen sie die Grundlagen von Kompetenzen und wichtige Anwendungsfelder für die Ethik-Lehre vor. Über das klassische Medizinstudium oder die einschlägigen Pflegeausbildungen hinaus konnten noch weitere wichtige Perspektiven für den professionellen Kompetenzerwerb für diesen Abschnitt integriert werden. In der Folge steht eine hochkarätige Sektion mit interdisziplinären Aufsätzen aus unterschiedlichen Studiengängen, pädagogischen und didaktischen Perspektiven.

Anna Hirsch beleuchtet grundlegende philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen mit Blick auf die Bedeutung für die Lehre von Medizin und Ethik. Annette Riedel und Claudia Eckstein nehmen sich des innovativen „Skills-Lab“ als „drittem Lernort“ und wichtiger Chance zum Erwerb von Kompetenzen für die Ethik an und untersuchen relevante Effekte am Beispiel des Pflegestudiums. Hier schließt sich sehr gut der Aufsatz von Katja Kühlmeyer und Oliver Rauprich zu interprofessionellem Lernen in der kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium an. Oliver Rauprich hat zudem einen weiteren Beitrag mit Schwerpunkt prinzipienorientierter Fallbesprechungen in der Lehre eingebracht. Sein Werkstattbericht mit Erfahrungen und Evaluationen an der Universität Münster bringt ganz konkrete Lehrergebnisse und Reflektion für das Studium. Christof Mandry und Eva-Maria Ableidinger widmen sich in ihrem Aufsatz der Förderung praxisorientierter Kompetenzen mit digitalen Lehr-/Lernszenarien. Aus den Erfahrungen des Frankfurter „DigiTell“-Zentrums können sie die Bandbreite hybrider Ethik-Lehre nicht nur auffächern, sondern auch Wege zur zielgenaueren Nutzung aufzeigen. Mit den anstehenden curricularen Reformen insbesondere im Medizinstudium in Richtung des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2.0“ des Fakultätentags stehen in Deutschland bald grundlegende Änderungen der Ausbildung an. Einerseits ist dies eine seit Jahrzehnten⁴ angestrebte noch stärkere Praxisorientierung (Kompetenzorientiertes Studium/„KOS“), andererseits die Konzentration auf wichtige Schlüsselkompetenzen der Medizinstudierenden. Auch hier passt das Cover: Alle Personen auf dem Titelbild haben vor dem erfolgreichen Einsatz in der Praxis unterschiedliche Ausbildungen durchlaufen – meist sogar in verschiedenen Ländern und Kulturen. Internationale Perspektiven und globaler Austausch sind daher umso wichtiger.⁵

4 Vgl. u.a. Frewer (1993) und (1994), Sturma/Heinrichs (2015) sowie Frewer et al. (2021).

5 Dodson et al. (2015), Ernstmann et al. (2017), Bittlingmayer et al. (2020), Muscat (2021).

Teil III bringt im Abschnitt „Diskussion“ ein internationales Spektrum zu Ethikkompetenzen im Gesundheitssystem diverser Länder und aller Kontinente. Welche Klinikfälle sind in besonderer Weise für grundlegende Debatten relevant, welche Probleme haben die Entwicklung der „Klinischen Ethik“ um den Globus am meisten vorangebracht? Zu Beginn stellen Andreas Frewer, Ehsan Shamsi-Gooshki, Keymanthri Moodley und Andreas Reis zentrale Entwicklungen seit den 1960er Jahren vor: Vom „God Committee“ zur Verteilung knapper Dialyseplätze in Seattle (USA) und der ersten Herztransplantation in Kapstadt (Südafrika) gab es wichtige Weichenstellungen zur Entwicklung Klinischer Ethik. María Bernardita Portales und Juan Pablo Beca stellen Erfahrungen aus Chile (Südamerika) vor. Ihr Artikel gibt einen Überblick von den Auswirkungen des amerikanischen Falls der Intensivmedizin bei Karen Ann Quinlan bis zur rezenten Genese von Ethikkomitees in der Klinik. Fatemeh Bahmani, Alireza Parsapour und Ehsan Shamsi-Gooshki führen die JEK-Leserschaft nach Asien mit ihrem Beitrag zur Ethik im Krankenhaus und über Beratungsgremien im Iran. Ein besonders wichtiger Fall zur Entwicklung der Medizinethik in Deutschland war das „Erlanger Baby“. Dieser Fall einer hirntoten Schwangeren hat für breite Debatten zur Klinischen Ethik gesorgt und in der Folge auch wichtige Impulse gegeben für die fachliche Institutionalisierung. Dileep G und Roli Mathur stellen eine problematische Fallkonstellation aus Indien vor: Die Wiederverwendung von Herzkathetern hat dort zu intensiven Debatten um Hygiene und Qualitätssicherung im Kontrast zu Kommerzialisierung oder gar Korruption geführt. Hanna Hubenko aus der Ukraine präsentiert eine internationale Diskussion um Gewalt in der Geburtshilfe anhand von Fällen in ihrer Heimat: Was ist die Grenze von Respektverlust und Paternalismus beim Einsatz im Kreißsaal? Yonghui Ma (China) und Jing-Bao Nie (aktuell Neuseeland) führen mit dem Fall des „Teufelsarztes“ in das Reich der Mitte. Sie legen eine gleichermaßen aktuelle wie brisante Diskussion um medizinische Überwachung und mögliche Korruption als Impuls für die Klinische Ethik vor. Abschließend stellen Rohit Malpani (Paris), Andreas Reis (Genf), Ehsan Shamsi-Gooshki (Teheran/Monash) und Andreas Frewer (Erlangen-Nürnberg) mit Debatten um Künstliche Intelligenz in Klinik und Beratung besonders schwierige und gleichzeitig zukunftsweisende Fragen vor: In welcher Weise werden maschinell trainierte Systeme die klinische Praxis immer weiter verändern? „In AI We Trust“? Mit den Leitlinien der WHO werden zentrale Dimensionen der heiklen Probleme erörtert. Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowie das Primat der Letztentscheidung durch Menschen sind hier wichtige Schwerpunkte bei Technikfolgenabschätzung wie auch der Klinischen Ethik. Mit dieser „Weltreise“ durch Kasuistiken aus allen Kontinenten und aktuellen Themenfeldern internationaler Ethik und Beratung werden vielfältige Facetten der Ethik-Kompetenz aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeitet und vertieft.

Im Abschnitt IV stehen wie immer Rezensionen von Fachbüchern und Expertenstellungnahmen im Mittelpunkt. Julia Mikolaj schließt direkt an in Bezug auf Zukunftskompetenzen. Sie stellt das von Matusiewicz/Werner herausgegebene Buch „Future Skills in Medizin und Gesundheit“ vor. Der kreative Untertitel „Kompetenzen. Stärken. Menschen“ zeigt die Zielrichtung, die für diverse Anwendungsfelder durchdekliniert wird. Dass der Marburger KI-Experte Martin Christian Hirsch ein Geleitwort für dieses Buch verfasst hat, war naheliegend. Annette Riedel führt die Leserschaft in den erweiterten deutschsprachigen Raum und blickt über die deutschen Grenzen in die Schweiz wie auch nach Österreich. Zunächst stellt sie die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Bezug auf die Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen vor. Hier werden interprofessionelle Schwerpunkte für moralisch zentrale Felder differenziert herausgearbeitet. Zudem kann Riedel mit der Rezension des österreichischen Bandes von Maria Dammayr zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege noch vertiefend auf Implikationen für Aus-, Fort- und Weiterbildung wie auch Strukturen zur Organisationsethik eingehen. Dieses Buch ist aus der Arbeitsgruppe zu „Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft“ („WiEGe“) an der Katholischen Privat-Universität Linz entstanden. Die differenzierte Besprechung arbeitet hierzu weitere Desiderate und Potenziale heraus. In der letzten Rezension des Jahrbuchs widmen sich Antonia Sahn und Andreas Frewer dem von Annika Baumeister, Carolin Schwegler und Christiane Woopen herausgegebenen Band zu „Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt“. Dieser sechste Band der „Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft“ hat eine Reihe wichtiger Fachbeiträge zum Thema zusammengeführt. Es ist die hier angesprochene Diversität, die auch das Titelbild des JEK zeigt: Die junge Mutter aus Asien, der Ehemann wohl aus Arabien, ein Arzt aus Amerika, Pflegende aus Afrika und weitere Beteiligte aus anderen Regionen stehen für die Vielfalt sozialer Wirklichkeiten. Dies illustriert die steigende Internationalität und Globalisierung des Gesundheitswesens mit erhöhtem Bedarf an transkultureller Kompetenz. Medizin und Pflege werden immer internationaler, die erforderlichen Kompetenzen sollten mitwachsen. Auch hier bietet das Titelbild eine Anregung für die in Wissenschaft und Praxis erforderlichen Konzepte und Umsetzungen. Gerade die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Erfahrungshintergründe und weitgefächelter Expertise ist zielführend – und bringt Neues in angemessener Form auf die Welt wie symbolisch das kleine Kind bzw. Innovation in die Welt von Medizin, Pflege, Humanwissenschaften und Ethik.⁶

In Teil V finden sich ein neues Gesetz und die Anhänge zur Dokumentation.

6 Vgl. HLS-EU Consortium (2012), Sørensen et al. (2012), Abel/Sommerhalder (2015), Schaeffer et al. (2018) und Baumeister et al. (2023).

Danksagung

Das „Jahrbuch Ethik in der Klinik“ entsteht aus der intensiven Zusammenarbeit vieler Menschen: An erster Stelle sei den Autor:innen des vorliegenden Bands für ihre Artikel sowie die gute Kooperation bei der Redaktion herzlich gedankt! Dem Team zur Vorbereitung der Jahrestagung der Akademie für Ethik der Medizin in Halle um Jan Schildmann und der Göttinger Geschäftsstelle um Alfred Simon möchten wir dabei stellvertretend für eine Reihe aktiver Personen danken. In das vorliegende Jahrbuch Ethik in der Klinik sind aber auch noch wesentliche Beiträge in Antwort auf den Call for Papers und ohne Bezug zur AEM-Konferenz eingegangen. Diese Artikel wurden wie immer einem Peer Review-Prozess unterzogen. Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats des JEK wie auch externe Begutachtende waren im Rahmen des fachlichen Auswahlprozesses aktiv, wofür wir besonders danken möchten. Bei der redaktionellen Arbeit konnte das Team im Sekretariat der Professur für Ethik in der Medizin wieder in bewährter Weise gut unterstützen. Herzlicher Dank geht an Kerstin Franzò, Julia Mikolaj und Moritz Kardeis. Eigentlich war die Herausgabe des Bandes u.a. mit weiterer Expertise aus der Medizinethik an der FAU Erlangen-Nürnberg geplant, aber mit nicht vorhersehbaren Krankheitsfällen, natürlich wichtigeren Schwangerschaften sowie großer Belastung in anderen Projekten war dies nicht möglich. Auch daher muss der Kreis der am Jahrbuch interessierten Personen um Verständnis gebeten werden für eine sehr komplizierte und sich leider verzögernde Redaktionsarbeit. Das Titelbild des vorliegenden Bandes ist aber auf jeden Fall auch nach einer langen Schwangerschaft oder „schwierigen Geburt“ für das Buch gültig – das Ergebnis und vor allem der Erfolg hat natürlich viele Mütter und Väter. Wir danken speziell Katja Kühlmeyer (LMU München) sowie Andreas Reis (WHO/Genf), Ehsan Shamsi-Gooshki (Monash University/Australien) und Hans van Delden (Universität Utrecht) exemplarisch für unser Team der WHO Working Group „Clinical Ethics“. Außerdem sei Caroline Emmer de Albuquerque Green (Oxford) sowie Marion Klement und Harald Mosler von der Josef und Luise Kraft Stiftung (München) für die wichtige Unterstützung sehr herzlich gedankt. Das Verlagsteam von K & N in Würzburg hat den Druck wie immer kompetent und ausdauernd betreut. Wir danken Caroline Pabst, Heike Hanenberg, Hans-Stephan Moosmüller, Daniel Seger und Johannes Königshausen für gute Zusammenarbeit und die Open Access-Form. Markus Heinlein gebührt unser wiederholter Dank für die kreative Beratung und schnelle Umsetzung bei der gemeinsamen Gestaltung des Covers. Last but not least soll Familie und Freunden sehr herzlich gedankt werden für die langjährige Unterstützung.

Interessenkonflikte: Keine

Literatur

- Abel, T./Sommerhalder, K. (2015): Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58, 9 (2015), S. 923-929.
- AMA (1999): Health literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. In: JAMA 281, 6 (1999), pp. 552-557.
- Baumeister, A./Aldin, A./Chakraborty, D./Monsef, I./Jakob, T./Seven, Ü. S./Anapa, G./Kalbe, E./Skoetz, N./Wooopen, C. (2019): Interventions for improving health literacy in migrants. The Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.CD013303.
- Baumeister, A./Schwegler, C./Wooopen, C. (Hrsg.) (2023): Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt. Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6. Berlin.
- Bittlingmayer, U./Islertas, Z./Sahrai, E./Harsch, S./Bertschi, I./Sahrai, D. (Hrsg.) (2020): Health Literacy aus gesundheitsethnologischer Perspektive. Eine Analyse alltäglicher Gesundheitspraktiken von migrantischen Jugendlichen und Familien. Gesundheit und Gesellschaft 15. Wiesbaden.
- Dodson, S./Good, S./Osborne, R. H. (2015): Health literacy toolkit for low and middle-income countries. A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. New Dehli.
- Ernstmann, N./Halbach, S./Kowalski, C./Pfaff, H./Ansmann, L. (2017): Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 121 (2017), pp. 58-63.
- Frewer, A. (Hrsg.) (1993): Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten. Teil I. Erlangen, Jena.
- Frewer, A. (Hrsg.) (1994): Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten. Teil II. Erlangen, Jena.
- Frewer, A. (Hrsg.) (2019): Fallstudien zur Ethik in der Medizin. Beratungsbeispiele aus Ethikkomitees. FEM 1. Würzburg.
- Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 14. Würzburg.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. <http://cpme>.

- dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf (10.10.2024).
- HLS19 Consortium (2021): Executive Summary of the International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute. Vienna.
- Moreno, J. D. (2005): Is there an ethicist in the house? On the Cutting Edge of Bioethics. Bioethics and the Humanities. Bloomington, Ind. et al.
- Muscat, D. M./Shepherd, H. L./Nutbeam, D./Trevena, L./McCaffery K. J. (2021): Health Literacy and Shared Decision-making: Exploring the Relationship to Enable Meaningful Patient Engagement in Healthcare. In: Journal of General Internal Medicine 36, 2 (2021), pp. 521-524.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/nag_broschuere_web_020218.pdf. (12.08.2024).
- Sommerhalder, S./Abel, T. (2007): Gesundheitskompetenz. Eine konzeptuelle Einordnung. Universität Bern. Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Abteilung für Gesundheitsforschung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/konzeptuelle-einordnung-gesundheitskompetenz.pdf.download.pdf/konzeptuelle-einordnung-gesundheitskompetenz.pdf> (10.09.2024).
- Sørensen, K. (2019): Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In: International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan. Eds. O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, und K. Sørensen. Croydon.
- Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12, 80 (2012). doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Sturma, D./Heinrichs, B. (Hrsg.) (2015): Handbuch Bioethik. Stuttgart, Weimar.
- Trezona, A./Rowlands, G./Nutbeam, D. (2018): Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy – What Have We Learned so Far? In: International journal of environmental research and public health 15 (2018), p. 1554. doi:10.3390/ijerph15071554.
- Wooßen, C. (2015): Gesundheitskompetenz. In: Sturma/Heinrichs (2015), S. 280-286.

Editorial

Andreas Frewer

Competencies in Medicine and Ethics An Introduction

A child is born! The cover image represents one of life's most beautiful moments – for the mother and father, the entire family, as well as the hospital team, who contributed with great expertise to the birth. Here, the joyful parents proudly present their newborn to the clinic staff. The head of gynecology and obstetrics, a midwife, the nursing team, possibly a pediatric surgeon and a neonatologist, perhaps even a hospital chaplain and a social worker – all have participated with both general human skills and specific clinical expertise. Language, empathy, nursing care, medical expertise across various specialties, and practical skills, from the art of childbirth to operating technical equipment for monitoring mother and fetus – an abundance of skills were necessary to make it a success. Everyone contributed. It is wonderful when a hospital, where serious issues and existential questions of illness, dying, and death often take center stage, takes a moment to celebrate something positive.

The range of required competencies expected in a highly specialized society is exceptionally broad. Long training and full commitment in a complex practice are prerequisites for good results. Much is also expected of the parents and others involved, which extends far beyond the often very exhausting birth phase. Health literacy¹ is an essential skill for parents to proceed wisely during pregnancy, protect the physical and mental well-being of mother and child, and ensure proper birth preparation. Perhaps they had been at the hospital for “monitoring” some time beforehand, where they needed an understanding of the often quite complex hospital routine, as well as issues like pregnancy tests, prenatal diagnostics, and information about birthing options, such as cesarean sections, epidural anesthesia, and episiotomy risks.

The situation becomes more complex if the mother or child needs treatment during pregnancy – for instance, due to dangerously high blood pressure or complex configurations in the womb. Additional ethical questions and competencies

1 Cf. AMA (1999), HLS-EU Consortium (2012) and Baumeister et al. (2023).

come into focus when severe illnesses require delicate moral decisions. Competent information, surgical skills, and high-quality communication are necessary in all medical situations and complications. The clinic staff is not dealing with a single “patient” (the fetus in the womb), but often with three affected parties – including both parents – and sometimes other family members who must be appropriately involved. How can a challenging diagnosis or a poor prognosis be communicated sensitively and appropriately? “Breaking bad news” during a time of hope is especially delicate. What approach should be taken in the case of genetic predispositions if the mother becomes seriously ill, unconscious, or even brain-dead due to an accident?

In such cases, the clinical team quickly expands to include specialists in human genetics, perinatology, pediatrics, neonatal intensive care, intrauterine surgery, and, for especially difficult moral questions, ethics. “Is there an ethicist in the house?” as the title of American ethicist Jonathan Moreno’s book once asked, emphasizing the importance of clinical ethics consultation.² Who can assist parents and the interdisciplinary hospital team when there are different views on dealing with developing life, uncertain developmental prospects, or a risky lifestyle during pregnancy or delivery?

How can language differences or even intercultural conflicts, personal antipathies of involved disciplines, and varying normative assessments within the treatment team be “morally unified”? Ethical consultation is frequently faced with many questions at the beginning of life; even with normal cases, in a large clinic, difficulties may arise, particularly with new medications, sensitive procedures, innovative techniques, or dramatic situations with a pregnant woman in a coma. How should borderline cases of paternalism and violence against pregnant women be addressed, such as when, as in one international case study, the police were even called into the delivery clinic? How can clinical questions be steered in a positive direction with ethical competence? What issues arise in Germany, and what conflicts and unique cases are seen internationally? How can ethics competencies be fostered in education?

Here, the “Yearbook of Ethics in Clinics” (YEC/JEK) presents new contributions from numerous experts, with detailed essays from the Annual Meeting of the Academy of Medical Ethics (AEM), an AEM Working Group focused on education and ethics learning, international articles from various countries, as well as expert contributions from a WHO Working Group on “Clinical Ethics” and research results from a graduate program, and additional input from the German-speaking world.

2 Cf. Moreno (2005). For the context see Woopen (2015) and Frewer (2019).

After this introduction to the framework topic “Competencies in Medicine and Ethics,”³ an essay by Jan Schildmann titled “Ethical Competencies in Healthcare” follows, which he presented at the 2023 AEM Conference in Halle (S.). The four main sections include the central themes of this Yearbook 17 (2024). In Chapter I, there are original works on moral and ethical competencies in medicine. Martina Schmidhuber and Mario Kropf discuss how competence can foster understanding of dementia. They explore questions of scientific literacy and communication in medicine and ethics. Following this general theme and chapter is a focus on pressing issues regarding Artificial Intelligence (AI) and competencies. Nina Weber examines AI in psychiatry: does AI usage offer a chance for better treatment and less discrimination, i.e., does more competence mean less stigma? Laura Geissner’s essay continues this theme by addressing end-of-life questions: will competent AI usage in counseling on assisted suicide lead to progressive possibilities or concerning delegation phenomena? A fourth contribution by Elisabeth Krauel tackles a different subject: the ethical competence of conscientious research, questioning how the risks of “Dual Use Research of Concern” – research that can be used for harmful purposes, too – can be minimized. Judith Bock asks about health literacy in the field of gynecology and society: Does more health literacy for the climacteric phase of life lead to greater gender equality in medicine and healthcare? With these five original works, numerous phenomena in medicine and society are critically discussed with regard to competence training and the application of competence: The broad spectrum of the beginning of life and obstetrics, of later life phases, psychological difficulties and depression, ethical borderline issues of good counseling and support as well as moral issues relating to the “desired” end of life or the misuse of research, fan out the complex topic of competence into very important areas.

In Chapter II, the “Forum” on competency-based ethics education provides a platform for in-depth discussions of health-related fields and professions. The editors Katja Kühlmeyer and Tobias Eichinger have compiled and commented on selected contributions from the annual AEM conference for the “AG Ethics Learning” section of the AEM. With the introduction to the section, they present the foundations of competencies and key application fields for ethics education. In addition to the classic medical degree or relevant nursing training, further perspectives on professional competence acquisition are integrated into this section. In addition to traditional medical studies or relevant nursing training, other important perspectives for the acquisition of professional skills for this section were integrated. This is followed by a high-caliber section with interdisciplinary essays from different study programs, pedagogical and didactic perspectives.

3 Cf. Sommerhalder/Abel (2007), Baumeister et al. (2019) and Sørensen (2019).

Anna Hirsch sheds light on fundamental philosophical-conceptual skills with a view to their significance for the teaching of medicine and ethics. Annette Riedel and Claudia Eckstein look at the innovative “skills lab” as a “third place of learning” and an important opportunity to acquire skills in ethics and examine relevant effects using the example of nursing studies. Oliver Rauprich’s and Katja Kühlmeyer’s essay on interprofessional learning in competence-oriented ethics teaching in medical studies ties in very well here. Oliver Rauprich also contributed another article focusing on principle-oriented case discussions in teaching. His workshop report with experiences and evaluations at the University of Münster provides very concrete teaching results and reflection for the course. Christof Mandry and Eva-Maria Ableidinger devote their essay to the promotion of practice-oriented skills with digital teaching/learning scenarios. Based on the experiences of the Frankfurt “DigiTell” center, they not only fan out the range of hybrid ethics teaching, but also show ways to use it more precisely. With the upcoming curricular reforms, particularly in medical studies, in the direction of the “National Competence-Based Learning Objectives Catalog for Medicine (NKLM) 2.0” of the Faculty Association, fundamental changes to training are imminent in Germany. On the one hand, this is an even stronger practical orientation (Competence-Oriented Studies/“COS”), which has been sought for decades,⁴ and on the other hand, the focus on important key competencies of medical students. The cover is also fitting here: all the people on the cover have undergone different training before successfully working in practice – usually even in different countries and cultures. International perspectives and global exchange are therefore all the more important.⁵

In the “Discussion” section, Part III presents an international spectrum of ethical competencies in the healthcare systems of various countries and all continents. Which clinical cases in particular have generated fundamental debates, which problems have most advanced the development of “clinical ethics” around the globe? To begin with, Andreas Frewer, Ehsan Shamsi-Gooshki, Keymanthri Moodley and Andreas Reis present key developments since the 1960s: From the “God Committee” for the distribution of scarce dialysis places in Seattle (USA) and the first heart transplant in Cape Town (South Africa), there were important milestones in the development of clinical ethics. María Bernardita Portales and Juan Pablo Beca present experiences from Chile (South America). Their article gives an overview from the impact of the US case of intensive care medicine with Karen Ann Quinlan to the more recent genesis of clinical ethics committees. Fatemeh Bahmani, Alireza Parsapour and Ehsan Shamsi-Gooshki take the YEC

4 Cf., e.g., Frewer (1993) and (1994), Sturma/Heinrichs (2015) and Frewer et al. (2021).

5 Dodson et al. (2015), Ernstmann et al. (2017), Bittlingmayer et al. (2020), Muscat (2021).

readership to Asia with their article on ethics in hospitals and advisory committees in Iran. A particularly important case for the development of medical ethics was the “Erlangen Baby” in Germany. This case of a brain-dead pregnant woman gave rise to broad debates on clinical ethics and subsequently provided important impetus for the subsequent institutionalization. Dileep G and Roli Mathur present a problematic case constellation from India: The reuse of cardiac catheters there has led to intense debates about hygiene and quality assurance in contrast to commercialization or even corruption. Hanna Hubenko from Ukraine presents an international discussion on violence in obstetrics based on cases in her home country: What is the limit of disrespect and paternalism in the delivery room? Yonghui Ma (China) and Jing-Bao Nie (now New Zealand) take us to the Middle Kingdom with the case of the “devil doctor”. They present an equally topical and controversial discussion about medical surveillance and possible corruption as an impulse for clinical ethics. Finally, Rohit Malpani (Paris), Andreas Reis (Geneva), Ehsan Shamsi-Gooshki (Tehran/Monash) and Andreas Frewer (Erlangen-Nürnberg) present debates on the use of artificial intelligence in hospitals and ethics consultations on some particularly difficult yet forward-looking issues: How will machine-trained systems continue to change clinical practice? “In AI We Trust”? The WHO guidelines discuss key dimensions of these sensitive issues. Transparency and traceability as well as the primacy of the final decision by humans are important focal points in technology assessment and clinical ethics. With this “world tour” through case studies from all continents and current topics of international ethics and consulting, various facets of ethical competence are dealt with and deepened from different perspectives.

As always, Section IV focuses on reviews of books and expert opinions. Julia Mikolaj follows on directly with regard to future skills. She introduces the book “Future Skills in Medicine and Health” edited by Matusiewicz and Werner. The creative subtitle “Competencies. Strengths. People” shows the direction that is outlined for various fields of application. It was only natural that Marburg AI expert Martin Christian Hirsch wrote a foreword for this book. Annette Riedel takes the reader into the wider German-speaking world and looks beyond the German borders to Switzerland and Austria. She begins by presenting the recommendations of the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) with regard to ethics training for healthcare professionals. Here, interprofessional focal points for morally central fields are worked out in a differentiated manner. In addition, Riedel’s review of Maria Dammayr’s Austrian volume on the importance of ethical competence in nursing provides a more in-depth look at the implications for education, training and continuing education as well as organizational ethics structures. This book emerged from the working group on “Economy – Ethics – Society” (“Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft”/“WiEGe”) at the Catholic

Private University of Linz. The differentiated review elaborates further desiderata and potentials. In the last review of the yearbook, Antonia Sahm and Andreas Frewer devote themselves to the volume edited by Annika Baumeister, Carolin Schwegler and Christiane Woopen on “Facets of health literacy in a society of diversity”. This sixth volume of the *Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft* has brought together a number of important specialist articles on the subject. It is precisely the diversity addressed here that appears on the cover: the young mother from Asia, the husband probably from Arabia, a doctor from America, carers from Africa and other participants from other regions represent the diversity of social realities. This illustrates the increasing internationality and globalization of the healthcare system with an increased need for transcultural competence. Medicine and nursing are becoming increasingly international, and the skills required should grow with them. Here too, the cover image provides inspiration for the concepts and implementation required in science and practice. It is precisely the collaboration of different backgrounds of experience and wide-ranging expertise that is expedient – and brings something new into the world in an appropriate form, like the symbolic little child or innovation in the world of medicine, care, human sciences and ethics.⁶

Finally, Part V contains appendices for documentation and a new law.

Acknowledgments

The “Yearbook Ethics in Clinics” is the result of the intensive collaboration of many people: First and foremost, we would like to sincerely thank the authors of the present volume for their articles and their excellent cooperation during the editorial process! We also want to thank the team preparing for the annual conference of the Academy for Ethics in Medicine in Halle, led by Jan Schildmann, and the Göttingen office headed by Alfred Simon, representing a number of active individuals. Moreover, important contributions responding to the call for papers, unrelated to the AEM conference, have also been included in this yearbook on Ethics in the Clinic. As always, these articles underwent a peer review process. We particularly wish to express our gratitude to the members of the Scientific Advisory Board of the JEK and external reviewers who were active in the selection process. The team in the secretariat of the Chair for Ethics in Medicine was able to support the editorial work again in a tried and tested manner. A heartfelt thank you goes to Kerstin Franzò, Julia Mikolaj, and Moritz Kardeis (ethics team).

6 Cf. HLS-EU Consortium (2012), Sørensen et al. (2012), Abel/Sommerhalder (2015), Schaeffer et al. (2018) and Baumeister et al. (2023).

The publication of the volume was also initially planned with further expertise from medical ethics at FAU Erlangen-Nürnberg, but this was not possible due to unforeseen illnesses, of course more important pregnancies, and significant burdens from other projects. Therefore, we must ask the circle of interested individuals regarding the yearbook for understanding regarding the very complicated and unfortunately delayed editorial work.

The cover image of the present volume is certainly valid, even after a long pregnancy or “difficult birth” for the book – the result and, above all, the success have many mothers and fathers. We would like to specifically thank Katja Kühlmeyer (AEM AG), Andreas Reis (WHO/Geneva), Ehsan Shamsi-Gooshki (Tehran/Monash University, Australia), and Hans van Delden (Utrecht University) as exemplary members of our WHO Working Group on “Clinical Ethics.”

We also extend our heartfelt thanks to Caroline Emmer de Albuquerque Green (Oxford) as well as Marion Klement and Harald Mosler from the Josef and Luise Kraft Foundation (Munich) for their important support. The K & N publishing team in Würzburg has managed the printing of the yearbook competently and tirelessly, as always. We thank Caroline Pabst, Heike Hanenberg, Hans-Stephan Moosmüller, Daniel Seger, and Johannes Königshausen for their good cooperation and the Open Access format. Markus Heinlein deserves our repeated thanks for his creative advice and prompt implementation in the collaborative design of the cover. Last but not least, we would like to sincerely thank family and friends for their long-standing support.

Conflicts of Interest: None

References

- Abel, T./Sommerhalder, K. (2015): Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58, 9 (2015), pp. 923-929.
- AMA (1999): Health literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. In: JAMA 281, 6 (1999), pp. 552-557.
- Baumeister, A./Aldin, A./Chakraverty, D./Monsef, I./Jakob, T./Seven, Ü. S./Anapa, G./Kalbe, E./Skoetz, N./Woopen, C. (2019): Interventions for improving health literacy in migrants. The Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.CD013303.
- Baumeister, A./Schwegler, C./Woopen, C. (Hrsg.) (2023): Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt. Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6. Berlin.
- Bittlingmayer, U./Islertas, Z./Sahrai, E./Harsch, S./Bertschi, I./Sahrai, D. (Hrsg.) (2020): Health Literacy aus gesundheitsethnologischer Perspektive. Eine Analyse alltäglicher Gesundheitspraktiken von migrantischen Jugendlichen und Familien. Gesundheit und Gesellschaft 15. Wiesbaden.
- Dodson, S./Good, S./Osborne, R. H. (2015): Health literacy toolkit for low and middle-income countries. A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. New Dehli.
- Ernstmann, N./Halbach, S./Kowalski, C./Pfaff, H./Ansmann, L. (2017): Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 121 (2017), pp. 58-63.
- Frewer, A. (Hrsg.) (1993): Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten, Teil I, Erlangen, Jena.
- Frewer, A. (Hrsg.) (1994): Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten, Teil II, Erlangen, Jena.
- Frewer, A. (Hrsg.) (2019): Fallstudien zur Ethik in der Medizin. Beratungsbeispiele aus Ethikkomitees. FEM 1. Würzburg.
- Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien. Jahrbuch Ethik in der Klinik, vol. 14. Würzburg.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. <http://cpme>.

- dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf (10.10.2024).
- HLS19 Consortium (2021): Executive Summary of the International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute. Vienna.
- Moreno, J. D. (2005): Is there an ethicist in the house? On the Cutting Edge of Bioethics. Bioethics and the Humanities. Bloomington, Ind. et al.
- Muscat, D. M./Shepherd, H. L./Nutbeam, D./Trevena, L./McCaffery K. J. (2021): Health Literacy and Shared Decision-making: Exploring the Relationship to Enable Meaningful Patient Engagement in Healthcare. *Journal of General Internal Medicine* 36, 2 (2021), pp. 521-524.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aok_bv/gesundheitskompetenz/nag_broschuere_web_020218.pdf (12.08.2024).
- Sommerhalder, S./Abel, T. (2007): Gesundheitskompetenz. Eine konzeptuelle Einordnung. Universität Bern. Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Abteilung für Gesundheitsforschung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/konzeptuelle-einordnung-gesundheitskompetenz.pdf.download.pdf/konzeptuelle-einordnung-gesundheitskompetenz.pdf> (10.09.2024).
- Sørensen, K. (2019): Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In: *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan*. Eds. O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, and K. Sørensen. Croydon.
- Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12, 80 (2012). doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Sturma, D./Heinrichs, B. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Bioethik*. Stuttgart, Weimar.
- Trezona, A./Rowlands, G./Nutbeam, D. (2018): Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy – What Have We Learned so Far? *International journal of environmental research and public health* 15 (2018), p. 1554. doi:10.3390/ijerph15071554.
- Wooßen, C. (2015): Gesundheitskompetenz. In: Sturma/Heinrichs (2015), pp. 280-286.

Jan Schildmann

**Ethical Competencies in Healthcare
On the Occasion of the Annual Meeting of the
Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale)¹**

The demand for ethical competencies in healthcare is frequently raised in various contexts. One example are the learning objective catalogs for medical students, published by various institutions in recent years. These define the knowledge and skills (and sometimes also attitudes) perceived to be necessary for handling moral conflicts in patient care and research ethics competencies that should be acquired by the end of the degree program. A second example is the curriculum with competency-based learning objectives for ethics, which serve as the basis for the certification of ethics consultants by the Academy for Ethics in Medicine.²

The discussion about the necessity and scope of ethical competencies in healthcare has a certain tradition in German-speaking countries. In his 1987 article “Ethical Expertise and Ethical Committees in Medicine”, the medical ethicist Hans Martin Sass, who passed away in February 2023, identified four reasons why doctors today are required to have a higher level of ethical competence than in the past:³ 1. the increasing possibilities to influence life in ethically significant ways, associated with medical progress; 2. the critique of traditional paternalistic approaches to medical decision-making, brought about by the increasing pluralism of values and lifestyles in modern democratic and open societies; 3. the division of labor in patient care and its associated demands; and 4. the necessity to analyze and articulate the goals and principles of medical actions in the face of financial incentives or sanctions, for example.⁴

Although some of Sass’s demands, such as mandatory courses on ethical topics in medical studies, have since been implemented – not only in medicine

1 This text is based on the following article published on the occasion of the Annual Meeting of the Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale): Schildmann, J. (2023): Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen. In: Ethik in der Medizin 35 (2023), pp. 165-167. <https://doi.org/10.1007/s00481-023-00771-9>.

2 AEM (2022).

3 Sass (1989), p. 1.

4 Sass (1989).

but also in nursing and midwifery programs – the topic of “ethical competencies” in healthcare remains scientifically relevant. This is, firstly, because the discussion of ethical competencies touches on a multitude of conceptual and normative aspects. There are differing views on the status of ethical expertise, for example, in theoretical debates. Based on different metaethical premises, the possibility of acquiring ethical competencies and the moral authority derived from them are either justified or rejected. Another focal point of the discussion involves analogies or disanalogies between ethical knowledge and skills compared to competencies in other areas, such as the natural sciences.

Given the course of the theoretical discussion on the possibility and nature of ethical competencies, and the fundamental differences between proponents of different positions, a consensus seems unlikely. However, it also seems implausible that the knowledge of ethical theories acquired in a degree program and the ability to apply this knowledge, for example, in structured case analysis, would have no impact on the quality of ethically justified decisions. What remains open is how ethical competencies can be concretely defined in various fields of healthcare. This seems necessary to formulate learning objectives that can be assessed, for instance, in student exams. In this context, it is also important to investigate which assessment methods can appropriately capture ethical competencies. Studies that have measured moral competencies repeatedly show that the latter tend to decrease over the course of medical studies.

A second area that could benefit from a scientifically grounded definition and assessment of ethical competencies is ethics consultation. Given the far-reaching decisions made in this context and the common misconception that ethics consultation inherently improves decision quality, it seems desirable not only to define the necessary knowledge and skills but also to evaluate them. Beyond these practical questions, it is also important to clarify whether the concretization of ethical competencies offers a useful approach for conceptual and normative analyses.

With regard to the application-oriented studies on ethical competencies in healthcare that were the focus of the conference, it is important to note that the term “ethical competencies” often refers to “professional” knowledge and skills. While professional behavior is primarily oriented toward norms shaped by historical, cultural, and other contextual factors, the critical reflection of such norms is part of ethical competence. The understanding of competencies and the goals and tasks of ethics in healthcare must be reflected upon in scientific investigations into ethical competencies in various healthcare practice fields. A widely cited definition includes cognitive abilities and skills for problem-solving,

as well as motivational and volitional dispositions for problem-solving.⁵ Based on this broad understanding, it is necessary, for example, to determine whether the learning objectives for a training course should focus on cognition or also promote motivational dispositions.

In addition to defining areas of competence, scientific investigations into ethical competencies in healthcare also require clarification of the ethical subject matter. This clarification includes, in particular, the goals and tasks of medical ethics and touches on fundamental aspects of the self-understanding of researchers in this interdisciplinary field.

The contributions accepted for this book address a variety of tasks related to the theme of ethical competency and I wish all readers informative and interesting insights into the ongoing debate about ethical competencies in healthcare.

Conflicts of Interest: None

5 Cf. Weinert (2002), pp. 27-28. As pointed out by Dr. Julia Dietrich on her key note during the AEM Annual Conference 2023 Weinert was far more cautious with regard to a definition of competency as this has been usually suggested, when referring to his “definition”.

References

- AEM/Akademie für Ethik in der Medizin (2022): Curriculum Ethikfallberatung im Gesundheitswesen. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ethikfallberatung/Curriculum_Ethikfallberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24__geaendert_am_21.12.22.pdf (14.10.2024).
- Sass, H. M. (1989): Ethische Expertisen und Ethische Komitees in der Medizin. In: Medizinethische Materialien, vol. 4. <https://ruhr-uni-bochum.sciebo.de/s/8gUB90PXqxMT3Av> (18.04.2023).
- Schildmann, J. (2023): Editorial. Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen. Anlässlich der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2023 in Halle (Saale). In: Ethik in der Medizin 35 (2023), pp. 165-167. <https://doi.org/10.1007/s00481-023-00771-9>.
- Weinert, F. E. (Ed.) (2002a): Leistungsmessung in Schulen. 2nd edition. Weinheim.
- Weinert, F. E. (2002b): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert (2002a), pp. 17-31.

I. Schwerpunkt
Moralische und ethische Kompetenzen
in der Medizin

**Verständnis für Demenz schaffen:
Scientific Literacy als Kompetenz und
Wissenschaftskommunikation in der Medizin(ethik)**

1. Einleitung

Im Rahmen der Wissenschaftskommunikation stehen vorwiegend Forscherinnen und Forscher im Zentrum der Aufmerksamkeit, deren Forschungsergebnisse, Projekte oder generell die Erkenntnisse der tagtäglichen Arbeit der Öffentlichkeit präsentiert und gegebenenfalls auch mit ihr diskutiert werden sollen. Diese Vermittlung von wissenschaftlich generiertem Wissen dient vor allem dazu, die eigenen Leistungen nicht nur in fachinternen Kreisen verfügbar zu machen, sondern möglichst allen Menschen – auch denen ohne wissenschaftliche Anbindung.¹ Damit ist allerdings auch eine andere Form der Kommunikation und Präsentation erforderlich, weil es sich bei den adressierten Personen eben nicht um wissenschaftliche Expertinnen und Experten handelt. Ethisch relevant erscheint die Wissenschaftskommunikation vor allem mit dem Blick auf die Werte wie Wahrheit, Transparenz, Freiheit, Fairness oder auch den Respekt für andere Menschen.² Nicht zuletzt geht es auch darum, das in den letzten Jahren zunehmend verloren gegangene Vertrauen in die Wissenschaft wiederherzustellen und zu stärken. In diesem Beitrag wird die Relevanz der Wissenschaftskommunikation, sowohl für Forscherinnen und Forscher in der Medizin und Medizinethik als auch für Bürgerinnen und Bürger in Hinblick auf die Demenzerkrankung betrachtet. Dazu gilt es in einem ersten Schritt zu klären, was unter Wissenschaftskommunikation zu verstehen ist und welche ethischen Implikationen bestehen. Danach legen wir die Aufmerksamkeit auf Personen mit Demenz, vor allem, weil diese neurodegenerative Erkrankung in den kommenden Jahren ein gesellschaftlich noch bedeutsameres Problem sein wird und damit auch Herausforderungen für das Gesundheitssystem einhergehen. In einem abschließenden Teil werden

1 Valladares (2021), S. 557-558.

2 Beauchamp/Childress (2019), S. 328-329.

die Überlegungen zusammengeführt, ethische Implikationen aufgezeigt und zudem versucht, normative Vorgaben im Sinne einer scientific literacy darzustellen, um die Bewusstseinsbildung für die Demenzerkrankung innerhalb der Gesellschaft zu fördern.

2. Warum Wissen kommunizieren?

Wissenschaftskommunikation ist eine Möglichkeit, eigene Forschungsvorhaben und deren Ergebnisse mit anderen zu teilen. Die Art und Weise dieser Vermittlung hängt allerdings auch davon ab, in welchem Setting man sich befindet und welche Ziele dabei verfolgt werden.³ Es macht einen Unterschied, ob eine Chirurgin oder ein Chirurg die neuartige Operationsmethode auf einem Kongress für medizinische Fachleute detailliert weitergibt oder mit einer zuständigen Person der PR-Abteilung über falsch dargestellte Informationen auf der eigenen Homepage spricht.⁴ Bereits jetzt ist als wichtiger Punkt festzuhalten, dass die Einzelpersonen, also Forscherinnen und Forscher im Gesundheitsbereich, im Blickpunkt dieser Auseinandersetzung stehen. Sie sind schlussendlich dafür verantwortlich und können im besten Fall auch einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, ob und wie genau ihre Tätigkeiten innerhalb der Gesellschaft vermittelt werden. Dies betrifft sowohl medizinische, therapeutische und pflegerische Fachkräfte, als auch in diesem Bereich forschende Menschen.

In ähnlicher Form wird dies ebenfalls von Dernbach et al. betont, weil wissenschaftlich tätige Menschen „[...] bei allen [...] Formen und Formaten der Wissenschaftskommunikation die Hauptakteure“⁵ sind. Ihre Expertise stellt die notwendige Voraussetzung für ausgewählte Formate der auf die Öffentlichkeit fokussierten Wissensvermittlung dar. Hierzu zählen etwa Vorträge, Forschungsberichte, eine „Lange Nacht der Wissenschaft“ oder auch „Kinder-Unis“.⁶ In diesem Sinne braucht es eine Bereitschaft von forschend tätigen Menschen, ihr eigenes Wissen, die Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsleistung und dahingehend auch vorstellbare Misserfolge einem breiten Publikum zugänglich zu machen.⁷ Aus einer ethischen Sicht lässt sich diese Forderung in ein moralisches Sollen transformieren, mit dem Blick auf den Respekt für die Wissenschaft selbst und für die Bürgerinnen und Bürger. Eine Geheimhaltung von empirischen Ergebnissen oder theoretischen Erkenntnissen würde diesem Respekt zuwiderlaufen

3 Könniker (2017), S. 467-468.

4 Bonfadelli et al. (2017b), S. 4-6.

5 Dernbach et al. (2012), S. 13.

6 Ebd.

7 Zu Phänomenen des Scheiterns in den Wissenschaften vgl. Jungert/Schuol (2022).

und damit auch die Interessen anderer Personen überhaupt nicht berücksichtigen.⁸ In diesem Sinne ist es für wissenschaftlich agierende Menschen moralisch geboten, ihre Forschung zugänglich zu machen, um den Interessen der Mitmenschen zu entsprechen bzw. ihnen mit Respekt zu begegnen.

Seit einigen Jahren hat sich vor allem durch die Etablierung von modernen, digitalen und sozialen Medien auch die Kommunikation von Wissenschaft und deren Ergebnissen zunehmend in den digitalen Raum verlagert. Damit wird auch Wissenschaft für die Öffentlichkeit leichter, schneller und umfangreicher zugänglich.⁹ Dazu zählen neben medizinischen Journalen beispielsweise Podcasts, Blogs, Wikipedia, Twitter (X), YouTube, Flickr oder Facebook. Nach Schäfer werden damit zwar zeit- und ortsungebundene Austauschmöglichkeiten generiert, jedoch steigt gleichzeitig auch ein mögliches Missbrauchspotenzial, und die Frage nach der Verlässlichkeit von bestimmten Meldungen scheint immer schwieriger beantwortbar.¹⁰ Von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ausgesuchte Plattformen, Blogs oder auch die persönlichen Webseiten unterliegen in den seltensten Fällen einer redaktionellen Überprüfung, womit sich die Verantwortung auf die handelnden Individuen verlagert.¹¹ Ob sie wahrheitsgetreu und sachlich argumentieren, liegt somit bis zu einem gewissen Grad in deren Ermessen. Ethisch betrachtet gilt es in diesem Kontext auf den Wert der Wahrheit Bezug zu nehmen.

Wahrheit ist nicht nur in der Arzt-Patient-Beziehung, in familiären Konstellationen oder in der Arbeitswelt von hoher Bedeutung, sondern ebenso im Kontext der Wissenschaft.¹² Als philosophischer Begriff lassen sich viele Interpretationen darüber finden, was mit Wahrheit bezeichnet wird und ob es so etwas wie eine allgemeine Wahrheit überhaupt geben kann. An dieser Stelle ist eine vollumfängliche Analyse des Wahrheitsbegriffes nicht möglich, allerdings wird eine plausible – und die zumeist berücksichtigte – Auffassung anhand der Korrespondenztheorie herangezogen.¹³ Demnach kann von Wahrheit gesprochen werden, wenn eine Übereinstimmung zwischen der Realität und dem besteht, was über diese Realität ausgesagt wird.¹⁴ Für Raupp, Bromme und Kienhues ist Wahrheit immer nur vorübergehend und mit einem Suchprozess verbunden.¹⁵ Im Zuge der De-

8 Raupp (2017), S. 156-157.

9 Fähnrich/Schäfer (2020), S. 516.

10 Schäfer (2017), S. 277-278.

11 Dahlstrom (2014), S. 13615-13616.

12 Beauchamp/Childress (2019), S. 327-329.

13 Paganini (2022), S. 95-96.

14 Tarski (1969), S. 63-64.

15 Bromme/Kienhues (2014), S. 59-60; Raupp (2017), S. 150-151.

menzerkrankung kann dann beispielsweise von einer *wahren* Information gesprochen werden, wenn medizinische Forscherinnen und Forscher behaupten, dass amyloide- β -Plaques und Tau-Proteine mitverantwortlich für das Entstehen der Krankheit sind, weil wissenschaftliche Befunde dafür sprechen.¹⁶ Es besteht daher eine Korrespondenz zwischen der Behauptung und dem realen Gegenstand der Behauptung. Obwohl diese feststellbaren pathologischen Prozesse in wissenschaftlichen Fachkreisen auch im Sinne einer Theorie¹⁷ verstanden werden, entspricht es eher dem Verständnis von Wahrheit, als würde man sagen, dass amyloide- β -Plaques und Tau-Proteine überhaupt keine Rolle spielen.

Im Zuge der Wissenschaftskommunikation sind Forscherinnen und Forscher dazu angehalten, mit Vertreterinnen und Vertretern der Öffentlichkeit zu sprechen.¹⁸ Dazu zählen etwa Journalistinnen und Journalisten, Print- und Onlinemedien, öffentliche Institutionen, Verbände oder generell Personen aus der nicht-wissenschaftlichen Gesellschaft. Die *kommunikationseinleitenden* Akteurinnen und Akteure sind dabei forschend tätige Menschen, Medizin-Journalistinnen und Journalisten sowie in der Öffentlichkeitsarbeit tätige Personen.¹⁹ Zumeist geht es entweder darum, scheinbar falsche bzw. sogenannte pseudowissenschaftliche Inhalte als solche zu entlarven oder darum, sich direkt an die Öffentlichkeit zu wenden, um Feedback zu erhalten und vorhandene Meinungen wahrzunehmen.²⁰ Wesentlich ist hierbei also die Einbeziehung anderer Menschen, welche nicht direkt mit der wissenschaftlichen Landschaft vertraut sind und – ganz allgemein gesprochen – andere Aufgaben und Ziele verfolgen. Anhand dieser Überlegungen lässt sich ebenfalls feststellen, dass es auf Seiten der Bürgerinnen und Bürger eine grundsätzliche Akzeptanz dafür braucht, wissenschaftlich vermittelte Inhalte anzunehmen, auch wenn das transportierte Wissen möglicherweise anfangs schwer zu verstehen ist.

Aufgrund der zunehmenden Abhängigkeit der wissenschaftlichen Organisationen von der Öffentlichkeit (Finanzierung, Förderung, Werbung²¹), wird auch eine stärkere Verpflichtung erkennbar, die eigenen Leistungen in angemessener Weise zu präsentieren. Dernbach et al. bringen diese Verflechtung von unterschiedlichen Systemen zum Ausdruck: „Wissenschaft steht nicht nur im Austausch mit sich selbst, sondern ganz wesentlich mit Politik, Wirtschaft, Recht und

16 Israel et al. (2012); Raman et al. (2020); Kropf (2023), S. 996-997.

17 Andrew/Tierney (2018), S. 1-2; Mielke (2018), S. 14-15; Nebel et al. (2018), S. 1177-1178; Podcasy/Epperson (2016), S. 439-440.

18 Dahlstrom (2014), S. 13616-13617.

19 Könniker (2017), S. 458.

20 Schäfer (2017), S. 279-280.

21 Dernbach et al. (2012), S. 5.

dem Bildungssystem [...]“.²² Dies muss allerdings nicht als Belastung oder zusätzlicher Arbeitsaufwand für wissenschaftliche Fachleute verstanden werden, sondern vielmehr auch als Chance, durch das Feedback, etwaige Nachfragen und die Anregungen aus einem möglichst offenen (gesellschaftlichen) Diskurs, die eigenen Leistungen voranzubringen. „Im Mittelpunkt steht dabei der Dialog von Wissenschaft und Gesellschaft.“²³ Zahlreiche Initiativen ermöglichen es etwa in Europa, dass verschiedenste Personengruppen mit Forscherinnen und Forschern der Medizin(-ethik) zusammenkommen und sich austauschen. Zu nennen wäre beispielsweise das Wissenschaftsfestival *European Science Events Association* (Eusea), wo es vor allem um den Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft geht, oder auch die Plattform *Initiative Science on Stage Europe* (SonSEu), auf welcher Pädagoginnen und Pädagogen wissenschaftliche Unterstützung geboten wird.²⁴ Derartige Projekte verdeutlichen gleichermaßen die durchaus vorhandene Einstellung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, dass sie ihre Forschung an sich weitergeben wollen. Dies trifft ebenso auf Hochschulen, medizinische Einrichtungen oder andere Institutionen zu, denen es ein besonderes Anliegen ist, sich durch beispielsweise Campus-Zeitschriften, Uni-Podcasts oder Newsletter an die Öffentlichkeit zu wenden.²⁵ Aus den bisherigen Darstellungen lassen sich drei wesentliche Gesichtspunkte ableiten, welche für die erfolgreiche Wissenschaftskommunikation ausschlaggebend sind. Dazu zählt die Bereitschaft von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, sich mit ihren *Fähigkeiten* an die Öffentlichkeit zu wenden und nicht nur hinter verschlossenen Forschungseinrichtungen ihrer Arbeit nachzugehen.²⁶ Als zweite Komponente ist die Wahrheit als fundamentaler Wert menschlichen Zusammenlebens unumgänglich, der sowohl forschend als auch nicht forschend tätige Menschen zusammenbringen bzw. motivieren kann und somit auch als vermittelndes Konstrukt fungiert. Die von Beauchamp und Childress beschriebene *veracity* ist im medizin-ethischen Kontext als tugendhafte Verhaltensweise mit der Wahrheit vergleichbar, wonach es darum geht, ehrlich, wahrheitsgetreu und verständlich zu kommunizieren, um beispielsweise Vertrauen aufzubauen und zu bewahren.²⁷ Abschließend wird auch von den Bürgerinnen und Bürgern ein gewisses Maß an Akzeptanz vonnöten sein, sich einerseits der Wissenschaft als Disziplin zu öffnen und andererseits auch schwer verständliche Informationen aufgrund der sachkundigen Arbeitsweise dahinterstehender Personen als solche zu akzeptieren.

22 Ebd., S. 2.

23 Fähnrich/Schäfer (2020), S. 516.

24 Dernbach et al. (2012), S. 7.

25 Könniker (2017), S. 456.

26 Kuehne/Olden (2015), S. 3585-3586.

27 Beauchamp/Childress (2019), S. 327-329.

Im Kontext von Demenz, insbesondere bei der am häufigsten auftretenden Alzheimer-Erkrankung (ca. 70 % aller Demenzen), kommt der Wissenschaftskommunikation eine herausragende Bedeutung zu, weil es sich um eine Krankheit handelt, die jede/n treffen kann.

3. Demenz-Darstellung in der Öffentlichkeit

Personen mit Demenz erleben aufgrund ihrer Erkrankung einen zunehmenden Verlust der Gedächtnisleistung; ihre körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab, bis sich eine physische und psychische Angewiesenheit auf andere Menschen ergibt.²⁸ Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge wird die Demenzerkrankung bis zum Jahre 2050 weltweit mehr als 140 Millionen Menschen betreffen, womit sich die aktuellen Zahlen hinsichtlich der Erkrankung mehr als verdreifachen.²⁹ Dies führt nicht nur zu höheren Ausgaben im Gesundheitsbereich, etwa durch den zusätzlichen Personalbedarf, sondern betrifft die Gesellschaft als Ganze. Abgesehen von den ressourcenbezogenen Herausforderungen scheint die Demenzerkrankung innerhalb der Bevölkerung viele Unsicherheiten, Ängste, Sorgen und Belastungen hervorzurufen.³⁰ Hierzu ist Wissenschaftskommunikation von entscheidender Relevanz, um sowohl die Erkrankung selbst als auch damit verbundene Begleiterscheinungen zu erklären bzw. einen realistischen Eindruck zu vermitteln. Dies entspricht dem wissenschaftlichen Anspruch und kann auch als Anrecht von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung angesehen werden. In erster Verantwortung befinden sich wissenschaftlich tätige Menschen, welche sich mit biologischen, medizinischen, ethischen bzw. allgemein gesundheitsrelevanten Aspekten der Demenz und den betroffenen Individuen befassen.

Mit einer Demenzerkrankung werden gesellschaftliche und individuelle Vorstellungen verbunden, wie etwa die Furcht zu erkranken, in Anstalten eingeschlossen zu sein,³¹ kein selbstbestimmtes Leben mehr führen zu können, sozial ausgeschlossen zu werden³² oder auch schlicht das eigene Selbst zu verlieren. Diese Vorbehalte diskriminieren teils explizit und teils implizit eine Personengruppe, einzig und allein aufgrund der Erkrankung selbst, widersprechen nicht nur den Ansprüchen an Gleichheit, Freiheit und einem respektvollen Miteinander, sondern steigern die schon vorhandene Besorgnis innerhalb der Gesellschaft. Zumeist basiert die entsprechende Information auf mediengestützten Inhalten,

28 Low/Purwaningrum (2020), S. 9-10.

29 Alzheimer's Disease International (2023).

30 Herrmann et al. (2018), S. 316-317.

31 Low/Purwaningrum (2020), S. 2.

32 Hagan/Campbell (2021), S. 2363.

welche leicht zur Festlegung von Stereotypen verleiten können und *scheinbares* Wissen repräsentieren.³³ Der Begriff *scheinbar* ist hier vor allem deswegen angemessen, weil es in der medialen Berichterstattung nicht immer nur um wahre bzw. wissenschaftlich korrekte Inhalte geht, sondern auch um Einschaltquoten, finanzielle Erträge, Konkurrenzkampf oder Prestige. Aufgrund der nicht selten vorhandenen Einstellung zu Demenz scheuen sich viele Menschen davor, zur Ärztin oder zum Arzt zu gehen und sich bei ersten Symptomen und einem Verdacht auf Demenz untersuchen zu lassen.³⁴ Darüber hinaus haben auch medizinische Fachkräfte manchmal die Befürchtung, eine zu frühe Diagnose könnte für betroffene Menschen zu Überforderung und Hilflosigkeit führen – welche es dann zu verhindern gilt.³⁵ Aus einigen Studien³⁶ geht jedoch ebenfalls hervor, dass eine frühestmögliche Diagnose von entscheidender Bedeutung ist, um weitere Schritte zu planen und den Personen Gewissheit zu verschaffen. Welche Rolle kann Wissenschaftskommunikation im Falle von Demenz-Erkrankungen einnehmen? Was kann und soll sie leisten?

Die Wissenschaftskommunikation soll vor allem das gesamtgesellschaftliche Bewusstsein zur Demenzerkrankung fördern. Da sich unsere Gesellschaft auf eine steigende Zahl von Betroffenen in den kommenden Jahren einstellen muss, besteht hier noch größerer Handlungsbedarf. Wesentlich sind eine Beschreibung der Krankheit und damit üblicherweise einhergehende Folgen, aktuelle Behandlungsstrategien und therapeutische – medikamentöse und nicht-medikamentöse – Möglichkeiten sowie empirisch belegte Vorstellungen und Erfahrungsberichte eines guten Lebens – auch nach der Demenz-Diagnose.³⁷ An dieser Stelle sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass die Demenzerkrankung für viele Betroffene vor allem zu Beginn besorgniserregend ist. Es stellen sich etwa Fragen zur weiteren Lebensplanung, zu adäquaten Anlaufstellen, einer ressourcenbezogenen Unterstützung oder auch zu Möglichkeiten der Entlastung für pflegende Angehörige.³⁸ Für die Weitergabe derartiger Informationen stehen Forscherinnen und Forscher – was im Gesundheitsbereich medizinische Fachkräfte betrifft – in einer besonderen Pflicht. Als wissenschaftlich agierende Menschen haben sie bestimmte Privilegien wie den Zugang zu Laboren, Bibliotheken, Kooperationsmöglichkeiten, Bildungspfaden oder auch Forschungsgeldern,

33 Ebd.

34 Herrmann et al. (2018), S. 319.

35 Low/Purwaningrum (2020), S. 2.

36 Chapman et al. (2011), S. 659-660; Hagan/Campbell (2021), S. 2371-2373; Nebel et al. (2018), S. 1177-1178.

37 Dahlstrom (2014), S. 13616-13617; Schmidhuber (2020), S. 58-60; Schmidhuber (2022), S. 33-35.

38 Mamom/Daovisan (2022), S. 9-11; Seidel/Thyrian (2019), S. 661-662.

welche anderen Menschen vorenthalten bleiben. Die Erkenntnisse oder auch das Forschen an sich (durch forschende Individuen) haben somit einen Wert, der auch für nicht-wissenschaftlich tätige Personen von Bedeutung sein kann.³⁹ Aus ethischer Sicht scheint es plausibel zu konstatieren, dass Forscherinnen und Forscher aufgrund ihrer Sonderstellung eine höhere Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft haben als andere Berufsgruppen. Diese Verpflichtung beinhaltet insbesondere das durch die Tätigkeit generierte Wissen weiterzugeben und damit auch die Bewusstseinsbildung anzustoßen.

Die wahrheitsgetreue Information über die Erkrankung ist ethisch gesehen von Bedeutung, was schon zu Beginn dieses Beitrages thematisiert wurde. Damit werden Falschmeldungen, Fake News, die Vorenthaltung selektiver Inhalte oder auch die Preisgabe von schlechten Informationen zu einem moralisch wichtigen Anliegen.⁴⁰ Da sich durch die Berücksichtigung der Wahrheit auch eine ethische Handlungsorientierung ableiten lässt, sind jegliche Vorgehensweisen zu vermeiden, welche diesem Wert entgegenstehen. Klarerweise benötigt es eine Abwägung von positiven und negativen Konsequenzen, welche eine bestimmte Information mit sich bringen würde, allerdings erlaubt die Bezugnahme – der Wahrheit als hoch geschätzter bzw. entscheidender Wert – eine Orientierung sowohl für forschende als auch nicht-forschende Menschen.⁴¹

Es kann aktuell in der Gesellschaft der Eindruck bestehen, als hätten Personen mit Demenz keine andere Wahl, als ihr Leben noch vor dem Eintritt in die scheinbar unausweichliche Fremdbestimmung zu beenden; darauf lassen zumindest die bisherigen Untersuchungen schließen. Mediale Präsentationen unterstützen diesen Eindruck, vor allem wenn Personen mit Demenz als lebensmüde, alt, abwesend oder generell unzufrieden dargestellt werden.⁴² Anhand dieser Visualisierungen erscheint es fast ausgeschlossen, dass sich auch im Leben von diesen Menschen schöne, beruhigende, zufriedene und glückliche Momente finden lassen. Im Sinne der Wahrheit bzw. um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es aber wichtig, auch die doch noch immer vorhandenen Möglichkeiten eines gelückten Lebens darzustellen, welche für Menschen mit Demenz auch in späteren Phasen der Krankheit vorstellbar sind und sich durch einige Studien⁴³ belegen lassen.

Auf Basis zahlreicher Publikationen – welche sich mit Bildern, Videos, Zeitungsartikeln bzw. generell der *Demenz-Darstellung* in der Öffentlichkeit befasst

39 Kuehne/Olden (2015), S. 3585-3586.

40 Beauchamp/Childress (2019), S. 328-330.

41 Bromme/Kienhues (2014), S. 59-60.

42 Hagan/Campbell (2021), S. 2363-2364; Low/Purwaningrum (2020), S. 2-3.

43 Gotanda et al. (2023), S. 1113-1115; Martyr et al. (2018), S. 2135-2137; Wu et al. (2020), S. 449-451.

haben – fanden Low und Purwaningrum in einem systematischen Review heraus, dass in den meisten Fällen die negativen Auswirkungen der Demenzerkrankung betont werden und damit auch vielfältige Unzulänglichkeiten, mit denen sich betroffene Individuen konfrontiert sehen (werden): „Flashbacks were commonly used to show the person earlier in their life, emphasising losses and decline.“⁴⁴ Damit etabliert sich jedoch leicht die Auffassung, dass die Krankheit den Menschen komplett vereinnahmen würde, bis keine *Person* mehr vorhanden sei. Im Zuge dessen werde der Mensch hinter die Krankheit geschoben und aus jeglichen Überlegungen gestrichen. Häufig finden sich auch Formulierungen in der Literatur, wonach die betroffenen Menschen „eigentlich schon tot“ seien oder sich in einem unaufhaltsamen Sterbe-Prozess befänden und folgerichtig auch nichts mehr unternommen werden müsse. Die damit verbundene Herausforderung wird von Low und Purwaningrum klar gemacht: „[...] people with dementia were labelled as sufferers of unspeakable horror, passive victims of apocalyptic demography.“⁴⁵ Aufgrund medialer *Zugänge* werden Menschen tagtäglich mit diesen düsteren Prognosen konfrontiert, denen sie vielleicht entkommen wollen, das Entkommen allerdings durch die dauernde Verfügbarkeit schwer umzusetzen ist.

Der Blick auf die Person selbst kann als Anhaltspunkt einer ethischen Analyse dienen und nicht die äußerst bedenkliche Betonung der Krankheit. Wenn Kitwood davon spricht, dass die Person mit Demenz in den Mittelpunkt zu stellen ist, dann wird damit implizit auf die Würde des menschlichen Wesens Bezug genommen.⁴⁶ Die Missachtung von noch immer in veränderter Form vorhandenen Interessen oder auch die Instrumentalisierung für gesellschaftliche Zwecke lässt sich ethisch nur schwer rechtfertigen.⁴⁷ Wesentlich und notwendig erscheint die bestmögliche Einbeziehung von Personen mit Demenz – in ein gesellschaftliches Miteinander –, auch wenn sich in späteren Phasen gewisse Persönlichkeits- oder Charaktermerkmale verändern und zunehmend Unterstützungsbedarf besteht.⁴⁸ Damit einher geht die wichtige Feststellung, dass sich die Aufmerksamkeit weg von der Krankheit und hin zum Menschen wenden muss. Die Demenzerkrankung, und damit unweigerlich auch die betroffenen Personen, fallen sehr häufig einer gesellschaftlich hartnäckig verankerten Stereotypisierung zum Opfer: „The stereotypical depiction of a person of dementia was of an old person with Alzheimer’s disease, who loses their memory, mind and identity, behaves

44 Low/Purwaningrum (2020), S. 10.

45 Ebd.

46 Kitwood (2008), S. 86-88.

47 Baranzke (2021), S. 138-139.

48 Mattern (2019), S. 24-25; Schmidhuber (2020), S. 97-99.

unpredictably and is suffering.“⁴⁹ Dass jedoch auch ein Leben mit Demenz möglich ist, wird gar nicht in Erwägung gezogen. Zu den potenziellen Folgen der Stigmatisierung zählen soziale Isolation, Stress oder auch ein geringeres Selbstwertgefühl, wobei auch nahe Bezugspersonen (pflegende Angehörige) davon betroffen sein können.⁵⁰ Die Rolle von pflegenden Angehörigen verändert sich durch die Betreuung von Menschen mit Demenz. Das bedeutet, dass sie nicht mehr nur als enge Verwandte, Freunde oder Lebenspartner fungieren, sondern in gewissem Umfang auch Pflegeaufgaben übernehmen.⁵¹ Damit diese Pflege nicht zur Überforderung wird, sind geeignete Unterstützungsmaßnahmen notwendig. Abgesehen von der gesellschaftlich-kulturellen und vor allem medialen Förderung einer häufig falschen Vorstellung der Demenzerkrankung sind es auch zum Teil die Personen mit Demenz selbst, welche die Stigmatisierung verinnerlicht haben.⁵² Eine betroffene Person beschreibt diese Annahme in der Studie von Hagan und Campbell eindrucksvoll:

„Before I ever knew anything much about Alzheimer’s, I just thought you were done [...], I didn’t [...] see that there was a future [...] I really thought that anybody that had it were done [...]“.⁵³

Mit diesen durchaus verständlichen Befürchtungen wird aber gleichermaßen deutlich, wie wichtig eine angemessene Kommunikation von Wissen, Forschungsergebnissen oder grundsätzlich der Arbeit von Forscherinnen und Forschern für die Allgemeinbevölkerung sein kann. Ihre Expertise und der Einblick in die wissenschaftlich nachvollziehbaren Vorgänge rund um die Demenzerkrankung können in bestem Falle dazu beitragen, diese zumeist ungerechtfertigterweise vorhandenen Sorgen und Ängste zu reduzieren. Ausschlaggebend für die gesamtgesellschaftliche Reduktion der Demenz-Stigmatisierung sind Aufklärung und Einbeziehung (der Öffentlichkeit), was von Kim et al. durch *education* und *contact* beschrieben wird.⁵⁴ In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung der Wissenschaftskommunikation augenscheinlich, auch mit dem Blick auf die bereits dargestellten Gesichtspunkte der Bereitschaft (von Forscherinnen und Forschern), der Wahrheit und der Akzeptanz (von Bürgerinnen und Bürgern).

Bei der Demenzerkrankung erscheint die Berücksichtigung von etwas (dem Geist, den kognitiven Fertigkeiten), das eigentlich nicht mehr vorhanden ist, oftmals bedeutungslos und unlogisch. Personen mit Demenz – und generell alle

49 Low/Purwaningrum (2020), S. 12-13.

50 Herrmann et al. (2018), S. 323-324; Kropf (2023), S. 994-995.

51 Spatuzzi et al. (2019), S. 297-298.

52 Kim et al. (2019), S. 1-2.

53 Hagan/Campbell (2021), S. 2368.

54 Kim et al. (2019), S. 1-2.

Menschen – sind aber nicht nur auf ihr kognitives Vermögen zu reduzieren.⁵⁵ Die emotionale Komponente und folglich auch das Eingebundensein in ein soziales Gefüge sind ebenfalls zu berücksichtigen und können in späten Phasen der Erkrankung einen noch höheren Stellenwert einnehmen.⁵⁶ Infolge der gesellschaftlichen Einbeziehung von Personen mit Demenz kann sich nicht nur deren Wohlbefinden verbessern, sondern auch andere Menschen ermutigen, aktiv an der Bewusstseinsbildung für die Erkrankung mitzuwirken. Die Studie von Hagan und Campbell verdeutlicht diese Relevanz: „We’re doing [...] things like that so you’re treated as an adult and doing adult things, whereas you don’t want to be mothered or wrapped in cotton wool or anything else“.⁵⁷ Mit einem ethischen Blick lässt sich diese Darstellung auch als Förderung von Selbstbestimmung und Empowerment verstehen, wenn Individuen, welche durch die Krankheit bestimmte Einschränkungen erfahren, in verschiedene kooperative Settings eingebunden werden und aktiv am Leben teilhaben.

Was sich außerdem zeigt, und in weiterer Folge dieses Beitrages als Referenzpunkt für die Wichtigkeit der Wissenschaftskommunikation herangezogen wird, ist der Bezug zur Freiheit des Menschen. Wenn man der Auffassung von Beauchamp und Childress zur autonomen Entscheidung folgt, braucht es neben der Intentionalität des oder der Handelnden und der Nicht-Kontrolle auch den Aspekt des Verstehens.⁵⁸ Dieses Kriterium erscheint mit der Kommunikation und Präsentation von medizinischem und medizinethischem Wissen in entscheidender Weise zusammen zu hängen, und zwar insofern, als ohne bereitgestelltes Wissen, welches klarerweise verfügbar und vermittelbar sein muss, kein adäquates Verstehen möglich ist. Während Beauchamp und Childress durchaus berechtigt darauf Wert legen, dass dieses Verstehen gradueller Natur ist, erscheint ethisch betrachtet allerdings die Bereitstellung von Wissen zuallererst essenziell.⁵⁹ Ohne diesen ersten Schritt ist auch Verstehen nicht möglich, insofern sich dann ohne vorhandene Information auch das Verständnis auf nichts beziehen würde. Aus diesen Überlegungen scheint klar zu werden, dass Forscherinnen und Forscher bzw. alle Personen mit dementsprechenden Privilegien, eine Verpflichtung zur Vermittlung ihrer Tätigkeiten haben; vor allem, um darauf basierende autonome Entschlüsse überhaupt erst möglich zu machen.⁶⁰ Ob sich beispielsweise Personen aus der Bevölkerung dann zur Annahme und Verwendung dieses Wissens

55 Kitwood (2008), S. 86-88.

56 Herrmann et al. (2018), S. 328-329; Schmidhuber (2020), S. 78-79.

57 Hagan/Campbell (2021), S. 2371.

58 Beauchamp/Childress (2019), S. 102.

59 Ebd., S. 102-104.

60 Kropf (2023), S. 1001-1002.

entschließen, hängt zwar mit diesem moralischen Sollen – der forschenden Personen – zusammen, ist aber in einer weiterführenden Analyse zu eruieren, welche im Folgenden mit Bezug zur scientific literacy umgesetzt wird.

4. Die Relevanz von Scientific Literacy

Nach den Überlegungen zur Wissenschaftskommunikation und der Betonung, dass die Demenzerkrankung bzw. die betroffenen Menschen in der Allgemeinbevölkerung nicht immer angemessen wahrgenommen werden, gilt es, scientific literacy als wesentliche Kompetenz in den Fokus zu nehmen und deren Bedeutung zu klären. Diese Kompetenz wird im weiteren Verlauf des Abschnittes präzisiert, um einerseits forschend tätigen Menschen als Anhaltspunkt für deren Wissensvermittlung zu dienen und andererseits Personen aus der Allgemeinbevölkerung dazu zu befähigen, Wissenschaft als solche besser zu identifizieren und sich selbst damit vertrauter zu machen.⁶¹ Im Zuge dessen wird auch die bereits angesprochene autonome Entscheidung von Relevanz, welche von wissenschaftlich tätigen Menschen ermöglicht werden kann und zudem eine potenzielle Kompetenz von Bürgerinnen und Bürgern darstellt. Die bislang hervorgehobene Kommunikation von Wissenschaft ist nach Könneker zwar „[...] nicht hinreichend, aber notwendig zur Verbesserung der *science literacy* von Nicht-Experten“⁶² und Nicht-Expertinnen. Mit dieser Formulierung kann auf die bereits dargestellte Bereitschaft von wissenschaftlichen Fachleuten Bezug genommen werden, deren aktives Einwirken auf die Gesellschaft als unerlässlicher Bestandteil für den Aufbau einer Wissenschaftskompetenz von Laien anzusehen ist. Demnach sind auch Menschen aus der nicht-wissenschaftlichen Gemeinschaft dazu angehalten, sich diesem bereitgestellten Wissen zu öffnen und aufgrund der Wichtigkeit der Demenzerkrankungen passive und aktive *Aufklärungsbereitschaft* zu zeigen.

Unter dem Begriff scientific literacy⁶³ lassen sich verschiedene Vorstellungen fassen, wie etwa ein grundsätzliches Verständnis für die Differenzierung zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Aussagen⁶⁴ oder die Kompetenz, wissenschaftliche Erkenntnisse auf praktische Beispiele umzulegen.⁶⁵ Scientific literacy kann darüber hinaus die Voraussetzung für eine aktive

61 Valladares (2021), S. 557-558.

62 Könneker (2017), S. 465.

63 Der Begriff „scientific literacy“ scheint auf die Arbeiten von Paul L. Dressel um die 1950er und 60er Jahre zurückzuführen, obwohl keine explizite Erwähnung stattfindet und sich das heutige Verständnis weiterentwickelt hat. Dressel (1967); Dressel et al. (1960).

64 Serong et al. (2019), S. 88-89; Valladares (2021), S. 562-563.

65 Aristeidou/Herodotou (2020), S. 9-10; Bromme/Kienhues (2014), S. 56-57.

Teilnahme in wissenschaftlichen Diskussionen beschreiben oder eine kritische Haltung gegenüber wissenschaftlichen Informationen definieren.⁶⁶ In diesem Beitrag geht es um die Stärkung der öffentlichen Bewusstseinsbildung für die Demenzerkrankung. Dafür nehmen Bürgerinnen und Bürger eine besondere Rolle ein, weil sich ein gesellschaftliches Meinungsbild – oder besser gesagt die bereits dargestellten Befürchtungen hinsichtlich der Erkrankung – nur durch aktive Mitwirkung der Einzelpersonen verändern kann. In diesem Sinne braucht es eine kritische Haltung gegenüber wissenschaftlichen und medialen Inhalten, um diese nicht einfach vorbehaltlos zu übernehmen und in die eigene Haltung zu integrieren. Die aktuell immer häufigere Reaktion von „[...] some citizens and political leaders, denying scientific knowledge about socio-scientific issues of planetary relevance [...]“⁶⁷ wird globale gesellschaftliche Folgen haben. Eine angemessene Wissensvermittlung hat insbesondere für den Gesundheitsbereich und die Berücksichtigung von Personen mit Demenz eine enorme Bedeutung. Andernfalls bleibt die zu oft vorhandene Ausgrenzung bestehen, die Versorgung verlagert sich zunehmend in den häuslichen Bereich und beansprucht pflegende Angehörige (zu) stark – oder die betroffenen Individuen werden gänzlich ignoriert. Auch der künftig durchaus realistische Einsatz von Pflegerobotern und *Künstlicher Intelligenz* zur Betreuung von Individuen mit Demenz wirft ethisch relevante Fragen auf⁶⁸ und ist im Kontext der Wissenschaftskommunikation bedeutsam.

Der Blick auf Personen mit Demenz und ihre aktive Einbeziehung in gesellschaftliche Praktiken kann dazu verhelfen, die tief verankerten Vorurteile und Stigmatisierungen zu lösen. Anhand der Bewusstmachung dessen, dass nicht bereits die Diagnose der Demenzerkrankung als Ende des Lebens anzusehen ist und wissenschaftliche Erhebungen⁶⁹ für die Überzeugung sprechen, dass auch in späteren Phasen ein glückliches und sozial eingebundenes Leben möglich ist, kann dieser Prozess erleichtert werden. Das in diesem Beitrag wichtige Verständnis von scientific literacy ist breit gefasst und orientiert sich an den Überlegungen von Yacoubian, wonach kritisches Denken die Grundvoraussetzung für weiterführende Kompetenzen in wissenschaftlicher Hinsicht ist:

„[...] it is imperative that future citizens are provided with all the needed support so that they can practice exploring critically both (1) science-based social issues and (2) the broader political, social, and economic systems in which particular science-based social issues get shaped.“⁷⁰

66 Feinstein (2011), S. 171-173; Yacoubian (2018), S. 309.

67 Valladares (2021), S. 557.

68 Schmidhuber (2022), S. 16-17.

69 Camacho-Montaña et al. (2021); Keenan/Kirwan (2018).

70 Yacoubian (2018), S. 312.

Mit dieser Formulierung wird die Unterstützung von Bürgerinnen und Bürgern zum Aufbau einer scientific literacy betont, welche von wissenschaftlichen Akteuren des Gesundheitswesens und deren Institutionen kommen soll. Scientific literacy erscheint als Grundvoraussetzung für die Förderung der Gesundheitskompetenz. Menschen, die wissenschaftliche Inhalte komplett ignorieren bzw. die oben beschriebenen Vorurteile und Ängste verinnerlichen, sind weniger im Stande, geeignete Maßnahmen für ihre eigene Gesundheit zu ergreifen.

Um alle beteiligten Personen auch aktiv einzubinden, würde es sich anbieten, wissenschaftlich und nicht wissenschaftlich agierende Menschen näher an die Personen mit Demenz heranzubringen. Dabei kann der Austausch untereinander nicht nur Informationen und Wissen generieren, sondern lässt die unvergleichliche Perspektive der betroffenen Menschen mit einfließen.⁷¹ Durch gemeinsame Aktivitäten kann sich ein gesundheitsförderliches, der Wahrheit entsprechendes und auch gesellschaftlich gesehen positiveres Verständnis der Demenzerkrankung etablieren.⁷² Es geht um eine Nachvollziehbarkeit von wissenschaftlichen Prozessen, die mediale Darstellung von Wissenschaft und personenspezifische Interpretationen von wissenschaftlichen Informationen.⁷³ Mit dem Verweis auf den dargestellten Wert der Wahrheit lässt sich gemeinsam eruieren, welche Ängste oder Sorgen möglicherweise vorhanden sind und welche wissenschaftlichen Ergebnisse dem entgegen zu stellen sind. Neben den Optionen, die nach einer Demenzdiagnose weiterhin verfügbar sind, gilt es die genannten Herausforderungen zu berücksichtigen. Für die meisten Menschen repräsentiert die Diagnose ein lebensveränderndes Ereignis, das gemeistert werden muss. Pflegende Angehörige und nahestehende Menschen können in einer solchen Situation helfen, aber emotionale Belastungen, zukunftsbezogene Sorgen oder ein Gefühl der Hilflosigkeit, sind ebenfalls vorstellbar.⁷⁴

Menschen mit dieser Erkrankung wären bestmöglich geeignet, ihre eigenen Erfahrungen zu schildern, was auch online (*citizen science projects*) immer mehr an Bedeutung gewinnt.⁷⁵ Damit einher geht ebenfalls die Förderung von autonomen Entscheidungen, welche die von Beauchamp und Childress dargestellte Form des graduellen Verstehens integriert.⁷⁶ Entsprechend Valladares erfordert der Umgang mit aktuellen Herausforderungen „[...] a flexible scientific literacy [...]“.⁷⁷ Nur wenn Personen dazu bereit sind, ihre eigenen Vorstellungen einer adaptiv-

71 Valladares (2021), S. 562-563.

72 Herrmann et al. (2018), S. 328-329; Tarski (1969), S. 69-70.

73 Howell/Brossard (2021), S. 1-2.

74 Burgdorf/Amjad (2023), S. 1239; Budgett et al. (2024), S. 6-7.

75 Aristeidou/Herodotou (2020), S. 1-2.

76 Beauchamp/Childress (2019), S. 102-104.

77 Valladares (2021), S. 559.

kritischen Analyse zu unterziehen, lassen sich bestimmte Wissensinhalte aufnehmen, wofür der kommunikative und diskursive Austausch entscheidend scheint.

Unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte bleibt die Aktivität von Bürgerinnen und Bürgern, sich auch im Sinne einer scientific literacy wissenschaftlichen Informationen gegenüber offen zu zeigen, alternativlos.⁷⁸ Eine derartige Haltung wird genau deswegen zu begründen sein, weil damit die Interessen von Personen mit Demenz berücksichtigt und ungerechtfertigte Stigmatisierungen vermieden werden. Andernfalls würden diese Menschen weiterhin einer sozial zugeschriebenen Diskriminierung ausgesetzt sein und ihre Lebenslagen nicht in einer Weise gewürdigt werden, die es aus einer ethischen Sicht braucht. Durch die Aussage einer Person mit Demenz wird erkennbar, dass die Bereitschaft, sich neues Wissen aneignen zu wollen, durchaus vorhanden sein kann, insbesondere durch die eigene Lage, in der man sich befindet:

„Until they'd asked, I didn't realise what delirium was so I had to do the research what delirium was and then realise, yeah, this is significant to me..., this could happen to me. And then write a speech and go and do the speech.“⁷⁹

In diesem spezifischen Fall fungiert zwar die krankheitsbezogene Situation als Initiator für die Bereitschaft, sich der Wissenschaft zu öffnen, kann allerdings auch – mit dem Verweis auf die Bedeutung von Demenz – auf alle Bürgerinnen und Bürger angewendet werden.

Die vorhandenen *Demenz-Befürchtungen*, welche dann eine stigmatisierende Haltung entstehen lassen können, finden sich nicht nur in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch bei Fachkräften aus den Gesundheitsberufen.⁸⁰ Viele Menschen scheinen durch die mediale Vermittlung der Demenz-Befürchtungen bestimmte Assoziationen abgespeichert zu haben, welche zwar an sich nicht moralisch verwerflich sind; ethisch betrachtet wäre allerdings die strikte Weigerung bedenklich, sich wissenschaftlichen Aussagen mit einem hohen Wahrheits-Anspruch, kategorisch zu verschließen.⁸¹ Damit wird eine gebotene Folgerung erkennbar, dass ein persönliches Engagement ausschlaggebend ist, sich auch mit dieser bereits beschriebenen Erkrankung auseinanderzusetzen und das sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch der Bürgerinnen und Bürger. Eine Person mit Demenz im Anfangsstadium betont hierzu: „I want to make awareness, I really, really want to speak out about dementia.“⁸² In Folge der vorangegangenen Überlegungen spricht Vieles dafür, dass Personen aus der Allgemeinbevölkerung dazu

78 Aristeidou/Herodotou (2020), S. 9-10.

79 Hagan/Campbell (2021), S. 2370.

80 Herrmann et al. (2018), S. 328.

81 Feinstein (2011), S. 176-177; Ke et al. (2021), S. 590-592.

82 Hagan/Campbell (2021), S. 2372.

aufgefordert sind, ihre eigenen Vorstellungen kritisch zu reflektieren und sich der Wissenschaft gegenüber offen zu zeigen. Damit können ein wichtiger Beitrag zur Gleichbehandlung im Gesundheitsbereich geleistet und letztlich auch autonome Entscheidungen möglich gemacht werden. Scientific literacy im oben beschriebenen, mehrdeutigen Sinne ist dafür eine wesentliche Grundkompetenz, die mittels Wissenschaftskommunikation und Wissenschaftsreflexion gefördert werden kann.

5. Schlussbetrachtungen und Perspektiven

Die bisherigen Überlegungen verdeutlichen den Stellenwert der Wissenschaftskommunikation, insbesondere wenn die gesellschaftlich vorherrschende Meinung zur Demenzerkrankung und deren gesundheitsrelevante Konsequenzen betrachtet werden. Aus einer ethischen Perspektive ergeben sich durch die beschriebenen Vorstellungen der Demenzerkrankung, welche zumeist negativ und sozial-medial etabliert sind, vielfältige Herausforderungen.⁸³ Dazu zählen die potenzielle Kontakt-Vermeidung mit Personen mit Demenz, eine unzureichende Ausrichtung der Gesundheitsversorgung oder eine gesamtgesellschaftliche Isolation. Zusätzlich könnte sich auch bei Betroffenen selbst die Einstellung verfestigen, sie sollten das soziale Leben aufgeben, um nahestehenden Menschen „nicht zur Last zu fallen“. Da Wahrheit einen signifikanten Wert repräsentiert, soll die Ausrichtung darauf sowohl Forscherinnen und Forschern als auch Menschen aus der Öffentlichkeit als Anhaltspunkt dienen. Daraus ergibt sich dann ebenfalls die Notwendigkeit, Informationen und wissenschaftliche Inhalte wahrheitsgetreu zu übermitteln – auch im Sinne der beschriebenen *veracity*.⁸⁴ Erst damit ist es möglich, nicht nur dem geschuldeten Respekt gegenüber den Mitmenschen gerecht zu werden, sondern autonome Entscheidungen in den Bereich des Möglichen zu bringen. Ohne das auf Wissen basierende Verstehen lassen sich komplexe Vorgänge, wie es auf die Demenzerkrankung zutrifft, keineswegs nachvollziehen, womit realistische Einschätzungen und daran anschließende Einstellungen unmöglich erscheinen. Die in diesem Beitrag vorgestellte scientific literacy bindet drei Aspekte mit ein, wozu kritisches Denken, gemeinsame bzw. interdisziplinäre Austauschmöglichkeiten (zum Verstehen) und persönliche Wissensbereitschaft zählen.

Positive Zugänge hinsichtlich der Demenzerkrankung spiegeln sich insbesondere in einer Fürsorge, einem Da-sein-wollen für Personen mit Demenz und

83 Howell/Brossard (2021), S. 6-7.

84 Beauchamp/Childress (2019), S. 327-329.

dem Verweis auf einen natürlichen Part des Älter-Werdens wider.⁸⁵ Ethisch betrachtet gewinnen relationale Aspekte der Sorge und des Kümmerns an Bedeutung, zugunsten der zum großen Teil ungerechtfertigten Schreckensszenarien. Die Aussage einer kürzlich an Demenz erkrankten Person unterstreicht die Wichtigkeit der öffentlich zugänglichen Informationen zur Demenzerkrankung: „Life isn’t over, it’s really not. And that needs to get into the public as well.“⁸⁶ Erst durch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung selbst wird sich im Laufe der Zeit eine Habitualisierung einstellen, wodurch diskriminierende Auffassungen und Vorbehalte an Gewicht verlieren. Die Relevanz einer gesamtgesellschaftlichen Aufklärung zu diesem Thema wird auch von Herrmann et al. betont, weil

„[...] reducing dementia stigma could potentially lead to a better care access, greater support engagement, and ultimately a higher quality of life for people with dementia and their families.“⁸⁷

Diese Aufgabe fällt zwar zu gewissen Teilen in den beschriebenen Verantwortungsbereich von medizin(eth)ischen Forscherinnen und Forschern sowie Personen aus der Gesellschaft, erfordert nichtsdestoweniger eine Zusammenarbeit aller Menschen, damit die Stigmatisierung, welche mit dieser Erkrankung einhergeht, als ethisch bedeutsames Problem auch gemeinsame Behandlung erfährt.⁸⁸ Andernfalls wird nicht nur die häufig den Menschen mit Demenz zugeschriebene Fremdbestimmung bestehen bleiben, sondern auch die Möglichkeit der autonomen Entscheidungen für alle anderen Personen verunmöglicht, sollte die Bereitschaft zur Auseinandersetzung *mit* und der folglichen Aufnahme *von* wissenschaftlich gesehen *wahren* Inhalten nicht bestehen. Es ist deshalb ethisch geboten, dass wir, als Forscherinnen und Forscher in Medizin und Medizinethik, gute Wege zur Wissenschaftskommunikation finden, um scientific literacy und health literacy bei der Gesamtbevölkerung zu stärken.

Interessenkonflikte: Keine

85 Low/Purwaningrum (2020), S. 13.

86 Hagan/Campbell (2021), S. 2368.

87 Herrmann et al. (2018), S. 317.

88 Serong et al. (2019), S. 89-90.

Literatur

- Alzheimer's Disease International (2023): Dementia statistics. In: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/> (22.08.2023).
- Andrew, M. K./Tierney, M. C. (2018): The puzzle of sex, gender and Alzheimer's disease: Why are women more often affected than men? In: *Women's Health* 14, 2 (2018), 174550651881799.
- Aristeidou, M./Herodotou, C. (2020): Online Citizen Science: A Systematic Review of Effects on Learning and Scientific Literacy. In: *Citizen Science: Theory and Practice* 5, 1 (2020), pp. 1-12.
- Baranzke, H. (2021): Würde, Preis und Scham in der Pflege. Zur strukturellen Depersonalisierung durch die ökonomische Sachlogik. In: Proft/von Heere-man (2021), S. 133-148.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford.
- Bonfadelli, H./Fähnrich, B./Lüthje, C./Milde, J./Rhomberg, M./Schäfer, M. S. (Hrsg.) (2017a): *Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation*. Wiesbaden.
- Bonfadelli, H./Fähnrich, B./Lüthje, C./Milde, J./Rhomberg, M./Schäfer, M. S. (2017b): *Das Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation*. In: Bonfadelli et al. (2017a), S. 3-14.
- Bromme, R./Kienhues, D. (2014): *Wissenschaftsverständnis und Wissenschaftskommunikation*. In: Seidel/Krapp (2014), S. 55-81.
- Budgett, J./Sommerlad, A./Kupeli, N./Zabihi, S./Rockwood, K./Cooper, C. (2024): Personalized goals of people living with dementia and family carers: A content analysis of goals set within an individually tailored psychosocial intervention trial, *Alzheimer's & dementia* 10, 3 (2024), pp. 1-11.
- Burgdorf, J. G./Amjad, H. (2023): Impact of diagnosed (vs undiagnosed) dementia on family caregiving experiences. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 71, 4 (2023), pp. 1236-1242.
- Camacho-Montaño, L. R./Pérez-Corrales, J./Pérez-de-Heredia-Torres, M./Martin-Pérez, A. M./Güeita-Rodríguez, J./Velarde-García, J. F./Palacios-Ceña, D. (2021): Spiritual Care in Advanced Dementia from the Perspective of Health Providers: A Qualitative Systematic Review. In: *Occupational Therapy International* 9998480 (2021), pp. 1-11.
- Chapman, R. M./Mapstone, M./Gardner, M. N./Sandoval, T. C./McCrary, J. W./Guillily, M. D./Reilly, L. A./DeGrush, E. (2011): Women have farther to fall: gender differences between normal elderly and Alzheimer's disease in verbal memory engender better detection of Alzheimer's disease in women: In: *Journal of the International Neuropsychological Society/JINS* 17, 4 (2011), pp. 654-662.

- Dahlstrom, M. F. (2014): Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111, Supplement 4 (2014), pp. 13614-13620.
- Dernbach, B./Kleinert, C./Münder, H. (2012b): Einleitung: Die drei Ebenen der Wissenschaftskommunikation. In: Dernbach et al. (2012a), S. 1-15.
- Dernbach, B./Kleinert, C./Münder, H. (Hrsg.) (2012a): *Handbuch Wissenschaftskommunikation*. Wiesbaden.
- Dressel, P. L. (1967): Evaluation of Instruction. In: *Journal of Farm Economics*, 49, 1 (1967), pp. 299-314.
- Dressel, P. L./Burmester, M. A./Mason, J. M./Nelson, C. H. (1960): How the Individual Learns Science. In: *Teachers College Record: The Voice of Scholarship in Education* 61, 9 (1960), pp. 39-62.
- Fährnrich, B./Schäfer, M. S. (2020): Wissenschaftskommunikation zwischen Gesellschafts-, Wissenschafts- und Medienwandel. In: *Publizistik* 65, 4 (2020), S. 515-522.
- Feinstein, N. (2011): Salvaging science literacy. In: *Science Education* 95, 1 (2011), pp. 168-185.
- Gotanda, H./Tsugawa, Y./Xu, H./Reuben, D. B. (2023): Life satisfaction among persons living with dementia and those without dementia. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 71, 4 (2023), pp. 1105-1116.
- Hagan, R. J./Campbell, S. (2021): Doing their damndest to seek change: How group identity helps people with dementia confront public stigma and maintain purpose. In: *Dementia (London, England)* 20, 7 (2021), pp. 2362-2379.
- Herrmann, L. K./Welter, E./Leverenz, J./Lerner, A. J./Udelson, N./Kanetsky, C./Sajatovic, M. (2018): A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 26, 3 (2018), pp. 316-331.
- Howell, E. L./Brossard, D. (2021): (Mis)informed about what? What it means to be a science-literate citizen in a digital world. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 118, 15 (2021), pp. 1-8.
- Israel, M. A./Yuan, S. H./Bardy, C./Reyna, S. M./Mu, Y./Herrera, C./Hefferan, M. P./van Gorp, S./Nazor, K. L./Boscolo, F. S./Carson, C. T./Laurent, L. C./Marsala, M./Gage, F. H./Remes, A. M./Koo, E. H./Goldstein, L. S. B. (2012): Probing sporadic and familial Alzheimer's disease using induced pluripotent stem cells. In: *Nature* 482, 7384 (2012), pp. 216-220.
- Jungert, M./Schuol, S. (Hrsg.) (2022): *Scheitern in den Wissenschaften. Perspektiven der Wissenschaftsforschung*. Paderborn.

- Ke, L./Sadler, T. D./Zangori, L./Friedrichsen, P. J. (2021): Developing and Using Multiple Models to Promote Scientific Literacy in the Context of Socio-Scientific Issues. In: *Science & Education* 30, 3 (2021), pp. 589-607.
- Keenan, P./Kirwan, M. (2018): Nurses' Understanding of Spirituality and the Spirituality of Older People with Dementia in the Continuing Care Setting. In: *Religions* 9, 2 (2018), pp. 1-10.
- Kim, S./Werner, P./Richardson, A./Anstey, K. J. (2019): Dementia Stigma Reduction (DESeRvE): Study protocol for a randomized controlled trial of an online intervention program to reduce dementia-related public stigma. In: *Contemporary Clinical Trials Communications* 14 (2019), pp. 1-5.
- Kitwood, T. M. (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von C. Müller-Hergl. 5. Auflage. Bern.
- Könneker, C. (2017): Wissenschaftskommunikation in vernetzten Öffentlichkeiten. In: Bonfadelli et al. (2017a), pp. 453-476.
- Kropf, M. (2023): Ethical Aspects of Human Induced Pluripotent Stem Cells and Alzheimer's Disease: Potentials and Challenges of a Seemingly Harmless Method. In: *Journal of Alzheimer's Disease Reports* 7, 1 (2023), pp. 993-1006.
- Kuehne, L. M./Olden, J. D. (2015): Opinion: Lay summaries needed to enhance science communication. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 112, 12 (2015), pp. 3585-3586.
- Low, L.-F./Purwaningrum, F. (2020): Negative stereotypes, fear and social distance: a systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. In: *BMC Geriatrics* 20, 1 (2020), pp. 1-16.
- Mamom, J./Daovisan, H. (2022): Listening to caregivers' voices: The informal family caregiver burden of caring for chronically ill bed-ridden elderly patients. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 1 (2022), pp. 1-15.
- Martyr, A./Nelis, S. M./Quinn, C./Wu, Y.-T./Lamont, R. A./Henderson, C./Clarke, R./Hindle, J. V./Thom, J. M./Jones, I. R./Morris, R. G./Rusted, J. M./Victor, C. R./Clare, L. (2018): Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. In: *Psychological Medicine* 48, 13 (2018), pp. 2130-2139.
- Mattern, B. (2019): Demenz in der Öffentlichkeit. In: *Pflege Zeitschrift* 72, 4 (2019), S. 24-26.
- Mielke, M. M. (2018): Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease Dementia. In: *The Psychiatric Times* 35, 11 (2018), pp. 14-17.

- Nebel, R. A./Aggarwal, N. T./Barnes, L. L./Gallagher, A./Goldstein, J. M./Kantarci, K./Mallampalli, M. P./Mormino, E. C./Scott, L./Yu, W. H./Maki, P. M./Mielke, M. M. (2018): Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action, *Alzheimer's & dementia*. In: *The Journal of the Alzheimer's Association* 14, 9 (2018), pp. 1171-1183.
- Paganini, C. (2022): Mit Kranken, Hochbetagten und Sterbenden kommunizieren. Sollen Pflegeroboter immer die Wahrheit sagen? In: *Stronegger/Platzer* (2022), S. 91-106.
- Podcasy, J. L./Epperson, C. N. (2016): Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias, *Dialogues*. In: *Clinical Neuroscience* 18, 4 (2016), pp. 437-446.
- Proft, I./von Heereman, F. (Hrsg.) (2021): Herausforderung Menschenwürde. Anthropologie und Humanwissenschaft im Diskurs. Ostfildern.
- Raman, S./Brookhouser, N./Brafman, D. A. (2020): Using human induced pluripotent stem cells (hiPSCs) to investigate the mechanisms by which Apolipoprotein E (APOE) contributes to Alzheimer's disease (AD) risk. In: *Neurobiology of Disease* 138 (104788), pp. 1-17.
- Raupp, J. (2017): Strategische Wissenschaftskommunikation. In: Bonfadelli et al. (2017a), S. 143-163.
- Rossmann, C./Hastall, M. R. (Hrsg.) (2019): Handbuch der Gesundheitskommunikation. Wiesbaden.
- Schäfer, M. S. (2017): Wissenschaftskommunikation Online. In: Bonfadelli et al. (2017a), S. 275-293.
- Schmidhuber, M. (2020): Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz. Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege. Wien, Münster.
- Schmidhuber, M. (2022): Interkulturelle Kompetenz im Krankenhaus. Arzt-Patienten-Kommunikation mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im interkulturellen Setting. Baden-Baden.
- Seidel, D./Thyrian, J. R. (2019): Burden of caring for people with dementia – comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. In: *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12 (2019), pp. 655-663.
- Seidel, T./Krapp, A. (Hrsg.) (2014): Pädagogische Psychologie. Mit Online-Materialien. 6. Auflage. Weinheim, Basel.
- Serong, J./Lang, B./Wormer, H. (2019): Wissenschaftskommunikation im Gesundheitsbereich. In: Rossmann/Hastall (2019), S. 81-92.
- Spatuzzi, R./Giulietti, M. V./Ricciuti, M./Merico, F./Fabbietti, P./Raucci, L./Bilancia, D./Cormio, C./Vespa, A. (2019): Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. In: *Palliative & Supportive Care* 17, 3 (2019), pp. 294-299.

- Stronegger, W. J./Platzer, J. (Hrsg.) (2022): *Technisierung der Pflege*. Baden-Baden.
- Tarski, A. (1969): Truth and Proof. In: *Scientific American* 220, 6 (1969), pp. 63-77.
- Valladares, L. (2021): Scientific Literacy and Social Transformation: Critical Perspectives About Science Participation and Emancipation. In: *Science & Education* 30, 3 (2021), pp. 557-587.
- Wu, Y.-T./Nelis, S. M./Quinn, C./Martyr, A./Jones, I. R./Victor, C. R./Knapp, M./Henderson, C./Hindle, J. V./Jones, R. W./Kopelman, M. D./Morris, R. G./Pickett, J. A./Rusted, J. M./Thom, J. M./Litherland, R./Matthews, F. E./Clare, L. (2020): Factors associated with self- and informant ratings of quality of life, well-being and life satisfaction in people with mild-to-moderate dementia: results from the Improving the experience of Dementia and Enhancing Active Life programme. In: *Age and Ageing* 49, 3 (2020), pp. 446-452.
- Yacoubian, H. A. (2018): Scientific literacy for democratic decision-making. In: *International Journal of Science Education* 40, 3 (2018), pp. 308-327.

Künstliche Intelligenz in der Psychiatrie – Chance für mehr Kompetenz und weniger Stigma?

1. Einleitung

Der Einsatz von künstlicher Intelligenz zur Prozess-Steuerung und zur effizienten Bündelung von Informationen im Internet hat schon längst Einzug in unseren Alltag gefunden. Erstmals breite Bekanntheit erlangte künstliche Intelligenz durch die Veröffentlichung des textbasierten Chatbots „ChatGPT“, der im November 2022 der Öffentlichkeit zur kostenlosen Nutzung zugänglich gemacht wurde.¹ Der wesentliche Aspekt künstlicher Intelligenz liegt darin, Aufgaben zu übernehmen, die bislang ausschließlich von Menschen erledigt werden konnten. KI-Systeme können große Datenmengen analysieren, Muster erkennen und daraus schließlich neue Inhalte generieren.² So ist es nicht verwunderlich, dass diese moderne Technologie auch im medizinischen Sektor nach und nach immer mehr an Bedeutung gewinnt. Bei der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und auch in ihrer Prävention spielen diverse biologische und Umwelt-Faktoren eine entscheidende Rolle. Vor allem bei psychischen Erkrankungen ist in der Regel von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese auszugehen, für welche sowohl biologische als auch genetische Daten relevant sind.³ Hierbei kann man sich die Fähigkeit von künstlicher Intelligenz zu Nutze machen, eine große Menge an Daten in kurzer Zeit auszuwerten und dabei relevante Muster zu erkennen. Auch die Diagnostik, Prädiktion und Therapie sollen hiermit algorithmisiert werden können, was einer klinischen Beobachtung durch eine geschulte Person wahrscheinlich an Genauigkeit und Effizienz überlegen ist.⁴ Wie aber lässt sich all dies auch mit den Themen des Datenschutzes in Bezug auf die besonders sensiblen Patient:innendaten in Einklang bringen? KI-gesteuerte Programme haben sich als höchst effizient hinsichtlich der Kosten sowie ihrer Zugänglichkeit herausgestellt.

1 Kreutzer (2023), S. 3.

2 Ebd.

3 Südwestrundfunk (2023).

4 Meyer-Lindenberg (2021).

Jedoch ergeben sich aus ihrer vielfältigen Nutzung zahlreiche ethische Fragen in Bezug auf die Achtung der Autonomie zur Selbstbestimmung des Individuums sowie das Recht auf Zugang zu Behandlung durch ausgebildetes Fachpersonal. Auch der Schutz vor Diskriminierung aufgrund der bestehenden Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie der notwendigen Achtung der Menschenwürde spielen eine entscheidende Rolle bei der Digitalisierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.⁵ Die Integration von Chatbots und anderen KI-Apps in die Praxis beeinflusst nicht nur die grundlegenden medizinethischen Prinzipien von Selbstbestimmung, Nichtschaden, Wohltun und Gerechtigkeit – sie beeinflusst maßgeblich das Vertrauensverhältnis und die Beziehung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen. Die rasante Entwicklung digitaler Technologien und deren Implementation in die medizinische Versorgung spielen schon in weiten Bereichen wie der Auswertung radiologischer Untersuchungen und genetischer Forschung eine Rolle. Mit Blick in die Zukunft wird die Kompetenz künstlicher Intelligenz in noch mehr Fachgebieten und auch im Umgang mit unseren persönlichen Daten weiter an Bedeutung gewinnen. Fraglich ist hierbei allerdings, ob regulierende Maßnahmen sowie ein kritischer Umgang mit der Verarbeitung großer Sätze sensibler Daten bei der aktuellen Geschwindigkeit der Entwicklung auf der Strecke bleiben. Wie können die neu gewonnenen Möglichkeiten und Kompetenzen sinnvoll eingesetzt und mit der Einhaltung ethischer Prinzipien in Einklang gebracht werden? Hierzu existieren bereits mehrere verschiedene Modelle, die auf der Idee basieren, für den Einsatz neuartiger Technologien und Informationssysteme die nötigen ethischen Rahmenbedingungen festzulegen. Zunächst lässt sich das „PAPA“-Modell nach Mason beschreiben, welches auf der Theorie des Utilitarismus beruht.⁶ Das Akronym PAPA setzt sich aus den vier Bereichen ethisch relevanter Fragestellungen zusammen, die sich mit der Entwicklung moderner Informationssysteme ergeben und teilweise Überschneidungen aufweisen:

- Privacy (Privatsphäre)
- Accuracy (Genauigkeit)
- Property (Eigentum)
- Accessibility (Zugänglichkeit)⁷

Zu bedenken ist hierbei, dass zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Modells noch deutlich andere Standards vorherrschten. Vor allem in Bezug auf die Zu-

5 Alfano et al. (2024).

6 Mason (1986).

7 Barton et al. (2022).

gänglichkeit und die breite Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien haben sich die Standards und Gegebenheiten bis zur Gegenwart weitestgehend verändert, da der niederschwellige Zugang und die Nutzung auch durch Privatpersonen schon lange zum Alltag geworden sind.⁸ Aus diesem Grund lohnt sich die Betrachtung eines jüngeren Modells, nämlich des „AI4People“-Konzepts aus dem Jahr 2018.⁹ In diesem Modell werden die Prinzipien der traditionellen Bioethik nach Beauchamp und Childress auf den KI-Kontext übertragen und entsprechend erweitert. Die folgenden fünf Prinzipien sind demnach als ethische Rahmenbedingungen für die Nutzung von künstlicher Intelligenz zu postulieren:

- Beneficence (Wohltun): Förderung des Wohlbefindens, Bewahrung der Würde und Erhaltung des Planeten.
- Non-maleficence (Nicht-Schaden): Vermeidung von Verletzung der persönlichen Privatsphäre, Sicherheit und Limitierung der KI-Fähigkeiten.
- Autonomy (Selbstbestimmung): Respekt vor dem Individuum. Ausbalancierte Entscheidungshoheit von Menschen und KI.
- Justice (Gerechtigkeit): Verteilung (fair) fördern, Solidarität bewahren, Diskriminierung und weitere Schäden verhindern.
- Explicability (Erklärbarkeit): Ermöglichung der anderen Prinzipien durch Verständlichkeit, Transparenz und Verantwortlichkeit.¹⁰

Anzumerken ist, dass die Benefizienz (Wohltun) und die Erschaffung von KI-Systemen, welche für den Menschen einen nachweisbaren Nutzen besitzen, sehr hohe Priorität bei diesen Prinzipien erhalten.¹¹

2. Chancen und Risiken

Große Chancen von künstlicher Intelligenz im Bereich der Psychiatrie zeigen sich vor allem in Projekten wie „Relator“ (Removing language barriers in treating refugees), welches Therapeut:innen ermöglicht, mit Patient:innen Gespräche in deren Muttersprache zu führen. Dies findet beispielweise Anwendung im Bereich von Geflüchtetenhilfe für Menschen mit Migrationshintergrund aus dem arabischen Raum. In jüngster Zeit wurde dieses Konzept auch auf die Arbeit mit

8 Vgl. Barton et al. (2022), S. 475.

9 Ebd.

10 Ebd. Zum Hintergrund der Medizinethik siehe auch Beauchamp/Childress (2019).

11 Floridi et al. (2018) und WHO (2021).

ukrainischen Geflüchteten übertragen.¹² Im Rahmen einer großangelegten klinischen Studie wird hierzu aktuell ein Übersetzungstool entwickelt, das in Zukunft auch als App verfügbar sein soll.¹³ In diesem Zusammenhang wird zudem eine Plattform entwickelt, mithilfe derer es Patient:innen ermöglicht werden soll, mit ihren Behandler:innen via Smartphone Kontakt zu halten. So lässt sich sagen, dass der Einsatz künstlicher Intelligenz vor allem zur besseren Versorgung marginalisierter Gruppen eingesetzt werden kann. Diese Marginalisierung bestimmter Gruppen ergibt sich jedoch nicht nur aufgrund von Sprachbarrieren. Auch in Rückblick auf die COVID-19-Pandemie ergaben sich wesentliche Transformationsprozesse unserer Lebens- und Arbeitswelt, die eine Anwendung von telemedizinischen Ansätzen, sowie Videosprechstunden beinhaltet; dies konnte insbesondere die Aufrechterhaltung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen gewährleisten.¹⁴ Hierbei ist die Möglichkeit gegeben, das telemedizinische und virtuelle Angebot auch in der jetzigen postpandemischen Situation fortzuführen. Die Nutzung von Apps und Online-Therapieprogrammen bietet besonders für Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung und damit verbundener Ängste ihre häusliche Umgebung nicht verlassen können, eine Alternative, um trotzdem regelmäßig an Therapiesitzungen teilzunehmen oder diese über die individuelle Nutzung am Smartphone in ihren Alltag zu integrieren. Des Weiteren können solche Apps und Anwendungen von Patient:innen auch nachts oder außerhalb regulärer Sprechstundenzeiten genutzt werden, was ebenfalls im Sinne eines virtuellen Krisenmanagements eine nützliche Ergänzung zu ambulanter psychiatrischer Versorgung sein kann. Ein weiterer spannender Ansatz bezüglich der Anwendung von künstlicher Intelligenz und psychischer Gesundheit kann mit dem Konzept des sogenannten „digitalen Phänotyps“ beschrieben werden.¹⁵ Hierbei werden mögliche Zusammenhänge zwischen digitaler Aktivität mit Nutzung von sozialen Medien und psychischer Gesundheit von Menschen vermutet. So wurden Suizidraten aus dem Jahr 2009 in den USA gemeinsam mit der Häufung der Suche bestimmter Schlagwörter wie „commit suicide“, „how to suicide“ und „suicide prevention“ auf Google-Suche ausgewertet. Hierbei war der Korrelationskoeffizient nach Pearson insbesondere für das Schlagwort „commit suicide“ positiv und signifikant.¹⁶ Aus den vorliegenden Daten könnte man also schlussfolgern, dass das Surfverhalten potenziell suizidgefährdeter Menschen Rückschlüsse darauf erlaubt, wie akut der Handlungs- und Präventionsbedarf ist.

12 Vgl. Südwestrundfunk (2023).

13 Zentralinstitut für seelische Gesundheit (2024).

14 Vgl. Meyer-Lindenberg (2021).

15 Jain et al. (2015).

16 Gunn et al. (2013).

So wäre es denkbar, künstliche Intelligenz dafür zu nutzen, eine Art digitales Frühwarnsystem zu generieren, um darauf mit Präventions- und Interventionsangeboten zu reagieren. Dies würde vor allem die allgemeine Zugänglichkeit zu psychischer Gesundheitsversorgung verbessern, da es Menschen ermöglicht, in Notlagen diskret und ohne Angst vor Exposition Hilfe zu suchen. In den USA wurde hierzu auch bereits im Auftrag der Regierung eine Auswertung von Daten verschiedener Versicherungsunternehmen vorgenommen, um die Qualität und Effektivität von digitalen Psychotherapie-Angeboten zu erfassen. So konnte gezeigt werden, dass Apps, die auf an Depressionen erkrankte Jugendliche und junge Erwachsene als Nutzer:innen abzielen, mit Algorithmen ausgestattet sind, die ein individuelles suizidales Risiko erkennen können. Diese Algorithmen basieren besonders auf linguistischen Veränderungen, wie dem wiederholten Gebrauch bestimmter Wörter in der Interaktion mit virtuellen Chatbots.¹⁷ Zudem wurde durch KI-gesteuerte Analysen des Nutzungsverhaltens depressiver Instagram-Nutzer:innen die These aufgestellt, dass bestimmte erkennbare Merkmale auf das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung hinweisen können. Die künstliche Intelligenz wurde in dieser Untersuchung mit Daten von klinisch bereits diagnostizierten Proband:innen „trainiert“ und konnte somit, auch bei bislang nicht klinisch diagnostizierten Nutzer:innen, anhand deren Posts auf sozialen Medien das Vorliegen einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung „registrieren“ – erstaunlicherweise mit einem erheblichen zeitlichen Vorsprung zur klinischen Diagnose.¹⁸ Hier schlussfolgerten Forschende eine definitive Überlegenheit der künstlichen Intelligenz gegenüber selbst erfahrensten Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen, da die Analyse und Auswertung riesiger Datenmengen in wenigen Minuten eine ausgesprochene Präzision ermöglicht.¹⁹ Einem ähnlichen Ansatz gingen Forschende aus Japan nach, die Menschen über deren Arbeitsplatz kontaktierten, um eine Umfrage durchzuführen mit verschiedenen Fragen zu Lebensstil, sozioökologischem Hintergrund und zum Schlafverhalten. Hierzu wurde ein KI-basiertes Modell entwickelt, das die Bögen mit der Fragestellung einer möglichen depressiven Symptomatik auswerten sollte. Parallel wurden die Fragebögen auch von mehreren Psychiater:innen ausgewertet und die Ergebnisse im Anschluss miteinander verglichen. Hierbei konnte gezeigt werden, dass das KI-basierte Modell den Psychiater:innen in diagnostischer Genauigkeit bei moderater Symptomatik in nichts nachstand. Bei starker Ausprägung der Symptomatik war das KI-basierte Modell den Psychia-

17 Vgl. Alfano et al. (2024).

18 Recce et al. (2017).

19 Vgl. Fuchs (2021).

ter:innen sogar überlegen. Was besonders interessant und ethisch relevant an dieser Studie erscheint, ist die Tatsache, dass im Rahmen des Fragebogens nicht explizit nach Stimmung gefragt wurde und die Teilnehmenden auch nicht im Vorfeld darüber aufgeklärt wurden, dass die Befragung schließlich in Hinblick auf eine vorliegende depressive Symptomatik ausgewertet würde. Hiermit konnte vor allem in gewisser Weise das gesellschaftliche Stigma umgangen werden, das psychiatrischen Erkrankungen anhaftet. Dadurch, dass nicht explizit nach Stimmung gefragt wurde, konnte der Störfaktor der sozialen Erwünschtheit²⁰ in dieser Studie verringert werden, was vermutlich zu ehrlicheren Antworten von Seiten der Teilnehmenden geführt hat.²¹ Aus dieser Studie lässt sich also eine weitere potenzielle Chance für den Einsatz künstlicher Intelligenz in der Psychiatrie ableiten: eine Verringerung des gesellschaftlichen Stigmas und damit das Erreichen von Gruppen, die bislang in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung unterrepräsentiert sind, obwohl der Bedarf vorhanden wäre. Laut aktueller Auswertungen von Daten über die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote aus Österreich findet sich immer noch ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied in Bezug auf die Versorgungslage. Männer mit psychischen Erkrankungen nehmen wesentlich seltener psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als Frauen. Auch geben Männer auf Nachfrage häufiger an, keine Notwendigkeit für eine Psychotherapie zu sehen. Dies wurde von den Untersuchenden überwiegend auf gesellschaftliche Erwartungen und die damit verbundene Stigmatisierung zurückgeführt, die Männer in noch ausgeprägterem Maße betreffe als Frauen.²² Trotz aller vielversprechenden Chancen für die Zukunft und der Vorteile in Bezug auf Geschwindigkeit und Verfügbarkeit, ergeben sich durch die Implementation künstlicher Intelligenzen auch zahlreiche ethische Bedenken und Fragen in Bezug auf die Übernahme von Verantwortung. Wie bereits erläutert, eröffnen sich durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz im Monitoring psychisch kranker Menschen viele neue Möglichkeiten der Früherkennung bestimmter Verhaltensmuster, vor allem bei der Nutzung digitaler Technologien und sozialer Medien. Wie gilt es aber nun zu handeln? Sollten solche Systeme eine potenzielle Risikosituation erkennen? Wie wird eine Intervention eingeleitet und wer übernimmt dafür letztlich die Verantwortung?

20 Soziale Erwünschtheit beschreibt die Tendenz, in sozialen Situationen oder bei Umfragen eher entsprechend sozialer Normen und gesellschaftlicher Erwartungen zu antworten. Dies führt dazu, dass sich Teilnehmende besonders bei sensiblen Themen wie psychischer Gesundheit eher positiver darstellen, als es tatsächlich ihrem inneren Erleben und realen Verhalten entspricht. Häufig geschieht dies unbewusst und gründet auf einer Angst davor, stigmatisiert oder verurteilt zu werden.

21 Doki et al. (2021).

22 Riffer et al. (2021).

Dazu sollte man zunächst die Kriterien und Messdaten, die KI-gesteuerte Systeme zur Erkennung nutzen, nochmals genauer beleuchten. Wie bereits mit dem Konzept des digitalen Phänotyps beschrieben, nutzen solche Systeme unterschiedliche Daten, wie beispielsweise Standortdaten, Schlüsselwörter bei der Kommunikation und linguistische Veränderungen. Durch intelligente Sprachanalyse und Messung von Häufigkeiten depressions- oder suizidalitätstypischer Wortsequenzen erlauben sie Rückschlüsse auf das individuelle Risiko der Nutzer:innen.²³ Jedoch werden hierbei lediglich charakteristische Wortmuster erfasst. Die künstliche Intelligenz setzt diese Daten nicht in den Kontext von Gestik, Mimik und Ausdruck der Personen. Die gesammelten Messdaten können daher nur im Sinne indirekter, qualitativer Indikatoren interpretiert werden. Ihnen wird jedoch keine kontextuelle Sinnhaftigkeit oder Bedeutung, wie in der klinischen, interpersonalen Diagnostik, beigemessen. Dies kann auch als semantische Lücke bezeichnet werden. Sie beschreibt die Differenz zwischen der Art und Weise, wie Computer Informationen verarbeiten und speichern, und der Art und Weise, wie Menschen diese kontextuell einordnen und interpretieren.²⁴ Computer verarbeiten Daten auf einem einfacheren Abstraktionsniveau. Sie erkennen die Anzahl von Pixel in einem Bild oder bestimmte Wörter in einem Text. Das menschliche Gehirn ist jedoch in der Lage, auf einem Bild Gesichter zu erkennen oder den Inhalt eines Textes zu verstehen und seine Bedeutung zu ergreifen, was für ein höheres Abstraktionsniveau und eine komplexere Integration von Informationen erforderlich ist.²⁵ Aus diesem Grund drängt sich hier die berechtigte Sorge um eine zunehmende Pathologisierung und Psychiatrisierung abweichenden Verhaltens und vermeintlich auffälliger Äußerungen auf. Hiermit in Zusammenhang steht auch die Hoffnung vieler Forschender auf eine revolutionäre Wende bezüglich digitaler psychiatrischer Diagnostik anhand von „digitalen Verhaltensbiomarkern“. Das sukzessive Verschwimmen der Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ führt jedoch eher zur Häufung falsch-positiver Befunde aufgrund von Fehlinterpretationen abweichenden Verhaltens ohne adäquate Kontextualisierung.²⁶ So besteht auch die Gefahr einer Verlagerung und Psychiatrisierung von Krisensituationen, die auch durch nicht-institutionalisierte Hilfen und Veränderungen wie soziale Unterstützung, Selbsthilfe oder auch eine Lebensstilmodifikation beherrschbar wären. Durch die Automatisierung diagnostischer Prozesse entfällt die sorgfältige Abwägung des Nutzens gegenüber potenziellen Risiken von Therapien, die gerade in der Psychiatrie mit Bedacht und auch im Sinne eines

23 Fuchs (2021).

24 Vgl. Kreutzer (2023), S. 69.

25 Ebd.

26 Torous et al. (2017).

partnerschaftlichen Modells gemeinsam mit den Patient:innen entschieden werden sollten. Die partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung²⁷ sieht eine partizipative Entscheidungsfindung vor, bei der Therapeut:innen umfassend über mögliche Behandlungen sowie deren Vor- oder Nachteile aufklären und damit befähigen, eine informierte wie auch wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. Dies führt unmittelbar zur Frage nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit KI-basierter Diagnostik und Handlungsempfehlungen. Das kann insbesondere dann eine Rolle spielen, wenn eine KI-basierte Therapieempfehlung dem Wunsch der erkrankten Person nicht entspricht oder ihr gar verwehrt bleibt, zwischen verschiedenen Möglichkeiten wie beispielsweise einer psychotherapeutischen Intervention oder einer pharmakologischen Therapie zu entscheiden.²⁸ So ergeben sich in Hinblick auf den Einsatz von künstlicher Intelligenz erhebliche Bedenken bezüglich der Autonomie des Individuums und des Rechts auf informierte Entscheidungsfindung.²⁹

Auch hinsichtlich datenschutzrechtlicher Fragen ist es erforderlich, allgemeingültige Richtlinien zu etablieren und deren Einhaltung, vor allem in Hinblick auf die Menge und Sensibilität der verarbeiteten Daten, zu gewährleisten. Gemäß der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung muss beim Einsatz von Technik, mit der automatisierte Entscheidungen getroffen werden, die Auswirkungen auf ein Individuum haben, immer eine menschliche Letztentscheidung stattfinden.³⁰ Dadurch soll verhindert werden, dass Menschen im Sinne einer Degradierung zum Objekt den Entscheidungen einer Maschine unterworfen sind. Dies ist in der sogenannten „Objektformel“ begründet, welche durch das Bundesverfassungsgericht aus Artikel 1, Absatz 1 des Grundgesetzes abgeleitet wurde:³¹ „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Folglich lässt sich die Frage ableiten, wie viel Restentscheidungsbefugnis beim Individuum selbst verbleiben soll und wie dem Spannungsfeld zwischen dem Recht des Einzelnen, über seine Daten zu bestimmen, und der Notwendigkeit von Datenverarbeitung, besonders im Feld der Medizin, begegnet werden kann.³²

27 Hierbei wurde aufgrund der Tatsache, dass der Begriff „Arzt-Patient-Beziehung“ als solcher ein feststehender ist, auf eine geschlechtersensible Anpassung verzichtet. Mitgemeint sind aber selbstverständlich sowohl Patient:innen wie auch Ärzt:innen.

28 Vayena et al. (2018).

29 Rajpurkar et al. (2022).

30 Europäische Datenschutz-Grundverordnung (2024), Art. 22.

31 Vgl. Kreutzer (2023), S. 517.

32 Ebd.

Eine weitere relevante Problematik ergibt sich aus der mangelnden Transparenz und Erklärbarkeit von KI-Modellen. Moderne Methoden künstlicher Intelligenz basieren auf Modellen aus vielen einfachen Funktionseinheiten, die ähnlich wie das menschliche Gehirn stark untereinander verknüpft sind.³³ Die hierbei bekanntesten Modelle werden auch als „deep learning“³⁴-Modelle oder „tiefe neuronale Netze“ bezeichnet. Die Parameterwerte sowie die vorgegebene Struktur des Modells sind im wesentlichen Maße ausschlaggebend für dessen Reaktion auf Eingaben. Anhand der vorhandenen Trainingsdaten werden so mithilfe von Optimierungsverfahren die Ergebnisse ermittelt. Der Erfolg solcher Verfahren wird durch verschiedene Metriken auf Basis von Testdaten quantifiziert. Die Metriken dienen vor allem dazu, Genauigkeit, Effizienz und Präzision eines Modells zu bewerten. Verwendete Metriken sowie Qualität und Quantität der Messdaten bestimmen maßgeblich die Funktionsweise des Modells.³⁵ Zu beachten ist, dass solche Modelle häufig sehr sensitiv reagieren. Dies bedeutet, dass schon geringe Änderungen der Eingabedaten die Ergebnisse sowie das Verhalten des Modells in relevanter Weise beeinflussen. Das hat wiederum zur Folge, dass die Ausgaben und Funktionsweise der Modelle häufig äußerst schwierig nachzuvollziehen sind, was zu einem Mangel an Transparenz und Erklärbarkeit führt. Daraus ergibt sich eine eingeschränkte Robustheit für Störfaktoren und eine damit verbundene unkalkulierbare Anfälligkeit für systematische Fehler. Sollten solche Modelle mit überwiegend nicht-repräsentativen oder einseitig und mangelhaft erhobenen Daten trainiert werden, ist davon auszugehen, dass sich dieser systematische Fehler algorithmisch fortsetzt. So könnte der Einsatz künstlicher Intelligenz bereits bestehende Diskriminierung und Unterrepräsentation marginalisierter Gruppen verstärken und damit Ungleichheiten noch steigern.³⁶ Jedoch bleibt zu hoffen, dass durch die Ausreifung von „deep learning“ und die Einbringung zahlreicher wie auch umfangreicher Datensätze relevante Bias-Formen immer weiter minimiert werden und somit eine Überbrückung der semantischen Lücke erzielt werden kann. Dies bleibt bislang jedoch eine bedeutende Herausforderung in der Weiterentwicklung KI-basierter Systeme.³⁷

33 Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (2024), S. 4.

34 *Deep Learning* ist eine Teilmenge des maschinellen Lernens, die eine Hierarchie von Konzepten nutzt, um den Lernprozess zu optimieren. Dieser Ansatz ist vom menschlichen Gehirn und dessen neuronalen Verbindungen inspiriert.

35 Ebd.

36 Newby et al. (2023).

37 Vgl. Kreutzer (2023), S. 70.

3. Bedeutung für die Gerontopsychiatrie

Nun ist es in der Betrachtung der Gesamthematik der Digitalisierung der Psychiatrie besonders spannend, das Blickfeld auch in Richtung der Gerontopsychiatrie zu erweitern. Hierzu lässt sich zunächst sagen, dass laut der aktuellen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, die Fallzahlen psychiatrisch relevanter Erkrankungen, wie Demenzen, weiter ansteigen werden. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts, werden dementielle Erkrankungen uns in den bevorstehenden Dekaden noch weitaus mehr beschäftigen, als sie es ohnehin bereits tun. Hinzu kommen relevante Versorgungsengpässe, die sich bereits in der Gegenwart in dramatischem Maße abzeichnen. Ein „90- prozentiger Anstieg des demographischen Altenquotienten“ wird für alle 38 Mitgliedstaaten der OECD-Länder³⁸ erwartet. Dies bedeutet, dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sich nahezu verdoppeln wird.³⁹ Aus diesem Grund sollten wir es uns zur Aufgabe machen, auch hier die Möglichkeiten künstlicher Intelligenz zur Unterstützung der Versorgung in Betracht zu ziehen und genauer zu explorieren. Dabei sollte vor allem an den Bereich von Früherkennung und Prävention unter Einbezug modifizierbarer Risikofaktoren gedacht werden. Hochrechnungen hierzu legen nahe, dass eine um fünf Jahre verzögerte Entwicklung von Alzheimer-Demenz die Prävalenz insgesamt um 40% reduzieren könnte.⁴⁰ Im Fokus aktueller Forschung stehen vor allem modifizierbare Risikofaktoren, die sich überwiegend mit denen für kardiovaskuläre Erkrankungen decken.⁴¹ Dazu kommen außerdem eine wachsende Liste protektiver Faktoren sowie Ansätze pharmakologischer Therapien als Prävention. Die bislang jedoch eher frustrierenden Ergebnisse von diesbezüglichen Studien gründen auf der Schwierigkeit, die Eigenschaften und auch das Alter relevanter Risikogruppen zu identifizieren, um präventiv zu intervenieren. Zudem besteht noch kein ausreichendes Verständnis kausaler Faktoren, da von einer nicht-linearen Beziehung der verschiedenen Variablen auszugehen ist.⁴² Jedoch liegt gerade darin eine potenzielle Chance für künstliche Intelligenz und „machine learning“ zur schnelleren und gezielten Auswertung großer Datensätze und zur Erkennung möglicher

38 OECD steht für Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Mitglieder sind 38 Länder, wie auch Deutschland, die sich der Demokratie und Marktwirtschaft verpflichtet fühlen, ein hohes Pro-Kopf-Einkommen aufweisen und insgesamt als „entwickelt“ gelten.

39 Schulz (2022), S. 119. Siehe auch Schmidhuber et al. (2019) und Frewer et al. (2019).

40 Vgl. Newby et al. (2023).

41 Crous-Bou et al. (2017).

42 Vgl. Newby et al. (2023).

Muster und Zusammenhänge aus genetischem Risiko und modifizierbaren Umweltfaktoren sowie deren Interaktionen. So bieten sich Chancen für neue Möglichkeiten in der Erforschung von Ursachen und Entstehung relevanter Krankheitsbilder, wie vor allem der Alzheimer-Demenz, die weltweit eine enorme Bedeutung aufweist.⁴³ Aus neuesten Studien geht hervor, dass die KI-gesteuerte Auswertung von Schädel-PET-Scans unter Verwendung des Radiotracers 18F-Fluordesoxyglucose (FDG) ein hohes Potenzial in der Früherkennung von demenzspezifischen Veränderungen bietet, wie beispielsweise eines kortikalen Hypometabolismus. Der Einsatz eines hierfür speziell entwickelten „Deep-learning“-Modells zur Früherkennung von Alzheimer-Demenz erreichte eine 82%-ige Spezifität bei 100% Sensitivität und konnte somit im Durchschnitt 75,8 Monate vor der klinischen Diagnose demenzspezifische Veränderungen des Gehirns detektieren.⁴⁴

4. Künstliche Intelligenz und Forschung

„Bei einer potenziellen Versuchsperson, die nicht einwilligungsfähig ist, muss der Arzt die informierte Einwilligung des rechtlichen Vertreters einholen. Diese Personen dürfen nicht in eine wissenschaftliche Studie einbezogen werden, die ihnen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nützen wird, sofern nicht beabsichtigt wird, mit der Studie die Gesundheit der Gruppe zu fördern, der die potenzielle Versuchsperson angehört, die Forschung nicht mit Personen durchgeführt werden kann, die eine informierte Einwilligung geben können, und die Forschung nur minimale Risiken und minimale Belastungen birgt.“⁴⁵

Wenn man nun beim Beispiel der Alzheimer-Demenz bleibt, dann lässt sich zunächst sagen, dass diese Krankheit durchaus die Kriterien für Krankheiten erfüllt, bei denen dringender Forschungsbedarf besteht. Dies ist vor allem durch ihren chronisch-progredienten Verlauf sowie die bislang unzureichende Verfügbarkeit adäquater Behandlung begründet.⁴⁶ Auch führt Alzheimer-Demenz zu einer schwerwiegenden Minderung der Lebensqualität betroffener Personen wie auch ihrer Angehörigen. Außerdem sind eine erhebliche Häufigkeit des Auftretens sowie immense damit verbundene Kosten zu verzeichnen. Per Gesetz sind Ärzt:innen in Deutschland jedoch dazu verpflichtet, nur medizinische Maßnahmen zu verordnen, welche entsprechend wissenschaftlicher Grundlagen als wirtschaftlich, zweckmäßig und wirksam gelten.⁴⁷ Um solche Standards zu etablieren, ist

43 Jablonowski (2019).

44 Ding et al. (2019).

45 Bundesärztekammer (2024): § 27, Deklaration von Helsinki 2013 (2024 novelliert).

46 Helmchen (2013), S. 12.

47 Ebd., S. 13.

Forschung unentbehrlich. Aus diesem Grund ergibt sich folglich ein ethischer Konflikt aus Bedarf an Forschung mit dafür geeigneten Studienteilnehmer:innen und einer aus der Krankheit resultierenden mangelnden Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen.

Entsprechend der Deklaration von Helsinki ist im Falle einer Nicht-Einwilligungsfähigkeit eines potenziellen Studienteilnehmenden auch die informierte Einwilligung einer dritten Person gültig, welche auf vorherigen Wunsch des Betroffenen die rechtliche Vertretung übernimmt. Ein weiteres Kriterium ist die Anwendung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, die zum Zeitpunkt noch bestehender Einwilligungsfähigkeit verfasst wurde. Dies wäre im Sinne der Wahrung der Autonomie der betroffenen Person eine geeignete Möglichkeit, nicht nur den mutmaßlichen, sondern den tatsächlichen Willen zu berücksichtigen.⁴⁸ Was hierbei jedoch zu bedenken ist, ist dass eine einmal erteilte Einwilligung im Rahmen einer Erkrankung mit progredienter Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten nicht implizit von dauerhafter Gültigkeit ist.⁴⁹ So muss es Teilnehmenden auch gemäß der Deklaration von Helsinki zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich sein, ihre Einwilligung zu widerrufen.⁵⁰ In Bezug auf den Umgang mit nicht-einwilligungsfähigen Proband:innen ist aus ethischer Perspektive vor allem Paragraph 30 der Deklaration von Helsinki erwähnenswert. Hier ergibt sich die Möglichkeit, nicht-einwilligungsfähige oder gar bewusstlose Personen in Studien oder Forschungsvorhaben einzuschließen, wenn dies ein erforderliches Merkmal für die zu befororschende Gruppe darstellt.³³ Wenn in einem solchen Fall auch keine Person verfügbar ist, die eine rechtliche Vertretung für die betroffene Person übernehmen kann, dann können bei nicht-aufschiebbarem Forschungsvorhaben besondere Gründe im Vorfeld angeführt werden, die einen Einschluss der Person trotz Unmöglichkeit der Zustimmung selbiger ermöglichen. Ein solcher Fall muss jedoch im Vorfeld bereits im Forschungsprotokoll aufgeführt und einer Forschungsethikkommission zur Zustimmung vorgelegt worden sein. So zeigt sich, dass der Einbezug nicht-einwilligungsfähiger Personen an Forschungsvorhaben zwar einerseits dringend erforderlich ist, jedoch aus ethischer Sicht erhebliche Interessenkonflikte aufwirft. Nicht zuletzt ergeben sich auch aus rechtlicher und organisatorischer Sicht komplexe Anforderungen, die mit umfangreicher Planung verbunden sind. Vor allem stellt sich die Frage, wie bei Studienteilnehmer:innen deren fortbestehende freiwillige Teilnahme und Einwilligung eingeholt werden soll, wenn die zu untersuchende Erkrankung als wesentliches Merkmal einen Verlust

48 Vgl. Jablonowski (2019).

49 Vgl. Helmchen (2013), S. 165.

50 Vgl. Bundesärztekammer (2024): Deklaration von Helsinki 2013, § 26.

der Fähigkeit zur differenzierten und unabhängigen Entscheidung hat. Zur Teilnahme an einer Studie ist eine umfassende Aufklärung durch einen Arzt oder eine Ärztin notwendig, welche:r hierbei ebenfalls über Ziele, Methoden, Geldquellen, etwaige Interessenkonflikte, den zu erwartenden Nutzen sowie potenzielle Risiken und andere relevante Aspekte informiert.⁵¹ Ebenfalls muss die ärztliche Person sich versichern, dass die aufzuklärende Versuchsperson in der Lage ist, die mitgeteilten Informationen vollumfänglich zu verstehen und dadurch befähigt ist, eine freiwillige, unabhängige und informierte Entscheidung zu treffen.

Des Weiteren stellt sich bei solchen Forschungsvorhaben vor allem die Frage, wie geeignete Studienteilnehmer:innen überhaupt ausfindig gemacht werden können, da diese idealerweise unmittelbar nach ihrer Diagnosestellung miteinbezogen werden sollten. Denn nur auf diese Weise könnte die Maßgabe informierter Entscheidung einer einwilligungsfähigen Person erfüllt werden. Um nun also bei einem solch komplexen und sensiblen Auswahlverfahren die geeigneten Patient:innen herauszufiltern, kann die Unterstützung von künstlicher Intelligenz genutzt werden. Mithilfe algorithmisierter Suche könnten potenzielle Teilnehmer:innen anhand forschungsrelevanter Kriterien in medizinischen Datenbanken identifiziert werden. Dies bietet die Möglichkeit, geeignete Teilnehmer:innen möglichst schnell ausfindig zu machen, um sie für eine Studienteilnahme zu akquirieren. Jedoch ist es im Vorfeld selbstverständlich notwendig, Patient:innen darüber freiwillig entscheiden zu lassen, ob ihr persönliches Profil in eine solche Datenbank aufgenommen werden darf. Außerdem wäre ein Einsatz von künstlicher Intelligenz bei der Überwachung des individuellen Krankheitsverlaufs denkbar. KI-Systeme sind möglicherweise eher in der Lage, kleine Veränderungen bezüglich des kognitiven Status der Patient:innen zu detektieren und können somit beispielsweise eine erneute Überprüfung der Zustimmung und Einwilligungsfähigkeit anzeigen. Eine weitere Möglichkeit bietet sich auch in einer anschaulichen und verständlichen Aufklärung über Studienziele, Methoden, Risiken und Nutzen für potenzielle Teilnehmende sowie deren Angehörige.⁵² So können beispielsweise Programme, welche auf künstlicher Intelligenz basieren, genutzt werden, um komplexe Sachverhalte anschaulich und leicht verständlich darzustellen. Hierdurch können vor allem Aufklärungsgespräche erleichtert und eine informierte Entscheidung von Patient:innen unterstützt werden. Beispielsweise könnte das KI-System gezielte Rückfragen stellen, um zu überprüfen, ob die mitgeteilten Informationen wirklich vollumfänglich verstanden wurden.

51 Ebd.

52 Vgl. Barton et al. (2022) und Benzinger et al. (2023).

5. Schlussbetrachtungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Einsatz von künstlicher Intelligenz schon jetzt in unserem Alltag, wenn auch häufig in subtiler Weise, eine wichtige Rolle spielt. So ist es nicht von der Hand zu weisen, dass ihre Kompetenz auch in Zukunft in zahlreichen Berufsfeldern und Lebensbereichen zunehmend an Einfluss gewinnen und idealerweise damit unseren Alltag erleichtern und unsere Arbeit sinnvoll ergänzen und optimieren wird.⁵³ An oberster Stelle sollte jedoch, auch mit Blick auf ihren Einsatz in der Psychiatrie, eine sinnvolle Integration sowie die Berücksichtigung ethischer Richtlinien und Rahmenbedingungen stehen. In besonderem Maße ist hierbei der Schutz persönlicher Daten zu erwähnen. Hierbei gilt es, sich an ethischen Modellen wie dem bereits existierenden AI4-People-Modell zu orientieren und deren Einhaltung regelmäßig aufs Neue zu überprüfen. Die Prinzipien Autonomie, Benefizienz, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit und Erklärbarkeit haben hierbei oberste Priorität. Auch ist es bedeutsam, die Integration künstlicher Intelligenzen auf ein sinnvolles Maß zu beschränken, da sie niemals die Kompetenzen und Fähigkeiten menschlicher Ärzt:innen und Therapeut:innen ersetzen, sondern lediglich unterstützen und ergänzen können.⁵⁴ Die interpersonelle menschliche Beziehung zwischen Patient:innen und Ärzt:innen soll nach wie vor im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung stehen. Idealerweise sollte künstliche Intelligenz eine Entlastung medizinischen Personals ermöglichen, besonders in Bereichen von Dokumentation und Bürokratie, sodass schließlich mehr Zeit für die erkrankte Person selbst bleibt. Aktuell steht die Implementierung künstlicher Intelligenz in die psychiatrische Versorgung noch am Anfang. Sie bietet jedoch vielversprechende Perspektiven für die Zukunft, wenn gewährleistet werden kann, dass sie fair, transparent und sicher ist sowie die Einhaltung festgelegter ethischer Richtlinien ständig überprüft und entsprechend sich ändernder Bedingungen auch adäquat angepasst wird. Sinnvoll wäre es hierzu vor allem Gremien und Komitees einzurichten, die Expert:innen aus verschiedenen Bereichen vereinen, um den Einsatz von KI-Modellen hinsichtlich ihres Nutzens, ihrer Nachvollziehbarkeit und auch ihrer ethischen Vertretbarkeit interdisziplinär zu überprüfen. Letztlich kann künstliche Intelligenz nur dann einen bedeutenden Nutzen für die Patient:innen und das Gesundheitssystem erzielen, wenn sie auf der Basis der geforderten Werte und Maßgaben trainiert wird. So kann die Integration von KI dazu beitragen, die medizinische Versorgung zu verbessern und gleichzeitig die unverzichtbare menschliche Kompetenz zu erhalten und zu stärken.

Interessenkonflikte: Keine

53 Ebd.

54 Vgl. Kreutzer (2023), S. 68.

Hinweis

Der vorliegende Beitrag wurde im Kontext einer kumulativen Dissertationsschrift zum Erreichen des medizinischen Dokortitels („Dr. med.“) unter der Betreuung von Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A. an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) erstellt. Herzlicher Dank geht auch an die Josef und Luise Kraft-Stiftung (München) für die Förderung sowie an die Betreuenden und Stipendiat:innen des Graduiertenkollegs „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“ für Unterstützung und Austausch.

Literatur

- Alfano, L./Malcotti, I./Ciliberti, R. (2024): Psychotherapy, artificial intelligence and adolescents: ethical aspects. In: *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 64, 4 (2024), pp. E438-E442.
- Barton, M./Pöppelbuß, J. (2022): Prinzipien für die ethische Nutzung künstlicher Intelligenz. In: *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik* 59 (2022), S. 468-481.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford.
- Benzinger, L./Ursin, F./Balke, W. T./Kacprowski, T./Salloch, S. (2023): Should Artificial Intelligence be used to support clinical ethical decision-making? A systematic review of reasons. In: *BMC Medical Ethics* 6, 24, 1 (2023), pp. 6-8.
- Bundesärztekammer (2024): WMA-Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. 64. WMA-Generalversammlung, Oktober 2013, Fortaleza, Brasilien (10.06.2024).
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (2024): Sicherer, robuster und nachvollziehbarer Einsatz von KI – Probleme, Maßnahmen und Handlungsbedarfe. Berlin.
- Crous-Bou, M./Minguillón, C./Gramunt, N./Molinuevo, J. L. (2017): Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. In: *Alzheimer's Research And Therapy* 12, 9, 1 (2017), p. 71.
- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (2024): Artikel 22 – Automatisierte Entscheidungen im Einzelfall einschließlich Profiling (12.07.2024).
- Ding, Y./Sohn, J. H./Kawczynski, M. G./Trivedi, H./Harnish, R./Jenkins, N. W./Lituiev, D./Copeland, T. P./Aboian, M. S./Mari Aparici, C./Behr, S. C./Flavell, R. R./Huang, S.-Y./Zalocusky, K. A./Nardo, L./Seo, Y./Hawkins, R. A./Hernandez Pampaloni, M./Hadley, D./Franc, B. L. (2019): A Deep Learning Model To Predict a Diagnosis of Alzheimer Disease by Using 18F-FDG PET of the Brain. In: *Radiology* 290, 2 (2019), pp. 456-464.
- Doki, S./Sasahara, S./Hori, D./Oi, Y./Takahashi T./Shiraki, N./Ikeda, Y./Ikeda, T./Arai, Y./Muroi, K./Matsuzaki, I. (2021): Comparison of predicted psychological distress among workers between artificial intelligence and psychiatrists: a cross-sectional study in Tsukuba Science City, Japan. In: *BMJ Open* 23, 11, 6 (2021), pp. 3-6.

- Fiske, A./Henningsen, P./Buyx, A. (2019): Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. In: *Journal Of Medical Internet Research* 9, 21, 5 (2019), pp. 12-23.
- Floridi, L./COWLS, J./Beltrametti, M./Chatila, R./Chazerand, P./Dignum, V./Luetge, C./Madelin, R./Pagallo, U./Rossi, F./Schafer, B./Valcke, P./Vayena, E. (2018): AI4People. An Ethical Framework for a Good AI Society: Opportunities, Risks, Principles, and Recommendations. In: *Minds & Machines* 28 (2018), pp. 689-707, <https://doi.org/10.1007/s11023-018-9482-5> (17.05.2024).
- Frewer, A./Klotz, S./Herrler, C./Bielefeldt, H. (Hrsg.) (2020): *Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare* 8. Bielefeld.
- Fuchs, T. (2021): Digitalisierte Psychiatrie – kritische Überlegungen zu einem neuen Paradigma. In: *Der Nervenarzt* 92 (2021), S. 1149-1154.
- Gunn, J. F. 3rd/Lester, D. (2013): Using google searches on the internet to monitor suicidal behavior. In: *Journal of Affective Disorders* 148, 2-3 (2013), pp. 411-412.
- Helmchen, H. (2013): *Ethik psychiatrischer Forschung*. Heidelberg, Berlin.
- Jain, S./Powers, B./Hawkins, J./Brownstein, J. (2015): The digital phenotype. In: *Nature Biotechnology* 33 (2015), pp. 462-463.
- Kreutzer, R. T. (2023): *Künstliche Intelligenz verstehen. Grundlagen – Use Cases – unternehmenseigene KI-Journey*. 2. Auflage. Wiesbaden.
- Mason, R. (1986): Four Ethical Issues Of The Information Age. In: *MIS Quarterly* 10, 1 (1986), pp. 5-12. <https://doi.org/10.2307/248873>.
- Meyer-Lindenberg, A. (2018): Künstliche Intelligenz in der Psychiatrie – ein Überblick. In: *Der Nervenarzt* 89 (2018), S. 861-868.
- Meyer-Lindenberg, A. (2021): Digitales Leben in der vernetzten Welt: Chancen und Risiken für die Psychiatrie. In: *Der Nervenarzt* 92 (2021), S. 1130-1139.
- Newby, D./Orgeta, V./Marshall C. R./Lourida, I./Albertyn, C. P./Tamburin, S./Raymont, V./Veldsman, M./Koychev, I./Bauermeister, S./Weisman, D./Foote, I. F./Bucholz, M./Leist, A. K./Tang, E. Y. H./Tai, X. Y./Deep Dementia Phenotyping (DE-MON)/Llewellyn, D. J./Ranson, J. M. (2023): Artificial intelligence for dementia prevention. In: *Alzheimer's & Dementia* 19, 12 (2023), pp. 5952-5969.
- OECD (2024): <https://www.oecd.org> (17.05.2024).
- Rajpurkar, P./Chen, E./Banerjee, O./Topol, E. (2022): AI in health and medicine. In: *Nature Medicine* 28 (2022), pp. 31-38.
- Reece, A. G./Danforth, C. M. (2017): Instagram photos reveal predictive markers of depression. In: *EPJ Data Science* 6, 15 (2017), pp. 4-10.

- Riffer, F./Knopp, M./Burghardt, J. (2021): Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. In: Psychotherapeut 66 (2021), S. 511-517.
- Robert-Koch-Institut (2022): Faktenblatt: Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie, <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html?nn=13282916> (03.05.2024).
- Schmidhuber, M./Frewer, A./Klotz, S./Bielefeldt, H. (Hrsg.) (2019): Menschenrechte für Personen mit Demenz. Soziale und ethische Perspektiven. Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare 7. Bielefeld.
- Schulz, S. (2022): Die Altenrepublik. Wie der demographische Wandel unsere Zukunft gefährdet. Hamburg.
- Torous, J./ Roberts, L. W. (2017): The Ethical Use of Mobile Health Technology in Clinical Psychiatry. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 205, 1 (2017), pp. 4-8.
- Vayena, E./Blasimme, A./Cohen, I. G. (2018): Machine learning in medicine: Addressing ethical challenges. In: PLOS Medicine 15, 11 (2018):e1002689.
- World Health Organization (2021): Ethics and governance for artificial intelligence for health: WHO guidance. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

KI-Kompetenz bei assistiertem Suizidwunsch am Lebensende – Fortschrittliche Beratung oder bedenkliche Delegation?

1. Einleitung

Beeinflusst der Einsatz intelligenter Systeme die moralischen Normen ärztlichen Handelns zur ethischen Reflexion klinischer Grenzfragen? Inwiefern kann die Nutzung von Kompetenzen künstlicher Intelligenz (KI) dabei in ethischen Dilemmata im klinischen Alltag einen effizienten Beitrag zur Entscheidungsfindung für Ärzt:innen und Patient:innen leisten? Im Zuge des digitalen Fortschritts hat auch die Inkorporation von künstlicher Intelligenz in Praktiken des medizinischen Alltags längst ihren Seltenheitswert verloren. Die Dynamik der informationstechnischen Entwicklung hin zur Delegation menschlicher Kompetenzen an maschinelle KI-Systeme birgt neben ungeahnten Möglichkeiten für die Gesundheitsversorgung jedoch auch ethische Kontroversen. Besonders prägnant lässt sich dies mit Blick auf das Handlungsfeld der ärztlichen Beratung mit Fokus auf die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit bei assistiertem Suizidwunsch von Personen am Lebensende erkennen. Vor allem vor dem Hintergrund einer immer weiter alternden Gesellschaft zeigt sich ein erhöhter Bedarf an umfassender medizinischer Zuwendung gegenüber geriatrischen Patienten. Gerade Menschen in höherem Alter äußern häufig den Wunsch nach assistiertem Suizid.¹ Die Gründe des Wunsches nach assistiertem Suizid dieser Gruppierung sind meist in multidimensionalen Kausalitäten des Lebenskontextes begründet, was eine beratende Evaluation aus ethischer Sicht herausfordernd gestaltet.² Darf und kann die Delegation menschlichen Denkens und Handelns durch die Implementation von intelligenten Systemen in die multidimensionalen ethischen Kompetenzfeldern einer ethischen Beratung zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten bei Wunsch nach assistiertem Suizid überhaupt erlaubt und gewährleistet werden? Es stellt sich in diesem Anwendungsbereich zudem die Frage nach der Kodifizierbarkeit menschlicher Autonomie und Entscheidungskapazität durch wahrscheinlichkeitsbasierte, datengetriebene Algorithmen sowie der inhärenten

1 Vgl. Linder (2019).

2 Vgl. van den Berg et al. (2021).

Fähigkeit der KI zur empathischen Bewertung individueller Lebensumstände. Des Weiteren muss das breite Spektrum an komplexen Szenarien, dem sich ärztliches Personal bei der Begleitung von Patienten, die „des Lebens müde sind“, gegenübersteht, beachtet werden. Hierzu zählen nicht nur Patienten mit konkretem Wunsch nach assistiertem Suizid, sondern auch Patienten mit unklar definierten Sterbewunsch oder dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen. Nachfolgend wird sich auf Patienten mit konkretem Wunsch nach assistiertem Suizid bezogen. Dies stellt jedoch nur ein mögliches Anwendungsszenario für KI im ärztlichen Kontext dar. Es gilt daher die ethisch-relevanten Kompetenzfelder einer ethischen Beratung wie die Transparenzgestaltung, Erklärbarkeit, Verantwortungsübernahme sowie Bias der Anwendung von KI-Systemen im medizinischen Kontext zu beleuchten. Die Ambivalenz des Spannungsfeldes zwischen einem innovativen Behandlungsfortschritt und der Problematik der Selbstverständigungstendenz sowie des Verlustes ethischer Integrität durch den Einsatz künstlicher Technologien bedingt die Notwendigkeit eines mehrdimensionalen, kritischen Blickwinkels.

2. Ethische Anforderungen an die Beratung am Lebensende

Im Rahmen einer Begleitung von Personen am Lebensende mit assistiertem Suizidwunsch stellt sich anwendungsorientiert die Frage nach adäquaten inhaltlichen Kompetenzen an einen ethisch „guten“ Beratungsprozess. Demnach ist es auch in Bezug auf die Verzahnung von künstlichen Technologien und menschlicher Kompetenz in diesem Prozess zuerst notwendig die Grundstruktur eines möglichen Beratungsstandards zu umreißen, um anschließend mögliche Anwendungsbiete für KI im Umfeld des assistierten Suizids zu diskutieren. Im Zentrum der ethischen Analyse einer ethischen Beratungsstruktur für die spezifische Gruppierung älterer Menschen steht die Frage, inwiefern ein freiverantwortlicher, selbstbestimmter Sterbeprozess sowie die individuelle Kausalität eines Suizidwunsches durch die Konkretisierung ethischer Beratungsanforderungen abgedeckt werden können. Im Folgenden werden daher die am häufigsten diskutierten ethischen Aspekte der Freiverantwortlichkeit mit Bezug auf die Patientengruppierung von Personen am Lebensende noch einmal erläutert. Wichtige Eckpfeiler freiverantwortlicher Entscheidungsfindung sind dabei die Selbstbestimmungsfähigkeit im Sinne der Autonomie, die Fähigkeit informierte, selbständige Entscheidungen zu treffen, sowie die Abgrenzung psychiatrischer Erkrankungen im Rahmen suizidaler Krisen.³

3 Vgl. Deutscher Ethikrat (2022) und Saß/Cording (2022).

2.1. Autonomie

Das Recht auf Selbstbestimmung eines jeden Menschen gilt sowohl im rechtlichen auch modernen medizinischen Sinne als hohes Gut, welches auch im Grundgesetz (Artikel 1 Absatz 1) verankert ist.⁴ Autonomie im Kontext der Gesundheitsfürsorge wird als das Recht eines jeden Menschen beschrieben unabhängige Entscheidungen über den eigenen Körper als auch die eigene Gesundheitsversorgung zu treffen.⁵ Nimmt man Bezug auf die Thematik des assistierten Suizidwunsches älterer Menschen, steht auch hier außer Frage, dass Kriterien wie ein hinreichendes Maß an Selbstbestimmungsfähigkeit im Sinne einer freiverantwortlichen Entscheidung adressiert werden müssen.⁶ Per definitionem versteht sich darunter die Fähigkeit, erfasste Informationen mit Entscheidungsrelevanz anhand eines ausreichend ausgeprägten Erfahrungshorizonts realitätsbezogen zu bewerten und gegenüber Entscheidungsalternativen abwägen zu können.⁷ Die Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsbildung ist jedoch nicht frei von internalen und externalen Einflussfaktoren. Beeinträchtigungen können durch psychische Störungen, organische Krankheiten, psychische und physische Belastungssituationen sowie externe Beeinflussung durch Dritte gegeben sein. Ausschlaggebend für die Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist die Evaluation, ob der Wunsch nach assistiertem Suizid Beeinflussung durch externe Erwartungshaltungen von Bezugspersonen, physischen oder psychischen Komorbiditäten oder soziokulturellen Vorstellungen beeinflusst wird.⁸ Besonders im Alter verdichten sich sowohl physische als auch psychische Belastungen und Einschränkungen durch vermehrte körperliche Multimorbidität, soziale Versorgungsprobleme, gesellschaftliche Isolation und die damit einhergehende Vereinsamung sowie chronische Belastungssituationen.⁹ Des Weiteren ist im Alter aus sozialen, gesundheitlichen oder finanziellen Gründen eine häufigere Abhängigkeit vom familiären Versorgungsnetz keine Seltenheit.¹⁰ Aus diesem Grund erscheint die detaillierte Analyse der subjektiven Beweggründe und des individuellen Entscheidungskontextes Älterer innerhalb einer Beratung zum assistierten Suizid unabdingbar.

4 Vgl. Hoffmann/Knaup (2015).

5 Vgl. Jennings/Cox (2024).

6 Vgl. Deutscher Ethikrat (2022).

7 Ebd.

8 Ebd.

9 Vgl. Frühwald/Pinter (2021); vgl. Hoffmann/Knaup (2015).

10 Vgl. Muller et al. (1998).

2.2. Entscheidungskompetenz

Die Fähigkeit eine informierte Entscheidung treffen zu können beinhaltet drei essenzielle, aufeinander basierende Voraussetzungen: Erkenntniskompetenz, Willensbildungskompetenz und die Kompetenz das eigene Verhalten zu steuern. Die Erkenntniskompetenz ist definiert durch die kognitive Fähigkeit Bedeutungen und Konsequenzen des eigenen Handelns zu verstehen. Die Kompetenz zur Willensbildung beinhaltet das voluntative Vermögen, den Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen. Das Verhalten, welches auf der Erkenntnis und daraus folgender Willensbildung basiert, resultiert aus der Verhaltenssteuerungskompetenz.¹¹ Zudem setzt eine hinreichende Entscheidungsfähigkeit die Dauerhaftigkeit und Eigenständigkeit der Entscheidung unabhängig von Akutkrisen sowie die hinreichende Informiertheit über den Gegenstand dieser voraus.¹² Eine Beeinflussung durch Dritte im Sinne einer Fremdbestimmung durch Zwang, Drohung oder Täuschung muss für die Erfüllung der eigenständigen Entscheidung ausgeschlossen werden. Auch sozioökonomische Beweggründe, wie der Wunsch im Alter kein „finanzielles Desaster“ für die Angehörigen zu werden, können bei älteren Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid eine tragende Rolle in der Motivationsbildung spielen.¹³ Empfinden Betroffene dies als Zwang, kann die freie Entscheidungsfähigkeit hierdurch beeinflusst werden. Eine Beurteilung der Entscheidungskapazität sollte bei Personen im höheren Alter vor allem mit Blick auf die kognitiven Fähigkeiten, existenzielle Abhängigkeiten von ihrer Umgebung mit Blick auf die Versorgungssituation sowie Akutbelastungen im Kontext der Lebensrealität älterer Menschen erfolgen.

2.3. Suizidale Krisen im Rahmen der Altersdepression

Psychische Erkrankungen sowie akute psychische Belastungssituationen können eine Einschränkung der Freiverantwortlichkeit bedeuten. Aus diesem Grund steht auch in der Beratung zum assistiertem Suizidwunsch der Schutz und die adäquate Behandlung von krankheitsbedingt eingeschränkt freiverantwortlichen älteren Menschen im Vordergrund.¹⁴ Das Suizidrisiko steigt mit dem Alter, bezogen auf die jeweilige Altersgruppe, deutlich an – wobei die Suizidversuche zwar abnehmen, die Zahl der vollzogenen Suizide jedoch ansteigt. Begründen lässt sich

11 Vgl. Ganner (2020).

12 Vgl. Deutscher Ethikrat (2022).

13 Vgl. Müller et al. (1998).

14 Vgl. Wassiliwizky et al. (2022).

dies im komplexen Zusammenspiel aus physiologischen, emotionalen, soziokulturellen und psychologischen Risikofaktoren für Suizidalität des Lebens im Alter.¹⁵ Zu den angesprochenen Belastungen, die die Entwicklung von depressiven Krisen beeinflussen können, zählen neben der Sorge vor unzureichender Versorgung, gesellschaftlicher Isolation, physischer Multimorbidität auch die Angst mit fortschreitendem Alter zu einer Belastung für die Gesellschaft zu werden. Das Suizidrisiko älterer Menschen zeigt sich also sowohl durch die spezifischen soziodemographischen Faktoren als auch durch die besondere Klinik von Erkrankungen im Alter beeinflusst.¹⁶ Einen großen Risikofaktor stellen dabei psychiatrische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen, dar.¹⁷ Aufgrund der Korrelation mit suizidalen Tendenzen ist die Evaluation psychischer Erkrankungen und ihres Entstehungskontexts auch in Bezug auf einen geäußerten Wunsch nach assistiertem Suizid aus ärztlicher Sicht notwendig. Die Abgrenzung zwischen dem Suizidwunsch als Teil der klinischen Symptomatik einer Depression oder anderweitigen psychischen Erkrankung und einer freiverantwortlichen, kognitiv uneingeschränkten Entscheidung für einen assistierten Sterbewunsch steht dabei im Zentrum der Beratung. Eine krankheitsbedingte Einschränkung der Urteilsfähigkeit durch Beeinflussung kognitiver Funktionen sowie die Abhängigkeit der Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches von psychiatrischen Erkrankungen macht eine fachärztliche Abklärung unabdingbar. Suizidale Äußerungen Älterer spiegeln eine Notlage wider vor der sich die Gesellschaft nicht verschließen kann und darf. Die Aufgabe innerhalb der Beratung bezüglich eines assistierten Suizidwunsches besteht somit in der Begleitung und Behandlung von psychischen Konflikten in dieser Lebensphase sowie einer empathischen Erfassung und Evaluation des Wunsches in seinem konfliktbehafteten Rahmen. Die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen älterer Patient:innen besteht gerade durch die Todesnähe dieser Altersgruppe basierend auf der steigenden Multimorbidität, geringer werdenden Kapazitäten sowie akut zunehmenden zusätzlichen Krankheitsereignissen.¹⁸

3. KI-basierte Beratung am Lebensende: Basis oder Bias?

Die Nutzung von künstlicher Intelligenz hat längst einen bedeutenden Stellwert in diversen Bereichen der medizinischen Versorgung erreicht und verändert rapide das Gesundheitswesen. Welche Bedeutung und welches Potenzial kann und

15 Vgl. Fellgiebel/Hautzinger (2017).

16 Vgl. Conejero et al. (2018).

17 Vgl. Auer/Karl (2020).

18 Vgl. Frühwald/Pinter (2021).

darf KI in Bezug auf ihren Einsatz in ethisch-medizinischen Szenarien, wie einer ethischen Beratung zum assistierten Suizid am Lebensende, jedoch zukommen? Welche technischen sowie moralischen Kompetenzen aber auch Limitationen digitaler Technologien müssen im komplexen Wirkungsfeld der ethischen Entscheidungsfindung adressiert werden? Im Folgenden wird die Ambivalenz der Technologisierung menschlicher Interaktion innerhalb der Beratung bei Wunsch nach assistiertem Suizid mit Blick auf die theoretischen ethischen und technologischen Grundlagen analysiert.

3.1. Technische Grundlegungen

Es herrscht kein einheitlicher Konsens in der Fachliteratur über eine eindeutige Definition von KI, da sich das noch junge Forschungsfeld stetig ausweitert und dynamisch weiterentwickelt. KI stellt ein Teilgebiet der Informatik dar, welches mit Hilfe von datengetriebenen Rechenprozessen, Algorithmen und technischen Systemen darauf abzielt menschliche Intelligenz zu imitieren.¹⁹ Sie lässt sich für diesen Beitrag definieren als „[...] die Fähigkeit von Computersystemen, auf sie zugeschnittene Aufgaben selbsttätig zu lösen, die aufgrund ihrer Komplexität bislang menschliche Fähigkeiten erforderten“.²⁰ Gewisse funktionale Äquivalente zwischen menschlichen Fähigkeiten und den Funktionen von KI können in den Teilbereichen Wahrnehmen, Kommunizieren, Lernen, Wissen, Denken und Handeln nach der Landkarte der KI nach Humm 2020 abgebildet werden.²¹ Dies geschieht durch die Erkennung, Analyse und Verarbeitung von Informationen aus Eingabedaten zur selbstständigen Lösung von komplexen Anwendungsproblemen, wobei fest programmierte Regeln hierfür nicht explizit vorgeschrieben sind. Die KI ist in der Lage ihre Verarbeitungskomponente durch ständiges Lernen zu trainieren, wodurch eine flexible Systemanpassung an neue Kontexte oder Szenarien ermöglicht wird.

KI lässt sich in zwei Hauptströmungen innerhalb der Methodik unterteilen: wissensbasierte Ansätze und maschinelles Lernen. Wissensbasierte KI definiert sich dadurch, dass Wissen von menschlichen Expert:innen im Anwendungsfeld in nachverfolgbarer und definierter Weise in Form von Wenn-Dann-Regeln modelliert und bei der Erstellung der Modelle abgebildet wird. Wissensbasierte KI agiert nach der Landkarte der KI nach Humm 2020 vor allem in den Teilbereichen des Denkens (z.B. logische Programmierung), Handelns (z.B. Robotik) und Wissens (z.B. Wissensrepräsentation). Bei wissensbasierter KI wird Logik auf Basis von

19 Vgl. Jennings/Cox (2024).

20 Vgl. Gethmann et al. (2022), S.8.

21 Ebd.

Fachwissen direkt in das Rechenmodell der KI implementiert, was eine effizientere Nutzung der Rechenleistung ermöglicht, da nicht alle Entscheidungsregeln von Grund auf errechnet werden müssen. Maschinelle Lernverfahren hingegen berechnen Vorhersagen anhand von statistischen Verfahren basierend auf dem Erkennen von korrelativen Zusammenhängen und Mustern aus Datensätzen durch Algorithmen.²² Die Ergebnisse sind dabei für den Menschen nicht explizit nachvollziehbar, da hierbei das System lernt, ohne explizit mit Regeln für die Entscheidungsfindung programmiert zu werden. Eine Voraussetzung hierfür sind ein entsprechend großer Datensatz sowie eine ausreichende Rechenleistung und Speicherkapazität. Maschinelles Lernen findet seine Anwendung basierend auf der Landkarte der KI nach Humm 2020 vor allem in den Teilbereichen Kommunizieren (z.B. Natural Language Processing), Wahrnehmen (z.B. Computer Vision) und Lernen (z.B. Data Mining). Verschiedene Teilbereiche der KI können sich in ihrer Funktion überlappen. Auch hybride methodische Systeme auf Basis des maschinellen Lernens und der wissensbasierten KI sind möglich.²³

3.2. Anwendungsfelder im medizinischen Kontext

Stressoren wie der demographische Wandel mit einem alterndem Patientenkontext, den folglich steigenden Behandlungskosten, zunehmender Multimorbidität sowie der Personalmangel stellen eine dauerhafte Belastungsprobe für das aktuelle Gesundheitssystem dar. Der Bedarf nach innovativer Entlastung sowie einer strukturellen Neugestaltung ist aufgrund dessen nicht von der Hand zu weisen. Die rapide Entwicklung der KI-Technologie ermöglicht nicht nur eine Analyse komplexer Datenstrukturen, sondern trägt durch die Simulation menschlichen Lernverhaltens und der kontinuierlichen Verbesserung der eigenen Leistung zur zunehmenden Digitalisierung und Automatisierung des Gesundheitswesens bei. Die Eingliederung und Nutzung digitaler Technologien in die Gesundheitsversorgung birgt daher durch die Erweiterung diagnostischer als auch therapeutischer Werkzeuge sowohl Chancen als auch Herausforderungen.²⁴ Die daraus resultierende Optimierung von Behandlungsprozessen kann zur Steigerung der Effizienz und Zugänglichkeit der Versorgung, erhöhter Patientenzufriedenheit sowie zu einer langfristigen Kostensenkung mit finanzieller Entlastung des Gesundheitssektors beitragen.²⁵ Mittlerweile finden sich KI-basierte Anwendungen in

22 Vgl. Gethmann et al. (2022).

23 Ebd.

24 Vgl. Senbekov et al. (2020).

25 Ebd.

folgenden medizinischen Teilbereichen der Versorgungskette wieder, wobei hier einige Beispiele genannt werden sollen:²⁶

1. Bildgebung und Diagnostik
 - Interpretation radiologischer Bildgebung
2. Medikamentenentwicklung und Therapieplanung
 - Vorhersage von Arzneimittelinteraktionen
3. Gesundheitsüberwachung und -management
 - Analyse von Gesundheitsdaten aus Smart-Devices
4. Klinische Entscheidungsunterstützung und personalisierte Behandlungsplanung:
 - Behandlungsempfehlungen basierend auf aus Patientendaten errechneten Scores
5. Forschung und Ausbildung
 - KI-basierte Lernsimulationen

Obwohl KI-Systeme bereits in variablen Bereichen vertreten sind, können sie derzeit menschliche Expertise nicht vollständig ersetzen.²⁷ Die Nutzung von KI in diagnostischen, therapeutischen sowie prognostischen Zusammenhängen findet jedoch eher als Ergänzung Einzug in die Gesundheitsversorgung, da ihr Einsatz mit sozialen, rechtlichen als auch ethischen Herausforderungen verknüpft ist.²⁸

3.3. Ethische Kompetenzen

Die Grundvoraussetzung für die Anwendung und Implementation von KI im medizinischen Bereich ist die hinreichende Evaluation, Überwachung sowie Weiterentwicklung ethischer Standards für die Interaktion zwischen Mensch und Maschine.²⁹ Dies umfasst den Bereich der gesamten Handlungskette – von der Entwicklung über die Testung bis hin zur Implementation und weiteren Erforschung von KI-Systemen im medizinischen Bereich.³⁰ Um der Frage weiter nach zu ge-

26 Vgl. Miotto et al. (2018), Senbekov et al. (2020) und Väänänen et al. (2021).

27 Vgl. Senbekov et al. (2020).

28 Vgl. Zentrale Ethikkommission (2021).

29 Vgl. Deutscher Ethikrat (2023).

30 Ebd.

hen, ob der Einsatz von KI menschliches Handeln und Denken in der Gesundheitsversorgung erweitert oder limitiert, wird im Folgenden auf einige essenzielle ethische Grundvoraussetzungen für den Gebrauch eingegangen: Autonomie, Transparenz, Erklärbarkeit, Verantwortung und Vermeidung von Bias. Diese wurden aufgrund ihrer besonderen Relevanz für den ethischen Beratungsrahmen aus den Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats aus dem Jahr 2023 sowie der Stellungnahme der World Health Organisation (WHO) aus dem Jahr 2021 zum Thema KI im Gesundheitsbereich identifiziert und extrahiert.³¹ Im Fokus steht dabei nicht nur das Verständnis der Technologien, sondern auch die Dynamik der Mensch-Maschine-Relation durch Kompetenzdistribution in einem sensiblen Anwendungsbereich wie dem Gesundheitssystem.

3.3.1. Autonomie

Die Ermöglichung der Autonomie des Patienten stellt eines der wichtigsten Grundprinzipien ethischen Handelns in der Medizin nach Beauchamp und Childress dar.³² Dieser Grundsatz muss auch bei Anwendung von KI-Systemen im Bereich der Gesundheitsversorgung gewahrt werden, wobei die technische keineswegs die menschliche Autonomie überwiegen sollte.³³ Der Respekt vor der menschlichen Autonomie umfasst nicht nur die Selbstbestimmtheit der Patienten sondern in diesen Anwendungsfall auch den selbstbestimmten Umgang mit der digitalen Technologie der KI und ihrem zu regulierenden Einsatz. Voraussetzungen für eine autonome, menschliche Steuerung der KI sind das transparente Monitoring und die durchgängige Evaluation durch medizinisches Fachpersonal, wann und in welchem Ausmaß die Nutzung in diversen Kontexten angebracht und gerechtfertigt ist.³⁴ Dies bedeutet, dass KI nicht unreguliert sondern nur unter menschlicher Steuerung und Aufsicht als reversible Assistenz agieren darf, wobei die Kontrolle über die finale diagnostische sowie therapeutische Entscheidungsgewalt auf menschlicher Seite liegt.³⁵ Da KI-Systeme im medizinischen Bereich vorrangig auf der Analyse umfangreicher patientenbezogener Datenmengen basieren, ist zudem für die Sicherung der Selbstbestimmtheit der Patienten ein valider Rechtsrahmen bezüglich des Datenschutzes und der Sicherstellung informierter, gültiger Einwilligung zur Datenfreigabe zu implementieren.³⁶

31 Vgl. ebd.; vgl. WHO (2021).

32 Vgl. Beauchamp/Childress (2019).

33 Vgl. WHO (2021).

34 Ebd.

35 Ebd.

36 Vgl. Deutscher Ethikrat (2023) sowie WHO (2021).

3.3.2. Transparenz und Erklärbarkeit

Die Delegation menschlicher Aufgaben an maschinelle Systeme erfordert eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Nachvollziehbarkeit und Interpretation der durch die KI generierten Ergebnisse und Prozesse. Wie schon in Kapitel 3.1. dargelegt, können sich KI-basierte Entscheidungssysteme im Grundsatz in ihrer Methodik unterscheiden. Dabei differenzieren sich nachvollziehbare, auf vorab definierten Wenn-Dann-Regeln basierende Systeme von solchen, die aufgrund eines nicht abstrahierbaren, komplexen „Black-Box“-Mechanismus zum finalen Output gelangen. Damit rückt das Problem der Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsbildung von KI-Systemen in den Fokus. Ein selbstbestimmtes Arbeiten und Regulieren im Einklang mit KI-basierten Anwendungen kann nur durch Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsprozesse für die Nutzer dieser gewährleistet werden. Um sowohl Transparenz in der Entwicklung als auch Nutzung von KI sicherstellen zu können, müssen die Funktionsweise sowie der Aufbau von intelligenten Systemen für Entwickler, Nutzer und Regulatoren im medizinischen Umfeld nachvollziehbar und erklärbar sein.³⁷ Dies ist auch Voraussetzung für die adäquate Prüfung, Regulation und Evaluation der Funktionalität, Effektivität und Sicherheit von KI-basierten Anwendungen und ihrer Ausgabeentscheidungen im Anwendungssetting. Die erforderliche Transparenz bedingt die Möglichkeit zur Fehleranalyse, Auditevaluation sowie zur Identifikation von Verzerrungen und Limitationen der Technik. Dennoch zeigt sich dies limitiert durch den Trade-Off zwischen technischer Optimierung der KI-Systeme mit erhöhter Komplexität und der damit einhergehenden reduzierten Plausibilitätsprüfbarkeit der Funktionsprozesse. Technischer, personeller sowie daraus resultierender finanzieller Mehraufwand sind die Folge des Strebens nach der Umsetzung eines erklärbaren und interpretierbaren Arbeitsprozesses.³⁸

3.3.3. Verantwortung und Verzerrungen

Ein verantwortungsvoller Einsatz von KI ist nur durch die spezifische Definition des Leistungsvermögens sowie der anwendungsorientierten Bedingungen für die Nutzung solcher Systeme möglich.³⁹ Grundlegend hierfür sind wie unter 3.3.2. aufgeführt die Nachvollziehbarkeit und ein umfassendes Verständnis der Systemprozesse durch die Entwickler und Anwender. Die Verantwortung für eine adä-

37 Vgl. WHO (2021).

38 Vgl. Deutscher Ethikrat (2023).

39 Vgl. WHO (2021).

quate Supervision ist somit auf die verschiedenen Personenebenen zwischen Designern, Forschenden, Anwendern und Patienten im medizinischen Bereich distribuiert. Die menschliche Überwachung und Überprüfung der KI-basierten Prozesse basiert dabei auf einem kollektiven Verständnis für Verantwortung für die Entwicklung, Bereitstellung und Nutzung.⁴⁰ Die Verteilung der Verantwortung auf mehrere menschliche Agenten kann dazu beitragen Schäden zu minimieren, den autonomen Einbezug aller Beteiligten zu gewährleisten und somit einen integren, selbstbestimmten Umgang mit der Technik zu fördern.

Da die Qualität von KI-Systemen maßgeblich von Umfang, Akkuratheit, Validität sowie Repräsentativität der eingespeisten Trainingsdaten abhängig ist, besteht die Gefahr von Verzerrung und Bias der Ergebnisse durch Einseitigkeit oder Überfokussierung auf bestimmte Zusammenhänge.⁴¹ Diese Tatsache muss bei der Frage nach Gewichtung und Priorisierung von bestimmten Zielsetzungen im Designansatz der Anwendung sowie der Datenauswahl für Entwicklung und Training von KI-Systemen berücksichtigt werden. Damit KI den größtmöglichen, an den Nutzungskontext angepassten Mehrwert für eine breite Varianz an Individuen gewährleisten kann, sollte die Unter-/Überrepräsentation diverser gesellschaftlicher Gruppierungen durch In-/Exklusion von Datenmengen einem genauen Monitoring unterliegen. Auch mangelnde Datenverfügbarkeit, eine unzureichende Datenqualität, falsche Annotation der Daten sowie die Abhängigkeit von entwickelnden als auch regulierenden Personen beeinflussen die Identifikation, Evaluation und Exzision von Datenbias in KI-Anwendungen.⁴²

4. KI-basierte Systeme zur Entscheidungsunterstützung

„Clinical Decision Support Systems“ können als computergestützte Systeme, die klinische Fachkräfte bei der Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose, Behandlung und Versorgung von Patienten unterstützen, definiert werden.⁴³ Durch Analyse und Integration relevanter, weitreichender Datenmengen können KI-basierte Anwendungen mit diesem Fokus klinische Empfehlungen generieren.⁴⁴ Die klinische Entscheidungsfindung in Bezug auf die Patientenversorgung wird dabei nicht nur durch den Output dieser Systeme, sondern auch durch die Frage beeinflusst wie und basierend auf welchen Mechanismen Entscheidungen durch KI-Anwendungen modelliert werden können. Die unterstützende, „beratende“

40 Ebd.

41 Vgl. WHO (2021).

42 Ebd.

43 Vgl. Antoniadis et al. (2021).

44 Vgl. Miotto et al. (2018).

Funktion die KI in diesem Kontext zu Teil wird, birgt durch Möglichkeit der Verarbeitung extensiver, komplexer Datensätze das Potenzial für die Förderung genauerer, ganzheitlicherer und weniger fehleranfälliger klinischer Entscheidungsprozesse.⁴⁵ Gerade hinsichtlich komplexer ethischer Beratungsprozesse, die eine Vielfalt an individuellen Beeinflussungsfaktoren berücksichtigen müssen, stellt sich also die Frage nach der Abbildbarkeit menschlicher Kompetenzen innerhalb dieses ethischen Prozesses durch KI-basierte Technik. Im Folgenden wird daher exemplarisch die supportive Anwendung einer spezifischen Methode der KI, das Natural Language Processing (NLP), in Bezug auf eine ethische Beratung für Personen mit Wunsch nach assistiertem Suizid am Lebensende im Hinblick auf Chancen als auch Limitationen für den klinischen Gebrauch illustriert. Zudem wird für eine ganzheitliche Darstellung der Komplexität des Themas weiterführend auch auf die wichtigsten, allgemeinen Herausforderungen des Einsatzes KI-basierter Anwendungen innerhalb des ethischen Beratungsprozesses verwiesen.

4.1. Beratung am Lebensende unter Verwendung von Natural Language Processing

Gerade die ethische Beratung bei assistiertem Suizidwunsch älterer Menschen erfordert eine exakte und umfassende Erkennung und Analyse aller beeinflussenden Faktoren, aus denen die Entscheidung des Patienten am Lebensende resultiert. Besonders diese relationale und kontextbezogene Komplexität der Einflussfaktoren erschwert, zusätzlich begrenzt durch Ressourcenknappheit und infrastrukturelle Barrieren im medizinischen Versorgungsnetz, die Umsetzung einer ganzheitlichen ethischen Beratung. In diesem Kontext ist daher die ganzheitliche Aufarbeitung und Auseinandersetzung mit den individuellen Lebens- aber auch Leidenssituationen unabdingbar. Der Beratungsprozess und die Interaktion zwischen beratender Person und Patient:innen geht daher stets mit der Notwendigkeit der Erfassung umfangreicher Datenmengen einher. Des Weiteren ist in Bezug auf die in Kapitel 2 skizzierten Anforderungen für einen adäquaten Beratungsstandard eine Kriterien-basierte Evaluation des Datenpools erforderlich, um Entscheidungsprozesse innerhalb der Beratung für alle Beteiligten transparent und an vorher festgelegten moralischen akzeptablen Kriterien orientiert zu strukturieren. Dabei sind nicht nur gesundheitsrelevante Daten, wie die eigene Krankheitsgeschichte, sondern auch die persönliche Lebensrealität, individuelle

45 Vgl. Antoniadis et al. (2021).

Werte sowie Bedürfnisse des Menschen mit einzubeziehen. Eine mögliche technische Komponente zur Analyse, Evaluation und Interpretation von Mustern innerhalb der genannten Schwerpunkte, welche schon lange Nutzung in diversen medizinischen Bereichen findet, ist die Methode des Natural Language Processing (NLP). NLP stellt eine Form des maschinellen Lernens dar, die sich auf die Analyse und Interpretation von menschlicher Sprache durch Computersysteme bezieht.⁴⁶ Diese KI-basierte Methodik befasst sich mit natürlicher Sprachverarbeitung durch die Analyse, Mustererkennung und -vorhersage in freien Texten sowie von Sprachinput durch die Extraktion, Verdichtung von großen Informationsmengen eine genauere und effizientere Vorhersage klinischer Verläufe ermöglicht. Die Anwendungsbereiche in der Patientenversorgung sind vielfältig – NLP wird bereits sowohl in Forschung, Diagnostik, Therapieplanung als auch zur Optimierung von Behandlungsprozessen eingesetzt. Die automatische Analyse klinischer Dokumentationstexte und biosignalbasierter Datensätze sowie die patienten-zentrierte Anwendung von NLP-basierten, dialogfähigen Chatbots können dabei als Beispiele für die technische Implementation ins klinische Setting dienen.⁴⁷

NLP-Systeme sind in der Lage emotionale Inhalte und Sprachmuster aber auch die genutzte Semantik unter Berücksichtigung der Wortfrequenz innerhalb von sprachbasierten Kommunikationsmedien zu erkennen und zu analysieren.⁴⁸ Durch NLP ist es daher möglich Informationen aus Texten zu extrahieren, die Identifikation von inhaltlichen Bezügen zwischen genutzten Begriffen herzustellen sowie diese Ergebnisse später zu summieren und klassifizieren. Dies bietet eine technische Möglichkeit zur inhaltlichen als auch strukturellen Analyse von klinischen Daten, Verlaufsdokumenten als auch aufgezeichneten Gesprächsinhalten behandelter Patient:innen. Im Fokus steht dabei der Vorteil einer effizienteren, schnelleren und umfangreicheren Möglichkeit zur Datenanalyse, was einen umfassenderen Blick auf die individuellen Umstände und Charakteristika eines jeden Patienten erlaubt. Wie in Kapitel 2 erörtert, lassen sich drei zentrale Anforderungen an die ethische Beratung von Patienten mit assistiertem Suizidwunsch am Lebensende erkennen: die Bewertung der Entscheidungsfähigkeit und der Selbstbestimmungsfähigkeit sowie die Unterscheidung zwischen suizidalen Krisen infolge akuter Belastungen und psychischer Erkrankungen. Diese Anforderungen zeigen potenzielle Anwendungsbereiche für eine systematische Betrachtung von Patientendaten durch supportive KI-basierte Systeme wie NLP inner-

46 Vgl. Locke et al. (2021).

47 Ebd.

48 Vgl. Arowosegbe/Oyelade (2023).

halb des Beratungsprozesses auf. Aufbauend auf einer Kriterien-basierten Auswertung kann KI zur unterstützenden Evaluation der Entscheidungsfähigkeit von Personen mit Wunsch nach assistiertem Suizid genutzt werden. Die ethische Evaluation der Entscheidungsfähigkeit einer Person stellt ein komplexes rechtliches, klinisches als auch soziales Konstrukt dar. Dennoch kann NLP supportiv durch die Analyse menschlicher Erklärungen in Sprach- oder Textform dazu beitragen, Entscheidungsprozesse und das Verhalten von Menschen mit Sterbewunsch am Lebensende transparenter zu analysieren. Die KI berücksichtigt lexikalische, syntaktische und semantische Aspekte als auch inhaltliche Gesichtspunkte wie Widersprüche oder Inkonsistenzen in sprachlichen Äußerungen.⁴⁹ Zudem kann NLP die Kohärenz und Konsistenz sprachlichen Ausdrucks bewerten. Die Fähigkeit komplexe Zusammenhänge zu erfassen und auch wiederzugeben kann so evaluiert werden, was sich wiederum relevant für die Einschätzung der Entscheidungskapazität zeigt. Des Weiteren kann NLP verwendet werden, um schriftliche Dokumente von Personen zu analysieren, die an neurokognitiven Erkrankungen wie bspw. Demenz leiden. Mittels NLP-Algorithmen können spezifische sprachliche Muster und logische Fehlschlüsse identifiziert werden, die auf kognitive Beeinträchtigung verweisen.⁵⁰ Darüber hinaus kann NLP durch die Option der Verarbeitung und Strukturierung großer Datenmengen dazu beitragen die persönliche Patientenhistorie in Form von Patientendaten und individuellen Angaben zum Lebenskontext (soziales Umfeld, Bezugspersonen, Biografie) effizienter und geordneter zu erfassen und aufzubereiten.⁵¹ Die automatisierte Identifikation und Einordnung externer Einflussfaktoren aus dem Lebensumfeld auf die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patient:innen kann somit durch eine systematische Erfassung erleichtert werden. Relevante Informationen sowie potenzielle beeinflussende Risikofaktoren können aktiv aus den vorhandenen Datensätzen extrahiert werden. Vielversprechende Ergebnisse zeigt die Nutzung von NLP bei der automatisierten Erkennung von psychischen Erkrankungen, wie Depressionen oder Angststörungen, als auch bei der Identifikation von suizidaler Ideation.⁵² NLP kann durch die Extraktion emotionaler Sprachinhalte sowie durch die Analyse von Wortwahl, Tonfall und Grammatik inhaltliche sowie strukturelle Anhaltspunkte für negative oder selbstzerstörerische Gefühle detektieren.⁵³ Auch Textdaten aus strukturierten Interviews oder Selbstauskunftsbögen lassen so eine Vorhersage von suizidaler Ideation und depressiven Zuständen

49 Vgl. Economou/Kontos (2023).

50 Ebd.

51 Vgl. Spitalé et al. (2023).

52 Vgl. Barua et al. (2022).

53 Vgl. Arowosegbé/Oyelade (2023) und Li et al. (2023).

mithilfe von NLP und computergestützter Analyse zu. Resultierend daraus können sich anhand der strukturierten Datenanalyse sowohl psychische Erkrankungen in der Patientenhistorie, etwaige Risikofaktoren als auch akute Belastungen mit depressiver Symptomatik anhand der Emotionsanalyse von Textdaten genauer identifizieren und zuordnen lassen.

4.2. Herausforderungen und Limitationen

Die Anwendung von KI-gestützten Entscheidungsunterstützungssystemen in ethischen Grenzfragen im medizinischen Bereich ist jedoch auch mit potenziellen Herausforderungen sowie Limitationen ihres zulässigen Kompetenzbereichs verbunden. Ethische Barrieren umfassen dabei die Nachvollziehbarkeit, die Gewährleistung einer autonomen, transparenten Anwendung, die Verantwortung der Steuerung, sowie die Vermeidung von beeinflussenden Bias der KI innerhalb eines Entscheidungsfindungsprozesses. Bezieht man diese in Kapitel 3.3. definierten ethischen Rahmenbedingungen auf den praktischen Anwendungskontext, lassen sich mehrere Probleme für die Entwicklung und Nutzung von KI erkennen. Der verlässliche Einsatz von KI-Systemen setzt eine nutzerfreundliche, an Datenschutzbedingungen angepasste sowie auf Risiko-Nutzen-Analysen basierende Entwicklung dieser Systeme voraus.⁵⁴ Der gesamte Prozess einer KI-basierten Entscheidungsfindung involviert dafür jedoch etliche beeinflussende Akteure – sei es in der Entwicklung des Systems, der Erfassung und strukturierten Aufbereitung relevanter Daten sowie in der eigentlichen Verwendung und Interpretation von KI im klinischen Kontext. Ethische und rechtliche Richtlinien für die Entwicklung und Verwendung von KI können die hierdurch generierte Fehleranfälligkeit nur orientierend regulieren.⁵⁵ Gerade in Bezug auf komplexe, sensible Beratungssituationen wie der eines assistierten Suizidwunsches, ist daher die Frage zu stellen, inwiefern sich die Anwendung eines so divers beeinflussbaren Systems vertretbar, valide und risikoarm gestalten kann.

Durch die Nutzung von KI-Systemen können umfangreiche Datensätze in kürzerer Zeit verarbeitet werden. Trotz potenzieller Ressourcenreduktion durch Zeitersparnis und Effizienzsteigerung, erschließt sich durch die ansteigende Komplexität der für vielschichtige Anwendungskontexte genutzten KI-Systeme ein weiteres Problem: der Verlust von Transparenz und Erklärbarkeit der technischen Prozesse, aber auch der Entscheidungsunterstützung per se. Dies könnte

54 Vgl. Braun et al. (2020).

55 Ebd.

zu einer Form von „Black-Box-Beratung“ führen, innerhalb derer gerade für ältere Menschen, die mit der Funktion von komplexen Technologien nicht vertraut sind, Informationsasymmetrien aufgrund von fehlender Nachvollziehbarkeit von Risiken, Ergebnissen und Bewertungen entstehen. Der Anspruch den zu beratenden Patient:innen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen bedingt für das anwendende medizinische Personal die Herausforderung die technischen Entscheidungsmechanismen selbst nachzuvollziehen und interpretieren zu können. Dies generiert zwangsläufig einen wachsenden Bedarf für spezialisierte Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die Verwendung von KI-basierten Anwendungen als Entscheidungsunterstützungen. Des Weiteren bleibt zu klären, inwiefern die Autonomie der Entscheidungsfindung eines partizipativen Beratungsprozesses durch den lösungsorientierten Input von KI-Systemen verformt und beeinflusst wird. Datengetriebene KI-Anwendungen generieren durch ihren Informationsoutput einen externen Einflussfaktor auf den Entscheidungsprozess. Ob die Verdichtung und Interpretation von relevanten Daten somit einen Mehrwert für eine informierte, selbstbestimmte Entscheidungsbildung generiert oder ob sie im Gegenteil dazu durch die suggestive Beeinflussung dieser einen hemmenden Effekt auf eine freiverantwortliche, selbstbestimmte Entscheidung darstellt, bleibt daher fraglich.

Die Einbindung von KI in Beratungsprozesse wirft zudem rechtliche Fragen in Bezug auf den Schutz der Privatsphäre, die Verwendung sensibler Daten sowie die Verantwortungsübernahme für die fehlerhaften Prozesse auf.⁵⁶ Angesichts der Vielzahl an Beteiligten (Entwickler, vertreibende Unternehmen, Anwender), die zur Entscheidungsfindung durch die Modulation von KI-gesteuerten Systeme beitragen, verschwimmt die klare Zuordnung moralischer sowie rechtlicher Verantwortung diesbezüglich zunehmend. Im klinischen Setting entsteht hierdurch der Bedarf für regulierende Rahmenbedingungen für die Haftung bei Fehlfunktion sowie resultierende Fehlentscheidungen durch die KI. Eine genaue Fehleridentifikation, die klare Zuordnung zu den verantwortlichen Strukturkomponenten sowie der verantwortlichen Beteiligten wird jedoch wiederum durch die Komplexität und Diversität der Funktionsmechanismen und Entwicklungsprozesse KI-basierter Anwendungen limitiert. Gerade im Hinblick auf die Beratung hinsichtlich eines assistierten Suizidwunsches am Lebensende einer Person und der Irreversibilität der daraus resultierenden Entscheidung wäre eine fehlerbasierte Beeinflussung des Entscheidungsprozesses durch technisches Versagen fatal.

KI beruht zu einem großem Anteil auf der Analyse und Verarbeitung von durch Menschen generierter Daten, wobei sowohl die Datenmodalität als auch die Datenrepräsentativität KI-basierte Entscheidungen beeinflussen können. Die

56 Vgl. Maurya/DeDiego (2023).

Über- oder Unterrepräsentation von Daten bestimmter Gruppierungen aufgrund bestehender struktureller sozialer Diskriminierung kann dabei dazu führen, dass menschliche bestehende Vorurteile und Verzerrungen in KI-Systeme einfließen und durch algorithmische Weiterverarbeitung reproduziert oder verstärkt werden.⁵⁷ Auch die Datenmodalität (textuell, numerisch, bildlich, auditiv) wirkt sich auf die Identifikation von bestehenden Bias aus. Da für die Datenextraktion und -verarbeitung meist multimodale, datenmodalitätsspezifische Ansätze der KI genutzt werden müssen, erschwert die Verwendung zusätzlicher Merkmalsextraktion die Erfassung und Eradikation bestehender Bias.⁵⁸ Die Herausforderung besteht daher bezüglich der Nutzung von KI für die ethische Beratung zum assistierten Suizid darin sicherzustellen, dass die zu erfassende Individualität jeder Person sowie die Komplexität und Vielschichtigkeit ihrer Bedürfniswelt auch in den analysierten Daten angemessen widergespiegelt wird.

Zudem sollte darauf hingewiesen werden, dass die Beeinflussung KI-basierter Systeme zur Evaluation der Entscheidungsfähigkeit auch von Seiten der Patient:innen mit Suizidwunsch nicht ausgeschlossen werden kann. Durch die bewusste Alteration der genutzten Datengrundlage kann auf das maschinelle Lernmodell KI-basierter Strukturen Einfluss genommen werden. Dies führt in letzter Konsequenz zur Fehlklassifikation von Informationen und falschen Ergebnisoutputs.⁵⁹ KI-gestützter Entscheidungssysteme können also durch bewusstes Einspeisen, Auslassen oder Abändern von Informationen durch Patient:innen selbst manipuliert werden. Betrachtet man das Beispiel der Verwendung von NLP-Systemen kann die Verwendung gezielter Argumentationsmuster oder die bewusste Sprachmodulation in Bezug auf Wortwahl, Intonation sowie emotionale Inhalte mit einer Verfälschung des Dateninputs sowie des Ergebnisoutputs einhergehen.

5. Implikationen für Praxis und Forschung

Die Operationalisierung ethischer Standards für die Kompetenzübernahme von KI im medizinischen Kontext gestaltet sich komplex und herausfordernd. Gerade in Bezug auf den ethischen Beratungskontext für Personen am Lebensende mit assistiertem Suizidwunsch muss die Notwendigkeit proaktiver und inklusiver Nutzungsansätze betont werden, um den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht zu werden und Machtgefälle zwischen Anwender und Nutzer zu vermeiden. Dabei besteht die größte Herausforderung darin, sich bewusst zu machen, dass kein

57 Vgl. Ntoutsis et al. (2020).

58 Ebd.

59 Vgl. Aynaci/Köse (2021).

universell anwendbares Konzept generiert werden kann, sondern eine kontextuelle Anpassung unter Berücksichtigung technischer, sozialer sowie rechtlicher Limitationen erforderlich ist. Die nachhaltige Implementation von KI ist nur durch die ganzheitliche Integration in den jeweiligen Kompetenzbereich auf finanzieller, struktureller und personeller Ebene in den jeweiligen Anwendungskontext möglich. Eine weiterführende Analyse des Einsatzes von KI in weiteren Bereichen des Themenfeldes, die auch Menschen mit unklar definierten Sterbewunsch bei fehlendem Lebenswillen als auch Menschen mit Wunsch nach Tötung auf Verlangen umfassen, ist hierfür nötig. Dies setzt die Erforschung und Entwicklung von KI für den ethischen Beratungsrahmen durch einen möglichst diversen Background voraus, der den gesellschaftlichen Querschnitt auch auf Datenebene bestmöglich widerspiegelt. Auch in Bezug auf die verwendeten Trainings- und Testdatensätze für Entwicklung, Forschung und Anwendung von KI-basierten Systemen im ethischen Beratungsprozess muss somit die hinreichende Inklusion und Berücksichtigung relevanter Patientengruppierungen sichergestellt werden. Dies kann nur durch die Verwendung ausreichend großer, klinisch validierter Datensets basierend auf repräsentativer wissenschaftlicher Forschung gewährleistet werden.⁶⁰ Im medizinischen Anwendungsbereich steht zudem die Qualitätssicherung von KI-Anwendungen durch Einbindung von Verantwortlichen aller gesellschaftlichen Ebenen zur Entwicklung, Erprobung und Zertifizierung medizinischer KI-Produkte im Vordergrund.⁶¹ Hohe Standards hinsichtlich des Datenschutzes sowie des Schutzes der Privatsphäre von Patient:innen bedingen sich durch den gesteigerten Aufklärungs- und Begleitungsbedarf bei gesteigerter technischer Substitution menschlicher Aufgaben sowie der essenziellen Nutzung von Datenanalysen im medizinischen Bereich. Dabei muss die Informiertheit der Patient:innen durch gezielte kommunikative Maßnahmen gegen die Objektivierung der Patient:innen sowie zur Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses zur beratenden Person sichergestellt werden.⁶² Um die Grenzen zwischen der Nutzung von KI als Entscheidungsassistenz und automatisierte Entscheidungskraft nicht verwischen zu lassen, liegt die gesteigerte Verantwortung und Rechenschaft für die Nutzung von KI-Anwendungen daher nicht nur bei Entwickler:innen und Anbieter:innen sondern auch direkt beim beratenden medizinischen Personal.⁶³ Eine klare Definition der Verantwortlichkeiten sowie die kontinuierliche Evaluation und Anpassung der genutzten Systeme ist unabdingbar, um eine adäquat regulierte Fehlerkultur und Plausibilitätsprüfung des Outputs in einem vulnerablen

60 Vgl. Väänänen et al. (2021).

61 Vgl. Deutscher Ethikrat (2023).

62 Ebd.

63 Vgl. Zentrale Ethikkommission (2021).

Anwendungskontext zu gewährleisten.⁶⁴ Um medizinisches Personal besser auf die Anwendung von KI-basierten Anwendungen vorzubereiten, sollte zudem die Handhabung dieser in die Aus- und Weiterbildung durch spezifische Fortbildungsmaßnahmen integriert werden.⁶⁵

Insgesamt verdeutlicht die Integration künstlicher Intelligenz in die medizinische Praxis das Potenzial zur Optimierung von Diagnose- und Behandlungsprozessen. Jedoch ist ein gründliches Verständnis der Funktionsweise und Limitationen der Kompetenzen der KI unerlässlich, um ihre Anwendung effektiv und ethisch verantwortungsbewusst zu gestalten. Daher müssen gerade in Bezug auf moralische Fragestellungen im Beratungskontext zum assistierten Suizid die Entwicklung, Validierung sowie Anwendung von KI-basierten Systemen einer kritischen ethischen Evaluation unterzogen werden. Keinesfalls darf die Dynamik dieses neuen technischen Fortschritts und das damit einhergehende Potenzial zur ressourcenorientierten Effizienzsteigerung klinischer Prozesse über die moralischen Limitationen bezüglich einer Kompetenzverteilung innerhalb der ethischen Beratung hinwegtäuschen. Diese liegen in der Formalisierung echter empathischer Beratung und der Operationalisierung menschlicher Interaktion in vulnerablen Lebenssituationen begründet.

Interessenkonflikte: Keine

Hinweis

Der vorliegende Artikel wurde im Kontext einer kumulativen Dissertationsschrift zum Erreichen des medizinischen Dokortitels (Dr. med.) durch die Autorin an der Professur für Ethik in der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) erstellt. Für die fruchtbare Diskussion im Rahmen des Graduiertenkollegs „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“ (Leitung: Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A.) und die Förderung im Rahmen eines Stipendiums geht herzlicher Dank auch an die Josef und Luise Kraft-Stiftung (München).

64 Vgl. Samhammer (2023).

65 Vgl. Deutscher Ethikrat (2023).

Literatur

- Aner, K./Karl, U. (Hrsg.) (2020): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Auflage. Wiesbaden.
- Antoniadi, A. M./Du, Y./Guendouz, Y./Wei, L./Mazo, C./Becker, B. A./Mooney, C. (2021): Current Challenges and Future Opportunities for XAI in Machine Learning-Based Clinical Decision Support Systems: A Systematic Review. In: *Applied Sciences* 11 (2021), p. 5088.
- Arowosegbe, A./Oyelade, T. (2023): Application of Natural Language Processing (NLP) in Detecting and Preventing Suicide Ideation: A Systematic Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public health* 20, 2 (2023), pp. 1-23.
- Barua, P. D./Vicnesh, J./Lih, O. S./Palmer, E. E./Yamakawa, T./Kobayashi, M./Acharya, U. R. (2022): Artificial intelligence assisted tools for the detection of anxiety and depression leading to suicidal ideation in adolescents: a review. In: *Cognitive Neurodynamics* 18, 1 (2022), pp. 1-22.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): Principles of biomedical ethics. 8th edition. New York, Oxford.
- Braun, M./Hummel, P./Beck, S./Dabrock, P. (2020): Primer on an ethics of AI-based decision support systems in the clinic. In: *Journal of medical ethics* 47, 12 (2020), pp. 1-8.
- Conejero, I./Olié, E./Courtet, P./Calati, R. (2018): Suicide in older adults: current perspectives. In: *Clinical interventions in aging* 13 (2018), pp. 691-699.
- Deutscher Ethikrat (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit: Stellungnahme. Deutscher Ethikrat. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (2023): Mensch und Maschine-Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz: Stellungnahme. Deutscher Ethikrat. Berlin.
- Economou, A./Kontos, J. (2023): Testamentary capacity assessment in dementia using artificial intelligence: prospects and challenges. In: *Frontiers in psychiatry* 14 (2023), pp. 1-6.
- Emsal, A./Köse, U. (2021): Manipulation of Artificial Intelligence in Image Based Data: Adversarial Examples Techniques. In: *Journal of Multidisciplinary Developments* 6, 1 (2021), pp. 8-17.
- Fellgiebel, A./Hautzinger, M. (Hrsg.) (2017): Altersdepression: Ein interdisziplinäres Handbuch, 1. Auflage. Berlin, Heidelberg.
- Frühwald, T./Pinter, G. (2021): Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie zum assistierten Suizid bei älteren Menschen: Entscheid des Österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 zum assistierten Suizid – Perspektive der Geriatrie und Gerontologie [Statement of the Austrian Society for Geriatrics and Gerontology]

- on assisted suicide in older people: Decree of the Austrian Constitutional Court from December 11th 2020 on assisted suicide-Perspective of geriatrics and gerontology]. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54, 4, pp. 390-394.
- Ganner, M. (2020): *Grundzüge des Alten- und Behindertenrechts*. Wien.
- Gethmann, C. F./Buxmann, P./Distelrath, J./Humm, B. G./Lingner, S./Nitsch, V./Schmidt, J. C./Spiecker, I. (2022): *Künstliche Intelligenz in der Forschung: Neue Möglichkeiten und Herausforderungen für die Wissenschaft, Ethics of Science and Technology Assessment*, Band 48. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg.
- Hoffmann, T. S./Knaup, M. (Hrsg.) (2015): *Was heißt in Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Berlin, Heidelberg.
- Jennings, A. M./Cox, D. J. (2024): Starting the Conversation Around the Ethical Use of Artificial Intelligence in Applied Behavior Analysis. In: *Behavior analysis in practice* 17, 1 (2024), pp. 107-122.
- Li, T. M. H./Chen, J./Law, F. O. C./Li, C.-T./Chan, N. Y./Chan, J. W. Y./Chau, S. W. H./Liu, Y./Li, S. X./Zhang, J./Leung, K.-S./Wing, Y.-K. (2023): Detection of Suicidal Ideation in Clinical Interviews for Depression Using Natural Language Processing and Machine Learning: Cross-Sectional Study. In: *JMIR medical informatics* 11 (2023).
- Linder, R. (2019): Wenn alte Menschen sterben wollen. In: *Geriatrie-Report* 14, 3 (2019), S. 6-10.
- Locke, S./Bashall, A./Al-Adely, S./Moore, J./Wilson, A./Kitchen, G. B. (2021): Natural language processing in medicine: A review. In: *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 38 (2021), pp. 4-9.
- Maurya, R. K./DeDiego, A. C. (2023): Artificial intelligence integration in counsellor education and supervision: A roadmap for future directions and research inquiries. In: *Counselling and Psychotherapy Research* 00 (2023), pp. 1-5.
- Miotto, R./Wang, F./Wang, S./Jiang, X./Dudley, J. T. (2018): Deep learning for healthcare: review, opportunities and challenges. *Briefings in bioinformatics* 19, 6 (2018), pp. 1236-1246.
- Muller, M. T./Kimsma, G. K./van der Wal, G. (1998): Euthanasia and assisted suicide: facts, figures and fancies with special regard to old age. In: *Drugs & aging* 13, 3 (1998), pp. 185-191.
- Ntoutsis, E./Fafalios, P./Gadiraju, U./Iosifidis, V./Nejdl, W./Vidal, M.-E./Ruggeri, S./Turini, F./Papadopoulos, S./Krasanakis, E./Kompatsiaris, I./Kinder-Kurlanda, K./Wagner, C./Karimi, F., Fernandez, M./Alani, H./

- Berendt, B./Kruegel, T./Heinze, C./Staab, S. (2020): Bias in data-driven artificial intelligence systems – An introductory survey. In: Wiley interdisciplinary reviews. Data mining and knowledge discovery 10, 3 (2020).
- Samhammer, D. (2023): Klinische Entscheidungsfindung mit künstlicher Intelligenz: Ein interdisziplinärer Governance-Ansatz. Essentials. Berlin, Heidelberg.
- Saß, H./Cording, C. (2022): Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. In: Der Nervenarzt 93, 11 (2022), S. 1150-1155.
- Senbekov, M./Saliev, T./Bukeyeva, Z./Almabayeva, A./Zhanaliyeva, M./Aitenova, N./Toishibekov, Y./Fakhradiyev, I. (2020): The Recent Progress and Applications of Digital Technologies in Healthcare: A Review. In: International journal of telemedicine and applications.
- Spitale, G./Schneider, G./Germani, F./Biller-Andorno, N.(2023): Exploring the role of AI in classifying, analyzing, and generating case reports on assisted suicide cases: feasibility and ethical implications. In: Frontiers in artificial intelligence 6 (2023).
- Väänänen, A./Haataja, K./Vehviläinen-Julkunen, K./Toivanen, P. (2021): AI in healthcare: A narrative review. In: F1000Research 10, 6 (2021).
- van den Berg, V./van Thiel, G./Zomers, M./Hatog, I./Leget, C./Sachs, A./Uitterwaal, C./van Wijngaarden, E. (2021): Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Patients with Multiple Geriatric Syndromes. In: JAMA Internal Medicine 181, 2 (2021), pp. 245-250.
- Wassiliwizky, M./Gerlinger, G./Domschke, K./Reif, A./Bader, F./Pollmächer, T. (2022): Der assistierte Suizid: Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN. In: Der Nervenarzt 93, 11 (2022), S. 1134-1142.
- WHO (2021): Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Geneva.
- Zentrale Ethikkommission (2021): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „Entscheidungsunterstützung ärztlicher Tätigkeit durch Künstliche Intelligenz“. In: Deutsches Ärzteblatt 33-34 (2021), S. A1-A13.

Zur ethischen Kompetenz des gewissenhaften Forschens Wie können wir das Risiko von Dual Use Research of Concern (DURC) vermindern?

1. Einleitung

Forschung ist eines der Kernelemente der Medizin. Es ist Anspruch jeder Universitätsklinik, die Forschung voranzutreiben und mehr Wissen zu erreichen. Durch diesen anhaltenden „Wissensdurst“ ist es gelungen, in den letzten Jahrzehnten ungeahnte Fortschritte zu machen und Krankheiten zu heilen, die früher ein Todesurteil gewesen wären. Medizinische Forschung hat sich inzwischen auch auf weitere, zuvor weniger erforschte Gebiete wie Neurotechnologie und Künstliche Intelligenz (KI), ausgeweitet. Ebenso sind die Ergebnisse unserer Forschung der Allgemeinheit durch das Internet zugänglicher geworden. Während all das natürlich eine sehr positive Entwicklung darstellt, bringt es auch seine Schattenseiten mit sich. Die neuen Erkenntnisse aus der Forschung können nicht nur für gute Zwecke, sondern auch missbräuchlich verwendet werden, sei es für kriminelle Ziele, Terrorismus oder zur Waffentechnik in „Schurkenstaaten“. Mit diesem Themenbereich befasst sich sicherheitsrelevante Forschung – auf Englisch „Dual Use Research of Concern“ (DURC). Es ist eine Thematik, die mit zunehmender Globalisierung immer relevanter wird, und für die es in der medizinischen Forschungsgemeinschaft ein noch unzureichendes Bewusstsein gibt.¹ Im Folgenden wird zunächst dargestellt, weshalb DURC im Kontext medizinischer Forschung – insbesondere in den neueren Feldern wie KI – relevant ist. Anschließend wird beschrieben, mithilfe welcher ethischen Kompetenzen der Entstehung sicherheitsrelevanter Forschung entgegengewirkt werden kann und wie diese ethischen Kompetenzen in der Forschungsgemeinschaft gefördert werden können. Abschließend wird ein Überblick über allgemeine Lösungsansätze für die Problematik von DURC gegeben.

1 Vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina/Deutsche Forschungsgemeinschaft (2022).

2. DURC – Sicherheitsrelevante Forschung

Als sicherheitsrelevante Forschung wird im Allgemeinen Forschung beschrieben, welche für gute Zwecke durchgeführt wird, allerdings das Potenzial für Missbrauch hat.² Diese negativen Effekte können verschiedene Formen annehmen, beispielsweise die Produktion von hochpathogenen Infektionserregern oder geächteten Massenvernichtungswaffen. Die Thematik ist in der medizinischen Forschung ethisch besonders relevant, da durch die Möglichkeit von Missbrauch u.a. gegen eines der vier Prinzipien medizinischer Ethik, dem Nicht-Schaden – englisch „non-maleficence“ – verstoßen wird.³ Der ethische Konflikt, den DURC darstellt, besteht darin, eine Balance zwischen den ethischen Werten des Nicht-Schadens und der Forschungsfreiheit zu finden. Es ist hierbei zu beachten, dass mit Einschränkung der Forschungsfreiheit ebenso gegen einen weiteren Aspekt der medizinischen Ethik verstoßen werden kann, nämlich der „beneficence“, das heißt der Verpflichtung dazu, für das Wohl des Patienten Fürsorge zu tragen. Durch ein Einschränken der Forschung können wichtige Erkenntnisse möglicherweise nicht erreicht werden. Somit ist dem Problem der sicherheitsrelevanten Forschung durch ein vorsichtiges Abwägen der jeweiligen ethischen Werte entgegenzugehen, welches sowohl das Patientenwohl, die Sicherheit der Allgemeinheit und die Forschungsfreiheit beachtet. Durch diese komplexe Problemstellung ist es natürlich schwierig, ein für alle Fälle gültiges Lösungskonzept zu erarbeiten. Jedoch ist es unumgänglich, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, um das Risiko durch DURC so weit wie möglich zu minimieren.

Im medizinischen Bereich war der Fokus für sicherheitsrelevante Forschung bislang eher auf den Biowissenschaften, da dies der Bereich der medizinischen Forschung ist, in dem der Gedanke an DURC erstmals aufkam – bereits im 18. Jahrhundert führte die Forschung am Pockenvirus zu der Verwendung des Virus als Biowaffe, und nach den Anthrax-Attacken in 2001 wurde auch die Verwendung von Erkenntnissen der Biowissenschaften durch Terroristen zu einer realen Gefahr.⁴ Im Bereich der Biowissenschaften ist bereits viel zu dem Thema von Dual Use Research geforscht worden, wobei beispielsweise durch praktische Ansätze wie der Einrichtung von Sicherheitslaboren versucht wurde, das Risiko für Missbrauch zu minimieren.⁵ Ebenso hat die WHO zu diesem Thema Richtlinien zum Umgang mit pathogenen Substanzen herausgebracht.⁶

2 Vgl. World Health Organization/WHO (2020).

3 Vgl. Beauchamp/Childress (2019).

4 Vgl. National Research Council (US) Committee on a New Government-University Partnership for Science and Security (2007).

5 Vgl. Deutscher Ethikrat (2014).

6 Vgl. WHO (2022).

Durch den oben beschriebenen Wandel, der sich in der medizinischen Forschung vollzogen hat, gibt es jedoch immer mehr Felder medizinischer Forschung, die nicht oder nur unzureichend durch bestehende Bemühungen, gegen DURC vorzugehen, abgedeckt werden.

3. DURC und Künstliche Intelligenz in der Medizin

Künstliche Intelligenz (KI) ist in den letzten Jahren stark in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt und hat auch im Bereich der Medizin eine immer bedeutenderen Rolle eingenommen. So kann KI bereits radiologische und pathologische Bilddaten analysieren und in Form von chirurgischen oder pflegerischen Robotern tätig werden.⁷ Auch in der Forschung wird KI bereits auf verschiedenen Ebenen eingesetzt, jedoch ist auch in diesem Feld das Potenzial für Missbrauch gegeben. Ein Beispiel hierfür ist eine US-amerikanische pharmazeutische Firma, welche ein KI gestütztes Programm zur schnelleren und qualitativ hochwertigeren Entwicklung neuer Medikamente entwickelt hat. Die Firma wurde im September 2021 zu einer Sicherheitskonferenz eingeladen und gebeten, einen Vortrag vorzubereiten, inwiefern ihr Programm missbraucht werden könnte. Dieses Gedankenexperiment führte zu der Erkenntnis, dass ihre Software mit nur leichten Abänderungen dazu verwendet werden könnte, neue chemische und biologische Waffen herzustellen, inklusive bislang unbekannter Agenzien.⁸ Dies war bis dato eine nicht explorierte Idee gewesen und die Forscher erhielten mehrere Anfragen für die exakten Molekülzusammensetzungen, die sie gefunden hatten, welche sie allesamt ablehnten.⁹ Der Bericht über die Sicherheitskonferenz beschrieb ein besorgniserregendes Fehlen von Bewusstsein für die Thematik von Missbrauch in der Forschungsgemeinschaft, die sich mit der Entwicklung dieser Technologien auseinandersetzt, trotz der raschen Zunahme von Firmen, die im Bereich von KI aktiv sind.¹⁰

Dass KI das Potenzial für Nutzung als Waffe hat, ist kein neuer Gedanke. Konzepte wie die Entstehung von autonomen Waffen wie beispielsweise Drohnen, welche nach vorgegebenen Merkmalen Ziele – auch Menschen – identifizieren und „eliminieren“, sind inzwischen eine technisch mögliche Entwicklung, welche als dritte Revolution der Kriegsführung beschrieben wurde.¹¹ 2015 wurde

7 Vgl. Hamet (2017).

8 Vgl. Evans (2022).

9 Vgl. Urbina (2022).

10 Vgl. The Swiss Federal Institute for NBC-Protection (2019).

11 Vgl. Berkley (2015).

auf der (International Joint Conference on Artificial Intelligence (IJCAI) ein offener Brief verlesen, der sich stark gegen die Entwicklung von autonomen Waffen aussprach und für ein Verbot dieser plädierte. Dieser Brief wurde von 4.502 KI- und Robotik-Forschenden und 26.215 anderen Personen unterschrieben.¹² In der Forschungsgemeinschaft gibt es demnach eine starke Meinung gegen den schädlichen Gebrauch von Erkenntnissen im Bereich der KI. Allerdings gibt es bislang keinen internationalen Konsens zur Regulierung autonomer Waffensysteme, und Bemühungen der hierfür ins Leben gerufenen Expertengruppe der Vereinten Nationen scheiterten in 2022.¹³

Es ist somit ersichtlich, dass Forschung im Bereich (medizinischer) KI das Potenzial für Missbrauch von katastrophalen Proportionen hat. Dies wird besonders problematisch durch die Tatsache, dass KI im Gegensatz zu Menschen kein Gewissen und kein Konzept von „Gut“ und „Böse“ besitzt, es sei denn, es werden von außen Regeln einprogrammiert. Selbst im Falle der Programmierung eines moralischen Grundgerüsts kann die KI Fälle, die von diesem Grundgerüst nicht abgedeckt sind, nicht moralisch evaluieren. Somit ist die KI im Stande, ohne den bremsenden Einfluss eines Gewissens menschliche Zerstörungsphantasien um ein Vielfaches zu potenzieren. KI ist dazu in der Lage, wertfrei alle Möglichkeiten, die theoretisch gedacht werden können, zu explorieren, auch solche, die ethisch völlig verwerflich sind. Es ist daher von größter Bedeutung, den Bereich der KI durch strikte Regulierungen abzudecken.

Die EU hat 2023 das weltweit erste Gesetz zur Regulierung von KI verabschiedet,¹⁴ in dem es unter anderem eine Abstufung von Hochrisiko-KI unternimmt, Regulierungen zur Transparenz einführt sowie Entwicklern von KI klare Pflichten auferlegt.¹⁵ Während dieses Gesetz natürlich sehr zu begrüßen ist, erscheint es in Anbetracht der weltweiten Zunahme von KI-Entwicklung doch etwas besorgniserregend, dass dies der erste Ansatz ist, potenziellen Schäden durch KI entgegenzuwirken.

4. DURC und Neurotechnologie

Die Neurotechnologie ist ein weiteres Feld der medizinischen Forschung, das in den letzten Jahr(zehnt)en zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Durch ein

12 Ebd.

13 Vgl. Fleming (2022).

14 Vgl. Riedel (2023).

15 Vgl. Europäische Kommission (2024).

tieferes Verständnis davon, wie das menschliche Gehirn aufgebaut ist und funktioniert, haben wir Möglichkeiten gefunden, neurologische Funktionen bei Kranken zu verbessern oder zu ersetzen. So ist es inzwischen zum Beispiel möglich, Prothesen mit Tastsinn herzustellen, eine Errungenschaft, die die Lebensqualität betroffener Patient:innen um ein Vielfaches erhöht.¹⁶ Doch auch in diesem Bereich müssen wir uns Gedanken machen, ob die Erkenntnisse, die wir gewinnen, ausschließlich für gute Zwecke eingesetzt werden. Neurotechnologie ist weltweit Gegenstand militärischer Forschung. Beispielsweise forschen sowohl die amerikanische DARPA (Defense Advanced Research Projects Agency, Teil des Verteidigungsministeriums und verantwortlich für Forschung für das US-Militär) als auch die deutsche Cyberagentur an verschiedensten Projekten im Bereich von Neurotechnologie.¹⁷ Während man selbstverständlich nicht davon ausgehen kann, dass sämtliche militärische Forschung eine moralisch schlechte ist – im Gegenteil, durch die Finanzierung militärischer Forschungsprojekten sind im medizinischen Bereich viele Erkenntnisse erreicht worden, die für Patient:innen lebensverbessernd sein können – ist Forschung, die mit der Intention der Waffenherstellung betrieben wird, per Definition eine sicherheitsrelevante Forschung und muss als solche evaluiert und geprüft werden, um negatives Outcome zu minimieren.

Ein Beispiel hierfür ist der Bereich der Gehirn-Computer-Schnittstelle, englisch Brain Computer Interfaces (BCI). Sie befasst sich mit der engen Zusammenarbeit zwischen Gehirn und Computer. Diese Technologie hat das Potenzial, klinisch hoch-relevant zu sein, beispielsweise in der Behandlung von Gehirnschäden. Auf der anderen Seite wird diese Technologie auch mit der Intention der Waffenherstellung erforscht. So forscht die Cyberagentur an der Möglichkeit, Drohnen zukünftig allein mit Gedanken steuern zu können.¹⁸ Jedoch ist der Missbrauch von BCI nicht nur im militärischen Kontext relevant. Auch krimineller Missbrauch ist durchaus denkbar. So eröffnet BCI die Möglichkeit von „brain spyware“ (Spionagesoftware für das Gehirn). Es ist mithilfe der Technologie von BCI theoretisch möglich, sensitive Informationen wie Passwörter oder religiöse Ausrichtung des Nutzers herauszufinden.¹⁹ Das Missbrauchspotenzial ist hier beachtlich.

Ein weiteres Beispiel in diesem Bereich ist die Forschung an Ultraschall-vermittelter Nervenstimulation. 2008 wurde von Thomas Dawson ein Patent an-

16 Vgl. DARPA (2019).

17 Vgl. Cyberagentur (2023) sowie DARPA (2019).

18 Vgl. Vogt (2021).

19 Vgl. Martinovic (2012).

gemeldet, um mittels Ultraschallstimulation von außen das Sehzentrum zu aktivieren, mit dem Ziel, Blinden das Sehen zu ermöglichen. Die DARPA finanzierte ein weiteres Projekt, das basierend auf der gleichen Technologie Soldatenhelme herstellen sollte, welche mittels Ultraschallstimulation Effekte wie Schmerzreduktion oder Informationsübermittlung bezwecken sollte.²⁰ Es wurde weder zu der Sehzentrumstimulation noch zu dem Soldatenhelm nach Ankündigung der Projekte wieder etwas publiziert. Die Anwendung von Ultraschall zur Nervenstimulation als solche hat sich allerdings beispielsweise bei Anwendung an den Schläfen zur effektiven Stimmungsverbesserung durchgesetzt.²¹ Es ist daher davon auszugehen, dass die Technologie noch nicht ausgereift genug für komplexe Einsätze ist. Die Forschung in diesem Bereich existiert jedoch, sowohl zu medizinischen als auch zu militärischen Zwecken. Sollte sich letzteres durchsetzen, müssen viele ethische Fragen gestellt werden, nicht zuletzt, inwieweit die Instrumentalisierung von Menschen vertretbar und wie die Frage der Autonomie der Soldaten und der daraus folgenden Verantwortung für etwaige Fehler zu handhaben ist.

Neuroenhancement ist ein weiterer Bereich der Neurowissenschaften, der immer mehr erforscht wird, u. a. auch von Militärs,²² und ebenfalls großes Potenzial für Missbrauch bietet. Neuroenhancement befasst sich mit der Verstärkung bestimmter Eigenschaften unseres Gehirns, sei es Konzentrationsfähigkeit oder Stimmungsverfassung. Hier gibt es ein weites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten für Militär mit DURC – von allgemeinen Präparaten wie Ginko zur Aufmerksamkeits- und Leistungssteigerung²³ bis hin zu speziellen Medikamenten zur Erweiterung der Wahrnehmung für Kampfpiloten. Auch weitere, bislang rein akademische Überlegungen zum Einsatz von Neuroenhancement zur Verbesserung moralischen Handelns (Moralisches Enhancement, ME) werden kontrovers diskutiert.²⁴ Diese Verbesserungen sind definitionsgemäß von vornherein nicht medizinisch indiziert.²⁵ Dadurch entstehen viele verschiedene ethische Fragen. Berechtigte Bedenken verursacht beispielsweise die Gefahr des sozialen Drucks zum Einsatzes von Neuroenhancement, was besonders dadurch, dass Neuroenhancement nicht ganz ungefährlich ist, problematisch wird.²⁶ Einige Gefahren, die durch Neuroenhancement – beispielsweise zur Konzentrationsverbesserung

20 Vgl. Markus (2016).

21 Ebd.

22 Vgl. Sattler (2022).

23 Vgl. Clausen (2008).

24 Vgl. Schütz (2016).

25 Vgl. Daubner (2021).

26 Vgl. Dubljevic (2019).

– entstehen können, sind die Möglichkeit der Abhängigkeitsentstehung, die Problematik einer möglichen Selbstüberschätzung und die Inkaufnahme von Nebenwirkungen.²⁷ Allgemein sind die Bereiche von Freiheit, Authentizität, Autonomie und moralische und rechtliche Verantwortung Teil der ethischen Debatte um Neuroenhancement.²⁸ Unter anderem ist aber auch der Aspekt der Sicherheitsrelevanz zu beachten. Ein Beispiel hierfür wäre die Erforschung von Oxytocin mit der Intention, dies zur Erhöhung von Vertrauen bei Verhören einzusetzen.²⁹ Ähnlich verhält es sich mit der Forschung an LSD, welche von der Central Intelligence Agency (CIA) im Projekt MK-ULTRA im Laufe der 1950er Jahre durchgeführt wurde.³⁰ Das Ziel dieser Forschung war, herauszufinden, inwieweit sich LSD als „Wahrheitselixier“ eignet, indem die (ggf. unfreiwilligen) Konsumenten von LSD enthemmt werden und somit gewünschte Informationen freigeben. Ein weiteres Ziel der Forschung an LSD war die gezielte Amnesie bzw. Persönlichkeitsspaltung von Mitarbeitern der CIA, um Staatsgeheimnisse besser verbergen zu können.³¹ In der von der CIA zur Verfügung gestellten Information über MK-ULTRA wird beschrieben, dass die Forschungsergebnisse, die für das Projekt verwendet wurden, teils von durch die CIA finanzierte Forscher zur Verfügung gestellt worden war, die über die Absicht des Projektes nichts wussten, die Forschung also nicht mit der Intention der Gedankenkontrolle o.Ä. durchführten.³² Dies ist somit ein klassisches Beispiel für den Missbrauch von Forschung für Intentionen, welche nicht mit denen der Forschenden übereinstimmen.

Es ist nicht schwierig, sowohl bei BCI als auch der Forschung an Oxytocin und LSD Potenzial dafür zu finden, dass die Ergebnisse dieser Forschung in den falschen Händen ein relevantes Risiko für die Allgemeinheit darstellen könnten. Ebenfalls ist anzumerken, dass der Bereich von Neurotechnologie bisher durch keines der internationalen Waffenabkommen wie das Übereinkommen zum Verbot biologischer oder chemischer Waffen abgedeckt ist.³³ Somit ist es dringend an der Zeit, sich Gedanken darüber zu machen, wie sicherzugehen ist, dass Forschung in diesem schnell wachsenden und bedeutenden Bereich das Wohl der Allgemeinheit nicht gefährdet.

26 Vgl. Erbguth (2016).

28 Vgl. Schütz (2016).

29 Vgl. Sattler (2022).

30 Vgl. Lehner (2018).

31 Ebd.

32 Vgl. CIA (2018).

33 Vgl. Ienca (2018).

5. Ethische Kompetenzen in Bezug auf DURC

Das dargestellte Problem von DURC ist demnach in verschiedensten Bereichen medizinischer Forschung überaus relevant. Es gibt unterschiedliche Ansatzpunkte, wie das Risiko durch sicherheitsrelevante Forschung verringert werden kann. Ein zentraler Ansatzpunkt muss hierbei die Stärkung ethischer Kompetenzen der Forschenden sein. Dies ist aus mehreren Gründen ein bedeutender Aspekt. Zum einen muss man davon ausgehen, dass das Potenzial von Missbrauch einer bestimmten Forschung am besten von den Forschenden selbst eingeschätzt werden kann. Keine gesetzliche Regulierung wird in der Lage sein, alle potenziellen Fälle von Missbrauch abzudecken und zu verhindern. Um somit eine realistische Chance zu haben, schädlichen Gebrauch von Forschung zu vermeiden, muss sich zusätzlich zu gesetzlichen Vorgaben auf die ehrliche Einschätzung der Forschenden verlassen werden können. Natürlich wird es auch für die Forschenden selber nicht möglich sein, alle potenziellen Missbräuche ihrer Forschungsergebnisse vorauszusehen. Trotzdem ist das Fachwissen welches die Forschenden als Experten in ihrem Feld haben, die wohl zuverlässigste Hilfe, um Risiken bezüglich möglichen Missbrauchs realistisch einschätzen zu können. Des Weiteren wird durch das Verlassen auf die Eigenverantwortung der Forschenden vermieden, einen zu großen Eingriff in die Forschungsfreiheit vornehmen zu müssen. Außerdem ist zu beachten, dass es natürlich der Idealfall ist, wenn DURC bereits vor dessen Entstehung verhindert wird. All diese Aspekte zeigen die Bedeutung des Vorhandenseins sowie der gezielten Förderung von ethischen Kompetenzen in der Forschung.

Was aber bedeutet ethische Kompetenz? Ethische Kompetenz kann definiert werden als

„die Fähigkeit zur Reflexion, Formulierung und Begründung der eigenen moralischen Orientierung, die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis, Urteilskraft, Diskursfähigkeit, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, Konflikt- und Kompromissfähigkeit und schließlich die Wachheit und den Mut, auch tatsächlich moralisch zu handeln und für die Rahmenbedingungen des eigenen Handelns Mitverantwortung zu übernehmen.“³⁴

Ethische Kompetenz setzt sich demnach aus verschiedenen Eigenschaften zusammen, die moralisches Handeln begünstigen. Einige dieser Eigenschaften sind im Hinblick auf DURC besonders relevant und müssen in der Debatte über die Verringerung des Risikos sicherheitsrelevanter Forschung hervorgehoben werden. Zunächst ist hierbei die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis zu nennen. Zur Verringerung der Entstehung von DURC ist

34 Vgl. Rabe (2009).

eine kritische und ehrliche Selbstreflexion unumgänglich. DURC bezieht sich definitionsgemäß auf Forschung, die mit guten Intentionen betrieben wird. Allerdings sind gute Absichten nicht genug, um potenzielle negative Konsequenzen zu vermeiden. Dies benötigt eine aktive Selbstreflexion und – sollte ein möglicher Missbrauch erkannt werden – die Fähigkeit, das eigene Forschungsinteresse dem allgemeinen Wohl unterzuordnen. Somit ist es nicht nur von Bedeutung, Probleme im eigenen Handeln zu erkennen, sondern ebenso, hieraus Konsequenzen zu ziehen. Es muss eine Forschungskultur geschaffen werden, in der die Reflexion über die Konsequenzen unseres Handelns habituell ist und ebenso Teil des Forschungsprozesses ist wie beispielsweise die finanzielle Planung. Ein möglicher Weg, um diese Selbstreflexion der Forschenden zu unterstützen, ist, Fragen zu DURC in den Ethikantrag zu integrieren, um eine aktive Auseinandersetzung mit dem Risiko der eigenen Forschung anzustoßen.

Die Notwendigkeit kritischer Reflexion gilt nicht nur für die eigene Arbeit, sondern ebenso für die Forschung anderer. Hier kommen Aspekte von Konfliktbereitschaft sowie die Fähigkeit zur offenen Kommunikation ins Spiel. Es muss in der Forschungsgemeinschaft eine Diskussionskultur geschaffen werden, in der es möglich ist, andere Forschende auf das DURC-Potenzial ihrer Arbeit hinzuweisen, sich über Sicherheitsaspekte auszutauschen und Risikoeinschätzungen zu treffen. Diese Diskussionskultur muss durch eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche gefördert werden. Es wäre wünschenswert, einen vermehrten Austausch von Ethikern, Medizinern und Rechtswissenschaftlern mit dem Ziel der Verringerung von DURC zu sehen. Ebenso müssen weiterhin Transparenz in der Forschung gefördert werden und Interessenskonflikte beachtet werden.

Eine weitere ethische Kompetenz, die maßgeblich zur Reduktion der Risiken von DURC beitragen kann, ist die ethische Kompetenz des Verantwortungsbewusstseins. Im medizinischen Bereich ist vor allem in der Klinik Verantwortungsbewusstsein eine ethische Kompetenz, die sicherlich vom Großteil der Tätigen als unverzichtbar bewertet wird. In der Forschung ist dies ein genauso wichtiger Aspekt, wenn auch in Bezug auf DURC ein weniger stark ausgeprägter. Das Bewusstsein für die eigene Verantwortung setzt ein Wissen über die potenzielle Problematik voraus, welche bislang eher wenig stark vorhanden ist. Eine Studie der Allgemeinbevölkerung in den USA und Australien ergab, dass bisher 77% der Bevölkerung keinerlei Bewusstsein für das Risiko von DURC hatte.³⁵ Eine weitere Untersuchung, die spezifisch Studierende der Biowissenschaften in Pakistan befragte, ergab, dass ein niedrigerer, jedoch weiterhin beträchtlicher Prozentsatz von 58% noch nie von DURC gehört hatte und 18,6% den Begriff schon einmal

35 Vgl MacIntyre (2020).

gehört hatte, sich aber über die Bedeutung unsicher war.³⁶ Durch die Tatsache, dass selbst in der Gruppe der Studierenden der Biowissenschaften – dem Bereich, auf den sich bisher DURC-Regulationen besonders fokussiert haben – kein ausreichendes Bewusstsein für das Risiko von DURC besteht, wird offensichtlich, dass noch viel Arbeit zur Sensibilisierung in der Forschungsgemeinschaft getan werden muss.

Somit ist Verantwortungsbewusstsein eine ethische Kompetenz, die vergleichsweise leicht von außen gefördert werden kann und muss. Durch eine stärkere Sensibilisierung für das Thema der sicherheitsrelevanten Forschung in verschiedenen Bereichen kann das Bewusstsein für die Verantwortung der Forschenden für die Konsequenzen ihrer Arbeit erhöht werden. Dies kann beispielsweise in Form von Seminaren zum Thema stattfinden. In Pakistan wurde zwischen 2018 und 2020 eine Reihe von Seminaren zum Thema DURC gehalten mit der Intention, herauszufinden, inwieweit dieses Format geeignet ist, Forschende für das Risiko sicherheitsrelevanter Forschung zu sensibilisieren und ihr Verantwortungsbewusstsein zu fördern.³⁷ Die Seminare waren spezifisch für Postgraduierte der Biowissenschaften ausgelegt und trainierten die Teilnehmenden darin, DURC zu erkennen und ihre eigene Forschung zu reflektieren. Nicht nur berichteten die Absolventen der Foren, dass ihr Verständnis von DURC sich stark verbessert hätte; auf einem Fragebogen, der einige Zeit nach den Seminaren an die Teilnehmenden verschickt wurde, gaben über 96% an, dass sie das Wissen, welches sie über DURC im Laufe der Veranstaltungen erwarben, mit anderen geteilt hatten. Somit beschränkt sich die Verbreitung von Verantwortungsbewusstsein über die Thematik sicherheitsrelevante Forschung nicht nur auf die Teilnehmenden der Seminare. Natürlich wäre es wünschenswert, wenn alle in der Forschung Tätigen sich intensiv mit DURC auseinandersetzen; trotzdem kann, auch wenn nur ein Teil der Forschenden erreicht wird, eine großflächige Sensibilisierung geschaffen werden.

Des Weiteren stellt sich die Frage, inwieweit ethische Kompetenzen Charaktereigenschaften sind, die man entweder besitzt oder nicht, oder ob ethische Kompetenzen den Forschenden antrainiert werden können. Die Charaktereigenschaft der Gewissenhaftigkeit wird im Allgemeinen definiert als die Tendenz, präzise arbeitend, geordnet und verantwortungsbewusst gegenüber anderen, selbstkontrolliert wie auch regelbefolgend zu sein.³⁸ All diese Eigenschaften sind geeignet dazu, Forschung in einer Weise zu betreiben, die das Risiko von DURC verringert. Eines der Hauptmerkmale dieser Charaktereigenschaft ist ein hohes

36 Vgl. Sawar (2019).

37 Vgl. Qasmi (2021).

38 Vgl. Wilmot (2019).

Maß an Verantwortungsbewusstsein, das wie oben beschrieben durchaus beeinflusst werden kann. Gewissenhaftigkeit als Charakterzug bezieht sich jedoch auch auf die Arbeitsweise der Forschenden und inwieweit das Bewusstsein über Verantwortung sich in der Arbeitsweise widerspiegelt. Ein Befolgen der Regeln, die es zur Verringerung der Gefahren von sicherheitsrelevanter Forschung gibt sowie ein geordnetes und diszipliniertes Forschungsverhalten sind ebenfalls wichtige Ansatzpunkte zur Gewährleistung der Sicherheit neuer Forschung.

Der Charakterzug der Gewissenhaftigkeit kann bei verschiedenen Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Eine erbliche Komponente wird angenommen,³⁹ allerdings gibt es starke Hinweise darauf, dass die unterschiedlich starke Ausprägung von Gewissenhaftigkeit vor allem eine erlernte ist, die besonders in der Kindheit angelegt wird.⁴⁰ Dadurch ist davon auszugehen, dass es auch Forschende gibt, welches über ein verhältnismäßig niedriges Maß an Gewissenhaftigkeit verfügen. Durch die hohe Bedeutung, die dieser Eigenschaft bei der Verhinderung von DURC zuteilwird, muss es in diesem Bereich Bemühungen geben, die Gewissenhaftigkeit der Forschenden zu stärken bzw. Rahmenbedingungen zu schaffen, in welchen die Forschenden bei gewissenhaften Entscheidungen unterstützt werden. Bislang ist es der Konsens in der Forschung, dass Gewissenhaftigkeit als Persönlichkeitsmerkmal wohl durchaus gefördert werden kann, es allerdings aufgrund mangelnder geeigneter Studien noch unklar ist, wie eine solche Förderung am effektivsten durchgeführt werden sollten.⁴¹ Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Einige Ansatzpunkte, wie Gewissenhaftigkeit in den Forschenden in Bezug auf DURC gefördert werden könnte, sind allerdings denkbar. Zunächst wären hierbei die bereits genannten Seminare zu DURC zu nennen um das Verantwortungsbewusstsein zu stärken. Des Weiteren könnte der Aspekt der Regelbefolgung dadurch gefördert werden, dass man einerseits die bestehenden Regeln zu DURC präsenter macht, d.h. sie aktiv diskutiert und die Forschenden regelmäßig an sie zu erinnert, und andererseits die Wichtigkeit der Regeln unterstreicht, indem die potenziellen Konsequenzen von DURC mittels konkreter Beispiele diskutiert werden.

Die vorausgegangenen Paragraphen zeigen deutlich, dass ethische Kompetenzen für die Reduktion von DURC ein relevanter und wichtiger Ansatzpunkt sind. Jedoch müssen auch die Limitationen dieser in Bezug auf deren Eignung zur Lösung der DURC-Problematik beleuchtet werden. Die Förderung von ethischen Kompetenzen der Forschenden ist sicherlich wichtig, jedoch als einzige

39 Ebd.

40 Vgl. Furnham (2023).

41 Vgl. Jackson (2019).

Lösung für das Problem unzureichend. Verantwortungsbewusstsein und Gewissenhaftigkeit kann zwar dazu führen, dass weniger nicht „nötige“ Forschung mit DURC-Potenzial betrieben wird, durch die vermeidbares DURC entstehen würde. Wenn allerdings die Forschenden durch kritische Reflexion ihrer Forschung zur Schlussfolgerung eines relevanten Missbrauchspotenzials kommen, die Forschung jedoch weiterhin für das Patientenwohl als förderlich betrachtet wird, fehlen allgemeine Maßstäbe, mittels welcher die Forschenden eine Abwägung treffen können, ob die Forschung weiterhin durchgeführt werden sollte. Es fehlen bislang Algorithmen und Entscheidungshilfen, ab wann das Risiko für Missbrauch die Vorteile für das Patientenwohl überschreiten. Um also mit Forschung umzugehen, die als notwendig eingeschätzt wird, jedoch Sicherheitsrisiken mit sich bringt, sind weitere Lösungsansätze nötig, die über die Förderung ethischer Kompetenzen hinausgehen.

6. Diskussion

Durch die oben beschriebenen Beispiele wird ersichtlich, dass DURC ein relevantes Thema ist, das im medizinischen Bereich schon längst nicht mehr nur auf die Biowissenschaften bezogen werden kann. Allerdings fehlen bislang konkrete Konzepte, um die verschiedenen Forschungsbereiche zufriedenstellend im Hinblick auf DURC-Minimierung abzudecken. Es ist unumgänglich, dass ein präzises und ganzheitliches Konzept entwickelt wird, um DURC in allen Bereichen der Forschung vorzubeugen. Die Prävention von Schäden durch sicherheitsrelevante Forschung muss auf zwei Ebenen angegangen werden: Einerseits muss bestehende sicherheitsrelevante Forschung identifiziert werden, andererseits muss die Entstehung von neuem DURC verhindert werden. Ersteres muss, um effektiv zu sein, auf internationaler Ebene geschehen. Da die Konsequenzen von DURC potenziell weitreichend sind, muss es eine gemeinsame Bemühung geben, dem entgegenzuwirken. Es muss international einheitliche Konzepte geben, das bestehende Risiko zu minimieren. Die verschiedenen Länder sollten dazu angehalten werden, aktive Bemühungen zur Eindämmung von DURC im Sinne von gesetzlichen Vorgaben und Kontrollinstanzen, einzuleiten. Ein relativ einfacher Ansatzpunkt hierfür wäre, Nationale Ethikräte vermehrt in die Debatte um DURC einzubinden. Eine Studie über die Arbeit Nationaler Ethikräte zum Thema sicherheitsrelevanter Forschung ergab, dass zwischen 2001 und 2018 Na-

tionale Ethikkomitees bisher in lediglich elf Ländern zu Regulierungen und Einschätzung beitrugen.⁴² Die meisten dieser Länder (zehn) waren Länder mit hohem Einkommen.⁴³ Allerdings zeigt die Arbeit, die von den genannten Ethikräten zu DURC gemacht wurde, wie wertvoll eine vermehrte Einbindung der nationalen Gremien sein können. Zur Koordination und Kontrolle dieser Bemühungen, sowie zur Identifizierung und Analyse von Publikationen mit DURC-Potenzial, wäre die Gründung einer neuen internationalen Kommission zur Evaluierung und Vorbeugung von DURC wünschenswert. Bestehende publizierte DURC-Forschung muss zentral bearbeitet werden können. Denkbar wäre ein KI-gestütztes Analyseverfahren, welches mögliche DURC-Publikationen identifiziert und zur Evaluation an ein Team weitergibt, welches wiederum individuelle Konsequenzen zieht wie beispielsweise eine Re-evaluation der DURC-Maßnahmen der jeweiligen Forschungsstelle. Als ersten Schritt in diese Richtung hat die WHO ein neues Beratungsteam, die „Technical Advisory Group on the Responsible Use of the Life Sciences and Dual-Use Research“ (TAG-RULS DUR), eingeführt, die sich im Januar 2024 das erste Mal traf. Dieses Team setzt sich zusammen aus Experten für DURC und Biowissenschaften sowie Experten für neuere Technologien wie Nanotechnologie, Künstliche Intelligenz und Neurotechnologie. Das Ziel der Gruppe ist, die WHO zu beraten sowie Lücken und Stärken im Umgang der WHO mit dem Thema von DURC und Biosicherheit zu identifizieren.⁴⁴ Es ist ein wichtiger erster Schritt, die bestehenden Lücken in diesem Bereich zu schließen. Wünschenswert wäre, dass sich diese Gruppe in Zukunft von einem beratenden Organ in die Richtung der oben beschriebenen Kommission weiterentwickelt, die aktiv mithilfe eines effizienten Systems neue Formen von DURC identifiziert und analysiert sowie zentral die Bemühungen der verschiedenen Länder gegen DURC koordiniert.

Die Einführung internationaler Abkommen und Kommissionen wird ein langwieriger Prozess. Der Entstehung von neuem DURC kann jedoch mit sofortigem Effekt entgegengewirkt werden, indem die ethischen Kompetenzen der Forschenden gefördert werden. Die Verhinderung der Entstehung oder des Missbrauchs von neuem DURC muss somit auf lokaler wie auch persönlicher Ebene geschehen, stützt sich maßgeblich auf das Vorhandensein von Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsbewusstsein der Forschenden sowie eine offene Diskussionskultur und Transparenz in der Forschungsgemeinschaft. Das Potenzial für Missbrauch muss von den Forschenden von Anfang an bei der Planung eines Projektes beachtet werden; der Gedanke hieran darf unter keinen Umständen erst

42 Vgl. Guraiib et al. (2024).

43 Ebd.

44 Vgl. WHO (2024).

im Nachhinein aufkommen. Durch vorausschauendes Handeln und adäquate Planung von Forschungsprojekten kann das Risiko von DURC schon vor dessen Entstehung minimiert werden. Ein bedeutender Vorteil liegt darin, sich auf die Selbstverantwortung der Forschenden zu stützen und hierdurch möglichst wenig durch Regulierungen und Verbote in die Forschungsfreiheit einzugreifen. Wir müssen daher von Forschenden erwarten können, dass sie sich der Verantwortung über die Konsequenzen ihrer Forschung bewusst sind und nach besten Möglichkeiten einen potenziellen Missbrauch antizipieren und verhindern. Die Verantwortung hierfür kann allerdings nicht bei den Forschern allein liegen. Sie müssen vor Beginn der Forschung für das Thema sensibilisiert werden. Dadurch, dass DURC sich spezifisch auf Forschung bezieht, die mit guten Intentionen durchgeführt wird, ist es nachvollziehbar, dass ein möglicher Missbrauch nicht von vorneherein aktiv im Bewusstsein der Forschenden ist. Die Verantwortung für diese Sensibilisierung liegt bei den Lehrenden an den Universitäten sowie den „Kommissionen zur Ethik sicherheitsrelevanter Forschung“ (KEFs), die auf Empfehlung der Leopoldina an allen deutschen Forschungseinrichtungen eine beratende Rolle für die Thematik der sicherheitsrelevanten Forschung einnehmen.⁴⁵ Die KEFs sind vor allem dafür verantwortlich, Forschende bei laufenden Projekten zu beraten und diese bei moralischen Entscheidungsfindungen zu unterstützen. Aus einem Tätigkeitsbericht des Gemeinsamen Ausschusses zum Umgang mit sicherheitsrelevanter Forschung der Leopoldina und der DFG über die Arbeit der KEFs ist zu entnehmen, dass zwischen 2020 und 2021 insgesamt über 35 Forschungsvorhaben mit Sicherheitsrelevanz diskutiert wurde, von denen 17 Vorhaben befürwortet, elf unter Auflagen befürwortet und von mindestens zwei gänzlich abgeraten wurde.⁴⁶ Die meisten der diskutierten Projekte (9) waren aus dem Bereich der Ingenieurwissenschaften, gefolgt von Biologie (7) und Chemie (6).⁴⁷ Die KEFs sind somit ein wichtiger Pfeiler in der aktiven Unterstützung von Gewissenhaftigkeit der Forschenden im Laufe ihrer Forschungsbemühungen. Die Einführung von Kommissionen wie den KEFs – ein bislang deutsches Phänomen – wäre auch in weiteren Ländern ein wichtiger Ansatzpunkt in der Minimierung von DURC.

Es wäre wünschenswert, mit der Sensibilisierung für DURC und der Förderung der ethischen Kompetenzen der Forschenden so früh und flächendeckend wie möglich, d.h. bereits in der universitären Ausbildung, zu beginnen, und das nicht nur für Studierende der Humanmedizin, sondern ebenso in den technischen

45 Vgl. Leopoldina (2016).

46 Vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina/Deutsche Forschungsgemeinschaft (2022).

47 Ebd.

Feldern. Ein Beispiel, wie dies bereits umgesetzt wird, ist das Berliner „Ethik-Zertifikat“. Als interdisziplinär angelegtes Zertifizierungsprogramm wird Studierenden verschiedenster Fachrichtungen der Berliner Technischen Universität die Möglichkeit angeboten, sich im Bereich Ethik, Technik- und Wissenschaftsreflexion weiterzubilden.⁴⁸ Ohne dass Vorkenntnisse im Bereich der Ethik nötig sind, lernen Studierende die Reflexion ethisch relevanter Themen im Bereich der Wissenschaft, nehmen an Workshops teil und erhalten als Abschluss ein Zertifikat und Transkripts of Records, welches zukünftigen Arbeitgebern vorgelegt werden kann. Arbeitgeber haben somit auch die Möglichkeit, durch eine verstärkte Wertlegung auf den Besuch solcher Programme die ethischen Kompetenzen ihrer Mitarbeiter zu fördern.

Wo Wissen entsteht, sollte es sofort mit Gewissen verbunden werden. Dies ist besonders wichtig, um die zukünftigen Forschenden möglichst vieler medizinischer Felder zu erreichen. Verantwortungsbewusstsein und vorausschauendes Handeln sind ethische Kompetenzen, welche sich Mediziner nicht nur im klinischen Bereich, sondern auch in der Forschung aneignen müssen, um nachhaltige und für das Wohl der Menschheit förderliche Medizin zu betreiben.

7. Schlussfolgerungen und Perspektiven

Der Bereich von DURC ist ein hochrelevantes Thema, das in der medizinischen Forschungsgemeinschaft mehr Aufmerksamkeit benötigt. Durch die rapide Weiterentwicklung von Forschung in verschiedensten Bereichen und speziell der KI-Anwendungen sind bestehende Regulierungen und Bemühungen unzureichend geworden, um effektiv das Risiko durch sicherheitsrelevante Forschung zu minimieren. Es ist daher nötig, dass die Forschungsgemeinschaft sich erneut detailliert mit der Thematik auseinandersetzt und das Problem auf verschiedenen Ebenen angeht. Es muss ein vorsichtig ausbalanciertes Zusammenspiel aus Regulierungen und Kontrolle durch lokale wie auch internationale Kommissionen auf der einen Seite und der Stärkung der ethischen Kompetenzen von Verantwortungsbewusstsein und Gewissenhaftigkeit der Forschenden auf der anderen Seite geschaffen werden. Dies dient dem Ziel, medizinische Forschung weiterhin ausschließlich zum Zwecke des Wohls der Menschheit zu betreiben, und gleichzeitig die Forschungsfreiheit so unversehrt wie möglich zu lassen. Alle Forschenden müssen sich ihrer Verantwortung über die Konsequenzen ihrer Forschung bewusst sein. Sie sollten hierfür bereits in ihrer universitären Ausbildung sensibilisiert sowie im Verlauf der Forschung durch die KEFs unterstützt werden. Durch

48 Vgl. Technische Universität Berlin (2024).

ein Angehen des Problems von DURC auf mehreren Ebenen kann eine Reduzierung des Sicherheitsrisikos gelingen.

Interessenkonflikte: Keine

Hinweis

Dieser Beitrag ist Teil einer kumulativen Promotionsleistung zur Erlangung des medizinischen Dokortitels („Dr. med.“) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) unter der Betreuung von Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A.

Literatur

- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. Eighth Edition. Oxford University Press. New York, London.
- Berkley, S./Nilsson, N./Grosz, H. et al. (2015): AUTONOME WAFFEN: EIN OFFENER BRIEF VON KI- & ROBOTIK-FORSCHERN. Abgerufen von <https://futureoflife.org/open-letter/open-letter-on-autonomous-weapons-ai-robotics-german/> (12.07.2024).
- Clausen, J./Müller, O./Maio, G. (Hrsg.) (2008): Die „Natur des Menschen“ in Neurowissenschaft und Neuroethik. Würzburg.
- CIA (2018) Project MK-ULTRA. Abgerufen von: <https://www.cia.gov/readingroom/document/06760269> (14.07.2024).
- Cyberagentur (2023) Was macht die Cyberagentur? Cyberagentur.de. Abgerufen von: <https://www.cyberagentur.de/agency/> (23.10.2023).
- DARPA (2019): Six Paths to the Nonsurgical Future of Brain-Machine Interfaces. Darpa.mil. <https://www.darpa.mil/news-events/2019-05-20> (25.10.2023).
- Daubner, J./Arshaad, M./Henseler, C./Herscheler, J./Ehninger, D./Broich, K./Rawashdeh, O./Papazoglou, A./Weiergräber, M. (2021): Pharmacological Neuroenhancement: Current Aspects of Categorization, Epidemiology, Pharmacology, Drug Development, Ethics, and Future Perspectives. In: Neural Plasticity. 8823383.
- Deutscher Ethikrat (2014): Biosicherheit – Freiheit und Verantwortung in der Wissenschaft – Stellungnahme. Berlin.
- Dubljevic, V (2019): Neuroethics, Justice and Autonomy: Public Reason in the Cognitive Enhancement Debate. Springer.
- Erbguth, F./Jox, R. J. (2016): Angewandte Ethik in der Neuromedizin. Berlin, Heidelberg.
- Europäische Kommission (2024): KI-Gesetz. digital-strategy.ec. Abgerufen von: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/de/policies/regulatory-framework-ai>. (04.07.2024).
- Evans, S. (2022): When all research is dual use. In: Issues in science and technology 38, 3 (2022), pp. 84-87.
- Fleming, R. (2022) Autonome Waffensysteme: keine Regulierung in Sicht. Dgvm.de. Abgerufen von <https://dgvm.de/meldung/autonome-waffensysteme-keine-regulierung-in-sicht> (12.07.2023).
- Furnham, A./Cheng, H. (2023): Correlates of Conscientiousness: Findings from the Millennium Cohort Study. In: The Journal of Genetic Psychology 185, 2 (2023), pp. 114-123.

- Guriiib, M. M./Ross, A. L./Frewer, A./Sprumont, D./Gooshki, E. S./Dzenowagis, J./Reis, A. A. (2024): Oversight of Dual-Use Research: What Role for Ethics Committees? In: *Health Security* (2024) <http://www.authorcite.com/view.aspx?doi=10.1089/hs.2023.0095&mobileui=0&Key=7vc0SmAvMmpYLSFjUXgd9A> (10.07.2024).
- Hamet, P./Trembley, J. (2017): Artificial intelligence in medicine. In: *Metabolism* 69 (2017), pp. 36-40.
- Ienca, M./Jotterand F./Elger, B. (2018): From Healthcare to Warfare and Reverse: How Should We Regulate Dual-Use Neurotechnology? In: *Neuron* 9, 2 (2018), pp. 269-274.
- Jackson, J./Hill, P. (2019): *Handbook of Personality Development*. Chapter 9: Lifespan Development of Conscientiousness. New York.
- Lehner, A. M. (2018): *Medizin und Menschenrechte im Gefängnis. Zur Geschichte und Ethik der Forschung an Häftlingen seit 1945. Menschenrechte in der Medizin, Band 5*. Bielefeld.
- Leopoldina/Deutsche Forschungsgemeinschaft (2016): *Mustersatzung für Kommissionen für Ethik sicherheitsrelevanter Forschung*. Geschäftsstelle des Gemeinsamen Ausschusses – Nationale Akademie der Wissenschaften. Berlin.
- MacIntyre, C./Adam, D./Turner, R./Chughtai, A./Engells, T. (2020): Public awareness, acceptability and risk perception about infectious diseases dual-use research of concern: a cross-sectional survey. In: *British Medical Journal Open* 10, 1 (2020), e029134.
- Markus, M. (2016): *Das nackte Gehirn. Wie die Neurotechnik unser Leben revolutioniert*. Darmstadt.
- Martinovic, I./Davies, D./Frank, M./Perito, D./Ros, T./Song, D. (2012). On the feasibility of side-channel attacks with brain-computer interfaces. In: *Proceedings of the 21st USENIX conference on Security symposium* (2012), pp. 143-158.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina/Deutsche Forschungsgemeinschaft (2022): *Gemeinsamer Ausschuss zum Umgang mit sicherheitsrelevanter Forschung – Vierter Tätigkeitsbericht zum 1. November 2022*. Halle (Saale).
- National Research Council (US) Committee on a New Government-University Partnership for Science and Security (2007): *Science and Security in a Post 9/11 World: A Report Based on Regional Discussions Between the Science and Security Communities*. [Chapter 4: Biosecurity and Dual-Use Research in the Life Sciences]. National Academics Press (US): Washington (DC).
- Qasmi, S./Sarwar, S./Azheruddin, M. (2021): Capacity building for the identification, mitigation, and communication of DURC in Pakistan: A cross-sec

- tional study. In: *Journal of Biosafety and Biosecurity* 3, 2 (2021), S. 141-6.
- Rabe, M. (2009) *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bern.
- Riedel, A./Schmidt, K. W./Mikolaj, J./Frewer, A. (2023): Synopsis zum „KI-Ethik-Experiment“. Zusammenfassung und Perspektiven. In: Schmidt et al. (2023), S. 355-362.
- Sarwar, S./Ilyas, S./Kahn, B./Lohman, D./Haffez, S./Rafique M./Rashid, F./Akhtar, J./Khan, S./Amoah A. (2019): Awareness and Attitudes of Research Students Toward Dual-use Research of Concern in Pakistan: A Cross-Sectional Questionnaire. In: *Health Security* 17, 3 (2019), pp. 229-239.
- Sattler, S./Jacobs, E./Singh, I./Whetham, D./Bárd, I./Moreno, J./Galeazzi, G./Allansdottir, A. (2022): Neuroenhancements in the Military: A Mixed-Method Pilot Study on Attitudes of Staff Officers to Ethics and Rules. In: *Neuroethics* 15, 1 (2022), p. 11.
- Schütz, R./Hildt, E./Hampel, J. (2016): *Neuroenhancement – Interdisziplinäre Perspektiven auf eine Kontroverse*. Bielefeld.
- Technische Universität Berlin (2024) *Reflektion und Verantwortung – Berliner Ethik Zertifikat*. Abgerufen von <https://www.tu.berlin/philtech/studium-lehre/berliner-ethik-zertifikat> (14.07.2024).
- The Swiss Federal Institute for NBC-Protection (2019): *Spiez CONVERGENCE. Report on the fourth workshop 10, 13-15 September 2021*. Zurich.
- Urbina, F./Lentzos, F./Invernizzi, C./Ekins, S. (2022): A teachable moment for dual-use. In: *Nature Machine Intelligence* 4 (2022), p. 607.
- Vogt, S. (2021): „Wie bleibt unser Hirn unhackbar?“ Gehirn-Computer-Schnittstellen. Cyberagentur. <https://www.cyberagentur.de/wie-bleibt-unser-hirn-unhackbar/> (28.11.2023).
- WHO (2020): What is dual-use research of concern? WHO. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/what-is-dual-use-research-of-concern> (23.11.2023).
- WHO (2022): *Global guidance framework for the responsible use of the life sciences: mitigating biorisks and governing dual-use research*. Geneva.
- WHO (2024): *Technical Advisory Group on the Responsible Use of the Life Sciences and Dual-Use Research (TAG-RULS DUR)*. WHO. [https://www.who.int/groups/technical-advisory-group-on-the-responsible-use-of-the-life-sciences-and-dual-use-research-\(tag-ruls-dur\)](https://www.who.int/groups/technical-advisory-group-on-the-responsible-use-of-the-life-sciences-and-dual-use-research-(tag-ruls-dur)) (08.07.2024).
- Wilmot, M./Ones, D. (2019): A century of research on conscientiousness at work. In: *Psychological and Cognitive Sciences* 116, 46 (2019), pp. 23004-23010.

Gesundheitskompetenz für das Klimakterium Zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin

1. Einleitung

Das *Gender Health Gap* beschreibt die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und -forschung zwischen Geschlechtern. Diese Differenzen zeigen sich besonders deutlich bei Krankheitsbildern, die hauptsächlich Frauen*¹ betreffen und aufgrund von sozialen, kulturellen und institutionellen Strukturen untererforscht sind. Endometriose, eine Erkrankung, die vor allem bei Personen in reproduktivem Alter auftritt, hat in den letzten Jahren auch durch die Arbeit von Betroffenen und Aktivist:innen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erhalten und dadurch unter anderem zu einem Wissenszuwachs unter den Erkrankten geführt. Im Vergleich dazu wird bisher zu wenig über das Klimakterium gesprochen – ein natürlicher Prozess des Alterns. Bei den Betroffenen handelt sich um eine demographische Gruppe, die die Hälfte der Weltbevölkerung ausmacht und etwa ein Drittel ihres Lebens nach den Wechseljahren verbringt. So waren im Jahr 2021 26% aller weiblichen Personen weltweit über 50 Jahre alt, ein Anstieg von 22% im Vergleich zum Jahr 2011, zehn Jahre zuvor. Die globale Bevölkerung von postmenopausalen Frauen wächst.² Damit könnte die Relevanz für die Klinik kaum größer sein.

Mit dem Klimakterium assoziierte Symptome und Veränderung spielen eine wichtige Rolle im Alterungsprozess. Der Östrogenabfall ist mit einem erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen verbunden.³ Daher ist eine ausreichende Gesundheitskompetenz unabdingbar, damit Betroffene in der Lage sind fundierte Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen. Wissen über das

-
- 1 Der Begriff Frauen* bezieht sich hier auf das soziale Geschlecht (Gender) und umfasst sowohl cis-Frauen als auch trans-Frauen und nicht-binäre Personen, die sich dem weiblichen Geschlecht zuordnen oder mit dieser Geschlechtsidentität in Verbindung stehen. Im Großteil der aufgeführten Literatur wurden ausschließlich dichotome Geschlechtervariablen („Frauen“) aufgeführt und die Variablen nicht weiter beschrieben, sodass dies an gegebenen Stellen übernommen wird.
 - 2 WHO (2022).
 - 3 Hickey et al. (2024).

Klimakterium und seine möglichen Symptome bewirkt eine positivere Wahrnehmung der Lebensphase⁴ und stärkt das Autonomiegefühl.⁵ Auch aus sozialer Perspektive stellt das Klimakterium eine Phase des Wandels dar, der durch Geschlechternormen sowie familiäre und soziokulturelle Faktoren geprägt wird.⁶ Die Berücksichtigung der Bedarfe von Betroffenen ist somit von großer Wichtigkeit und stellt die Grundlage für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsversorgung dar. Der vorliegende Artikel beleuchtet den Stand der Gesundheitskompetenz von Betroffenen⁷ und Gesundheitspersonal zum Thema Klimakterium. Er geht auf den Einfluss des sozialen Kontextes ein, wie dieser durch historische Narrative geprägt wird und bietet im Anschluss Handlungsansätze, um diesem Sachverhalt entgegenzuwirken.

2. Klimakterium

Die Menopause tritt typischerweise bei Menschen mit funktionierenden Eierstöcken auf und bezeichnet das dauerhafte Ausbleiben der Menstruation für eine Dauer von zwölf Monaten. Nach Erreichen dieses Zeitraums gilt eine Frau als postmenopausal. Die Perimenopause ist ein unscharf definierter Zeitraum, der der letzten Menstruation vorausgeht und oft mit dem Auftreten einer Reihe perimenopausaler Symptome einhergeht.⁸ Der gesamte Übergangszeitraum von der reproduktiven Phase zur nicht-reproduktiven Phase wird als Klimakterium bezeichnet, im allgemeinen Sprachgebrauch auch als Wechseljahre bekannt. Zu den Symptomen der Perimenopause gehören unter anderem vasomotorische Störungen wie Hitzewallungen und Schweißausbrüche, vulväre und vaginale Atrophie, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Angstzustände, verminderte Libido und Gelenkschmerzen.⁹ Seit den 1990er Jahren werden diese Symptome im medizinischen Kontext auf der Menopause Rating Scale bewertet, welche diese auf einer Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 4 (starke Beschwerden) einordnet. Die Skala misst die gesundheitsbezogene Lebensqualität und dient unter anderem für einen standardisierten internationalen Vergleich der Symptome.¹⁰

4 Brown et al. (2018).

5 Hickey et al. (2024).

6 WHO (2022).

7 Da die Bevölkerung im Klimakterium auch einige transgeschlechtliche Männer und geschlechtsdiverse Personen umfasst, wird der Begriff „Betroffene“ verwendet, um so präzise und inklusiv wie möglich zu sein.

8 Harper et al. (2022).

9 Janni (2021).

10 Heinemann et al. (2004).

Obwohl die biologische Grundlage der typischen Menopause allgegenwärtig ist, unterscheiden sich die individuelle Erfahrung erheblich. Schätzungen zufolge haben etwa ein Drittel aller Betroffenen starke, ein Drittel mäßige und das verbleibende Drittel gar keine Symptome. Faktoren, die zu dieser Erfahrung beitragen, umfassen nicht nur individuelle Aspekte wie Art und Schwere der oben genannten Symptome, sondern auch psychologische, soziale und kontextuelle Überlegungen, von denen viele veränderbar sind. Hierzu gehören unter anderem Faktoren wie sozialen Bedeutungen, Erwartungen, Selbstwertgefühl, Lebensbelastungen und Stigmatisierungen.¹¹ In vielen Ländern, einschließlich Deutschland, wird die Menopause größtenteils als medizinisches Problem angesehen, oft interpretiert als Hormonmangelstörung mit typischen Symptomen und langfristigen Gesundheitsrisiken, die bevorzugt durch eine Hormonersatztherapie behandelt werden. Dieses krankheitszentrierte Modell ignoriert allerdings die Realität vieler Betroffener angesichts der vielfältigen und individuellen Erfahrungen der Frauen*, die auch positive Empfindungen bewirken können. Abgesehen von Hormonersatztherapien werden den Betroffenen in den Behandlungsleitlinien nicht-hormonelle Behandlungen (beispielsweise Phytotherapeutika) und nicht-pharmakologische Interventionen (beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie) angeboten. Weiterhin wird empfohlen, dass Informationen zur Perimenopause und Menopause durch die behandelnden Ärzt:innen vermittelt werden sollten, um die Betroffenen zu ermutigen, ihre Symptome und Bedürfnisse zur Sprache zu bringen.¹²

Die Unvermeidlichkeit der Menopause macht es schwierig festzustellen, ob Langzeitriskien, wie kardiovaskuläre Ereignisse, Diabetes Mellitus, Demenz und depressive Verstimmungen auf die Menopause selbst oder auf den Alterungsprozess zurückzuführen sind. Dies liegt insbesondere am Mangel an Daten zu langfristigen gesundheitlichen Folgen.¹³ Weltweit wird in die Erforschung frauenspezifischer Erkrankungen, Krebs ausgeklammert, nur ein Prozent der Forschungsausgaben im Gesundheitswesen investiert.¹⁴ Der Großteil an Forschung zum Klimakterium wurde erst in Auftrag gegeben, nachdem 2002 die sogenannte *Women's Health Initiative* Studie ergeben hatte, dass die Hormontherapie für Frauen kardiovaskuläre und brustkrebsfördernde Risikofaktoren barg.¹⁵ Somit stammt der Großteil des medizinischen Wissens, auf das wir uns heute in Sachen Klimakterium beziehen, aus den vergangenen zwanzig Jahren.

11 Hickey et al. (2024), S. 947.

12 DGGG e. V. (2020), S. 48-50.

13 Hickey et al. (2024), S. 947.

14 Bonnen et al. (2024), S. 11.

15 Writing Group For The Women's Health Initiative Investigators (2002).

3. Gesundheitskompetenz als soziale Praxis

Der Begriff der Gesundheitskompetenz hat sich als Übersetzung des englischen Begriffs *Health literacy* in der deutschsprachigen Diskussion etabliert. Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“¹⁶

Eine gute Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, dass Menschen gesund leben, ihre Gesundheit erhalten und sich bei Bedarf die richtige Hilfe holen. Sie ist der Schlüssel für eine hohe Lebensqualität und erforderlich, um den Anforderungen an die Entscheidungsverantwortung in modernen Gesellschaften gerecht zu werden, welche in allen Alltagsbereichen und Lebenswelten deutlich zugenommen hat.¹⁷ Studien zeigen einen starken Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus. Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz schätzen ihren subjektiven Gesundheitsstatus in der Regel als besser ein. Die Lebensqualität und Autonomie der Patient:innen wird gestärkt.¹⁸ Darüber hinaus wird oft angemerkt, dass eine verbesserte Gesundheitskompetenz zu einer Kostenreduktion im Gesundheitssystem führen kann, wenn vermeidbare Untersuchungen und Therapien umgangen und Krankheitsbilder früh erkannt werden.

Trotz der bekannten Effekte der Gesundheitskompetenz auf die Bevölkerung bestehen weiterhin erhebliche Defizite. Im Jahr 2020 wies über die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz auf.¹⁹ Dabei ist dieses Defizit nicht nur ein individuelles Problem, sondern auch eine gesellschaftliche Herausforderung. Die Ursachen für eine geringe Gesundheitskompetenz sind nicht ausschließlich in fehlendem Wissen, mangelnder Motivation oder unzureichender Fähigkeiten des Individuums zu suchen. Gesundheitskompetenz wird entscheidend durch die gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen geprägt, unter denen ein Mensch lebt.²⁰ Der *Nationale Aktionsplan Ge-*

16 Schaeffer et al. (2018), S. 13.

17 Ebd.

18 Schaeffer et al. (2018), S. 46.

19 Ebd.

20 Ebd.

gesundheitskompetenz von 2018 führt unter den beeinflussenden Faktoren einen geringen Bildungsgrad und einen niedrigen sozialen Status, sowie Migrationshintergrund, höheres Lebensalter und chronische Erkrankungen auf. So haben Personen mit höherem Bildungsniveau oder Einkommen oft besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen. Ferner können kulturelle Faktoren durch Tabus und Missverständnisse den Weg zu korrekten Informationen versperren. Anstatt Gesundheitskompetenz nur als individuelle Fähigkeit zu betrachten, wird in kritischen Texten betont, dass sie als integraler Bestandteil sozialer Praktiken angesehen werden sollte.²¹ Traditionell wurde Gesundheitskompetenz oft als eine Reihe von funktionalen Fähigkeiten beschrieben, wie es auch in der oben aufgeführten Definition der Fall ist.²² Auch beim *European Health Literacy Project*, das zwischen 2009 und 2012 durchgeführt wurde,²³ wurde ein standardisiertes Befragungstool genutzt, bei welchem davon ausgegangen wird, dass Gesundheitskompetenz eine individuelle kognitive Fähigkeit ist. Im Bericht der WHO von 2013 über health literacy wird zwar von einem *whole-of government* und *whole-of-society issue* ausgegangen,²⁴ allerdings vernachlässigt diese Sichtweise die sozialen Dimensionen, die Einbettung von Gesundheitskompetenz in den Alltag und die sozialen Beziehungen der Menschen. Im vom *EU Health literacy project* erstellten Befragungstool gelten Patient:innen als ideal, wenn sie sich im gegebenen Gesundheitssystem zu recht finden, ohne dass das Gesundheitssystem hinterfragt wird: “People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health.”²⁵

Patient*innen sind demnach selbst für ihre Gesundheitskompetenz verantwortlich und sollten dementsprechend auch die auf ihre Gesundheit einwirkenden Determinanten zu beherrschen wissen. Die Grundlage hierfür bildet eine rationale Entscheidungsfindung. Gesundheitskompetenz ist allerdings mehr als nur das rationale Verstehen von Gesundheitsinformationen. Sie ist stark von sozialen Interaktionen, kulturellen Praktiken und den spezifischen Lebensbedingungen der Menschen geprägt, die nicht rational vom Individuum zu kontrollieren sind. Dieser Ansatz basiert auf den New Literacy Studies, die Literacy als eine Praxis verstehen, die durch die sozialen und kulturellen Kontexte beeinflusst wird, in denen sie stattfindet.²⁶ Die New Literacy Studies verstehen Literacy – also die Kompetenz lesen und schreiben zu können – nicht als einen mentalen Prozess oder eine kognitive Eigenschaft, sondern als eine soziale Praxis, die von

21 Baumeister et al. (2023), S. 1-18.

22 Schaeffer et al. (2018).

23 Kickbusch (2013), S. 2.

24 Ebd., S. V.

25 Ebd., S. 3.

26 Kickbusch (2012).

konkreten Lebensrealitäten – inklusive Diskriminierungserfahrungen – abhängt. Samerski, eine deutsche Sozialwissenschaftlerin und Professorin für Soziale Arbeit und Gesundheit, beschreibt daher auch Health literacy als dynamisch und kontextabhängig, anstatt als statische Fähigkeit, die man einmal erlernt.²⁷ Sie sieht Gesundheitskompetenz als eine soziale Praxis an. Mit einbezogen werden dabei unter anderem das Verhältnis der Patient*innen zum Gesundheitssystem und wie diese in ihrem sozialen Umfeld über gesundheitliche Themen sprechen, Ratschläge austauschen und kollektives Wissen nutzen.

Bezogen auf das Klimakterium wird besonders deutlich, dass die Gesundheitskompetenz, also Health Literacy, von Betroffenen in dieser Lebensphase nicht nur durch das Vorhandensein von Informationen bestimmt, sondern auch stark von ihrem sozialen Umfeld beeinflusst wird. In dieser Lebensphase sind sie oft mit vielfältigen körperlichen und emotionalen Veränderungen konfrontiert. Ihre Fähigkeit, damit umzugehen, hängt stark davon ab, wie sie in ihrem sozialen Kontext Unterstützung finden²⁸ und wie sie Informationen und Erfahrungen über die Wechseljahre austauschen können.

Die soziale Praxis der Health literacy in Bezug auf das Klimakterium gibt dementsprechend Anlass, die sozialen Kontexte zu elaborieren, mit welchen die Betroffenen während dieser Lebensphase konfrontiert sind.

4. Gesundheitskompetenz Menopause

Das Bild der Menopause wurde in den letzten drei Jahrhunderten von einflussreichen medizinischen und kulturellen Strömungen geprägt. Dies führt bis heute bei vielen Betroffenen zu Unsicherheit im Umgang mit dieser Lebensphase, da sie nicht wissen, wie sie diese Veränderungen bewältigen und ihre Bedürfnisse adressieren sollen.²⁹ Sie haben Schwierigkeiten relevante Informationen zu finden, zu verstehen und im Alltag zu integrieren. Diese Unsicherheit spiegelt sich in einer verminderten Gesundheitskompetenz wider. Hierzu gibt es in Deutschland bisher wenige Daten. Eine Untersuchung in England befragte Frauen ab einem Alter von 40 Jahren zu ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Wissen über Menopause und Perimenopause.³⁰ Dabei stellte sich heraus, dass sich 60 % der Frauen unzureichend informiert fühlten über das, was sie in den Wechseljahren erwartet. Viele der Befragten bezogen ihre Informationen nicht von medizinischem Fachpersonal, sondern wandten sich an andere Betroffene und offizielle

27 Baumeister et al. (2023), S. 14.

28 Divya et al. (2024), S. 17.

29 Stein (2022).

30 Harper et al. (2022), S. 1-16.

Websites. Die Suche nach Aufklärung der Befragten begann hierbei oft erst beim Auftreten von Symptomen. Obwohl heute über das Internet viele Informationen zur Verfügung stehen, sind diese nicht immer leicht auffindbar und nicht alle sind vertrauenswürdig oder ausreichend qualitätsgesichert. Die Fülle an Informationen wird oft als überfordernd wahrgenommen³¹ – auch von Frauen mit hohem Bildungsstatus.³² Dabei belegt eine spezifische Studie zum Klimakterium, dass eine gesteigerte Gesundheitskompetenz zu einem besseren Umgang mit den Symptomen, sowie zu einem gesteigerten Gefühl von Selbstkontrolle und Selbstbewusstsein führt.³³ Eine ähnliche Untersuchung stellt dar, dass ein erhöhter Wissensstand sowohl die psychischen als auch die körperliche Bewältigung von Symptomen verbessert und damit die Erfahrung der Wechseljahre positiv beeinflusst.³⁴

5. Faktor Gesundheitssystem

Die Gesundheitskompetenz zum Klimakterium wird unter anderem durch das Gesundheitssystem und seine Akteur:innen geprägt. Die Art und Weise, wie Ärzt:innen oder Pflegende mit Patient:innen kommunizieren, kann die Aufnahme und Verarbeitung der vermittelten Gesundheitsinformationen enorm erschweren oder auch erleichtern.³⁵ Der Kontakt zu ärztlichem Personal wird von Betroffenen, die sich im Klimakterium befinden, gesucht – meist jedoch nicht primär zur medizinischen Behandlung, sondern vielmehr zur Klärung von Fragen und zur allgemeinen Informationsvermittlung.³⁶ Bedauerlicherweise wird ein spezielles Beratungsgespräch zum Klimakterium in Deutschland nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.³⁷ In Deutschland suchen Frauen* meist niedergelassenen Gynäkolog:innen auf.³⁸ Diese erhalten in der Facharztausbildung unter dem Themenbereich der endokrinologischen Aspekte vertiefte Kenntnisse über diese Lebensphase.³⁹

Im medizinischen Grundstudium ist das Thema bisher nicht ausreichend verankert, denn es ist kein Pflichtfach für angehende Ärzt:innen und wird oft unter „Zusatzwissen“ eingeordnet. Dies wird der tatsächlichen medizinischen

31 Schaeffer et al. (2018), S. 10.

32 Harper et al. (2022), S. 8.

33 Balabanovic et al. (2013).

34 Hunter und O'Dea (1999).

35 Schaeffer et al. (2018), S. 10.

36 Constantine et al. (2016), S. 112.

37 Stein (2022), S.35.

38 Constantine et al. (2016), S. 114-115.

39 Bonnen et al. (2024), S. 14.

Relevanz dieser Lebensphase nicht gerecht und kann zu Behandlungsfehlern führen, wenn Betroffene bei Beschwerden Allgemeinmediziner:innen aufsuchen, welche die Symptome nicht zuzuordnen wissen. Allgemeinmediziner:innen sind oft unzureichend vorbereitet, wenn sie mit dem Thema konfrontiert werden.⁴⁰ Insbesondere scheint medizinisches Personal ungern über die emotionalen und sexuellen Aspekte der Menopause zu sprechen.⁴¹ Dabei sind diese stark mit der Lebensphase verstrickt. Vulväre und vaginale Atrophie – die Ausdünnung des Vulva- und Vaginalgewebes – sowie depressive Verstimmungen und Angstzustände gehören mitunter zu den häufigsten Symptomen.⁴² Ersteres kann zu Dyspareunie, zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen. Gerade deshalb sollte die Relevanz von sexuellen Themen von ärztlichem Personal nicht unterschätzt und diese im medizinischen Setting besprochen werden. Scham bezüglich sexueller Herausforderungen kann wiederum individuellen Leidensdruck verstärken und sich auf soziale Beziehungen auswirken, sodass der emotionale Aspekt unter anderem deshalb eine wichtige Komponente in der klinischen Beratung darstellen sollte. Das medizinische Personal sollte sich dementsprechend der positiven Auswirkung von problemorientierten Beratungsgesprächen bewusst sein. Beim medizinischen Akteur:innen bestehen allerdings weiterhin Unsicherheiten bezüglich des angemessenen Managements der Wechseljahre im medizinischen Kontext.⁴³ Die komplexen Symptombilder, Therapiemöglichkeiten und der Effekt von Aufklärungsgesprächen sind nicht ausreichend bekannt und ein adäquates Training hierzu bleibt meist aus.⁴⁴

Zudem werden die Beschwerden von Frauen in der Klinik oft unterschätzt.⁴⁵ Dieses Phänomen, bekannt als *Medical Gaslighting*, beschreibt den Prozess, bei dem Symptome von Patient:innen durch ärztliches Fachpersonal abgewertet oder angezweifelt werden. Die Betroffenen fühlen sich dadurch psychologisch manipuliert. Berichte nennen häufig den Kontext von strukturellem Rassismus, kultureller und geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Vorurteilen als bedeutende Faktoren hierfür.⁴⁶ Dies kann auch Menschen während des Klimakteriums betreffen. Wenn beispielsweise Ärzt:innen von stereotypen Bildern älterer Frauen* beeinflusst sind, könnten sie diese Patient:innengruppe weniger ernst nehmen beziehungsweise nicht alle verfügbaren Behandlungsoptionen und In-

40 Ebd., S. 14.

41 Utian/Schiff (2018).

42 Janni et al. (2021), S. 93.

43 Mander (2020).

44 Harper et al. (2022), S. 15.

45 Williams et al. (2007).

46 Durbhakula/Fortin (2023), S. 3426.

formationen anbieten. Dies kann sich im weiteren Verlauf negativ auf die Gesundheitskompetenz auswirken, sofern die notwendigen Beratungsgespräche ausbleiben. Dabei sollte sich die Therapie der Wechseljahresbeschwerden laut der aktuellen S3 Leitlinien zur Menopause an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen und der sich im Verlauf ändernden Symptome orientieren.⁴⁷ Es ist ein individueller medizinischer Ansatz geboten, welcher durch das Abwerten von Symptomen nicht umgesetzt werden kann. Verstärkt wird das Behandlungsdefizit, wenn die behandelnde Person nicht über ausreichend Wissen zu Symptomen und Behandlungsoptionen verfügt. *Medical Gaslighting* kann zusätzlich das Vertrauen der Betroffenen in das Gesundheitssystem untergraben und ihre Bereitschaft, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, verringern. Die verminderte Inanspruchnahme und der dadurch verringerte Informationsfluss vom Gesundheitssystem zum Empfänger wirkt sich negativ auf die Gesundheitskompetenz aus. So bleibt es weiterhin dabei, dass es dem Gesundheitssystem nicht gelingt, den Bedarf an Unterstützung und Informationen zu befriedigen, obwohl die Notwendigkeit eines bedarfsorientierten Ansatzes bereits in den Leitlinien verankert und der Wert der Gesundheitskompetenz durch Studien belegt wurde. Um zu verstehen, weshalb *Medical Gaslighting* bei Frauen* im Klimakterium besonders ausgeprägt ist und wie sich dies auf die Gesundheitskompetenz auswirken kann, ist ein Blick auf historisch geprägte Stereotype sinnvoll.

6. Stereotyp Klimakterium

Historisch wurde das Wissen über die Menopause von männlichen Wissenschaftlern und somit aus einer männlichen Perspektive geprägt. Sexismus nahm damals und nimmt teilweise bis heute eine stark institutionalisierte Form an. Frauen wurden beispielsweise kategorisch aus akademischen Kreisen ausgeschlossen. Im 19. Jahrhundert galten Bildung und sexuelle Aktivität nicht als angemessen für respektable Frauen. Es herrschte der Glaube, dass Menstruationswahn und *Hysterie* durch zu viel Lesen und Musikhören verursacht wurden. Frauen seien aufgrund ihres monatlichen Blutverlusts zu schwach, um Bildung zu vertragen.⁴⁸ Somit machte der akademische Ausschluss die notwendige Perspektive von Frauen in der Medizin lange unmöglich. In der Medizin galt der männliche Körper als Norm, der weibliche als eine Abweichung dessen. Das Weibliche war der Mann „von innen nach außen gestülpt“, Ovarien wurden als weibliche Hoden, der Uterus als weibliches Skrotum gesehen. Grund, weshalb sie sich im Körper

47 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. (2020), S. 48-50.

48 Genazzani et al. (2007), S. 88.

befanden und nicht herausfielen wie beim „typischen Menschen“ wurde mit dem Mangel an „Lebenswärme“ bei Frauen begründet. Erst im 17. Jahrhundert bekamen die Eierstöcke ihren eigenen Namen.⁴⁹ Diese traditionelle männliche Perspektive hat sowohl der Menstruation als auch dem weiblichen Alterungsprozess eine negative Bedeutung zugeschrieben.

Giovanni Marinello, venezianischer Arzt, konstatierte schon 1563, dass Frauen, deren Periode endete, immer krank seien.⁵⁰ Im Jahr 1816 beschrieb Charles-Pierre-Louis de Gardanne „Hysterie oder nervöse Beschwerden der Gebärmutter“ als typische Symptome der Menopause.⁵¹ Diese Beschreibung trug möglicherweise zur weit verbreiteten Annahme bei, dass der Übergang zur Menopause universell mit schlechter psychischer Gesundheit einhergeht. Es wurden der Menopause Zustände wie Angst, paranoides Denken, schizophrene Psychosen und sogar Suizidalität zugeschrieben. Der Verlust von Östrogen nach der Menopause wurde lange als individuell und gesellschaftlich schädlich angesehen und sollte laut zeitgenössischer Auffassung zu unermesslichem Leid wie Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Scheidung und zerrütteten Familien geführt haben.⁵² Solche psychischen Zustände wurden auch im medizinischen Kontext lange als *Hysterie* bezeichnet. Der Begriff *Hysterie* leitet sich übrigens aus dem altgriechischen *hystéra* ab, was Gebärmutter bedeutet. Diese Wortherkunft wurde von Hippokrates geprägt, der oft als Urvater der westlichen Medizin bezeichnet wird. Er schrieb der Gebärmutter in seinen Schriften die „Ursache von 600 Übeln und unzähligen Leiden zu“.⁵³ Aus dem natürlichen Prozess des Alterns wurde somit eine Pathologie. In den 1960er Jahren wurde vom ersten Arzt die universelle Verschreibung von Hormonersatztherapien als Präventionsmaßnahme gegen altersbedingte Erkrankungen und als Mittel gegen die vermeintliche „Defeminisierung“ von Frauen während der Menopause beworben.⁵⁴ Dr. Wilson propagierte:

„Sexuelle Vollwertigkeit und sexueller Genuss bleiben durch die Behandlung der Frauen weit über ihre mittleren Jahre hinaus erhalten. Damit lösen sie viele Eheprobleme auf glückliche Weise. Jugendliche Erscheinung und Lebhaftigkeit werden dank der Östrogen-Progestin-Therapie trotz Menopause lange Zeit erhalten. (...) Sie sind nicht dazu verurteilt, dem Verfall ihrer Weiblichkeit hilflos zusehen zu müssen in jenen 41 Jahren, die die besten Ihres Lebens sein müssten. Sie werden Frauen bleiben, solange sie leben.“⁵⁵

49 Criado-Perez (2020) S. 196.

50 Stein (2022), S.122.

51 Ebd.

52 Wilson (1966); Stein (2022), S.120.

53 Bonnen et al. (2024), S. 11.

54 Banks (2002), S. 2.

55 Wilson (1966).

Die Defeminisierung wurde direkt mit dem sinkenden Hormonspiegel in Verbindung gebracht und als das Ende der sexuellen Vollwertigkeit betrachtet. Damit galt Femininität als unvereinbar mit dem Alter: Wer nicht mehr als feminin wahrgenommen wurde, war weder lebhaft noch jugendlich. Das *Altsein* bei Frauen wurde als Gegenpol der Jugendlichkeit hervorgehoben und der schnelle Alterungsprozess durch den abrupten Östrogenabfall markiert. Auch der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer äußerte sich 1851 zum Ende der Monatsblutung und verkoppelte diese mit dem Ende der Jugend: „Ein altes, d.h. nicht mehr menstruiertes Weib erregt unsern Abscheu. Jugend ohne Schönheit hat immer noch Reiz; Schönheit ohne Jugend keinen.“⁵⁶

Dass das historische Bild der Frau in den Wechseljahren nicht nur unzertrennlich mit der „Defeminisierung“ sondern auch mit einem damit einhergehenden Alterungsprozess verknüpft ist, hat bis heute Auswirkung auf die Betroffenen. In einer Studie schildert eine Frau Folgendes:

“Women suffer in silence and it is a topic that people don’t feel comfortable talking about. It’s like you have to hide it as it is so socially unacceptable for women to admit they are getting older!”⁵⁷

Das Narrativ, dass sich die fruchtbare, schöne und junge Frau durch die Menopause zur unfruchtbaren, unschönen und alten Frau entwickelt, beeinflusst die Wahrnehmung des Klimakteriums und den Informationsfluss. Da historisch gewachsene soziale Stereotypen sich auch dann auswirken, wenn Individuen sich explizit von solchen Stereotypen distanzieren,⁵⁸ ist eine Dekonstruktion solcher Stereotype von großer Wichtigkeit.

6.1. Die Problematik der Stereotype

Insgesamt ist festzustellen, dass der medizinisch dominante Fokus auf den männlichen und die primär männlichen Perspektive auf den weiblichen Körper dazu führen, dass Betroffene in den Wechseljahren zu einer durch historische Stereotype geprägten sozialen Gruppe gehören, der die Lebenserfahrungen dieser schon immer maßgeblich bestimmt.⁵⁹ Stereotype sind ein grundlegendes Konzept kognitiver Heuristik, welches Individuen ermöglicht, mit sozialer Komplexität umzugehen. Problematisch werden Stereotype im epistemischen Sinne jedoch, wenn sie zu falschen Annahmen über die Mitglieder einer sozialen Gruppe führen und

56 Schopenhauer (1977); Stein (2022), S.54.

57 Harper et al. (2022), S. 10.

58 Schicktanztanz (2012), S. 278.

59 Mahler (2021a), S. 6.

ihnen dadurch Komplexität, Glaubhaftigkeit oder Kompetenz abgesprochen wird.⁶⁰ Die Geschichte des Begriffs *Stereotyp* reicht in die 1920er Jahre zurück. Walter Lippmann, der diesen Ausdruck eingeführt hat, argumentierte, dass Stereotype dem Individuum helfen, seine Lebenswelt zu bewältigen, indem sie komplexe Wahrnehmungen und Vorstellungen kategorisieren.⁶¹ Stereotypisierung wird in diesem Sinne als eine pragmatische Kategorisierungs- und Orientierungshilfe betrachtet, die in einer Welt unendlicher Reizvielfalt gebraucht wird.⁶² Die daraus resultierende ungerechtfertigte Generalisierung aufgrund von externen Informationen⁶³ führt zu einer Verschleierung der individuellen Unterschiede. Für eine adäquate Begleitung des Klimakteriums ist ein individueller Ansatz allerdings geboten und eine Verschleierung der individuellen Unterschiede steht dem entgegen. Die Problematik der Stereotypisierung kann durch Internalisierung weiter verschärft werden.

Fricker diskutiert hierzu das Konzept der *Stereotype Threat*, bei dem negative Stereotype über eine Gruppe dazu führen können, dass Mitglieder dieser Gruppe sich entsprechend dieser Stereotype verhalten.⁶⁴ *Stereotype Threat* benennt effektiv eine bestimmte soziale Lage: die Lage der Anfälligkeit für eine nachteilige kausale Konstruktion. Dies kann die intellektuelle Leistung und das Vertrauen der betroffenen Personen langfristig untergraben und ihre Entwicklung behindern. Bedeutet: Wird einer Personengruppe beispielsweise ein bestimmter Funktionsverlust zugeordnet, ist es wahrscheinlicher, dass dieser auch wirklich im Selbstbild so wahrgenommen wird. Übertragen auf den Alterungsprozess der Frauen* kann dies ebenfalls von Bedeutung sein, wenn dieser Prozess im öffentlichen Narrativ grundsätzlich mit Funktionsverlust und gesellschaftlicher Entwertung verknüpft wird. Dieser Prozess der Altersdiskriminierung hat einen erheblichen Einfluss auf das öffentliche Bild der Menopause und wirkt sich somit auch auf die allgemeine Gesundheitskompetenz aus.

60 Ilkilic (2017), S. 134-135.

61 Lippmann (2010); Ilkilic (2017), S. 134.

62 Jonas/Schmid Mast (2007); Ilkilic (2017), S. 134.

63 Heringer (2017).

64 Fricker (2007), S. 57.

6.2. Einfluss von Ageismus

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Menschen ab 60 Jahren als ältere Menschen bezeichnet.⁶⁵ Kalendarisches Alter und subjektive Altersempfindungen können sich auf individueller Ebene voneinander unterscheiden, wobei letzteres durch gesellschaftliche Vorstellungen beeinflusst wird, denn die Grundlage für den Begriff *Alter* bilden soziale Konstrukte und Annahmen, die geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt sein können. Stereotypisierende Altersbilder können als kollektive gesellschaftliche Deutungsmuster sowie als individuelle Vorstellungen vom Älterwerden Wirkung entfalten. Dabei können sich gesellschaftliche und individuelle Altersbilder wechselseitig beeinflussen.⁶⁶

In unserem Alltag sind die Begriffe *Alter* und *alt* nach wie vor häufig negativ konnotiert. Sie werden etwa in Medienbeiträgen stereotyp und unreflektiert als Synonyme für Defizite wie Gebrechlichkeit oder Vergesslichkeit verwendet. Zudem wird Alter medial grundsätzlich mit einer positiven Vorstellung von Jugendlichkeit kontrastiert, die unter anderem für eine als anstrebenswert dargestellte Aktivität und Leistungsfähigkeit stehen soll. Diese negative Konnotation kann zu Altersdiskriminierung, auch als Ageismus bekannt, führen. Die Definition der WHO (2021) lautet: "Ageism refers to the stereotypes (how we think), prejudice (how we feel) and discrimination (how we act) directed towards others or oneself based on age."⁶⁷ Dabei kann Altersdiskriminierung auf institutioneller oder zwischenmenschlicher Ebene auftreten oder gegen sich selbst gerichtet sein. Diese Art von Diskriminierung kann sich prinzipiell gegen jedes Alter richten, beginnt also schon in der Kindheit und wird im Laufe der Zeit verstärkt. So kann ein Kind beispielsweise in der Schule als zu jung betrachtet werden, um bestimmte Verantwortungen zu übernehmen, obwohl es dazu in der Lage ist. Ältere Personen können hingegen in sozialen Situationen ignoriert und als irrelevant betrachtet werden, was sie daran hindern kann, an Diskursen teilzunehmen. Während der männliche Alterungsprozess oft linear und mit einem Reifungsprozess verbunden beschrieben wird, wird der Alterungsprozess der Frauen* abrupt und negativ durch den raschen Rückgang des Östrogenspiegels wahrgenommen.⁶⁸ Hieraus lässt sich ableiten, dass diese mit über 50 Jahren häufig als *alt* betrachtet werden, obwohl zweifellos eine Altersdiskrepanz zu den vom Alterungskatalog der WHO definierten ältesten Altersgruppen besteht. Dementsprechend sind Frauen in den Wechseljahren trotz ihres vergleichsweise jüngeren Alters durch

65 WHO (2022).

66 Bundeszentrale für Politische Bildung (2017), S. 49.

67 WHO (2021), S. 2.

68 Stein (2022).

soziale Konstrukte und Annahmen von Ageismus betroffen.⁶⁹ Der Mediziner Wilson verdeutlicht dieses soziale Konstrukt: „From a practical point of view, a man remains a man until the end. The situation with a woman is very different. Her ovaries become inadequate relatively early in life.“⁷⁰

Aufgrund des Narrativs, dass eine Frau nach der Menopause als *alt* betrachtet wird, assoziieren viele Betroffene das Klimakterium mit einem durch Ageismus ausgelösten verminderten sozialen Wert. Für Frauen* scheint es deshalb oft unakzeptabel, offen über das Altern zu sprechen.⁷¹ So greift die Diskriminierung durch Ageismus schon durch die entsprechende Erwartungshaltung vor. Frauen* rechnen mit einer sozialen Abwertung, wenn sie in einen spürbaren Alterungsprozess kommen, wie es während des Klimakteriums der Fall sein kann. Die Autorin Miriam Stein beschreibt ihre Erfahrungen folgendermaßen:

„Scheinbar ist der weibliche Körper nur so lange interessant, wie er als Sexualobjekt, Gebä- und Stillorganismus von Nutzen ist. Jetzt, im Älterwerden, im biologischen Zerfall bekomme ich ihn kommentarlos zurück. Im mittleren Alter wird die jahrelange Objektifizierung und Sexualisierung gesellschaftlich ins Gegenteil umgekehrt. Alt und fast unfruchtbar ist mein Körper nicht mehr von Interesse. (...) Immer wieder stellt sich die Frage nach dem Frausein: Was genau bleibt von einer Frau übrig, wenn sie ihre biologische Definition, die Fruchtbarkeit, verliert?“⁷²

Durch ihre Unfruchtbarkeit empfindet sie sich als *alt*, was aus ihrer Sicht das Desinteresse der Gesellschaft zur Folge hat. Auch Simone De Beauvoir formulierte ein den Alterungsprozess begleitendes Gefühl von gesellschaftlicher Ausgrenzung. In ihrem Werk *Das Alter* schrieb sie:

„Während (der Mann) kontinuierlich altert, wird der Frau die Weiblichkeit schlagartig genommen. Noch verhältnismäßig jung verliert sie den erotischen Anreiz und die Fruchtbarkeit, aus denen sie in den Augen der Gesellschaft und in ihren eigenen Augen die Rechtfertigung ihrer Existenz und ihre Glücksmöglichkeiten ableitete: Ihrer ganzen Zukunft beraubt hat sie etwa die Hälfte ihres Lebens als Erwachsene vor sich.“⁷³

Wenn das Selbstwertgefühl von Frauen* durch von Ageismus geprägte Narrative geschwächt wird, wirkt sich das auf die Erwartungshaltung aus, mit der Betroffene dem Ende der Fertilität entgegenblicken. Eine Studie fand heraus, dass Frauen mit negativeren Einstellungen gegenüber der Menopause allgemein von intensiveren Symptomen berichten.⁷⁴ Durch gesellschaftliche Abwertung älterer Frauen* werden außerdem Spielräume für eine selbstbestimmte Lebensführung

69 Mahler (2021a), S. 6.

70 Wilson/Wilson (1963).

71 Harper et al. (2022), S. 10.

72 Stein (2022), S.39.

73 Beauvoir (2023); Stein (2022), S.54.

74 Ayers et al. (2010), S. 35.

eingeschränkt. Dieser soziale Kontext wirkt sich auf das Verhalten der Betroffenen während des Klimakteriums aus und beeinflusst, wie über diese Lebensphase gesprochen und aufgeklärt wird. Um diesen Kontext verändern zu können, muss vorerst die Realität von geschlechtsspezifischer Diskriminierung anerkannt werden. Geschlechtsspezifische Altersdiskriminierung wird international mit dem Begriff *Gendered Ageism* benannt und findet auch in Deutschland Gebrauch.

6.3. Gendered Ageism und Intersektionalität

Gendered Ageism bezeichnet eine Form der Diskriminierung, bei der sowohl das Alter als auch das Geschlecht einer Person eine Rolle spielen. Es handelt sich um eine doppelte Diskriminierung, die ältere Menschen aufgrund ihres Alters benachteiligt und dabei geschlechtsspezifische Vorurteile und Stereotype verstärkt. Belege aus Berichten der Vereinten Nationen (2023) und der WHO (2021) zeigen, dass etwa 90 % der Menschen geschlechtsspezifische Vorurteile und mehr als 50 % altersdiskriminierende Einstellungen vertreten.⁷⁵ Diese Vorurteile überschneiden sich bei älteren Frauen, die das Klimakterium erleben und verstärken negative Einstellungen.⁷⁶ Die WHO hat vor geschlechtsspezifischer Altersdiskriminierung gewarnt: es existieren geschlechtsbezogene Unterschiede in der Altersdiskriminierung, der Männer und Frauen ausgesetzt sind, mit stärkeren Auswirkungen der Altersdiskriminierung auf ältere Frauen.⁷⁷ Claudia Mahler, unabhängige Expertin für Menschenrechte älterer Menschen, bestätigt, dass an der Schnittstelle von Ageismus und Sexismus patriarchale Normen und die Fixierung auf die Jugend zu einer schnelleren Verschlechterung des Status älterer Frauen im Vergleich zu dem der Männer führen, was zu spezifischen und verschärften Nachteilen für ältere Frauen führt.⁷⁸ Ältere Frauen könnten häufiger als „unattraktiv“ oder „unnützlich“ abgestempelt werden, während ältere Männer vielleicht als „weise“ oder „erfahren“ angesehen werden. Diese Form der Diskriminierung kann sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestieren, darunter im Arbeitsmarkt, im Gesundheitswesen, in den Medien und im sozialen Leben.

Die Überschneidung der sexistischen und altersdiskriminierenden Vorurteile führen zu einer miteinander verschränkten Benachteiligung und führen zu einer Mehrfachdiskriminierung. Allgemein wird die Mehrfachdiskriminierung durch die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) wie folgt definiert:

75 Zarocostas (2023).

76 Hickey et al. (2024), S. 954.

77 Sánchez-Román et al. (2022), S. 2.

78 Mahler (2021b).

„Der Begriff trägt der Tatsache Rechnung, dass ein einzelner in einer beliebigen Situation und zu einem beliebigen Zeitpunkt aus mehr als einem Grund Diskriminierung erfahren kann [...]. Die Addition und/oder der Kombination verschiedener Diskriminierungsgründe bilden den Kern dessen, was gemeinhin als Mehrfachdiskriminierung verstanden [...] wird.“⁷⁹

Es kann sich abgesehen von Sexismus und Ageismus auch um weitere Diskriminierungsformen handeln. In der Literatur wird diese Überschneidung der Diskriminierungsformen auch oft als *Intersektionalität* bezeichnet. *Intersektionalität* dient der Analyse von Ungleichheit produzierenden miteinander verschränkten sozialen Strukturkategorien. Soziale Verortungen sind dabei intersektional, entlang multipler Axen von Differenz konstruiert, die unter anderem von Wertesystemen geprägt sind.⁸⁰ Dies bedeutet, dass unterschiedliche Diskriminierungen nicht unabhängig voneinander wirken, sondern sich überschneiden und gemeinsam komplexe Formen von Ungleichheit erzeugen. Durch diese Überschneidungen können bestimmte Gruppen stärker benachteiligt werden. Insgesamt findet dieser Begriff jedoch noch kaum Berücksichtigung; vor allem in der deutschsprachigen Medizinethik wird es selten genutzt.⁸¹ Kimberlé Crenshaw, Juristin und Professorin mit Schwerpunkt *race* und *gender*, war die erste, die *Intersektionalität* als Form der Interdependenz und Interaktion multipler Formen der Unterordnung und Diskriminierung benannte.⁸² Sie analysierte Erfahrungen *schwarzer* Frauen vor Gericht, um die überschneidende Diskriminierung von Sexismus und Rassismus zu beleuchten. *Schwarz* wird hier als politischer Gegenbegriff zu weißen, privilegierten Frauen verstanden.

Bei vom Klimakterium Betroffenen überschneiden sich nicht unbedingt ausschließlich Sexismus und Ageismus – ein kritischer Blick auf weitere Kategorien, Hierarchien und Machtstrukturen ist notwendig, um vorhandene Diskriminierungsstrukturen bestmöglich zu erfassen. Hierunter gehören unter anderem Ethnizität, Aussehen, Behinderung, (soziale) Klasse und sexuelle Orientierung. Internationale und transkulturelle Studien belegen, dass das Erleben der Wechseljahre nicht nur durch biologische, soziodemografische und psychosoziale Faktoren, sondern auch durch die ethnische Zugehörigkeit der Betroffenen und den soziokulturellen Kontext maßgeblich beeinflusst wird. *Schwarze* Frauen etwa leiden häufiger und früher unter den Wechseljahren, haben aber schlechtere Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten. Weiterhin haben Frauen, die über ein hohes Einkommen verfügen, mehr Möglichkeiten, menopausale Einschränkungen

79 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) (2010), S. 6.

80 Domenig (2021), S. 148.

81 Faissner et al. (2022), S. 676.

82 Crenshaw (1989), S. 149.

abzufedern und sich Hilfe zu holen, als jene, die zusätzlich mit sozialen Problemen und Armut zu kämpfen haben.⁸³ Theda Borde, Professorin für sozialmedizinische und medizinsoziologische Grundlagen der sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin hat als Mitautorin an einer Studie der Charité zum interkulturellen Kontext mitgewirkt. Die Studie untersuchte Migrantinnen aus der Türkei und aus asiatischen Ländern (Japan, China und Korea).⁸⁴ Die Untersuchung zeigte, dass deutsche Mittelschichtsfrauen ohne Migrationsgeschichte im Vergleich zu Immigrantinnen aus der Türkei besser informiert waren. Letztere hatten auch schlechtere Werte in der *Menopause Rating Scale* als die asiatischen Frauen und Frauen ohne Migrationsgeschichte. Dies spricht für den Einfluss von kulturellen Narrativen.

Die Anthropologin Margaret Lock hat in ihrem Buch *Encounters with Ageing* über *Koneki*, die Menopause in Japan, geschrieben⁸⁵ und unterstützt in ihrem Schreiben die Betrachtung der Lebensphase im kulturellen Kontext. Ihre These ist, dass der Wechseljahresdiskurs aus zwei Elementen besteht, nämlich aus dem biologischen und dem kulturellen Narrativ. Die Autorin analysiert, dass Frauen in Japan die Menopause als weniger belastend empfinden und weniger Symptome verspüren. Beides wird auf den Status von älteren Menschen zurückgeführt, denn fortgeschrittenes Alter wird dort mit Weisheit gleichgesetzt. Diese Beobachtungen zeigen, dass der soziale Kontext bei der (klinischen) Betrachtung des Klimakteriums eine große Rolle spielen und dementsprechend auch vermehrt in den Fokus genommen werden sollten, um die bestehenden Missstände auszuheben und einen gesunden Diskurs möglich zu machen. Betrachtet man die Gesundheitskompetenz als soziale Praxis, wird deutlich, weshalb sich die Stereotype der Wechseljahre auf die Gesundheitskompetenz aller Beteiligten auswirken.

7. Handlungsansätze

Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Gesundheitskompetenz für das Klimakterium verbessert werden muss. Aufgrund der hohen Zahl Betroffener und dem nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Lebensqualität ist es essenziell, dieses Thema stärker in den klinischen Fokus zu rücken. Wie zuvor ausführlich dargestellt, spielen bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz sowohl individuelle als auch systemische Faktoren eine Rolle. Zu den individuellen Fähigkeiten gehören grundlegende Lese- und Schreibkompetenzen

83 Padtberg (2024), S. 126.

84 Hinrichsen et al. (2014).

85 Lock (2006); Stein (2022), S. 136.

sowie die Fähigkeit, komplexe Informationen zu verarbeiten und kritisch zu hinterfragen. Bezüglich der Informationsbeschaffung zum Klimakterium fällt auf, dass der Austausch überwiegend unter Betroffenen, Familienmitgliedern und Freund:innen stattfindet und häufig auf Informationen aus dem Internet zurückgegriffen wird. Aufklärungsarbeit in den sozialen Medien wird in der Regel von Betroffenen geleistet. Angesichts der erheblichen gesellschaftlichen und auch klinischen Relevanz des Klimakteriums, das mit erheblichen Symptomen und Einschränkungen einhergehen kann, ist es jedoch unzureichend, wenn diese Diskurse hauptsächlich außerhalb der strukturellen Gesundheitsversorgung stattfinden. Mythen und Fehlinformationen können nur schwer mit evidenzbasierten Informationen bekämpft werden, wenn die Konversationen abseits des professionellen Gesundheitswesens ablaufen. Darüber hinaus sollte die Verantwortung für die eigene Gesundheit beziehungsweise das Wohlbefinden nicht allein auf dem Individuum und Betroffenen selbst liegen, sondern gesellschaftlich getragen werden. Hierfür ist die Definition von Gesundheitskompetenz, die ausschließlich die Patient:innen als kompetent ansieht, die sich im bestehenden Gesundheitssystem zurechtfinden, grundlegend zu hinterfragen. Die mangelhafte Gesundheitskompetenz in Bezug auf das Klimakterium kann nach Betrachtung der Datenlage und den in Jahrhundert gebildeten negativen Assoziation des weiblichen* Alterungsprozesses nicht allein auf individuelle Defizite zurückzuführen sein und von den Betroffenen selbst behoben werden. Vielmehr ist die tief in den soziokulturellen Kontext eingebettet und erfordert eine systemische Antwort. Es muss politische Verantwortung übernommen werden, um sicherzustellen, dass die Menopause nicht als rein biologisches Phänomen verstanden wird, sondern stattdessen soziale Strukturen und kulturelle Kontexte aktiv in die klinische Praxis integriert werden.

Im Folgenden möchte ich zwei Handlungsansätze aufführen, die zu einer Entstigmatisierung des Klimakteriums und einem verbesserten Umgang in der klinischen Praxis führen können und dadurch in der Konsequenz auch eine verbesserte Gesundheitskompetenz bewirken.

7.1. Empowerment

Um diese negativen Effekte diskriminierender Stereotype zu überwinden, ist es wichtig, diese abzubauen und eine Kultur der Offenheit und Unterstützung zu fördern. Dies beinhaltet – zusätzlich zur Schaffung und Verbreitung von qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen – die Förderung eines positiven und informierten Dialogs über die Wechseljahre und andere Lebensphasen von Frauen. Dies kann dazu beitragen, dass Frauen* trotz der Herausforderungen und

Veränderungen, die mit der Menopause einhergehen, eine ausreichende Gesundheitskompetenz ausbilden. Empowerment – ein Prozess, der Fähigkeiten stärkt und das Handlungspotential von Personen bzw. Personengruppen steigert – könnte hierzu beitragen. Empowerment hat zum Ziel, die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gemeinsam mit denjenigen zu verbessern, deren Spielräume für eine selbstbestimmte Lebensführung eingeschränkt sind.⁸⁶ Dabei ist es Voraussetzung, die Diversität von Lebenslagen anzuerkennen und entsprechend differenzierte und ergebnisoffene Unterstützung anzubieten. Empowerment setzt bei den individuellen Kompetenzen einzelner Personen und der gemeinsamen Handlungskapazität engagierter Personengruppen an.

In Bezug auf die Wechseljahre bedeutet dies, die Lebenslagen der Betroffenen zu respektieren sowie individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und zu würdigen. In der klinischen Praxis entspricht dies einer unvoreingenommenen Beratung durch die mithilfe einer ausdifferenzierten, individuellen Therapie und Unterstützung eine adäquate Behandlung sichergestellt werden kann. *The Lancet* hat im März 2024 zum Weltfrauentag eine vierteilige Reihe zur Menopause veröffentlicht. Der erste Teil der Serie „An empowerment model managing menopause“ hat zum Ziel, Menopause als traditionell medizinisches Modell der „Hormonmangelstörung“ zu überdenken. Der Wert einer Frau sollte nicht durch das Ende ihrer Fruchtbarkeit definiert werden. Im Gegenteil, diese Lebensphase bietet eine Chance für einen Neuanfang, der erfüllend gestaltet werden kann – vorausgesetzt die Gesellschaft investiert in Frauen*, um ihnen zu helfen, sich vorzubereiten, die Menopause zu bewältigen und ihr volles Potenzial in der Lebensmitte und darüber hinaus zu erreichen. Das Paper führt ein *Empowerment Model* auf, welches mehrere Wechselwirkungen und Komponenten umfasst.⁸⁷

Erwähnenswert bei dem Modell ist, dass die Frauen* nicht die Hauptakteur:innen im Empowermentprozess darstellen, wie es oft bei der Definition der Gesundheitskompetenz der Fall ist, sondern externe Akteur:innen in die Handlungspflicht genommen werden. Es wird davon ausgegangen, dass ein Empowerment von einer Personengruppe nicht allumfassend möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen nicht verändert werden. Das Modell beinhaltet, dass Frauen* Zugang zu evidenzbasierten Informationen gewährleistet werden sollte, um sich auf Wechseljahre vorzubereiten. Außerdem sollte der Zugriff auf Hilfsmittel möglich sein, die bei der Entscheidungsfindung über Behandlungen unterstützen. Es wird zusätzlich ein inklusiver Ansatz benötigt, bei welchem Erfahrungen der Betroffenen anerkannt und validiert werden. Weitverbreitete negative Ansichten

86 Arbeitsgruppe „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2021), S. 25.

87 Hickey et al. (2024), S. 948.

über das Klimakterium als Phase des Verfalls sollen herausgefordert und eine Menopause freundliches Arbeitsumfeld geschaffen werden. Klinisches Personal sollte Empathie zeigen und sich auf evidenzbasierte Fakten berufen, wobei ein Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung empfohlen wird. Dieses Modell soll sicherstellen, dass die Behandlung nicht nur auf medizinischen Standards basiert, sondern auch auf den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient*innen, so wie es auch schon in den S3 Leitlinien verankert ist.⁸⁸ Der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung distanziert sich von der paternalistischen Beziehung zwischen Patient*in und Gesundheitsdienstleister und fordert eine patientenzentrierten Versorgung.

Gesteigertes Empowerment, wie es von *The Lancet* gefordert wird, erscheint vor dem Hintergrund des weiterhin mit Scham behafteten Themas sinnvoll. Die Autorin Kathryn Clancy beschreibt dieses Schamgefühl in ihrem Buch „Period – The real story of menstruation“: “Women are shamed for menstruation, and then shamed for not menstruating.”⁸⁹

Gloria Steinem, eine amerikanische Feministin und Journalistin, macht den Vorschlag, man solle sich mehr an dem Selbstbewusstsein der Männer orientieren. Sie schreibt in ihrem Essay *If Men Could Menstruate*, dass Menstruieren ein maskulines, machtvolleres Erlebnis wäre, wenn es bei Männern auftreten würde.⁹⁰ Die Autorin Miriam Stein schlägt zudem vor, die Begrifflichkeiten zu hinterfragen, um den Empowermentprozess voranzubringen. Denn der Begriff *Menopause*, der umgangssprachlich oft benutzt wird und Unklarheiten reproduziert, stammt aus dem Altgriechischen und setzt sich zusammen aus *men* für „Monat“ und *pausis* für „Ende“. Statt die Menopause mit einem Ende zu assoziieren, schlägt sie vor, den Begriff *Klimakterium* trotz der komplizierteren Aussprache in den Alltag zu integrieren.⁹¹ Das Wort *Klimakterium* stammt ebenfalls aus dem Altgriechischen. Es leitet sich von dem Wort *κλιμακτήριον* (*klimaktēr*) ab, was „Stufe“ oder „Leiter“ bedeutet. Dies spiegelt die Vorstellung wider, dass das Klimakterium einen Übergang im Leben einer Frau* darstellt. Im Gegensatz zum „Ende“ beschreibt eine „Stufe“, dass etwas weitergeht. Schon Hermann Hesse beschrieb den Alterungsprozess in seinem Gedicht anhand von „blühenden“ Lebensstufen.⁹² Der Begriff *Klimakterium* könnte daher eine hilfreiche Alternative zum stigmatisierten Ausdruck *Menopause* darstellen und dazu beitragen, einen positiveren Diskurs zu führen.

88 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. (2020), S. 48-50.

89 Clancy (2023).

90 Steinem (2019).

91 Stein (2022).

92 Hesse (1970).

In den letzten Jahren findet das Klimakterium immer mehr Eingang in den öffentlichen Diskurs, wie beispielsweise auf Instagram zu sehen ist. Auch in der Literatur wird das Thema vermehrt besprochen. So ist in diesem Jahr ein Roman⁹³ von Miranda July erschienen, in dem die Romanfigur unverhofft mit der Menopause konfrontiert wird und sich buchstäblich auf eine Reise begibt, in der sie Antworten auf ihre vielen Fragen im Internet, von Freund:innen und auch ihrer Ärztin sucht und sich mit der Zeit vermehrt mit dem Gedanken des Alterns anfreunden kann. Dieser Roman unterstreicht nicht nur das enorme Wissensdefizit, sondern gibt auch Einblicke, welche emotionalen und zwischenmenschlichen Auswirkungen diese Lebensphase haben kann. Auch Elke Heidenreich berichtet in ihrem neusten Buch „Altern“⁹⁴ über ihre Erfahrungen zum Klimakterium und Alterungsprozess und verfasst – aus einer privilegierten Perspektive (weitestgehend gesund und finanziell unabhängig) – eine Versöhnungsschrift mit dem Alterungsprozess, indem sie sich im fortgeschrittenen Alter weder ihre Lebensqualität noch Attraktivität oder Sexualität abspricht und so dem historisch geprägten Frauen*bild ein fast konträres Porträt entgegensetzt. Entwicklungen wie diese zeigen, dass der Empowermentprozess bereits in Gang ist. Allerdings darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden, dass die Aufklärungsarbeit weiterhin vor allem durch die Betroffenen selbst geleistet wird. Um eine angemessene Versorgung in der klinischen Praxis zu gewährleisten, ist ebenfalls ein Versorgerzentrierter Handlungsansatz zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz notwendig. Dafür sollten die Kompetenzen der Gesundheitsberufe und dessen Handlungsfähigkeiten in den Fokus genommen werden.

7.2. Transkategoriale Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz erlangte in den letzten Jahren eine besondere Anerkennung, um eine empathische und reflektierte Haltung gegenüber Menschen mit Migrationserfahrung zu fördern. Im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitsberufen bezieht sich der Begriff der *interkulturellen Kompetenz* auf die Entwicklung von Fähigkeiten, die dazu beitragen, potenzielle kulturelle Konflikte frühzeitig zu erkennen und deren Ursachen besser zu verstehen. Dies erleichtert eine ethisch angemessene und bedarfsgerechte Handlungsweise in der Praxis.⁹⁵ Dadurch soll die Einteilung in Stereotype kritisch hinterfragt werden. Denn die Zuteilung der Patient*innen in Kategorien bzw. Stereotypen soll Gesundheitspersonal bei Verunsicherung in schwierigen und komplexen Situationen helfen, wird aber dann

93 July (2024).

94 Heidenreich (2024).

96 Ilkilic (2017), S. 131.

problematisch, wenn diese Zuordnungen in asymmetrischen Machtbeziehungen, wie sie im Gesundheitssystem die Regel sind, nicht hinterfragt oder reflektiert werden.⁹⁶ Unhinterfragte Stereotype sind aus benannten Gründen auch in der klinischen Praxis problematisch, da sie zu voreingenommenen Diagnosen und Behandlungen führen können, die nicht den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen entsprechen. Diese Art von voreiligen Schlussfolgerungen kann die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen und zu Ungerechtigkeiten sowie Ungleichheiten im Zugang zur medizinischen Versorgung beitragen. Eine bewusste Reflexion und Hinterfragung von Stereotypen ist daher entscheidend, um eine gerechte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Da die Herausforderungen im Gesundheitssystem nicht nur Menschen mit Migrationserfahrung, sondern auch andere Gruppen betreffen, wurde zu einer Erweiterung der *interkulturellen* um eine *transkategoriale* Dimension angeraten.⁹⁷ So werden alle relevanten Strukturkategorien miteinbezogen, die eine gelingende Interaktion zwischen Patient:innen und ärztlichem Personal behindern. Die *transkategoriale Kompetenz* bezieht die individuellen multiplen Strukturkategorien mit ein, ohne sich auf die reine kulturelle Ebene zu reduzieren. Sie stützt sich, wie die *interkulturelle Kompetenz*, auf drei Pfeiler: 1. Selbstreflexion 2. Hintergrundwissen und Erfahrung sowie 3. Narrative Empathie und hat eine *Haltungsänderung* gegenüber Betroffenen zum Ziel. Das bedeutet, dass Fachpersonen wahrgenommene Bilder über Andere reflektieren und sich mit diesen auch kritisch auseinandersetzen. Hilfreich ist zudem entsprechendes Hintergrundwissen, um unterschiedliche Vorstellungswelten und Verhaltensmöglichkeiten überhaupt erkennen zu können. Für mehr Hintergrundwissen müssen zuerst Machtstrukturen und ungerechte Wissensverwaltung im Gesundheitssystem reflektiert werden. Die Reflexion beinhaltet das Hinterfragen von eigenen Wertvorstellungen, Werthaltungen, Begriffen und Menschenbildern. Im Kontext des Klimakteriums bedeutet dies, dass das historisch geprägte Bild der alternden Frau* durch Erfahrung und Evidenz ersetzt werden sollte. Beschwerdebilder der Betroffenen werden so gezielter in den passenden medizinischen Kontext gesetzt und dem Prozess des *Medical Gaslighting* wird entgegengewirkt.

Die Entwicklung einer *transkategorialen Kompetenz* in der Klinik kann somit ein Instrument sein, um die bestehenden Defizite in der medizinischen Versorgung auszugleichen. Die Ausbildung von klinischen Kompetenzen innerhalb der Gesundheitsberufe verlagert dadurch außerdem die Verantwortung von Betrof-

96 Domenig (2021), S. 150.

97 Ebd. (2021).

fenen weg hin zum Gesundheitssystem und führt zu einer Entlastung der Patient:innen. Die Gesundheitskompetenz der Betroffenen kann somit von Seiten des Gesundheitspersonals ausgebaut und ärztliches Personal seiner Rolle gerecht werden.

8. Fazit

Das normative Element der ethisch angestrebten Gesundheitskompetenz erfordert, dass Gesundheitsinformationen und -dienste so gestaltet werden, dass sie den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten aller Menschen gerecht werden. Die mangelnde Gesundheitskompetenz zum Klimakterium zeigt, dass betroffene Frauen* aufgrund diskriminierender Stereotype besonders vulnerabel sein und dementsprechend besondere Bedarfe haben können, die in der klinischen Praxis berücksichtigt werden müssen. Aufgrund dessen ist es zielführend, Gesundheitskompetenz als soziale Praxis anzuerkennen. Medizinisches Personal sollte ausreichend geschult werden, um bedarfs- und leitliniengerecht aufklären, beraten und therapieren zu können. Nur so können Informationsdefizite und historische belastete Narrative innerhalb des Gesundheitswesens aufgelöst werden. Partizipative Entscheidungsfindung, bei der Patienten aktiv in ihre Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, ist ebenfalls ein Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

Um eine Kompetenz in der klinischen Praxis zu implementieren, müssen allerdings auch politische Rahmenbedingungen geschaffen werden. Hierfür sollte es Akteur:innen geben, die das Thema in Forschung, Praxis und Lehre implementieren. Die Forschung zum Klimakterium hat erst vor gut zwanzig Jahren begonnen und sollte dementsprechend intensiviert werden, um die Phase des Wandels sowohl auf biologischer als auch soziokultureller Ebene besser verstehen und begleiten zu können. Außerdem müssen die gerechte finanzielle Entlohnung für Beratungsgespräche auf politischer Ebene bewirkt werden. Medizinethisch sollte das Thema ebenfalls weitergehend eingebracht werden, um Strukturen zu analysieren, zu kritisieren und Lösungsansätze zu formulieren. Hierzu könnte eine Betrachtung der feministischen Epistemologie – ein Teilbereich der Erkenntnistheorie, der sich mit den Auswirkungen von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen auf die Produktion und Struktur von Wissen befasst – ein sinnvoller Ansatz sein.

Interessenkonflikte: Keine

Hinweis

Der vorliegende Beitrag wurde im Kontext einer kumulativen Dissertationsschrift zum Erreichen des medizinischen Dokortitels („Dr. med.“) unter der Betreuung von Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A. an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) erstellt. Besonderer Dank geht auch an die Josef und Luise Kraft-Stiftung (München) für die Förderung sowie an die Betreuenden und Stipendiat:innen des Graduiertenkollegs „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“ für Unterstützung und Austausch. Im Studienjahr 2024/25 erfolgte zudem die Förderung im Rahmen eines Erasmus-Stipendiums in Schweden.

Literatur

- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) (2021): Mehrfachdiskriminierung. Daten kurz gefasst. Wien.
- Arbeitsgruppe „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der Soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin.
- Ayers, B./Forshaw, M./Hunter, M. S. (2010): The Impact of Attitudes towards the Menopause on Women's Symptom Experience: A Systematic Review. In: *Maturitas* 65, 1 (2010), pp. 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.016>.
- Balabanovic, J./Ayers, B./Hunter, M. S. (2013): Cognitive Behaviour Therapy for Menopausal Hot Flashes and Night Sweats: A Qualitative Analysis of Women's Experiences of Group and Self-Help CBT. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41, 4 (2013), pp. 441-457. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000677>.
- Banks, E. (2002): From Dogs' Testicles to Mares' Urine: The Origins and Contemporary Use of Hormonal Therapy for the Menopause. In: *Feminist Review* 72, 1 (2002), pp. 2-25. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fr.9400059>.
- Baumeister, A./Schwegler, C./Woopen, C. (Hrsg.) (2023): Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt. Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft, Band 6. Berlin.
- Beauvoir, S. de (2023): Das Alter: Essay = La vieillesse. Übersetzt von Anjuta Aigner-Dünnwald und Ruth Henry. Neuauflage. 9. Auflage. Hamburg.
- Bonnen, C./von Bredow, R./Brzoska, I./Heinrich, C. (2024): Der große Unterschied. In: *Der Spiegel* 17 (2024), S. 8-16.
- Brown, L./Brown, V./Judd, F./Bryant, C. (2018): It's Not as Bad as You Think: Menopausal Representations Are More Positive in Postmenopausal Women. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 39, 4 (2018), pp. 281-288. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1368486>.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2017): Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation. Bonn.
- Clancy, K. B. H. (2023): *Period. The real story of menstruation*. Princeton.
- Constantine, G. D./Graham, S./Clerinx, C./Bernick, B.A./Krassan, M./Mirkin, S./Currie, H. (2016): Behaviours and Attitudes Influencing Treatment Decisions for Menopausal Symptoms in Five European Countries. In: *Post Reproductive Health* 22 (3), pp. 112-122. <https://doi.org/10.1177/2053369116632439>.

- Crenshaw, K. W. (1989): *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago.
- Criado-Perez, C. (2020): *Unsichtbare Frauen: wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert*. Deutsche Erstausgabe, 4. Auflage. München.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. (2020): *Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen*. Berlin.
- Divya, K. L./Nimithamohan, K./Bilimale, A. S./Muralidhar, K./Krupp, K./Madhivanan, P. (2024): Role of Social Support in Reducing the Severity of Menopausal Symptoms among Women Living in Rural Mysuru, Karnataka: An Analytical Cross-Sectional Study. In: *Journal of Mid-Life Health* 15, 1 (2024), pp. 12-18. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_180_23.
- Domenig, D. (2021): Transkategoriale Kompetenz in der Klinik – eine Zukunftsperspektive. In: Frewer et al. (2021), S. 143-155.
- Durbhakula, S./Forti, A. H. (2023): Turning Down the Flame on Medical Gaslighting. In: *Journal of General Internal Medicine* 38, 15 (2023), pp. 3426-3427. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08302-4>.
- Faissner, M./Hartmann, K. V./Marcinski-Michel, I./Müller, R./Weßel, M. (2022): Feministische Perspektiven in der deutschsprachigen Medizinethik: eine Bestandsaufnahme und drei Thesen. In: *Ethik in der Medizin* 34 (4), S. 669-686. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00724-8>.
- Frewer, A./Bergemann, L./Hack, C./Ulrich, H. G. (Hrsg.) (2017): *Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin*. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 10. Würzburg.
- Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien*. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 14. Würzburg.
- Fricker, M. (2007): *Epistemic Injustice*. Oxford. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>.
- Genazzani, A. R./Gambacciani, M./Simoncini, T. (2007): Menopause and Aging, Quality of Life and Sexuality: International Menopause Society Expert Workshop 1-4 December 2006, Pisa, Italy. In: *Climacteric* 10, 2 (2007), pp. 88-96. <https://doi.org/10.1080/13697130701297760>.
- Harper, J. C./Phillips, S./Biswakarma, R./Yasmin, E./Saridogan, E./Radhakrishnan, S./Davies, M.C./Taulikar, V. (2022): An Online Survey of Perimenopausal Women to Determine Their Attitudes and Knowledge of the Menopause. In: *Women's Health* 18:174550572211068. <https://doi.org/10.1177/17455057221106890>.
- Heidenreich, E. (2024): *Altern*. München.

- Heinemann, K./Ruebig, A./Potthoff, P./Schneider, H. P. G./Strelow, F./Heinemann, L. A./Minh Thai, D. (2004): The Menopause Rating Scale (MRS) Scale: A Methodological Review. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 2 (2004), p. 45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>.
- Heringer, H. J. (2017): *Interkulturelle Kommunikation: Grundlagen und Konzepte*. 5., durchgesehene Auflage. Tübingen.
- Hesse, H. (1970): *Stufen. Gedichte*. Berlin.
- Hickey, M./LaCroix, A.Z./Doust, J./Mishra, G. D./Sivakami, M./Garlick, D./Hunter, M. S. (2024a): An Empowerment Model for Managing Menopause. In: *The Lancet* 403 (2024), pp. 947-957. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02799-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02799-X).
- Hinrichsen, G./Wernecke, K.-D./Schalinski, A./Borde, T./David, M. (2014): Menopausal Symptoms in an Intercultural Context: A Comparison between German Women, Chinese Women and Migrant Chinese Women Using the Menopause Rating Scale (MRS II). In: *Archives of Gynecology and Obstetrics* 290,5 (2014), pp. 963-971. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3314-5>.
- Hunter, M./O'Dea, I. (1999): An Evaluation of a Health Education Intervention for Mid-Aged Women: Five Year Follow-up of Effects upon Knowledge, Impact of Menopause and Health. In: *Patient Education and Counseling* 38, 3 (1999), pp. 249-255. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00143-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00143-8).
- Ilkic, I. (2017): Interkulturelle Kompetenz Schlüsselqualifikation in einer kosmopolitischen Medizin? In: Frewer et al. (2017), S. 129-147.
- Janni, W./Hancke, K./Fehm, T./Scholz, C./Rack, B. K./Scharl, A. J. (Hrsg.) (2021): *Facharztwissen Gynäkologie*. 3. Auflage. Facharztwissen. München.
- Jonas, K./Schmid Mast, M. (2007): Stereotyp und Vorurteil. In: *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz: Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Mit 20 Grafiken und Tabellen. Heidelberg, S. 69-76.
- July, M. (2024): *Auf allen vieren: Roman*. Übersetzt von Stefanie Jacobs. Köln.
- Kickbusch, I. (2013): *Health Literacy. The Solid Facts*. Geneva.
- Lippmann, W. (2010): *Public Opinion*. Blacksburg, VA.
- Lock, M. (2006): *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. 1. pbk. print, 3. print. Berkeley, Calif.
- Mahler, C. (2021a): *Bericht der Unabhängigen Expertin für den Genuss aller Menschenrechte für ältere Menschen*. Berlin.
- Mahler, C. (2021b): *Die Menschenrechte älterer Frauen: Intersektionalität von Altern und Geschlecht*. Mitteilung des Generalsekretärs. Berlin.
- Mander, T. (2020): Working Doctors and Their Menopause. *Post Reproductive Health* 26, 3 (2020), pp. 119-129. <https://doi.org/10.1177/2053369120958273>.

- Mattern, S. P. (2019): *The slow moon climbs. The science, history, and meaning of menopause.* Princeton.
- Padtberg, C. (2024): Frausein für Fortgeschrittene. In: *Der Spiegel* 17 (2024), S. 126-128.
- Sánchez-Román, M./Autric-Tamayo, G./Fernandez-Mayoralas, G./Rojo-Perez, F./Agulló-Tomás, M. S./Sánchez-González, D./und Rodriguez-Rodriguez, V. (2022): Social Image of Old Age, Gendered Ageism and Inclusive Places: Older People in the Media. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 24 (2022), p. 17031. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417031>.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.* Berlin.
- Schicktanzt, S. (2012): Epistemische Gerechtigkeit. Sozialempirie und Perspektivenpluralismus in der Angewandten Ethik. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 60, 2 (2012), S. 269-283. <https://doi.org/10.1524/dzph.2012.0019>.
- Schopenhauer, A. (1977): *Die Welt als Wille und Vorstellung.* In: Bd. 1-4. Werke in 10 Bänden. Zürcher Ausgabe. Zürich.
- Stein, M. (2022): *Die gereizte Frau: was unsere Gesellschaft mit meinen Wechseljahren zu tun hat.* Originalausgabe. München.
- Steinem, G. (2019): If Men Could Menstruate. In: *Women's Reproductive Health* 6, 3 (2019), pp. 151-152. <https://doi.org/10.1080/23293691.2019.1619050>.
- Utian, W. H./Schiff, I. (2018): NAMS-Gallup Survey on Women's Knowledge, Information Sources, and Attitudes to Menopause and Hormone Replacement Therapy. In: *Menopause* 25, 11 (2018), pp. 1172-1179. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001213>.
- WHO (2021): *Global report on ageism.* Geneva.
- WHO (2022a): *Ageing and Health.* Geneva.
- WHO (2022b): *Menopause.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.
- Williams, R. E./Kalilani, L./Britt, D./DiBenedetti, X./Fehnel, Z. S. E./Clark, E. V. (2007): Healthcare Seeking and Treatment for Menopausal Symptoms in the United States. In: *Maturitas* 58, 4 (2007), pp. 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.09.006>.
- Wilson, R. A. (1966): *Feminine Forever.* New York.
- Wilson, R. A./Wilson, T. A. (1963): The Fate of the nontreated postmenopausal Woman: A Plea for the Maintenance of adequate Estrogen from Puberty to

- the Grave. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 11, 4 (1963), pp. 347-362. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1963.tb00068.x>.
- Writing Group For The Women's Health Initiative Investigators (2002): Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. In: *JAMA. The Journal of the American Medical Association* 288, 3 (2002), pp. 321-333. <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>.
- Zarocostas, J. (2023): UNDP Reports That 90% of People Hold Gender-Based Biases. In: *The Lancet* 401 (2023), p. 2026. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01234-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01234-5).

II. Forum

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Studiengängen und Berufen

Katja Kühlmeyer, Tobias Eichinger (Hrsg.)
(für die „AG ethik learning“
der Akademie für Ethik in der Medizin)

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Berufen und Studiengängen: Eine Einführung in die Sektion

1. Medizinethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Fächern

Medizinethik im Sinne einer Ethik im Gesundheitswesen befasst sich mit der Reflexion von Moral im Umgang mit Gesundheit und Krankheit.¹ Sie ist ein verpflichtendes Unterrichtsfach in vielen gesundheitsbezogenen Studiengängen in Deutschland, zum Beispiel im Pflege-, Medizin- oder Hebammenkunde-Studium. Ethik-Lehre gewinnt innerhalb der Gesundheitsprofessionen und -fächer zunehmend an Bedeutung, bietet sie doch Möglichkeiten, Studierende auf einen ethisch reflektierten Umgang mit moralischen Herausforderungen und Konflikten (einschließlich Dilemmata) im späteren Berufsalltag vorzubereiten, wovon nicht nur sie selbst, sondern auch die Menschen, für die sie qua ihres Berufes Angebote machen, z.B. ihre Patienten und Patientinnen, profitieren können.

Neben der zunehmenden Integration der Ethik-Lehre in die Gesamtcurricula der Gesundheitsfächer und -berufe gewinnt die Vermittlung von Medizinethik auch dadurch an Relevanz, dass sie in Studiengängen mit Ethik-Schwerpunkt Eingang findet. Teilweise wird sie auch als eigenständiges interdisziplinäres Fach vermittelt oder als Teilbereich anderer Fächer unterrichtet, z.B. in der Philosophie oder Sozialethik. Hier werden jedoch mit Ethik-Lehre in der Regel andere Zielsetzungen verfolgt, da die Absolventen und Absolventinnen dieser Studiengänge nicht für bestimmte oder einheitliche Berufsfelder ausgebildet werden, ganz anders als dies in der Ausbildung zu Gesundheitsprofessionen der Fall ist. Nach Abschluss des Studiums können sie z.B. Ethikberater:innen im Gesundheitswesen, Geisteswissenschaftler:innen oder Manager:innen in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen werden.

1 Wir verwenden Medizinethik hier als übergeordneten Begriff für Ethik im Gesundheitswesen, nicht etwa als Begriff für ärztliche Ethik.

2. Lernziele für die Medizinethik-Lehre

Noch vielfältiger als die möglichen Studiengänge in deren Rahmen sich Medizinethik heute wiederfindet, sind die Vorstellungen, worauf Medizinethik-Lehre abzielen und wie diese konkret gestaltet werden soll. Gleichzeitig gibt es innerhalb einzelner Studienfächer konzertierte Bestrebungen, eine gemeinsame Orientierung für die Ethik-Lehre zu schaffen. Bei der Einführung von Medizinethik-Lehre in das verpflichtende Curriculum des Medizinstudiums in Deutschland beispielsweise wurde bereits 2003 ein Lehrzielkatalog veröffentlicht, der die Lehre im neuen Querschnittsfach „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ orientieren sollte.² In der Begrifflichkeit der anzustrebenden Ziele schlägt sich bezeichnenderweise die konzeptionelle Entwicklung nieder, die in den vergangenen 20 Jahren stattgefunden hat. Standen damals mit dem Fokus auf *Lehrziele* noch die Lehrenden und der Lehrstoff im Zentrum der Überlegungen, ist an dessen Stelle inzwischen die Rede von *Lernzielen* getreten, die die Lernenden und den Lernprozess hervorhebt. Und auch gegenwärtig sind Fachvertreter:innen damit beschäftigt, sich über kompetenzbasierte Lernziele für das Medizinstudium zu verständigen, die dann im Rahmen einer zukünftigen Reform der ärztlichen Approbationsordnung ihre Wirkung entfalten sollen.³ In der Zahnmedizin hat eine solche Reform der zahnärztlichen Approbationsordnung bereits stattgefunden. Der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin“ enthält kompetenzbasierte Lernziele, die für das curricular nun neu verankerte Querschnittsfach „Ethik und Geschichte der Medizin und der Zahnmedizin“ gelten sollen.⁴ In Bezug auf die pflegeberufliche Qualifizierung fanden in den vergangenen Jahren vergleichbare orientierende Überlegungen zur Konkretisierung von pflegeethischen Kompetenzen statt, die in das Pflegeberufereformgesetz Eingang finden sollen.⁵

2 Siehe Biller-Andorno et al. (2003).

3 Siehe z.B. „VIII.6. Professionelles Handeln und Ethik, Geschichte und Recht der Medizin“ im „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLm) 2.0“: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015a). Analog wurden in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Ausland Lernzielkataloge für die Medizin entwickelt. Siehe „Profiles“ in der Schweiz (o.J.): <https://www.profilesmed.ch> (27.05.2024) und der „Klinische Lernzielkatalog Österreichs“ (2020): www.lernzielkatalog-medizin.at/media/uploads/LZK_DRUCKB%C3%96GEN.pdf (27.05.2024).

4 Siehe z.B. Kapitel Z 11 „Professionelles Handeln“ und Z 18 „Geschichte, Ethik, Recht und Berufskunde“ im „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ)“: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015b).

5 Siehe z.B. Riedel et al. (2017), Riedel/Giese (2019) und Pflegeberufereformgesetz (2020).

3. Kompetenzorientierte Medizinethik-Lehre

Was die zuvor aufgezählten Bemühungen verbindet, ist die Formulierung von *Kompetenzen*, die durch die Ethik-Lehre vermittelt bzw. von *kompetenzbasierten Lernzielen*, die durch sie erreicht werden sollen. Kompetenzen sind dabei als personale Voraussetzungen zum professionellen Handeln zu verstehen. Sie lösen die Trias von Wissen, Fähigkeiten/Fertigkeiten und Haltungen in der Orientierung der Ethik-Lehre ab, die eine Trennung dieser drei Domänen impliziert hatte. Kompetenzbasierte Lernziele benennen Voraussetzungen, um konkrete, berufsbezogene Handlungen vollziehen zu können. Kompetenzen vereinen Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen und können in das Handeln integriert werden.

Da in kompetenzorientierter Lehre die Lehr- und Prüfungsaktivitäten direkt auf kompetenzbasierte Lernziele bezogen sein sollten, müssen diese möglichst konkret und überprüfbar formuliert sein. Damit dienen sie nicht nur als *globale Lernziele* den Absolventen und Absolventinnen (sowie ihren späteren Vorgesetzten) zur Orientierung darüber, was diese am Ende ihres Hochschulstudiums leisten können sollen. Sie können auch als *lokale Lernziele* in einer konkreten Lehrveranstaltung deutlich machen, worauf die Vermittlung und das zugehörige selbstorganisierte Lernen abzielen sollen.

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre beinhaltet aber mehr als die Formulierung von Lernzielen. Sie stellt die lernende Person (und nicht den Lernstoff oder Lehrende) ins Zentrum der Lehraktivitäten und befähigt diese zum eigenständigen Umgang mit spezifischen Herausforderungen in der (späteren) Berufspraxis. Im Zentrum kompetenzorientierter Ethik-Lehre steht damit nicht der Erwerb von Wissen, sondern die Übertragung von Wissen auf professionelles Handeln. Wissen soll in der Lehre daher nicht nur in theoretischen, sondern vor allem in praktischen, handlungsorientierten Situationen vertieft werden. Für Lehrende bedeutet dies, ihre Lehr-Lern-Arrangements so zu gestalten, dass dadurch Studierende in ihren individuellen Lernprozessen unterstützt werden können.

Um ethische Kompetenzen zu erwerben, ist eine strukturierte Auseinandersetzung mit den normativen Bezügen und Implikationen der Alltags- und Berufsrealität erforderlich. Die sich daraus ergebende intrinsische Problem- und Lösungsorientierung von Ethik-Lehre lässt sich in einem kompetenzorientierten Paradigma verorten, das ebenfalls auf Problemlösung rekurriert.⁶ Was den Bereich der Prüfung angeht, wirft Kompetenzorientierung Schwierigkeiten auf, die als „Kompetenz-Performanz-Problematik“ bezeichnet werden.⁷ Kern dieser Prob-

6 Siehe Weinert (2001).

7 Siehe Walzik (2012).

ematik ist der Umstand, dass sich das Vorliegen oder Erreichen von Kompetenzen nicht direkt ermitteln lässt, sondern durch das Erledigen von Aufgaben erschlossen werden muss, bei denen nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Prozess der Bearbeitung in den Blick genommen werden muss.

4. Bedarf an Medizinethik-Didaktik für gesundheitsbezogene Fächer

Es fehlen bisher Beiträge in der Medizinethik, die konkret aufzeigen, wie kompetenzbasierte Lernziele effektiv erreicht werden sollen, sowie Forschungsarbeiten, die untersuchen, wie das Erreichen solcher Lernziele systematisch überprüft und die Wahrscheinlichkeit, diese zu erreichen, gesteigert werden kann. Außerdem gibt es zwischen den einzelnen Fächern, in denen Medizinethik vermittelt wird, bisher wenig Austausch über die jeweiligen Ethik-Kompetenz-Begriffe und die kompetenzbasierten Lernziele.⁸

Möchten Lehrende ihre didaktischen Kompetenzen erweitern, können sie meist nur auf fachspezifische Lehr- und Arbeitsbücher zurückgreifen, die für konkrete Fächer Orientierung bieten. Beispiele für solche Werke sind Lehrbücher, die sich an Studierende oder Lehrende richten und über Lernziele, Lerninhalte und Lehr-/Lernmethoden Auskunft geben.⁹ Darüber hinaus gibt es Arbeitsbücher, die Materialien für den Unterricht bereitstellen, die von Studierenden und Auszubildenden (inter-)aktiv bearbeitet werden können.¹⁰ Verbindungen zwischen Fächern werden in solchen Werken selten hergestellt. Für fachübergreifende Lehrangebote könnten solche Verbindungen allerdings sehr wertvoll sein, da sie aufzeigen würden, wo Formate zur trans- oder interprofessionellen Lehre angemessen wären und wo eher (mono)professionelle Lehre gefordert ist, um z.B. den Umgang mit professionsspezifischen Aufgaben und Herausforderungen zu reflektieren.

Demgegenüber sehen sich Lehrende an Medizinischen oder Gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten zunehmend mit der besonderen Herausforderung konfrontiert, Ethik-Lehre für verschiedene Fächer und Berufsgruppen anbieten zu sollen. Ethische Fachkenntnisse und Kompetenzen im Umgang mit ethischen Fragen bringen die Lehrenden meist mit, hochschuldidaktische Kompetenzen können sie an ihren Hochschulen erwerben, aber die vertieften Kenntnisse der

8 Ein Beispiel für ein solches Austauschforum war die Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin zu „Ethischen Kompetenzen im Gesundheitswesen“, die 2023 an der MLU Halle-Wittenberg stattfand.

9 Siehe z.B. Wiesemann et al. (2005).

10 Siehe z.B. Fölsch/Bussmann (2023).

unterschiedlichen Fächer und Berufsfelder, für die sie ihre Lehrangebote adaptieren sollen, müssen sie sich erst erarbeiten und aneignen.

In der Schweiz wurde im Gegensatz dazu ein gemeinsames Orientierungswerk für alle Gesundheitsberufe entwickelt, das sich an alle Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen richtet. Die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Ethikausbildung¹¹ stellt fachübergreifende didaktische Überlegungen dar und verständigt übergeordnete kompetenzbasierte Lernziele, die durch Ethik-Lehre in allen Gesundheitsprofessionen erreicht und später professionsspezifisch vertieft werden sollen. Ethik-Lehre in den Gesundheitsberufen soll hier vornehmlich interprofessionell vermittelt werden, nicht zuletzt, weil eine interprofessionelle Verständigung zu ethischen Fragen auch in der späteren Berufstätigkeit gefordert sein wird.

Auch wir sehen in einem fächerübergreifenden Austausch über ethische Kompetenzen, kompetenzbasierte Lernziele, aber auch über Lehrmethoden und Forschungsergebnisse empirischer Wirksamkeitsstudien ein großes Potenzial. Zum einen können Lehrkonzepte, die bereits in einem Fach erprobt sind, für die Lehre in anderen Fächern zur Verfügung gestellt werden. Beispielsweise können Lehrende Lehrkonzepte aus der Pflegeethik auf das Anwendungsgebiet der Medizinethik übertragen und an die Rahmenbedingungen des Medizinstudiums anpassen. Zum anderen kann durch eine fächerübergreifende Medizinethik-Didaktik eine Art *Core Curriculum* identifiziert werden, dass durch fachspezifische Ethik-Lehre erweitert und vertieft werden kann.

5. Die Arbeitsgruppe ethik learning der AEM

Vor diesem Hintergrund hat sich die Arbeitsgruppe (AG) *ethik learning* der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) zur Aufgabe gemacht, ein Forum für die Ethik-Didaktik in gesundheitsbezogenen Berufen und Studiengängen zu bieten. Die Herausgebenden der vorliegenden Sektion koordinieren aktuell diese AG zusammen mit Susanne Michl (Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin).

Die AG bietet ein offenes Forum für den Austausch über Fragestellungen und Methoden der Ethik-Lehre, aber auch über grundlegende und konzeptionelle Herausforderungen der Ethik-Didaktik in Gesundheitsfächern und -berufen.¹²

11 Siehe Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019).

12 Siehe Homepage der AG *ethik learning* für Informationen zum Angebot: www.medizinethiklehre.de/ (28.07.2024).

Die Arbeitsgruppe ist auch ein Netzwerk, das Lehrpersonen miteinander in Kontakt bringt, diese in ihrer Lehrtätigkeit unterstützt und damit zu einer qualitativ hochwertigen Lehre motivieren möchte. Zu diesem Zweck werden Anlässe zur Vernetzung und für interdisziplinären Austausch zwischen Ethik-Lehrenden im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich und Schweiz) geschaffen.

Aktuell beschäftigt sich die AG *ethik learning* mit kompetenzorientierter Ethik-Lehre und setzt im Rahmen des Projektes „**KOM**petenzorientierte Medizin**ETH**ik-Lehre entwickeln, anwenden, reflektieren und nutzen“ (KOMETH-Learn), das von der Stiftung Innovation in der Hochschullehre gefördert wird, verschiedene Vorhaben um.¹³ Zu den Schwerpunkten der Arbeit in diesem Projekt zählen die Planung, Gestaltung und Verbreitung innovativer didaktischer Ansätze und Lehrformate zur Erreichung kompetenzbasierter Lernziele.

6. Die Beiträge in der Sektion

Wir möchten mit dieser Sektion im „Jahrbuch Ethik in der Klinik“ zum Thema „Moralische und ethische Kompetenzen in der Medizin“ die Leser:innen zu einer fachspezifischen und gleichzeitig fächerübergreifenden Beschäftigung mit Medizinethik-Didaktik anregen. In den folgenden fünf Beiträgen gehen Autoren und Autorinnen der Frage nach, was Kompetenzorientierung in der Ethik-Lehre im Einzelnen bedeuten soll, sowohl auf einer theoretischen Ebene bei der Ermittlung von kompetenzbasierten Lernzielen (Hirsch) als auch auf einer praktischen Ebene bei der Gestaltung von Lehr-Lern-Arrangements (Riedel/Eckstein, Kühlmeyer/Rauprich, Rauprich, Mandry/Ableidinger).

Einen Schwerpunkt nehmen in dieser Sektion klinisch-ethische Fallbesprechungen in der Ethik-Lehre ein, bei denen Studierende in Rollenspielen oder durch Simulationen im Skills-Lab aktiv beteiligt werden (Riedel/Eckstein, Kühlmeyer/Rauprich, Rauprich). Alle Autoren(-gruppen) orientieren sich dabei an Gesprächsleitfäden für Ethikberatung im Gesundheitswesen, wobei unterschiedliche Ansätze für die Strukturierung der Fallbesprechung vorgeschlagen werden. Darüber hinaus zeigen die Beiträge weitere Lehrkonzepte und -methoden auf, wie zum Beispiel die Vermittlung von Ethik-Lehre in hybriden Lehr-Lern-Arrangements, in denen Online-Lehre mit synchroner (Präsenz-)Lehre verzahnt wird (Ableidinger/Mandry).

Im ersten Beitrag von Anna Hirsch mit dem Titel „Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik“ wird ermittelt, inwiefern philosophische Kompetenzen nützlich sein können, um substanzielle Beiträge

13 Siehe <https://stiftung-hochschullehre.de/projekt/kometh-learn/> (28.07.2024).

zur ethischen Problemlösung in Theorie und Praxis zu leisten. Ethische Probleme werden dabei einerseits als situatives Fehlverhalten und andererseits als Unsicherheit bezüglich einer ethisch angemessenen Handlungsweise verstanden. Um das Potenzial der Entwicklung normativer Konzepte für die Lösung solcher Probleme zu prüfen, wird der Bereich der Patientenversorgung im Spannungsverhältnis zwischen ärztlicher Fürsorge und Patientenautonomie betrachtet. Hirsch zeigt auf, welche Kompetenzen Verfasser:innen normativ-konzeptueller Forschungsarbeiten demonstrieren und inwiefern sie im Rahmen von Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungsprogrammen auch an Menschen mit Gesundheitsberufen vermittelt werden sollten, um einen ethisch angemessenen Umgang mit moralischen Fragestellungen im medizinischen Berufsalltag zu fördern.

Im Beitrag „Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums“ von Annette Riedel und Claudia Eckstein wird das Potenzial des so genannten „Skills-Lab“ – einer simulativen Lernumgebung – für die Pflegeethik-Lehre analysiert. Das Skills-Lab steht in der Pflegeausbildung als so genannter *dritter Lernort* neben Theorie- und Praxis-Lernen zur Verfügung, um in einem geschützten Raum professionelle Handlungen ausprobieren und einer Reflexion zugänglich machen zu können. Die kontrollierte Umgebung ermöglicht es, knappe zeitliche und personelle Ressourcen effizient zu nutzen und trägt zudem dazu bei, Gefährdungen von Patienten und Patientinnen zu vermeiden. Es kann für die Simulation ethischer Fallbesprechungen genutzt werden, was vor dem Hintergrund der Erweiterung pflegerischer Tätigkeit um eine heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Die Autorinnen konkretisieren ihre didaktischen Überlegungen an einem Modul für den Umgang mit Menschen, die von Demenz betroffen sind.

Im Aufsatz „Interprofessionelles Lernen in der kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium“ von Katja Kühlmeyer und Oliver Rauprich wird zunächst die kompetenzorientierte Ethik-Lehre von kenntnisorientierter, problemlöseorientierter und charakterorientierter Ethik-Lehre unterschieden. Darauf aufbauend werden Überlegungen für eine kompetenzorientierte interprofessionelle Ethik-Lehre angestellt, in deren Mittelpunkt auch hier ethische Fallbesprechungen stehen. Dieses Instrument kann helfen, frühzeitig Kompetenzen zu vermitteln, die benötigt werden, um ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team effektiv und verantwortungsvoll treffen zu können. Die Fallbesprechungen sollen nicht mit Simulationspersonen simuliert, sondern in Rollenspielen realisiert werden. Der Einbezug unterschiedlicher professioneller Perspektiven ist dabei notwendig, um eine umfassende Situationsanalyse vornehmen und moralische Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten zu können. Im Vordergrund soll dabei stehen, eine gemeinsame, ethisch vertretbare Lösung

für komplexe moralische Problemstellungen zu finden. Ein entsprechendes interprofessionelles Lehrkonzept erfordert Verständnis für die Rollen und Verantwortungen verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die Prüfung einer ethischen Fallbesprechung schließlich stellt eine Herausforderung dar, die am Ende des Beitrags beleuchtet wird.

Der Artikel „Prinzipienorientierte Fallbesprechungen in der Lehre. Ein Werkstattbericht“ von Oliver Rauprich stellt die didaktische Planung und Umsetzung eines Lehrkonzepts dar, in dessen Rahmen prinzipienorientierte ethische Fallbesprechungen von Medizinstudierenden an der Universität Münster im professionellen und interprofessionellen Unterricht durchgeführt wurden. Begleitet vom Dozenten konnten die Studierenden eigenständig ethische Falldiskussionen durchführen. Das Angebot erwies sich als geeignet für die kompetenzorientierte Ethik-Lehre, indem es den Studierenden Einblicke in die moralische Komplexität einer authentischen klinischen Praxis ermöglichte und ihre Fähigkeit zur systematischen Analyse, Reflexion und Beurteilung von ethischen Fragen förderte.

Im Beitrag von Christof Mandry und Eva-Maria Ableidinger mit dem Titel „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik: Förderung praxisorientierter Kompetenzen durch digitale Lehr-/Lernszenarien“ werden Möglichkeiten dargelegt, hybride Lehrformate zu gestalten. Dabei geht es um Kombinationen von präsentischen und digitalen Lehrangeboten. Als Beispiel dient das hybride Studienelement „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik“ (kurz: HySS), das im Masterstudiengang Sozialethik implementiert ist und auf Bedürfnissen der Studierenden basiert, die durch Interviews erfasst wurden. Die Vorteile einer hybriden Lehre werden für eine Verschränkung von Theorie und Praxis und für eine Anpassung an Studierende mit heterogenen Basiskompetenzen beim Eintritt in den Studiengang gesehen. Durch die Bearbeitung von individuellen Lernpfaden, die an spezifische Lernziele, Rahmenbedingungen und studentische Voraussetzungen angepasst sind, soll eine bedarfsgerechte Gestaltung der Ethik-Lehre ermöglicht werden. Eine sorgfältige Planung ist dabei essenziell, nicht nur in Bezug auf technische, sondern auch organisatorische Herausforderungen.

Mit diesen fünf Aufsätzen möchten wir einen Einblick in die Vielfalt kompetenzorientierter Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Fächern und Berufen geben und auch Möglichkeiten für Querverbindungen und die Übertragung zwischen den Fachgebieten aufzeigen. Wir hoffen, damit Lehrende und Organisierenden von Lehrangeboten für das Ausprobieren innovativer Lehrformate zu motivieren und würden uns wünschen, dass es in Zukunft mehr Publikationen wie diese gibt, um den Weg für eine fächerübergreifenden und dabei fachlich ausdifferenzierte Medizinethik-Lehre zu ebnen.

Interessenkonflikte: Keine

Literatur

- AG ethik learning (o.J.): <https://www.medizinethiklehre.de/> (28.07.2024).
- Biller-Andorno, N./Neitzke, G./Frewer, A./Wiesemann, C. (2003): Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. In: Ethik in der Medizin 15 (2003), S. 117-121.
- Fölsch, D./Bussmann, B. (2023): Pflegeethik für Ausbildung und Studium. Magdeburg.
- Medizinische Universität Graz/Medizinische Universität Wien/Medizinische Universität Innsbruck/Medizinische Fakultät Linz (Hrsg.) (2020): Klinischer Lernzielkatalog Österreichs: https://www.lernzielkatalog-medizin.at/media/uploads/LZK_DRUCKB%C3%96GEN.pdf (27.05.2024).
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.) (2015a): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM): <https://nklm.de/zend/menu> (28.07.2024).
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.) (2015b): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ): www.nklz.de/kataloge/nklz/lernziel/uebersicht (28.07.2024).
- Pflegeberufereformgesetz (2020): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegeberufereformgesetz-pflbrefg.html> (28.07.2024).
- Profiles (o.J.): <https://www.profilesmed.ch> (27.05.2024).
- Riedel, A./Behrens, J./Giese, C./Geiselhart, M./Fuchs, G./Kohlen, H./Pasch, W./Rabe, M./Schütze, L. (2017): Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege. In: Ethik in der Medizin 29 (2017), S. 161-165.
- Riedel, A./Giese, C. (2019): Ethikkompetenzentwicklung in der (zukünftigen) pflegeberuflichen Qualifizierung – Konkretion und Stufung als Grundlage für curriculare Entwicklungen. In: Ethik in der Medizin 31 (2019), S. 61-79.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019): Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen.: www.samw.ch/de/Publicationen/Richtlinien.html (28.07.2024).
- Stiftung Innovation in der Hochschullehre (o.J.): Kompetenzorientierte Medizinethik-Lehre entwickeln, anwenden, reflektieren und nutzen: <https://stiftung-hochschullehre.de/projekt/kometh-learn/> (28.07.2024).
- Walzik, S. (2012): Kompetenzorientiert prüfen: Leistungsbewertung an der Hochschule in Theorie und Praxis. Wien u.a.
- Weinert, F. E. (Hrsg.) (2001a): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim.
- Weinert, F. E. (2001b): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert (2001a), S. 17-31.

Wiesemann, C./Biller-Andorno, N./unter Mitarbeit von Frewer, A. (2005):
Medizinethik. Für die neue AO. Stuttgart.

Danksagung

Wir danken Julia Wüstefeld für die großartige Unterstützung bei der Herausgabe dieser Sektion. Sie hat uns durch sorgfältiges Korrektur-Lesen und durch ihre Zusammenfassung der Beiträge geholfen.

Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik

1. Einleitung

„Was soll die Rolle der Philosophie in der Medizinethik sein?“¹ Mit dieser Frage beginnt Thomas Schramme das Editorial von *Ethik in der Medizin* zu seinem Antritt als Schriftleiter der Zeitschrift. Auch wenn er selbst Philosoph ist und zu verschiedenen medizinethischen Themen erfolgreich publiziert hat,² fällt seine Antwort zunächst ernüchternd aus: Der Philosophie sei „es einfach nicht gelungen, dem gesellschaftlichen Auftrag nachzukommen, relevante ethische Expertise zu vermitteln. Heute gilt das genuin philosophische Herangehen an medizinethische Fragen [...] weithin als nutzlos.“³ Obwohl sich mit dem Aufkommen bioethischer Fragestellungen durch moderne medizinische Technologien im 20. Jahrhundert ein neues, reales Betätigungsfeld für die Philosophie aufgetan habe, sei sie weder gesellschaftlichen Erwartungen gerecht geworden, noch konnte sie sich aus der Enge metaphysischer Analysen befreien.

In meinem Beitrag möchte ich Schrammes Eingangsfrage aufgreifen, sie jedoch weiter präzisieren: Kann die Philosophie zur Lösung medizinethischer Herausforderungen und Probleme beitragen? Wenn ja, welche philosophischen Kompetenzen sind hierbei relevant? Und, wenn wir die Medizinethik als eine angewandte Wissenschaft verstehen,⁴ stellen sich folgende Anschlussfragen: Sind diese Kompetenzen auch hinsichtlich der Verbesserung der Handlungspraxis in der Medizin nützlich? Kann der Erwerb philosophischer Kompetenzen auch für

1 Vgl. Schramme (2016), S. 263.

2 Dazu zählen beispielsweise die Themen assistierter Suizid, siehe Schramme (2023), und Zwang in der Psychiatrie, siehe Schramme (2013). Einige Arbeiten fallen eher in den Bereich der Philosophie der Medizin, u.a. zu den Zielen der Medizin, siehe Schramme (2017), oder dem Krankheitsbegriff, siehe Schramme (2021).

3 Vgl. Schramme (2016), S. 264.

4 Vgl. Salloch et al. (2016), S. 269.

Praktiker:innen bereichernd sein, die sich mit dem vorrangigen Ziel in Medizinethik fortbilden, moralischen Herausforderungen und Konflikten im Berufsalltag auf ethisch angemessene Weise zu begegnen?

Meines Erachtens ist die Rede von der realitätsfernen Philosophie, die sich in Randdebatten verliert, gerade im Bereich der Medizinethik heute weitgehend überholt, auch weil in den letzten Jahren viele exzellente philosophisch-konzeptionelle Arbeiten zu medizinethischen Themen veröffentlicht wurden. In meinem Beitrag werde ich zwei von ihnen ausführlicher vorstellen, um aufzuzeigen, 1.) welche Kompetenzen die Autor:innen in der Bearbeitung medizinethischer Themen zeigen, und 2.) wie sie hierdurch zur Verbesserung der Handlungspraxis beitragen können. Letzteres möchte ich anhand von Fallbeispielen demonstrieren.

Hierbei interessiert mich nicht nur, welche genuin philosophischen Kompetenzen diesem anwendungsorientierten Bereich der Ethik dienlich sind, sondern auch, welche philosophischen Kompetenzen sinnvollerweise im Rahmen von Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen für Angehörige der Gesundheitsberufe vermittelt werden sollten. Während die „großen“ Themen der Bioethik von Anfang an von der Philosophie als ihr Tätigkeitsbereich erkannt wurden (etwa die Bewertung neuer Technologien oder Gerechtigkeitsfragen) und diese wesentlich zur Etablierung der Bioethik als einem eigenständigen Fach beigetragen hat,⁵ liegen die Ursprünge der Ethik der Medizin (im Sinne der Ausübung der Heilkunde), der klinischen oder ärztlichen Ethik in der Professionsethik der Ärzteschaft.

Mit meinem Beitrag möchte ich nicht nur den Stellenwert der Philosophie in der Medizinethik hervorheben, sondern auch explizieren, worin er gründet. Vor der Analyse der beiden Arbeiten werde ich auf das Verständnis von „Kompetenz“ eingehen, auf das ich mich im Folgenden stützen werde. Nach der Analyse werde ich die herausgearbeiteten Kompetenzen in Tabellenform zusammenfassen und anschließend auf Chancen und Herausforderungen mit Blick auf ihre Vermittlung im Rahmen berufsbegleitender Medizinethik-Weiterbildungen eingehen.

2. Der Kompetenzbegriff

In der Hochschuldidaktik wird häufig das Kompetenzverständnis von Franz Weinert zugrunde gelegt, auf das auch ich mich beziehe:

„Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen

5 Siehe Holm (2022).

motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“⁶

Für die Definition philosophischer Kompetenzen ist es zudem hilfreich, auf die Philosophiedidaktik zurückzugreifen.⁷ Insbesondere der konstruktivistisch-kompetenzorientierte Ansatz Michel Tozzis zeigt große Übereinstimmung mit dem, was sich aus der folgenden Analyse philosophischer Kompetenzen ergeben wird. Nach Tozzi sind drei philosophische Grundfertigkeiten zu unterscheiden: 1.) Aussagen, Begriffe oder Fragen *problematisieren*, 2.) Begriffe und begriffliche Unterscheidungen *konzeptualisieren*⁸ und 3.) rational *argumentieren*. Diese Grundfertigkeiten sind interdependent.⁹ Gewinnt man etwa aus einer Begriffsdefinition eine Konzeptualisierung, so muss man diese auch begründen können. In der Anwendung der Grundfertigkeiten sollen Schüler:innen dann die Kompetenz erwerben, philosophisch zu lesen, zu schreiben und zu diskutieren: Sie sollen befähigt werden, philosophische Probleme in einem Text zu identifizieren und auf diese philosophisch zu reagieren; im Text enthaltene Begriffe zu analysieren, zu argumentieren und in der Diskussion ihre Vernunft einzusetzen sowie begründete Lösungen zu entwickeln.

Mögliche Überschneidungen zwischen Tozzis Ansatz und den Ergebnissen der folgenden Analyse gründen in meinem Fokus auf philosophisch-*konzeptionellen* Kompetenzen, also Kompetenzen, die vor allem für die Analyse von Begriffen, Konzeptionen¹⁰ und Theorien benötigt werden. Fraglos umfasst die Philosophie verschiedene Bereiche, in denen unterschiedliche Kompetenzen auch unterschiedlich relevant sind – hierauf genauer einzugehen, würde den Umfang des vorliegenden Beitrags sprengen. Unabhängig davon ließe sich einwenden, dass es sich bei den von Tozzi aufgezeigten Kompetenzen nicht um genuin philosophische Kompetenzen handle, da diese in anderen Disziplinen gleichermaßen von Bedeutung sind, etwa in der Soziologie oder den Politikwissenschaften. In diese Richtung deutet auch die Kritik von Karel van der Leeuw und Pieter Mostert,¹¹

6 Vgl. Weinert (2001a), S. 27.

7 Vgl. Pfister (2022), S. 192-200.

8 Mit „Konzeptualisieren“ ist hier das Beginnen eines Denkprozesses gemeint, dessen Ziel es ist, „Begriffsdefinitionen und begriffliche Unterscheidungen zu entwickeln“. Vgl. Pfister (2022), S. 194.

9 Ebd., S. 194-196.

10 Unter einer Konzeption wird im philosophischen Kontext gewöhnlich der inhaltliche oder theoretische Gehalt verstanden, der einem Begriff oder einer Idee zugeschrieben wird. Im Deutschen wird in Anlehnung an das englische Wort „concept“ häufig auch der Begriff „Konzept“ gebraucht. Ich verwende die beiden Begriffe im Folgenden synonym.

11 Vgl. Pfister (2022), S. 196-199.

die einen alternativen kompetenzorientierten Ansatz für den Philosophieunterricht entwickelt haben (auch als „lehrtheoretisch“ bezeichnet).¹² Ihnen zufolge lassen sich keine allgemeinen philosophischen Verfahren oder Lösungsstrategien identifizieren. Philosophische Kompetenz bestehe vielmehr im „Vermögen, philosophische Probleme zu lösen“¹³ und darin, eine Empfängnis für die spezifischen Probleme des Fachs zu entwickeln. Auch wenn diese Definition durch ihre Einfachheit attraktiv erscheint, ist sie weitgehend nutzlos, solange nicht hinreichend klar ist, was mit einem „philosophischen Problem“ gemeint ist. Die Frage, was ein philosophisches Problem ist, ist selbst Gegenstand der Philosophie und daher nicht in einem Nebensatz zu beantworten. Zudem gibt es sehr unterschiedliche Bereiche der Philosophie, die sich mit unterschiedlichen Problemen befassen – sie können beispielsweise logischer, erkenntnistheoretischer oder moralphilosophischer Natur sein.

Sabine Salloch et al. zufolge unterscheiden sich ethische Probleme von anderen Problemen dadurch, dass sie entweder nach dem *evaluativ Guten* fragen, oder versuchen, die Frage nach dem *normativ Richtigen* zu beantworten. Anhand von zwei Situationen lassen sich gemäß den Autor:innen außerdem zwei unterschiedliche Typen ethischer Probleme differenzieren: Sie entstehen entweder aus Situationen, die durch ein offensichtliches ethisches Defizit oder Fehlverhalten gekennzeichnet sind, oder durch solche, die eine Unsicherheit bezüglich der ethisch angemessenen Handlungsweise beinhalten.¹⁴ Medizinethische Probleme seien häufig „tatsächliche, lebenspraktische Herausforderungen“,¹⁵ deren Lösung konkrete Handlungsempfehlungen erfordere.

Wie sich anhand der beiden ausgewählten Beiträge zeigen wird, kann die Lösung eines Problems auf konzeptioneller, begrifflicher oder sprachphilosophischer Ebene einen Beitrag zur Lösung eines Problems auf lebenspraktischer Ebene leisten. Hierzu ist fraglos eine Art „Übersetzungsleistung“ erforderlich,¹⁶ die in einem der ausgewählten Beiträge auch begonnen wird. Folglich ist zu vermuten, dass philosophisch ausgebildete Autor:innen, die sich medizinethischen Fragen zuwenden, neben philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen die zusätzliche Kompetenz besitzen, die medizinethischen Probleme zu identifizieren, zu deren Lösung sie mit ihrer philosophischen Expertise beitragen können.

12 Ebd., S. 192.

13 Ebd., S. 197.

14 Vgl. Salloch et al. (2016), S. 274.

15 Ebd., S. 269.

16 Die Frage, wie sich (normativ-)ethische Erkenntnisse fruchtbar in die medizinische Praxis übertragen lassen, wird auch unter „translationaler Medizinethik“ diskutiert. Siehe u.a. Bæroe (2014) und Kühlmeyer et al. (2024).

3. Philosophische-konzeptionelle Kompetenzen: Beispiele und praktischer Mehrwert

Thematisch begrenze ich mich auf ethische Fragen im Kontext der Patientenversorgung. Meine Aufmerksamkeit richte ich dabei auf den Konflikt zwischen ärztlicher Fürsorge und Patientenautonomie. Obwohl dieser Konflikt zwei Werte berührt, denen nicht nur in der Medizin, sondern im menschlichen Leben im Allgemeinen ein hoher Stellenwert zukommt, bestehen nach wie vor Unsicherheiten, wie wir auf ethisch gut begründete Weise mit ihm umgehen können. Hinzu kommt, dass es ein Konflikt ist, mit dem Gesundheitsfachpersonen tagtäglich in unterschiedlichen Situationen und Komplexitätsgraden konfrontiert sind. Neben der thematischen Eingrenzung stellt der angesprochene lebenspraktische Anspruch der Arbeiten ein weiteres Kriterium für meine Auswahl dar.

Im folgenden Abschnitt werde ich stets mit dem Anlass des Beitrags beginnen, d.h. mit dem zugrunde liegenden philosophisch-konzeptionellen und dem vordergründigen medizinethischen Problem. Daran anschließend werde ich analysieren, wie die Autor:innen bei der Lösung vorgehen, und die ihren Handlungen zugrunde liegenden Kompetenzen herausarbeiten. In einem letzten Schritt werde ich unter Einbeziehung eines Fallbeispiels den praktischen Mehrwert der Arbeiten aufzeigen, d.h. ihr Potenzial zur Verbesserung der Handlungspraxis beizutragen.

3.1. Catriona Mackenzie (2008): Relational Autonomy, Normative Authority and Perfectionism

Prozedurale Autonomietheorien¹⁷ erfassen nicht, dass die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist. Sie geben auch keine Antwort darauf, was es heißt, die Autonomie dieser Personen zu respektieren. Demgegenüber erfassen stark substantielle Theorien Einschränkungen der Autonomie durch unterdrückerische Normen und Beziehungen, allerdings sind sie dem „Perfektionismus-Einwand“¹⁸

17 Gemäß prozeduralen Autonomietheorien sind Entscheidungen, Wünsche etc. nur dann autonom, wenn sie das Ergebnis eines internen Reflexionsprozesses sind, dessen Kriterien je nach Theorie unterschiedlich definiert werden; siehe z.B. Dworkin (1988) und Frankfurt (1988). Für Autonomie kommt es folglich auf den ‚Prozess‘, also auf die Art und Weise des Zustandekommens von Wünschen, Überzeugungen etc. an; siehe Stoljar (2022).

18 Grundidee des (moralischen) Perfektionismus ist, dass es objektive Werte gibt, die jedes Individuum realisieren sollte – unabhängig von eigenen Einstellungen oder Präferenzen.

ausgesetzt: Ihnen zufolge sind nur bestimmte Überzeugungen, Lebensentwürfe oder soziale Beziehungen mit Autonomie vereinbar; beispielsweise ein Leben, das frei von unterdrückerischen sozialen Beziehungen ist.¹⁹ Gemäß John Christman würdige ein substantielles Verständnis von Autonomie alternative Lebensentwürfe und Wertvorstellungen herab und könne ungerechtfertigten Paternalismus begünstigen.²⁰ Hierbei handelt es sich um das philosophisch-konzeptionelle Ausgangsproblem, mit dem Catriona Mackenzie ihr Anliegen begründet, eine schwach substantielle Autonomietheorie zu konzipieren, die der Autonomie unterdrückter Personen gerecht wird, dabei jedoch nicht dem Perfektionismus-Einwand ausgesetzt ist. Damit verbindet sich für Mackenzie auch ein lebenspraktisches und für den Umgang mit Patient:innen relevantes Anliegen: Was fordert der Respekt der Autonomie von uns, wenn wir Personen begegnen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden? Mackenzie hebt die Bedeutung dieser Fragestellung für den Kontext der Patientenversorgung selbst hervor.²¹

Für die Konzeption ihres schwach substantiellen Autonomieverständnisses greift sie auf Anerkennungstheorien der Autonomie zurück.²² Ihnen folgend sind gewisse selbstbezogene Haltungen unserer Autonomie zuträglich, u.a. Selbstvertrauen, -achtung und ein gutes Selbstwertgefühl.²³ Damit eine Person ihre normative Autorität²⁴ effektiv ausüben kann, muss sie sich selbst als anerkennenswerte:r Akteur:in wahrnehmen, deren:dessen Sichtweisen und Bedürfnisse wertvoll und ernst zu nehmen sind. Ein Autonomieverständnis im Sinne der Anerkennungstheorien kann erklären, warum die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Beziehungen und Normen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist, und zugleich eine Antwort auf die Frage geben, was es heißt, ihre Autonomie

Er wird gewöhnlich als unvereinbar mit liberalen Idealen erachtet, siehe Christman (2020).

19 Siehe Oshana (2006).

20 Siehe Christman (2009) und (2020).

21 Vgl. Mackenzie (2008), S. 518.

22 Siehe Benson (1994), McLeod (2002), Govier (1993) und Anderson/Honneth (2005).

23 Anerkennungstheorien gelten in einem schwachen Sinne als substantiell: Sie stellen keine direkten inhaltlichen Vorgaben auf, die autonome Lebensentwürfe, Überzeugungen etc. erfüllen müssen. Indem sie aber bestimmte selbstbezogene Einstellungen als konstitutiv für Autonomie erachten, schränken sie indirekt den Inhalt autonomer Überzeugungen ein, siehe Stoljar (2022).

24 Unter „normativer Autorität“ versteht Mackenzie die Autorität, Entscheidungen, die sich auf das eigene Leben auswirken, selbst zu treffen. AutONOMEN Personen wird die Fähigkeit, das Recht und die Verantwortung zugesprochen, diese Autorität auszuüben. Vgl. Mackenzie (2008), S. 518.

zu respektieren. Auch wenn die Haltungen selbstbezogen sind, ist ihre Entwicklung und Aufrechterhaltung vom Verhalten und den Reaktionen anderer abhängig. Unterdrückten Personen mangelt es an der Erfahrung, wertgeschätzt zu werden und als gleichwertige Akteur:innen anerkannt zu werden. Hierdurch wird es ihnen erschwert, Selbstvertrauen, -achtung und ein gutes Selbstwertgefühl aufzubauen. Umgekehrt kann die Wertschätzung und Anerkennung anderer die Entwicklung dieser selbstbezogenen Haltungen fördern. Hieraus folgt, dass Autonomie respektieren auch heißen kann, durch das eigene Verhalten Personen darin zu unterstützen, autonomieförderliche Haltungen aufzubauen und ein Bewusstsein für die eigene normative Autorität zu entwickeln.

Mackenzie gesteht zu, dass ihr Autonomieverständnis den Perfektionismus-Einwand nicht vollständig umgehen kann; jedoch bedingt es eine Art des Perfektionismus, der für sie vertretbar ist. In Anlehnung an Joseph Raz²⁵ handelt es sich dabei um eine Form des „autonomiebasierten Perfektionismus“. Autonomie wird hierbei nicht als der einzige Wert im Leben oder das einzige Ziel verstanden, das eine Person verfolgen sollte, sondern als *ein* Aspekt eines guten Lebens. In einer gerechten Gesellschaft besteht dann die Pflicht, autonomieförderliche Bedingungen zu schaffen, etwa durch institutionelle Strukturen, die gegenseitige Anerkennung fördern und vulnerable Gruppen dabei nicht zurücklassen.

Bevor ich den Mehrwert ihrer Arbeit für die medizinische Handlungspraxis aufzeige, möchte ich die Kompetenzen zusammenfassen, die sich durch die bisherige Analyse gezeigt haben: Mackenzie

- *identifiziert* ein philosophisch-konzeptionelles Problem (prozedurale Autonomietheorien werden der Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, nicht gerecht) und ein damit verbundenes lebenspraktisches, u.a. für die Praxis der Patientenversorgung relevantes Problem (die Theorien bieten keine Orientierung dahingehend, was es heißt, die Autonomie dieser Personen/Patient:innen angemessen zu respektieren);
- *diskutiert* Christmans Autonomietheorie (als Beispiel einer prozeduralen Theorie) und dessen Kritik an Marina Oshanas sozial-relationaler Theorie (Perfektionismus-Einwand);
- *konzeptualisiert* Autonomie als schwach substantiell und relational (unter Bezugnahme auf die Anerkennungstheorien)
- und *argumentiert* darauf aufbauend für den Respekt der Autonomie im Sinne von Autonomieförderung.

25 Siehe Raz (1994).

Außerdem *illustriert* und *begründet* Mackenzie anhand zweier realer Fälle die Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie. Dazu dient folgender Fall, den ich in gekürzter sowie leicht abgeänderter Form von ihr übernommen habe:

Eva wurde als letzter Ausweg bei aggressivem Knochenkrebs ein Bein unterhalb des Knies amputiert. Sie hat durch die Chemotherapie ihre Haare verloren und muss sich darauf einstellen, dauerhaft mit Einschränkungen zu leben. Das Behandlungsteam erachtet ihre kurz- bis mittelfristigen Überlebenschancen allerdings für gut. Eva wurde von ihrem Mann, der ihre Krankheit als Belastung ansieht und sich für ihren Zustand schämt, vor Kurzem verlassen. Ihr Selbstverständnis ist von einem traditionellen Frauenbild geprägt, das in ihrem Umfeld als maßgebend gilt. Aufgrund der Trennung fühlt sich Eva wertlos und sieht keinen Grund weiterzuleben. Sie teilt dem Behandlungsteam mit, sie wolle sterben und wünsche keine weitere Behandlung.²⁶

Das Fallbeispiel nutzt Mackenzie auch dazu, die Plausibilität ihrer theoretischen Überlegungen zu *belegen* und andere Autonomietheorien zu *entkräften*. Sie zeigt auf, dass Christmans prozedurale Theorie der vulnerablen Situation der Patientin nicht gerecht wird und keine Antwort auf die ihrer Ansicht nach praktisch relevante Frage gibt, wie das Gesundheitspersonal die Autonomie von Eva angemessen respektieren kann. Ein schwach substantielles und relationales Autonomieverständnis bietet zudem eine Begründung für Zweifel an Evas Autonomie: In Folge ihrer Erziehung und der Unterwerfung unter ihren Ehemann hatte sie möglicherweise nie die Chance, sich als achtenswerte und gleichwertige Akteurin zu verstehen und autonomieförderliche Haltungen wie Selbstachtung und -vertrauen zu entwickeln. Sie kann sich keine wertvolle Zukunft ohne ihren Mann vorstellen. Zur Verdeutlichung der Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie und für eine gefestigte normative Autorität stellt Mackenzie diesem Fall einen anderen Fall gegenüber, in dem die Patientin ein gutes Selbstwertgefühl besitzt, sich als achtenswerte Akteurin versteht und erwartet, dass ihre Bedürfnisse gehört werden.

Aus ihren Überlegungen entwickelt Mackenzie konkrete Vorschläge für die Handlungspraxis. Ihr zufolge fordert der Respekt der Patientenautonomie vom medizinischen Personal in Evas Fall:

- Eva als „jemanden“ zu behandeln; als eine Person, die eine Vorstellung von sich selbst hat und der bestimmte Dinge im Leben wichtig sind;
- ihre Perspektive anzuerkennen und zu versuchen, diese nachzuvollziehen;
- ihr einen Perspektivwechsel auf ihr zukünftiges Leben zu ermöglichen (das Leben ist wertvoll, auch ohne ihren Mann)

26 Vgl. Mackenzie (2008), S. 518. Mackenzie gibt an, dass ihr dieser Fall von einem Arzt berichtet wurde. Ebd., S. 532.

- und ihre Fähigkeit zur autonomen Entscheidung zu fördern (etwa durch eine positive Beeinflussung ihrer Haltungen sich selbst gegenüber und des Vertrauens in ihre Handlungskompetenz).

Das Potenzial von Mackenzies Arbeit für die Verbesserung der medizinischen Handlungspraxis liegt in philosophisch gut begründeten Ideen dahingehend, wie die Autonomie unterdrückter Personen angemessener respektiert werden kann – in dem Sinne, dass ihre Autonomie durch unser Verhalten tatsächlich gefördert wird und wir nicht (trotz Zweifeln an ihrer normativen Autorität) unkritisch ihre Entscheidungen respektieren. Ein Mangel an Selbstwertschätzung, -achtung oder -vertrauen kann folglich als Hinweis gewertet werden, dass ein:e Patient:in in der Wahrnehmung von Autonomie auf Hilfe angewiesen und der Respekt der Autonomie stärker im Sinne von Autonomiebefähigung zu verstehen ist.

3.2. Laura Specker Sullivan und Fay Niker (2018): Relational Autonomy, Paternalism, and Maternalism

Anlass für Laura Specker Sullivan und Fay Nikers Artikel ist ebenfalls ein philosophisch-konzeptionelles Problem. Die beiden Autorinnen identifizieren eine konzeptionelle Lücke in der Paternalismusdebatte, die dadurch entsteht, dass die Paternalismusthematik²⁷ weitgehend vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses betrachtet wird und Aspekte relationaler Autonomie dabei unberücksichtigt bleiben. Als Konsequenz werden zwischenmenschliche Handlungen bzw. Eingriffe (i. Orig. „interventions“) als paternalistisch bezeichnet, die es eigentlich nicht sind und die unter anderen Rechtfertigungskriterien betrachtet werden müssten. Hinter diesem konzeptionellen Problem steht auch hier ein lebenspraktisches und für den Kontext der Patientenversorgung relevantes Problem, da gerade in Beziehungen zwischen Pflegenden und Patient:innen zwischenmenschliche Eingriffe beobachtbar sind, die als paternalistisch beschrieben werden („nursing paternalism“), obwohl diese negativ konnotierte Bezeichnung ihrem sorgenden und unterstützenden Charakter nicht gerecht wird und verbreiteten Intuitionen widerspricht. In der Folge werden ethisch

27 Die Überlegungen von Specker Sullivan und Niker beziehen sich in erster Linie auf ein Verständnis von Paternalismus als einem zwischenmenschlichen Phänomen, vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 649. In einem sehr allgemeinen Sinne ist damit das Handeln gegen/ohne den Willen einer anderen Person gemeint, um dadurch ihr Wohl zu fördern, siehe Dworkin (1988).

relevante Aspekte dieser Eingriffe nicht erfasst und zum Teil falsche Urteile hinsichtlich ihrer Rechtfertigung gefällt.²⁸ Ziel der beiden Autorinnen ist es, diese konzeptionelle Lücke in der Paternalismusdebatte mit einem neuen Konzept, das auf einem relationalen Autonomieverständnis aufbaut, zu schließen, dem Maternalismus.²⁹

Specker Sullivan und Niker zufolge werden paternalistische Eingriffe vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses als falsch bewertet, weil sie die individuelle Autonomie einer Person verletzen. Sie greifen in einen Bereich ein, in dem es nur der betreffenden Person zusteht, Autorität auszuüben. Ausgehend von einem relationalen Autonomieverständnis hingegen existiert dieser Bereich nicht; es gibt keine ‚unabhängige Sphäre‘, in der wir unsere Autorität völlig unbeeinflusst durch andere ausüben. Vielmehr entwickeln wir unsere Autonomie im Kontext sozialer Beziehungen und sind auch in ihrer Ausübung auf andere angewiesen. Wenn folglich kein Bereich idealer Unabhängigkeit existiert, können zwischenmenschliche Eingriffe ihn auch nicht verletzen und deshalb falsch sein – was jedoch nicht heißt, dass sie nicht aus anderen Gründen falsch sein können.

Vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses ist die Rechtfertigung eines Eingriffs davon abhängig, ob dessen Nutzen für das Subjekt des Paternalismus (S) die Schwere der Autonomieverletzung überwiegt. Die Beziehung zwischen der eingreifenden Person (EP) und S spielt für die Beurteilung keine Rolle. Vor dem Hintergrund eines relationalen Autonomieverständnisses kommt der Beziehung zwischen EP und S hingegen Bedeutung zu. Sie kann ausschlaggebend dafür sein, ob der Eingriff die relational verstandene Autonomie von S fördert oder unterminiert. Darauf aufbauend identifizieren Specker Sullivan und Niker zwei Rechtfertigungskriterien für Maternalismus: Gemäß der *relationalen Bedingung* muss zwischen EP und S eine vertrauensvolle Beziehung bestehen. Zudem muss EP der *epistemischen Bedingung* folgend S gut genug kennen, um beurteilen zu können, dass der Eingriff die Autonomie von S fördert und nicht unterminiert. Diese Bedingung steht in direkter Verbindung zur Motivation hinter maternalistischen Eingriffen, die ebenfalls von jener hinter ‚klassischem‘ Paternalismus zu differenzieren ist: EP handelt nicht ohne die Zustimmung von S, weil sie ihr Urteil darüber, was gut für S ist, dem Urteil von S überordnet. Vielmehr handelt EP – aufbauend auf der vertrauensvollen Beziehung und der guten Kenntnis von S – den (aktuell unausgesprochenen) Präferenzen

28 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 650-655.

29 Die beiden Autorinnen betonen, dass Maternalismus keine genuin feminine Art des Handelns beschreibt, auch wenn der Begriff dies nahelegt. Sie verwenden ihn, um ihn auch sprachlich von Paternalismus abzugrenzen. Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 650.

von S folgend. EP macht die Ziele und Präferenzen von S in ihrem Handeln zu ihren eigenen und handelt nicht nur aus Sorge um das Wohl, sondern auch aus Sorge um die Autonomie von S. Die Motivation hinter Maternalismus ist nur eines von sechs Kriterien, durch das Specker Sullivan und Niker ihr Konzept vom klassischen Paternalismus abgrenzen. Anhand des Fallbeispiels werden noch weitere Unterschiede deutlich werden. Zunächst möchte ich jedoch die Kompetenzen der Autorinnen zusammenfassen, die aus der bisherigen Analyse des Beitrags hervorgehen: Specker Sullivan und Niker

- *identifizieren* und *problematisieren* die einseitige Autonomie-Perspektive in der Paternalismus-Debatte;
- *analysieren* die Auswirkungen eines relationalen Autonomieverständnisses auf das Verständnis und die Bewertung von Paternalismus;
- und *konzeptualisieren* Maternalismus (aufbauend auf einem relationalen Autonomieverständnis) in Abgrenzung zum Paternalismus (anhand von sechs Kriterien).

Auch wenn Fallbeispiele eine im Vergleich zu Mackenzies Artikel eher untergeordnete Rolle spielen, setzen die beiden Autorinnen diese im Zusammenhang mit einer Kompetenz ein, von der in philosophischen Arbeiten häufig am Ende Gebrauch gemacht wird: Sie *antizipieren potenzielle* Einwände gegen ihr Konzept und *entkräften* diese. Dabei greifen sie zur *Illustration* und um die Plausibilität ihrer theoretischen Überlegungen *zu belegen* auf Fallbeispiele zurück. Eines dieser Beispiele (hier in leicht abgeänderter und erweiterter Form) stammt aus der Patientenversorgung:³⁰

David ist der langjährige Hausarzt von Tim und dessen Partnerin Lara. Ihn erreicht die Nachricht von Tims Onkologin, dass nach zwei Jahren ohne positive Befunde Tims Schilddrüsenkrebs erneut ausgebrochen ist. Sie bittet ihn, Tim diese Nachricht zu überbringen, um die nächsten Schritte zu planen. David weiß, dass Tim seiner Partnerin nicht zur Last fallen möchte. Zugleich weiß er, dass Tim es vorzieht, wichtige Entscheidungen mit ihr gemeinsam zu treffen. Ohne ihn zu fragen, lädt er deshalb auch Lara zum Gespräch ein. Als Tim in der Praxis ankommt, ist er überrascht, Lara zu sehen. Vor allem aber ist er erleichtert, dass sie da ist. Auf dem Heimweg meint er zu ihr, dass er David als seinen Hausarzt sehr schätze; David kenne ihn gut und er könne ihm vertrauen.

Mit diesem Fallbeispiel *argumentieren* die beiden Autorinnen *gegen den (potenziellen) Einwand*, es handle sich beim Maternalismus um ein unnötiges Konzept, da Paternalismus bereits alle ethisch relevanten Dimensionen zwischenmenschlicher Eingriffe zur Förderung des Wohls anderer erfasse. Während Davids Handeln

30 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 661-665.

gemäß dem klassischen Paternalismusverständnis als ungerechtfertigt gelten müsse, kann sein Verhalten dem Maternalismus folgend möglicherweise gerechtfertigt sein. Die Tatsache, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht und David Tims Präferenzen kennt, deutet darauf hin, dass die relationale und die epistemische Bedingung erfüllt sind.³¹ Hinzu kommt, dass die Aussage von Tim andeutet, dass Davids Verhalten auch die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung stärken konnte. Allerdings verweist das Beispiel auch auf das zusätzliche Risiko, das mit maternalistischen Eingriffen einhergeht, die Schädigung der vertrauensvollen Beziehung im Falle einer Fehleinschätzung der Präferenzen von S. Specker Sullivan und Niker betonen mehrfach, dass sie ihren Beitrag vor allem in begrifflich-konzeptioneller Hinsicht verstehen, zugleich bemerken sie, dass es ihnen nicht nur um eine angemessene ethische Theorie geht, sondern auch um ein praktisches Verständnis davon, welche Eingriffe ethisch zulässig sind und warum.³² Im Gegensatz zu Mackenzie machen sie keine konkreten Vorschläge für die Handlungspraxis. Indem sie jedoch Rechtfertigungskriterien maternalistischer Eingriffe definieren, regen sie an, hier – mit Blick auf die Praxis – weiterzudenken. Mehrfach erwähnen die beiden Autorinnen, dass Maternalismus in der Praxis, insbesondere in der Pflege, zu beobachten ist und schon länger informell diskutiert wird. Die Kenntnis des Konzepts und der Rechtfertigungskriterien könnte also sowohl für Personen, die nach ihrer Definition maternalistisch handeln, hinsichtlich der Reflexion des eigenen Verhaltens als auch für Außenstehende, die deren Verhalten, zum Beispiel im Rahmen einer Supervision oder Ethikberatung, beurteilen, hilfreich sein. Es ist zudem eine Anregung, die eigenen Handlungen stärker vor dem Hintergrund der Beziehungen zu begreifen, in deren Rahmen sie stattfinden, und die Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf die Patientenautonomie sowie die Beziehung zu Patient:innen zu beachten. Der praktische Mehrwert des Beitrags besteht folglich in erster Linie in einer angemesseneren Beschreibung und Beurteilung zwischenmenschlicher Eingriffe und der Würdigung vertrauensvoller Beziehungen in der Patientenversorgung.

31 Um hierauf eine klare Antwort geben zu können, wäre mehr Wissen über die Beziehung zwischen David und Tim erforderlich. Mit Anforderungen, die eine Beziehung erfüllen muss, und der Art des epistemischen Zugangs, die EP benötigt, um vor dem Hintergrund relationaler Autonomie mit Erfolgsaussicht einzugreifen, befasste ich mich in einem anderen Beitrag, siehe Hirsch (2023).

32 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 666.

4. Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen:
Entwicklungs- und Lösungspotenzial durch kritisches Hinterfragen

Die folgende Tabelle enthält einen Überblick über die analysierten philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen mit je einem Beispiel aus den beiden vorgestellten Beiträgen.

Kompetenz	Beispiel
1. Philosophisch-konzeptionelle und damit verbundene lebenspraktische Probleme <i>identifizieren können</i>	Mackenzie: Individualistische Autonomietheorien erfassen nicht, dass die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist und bieten keine Handlungsorientierung, was der Respekt der Autonomie in diesen Fällen fordert
2. Mit dem Problem verbundene Begriffe, Konzeptionen und Theorien <i>infrage stellen können</i>	Specker Sullivan/Niker: Paternalismus nicht geeignet, um zwischenmenschliche Eingriffe richtig zu erfassen und zu beurteilen, die in langjährigen und vertrauensvollen Beziehungen stattfinden
3. Weiterführende, anspruchsvollere Ideen und Konzeptionen für praktische Herausforderungen (in der Patientenversorgung) <i>anwendbar machen können</i>	Mackenzie: Rückgriff auf Anerkennungstheorien der Autonomie, um zu definieren, was Autonomie respektieren in diesen Fällen heißen kann
4. Eigene oder fremde Theorien/ Konzepte <i>problematisieren</i> und mit Blick auf die Problemstellung <i>weiterentwickeln können</i>	Mackenzie: rein individualistische Autonomietheorien sowie substantiell-relationale Autonomietheorien problembehaftet → Lösung: relationales, aber schwach substantielles Autonomieverständnis
5. Konzeptionelle Lücken <i>identifizieren</i> und (mit neuen Konzepten) <i>schließen können</i>	Specker Sullivan/Niker: einseitige Perspektive auf Autonomie in der Paternalismusdebatte → Maternalismus

6. Fallbeispiele <i>konstruieren/nutzen</i> und <i>diskutieren können</i> , um <i>Intuitionen</i> oder die <i>Plausibilität</i> theoretischer Überlegungen zu <i>testen</i>	Mackenzie: Gegenüberstellung der beiden Fallbeispiele zur Verdeutlichung der Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie
7. Begründete <i>Lösungen</i> , teils auch konkreter praktischer Art <i>entwickeln können</i>	Mackenzie: Beschreibung konkreter Handlungsschritte zur Umsetzung des Respekts der Autonomie bei Zweifeln an der Patientenautonomie

Es bleibt herauszuarbeiten, *wie* die Patientenversorgung von philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen der Akteur:innen, die an ihr beteiligt sind, profitieren kann. Mit dem Fokus auf Medizinethik als einem *anwendungsorientierten* Bereich der Ethik bestehen unter anderem folgende Optionen: 1) Philosophisch ausgebildete Medizinethiker:innen können noch stärker in die klinische Ethik(-beratung) einbezogen werden und ihre Kompetenzen hier zur Lösung ethischer Konflikte, zur Leitlinienerstellung etc. einsetzen. 2) Sie können ferner von ihren Kompetenzen im Rahmen von Ethikräten, -gremien und -komitees im Kontext der Gesundheitsversorgung Gebrauch machen. 3) Gesundheitsfachpersonen selbst können vom Erwerb philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen profitieren. Jede dieser Optionen ist es wert, diskutiert und weiterverfolgt zu werden. Im Folgenden möchte ich die letztgenannte Option betrachten. Hierbei konzentriere ich mich auf berufsbegleitende Medizinethik-Studiengänge und -Weiterbildungsprogramme, die sich an Fachkräfte im Gesundheitswesen richten, unter anderem an Ärzt:innen und Pflegekräfte.

5. Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen in Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungsprogrammen

Liest man sich die Beschreibungen und Lernziele verschiedener berufsbegleitender Medizinethik-Studiengänge und -Weiterbildungsangebote durch, so fällt eine starke Anwendungs- und Lösungsorientierung auf.³³ Beim „Weiterbildenden Masterstudiengang Medizinethik“ der Universität Mainz ist in der Beschreibung

33 Hier betrachte ich den „Weiterbildenden Masterstudiengang Medizinethik“ der Universität Mainz, das Weiterbildungsangebot „Medizinethik“ der Fernuniversität Hagen und das „CAS Medizinethik“, eine Kooperation der Thales Akademie, der Hochschule Furtwangen und der Universität Freiburg. Ähnliche Angebote gibt es an der Universität Halle, der Hochschule für Philosophie in München und der Dresden International University.

der Inhalte und Ziele beispielsweise von einer „praxisorientierten Schwerpunktsetzung der Vermittlung medizinethischer Kompetenz“ die Rede.³⁴ Zugleich wird an anderer Stelle betont, dass das Studium die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der Studierenden „um die Dimension der angewandten Ethik ergänzen“ soll – mit dem vorrangigen Ziel „der Aneignung des philosophischen Reflexions-, Kritik- und Argumentationspotenzials“ sowie „medizinethischer Frage- und Problematisierungskompetenz“.³⁵ Hieran kann die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen anschließen.

Als übergeordnete Lernziele der Weiterbildungen werden u. a. genannt: auf „moralisch schwierige Fragen im Berufsalltag“ vorbereitet sein (Hagen) und Hintergrundwissen und Argumentationsstrategien besitzen, „mit denen normative Konflikte im klinischen Alltag besser verstanden, abgewogen und [...] einer Lösung zugeführt werden können“ (Mainz).³⁶ Wie die beiden analysierten Arbeiten gezeigt haben, können philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen, zu einem besseren Verständnis des Konflikts sowie zur Handlungsorientierung beitragen: Im Falle von Eva stellt sich die Frage, ob ihre Behandlungsverweigerung zu akzeptieren ist und was Autonomie respektieren bedeutet, wenn wir Zweifel an der Patientenautonomie haben. In Tims Fall wiederum besteht eine Unsicherheit bezüglich der Legitimität des eigenen Handelns: Wenn ich einen Patienten sehr gut kenne, darf ich dann ohne ihn zu fragen in seinem Sinne handeln oder ist das unzulässiger Paternalismus? Begriffliche und konzeptionelle Genauigkeit helfen hier, die moralische Problematik überhaupt verstehen und das eigene Handeln einordnen sowie reflektieren zu können. In beiden Fällen wäre es etwa hilfreich, mit relationalen Konzeptionen von Autonomie vertraut zu sein und ihren Mehrwert für den Umgang mit der bestehenden Handlungsunsicherheit erkennen zu können.

Im Rahmen einer berufsbegleitenden Weiterbildung wäre es möglich, in das Curriculum Lernangebote zu integrieren, die vermitteln, wie philosophisch-konzeptionelles Arbeiten zu einem ethisch angemessenen Umgang mit moralischen Herausforderungen im medizinischen Berufsalltag beitragen kann. Denkbar wäre, sich in einem Seminar mit philosophischen Arbeiten zur Autonomie zu befassen und anhand von Fällen aus der Praxis einzuüben, wie sich hieraus ein differenzierteres Verständnis und Handlungsorientierung hinsichtlich der Norm,

34 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/ziel-und-inhalt-des-studienangebots.html> (26.01.2024).

35 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/ziel-gruppen-und-zulassungsvoraussetzungen.html> (26.01.2024).

36 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/praxisbezug.html> (26.01.2024).

die Patientenautonomie zu respektieren, gewinnen lassen. Zudem können Studierende ausgehend von medizinethischen Texten, die in Seminaren behandelt werden, Begriffe identifizieren, die ihnen unklar erscheinen, beispielsweise Begriffe wie „Authentizität“, „gutes Leben“ oder „Patientenwohl“. In Kleingruppen können sie dann gemeinsam recherchieren, inwieweit philosophische Arbeiten zu diesen Begriffen auch ihr Verständnis im medizinischen Kontext schärfen können. Hierbei können sie von Dozierenden aus der Philosophie unterstützt werden. Es ist nicht zu leugnen, dass die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen im Rahmen berufsbegleitender Studiengänge und Weiterbildungen auch mit Herausforderungen verbunden ist, die teils praktischer Natur sind. Die Teilnehmenden studieren berufsbegleitend und haben weniger Zeit als Vollzeitstudierende, sich intensiv mit Texten auseinanderzusetzen. Auch könnte es Frustration auslösen, ohne fundierte philosophische Vorkenntnisse philosophisch-konzeptionelle Arbeiten lesen zu müssen. Fraglos sind das Hindernisse, die es bei der Implementierung zu beachten gilt. Sie sprechen jedoch nicht gegen die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen in berufsbegleitenden Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen. Vielmehr sprechen sie dafür, in der Auswahl der Inhalte sorgfältig vorzugehen, stets den erforderlichen Praxisbezug im Blick zu haben, die Seminare problem- und anwendungsorientiert zu gestalten und interprofessionell zu unterrichten, also beispielsweise Dozierende aus der Philosophie und der Medizin gemeinsam in Seminarkonzeption und -durchführung einzubeziehen.

6. Fazit

In diesem Beitrag habe ich ausgehend von einer Analyse philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen aufgezeigt, wie diese für die berufsbegleitende Medizinethik-Lehre fruchtbar gemacht werden können. Ich hoffe, einen Anstoß gegeben zu haben, nun über konkretere Lernziele, Inhalte und Lehrmethoden zu reflektieren, den Umfang der Lehre zu konkretisieren und geeignete Lehrpersonen auszuwählen. Das immer größer werdende Angebot an Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen verweist auf das Interesse von Gesundheitsfachpersonen am Erwerb von Kompetenzen, die sie im Umgang mit moralisch herausfordernden Situationen in ihrem Berufsalltag unterstützen, und wie deutlich geworden ist, zählen auch philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen hierzu.

Interessenskonflikte: Keine

Danksagung: Ich danke Katja Kühlmeyer und Tobias Eichinger für hilfreiche Anmerkungen zu diesem Beitrag.

Literatur

- Ach, J. (Hrsg.) (2013): Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin. Leiden.
- Anderson, J./Christman, J. (Eds.) (2005): Autonomy and the challenges to liberalism. New essays. Cambridge.
- Anderson, J./Honneth, A. (2005): Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: Anderson/Christman (2005), pp. 127-149.
- Benson, P. (1994): Autonomy and self-worth. In: *Journal of Philosophy* 91, 12 (1994), pp. 650-668.
- Bærøe, K. (2014): Translational ethics: An analytical framework of translational movements between theory and practice and a sketch of a comprehensive approach. In: *BMC Medical Ethics* 15, 71 (2014), pp. 1-7.
- Cholbi, N./Varelius, J. (Eds.) (2023): New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia. *The International Library of Bioethics* 103. Cham.
- Christman, J. (2020): Autonomy in moral and political philosophy. In: Zalta (2020). Online: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/autonomy-moral/> (30.01.2024).
- Christman, J. (2009): The politics of persons. Individual autonomy and socio-historical selves. Cambridge.
- Dworkin, G. (1988): The theory and practice of autonomy. Cambridge.
- Frankfurt, H. G. (1988a): Freedom of the will and the concept of a person. In: Frankfurt (1988b), pp. 11-25.
- Frankfurt, H. G. (Ed.) (1988b): The importance of what we care about. *Philosophical essays*. Cambridge.
- Govier, T. (1993): Self-trust, autonomy, and self-esteem. In: *Hypatia* 8, 1 (1993), pp. 99-120.
- Hirsch, A. (2023): Why we have duties of autonomy towards marginal agents. In: *Theoretical Medicine and Bioethics* 44, 1 (2023), pp. 453-475.
- Holm, S. (2022): What is the foundation of medical ethics – Common morality, professional norms, or moral philosophy? In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 31, 2 (2022), pp. 192-198.
- Kipke, R./Röttger, N./Wagner, J./Wedelstaedt, A. K. von (Hrsg.) (2021): *ZusammenDenken*. Wiesbaden.
- Kühlmeier, K./Jansky, B./Mertz, M./Marckmann, G. (2024): Transformative medical ethics: A framework for changing practice according to normative-ethical requirements. In: *Bioethics* 38, 3 (2023), pp. 241-251.
- Lindenau, M./Meier Kressig, M. (Hrsg.) (2020): *Schöne neue Welt? Zwischen technischen Möglichkeiten und ethischen Herausforderungen*. *Vadian Lectures*, Band 6. Bielefeld.

- Mackenzie, C. (2008): Relational autonomy, normative authority and perfectionism. In: *Journal of Social Philosophy* 39, 4 (2008), pp. 512-533.
- McLeod, C. (2002): *Self-trust and reproductive autonomy*. Cambridge.
- Oshana, M. (2006): *Personal autonomy in society*. Aldershot.
- Pfister, J. (2022): *Fachdidaktik Philosophie*. 3. Auflage. Stuttgart.
- Raz, J. (1994): *The morality of freedom, and ethics in the public domain: Essays in the morality of law and politics*. Oxford.
- Salloch, S./Ritter, P./Wäscher, S./Vollmann, J./Schildmann, J. (2016): Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie. In: *Ethik in der Medizin* 28, 1 (2016), S. 267-281.
- Schramme, T. (2013): Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie. In: *Ach* (2013), S. 263-281.
- Schramme, T. (2016): Philosophie und Medizinethik. In: *Ethik in der Medizin* 28, 4 (2016), S. 263-266.
- Schramme, T. (2017): Goals of medicine. In: *Schramme/Edwards* (2017), pp. 121-128.
- Schramme, T./Edwards, S. (Hrsg.) (2017): *Handbook of the philosophy of medicine*. Dordrecht.
- Schramme, T. (2021). Krankheit – ein toter Begriff? In: *Kipke et al.* (2021), S. 355-364.
- Schramme, T. (2023): Preventing assistance to die: Assessing indirect paternalism regarding voluntary active euthanasia and assisted suicide. In: *Cholbi/Varelius* (2023), pp. 17-30.
- Specker Sullivan, L./Niker, F. (2018). Relational autonomy, paternalism, and maternalism. *Ethical Theory and Moral Practice* 21, 3 (2018), pp. 649-667.
- Stoljar, N. (2022): Feminist perspectives on autonomy. In: *Zalta/Nodelman* (2022). Online: <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/feminism-autonomy/> (30.01.2024).
- Weinert, F. E. (2001a): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: *Weinert* (2001b), S. 17-31.
- Weinert, F. E. (Hrsg.) (2001b): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim.
- Zalta, E. N. (Ed.) (2020/2021/2022): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Online: <https://plato.stanford.edu>. (15.02.2024).
- Zalta, E. N./Nodelman, U. (Eds.) (2022): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Online: <https://plato.stanford.edu> (15.02.2024).

Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums

1. Hintergrund und Hinführung

Die im Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2020¹ gestärkte professionelle Ethik gewinnt angesichts neuer Gesetze und Gesetzesvorhaben für das primärqualifizierende Pflegestudium nochmals an Bedeutung. So verändern sich mit der Übertragung heilkundlicher Aufgaben nicht nur die Rolle von Pflegefachpersonen, sondern insbesondere auch deren Verantwortung im Rahmen hochkomplexer heilkundlicher Pflege- und Therapieprozesse.² Dies umfasst beispielsweise die Identifikation, Abwägung und Harmonisierung gegensätzlicher Bedürfnisse und ethischer Implikationen von zu pflegenden Menschen, deren Angehörige und gesellschaftlichen Erwartungen und Rahmenbedingungen.³ Insbesondere das Pflegestudiumstärkungsgesetz⁴ und der Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes⁵ unterstreichen den Stellenwert einer fundierten Ethikbildung und dezidierten Ethikkompetenzentwicklung in der akademischen Qualifizierung von Pflegefachpersonen. Ethikkompetenz umfasst im Folgenden die ethische Sensitivität sowie den achtsamen und verantwortlichen Umgang innerhalb des pflegeprofessionellen Handlungsfeldes gegenüber Dritten und auch gegenüber sich

1 Siehe Pflegeberufegesetz (PflBG), § 5 Ausbildungsziel.

2 Hierunter fallen aus den insgesamt sieben festgeschriebenen Bereichen u.a. die erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen die von chronischen Wunden, Schmerzen oder Demenz betroffen sind. BiBB (2022).

3 Ebd.

4 Siehe BMG (2023).

5 Am 19.12.2023 stellten BMG, DPR und BÄK das Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz (PKG) vor. Siehe ebd. Am 06.09.2024 veröffentlichte das BMG (2024) hierzu den Referentenentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz. Im Kern geht es um die Angleichung des rechtlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraums von Pflegefachpersonen an deren vorhandene pflegefachliche Kompetenz. Siehe BMG (2023).

selbst.⁶ Lernende, die noch über wenig Ethikkompetenz verfügen, gelten als besonders vulnerabel und demzufolge auch anfällig gegenüber moralischem Belastungsleben.⁷ Im Rahmen der Ethikkompetenzentwicklung werden die Attribute Sensitivität, Achtsamkeit und Verantwortung kultiviert, intensiviert und verdichtet. Dies erfordert einerseits ein „fundiertes normatives Wissen und die dezidierte Kenntnis professionsspezifischer ethischer Verpflichtungen“.⁸ Andererseits bedarf es im Rahmen der Ethikbildung einer geschützten Lernumgebung, in der für die Lernenden die Komplexität und Breite der ethischen Verantwortung, des eigenen Handelns und Nicht-Handelns erfahrbar wird. Deutlich wird angesichts dessen – und im Folgenden differenziert dargelegt –, dass Ethikkompetenzentwicklung auch einer ethischen Pflegebildungskultur bedarf.

Eine umfassende pflegeberufliche Ethikbildung im gesamten Verlauf des Pflegestudiums fördert und fordert die Entwicklung von Ethikkompetenzen an allen drei Lernorten: (1) dem Lernort Hochschule (Theorielernten: Wissenserwerb), dem (2) Lernort Praxis („Lernen durch Arbeitshandeln“⁹ in realen Settings des Pflege- und Gesundheitswesens) und (3) dem dritten Lernort „Skills-Lab“ („Lernen durch Simulation von Arbeitsprozessen“).¹⁰ Als dritter Lernort – diese Bezeichnung ist bewusst gewählt, um seine spezifische Transferfunktion zwischen dem Lernort Theorie und Praxis herauszustellen – wird im Rahmen des Beitrages insbesondere das Skills-Lab verstanden.¹¹

Im Rahmen der Ethikbildung kommt dem Simulationslernen am dritten Lernort indes – insbesondere angesichts der zunehmend erschwerten systematisierten und kompetenzorientierten Anleitung am Lernort Praxis – eine wachsende Bedeutung zu.¹² Zentrales Argument hierfür ist die Gegebenheit, dass die grundlegenden Rahmenbedingungen und Ressourcen für eine systematische Praxisanleitung – insbesondere Zeit und pädagogisch sowie fachlich qualifiziertes Personal – in den Einrichtungen des Gesundheitswesens vielfach nicht vollumfänglich vorhanden sind. In der Folge finden Anleitungssequenzen am Lernort

6 Siehe Riedel/Lehmeyer (2022b).

7 Siehe Lehmeyer/Riedel (2022), Riedel et al. (2022).

8 Vgl. Riedel/Lehmeyer (2022a), S. 21; siehe Riedel et al. (2022).

9 Vgl. Dehnbostel (2007), S. 46.

10 Ebd.

11 Der Begriff Skills-Lab setzt sich aus den englischen Begriffen „Skill“ (Können, Geschick) und „Lab“ (Laboratory, Lern- oder Fertigkeitenlabor) zusammen. Skill- bzw. Sim-Labs sind hochtechnisiert, zunehmend digital und teils mit Virtual Technology ausgestattet. Das bildet bspw. ein häusliches Pflegesetting oder ein Setting der Akut- oder Langzeitpflege realitätsgetreu nach, siehe VIFSG (2017). Ausführlich dazu unter 2.1.

12 Siehe Loewenhardt et al. (2014), WHO (2018), Lehmeyer/Riedel (2019), Riedel et al. (2022), Andersson et al. (2023) und Roy et al. (2023).

Praxis häufig zufällig und unsystematisch statt oder bleiben im Rahmen des Praxiseinsatzes außen vor.¹³ Ein weiteres Argument, das dafür spricht, Ethikbildung am dritten Lernort systematisiert und pädagogisch-didaktisch geplant einzubinden, ergibt sich aus der Vulnerabilität der pflegebedürftigen Menschen in den unterschiedlichen Settings der Pflegepraxis, die sich durch Situationen der Anleitung weiter erhöhen kann. Das heißt, Ethikbildung am dritten Lernort sichert die gezielte Ethikkompetenzentwicklung (Training und Transfer) ab und bewahrt die pflegebedürftigen Menschen vor Belastungen, Verletzungen und Schaden. Im sicheren und geschützten Raum ist es für Studierende – als ebenfalls vulnerable Gruppe im Kontext von Lehr- und Lernprozessen¹⁴ – möglich, ohne schädigende Konsequenzen für Personen oder Gruppen Fehler zu machen und Unsicherheiten zu zeigen. Diese Form des Lehrens und Lernens gewährleistet „absolute respect for human rights by protecting patients’ dignity“.¹⁵

Am dritten Lernort, als pädagogisch zu gestaltende Lernumgebung, werden „zentrale räumlich-materielle, physische und/oder psychosoziale Aspekte, beeinflussbare Prozesse und wechselseitige Zusammenhänge von Aufgaben und Problemen einer realen Lebens- und Handlungswelt nachgebildet“.¹⁶ Hier können Studierende folglich im Rahmen einer modellhaften, möglichst natürlich und didaktisch ausgestalteten Pflege- und Interaktionssituation das selbstverantwortliche Handeln in einem geschützten Anleitungs-, Übungs-, Trainings- wie auch Erfahrungs- und Reflexionsraum umsetzen und vertiefen. Das Format eines per se geschützten Lernortes ist für Ethikkompetenzentwicklung eminent und angesichts der oben genannten Einschränkungen am Lernort Praxis absolut vorzuzugs-würdig. Dies ergibt sich einerseits, weil der Lernort für die spezifische Lern- und Anleitesituation besonders oder ausschließlich geeignet ist (z.B. in Bezug auf hochkomplexe Pflegesituationen im Rahmen des Erwerbs heilkundlicher Tätigkeiten)¹⁷ und andererseits, weil er ermöglicht, vulnerable Zielgruppen wie die zu pflegenden Menschen und die Lernenden zu schützen. Der dritte Lernort ist folglich in seiner spezifischen didaktischen Ausprägung ein beachtlicher Lern- und Reflexionsraum für die Ethikbildung und demgemäß ein wichtiger Lernort für die Entwicklung von grundlegenden Ethikkompetenzen.

Um diese Aspekte exemplarisch zu verdeutlichen, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf ein spezifisches Heilkundemodul: „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die

13 Siehe Riedel et al. (2022) und Bohrer (2023).

14 Siehe Lehmeier/Riedel (2022) und Riedel et al. (2022).

15 Vgl. WHO (2018), S. 1.

16 Vgl. Schröppel (2021), S. 14; siehe auch Herzig et al. (2019) und Piot et al. (2021).

17 Siehe BIBB (2022).

von einer Demenz betroffen sind“.¹⁸ Diese exemplarische Bezugnahme ist auch deswegen geeignet, da das Modul eine spezifische zu erwerbende Kompetenz ausweist: Absolventinnen und Absolventen „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“.¹⁹

Zentrales Ziel des Beitrages ist es, die Bedeutsamkeit und das Potenzial der Ethikkompetenzentwicklung am dritten Lernort, u.a. am Beispiel einer im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums zu erwerbenden Ethikkompetenz, herauszuarbeiten und darzulegen. Im Mittelpunkt steht somit das Potenzial des dritten Lernortes in Bezug auf die Entwicklung von Ethikkompetenzen. Die pädagogisch-didaktische Ausgestaltung eines Lehr-Lernarrangements am dritten Lernort kann folglich nur angedeutet werden.

Der Beitrag vermittelt zunächst das Verständnis des dritten Lernortes, welches den Ausführungen zugrunde liegt. Darauf basierend wird verdeutlicht, welchen Stellenwert der dritte Lernort für die Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen der Ethikbildung des primärqualifizierenden Pflegestudiums aufweist. Die exemplarische modulbezogene Ethikkompetenzentwicklung skizziert den Lehr-Lernprozess am dritten Lernort.

2. Ethikkompetenzen am dritten Lernort entwickeln und vertiefen

2.1. Der dritte Lernort

Der Begriff des dritten Lernortes wird in dem Beitrag bewusst verwendet, um zu verdeutlichen, dass das Skills-Lab neben dem Lernort Theorie und dem Lernort Praxis ein *gleichwertiger Ort* der Kompetenzentwicklung ist.²⁰ In der Literatur finden sich zu dem Ort des praktischen Lehrens und Lernens – an dem möglichst realitätsnahe Übungsmöglichkeiten geschaffen werden – sowohl der Begriff des „Skills-Lab“/„Skillslab“, des „Fertigkeitslabors“ wie auch die Bezeichnung der „simulativen Lernumgebung.“²¹ Dieser spezifische Ort des Lehrens, Lernens und Übens ist zumeist an einer Hochschule angesiedelt und stellt eine eigenständige

18 Ebd., S. 60-68.

19 Ebd., S. 62.

20 Siehe Ludwig/Umbescheidt (2014) und Riedel et al. (2022).

21 Zur Bezeichnung Skills-Lab/Skillslab siehe Herzig et al. (2019) und Gügel/Kern (2021). Zur Bezeichnung simulative Lernumgebung siehe BIBB (2022).

und spezifische Säule arbeitsbezogenen Lernens²² dar, „die die Aneignung komplexer Qualifikationen und Erfahrung sowie deren Reflexion ermöglicht“. ²³

Häufig wird das Skills-Lab als Konzept²⁴ oder als (Groß-)Methode²⁵ hochschulischen Lernens beschrieben. Bedeutsam ist an dieser Stelle, auf die strukturellen qualifikatorischen Herausforderungen hinzuweisen und Anforderungen an Instruktor:innen zu unterstreichen.²⁶ Die Qualifikation von Personen, die Pflege studierende am dritten Lernort begleiten und betreuen, ist derzeit noch heterogen. Bislang gibt es keine allgemein verbindlichen qualifikatorischen Mindeststandards. Einzelne Bildungseinrichtungen bieten professions- und fachgebietsübergreifende oder bereichsspezifische Instruktor:innenkurse an.²⁷ Diese befähigen zur Arbeit am dritten Lernort, sind aber nicht verpflichtend. Die spezifische Qualifikation wäre angesichts dessen bedeutsam, weil die qualifikatorischen Anforderungen weit über das „Bedside Teaching“ der traditionellen Pflegeausbildung hinausreichen. Ethische Kompetenzen, wie sie zur Übernahme des Heilkundemoduls „Demenz“ gefordert sind – hier die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen²⁸ –, sind in diesen Zertifikationskursen i.d.R. nicht inkludiert. Sie müssen zusätzlich erworben werden, wie bspw. die Qualifikation zum/zur Ethikberater:in im Gesundheitswesen (K1).²⁹

Die Bedeutsamkeit des dritten Lernortes in der hochschulischen Bildung in den Gesundheitsberufen zeigt sich insbesondere auch daran, dass dieser explizit in curricularen Empfehlungen und Rahmungen – z.B. BIBB³⁰ –, aber auch im Pflegeberufegesetz (§ 38) ausgewiesen ist.³¹ Gemäß dem Interprofessionellen Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen (VIFSG)³² hat sich das Konzept zur Gestaltung des Studiums

22 Siehe Dehnbostel (2007).

23 Ebd., S. 48; siehe auch Bohrer (2023).

24 Siehe Herzig/Kruse (2017).

25 Siehe Herold-Majumdar (2023).

26 Bei dem Begriff der Instruktor:innen handelt es sich nicht um einen geschützten Begriff mit definiertem Qualifikationsprofil. Vielmehr fasst er die im Skills-Lab aktiven Akteur:innen zusammen, wie bspw. Pflegepädagog:innen, (akademisch qualifizierte) Praxisanleiter:innen und sonstige Personen, die im Skills-Lab lehren. Siehe Nursing Education (2024).

27 Folgende Einrichtungen bieten bspw. Kurse für Instruktor:innen an: das Skills-Lab Bamberg, das Skills-Lab Münster und das Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum (TÜPASS).

28 Vgl. BIBB (2022), S. 67.

29 Siehe Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (o. J.).

30 Vgl. BIBB (2022), S. 29-30.

31 Zur berufsgesetzlichen Verortung in anderen Berufen des Gesundheitswesens siehe Loevenhardt/Herzig (2023).

32 Siehe VIFSG (2017).

in den letzten Jahren als ein „probates didaktisches Instrument ausgezeichnet“, und dient insbesondere „zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz und zur Evidenzbasierung“³³ wie auch zur Absicherung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers,³⁴ im Sinne eines „Brückenelemente(s)“.³⁵ Im Rahmen erweiterter Pflege- und Therapieprozesse – als zukünftige Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen – werden explizite Empfehlungen für das Lernen in simulativen Lerneinheiten formuliert. Bezogen auf das Modul („Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“) werden für den dritten Lernort (im Sinne einer simulativen Lernumgebung) „ethische Fallbesprechungen zu komplexen Situationen (Dilemmata), die eine erweiterte fachlich und ethisch begründete Entscheidung erfordern“,³⁶ als Methode der Ethikbildung empfohlen. Ethikkompetenzentwicklung wird im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums demgemäß bereits aktuell dem dritten Lernort explizit zugewiesen.³⁷

Die am dritten Lernort neben Skills-Trainings (einfacher strukturierte Anleite- und Übungsformate) vielfach eingesetzten pädagogischen Simulationen (komplex strukturierte Lehr-Lernarrangements) stellen berufliche Realitäten nach, „um erfahrungsbasiertes, reflexives Lernen und den Erwerb von Handlungs-, Interaktions- und Reflexionskompetenz zu ermöglichen“,³⁸ aber auch, um Beziehungsgestaltung und Haltung einzuüben und deren situative Umsetzung zu reflektieren.³⁹ Das sich aus drei Hauptelementen zusammensetzende Simulationslernen umfasst i.d.R. ein (1) vorbereitendes Briefing, (2) eine oder mehrere Simulationsszenarien⁴⁰ und (3) ein ausführliches Debriefing. Das zentrale Element des Debriefings eröffnet in Form professionell moderierter und systematisierter Nachbesprechung spezifische Formate retrospektiver Selbst- und Fremdreflexion der eigenen Handlungspraxis.⁴¹ Das Debriefing ermöglicht den Studierenden somit, aus den gemachten Erfahrungen bewusst zu lernen, aber auch, getroffene Entscheidungen (ethisch) zu begründen und zu vertreten sowie feh-

33 Siehe INACSL (2016a) und (2016b), Herzig et al. (2019) sowie Loewenhardt/Herzig (2023).

34 Siehe Riedel et al. (2022). Zur übergreifenden Bedeutung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers siehe auch Schmitz/Höhm (2018).

35 Vgl. Loewenhardt/Herzig (2023), S. 31.

36 Vgl. BIBB (2022), S. 67.

37 Ebd.

38 Vgl. Schröppel (2021), S. 13, siehe auch BIBB (2022).

39 Siehe Piot et al. (2021) und WHO (2018).

40 Zur Unterscheidung unterschiedlicher Simulationsformate siehe Munday (2022).

41 Siehe Loewenhardt/Herzig (2023), INACSL Standards Committee (2016b), WHO (2018), Schröppel (2021) und Piot et al. (2021).

lerhafte Annahmen und Schlussfolgerungen zu korrigieren. Debriefings ermöglichen darüber hinaus, die beobachtete Handlungspraxis anderer Personen (Lehrender oder Studierender) zu analysieren, zu reflektieren und einzuordnen, um „Handlungsmuster bewusst zu machen, zu überprüfen und ggf. zu verändern“.⁴² In den Debriefings wird „Feedback mit verschiedenen Reflexionsmethoden kombiniert“.⁴³ Die drei Elemente des Simulationslernens werden unter Punkt 2.3 erneut aufgegriffen und exemplarisch kontextualisiert.

Wenngleich sich die Lernsituationen am dritten Lernort immer an der beruflichen Wirklichkeit orientieren, so handelt es sich dennoch um einen wichtigen „Schonraum“ des simulationsbasierten Lehrens, Lernens und Übens, der einen geschützten Rahmen der Ethikkompetenzentwicklung eröffnet und zugleich die pflegebedürftigen Menschen sowie Lernenden schützt.⁴⁴

2.2. Spezifischer Stellenwert des dritten Lernortes im Rahmen der Ethikbildung und der Ethikkompetenzentwicklung

Pädagogisch-didaktisch ausgestaltete, reflexive Arbeitsstrukturen und Simulationen am dritten Lernort unterstützen die aus dem Lernort Praxis vertraute „Verknüpfung von formalen Lernangeboten (organisiertes Lernen) und informellen Lernprozessen (Lernen über Erfahrung), also von Theorie und Praxis“.⁴⁵ Am dritten Lernort können im geschützten Rahmen insbesondere und gezielt praktische Kompetenzen, wie ethische Argumentation und Perspektivwechsel geübt wie auch fallbezogene Reflexionsfähigkeit und das Vertreten einer ethischen Haltung als Bestandteile ethischer Kompetenz entwickelt und vertieft werden.⁴⁶

Der dritte Lernort eröffnet den Rahmen für ein vertieftes, ethisch analysierendes und reflektierendes Lernen ohne Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck, was dagegen am Lernort Praxis vielfach die Anleitung und Lernbegleitung prägt und nicht selten dazu führt, dass potenziell (neue) ethische Konflikte aufkeimen und/oder sich moralisches Belastungserleben manifestiert. Da am Lernort Praxis zumeist der personelle und zeitliche Rahmen nicht vorhanden ist, um situative ethische Herausforderungen, Unsicherheiten oder Konflikte direkt oder zeitnah mit den Lernenden systematisiert zu reflektieren, ist zusammenfassend zu konstatieren, dass insbesondere die vertiefte Ethikbildung, das heißt auch der

42 Vgl. BIBB (2022), S. 30.

43 Vgl. Schröppel (2021), S. 28.

44 Siehe Herzig et al. (2019), Cannaerts et al. (2014) und WHO (2018).

45 Vgl. Hiestand et al. (2023), S. 5. Siehe Schwermann (2021) und Piot et al. (2021).

46 Siehe SAMW (2019), Schnell/Seidlein (2016), Riedel/Giese (2019) und Riedel et al. (2022).

Umgang mit ethisch komplexen bzw. komplizierten Situationen⁴⁷ (zunächst) am dritten Lernort erfolgen sollte, um die moralische bzw. die professionelle Integrität⁴⁸ der Studierenden wie auch die Würde der pflegebedürftigen Menschen zu schützen und um moralisches Belastungserleben im Verlauf des Studiums – insbesondere auch am Lernort Praxis – zu verhindern bzw. zu reduzieren.⁴⁹

Die oben genannten drei Hauptelemente (Briefing, Simulationsszenario und Debriefing) des Lehrens, Lernens und Übens am dritten Lernort unterstützen in der entsprechenden Ausgestaltung dezidiert die Ethik(teil-)kompetenzentwicklung. So können am dritten Lernort – anders als am Lernort Theorie – alle Teilkompetenzen der ethischen Kompetenz in den Lehr-Lernprozess eingebunden werden, wie diese von Gallagher konturiert werden: „ethical knowing“, „ethical seeing“, „ethical reflecting“, „ethical doing“ und „ethical being“.⁵⁰ Stellt man diese fünf von Gallagher ausgewiesenen Ethik(teil-)kompetenzen der dazugehörigen Lernbegleitung mit den drei zentralen Hauptelementen des simulativen Lernens gegenüber, so wird deutlich, dass diese Ethik(teil-)kompetenzen vollumfänglich, systematisiert sowie pädagogisch-didaktisch fundiert in einem geschützten Rahmen entwickelt und vertieft werden können – auch im Sinne eines Theorie-Praxis-Theorie-Transfers.⁵¹

Anhand der ethischen Sensibilität⁵² – als einer zentralen Ethikkompetenz – lässt sich der Stellenwert des dritten Lernortes exemplarisch illustrieren.⁵³ Diese Kompetenz eignet sich insbesondere angesichts dessen, dass hier die Bedeutsamkeit des simulativen Lernens besonders deutlich wird, da die Simulationssequenz beobachtet oder selbst von den Lernenden im realitätsnahen Setting durchlebt und schließlich durch das Debriefing (strukturierte Nachbesprechung) gegenständig und nachvollziehbar wird. Bei der ethischen Sensibilität handelt es sich um eine subjektive situationsbezogene Aufmerksamkeit, die vielfach mit intuitiven Wertungen verbunden ist und ein bewusstes Wahrnehmen und Identifizieren

47 Siehe Monteverde (2019).

48 Siehe hierzu die Darlegung von Bowler et al. (2024), in welcher die Bedeutsamkeit der Wahrung von professioneller Integrität herausgearbeitet und die Einhaltung ethischer Standards für das simulationsbasierte Lernen betont wird.

49 Siehe Loyd et al. (2023). Zur Bedeutsamkeit einer umfassenden Sensibilität für moralisches Belastungserleben in der Ethikbildung siehe z.B. Riedel et al. (2022) und Leh-meyer/Riedel (2022).

50 Vgl. Gallagher (2006), S. 223.

51 Siehe hierzu die Darlegungen in der Tabelle unter 2.3. Zur Bedeutung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers siehe Schmitz/Höhmnn (2018).

52 Zur begrifflichen Abgrenzung von ethischer Sensibilität und moralischer Sensibilität siehe Bleyer/Hocher (2024). Im Kontext der Ethikkompetenzen findet man vielfach beide Bezeichnungen oftmals synonym, zumindest aber nicht trennscharf verwendet.

53 Siehe Luo et al. (2023), Riedel/Giese (2019) und Nesime/Belgin (2022).

von Situationen mit moralischem Gehalt erfordert.⁵⁴ Im praktischen Vollzug von pflegebezogenen Handlungen am dritten Lernort (Simulation) kann diese situationsbezogene Aufmerksamkeit (im Sinne von *moral awareness*, und *moral attentiveness*)⁵⁵ einerseits bewusst entwickelt werden. Andererseits können die ethischen Bewertungen und Bewertungskriterien in der retrospektiven Betrachtung des erfolgten Handelns im Rahmen des Debriefings systematisiert reflektiert werden (z.B. Welche moralischen Gefühle, Emotionen und Intuitionen können in Bezug auf die Situation mit moralischem Gehalt identifiziert und benannt werden? Was kennzeichnet die Situation und welche ethischen Werte spielen in der Situation eine Rolle? Welche ethischen Werte waren in Bezug auf das erfolgte Handeln bzw. Nichthandeln leitend: die professionellen, die persönlich-individuellen oder die Werte des Gegenübers (z.B. des pflegebedürftigen Menschen oder eines Teammitgliedes)? Wurde die Perspektive gewechselt und wenn ja, welche Perspektive war leitend?). Ethische Sensibilität als zentrale Ethik(teil-)kompetenz⁵⁶ kann mittels einer Simulation wie auch der retrospektiven Reflexion erfahrbar gemacht, verdichtet und in ihrer Bedeutsamkeit gestärkt werden, so dass sich die Lernenden handlungs- und praxisorientiert dieser Kompetenz und ihres Stellenwertes bewusst werden.

Erworbene Kompetenzen im Sinne der Handlungs-, Problemlöse- und Reflexionsfähigkeit sind nicht sichtbar, sondern nur die Performanz als beobachtbares Verhalten kann nachvollzogen werden.⁵⁷ Die Performanz zeigt sich einerseits in der Anwendung und Umsetzung der (definierten) (Teil-)Kompetenzen in konkreten Handlungskontexten sowie im kompetenten Handeln selbst. Andererseits kann sie aus Deutungs- und Handlungsmustern sowie in Teilen aus Handlungsaspekten erschlossen werden, die sich beispielsweise in der Qualität und Angemessenheit der Interaktion, Beziehungsaufnahme und -gestaltung mit den zu Pflegenden (Simulationspatient:innen), insbesondere bei Menschen mit Demenz, artikulieren.⁵⁸ Auch Ethik(teil-)kompetenzen – wie z.B. ethisch sensibles Handeln, ethisch begründete Argumentation, moralischer Mut und insbesondere auch die ethische Haltung und Fähigkeit zum Perspektivwechsel⁵⁹ – lassen sich ausschließlich aus dem Tun bzw. Nichttun erschließen (als Performanz). Das

54 Siehe Bleyer/Hocher (2024), Reynolds/Miller (2015) und Alnajjar/Hashish (2021).

55 Siehe Reynolds/Miller (2015).

56 Gallagher spricht in diesem Zusammenhang von „ethical seeing“ vgl. Gallagher (2006), S. 230-231.

57 Siehe Hiestand et al. (2023) zur Differenzierung von Kompetenz und Performanz sowie Chromsky (1981).

58 Vgl. den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ bei DNQP (2018).

59 Siehe Gallagher (2006).

heißt, dass eine Beurteilung der Frage, ob das am Lernort Theorie erworbene Wissen und, die dort entwickelten Kompetenzen sich in konkreten Situationen auch als Handlungskompetenz zeigen bzw. in konkrete ethische Abwägungs-, Entscheidungs- und Handlungssituationen Eingang finden oder sich in einer entsprechenden Haltung ausdrücken, die Anwendung und Umsetzung ethischer Kompetenzen in konkreten Handlungskontexten fordert. Ethisch bedeutsame Anwendungssituationen können hierfür am dritten Lernort gezielt konzeptualisiert und realisiert werden, nicht nur im Sinne der Kompetenzüberprüfung, sondern auch mit dem Ziel, sich in der Rolle als Lernender in konkreten bzw. exemplarischen ethisch anspruchsvollen Handlungs- und/oder ethischen Entscheidungssituationen als kompetent und selbstwirksam zu erleben. Sie können dadurch auch dazu dienen, Selbstvertrauen zu stärken („self-confidence“⁶⁰).

Hervorzuheben ist, dass Simulationslernen im Kontext ethisch komplexer Sachverhalte angesichts dessen besonders geeignet ist, da weder Entscheidungs- und Handlungsdruck vorhanden ist, noch die Entscheidungen Abhängigkeitssituationen oder Schädigungspotenziale von pflegebedürftigen Personen unterliegen. So können Situationen der Überforderung, aber auch mögliche Fehlentscheidungen und -handlungen am dritten Lernort als Lernanlass genutzt werden, ohne Menschen mit Pflegebedarf zu gefährden oder deren Vulnerabilität zu erhöhen. Verantwortung kann situativ initiiert und reflektiert, reflexive Kompetenzen entwickelt und vertieft sowie „eine positive Fehlerkultur“ befördert werden.⁶¹ Ferner kann Bildung in diesem Rahmen zugleich ethisch sensibel ausgestaltet werden, denn unzumutbare Belastungen für pflegebedürftige Menschen können vermieden, die Intims- und Privatsphäre der vielfach vulnerablen Menschen mit Pflegebedarf kann geschützt und ihre Würde und Autonomie respektiert werden. Menschenrechte werden gewahrt und Patientensicherheit ist nicht berührt.⁶²

Des Weiteren können im geschützten Rahmen des dritten Lernortes potenzielle Werteverletzungen, ethische Konfliktpotenziale und Unsicherheiten zeitnah, handlungs- und situationsbezogen reflektiert und bestenfalls hinsichtlich des zukünftigen Wirkens der Studierenden am Lernort Praxis vorgebeugt werden. Angesichts der Vulnerabilität der Studierenden schützt ein gezieltes und versiertes Debriefing im Rahmen pädagogischer Simulationen – mittels seiner strukturierten Reflexion und retrospektiver Bearbeitung ethischer Konfliktsituationen – ihre moralische Integrität, stärkt bestenfalls ihren moralischen Mut und verhindert moralisches Belastungserleben.⁶³ Dementsprechend formuliert Gallagher im

60 Vgl. WHO (2018), S. 9.

61 Vgl. BIBB (2022), S. 30.

62 Siehe WHO (2018).

63 Zur Vulnerabilität der Lernenden und der Bedeutsamkeit des moralischen Mutes siehe Heggestad et al. (2022).

Rahmen ihrer Darlegung zur Ethiklehre „Formal ‚teaching‘ is only one part of ethics education“.⁶⁴ Diese Aussage unterstreicht – insbesondere angesichts der begrenzten Ressourcen für systematisierte Praxisanleitungen und -begleitungen am Lernort Praxis – den hohen Stellenwert des dritten Lernortes.

2.3. Modulbezogene exemplarische Ethikkompetenzentwicklung

Die von der Fachkommission nach § 53 PflBG im standardisierten Heilkundenmodul „Demenz“ verankerten (Teil-)Kompetenzen heben nicht unmittelbar auf den ethischen Kompetenzerwerb ab. Lediglich eine von zehn dort aufgeführten Kompetenzen expliziert ein ethisches Kompetenzziel.⁶⁵ Bei näherer Betrachtung sind jedoch auch die weiteren von der Fachkommission statuierten Kompetenzziele nicht frei von ethischen Implikationen. Dies betrifft insbesondere das hier exemplarisch zugrunde gelegte Modul, in dem formuliert ist, dass heilkundlich tätige Pflegefachpersonen zukünftig die „Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen [...] der Menschen mit Demenz“⁶⁶ übernehmen. Die Herausforderung besteht somit einerseits darin, nicht nur den augenscheinlichen, sondern auch den vielfältigen und nicht immer offenkundigen ethischen Implikationen des (kognitiven) Handelns im Rahmen des Moduls gerecht zu werden. Andererseits gilt es, für Studierende moralische Lern- und Entlastungsräume zu schaffen sowie einen möglichst hohen Lerngewinn zu erzielen. Dieser Anspruch wird in der Ethik nicht durch eine hochtechnisierte Lernumgebung mit Simulatoren („Übungspuppen“) verwirklicht („Simulators don’t teach“⁶⁷). Das heißt auch, im Kontext des exemplarischen Moduls ist eine professionelle pädagogische Begleitung mit hoher ethischer und pflegefachlicher Expertise gefordert.⁶⁸

Für die Ethikkompetenzentwicklung im exemplarischen Modul ist die Simulation als Methode am dritten Lernort besonders geeignet, da durch das eigene

64 Vgl. Gallagher (2006), S. 223; siehe auch Martins et al. (2021).

65 Diese Kompetenz ist wie folgt formuliert: „in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze treffen“; vgl. BIBB (2022), S. 62.

66 Ebd., S. 61-62.

67 Vgl. Breuer (2018), S. 75.

68 Zu den für die Ethikbildung grundlegenden Ethikkompetenzen und pädagogischen Kompetenzen der Lehrenden – im Sinne einer Berufsethik für Lehrende in der Ethikbildung – siehe Gallagher (2006), Riedel/Giese (2019) und Lehmeyer/Riedel (2021), (2022) und (2023). Zu den pädagogisch-didaktischen Anforderungen seitens der Lehrenden am dritten Lernort siehe z.B. INACSL Standards Committee (2016a), Hiestand (2023) und Loewenhardt/Herzig (2023).

Erleben im Simulationsszenario affektive und psychomotorische sowie durch das Debriefing kognitive und haltungsbezogene Ethik(teil-)kompetenzen nachhaltig angebahnt werden können. Bezugnehmend auf die exemplarische heilkundliche Tätigkeit ist im Modulhandbuch folgende Ethikkompetenz ausgewiesen: Die Lernenden „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“.⁶⁹ Methodisch wird vorgeschlagen, diese Ethikkompetenz am dritten Lernort mittels der Durchführung von ethischen Fallbesprechungen „zu komplexen Situationen (Dilemmata), die eine erweiterte fachlich und ethisch begründete Entscheidung erfordern“, zu entwickeln sowie im Rahmen einer Lern- und Arbeitsaufgabe „eine fallbezogene Reflexion ethischer Aspekte im Versorgungskontext“ anzuregen.⁷⁰

Der dritte Lernort ist als ein geschützter Rahmen sowohl für die methodische Umsetzung einer ethischen Fallbesprechung wie auch zum Erwerb der geforderten Ethikkompetenz geeignet, denn er

- ermöglicht die Simulation einer ethischen Fallbesprechung,
- ermöglicht die Einübung ethischer Reflexion,
- fordert ethische Sensibilität,
- ermöglicht das Zeigen und Einfordern von moralischem Mut,
- eröffnet den Perspektivenwechsel durch die Einnahme situationsbezogener (fiktiver) Rollen und Werte,
- fordert ethische Reflexion (im Rahmen der Simulation),
- fordert ethische Reflexion der eigenen Haltung (Debriefing) und
- ermöglicht im Rahmen der drei Phasen der Simulation, die zentralen Ethikkompetenzen einzubinden (Tab. 1).

Die nachfolgende Tabelle zeigt exemplarisch die Verbindung der zentralen Ethik(teil-)kompetenzen von Pflegefachpersonen nach Gallagher (2006) sowie deren Wissenskomponenten. Die Darstellung ordnet diese den drei Lernorten sowie den drei Phasen der Simulation zu und verdeutlicht somit auch die notwendige Verbindung zwischen den Lernorten im Rahmen der Ethikbildung. Die Tabelle hat folglich das Ziel, in einer übergreifenden Weise – exemplarisch an einer geforderten Ethikkompetenz⁷¹ – die Zusammenhänge der drei Lernorte, die Elemente des Lehrens und Lernens am dritten Lernort wie auch mögliche Lehr- und Lerngegenstände in Bezug auf die relevanten Phasen einer Simulation darzustellen und die Einbindung des dritten Lernortes im Rahmen des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers zu unterstreichen.⁷²

69 Vgl. BIBB (2022), S. 62.

70 Ebd., S. 67.

71 Ebd., S. 62.

72 Ebd., S. 62, S. 67 und siehe Gallagher (2006).

Ethical knowing	Ethical seeing	Ethical reflecting	Ethical doing	Ethical reflecting	Ethical being
Wissenskomponente	Wahrnehmungskomponente	Reflexive Komponente	Handlungskomponente	Reflexive Komponente	Charakterliche (Haltungs-)Komponente
Dritter Lernort					
Lernort Theorie					
Lehrveranstaltung	Briefing	Simulationssequenz	Simulationssequenz	Debriefing	Transferaufgabe
Theoretischer Wissenserwerb, z.B. in Bezug auf pflegerische Ansätze, die Bedeutung systematisierter ethischer Reflexion, Professionsethik	Einführung in den komplexen ethischen Fall und die Methode der ethischen Fallbesprechung sowie möglicherweise in die zu vertretende Rolle	Ethisch sensibles Wahrnehmen, Beobachten, proaktives Durchleben ethisch relevanter Situationen	Reflektieren/ Abwägen der Optionen angesichts der beteiligten und betroffenen Werte	Erarbeiten des Konsenses/ der situativ ethisch gut begründeten Entscheidung	Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. des Einflusses des professionellen und persönlichen Wertekompasses, des persönlichen Einstehens für vulnerable Personen und Werte
				Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. Reflexion der Wertorientierung, des beteiligten ethischen Ansatzes, des Perspektivwechsels, Reflexion der eigenen Haltung und des moralischen Mutes	Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. des Einflusses des professionellen und persönlichen Wertekompasses, des persönlichen Einstehens für vulnerable Personen und Werte
					Ethische Werte vertreten, Entscheidungen ethisch begründen. Perspektiven wechseln, Werteverletzungen benennen, verschiedene pflegerische Ansätze in ethische Abwägungssituationen einbinden

Tab. 1: Anbahnung ethischer Kompetenzen nach Gallagher (2006) im Rahmen des Moduls „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“.73 Zu entwickelnde Ethikkompetenz: Die Lernenden „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“.74

73 Ebd., S. 60.
74 Vgl. BIBB (2022), S. 62.

3. Lebenslange Ethikbildung anbahnen

Sowohl durch die sich mittels der heilkundlichen Tätigkeiten verändernden und gänzlich neuen Kompetenzen als auch vor dem Hintergrund der in den vorliegenden Eckpunkten zum Pflegekompetenzgesetz⁷⁵ gestärkten Kompetenzen, neuen Herausforderungen und umfassenden Erwartungen an Pflegefachpersonen zeigt sich, dass sich die Anforderungen an die Berufsgruppe verändern. Die Rolle der Pflegefachpersonen wird aufgewertet. Zugleich modifizieren sich die Kompetenzen nicht nur entsprechend der stetig steigenden Komplexität der pflegeberuflichen Aufgaben und ethischen Herausforderungen, sondern richten sich sukzessive an einem hohen und vielfach auch höheren Kompetenzniveau aus. Parallel dazu ist zu erwarten, dass sich für zukünftige (akademisch qualifizierte) Pflegefachpersonen im konkreten professionellen Handeln neuartige ethisch herausforderungsvolle Situationen ergeben, die sich in ihrer je spezifischen Komplexität möglicherweise auch in neuen, bislang unbekannten ethischen Konfliktsituationen zeigen. Zugleich tragen eine gezielte Ethikbildung und fundierte Ethikkompetenz nachweislich zum professionellen und entlastenden Umgang mit moralischem Belastungserleben⁷⁶ wie auch zur Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen bei.⁷⁷ Beide Faktoren wiederum sind grundlegend für die professionelle Ethik in der Pflege wie auch für ethisch reflektiertes und begründetes professionelles Pflegehandeln, für die Pflegequalität und den Berufsverbleib der Pflegefachpersonen. Folglich ist für eine ethisch reflektierte Pflegepraxis sowie zum Erhalt der (moralischen) Integrität der Pflegefachpersonen⁷⁸ nicht nur eine qualifizierte, das gesamte Studium begleitende Ethikbildung, sondern eine lebenslange Ethikbildung grundlegend. So konstatieren z.B. Koskinen et al.: „Ethics is seen as a lifelong practice, not something one finishes [...]“.⁷⁹ Daneben verweist der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen auf die genuine Verantwortung der Pflegenden:

„Pflegefachpersonen sind persönlich zuständig und verantwortlich für eine ethische Pflegepraxis und den Erhalt ihrer Kompetenzen durch kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen.“⁸⁰

75 Siehe BMG (2023).

76 Siehe Kulju et al. (2016), Andersson et al. (2022), Zeydi et al. (2022), Loyd et al. (2023) und Riedel et al. (2023).

77 Siehe Poikkeus et al. (2020).

78 Siehe Sastrawan et al. (2019) und Seidlein/Kuhn (2022).

79 Vgl. Koskinen et al. (2022), S. 1008.

80 Vgl. ICN (2021), S. 13 und S. 14.

Lebenslange Ethikbildung – als genuiner Gegenstand lebenslangen Lernens⁸¹ – kann im geschützten Rahmen des dritten Lernortes angebahnt werden, indem an exemplarischen Lehr- und Lerninhalten grundlegende Ethikkompetenzen entwickelt und verdichtet werden. Diese Intensität der Ethikbildung ist in den begrenzten Praxisphasen im Studienverlauf in der Form vielerorts nicht realisierbar. Das heißt, der dritte Lernort ermöglicht ein Mehr an praxisrelevanter und -bezogener Ethikkompetenzentwicklung und unterstreicht somit auch, dass Ethik genuiner Gegenstand von professionellem Pflegehandeln ist und in der Folge eine lebenslange Ethikbildung einfordert.

Der dritte Lernort ermöglicht nicht nur eine systematisierte und pädagogisch-didaktisch versierte Ethikbildung, vielmehr lässt sich diese in dem geschützten Rahmen auch ethisch akzeptabel und moralisch vertretbar realisieren, da Simulationen sowohl die vulnerablen pflegebedürftigen Menschen wie auch die vulnerablen Lernenden schützen. In diesem Sinne manifestiert Ethikbildung und Ethikkompetenzentwicklung am dritten Lernort auch eine Form ethischer Pflegebildungskultur.

Interessenkonflikte: Keine

81 Lebenslanges Lernen wird hier verstanden als ein die gesamte Berufsbiografie begleitender Kompetenzerwerb; siehe Hof (2022) und Opitz et al. (2023).

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (o.J.): Zertifizierung für Ethikberatung. <https://aem-online.de/zertifizierung-fuer-ethikberatung/> (15.11.2024).
- Alnajjar, H. A./Hashish, E. A. A. (2021): Academic Ethical Awareness and Moral Sensitivity of Undergraduate Nursing Students: Assessment and Influencing Factors. In: SAGE OPEN Nursing 7 (2021), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608211026715>.
- Andersson, H./Svensson, A./Frank, C./Rantala, A./Holmberg, M./Bremer, A. (2022): Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. In: BMC Medical Ethics 23 (2022), p. 29. <https://doi.org/10.1168/s12910-022-00766-z>.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2022): Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717> (15.11.2024).
- Bleyer, B./Hoher, L. (2024): Partizipative Entscheidungsfindung. Von der ethischen Sensibilität zur moralisch gerechtfertigten Entscheidung. In: Onkologie 30 (2024), S. 5-11.
- BMG (Bundesgesundheitsministerium) (2023): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf (15.11.2024).
- BMG (Bundesgesundheitsministerium) (2024): Referentenentwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz vom 06.09.2024. (Pflegekompetenzgesetz – PKG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_Pflegekompetenzgesetz_2024.pdf (15.11.2024).
- Bohrer, A. (2023): Arbeitsgebundenes Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck/Sahmel (2023), S. 491-511.
- Bowler, F./Luna, P./Spencer, T. (2024): Professional Integrity and Ethical Considerations in Simulation. In: Nursing Clinics North America 59 (2024), pp. 359-370. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2024.02.011>.
- Breuer, G. (2018): Simulators don't teach – Lernprozesse und Simulation. In: St. Pierre/Breuer (2018), S. 75-81.
- Cannaerts, N./Gastmans, C./de Dierckx, C. (2014): Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions. In: Nursing Ethics 21, 8 (2014), pp. 861-878.
- Chomsky, N. (1981): Regeln und Repräsentationen. Frankfurt/M.

- Darmann-Finck, I./Sahmel, K.-H. (Hrsg.) (2023): Pädagogik im Gesundheitswesen. Heidelberg.
- Davis, A. J./Tschudin, V./de Reave, L. (Hrsg.) (2006): Essentials of teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and Methods. Edinburgh.
- Dehnbostel, P. (2007): Lernen im Prozess der Arbeit. Berlin, München, Münster, New York.
- Dinges, S./Körtner, U. H.-J./Riedel, A. (Hrsg.) (2022): Pflege- und Gesundheitsethik. Potenziale, Reflexionsräume und Handlungsimpulse für ein solidarisches Gesundheitswesen. Wien.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Hochschule Osnabrück & DNQP. Osnabrück.
- Gallagher, A. (2006): The teaching of nursing ethics: content and method. Promoting ethical competence. In: Davis et al. (2006), pp. 223-239.
- Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz PflBG) § 5 Ausbildungsziel. https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/__5.html (15.11.2024).
- Gügel, M./Kern, M. (2021): Aufbau eines Simlabs an einem Bildungszentrum. In: Kerres et al. (2021), S. 35-48.
- Heggestad, A./Lari, T./Konow-Lund, A.-S./Christiansen, B./Nortvedt, P. (2022): A vulnerable journey towards professional empathy and moral courage. In: Nursing Ethics 29, 4 (2022), pp. 927-937.
- Herold-Majumdar, A. (2023): Klinisches Simulationslernen in der Pflege: Die Skills-Lab-Methode. Bern.
- Herzig, T./Kruse, A. (2017): Das Skills-Lab-Konzept: Perspektiven auf die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten und Chancen in der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Skills_Lab_Konzept-_T._Herzig_A._Kruse.pdf (15.11.2024).
- Herzig, T./Bolte-Schlinkmann, S./Keller, K. (2019): Positionspapier des Interprofessionellen Verbands zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen (VIFSG). <https://www.vifsg.de/wp-content/uploads/2019/07/Positionspapier-VIFSG.pdf> (15.11.2024).
- Hiestand, S. (2023a): Didaktische Überlegungen zum Lernort Praxis in der Langzeitpflege. In: Hiestand (2023b), S. 161-183.
- Hiestand, S. (Hrsg.) (2023b): Beruflichkeit – Interaktionsarbeit – Kompetenz. Impulse für eine kompetenzorientierte Interaktionsarbeit in der Pflege. Berufs- und Wirtschaftspädagogik (WBV) Band 77. Bielefeld.
- Hiestand, S./Gießler, W./Wegemann, F./Kaiser, S. (2023): Beruflich-betriebliche Bildung in der stationären Langzeitpflege. In: Naeve-Stoß et al. (2023),

- S. 1-19. https://www.bwpat.de/ausgabe45/hiestand_etal_bwpat45.pdf (15.11.2024).
- Hof, C. (2022): *Lebenslanges Lernen. Eine Einführung*. Stuttgart.
- ICN (International Council of Nurses) (2021): *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. <https://www.dbfk.de/de/dbfk/Ethikkodex.php> (15.11.2024).
- INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning) Standards Committee (2016a): *INACSL standards of best practice: Simulation SM Facilitation*. In: *Clinical Simulation in Nursing 12* (2016), pp. 16-20.
- INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning) Standards Committee (2016b): *INACSL standards of best practice: Simulation SM Debriefing*. In: *Clinical Simulation in Nursing 12* (2016), pp. 21-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jecns.2016.09.008>.
- Kerres, A./Wissing, C./Wershofen, B. (Hrsg.) (2021): *Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen: Intra- und interprofessionelle Lehrformate*. Berlin.
- Koskinen, C./Kaldestad, K./Rossavik, B. D./Jensen, A. R./Bjerga, G. (2022): *Multiprofessional ethical competence in healthcare – an ethical practice model*. In: *Nursing Ethics 29*, 4 (2022), pp. 1003-1013.
- Kulju, K./Stolt, M./Suhonen, R./Leino-Kilpi, H. (2016): *Ethical competence: A concept analysis*. In: *Nursing Ethics 23*, 4 (2016), pp. 401-412.
- Lehmeyer, S./Riedel, A. (2019): *Ethikkompetenzerwerb im Handlungsfeld – Voraussetzung und Impulse für die professionelle Praxis*. In: *Ethik in der Medizin 31* (2019), S. 391-406.
- Lehmeyer, S./Riedel, A. (2021): *Reflektiert und respektvoll im Umgang. Ethikkompetenz in der Pflegebildung entwickeln und stärken*. In: *Pflegezeitschrift 74*, 7 (2021), S. 40-43.
- Lehmeyer, S./Riedel, A. (2022): *Ethikbildung in der Pflege – Pädagogische Ethik praktizieren und (Pflege-)Ethik lehren. Relevante Rahmungen, Anforderungen und Implikationen*. In: *Dinges et al. (2022)*, S. 55-76.
- Lehmeyer, S./Riedel, A. (2023a): *Ethikkompetenzentwicklung zukünftiger Pflegefachpersonen*. In: *Riedel/Lehmeyer (2023b)*, S. 11-25.
- Loewenhadt, C./Wendorff, J./Büker, C./Keogh, J. J. (2014): *Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege – Simulation in der Pflegeausbildung*. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe 1* (2014), S. 64-68.
- Loewenhadt, C./Herzig, T. (2023): *Lernen in simulierten Lernumgebungen in den Gesundheitsfachberufen*. In: *Darmann-Finck/Sahmel (2023)*, S. 513-530.

- Loyd, L. A./Leeseberg Stamler, L./Culross, B. (2023): Early career nurses and moral distress: An integrative review. In: *Nurse Education in Practice* 73 (2023), 103844. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103844>.
- Ludwig, I./Umbescheidt, R. (2014): Dritte Lernortdidaktik in Pflege und Sozialpädagogik – Erfahrungen aus 10 Jahren Umsetzung, Entwicklung & Schulung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 1 (2014), S. 3236-3268.
- Luo, Z./Tao, L./Chunfeng, W. C./Zheng, N./Ma, X./Quan, Y./Zhou, J./Zeng, Z./Chen, L./Chang, Y. (2023): Correlations between moral courage, moral sensitivity, and ethical decision-making by nurse interns: a cross-sectional study. In: *BMC Nursing* 22 (2023), p. 260. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01428-0>.
- Martins, V. S. M./Santos, C. M. N. C./Bataglia, P. U. R./Duarte, I. M. R. F. (2021): The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical Nursing Students. In: *Health Care Analysis* 29 (2021), pp. 113-126.
- Monteverde, S. (2019): Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. In: *Ethik in der Medizin* 31, 4 (2019), S. 345-360.
- Munday, R. (2022): Types of Simulation in Nursing. <https://nursejournal.org/resources/types-of-simulation-in-nursing-education/> (15.04.2024).
- Naeve-Stoß, N./Windelband, L./Kohl, M./Walter, A. (Hrsg.) (2023): Veränderungen der Arbeitswelt: Anforderungen Gestaltungsfelder und Zukunftsfragen für die berufliche Bildung. bwp@ Ausgabe Nr. 45. https://www.bwpat.de/ausgabe45/hiestand_et al_bwpat45.pdf (15.11.2024).
- Nesime, D./Belkin, A. (2022): Impact of Education on Student Nurses' Advocacy and Ethical Sensitivity. In: *Nursing Ethics* 29, 4 (2022), pp. 899-914.
- Nursing Education (2024): Nurse Instructor Career Overview. <https://nursingeducation.org/careers/nursing-instructor/> (15.11.2024).
- Opitz, N./Freiling, T./Conrads, R. (2023): Lebenslanges Lernen im Blick – Wirkungen von Lernbegleitung anhand des Beispiels der Bundesagentur für Arbeit. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik* 45 (2023), S. 1-22. https://www.bwpat.de/ausgabe45/opitz_et al_bwpat45.pdf (15.11.2024).
- Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BjNR258110017.html> (15.11.2024).
- Piot, M.-A./Attoe, C./Billon, G./Cross, S./Rethans, J.-J./Flissard, B. (2021): Simulation Training in Psychiatry for Medical Education: A Review. In: *Frontiers in Psychiatry* 12 (2021), 658967. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.658967.
- Poikkeus, T./Suhonen, R./Katajisto, J./Leino-Kilpi, H. (2020): Relationships between organizational and individual support, nurses' ethical competence,

- ethical safety, and work satisfaction. In: *Health Care Manage Review* 45, 1 (2020), pp. 83-93.
- Reynolds, S./Miller, J. A. (2015): The recognition of moral issues: moral awareness, morals sensitivity and moral attentiveness. In: *Current Opinion on Psychology* 6 (2015), pp. 114-117.
- Riedel, A./Giese, C. (2019): Ethikkompetenzentwicklung in der (zukünftigen) pflegeberuflichen Qualifizierung – Konkretion und Stufung als Grundlage für curriculare Entwicklungen. In: *Ethik in der Medizin* 31 (2019), S. 61-79.
- Riedel, A./Lehmeyer, S. (2022a): Ethik und professionelle Kompetenz im Pflege- und Gesundheitswesen. In: Riedel/Lehmeyer (2022b), S. 11-26.
- Riedel, A./Lehmeyer, S./Monteverde, S. (2022): Ethikbildung in der Pflege – strukturelle Besonderheiten und didaktische Implikationen der Pflegebildung. In: *Ethik in der Medizin* 34 (2022), S. 387-406.
- Riedel, A./Goldbach, M./Lehmeyer, S./Klotz, K. (2023): Ethische Kompetenzen und lebenslange Ethikbildung. In: Riedel et al. (2023), S. 71-88.
- Riedel, A./Lehmeyer, S. (Hrsg.) (2022b): *Ethik im Gesundheitswesen*. Heidelberg.
- Riedel, A./Lehmeyer, S./Goldbach, M. (Hrsg.) (2023): *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen. Hintergründe – Interventionen – Strategien*. Heidelberg.
- Roy, S./Sha, M. H./Aluwalia, A./Harky, A. (2023): Analyzing the Evolution of Medical Ethics Education: A Bibliometric Analysis of the Top 100 Cited Articles. In: *Cureus* 15, 7 (2023), e41411. Doi: 10.7759/cureus.41411.
- SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften) (2020): *Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen*. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> (15.11.2024).
- Sastrawan, S./Newton, J. M./Malik, G. (2019): Nurses integrity and coping strategies: An integrative review. In: *Journal of Clinical Nurses* 28 (2019), pp. 733-744.
- Seidlein, A.-H./Kuhn, E. (2022): When nurses' vulnerability challenges their moral integrity: A discursive paper. In: *Journal of Advances Nursing* 79 (2022), pp. 3727-3736.
- Skills-Lab Bamberg (o. J.): <https://www.skillslab-bamberg.de/> (15.04.2024).
- Skills-Lab Münster (o. J.): Skills-Lab Münster: <https://www.fh-muenster.de/zpll/skills-lab/skills-lab.php> (15.04.2024).
- Schmitz, D./Höhmman, U. (2018): Wie kann gemeinsames Lernen didaktisch angereichert werden? In: *Pflegezeitschrift* 71, 7 (2018), S. 26-30.
- Schnell, M. W./Seidlein, A.-H. (2016): Ethik als Schutzbereich – Wissen, Haltung, Handlung. In: *PADUA* 11, 4 (2016), S. 227-231.

- Schröppel, H. (2021): Theoretische Grundlage zur Methode. In: Kerres et al. (2021), S. 13-34.
- Schwermann, M. (2021): Szenariobasierte Simulation für die palliative Versorgung. In: Kerres et al. (2021), S. 75-88.
- St. Pierre, M./Breuer, G. (Hrsg.) (2018): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg.
- Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum (TÜPASS) (o. J.): Patientensicherheit und Simulation. <https://www.tupass.de/> (15.11.2024).
- VIFSG (Interprofessionelle Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen) (2017). <https://www.vifsg.de/> (15.11.2024).
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2018): Simulation in nursing and midwifery education. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2018-3296-43055-60253> (15.11.2024).
- Zeydi, A. E./Ghazanfari, M. J./Suhonen, R./Adib-Hajbaghery, M./Karkah, S. (2022): Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses. In: Nursing Ethics 29, 4 (2022), pp. 1047-1065.

Interprofessionelles Lernen in der kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium

1. Einführung

Medizinethik ist ein interdisziplinäres Arbeitsfeld, aber auch ein Fach an Medizinischen Fakultäten. Seit Einführung in die ärztliche Approbationsordnung vor ca. 20 Jahren wird es im deutschen Humanmedizinstudium im Rahmen des Querschnittsbereiches „Geschichte, Theorie und Ethik“ (GTE) unterrichtet.¹ Drei Kernbereiche des Fachgebietes sind Forschungsethik, Public Health-Ethik und Klinische Ethik.² Diese Kernbereiche sollten auch Schwerpunktbereiche im Medizinstudium sein.

Klinische Ethik ist als Lerninhalt besonders relevant, da sie dazu beiträgt, angehende Ärztinnen und Ärzte auf eine eigenverantwortliche Versorgung von Patientinnen und Patienten vorzubereiten. Durch die Vermittlung klinisch-ethischer Kompetenzen sollen Studierende die Fähigkeit erwerben, „mit ethischen Fragen und Konflikten, die sich aus der Versorgung von Patienten [und Patientinnen] in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie im ambulanten Bereich ergeben“, angemessen umgehen zu können.³

Im Medizinstudium wird Klinische Ethik bislang insbesondere dadurch vermittelt, dass zentrale ethische und rechtliche Anforderungen an den Arztberuf sowie professionelles ärztliches Handeln aus ethischer Sicht reflektiert werden. Dazu gehören zum Beispiel die besondere ärztliche Hilfespflicht, das Erfordernis der informierten Einwilligung eines Patienten bzw. einer Patientin in die Behandlung, die ärztliche Schweigepflicht oder die Versorgung nach Dringlichkeit (z.B. in der Notaufnahme). Für die Befähigung zum moralisch kompetenten Handeln als Arzt bzw. Ärztin bedarf es jedoch mehr als den Erwerb und die Reflexion

1 Siehe Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002.

2 Siehe Mertz (2021).

3 Vgl. Simon (2023), S. 685. Im Gegensatz zu Alfred Simon beziehen wir uns hier mit dem Begriff „klinisch“ nicht auf das Setting Klinik, sondern bezeichnen mit „klinischer Ethik“ die Ethik der Versorgung von Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen.

medizinrechtlicher und -ethischer Kenntnisse. Es bedarf einer Lenkung der Aufmerksamkeit auf moralische Herausforderungen in der Praxis, der Fähigkeit, sich in verschiedenen Fällen und Kontexten ethisch orientieren zu können, sowie der Bereitschaft, ärztliches Handeln an ethischen Anforderungen an die Profession auszurichten und der Fähigkeit, ärztliche Entscheidungen vor diesem Hintergrund argumentativ rechtfertigen zu können.

Um solche Voraussetzungen für professionelles ärztliches Handeln fördern zu können, ist eine *kompetenzorientierte* Ethik-Lehre notwendig. Ein Wandel hin zu einer kompetenzorientierten Ethik-Lehre schließt an Bestrebungen in vielen Ländern an, die ärztliche Ausbildung zu reformieren.⁴ Durch eine Orientierung an kompetenzbasierten Lernzielen soll weniger Wert auf die Erfüllung formaler Vorgaben einer Lehrveranstaltung (z.B. ihr zeitlicher Umfang, der zu vermittelnde Lernstoff) gelegt werden, als darauf, zu prüfen, welche Lernziele Studierende am Ende des Unterrichts bzw. am Ende ihres Studiums nachweisbar erreicht haben. Es wird darüber hinaus als wichtig erachtet, zu ermitteln, welche praxisrelevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten sie über ihr Fachwissen hinaus erworben haben, auf deren Grundlage sie dann Kompetenzen zur Bewältigung komplexer Aufgaben und Herausforderungen in der ärztlichen Praxis entwickeln können.⁵

In ethischer Hinsicht brauchen Ärzte und Ärztinnen aber nicht nur Kompetenzen, um ethische Probleme erkennen, reflektieren und lösen zu können, sondern auch Kompetenzen, um ihrer Verantwortung für die kommunikative kollegiale Verständigung über solche Probleme im multiprofessionellen Team gerecht werden zu können. In dieser Rolle sollten sie dafür sorgen können, dass alle an einer Behandlung beteiligten Gesundheitsberufe in angemessener Form in eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung einbezogen werden. Ein besonderes Potenzial bergen hierfür *interprofessionelle ethische Fallbesprechungen*. Eine interprofessionelle ethisch Fallbesprechung ist der „systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einer moderierenden Person geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen“.⁶ Um dieses Instrument der Problemlösung wirksam zum Einsatz bringen zu können, sollten Ärzte und Ärztinnen bereits im Studium auf solche Formen der interprofessionellen Verständigung aufmerksam gemacht und auf ihre aktive Rolle dabei vorbereitet werden.

4 Siehe z.B. Cooney et al. (2017).

5 Siehe Frank et al. (2010).

6 Vgl. Steinkamp/Gordijn (2010), S. 256.

Simulationen interprofessioneller ethischer Fallbesprechungen in der Lehre bieten vielversprechende Möglichkeiten, Medizinstudierenden Kompetenzen für einen adäquaten Umgang mit moralischen Herausforderungen im interprofessionellen Behandlungssetting zu vermitteln. Aber auch wenn von Simulationstrainings abgesehen wird, ist ein Lernen durch interprofessionelle ethischen Fallbesprechungen sinnvoll, z.B. durch retrospektive Besprechung von realen oder hypothetischen Fällen, durch Einüben einer oder mehrerer Methoden ethischer Fallbesprechungen an sogenannten Papierfällen, durch die gemeinsame Reflexion von Protokollen realer ethischer Fallbesprechungen oder durch eine Teilnahme an prospektiven interprofessionellen ethischen Fallbesprechungen in der Klinik (z.B. im Rahmen von Praktika, Bedside-Teachings oder im PJ).

Es liegen zwar bereits Fachartikel zum Potenzial interprofessioneller ethischer Fallbesprechungen für die Ethik-Lehre im Medizinstudium vor, aber bisher stellen wenige Beiträge einen Bezug zur kompetenzorientierten Ethik-Lehre her.⁷ Der vorliegende Beitrag zeigt auf, wie diese Lehrmethode in ein kompetenzorientiertes Lehrverständnis eingeordnet und für interprofessionelle Ethik-Lehre genutzt werden kann. Dazu klären wir zunächst, was wir unter kompetenzorientierter (klinischer) Ethik-Lehre im Medizinstudium verstehen und inwiefern sich die interprofessionelle klinische Ethik-Lehre darin verorten lässt (2.). Im nächsten Schritt stellen wir ein Kompetenzmodell für die interprofessionelle klinische Ethik-Lehre vor (3.). Dann leiten wir im Hinblick auf den anvisierten Kompetenzerwerb didaktische Überlegungen ab (4.). Zuletzt reflektieren wir Evaluationsansätze für die Prüfung entsprechender Lehrangebote (5.). Wir schließen unsere Überlegungen mit einem Ausblick darauf, was notwendig wäre, um solche Lehrangebote in Zukunft in das Medizinstudium zu implementieren (6.).

2. Kompetenzorientierte (klinische) Ethik-Lehre im Medizinstudium

Ethik-Lehre wird aktuell in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in gesundheitsbezogenen Fächern und Berufen angeboten. Bisher gibt es nur wenige wissenschaftliche Beiträge, die sich explizit mit einer an Kompetenzen ausgerichteten Ethik-Lehre auseinandersetzen, so zum Beispiel das 2022 von der „AG ethik learning“ herausgegebene Themenheft der Zeitschrift *Ethik in der Medizin*.⁸ Praktische Überlegungen, wie kompetenzorientierte Ethik-Lehre ausgerichtet sein sollte,

7 Siehe Neitzke (2005), Seidlein et al. (2021) und Seidlein/Salloch (2022).

8 Siehe Eichinger/Michl (2022).

finden zurzeit zum Beispiel im Zuge der Überarbeitung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) statt.⁹ Um erklären zu können, was wir mit kompetenzorientierter Ethik-Lehre bezeichnen, beschreiben wir zunächst den Status quo, bevor wir auf den neuen Ansatz eingehen und die Potenziale einer kompetenzorientierten interprofessionellen Ethik-Lehre aufzeigen.

2.1. Der Status quo

Bislang galt die Vorstellung, dass medizinethische Lernziele und -inhalte in die drei Kategorien 1) Wissen, 2) Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie 3) Einstellungen und Haltungen unterschieden werden sollten. Was durch die Lehre im Medizinstudium bezweckt werden sollte, wurde über *Lehrzielkataloge* verständigt.¹⁰ Kurz nach Einführung des Faches Medizinethik in die Approbationsordnung wurden solche Ziele für den deutschen Kontext formuliert, um die Ethik-Lehre an den (neu gegründeten) Instituten und Lehrstühlen strukturieren zu können.¹¹ Ausgangspunkt war das „Core Curriculum“, das bereits 1998 von Lehrenden im Vereinigten Königreich erarbeitet worden war.¹² Dieses Kern-Curriculum war zunächst darauf ausgerichtet, Studierenden *Kenntnisse* von ethischen und rechtlichen Themen zu vermitteln, die als relevant für die ärztliche Praxis erachtet wurden. Studierende sollten zum Beispiel wissen, welche ethischen Prinzipien und Werte der medizinischen Praxis zugrunde liegen.

In der ärztlichen Approbationsordnung wurden ähnliche Ziele für die GTE-Lehre angedeutet. Es sei notwendig, Medizinstudierenden „die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes [zu] vermitteln“. ¹³ Dem entsprechend wurden Lerninhalte

9 Siehe Medizinischer Fakultätentag (2015).

10 Lehr- und Lernziele werden oftmals synonym und gemeinsam genannt. Eine Unterscheidung ergibt sich aus den Adressaten/Adressatinnen. Es wird darauf verwiesen, wem solche Ziele im Handeln Orientierung geben sollen: Lehrenden oder Lernenden. Lehrziele werden aus der Perspektive der Lehrenden, Lernziele aus der Perspektive der Lernenden formuliert. Für ein Gelingen von Lehrangeboten sollten beide Aktivitäten aufeinander abgestimmt sein.

11 Siehe Biller-Andorno et al. (2003). In dem Artikel wurden Lehrziele berichtet, die von Lehrenden für Lehrende formuliert worden waren. Lernende oder Ärzte und Ärztinnen außerhalb des Fachgebiets wurden in diese Aktivitäten nicht einbezogen.

12 Siehe Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools (1998).

13 Vgl. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002, § 1 Ziele und Gliederung der ärztlichen Ausbildung.

bereitgestellt, die Studierenden themenspezifische Problemfelder, professionsethische und rechtliche Anforderungen sowie etablierte ethische Positionen und Argumente *zur Kenntnis* bringen sollten.¹⁴ Um diesen didaktischen Ansatz im Nachhinein sichtbar zu machen, bezeichnen wir ihn als „*kenntnisorientierte Ethik-Lehre*“.

Die kenntnisorientierte Ethik-Lehre prägte eine Strukturierung der Curricula nach Themen. Dabei wurden themenbezogene Lernziele vielerorts eklektisch geordnet, etwa nach relevanten normativen Konzepten (z.B. Patientenautonomie, Gerechtigkeitstheorien), nach Aspekten der Berufspraxis (z.B. Beziehungsgestaltung, Kommunikation), nach Phasen des menschlichen Lebens (z.B. Lebensanfang, Lebensende), nach medizinischen Disziplinen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Transplantationsmedizin) oder nach kontrovers diskutierten ärztlichen Tätigkeiten (z.B. Schwangerschaftsabbruch, Sterbehilfe). Das Stundenkontingent für die Lehre an den jeweiligen Medizinischen Fakultäten reichte in der Regel nicht aus, um alle für wichtig erachteten Themen in ihrer vollen Breite und Tiefe abdecken zu können, zumal die Lehrzeit auch mit medizinhistorischen und -theoretischen Inhalten geteilt werden musste.¹⁵

Neben der kenntnisorientierten Ethik-Lehre gab es noch mindestens zwei weitere curriculare Zielsetzungen: die „*charakterorientierte Ethik-Lehre*“ und die „*problemlösungsorientierte Ethik-Lehre*“.¹⁶ Während Vertreter:innen des ersten Ansatzes Wert auf die Entwicklung persönlicher Haltungen, Einstellungen und Tugenden auf dem Weg zum guten Arzt oder zur guten Ärztin legten, waren Befürworter:innen des zweiten Ansatzes eher an der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lösung praxisnaher moralischer und ethischer Probleme interessiert. Für die Charakterbildung wurde die Sozialisation der Studierenden durch eine stetige Konfrontation mit (positiven und negativen) Rollenvorbildern und Beispielen ärztlichen Verhaltens im Verlauf ihres Studiums als geeignete Methode erachtet. Auch von den Ethik-Dozierenden – bis dahin meist ethisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte – wurde angenommen, dass sie durch ihre Charaktereigenschaften und ihr Handeln im Unterricht als Vorbilder dienen könnten. Für die Förderung der Kompetenz, ethische Probleme in der medizinischen Praxis lösen zu können, war die argumentative Auseinandersetzung mit Fällen die Methode der Wahl.

Wie die im Laufe des Studiums erworbenen Charaktereigenschaften und Problemlösungskompetenzen auf die berufliche Praxis übertragen werden können, war weniger Gegenstand der Überlegungen. Es wurde aber beispielsweise

14 Siehe Wiesemann et al. (2005).

15 Siehe Schildmann et al. (2017).

16 Siehe Buyx et al. (2008).

empfohlen, von den Studierenden selbst erlebte Fälle zum Gegenstand des Unterrichts zu machen, um die Übertragbarkeit des Gelernten auf die eigenen Erfahrungen zu erproben.¹⁷

Die beiden über die Vermittlung von ethischen Kenntnissen hinausgehenden Ansätze fanden auch Einzug in die Formulierung von Lernzielen für die Ethik-Lehre im Medizinstudium. Den Lehrenden wurde nahegelegt, „Studierenden nicht nur Moralthorien und Moralbegründungen, sondern auch Verantwortung für die Realisierung moralischer Werte zu vermitteln“.¹⁸ Damit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass Ethik im Medizinstudium nicht zuletzt der professionellen Identitätsentwicklung dienen soll. In der Philosophie hatte im Gegensatz dazu zur gleichen Zeit Ethik-Lehre das Ziel, systematische theoretische Einsichten in das moralisch gebotene Verhalten zu ermöglichen, aber nicht primär, eine Orientierung für das professionelle Handeln von Philosophen und Philosophinnen zu bieten. Umgekehrt sollte Ethik-Lehre angehende Ärzte und Ärztinnen nicht zu Experten bzw. Expertinnen in Moralphilosophie ausbilden, sondern vielmehr dazu beitragen, einen geteilten moralischen Kompass der Berufsgruppe zu explizieren und einer Reflexion zugänglich zu machen.¹⁹ Diese grundlegenden Unterschiede in der Zielsetzung machten unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der hochschuldidaktischen Ausrichtung notwendig. Während in der philosophischen Ethik die kenntnisorientierte Lehre im Vordergrund stand, sollten Studierende der Medizin durch eine gleichermaßen auch charakter- und problemlösungsorientierte Lehre auf die moralischen und ethischen Herausforderungen ihres Berufes vorbereitet werden. Genauer gesagt sollten sie

- „Sensibilität für die moralischen Dimensionen des Handelns in der Medizin entwickeln“,
- „eigene moralische Positionen reflektieren, weiterentwickeln und argumentativ vertreten können“,
- „Sichtweisen und Interessen anderer Beteiligter, auch anderer Berufsgruppen im Gesund Gesundheitswesen erkennen und berücksichtigen können“,
- „Methoden der Entscheidungsfindung kennen und anwenden können“ sowie
- „Entscheidungen ethisch begründen, kommunizieren und umsetzen können“.²⁰

17 Siehe Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools (1998).

18 Vgl. Biller-Andorno et al. (2003), S. 118.

19 Siehe Gillam (2012).

20 Vgl. Biller-Andorno et al. (2003), S. 119.

2.2. Kompetenzorientierte Ethik-Lehre

Die bislang vorherrschende Trennung von Lernzielen²¹ nach *Kopf* (Kenntnissen, kognitiven Lernzielen), *Herz* (Charaktereigenschaften, Haltungen, affektiven Lernzielen) und *Hand* (Fähigkeiten, Fertigkeiten, praktischen Lernzielen) wird in der kompetenzorientierten Ethik-Lehre aufgegeben. Der Begriff Kompetenz versteht hierbei auf „ein komplexes und mehrdimensionales [psychologisches] Konstrukt“, das aus mehreren zusammenwirkenden Komponenten besteht.²² Ethische Kenntnisse, moralische Haltungen und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dazu dienen, Probleme zu lösen und Entscheidungen zu treffen, sind wichtige Elemente der ethisch-moralischen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten. Hinzu kommt eine übergeordnete Fähigkeit, diese persönlichen Voraussetzungen für das professionelle Handeln problem- und kontextbezogen zum Einsatz bringen zu können. Es handelt sich erst dann um Kompetenz, wenn die Komponenten in einem organisierten Zusammenspiel in variablen Situationen zum Einsatz gebracht werden können.

Kompetenz bezeichnet eine personale Voraussetzung, die es ähnlich wie Begabungen und Intelligenz ermöglicht, „spezifische [professionelle] Anforderungen und Aufgaben“ zu bewältigen, aber die im Gegensatz zu diesen nicht angeboren ist, sondern „durch Lernen und Erfahrung erworben“ wird.²³ Im Kontext kompetenzorientierter Lehre wird dabei häufig auf F.E. Weinert verwiesen, der Kompetenzen verstanden hat als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernten kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“.²⁴ Kompetenzen sind demnach komplexe Voraussetzungen, die Personen (bis zu einem gewissen Grad) befähigen, in unterschiedlichen herausfordernden Situationen in der Lage (fähig) und bereit (motiviert) zu sein, eigenverantwortlich professionell zu handeln.

Ethisch-moralische Kompetenzen können durch Lernerfahrungen erworben, vertieft und erweitert werden. Für die gezielte Vermittlung solcher Erfahrungen stellt die kompetenzorientierte Ethik-Lehre nicht Lehrende, sondern Lernende in den Mittelpunkt ihrer didaktischen Überlegungen. Dozierende investieren in einer kompetenzorientierten Lehre nicht mehr so viel Zeit darin, ein breites

21 In der Kompetenzorientierung stehen die Lernenden im Fokus, daher spricht man in dem Zusammenhang eher von *Lernzielen*, deren Erreichen durch Lehrangebote unterstützt werden kann, aber in der Verantwortung der Lernenden liegt.

22 Vgl. Fabry (2023), S. 118.

23 Ebd.

24 Vgl. Weinert (2001), S. 27-28.

Spektrum ethischer Kenntnisse zu vermitteln. Sie schaffen vielmehr exemplarische Lernanlässe, zu denen Studierende ethisch-moralische Kompetenzen praxisorientiert erwerben und erproben können. Eine kompetenzorientierte Lehre beinhaltet auch, Studierenden die Hauptverantwortung für ihren Kompetenzerwerb zuzuschreiben.

Kompetenzorientierte Lehre hat einen starken Handlungs- und Problembezug, integriert darin jedoch auch die Anwendung von Kenntnissen und Haltungen. Studierende sollen sich möglichst aktiv mit Problemsituationen beschäftigen, um ihre ethisch-moralischen Kompetenzen (weiter) zu entwickeln. Sie sollen veranlasst werden, ihre moralischen Überzeugungen anhand möglichst realistischer Praxisprobleme zu reflektieren, Lösungsstrategien selbst zu entwickeln, auszuprobieren und den Transfer vom Wissen zum Handeln einzuüben.

Dozierende übernehmen demgegenüber vorwiegend prüfende Tätigkeiten, die das Handeln der Studierenden strukturieren und motivieren sollen, etwa durch das Bereitstellen abwechslungsreicher Lern- und Übungsmaterialien, das Stellen von handlungsbezogenen Aufgaben und durch Feedback zu den Aktivitäten der Studierenden. Dozierende, die eine kompetenzorientierte Ethik-Lehre anbieten, sollten ihre Lehr-Lern-Arrangements dabei so ausweisen, dass Studierende selbstbestimmt Lernziele und damit auch Lernanlässe priorisieren können. Sie sollten darüber hinaus Lernangebote für unterschiedliche Kompetenzstufen gestalten und die jeweiligen Kompetenzstufen transparent mit angeben. Solche Zielformulierungen sollen Studierenden Orientierung über das angestrebte Kompetenzniveau geben und ihre Entwicklung zu höheren Kompetenzstufen motivieren. Um die Curricula für die Pflichtlehre im Medizinstudium kompetenzorientiert auszurichten, verständigen sich aufgrund solcher Überlegungen Fachvertreter:innen aktuell im Rahmen der Erarbeitung einer neuen Version des NKLM darüber, welche *kompetenzbasierten* Lernziele und -niveaus am Ende des Studiums erreicht werden sollen.²⁵

2.3. Gründe für interprofessionelle Lehre

Zentraler Bezugspunkt der kompetenzorientierten Ethik-Lehre ist die spätere Berufstätigkeit der Studierenden – also die gelebte Praxis der Gesundheitsversorgung. Es gibt gegenwärtig kaum Bereiche im Gesundheitswesen, in denen Ärzte und Ärztinnen allein arbeiten. Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise mit Pflegenden, ist nicht nur eine pragmatische Notwendigkeit aufgrund von Aufgaben- und Arbeitsteilung, sondern auch erforderlich, um die für

25 Siehe Medizinischer Fakultätentag (2015).

die Patienten- bzw. Patientinnen-Versorgung notwendigen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen zu vereinen und an den jeweiligen Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen zu orientieren.²⁶ Gute Teamarbeit wird als Grundvoraussetzung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung gesehen, wohingegen Fehler in der Versorgung mit schlechter Teamarbeit assoziiert sind.²⁷ Die Beurteilung der Situation eines Patienten oder einer Patientin aus einer einzelnen professionellen Perspektive kann bestimmte Aspekte einer Versorgungssituation überbetonen und andere, ebenfalls bedeutsame Aspekte und Informationen ausblenden. Der interprofessionelle Austausch über Patienten und Patientinnen ermöglicht demgegenüber eine umfassende Situationsanalyse. Zudem ist eine gelungene interprofessionelle Kommunikation Grundvoraussetzung für eine funktionale und zufriedenstellende Kooperation der Berufsgruppen und stärkt die Kollegialität.

Interprofessionelle Lehre hat das Ziel, Menschen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen auf die Zusammenarbeit mit jeweils anderen Berufsgruppen im späteren Berufsleben vorzubereiten.²⁸ Für Seidlein und Salloch (2022) lernen dabei Studierende oder Auszubildende verschiedener Fächer bzw. Berufsgruppen aufeinander bezogen von- und miteinander. Dafür ist es notwendig, dass sich die Lernenden gemeinsam mit einem Lerngegenstand beschäftigen und sich über ihre jeweiligen Perspektiven darauf austauschen.²⁹

Interprofessionelle Ethik-Lehre ermöglicht eine Reihe von besonderen Lernerfahrungen. So können Beteiligte unmittelbar erfahren, dass aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven unterschiedliche Wahrnehmungen einer Situation resultieren können³⁰ und dies auch zu moralischen Problemen führen kann. Wird zum Beispiel die ärztliche Prognose eines Patienten aus einer pflegerischen Perspektive als zu optimistisch eingeschätzt, können lebensverlängernde Maßnahmen in Frage gestellt und schlechter akzeptiert werden. Was für manche Teammitglieder aus ihrer professionellen Perspektive bedeutet, zum Wohl eines Patienten zu handeln, kann für Mitglieder aus einer anderen Berufsgruppe das Gegenteil bedeuten (z.B. künstliche Beatmung zur Lebenserhaltung, Zwangsbehandlung). Welche Aufgaben der eigenen Profession zugeschrieben

26 Siehe Walkenhorst et al. (2015). Wir verdeutlichen die interprofessionelle Zusammenarbeit und Lehre durch Beispiele in Bezug auf den Arzt- und Pflegeberuf, aber es sind auch andere Gesundheitsberufe gemeint.

27 Siehe Salloch/Seidlein (2022).

28 Siehe Neitzke (2005).

29 Siehe Seidlein/Salloch (2022).

30 Ebd.

werden und welche Umstände als „normal“ empfunden werden, kann einen großen Unterschied in der Bewertung einzelner Behandlungsentscheidungen ausmachen.

Die Integration unterschiedlicher professioneller Perspektiven kann demgegenüber die Lösung von Problemen erleichtern. So können pflegerische Informationen und Einschätzungen über persönliche und lebensweltliche Hintergründe einer Patientin ärztliche Behandlungsentscheidungen erleichtern, etwa wenn sie bei fraglicher Indikation wichtige Indizien über den mutmaßlichen Patientinnenwillen liefern. Auch kann die Bestätigung ärztlicher Einschätzungen aus pflegerischer Sicht die Sicherheit von Behandlungsentscheidungen erhöhen.

In der interprofessionellen Ethik-Lehre können Moraldiskurse über Entscheidungen geführt werden, von denen alle Teammitglieder betroffen sind.³¹ Solche Diskurse sind in der klinischen Praxis von entscheidender Bedeutung für die gemeinsame Behandlungsplanung und sollten daher schon in der studentischen bzw. beruflichen Ausbildung eingeübt werden. Im Zuge der Moderation solcher Diskurse können verschiedene Denktraditionen sichtbar gemacht werden.³² Lernende können durch die Auseinandersetzung mit dem Gegenüber reflektieren, inwiefern ihre Perspektive von theoretischen Ansätzen geprägt ist, in deren Übernahme sie hinein sozialisiert worden sind. Sie können dabei auch ihr Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme trainieren. So kann etwa die Erfahrung mit Begriffen und sprachlichen Rahmungen anderer Berufsgruppen zu einer Verschiebung der gewohnten Perspektiven führen. Die ärztliche Perspektive kann z.B. mit dem pflegerischen Blick auf die Auswirkungen, die eine Therapie auf die 'Verrichtungen des täglichen Lebens' von Patienten hat, angereichert werden. Umgekehrt kann die pflegerische Perspektive auf Behandlungen mit schlechter Prognose erweitert werden durch gesichertes ärztliches Wissen über die Anzahl der Behandlungen, die statistisch erforderlich ist, um einen Behandlungserfolg zu haben. Gelegenheiten für interprofessionelle Zusammenarbeit können darüber hinaus kreatives Denken fördern, wenn Teilnehmende trainieren, ihre Denkgewohnheiten zu verlassen.³³

Erste Studienergebnisse zeigen, dass interprofessionelle Lehrveranstaltungen zu einem besseren Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe führen können.³⁴ Durch fallbezogene, interprofessionelle Ethik-Lehre kann insbesondere das Verständnis für ethische Probleme der eigenen und der jeweils anderen

31 Siehe Neitzke (2005).

32 Siehe Salloch/Seidlein (2022).

33 Ein Beispiel dafür ist etwa die Entscheidung zur Organisation eines Konzertes im Rahmen einer patientenzentrierten Palliativversorgung, wenn es dazu dienen kann, das Leid eines Patienten zu lindern.

34 Referenz 19 bei Walkenhorst et al. (2015).

Berufsgruppe wachsen.³⁵ Im NKLM 2.0 werden zehn Berufsgruppen genannt, deren Aufgaben, Funktionen und Verantwortungsbereiche Ärztinnen und Ärzten bekannt sein sollen, darunter neben der Fachpflege auch Therapieberufe (z.B. Ergotherapie), Psychosoziale Berufe (z.B. klinische Sozialarbeit) sowie der Hebammen- und Rettungssanitätsberuf.³⁶ Darüber hinaus wird gefordert, dass Ärztinnen und Ärzte in der Lage sein sollen, ethische Dilemmata in der interprofessionellen Versorgung zu erkennen, sie zu benennen und angemessen mit ihnen umzugehen.³⁷ Dafür sind bestimmte ethisch-moralische Kompetenzen erforderlich, die im folgenden Abschnitt identifiziert werden.

3. Kompetenzen, die durch interprofessionelle Ethik-Lehre gefördert werden sollen

Soll klinische Ethik-Lehre dem Kompetenzerwerb dienen, ist es unerlässlich zu bestimmen, welche Kompetenzen konkret vermittelt werden sollen. Es wurden verschiedene Modelle ethisch-moralischer Kompetenzen vorgeschlagen, die für die Ethik-Lehre im Medizinstudium nutzbar gemacht werden können. Bei Kühlmeyer et al. (2022) werden diese Kompetenzen vor dem Hintergrund moralpsychologischer Erkenntnisse bestimmt.³⁸ Im Zuge einer Übertragung des Konzepts der moralischen Intelligenz auf das Handeln von Ärzten und Ärztinnen in der Patientenversorgung werden fünf Kompetenzen beschrieben, die für moralisch angemessenes, ethisch reflektiertes professionelles Handeln in diesem Bereich entwickelt werden sollen:

- „die Fähigkeit zur Ausgestaltung eines professionellen moralischen Kompasses“,
- „die Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten“,
- „die Fähigkeit zur Wahrnehmung moralischer Dimensionen ärztlichen Handelns“,
- „die Fähigkeit zum moralischen Urteilen anhand ethischer Überlegungen über das richtige Handeln“, und,
- „die Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns“.³⁹

35 Siehe Neitzke (2005).

36 Vgl. Medizinischer Fakultätentag (2015), NKLM 2.0, VIII 3.-02.1.2-11.

37 Ebd., VIII.3-01.1.4-01.1.7.

38 Siehe Kühlmeyer et al. (2022).

39 Vgl. ebd., S. 308.

Die Metapher des Kompasses deutet auf ein Instrument hin, das in Relation zum eigenen Standpunkt eine Richtung anzeigt. Ein *professioneller moralischer Kompass* zeigt moralische Standards und Normen an, anhand derer Ärzte und Ärztinnen ihr berufliches Handeln ausrichten und bewerten sollen. Die Inhalte eines ärztlichen moralischen Kompasses ergeben sich aus professionellen Rollenerwartungen, also zum Beispiel aus der Kenntnis rollenspezifischer Rechte und Pflichten. Die moralischen Ausrichtungen ärztlicher Rollen können sich im Laufe der Zeit verändern, also müssen auch Ärzte und Ärztinnen in der Lage sein, entsprechende Orientierungspunkte zu reflektieren und anzupassen, um neuen gesellschaftlichen Erwartungen gerecht werden zu können. Um einen moralischen Kompass auszubilden, aber auch neu auszurichten, ist eine Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Professionsethos notwendig. Es reicht dabei nicht hin, die Rollenerwartungen lediglich zu vermitteln. Vielmehr müssen Anlässe zur eigenen kritischen Auseinandersetzung mit ihnen geschaffen werden.

Mit der *Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten* ist neben deren Kenntnis auch die Motivation bezeichnet, sich im ärztlichen Handeln an den Orientierungspunkten des moralischen Kompasses auszurichten. Das geht mit einer grundsätzlichen Haltung einher, moralischen Zielen Vorrang gegenüber anderen Zielen einzuräumen. Dies beinhaltet zum Beispiel konkret, sich bei Interessenkonflikten nicht an eigennützigen, sondern patientendienlichen Zielen auszurichten. Die Ausrichtungsbereitschaft steht auch mit der Bereitschaft in Verbindung, Ressourcen in die Lösung von Handlungsproblemen zu investieren. Sie kann durch Lernen am Modell, aber auch durch Lernanlässe gefördert werden, bei denen sich Studierende in sozialen Situationen zu ihrem Berufsethos bekennen.

Die *Wahrnehmung der moralischen Dimension ärztlichen Handelns* bezieht sich auf die Fähigkeit, moralische Merkmale einer Situation zu erkennen und näher zu bestimmen. Sie beinhaltet auch die Fähigkeit, anhand unterschiedlicher Szenarien einschätzen zu können, ob eine Handlung im Einklang mit moralischen Standards steht. Didaktisch hat sich hier etwa die Arbeit mit Fallbeispielen bewährt. Studierende sollen dabei in die Lage versetzt werden, moralische Aspekte von fachlichen Aspekten der Fallbeschreibung zu differenzieren.

Um *zu moralischen Urteilen zu kommen*, reicht die Kenntnis einer moralischen Norm in der Regel nicht aus. Es ist vielmehr notwendig, die Anwendung von Normen ethisch zu reflektieren. Dies erfordert eine Strukturierung des Entscheidungsprozesses, um das ethisch am besten vertretbare Handeln zu identifizieren. Ein wesentlicher Bestandteil eines strukturierten, ethisch informierten Umgangs mit Behandlungsentscheidungen ist die Analyse der Situation, die Bestimmung von Handlungsoptionen und deren systematische Bewertung vor dem Hintergrund ärztlicher Werte und Rollenanforderungen. In der klinischen Ethik-Lehre

können Studierende dafür mit systematischen Entscheidungsabläufen vertraut gemacht werden, die auch in der klinischen Ethikberatung genutzt werden. In der Auseinandersetzung mit verschiedenen Ethikkonzeptionen und ethischen Begründungsansätzen können die Lernenden ihre Fähigkeiten zur begrifflichen Analyse und ethischen Argumentation weiterentwickeln, um in schwierigen Entscheidungssituationen die ethisch am besten begründbare Handlungsoption herausarbeiten und argumentativ vertreten zu können.

Die *Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns* ist eng gebunden an die Ausrichtungsbereitschaft und damit nicht nur von Fähigkeiten, sondern auch von den jeweils vorliegenden professionellen Haltungen und Einstellungen geprägt. Die Umsetzung von Handlungen, die an moralischen Standards orientiert sind, kann in der klinischen Praxis durch äußere Hindernisse erschwert oder verhindert werden, zum Beispiel durch eine starke Hierarchie oder eine Ausrichtung der Organisation an Interessen, die mit der Förderung des Wohlergehens von Patienten und Patientinnen konfliktieren. Um die Realisierungsbereitschaft in der Ethik-Lehre zu fördern, kommen Simulationen in Frage, in denen zum Beispiel die für richtig erachtete Handlungsoption argumentativ gegen statushöhere Personen vertreten werden soll.

Vergleicht man dieses Kompetenzmodell mit dem Modell von Simon und Neitzke, das auf Überlegungen von Kompetenzen für die Klinischen Ethikberatung basiert, fällt auf, dass ähnliche Elemente auch dort formuliert werden.⁴⁰ Jenes Kompetenzmodell soll für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Altenpflege gelten und umfasst folgende Aspekte:

- „Moralische Sensibilität“,
- „Verantwortungsgefühl/eigenes Beteiligtsein“,
- „Wahrnehmung der Beteiligten eines Konfliktes“,
- „Selbstwahrnehmung von eigenen Werten [und] Einstellungen“,
- „Wahrnehmung der Einstellungen Anderer“,
- „Begründung der eigenen Werte [und] Einstellungen“,
- „Austausch, Vergleich und Bewertung von Argumenten“,
- „Abwägen der Argumente, Entscheidungskompetenz“ und
- „Umsetzung und Rechtfertigung von Entscheidungen“.⁴¹

Mit *moralischer Sensibilität* ist die Fähigkeit zur Identifikation moralischer Fragestellungen gemeint, analog der Fähigkeit zur Wahrnehmung der moralischen Dimension ärztlichen Handelns. Die *Selbstwahrnehmung* und die *Begründung der eigenen Werte*

40 Siehe Simon/Neitzke (2010).

41 Ebd., S. 35.

und Einstellungen kann als Teil der Fähigkeit verstanden werden, den eigenen professionellen moralischen Kompass auszugestalten. Damit verbunden ist die Fähigkeit, Auskunft über die eigenen moralische Orientierungspunkte (sozusagen die sichtbaren Himmelsrichtungen) zu geben und sich diskursiv über sie verständigen zu können. Mit dem *Verantwortungsgefühl* ist gemeint, dass sich von einem moralischen Problem betroffene Personen für das Finden einer guten Lösung zuständig fühlen sollen. Sie sollen über eine „Grundhaltung der Empathie“ verfügen, „die es ermöglicht, das Wohlbefinden anderer zur Triebfeder der eigenen Entscheidungsfindung zu machen“.⁴² Diese Anforderung korrespondiert mit der Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten, wenn es auch eine etwas andere Begründung dafür bereitstellt, da es nicht nur das handelnde Individuum, sondern auch seine Eingebundenheit in ein Team in den Blick nimmt. Die *Entscheidungskompetenz* unter *Abwägung der Argumente* für oder gegen eine Handlungsoption bzw. eine höhere Gewichtung bestimmter Normen und Werte gewährleistet die Problemlösung. Dieser Aspekt korrespondiert mit der Fähigkeit zum moralischen Urteilen anhand systematischer ethischer Überlegungen über das richtige Handeln. Zuletzt wird die *Umsetzung und Rechtfertigung von Entscheidungen* angesprochen, was mit der Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns im Einklang steht.

Was hier über das Modell von Kühlmeyer et al. (2022) hinaus geht, sind Fähigkeiten, die für die Organisation interprofessioneller Fallbesprechungen notwendig sind.⁴³ Personen, die damit betraut sind, sollen die Fähigkeit haben, die möglichen *Beteiligten an einer Fallbesprechung identifizieren zu können*. Außerdem sollen sie die *Interessen, Einstellungen und Haltungen* der anderen an einem moralischen Problem beteiligten Personen *wahrnehmen können*. Dabei sollen sie anderen nicht nur zuhören, sondern sie aktiv nach ihren Überzeugungen und Argumenten fragen können. Diese beiden Kompetenzen erfordern Kenntnisse von den Rollen verschiedener Berufsgruppen, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme. Zuletzt sollen sie in die Lage versetzt werden, sich *mit anderen* (Berufsgruppen) *über Argumente austauschen zu können*. Ein solcher Austausch ist die Voraussetzung für eine Abwägung von Gründen und Ansprüchen, die dann möglichst im Konsens vollzogen werden sollte.

Dass solche Aspekte in dem Kompetenzmodell von Kühlmeyer et al. (2022) nicht berücksichtigt sind, liegt daran, dass ihr Modell auf dem Konzept der moralischen Intelligenz eines handelnden Subjekts basiert.⁴⁴ Für eine klinisch-ethische Fallbesprechung steht demgegenüber das handelnde interprofessionelle

42 Ebd.

43 Siehe Kühlmeyer et al. (2022) und Simon/Neitzke (2010).

44 Ebd.

Kollektiv (das Team) im Mittelpunkt der Überlegung, welches die Urteilsbildung gemeinsam und diskursiv vollzieht. Eine solche Diskrepanz zeigt die kontextspezifischen Anforderungen an ethisch-moralische Kompetenzen auf. In unterschiedlichen Situationen kann das Zusammenspiel unterschiedlicher Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen notwendig sein.

Für das vorliegende Thema sind vor allem die ethisch-moralischen Kompetenzen relevant, die eine interprofessionelle Kooperation in der Patientenversorgung ermöglichen, also teambezogene Kompetenzen. Hierfür bietet das Modell von Simon und Neitzke (2010) eine wichtige Erweiterung zu dem Modell von Kühlmeyer et. al. (2022), auf dessen Grundlage wir uns nun didaktischen Überlegungen zur Gestaltung einer interprofessionellen Ethik-Lehre zuwenden.

4. Überlegungen zur didaktischen Gestaltung kompetenzorientierter interprofessioneller Ethik-Lehre

Didaktische Ansätze zum Erwerb ethisch-moralischer Kompetenzen müssen zum einen an die jeweiligen beruflichen Kontexte angepasst sein, zum anderen an das Vorwissen und die vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen der Zielgruppe anschließen. In interprofessionellen Lehrangeboten können Dozierende zum Beispiel zunächst bewusst Stereotype, die mit Berufsgruppen einhergehen, aufgreifen und kritisch reflektieren. Ein geeigneter Einstieg in die Beschäftigung mit Rollenbildern könnte zum Beispiel eine Filmsequenz sein, in der professionelle Stereotype reproduziert werden. Für die interprofessionelle Teamarbeit könnte sich daran eine Lehrsequenz anschließen, in der ermittelt wird, welche Vorstellungen von guter Versorgung die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen haben und wie diese mit der gezeigten Sequenz (nicht) im Einklang stehen.⁴⁵

Daran anschließend könnte ein Beitrag zur Entwicklung und Reflexion gemeinsamer Grundwerte geleistet werden. Teilnehmende könnten zum Beispiel ein gemeinsames Leitbild erarbeiten, das ihre geteilten Grundwerte und die Ansprüche an die Zusammenarbeit zum Ausdruck bringt.⁴⁶ Hierbei könnte auch die Fähigkeit zur Ausgestaltung eines moralischen Kompasses trainiert werden, indem eigene Orientierungspunkte verständigt und gemeinsame Orientierungspunkte in den eigenen Kompass integriert werden.

45 Siehe Salloch/Seidlein (2022).

46 Ebd.

Lehr- und Lernmethoden zum Erwerb ethisch-moralischer Kompetenzen beinhalten oft die realitätsnahe Simulation ärztlichen Handelns. Durch die Simulation des Umgangs mit Patienten und Patientinnen in verschiedenen Situationen können zum Beispiel Fähigkeiten zur medizinethisch angemessenen Kommunikation und Entscheidungsfindung eingeübt werden. Dies kann auch durch das Spielen eines digitalen Lernspiels zur Förderung der moralischen Entwicklung erfolgen.⁴⁷

Besonders gut eignet sich für den Kompetenzerwerb durch interprofessionelle Ethik-Lehre die Simulation einer *moderierten, interprofessionellen ethischen Fallbesprechung*.⁴⁸ In der klinischen Praxis werden solche Besprechungen durchgeführt, um eine gemeinsame moralische Deliberation anzuleiten, die es einer Gruppe erleichtert, zu einer gemeinsamen, ethisch gut begründeten Behandlungsentscheidung zu gelangen. Auch Patienten und Patientinnen oder ihre Angehörigen können in eine solche Besprechung einbezogen werden. Durch eine strukturierte Gesprächsführung werden die Teilnehmenden schrittweise dazu veranlasst und dabei unterstützt, die Situation aus den Perspektiven aller beteiligten Berufsgruppen, Disziplinen und Personen zu analysieren. Dies schafft eine umfassende Grundlage, um die möglichen Handlungsoptionen sorgfältig zu ermitteln und systematisch anhand von ethischen Normen und Werten zu beurteilen. Die strukturierte Vorgehensweise ermöglicht es, in kurzer Zeit alle moralisch relevanten Aspekte eines Falles zu erfassen und die tragenden ethischen Gründe für eine Teamentscheidung zu bestimmen. Dabei können verschiedene Modelle einer ethischen Fallbesprechung zum Einsatz kommen. Das Ulmer Modell, die *Moral Case Deliberation* oder die Prinzipienorientierte Falldiskussion etwa sind bewährte Ansätze in der klinischen Praxis sowie in der Ethik-Lehre.⁴⁹ Neben der spezifisch methodischen Vorgehensweise sollten auch allgemeine Diskursregeln vermittelt werden, die einen respektvollen Austausch unterschiedlicher Meinungen und Haltungen ermöglichen sollen.

Einen besonderen Mehrwert haben interprofessionelle ethische Fallbesprechungen in der Ethik-Lehre durch ihr Potenzial, Beteiligte auf die Bewältigung komplexer Probleme in der späteren klinischen Praxis vorzubereiten. Durch die Besprechung real erlebter Fälle wird dabei die Authentizität der Lernerfahrung gesteigert. Die Fälle sollten idealerweise von Personen (z.B. von im Unterricht anwesenden Gastdozierenden) aus der eigenen klinischen Erfahrung eingebracht

47 Siehe Eichinger/Katsarov (2022).

48 Siehe Neitzke (2005).

49 Siehe Neitzke (2005), Haan et al. (2018), Marckmann/Jox (2013) und Marckmann (2022).

werden, um sie mit medizinischen und psychosozialen Details darstellen zu können. Dadurch kann eine interprofessionelle Entscheidungssituation lebhaft vorgestellt und verschiedene professionelle Perspektiven, Hintergrundaspekte sowie der Verantwortungsdruck, der auf den Beteiligten gelastet hatte, mit vermittelt werden. Durch eine aktivierende Gestaltung der Lernsituation können sich die Studierenden gedanklich auf den Fall einlassen, in professionelle Rollen schlüpfen und sich um die beste Lösung für den Patienten bzw. die Patientin bemühen. Handelt es sich um einen tatsächlich erlebten Fall, können sie die Ergebnisse ihrer Fallbesprechung mit den realen Entscheidungen und dem weiteren Verlauf des Falles in der Klinik abgleichen. Dabei sollte reflektiert werden, inwiefern der Ausgang (k)ein Argument für die Gewichtung von Normen und Werten darstellen kann.

Eine Simulation interprofessioneller klinisch-ethischer Fallbesprechungen in der Ethik-Lehre stellt hohe Anforderungen an Dozierende. Sie sollten mit dem Modell der ethischen Fallbesprechung, das in der Lehre verwendet werden soll, vertraut sein, da die kompetente Anwendung solcher Modelle das Handeln (u.a. das Denken und den kommunikativen Austausch) der Beteiligten strukturiert und der Einübung bedarf.⁵⁰ Gleichzeitig kann die Durchführung ethischer Fallbesprechungen in der Lehre eine gute Vorbereitung auf die Moderation realer interprofessioneller klinisch-ethischer Fallbesprechungen sein. Eine Möglichkeit ist demnach, dass erfahrene Dozierende im Co-Teaching weniger erfahrene Kolleginnen und Kollegen Moderationskompetenzen anhand interprofessioneller ethischer Fallbesprechungen vermitteln.

In didaktischer Hinsicht kann es sinnvoll sein, für den Zweck einer Lehrveranstaltung bestimmte Vorgaben zu machen, die bei realen ethischen Fallbesprechung nicht bestehen. Durch Simulationen mit Schauspieler:innen können dabei klinische Konfliktsituationen oder bestimmte Gesprächsdynamiken realitätsnah erlebt werden. Möglich ist auch die Darbietung unterschiedlicher, etwa selektiver oder emotional verzerrter Informationen über einen Fall, sodass die vollständige Fallgeschichte nur durch die Beteiligung und Verständigung verschiedener Personen erreicht werden kann.⁵¹ Die Lernerfahrung wird besonders herausfordernd, wenn auch die Moderation der Fallbesprechungen von Studierenden übernommen wird.

Für die Umsetzung interprofessioneller Lehre sind in aller Regel Kooperationen zwischen unterschiedlichen Studiengängen oder Hochschulen erforderlich. In einem solchen Lehrsetting ist es wichtig, Fälle zu wählen, die für alle be-

50 Siehe Rauprich et al. (2022).

51 Siehe Seidlein et al. (2021).

teiligten Berufsgruppen relevante moralische Fragen aufwerfen. Um den unterschiedlichen Erwartungen der Studierenden gerecht werden zu können, wird Co-Teaching durch Dozierende mit Bezügen zu allen beteiligten Zielgruppen empfohlen.⁵²

5. Evaluation kompetenzorientierter interprofessioneller Ethik-Lehre

Wenn man davon ausgeht, dass Prüfungen die Beschäftigung mit Lerninhalten motivieren, stellt sich die Frage, welche Prüfungsformate für die kompetenzorientierte interprofessionelle Ethik-Lehre geeignet sind. Die tatsächlich erlangte Kompetenz der Studierenden kann nicht direkt geprüft, sondern nur anhand der Performanz im Umgang mit komplexen, prozesshaften und variierenden Aufgaben erschlossen werden (*Kompetenz-Performanz-Problematik*).⁵³ Soll eine Prüfung zur Feststellung von Kompetenzstufen dienen, stellt sich die Frage, wie die Durchführung oder der Prozess sowie das Ergebnis von interprofessionellen ethischen Fallbesprechungen objektiv beurteilt werden können.

Bereits etablierte Testverfahren, die zur Messung von moralischer Urteilsfähigkeit verwendet werden, wie zum Beispiel der *Defining Issues Test* von Rest, greifen hier zu kurz, weil sie alleine die Stufen der moralischen Entwicklung nach Kohlberg untersuchen⁵⁴ und nicht von dem hier skizzierten Kompetenzmodell ausgehen. So stellt sich die Frage, wie das Gelingen einer interprofessionellen Fallbesprechung kompetenzorientiert beurteilt werden kann. Ethische Fälle, die in der Lehre verwendet werden, sind häufig vieldeutig und lassen unterschiedliche Argumentationsstrategien und Positionen zu. Ein Konsens der Beteiligten (zum Beispiel zwischen Dozierenden und Lernenden) garantiert noch nicht ein gutes Ergebnis, denn die Beteiligten könnten sich auch auf eine Entscheidung einigen, die ethisch weniger gut begründet ist. In Bezug auf die Bewertung des Ergebnisses könnte man z.B. eine Kohärenzprüfung der getroffenen Entscheidung durchführen und dafür Referenzpunkte aus ärztlichen Kodizes oder richterlichen Urteilen heranziehen. Allerdings könnten auch Urteile und Kodizes Aussagen beinhalten, die nicht ausreichend ethisch begründet sind. Diese Überlegungen lassen das Vorhaben einer weitgehend objektiven Prüfung des Ergebnisses einer ethischen Fallbesprechung eher in den Hintergrund treten.

52 Siehe Seidlein et al. (2021).

53 Siehe Walzik (2012).

54 Siehe Buyx et al. (2008).

Eine Alternative zur objektiven Bewertung des Lernergebnisses könnte die subjektive Feststellung des Kompetenzzuwachses oder der Kompetenzerwartung sein.⁵⁵ Diese würde die Untersuchung von Selbstaussagen beinhalten, inwiefern sich die Lernenden auf die Bewältigung ähnlicher interprofessioneller Handlungsprobleme vorbereitet fühlen.⁵⁶

Betrachtet man nicht das Ergebnis, sondern den Prozess, könnte zunächst darauf geachtet werden, ob die Schritte des Modells für die ethische Fallbesprechung so umgesetzt wurden, wie sie vorgesehen sind bzw. ob sie nachvollziehbar auf den Fall angepasst wurden. Alternativ könnten innerhalb des Prozesses zum Beispiel die Breite, Genauigkeit und Ausführlichkeit der ethischen Analyse bewertet werden. Dabei könnten Dozierende darauf achten, ob die Synthese unterschiedlicher Bewertungen von Handlungsoptionen auf einer angemessenen Vielfalt an Perspektiven beruht.⁵⁷ Eine weitere Möglichkeit wäre, die Qualität der Argumentation zu überprüfen, etwa, ob es in der Synthese und Abwägung oder in der Begründung einer Position zu Argumentationsfehlern gekommen ist, und ob alle wesentlichen Gründe ausreichend gewürdigt wurden. Im interprofessionellen Lernen könnte das bedeuten, darauf zu achten, ob die Teilnehmenden eine Perspektivenübernahme der jeweils anderen Berufsgruppe zum Ausdruck bringen konnten.

Letztlich kann nur das geprüft und bewertet werden, was methodisch und inhaltlich für die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen gelehrt wurde. Somit hängen Prüfungen von dem jeweiligen Modell der ethischen Fallbesprechung ab, welches in der interprofessionellen Ethik-Lehre zugrunde gelegt wurde. Das Modell ist auch maßgeblich für die Qualität der Fallbesprechungen im Hinblick auf ihr Potenzial, zur Lösung moralischer Probleme im Team beizutragen. Dies wirkt wiederum auf die Möglichkeiten der Bewertung des Lernerfolges im Zusammenhang mit simulierten Fallbesprechungen zurück. So kann bei einem Modell der ethischen Fallbesprechung, das nicht systematisch die Perspektiven verschiedener Berufsgruppen abfragt, das Lernziel der Perspektivübernahme womöglich nicht erreicht werden. Ebenso kann bei einem Modell, das keinen systematischen normativen Bezugsrahmen zur Verfügung stellt, nicht bewertet werden, ob alle relevanten Gründe für eine Behandlungsentscheidung gewürdigt und abgewogen wurden.

55 Siehe Seidlein/Salloch (2022).

56 Siehe Buyx et al. (2008).

57 Siehe Segnhor/Racine (2022).

6. Ausblick

Dieser Beitrag stellt das Potenzial interprofessioneller Ethik-Lehre als Bestandteil der kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium heraus und zeigt Überlegungen auf, die weiterführend für die Realisierung von interprofessionellen Lehrangeboten sein können. Auch wenn das Ziel, von einer kenntnis- zu einer kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium zu wechseln, allgemein anerkannt ist, so ist der Weg dorthin bislang weder beschritten noch klar herausgearbeitet worden. Zwar bestehen auf konzeptioneller Ebene Vorschläge, welche ethisch-moralischen Kompetenzen in der studentischen Lehre erworben werden sollen. Jedoch sind Berichte über Erfahrungen mit kompetenzorientierter Ethik-Lehre bislang in der Fachliteratur noch unterrepräsentiert. Lehrangebote werden bislang vor allem in Form von exemplarischen, wählbaren Lehrprojekten gemacht, aber sind vielerorts nicht in die Pflichtlehre integriert. Es fehlen empirische Studien, mit denen die Wirksamkeit von Lehr-Lern-Arrangements im Hinblick auf kompetenzbasierte Lernziele systematisch überprüft wird. Zudem bestehen Herausforderungen hinsichtlich der empirischen Erfassung und Bewertung von Leistungsnachweisen. Eine empirische Erforschung der Wirksamkeit kompetenzorientierter Lehrveranstaltungen ist aber notwendig, nicht zuletzt, um den erhöhten Ressourceneinsatz rechtfertigen zu können, der damit einhergehen kann.

Die Vermittlung von Kompetenzen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erscheint für die klinische Praxis von besonderer Bedeutung. Zugleich bergen interprofessionelle Lernziele eine zusätzliche Ebene an Komplexität, die über die Arzt- bzw. Ärztinnen-Patienten- bzw. -Patientinnen-Beziehung hinaus geht. Der Einsatz klinisch-ethischer Fallbesprechungen in der interprofessionellen Ethik-Lehre erscheint nun dringlicher vor dem Hintergrund ihrer wachsenden Bedeutung in der klinischen Praxis. Jedoch sind auch hier noch viele didaktische Fragen offen, z.B. welche Methode der Fallbesprechung sich für die Lehre am besten eignet, ob Rollenspiele, Simulationen oder andere Methoden eingebaut werden sollten und welche Kompetenzen Dozierende brauchen, um solche Lehrmethoden erfolgreich einsetzen zu können. Grundsätzlich stellt sich darüber hinaus die Frage, ob interprofessionelle Ethik-Lehre auch interprofessionell gelehrt werden muss.

Neben didaktischen Fragen bestehen strukturelle Hürden bei der Realisierung von interprofessionellen Lehrangeboten. Kompetenzorientierte Ethik-Lehre sollte in Kleingruppen stattfinden, was eine curriculare Herausforderung darstellt (z.B. in der personellen Ausstattung oder der Organisation des Lehrangebots). Die interprofessionelle Verzahnung des Medizinstudiums mit anderen Bildungseinrichtungen wie etwa Hochschulen für angewandte Wissenschaften

oder berufsbildenden Schulen birgt zudem organisatorische Herausforderungen (z.B. hinsichtlich des unterschiedlichen Alters oder Bildungsniveaus verschiedener Gruppen). Es sind dafür neue institutionelle Kooperationen notwendig, bei denen zahlreiche administrative, curriculare, rechtliche und berufspolitische Hürden zu überwinden sind. Trotz dieser Bedenken ist es lohnenswert, interprofessionelle Lehrangebote zu gestalten, um die interprofessionelle Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen schon frühzeitig einzuüben und Entscheidungen gemeinsam vor dem Hintergrund ethischer Anforderungen reflektieren zu können.

Interessenskonflikte: Keine

Danksagungen

Katja Kühlmeyer dankt Prof. Dr. Constanze Giese und Magdalena Würmseer für die bereichernde Zusammenarbeit in einem Interprofessionellen Fallseminar mit Pflege- und Medizinstudierenden, das im Wintersemester 2023/2024 erstmals erprobt wurde. Wir danken außerdem Tobias Eichinger und Andreas Frewer für ihre Verbesserungsvorschläge zu früheren Versionen dieses Beitrags.

Literatur

- Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 7. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 148).
- Biller-Andorno, N./Neitzke, G./Frewer, A./Wiesemann, C. (2003): Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. In: *Ethik in der Medizin* 15 (2003), S. 117-121.
- Buyx, A. M./Maxwell, B./Supper, H./Schöne-Seifert, B. (2008): Medizinethik als Unterrichtsfach: Lernziele und Evaluation. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 120 (2008), S. 655-664.
- Cooney, R./Chan, T.M./Gottlieb, M./Abraham, M./Alden, S./Mongelluzzo, J./Pasirstein, M./Sherbino, J. (2017): Academic Primer Series: Key Papers About Competency-Based Medical Education. In: *Western Journal of Emergency Medicine* 18 (2017), pp. 713-720.
- Consensus Statement by Teachers of Medical Ethics and Law in UK Medical Schools (1998): Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. In: *Journal of Medical Ethics* 24 (1998), pp. 188-192.
- Dörries, A./Neitzke, G./Simon, A./Vollmann, J. (Hrsg.) (2010): *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. Auflage. Stuttgart.
- Eichinger, T./Katsarov, J. (2022): Spielend Medizinethik trainieren: „uMed: Your Choice“. In: *Ethik in der Medizin* 34 (2022), S. 413-417.
- Eichinger, T./Michl, S. (2022): Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in der Medizin und den Gesundheitsberufen. In: *Ethik in der Medizin* 34 (2022), S. 281-286.
- Fabry, G. (2023): *Medizindidaktik. Für eine kompetenzorientierte, praxisrelevante und wissenschaftlich fundierte Ausbildung*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern.
- Frank J./Snell L.S./Ten Cate O./Holmboe E./Carraccio C./Swing S.R./Harris P./Glasgow N.J./Campbell C./Dath D./ et al. (2010): Competency-based medical education: theory to practice. In: *Medical Teacher* 32 (2010), pp. 638-645.
- Gillam, L. (2012): Teaching Ethics in the Health Profession. In: *Kuhse/Singer* (2012), pp. 584-593.
- Haring, R. (Hrsg.) (2020): *Gesundheitswissenschaften: Living reference work*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, Springer.
- Haan, M. M./Van Gorp, J. L. P./Naber, S. M./Groenewoud, A. S. (2018): Impact of moral case deliberation in healthcare settings: A literature review. In:

- BMC Medical Ethics 19, 1 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y>.
- Kühlmeyer, K./Wolkenstein, A./Schütz, M./Wild, V./Marckmann, G. (2022): Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium. In: Ethik in der Medizin 34 (2022), S. 301-318.
- Kuhse H./Singer P. (Eds.) (2012): A Companion to Bioethics. 2. Auflage, Chichester.
- Marckmann, G. (2022a): Im Einzelfall gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann (2022b), S. 21-29.
- Marckmann, G. (Hrsg.) (2022b): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Auflage. Berlin.
- Marckmann, G./Jox, R. (2013): Ethik in der Medizin: Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen: Auftaktartikel zur Serie. In: Bayerisches Ärzteblatt 9 (2013), S. 442-445.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.) (2015): [National Competency-Based Catalogue of Learning Objectives for Medicine] Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLm). Berlin. <http://www.nklm.de> (08.03.2024).
- Mertz, M. (2021): Ethik im Gesundheitswesen. In: Haring (2020). https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_63-2.
- Neitzke, G. (2005): Interprofessioneller Ethikunterricht. In: German Medical Science/Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 22, 2 (2005), S. 1-6.
- Neuhäuser, C./Raters, M.-L./Stoecker, R. (Hrsg.) (2023): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart.
- Rauprich, O./Marckmann, G./Schildmann, J. (2022): Relevance of a normative framework for evaluating the impact of clinical ethics support services in healthcare. In: Journal of Medical Ethics 48, 12 (2022), pp. 987-988.
- Salloch, S./Seidlein, A.-H. (2022): Interprofessionelle Zusammenarbeit als Grundlage einer ethisch guten Entscheidungsfindung. In: Marckmann (2022b), S. 41-46.
- Schildmann, J./Bruns, F./Hess, V./Vollmann, J. (2017): 10 Jahre Geschichte, Theorie und Ethik (GTE). Eine Umfrage zu Lehrinhalten, Methoden und strukturellen Voraussetzungen an 29 deutschen medizinischen Fakultäten. In: German Medical Science. Journal for Medical Education 34, 2 (2017), S. 1-13.
- Senghor, A. S./Racine, E. (2022): How to evaluate the quality of an ethical deliberation? A pragmatist proposal for evaluation criteria and collaborative research. In: Medicine, Health Care and Philosophy 25, 3 (2022), pp. 309-326.

- Seidlein, A.-H./Salloch, S. (2022): Ethische Fragen im Gesundheitswesen als Gegenstand interprofessionellen Lernens: Überblick zur Situation in Deutschland und Projektbericht. In: *Ethik in der Medizin* 34, (2022), S. 373-386.
- Seidlein, A.-H./Hannich, A./Nowak, A./Salloch, S. (2022): Interprofessional health-care ethics education for medical and nursing students in Germany: an interprofessional education and practice guide. In: *Journal of Interprofessional Care* 36, 1 (2022), pp. 144-151.
- Simon, A. (2023): Klinische Ethik. In: Neuhäuser et al. (2023), S. 685-689.
- Simon, A./Neitzke, G. (2010): 2.1 Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries et al. (2010), S. 22-38.
- Steinkamp, N./Gordijn, B. (2010): *Ethik in der Klinik: Ein Arbeitsbuch*. 3. Auflage. München.
- Walkenhorst, U./Mahler, C./Aistleithner, R./Hahn, E./Kaa-Fröhlich, S./Karskens, S./Reiber, K./Stock-Schröer, B./Sottas, B. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. In: *German Medical Science/Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32, 2 (2015), S. 10-19.
- Walzik, S. (2012): *Kompetenzorientiert prüfen: Leistungsbewertung an der Hochschule in Theorie und Praxis*. Toronto.
- Weinert, F. E. (2001a): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert (2001b), S. 17-31.
- Weinert, F. E. (Hrsg.) (2001b): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim.
- Wiesemann, C./Biller-Andorno, N./unter Mitarbeit von Frewer, A. (2005): *Medizinethik. Für die neue AO*. Stuttgart.

Prinzipienorientierte Fallbesprechungen in der Lehre Ein Werkstattbericht

1. Hintergrund

Ethische Fallbesprechungen sind ein Instrument der klinischen Ethik und kommen auch teilweise in der humanmedizinischen Ethik-Lehre zum Einsatz. In diesem Beitrag werden Fallbesprechungen zunächst als komplexe klinische Interventionen beschrieben und darauf aufbauend skizziert, welcher ethischen Kompetenzen es zu ihrer erfolgreichen Durchführung in der klinischen Praxis bedarf und welches Potenzial Fallbesprechungen haben, solche Kompetenzen in der Ethik-Lehre zu vermitteln.

Im zweiten Teil des Beitrages wird über die Erfahrungen mit dem Einsatz der prinzipienorientierten Fallbesprechung in GTE-Seminaren über drei Semester hinweg berichtet. Das Instrument eignet sich in besonderer Weise für die praxisnahe und kompetenzorientierte Vermittlung eines professionellen Umgangs mit ethischen Problemen in der Klinik. Zudem kann es für die interprofessionelle Lehre fruchtbar gemacht werden. Gleichzeitig erfordert es einen relativ hohen Ressourceneinsatz in der Lehre und stellt spezifische Anforderungen an die Kompetenz der Dozenten.¹

1.1. Ethische Fallbesprechungen in der klinischen Praxis

Moderierte ethische Fallbesprechungen werden in der klinischen Praxis² durchgeführt, um Behandlungsteams in schwierigen Entscheidungssituationen professionell unter ethischen Gesichtspunkten zu unterstützen. Sie beinhalten die Ein-

-
- 1 Aus Gründen der Rechtschreibung und Lesbarkeit werden im Folgenden die normalen generischen Bezeichnungen für geschlechtsübergreifende Personengruppen verwendet, hier also für Dozenten jeden Geschlechts.
 - 2 Ich beschränke mich hier auf ethische Fallbesprechungen im klinischen Kontext, ohne die Existenz und Bedeutung der außerklinischen Ethikberatung in Frage zu stellen.

bindung verschiedener Akteure (unterschiedlicher Berufsgruppen und Disziplinen sowie z.T. Patienten oder Angehörige) in einen strukturierten Kommunikationsprozess. Es handelt sich um einen Prozess, der verschiedenen Methoden folgen kann, verschiedene Ziele und Outcomes haben kann (insbesondere in Bezug auf Entscheidungsfindung, Behandlungsergebnisse, Konsensbildung, Stressvermeidung, Rechtssicherheit, Lerneffekte) und an den klinischen Kontext – den jeweiligen Fall, die Beteiligten und den Anlass der Besprechung – angepasst werden muss.

Ethische Fallbesprechungen erfüllen damit die Kriterien einer komplexen klinischen Intervention:³ Im Gegensatz zu koordinierten Kombinationen von Einzelmaßnahmen setzen sie sich aus einem Bündel von Interaktionen verschiedener Akteure zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen können. So kann eine wertschätzende Moderation Teilnehmern von Fallbesprechungen dazu motivieren, offener zu sprechen, als sie es sonst tun würden; Informationen und Beurteilungen, die von einer Person oder Berufsgruppe vorgebracht werden, können die Ansichten und Entscheidungen anderer Teilnehmer verändern oder auch bestärken; die Anwesenheit oder Abwesenheit bestimmter Personen (z.B. betroffener Eltern) oder Berufsgruppen (mit relevanter fachlicher Expertise) kann den Raum dessen, was besprochen und entschieden werden kann, beeinflussen usw. Da solche Wechselwirkungen ein zentraler Bestandteil von Fallbesprechungen sind, kann ihr Verlauf nur bis zu einem gewissen Grad vorhergesehen und standardisiert werden.

Werden ethische Fallbesprechungen in das klinische Setting implementiert und wiederholt durchgeführt, können sie nachhaltigen Einfluss auf die Mitarbeiter, Strukturen und Arbeitskulturen von Stationen und Einrichtungen haben und umgekehrt von diesen beeinflusst werden. So können sich die Besprechungen auf einer Station von seltenen, anlassbezogenen großen Ethik-Konferenzen in besonders schwierigen oder umstrittenen Fällen zu regulären, niederschweligen und kürzeren Ethik-Visiten wandeln oder von diesen ergänzt werden. Solche Interaktionen und Anpassungen zwischen der Intervention und dem klinischen Kontext sind eine weitere Quelle der Komplexität ethischer Fallbesprechungen.

1.2. Ethische Fallbesprechungen und klinisch-ethische Kompetenzen

Die Qualität und der Erfolg ethischer Fallbesprechungen hängen wesentlich von den Kompetenzen der Teilnehmer ab – nicht nur des Moderators oder der Moderatorin, sondern auch der Teammitglieder und ggf. teilnehmender Patienten

3 Siehe Schildmann et al. (2019) und Skivington et al. (2021).

oder Angehörigen. Neben fachlichen medizinischen, ethischen und rechtlichen Expertisen, der Fähigkeit, die relevanten Aspekte in einem multidisziplinären und interprofessionellen Team korrekt, verständlich und prägnant darzustellen, sowie spezieller methodischer und kommunikativer Fähigkeiten des Moderators zur strukturierten Anleitung des Kommunikationsprozesses sind weitere Kompetenzen notwendig. Dazu gehören u.a.

- die intrinsische Motivation aller Beteiligten, sich gemeinsam um die beste Lösung des jeweiligen Falles im Sinne der jeweiligen Problemstellung und Zielsetzung der Besprechung zu bemühen;
- die Bereitschaft, dabei nicht nur die eigenen fachlichen oder persönlichen Belange zu vertreten, sondern sich auf eine umfassende Perspektive auf den Fall einzulassen und Mitverantwortung für das Gelingen der Fallbesprechung insgesamt zu übernehmen;
- die Fähigkeit, sich gemäß der eigenen Rolle und Expertise konstruktiv in den Kommunikationsprozess einzubringen, einschließlich der Kompetenz, situativ zu erkennen, wo es angemessen ist, sich zurückzuhalten und wo es notwendig ist, proaktiv das Wort zu ergreifen;
- eine ausgeprägte Sensibilität für die moralische Dimension des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handelns, einschließlich der Fähigkeit, sich empathisch in die Situation von Patienten, Angehörigen und Kollegen versetzen zu können;
- eine ausgeprägte Urteilskraft zur Identifikation, Bewertung und werten- den Abwägung aller moralisch relevanten Aspekte eines Falles, insbesondere hinsichtlich des patientenrelevanten Nutzens sowie der Risiken und möglicher Nebenwirkungen bestimmter Behandlungen – unter Berücksichtigung der Evidenzlage; des (ggf. mutmaßlichen) Patientenwillens und der Frage, wie informiert und selbstbestimmt dieser ist; des Schutzes berechtigter Interessen und der Integrität von Behandlern, Einrichtungen und der Öffentlichkeit; sowie der Fairness und Gerechtigkeit in Bezug auf andere Patienten, Beitrags- und Steuerzahler und sonstige Betroffene von Allokations- und Finanzierungsfragen;
- die Fähigkeit und Bereitschaft, die eigenen moralischen Wahrnehmungen und Urteile im Rahmen des Kommunikationsprozesses zu artikulieren, argumentativ zu begründen und zu reflektieren sowie ggf. weiterzuentwickeln oder zu revidieren;
- die Fähigkeit, dabei mit starken moralischen Gefühlen angemessen umzugehen, sie als intuitiven moralischen Kompass zu nutzen, jedoch gleichzeitig argumentativ zu reflektieren und emotional zu kontrollieren und zu verarbeiten;

- die Bereitschaft, Beschlüsse und Ergebnisse von Fallbesprechungen verlässlich und kollegial umzusetzen.

Das Instrument der ethischen Fallbesprechung kann somit nur in Verbindung mit den notwendigen Kompetenzen der Teilnehmer zu einem professionellen und verantwortungsvollen Umgang mit moralisch herausfordernden Situationen in der klinischen Praxis beitragen. Diese Kompetenzen sind bis zu einem gewissen Grad von der Persönlichkeit der Teilnehmer abhängig und werden im Laufe der beruflichen Ausbildung und Erfahrung entwickelt. Die beste Förderung einer kompetenten Durchführung ethischer Fallbesprechungen ist aber vermutlich die Teilnahme an Fallbesprechungen selbst. Nicht nur die Moderation bedarf der Einübung und Erfahrung, auch die Teams können von vorherigen ethischen Fallbesprechungen profitieren: Sie lernen die Abläufe und Strukturen eines ethischen Diskussionsprozesses kennen, üben ihre Diskussionskultur ein, trainieren ihre moralische Urteilskraft und können, nicht zuletzt, Vertrauen in den Nutzen moderierter ethischer Besprechungen auf ihrer Station gewinnen.

1.3. Ethische Fallbesprechungen in der Lehre

Während ethische Fallbesprechungen in der klinischen Praxis weithin anerkannt und zunehmend als Instrument zur professionellen ethischen Unterstützung von Behandlungsteams in schwierigen Entscheidungssituationen sowie zur Förderung klinisch-ethischer Kompetenzen ihrer Mitglieder etabliert sind, ist es weniger etabliert und untersucht, ob und inwiefern sich ethische Fallbesprechungen auch zum Erwerb klinisch-ethischer Kompetenzen in der studentischen Lehre eignen.⁴

Spätestens mit der Einführung des Querschnittsbereiches „Geschichte, Theorie, Ethik“ in die ärztliche Approbationsordnung im Jahr 2002 wurde die Vermittlung von „ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ in den Kernbereich des Medizinstudiums aufgenommen (§1). Zugleich wurde die Bedeutung problemorientierter, fallbezogener und fächerübergreifender Ausbildungsinhalte hervorgehoben (§2).⁵ In einem von der Akademie für Ethik in der Medizin verabschiedeten Lernzielkatalog wurden zur Umsetzung der Vorgaben in der Approbationsordnung einige grundlegende ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgezählt, die einen Bezug zu Fallbesprechungen haben können, z.B. die „eigene moralische Position reflektieren, weiterentwickeln und argumentativ vertreten können“ und die „Methoden der Entscheidungsfindung kennen und anwenden

4 Siehe Molewijk et al. (2008) und Friedrich et al. (2017).

5 Siehe BMG (2002), Approbationsordnung für Ärzte.

können“.⁶ Jedoch wurde explizit darauf verzichtet, bestimmte Unterrichtsmethoden und Lehrformen zu empfehlen.

Daraufhin entwickelte sich eine äußerst heterogene Ethik-Lehre an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland mit Veranstaltungen, die sich in Form, Inhalt und Methode erheblich voneinander unterscheiden.⁷ Zwar ist es bekannt, dass in der Medizinethik-Lehre wie auch in Lehrbüchern zur Medizinischen Ethik häufiger mit Fallbeispielen gearbeitet wird.⁸ Jedoch werden diese in der Regel mehr als Kasuistiken zur Illustration theoretischer Ausführungen genutzt, denn als eigenes Genre der Lehre, bei dem die ausführliche, methodisch geleitete und strukturierte oder gar moderierte Besprechung von Fällen in Anlehnung an reale prospektive ethische Fallbesprechungen auf Stationen im Mittelpunkt steht.

Erfahrungen mit der Translation von klinisch-ethischen Fallbesprechungen in die Lehre sind bislang kaum in der Literatur zu finden. Dabei liegt es auf der Hand, das Potenzial dieses Instruments, das in der klinischen Praxis nicht nur zur Lösung klinisch-ethischer Probleme, sondern auch zur Förderung klinisch-ethischer Kompetenzen von Teammitgliedern genutzt werden kann, für die studentische Ausbildung zu erkunden.

Offenkundige Limitationen ergeben sich aus den Unterschieden im Setting: Die Teilnehmer von Fallbesprechungen in der Lehre sind keine Mitglieder eines Behandlungsteams auf einer Station, sondern Studenten im Seminarraum. Sie haben einen geringeren medizinischen Ausbildungsgrad und weniger klinische Erfahrung. Sie stellen keine multiprofessionelle Gruppe, sondern – sofern keine interprofessionelle Lehre erfolgt – ausschließlich angehende Ärztinnen und Ärzte dar. Die Fälle werden nicht prospektiv, sondern retrospektiv besprochen. Die Studenten kennen die Fälle nicht aus der eigenen Praxis, sondern aus der Beschreibung. Es lastet kein realer Verantwortungsdruck auf ihnen, Fehler in der Analyse oder Bewertung eines Falles haben keine negativen Konsequenzen. Es handelt sich insgesamt um keine echten ethischen Fallbesprechungen, sondern um Simulation solcher Besprechungen.

Dennoch besteht ein vielversprechendes Lehr- und Lernpotenzial: Den Studenten kann die verwendete Methode der ethischen Fallbesprechung systematisch vermittelt werden. Werden vom Dozenten reale Fälle aus der eigenen Tätigkeit als Ethikberater eingebracht, so kann zumindest eine authentische Vorstellung von der realen Beratungssituation vermittelt werden, die auch multiprofessionelle Perspektiven beinhalten kann. Die Kursteilnehmer können einen

6 Vgl. Biller-Andorno et al. (2003), S. 119.

7 Siehe Möller et al (2006) und Schildmann et al (2017).

8 Siehe z.B. Maio (2012) und Salomon (2016a).

strukturierten Diskussionsprozess durchlaufen, der einer realen ethischen Fallbesprechung strukturell und inhaltlich gleicht. Durch die Besprechung mehrerer ausgewählter Fälle im Laufe des Kurses können sie die verwendete Methode der Fallbesprechung einüben, die eigenen moralischen Überzeugungen und Einstellungen reflektieren und weiterentwickeln, einen Eindruck von der Komplexität und Vielfalt realer moralischer Probleme in der klinischen Praxis erhalten, ihr medizinethisches und -rechtliches Wissen fallbezogen anwenden und vertiefen sowie nicht zuletzt den Nutzen strukturierter klinisch-ethischer Fallbesprechungen erfahren. Werden moderierte Teambesprechungen in Kleingruppen simuliert, wobei auch die Moderationsrolle von Teilnehmern übernommen werden kann, erhalten sie einen Eindruck von der Gesprächsdynamik und von den Herausforderungen einer Moderation solcher Gespräche.

2. Werkstattbericht

Im Folgenden wird über ein Projekt berichtet, bei dem das Instrument der ethischen Fallbesprechung über drei Semester hinweg in der humanmedizinischen Ethik-Lehre eingesetzt wurde. Zusätzlich wurde der Kurs einmalig interprofessionell für Pflegeschüler und Studenten der Humanmedizin angeboten.

Nach einer Einführung in das Programm des Kurses und in die verwendete Methode der ethischen Fallbesprechung – die sog. prinzipienorientierten Fallbesprechung – werden einige Erfahrungen mit dem Kurs, einschließlich der studentischen Evaluationen, berichtet. Abschließend werden das Potenzial und die Herausforderungen prinzipienorientierter Fallbesprechungen in der medizinethischen Lehre auf der Grundlage der Erfahrungen mit diesem Kurs beurteilt.

2.1. Struktur des Kurses

Der Kurs „Ethische Fallbesprechungen in der Klinik“ wurde vom Autor an der Universität Münster im WS 2021/2022, SS 2022 und WS 2022/2023 als ein GTE-Seminar angeboten. Die GTE-Seminare ergänzten die GTE-Vorlesung für Studenten des fünften (ersten klinischen) Semesters. Sie wurden in Gruppen von ca. 15 Personen auf 7-8 Seminare aufgeteilt, die von den Dozenten des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin zu verschiedenen Themen aus dem Spektrum des Querschnittsbereiches GTE angeboten wurden. Die Zuordnung erfolgte auf der Grundlage von Angaben der Studenten zum gewünschten Kurs und einem Losverfahren bei Überbuchung einzelner GTE-Seminare. Die Kurse

liefen parallel über acht Wochen hinweg mit einem Gesamtumfang von 20 Unterrichtseinheiten: Auf sechs Wochen mit jeweils einer Doppelstunde folgte ein Projekttag mit sechs Unterrichtseinheiten am Stück sowie einer abschließenden Doppelstunde in der letzten Kurswoche. Es bestand eine Anwesenheitspflicht. Weitere Anforderungen für eine benotete Teilnahmebescheinigung wurden von den Dozenten individuell für ihr jeweiliges Seminar festgelegt.

Das Programm des hier vorgestellten GTE-Kurses beinhaltete die systematische Besprechung von insgesamt neun klinischen Fällen über jeweils zwei Unterrichtseinheiten sowie eine Abschlussbesprechung am letzten Seminartag. In der einführenden Doppelstunde wurde die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung⁹ vorgestellt (s.u.) und anhand eines relativ einfachen Falles illustriert. In dieser Sitzung führte primär der Dozent durch die strukturierte Fallbesprechung. Das Lernziel bestand vornehmlich darin, ein kognitives Verständnis von der Methode zu gewinnen.

In den anschließenden fünf Sitzungen wurde jeweils ein Fall nach der prinzipienorientierten Methode besprochen. Alle Fälle waren reale klinische Fälle, für die der Dozent zuvor selbst eine ethische Fallbesprechung moderiert hatte. Sie wurden danach ausgewählt, wie gut sie sich didaktisch für die Einübung der prinzipienorientierten Fallbesprechung eignen, sowie danach, wie spannend sie klinisch und wie berührend sie menschlich waren. Dadurch sollte das Interesse an den Fällen sowie die Empathie und Identifikation mit den Akteuren und Betroffenen der Fälle gesteigert werden. Es ging in den Fällen u.a. um die Fragen, ob man dem Wunsch einer Patientin, ihr Kunstherz abzuschalten, nachkommen darf; ob eine junge unheilbar magersüchtige Frau dauerhaft gegen ihren Willen in einer Psychiatrie untergebracht werden darf; ob einer suizidgefährdeten Patientin eine akut notwendige Lebertransplantation verweigert werden darf.

Den Teilnehmern wurde zu Beginn des Seminars ein Skript ausgehändigt, das neben Informationen zum Ablauf des Seminars sowie zur Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung eine (pseudonymisierte) Beschreibung aller Fälle enthielt, die jeweils bis zu dem Zeitpunkt reichte, an dem in der Realität eine ethische Fallbesprechung durchgeführt worden war.

Die Fälle sollten vorab gelesen werden. Zudem sollten in jeder Sitzung jeweils 3-4 Teilnehmer gemeinsam eine „Fall-Patenschaft“ übernehmen und sich entsprechend vorbereiten. Aufgabe war es, in einer ca. 15-minütigen Präsentation die medizinischen und psychosozialen Aspekte des Falles aufzuarbeiten und nach der prinzipienorientierten Methode den wesentlichen ethischen Konflikt des Falles herauszuarbeiten. Im Anschluss wurden Rückmeldungen zur Präsentation ge-

9 Marckmann (2022) sowie McCullough/Ashton (1994) und Marckmann/Mayer (2009).

geben und der Fall nochmals systematisch und ausführlich nachbesprochen. Aufgabe des Dozenten war in diesen Sitzungen nicht mehr, die Gruppe durch die Fallbesprechung zu führen, sondern eine eigenständige Besprechung der Teilnehmer zu begleiten. Dabei wurde viel Wert auf die Strukturierung der Diskussion gemäß der Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung gelegt. Es war Aufgabe der Seminargruppe, zu einem konkreten Ergebnis bezüglich des Falles zu gelangen und ggf. nicht auflösbare Dissense klar herauszuarbeiten. Sofern im Verlauf der Besprechungen medizinische, ethische oder juristische Fachfragen zum Fall aufkamen, wurden diese vom Dozenten geklärt. Am Ende der Sitzungen berichtete der Dozent über die Ergebnisse und Entscheidungen der realen Fallbesprechungen sowie über die weiteren Verläufe der Fälle, soweit diese bekannt waren.

Diese Fallbesprechungen in der zweiten bis sechsten Sitzung des Seminars entsprachen inhaltlich und strukturell realen klinisch-ethischen Fallbesprechungen, ihr Setting hatte jedoch Seminarcharakter: es war jederzeit möglich, aus der eigentlichen Diskussion des Falles herauszugehen und auf einer Metaebene über die Methode der Falldiskussion, über Hintergrundaspekte des Falles oder allgemeine ethische Fragen zu sprechen, die in einer realen ethischen Fallbesprechung typischerweise nicht thematisiert werden würden. Am Projekttag wurde dies geändert, indem drei prospektive Fallbesprechungen im Stationssetting simuliert wurden. Dazu wurde die Seminargruppe in drei Kleingruppen gegliedert, die in einem inneren Kreis jeweils eine vollständige Fallbesprechung nach der prinzipienorientierten Methode durchführten, wobei jeweils ein Kommilitone oder eine Kommilitonin die Aufgabe der Moderation übernahm und die anderen als „generische Teammitglieder“ teilnahmen. Auf eine künstliche Rollenzuordnung, etwa als Facharzt, Pflegekraft oder Seelsorger zu agieren, wurde ebenso verzichtet, wie auf Skripte, die den Teilnehmern bestimmte inhaltliche Positionen oder Verhaltensweisen zuschreiben. Aufgabe war es, eine realitätsnahe moderierte ethische Fallbesprechung nach der prinzipienorientierten Methode durchzuführen und in ca. 45 Minuten zu einem Ergebnis zu gelangen, das die Teammitglieder persönlich vertreten können.

Die anderen Seminarteilnehmer bildeten einen äußeren Kreis und hatten die Aufgabe, mit Hilfe einer Checkliste Ablauf und Inhalt der Fallbesprechung genau zu beobachten und im Anschluss ein qualifiziertes Feedback zu geben. Die Nachbesprechungen fokussierten zunächst auf die Rolle der Moderation sowie auf die Gesprächsdynamik in dem simulierten Stationssetting. Erst anschließend wurden inhaltliche Aspekte des Falles nachbesprochen und zum Schluss über die Ergebnisse der realen Fallbesprechung sowie über den weiteren Verlauf der Fälle berichtet.

In der abschließenden Doppelstunde des Kurses wurde keine weitere Falldiskussion durchgeführt, sondern eine Nachbesprechung, die offen war für alle Fragen und Themen, die von Seiten der Studenten aufgeworfen wurden. Die Scheinvergabe erfolgte auf der Basis einer regelmäßigen Teilnahme und aktiven Mitarbeit in den Sitzungen sowie einer benoteten Fallvorstellung im Rahmen der „Fall-Patenschaft“ und einer benoteten aktiven Teilnahme an einer simulierten prospektiven Fallbesprechung am Projekttag.

Zusätzlich zu den über drei Semester hinweg angebotenen GTE-Seminaren, über die bislang berichtet wurde, wurde ein ähnlicher Kurs einmalig als interprofessionelle Veranstaltung in Kooperation mit der Schule für Pflegeberufe an der Universität Münster angeboten. Ethische Fallbesprechungen bieten sich für die interprofessionelle Lehre in besonderem Maße an, weil sie auch in der klinischen Praxis grundsätzlich mit interprofessionell besetzten Teams durchgeführt werden sollen. Von Seiten der Pflegeschule konnte der Kurs aus curricularen Gründen nur als zweitägige Blockveranstaltungen mit insgesamt 16 Unterrichtseinheiten (UE) durchgeführt werden. Daher wurde die Struktur des Kurses geändert: Nach der Einführung in die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung anhand eines Falles durch den Kursleiter (2 UE) wurden lediglich zwei Fallbesprechungen im Seminar-Setting durchgeführt (4 UE), wobei auf Fallpatenschaften verzichtet wurde, bevor drei moderierte, prospektive Fallbesprechungen im Stationssetting simuliert wurden (6 UE), auf die sich die Kleingruppen zuvor in zwei Unterrichtseinheiten (2 UE) vorbereiten konnten. Das Seminar schloss mit einer Abschlussbesprechung (2 UE).

Von Seiten der Humanmedizin wurde der interprofessionelle Kurs aus formalen Gründen nicht als GTE-Kurs, sondern als Wahlpflichtseminar angeboten. Dies erforderte eine Erweiterung des Kurses auf dreißig Unterrichtseinheiten, also 14 Einheiten mehr als die teilnehmenden Pflegeschüler. Zur sinnvollen Gestaltung dieser zusätzlichen Einheiten hatten die teilnehmenden Medizinstudenten im Anschluss an die Präsenzveranstaltung eine schriftliche Besprechung eines Falles nach der prinzipienorientierten Methode zu erstellen, die vom Dozenten schriftlich begutachtet und benotet wurde.

2.2. Die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung

In den hier vorgestellten Kursen wurde die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung gelehrt. Dies hatte den pragmatischen Grund, dass der Autor sie bei realen klinischen Ethikberatungen anwendet und daher besser als andere Methoden vermitteln kann. Zudem wurde sie aufgrund ihrer klaren und praxisnahen Struktur als didaktisch gut geeignet für die studentische Lehre erachtet. Es ist

nicht Gegenstand dieses Beitrages, die Methode ausführlich vorzustellen oder sie mit anderen Methoden der ethischen Fallbesprechung zu vergleichen.¹⁰ Vielmehr soll im Folgenden nur die Grundstruktur der Methode skizziert werden, um einen Einblick in den Ablauf und die wesentlichen Inhalte der Fallbesprechungen zu vermitteln, die in dem Kurs gelernt und eingeübt wurden.¹¹

Eine prinzipienethische Fallbesprechung beginnt – nach der Begrüßung – stets mit einer kurzen Aufarbeitung des Falles. Es werden die wesentlichen medizinischen und psychosozialen Informationen über den Patienten oder die Patientin im Team zusammengetragen, auf dieser Grundlage konkrete Behandlungsoptionen formuliert und deren Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Erkrankung prognostisch abgeschätzt.

Die formulierten Behandlungsoptionen werden anschließend unter ethischen Gesichtspunkten bewertet. Die Bewertung erfolgt nacheinander aus drei verschiedenen ethischen Bewertungsperspektiven, die – dem Anspruch nach – zusammen alle moralisch relevanten Aspekte des Falles erfassen: das Wohlergehen des Patienten, seine Selbstbestimmung (Autonomie) sowie die berechtigten Interessen anderer Personen (Gerechtigkeit):

- In der Wohlergehenperspektive wird danach gefragt, welche der vorliegenden Handlungsoptionen aus der interprofessionellen Sicht des Teams die beste für den Patienten wäre.
- In der Autonomieperspektive wird im Team beurteilt, welche der vorliegenden Handlungsoptionen der Patient bevorzugt (aktuell, vorausverfügt oder mutmaßlich), und wie informiert und selbstbestimmt dieser Patientewille ist.
- In der Gerechtigkeitsperspektive wird danach gefragt, inwiefern berechnigte Interessen Dritter (z.B. Behandler, andere Patienten, Angehörige, Beitragszahler, Öffentlichkeit) von den vorliegenden Handlungsoptionen betroffen und zu berücksichtigen sind.

Die drei Bewertungsperspektiven entsprechen den vier Prinzipien der Biomedizinischen Ethik von Beauchamp und Childress¹², wobei die Prinzipien des Wohltuns (*beneficence*) und des Nichtschadens (*nonmaleficence*) zu der Perspektive des

10 Siehe Heiland (2017).

11 Siehe Marckmann (2022). Interessanterweise wurde das ursprüngliche Modell, auf dem die prinzipienorientierte Fallbesprechung gründet, für die Lehre entwickelt: McCullough/Ashton (1994).

12 Siehe Beauchamp/Childress (2019).

Wohlergehens zusammengefasst werden. Diese Anlehnung an die Prinzipienethik gab der Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung ihren Namen.¹³

Die getrennte Bewertung aus drei inhaltlich verschiedenen normativen Perspektiven ist wesentlich für die Qualität einer ethischen Fallbesprechung nach der prinzipienorientierten Methode. Sie bewirkt eine strukturierte Analyse des Falles und vermeidet, dass verschiedene moralisch relevante Aspekte in der Bewertung der Behandlungsoptionen durcheinandergeworfen werden.

Anschließend wird geprüft, ob die drei Perspektiven unabhängig voneinander zu der gleichen Bewertung der vorliegenden Handlungsoptionen gelangen oder ob sie konfliktieren. Liegt ein Konflikt vor – erscheint also z.B. aus der Wohlergehensperspektive eine andere Handlungsoption geboten als aus der Gerechtigkeitsperspektive – so bedarf es einer fallbezogenen Abwägung. Die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung gibt keine grundsätzliche Priorität einzelner Perspektiven vor – etwa Aspekte der Patientenautonomie immer höher zu bewerten als Aspekte der Gerechtigkeit. Vielmehr muss für jeden einzelnen Fall herausgearbeitet und begründet werden, welche der konfliktierenden Sachverhalte ethisch stärker zu gewichten sind. Reale klinische Fälle beinhalten nicht selten relativ komplexe Sachverhalte, die differenzierte Gewichtungen erfordern. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass Behandlungsteams nach einer sorgfältigen Anwendung der verschiedenen Bewertungsperspektiven und einer präzisen Herausarbeitung der moralisch relevanten Sachverhalte zumeist einen Konsens in der Abwägung erreichen können.

Auf Grundlage der ethischen Bewertungen und Abwägungen der verschiedenen Behandlungsoptionen wird schließlich das konkrete weitere klinische Vorgehen im Team abgestimmt sowie die Ergebnisse der Fallbesprechung zusammengefasst und abschließend reflektiert.

2.3. Ergebnisse und studentische Evaluation des Kurses

Der Kurs war in jedem Semester überbucht, was auf ein überdurchschnittliches Interesse der Studenten an diesem Lehrangebot im Vergleich zu anderen wählbaren GTE-Seminaren hindeutete. Die Kurse konnten alle wie geplant durchgeführt werden.¹⁴ Die Teilnehmer waren schon ab der zweiten Sitzung in der Lage, die Fälle im Wesentlichen entlang der vorgegebenen Struktur zu reflektieren und

13 Siehe Marckmann (2022).

14 Auch während der Corona-Pandemie wurde der Kurs, teilweise mit Sondergenehmigung, in Präsenz abgehalten, positiv getestete Studenten konnten sich online dazuschalten.

zu diskutieren. In Bezug auf die fachliche Qualität der Einzelbeiträge und der Fallbesprechungen insgesamt war aus Dozentensicht eine steile Lernkurve zu verzeichnen, auch weil sich die Teilnehmer gegenseitig in der korrekten Anwendung der prinzipienorientierten Methode unterstützten und korrigierten. Die Studenten verstanden es schnell, den strukturierten Diskussionsprozess immer sicherer und kompetenter zu durchlaufen und dabei auch von Informationen, Hinweisen und Erfahrungen aus den vorherigen Sitzungen zu lernen. Dabei konnten sie erfahren, wie sie mit der gleichen ethischen Methodik ganz unterschiedliche klinische Fälle angemessen behandeln und ihre eigene ethische Argumentation strukturieren können. Die „Fallpaten“ waren stets gut vorbereitet und hatten sich zum Teil viel umfangreicher in die medizinischen und ethischen Aspekte hineingearbeitet, als es gefordert war. Nach fünf eigenständigen Fallbesprechungen im Seminarsetting waren die Gruppen in der Lage, prospektive ethische Fallbesprechungen im Stationssetting zu simulieren, die teilweise bereits professionellen Ansprüchen genügten: Die Strukturierung der Besprechung, die Bestimmung aller moralisch relevanter Fakten, die medizinischen, ethischen und rechtlichen Kenntnisse sowie die fallbezogenen Abwägungen waren nach Einschätzung des Dozenten teils bereits auf einem Niveau, das in der Praxis eine verantwortliche und verantwortbare Entscheidung in den Fällen ermöglicht hätte.

Die Fälle wurden mit großer Ernsthaftigkeit und hohem Interesse diskutiert. Durch die Möglichkeit des Dozenten, über sie aus erster Hand als beteiligter Ethikberater zu berichten, konnte den Teilnehmern eine authentische Vorstellung von komplexen Entscheidungssituationen in der Klinik vermittelt werden. Sie diskutierten wiederholt kontrovers über die Fälle und erlebten dabei, wie unterschiedlich ihre moralischen und professionellen Überzeugungen und Werthaltungen sein können. Nicht selten zeigten sie sich beeindruckt von der ethischen Problematik und fühlten sich in den Stress oder den Konflikt des Teams oder das Schicksal der Patienten empathisch ein. Daher bestand auch ein großes Interesse, über die Ergebnisse der „echten“ Besprechungen der Fälle sowie über den weiteren Verlauf der Fälle informiert zu werden. Auf einen guten Ausgang wurde mit Erleichterung, auf einen tragischen mit Betroffenheit reagiert.

Bei den simulierten prospektiven ethischen Fallbesprechungen im Stationssetting war bei den Teilnehmern teils das Bemühen erkennbar, eine quasi-professionelle Rolle einzunehmen, auch wenn die Aufgabe nicht darin bestand, sondern die Fallbesprechungen aus der eigenen studentischen Kompetenz heraus durchgeführt werden sollten. Die Aufgabe der Moderation wurde von denjenigen, die sie übernommen hatten, stets als sehr herausfordernd beschrieben, auch wenn sie aus Dozentensicht häufig sehr gut gemeistert wurden. Auch wurde mehrfach artikuliert, dass die ethische Reflexion im Stationssetting teils schwieriger sei als im

Seminarsetting, weil die Teilnehmer das Gefühl hatten, als Gruppe eine gute Vorstellung abliefern zu müssen, und die Gesprächssituation teils von der Konzentration auf den Fall ablenkte. Dennoch konnten sie die vorgegebene Struktur der Fallbesprechung gut umsetzen, auch wenn sie sich häufiger unsicher waren als im Seminarsetting.

Der sehr gute Eindruck vom Lernerfolg des Kurses auf Dozentenseite spiegelte sich in der studentischen Evaluation des Kurses wider, die zentral von der Medizinischen Fakultät erhoben wurde. Die Bewertungen waren signifikant über dem Durchschnitt anderer GTE-Kurse sowie weiterer Veranstaltungen der Humanmedizin (Tab. 1).¹⁵ .

Auch die Kommentare waren positiv. Beispielhaft seien hier drei aufgelistet:

„Ich fand das GTE-Seminar sehr spannend und interessant. Dort erlernten wir anhand echter Fälle die Abläufe und Schwierigkeiten einer ethischen Fallbesprechung. Meiner Meinung nach eine sehr gelungene Veranstaltung, in der wir auf schwierige Entscheidungen, die uns im klinischen Alltag noch bevorstehen, sehr gut vorbereitet wurden.“
(WS 2022/2023)

„Die Veranstaltung hab ich als eine große Bereicherung empfunden. Die Fallbesprechungen waren inhaltlich total spannend und interessant, aber auch methodisch fand ich es toll, durch die wiederholte Vorgehensweise wirklich Fortschritte in der Anwendung der Prinzipienethik im gesamten Kurs zu sehen. Ich fand das Seminar, sowie auch die

15 Tab. 1: Vergleich der studentischen Evaluationen zwischen dem GTE-Seminar „Ethische Fallbesprechungen in der Klinik“ und der Gesamtevaluation (1) aller GTE-Seminare, (2) aller Veranstaltungen des 1. klinischen Semesters sowie (3) aller Veranstaltungen der Humanmedizin an der Universität Münster.

	WS 2021/2022	SS 2022	WS 2022/2023
GTE-Seminar „Ethische Fallbesprechung“	$\bar{x}$ = 16 $\tilde{x}$ = 17	$\bar{x}$ = 8 $\tilde{x}$ = 6	$\bar{x}$ = 11 $\tilde{x}$ = 8
Gesamtevaluation aller GTE-Seminare	$\bar{x}$ = 21 $\tilde{x}$ = 17	$\bar{x}$ = 20 $\tilde{x}$ = 16	$\bar{x}$ = 28 $\tilde{x}$ = 19
Gesamtevaluation 1. klinisches Semester	$\bar{x}$ = 26 $\tilde{x}$ = 21	$\bar{x}$ = 25 $\tilde{x}$ = 20	$\bar{x}$ = 29 $\tilde{x}$ = 26
Gesamtevaluation Humanmedizin	$\bar{x}$ = 25 $\tilde{x}$ = 20	$\bar{x}$ = 26 $\tilde{x}$ = 20	$\bar{x}$ = 27 $\tilde{x}$ = 21

Die Werte liegen auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 100 (sehr schlecht). $\bar{x}$ = Mittelwert, $\tilde{x}$ = Median. Quelle: EVALuna, das System zur anonymen Evaluation von Lehrveranstaltungen der Medizinischen Fakultät der Universität Münster.

Methode an sich sehr stringent und extrem hilfreich. [...] Eine der besten Veranstaltungen im Semester.“ (SS 2022)

„Sehr gut gemacht, hat mir selbst viel gebracht, praktisch orientiert, gut strukturiert, nicht zu stressig.“ (SS 2022)

In der interprofessionellen Durchführung des Kurses traten verschiedene Schwierigkeiten und Nachteile auf. Während die Plätze für die Pflegeschüler schnell belegt waren, war die Nachfrage von Studentenseite geringer, so dass am Ende nur fünf von zehn Plätzen belegt worden waren. Dies mag mit dem Termin des Seminars in der vorlesungsfreien Zeit – unmittelbar nach den Klausuren – zusammengehangen haben, mit der Konkurrenz anderer Wahlpflichtfächer oder mit der Aufgabe, eine schriftliche Fallbesprechung zu verfassen.

Durch die Kürzung auf zwei (statt fünf) Fallbesprechungen im Seminarsetting konnten die Teilnehmer die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung nicht so gut einüben wie im GTE-Seminar. Durch den Verzicht auf die Übernahme einer Fall-Patenschaft waren mehr Erläuterungen und Hilfestellungen vom Dozenten notwendig, was der Eigenständigkeit der Fallbesprechungen durch die Gruppe abträglich war. Zudem wurde die Durchführung mehrerer Fallbesprechungen an einem Tag als ermüdend erlebt, so dass die Aufmerksamkeit teils nicht so hoch war. In der Folge erreichten die Fallbesprechungen im Stationssetting nicht ganz das Niveau der Besprechungen in den GTE-Seminaren.

Dennoch konnten auch im interprofessionellen Setting Lernerfolge erzielt werden: Die Methode der prinzipienorientierten Fallbesprechung wurde grundlegend vermittelt. Die Fälle konnten strukturiert besprochen werden. Es konnte ein Eindruck der ethischen Komplexität klinischer Situationen vermittelt werden. Das Interesse und die emotionale Verarbeitung der Fälle waren wiederum hoch.

Die Besonderheit dieses Kurses war die Begegnung und das gemeinsame Lernen der beiden Berufsgruppen, die normalerweise in ihren Ausbildungen nicht stattfinden. Das gegenseitige Interesse und der (auch informelle) Austausch in der Veranstaltung waren hoch. Nach einiger Zeit waren aus Dozentensicht kaum noch Unterschiede in der Aktivität und Kompetenz der Berufsgruppen zu erkennen. Ein besonderer Fokus wurde auf die unterschiedlichen Sichtweisen und die Betroffenheit gelegt, die Pflege und Ärzteschaft in bestimmten Fällen haben können. Dafür wurden z.T. auch andere Fälle besprochen als im GTE-Seminar. Für diesen Kurs wurde zwar keine schriftliche Evaluation durchgeführt, doch waren die mündlichen Rückmeldungen der Teilnehmer ebenfalls durchweg positiv.

3. Diskussion und Schlussfolgerungen

In den vorliegenden Erfahrungen hat sich die prinzipienorientierte Fallbesprechung als Instrument der kompetenzorientierten humanmedizinischen und interprofessionellen Ethik-Lehre bewährt. Durch die detaillierte Besprechung realer Fälle erhielten die Studenten authentische Einblicke in die moralische Komplexität der klinischen Praxis. Die Echtheit der Fälle steigerte ihre Motivation, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und förderte ihr Einfühlungsvermögen in den Verantwortungsdruck, die Konfliktodynamik und den moralischen Stress, die in schwierigen klinischen Entscheidungssituationen entstehen können.

Die klare Struktur der prinzipienorientierten Fallbesprechung ermöglichte den Studenten, alle Fälle systematisch und methodenorientiert zu analysieren und dabei verschiedene Perspektiven, Interessen und Wertungen zu berücksichtigen. Durch die mehrfache Einübung steigerten die Teilnehmer ihre Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit dem Instrument der prinzipienorientierten Fallbesprechung und waren am Ende fähig, sie eigenständig durchzuführen. Sie werteten dies als eine wertvolle Erfahrung, die ihnen Vertrauen in die Möglichkeit gab, sich in ihrer zukünftigen klinischen Praxis professionell und kollegial über moralische Probleme verständigen zu können. Die studentischen Evaluationen waren durchweg positiv.

In Bezug auf die ethischen Kompetenzen, die in den beschriebenen GTE-Seminaren erworben werden konnten, mag ein Vergleich mit den beruflichen Fortbildungskursen zur Ethikberatung aufschlussreich sein, die von der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) zertifiziert werden. Die Zertifizierung zum „Ethikberater im Gesundheitswesen“ auf der ersten Kompetenzstufe K1 setzt einen Moderationskurs im Umfang von 15 Unterrichtseinheiten (UE) voraus, in dem die Teilnehmer die praktische Qualifikation erwerben sollen, „eigenständig und eigenverantwortlich ethische Fallbesprechungen [...] in Einrichtungen des Gesundheitswesens“¹⁶ durchführen zu können.

Nach Einschätzung des Autors konnten die hier beschriebenen Kurse in der studentischen Lehre einen mindestens so großen Lernerfolg erzielen, wie die K1-Moderationskurse, die vom Autor in der beruflichen Fortbildung durchgeführt wurden. Dies mag einerseits an der schnellen Lernfähigkeit von Medizinstudenten liegen. Andererseits waren die studentischen Kurse mit 20 UE umfangreicher als der K1-Moderationskurs, so dass mehr Fälle besprochen werden konnten.

Für den Erwerb des K1-Zertifikates ist neben dem Moderationskurs ein Grundkurs im Umfang von 30 UE erforderlich, in dem die notwendigen ethischen und rechtlichen Grundlagen der Ethikberatung erworben werden sollen.

16 Vgl. AEM (2022), S. 4.

Zieht man den Ethikteil der GTE-Vorlesung hinzu, die alle Teilnehmer des GTE-Seminars in demselben Semester besuchen, so wird ein großer Teil der Inhalte des K1-Grundkurses abgedeckt, auch wenn der Umfang lediglich 15 UE beträgt.

Insgesamt konnten also in den GTE-Seminaren mehr Fälle besprochen und mindestens so viele Kompetenzen in der ethischen Fallbesprechung vermittelt werden, wie es in einem K1-Moderationskurs möglich ist; und zusammen mit der GTE-Vorlesung entsprach die Ausbildung annähernd einer kompletten Fortbildung zum Ethikberater im Gesundheitswesen auf der Kompetenzstufe K1. Diese Bewertung ist kein Ergebnis einer evidenzbasierten wissenschaftlichen Untersuchung, sondern lediglich ein Experteneindruck des Autors auf der Basis seiner zufälligen Erfahrungen mit ethischen Fallbesprechungen sowohl in der studentischen Lehre als auch in der beruflichen Fortbildung. Sie mag jedoch hinreichen, um plausibel zu machen, dass die ethischen Kompetenzen, die sich in den hier beschriebenen GTE-Seminaren vermitteln lassen, durchaus mit der Ausbildung zum Ethikberater im Gesundheitswesen vergleichen lassen.

Herausforderungen und Limitierungen des Einsatzes von prinzipienorientierten Fallbesprechungen in der Ethik-Lehre stellen sich zumindest in zwei Hinsichten. Zum einen ist ein relativ hoher Zeitaufwand in Kleingruppen notwendig, um die Methode zu erlernen. Für die kompetenzorientierte Ethik-Lehre reicht ein rein kognitives Verständnis der prinzipienorientierten Fallbesprechung nicht aus, sondern es bedarf mehrerer Übungsrunden. Somit wird die Ausbildung ärztlicher Kompetenzen im Bereich der ethischen Fallbesprechung ohne deutliche Verstärkung des Ressourceneinsatzes kaum als Pflichtkurs für alle Studenten möglich sein, sondern stets ein Wahl- oder Ergänzungsangebot bleiben müssen.

Zum anderen stellt die Lehre der prinzipienorientierten Fallbesprechung hohe Anforderungen an die Dozenten: Idealerweise sollten sie eine Auswahl geeigneter Fälle, die sie selbst in der klinischen Praxis erfahren haben, in den Kurs einbringen. Sie müssen die Methode der ethischen Fallbesprechung, die in dem Kurs gelehrt werden soll, selbst auf einem hohen Niveau beherrschen, um sie kompetent und flexibel den Studenten vermitteln zu können. Dies erfordert im Regelfall eine mehrjährige Tätigkeit als klinischer Ethikberater oder als ethisch ausgebildeter Kliniker bzw. Klinikerin.

Interessenskonflikte: Keine

Literatur

- AEM (Akademie für Ethik in der Medizin (2022): Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. Online: https://aem-online.de/wp-content/uploads/2023/08/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24__geaendert_am_21.12.22_-1.pdf (03.07.2024).
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford.
- Biller-Andorno, N./Neitzke, G./Frewer, A./Wiesemann, C. (2003): Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. In: *Ethik in der Medizin* 15 (2003), S. 117-121.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002): Approbationsordnung für Ärzte. In: *Bundesgesetzblatt I* 44 (202), S. 2405-2435.
- Friedrich, O./Hemmerling, K./Kühlmeier, K./Nörtemann, S./Fischer, M./Marckmann, G. (2017): Principle-based structured case discussions: do they foster moral competence in medical students? A pilot study. In: *BMC Medical Ethics* 18, 21 (2017), S. 1-8.
- Heiland, J. V. (2017): *Ethische Fallbesprechung in der Klinik: Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität, München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/22777/1/Heiland_Julia.pdf (03.07.2024).
- Maio, G. (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Ein Lehrbuch. Stuttgart.
- Marckmann, G. (2022): Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann (2022), S. 21-29.
- Marckmann, G. (Hrsg.) (2022): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin.
- Marckmann, G./Mayer F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Fallbesprechung. In: *Der Onkologe* 15 (2009), S. 980-988.
- McCullough, L. B./Ashton, C. M. (1994): A methodology for teaching ethics in the clinical setting: a clinical handbook for medical ethics. In: *Theoretical Medicine* 15 (1994), S. 39-52.
- Molewijk, A. C./Abma, T./Stolper, M./Widdershoven, G. (2008): Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. In: *Journal of Medical Ethics* 34 (2008), S. 120-124. <https://www.jstor.org/stable/27944569>.
- Möller, M./Neitzke, G./Stöckel, S./Lohff, B./Frewer, A. (2006): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage zur Lehre an deutschen Hochschulen. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*

- 23, 2 (2006), Doc38. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2006-23/zma000257.pdf>.
- Salomon, F. (2016a): Ethische Herausforderungen realer Fälle. In: Salomon (2016b), S. 353-381.
- Salomon, F. (Hrsg.) (2016b): Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin. Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen. Berlin.
- Schildmann, J./Bruns, F./Hess, V./Vollmann, J. (2017): 10 Jahre Geschichte, Theorie und Ethik (GTE). Eine Umfrage zu Lehrinhalten, Methoden und strukturellen Voraussetzungen an 29 deutschen medizinischen Fakultäten. In: GMS Journal for Medical Education 34, 2 (2017), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5450424/pdf/JME-34-23.pdf>. (03.07.2024).
- Schildmann, J./Nadolny, S./Haltaufderheide, J./Gysels, M./Vollmann, J./Bausewein, C. (2019): Do we understand the intervention? What complex intervention research can teach us for the evaluation of clinical ethics support services (CESS). In: BMC Medical Ethics 20, 48 (2019), S. 1-12.
- Skivington, K./ Matthews, L./Simpson, S. A./Craig, P./Baird, J./Blazeby, J. M. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In: British Medical Journal 374 (2021), n2061.

Danksagung

Ich danke Karina Sensen von der Schule für Pflegeberufe am Universitätsklinikum Münster für die bereichernde Zusammenarbeit in dem Seminar „Interprofessionelle ethische Fallbesprechung in der Klinik“ im Wintersemester 2022/23.

„Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik“: Förderung praxisorientierter Kompetenzen durch digitale Lehr-/Lernszenarien

1. Ausgangssituation

Hybride Lehrformate kombinieren physische und digitale Lernumgebungen und können dadurch vielfältige Chancen für individualisierte, flexible sowie theorie- und praxisintegrierende Lehr-/Lernprozesse eröffnen. Insbesondere für die Ethik-Lehre erweitern sie damit das Spektrum für kompetenzorientiertes Lernen. Voraussetzung für das Gelingen hybrider Lehre ist allerdings, dass die einzelnen Elemente hybrider Lehrformate sorgfältig aufeinander abgestimmt und konsequent an den Lernvoraussetzungen der Studierenden und den Lernzielen ausgerichtet werden.

Unser Beitrag geht zunächst auf die Charakteristiken sowie die Chancen und Herausforderungen hybrider Lehrformate für die Ethiklehre ein. Anschließend verdeutlicht er am Beispiel der „Hybriden Selbstlerneinheit Sozialethik (HySS)“, worin exemplarische Einsatzmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsethik liegen, insbesondere für eine hinsichtlich ihrer disziplinären Vorbildungen heterogene Studierendenschaft eines Masterstudiengangs.

2. Vielfalt und Flexibilität hybrider Lehrformate

Der Begriff der „hybriden Lehre“ wird unterschiedlich verwendet und ist nicht eindeutig definiert.¹ Diese Offenheit spiegelt gewissermaßen die Breite der Möglichkeiten wider, unterschiedliche Elemente von Präsenz- und digitaler (Online-) Lehre zu kombinieren, verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit einer überlegten Auswahl und Konzeption. Die Hybridität kann anhand relevanter Parameter von Lehrveranstaltungen erfasst werden: Sowohl hinsichtlich des Teilnahmemodus (Präsenz/Digital) als auch des zeitlichen Aspekts der Kommunikation bzw. Aktivität (synchron/asynchron) können vielfältige Kombinationen vorgenommen

1 Siehe Reinmann (2022).

werden. Zusätzlich erweitern vor allem digitale Lernplattformen die Interaktionsmöglichkeiten der Teilnehmenden untereinander, mit den Lernmedien sowie mit den Lehrenden. Eine digitale Selbstlerneinheit zeichnet sich durch die Möglichkeit der ortsunabhängigen, asynchronen und selbstständigen Bearbeitung aus, wohingegen sich bei analogen Präsenzveranstaltungen Lehrende und Studierende gemeinsam und gleichzeitig am selben Ort zusammenfinden. Während es sich beim „Blended Learning“ um ein integriertes Konzept handelt, bei dem sich Präsenzveranstaltungen mit E-Learning-Phasen abwechseln, können hybride Lehr-/Lernszenarien vielfältiger und flexibler verlaufen. Entlang der Achsen präsentisch/digital und asynchron/synchron sind je nach Lehr-/Lernszenario zahlreiche – eben hybride – Mischformen möglich, die sich durch Umfang und Konzept der Präsenzveranstaltungen und den Grad der (digitalen) Synchronizität ergeben.

Unserer Überzeugung nach kommt es vor allem darauf an, die Herausforderungen, aber auch die spezifischen Chancen der Übergänge bzw. der „Brüche“ zwischen Medien, Interaktionsmodi und Zeiträumen wahrzunehmen und für den Lehr-/Lern-Prozess zu nutzen. Auch Kohls und Dubbert weisen darauf ausdrücklich hin: „Durch die gezielte Verknüpfung physischer und digitaler Lernumgebungen entstehen hybride Lernräume, die vielfältige Formen der Kollaboration und Kooperation ermöglichen und eine individualisierte, flexible Kompetenzentwicklung und Wissensvermittlung unterstützen können. Bestehende Brüche zwischen digitalem und physischem Raum können im Sinne eines ‚seamless learning‘ gezielt aufgelöst oder bewusst in den Lernprozess integriert werden.“² Das bewusste „Vernähen“ zwischen physischem Raum, in dem auch praktische Berufsfelderfahrungen gemacht werden können, und dem digitalen Raum, in dem kognitive Selbstlernvorgänge sowie diskursive Reflexionsprozesse angelegt sind, bietet der Ethik-Lehre dann spezifische Chancen, wenn es als Gelegenheit für die explizite, reflexive und theoriebasierte Verzahnung von Theorie und Praxis genutzt wird. Wir gehen davon aus, dass dies insgesamt die Kompetenzorientierung der Lehre verstärkt, indem es die Lernenden ins Zentrum stellt und sie zur aktiven Auseinandersetzung mit den Lernangeboten motiviert.

3. Potenziale hybrider Lehrformate für die Ethik-Lehre

Lehrende setzen hybride Lehrformate gezielt ein, indem sie diese sowohl an den Lernzielen, als auch an den spezifischen Rahmenbedingungen von Hochschule, Studiengang und schließlich an der Situation der Studierenden ausrichten. Wir verorten solche Lernziele im Rahmen des Kompetenzparadigmas. Neben den

2 Vgl. Kohls/Dubbert (2023), S. 11.

bereits genannten Potenzialen hybrider Lehr-/Lern-Arrangements bestehen die Vorteile für die Ethik-Lehre in den vielfältigen Möglichkeiten, sorgfältig abgestimmte Theorie-Praxis-Verzahnungen zu integrieren. Da es in der Ethik-Lehre nicht nur darum geht, kognitive Kompetenzen zu vermitteln, sondern auch darum, den Erwerb fall- bzw. situationsbezogener Urteilskompetenzen sowie kommunikativer Fähigkeiten zu ermöglichen, müssen die Lehr-/Lern-Prozesse ganzheitlicher konzipiert werden. Sie sollen auch personales und affektives Lernen ermöglichen, indem sie den Studierenden Gelegenheiten geben, ihr emotionales Erleben in den mitunter herausfordernden Praxiskontexten zu artikulieren und gemeinsam zu reflektieren, sowie sie dazu auffordern, ihre moralischen Intuitionen mitzuteilen und sich schließlich zu ethischen Fragen zu positionieren. So werden ihnen ethisches Lernen und ethisches Urteilen als Prozess einsichtig, der vielfältige kognitive, affektive und argumentative Aspekte integriert. Eine hybride Anlage, die mehrdimensional sowohl Praxisszenarien mit wissenschaftlich-theoretischen Lehreinheiten als auch Präsenzlehre mit digitalen Selbstlerneinheiten kombiniert, bietet hierfür einen geeigneten Rahmen für die Gestaltung individueller Lernwege. Wichtig ist dabei, dass der digitale Lernraum den Studierenden hinreichende Reflexionszeiten und -anstöße für eigenständige Bildungsprozesse bereitstellt.

Um die Potenziale solcher Lehr-/Lernarrangements bestmöglich zu nutzen, sind eine sorgfältige Planung sowie kontinuierliche Anpassungen erforderlich. Eine zentrale Aufgabe besteht darin, eine ausgewogene Balance zwischen Theorie und Praxis herzustellen. Ethik-Lehre muss nicht nur theoretische Konzepte vermitteln, sondern auch Raum für praktische Anwendung bieten. Dies erfordert eine enge Verzahnung von Lehrinhalten mit realen Praxissituationen und realistischen Fallstudien sowie praktischen Übungen, die den Lernenden ermöglichen, ihr ethisches Verständnis in konkreten Situationen zu erproben und zu vertiefen.

Ein weiteres zentrales Anliegen ist die Förderung von Reflexionskompetenzen der Studierenden. Ethik-Lehre zielt darauf ab, die Fähigkeit der Lernenden zu fördern, komplexe ethische Fragen kritisch zu reflektieren und verschiedene Perspektiven einzunehmen. Dies schließt auch ein, die eigene rollen- bzw. berufsspezifische Position und deren Verantwortungsprofil zu reflektieren. Hybride Lehrformate können Räume und Gelegenheiten bieten, die ein aktives Einsteigen der Studierenden in den Reflexionsprozess fördern und fordern, sei es durch Diskussionen in Präsenzveranstaltungen, Online-Kommentare oder Peer-to-Peer-Feedback in digitalen Lernumgebungen. Zudem ermöglichen hybride Formate es, auf die Lernbedarfe und -prozesse der Studierenden einzugehen, indem sie individuelle Lernerfahrungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Vorkennt-

nisse bzw. der priorisierten Schwerpunktsetzung oder Vertiefung anregen. Freilich setzt dies voraus, dass entsprechende Kenntnisse über die Studierendenbedürfnisse erhoben werden oder bekannt sind.

4. Herausforderungen hybrider Formate

Bei den initialen Planungen sollten neben den angestrebten Vorteilen auch die potentiellen Schwierigkeiten hybrider Lehre berücksichtigt werden.

Hybride Lehre setzt in höherem Maß als andere Lehr-Lern-Formate voraus, dass Studierende Fähigkeiten und die Motivation zur Selbstorganisation mitbringen. Um dem zu begegnen, können etwa eigenverantwortliche Erkenntnisgewinne durch formative (Self-)Assessments eine wesentliche Rolle spielen, die durch Rückmeldungen und Kommentare von Studierenden (Peer-Assessment) ergänzt werden. Solche Feedback-Prozesse wirken sich positiv auf die Motivation zur Mitwirkung und die Kompetenzentwicklung aus, da sie als Teil eines gemeinsamen Lernprozesses „auf Augenhöhe“ wahrgenommen werden.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Integration von technischen Komponenten in die Hochschullehre eine eigene Herausforderung darstellt. Hybride Lehrformate erfordern einen effektiven Einsatz digitaler Aktivitäten und Tools auf einer entsprechend leistungsfähigen Lernplattform, um eine bruchlose Interaktion zwischen den Akteur:innen zu arrangieren. Dies beinhaltet die Bereitstellung von Lernmaterialien und Online-Übungen, die speziell auf die digitalen Lernsituationen ausgerichtet sind. Zudem müssen digitale Kommunikationskanäle eingerichtet werden, die es den Studierenden ermöglichen, jederzeit und überall auf Inhalte zuzugreifen und einen verständlichen, strukturierten Lernprozess zu organisieren.

Schließlich müssen auch organisatorische und logistische Herausforderungen gemeistert werden. Hybride Lehrformate erfordern eine sorgfältige Planung und Koordination, um sicherzustellen, dass sowohl die Präsenzveranstaltungen als auch die Online-Aktivitäten reibungslos ablaufen und, um die Voraussetzung zu schaffen, dass die Lernziele effektiv erreicht werden können. Dies wiederum erfordert eine klare Kommunikation der Erwartungen und eine flexible Gestaltung der Lehrveranstaltungen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen der Studierenden gerecht zu werden.

5. Das Lehrprojekt „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik (HySS)“

An der Goethe-Universität Frankfurt werden hybride Lehr-/Lernszenarien in der Ethik-Lehre des Masterstudiengangs „Sozialethik im Gesundheitswesen“ eingesetzt. Dieser Studiengang bildet praxisintegrierend und berufsorientiert für spätere Positionen im Gesundheitswesen aus, bei denen public-health-ethische, organisations- und institutionenethische Kompetenzen gefragt sind. Entsprechende berufliche Tätigkeiten sind etwa in Stabs-, Kommunikations- und Beratungsfunktionen bei Trägerorganisationen im Gesundheitswesen, in Krankenkassen, Beratungsinstitutionen sowie in Politik und Verwaltung angesiedelt.

Die hybride Selbstlerneinheit HySS adressiert gezielt die Bedarfe der Studierenden in der Eingangsphase des ersten Semesters. Diese resultieren aus der Heterogenität der Studierenden, die den dualen Masterstudiengang nach Abschluss unterschiedlicher Bachelor-Studien absolvieren und wurden mittels Studierendeninterviews, aber auch durch Gespräche mit Praxispartner:innen erhoben. Ziel der Lerneinheit ist es, den Studierenden möglichst rasch den Erwerb grundlegender Kompetenzen sozialethischen Analysierens und Argumentierens zu ermöglichen, um so drei Voraussetzungen für den weiteren Studienverlauf zu erfüllen: Die Studierenden werden (a) untereinander sprach- und kooperationsfähig, indem sie über eine gemeinsame Begrifflichkeit und ein geteiltes Grundverständnis von Sozialethik verfügen; (b) ihre unterschiedlichen Vorverständnisse werden mit den Anforderungen im Studiengang abgeglichen; und sie werden (c) mit praxisbezogenen sozialethischen Begrifflichkeiten ausgestattet, die es ihnen erlauben, die bei Hospitationen gemachten Erfahrungen zu reflektieren.

HySS ist integriert in die „Directed Studies“ des Masterstudiengangs, bei denen die Vermittlung sozialethisch relevanter Kompetenzen mit hohem Praxisbezug im Mittelpunkt steht. Neben medizin- und sozialethischen Kompetenzen werden methodische Kompetenzen der qualitativen und quantitativen Sozialforschung sowie kommunikative Kompetenzen erworben, dann bei Hospitationen bei den Praxispartner:innen in regionalen Gesundheitsinstitutionen erprobt sowie in unterschiedlichen digitalen und präsentischen Formaten reflektiert. Die „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik“ steuert hierzu ein neuartiges Lehr-/Lernszenario bei, das digitale Lernmaterialien mit darauf abgestimmten Self- und Peer-Assessments kombiniert.

Die selbstständige Bearbeitung von interaktiven Übungseinheiten in den ersten sechs Wochen (1. Semester des MAs) soll es den Studierenden vor allem ermöglichen, „Sozialethisches Argumentieren“ auf einem niederschweligen Einstiegsniveau zu erproben und sukzessive zu verbessern. Das Konzept von HySS fokussiert aus Lehrendensicht vorrangig auf die Unterstützung und Ergänzung kompetenzorientierter Ethik-Lehre. Aus Studierendensicht wird frühzeitig die

Möglichkeit geboten, den oftmals als schwierig empfundenen Perspektivenwechsel von einer fachlichen zu einer sozialetischen Sichtweise durch ein angeleitetes „praxisorientiertes Online-Training“ in einem einfach verständlichen und auf die Lernziele des ersten Semesters reduzierten Rahmen eigenverantwortlich zu erwerben.

5.1. Die Relevanz von Lernzielen und Lernmaterialien

In HySS werden gemäß den Grundsätzen des „Constructive Alignments“ Lernziele („Intended Learning Outcomes“), Lernmaterialien sowie Prüfungs- bzw. Assessmentformate konsequent aufeinander abgestimmt.³ Für das hybride Lehr-/Lernszenario des Masterstudiengangs ergeben sich im Hinblick auf diese konzeptionelle Untermauerung folgende Lernziele: (a) Studierende können sich auf einem basalen Niveau in der sozialetischen Fachsprache austauschen; (b) Studierende erwerben die Fähigkeit, sozialetische Konzepte zu erklären und in der Argumentation anzuwenden; (c) Studierende sind dazu in der Lage, ethische Konflikte zu erfassen, einzuordnen und zu verstehen.

Den Studierenden des dualen Masterstudiengangs „Sozialetik im Gesundheitswesen“ werden dafür folgende digitale Lernmaterialien zur Verfügung gestellt:

- Einführende Texte, welche die Fachbegriffe des HySS-Glossars im Kontext erklären und einen kompakten Überblick bieten;
- Daraus abgeleitete Fallbeispiele mit Bezug zur Praxis im Hinblick auf das Gesundheitswesen in Deutschland;
- Grafische Übersichten, die das Verständnis komplexer Systeme vereinfachen (was auch die Einbettung von Wissensseinheiten im ersten Semester erleichtert);
- Chronologische Darstellung ausgewählter Themen im Gesundheitswesen – wie etwa die Entwicklung der „Fallpauschale“ in den letzten 20 Jahren –, um die gegenwärtige Situation aus sozialetischer Sicht konkreter einordnen zu können.

Auf diese Lernmaterialien abgestimmte Self- und Peer-Assessments ermöglichen die aktive Auseinandersetzung mit praxisbezogenen sozial- und gesundheitsethischen Argumentationen.

3 Siehe Biggs/Tang (2007).

5.2. Kompetenzorientierte Übungsaufgaben

Bei den formativen Assessments in HySS steht der selbstgesteuerte Kompetenzerwerb im Vordergrund. Die Assessments stellen eine Gelegenheit zum Kompetenzerwerb dar, indem sie den Transfer von kognitiv angeeigneten Konzepten, Fallszenarien und Bewertungsalternativen herausfordern. Im Self-Assessment verzichten wir auf Noten oder Punkte, ermöglichen aber inhaltliches Feedback und geben die Möglichkeit, es mehrmals zu bearbeiten. Die vollständige Bearbeitung ist Zulassungsvoraussetzung für die Prüfung, mit der die „Directed Studies“ insgesamt abgeschlossen werden.

Die beim HySS-Self-Assessment verwendeten Aufgaben stellen konzeptionell auf problem- und handlungsorientierte Anforderungen ab. Die Studierenden absolvieren vor der selbstständigen Bearbeitung der Übungsaufgaben verschiedene Lernelemente, die sukzessive ihre Kompetenzen im Hinblick auf das angestrebte Lernergebnis des „Sozialethischen Argumentierens“ verbessern sollen. Erklärende Texte, Glossareinträge und Zeitleisten sind so konzipiert, dass sie anschließend auf ein konkretes Fallszenario übertragen werden können. Die Übungseinheiten können – in einem eingeschränkten thematischen Rahmen – auf Basis dieser Vorleistungen daher bereits in der Studieneingangsphase erfolgreich bearbeitet werden.⁴

Auf einem niederschweligen Niveau erwerben Studierende relevante Kompetenzen in zwei Bereichen: (a) Fachliches Wissen in zwei Grundlagen-Einheiten und (b) professionelle Werte und Einstellungen in den vier Hauptthemenbereichen *Gesundheitsversorgung*, *Krankenhaus Maximalversorgung*, *Mittelpunkt Mensch* und *Interkulturelle Sozialethik*.

Das in HySS eingesetzte kompetenzorientierte Übungsformat soll die Studierenden dazu anleiten, moralische Fragen nicht mit „Richtig“ oder „Falsch“ zu bewerten, sondern den angestrebten Perspektivenwechsel vorzunehmen sozial-ethisches Wissen situativ anzuwenden und fachliche Argumentationen zu verstehen und kritisch zu prüfen.

4 Wir orientieren uns an den Niveaus A.III (Kohärentes Argumentieren) und C.III (Gültigkeit, Stichhaltigkeit, Kohärenz von Argumenten) im vierstufigen Kompetenzmodell ethischen Argumentierens von <https://www.philovernetzt.de/argumentieren-lernen>.

5.3. Planung des hybriden Lehr-/Lernszenarios

Als Teil der „Directed Studies“ des Masterstudiengangs „Sozialethik im Gesundheitswesen“ bildet HySS zusammen mit drei Präsenzlehreinheiten und Hospitationen bei Praxispartner:innen eine integrierte hybride Lehrveranstaltung. Diese zeichnet sich durch einen strukturierten Ablauf aus, der gemeinsam mit den Studierenden im Rahmen der ersten Präsenzveranstaltung festgelegt wird. Lehrende haben während der Bearbeitung durch die Studierenden keinen Einblick in den Bearbeitungsfortschritt oder -erfolg der Studierenden.

HySS wird zunächst im Rahmen der *ersten Präsenzveranstaltung zu Semesterbeginn* vorgestellt und es werden erste Fragen dazu beantwortet. Die Studierenden bearbeiten in den folgenden sechs Wochen die Selbstlerneinheit eigenverantwortlich (Self-Assessment), können aber jederzeit per E-Mail auftretende Fragen zum Ablauf an eine:n Tutor:in stellen. Studierende beschäftigen sich u.a. mit Übungseinheiten, welche den Erwerb der Kompetenz des sozialetischen Argumentierens in dieser frühen Phase unterstützen sollen. Dabei handelt es sich nicht um einen Multiple-Choice-Test, bei dem Wissen im Modus von falsch/richtig geprüft wird, sondern um komplexere sozialetische Aussagen, die eine argumentative Transferleistung implizieren und die hinsichtlich ihrer sozialetischen Validität zu beurteilen sind. Da es hier Beurteilungsspielräume gibt und der von den Studierenden geforderte Perspektivenwechsel je nach Bachelor-Abschluss unterschiedlich ausfällt, ist nach dem Bearbeitungszeitraum eine Gruppendiskussion in Präsenz mit der Lehrkraft vorgesehen.

In der *zweiten Präsenzveranstaltung (Mitte des 1. Semesters)* können offene Diskussionspunkte von den Studierenden angesprochen und gemeinsam mit einer Lehrperson geklärt werden. Daran anschließend erhalten die Studierenden eine Einführung in ein Peer-to-Peer-Tool, mit dessen Hilfe sie kooperativ eigene sozialetische Übungsaufgaben verfassen. Während des *HySS-Peer-Assessments* können die Studierenden mit dem Peer-to-Peer-Tool bis zum Ende des 1. Semesters eigenständig Übungsaufgaben erstellen, die Aufgaben anderer kommentieren und bewerten.

Als Ergebnisse dieses sukzessiven Optimierungsprozesses sollen einige ausgewählte, qualifizierte Übungseinheiten von den Studierenden selbst in der *dritten Präsenzveranstaltung* vorgestellt und gemeinsam diskutiert werden. In dieser Phase stimmen die Studierenden bereits einer potentiellen Nutzung ihrer Texte zu. Dozierende entscheiden, welche Peer-to-Peer-Übungsaufgaben die HySS-Lernmaterialien für die zukünftigen Jahrgänge sinnvoll ergänzen können. Diese Studierenden werden *HySS-Autor:innen*, indem sie als Urheber:innen der Texte in die Selbstlerneinheit aufgenommen werden.

Die Freiheit der Studierenden in ihrer persönlichen Zeitplanung war bereits in der frühen Phase der Entwicklung des didaktischen Konzepts eine wichtige Anforderung. So soll eine flexible Nutzung vor allem in der Reihenfolge der Bearbeitung, sowohl im Hinblick auf die sechs Lerneinheiten als auch hinsichtlich der Nutzung der drei Komponenten Lerneinheiten, Glossar und Übungsaufgaben gegeben sein. Jede:r Studierende bestätigt mit dem Button „Als erledigt kennzeichnen“ eigenverantwortlich, dass die jeweilige Aktivität bearbeitet wurde. In der Übersicht des Lernfortschrittes („Badges“) finden die Studierenden ergänzende Hinweise, um selbst feststellen zu können, welche Lernziele im Detail erreicht werden können.

6. Fazit

Ethische Reflexionskompetenzen bauen auf einem ganzen Bündel von Komponenten auf, wie der affektiven und kognitiven Sensibilität für die moralischen Gehalte von Situationen, der Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Emotionen und spontaner Reaktionsweisen sowie der kritischen Rezeption der Verhaltensweisen von Interaktionspartner:innen. Diese Komponenten können kaum allein theoretisch erworben werden, sondern müssen vielmehr praktisch-experimentell angeeignet werden. Jene Praxiskomponenten gilt es daher in einem gezielten mehrdimensionalen Lehr-/Lern-Prozess mit Theorie- und Argumentationskonzeptionen der Medizin- und Gesundheitsethik zusammenzubringen. So kann das intendierte (sozial-)ethische Kompetenzniveau erreicht werden, wobei sich die Studierenden gleichzeitig als Subjekte ihres eigenen Lernwegs erfahren können sollen. Hybride Lehrformate bieten für kompetenzorientierte Ethik-Lehre vielfache Chancen, da sie über entsprechende Potenziale verfügen, um individuelle Bedarfe, theorie-praxis-bezogenes Ethiklernen und reflexive Selbstbildung zusammenzubringen.

In Bezug auf den Transfer in andere Bereiche der universitären Lehre bieten hybride Lehrformate zahlreiche Möglichkeiten zur Anpassung und Weiterentwicklung. Indem sie die Vorteile von Präsenz- und digitalen Lernumgebungen kombinieren, können hybride Lehrformate dazu beitragen, die Effektivität und Flexibilität des Lernens zu erhöhen und den individuellen Lernbedürfnissen der Studierenden besser gerecht zu werden. Darüber hinaus erschließen sie neue Möglichkeiten, Praxiseinheiten zu integrieren und den Lehr-/Lern-Prozess insgesamt zu verbessern.

Es liegt vor allem an den Lehrenden, diese Chancen zu nutzen und hybride Lehrformate in Zusammenarbeit mit den erforderlichen technischen, studienorganisatorischen und weiteren Unterstützungsstrukturen kontinuierlich weiterzuentwickeln, um die Qualität und Relevanz der universitären Lehre zu steigern.

Interessenkonflikte: Keine

Hinweise auf Förderungen

Das Projekt „Digital Teaching and Learning Lab (DigiTeLL)“ wird gefördert von der „Stiftung Innovation in der Hochschullehre“ – ebenso das DigiTeLL Teilprojekt „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik (HySS)“.

Danksagungen

Christof Mandry und Eva-Maria Ableidinger danken den Studierenden des Masterstudiengangs „Sozialethik im Gesundheitswesen“ für ihre Rückmeldungen im Rahmen der Interviews und Nutzer:innen-Tests.

Literatur

- Biggs, J. B./Tang, C. (2007): Teaching for quality learning at university. 3rd Edition. Maidenhead.
- Egger, R./Witzel, S. (Hrsg.) (2022): Hybrid, flexibel und vernetzt? Möglichkeiten, Bedingungen und Grenzen von digitalen Lernumgebungen in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Wiesbaden.
- Kohls, C./Dubbert, D. (2023): Hybride Lernräume gestalten. S. 11. https://www.e-teaching.org/etresources/pdf/erfahrungsbericht_2023_kohls_dubbert_hybride-lernraeume-gestalten.pdf (08.03.2024).
- Philovernetzt (o. J.): Argumentieren lernen. <https://www.philovernetzt.de/argumentieren-lernen> (17.05.2024).
- Reinmann, G. (2022): Präsenz-, Online- oder Hybrid-Lehre? Auf dem Weg zum post-pandemischen „Teaching as Design“. In : Egger/Witzel (2022), S. 1-16.

III. Discussion

**Ethical Competence in Healthcare Around the Globe
Clinical Cases Sparking Debates
in Countries and Continents**

Andreas Frewer, Ehsan Shamsi-Gooshki,
Keymanthri Moodley, Andreas Reis

From the Seattle God Committee (USA) and the First Heart Transplant in Cape Town (South Africa) to Global Clinical Ethics

1. Introduction – The “Real-Time Drama” of Clinical Ethics

Clinical ethics is a fascinating and multi-faceted field of medico-moral expertise. The American theatre play “The God Committee” focused on key ethical points: “Three patients. One heart. Who decides?” – the poster to announce this drama brought it down to this simple formula.¹ It illustrates the highly emotional dilemma by a sand glass in form of a heart in the upper part; moreover, it seems like “blood is running” in the chronometer – the sand is dark-red and looks “liquid”.

17 years ago, this play had its premiere in Seattle (USA): Who should get a life-saving organ transplantation? This very emotional problem of medical ethics is aggravated by other aspects of the drama: Time pressure, personal conflicts, one candidate is HIV positive etc. Complex moral questions arise: hospital staff and experts, chief physicians and nurses alike are at a loss. What criteria should be used to make the right ethical decision in this case? Although the Seattle play is fiction, it has a real-life predecessor: at the end of the 1950s, the “artificial kidney” was developed in this city (US state of Washington) – but for every life-saving device, there were numerous patients in need.



Fig. 1: Poster for the play (2007).

1 Author of the play is Mark St. Germain, here is the production at Lambs-Theater (NY) (see www.lambstheatre.org). Opening night was at Taproot Theatre (Seattle) in 2007 (see www.taproottheatre.org). Photo by Jean-Marie Guyaux. See Frewer (2011).

2. Background and Development of Clinical Ethics Consultation

In 1962 – more than 60 years ago – the “Artificial Kidney Selection Committee”, later called “God Committee”, became one of the first clinical ethics committees in the world and made its public debut. The American magazine “LIFE” ran the headline: “They Decide Who Lives, Who Dies”.² The ethical problems for the doctors involved were so obvious and could no longer be solved with natural sciences or medical data that a new instrument for consultation was created. Officially, the committees were called “Treatment Committees” or “Kidney Dialysis Selection Committees” and were appointed by the State of Washington.³ Colloquially, the group was called the “Life or Death Committee[?]”, and the resonant feeling of having to make superhuman decisions at this point was quickly intensified in the popular name “God Committee”. The frequently used formula “Playing God”⁴ shows the perceived dimensions of the moral conflicts. And the image of this first committee also underlines the problem: the members of the committee were only depicted anonymously in “LIFE” magazine in 1962.



Fig. 2: Silhouette of the “God Committee”. Swedish Hospital, Seattle (1962).

-
- 2 Cf. Alexander (1962). “Article of the week”, in: “Dealing with the deadly crisis” [Cuba], 09.11.1962. Shana Alexander (1925-2005) was the very first female journalist at “LIFE”.
 - 3 Initially, the very long name “The Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Center at Swedish Hospital” was used, cf. *ibid.* and Frewer (2011).
 - 4 See Alexander (1962), Savage (1980), Lyon (1985), Evans (2002), Peters (2003) and Deech (2007).

A public announcement of the people represented in this decision-making body seemed too dangerous. What would have been the reaction of patients remaining on the waiting list? What feelings would the deciding members have triggered in those affected or their families – incomprehension, aggression, or even a desire for revenge in the event of death on the list? The presentation of the “God Committee” uses iconographic elements that have already been taken up in the depiction of other groups. There is a similarity to the stylistic elements in the portrayal of the film “The 12 Jurors”:⁵ Citizen representatives also take on a great burden in supporting difficult decisions – in this case on criminal law. This classic drama also deals with the borderline problem of life and death, but in this case the problem of a jury vote in favor of the death penalty or the acquittal of the accused. The group meets behind closed doors; only the novel illustrates delicate psychological and moral conflicts of decisions “behind the scenes”. Both drama and film have masterfully illuminated the extent to which the feelings and motives of individuals can tip the scales of justice and ethical decision-making. The example of the Seattle God Committee is also about a small “sworn” group whose delicate power operates in a gray area.



Fig. 3: “WHO SHALL LIVE[?]” Adaptation from LIFE magazine (1962).⁶

-
- 5 Film by American director Sidney Lumet; original: “12 Angry Men” in the year 1957. This judicial drama is based on Reginald Rose’s 1954 chamber play of the same name. From the perspective of psychology, moral theory and sociology, “The 12 Jurors” is considered a prime example of group dynamics and complex role behavior.
- 6 The title builds a bridge to biblical sentences: “Who shall live and who shall die, who shall attain the measure of man’s days and who shall not attain it. [...]”.

The historical poster “Who shall live[?]” deepens these contrasts and, in a way, also deliberately illustrates “light and shadow”: Seattle’s “dialysis board” is shown with a deliberately blurred image in a kind of “twilight”. Not that the citizens involved are “shady characters”, quite the opposite, but the drama of the decisions about life and death is emphasized by the image, which is more reminiscent of a Hitchcock thriller or movie posters. The underlying emotionalization intensifies the human drama of ethical decision-making authority. One more example of a theatre play refers to the “Seattle God Committee” and the year 1963: “Who lives?”⁷

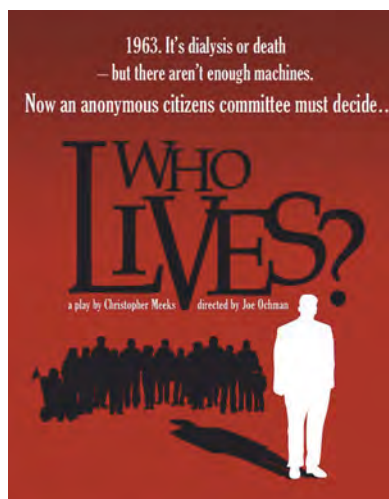


Fig. 4: Poster for play by Christopher Meeks, directed by Joe Ochmann (USA).

The formula coined here underlines: “It’s dialysis or death – but there aren’t enough machines. Now an anonymous citizens’ committee has to decide”. Interestingly, it is not the outlines of the committee members that are depicted, but (potential) patients and the “one lucky person”: 14 people can be seen in the background, a disabled person in a wheelchair on the far left and a child on the far right. The message of this poster is reinforced by the dramatization of the contrast between the “chosen one” and the ultimately rejected majority: A long shadow of the patient standing in the foreground falls in the direction of the group that cannot benefit from life-saving therapy.⁸

7 For the background see Alexander (1962), Jonsen (1998), Blagg (1999), Bergdolt (2004), Baker/McCullough (2009), Kohlen (2009), Frewer (2012), Beauchamp/Childress (2019).

8 The various possible interpretations of the black-white contrasts cannot be discussed further here. However, accusations of “racism”, for example in the case of a possible

3. Heart Transplant – New Options and Problems for Clinical Ethics

Another “heart-breaking” case found global attention five years after Seattle. On December 3, 1967, in Cape Town (South Africa), the surgeon Christiaan Barnard (1922-2001) conducted the world’s first human heart transplantation. This revolutionary innovative operation occurred in an era when clinical ethics consultation did not exist in South Africa – nor in most parts of the world. The American magazine “LIFE” ran the story on the front cover. That resulted in an international “media-hype”. At the time, this procedure raised moral and legal concerns around the definition of brain death and the procedure of organ donation. In 1967, it was considered that a person is dead “when the doctor says that the person is dead!”⁹ There were neither laws regarding the criteria for brain death nor were there laws for organ transplantation.¹⁰ According to the literature, Barnard used the criterion of brain death but waited six minutes for the heart of the donor patient to stop beating before he removed it for transplantation.¹¹



Fig. 5: “Gift of a human heart”. In: LIFE 15 (1967), December issue (Cover).

preference for white patients, play a role in the pieces. The fact that the wheelchair user and the child are both depicted on the outer edge of the group is certainly no coincidence.

9 Barnard (1980).

10 Brink/Hassoulas (2009).

11 Cooper (2018).

The patient Louis Washkansky came from Lithuania. As a three-month-old child he emigrated with his father to South Africa. After Louis attended high school, he entered the grocery business in Cape Town. He was in active service in World War II in Africa and Italy. Washkansky was a sportsman, taking part in football, swimming, and weightlifting. Later in life, he suffered heart problems; he was diabetic, and had three heart attacks. In spring 1966, Washkansky visited Groote Schuur Hospital due to his illness. He was first seen by Barry Kaplan, who in summer 1966 asked if Christiaan Barnard would be willing to treat Washkansky. Barnard had performed a number of laboratory tests and an in-depth examination on Washkansky and came to the conclusion that nothing could be done to help him. The incurable heart disease had led to congestive heart failure and required more definitive measures – like a first “heart transplant”. In January 1967, Washkansky was referred to Mervyn Gotsman, a cardiologist at the Cardiac Clinic in Groote Schuur Hospital, due to refractory heart failure. Washkansky underwent cardiac catheterization confirming severe heart failure and was subsequently referred to Barnard for possible surgery.



Fig. 6: Louis Washkansky (1913-1967) after the first heart transplant (1967).

The 25-year-old Denise Darvall (1942-1967) was the donor in this world’s first “successful” human heart transplant, performed at Groote Schuur Hospital (South Africa) by Barnard and his team. Not everybody in the world knows that Louis Washkansky died of pneumonia (*Klebsiella*) on December 21, 1967 in Cape Town – only 18 days after the operation – as a problem of inadequate immunosuppression. Barnard might have stated to Louis Washkansky and his wife Ann that the proposed transplant had an 80% chance of success. The key

problem here is the informed consent as shared decision making in practice. Regarding basic questions of medical ethics, one has to stress the importance of the contact between patient and physician. The procedure of information before the operation in this very special case lasted – as far as we know – only a few minutes. In the book “The Silent World of Doctor and Patient” the US physician and bioethicist Jay Katz (1922-2008) reports the situation and the discussion between the surgeon Barnard and his pioneer patient before the ground-breaking transplant:¹²

“Mr. Washkansky, I have come to introduce myself. I believe Dr. Kaplan and Professor Schrire have spoken to you about it – we intend doing a heart transplant on you, and for this you will be admitted to my ward.”

“That’s fine with me – I’m ready and waiting for it.”

“If you like, I can tell you what we know and what we don’t know about this.”

He nodded and waited for me to go on. He was obviously very sick, but you could see he had once been quite strong and good-looking. There were also the features of a generous man – a large mouth with the face folds of one who smiled often. He had big ears and big hands, and his eyes, peering at me over the spectacles, were gray-green – and waiting. So, I spoke to him.

“We know you have a heart disease for which we can do nothing more. You have had all possible treatment, and you are getting no better. We can put a normal heart into you, after taking out your heart that’s no longer any good, and there’s a chance you can get back to normal life again.”

“So they told me. So I’m ready to go ahead.”

He said no more. His eyes remained on me but with no indication he wanted to know any more.

“Well, then ... good-bye,” I said.

“Good-bye.”

As I turned to go, he began reading again. It was a Western.

Katz added some general reflections by Barnard on this case and clinical ethics:

“How, I wondered, could he return to pulp fiction after being suddenly cast into the greatest drama of his life? What was it about human nature that caused such a reaction? No man in the history of the world had ever met the surgeon who was going to cut out his heart and replace it with a new human one – at least, not until this moment, which was now being lost somewhere in a Western novel. What had made him turn away? He was a realist. He carried no false illusions, no special clouds of rationale. He lived for the

12 For the following quotations see Katz (1976).

moment, for the hour, for the full living of all of it. And now, I had offered him just that life. Yet he had not asked the odds, nor any details.”¹³

The bioethicist Katz concluded:

“At the least, respect for Washkansky’s psychological autonomy required Barnard to challenge his patient’s silent acquiescence. In this case, where the patient was especially needy and was surrounded by seemingly powerful healers, his hopes, fears and magical expectations should not have been left unexplored. If Washkansky wanted a new heart, he also had to have the heart to learn more about the operation. The first heart transplant was an extraordinary procedure. In selecting an appropriate patient, Barnard needed to pay attention not only to Washkansky’s physical suitability for undergoing the operation but also to Washkansky’s capacity to understand the consequences. Any patient who did not meet the latter criterion was not a suitable candidate for the first transplanted heart. In more ordinary situations, as I have suggested [...], a patient’s waiver of disclosure and consent may be more acceptable after a prior inquiry into his reasons. Washkansky’s operation, however, was not an ordinary event. The inattentiveness to conversation in this instance, which made meaningful consent impossible, only underscores its general disregard in physician-patient interactions.”¹⁴

Although Katz implies that the consent process may have been inadequate, we need to take into account that the interaction described between Prof. Barnard and the patient Mr. Washkansky occurred after other physicians in the healthcare team had already spoken to the patient, “I believe Dr. Kaplan and Professor Schrire have spoken to you...” (Katz). We may assume that those were probably more detailed discussions. The context of medical futility is evident as Barnard himself explains to the patient “You have had all possible treatment” (Katz). Furthermore, in the 1960s, patients had much more trust in their physicians, especially when all possible treatment options had been explored and only high risk, innovative options were a potential solution. After this first transplant, Barnard conducted a second transplant. This patient survived for almost 19 months. As is to be expected with innovative interventions, the survival rate improved over time and “the fifth and sixth patients lived for almost 13 and 24 years, respectively”.¹⁵ If an innovative procedure like this were to be discussed in South Africa today, the decision-making would be shared by a clinical ethics committee or clinical ethics consultation service and a research ethics committee (REC). For the first use of novel or innovative interventions, clinical ethics considerations are important and the consent of the patient is central. However, once the procedure is planned on subsequent patients (especially more than three patients for biomedical research according to South African research ethics

13 Katz (1976).

14 Ibid.

15 Cooper (2018).

guidance), a research protocol would be required to be approved by a REC.¹⁶ While three cases may not be applicable for all interventions and might be an arbitrary estimate, repeated use of novel interventions ought to be formalized. If a major novel intervention such as a cardiac transplantation were to be planned today, it is highly likely that this would be debated and discussed by both a CEC and REC. The urgency of implementation would also need to be taken into account. Going back to 1967, where guidelines and ethics committees were either unavailable or not well known in many parts of the world, healthcare teams globally clearly faced many challenges and did the best they could to obtain some form of informed consent. The Nuremberg Code of 1947 (§ 1: The voluntary consent of the person is absolutely essential) was more closely aligned with research ethics and not well known by clinicians in many parts of the world. In the first heart transplant case in South Africa, it may be argued that patient vulnerability and desperation were present, but that the patient agreed to the proposed novel procedure having placed trust in his treating physicians and surgeons. It may also be argued that this major advance in cardiac surgery that has benefitted science and society globally may not have occurred had ethics committees placed unreasonable restrictions on the healthcare team. Consent lies at the heart of the case and reports indicate that this was obtained – perhaps not in the detailed format outlined in current international guidelines, but in a format that was acceptable according to norms in 1967.

4. Outlook: Clinical Ethics Consultation and Ethics Committees

Clinical ethics has evolved alongside advancements in medical care and services.¹⁷ In ancient times, individual physicians typically provided care directly to patients, largely without intervention from governments or rulers. However, in recent decades, providing a reasonable standard of healthcare has become a widely accepted governmental responsibility. Consequently, healthcare systems have transformed into increasingly complex and sophisticated entities.

Significant progress in medical science and technology, the formal recognition of a right to healthcare, rising specialization in medicine, and rapidly shifting disease patterns have all contributed to this complexity. Global health threats, such as climate change, antibiotic resistance, and pandemics from emerging and reemerging infectious diseases, along with challenges like health inequity, the trend of medicalizing aspects of human life and the influence of social and mass

16 Department of Health (2024). See also Schmidt et al. (2020).

17 Cf. Fox (1990), Jonsen (2000), Bergdolt (2004), Eissa/Sorgner (2011), Frewer (2011) and Machle (2012).

media – often circulating both verified and misleading information – have reshaped medical practice in profound ways in the new increasingly culturally diverse societies. As a result, the scope and complexity of clinical ethics today are vastly different from the past.¹⁸ Some influential bioethicists even argue that traditional clinical ethics guidelines now serve mostly symbolic roles in contemporary medical ethics.¹⁹ In addition, in this modern healthcare system, a diverse array of stakeholders has emerged. Beyond the traditional parties – physicians, patients, and their families – there are now governments and policy-makers, professional organizations, pharmaceutical and medical equipment companies, civil society groups, scientists, technology developers, and international organizations, each advancing their interests within healthcare systems. While traditional clinical ethics primarily manages the interests of patients, families, and healthcare providers, today's clinical ethics must address the complex interactions of a growing list of stakeholders.

Despite the efforts to develop up-to-date guidelines to overcome ethical complexities of modern medicine in recent decades by both national or international organizations, the dynamic nature of the clinical environment which involves complex human relationships and groundbreaking technologies such as AI continuously challenges the sufficiency and efficacy of the existing guidelines. So, even when specific clinical ethics guidelines exist, healthcare workers and health facility administrators often face ongoing moral challenges. New ethical questions frequently arise, or the connection between a question and the guidelines may be unclear. In these cases, a process of moral judgment is needed to determine the most ethically acceptable response. Clinical ethics support services in various forms including clinical ethics committees, individual clinical ethicists or when possible moral case deliberation have been developed as ways to help healthcare professionals in such situations and help reduce moral distress and possibly consequent moral fatigue. Furthermore, once a decision is reached, healthcare workers need enough motivation to act on it. Ideally, these decisions align with relevant laws, regulations, and the cultural norms of the context. But sometimes healthcare professionals may find that their ethical choices lack legal support or may provoke community backlash and may feel the need for clinical ethics support service. Today, clinical ethics support services are not only provided by healthcare professionals. Clinical ethicists who have their educational and professional background in various fields such as medicine, other biomedical areas, philosophy, moral philosophy, law, sociology, psychology and the like and have received training in bioethics, nowadays play an increasingly

18 See, for example, Shamsi-Gooshki et al. (2020).

19 Veatch (2012).

crucial role in providing clinical ethics consultation. Presence of these new “stranger” disciplines “at the bedside” shows how law and bioethics transformed medical decision-making,²⁰ and at the same time could be a sign of “How medicine saved the life of ethics”.²¹ In addition to professional clinical ethics guidelines, legal systems across the globe have developed necessary laws and regulations to address the increasing needs resulting from the above-mentioned changes and complexities in the medical domain.

Ethical issues in the allocation of scarce resources continue to be a key concern in public health ethics and clinical ethics, as illustrated recently by the COVID-19 pandemic. Organs for transplantation are still in short supply. The latest data of 2022 from the Global Observatory on Donation and Transplantation indicate that more than 150.000 solid organ transplants are performed worldwide annually. While this represents an increase of 52% compared with 2010, it still corresponds only to $\leq 10\%$ of global needs.²² This is why on May 29, 2024, WHO’s member states (with the initiation of Spain) approved a new resolution on increasing availability, ethical access and oversight of transplantation of human cells, tissues and organs.²³ WHO was tasked to develop a global strategy on donation and transplantation to be presented to the Assembly for adoption in 2026. Hopefully, this initiative, along with new technological developments (e.g., artificial organs), will contribute to a world where difficult ethical decisions on the allocation of organs will no longer have to be made, but it is possible that the ethical issues might get even bigger, too. Yet other complex allocation questions are looming: with the advent of personalized medicine and AI, many new therapies will be so costly that health systems will only be able to provide them to a few selected patients.

Intensive care units with artificial ventilation, organ transplantations, dialysis, and other medical innovations were “revolutions” for healthcare. The “evolution” of ethics consultation services and clinical ethics committees which followed tries to reflect as much as possible big cases as well as every-day decision-making in medicine and healthcare all over the world.²⁴

Conflicts of Interest: See addresses of authors

20 Rothman (2003). In general, see Reich (1995) and Jonsen (2000).

21 Toulmin (1982). See also Reich (1995) and Baker/McCullough (2009).

22 Cf. <https://www.transplant-observatory.org/>.

23 Cf. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_R4-en.pdf.

24 Pence (2004) and Veatch et al. (2015). Furthermore, see Callahan (1999), Baker/McCullough (2009) and Goodman (2010).

References

- Alexander, S. (1962): They Decide Who Lives, Who Dies. Medical miracle and a moral burden on a small community. In: *LIFE* 9 (1962), pp. 102-125.
- Baker, R. B./McCullough, L. B. (Eds.) (2009): *The Cambridge World History of Medical Ethics*. Cambridge et al.
- Barnard, C. (1980): *Good Life, Good Death. A Doctor's Case for Euthanasia and Suicide*. Englewood Cliffs, N. J.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. 8th edition. Oxford, New York.
- Bergdolt, K. (2004): *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*. München.
- Blagg, C. R. (1999): The Early Years of Chronic Dialysis: The Seattle Contribution. In: *American Journal of Nephrology* 19 (1999), pp. 350-354.
- Brink, J. G./Hassoulas, J. (2009): The first human heart transplant and further advances in cardiac transplantation at Groote Schuur Hospital and the University of Cape Town – with reference to: The operation. A human cardiac transplant. An interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. Historical review article. In: *Cardiovascular Journal of Africa* 20, 1 (2009), pp. 31-38. PMID: 19287813; PMCID: PMC4200566.
- Callahan, D. (1999): The Hastings Center and the early years of bioethics. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 9, 1 (1999), pp. 53-71.
- Colen, B. D. (1976): *Karen Ann Quinlan. Dying in the age of eternal life*. New York.
- Cooper, D. K. C. (2018): Christiaan Barnard – The surgeon who dared: The story of the first human-to-human heart transplant. In: *Global Cardiology Science and Practice* 2, 11 (2018) [pp. 1-16] doi: 10.21542/gcsp.2018.11. PMID: 30083541; PMCID: PMC6062759.
- Cranford, R. E./Doudera, A. E. (1984): The Emergence of Institutional Ethics Committees. In: *Law, Medicine & Ethics* 12, 1 (1984), pp. 13-20.
- Deech, R. (2007): Playing god. The regulation of reproductive medicine. In: *Israel law review* 40, 1 (2007), pp. 6-30.
- Department of Health (2024): *Ethics in Health Research Guidelines: Principles, Processes and Structures*. South Africa.
- Eissa, T.-L./Sorgner, S. L. (Hrsg.) (2011): *Geschichte der Bioethik. Eine Einführung*. Paderborn.
- Evans, J. H. (2002): *Playing God? Human genetic engineering and the rationalization of public bioethical debate*. Chicago/Illinois.

- Fox, R. C. (1990): The Evolution of American Bioethics: A Sociological Perspective. In: Weisz (1990), pp. 201-217.
- Frewer, A. (2011): Zur Geschichte der Bioethik im 20. Jahrhundert. Entwicklungen – Fragestellungen – Institutionen. In: Eissa/Sorgner (2011), pp. 415-437.
- Frewer, A. (2012): Emotionen zur Ethikberatung in der Öffentlichkeit. Impressionen und Inszenierungen der „God Committees“. In: *Jahrbuch Ethik in der Klinik* 5 (2012), pp. 57-76.
- Frewer, A./Bruns, F./May, A. (Hrsg.) (2012): *Ethikberatung in der Medizin*. Heidelberg u.a.
- Frewer, A./Rödel, C./Köhler, M. (Hrsg.) (1996): *Herztransplantation und Ethik. Historische und philosophische Aspekte eines paradigmatischen Eingriffs der modernen Medizin*. Erlanger Studien zur Ethik in der Medizin, Band 4. Erlangen, Jena.
- Goodman, K. W. (2010): *The case of Terri Schiavo. Ethics, politics, and death in the 21st century*. Oxford.
- Jonsen, A. R. (1998): *The Birth of Bioethics*. New York, Oxford.
- Jonsen, A. R. (2000): *A Short History of Medical Ethics*. New York, Oxford.
- Katz, J. (1976): *The Silent World of Doctor and Patient*. With a New Foreword by Alexander Morgan Capron. Baltimore, London.
- Kohlen, H. (2009): *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*. Frankfurt a.M., New York.
- Lyon, J. (1985): *Playing God in the nursery*. 1st edition. New York.
- Machle, A.-H. (2012): ‘God’s Ethicist’: Albert Moll and His Medical Ethics in Theory and Practice. In: *Medical History* 56, 2 (2012), pp. 217-236.
- Pence, G. E. (2004): *Classic Cases in Medical Ethics*. Boston/Mass.
- Peters, T. (2003): *Playing God? Genetic determinism and human freedom*. 2nd edition. New York.
- Reich, W. T. (Ed.) (1995): *Encyclopedia of Bioethics*. New York.
- Rothman, D. (2003): *Strangers at the bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. 2nd edition. New York.
- Savage, D. (1980): After Quinlan and Saikewicz: death, life, and God committees. In: *Critical Care Medicine* 8, 2 (1980), pp. 87-93.
- Shamsi-Gooshki, E./Parsapoor, A./Asghari, F./Parsa, M./Saeedinejad, Y./Birodian, S./Fadavi, M./Khalajzadeh, M. R./Namazi, H. R./Ghasemzadeh, N./Samani, R. O./Milanifar, A./Raoofi, A./Halvaei, S. R./Mousavi, M. S./Zali, A./Fazel, I./Zafarghandi, M. R./Idani, E./Moin, M. (2020): Developing “Code of Ethics for Medical Professionals, Medical Council of Islamic Republic of Iran”. In: *Archives of Iranian Medicine* 23, 10 (2020), pp. 658-664.

- Schmidt, U./Frewer, A./Sprumont, D. (Eds.) (2020): Ethical Research. The Declaration of Helsinki, and the Past, Present and Future of Human Experimentation. Oxford, New York.
- Toulmin, S. (1982): How medicine saved the life of ethics. In: Perspectives in Biology and Medicine 25, 4 (1982), pp. 736-750.
- UNESCO (2003): Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris. <https://www.unesco.org/en/ethics-science-technology/bioethics-and-human-rights>.
- Veatch, R. M. (2012): Hippocratic, religious, and secular medical ethics. The points of conflict. Washington.
- Veatch, R. M./Haddad, A. M./English, D. C. (Eds.) (2015): Case studies in biomedical ethics. Decision-making, principles, and cases. New York et al.
- Weisz, G. (Ed.) (1990): Social Science Perspectives on Medical Ethics. Dordrecht, Boston/Mass.

Clinical Ethics in Chile – An Overview

From the US Case of Karen A. Quinlan to Ethics Committees

1. Introduction

In Chile, over the last decades, healthcare has been marked by changes and challenges also observed in other parts of the world. These issues include technoscientific medical advances, the high costs of diagnostic tests and treatments, the need for fair distribution of healthcare resources, and over-specialization in treatment of patients and health system users, which bears the risk of fragmenting the patient as a person. This, along with the recognition of patients as rights holders capable of making their own healthcare and the acknowledgement of the importance of the delivering patient-centered-care model, highlights the necessity of considering scientific and ethical aspects related to each person's preferences and values in healthcare decisions. In this context, there is a need for further development of clinical bioethics. Clinical Ethics Committees, known as Healthcare Ethics Committees (“Comités de Ética Asistencial”) in Chile, are a concrete way of applying clinical bioethics in healthcare institutions that has also been promoted in many other countries.

The objective of this article is to describe the development of clinical bioethics in Chile, taking into account the creation of Healthcare Ethics Committees in a range of healthcare institutions and establishments, mainly focusing on hospitals and primary healthcare centers. Along with the above mentioned there is a need to offer bioethics education to healthcare professionals and the members of these committees.

2. Healthcare Ethics Committees in Chile

To understand the role of Healthcare Ethics Committees in Chile and the Americas, it is necessary to reference a number of key events or cases that prompted their development. These committees, first established in the United States, reached their current state after several landmark events: the creation of a Committee that selected patients for hemodialysis in the Seattle Artificial Kidney

Center in the 1960s, the establishment of Infant Care Review Committees, the President's Commission Report of 1983, the Baby Doe Law, and the accreditation criteria set out by the Joint Commission in 1992 – to name just a few. Since 2005, through the Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO has promoted the creation of these committees and the ethical training of healthcare professionals (Gómez, MI, 2015)¹.

For North and South America the case of Karen Ann Quinlan greatly encouraged the creation of these committees. In 1975, when Karen was 21 years old, she went into cardiac arrest at a party after consuming alcohol and barbiturates. The young woman entered a persistent vegetative state, with no chance of recovery, after which her parents requested to withdraw mechanical ventilation. In response to the physicians' refusal, Karen Ann's parents filed a lawsuit and in 1976 the New Jersey Supreme Court ruled that:

"We repeat for the sake of emphasis and clarity that upon the concurrence of the guardian and family of Karen, should the responsible attending physicians conclude that there is no reasonable possibility of Karen's ever emerging from her present comatose condition to a cognitive, sapient state and that the life-support apparatus now being administered to Karen should be discontinued, they shall consult with the hospital 'Ethics Committee' or like body of the institution in which Karen is then hospitalized. If that consultative body agrees that there is no reasonable possibility of Karen's ever emerging from her present comatose condition to a cognitive, sapient state, the present life-support system may be withdrawn and said action shall be without any civil or criminal liability therefore, on the part of any participant, whether guardian, physician, hospital or others".²

The first clinical ethics committees in Chile were established in public hospitals in the early 1990s and other centers followed.³ Chilean legislation has promoted the formation of these committees, mainly through Law No. 20584, promulgated in 2012. This law, which "Regulates people's rights and duties regarding actions linked to their healthcare treatment"⁴ establishes that these Healthcare Ethics Committees can be formed in both public and private healthcare facilities and that it is mandatory in certain establishments, such as inpatient centers, institutions of an experimental nature or others that are classified as highly complex or specialized. Following this law, a specific regulation is established for the constitution and functioning of these committees, and, in accordance with the provisions outlined in the law, it also states that institutions without a committee

1 Gómez (2015).

2 In Re Quinlan, 70 N.J. 10 (1976). <https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html>.

3 Portales (2022).

4 Ley N°20584 (2012). www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348.

of their own must be affiliated with another committee to consult. (Decree 62, 2012).⁵

Healthcare Ethics Committees in Chile are defined as

“collegiate bodies of a consultative and interdisciplinary nature, created to analyze and offer guidance with respect to ethical conflicts that may arise as a consequence of medical treatment, in order to improve patient care and protect the rights of treatment recipients.” (Decree 62, 2012)⁵

These committees have three functions: a consultative function, requiring them to examine and deliver recommendations regarding cases in which ethical problems are identified; a normative function; and an educational function. The same as in other places, Healthcare Ethics Committees receive few cases per year for their consideration (an average 6-7 to 12 per year), generally being withhold or withdraw life-sustaining treatments as the main ethical problem.⁶ In Chile, the term “appropriateness of therapeutic effort” (in Spanish “Adecuación del Esfuerzo Terapéutico”) is increasingly used to address this ethical issue, which includes supporting patients’ care needs along with considerations for withholding or withdrawing life-sustaining treatment.

The Ministry of Health’s Bioethics Office, created by resolution in 2010, has had a Ministerial Healthcare Ethics Commission since 2015. This Commission is a collegiate advisory entity that offers guidance to Ministry of Health authorities with an emphasis on bioethics issues involving clinical care; furthermore, it provides orientation to Healthcare Ethics Committees and contributes to the clinical ethics training of committee members.⁷ Healthcare Ethics Committees are required to submit their annual reports to this Commission, detailing their activities.

As part of their educational duties, many Healthcare Ethics Committees have organized courses planned for the work settings of health professionals, aided by academics from several universities. During the 1990s the first bioethics centers in Chile were created, hosted by the Pontificia Universidad Católica de Chile and the Universidad de Chile. In 1993, the Pan American Health Organization established its Regional Program on Bioethics for Latin America and the Caribbean in Chile, transferring it to its Washington headquarters in 2011. Founded in 2003, the “Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo” has promoted continuing education in

5 Decreto 62 (2012): Aprueba Reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. Available at <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052731>.

6 Oficina de Bioética del Ministerio de Salud de Chile (2019) and Vega et al. (2022).

7 Contreras (2022).

bioethics and graduate education through a professional Master's Program offered in collaboration with the Institut Borja de Bioética of Barcelona.

3. Final Reflections – Perspectives

Clinical bioethics facilitates the delivery of patient-centered medicine, respecting patients' dignity and promoting shared decision-making processes that respect their autonomy and, when appropriate, that of their surrogates. Healthcare Ethics Committees are a concrete example of the application of clinical bioethics in Chilean healthcare institutions. Apart from their consultative purpose, these bodies have an important educational function, supporting both the professional community of their host institution and the population served by it. Therefore, it is necessary to continue strengthening Healthcare Ethics Committees as organizations whose educational role complements the teaching functions of the Bioethics Centers and Departments of Chilean academic institutions.

Conflicts of Interest: None

References

- Academia Chilena de Medicina (Ed.) (2015): Reflexiones sobre Bioética: Seminarios de la Academia Chilena de Medicina (2011-2013). Academia Chilena de Medicina, Santiago de Chile, Chile.
- Beca, J. P./Astete, C./Carvajal, S. (Eds.) (2022): Bioética Clínica. 2da Edición, Editorial Mediterráneo Ltda.
- Contreras, A (2022): Comisión de Ética Asistencial del Ministerio de Salud-CEAM. 5ª Memoria Anual 2021. <https://bioetica.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Memoria-Anual-CEAM-2021.pdf>.
- Decreto 62 (2012): Aprueba Reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052731>.
- Gómez, M. I. (2015): Los Comités de Ética Asistencial. In: Academia Chilena de Medicina (2015), pp. 170-179.
- In Re Quinlan, 70 N. J. 10 (1976): <https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html>.
- Ley N°20584 (2012): Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348.
- Oficina de Bioética del Ministerio de Salud de Chile (2019): Resultados de Encuesta a Comités de Ética Asistencial Sistema Público de Salud. Jornada de Bioética del Ministerio de Salud de Chile; Ex Congreso Nacional.
- Portales, M. B. (2022): Comités de ética asistencial y consultoría ético clínica. In: Beca et al. (2022), pp. 145-151.
- Vega, S./Parry, S./Pérez, G./Cubillos, M./Araya, L./Novoa, F./Campos, F./Vallejos, H./Villegas, V./Besoain, C./Rojas, B./Quiroz, V./Valero, M. (2022): Experiencia del Comité de Ética Asistencial del Hospital Carlos van Buren entre los años 2007-2020. In: Revista médica de Chile 150, 3 (2022), pp. 391-396.

Hospital Ethics Committees and Clinical Ethics Support Services in Iran

1. Introduction – An Every-Day Clinical Ethics Case

A patient with a history of chronic gastritis, who complained of dysphagia to solid foods since a few months ago, was referred to a specialist in an urban area and diagnosed with esophageal cancer. He received a full course of standard treatment including esophagectomy surgery in a tertiary hospital. Further workups revealed metastasis to the spinal vertebrae; hence, the physician consulted a palliative medicine specialist, whose recommendation was:

“The patient is a known case of advanced esophageal cancer and is in the terminal stage of disease. It is recommended to avoid futile interventions. Necessary explanations should be given to the first-degree relatives. The goal is to comfort the patient and not prolong the dying process.”

The medical practitioner has to make a difficult decision regarding this patient's care; for the reason that there is no clear law on end-of-life care in Iran that clarifies details of care for terminally ill patients such as conditions for DNR (Do Not Resuscitate) orders and withdrawing or withholding life-sustaining interventions; making doctors feel lack of legal support for such interventions. In addition, based on the traditional culture of at least a part of Iranians, many families usually expect neither the disclosure of the diagnosis of diseases such as cancer to the patient nor the discussion of end-of-life medical care with him/her. Although these expectations are contrary to Iran's patients' bill of rights and professional codes of conduct of the Iran Medical Council that generally require truth-telling, ignoring them and acting according to the aforementioned guidelines may adversely affect the relationship between the medical team and the family, who play a key role in patient care. Such a problem also makes medical staff prone to verbal and even physical violence by the patient's family.

The goal of clinical ethics, as Mark Siegler and colleagues note, is to “identify, analyze and resolve the ethical problems that arise in the practice of clinical medicine.”¹ Clinical ethics services (CESs) date back to the early 1970s in some

1 Siegler et al. (1990).

Northern American countries and the 1980s and 1990s in most Western countries.² Since the 1990s, the hospital ethics committees (HECs) also came to be present in Iran, as a response to newly introduced requirements for hospitals by the Ministry of Health and Medical Education. These committees evolved over the years through a series of academic, governmental and professional interventions and informed today's clinical ethics support services in Iran. We aim to briefly present the process of clinical ethics development in Iran and argue the main issues it has to tackle in order to effectively address and navigate the ethical concerns and opportunities for patient-centred care. In Iran, HECs developed through two phases.

2. Phase 1: Emergence

HECs emerged since 1997 by the implementation of the second version of the hospital accreditation system by the Ministry of Health and Medical Education. This directive required hospitals to form 13 committees, one of which was the HEC. These committees were involved more in the implementation of cultural and religious values in clinical practice than in clinical ethics in today's sense, based on two reasons; first modern academic medical ethics had not yet been well-developed in Iran, and second, the culture of medicine in Iran was still paternalistic at the time, and no need to provide clinical ethics services was raised in hospitals. Based on a law of parliament which requires providing medical services should be in accordance with Islamic rules,³ issues such as the provision of gender-concordant care, mainly based on religious rules, and also dedicating a specific space and facilities for patients to do their religious activities, mainly daily prayers, were among the main issues these committees were addressing at first. Although the above-mentioned law required the establishment of a particular committee for religious affairs in hospitals, it seems that because the dominant understanding of ethics was religious, these committees were combined by many hospitals. However, after a while, as the first version of the Charter of Patients' Rights was approved in 2002, these committees gradually changed their point of focus to patients' rights; hence HECs slightly moved toward clinical ethics services during the last years of the first phase. In parallel with university hospitals, some bottom-up movements to start clinical ethics were also seen in medical schools in this phase. Clinicians and faculty members concerned with moral values in medicine began to provide unstructured educational programs on medical

2 Steinkamp et al. (2007) and Slowther et al. (2012).

3 Islamic Parliament (1998) and (2001).

ethics for medical students. As a result, medical ethics departments were established in some top ranked medical schools, which can be acknowledged as what Sulmasy calls “start centres”⁴ for academic clinical ethics which grew later in Iran.

3. Phase 2: Professionalization of HECs

Since the introduction of the hospital accreditation system by the Ministry of Health and Medical Education in the 1990s, the requirement for the continuous presence of hospital ethics committees has been a key criterion for accreditation. This policy played a significant role in establishing these committees as active entities in hospitals across the country.⁵ The second phase of clinical ethics development began in 2005 when medical universities introduced specialized degree programs, including a modified Master of Public Health (MPH) with a focus on medical ethics. This was followed by the establishment of a PhD program in medical ethics in 2008, which further strengthened academic scholarship in the field in Iran. At this stage, as the students of these programs began their professional careers as medical ethicists in universities and hospitals, it became clear to the policymakers that HECs function more effectively by the creation of central regulations and supports. Hence, the Iranian Ministry of Health and Medical Education, having now the successful experience of running the National Research Ethics Committee and subordinate committees in universities, established the National Clinical Ethics Committee in 2018. The National Clinical Ethics Committee soon drafted the “Guidelines for the establishment, classification and description of duties of clinical ethics committees (national, regional and hospital committees),”⁶ and required regional health authorities to form “regional clinical ethics committees” with the task of monitoring and guiding the HECs toward implementing medical ethics standards in the affiliated hospitals.

The new guidelines for clinical ethics committees at the three different levels (national, regional and hospital) redefined the combination of members of the HECs to include professional ethicists and other academic members, guiding them to exert more influence on teaching, researching, and service providing in the field of clinical ethics. The new guideline introduced a range of duties and responsibilities for HECs including but not limited to delivering clinical ethics support. Other roles of these committees according to this new regulation included issues such as advising the hospital administration, medical ethics training and even dealing with professional misconduct in the hospital. Therefore, these

4 Sulmasy (2001).

5 Moosavi et al. (2022).

6 National Clinical Committees I (2018).

committees could be counted as “Organizational Ethics Committees”⁷ in addition to HECs. At the same time, the newly approved “codes of ethical conduct for professionals” by the Medical Council of the Islamic Republic of Iran⁸ defined several roles for HECs, including the ethical resolution of patients’ refusals of critical treatments (Article 69) and also receiving and managing confidential reports about impaired colleagues (Article 96) in hospitals. The interventions following these new regulations led to the birth of the second phase of clinical ethics in Iran. With the academization of clinical ethics in Iran, professional ethicists now provide clinical ethics training programs for faculty and medical trainees, nurses and hospital staff. They provide clinical ethics consultations retrospectively and hold case presentation conferences in hospitals using the cases being consulted. However, there are challenges that clinical ethics in Iran must overcome to reach the “professionalization phase,” as we here call it, and argue them in the following section.

The first challenge is the familiar notion of top-down or bottom-up ethics committees.⁹ As discussed earlier, HECs are mostly implemented in a top-down manner in Iran, and in this sense, the role of these committees is more towards organizational ethics than clinical ethics. Despite the regulatory pressure to have clinicians and academic members in their composition, they are mostly managed by the members of the hospital’s management team, and for this reason, clinical ethics considerations are less often raised in these committees, and they are mostly engaged in solving the organizational issues of the hospitals.

The second challenge and perhaps the most important challenge facing clinical ethics in Iran is the lack of professional clinical ethics consultation services by specific clinical ethicists in hospitals. Clinical ethics consultation ought to be defined, approved, registered, and paid for as a standard healthcare service in Iran. Also, the programs for accrediting consultants, evaluating consultations and standardizing clinical ethics services should be followed up. In recent years, legal consultations by forensic medicine specialists and with a defensive medicine approach have been substituted for ethics consultation due to the lack of and the increasing need for clinicians to clinical ethics services in hospitals; hence, in order to successfully implement clinical ethics services, it is necessary to modify the legal counselling services.

Conflicts of Interest: None

7 Boyle et al. (2001).

8 Medical Council of TIR of I. (2018) and Shamsi-Gooshki et al. (2020).

9 Steinkamp et al. (2007) and Slowther et al. (2012).

References

- Boyle, P. J./DuBose, E. R./Ellingson, S. J./Guinn, D. E./McCurdy, D. B. (2001): *Organizational Ethics in Health Care: Principles, Cases, and Practical Solutions*. New York.
- Islamic parliament I (1998): *The Law for Compliance of Administrative and Technical Affairs of Medical Institutions with Standards of Sacred Shari'a*. Published online 1998. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93163>.
- Islamic parliament I (2001): *The executive bylaw for the law on compliance of administrative and technical affairs of medical institutions with the standards of the Holy Sharia*. Published online 2001. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/121356>.
- Medical Council TIR of I (2018): *Codes of ethical conduct for professionals*. Published online 2018. <https://irimc.org/Portals/0/PropertyAgent/711/Files/147/کتابچه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی.pdf>.
- Moosavi, S./Solooki, M./Shamsi-Gooshki, E./Parsapoor, A. (2022): Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges. In: Hayat, *Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 28, 3 (2022), pp. 243-258 [Persian].
- National Clinical Ethics Committee I (2018): *Guidelines for the Establishment, Classification and Description of Duties of Clinical Ethics Committees (National, Regional and Hospital Committees)*. https://medethics.behdasht.gov.ir/uploads/dast.komite_akhlagh_balini.pdf.
- Shamsi-Gooshki, E./Parsapoor, A./Asghari, F./Parsa, M./Saeedinejad, Y./Biroudian, S./Fadavi, M./Khalajzadeh, M. R./Namazi, H. R./Ghasemzadeh, N./Samani, R. O./Milanifar, A./Raoufi, A./Halvaei, S. R./Mousavi, M. S./Zali, A./Fazel, I./Zafarghandi, M. R./Idani, E./Moin, M. (2020): Developing "code of ethics for medical professionals, medical council of Islamic Republic of Iran". In: *Archives of Iranian Medicine* 23, 10 (2020), pp. 658-664.
- Siegler, M./Pellegrino, E. D./Singer, P. A. (1990): Clinical medical ethics. In: *Journal of Clinical Ethics* 1, 1 (1990), pp. 5-9.
- Slowther, A. M./McClimans, L./Price, C. (2012): Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. In: *Journal of Medical Ethics* 38, 4 (2012), pp. 210-214.
- Steinkamp, N./Gordijn, B./Borovecki, A./Gefenas, E./Glas, J./Guerrier, M./Meulenbergs, T./Różyńska, J./Slowther, A. (2007): Regulation of healthcare ethics committees in Europe. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2007), pp. 461-475.

Sulmasy, D. P. (2001): On the current state of clinical ethics. In: *Pain Medicine* 2, 2 (2001), pp. 97-105.

Clinical Ethics in Germany The “Erlangen Baby” Case and its Impact on Institutionalization of Medical Ethics

1. Introduction

“The baby in the dead belly. Women outraged. Physicians, you are perverse!”¹ This headline on the cover of the yellow press shocked the public in Germany. In October 1992 various ethical problems of clinical medicine culminated: Moral questions of human dignity, pregnancy, conflicts of intensive care, good dying, brain death, organ transplantation, informed consent, decision-making, gender debates, press policy etc. – the whole spectrum of ethics in clinical practice was in the debates on the case of “Marion P.” at Erlangen University Hospital.² In the years after that public controversy medical ethics and later clinical ethics consultation in German speaking countries were more and more institutionalized.



Fig. 1: Headlines in the German organ “BILD” (“Image”) on October 16, 1992.

- 1 See fig. 1. “BILD”, founded in the year 1952, is the most popular newspaper in Germany with editions of some millions a day in the 1990ies. In the year 2024: 1 million circulation.
- 2 Erlangen is a city of 120.000 inhabitants in Northern Bavaria, South Germany (2024). It is 20 km north from Nuremberg in the “European Metropolis Region”. Erlangen-Nürnberg University was founded in 1743 (only in Erlangen) and today has ca. 40.000 students.

2. The Ethical Conflict – A Short Summary

The term “Erlangen Baby” case relates to the events regarding the fetus of the 18-year-old brain-dead pregnant Marion P. In autumn 1992 the woman received five weeks of intensive care treatment to enable her unborn child to survive. There was an appeal at court to stop the ventilators, but the judges decided that it was possible to continue the treatment. Despite all efforts, the fetus died and the machines were stopped. The case caused a fire storm of controversy all over Germany and neighboring countries and led to a broad debate about the ethical and legal aspects of this procedure.

The clinical situation and scenario were the following: On October 5, 1992, a young woman, fifteen weeks pregnant, suffered a traumatic brain injury in a car accident; her left eye socket and skull bone were shattered. Brain death was diagnosed at Erlangen University Hospital on October 8. As the woman’s internal organs were still functional and the fetus had not been injured in the accident, the doctors continued the intensive medical measures to save the life of the unborn child. In the weeks that followed, the brain-dead pregnant woman’s condition deteriorated increasingly. The injured eye had to be removed due to an inflammation. Finally, on November 16, the child died during a spontaneous abortion. The intensive care measures were discontinued on the same day. The case triggered heated discussions with various ethical controversies in the German public. One focus was on the question of the right to die with dignity. But questions of informed consent, potential organ transplantation etc. were evoked, too. The feminist journal editor Alice Schwarzer (*1942) described the case in the organ “Emma” as an “Erlangen human experiment”. In contrast, the Hersbruck district court, which had been called upon to appoint a guardian, stated in its decision on October 16 that the right to life took precedence in the “weighing of interests to be carried out between the post-mortem protection of the dead woman’s personality and the unborn child’s independent right to life”. The doctors’ conduct in their decision-making was also criticized: Instead of consulting the hospital’s institutional review board – a clinical ethics committee did not exist at that point of time – decisions on how to proceed were made in a small circle (five professors of medicine at the university, no woman, no nurse). The parents of the brain-dead woman also felt ill-informed and ignored by the doctors, which prompted the father to contact the “Bild” newspaper on October 9. An “Ad-hoc-committee” of the hospital tried to help.³

3 Speaker was the professor for Forensic Medicine H.-B. Wuermeling* (1927-2019), in the year 1986 founding president of the German “Academy for Ethics in Medicine” (AEM).

3. The Institutionalization of Medical Ethics and Clinical Ethics⁴

In the decades after the “Erlangen Baby” medical ethics in German speaking countries was more and more institutionalized with ethics units or institutes at universities and consultation services or clinical ethics committees in hospitals.⁵ The “usual” development was that ethics units were implemented at universities – e.g., in the way that an “Institute for the History of Medicine” was renamed as “Institute for the History *and Ethics* of Medicine” or that a new professorship for medical ethics was founded – and the new department worked together with the university hospital for the implementation of clinical ethics consultation.

3.1. Newly Founded Departments/Institutes (Germany/Middle Europe)

1993 *Interdisziplinäres Institut für Ethik und Menschenrechte Fribourg (Switzerland)*
(as only one example for many institutes on ethics, philosophy and human rights etc.)

1998 Abteilung für *Ethik und Geschichte* der Medizin Göttingen

1998 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Köln

1998 Institut für Ethik in der Medizin Leipzig e.V. (non university association)

1998 Institut für *Ethik und Geschichte* der Medizin Tübingen

1999 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Halle/Saale

1999 Institut für Angewandte Ethik e.V. Würzburg (non university association)

2001 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Erlangen-Nürnberg

2002 Institut für Geschichte, *Ethik und Philosophie* der Medizin Hannover

2002 W1-Professur für Fundierung und Didaktik der Medizinethik Hannover

2003 Institut für *Ethik und Geschichte* der Medizin Greifswald

2003 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Hamburg

2003 Institut für Geschichte, *Ethik und Theorie* der Medizin Magdeburg

2003 Institut für *Ethik*, Geschichte und Theorie der Medizin Münster

2004 Institut für Geschichte der Medizin *und Ethik in der Medizin* Berlin

2004 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Frankfurt am Main

2004 Institut für Geschichte, *Theorie und Ethik* der Medizin Mainz

2004 Institut für Geschichte, *Theorie und Ethik* der Medizin Mannheim

2005 Institut für Geschichte, *Theorie und Ethik* der Medizin Aachen

4 For general questions of institutionalization in medical history cf. Frewer/Roelcke (2001).

5 Background of the data is a survey at the institutes in German speaking countries and written sources; an overview and methods are in a more detailed version in Frewer (2022a). In this short article, only a rough overview is possible, several limitations exist. At some university cities a forum for medical ethics or theoretical questions of healthcare and clinical practice might work (e.g., as “Philosophicum” or as “Forum Medical Ethics” etc.).

2005 Institut für *Medizinische Ethik und Geschichte* der Medizin Bochum
 2005 Institut für *Ethik und Geschichte* der Medizin Freiburg
 2005 Lehrstuhl für *Biomedizinische Ethik*, Universität Zürich (Switzerland)
 2008 Institut für Geschichte, *Theorie und Ethik* der Medizin Ulm
 2009 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Heidelberg
 2009 W2-Professur für *Theorie und Ethik der Bionwissenschaften* Lübeck
 2011 Institut für Biomedizinische Ethik Basel (Switzerland)
 2011 Lehrstuhl *Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin* Vallendar (-2023)
 2012 Institut *Éthique Histoire Humanités* Genève (Switzerland)
 2012 Professur für Ethik in der Medizin Kiel
 2013 *Stiftungsprofessur Bioethik* Universität Eichstätt-Ingolstadt KU (2013-18/19)
 2016 Institut für Geschichte, *Theorie und Ethik* der Medizin Düsseldorf
 2016 UNESCO Lehrstuhl für Bioethik/Chair for Bioethics Vienna (Austria)
 2017 W1-Professur für Medical Humanities und Medizinethik Berlin
 2017 Bioethics, Dpt. Health Sciences and Technology/ETH Zürich (Switzerland)
 2018 Professur für Ethik in der Medizin Oldenburg
 2019 Institute for Medical Humanities Bonn
 2019 Professur für Health Care Ethics am Institut für Moralthologie Graz (Austria)
 2019 Institut für Geschichte *und Ethik* der Medizin Jena
 2020 Professur für Ethik (und Geschichte) der Medizin Augsburg
 Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft
 2021 Professur für Biomedizinische Ethik und Ethik des Gesundheitswesens
 Krems (Austria)
 2021 W1-Professur für Medizinische Ethik/Focus Digitalisierung Potsdam
 2022 Professur für Ethik der Medizin. Gesundheitswissenschaften Bielefeld
 2022 Professur für *Ethik und Geschichte* der (Zahn)Medizin Dresden
 2022 Institute of Humanities in Medicine Lausanne (Switzerland) (former
 “Institut universitaire d’histoire de la médecine et de la santé publique”

Table 1: Newly Founded Departments/Institutes (Germany/Middle Europe)⁶

6 “Middle Europe” here is used for German speaking countries as Germany, Austria, Switzerland. “DACH” countries, built of “D” for Germany (Deutschland), “A” for “Austria” (Österreich) and “CH” for “Switzerland” (Schweiz). These data have been collected as exactly as possible (in the years 2022/2024), but there might be minor problems or smaller units which are not mentioned, for example at universities of applied science (“Fachhochschulen”). To clarify: The original names of the institutes have not been translated to English because it should not give a wrong international impression. The German academic system changed in that period of time from a classification of “C1-4”

3.2. Statistical Overview of Newly Founded Departments and Institutes

There is a variety of reasons and factors that led to the institutionalization of ethics in the medical faculties; emerging medical technologies, new guidelines on the role of physicians in death and dying (1994 and 1998), a new transplantation act (1997), long debates on advance care planning,⁷ cases of experiments, assisted suicide and several European debates on human dignity in modern medicine.

The institutionalization is shown in the following overview of the cumulative graph on newly founded ethics units at the academic level.

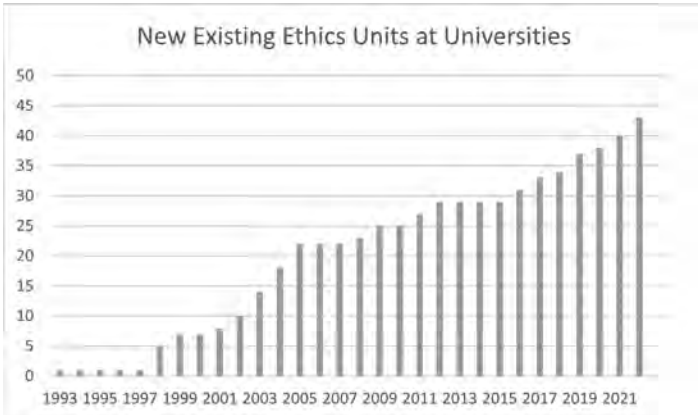


Fig. 2: Development of medical ethics in German speaking universities (1993-2022). (it should be stressed: neither it is a necessary nor a logical correlation with the case).

In 1997 the Catholic and the Protestant Hospital Association recommended the implementation of clinical ethics committees in German hospitals.⁸ University hospitals followed with Hannover and Erlangen starting clinical ethics consultation and committee work at the beginning of the new century. The public saw that the questions of ethics were so important that they need structures to cope with moral conflicts in medicine and healthcare. If one analyzes the development of professional book series on medical ethics in German speaking countries, which were founded in the last quarter of the 20th century and the first quarter of the 21st century one gets numbers of nearly 800 books published in ca. 50 series.⁹

to “W1-3”. C1 is an assistant professor, C4 a full professor. “Professur” means professorship (usually W1/2), institutes usually have chairs (C4/W3).

7 After long debates, finally laws in Austria (2006) and Germany (2009) were implemented.

8 For the development of clinical ethics see Frewer (2008) and “www.ethikkomitee.de”.

9 Cf. Frewer (2022d). On the development of institutes see Franzò/Frewer (2022).

4. Final Reflections – Perspectives

The so called “Erlangen Baby” sparked debates in the German speaking countries and had even transatlantic repercussions.¹⁰ The German “Academy for Ethics in Medicine” (AEM), founded 1986 in Erlangen with 18 experts, now more than 1.000 members (2024), organized a special symposium on the Erlangen Case with the title “Brain Death and Pregnancy”.¹¹ Physicians,¹² philosophers,¹³ lawyers,¹⁴ politicians,¹⁵ feminists¹⁶ – everybody talked about and published on the “Erlangen Baby”.¹⁷ Some authors saw the entire discipline ethics “on the wrong way”.¹⁸ Even 25 and 30 years after this case there are basic controversies with assumptions, projections and heated debates.¹⁹ Because of the broad and controversial public discussion on the case, the German Language Society placed the term “Erlangen Baby” on a short-list in the 1992 “Word of the Year Competition”. In the year 1994 a private TV channel produced the movie “The Baby of the Pregnant Dead Woman” which first was planned to be in cooperation with the relatives in this case; later the project led to controversies with the family and had to change the story (baby survives).²⁰ As in 2008/09 a similar case with a pregnant comatose woman happened and a healthy baby – called the “Erlangen Boy” – could be delivered, there was an “Oops, they did it again...”²¹ heard in the public. Erlangen-Nürnberg as the “medical valley” region of healthcare technology, pioneer kidney transplants (1960ies) and the first successful German IVF (1982) still is in the media with various other important ethical debates.

Conflicts of Interest: The author is professor at Erlangen-Nürnberg University

-
- 10 There was a close contact between the philosopher Hans Jonas (1903-1993) and the medical ethicist Hans-Bernhard Wuermeling (1927-2019) on the Erlangen case with public debates following articles in newspapers like the “Frankfurter Allgemeine Zeitung” etc. The AEM president (1986-1988) Wuermeling was the key person. See Frewer (2022b).
 - 11 See Bockenheimer-Lucius/Seidler (1993) and Wuermeling (1993a).
 - 12 Die behandelnden Ärzte (1993), Wuermeling/Scheele (1992) and Wuermeling (1992), (1993a), (1993b) and (1994).
 - 13 Birnbacher (1993), Schöne-Seifert (1993) and Gerl-Falkovitz/Wuermeling (1999).
 - 14 Among others see Hilgendorf (1996), Kiesecker (1996) and Gruber (2001).
 - 15 See Archiv für Sozialpolitik e.V. (1992) and SPD-Bundestagsfraktion (1993).
 - 16 See the contributions in the journal “Emma” (Ed.: A. Schwarzer) and Beermann (1997).
 - 17 E.g., the notes by the historian Fouse (2005), p. 328.
 - 18 See the title “Ethik auf Abwegen” of Tolmein (1993).
 - 19 Echinger (2014), Frewer (2016), Baas (2017) and Frewer (2022c).
 - 20 Original in German: “Das Baby der schwangeren Toten”, 94 Minutes. FSK: 12 years. <https://www.tvspiefilm.de/kino/filmarchiv/film/das-baby-der-schwangeren-toten,1292641,ApplicationMovie.html> (15.07.2024).
 - 21 See Frewer (2016) with articles and comments on both cases (“Erlangen Baby/Boy”).

References

- Archiv für Sozialpolitik e.V. (1992): Das Experiment der Erlanger Klinik. Pressedokumentation. Frankfurt/M.
- Baas, D. (2017): Leben aus dem Tod? Vor 25 Jahren löste der Fall des „Erlanger Babys“ eine Welle der Empörung aus. In: Evangelischer Pressedienst (epd) (13.11.2017).
- Beermann, A. (1997): Schwangerschaft im Fadenkreuz am Beispiel von Pränataldiagnostik und „Erlanger Fall“. Berlin, Heidelberg.
- Birnbacher, D. (1993): Erlaubt, aber nicht geboten. In: Universitas 48 (1993), S. 209-214.
- Bockenheimer-Lucius, G./Seidler, E. (Hrsg.) (1993): Hirntod und Schwangerschaft. Dokumentation einer Diskussionsveranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin zum Erlanger Fall. Stuttgart.
- Die behandelnden Ärzte (1993): Abschließende Pressemitteilung der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik und des Institutes für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg. In: Ethik in der Medizin 5 (1993), S. 24-28.
- Echinger, K. (2014): Schwangerschaft in Grenzbereichen von Medizin und Ethik. Die „Erlanger Fälle“ 1992 und 2007. Diss. med. Erlangen.
- Fouse, G. C. (2005): Erlangen. An American's History of a German Town. University Press of America, Lanham, Md. et al.
- Franzö, K./Frewer, A. (2022): Institute mit Fachbereich Ethik in der Medizin. Eine Übersicht zum deutschsprachigen Raum. In: GPM 17 (2022), S. 305-313.
- Frewer, A. (2008): Ethikkomitees zur Beratung in der Medizin. Entwicklung und Probleme der Institutionalisierung. In: JEK 1 (2008), S. 47-74.
- Frewer, A. (2016): „Erlanger Baby“ und „Erlanger Junge“ – Grenzfragen der Medizinethik. In: 200 Jahre UK Erlangen, 1815-2015. Köln, S. 400-403.
- Frewer, A. (Hrsg.) (2019): Fallstudien zur Ethik in der Medizin. Beratungsbeispiele aus Ethikkomitees. FEM 1 (2019). Würzburg.
- Frewer, A. (Hrsg.) (2022a): Gründerzeit der Medizinethik. Hans-Bernhard Wuermeling und die Fachentwicklung ins 21. Jahrhundert. GPM 17. Stuttgart.
- Frewer, A. (2022b): Transatlantischer Dialog zur Medizinethik. Hans Jonas, Hans-Bernhard Wuermeling und ihre Familien in Korrespondenz. In: GPM 17 (2022a), S. 39-85.
- Frewer, A. (2022c): Der Fall des „Erlanger Baby“ als Spiegel. Historische Kontroversen zur Medizinethik und Probleme der Perspektive. In: GPM 17 (2022a), S. 231-261.
- Frewer, A. (2022d): Die Gründung von Zeitschriften und Fachbuchreihen zur Medizinethik im 20. und 21. Jahrhundert. In: GPM 17 (2022a), S. 301-304.

- Frewer, A./Roelcke, V. (Hrsg.) (2001): Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. Stuttgart.
- Gerl-Falkovitz, H.-B./Wuermeling, H.-B. (1999): Über das Erlanger Baby hinaus gedacht: Ist ein Kind Zweck (der Eltern)? Hat ein Kind Sinn? In: Gmelin/Weidinger (1999), S. 123-129.
- Gmelin, B./Weidinger, H. (Hrsg.) (1999): Die Rationalität und der Zeitgeist. Atzelsberger Gespräche der Nürnberger Medizinischen Gesellschaft e.V., Band 5. Nürnberg.
- Gruber, M. (2001): Die strafrechtliche Problematik des „Erlanger-Baby-Falls“. In: Roxin/Schroth (2001), S. 175-198.
- Hilgendorf, E. (1996): Scheinargumente in der Abtreibungsdiskussion – am Beispiel des Erlanger Schwangerschaftsfalls. In: Neue Juristische Wochenschrift (1996), S. 758.
- Kiesecker, R. (1996): Die Schwangerschaft einer Toten: Strafrecht an der Grenze von Leben und Tod. Der Erlanger und der Stuttgarter Baby-Fall. Recht und Medizin, Band 34. Frankfurt/M.
- Roxin, C./Schroth, U. (Hrsg.) (2001): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht. Stuttgart.
- Schöne-Seifert, B. (1993): Der „Erlanger Fall“ im Rückblick: eine medizin-ethische Lektion? In: Ethik in der Medizin 5 (1993), S. 13-23.
- SPD-Bundestagsfraktion (1993): Dokumentation „Schwangerschaft nach dem Tod?“. Öffentliche Anhörung der SPD-Bundestagsfraktion am 04.03.1993. SPD-Bundestagsfraktion, Dokumente. Bonn.
- Tolmein, O. (1993): Wann ist der Mensch ein Mensch? Ethik auf Abwegen. München, Wien.
- TV Spielfilm (1994): Das Baby der schwangeren Toten. Deutschland. 94 Minuten. FSK: 12 Jahre. <https://www.tvspielfilm.de/kino/filmarchiv/film/das-baby-der-schwangeren-toten,1292641,ApplicationMovie.html> (15.07.2024).
- Wuermeling, H.-B. (1992): Redebeitrag in der Fernsehsendung „Talk im Turm“ in SAT 1 (01.11.1992).
- Wuermeling, H.-B. (1993a): Überleben des Foetus bei hirntoter Mutter. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 87, 10-11 (1993), S. 845-847.
- Wuermeling, H.-B. (1993b): Fallbericht (Rechtsmedizin). In: Bockenheimer-Lucius/Seidler (1993), S. 22-33.
- Wuermeling, H.-B. (1994): Brain-death and pregnancy. In: Forensic Science International 69 (1994), pp. 243-245.
- Wuermeling, H.-B./Scheele, J. (1992): Stellungnahme. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) (17.10.1992). In: Archiv für Sozialpolitik e.V. (1992), S. 17.

Ethical Considerations Around the Reuse of Cardiovascular Catheters – An Indian Perspective

1. Introduction

In the last years a number of hospitals in Maharashtra, India, were accused of reusing cardiac catheters which were meant for single use only.¹ The Food and Drug Administration (FDA), Maharashtra, revealed the issue of cardiac catheter reuse during surprise searches at healthcare facilities involved in cardiac catheter-based procedures. As per the report from a prominent news outlet, 1,306 catheters were reused in procedures involving over 1,000 patients.² The state and central health departments considered this as an unethical and illegal practice endangering patients' lives. The authorities took action against the hospital for their blatant violations of laws and ethics of medical practices, exposing patients to potential health risks without their consent.

After investigations by the FDA, Maharashtra, it was discovered that the hospitals used ethylene oxide for sterilisation of the used catheters. This was a cheaper method of sterilisation as it was done in-house and the agent used for sterilisation (ethylene oxide) is cheaply available. The process of sterilisation and reuse of catheters may increase patients' risk as this may alter the structural integrity of the catheters.³ The procedure is done in the CATH labs, and the patients are unaware that they are being treated with reused catheters. The news reports suggested that some hospitals have billed patients as if they had received a brand-new catheter, even though reused catheters were actually used and the cost for sterilisation was minimal. The patients who underwent this operation had no idea what kind of catheters were used for their procedure and also, no informed consent was taken from the patient, directly violating patient autonomy.

1 See Fig. 1 and selected articles from Indian newspapers.

2 Hindustan Times (2017), see fig. 1.

3 Lucas et al. (2010) and Oliveira et al. (2020).



Fig. 1: Selected Indian newspaper articles. Sources: See appendix.⁴

2. Background

Angiographic and interventional cardiac catheters are usually single-use devices to diagnose and treat cardiac diseases. It comprises a thin hollow tube called a catheter guided through the blood vessels to reach the heart. The physician can gain valuable insights into the condition of the heart and arteries, enabling them to make accurate diagnoses and provide effective treatments. This procedure is usually done in the cardiac catheterisation laboratory in the hospitals and allows the physician to look into the functioning of the heart, identify problems and conduct treatment procedures such as stenting, angioplasty etc.

4 Articles of Indian newspapers: “Times of India”, “Hindustan Times” and “The Hindu”.

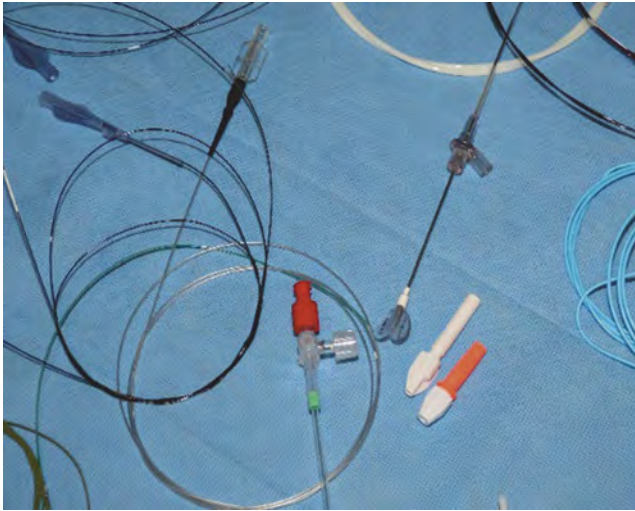


Fig. 2: Guide wires for cardiac catheter. Source: Pixabay.⁵

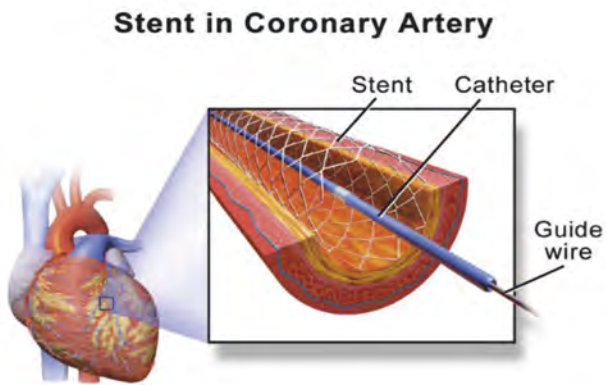


Fig. 3: Example – Stent in Coronary Artery. Source: Deccan Herald.⁶

5 Pixabay: <https://pixabay.com> (2015).

6 Deccan Herald: <https://www.deccanherald.com/> (2018).

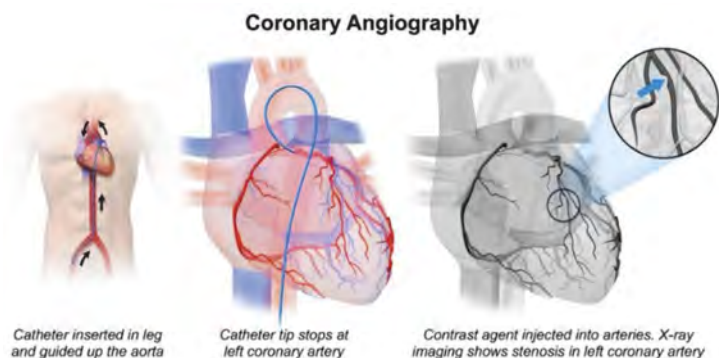


Fig. 4: Example – Coronary Angiography. Source: emDOCs.net.⁷

Due to the high cost, the affordability of these catheters among the economically backward population is challenging. These catheters are designed to be used as single-use devices; however, with improved sterilisation technologies, there is a possibility of using these catheters again in other patients.⁸ There is no large-scale clear-cut data available regarding the extent of reuse in India and it is important that needful attention needs to be paid on this. The manufacturer generally prepares such devices for single use, which is the more commercially viable model with packaging and instructions on the label regarding one-time use (even though the device can be reused). The manufacturer can also defend their single-use policy because of the lack of evidence regarding the safety of reuse. Additionally, the complex design of the product makes it difficult to sterilise effectively, further reinforcing the need for it to be used only once.⁹ In a low- to middle-income setting, the discussion on the reuse of catheters gains importance when the cost of the cardiac catheters is beyond the patients' affordability.¹⁰ Hospitals would be able to reuse catheters for patients who are not able to afford brand-new catheters due to their cost-effectiveness;¹¹ however, there is currently no legal or regulatory framework to support hospitals in undertaking such procedures. According to existing regulations in the country, there are no provisions that allow the reuse of single-use devices. According to the Drugs and Cosmetic Act 1940, Rule 65 (17), medical devices should be used only according to the manufacturer's listed instructions. Considering this, the reuse of catheters will not be legally viable as it is against the labelling instructions provided by the manufacturer.

7 Cf. emDOCs.net : <https://www.emdocs.net>.

8 Leung et al. (2019).

9 Gautam/Sahney (2020).

10 Kuruoğlu et al. (2024).

11 Kapoor et al. (2017).

3. Reuse vs. Reprocessing

The terms reuse and reprocessing are often used synonymously. The 'reuse' of the catheters is a broad term and may include the simple process of disinfection or a more formal process towards sterilisation, function testing, re-packing, and relabeling etc.¹¹ 'Reprocessing' is a kind of reuse involving procedures similar to remanufacture, with enormous cost implications since it involves appropriate sterilisation processes, testing, re-packing/labelling etc. for ensuring the quality. This is typically carried out by industrial setups where strict quality control measures are in place. The labels of these reprocessed devices should ideally include information such as the number of times the device has been reprocessed, expiration dates, and other relevant details. Therefore, in general, reuse refers to an in-house informal preparation of the catheters/sterilisation within the hospital setting without following any approved or standard procedures, while reprocessing is a formal process to reprepare the device for reuse. It may be noted that both reuse and reprocessing can also cause damage to the devices, such as scratches, depressions or protrusions and affect their safety and durability. In the absence of established policies or protocols for reusing catheters in India, the hospital administration and physicians may have serious concerns about the safety, effectiveness, ethical and legal concerns surrounding of such practices. This uncertainty could lead to reluctance or outright refusal by the physician to use reused catheters, as the potential risks may outweigh any perceived economic benefits. Further, there are no third-party reprocessing facilities in India and it has to be done internally in the hospital if the hospital wishes to reuse the catheters.

4. Responsibility of a physician/hospital

The angiography and intervention catheters are generally manufactured for single use and to be used as per package instructions. Physicians working in resource-limited settings might consider reusing cardiac catheters to make them available at an affordable cost to a wider population who cannot afford the original cost of brand-new catheters. However, in case of possible reuse against the labelling instructions, the safety and efficacy promised by the manufacturer will not apply to these catheters. This raises questions regarding the responsibility of a physician or the hospital who would be reusing these catheters. There are inherent risks associated with the reuse of these catheters, which include concerns over the safety, efficiency, durability, possibility of infections, and legal concerns. Injuries or reduction in the optimum function of the catheters could ultimately result in

harm to the patient and may drag the physician/hospital into legal issues. If the catheters are reused, one could argue that the hospital and the physician should be held accountable for any harm caused to the patients due to the reuse. Even though the intention of the physician would be to treat the patient by utilising the cost-benefit of reusing the catheter, who might otherwise be unable to afford treatment, and the alternative option may be no intervention at all.

5. Informed Consent

Informed consent protects the patient's autonomy in decision-making. When a hospital or a physician plans to utilise the reused catheters, it is expected that the patients are made aware of the procedure and provide their voluntary informed consent. The treating physician can think of the reuse only after having an adequate discussion with the patient about the procedures and risks related to reuse and why it is required with the option to opt out of such reused/reconditioned catheters.¹² The voluntariness of patients may be influenced by lack of affordability, health insurance or socio-economic background. However, there are no existing structures to monitor whether the financial benefits of reusing the catheters are passed on to the participants by hospitals or they are only for internal cost saving. For emergency procedures done in CATH labs, the opportunities for obtaining fully informed consent may not be available. Also, it is possible that the patient may perceive the reuse of the catheter as a substandard treatment and may have the fear of treatment failure. The allocation of new vs. old catheters may create a feeling of double standard/unfair treatment procedures. This would also be a moral and ethical dilemma for the treating physician as there is no way to promise the quality of the catheters when they are reused. This could close the door for the patients to reach out to a cheaper option of treatment and eventually affect the concept of equitable healthcare access.

6. Way forward – Outlook

The hospitals can adopt a policy where the first user is charged a fee, while subsequent users receive the catheter either free of charge or at a minimal cost, covering only the expense of repurposing. Further, the policy can include detailed procedures required for reprocessing/reuse and monitoring/oversight of procedures. The hospital can consider to devise the hospital policy and constituting a

12 Hussain et al. (2012) and Das et al. (2020).

reuse/reprocess committee, which can monitor the reprocessing and ensure transparency in the reuse processes to be more accountable.¹³ Additionally, the policy should explicitly define patient selection criteria and an informed consent procedure that specifically mentions that a reused catheter will be used in the procedure. This “reuse/reprocess committee” may include physicians, microbiologists, administrators, nursing staff, patient representatives, etc., who can also suggest measures to improve transparency, communication and build public trust. The government and other stakeholders may also think of reducing the cost of single-use cardiac catheters. Further reprocessing industries need encouragement to provide safe and sterile devices at minimal costs while ensuring good quality. These steps would eventually pave the way towards ensuring ethical safeguards while reusing the catheters. Safe reuse of catheters might be helpful to bring equitable access and would provide an opportunity to access health care and well-being.¹⁴ Other than cost reduction in treatment, the reuse of catheters can reduce the environmental impact due to toxic biological waste due to single-use catheters.¹⁵

Conflicts of Interest: None

13 Rani et al. (2023).

14 Crawford/Eagle (2018).

15 Velagic et al. (2023).

References

- Crawford, T. C./Eagle, K. A. (2018): Reuse of Catheters and Devices Labelled for Single Use: Evidence, Recommendations and Oversight. In: *Heart Asia* 10, 2 (2018): e011033. <https://doi.org/10.1136/heartasia-2018-011033>.
- Das, A./Kumar, T. O./Enzo, A./Asai, A. (2020): The Ethics of the Reuse of Disposable Medical Supplies. In: *Asian Bioethics Review* 12, 2 (2020), pp. 103-116. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00114-6>.
- Gautam, D./Sahney, R. (2020): Reprocessing and Reuse of Single-Use Medical Devices and the Role of Interprofessional Collaboration: A Literature Review. In: *Current Medicine Research and Practice* 10, 2 (2020), pp. 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.03.001>.
- Hussain, M./Balsara K. P./Nagral, S. (2012): Reuse of Single-Use Devices: Looking Back, Looking Forward. In: *The National Medical Journal of India* 25, 3 (2012), pp. 151-155.
- Kapoor, A./Amit, V./Nataraj, G./Mishra, S./Kerkar, P./Manjunath, C. N. (2017): Guidance on Reuse of Cardio-Vascular Catheters and Devices in India: A Consensus Document. In: *Indian Heart Journal* 69, 3 (2017), pp. 357-63. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.04.003>.
- Kuruoğlu, T./Önger, M. E./Altun, G./Atilla, A./Esen, S. (2024): Detrimental Effects of Sterilisation Types on Single-Use Coronary Angioplasty Catheters for Reuse: An Electron Microscopic Study.” In: *Infectious Diseases & Clinical Microbiology* 6, 1 (2024), pp. 4-10. <https://doi.org/10.36519/idcm.2024.252.1>.
- Leung, L. W. M./Evranos, B./Grimster, A./Li, A./Norman, M./Bajpai, A./Zuberi, Z./Sohal, M./Gallagher, M. M. (2019): Remanufactured Circular Mapping Catheters: Safety, Effectiveness and Cost. In: *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology* 56, 2 (2019), pp. 205-211. <https://doi.org/10.1007/s10840-018-0497-x>.
- Lucas, T. C./Barbosa, M. P./de Oliveira, A. C. (2010): [Reprocessing validation of angiographic cardiac catheters: an evaluation of the functionality and integrity]. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 4 (2010), pp. 947-955.
- Oliveira, D. C./Bonfim, F./Vinhas, M./Silva, I./Teixeira, M./Galembeck, A. (2020): Catheter Reprocessing for Coronary Angiography: It is Not Safe. In: *Cardiology Research* 5 (2020), pp. 342-347.
- Rani, P./Humera, I./Sajad, R./Nimma, S. (2023): A Study to Assess the Acceptance of Doctors toward the Practice of Reusing of Cardiac Disposables in Coronary Angioplasty in a Tertiary Care Hospital. In: *Indian Journal of Cardiovascular Disease in Women* 8, 4 (2023), pp. 223-229. https://doi.org/10.25259/IJCDW_30_2023.

Velagic, V./Mugnai, G./Prepolec, I./Pasara, V./Milinković, A./Nekić, A./Bogdanic, V. E./Posavec, J. P./Puljević, D./Asmundis, C. de/Chierchia, G.-B./Milicic, D. (2023): Feasibility and Safety of Reprocessing of Intracardiac Echocardiography Catheters for Electrophysiology Procedures – a Large Single Center Experience. In: Cardiovascular Ultrasound 21, 1 (2023), p. 20. <https://doi.org/10.1186/s12947-023-00318-4>.

Sources of Figures/Illustrations:

Figure 1:

1. Hindustan Times (2017):
<https://www.hindustantimes.com/mumbai-news/hospitals-in-maharashtra-reused-1-306-catheters-charged-patients-77-of-mrp-says-fda/story-Vq1edOVndlWy35mDaMu8DO.html> (July 10, 2017).
2. Times of India (2018):
<https://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/maharashtra-govt-files-cases-against-seven-hospitals-for-reusing-medical-devices/article-show/63495584.cms> (March 29, 2018).
3. The Hindu (2017):
<https://www.thehindu.com/news/cities/mumbai/reused-catheters-fda-plans-surprise-checks/article18284515.ece> (April 29, 2017).

Figure 2:

Pixabay. (2015)
<https://pixabay.com/photos/hospital-clinic-medicine-health-699464/>
(March 30, 2015).

Figure 3:

Deccan Herald. (2018)
<https://www.deccanherald.com//india/coronary-stent-indian-products-703052.html> (November 15, 2018).

Figure 4:

emDOCs. (2022)
<https://www.emdocs.net/left-heart-catheterization-complications-ed-presentations-evaluation-and-management/> (December 19, 2022).

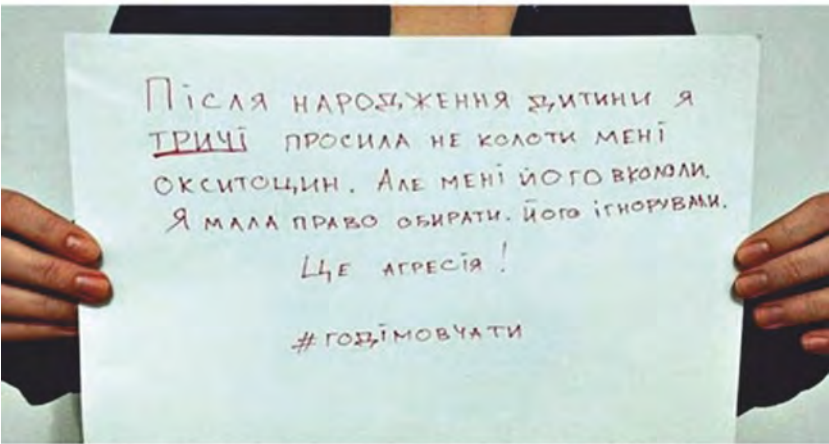
Obstetric Violence and Disrespectful Treatment in the Context of the Reproductive Health System with a Focus on Childbirth: The Case from Ukraine

1. Introduction

In Ukraine, there is no clear definition of the term “obstetric violence” in either legislation or regulatory legal acts. The term *obstetric violence* is framed by human rights organizations¹ and refers to actions by medical personnel that may be carried out without the consent of the woman in labor or against her will. Obstetric violence is defined as disrespectful (abusive) care during childbirth in medical facilities. Research shows that such actions lead to a real decline in the quality of care provided or make women perceive the care as inadequate, which is directly or indirectly linked to adverse outcomes for mothers and newborns.² This brief highlights examples of disrespect, violence, and substandard care in maternity hospitals in Ukraine. International and national organizations have documented a lack of quality care and professional accountability in maternity hospitals,³ as well as various forms of abuse, such as physical violence, medical

-
- 1 2019 – Report of the NGO “Natural Rights Ukraine” for the UN special rapporteur on violence against women “Violence against women and ill-treatment in the context of the reproductive health care system with a focus on childbirth: the case of Ukraine”; 2015 – the monitoring report “Human rights in childbirth national report: Ukraine”, presented at the conference “Midwifery Today” in Strasbourg, which was added to the international report on human rights in childbirth of the organization “Human Rights in Childbirth”.
 - 2 The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO’s mother-baby friendly birthing facilities initiative.
 - 3 World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1; Published 2014. Accessed September 3, 2024; United Nations High Commissioner. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf; Published 2010. Accessed September 3, 2024; United Nations High Commissioner. Technical guidance on the application of a human rights-

procedures performed without consent, and discrimination in care provision. These have been categorized as disrespectful or abusive care during childbirth in medical facilities. The theses cover data from 2015 up until the full-scale Russian invasion of Ukraine, which does not diminish the importance of the aforementioned issue.



Допис однієї з учасниць флешмобу #ГодіМовчати

Fig. 1: Flash mob in Ukraine “Do not be silent” (2016) within the framework of the world movement against obstetric violence “Rose Revolution” #StopObstetricViolence.⁴

2. Brief Case Description

The collected case is presented from the living stories of women from 2008 to 2022 from different cities of Ukraine (Khmelnyskyi, Ivano-Frankivsk, Bucha, Sumy, Kyjiw and others):

“During my first childbirth at the hospital, I asked my husband not to leave my side because I was afraid of the medical staff. I spent 11 hours in the delivery

based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf. Published 2012. Accessed September 3, 2024.

4 Text on the poster: “I asked three times not to be given oxytocin. They injected it anyway. I had the right to choose, and that right was ignored” [Women's stories can be read under the hashtag #ГодіМовчати on Facebook]. Accessed September 3, 2024.

room. For the first four hours, the medical staff paid no attention to me at all. First, the amniotic sac was opened without informed consent. Then they injected oxytocin; I resisted and refused, but the doctor said, 'If there's no cervical dilation now, I'll inject you.'

"During childbirth, a small amount of stool may pass, and that's completely normal. However, for most of the orderlies, it was not. They started making rather disgusting remarks about the situation. Then, one midwife began pressing on my abdomen – I resisted, but she only said, 'I know what I'm doing. Just keep quiet.' The worst part was ending up in the postpartum ward. The conditions were awful: a dreadful room with no hot water, and rusty water coming out of the tap."

"I was given an episiotomy, with only the comment, 'It's fine... we'll stitch you up afterward, and you'll be even better.' The stitching of my perineum was done without anesthesia (the doctor said that in such 'shock' I wouldn't feel anything anyway). The next day, during a check-up, they brought in medical interns while I was on the examination chair without any privacy screens. It was deeply humiliating, an attack on my dignity."⁵

Based on research, we present the types of obstetric violence identified in the case, classified into seven categories:⁶

- *Physical violence*: Women in labor may be hit, have pressure applied to their abdomen to force the baby out (such as perineal stitching without anesthesia, excessive physical force to extract the baby, rough leg spreading, or being physically restrained).
- *Medical intervention without prior consent (violation of informed consent)*: Cesarean sections (through intimidation: women are coerced into having a cesarean section by being told, "You can't deliver on your own" or "This will be easier"); episiotomies (where the perineum is cut to make the delivery easier: in 90% of cases, medical professionals perform such cuts solely to make their job easier, but women later face numerous negative consequences⁷).

5 In 2020, Ukraine held its first online marathon of documentary activism, ARTS & RIGHTS, which combined "live stories" with panel discussions and debates as part of the project "Women's Rights in Childbirth and Obstetric Violence." Pavlenko O. Women on obstetric violence in Ukraine. In: DIVOCHE-MEDIA Independent women's magazine. <http://surl.li/ocnwbp>. Published 2020. Accessed September 26, 2024.

6 United Nations High Commissioner. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf. Published 2010. Accessed September 3, 2024.

7 Research within the framework of the project "Implementation of the right of women in labor to the desired medical care" with the support of the Ukrainian Women's Fund.

- *Violation of privacy and confidentiality during medical care:* There must always be a private space in maternity wards, and privacy should be maintained during examinations; during childbirth, breaches of confidentiality regarding age, marital status, or other personal information are forms of obstetric violence. Sometimes, interns are even brought in without consent.



Fig. 2: The photograph depicts a case from Sumy, Ukraine, where obstetricians called a police officer to “calm down” a woman in labor. Physical force was used by the medical staff, and the principles of informed consent and autonomy were ignored.⁸

Published 2016. https://drive.google.com/file/d/1nhNx2RvOAN2XXPHHnum_H5zK867aZcoH/view.

- 8 The woman resisted, the police held her, the doctors took delivery. Obstetric violence or saving the child? Published 2024: <https://hromadske.ua/posts/zhinka-pruchalasya-poli-ciya-trimala-mediki-prijmali-pologi-akusherske-nasilstvo-chi-poryatunok-ditini>.

- *Disrespect and emotional violence*: Humiliation (shouting, blaming, and degrading one's dignity), verbal aggression, insults, humiliation, scolding, criticism, and sarcasm. This also includes the presence of individuals other than the doctor, midwife, and neonatologist during childbirth (e.g., medical students) without the woman's consent.
- *Discrimination based on any characteristic*: This includes HIV status, ethnicity, age, marital status, language, economic status, level of education, psychosocial disability, and more. Sometimes, doctors believe they should act as "benevolent sanitarians of society" (e.g., cases of sterilization during childbirth involving women from disadvantaged backgrounds or abortions performed without consent).
- *Denial of a woman's right to exercise her protocol-guaranteed rights*: Women are often forced to give birth in a position convenient for the doctor - lying on their back - which slows down labor, worsens the baby's condition, and leads to more frequent episiotomies. It also involves the use of the Kristeller maneuver, a banned practice by the Ministry of Health (Ukraine), which involves dangerous pressure on the abdomen to speed up the birth. Women are also denied access to warm water (baths, showers) for non-pharmacological pain relief during contractions, contrary to Ministry of Health recommendations. Additionally, women are prohibited from giving birth with two chosen companions or any partner for psychological support, and their right to informed consent regarding medical interventions is often ignored.

Typically, these categories overlap: for example, if a healthcare provider performs an unnecessary episiotomy without the woman's consent, this action would fall under both physical violence and the violation of informed consent.⁹ If it occurs in an open delivery room without privacy screens, it also constitutes a breach of confidentiality. The "White Ribbon Alliance"¹⁰ notes that obstetric violence ranges from subtle discrimination to overt cruelty and violence. Research on post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth emphasizes that the lack of support from medical staff and aggressive behavior can be key factors in the development of PTSD in postpartum women.¹¹

9 Bohren et al. (2014), p. 71.

10 White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights Of Child-bearing Women. <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/>. Accessed September 3, 2024.

11 See Diniz et al. (2015), Sadler et al. (2016), Reed et al. (2017), p. 21 and Social constructions of obstetric violence and the dismantling of midwifery care in Mexico (2020).

- *Pregnancy and Childbirth During War*: During martial law, pregnant women can choose the medical facility where they will receive care throughout their pregnancy and give birth. Their place of registration or residence is no longer relevant, as the safety of the mother and her baby is the top priority.

Obstetric violence is a global issue with serious consequences for women's physical and mental health. As a violation of human rights, it requires active measures at the level of state regulation, professional medical training, and improvements in healthcare conditions. Overall, by the time of the war's onset on February 24, 2022, there had been positive progress in adhering to the protocols of Ukraine's Ministry of Health, legislation in general, and women's rights in childbirth, contributing to more positive childbirth experiences. Key areas for improving maternity¹² care include fostering more compassionate and attentive attitudes from medical staff, ensuring comfortable conditions in maternity wards, and focusing on more natural, rather than medicalized, approaches to managing normal births.

Conflicts of Interest: None

12 Survey data collected in 2019 in eight regions of Ukraine. Published 2019. See <http://surl.li/edvcai>.

References

- Bohren, M. A./Hunter, E. C./Munthe-Kaas, H. M./Souza, J. P./Vogel, J. P./Gulmezoglu, A. M. (2014): Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. In: *Reproductive Health* 11, 1 (2014), pp. 1-17. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71> (September 26, 2024).
- Diniz, S. G./Salgado, H. O./Andrezzo, H. F. de Azevedo/Carvalho, P. G./Aguir, C. de /Niy, D. Y. (2015): Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. In: *Journal of Human Growth and Development* 25, 3 (2015), pp. 377-384.
- Reed, R./Sharman, R./Inglis, C. (2017): Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 17, 1 (2017), pp. 3-18. DOI:10.1186/s12884-016-1197-0.
- Sadler, M./Mario, S./ Buron, D. R./ Rojas, G. L./ Skoko, El/ Gillen P/ Clausen, J./Universidad de Chile/Universida de Alcala. (2016): Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In: *Reproductive Health Matters* 24, 47 (2016), pp. 47-55.
- Social constructions of obstetric violence and the dismantling of midwifery care in Mexico (2020). In: *Women's Health and Urban Life* 17, 1 (2020), pp. 21-33.
- Pavlenko, O. (2020): Women on obstetric violence in Ukraine. In: *DIVOCHE-MEDIA Independent women's magazine*. <http://surl.li/ocnwbp>. (September 26, 2024).
- United Nations High Commissioner (2010): Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf (September 3, 2024).
- United Nations High Commissioner (2012): Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22en.pdf> (September 3, 2024).
- White Ribbon Alliance (2013): Respectful Maternity Care: The Universal Rights Of Child-bearing Women. <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/> (September 3, 2024).

World Health Organization (2015): The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1 (September 3, 2024).

Yonghui Ma, Jing-Bao Nie

The Case of “A Devil Doctor” in China Corruption and Limits of Medical Supervisory Mechanisms Impulse for Clinical Ethics

1. Introduction

Corruption in healthcare, like corruption in socio-political life at large, is a universal problem. But it is not equal everywhere. It can be a more severe issue in some societies and eras than others. Nevertheless, so far, the challenges of medical corruption for bioethics, particularly clinical ethics, have not been adequately explored or even acknowledged. Hereby, we present a highly publicised case of medical corruption and crimes in China and briefly reflect on the failed role of medical supervisory mechanisms and the implications for clinical ethics in a global context. As this case will show, medical corruption profoundly undermines and systematically damages health professionals’ ethical and clinical competency.

2. “A Devil Doctor”: The Case

In October 2023, the Intermediate People’s Court of Changsha City sentenced Liu Xiangfeng to 20 years in prison and a fine of 9.2 million yuan (roughly equivalent to 1.25 million euros) for fabricating medical conditions, conducting illegal (medically unnecessary) surgeries and stealing organs.¹ This court judgment resulted from an infamous case that outraged people in China widely in 2022. Before his fall, Liu was the deputy director and deputy chief physician of the Emergency Center at the Second Xiangya Hospital, which is affiliated with Xiangya Medical College (XMC), Central South University. The college is one of the oldest and most prestigious Chinese medical schools, and its associated hospitals are best known among the public in the province of Hunan and beyond. Liu graduated from XMC in 1998 and was visiting physician and researcher in the US in 2018. Having engaged in clinical work in hepatobiliary and pancreatic surgery for over 20 years, he was a reputed physician in an esteemed public hospital.

1 Cf. <http://www.hedalaw.com/article/766.html> (in Chinese).

In August 2022, a group of netizens, including enraged family members of harmed patients, exposed a series of wrongdoings of Liu Xiangfeng, then 48-year-old, first via Sina Weibo, one of the most popular social media platforms in China. Liu was accused of exaggerating the severity of the illnesses of many patients so that he could profit from the excessive treatments and over-prescribed medicines.² More accusations of Liu's "unethical and unprofessional practices" emerged through the internet and social media. The allegations against the doctor ranged from prescribing unnecessary but expensive medicines to late-stage cancer patients, removing a patient's healthy pancreas and spleen, severely worsening the patient's condition, deceiving patients into purchasing health supplements and using them as necessary medication, charging high fees through frequent robotic surgery, transferring patients to his private clinic, manipulating and forcing patients to discontinue essential treatments.

Here is what one particular patient and family had to experience.³ According to Li Qing, her father was diagnosed with rectal tumors, and Liu Xiangfeng asked the patient to undergo anal fecal diversion. Although Li Qing's doctor friend advised that her father did not really need such a complicated surgical procedure, as a result of Liu's repeated warnings about the severe consequences without anal diversion, the old patient and his family agreed to surgery. During hours-long surgery, Liu told Li that her father's bladder and prostate should be removed. This time, Li did not consent partly because she was concerned about further surgical operation's negative impact on her old father's overall health. But, a few days after the anal diversion, Liu gave Li Qing an urgent call that her father's life would be threatened if not taking specific protein powder to speed up recovery. The family spent more than 6,000 yuan on the health supplement product. Only after the public exposition of Liu's wrongdoings did Li Qing realize that what she and her father experienced was Liu's "routine" scheme and practice of deceiving and manipulating patients, including (if not especially) patients from disadvantaged populations like those who are old or serious ill or poor or from the countryside, for his own as well as his medical unit's financial gains.

Understandably, the public's outrage was nationwide and overwhelming. Online, many netizens and social media users have dubbed Liu a "devil doctor" for profiteering from sick and dying patients. In response, several concerned regulatory and supervisory bodies promptly organized investigations into the scandal. They included the administration of Second Xiangya Hospital, the Changsha Supervisory Committee, and the Hunan Provincial Supervisory Committee. Even

2 Cf. www.chinadaily.com.cn/a/202208/26/WS63085feba310fd2b29e74742.ht ml.

3 Cf. <http://web.shobserver.com/wx/detail.do?id=521368> (in Chinese).

China's highest supervisory bodies – the Communist Party's Central Commission for Discipline Inspection and the Central Government's National Commission of Supervision – jointly published an authoritative commentary titled “Resolutely Upholding Integrity and Cleanliness in the Medical Sector”.⁴ Soon, the “Devil Doctor” case was also filed in court.

3. Brief Ethical Reflections: The Limits of Health Supervisory Mechanisms

The court judgment may put an end to the disturbing case of Liu Xiangfeng. The deserved punishment for Liu can never reverse the harm he imposed on so many of his patients, with some possibly being killed. The case raises a wide range of ethical issues. Indeed, the scandal triggered heated discussion among the public, health professionals and scholars about medical ethics, particularly patient-physician relationships and professional ethics. It has underscored the prevalence of corruption that has plagued the healthcare system for decades, which the authorities have also highlighted in the recent few years.⁵ Such a case of medical corruption and crimes and the apparent failures of health supervisory institutions and mechanisms can only worsen the already widespread “vicious circle of distrust and mistrust” between patients and their families on the one side and health professionals and the healthcare system on the other.⁶

The official commentary mentioned above by the top supervisory bodies of the Party-State poses three questions: Why were Liu's wrongdoings not discovered and resolved earlier internally? Are there loopholes in the hospital's internal management and medical procedural systems? Are medical supervisory authorities' daily supervision and management of clinical settings effective and thorough? These are legitimate and important questions, but they do not seem very hard to answer. In fact, to prevent non-transparent, “lone wolf” doctors from acting illegally and recklessly, one of the healthcare policies issued by the Chinese National Health Authority is the 2016 “Medical Quality Management Measures”. The “Three-level Ward Round System” is considered a core mechanism to address these issues. Additionally, the “Action Plan for Comprehensively Improving Medical Quality (2023-2025)” also mentions the need to improve the quality of three-level ward rounds. The Three-level Ward Round System requires attending resident doctors to conduct rounds at least once daily, typically twice or even

4 Cf. <https://www.chinanews.com.cn/gn/2022/08-28/9838484.shtml>.

5 Fu et al (2023).

6 Nie et al. (2018).

more. Senior doctors, including attending physicians, department heads, and (deputy) chief physicians, must conduct rounds at least 1-2 times per week. During rounds, the attending doctor reports on the patient's current condition and raises any issues that need addressing. Senior doctors then perform necessary examinations, analyze the situation, and determine the next steps in treatment. According to this system, senior doctors are responsible for reviewing medical orders and patient records, providing guidance, and correcting errors when necessary. Even in emergency cases, such as when a patient is experiencing severe bleeding or a fracture requiring immediate treatment, the attending doctor must report the situation via phone afterwards if there is no time for an initial report. As a deputy chief physician, Liu Xiangfeng was not the highest-ranking person in this process. Under such a system, his illegal actions should have been quickly discovered and exposed much earlier by even more senior doctors. However, in reality, this did not happen. This can only lead to a conclusion that these regulations and supervisory mechanisms were not effectively implemented in practice, at severe costs to patients' health and welfare and health professionals' ethical competency.

4. Final Reflection: The Chinese Case within a Global Context

While the case of the “devil doctor” has many Chinese characteristics, the ethical, medical, social, policy, and legal issues involved are far from Chinese alone. The limits and failures of health supervisory mechanisms constitute a universal problem in any healthcare system, in not only clinical but also teaching and research settings. However essential the responsibilities of individual health professionals are, promoting clinical ethics must attend adequately the institutional and broader contextual matters. Unethical and illegal cases in medicine often reveal issues related to but far beyond ethical competency, including failed responsibilities on individual, institutional, professional, and even societal levels. Thus, echoing the urge of the top Chinese supervisory bodies to “Upholding Integrity and Cleanliness in the Medical Sector,” we conclude that, ultimately, the realization of the ethical norm about the primacy of patients' welfare and interests or the aged old Chinese principle of *yi ai renshu* (medicine as the art of benevolence, humaneness, or humanity) needs to create and maintain a clean, safe, transparent, and trustworthy healthcare environment. Systematically tackling the problem of medical corruption is one of the unavoidable steps to achieve this.

Conflicts of Interest: None

References

- Fu, H./Lai, Y./Li, Y./Yip, W. (2023): Understanding medical corruption in China: a mixed-methods study. In: *Health Policy and Planning* 38, 4 (2023), pp. 496-508.
- Nie, J.-B./Cheng, Y./Zou, X./Gong, N./Tucker, J. D./Wong, B./Kleinman, A. (2018): The Vicious Circles of Patient-Physician Mistrust in China: Health Professionals' Perspectives, Institutional Conflict of Interest, and Building Trust through Medical Professionalism. In: *Developing World Bioethics* 18, 1 (2018), pp. 26-36.

Rohit Malpani, Andreas Reis,
Ehsan Shamsi-Gooshki, Andreas Frewer

Global Clinical Ethics and Artificial Intelligence Future Perspectives

1. Introduction

This edition of the Yearbook traverses the field of clinical ethics across time, medical disciplines and countries. The chapters examine the origins of clinical ethics in the United States and the public perception of what and whom were behind these “Life or Death Decisions”, and what it meant not to have clinical ethics consultation services. This refers to the Karen Ann Quinlan case in the US, South Africa on the eve of the first human heart transplantation, or the “Erlangen Baby” case in Germany. Key developments and important cases of the last decades are presented from all continents and with a wide range of ethical problems around the globe. These cases did *not* involve the use of artificial intelligence (AI). Yet AI will become a major factor in the future deliberations of clinical ethics committees, as increasing numbers of cases before clinical ethics committees will be affected by the use of AI or different types of AI assistance employed in medical practice and in ethics consultation, too.

The Yearbooks 2021-2023 already touched on the relationship of artificial intelligence and clinical ethics – how clinical ethics committees deliberate on questions that involve the use of AI and whether AI is a useful substitute or additional tool for decision-making of clinical ethics committees. In 2021 Prof. László Kovács asked in his chapter “Can Artificial Intelligence Replace Ethics Consulting in Hospitals?” and critically stated that “First Lawyers and in the Future Ethicists will be Rationalized”.¹ In 2023 within a special volume on media ethics an “AI Ethics Experiment” was performed with the result that texts on AI Ethics written by Chat GPT weren’t identified as such by graduated experts and interdisciplinary members of advanced courses for ethics consultation. Moreover, the references Chat GPT used to explain and back its position that AI can and will help in ethics consultation were nearly all wrong and/or not existing (sic!).²

1 See Kovács (2021) in the Yearbook Ethics in Clinics 14.

2 Cf. Mikolaj/Frewer (2023) and Riedel et al. (2023).

This was one more example and proof for the described phenomenon of “hallucinating” AI systems. These are some of the starting points of this chapter on AI and Clinical Ethics in the future.³

2. “In AI We Trust”?⁴

There are signs that humans are growing more comfortable with machine-led decision making in health care and medicine. In early 2024, a team of researchers from Google and its subsidiary, Google DeepMind, published in “Nature” that an AI system built by Google both outperformed humans in diagnosing medical conditions and was rated as more caring by the people who used it (these people did not realize whether they were receiving advice from a doctor or a chatbot).⁵ The chatbot was neither tested for its biases, nor in real-world settings, so the study was yet another data point of what AI could do one day, and not the end of human-led medical practice in 2024 or any time soon.

There is of course a fundamental difference between using AI systems in biomedical science, which is based on scientific and empirical evidence that are usually universally accepted, and clinical ethics which is grounded in ethical theories, legal requirements, cultural context and individual properties which in combination could be diverse and interpreted differently in various social and local contexts.

What level of comfort do clinical ethicists have with AI? Do they need to second guess their reasoning when compared to the supposedly neutral output of a machine? The World Health Organization has been grappling with the emergence of AI in health care for the last five years through the ongoing deliberations of an expert group on the ethics and governance of AI for health.⁶ It points to many potential benefits of AI, but also notes many well-known risks, whether bias, privacy, or concerns with the role of large technology companies that train and commercially market such algorithms. The WHO has also raised concerns with the possibility of moral de-skilling, as those who must make difficult moral or ethical decisions simply hand off decisions to an algorithm, and automation

3 See Schmidt et al. (2023), Mikolaj/Frewer (2023) Riedel et al. (2023) and WHO (2021).

4 The – political – motto “In God We Trust” refers to the American Civil War, where Union supporters wanted to emphasize their attachment to God and to boost morale. Since 1864 “In God We Trust” is pressed in US American coins, too.

5 See Lenharo (2024). For more details see Coeckelbergh (2020) and Dubber et al. (2021).

6 Cf. World Health Organization (2021).

bias, in which we trust an algorithm even if our own judgment leads us to a different conclusion.⁷ The European Union, which enacted world's first general legislation on AI (the Artificial Intelligence Act), also grappled with many of these issues, albeit across all current and future uses of AI.⁸

Currently, the World Health Organization is developing its own guidance on clinical ethics. The guidance will provide healthcare administrators, politicians, professional organizations, physicians, nurses, clinical ethics committees and other groups of stakeholders with a “roadmap” on clinical ethics governance and policymaking, education and different models of clinical ethics support services and consultation such as clinical ethics committees, including the major challenges that such committees will likely face, and how they can think about addressing these topics. WHO relies on a panel of eminent experts, including some of the contributors to this article and others who have contributed to this yearbook. Considering the role of WHO as the United Nation's health agency, such a guiding document must identify and empirically address issues with global significance. Would an AI system, such as Chat GPT, do a better job of mapping out the main topics in clinical ethics that WHO needs to consider when planning for guidance that aims to improve clinical ethics education, consultation and policymaking?

We put that question to the test by asking Chat GPT 3.5 – an older version of Open AI's Large Language Model – the following query: “What are the most pressing issues in global clinical ethics today?”⁹ Chat GPT produced a response with ten topics: (1) equitable access to health care; (2) pandemic response and public health ethics; (3) end-of-life decision-making; (4) genetic and reproductive technologies; (5) AI and technology in healthcare; (6) cultural sensitivity and globalization in health care (including medical tourism); (7) mental health ethics; (8) climate change and environmental ethics; (9) healthcare worker rights and burn-out; and (10) research ethics and clinical trials.¹⁰

This response illustrates the strengths and weaknesses of AI. On the positive side, the response points out several interesting topics – such as medical tourism – that an individual working within a clinical ethics committee may not consider because of the limits of what comes before his or her own committee, or that a policymaker may ignore. Policymakers may not have familiarity with such an issue and the potential impact on health systems in Low-and-Middle-Income-Countries that are the new destination for high-income country medical travelers

7 Ibid.

8 European Council and Parliament, Artificial Intelligence Act. Cf. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:L_202401689.

9 Cf. <https://chatgpt.com/share/670415de-caa8-8003-ad20-b568af838a3d>.

10 See the more detailed results in the appendix of this article.

(formerly more known as medical tourists) seeking inexpensive medical care or avoiding lengthy waiting lists for specific medical services in their home country. By contrast, Large Language Models can draw upon the entire expanse of the internet (if it is trained on such a data pile) and translate that information into rapidly digestible and often unique responses.

Yet the Chat GPT response also highlights some downsides of AI. It makes mistakes – suggesting topics that are not issues of clinical ethics but of research ethics (clinical trials) or public health ethics (vaccination and pandemic response). It is also well known that Large Language Models tend to generate hallucinations, or false information, and especially to invent publications, studies or articles that are used to construct and defend a response of an AI model. Studies of commercially advanced Large Language Models have found hallucination rates can vary from three percent to twenty-seven percent.¹¹ However, we need to acknowledge that AI systems and Large Language Models such as ChatGPT are under continuous training with new inputs and better-quality data. This may reduce the rate of hallucination, and therefore, the concept of “hallucinating” AI could be excessively critical at least in certain areas where AI systems are well-trained.

Yet there are other reasons to doubt how much we can hand over our thinking to these models. One of the strengths of this Yearbook edition, and processes such as those run by the World Health Organization, is that they draw on the vast diversity of our world. AI, on the other hand, may fail to reflect this diversity in most of its responses. Even if these Large Language Models are trained on the entirety of the Internet, there are biases built into its data. Most of the data is in English, which automatically limits its responses to a small subset of the world’s population, and most likely people living in English-speaking high-income countries. The people working in AI companies may be aware of these problems, but it’s not certain that they are able to correct such problems in an efficient way. In addition, designers could introduce their own biases into such AI systems. In other cases, it is not possible for a human to correct a flaw of an algorithm, or the flaws of our societies encoded in the training data.

The other problem is that we don’t know why algorithms arrive at certain decisions, or the problem of explainability. A Large Language Model like Chat GPT provides comfort to a user because it generates a rapid, well-written response without qualification or doubt. Yet neither the programmers who design and train an algorithm, nor those who may use it, can really put their finger on why it produces certain outputs.

11 Cf. <https://www.nytimes.com/2023/11/06/technology/chatbots-hallucination-rates.html>.

What we do know is that algorithms do not produce a response grounded in anything that humans have long based ethical decision making upon – whether morals, values, culture, or systems of belief.¹² As one doctor, who has no problem with using a Large Language Model to help make medical decisions, noted: ‘In the end, it doesn’t actually matter if doctors feel compassion or empathy toward patients; it only matters if they act like it. In much the same way, it doesn’t matter that A.I. has no idea what we, or it, are even talking about. There are linguistic formulas for human empathy and compassion, and we should not hesitate to use good ones, no matter who – or what – is the author.’¹³

Does such reasoning hold for clinical ethics committees, especially as it relates to the decisions they make? Putting aside problems of hallucination, bias, and error – we must ask ourselves if the end of our long journey from the faceless members of the Seattle God Committee is to end with a new god committee that will never have a face. However, some may argue that the AI system could be an ethically preferable option, since “faceless members of the Seattle God Committee” could have their personal biases and preferences, and “facelessness” of the God Committee members does not solve the bias issue.

3. Conclusions and Perspectives

Critical ethical reflection and transparency of the way of decision-making are important criteria for good clinical ethics. In the very first clinical ethics committee of our (western) history – the Seattle “Artificial Kidney Selection Committee” – people felt that the decision “Who will get a life-saving dialysis machine?” (one of fifty or hundred persons) with the scarcity of resources of a pioneering technology was like “Playing God”. The group in Seattle was called “Life or Death” and “God Committee” to express the complexity and importance of these moral decisions. The Committee at the Seattle Swedish Hospital was depicted in an anonymous way to protect its members. Is there a strong trend from “In God We Trust” to “In AI We Trust”? In both cases, it would be better to know the foundations and reasons on which decisions are made. Neither should we accept a committee mainly consisting of “old white men” nor an AI system mainly trained with (old) data of white men. Moral reasoning means to open the eyes and clarify the ethical arguments behind the decisions. This was absent in the very first “God Committee”, but it shouldn’t be repeated with AI-based clinical ethics in the future.

12 See Lechner (2023) and Schmidt/Hirsch (2023).

13 Cf. <https://www.nytimes.com/2024/10/05/opinion/ai-chatgpt-medicine-doctor.html>.



Fig. 1: The “God Committee” (clear version). Hospital Library, Seattle (1962).¹⁴

Patient-physician dialogues on breaking bad news in the way “Sorry Mrs./Mr. X., our AI system didn’t allow us to put you on a life-saving ventilator” shouldn’t be the future. No patient nor human being feels good when a robot tells him that the AI made a fatal error and that the machine or the hospital administration is very sorry for that. The “classical paradox” of the mind-body problem – “If the human brain would be so simple that we could understand it, we would be so simple that we couldn’t”¹⁵ can in a certain way be transferred to our AI problems in clinical ethics: “If clinical ethics consultation and support systems would be so simple that human brains and personal experience in complex clinical settings could be substituted by AI technology the ethical decisions might as well be too

14 See the first article of this section by Frewer et al. (Fig. 2) and Alexander (1962). The Committee had its meetings in the library of the Swedish Hospital in Seattle (Washington). This is a good symbol for the necessary background of science and knowledge in books. For historical contexts Frewer (2012), for development and future of AI see Harari (2024).

15 Frewer/Hanefeld (2000), p. 1878. In this article in “Science” the “anatomy of genius” was discussed on the example of the brains of Albert Einstein and Carl Friedrich Gauss. The meta irony of the story was that the brain of Gauss was exchanged with another brain of a mathematician and the brain of Einstein was already cut to histological pieces.

simple” – and we should be so clever to be very cautious to do clinical ethics consultation, education and policy development mainly or only with AI.

Conflicts of Interest: None

Appendix

Question to Chat GPT:

What are the most pressing issues in global clinical ethics today?¹⁶

Response:

The most pressing issues in global clinical ethics today reflect the challenges of modern medicine, technology, global health disparities, and socio-cultural complexities. Key issues include:

1. Equitable Access to Healthcare

- **Healthcare Disparities:** Unequal access to essential healthcare services, particularly in low-income countries, remains a significant ethical challenge. The COVID-19 pandemic exposed stark inequities in the distribution of vaccines, medical supplies, and healthcare services.
- **Resource Allocation:** The ethical question of how to fairly distribute limited healthcare resources, such as ICU beds, life-saving medications, and organ transplants, has become even more urgent, particularly during health crises. Ensuring fair and just access to care for all patients remains a core concern.

2. Pandemic Response and Public Health Ethics

- **Ethical Management of Pandemics:** The global response to pandemics, including COVID-19, raises complex ethical dilemmas. Issues of vaccine distribution, public health restrictions (like lockdowns), and balancing individual liberties with public safety remain hotly debated.

16 Cf. <https://chatgpt.com/share/670415de-caa8-8003-ad20-b568af838a3d> (2nd search).

- **Vaccine Hesitancy and Misinformation:** Misinformation and vaccine hesitancy present ethical challenges for healthcare providers. Clinicians are ethically tasked with promoting evidence-based public health measures while respecting patient autonomy, even when patient choices may pose risks to themselves or the community.

3. End-of-Life Decision-Making

- **Euthanasia and Assisted Dying:** The ethical and legal landscape around euthanasia and physician-assisted suicide varies widely across countries. Clinicians are often caught in moral dilemmas between respecting patient autonomy and adhering to legal restrictions or their own moral beliefs about life preservation.
- **Palliative Care and Dignity:** Ensuring patients have access to quality palliative care, where suffering is minimized, and dignity is preserved, is a pressing ethical issue. This becomes more critical in settings where resources for end-of-life care are limited or unavailable.

4. Genetic and Reproductive Technologies

- **Gene Editing:** The advent of CRISPR and other gene-editing technologies has led to ethical questions about modifying the human genome, particularly for non-therapeutic purposes like enhancement. Germline editing, which affects future generations, raises profound concerns about long-term societal impacts and the ethics of altering human heredity.
- **Assisted Reproduction:** Ethical concerns surround the use of assisted reproductive technologies like IVF, surrogacy, and egg/sperm donation, especially in international contexts. Cross-border reproductive care can lead to exploitation and raise questions about commodification of reproductive capabilities.

5. Artificial Intelligence (AI) and Technology in Healthcare

- **AI in Decision-Making:** The increasing use of AI in healthcare diagnosis, treatment, and decision-making raises concerns about the ethical role of machine-driven judgments in clinical practice. Issues include the risk of bias in algorithms, transparency in AI processes, and the potential erosion of human oversight.

- **Data Privacy and Consent:** The use of big data and AI also raises significant concerns about patient privacy, informed consent, and the security of sensitive health information. Clinicians must navigate these challenges while ensuring ethical practices in data use and patient confidentiality.

6. Cultural Sensitivity and Globalization of Healthcare

- **Cross-Cultural Ethical Dilemmas:** As healthcare becomes increasingly globalized, ethical challenges arise in respecting diverse cultural and religious beliefs while adhering to medical standards of care. Navigating ethical decisions in multicultural environments, especially regarding end-of-life care, reproductive rights, and patient autonomy, is a growing issue.
- **Medical Tourism:** Patients traveling abroad for cheaper or quicker medical treatments raise ethical questions about the quality of care, exploitation, and the disparities between wealthy and poor countries. Providers are often faced with concerns about patient safety and exploitation of vulnerable populations in countries with less stringent regulations.

7. Mental Health Ethics

- **Informed Consent and Autonomy:** The treatment of mental health patients involves ethical issues around informed consent, especially when patients may lack full decision-making capacity. Balancing respect for patient autonomy with the need for protection can be challenging, particularly in cases of involuntary treatment or psychiatric holds.
- **Global Disparities in Mental Health Care:** Mental health services are unevenly distributed globally, and ethical concerns arise over access to care, the stigma surrounding mental illness, and how mental health is prioritized compared to physical health.

8. Climate Change and Environmental Ethics

- **Health Impacts of Climate Change:** Climate change disproportionately affects vulnerable populations, raising ethical concerns about the global responsibility to protect these communities. The health impacts of climate-related disasters, malnutrition, and increased disease spread create pressing ethical questions about preparedness and equitable healthcare access.

- **Sustainable Healthcare Practices:** There is increasing recognition of healthcare's environmental footprint. The ethical dilemma revolves around how to balance providing quality care with reducing the environmental impact of healthcare systems.

9. Healthcare Worker Rights and Burnout

- **Healthcare Worker Safety:** The COVID-19 pandemic underscored the ethical need to protect healthcare workers who face high risks in crisis situations. Burnout, mental health struggles, and moral distress are critical issues, especially when workers feel under-resourced or unsupported.
- **Moral Distress and Resource Constraints:** Clinicians often face moral distress when they are unable to provide the care they believe is ethically required due to system constraints or resource shortages. Addressing this issue is crucial to maintaining healthcare worker well-being and patient care quality.

10. Research Ethics and Clinical Trials

- **Global Clinical Trials and Exploitation:** The globalization of clinical trials, especially in low-income countries, raises ethical concerns about exploitation, informed consent, and the benefits of research. Ensuring that trial participants are fully informed, and that benefits are equitably shared, is a major challenge.
- **Ethical Oversight in Rapid Research:** The fast pace of medical research, particularly during emergencies like pandemics, creates pressure to expedite trials. Ensuring ethical oversight without delaying potentially life-saving treatments remains a key challenge.

Conclusion

The most pressing global clinical ethics issues today are driven by disparities in healthcare access, technological advancements, and the ongoing challenges of balancing individual rights with public health priorities. As medicine becomes increasingly global and interdisciplinary, clinicians must navigate these ethical dilemmas with a focus on justice, equity, and respect for human dignity across diverse populations.

References

- Alexander, S. (1962): They Decide Who Lives, Who Dies. Medical miracle puts a moral burden on a small community. In: *LIFE* 9 (1962), S. 102-[...]-125.
- Coeckelbergh, M. (2020): *AI Ethics*. The MIT Press Essential Knowledge series. Cambridge, Massachusetts.
- Dubber, M. D./Pasquale, F./Das, S. (Eds.) (2021): *Oxford Handbook of Ethics of AI*. Oxford.
- Frewer, A. (2012): Emotionen zur Ethikberatung in der Öffentlichkeit. Impressionen und Inszenierungen der „God Committees“. In: *Jahrbuch Ethik in der Klinik/Yearbook Ethics in Clinics* 5 (2012), pp. 57-76.
- Frewer, A./Hanefeld, F. (2000): Not-So-Simple Minds. In: *Science* 289 (2000), p. 1878.
- Frewer, A./Bruns, F./Rascher, W. (Hrsg.) (2012): *Medizin, Moral und Gefühl. Emotionen im ethischen Diskurs*. *Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK)*, Band 5. Würzburg.
- Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien*. *Jahrbuch Ethik in der Klinik/Yearbook Ethics in Clinics* 14 (2021). Würzburg.
- Harari, Y. N. (2024): *Nexus. A brief history of information networks from the stone age to AI*. Dublin.
- Kovács, L. (2021): Erst werden Juristen und in Zukunft Ethiker wegrationalisiert. Kann Künstliche Intelligenz künftig Ethikberatung in Kliniken ersetzen? In: Frewer et al. (2021), pp. 113-140.
- Lechner, F. (2023): Künstliche Intelligenz – worum geht es aus technischer Sicht? [Artificial Intelligence: What is it All About from a Technical Perspective?]. In: Schmidt et al. (2023), pp. 341-344.
- Lenharo, M. (2024): Google AI has better bedside manner than human doctors – and makes better diagnoses. Researchers say their artificial-intelligence system could help to democratize medicine. In *Nature* 625 (2024), pp. 643-644 (25 January 2024).
- Mikolaj, J./Frewer, A. (2023): [Kann KI Ethikberatung im Gesundheitswesen ersetzen? [Can AI Replace Ethics Consultation in Healthcare] Kommentar 2. In: Frewer et al. (2023), pp. 335-340.
- Riedel, A./Schmidt, K. W./Mikolaj, J./Frewer, A. (2023): Synopsis zum „KI-Ethik-Experiment“. Zusammenfassung und Perspektiven [Synopsis on the “AI Ethics Experiment”. Summary and Perspectives]. In: Schmidt et al. (2023), pp. 355-362.

- Schmidt, K. W./Hirsch, M. C. (2023): Zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz in der Ethikberatung [On the Handling of Artificial Intelligence in Ethics Consultations]. In: Schmidt et al. (2023), pp. 345-354.
- Schmidt, K. W./Riedel, A./Wulff, H. J./Frewer, A. (Hrsg.) (2023): Medizin- und Pflegeethik in den Medien [Medical Ethics and Nursing Ethics in the Media]. *Jahrbuch Ethik in der Klinik/Yearbook Ethics in Clinics* 16 (2023). Würzburg.
- World Health Organization (WHO) (2021): Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Geneva. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Note

The present work by Rohit Malpani was done in partial fulfillment of the requirements for obtaining the “Ph.D.” degree at Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Germany) under the supervision of Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A. We thank the Josef and Luise Kraft Foundation (Munich) for their financial support as well as the Graduate School “Human Rights and Ethics in Medicine for Older People” (Chair: Prof. Frewer) for their important intellectual support and scientific exchange.

IV. Rezensionen

Julia Mikolaj

David Matusiewicz, Jochen A. Werner (Hrsg.) (2021):

**Future Skills in Medizin und Gesundheit
Kompetenzen. Stärken. Menschen.**

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin. 226 Seiten

ISBN 978-3-95466-594-5. 19,95 € (Taschenbuch). 19,99 € (eBook)

Digitalisierung birgt unzählige neue Möglichkeiten – in allen Lebensbereichen. Im Gesundheitswesen führen diese neben etwaigen Chancen und Risiken zu einem grundsätzlichen Wandel, der nicht zuletzt auch die Anforderungen an Beschäftigte verändert. Erstmals wird die Frage aufgeworfen, inwiefern sogenannte „Digital Skills“¹ eine notwendige Kompetenz für Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen im zukünftigen (oder schon heutigen) Gesundheitswesen sind. Das Buch „Future Skills in Medizin und Gesundheit. Kompetenzen. Stärken. Menschen.“ von den Herausgebern *David Matusiewicz*² und *Jochen A. Werner*³ greift diese Frage auf und behandelt essenzielle Fähigkeiten, die in Zukunft für Fachkräfte im Gesundheitswesen unerlässlich sein werden. Zusammen mit 43 weiteren Autor:innen⁴ wird fachübergreifend ein umfassender Blick darauf geworfen, welche Kompetenzen in einer zunehmend digitalisierten und komplexen medizinischen Landschaft notwendig sind.

Der Band beginnt mit einem Geleitwort von *Martin Hirsch*⁵ und einem anschließenden Vorwort der beiden Herausgeber zur Ausgangslage für das Buch. Zentral sei dabei folgende These:

1 Skills lässt sich übersetzen als „Kompetenzen“ oder „Fähigkeiten“.

2 *David Matusiewicz* ist Professor für Medizinmanagement an der „FOM Hochschule für Oekonomie & Management“ in Essen, Dekan und Direktor des Instituts für Gesundheit und Soziales (ifgs).

3 *Jochen A. Werner* ist seit 2015 ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender für Digitalisierung in der Medizin und Transformation an der Universität Essen.

4 Die überwiegend nationalen, aber auch internationale Autor:innen (41 deutsche sowie je ein Autor aus der Schweiz und aus den Niederlanden) sind aus verschiedensten Fachbereichen und gewähren Denkanstöße aus unterschiedlichsten Sichtweisen.

5 *Martin C. Hirsch* ist Direktor des Instituts „KI in der Medizin“ an der Philipps-Universität Marburg. Siehe auch den Beitrag von ihm zu KI und Ethik im JEK 16 (2023).

„Die Zukunft im Gesundheitswesen funktioniert nicht ohne Menschen. Und Menschen benötigen Fähigkeiten, um diese aktiv zu gestalten.“⁶

Und genau diese benötigten Kompetenzen werden in den folgenden Artikeln detailliert beleuchtet. Das Buch teilt in drei Arten von Skills ein – „Classic Skills“,⁷ „New Work Skills“⁸ und „Digital Skills“⁹ – und stellt sie in dieser Reihenfolge vor. Dabei machen die Herausgeber schon im Vorwort deutlich, dass es keineswegs das Ziel der Digitalisierung sein kann, die sogenannten „Classic Skills“ zu verdrängen. Vielmehr bedarf es infolge der veränderten Bedingungen und damit einhergehenden neuen Anforderungen durch den digitalen Wandel zusätzlich „New Work Skills“ und „Digital Skills“, welche bestenfalls dazu führen sollen, dass klassische Werte wie Empathie und Patientenorientierung wieder ins Zentrum gerückt werden.

Die einzelnen Kompetenzen werden jeweils zunächst allgemein definiert, eingeordnet und die Relevanz dargestellt, bevor der Bezug zum Gesundheitswesen hergestellt und Zukunftsaussichten oder „Praxistipps“ aufgezeigt werden. Dabei bildet jeder Artikel einen in sich abgeschlossenen Beitrag zu einer spezifischen Fähigkeit. Diese thematische Aufteilung ermöglicht es den Leser:innen, gezielt Informationen zu bestimmten Aspekten der Zukunftskompetenzen zu finden. Die Autor:innen zeigen in ihren jeweiligen Artikeln auf, wie verschiedene digitale Kompetenzen zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen können. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, alle Kompetenzen genauer vorzustellen; stattdessen werden ausgewählte Skills interessanter Beiträge exemplarisch genannt, um einen Überblick zum derzeitigen Stand, Möglichkeiten wie auch Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu geben und damit die Relevanz der einzelnen erforderlichen Fähigkeiten darzustellen.

Zunächst beginnt *Teresa Keller* in ihrem Beitrag zur „Achtsamkeit“ mit der essenziellen menschlichen Komponente. Die Digitalisierung schafft eine Distanz,

6 *Matusiewicz/Werner*, Vorwort der Herausgeber, S. VII.

7 Innerhalb der „Classic Skills“ werden folgende Kompetenzen vorgestellt: Charisma, Ehrlichkeit, Empathie, Freundlichkeit, Gelassenheit, Humor, Inspiration, Intuition, Kreativität, Kulturelle Kompetenz, Patientenorientierung, Respekt, Selbstreflexion und Vertrauen.

8 Als „New Work Skills“ werden folgende Fähigkeiten präsentiert: Achtsamkeit, Adaptionsfähigkeit, Agilität, Flexibilität, New Leadership, Gesundheitskompetenz, Innovationsfähigkeit, Kollaboration, Kommunikation, kritisches Denken, Qualitätsbewusstsein, Sinnorientierung und unternehmerisches Denken.

9 Folgende Kompetenzen werden innerhalb der „Digital Skills“ vorgestellt: Blockchain-Kompetenz, Cloud Computing, Cybersecurity, Data Literacy, Deep Dive: Smart Hardware/Robotic Knowledge, Deep Dive: Virtual and Augmented Reality Knowledge, Digital Leadership Excellence, digitale Lernkompetenz und Ethik (sic).

welche die zwischenmenschliche Kommunikation erschwert. Dabei ist zu beachten, dass grundlegende Werte wie Mitgefühl und Wertschätzung durch den digitalen Wandel nicht verloren gehen dürfen. Ähnlich beschreibt *Matthias Volkenandt* im Rahmen der „Kommunikation“ die Gefahr des Untergangs der richtigen Konversation durch die neuen digitalen Techniken. Kommunikation wird stets eine Schlüsselkompetenz bleiben, die nicht vernachlässigt werden darf. Einen positiven Blick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen zeichnet *Anke Diehl* in ihrem Artikel zur „Innovationsfähigkeit“. Sie zeigt auf, wie neue Technologien genutzt werden können, um Fachkräfte zu entlasten und gleichzeitig die Effizienz zu steigern. Auch *Tanja Queckenstedt* betont im Kontext der „Kollaboration“ die Bedeutung, neue Methoden und Denkweisen zuzulassen und Chancen zu nutzen, die der aktuelle Umbruch mit sich bringt. *Johannes Jörg* erörtert die Kompetenz des „Qualitätsbewusstseins“ und kommt zu dem Schluss, dass neue Technologien wie Health-Apps, Telemedizin, KI und Robotik unser Gesundheitswesen unterstützt können, um eine evidenzbasierte Medizin zu fördern. *Odetta Wegwarth* und *Felix G. Rebitschek* heben in ihrem Beitrag „kritisches Denken“ hervor, dass trotz der Chancen der Digitalisierung die Notwendigkeit der kritischen Hinterfragung zur Erkennung von Risiken nicht verdrängen darf.

In mehreren Beiträgen, wie dem „Cloud-Computing“ von *Felix Nensa* und der „Cybersecurity-Kompetenz“ von *Thomas Jäschke* wird die Relevanz der Sammlung digitaler Daten zur Verbesserung technischer Anwendungen (insbesondere auch KI-Anwendungen) betont. Gleichzeitig wird immer wieder die Gefahr des Missbrauchs von Daten aufgezeigt. Eine lückenlose Gewährleistung der Datensicherheit gestaltet sich technisch wie auch juristisch schwierig. Diese Problematik ist einer der größten „Hemmfaktoren“ für den Einzug der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Eine Lösung hierfür scheint unabdingbar, wenn man die Chancen der Digitalisierung in Zukunft völlig ausschöpfen will. *Katharina Schüller* thematisiert im Rahmen der „Data Literacy“ genau diese Problematik. Das Resultat: Data Literacy muss als Schlüsselkompetenz einen festen Platz bei Aus- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen einnehmen. Daran knüpfen *Jan P. Ehlers* und *Julia Nitsche* im Kapitel „Digitale Lernkompetenz“ an. Die Digitalisierung verändert das Berufsbild der Ärzteschaft. Es braucht Zeit bis Mediziner:innen und Pflegekräfte mit der Technik umgehen können und sie als Unterstützung statt als Belastung wahrnehmen. Dafür sind neben Zeit vor allem entsprechende Fort- und Weiterbildungen notwendig.

In „Deep Dive: Smart Hardware/Robotics Knowledge“ zeigt *Reiner E. Becker* ein aktuelles Praxisbeispiel für die Anwendung von KI und Robotik zur Unterstützung des Gesundheitswesens. So werden Assistenzroboter in Pflegeheimen eingesetzt, um die Pflegekräfte zu entlasten. Wichtig ist dabei zu betonen, dass diese technischen Assistenzsysteme keinesfalls Menschen ersetzen, sondern

primär den Alltag erleichtern sollen. Auch *Ingo Stoffels* und *Christina Alt* gehen im Anschluss auf „Virtual and Augmented Reality Knowledge“ ein und zeigen Anwendungsbeispiele von AR und VR im Gesundheitswesen. So können diese Techniken u.a. bei der Therapie psychischer Erkrankungen, bei der Schmerzkontrolle, als Assistenz bei Operationen und im Rahmen von Ausbildung sowie als Unterstützung in der Rehabilitation hilfreich sein. Derzeitig steht jedoch der VR und AR – welche die Möglichkeit haben, die Medizin geradezu zu revolutionieren – die Problematik der Datensicherheit im Weg. Im folgenden Schwerpunktbeitrag „Deep Dive: Machine Learning Knowledge“ nennt *Stefan Ebener* weitere Bereiche, die von KI sehr profitieren können: hochindividuelle Behandlungen („personalized medicine“), Prävention durch Health Apps und Monitoring der Vitalwerte im Alltag.

Eins haben alle Beiträge als Perspektive gemeinsam: Die Möglichkeiten der Digitalisierung können unserem Gesundheitswesen nur zugutekommen, wenn die Fachkräfte der Branche auch die entsprechenden Kompetenzen haben, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Technologien umgehen zu können. Mediziner:innen können durch den Einsatz der neuen Technologien effizienter arbeiten, präzisere Diagnosen stellen und eine personalisiertere Behandlung anbieten. Digitale Fähigkeiten helfen, Prozesse im Gesundheitswesen zu optimieren und Kosten zu senken. Diese Chancen können jedoch nur genutzt werden, wenn die Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen der Branche die entsprechenden Kompetenzen haben. Dabei kann nicht vorausgesetzt werden, dass alle Mitarbeiter:innen – und besonders auch die Kranken! – im Gesundheitswesen mit den neuen Technologien zurechtkommen, sprich die erforderlichen Skills haben. Notwendig ist daher die Integration dieser Fähigkeiten in die Ausbildung und eine kontinuierliche Fortbildung der Kompetenzen durch Weiterbildungen zur Schulung des Umgangs mit den neuen Technologien. Unter Anbetracht des stetigen Personalmangels und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen ist jedoch fraglich, ob, wann und wie solche Fortbildungen stattfinden können. Diese Problematik und mögliche Lösungen werden in dem Buch jedoch leider nicht vertieft behandelt. Auch die grundsätzliche Gefahr der Dehumanisierung der Medizin durch die Digitalisierung wird nur am Rande erwähnt und hätte eine tiefere Auseinandersetzung verdient.

Der Untertitel „Kompetenzen. Stärken. Menschen“ ist bewusst als Aussagesatz gestaltet – aber wie wird die Digitale Revolution mit humanen Problemen und allzu menschlichen Schwächen umgehen? Etwa Diskriminierung oder gar Rassismus durch KI in der Medizin hätte hier ebenso stärker diskutiert werden können wie die ethischen und rechtlichen Probleme bei Fehlern in der Cyber-Medizin.

Auffällig ist daneben, dass das Buch zwar allgemein für medizinische Fachkräfte geschrieben ist, es sich jedoch in vielen Passagen hauptsächlich an Ärzt:innen und Führungskräfte richtet. Pflegekräfte, Therapeut:innen und andere Berufsgruppen werden weniger repräsentiert. Auch die Bezugnahme auf andernorts in umfangreichen Zukunftsszenarien herausgearbeiteten „Megatrends“¹⁰ für die Entwicklung der Medizin („Gesundheitswelt 2049“) wäre sinnvoll gewesen.¹¹ Wie sich für benachteiligte Gruppen im Gesundheitswesen – Menschen mit Behinderungen und kognitiven Einschränkungen, ältere Personen u.v.m. – bei mangelndem Zugang zur digitalen Welt eine gerechte Teilhabe ermöglichen lässt, hätte in diesem Band mehr Raum verdient.

Schade ist letztendlich, dass es an einer übergreifenden Schlussbetrachtung durch die Herausgeber fehlt. In diesem Rahmen hätte auf einige der genannten und offen gebliebenen Fragen eingegangen werden können. Die Relevanz der einzelnen Fähigkeiten, die Chancen wie auch Risiken der neuen Technologien gehen aus den jeweiligen Artikeln zweifelsfrei hervor, dagegen wird jedoch weniger deutlich, wie das Zusammenspiel aller Skills in der Praxis umgesetzt wird, wie die Digitalisierungskompetenz in Kliniken und hausärztlicher Betreuung Einzug finden soll und vor allem wie die „New Work Skills“ und „Digital Skills“ neu erlernt werden können ohne dabei die „Classic Skills“ zu vernachlässigen. Zur Klärung solch interessanter Fragen wäre eine abschließende Synopsis der Herausgeber spannend gewesen.

In einer Zeit, in der das Gesundheitswesen vor tiefgreifenden Veränderungen steht, leistet „Future Skills in Medizin und Gesundheit“ einen wertvollen Beitrag zur Diskussion um die notwendigen Kompetenzen der Zukunft und ist lesenswert für alle, die sich mit dem Einzug der Digitalisierung in der Medizin und den zukünftigen Anforderungen an Beschäftigte im Gesundheitswesen auseinandersetzen möchten.

Fakt ist: Digitalisierung verursacht einen tiefgreifenden Wandel im Gesundheitswesen. Die Integration digitaler Technologien ist nicht nur eine vorübergehende Entwicklung, sondern eine dauerhafte Veränderung, die alle Bereiche der

10 Als zwölf „Megatrends“ der Studie des Zukunftsinstituts werden „Konnektivität“, „Individualisierung“, „Neo-Ökologie“, „New Work“, „Silver Society“, „Gender Shift“, „Wissenskultur“, „Mobilität“, „Urbanisierung“, „Globalisierung“, „Sicherheit“ und generell „Gesundheit“ genannt (s.u., Fn. 12).

11 Vgl. die von *Corinna Mühlhausen* und *Daniel Dettling* für das „Zukunftsinstitut“ entworfene „GESUNDHEITSWELT 2049. Ein Navigator für die Zukunft“ und die dazugehörigen Beiträge im Jahrbuch Ethik in der Klinik 14 (2021): Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 14. Würzburg.

medizinischen Praxis beeinflusst. Digitale Fähigkeiten werden daher in Zukunft für alle medizinischen Fachkräfte unerlässlich sein. Diese bedürfen jedoch einer entsprechenden Ausbildung, um die Chancen nutzen zu können ohne die befürchteten Gefahren zur Realität werden zu lassen. Wie sich dies in der Praxis und hoffentlich ohne allzu gravierende ethische Defizite umsetzen lässt, wird die Zukunft zeigen.

Interessenkonflikte: Keine

Annette Riedel

**Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
(SAMW): Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen.**

Empfehlung, Bern.

<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

und

Maria Dammayr (2023):

**Zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege.
Implikationen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung
sowie für organisationale Ethikstrukturen.**

Arbeitsgruppe WiEGe der Katholischen Privat-Universität Linz.

Reihe Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft, Band 11. Linz.

Das Feld „Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen“ ist selbstverständlich nicht nur in Deutschland ein zentrales Thema, auch in der Schweiz und in Österreich gibt es dazu wichtige Debatten. Aus diesem Grund seien hier zwei Beiträge aus den deutschsprachigen Nachbarländern vorgestellt.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlichte im Jahr 2019 die Empfehlung „Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen“. Die 22 Seiten umfassende Publikation wurde von einer 14 Personen umfassenden Subkommission erarbeitet, die von der Zentralen Ethikkommission der SAMW 2015 bestellt wurde. Die Vernehmlassung fand im Jahr 2018 statt, die definitive Fassung wurde im November 2018 vom Senat der SAMW genehmigt.

Die Empfehlung enthält drei Teile: Präambel (I), Empfehlungen (II) und Hinweise zur Ausarbeitung dieser Empfehlungen (III). Der Teil mit den Empfehlungen umfasst wiederum drei Gliederungspunkte: (1.) „Geltungsbereich und Adressaten“, (2.) „Zentrale Aspekte der Ethikausbildung“ und (3.) „Inhalte der Ethikausbildung“.

In der Präambel (I) formuliert die Empfehlung: „Ethik ist für das Handeln von Gesundheitsfachpersonen von grundlegender Bedeutung.“ (...) „Ethik muss daher eine zentrale Grundlage professionellen Handelns sein und eine fundierte ethische Ausbildung ist für Gesundheitsfachpersonen unerlässlich.“ (S. 5). In der

Fußnote wird deutlich, dass hierbei alle Professionen im Gesundheitswesen adressiert sind.

Unter dem Teil (II) „Empfehlungen“ wird in *Kapitel 1* „Geltungsbereich und Adressaten“ (S. 7) ausgeführt, an wen sich die Empfehlungen richten: „an die Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen, an die Ausbildungsverantwortlichen für Ethik sowie an Lehrpersonen und die Verantwortlichen für den Transfer in die Berufspraxis. Deutlich ist, es werden keine Bildungseinrichtungen spezifiziert oder spezifische Qualifikationsniveaus adressiert. Hervorhebenswert ist indes, dass die Bildungsverantwortlichen an beiden Lernorten im Blick sind: sowohl am Lernort Theorie wie auch am Lernort Praxis. Einschränkend wird formuliert, dass in den Empfehlungen keine Hinweise und Darlegungen zur Methodik, Didaktik oder Leistungsüberprüfung ausgeführt werden, dies aufgrund der Spezifika in den Bildungseinrichtungen (S. 7).

Das *Kapitel 2* „Zentrale Aspekte der Ethikausbildung“, verdeutlicht unter dem Hauptabschnitt „Empfehlungen“ (II) die Relevanz der Integration der Ethik und der Ethikkompetenzentwicklung in die jeweiligen Curricula der Bildungseinrichtungen. Es werden 13 „Zentrale Aspekte“ ausgeführt, die für die Ethikausbildung bedeutsam sind und einen klaren Orientierungsrahmen bilden (S. 7-8). Das sogenannte „Core Curriculum“ umfasst hierbei die Lerninhalte (2.2). Die Ausrichtung der Ethikausbildung wird mittels vier zentraler Domänen konturiert (2.3): Wissen, Fertigkeiten, Haltungen und Reflexionsfähigkeit. Die stufenweise Vermittlung (2.4) erfolgt anhand drei ausgewiesener Kompetenzstufen (2.5), die angesichts der zunehmenden Komplexität und dem sich steigernden Kompetenzniveau schlüssig aufeinander aufbauen. Die Unterkapitel 2.6 bis 2.13 formulieren entsprechende Voraussetzungen und Anforderungen für die Ethikausbildung: der Umgang mit und die Integration von Fallbeispielen (2.6); die Bedeutung der interprofessionellen Ausgestaltung der Module und der interdisziplinären Perspektive (2.7); der Umgang mit Inhalten des Gesundheitsrechts im Rahmen der Ethikausbildung (2.8), die Bedeutung von Kommunikationskompetenzen (2.9), die Berücksichtigung eines angemessenen und konsequenten Praxistransfers (2.10); die methodische Überprüfung des Lernerfolges und des Kompetenzerwerbs (2.11); die erforderliche Qualifikation der Lehrenden (2.12) und die Notwendigkeit der kontinuierlichen inhaltlichen und methodischen Anpassungen im Rahmen der Ethikausbildung (2.13). Letzteres vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen und Diskurse, angesichts sich verändernden, aktuellen bzw. neuen ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen und/oder bildungsbezogener Erfordernisse.

Das *Kapitel 3* „Inhalte der Ethikausbildung“ – unter dem Hauptabschnitt „Empfehlungen“ (II) – erläutert den Aufbau des Core Curriculums und dessen Inhalte. Hierbei wird der Bezug zu den vier Domänen hergestellt. Das heißt,

Inhalte und Domänen werden nachvollziehbar und schlüssig kontextualisiert (3.2 und 3.3). Die strukturierenden und konkretisierenden Tabellen unter dem Gliederungspunkt 3.4 unterstützen die Lehrenden in der curricularen Ausgestaltung und sichern eine Ethikausbildung ab, die im Ausbildungsverlauf „eine stufengerechte Einführung und kontinuierliche Vertiefung der Lerninhalte aller vier Domänen“ (S. 16) aufweist. Die Orientierung an den Tabellen (1-7) ermöglicht die für den Bildungsverlauf intendierte gestufte Kompetenzentwicklung, indem sie Themengruppen und Inhalte sowie Domänen klar aufschlüsselt.

Die vorliegenden Empfehlungen der SAMW ermöglichen einerseits eine umfassende curriculare Ausgestaltung für eine strukturierte und qualitätsvolle Ethikausbildung, die sich auch an den Anforderungen und Bedarfen der beruflichen Praxis ausrichtet. Die Empfehlungen eröffnen eine klare Orientierung für die inhaltliche Ausrichtung der Lehr- und Lerninhalte anhand der drei Domänen (Tabellen unter 3.4.). Die konsequente Ausrichtung an den Domänen unterstützt zugleich dabei, die relevanten Bildungsorte (Lernort Theorie und Lernort Praxis) im gesamten Verlauf der Ethikausbildung im Blick zu behalten. Dies ist angesichts dessen evident, um den notwendigen und parallel zu denkenden Transfer in die berufliche Praxis konsequent abzusichern.

Die in den Empfehlungen ausgewiesenen drei Kompetenzniveaus ermöglichen den Kompetenzerwerb im Rahmen der curricularen Ausgestaltung klarzulegen. Sie unterstützen die Konzeption von konkreten Lehr- und Lernarrangements und hierbei insbesondere dabei, die Lehr- und Lerninhalte entsprechend einer gestuften Kompetenzentwicklung im Rahmen des Ethikbildungsprozesses so auszugestalten, dass die relevanten Lerninhalte vermittelt, die Kompetenzen entwickelt und darauf basierend die Performanz der Lernenden gemäß den vier Domänen sichtbar und erfassbar wird.

Die Empfehlungen der SAMW können und sollten auch über die Schweiz hinaus eine wichtige Grundlage dafür bilden, Ethikbildung und Ethikkompetenzentwicklung im Gesundheitswesen fundiert und strukturiert auszugestalten und demgemäß den Gesundheitsfachpersonen, das für die berufliche Praxis notwendige Wissen zu vermitteln und die relevanten Fertigkeiten, Haltungen sowie die unabdingbare Reflexionsfähigkeit zu entwickeln. Dies im Sinne des (inter-)professionellen ethisch reflektierten und ethisch gut begründeten Entscheidens und Handelns in der jeweiligen beruflichen Praxis, der Prävention von moralischem Belastungserleben der Gesundheitsfachpersonen und insbesondere auch im Sinne der Versorgungsqualität in allen Settings des Gesundheitswesens.

Die knapp 200 Seiten umfassende Publikation von Maria Dammayr (Soziologin, Theologin und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin) wurde im Rahmen des Masterlehrgangs „Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe OÖ“ verfasst. Ausgehend von einer übergreifenden, einleitenden Skizzierung der Bedeutsamkeit ethischer Kompetenz in der Pflege formuliert die Autorin drei Forschungsfragen (S. 10-12):

1. Zum Bedarf der ethischen Kompetenz: „Wie erleben Auszubildende, Absolvent:innen und mehrjährig in der Pflege Beschäftigte den Bedarf an ethischer Kompetenz?“ (S. 10)
2. Zu den Begründungsmustern: Welche „(normativen) Deutungs- bzw. Begründungsmuster“ finden sich in den „(geschilderten) Argumentationen bereits getroffener ethischer Entscheidungen?“ „Lässt sich den Erzählungen eine Bezugnahme auf ethische Begriffe, Prinzipien und auf das eigene Gewissen oder Bauchgefühl entnehmen oder steht vielmehr die Anordnung von Ärztinnen und Ärzten im Zentrum ihrer Argumentation?“ (S. 10-11)
3. Zur Ableitung notwendiger didaktischer und organisationaler Konsequenzen: „Was lässt sich aus den Erzählnarrativen erfahrener Pfleger:innen (Expert:innen) über ihr Handeln und ihre Entscheidungsgrundlage für didaktische Konzeptionen zur Vermittlung ethischer Kompetenz ableiten?“

Somit spannt die Arbeit gemäß den drei Fragestellungen den Bogen von der Einschätzung der individuellen ethischen Kompetenz, über die in der Praxis wirkende ethische Kompetenz im Entscheiden und Handeln der Pflegenden, hin zu den notwendigen Konsequenzen in der Ethikbildung und Organisation. Das Forschungsdesign der Arbeit ist qualitativ ausgerichtet.

In *Kapitel 2* wird anhand der skizzierten Aufgaben und Anforderungen sowie dem Auftrag und den Qualifikationszielen der Pflege, der genuine Gegenstand der Ethik in der pflegeberuflichen Bildung und dem professionellen Handeln gerahmt. Die Darlegungen beziehen sich hierbei auf das österreichische Pflege- und Gesundheitswesen, deren Reflexion, Einordnung. Die getroffenen Schlussfolgerungen sind über die Grenzen hinweg anschlussfähig. Kapitel 2.2 rahmt die für die Arbeit zentralen Begrifflichkeiten im Kontext der Moral, der Ethik und zu ausgewählten Ethiktheorien. Diese Aufzählung erfolgt sehr kleingliedrig und wiederkehrend ohne dezidierte Bezugnahme auf die Besonderheit der Profession, den pflegeberuflichen Auftrag oder Kontext. Den pflegebezogenen Faden greift die Autorin wieder mit der Care-Ethik auf (S. 45 ff.) und den pflegerelevanten Berufs- und Ethikkodizes (S. 48ff.).

2.3 befasst sich sodann mit den „Moralische[n] und ethische[n] Probleme in der Pflege“ und skizziert deren potenzielle Konsequenzen, wie Coolout und moralischer Stress für die Pflegenden, dann wenn diese nicht angemessen aufgegriffen und bearbeitet werden.

Kapitel 3 „Ethische Kompetenz als Erfordernis in der Pflege“ (S. 65ff.) konturiert in einem ersten Schritt, was unter ethischer Kompetenz im Kontext der Arbeit verstanden wird. In einem nächsten Schritt steht die Kompetenzentwicklung im Mittelpunkt. Die Autorin bezieht sich hierbei auf das Modell von Patricia Benner und deren Beschreibung eines Stufenmodells der Kompetenzentwicklung von der Anfänger:in zur Expert:in. Das Kapitel schließt mit der Hervorhebung des impliziten Wissens für die pflegeberufliche Praxis und als Forschungsinteresse der Arbeit: „Im Rahmen von Praktikumsreflexionen und qualitativer episodischer Interviews mit Auszubildenden und Expert:innen, soll(en) implizite(se) Wissen(sbestände) erhoben, mit der dokumentarischen Methode rekonstruiert und auf Bedarf und Bedeutung hin untersucht werden.“ (S. 82-83).

Kapitel 4 (S. 84ff.) beschreibt das qualitative Design die Erhebungs- und Auswertungsmethoden der Arbeit. Die Datenerhebung erfolgt mittels einer schriftlichen Praktikumsreflexion und einer Gruppendiskussion, die Auswertung mit der dokumentarischen Methode. Das Vorgehen wird seinerseits nachvollziehbar dargestellt.

Ob ein ethisches Clearing seitens einer Ethikkommission vorliegt ist nicht herauszulesen. Insbesondere fehlt die forschungsethische Reflexion des Vorhabens, die man sich angesichts der Thematik und der damit verbundenen Vulnerabilität der Forschungsteilnehmenden in diesem Kapitel in einem umfassenden Maße erwartet hätte. Den Bedarf legt auch das nachfolgende Kapitel 5 dar.

Kapitel 5 (S. 95-158) legt die Ergebnisse der Erhebungen dar. *Kapitel 6* (S. 164-180) erfasst die Konsequenzen (und fokussiert damit vornehmlich die Forschungsfrage 3), wobei eine differenzierte und literaturfundierte Reflexion und Einordnung der Erkenntnisse in 6.1 nicht erfolgt. Kapitel 6.2 legt den Schwerpunkt auf die Ethikkompetenzentwicklung in der Ausbildung und nimmt dabei Bezug auf alle drei Lernorte. Für die Fort- und Weiterbildung empfiehlt die Autorin die Rolle der Praxisanleitenden und die der Ethikbeauftragten im Kontext der Ethikbildung zu stärken, Fallbesprechungen zu etablieren und die Rolle und Aufgaben der Ethikkomitees mitzudenken, wie zum Beispiel Ethikschulungen anzubieten und die Orientierung an Leitlinien.

Abschließend hätte man sich ein Fazit gewünscht, dass die Erkenntnisse nochmals mit dem eingangs skizzierten Bedarf, der Rolle der Pflegenden aber auch mit den erhobenen Ergebnissen kontextualisiert. Eine Reflexion des Forschungsprozesses – auch vor dem Hintergrund der drei Forschungsfragen (Limitationen) fehlt.

Die Stärke der Arbeit liegt darin, den Bedarf an ethischer Kompetenz in der Pflege und seitens der Pflegenden für den österreichischen Kontext zu belegen und zu untermauern. Die Schwäche der Arbeit liegt in der fehlenden differenzierten forschungsethischen Reflexion und Einordnung. Angesichts der international umfassend erforschten Thematik und der vorliegenden Reviews zur ethischen Kompetenz von Pflegenden, hätte man sich auch diesbezüglich eine übergreifende Einordnung und Reflexion der nationalen (Österreich) Erkenntnisse gewünscht.

Interessenkonflikte: Keine

Antonia Sahn, Andreas Frewer

Annika Baumeister, Carolin Schwegler,
Christiane Woopen (Hrsg.) (2023):
**Facetten von Gesundheitskompetenz
in einer Gesellschaft der Vielfalt**

Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6

Springer. Berlin, 138 Seiten. 84,99 € (Hardcover). 19,99 € (eBook)

ISBN 978-3-662-65585-6 ISBN 978-3-662-65586-3 (eBook)

Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt ist ein Sammelband, der Gesundheitskompetenz als zentralen Begriff in den Fokus medizinethischer und -soziologischer Überlegungen stellt. Gesundheitskompetenz wird mit seinen Schnittstellen zur *Evidence-based Medicine*¹ und den Konzepten des *Shared decision making* sowie *Patient-Empowerment*² beleuchtet und diskutiert. Auf diese Weise verdeutlicht der Band, dass

„Medizinische Informationen [...] einen Entscheidungsraum [eröffnen], in dem [...] die eigenen und die Erfahrungen anderer sowie kulturelle Vorstellungen und das soziale Netzwerk relevant für Handlungsentscheidungen sind.“³

Es überzeugt die kritische Auseinandersetzung mit einer etablierten Definition der Gesundheitskompetenz, die sich in der Health Literacy⁴ findet. Der Grundtenor des Bandes besteht darin, eine Kritik am Verständnis von Gesundheitskompetenz zu üben, das dieses individualistisch und funktionalistisch versteht und so die Verpflichtung, Gesundheit zu erhalten bzw. zu erlangen auf die Schultern von Individuen legt.⁵ In einem solchen Verständnis werden soziale, kognitive und emotionale Bedingungen ausgeblendet, die erfüllt werden müssen, um sich kompetent um die eigene Gesundheit kümmern zu können.⁶ Die vorgelegte Anthologie lässt sich als eine Zusammenschau lesen, die den Bedingungen nach-

1 Holmberg (2023), S. 125.

2 Baumeister et al. (2023), S. IX.

3 Holmberg (2023), S. 134.

4 Sørensen et al. (2012), S. 3.

5 Schmidt (2023), S. 25

6 Ebd., S. 26

spürt, die erfüllt werden müssen, damit Einzelpersonen präventiv und in Krankheitssituationen ihre Gesundheit fördern, erhalten oder wiedererlangen können. Auf diese Weise wird Gesundheitskompetenz zwar als eine Befähigung von Einzelpersonen herausgearbeitet, doch die Ermöglichung, diese wahrzunehmen und umsetzen zu können, bleibt nicht allein die Aufgabe eben dieser Einzelnen.

Die Methodik der Beiträge variiert von qualitativer Sozialforschung,⁷ wie beispielsweise die Untersuchung von Informationsplattformen⁸ bis hin zu soziologischen und philosophischen Überlegungen⁹ wie auch Berufung auf linguistische Erkenntnisse.¹⁰ Inhaltlich gelingt es, die Relevanz interkultureller Kommunikation und sozialer Eingebundenheit für das Konzept der Gesundheitskompetenz aufzuzeigen sowie auf diese Weise Behinderung,¹¹ Adipositas,¹² kulturelle Barrieren¹³ und einen niedrigen sozioökonomischen Status¹⁴ als Hindernis für Gesundheitskompetenz herauszuarbeiten wie auch differenziert zu erörtern.

Besondere Stärken des Bandes sind die Berufung auf erprobte soziologische und philosophische Konzepte, die durch Tiefgang die Argumentation der meisten Autor:innen untermauern.¹⁵ Ebenso macht der Verweis auf den Widerspruch zwischen dem Anspruch auf Teilhabe und einem mangelndem Abbau von Teilhabebarrrieren¹⁶ die Problematik gut greifbar. Das Buch spricht auch weitere Kreise über die Medizinethik hinaus an und hat einige gleichermaßen populäre wie kreative Titel bei Einzelbeiträgen: „(Nicht) Jeder ist seiner Gesundheit Schmied“ von Bettina Schmidt oder auch „Prävention? Ja bitte! Nein danke!“ von Christoph Klotter zeigen bereits sprachlich versiert bzw. „ansprechend“ die gute Lesbarkeit der Fachaufsätze. So bereichernd die Diskussion des Bandes für die Medizinethik und -soziologie ist, so scheinen an manchen Stellen auch kleine Schwächen der Reflexion durch, die der Differenziertheit des restlichen Buches nicht gerecht werden. Gesundheitskompetenz als Wissen über Krankheit und funktionalistisch zu definieren, ist nicht ausreichend und es als soziale Praxis zu verstehen,¹⁷ somit überzeugend. Im Rahmen dieser Überlegungen besteht das

7 Samerski (2023), S. 1-18.

8 Koch/Steckelberg (2023), S. 47-64.

9 Vgl. Schmidt (2023), S. 19-34.

10 Schwegler et al. (2023), S. 111-124.

11 Grüttner (2023), S. 79-96.

12 Klotter (2023), S. 35-46.

13 Ilkilic (2023), S. 65-78.

14 Schmidt (2023), S. 26.

15 Ebd., S. 19-34 sowie Schwegler et al. (2023), S. 111-124.

16 Grüttner (2023), S. 92.

17 Vgl. Samerski (2023), S. 1-18.

Risiko, dass individuelle Bedürfnisse und das objektivierte Wissen als unvereinbare Gegensätze gelesen werden.¹⁸ Die Frage, wie in Zeiten von Fake News und Alternativen Fakten wissenschaftliche, objektivierte und transparente Erkenntnisse an Status behalten und mit individuellen Zugängen und Bedürfnissen vereinbar sind, bleibt offen und wird im Band nicht adressiert, was womöglich der Knappheit des Umfangs geschuldet ist. Eine starke Kontrastierung birgt jedoch die Gefahr, die großen Errungenschaften der Evidenzbasierten Medizin als unvereinbar mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz zu deuten. Christiane Holmberg expliziert hier glücklicherweise am Ende des Bandes und bemerkt:

„Patientinnenwissen steht [...] nicht im Gegensatz zum Wissen der evidenzbasierten Medizin, vielmehr ist es ein Zusammenspiel und Nutzbarmachung für das tägliche Leben mit Krankheit oder Gesundheit und stellt damit eine Ergänzung dar.“¹⁹

Insgesamt überzeugt der Band mit seinem kritischen Blick auf ein funktionalistisches, informationsbasiertes Konzept von Gesundheitskompetenz und hebt seine Relevanz für die aktuelle Medizinethik hervor. Gerne hätten man auf dem gleichen fachlichen Niveau noch mehr Aufsätze zu weiteren Themenfeldern versammeln dürfen; von den 13 beteiligten Personen sind acht Professor:innen – positiv anzumerken: sechs Frauen – und dabei zwei Personen, die nicht in Deutschland arbeiten (Türkei und Niederlande) und die deutschen Perspektiven erweitern. (Der im edlen Springer Design ausgestattete Hardcover-Band ist für den relativ geringen Umfang verhältnismäßig teuer, was die Verbreitung in weiteren Kreisen der Bevölkerung wohl einschränken wird. Dafür ist die von Christiane Woopen et al. herausgegebene Fachbuchreihe die Gewähr für sehr differenzierte Wissenschaft zu gesellschaftlich zentralen Themen.

Interessenkonflikte: Keine

Literatur

- Baumeister, A./Schwegler, C./Wooen, C. (Hrsg.) (2023): Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt. Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6, Berlin.
- Sørensen, K./Van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12, 80 (2012). doi:10.1186/1471-2458-12-80.

18 Ebd., S. 12-14.

19 Holmberg, (2023), S. 129.

Inhaltsverzeichnis

Front Matter I

1 Gesundheitskompetenz als soziale Praxis 1
 Silja Samerski

2 (Nicht) Jeder ist seiner Gesundheit Schmied:
 Gesundheitskompetenz als Facette privilegierter Lebenskompetenz
 Bettina Schmidt 19

3 Prävention? Ja bitte! Nein danke!
 Christoph Klotter 35

4 Gesundheitsinformationen im Internet –
 Status quo, Qualität und Ausblick
 Klaus Koch, Anke Steckelberg..... 47

5 Interkulturalität und Interkulturelle Kompetenz
 in der Gesundheitsversorgung
 Ilhan Ilkilic 65

6 Gesundheitskompetenz und -versorgung inklusiv(e)? Kritische Analyse
 der Zugänge für Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung
 Lena Grüter 79

7 Der Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit,
 Krankheit und Prävention
 Sabine Oertelt-Prigione 97

8 Wissensbestände und Wissensquellen im Entscheidungsprozess
 zur Risikoprädiktion der Alzheimer-Demenz. Medizinische Expert*innen
 und andere epistemische Autoritäten
 Carolin Schwegler, Vanessa Romotzky, Christiane Woopen 111

9 Epidemiologisches Wissen, persönliche Erfahrungen und Entscheidungs-
 findung – Überlegungen zum Konzept der Ärzte-Patienten-Beziehung
 Christine Holmberg..... 125

Über die Herausgeber:innen und die Autor:innen (*alphabetische Reihung*)

Annika Baumeister: CERES (Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health), Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Dr. phil. Carolin Schwegler: Institut für Germanistik, Germanistische Linguistik, Universität Koblenz-Landau, Koblenz, Deutschland

Prof. Dr. med. Christiane Woopen: CERES (Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health), Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Lena Grüter: Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Prof. Dr. phil. Christine Holmberg Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Brandenburg, Deutschland

Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med habil. Ilhan Ilkic: Istanbul Medical Faculty, Istanbul University, Istanbul, Turkey

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter: Fachbereich Oecotrophologie, Ernährungspsychologie und Gesundheitsförderung, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Dr. rer. medic. Klaus Koch: Ressort Gesundheitsinformation, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln, Deutschland

Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione: Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

Dr. rer. medic. Vanessa Romotzky: Prodekanat für akademische Entwicklung und Gender, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Prof. Dr. phil. Silja Samerski Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule Emden/Leer, Emden, Deutschland

Prof. Dr. PH Bettina Schmidt: Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Diakonie, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Evangelische Hochschule Rheinland – Westfalen – Lippe, Bochum, Deutschland

Prof. Dr. phil. Anke Steckelberg: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

Prof. Dr. med. Christiane Woopen: CERES (Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health), Universität zu Köln, Köln, Deutschland

V. Dokumentation

**Gesetz
über die Selbstbestimmung
in Bezug auf den Geschlechtseintrag
und zur Änderung weiterer Vorschriften¹**

Vom 19. Juni 2024

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

**Gesetz
über die Selbstbestimmung in Bezug
auf den Geschlechtseintrag
(SBGG)**

§ 1

Ziel des Gesetzes; Anwendungsbereich

- (1) Ziel dieses Gesetzes ist es,
1. die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung und die Vornamenswahl von der Einschätzung dritter Personen zu lösen und die Selbstbestimmung der betroffenen Person zu stärken,
 2. das Recht jeder Person auf Achtung und respektvolle Behandlung in Bezug auf die Geschlechtsidentität zu verwirklichen.
- (2) Medizinische Maßnahmen werden in diesem Gesetz nicht geregelt.
- (3) Hat eine Person nach Artikel 7a Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche deutsches Recht gewählt, ist eine Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen nur zulässig, wenn sie als Ausländer

¹ Bundesgesetzblatt Teil I (2024), ausgegeben zu Bonn am 21. Juni 2024, Nr. 206.

1. ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt,
2. eine verlängerbare Aufenthaltserlaubnis besitzt und sich rechtmäßig im Inland aufhält oder
3. eine Blaue Karte EU besitzt.

§ 2

Erklärungen zum Geschlechtseintrag und zu den Vornamen

(1) Jede Person, deren Geschlechtsidentität von ihrem Geschlechtseintrag im Personenstandsregister abweicht, kann gegenüber dem Standesamt erklären, dass die Angabe zu ihrem Geschlecht in einem deutschen Personenstandseintrag geändert werden soll, indem sie durch eine andere der in § 22 Absatz 3 des Personenstandsgesetzes vorgesehenen Angaben ersetzt oder gestrichen wird. Liegt kein deutscher Personenstandseintrag vor, so kann die Person gegenüber dem Standesamt erklären, welche der in § 22 Absatz 3 des Personenstandsgesetzes vorgesehenen Angaben für sie maßgeblich ist oder dass auf die Angabe einer Geschlechtsbezeichnung verzichtet wird.

(2) Die Person hat mit ihrer Erklärung zu versichern, dass

1. der gewählte Geschlechtseintrag beziehungsweise die Streichung des Geschlechtseintrags ihrer Geschlechtsidentität am besten entspricht,
2. ihr die Tragweite der durch die Erklärung bewirkten Folgen bewusst ist.

(3) Mit der Erklärung nach Absatz 1 sind die Vornamen zu bestimmen, die die Person zukünftig führen will und die dem gewählten Geschlechtseintrag entsprechen. § 11 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 des Namensänderungsgesetzes bleibt unberührt.

(4) Gibt ein Ausländer die Erklärung nach Absatz 1 in dem Zeitraum von zwei Monaten vor dem Eintritt eines Ereignisses, das zum Erlöschen des Aufenthaltstitels nach § 51 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes und zur Ausreisepflicht nach § 50 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes führt, bis zu dem Zeitpunkt des Erlöschens des Aufenthaltstitels nach § 51 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes ab, so bleiben die bisherige Geschlechtsangabe und die bisherigen Vornamen bestehen.

§ 3

Erklärungen von Minderjährigen und Personen mit Betreuer

(1) Eine beschränkt geschäftsfähige minderjährige Person, die das 14. Lebensjahr vollendet hat, kann die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen (§ 2) nur selbst abgeben, bedarf hierzu jedoch der Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters. Stimmt der gesetzliche Vertreter nicht zu, so ersetzt das Familiengericht die Zustimmung, wenn die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen dem Kindeswohl nicht widerspricht. Mit der Versicherung nach § 2 Absatz 2 hat die minderjährige Person zu erklären, dass sie beraten ist. Die Beratung kann insbesondere erfolgen durch

1. Personen, die über eine psychologische, kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Berufsqualifikation verfügen, oder
2. öffentliche oder freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe.

(2) Ist die minderjährige Person geschäftsunfähig oder hat sie das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, kann nur der gesetzliche Vertreter die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen (§ 2) für die Person abgeben. Die Erklärung bedarf des Einverständnisses des Kindes, wenn es das fünfte Lebensjahr vollendet hat. Ein Vormund bedarf hierzu der Genehmigung des Familiengerichts; das Familiengericht erteilt die Genehmigung, wenn die Erklärung unter Berücksichtigung der Rechte des Mündels aus § 1788 des Bürgerlichen Gesetzbuchs dem Wohl des Mündels nicht widerspricht. Mit der Versicherung nach § 2 Absatz 2 hat der gesetzliche Vertreter zu erklären, dass er entsprechend beraten ist.

(3) Für eine geschäftsunfähige volljährige Person, für die in dieser Angelegenheit ein Betreuer bestellt ist, kann nur der Betreuer die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen nach § 2 abgeben; er bedarf hierzu der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Das Betreuungsgericht erteilt die Genehmigung, wenn die Erklärung einem nach § 1821 Absatz 2 bis 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zu beachtenden Wunsch oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten entspricht.

§ 4

Anmeldung beim Standesamt

Die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen ist von der erklärenden Person drei Monate vor der Erklärung nach § 2 mündlich oder schriftlich bei dem Standesamt anzumelden, bei dem die Erklärung abgegeben werden soll. Die Anmeldung wird gegenstandslos, wenn die Erklärung nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Anmeldung abgegeben wird.

§ 5

Sperrfrist; Vornamenbestimmung bei Rückänderung

(1) Vor Ablauf eines Jahres nach der Erklärung der Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen kann die Person keine erneute Erklärung nach § 2 abgeben. Dies gilt nicht in den Fällen des § 3.

(2) Bewirkt eine Person mit der Erklärung des Geschlechtseintrags die Änderung zu einem früheren Geschlechtseintrag, so ändern sich ihre Vornamen entsprechend.

§ 6

Wirkungen der Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen

(1) Der jeweils aktuelle Geschlechtseintrag und die jeweils aktuellen Vornamen sind im Rechtsverkehr maßgeblich, soweit auf die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung oder die Vornamen Bezug genommen wird und durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Betreffend den Zugang zu Einrichtungen und Räumen sowie die Teilnahme an Veranstaltungen bleiben die Vertragsfreiheit und das Hausrecht des jeweiligen Eigentümers oder Besitzers sowie das Recht juristischer Personen, ihre Angelegenheiten durch Satzung zu regeln, unberührt.

(3) Die Bewertung sportlicher Leistungen kann unabhängig von dem aktuellen Geschlechtseintrag geregelt werden.

(4) Auf den aktuellen Geschlechtseintrag kommt es bei allen gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder Leistungen nicht an, sofern diese im Zusammenhang mit körperlichen, insbesondere organischen Gegebenheiten stehen.

§ 7

Quotenregelungen

(1) Wenn für die Besetzung von Gremien oder Organen durch Gesetz eine Mindestanzahl oder ein Mindestanteil an Mitgliedern weiblichen und männlichen Geschlechts vorgesehen ist, so ist das im Personenstandsregister eingetragene Geschlecht der Mitglieder zum Zeitpunkt der Besetzung maßgeblich.

(2) Eine nach der Besetzung erfolgte Änderung des Geschlechtseintrags eines Mitglieds im Personenstandsregister ist bei der nächsten Besetzung eines Mitglieds zu berücksichtigen. Reicht dabei die Anzahl der neu zu besetzenden Sitze nicht aus, um die gesetzlich vorgesehene Mindestanzahl oder den gesetzlich vorgesehenen Mindestanteil an Mitgliedern zu erreichen, so sind diese Sitze nur mit Personen des unterrepräsentierten Geschlechts zu besetzen, um dessen Anteil sukzessive zu steigern.

(3) Die Absätze 1 und 2 sind nur anzuwenden, wenn nichts anderes geregelt ist.

§ 8

Anwendbarkeit von Rechtsvorschriften

(1) Gesetze und Verordnungen, die Regelungen zu Schwangerschaft, Gebärfähigkeit, künstlicher Befruchtung sowie zu Entnahme oder Übertragung von Eizellen oder Embryonen treffen, gelten unabhängig von dem im Personenstandsregister eingetragenen Geschlecht der jeweiligen Person,

1. die schwanger oder gebärfähig ist,
2. die schwanger oder gebärfähig werden will,
3. die ein Kind geboren hat oder stillt oder
4. bei der eine künstliche Befruchtung durchgeführt wird oder der Eizellen oder Embryonen entnommen oder übertragen werden.

Gleiches gilt für Gesetze und Verordnungen, die Regelungen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen treffen.

(2) Gesetze und Verordnungen, die an die Entnahme oder Übertragung von Samenzellen oder die Verwendung von Samenzellen zur künstlichen Befruchtung, an die Stellung als leiblicher Vater oder daran anknüpfen, dass ein Mann der Mutter eines Kindes während dessen Empfängniszeit beigewohnt hat, gelten unabhängig von dem im Personenstandsregister eingetragenen

Geschlecht der jeweiligen Person,

1. die zeugungsfähig war oder ist,
2. die ein Kind gezeugt hat oder hätte zeugen können oder
3. die Samenzellen spenden will, gespendet hat oder der Samenzellen entnommen werden.

§ 9

Zuordnung zum männlichen Geschlecht im Spannungs- und Verteidigungsfall

Die rechtliche Zuordnung einer Person zum männlichen Geschlecht bleibt, soweit es den Dienst mit der Waffe auf Grundlage des Artikels 12a des Grundgesetzes und hierauf beruhender Gesetze betrifft, für die Dauer des Spannungs- oder Verteidigungsfalls nach Artikel 80a des Grundgesetzes bestehen, wenn in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit diesem die Änderung des Geschlechtseintrags von „männlich“ zu „weiblich“ oder „divers“ oder die Streichung der Angabe zum Geschlecht erklärt wird. Unmittelbar ist der zeitliche Zusammenhang während eines Spannungs- oder Verteidigungsfalls sowie ab einem Zeitpunkt von zwei Monaten vor Feststellung desselben.

§ 10

Änderung von Registern und Dokumenten

(1) Sind der Geschlechtseintrag und die Vornamen einer Person im Personenstandsregister geändert worden, so kann sie, sofern eine Anpassung nicht bereits aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen erfolgt, verlangen, dass Einträge zu ihrem Geschlecht und ihren Vornamen in amtlichen Registern geändert werden, wenn dem keine besonderen Gründe des öffentlichen Interesses entgegenstehen. Die bisherigen Einträge und eingereichten Dokumente bleiben in amtlichen Registern erhalten.

(2) Die Person kann auch verlangen, dass folgende und damit vergleichbare Dokumente, soweit diese Angaben zum Geschlecht oder zu den Vornamen enthalten und zur Aushändigung an die Person bestimmt sind, mit dem geänderten Geschlechtseintrag und den geänderten Vornamen neu ausgestellt werden, soweit ein berechtigtes Interesse glaubhaft gemacht werden kann:

1. Zeugnisse und andere Leistungsnachweise,
2. Ausbildungs- und Dienstverträge,
3. Besitzstandsurkunden,
4. Führerscheine,
5. Versicherungsnummernachweis und elektronische Gesundheitskarte und
6. Zahlungskarten.

Nicht mit dem geänderten Geschlechtseintrag und den geänderten Vornamen neu ausgestellt werden:

1. gerichtliche Dokumente,
2. nach dem Beurkundungsgesetz oder dem Personenstandsgesetz errichtete Dokumente,
3. Dokumente, die durch die Veränderung des Vornamens oder des Geschlechts ungültig werden.

Bei der Neuausstellung sind die zu ändernden Dokumente von dieser Person im Original vorzulegen und von der Stelle im Sinne des Absatzes 3 einzuziehen oder für ungültig zu erklären. Kann das zu ändernde Dokument nicht vorgelegt werden, so hat die Person an Eides statt zu versichern, dass sie weder im Besitz des Dokumentes ist noch Kenntnis von dessen Verbleib hat.

(3) Der Anspruch nach Absatz 2 richtet sich gegen die öffentliche oder private Stelle oder Person,

1. die das zu ändernde Dokument ausgestellt hat,
2. die ausstellender Vertragspartner der nach Absatz 2 berechtigten Person ist oder
3. die sonst zur Ausstellung einer Zweitschrift befugt ist.

Die nach Absatz 2 berechnete Person hat die angemessenen Kosten der Neuausstellung zu tragen.

§ 11

Eltern-Kind-Verhältnis

(1) Der Geschlechtseintrag im Personenstandsregister ist für das nach den §§ 1591 und 1592 Nummer 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestehende oder

künftig begründete Rechtsverhältnis zwischen einer Person und ihren Kindern unerheblich. Für das nach § 1592 Nummer 1 oder 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestehende oder künftig begründete Rechtsverhältnis zwischen einer Person und ihren Kindern ist ihr Geschlechtseintrag im Personenstandsregister zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes maßgeblich, es sei denn, sie hat im Rahmen der Beurkundung der Geburt des Kindes gegenüber dem Standesamt erklärt, dass ihr Geschlechtseintrag vor Abgabe der Erklärung gemäß § 2 maßgeblich sein soll.

(2) Das bestehende Rechtsverhältnis zwischen einer Person und ihren angenommenen Kindern bleibt durch eine Änderung des Geschlechtseintrags unberührt. Für das künftig begründete Rechtsverhältnis zwischen einer Person und ihren angenommenen Kindern ist ihr Geschlechtseintrag im Personenstandsregister zum Zeitpunkt der Annahme maßgeblich.

§ 12

Geschlechtsneutrale Regelungen

Gesetzliche Regelungen, die sich auf Männer und Frauen beziehen und für beide Geschlechter dieselben Rechtsfolgen vorsehen, gelten für Personen unabhängig von der im Personenstandsregister eingetragenen Geschlechtsangabe und auch dann, wenn keine Angabe eingetragen ist.

§ 13

Offenbarungsverbot

(1) Sind Geschlechtsangabe und Vornamen einer Person nach § 2 geändert worden, so dürfen die bis zur Änderung eingetragene Geschlechtsangabe und die bis zur Änderung eingetragenen Vornamen ohne Zustimmung dieser Person nicht offenbart oder ausgeforscht werden. Satz 1 gilt nicht, wenn

1. amtliche Register oder amtliche Informationssysteme personenbezogene Daten zu dieser Person enthalten und im Rahmen der jeweiligen Aufgabenerfüllung von öffentlichen Stellen die Verarbeitung von Daten nach Satz 1 nach anderen Rechtsvorschriften erforderlich ist,
2. besondere Gründe des öffentlichen Interesses eine Offenbarung der Daten nach Satz 1 erfordern oder
3. ein rechtliches Interesse an den Daten nach Satz 1 glaubhaft gemacht wird.

Besondere Gründe des öffentlichen Interesses nach Satz 2 Nummer 2 sind insbesondere dann gegeben, wenn die Offenbarung der Daten zur Erfüllung der Aufgaben von Strafverfolgungs- oder Sicherheitsbehörden sowie amtlichen Stellen mit Sicherheitsaufgaben erforderlich ist.

(2) Ein früherer und der derzeitige Ehegatte, Verwandte in gerader Linie und der andere Elternteil eines Kindes der betroffenen Person sind nur dann verpflichtet, deren geänderten Geschlechtseintrag oder deren geänderte Vornamen anzugeben, wenn dies für die Führung öffentlicher Bücher und Register oder im Rechtsverkehr erforderlich ist. Im Übrigen gilt für sie das Offenbarungs- und Ausforschungsverbot nach Absatz 1 Satz 1 nicht, es sei denn, sie handeln in Schädigungsabsicht. Die Ausnahme nach Satz 1 gilt nicht für

1. den Ehegatten aus einer nach der Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen geschlossenen Ehe,
2. das nach der Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen geborene oder angenommene Kind,
3. den anderen Elternteil eines Kindes, das geboren oder angenommen wurde, nachdem die betroffene Person die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen erklärt hat.

(3) Das Offenbarungsverbot nach Absatz 1 Satz 1 steht einer weiteren Verarbeitung der bis zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen in amtlichen Registern oder Informationssystemen enthaltenen Angaben nicht entgegen. Amtliche Register und amtliche Informationssysteme dürfen zur Nachvollziehbarkeit der Identität von Personen die bis zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen eingetragenen Angaben verarbeiten, wenn andere Rechtsvorschriften eine Verarbeitung der aktuellen Daten vorsehen.

(4) Mitteilungen und Informationen zwischen amtlichen Registern und amtlichen Informationssystemen sowie solche Abrufe aus diesen, die aufgrund anderer Rechtsvorschriften erfolgen, sind ungeachtet des Offenbarungsverbots nach Absatz 1 Satz 1 zulässig.

§ 14

Bußgeldvorschriften

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 13 Absatz 1 Satz 1 die

Geschlechtszugehörigkeit oder einen Vornamen offenbart und dadurch die betroffene Person absichtlich schädigt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu zehntausend Euro geahndet werden.

§ 15

Übergangsvorschriften

(1) Am 1. November 2024 anhängige Verfahren nach dem Transsexuellengesetz in der bis einschließlich 31. Oktober 2024 geltenden Fassung werden nach dem bis einschließlich 31. Oktober 2024 geltenden Recht weitergeführt.

(2) Die §§ 6 bis 13 gelten entsprechend für Änderungen des Geschlechtseintrags und der Vornamen, die vorgenommen wurden auf Grund der jeweils bis einschließlich 31. Oktober 2024 geltenden Fassung

1. des Transsexuellengesetzes und
2. des § 45b des Personenstandsgesetzes.

Artikel 2

Änderung des Passgesetzes

Das Passgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Oktober 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 291), das durch Artikel 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 104) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 1 Satz 4 bis 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ist dort das Geschlecht nicht mit „weiblich“ oder „männlich“ angegeben, wird im Pass das Geschlecht mit „X“ bezeichnet. Auf Antrag ist in den Fällen des Satzes 4 ein Pass mit der Angabe „männlich“ oder „weiblich“ auszustellen, wenn durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass eine Variante der Geschlechtsentwicklung vorliegt. Die Nachweispflicht gilt nicht, wenn der Passbewerber

1. über keine ärztliche Bescheinigung einer erfolgten medizinischen Behandlung verfügt und das Vorliegen der Variante der Geschlechts-

entwicklung wegen der Behandlung nicht mehr oder nur durch eine unzumutbare Untersuchung nachgewiesen werden kann und

2. das Vorliegen der Voraussetzungen von Nummer 1 an Eides statt versichert.

Das nach Satz 5 einzutragende Geschlecht richtet sich nach der letzten Angabe des Geschlechts im Melderegister, welches auf „männlich“ oder „weiblich“ lautete. Bestand eine solche Angabe zu keinem Zeitpunkt, so kann der Passbewerber einmalig das im Pass einzutragende Geschlecht wählen; bis zur Eintragung eines Geschlechts im Melderegister im Sinne von Satz 7 bleibt das gewählte Geschlecht für die Ausstellung künftiger Pässe maßgeblich.“

2. § 6 Absatz 2a wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Bundesmeldegesetzes

In § 51 Absatz 5 Nummer 1 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 3 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 104) geändert worden ist, wird nach der Angabe „§ 63“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Personenstandsgesetzes

Das Personenstandsgesetz vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 185) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:

„§ 45b Erklärungen nach dem Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“.
 - b) Die Angabe zu § 78 wird wie folgt gefasst:

„§ 78 Übergangsregelung“.
2. In § 16 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „auf Grund des Transsexuellen-

gesetzes“ durch die Wörter „nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“ ersetzt.

3. § 27 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „oder die Änderung des Geschlechts“ durch die Wörter „des einzutragenden Geschlechts oder die Änderung des Geschlechtseintrags“ ersetzt.

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen eines Elternteils nach der Geburt des Kindes,“.

c) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

4. § 45b wird wie folgt gefasst:

„§ 45b

Erklärungen nach dem Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag

(1) Die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen nach § 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und die Erklärung zum maßgeblichen Geschlechtseintrag für das Rechtsverhältnis der Person zu ihren Kindern nach § 11 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag sind persönlich vor dem Standesbeamten abzugeben und von diesem zu beurkunden. Bei Deutschen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland kann eine deutsche Auslandsvertretung die Erklärung öffentlich beglaubigen und an das zuständige Standesamt übermitteln. Ist die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters erforderlich, so gelten die Sätze 1 und 2 auch für dessen Erklärung. Wird die Erklärung für eine minderjährige Person abgegeben, die geschäftsunfähig ist oder das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, muss auch die minderjährige Person anwesend sein.

(2) Für die Entgegennahme von Erklärungen nach § 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag ist das Standesamt zuständig, das das Geburtenregister für die betroffene Person, deren Geschlechtseintrag und Vornamen geändert werden sollen, führt. Für die Entgegennahme von Erklärungen nach § 11 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag ist das Standesamt zuständig, welches die Geburt des jeweiligen Kindes der betroffenen Person zu beurkunden hat. Ergibt sich nach Satz 1 keine Zuständigkeit, weil die Geburt nicht in einem deutschen Geburtenregister beurkundet ist, so ist das

Standesamt zuständig, das das Eheregister oder Lebenspartnerschaftsregister der Person führt. Ergibt sich danach keine Zuständigkeit, so ist das Standesamt zuständig, in dessen Zuständigkeitsbereich die Person ihren Wohnsitz hat oder zuletzt hatte oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Ergibt sich auch danach keine Zuständigkeit, so ist das Standesamt I in Berlin zuständig. Das Standesamt I in Berlin führt ein Verzeichnis der nach den Sätzen 4 und 5 entgegengenommenen Erklärungen.

(3) Die Erklärungen nach Artikel 7a Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche sind gegenüber dem Standesamt abzugeben. Absatz 2 gilt entsprechend.“

5. Dem § 57 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Auf Verlangen der Ehegatten werden in die Eheurkunde die vor der Eheschließung geführten Vornamen nicht aufgenommen.“

6. Dem § 58 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Auf Verlangen der Lebenspartner werden in die Lebenspartnerschaftsurkunde die vor der Begründung der Lebenspartnerschaft geführten Vornamen nicht aufgenommen.“

7. § 63 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ist der Geschlechtseintrag einer Person nach § 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und sind die Vornamen einer Person nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag geändert worden, so gilt abweichend von § 62:

1. eine Personenstandsurkunde aus dem Geburtseintrag darf nur der betroffenen Person selbst erteilt werden,
2. eine Ehe- oder Lebenspartnerschaftsurkunde aus dem Ehe- oder Lebenspartnerschaftseintrag darf nur der betroffenen Person selbst sowie ihrem Ehegatten oder Lebenspartner erteilt werden.

Diese Beschränkungen entfallen mit dem Tod der betroffenen Person; § 13 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag bleibt unberührt.“

8. § 73 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:

„12. die Erteilung von Personenstandsurkunden, einer Bescheinigung über die Entgegennahme einer namensrechtlichen Erklärung sowie die Anmeldung einer Erklärung zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen“.

9. § 78 wird wie folgt gefasst:

Übergangsregelung

Die Vorschriften für Änderungen des Geschlechtseintrags und der Vornamen nach dem Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag gelten auch für die Änderungen, die vorgenommen wurden auf Grund der jeweils bis einschließlich 31. Oktober 2024 geltenden Fassung

1. des Transsexuellengesetzes und
2. des § 45b.“

Artikel 5

Änderung der Personenstandsverordnung

Die Personenstandsverordnung vom 22. November 2008 (BGBl. I S. 2263), die zuletzt durch Artikel 3 Absatz 8 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 104) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 werden die Wörter „weder dem männlichen noch“ durch das Wort „nicht“ ersetzt.
 - b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Satz 2 gilt auch für Personen, die nicht dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind.“
2. In § 46 Absatz 1 Nummer 3 werden die Wörter „oder nach § 45b des Gesetzes“ durch die Wörter „des Gesetzes oder nach § 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“ ersetzt.
3. Nach § 48 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Auf Verlangen der als „Mutter“ oder „Vater“ in einer Geburtsurkunde eingetragenen Person wird diese Bezeichnung durch „Elternteil“ ersetzt.“
4. In § 56 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe d werden in dem Satzteil vor Doppelbuchstabe aa nach dem Wort „Transsexuellengesetzes“ die Wörter „in der bis einschließlich 31. Oktober 2024 geltenden Fassung“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Rechtspflegergesetzes

Das Rechtspflegergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2013 (BGBl. I S. 778; 2014 I S. 46), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 51) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 12 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe b wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Folgender Buchstabe c wird angefügt:

„c) des gesetzlichen Vertreters nach § 3 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag;“.
 - b) In Nummer 16 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
 - c) Folgende Nummer 17 wird angefügt:

„17. die Genehmigung für die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag.“
2. § 15 Absatz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„9. die Genehmigung für die Erklärungen zur Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen nach § 3 Absatz 3 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag;“.

Artikel 7

Änderung des Bundeszentralregistergesetzes

In § 20a Absatz 1 Satz 2 des Bundeszentralregistergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. September 1984 (BGBl. I S. 1229; 1985 I S. 195), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 5 Abs. 1 des Transsexuellengesetzes“ durch die Wörter „§ 13 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes vom 11. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 185) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 168g Absatz 1 werden die Wörter „§ 45b Absatz 2 Satz 3 des Personenstandsgesetzes“ durch die Wörter „§ 3 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“ ersetzt.
2. In § 299 Satz 1 werden die Wörter „§ 1833 Absatz 3 oder § 1820 Absatz 5 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ durch die Wörter „§ 1833 Absatz 3, § 1820 Absatz 5 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs oder § 3 Absatz 3 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Gerichts- und Notarkostengesetzes

Das Gerichts- und Notarkostengesetz vom 23. Juli 2013 (BGBl. I S. 2586), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 391) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 Nummer 12 wird aufgehoben.
2. Anlage 1 (zu § 3 Absatz 2) Nummer 15210 wird wie folgt gefasst:

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr oder Satz der Gebühr nach § 34 GNotKG-Tabelle A
„15210	Verfahren nach dem Verschollenheitsgesetz	1,0“

Artikel 10

Änderung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes

Anlage 1 (zu § 9 Absatz 1 Satz 1) Teil 2 Honorargruppe M 3 zum Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 25. Juni 2021 (BGBl. I S. 2154) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 21 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
2. Nummer 22 wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche

Nach Artikel 7 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. September 1994 (BGBl. I S. 2494; 1997 I S. 1061), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 185) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7a eingefügt:

„Artikel 7a

Geschlechtszugehörigkeit

- (1) Die Geschlechtszugehörigkeit einer Person unterliegt dem Recht des Staates, dem die Person angehört.
- (2) Eine Person mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland kann für die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit deutsches Recht wählen. Gleiches gilt für einen Namenswechsel unter den Voraussetzungen oder im Zusammenhang mit der Änderung der Geschlechtszugehörigkeit.
- (3) Erklärungen zur Wahl nach Absatz 2 müssen öffentlich beglaubigt werden; sie können auch von den Standesbeamten beglaubigt oder beurkundet werden.“

Artikel 12

Evaluierung

Die Bundesregierung wird die Auswirkung der Regelungen in den Artikeln 1 bis 9 dieses Gesetzes innerhalb von fünf Jahren nach dem 1. November 2024 überprüfen und dem Deutschen Bundestag über das Ergebnis dieser Evaluierung einen Bericht vorlegen.

Artikel 13

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. November 2024 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Transsexuellengesetz vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist, außer Kraft.

(2) In Artikel 1 tritt § 4 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag am 1. August 2024 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 19. Juni 2024

Der Bundespräsident
Steinmeier

Der Bundeskanzler
Olaf Scholz

Die Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Lisa Paus

Der Bundesminister der Justiz
Marco Buschmann

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz

Autor:innen mit Adressen

Eva-Maria Ableidinger
Digital Teaching and Learning Lab (DigiTeLL)
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-W.-Adorno-Platz 1, 60629 Frankfurt am Main
E-Mail: digitell@uni-frankfurt.de

Dr. Fatemeh Bahmani, Assistant Professor of Medical Ethics
Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine,
Iran University of Medical Sciences Tehran
No 23, 16 Azar Street,
Keshavarz Boulevard, Tehran
Postal code: 1417633114
Iran
E-Mail: fbahmanimd@gmail.com

Prof. Juan Pablo Beca, MDE
Bioethics Universidad del Desarrollo
Antillanca 9087, Vitacura
Santiago, Code: 7630413
Chile
E-Mail: jpbeca23@gmail.com

Judith Ellen Bock, Ärztin
Erasmus-Stipendiatin Göteborg
Lindauer Str. 8, 10781 Berlin
E-Mail: bock.judith@gmx.de

Prof. Dr. Claudia Eckstein, M.A.
Evangelische Hochschule Ludwigsburg
Paulusweg 6, 71638 Ludwigsburg
E-Mail: c.eckstein@eh-ludwigsburg.de

Dr. Tobias Eichinger
Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine (IBME)
Winterthurerstrasse 30, CH-8006 Zürich
Schweiz
E-Mail: eichinger@ibme.uzh.ch

Prof. Dr. med. Andreas Frewer, M.A.
Professur für Ethik in der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Schillerstr. 25, 91054 Erlangen
E-Mail: andreas.frewer@fau.de

Dr. Dileep G
Scientist-B, ICMR Bioethics Unit, ICMR Headquarters (ICMR)
ICMR Complex, Nirmal Bhawan, Poojanhalli Road, Off NH-7
Kannamangala Post, Bangalore – 562110
India
E-Mail: dileep.g@icmr.gov

Laura Geissner, B.A. (Psychologie)
Graduiertenkolleg „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“
Gebbertstraße 60, 91052 Erlangen
E-Mail: laura.geissner@fau.de

Dr. Anna Hirsch
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)
Lessingstr. 2, 80336 München
E-Mail: anna.hirsch@med.lmu.de

Dr. Hanna Hubenko, Ph.D. (Sumy/Ukraine)
Head of “Bioethics NGO”
Steinkreuzstr. 26, 32423 Minden
E-Mail: hanna.hubenko@gmail.com

Elisabeth Krauel, cand. med.
Universitätsstr. 6, 91054 Erlangen
E-Mail: elisabeth.krauel@fau.de

Dr. phil. Mario Kropf, M.A.
Institut für Moralthologie
Professur für Health Care Ethics
Katholisch-Theologische Fakultät, Universität Graz
Heinrichstraße 78b/II, A – 8010 Graz
Österreich
E-Mail: mario.kropf@uni-graz.at

Dr. rer. biol. hum. Katja Kühlmeyer, Dipl.-Psych.
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)
Lessingstr. 2, 80336 München
E-Mail: katja.kuehlmeier@med.lmu.de

Prof. Yonghui Ma, Ph.D., Associate Professor on Bioethics
Director of Centre for Bioethics, School of Medicine, Xiamen University
Centre for Bioethics, Room 204, Aili Building, School of Medicine
Xiang'an Campus, Xiamen, 361102
China
E-Mail: yhma@xmu.edu.cn

Rohit Malpani, B.A. (WHO expert, Ph.D. candidate)
55 bis Quai de Valmy
Paris 75010
France
E-Mail: malpanir@who.int

Prof. Dr. Christof Mandry
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Professur für Moralthologie und Sozialethik
Fachbereich 7 – Katholische Theologie
Campus Westend, Gebäude IG/NG
Norbert-Wollheim-Platz 1, 60323 Frankfurt am Main
E-Mail: mandry@em.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. Roli Mathur
Scientist 'G' & Head, ICMR Bioethics Unit, ICMR Headquarters (ICMR)
Professor, Faculty of Medical Research (AcSIR)
Nodal Officer & Scientific Advisor, Naitik Portal,
Department of Health Research (DHR)
ICMR Complex, Nirmal Bhawan, Poojanhalli Road, Off NH-7,
Kannamangala Post, Bangalore – 562110
India
E-Mail: mathurr.hq@icmr.gov.in

Julia Mikolaj, cand. jur.
Professur für Ethik in der Medizin
Schillerstr. 25, 91054 Erlangen
E-Mail: julia.mikolaj@fau.de

Prof. Dr. Keymanthri Moodley
Head of Division of Medical Ethics and Law
Stellenbosch University
Matieland, 7602
South Africa
E-Mail: KM@sun.ac.za

Prof. Jing-Bao Nie, BMed, MMed, MA, PhD
聶精保, Coordinator of PhD Studies
Bioethics Centre
Otago Medical School, University of Otago
New Zealand
E-Mail: jing-bao.nie@otago.ac.nz

Dr. Alireza Parsapour, Assistant Professor of Medical Ethics
(Former secretary of National Clinical Ethics Committee,
Ministry of Health and Medical Education, Iran)
Medical Ethics and History of Medicine Research Center,
Tehran University of Medical Sciences Tehran
No 23, 16 Azar Street, Keshavarz Boulevard,
Tehran, Postal code: 1417633114
Iran
E-Mail: aliparsa@tums.ac.ir

María Bernardita Portales V., Ph.D. (Applied Bioethics)
Avda La Plaza 2440 casa 20, Las Condes Santiago
Zip code: 7620125
Chile
E-Mail: bportales@udd.cl

PD Dr. phil. Dr. habil. med. Oliver Rauprich, Dipl. Biol.
Klinisches Ethikkomitee, LMU Klinikum
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Lessingstr. 2, 80336 München
E-Mail: Oliver.Rauprich@med.lmu.de

Prof. Dr. Andreas Reis, M.Sc.
Global Health Ethics Team
World Health Organization (WHO)
Av. Appia 20, CH-1211 Genève
Schweiz
E-Mail: reisa@who.int

Prof. Dr. Annette Riedel, M.Sc.
Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit,
Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101, 73732 Esslingen
E-Mail: annette.riedel@hs-esslingen.de

Dr. med. Antonia Sahm, M.A.
Lehrstuhl für Praktische Philosophie
Goethe-Universität Frankfurt
ExNo (HPF EXC 01), 60629 Frankfurt am Main
E-Mail: a.m.sahm@outlook.de

Prof. Dr. Jan Schildmann
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin Halle (Saale)
Magdeburger Straße 20, 06112 Halle (Saale)
E-Mail: geschichte.ethik@medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. Martina Schmidhuber
Institut für Moraltheologie
Professur für Health Care Ethics
Katholisch-Theologische Fakultät, Universität Graz
Heinrichstraße 78b/II, A – 8010 Graz
Österreich
E-Mail: martina.schmidhuber@uni-graz.at

Prof. Ehsan Shamsi-Gooshki, M.D., Ph.D.
Monash Bioethics Centre, Monash University
Unit 107, 12 High Street
Glen IRIS, 3146
Victoria
Australia
E-Mail: ehsanshamsi713@gmail.com

Nina Weber, cand. med.
Graduiertenkolleg „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“
Hauptstr. 73, 91054 Erlangen
E-Mail: nina.nw.weber@fau.de

Yearbook Ethics in Clinics: Volumes 1-17 (2008-2024)

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 1 (2008) Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

A. Frewer/U. Fahr/W. Rascher: Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung - *I. Schwerpunkt*: Klinische Ethikkomitees: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen - M. Kettner: Autorität und Organisationsformen Klinischer Ethikkomitees - R. Anselm: Common-Sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion Klinischer Ethikkomitees - A. Frewer: Ethikkomitees zur Beratung in der Medizin. Entwicklung und Probleme der Institutionalisierung - U. Fahr: Philosophische Modelle Klinischer Ethikberatung. Ihre Bedeutung für Praxis und Evaluation - G. Marckmann/U. Wiesing: Klinische Ethikkomitees: Erfahrungen aus Tübingen - *II. Forum* - W. Rascher: Das Klinische Ethikkomitee am Universitätsklinikum Erlangen - L. Kosan: Klinische Ethikberatung aus Sicht der Pflege - H. G. Ulrich: Ethikkomitees - vorbildliche Organisationen? - C. Meyers: Klinische Ethikberatung und Interessenkonflikte: Strukturell verwoben - A. Nassehi: Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive - *III. Diskussion* - Klinische Ethikkomitees: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Perspektiven der Podiumsdiskussion des 5. Erlanger Ethiktags - *IV. Rezensionen* - F. Steger: A. Dörries/G. Neitzke/A. Simon/J. Vollmann (Hg.) (2008): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch - T. Ramsauer: C. Hick (Hg.) (2007): Klinische Ethik. Mit Fällen - M. Rothhaar: Ulrich H. J. Körtner (2007): Ethik im Krankenhaus. Diakonie - Seelsorge - Medizin - T. Krones: A. Frewer/U. Schmidt (Hg.) (2007): Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien - P. Gelhaus: AG „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin (Hg.) (2005): „Für alle Fälle ...“. Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik - *V. Dokumentation* - Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zur Klinischen Ethikberatung - Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen: Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen - Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen.

Verlag Königshausen & Neumann

www.koenigshausen-neumann.de

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 2 (2009)
Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis

A. Frewer/U. Fahr/W. Rascher: Patientenwille, Vorsorge und Ethik. Zur Einführung - *I. Schwerpunkt: Patientenverfügung und Ethik* - G. Bockenheimer-Lucius: Die Patientenverfügung in der Praxis. Grundlagen ärztlichen Handelns und klinischen Entscheidens - A. T. May: Beratung zu Vorsorgemöglichkeiten. Patientenverfügungen zwischen Politik, Ethik und Praxis - M. Rothhaar/R. Kipke: Die Patientenverfügung als Ersatzinstrument. Differenzierung von Autonomiegraden als Grundlage für einen angemessenen Umgang mit Patientenverfügungen - B. van Oorschot: Patientenverfügungen im Gespräch: Befragungsergebnisse und Beratungserfahrung - S. Sahm/L. Schröder: Verbreitung von Patientenverfügungen und stellvertretende Entscheidung durch Angehörige: Präferenzen für die Entscheidungsfindung am Lebensende - eine empirische Untersuchung - *II. Forum: Interdisziplinäre Diskussionsbeiträge* - A. Frewer/U. Fahr: Ethikberatung zu Patientenverfügungen. Erfahrungen und Beispiele am Universitätsklinikum Erlangen - J.-D. Hoppe: Patientenverfügungen und Ethikberatung in der Praxis. Die Position der Bundesärztekammer - K. Kutzer: Rechtslage und Entwicklung des parlamentarischen Verfahrens zur Patientenverfügung - D. Sontheimer: Suizid durch Patientenverfügung? Ein Beitrag aus internationaler Perspektive - C. Oswald: Patientenverfügung, Pflege und ethische Entscheidung. Die pflegerische Perspektive im Behandlungsteam bei „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ - W. Rascher: Patientenverfügungen in der Pädiatrie? Patientenwille in der Kinder- und Jugendmedizin - K. W. Schmidt/M. Schöffner/M. Sold: „Wie erstelle ich meine Patientenverfügung?“ Ein neues Informationsangebot als DVD-Film: Entstehung, Zielsetzung und Nutzungsmöglichkeiten - *III. Diskussion: Fallstudien* - M. W. Beckmann et al.: Schwangerschaft, Herzinfarkt, Hirnschädigung. Medizinische und ethische Fragen beim Umgang mit Mutter, Kind und sozialem Kontext - A.-K. Simbeck: Pflege und Ethik. Organtransplantation eines muslimischen Patienten - *IV. Rezensionen* - A. M. Buyx: T. L. Beauchamp/J. F. Childress (2009): Principles of Biomedical Ethics, 6th edition - B. Hermann: D. Groß/A. T. May/A. Simon (Hg.) (2008): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken - U. Fahr: L. Farber Post/J. Blustein/N. Neveloff Dubler (2007): Handbook for Health Care Ethics Committees - A. Frewer: U. H. J. Körtner/C. Kopetzki/M. Kletečka-Pulker (Hg.) (2007): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte - R. Porz/K. Laederach: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2009): Patientenverfügungen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen - *V. Dokumentation* - Das deutsche Gesetz zur Patientenverfügung - D. Leonhardt: Ethik im klinischen Alltag. Erste Öffentliche Sitzung eines Ethikkomitees (2008) - AG „Therapiebegrenzung“ des KEK am UK Erlangen: Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) - Mitglieder [...].

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 3 (2010)
Hoffnung und Verantwortung. Herausforderungen für die Medizin

A. Frewer/F. Bruns/W. Rascher: Medizinethik, Hoffnung und Verantwortung. *I. Schwerpunkt:* Hoffnung auf Medizin an den Lebensgrenzen - C. Müller-Busch: Zur Bedeutung der Hoffnung in der Medizin. Existenzielle Erfahrung an Grenzen des Lebens - T. Krones: Getäuschte Hoffnung? Überlegungen zum verantwortlichen Umgang mit Pränataldiagnostik - L. Biehl/C. Woopen: Gutes hoffen dürfen ohne Schlechtes wissen zu müssen? Aufklärung zum Ersttrimester-Screening als Drahtseilakt - R. Porz: „Gerade die Unsicherheit gibt mir Hoffnung“. Hermeneutisch-narrative Ansätze zur Patientenperspektive im Umfeld genetischer Untersuchungen - S. Trzeciak: Hoffnung und Verantwortung am Lebensende. Heideggers Existenzialontologie in der klinischen Praxis. *II. Forum:* Interdisziplinäre Beiträge zu Hoffnung und Verantwortung in der Medizin - H. Barth: Hoffnung und Verantwortung in der Medizin. Ausgewählte Bereiche ethischer Reflektion - R. Lutz: Zur medizinischen Psychologie der Hoffnung. Zwischen Theorie, Empirie und praktischer Philosophie - B. Friedrich: Hoffnung nehmen, Verantwortung abgeben? Risiken einer falsch verstandenen Aufklärungspflicht - H. Krug/U. Bittner: Hoffnung auf Hirnschrittmacher. Tiefe Stimulationen für Patienten und narrative Impulse für die ärztliche Perspektive - H. G. Ulrich: Ethische Konturen der Hoffnung und ihre Bedeutung für die Betreuung und Heilung von Kranken - F. Bruns/I. Emrich/L. Fröhlich-Güzelsoy/B. Friedrich/A. Frewer: Patientenführer als Hoffnungsträger. Eine Analyse der Beratungsarbeit aus ethischer Perspektive - A.-K. Simbeck/K. Clauss: Pflegeethik und Hoffnung im klinischen Alltag. Grundlagen – Spannungen – Anwendungen - C. Ostgathe/M. Galushko/R. Voltz: Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung - A. Frewer: Ewige Hoffnung auf Weiterleben? Die Grundkränkung des Menschen und seine Athanasiophilie - *III. Diskussion:* Fallstudienforum. Kommentare von Klinischen Ethikkomitees - F. Bruns/T. W. Goecke/R. Korn-Clicqué/A. Frewer: Wunsch nach Spätabbruch der Schwangerschaft bei Trisomie 21 und fetalem Herzfehler - Kommentare: G. Marckmann/Klinisches Ethikkomitee Tübingen - G. Neitzke/Klinisches Ethikkomitee Hannover - A. Frewer/M. Rothhaar/F. Bruns: „Hoffnungslosigkeit“ nach Genickbruch? Beratung zum mutmaßlichen Willen einer Patientin - Kommentare: U. Skorsetz/Klinisches Ethikkomitee Jena - A. Bauer/E. Romfeld/Klinisches Ethik-Komitee Mannheim - F. Bruns/A. Frewer: Fallstudien im Vergleich. Ein Beitrag zur Standardisierung Klinischer Ethikberatung - *IV. Rezensionen [...]* - *V. Dokumentation:* Schwangerschaftskonfliktgesetz (Neuregelung ab 01.01.2010) - BÄK/ZEKO: Empfehlungen zur Patientenverfügung (2010/Auszug) - Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees, UK Erlangen - Autorinnen und Autoren mit Adressen - Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache.

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 4 (2011)
Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin

A. Frewer/F. Bruns/W. Rascher: Ethik in der Medizin: Ökonomie und Empathie - *I. Schwerpunkt:* Effizienz, Empathie und Ethik in der Medizin - M. Kettner/T. Loer: Das Wirkbündnis in der Arzt/Patient-Interaktion als moralischer Maßstab für Ökonomisierungsprozesse im Krankenhaus - M. Neumann/C. Scheffer/M. Wirtz/P. Heusser/C. Woopen/F. Edelhäuser: Wie finanzielle Anreize die ärztliche Empathie beeinflussen. Eine Studie zur Perspektive onkologischer Patienten mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung - A. W. Bauer: Ethik statt Empathie? Ursachen und Folgen knapper Ressourcen - A. Riedel: Empathie im Kontext der Ethikberatung. Überlegungen zu einer förderlichen Grundhaltung - *II. Forum:* Interdisziplinäre Beiträge zu Problemen der Ökonomisierung in der Praxis der Medizin - A. Dietz: Rationierung und Gerechtigkeit. Strukturelle Fragen der Ökonomie im Gesundheitswesen - I. Emrich/L. Fröhlich-Güzelsoy/B. Friedrich/F. Bruns/A. Frewer: Ökonomisierung im Klinikalltag. Engpässe bei der stationären Versorgung aus Patientensicht - U. Bittner/L. Hennig: Lifestyle-Gentests. Indiz für eine Ökonomisierung in der Medizin und Herausforderung für das Selbstverständnis des Arztes? - L. Slotala: Berufsethische Probleme der Ökonomisierung am Beispiel der Rationalisierungsprozesse in der ambulanten Pflege - J. Streuli: Der „gute Arzt“ aus ökonomischer Perspektive. Medizin zwischen individuellem und sozialem Nutzen - W. Rascher: Pädiatrie in Zeiten ökonomischer Herausforderungen. Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung - auch in der Kinder- und Jugendmedizin? - *III. Diskussion:* Fallstudienforum. Kommentare aus der Klinischen Ethikberatung - A. Frewer/F. Bruns: „InterKEK“: Strukturfragen der Ethikberatung in komparativer Analyse - C. Bozzaro/J. Boldt/Ethikberatung Freiburg: Palliative Sedierung am Lebensende? Ein Fallbericht aus der Ethikberatung - Kommentare aus Sicht anderer deutscher und internationaler Ethikberatungen - N. W. Paul/Klinisches Ethikkomitee Mainz: Klinisch-ethischer Kommentar - N. Jömann/G. Rellensmann/Ethik-Komitee Münster: Kommentar: Palliative Sedierung am Lebensende - R. Porz/Ethikberatung Bern/Schweiz: Zum Fallbeispiel Palliative Sedierung. Eine narrative Herangehensweise im Schweizer Kontext - M. Peintinger/Ethikberatung Wien/Österreich: Überlegungen zur Sedierung am Lebensende - F. Bruns/A. Frewer: Klinische Ethikberatung und palliative Sedierung. Ein Vergleich unterschiedlicher Perspektiven - *IV. Rezensionen:* K. Enk - S. Schleidgen - I. Emrich - M. Rabe - *V. Dokumentation:* Gendiagnostikgesetz (Neuregelung mit Gültigkeit ab 2010) - Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011) - Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees, Universitätsklinikum Erlangen - Autorinnen und Autoren - Übersicht der erschienenen Bände (2008-2010) - Hinweise für Autoren - Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache.

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 5 (2012)
Medizin, Moral und Gefühl. Emotionen im ethischen Diskurs

A. Frewer: Entscheidende Gefühle? Zur Rolle von Emotionen in Medizin und Ethik - I. Schwerpunkt: Emotionen in der Medizinethik. Geschichte und Grundlagen - G. Fröhlich: Fühlen – Handeln – Denken. Das Problem der Motivation und seine Bedeutung für die Ethik und die Klinische Ethikberatung - S. Michl: Wie viel Gefühl braucht die Medizin? Ein Blick zurück ins 20. Jahrhundert - A. Frewer: Emotionen zur Ethikberatung in der Öffentlichkeit. Impressionen und Inszenierungen der „God Committees“ - R. Lutz: Die Rolle der Emotionen in medizinethischen Diskursen. Sozialpsychologische und moralphilosophische Anmerkungen aus Metaperspektive - S. Agbi: Fühlen heißt Involviertsein. Zur Bedeutung von Emotionen und Erzählung für die Klinische Ethik - II. Forum: Interdisziplinäre Beiträge zu spezifischen Gefühlen in Medizin und Ethik - R. Kipke/R. R. Tietjen: „Angst“ in medizinethischen Debatten. Angemessene psychologische Erklärung oder rhetorischer Trick? - S. Hollwich/S. Reiter-Theil: Empörung im Krankenhaus. Zur Bedeutung einer klinisch sensiblen Emotion - S. Sorgner: Enhancement von Emotionen und Moral? Eine Landkarte der Verbesserungsdebatten - U. Bittner: Verbesserung von Gefühlen? Zur Möglichkeit und Authentizität eines Neuro-Enhancement der Liebe - B. Bleyer: Fragebogen, Hirnscan und das Argument. Was man in der Debatte um das moralische Urteil nicht verwechseln sollte - W. Rascher: Emotionen und schwierige Entscheidungen in der Pädiatrie: Die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung - L. Fröhlich-Guezelsow/A. Frewer: Gespielte Gefühle und echte Emotionen. Ethische Fragen beim Einsatz von Simulationspatienten - III. Diskussion: „Der besonders emotionale Fall“. Kommentare aus der Klinischen Ethikberatung - A. Frewer: Wieviel Emotion braucht und verträgt die Ethikberatung? Fallstudien aus der „Inter-KEK“-Perspektive - Kommentare aus Sicht von Ethikberatungen und Ethikkomitees - K. Woellert: Emotionale Überforderung eines (Berufs-)Betreuers. Zum Umgang mit (Un-)Professionalität in der Ethikberatung - C. Schiebe/M. Mendt: Enttäuschte Hoffnungen oder verdrängte eigene Geschichte? Wenn Kinder am Lebensende der Eltern vom Arzt „alles wollen“ - M. Nembach/W. Müllges/M. Schmidt: Therapiebegrenzung als emotionsgesteuerte Strafe? Diskussionen über einen „unvernünftigen“ Patienten - C. Imhof/G. Badura-Lotter: Trauer und Ohnmacht – Effekte emotionaler Betroffenheit auf die Praxis der Ethikberatung in der Pädiatrie - E. Heesch/K. Kobert: Elterliche Emotionen – im besten Interesse des Kindes? Ethische Entscheidungsfindung zwischen Religiosität und Vernunft - F. Bruns: Emotionen in der Ethikberatung: Vergleich und Synopsis - IV. Rezensionen: L. Bergemann – B. Beck – M. Kühler – M. Krischel – A. Gumz/R. Erices - V. Dokumentation: Transplantationsgesetz (Neuregelung 2012) - Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen - Autorinnen und Autoren – Inhaltsverzeichnis/ToC [engl.].

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 6 (2013)
Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte

A. Frewer/L. Bergemann: Fehler in Medizin und Ethik. Zur Einführung - I. Schwerpunkt: Fehler in der Medizin - Entwicklung und Ethik - H.-G. Hofer: Medizin. Macht. Fehler. Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion - R. Lux: Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper bei Operationen. Die Zählkontrolle als präventive Maßnahme der Fehlervermeidung und ihre klinische Etablierung - B. Pfistermeister/R. Maas: Erkennung und Vermeidung von Medikationsfehlern und unerwünschten Arzneimittelereignissen - T. Binkhoff/H. Schneider: „Kunstfehler“ in der Schwangerenberatung? Eine Analyse von Berichten nach Pränataldiagnose Trisomie 21 - G. Duttge: Fehler im Patientenrechtegesetz. Juristische und ethische Probleme der Neuregelung - II. Forum: Interdisziplinäre Beiträge zum produktiven Umgang mit Fehlern in Medizin und Ethik - C. Seifart: Zur Notwendigkeit der Reflexion von Behandlungsfehlern als überindividuelles Verantwortungsproblem - J.-S. Jürgensen/K. Schmidt/M. Jedlitschka/S. Semmler: Proaktive Fehlerkultur als Eckpfeiler des klinischen Risikomanagements. Instrumentarium am Beispiel der Charité - Universitätsmedizin Berlin - M. St.Pierre: Gefahr erkannt, aber nicht gebannt. Wenn Hierarchien für zusätzliche Fehler sorgen - J. Kiesewetter/C. Kiessling/M. R. Fischer: Simulationsbasierte Lehre in der Medizin. Beitrag zur Patientensicherheit und ethischer Imperativ? - M. Rosentreter: Zugänge zu Patientensicherheit und Verantwortung bahnen. Ansätze für die Lehre in Studium und Weiterbildung - S. Schäfer/L. Fröhlich-Güzelsoy: „Der Wunsch verschont zu bleiben taugt nicht“. Reflexionen zum Umgang mit Fehlern, Schuld und Vergebung - K. W. Schmidt: Fehler, Schuld und Scham in der Medizin. Was wir von Filmbeispielen lernen können - III. Discussion: Errors in Medicine and Ethics Consultation. Comments of International Clinical Ethics - A. Frewer/K. W. Schmidt/L. Bergemann: Errors in Medicine. International Case Studies from the “Inter-CEC”-Perspective - Reports of Ethics Consultation and Clinical Ethics Committees - J. C. Moskop: Medical Errors and Patient Safety: A U.S. Perspective - S. McLennan: The Handling of Medical Errors in New Zealand - K. Moodley: Medical Mistakes: A South African Perspective - S. Babic-Bosanac/A. Borovcki: Medical Errors in Croatia - İ. İlkılıç/H. Ertin: Handling Malpractice in Turkey. An Overview and Some Recommendations - L. Bergemann/K. W. Schmidt/A. Frewer: Errors and Ethics. Synopsis of the Case Studies with Comparative Perspectives - IV. Rezensionen: K. Krása/K. Enk/M. P. Schubert/L. Bergemann - V. Dokumentation: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Gesetzbeschluss des Deutschen Bundestages vom 20. Februar 2013 - Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen - Autorinnen und Autoren - Inhaltsverzeichnis/Table of Contents [engl.].

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 7 (2014)
Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie

A. Frewer/A. Reis/L. Bergemann: Ökonomie versus Ethik in der Medizin. Gute und/oder vergütete Behandlung? - I. Schwerpunkt: Ökonomisierung - und Ethik? Zur gerechten Behandlung - G. Maio: Arzt sein heißt ein Versprechen geben. Was durch eine ökonomische Überformung der Medizin verlorengeht - T. Bohrer: Kostbare Behandlung. Ethische Implikationen der Psychologie des Geldes in der Medizin - C. Jäger: Rechtliche und ethische Probleme der Priorisierung in der Medizin - S. Trzeciak: Vergütung und/oder Güte? Börsennotierte Klinikunternehmen vor dem Hintergrund von John Rawls' „Theorie der Gerechtigkeit“ - M. Schmidhuber/L. Bergemann/F. Legal: Sinnvolle Vergütung für gute Behandlung und Pflege? Zum Zusammenhang ökonomischer und ethischer Überlegungen am Beispiel der frühen Demenzdiagnose - II. Forum: Gut behandelt in der Medizin? Interdisziplinäre Beiträge zur Allokationsethik - C. Kopfschiller/D. Rottenkolber: Gute und vergütete Behandlung? Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Spannungsfeld von Ethik und Sozialgesetzgebung - E. Nass/J. Zerth: Würde medizinischer Versorgung im Wandel. Ökonomische und ethische Bewertungen des Einsatzes von Assistenztechnologien in der Pflege - M. Frank/G. Gantner/F. Molnár-Gábor/S. Wiemann: Klinische Genomsequenzierung und der Umgang mit Zusatzbefunden im Spannungsfeld von ethisch-rechtlichen Voraussetzungen und ökonomischen Erwägungen - J.-S. Jürgensen/R. Berger/H. Hecker/U. Frei: Kostbare Behandlung und Gender-Gerechtigkeit. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Allokation von Nierentransplantaten - M. Mylius: Gute Behandlung ohne Vergütung? Ärztliche Versorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten an den Gesundheitsämtern - W. Bornschlegl: Was kostet ein Kind ohne Aufenthaltsstatus? Pädiatrische PatientInnen im Spannungsfeld zwischen Menschenrechten und Finanzierungslücken - III. Discussion: “Universal Health Coverage” and Global Ethics (with EFI “Human Rights in Healthcare”) - A. Reis/L. Bergemann/A. Frewer: Economics in Medicine and “Universal Health Coverage”. International Ethical Perspectives on the WHO Concept - C. Heinicke/L. Eriksson/A. Saxena/A. Reis: Universal Health Coverage. Basic Facts and the Role of Bioethics/National Ethics Committees (10th Global Summit of Mexico, 2014) (in Coop. with National Advisory Bodies of Cuba and Sweden and Special Case Studies for The Netherlands and Thailand) - C. W. L. Ho/K. Caals: Responsibility and Solidarity in Universal Health Coverage. Achieving Lifetime Insurance Coverage in Singapore - R. I. Field: Universal Health Coverage in the United States. A Uniquely American Morass - T. Krones: Universal Health Coverage. Health Care Deficiencies and Goals for Germany and Switzerland - L. Bergemann/A. Reis/A. Frewer: Justice and Fairness as Goals in Public Health Ethics. Comparative Perspectives on Universal Health Coverage - IV. Rezensionen - Preuß, Emrich/Frewer et al. - V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 8 (2015)
Demenz und Ethik in der Medizin. Standards zur guten klinischen Praxis

A. Frewer/L. Bergemann/M. Schmidhuber: Demenz und Ethik in der Medizin. Was ist notwendig für eine gute Behandlung? - I. Schwerpunkt: Demenz und Ethik in der Medizin - F. Legal/D. Preuß: Künstliche Intelligenz zur Überwachung von Verhalten? Ethische Erwägungen zu Detektionssystemen für demenzbedingte Veränderungsprozesse - A. Riedel: Welche Perspektive ist maßgeblich? Ethische Reflexion im Rahmen professioneller Pflege älterer Menschen mit kognitiven Veränderungen - L. Fröhlich-Güzelsoy: Musik- und Erinnerungstherapie bei demenziell erkrankten Patient*innen mit Migrationsgeschichte. Ethische Desiderate der Demenzbehandlung - G. Zander-Schneider/W. J. Schneider: Demenz und Krankenhaus. Zwei Welten treffen aufeinander - B. Pockrandt: Gedichte mit Demenz-Bezug. Medical Humanities zur Betroffenen-Perspektive - II. Forum: Fallstudien in komparativer Beratung. Demenz-Kasuistiken in der Diskussion Klinischer Ethikkomitees - A. Frewer/D. Preuß/D. Dörr: Ethikberatung und Erfahrung. Komparative Konsultationen zu Demenz-Fällen - Fall 1: PEG-Anlage bei einer Demenzpatientin im terminalen Krankheitsstadium? - Kommentar 1: R. Linné/I. Hainsch-Müller (KEK Augsburg) - Kommentar 2: L. Fröhlich-Güzelsoy/A. Frewer (KEK Erlangen) - Fall 2: Therapieziele bei multimorbider, phasenweise orientierter Patientin mit Sterbewunsch? - Kommentar 1: D. Dörr/M. Gehrlein (KEK Mannheim) - Kommentar 2: B. Welsch/C. Sarfeld (KEK Mönchengladbach) - Fall 3: Lebenserhaltende Beinamputation gegen den Wunsch einer Demenzpatientin? - Kommentar 1: A. Fleischmann/S. Kümmel/J. Hahn (KEK Regensburg) - Kommentar 2: W. Müllges/E. Jentschke et al. (KEK Würzburg) - D. Dörr/B. Welsch/J. Hahn: Die Auflösung der drei Fälle. Hintergründe zur ethischen Entscheidungsfindung - L. Bergemann/D. Preuß/A. Frewer: Erkenntnisse aus komparativer Beratung der Klinischen Ethikkomitees - III. Discussion: Ethical Aspects of Dementia Concepts (in Cooperation with the EFI-Project "Human Rights in Healthcare") - L. Bergemann/M. Schmidhuber/A. Frewer: National Dementia Plans and Clinical Ethics. A Path Towards Better Practice? - W. Teschauer: Dementia Plans and Strategies in Austria, Germany and Switzerland - S. Schaller/P. Kolominsky-Rabas: Dementia Strategy of Bavaria - K. Engedal: The Norwegian Dementia Plan - C. W. L. Ho: A Response to the "Dementia Epidemic" in Singapore: Rendering Visible the Caregiver in Universal Health Coverage - O. Döring/L. Yue: China's Dormant Alzheimer's Plan. Recent Developments in the Emerging Stationary Care Field - Ethical and Cultural Dimensions - M. Schmidhuber/L. Bergemann/A. Frewer: Public Health and Clinical Ethics for Patients with Dementia. Synopsis of International Perspectives - IV. Rezensionen - S. Schaller/A. Newerla/U. Sperling/L. Bergemann/A. Frewer/L. Rexin - V. Dokumentation - Demenz-Strategie Bayern (2013) - National Plan to Address Alzheimer's Disease (2015 Update) USA - Seminar ÄHG.

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 9 (2016)
Interessen und Gewissen. Moralische Zielkonflikte in der Medizin

A. Frewer/L. Bergemann/C. Jäger: Interessen gegen Gewissen? Ethische und rechtliche Aspekte von Zielkonflikten in der Medizin - I. Schwerpunkt: Medizin im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen, Gesetze und Moral - D. Klemperer: „Wem dient die Medizin wirklich?“ Interessen, Zielkonflikte und Patientenwohl in der Klinik - G. Schott/W.-D. Ludwig: Auswirkungen von Interessenkonflikten auf klinische Arzneimittelforschung und deren Ergebnisse - A. Frewer: Interessen – Konflikte – Verflechtung. Weltärztebund (WMA), Industrie und Forschungsethik - R. Raum: Vorteilsannahme und Bestechlichkeit. Zielkonflikte im Gesundheitswesen - T. Schröder: Die neue Strafgesetzgebung gegen Korruption im Gesundheitswesen - Vertrauens- durch Wettbewerbschutz? - C. Hack: Konfliktstrukturen in der Klinischen Ethikberatung. Zur Differenzierung von Interessen-, Wert- und Rollenkonflikten - II. Forum: Interessen und Gewissen in der medizinischen Praxis. Interdisziplinäre Beiträge vom Beginn bis zum Ende des Lebens - D. Dörr: Interessen- und Gewissenskonflikte am Lebensbeginn. Zu Entscheidungen über intrauterines und neugeborenes Leben - S. Wagner: Zielkonflikte in der klinischen Informationstechnologie. Ein lösungsorientierter Ansatz im Bereich Onkologie - L. Kovács: Sind Protonenstrahlen die bessere Alternative? Interessenkonflikte und Erfolgskriterien in der Strahlentherapie - D. Magnus: Interessenkonflikte bei Demenzkranken: Das „Odysseus-Problem“ - M. Rothhaar: Das Gewissen in ethischen Fragen des Lebensendes. Überlegungen aus moral-philosophischer Perspektive - C. Jäger: Ärztliche Interessen- und Gewissenskonflikte am Lebensende. Eine Betrachtung unter Berücksichtigung des neuen § 217 StGB - III. Discussion: Conscientious Objection and Conflicts of Interest in Medicine (in Cooperation with the EFI Project “Human Rights in Healthcare”) - L. Bergemann/C. Jäger/A. Frewer: Conflicting Interests, Rights and Conscientious Objection. Why Professionalism and Vulnerability Matter - H. Bielefeldt: Conscientious Objection in Healthcare. Towards a Holistic Human Rights Approach - M. Magelssen: How Details Matter Morally in the Debate on Conscientious Objection. The Case of Norway - F. Minerva: Conscientious Objection to Abortion in Italy: What should We Do When Too Many Doctors Object? - J. Lagoutte: Médecine, objection de conscience et droit pénal. Étude de droit français - M. R. Wicclair: Conscientious Objection in Medicine and Conflicts of Interest. A U.S. Perspective - L. Bergemann/H. Bielefeldt/A. Frewer: Conscientious Objection, Human Rights and Medical Ethics. Synopsis of National and International Perspectives - IV. Rezensionen - L. Bergemann/M. Kaschube/L. Fröhlich-Güzelsoy/T. Preuß - V. Dokumentation: Neues Gesetz zu Bestechlichkeit und Bestechung: §§ 299a/b StGB (2016) - KEK-Mitglieder - Adressen

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 10 (2017)
Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin

A. Frewer/L. Bergemann/C. Hack/H. G. Ulrich: Globalisierung und Ethik in der Medizin. Internationalisierung – Kultursensibilität – Gerechtigkeit – I. Schwerpunkt: Medizinethik und Interkulturalität. Migration – Menschenrechte – Global Health - W. Bruchhausen: Kulturelle Differenz und Diversität im Krankenhaus. Ethik zwischen Anpassung und Beharren - S. Agbii: Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge aus ethischer Perspektive: Wo fangen die Fragen an? - J. Wenner/O. Razum: Die gesundheitliche Versorgung Geflüchteter – Von Gleichheit und Ungleichheit - M. Knipper: Global Health und das Menschenrecht auf Gesundheit. Perspektiven für Kliniken im Kontext der „Flüchtlingskrise“ - J. I. Kizilhan: Therapie traumatisierter Flüchtlinge. Transkulturelle Fragen am Beispiel des Projekts „Aufnahme von 1.000 Jesidinnen“ aus dem Nordirak - II. Forum: Interdisziplinäre Beiträge zur Globalisierung klinischer Versorgung – I. Ilklic: Interkulturelle Kompetenz. Schlüsselqualifikation in einer kosmopolitischen Medizin? - F. Kressing: „Benefit or burden“? Ethische Probleme des internationalen Medizintourismus - M. Kaschube/A.-K. Thum/A. Frewer: Global Medicine Made in Germany. International Patient Offices an deutschen Universitätskliniken - A. Kostrzewski: Internationalisierung im deutschen Gesundheitswesen – strukturelle Entwicklung und neue Herausforderungen - M. Schilder/L. Kosan/K. Müller: Internationale Pflege – Internationale Fachkräfte. Ethische und kultursensible Aspekte aktueller Personalgewinnung - R. Staples: Die Organisation von Anerkennung in der globalisierten Pflege. Überlegungen aus einer Fallstudie zu Arbeitsmigration im Pflegesektor - S. Wagner: Auswirkungen der Globalisierung auf Narkosevorbereitung und Patientensicherheit in Kliniken. Moralische Abwägungen mit Blick auf Patienten sowie Mitarbeiter - III. Discussion: Medical Care in “Hospitals without Borders”? Refugees, Human Rights and Ethics (in Cooperation with the EFI Project “Human Rights in Healthcare”) - C. Hack/L. Bergemann/A. Frewer: Globalization, Human Rights and Medicine for Refugees. International Justice in Practice? - S. Phillips: Detention, Mental Health and Human Rights. The Impact of Australia’s Mandatory Immigration Detention Regime on Children - C. Tsiamis/E. Karamagioli/E. Pikoulis: Medical Management of Refugee Flows in Greece: An Urgent Need for Evidence-Based Decision-Making Processes - M. Mirzay/M. Kerr Chiovenda: Health Situation of Afghan Refugees in Greece. Migrant Patients and Vulnerability - F. Kahl/A. Frewer: Structural Violence against Refugees? An Analysis of Healthcare for Asylum Seekers in Germany - L. Bergemann/A. Frewer/H. Bielefeldt: Injustice and Inequalities across Borders. Synopsis of International Perspectives on the Factual Medical Care for Refugees - The Amsterdam Declaration. Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe - IV. Rezensionen - H. G. Ulrich/C. Hack/L. Bergemann/A. Frewer - V. Dokumentation Amsterdamer Erklärung (2015) [...]

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 11 (2018)
Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin

A. Frewer/L. Bergemann/C. Hack: Kliniken unter Zeitdruck versus „Slow Care“? Zur Ethik von Zeit und Achtsamkeit in der Medizin - H. G. Ulrich: „Alles braucht seine Zeit...“ Stichworte und Leitfragen zum Ethiktag des Universitätsklinikums – I. Schwerpunkt: Die beschleunigte Medizin – Diagnosen, nötige und mögliche Therapieansätze - G. Maio: Für eine Wiederentdeckung der Geduld als Grundelement der Sorgeidentität der Heilberufe - L. Bergemann: Wieviel Zeit gehört dem kranken Menschen? Der Beitrag der Care-Ethik für einen personorientierten Umgang mit Zeit in der Klinik - V. Straubenmüller: Beschleunigung als Problem, Resonanz als Lösung? Zeitnotstand in der Pflege als Anlass resonanzorientierter Pflege(-bildung) - M. Baumann/H. Kohlen: „Zeit des Bezogenenseins“ als Merkmal einer sorgeethisch begründeten palliativen Praxis - J. Sautermeister: Achtsamkeit als „habitualisierte Entschleunigung“. Anmerkungen zur normativ-temporalen Logik einer zeit- und sinnsensiblen therapeutischen Grundhaltung - II. Forum: Interdisziplinäre Beiträge zu Entschleunigung und Zeit in der Klinik - S. Wagner: Big Data, moderne Datenverarbeitungsprozesse und klinisches Handeln: Be- oder Entschleunigung? - G. Kowarowsky: Entschleunigung als (Selbst-)Therapie: Achtsamkeit im Umgang mit der Zeit als Grundlage wertschätzender empathischer und authentischer Interaktion mit Patienten - A. von Spee: Slow Care. Zeitgemäß und würdevoll pflegen - B. Mäulen: Entschleunigung als ethische Aufgabe für die Mitarbeiter-Gesundheit. Grundlagen und Erfahrungen - C. Gall-Kayser/M. Klinger: Entschleunigung – Modewort oder Herausforderung für Patientenfürsprecher? - R. Lutz/A. Frewer/C. Eibauer: Chance zur heilsamen Entschleunigung? Möglichkeiten der Kinderpalliativmedizin - P. Brinker: Räume der Stille als Orte der Entschleunigung. Ethische Implikationen der Erinnerung im Klinikalltag - M. Fischer: Ethisch begründungsfähige Managemententscheidungen im Kontext beschleunigter Zeitverhältnisse - III. Diskussion: Zeit für „schwierig(st)e Fälle“. Erfahrungen und Perspektiven der Klinischen Ethikkomitees (KEK) - L. Bergemann/A. Frewer/C. Hack (KEK UKER): Zeit für „schwierige Fälle“. Abstimmung verschiedener Zeitbedürfnisse durch die Arbeit Klinischer Ethikkomitees – D. Dörr/A. Alonso/K. Szabo (KEK UMM): Ethikberatung in der neurologischen Intensivmedizin. Zum Wert der Zeit am Beispiel der Versorgung einer Patientin nach akutem Schlaganfall – M. Förg/G. Hohendorf/H. Förstl/S. Burdach (KEK TUM): Individueller Heilversuch bei Kleinkind mit refraktärem Ewing Sarkom? Beratung durch das KEK am Klinikum rechts der Isar (TUM) - G. Neitzke/K. Freund (KEK MHH): „Kommt Zeit, kommt Rat“. Zeit und Sicherheit in der Klinischen Ethikberatung - H. Kössler/R. Porz (KEB Bern): „Wie lange darf es dauern?“ Zeitliche Aspekte ethischer Fallbesprechungen im klinischen Kontext - S. Aigner/L. Krull/A. Frewer (KEK UKER): Entschleunigung als Funktion von Ethikkomitees? Ergebnisse einer Studie zur Beratung am UK Erlangen - A. Frewer/L. Bergemann/C. Eibauer (KEK UKER): Zeit für heikle Situationen in der Ethikberatung. Eine kurze Synopsis der Fallberichte - IV. Rezensionen - V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 12 (2019)
Menschenrechte im Gesundheitswesen
Vom Krankenhaus zur Landesebene

A. Frewer/C. Hack/L. Bergemann: Menschenrechte am Krankenbett und im Gesundheitssystem. Zum Respekt vor der Freiheit in der Medizin – I. Schwerpunkt: Ethik und Menschenrechte in der Klinik – Herausforderungen zur Gestaltung – L. Bergemann/H. Bielefeldt: Nurses and Physicians as Human Rights Defenders? Menschenrechte im Krankenhaus – C. Giese: Pflege zwischen Menschenrechtsprofession und Normenfalle. Am Beispiel des Joghurt – A. Brenner: Der Leib als medizinisch-therapeutisches Phänomen. Menschenrechtlich-ethische Aspekte – II. Forum 1: Kontroverse – Digitalisierung und Grundrechte – S. Wagner: Informationelle Selbstbestimmung in der Medizin mit Blick auf „Big Data“ und Datenschutz-Grundverordnung – V. Rolfes/K. Weber/U. Bittner/A. Sonar/H. Fangerau: Stigmatisierung übergewichtiger und adipöser Patient*innen in der digitalisierten Medizin – ein Problemaufriss aus menschenrechtlicher Perspektive – II. Forum 2: Menschenrechte und Medizin auf Bundesländer-Ebene. Berichte von Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern – A. Frewer/C. Hack/L. Bergemann: Standesethisches Engagement für die Menschenrechte. Die Situation in den Landesärztekammern. Zur Einleitung – E. Girth: Über die Arbeit des Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammer Hessen – T. Jordan/V. Sido/K. Borchers: Gesundheit – ein Menschenrecht. Ein Bericht aus dem Tätigkeitsspektrum der Ärztekammer Berlin im Bereich „Menschenrechte“ – U. Heinsohn: Tätigkeitsberichte als Menschenrechtsbeauftragte der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) – M. Wendeborn/A. Botzlar: Ärztekammer und Menschenrechte – was haben sie miteinander zu tun? Ein Kurzbericht der Menschenrechtskommission (BLÄK) – A. Frewer: Einsatz von Menschenrechtsbeauftragten an Ärztekammern. Anfragen zur Human Rights Advocacy aus der Medizinethik – L. Bergemann/C. Hack/A. Frewer: Menschenrechte auf Ebene der Bundesländer. Ergebnisse und Desiderate. Eine Synopsis – III. Diskussion: Fälle mit Bezug zu den Menschenrechten. Beispiele aus der Beratungsarbeit von Ethikkomitees im Vergleich – C. Hack/L. Bergemann/A. Frewer: Menschenrechte in der Klinik: Fallberatungen von Ethikkomitees im Vergleich. Zur Einführung – K. Weiske/H. Buxmann/B. Wolf-Braun/T. Sauer: Wunsch nach Therapieabbruch bei Zwillingen aufgrund extremer Frühgeburtlichkeit: ein Fall mit kulturellen, familiären und interdisziplinären Herausforderungen – D. Dörr/M. Schindler: Lebenslimitierung in der Neonatologie: Ethische Entscheidungen und Menschenrechte – A. Simon: Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Willen: ethisch zulässig oder menschenrechtlich bedenklich? – P. Swoboda/J. Stöbe/L. Peruth-Stutzmann/A. Weimann: Menschenrechte in der Medizin. Zwei Kasuistiken zum Patientenwillen am Lebensende – A. Frewer/D. Rottke/C. Hack/L. Bergemann: Menschenrechte in der Klinik. Fallanalysen im Vergleich. Zusammenfassung und Perspektiven – IV. Rezensionen – V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 13 (2020)
Unsicherheit in der Medizin
Zum Umgang mit Ungewissheit im Gesundheitswesen

A. Frewer/L. Bergemann/E. Langmann: Unsicherheit in der Medizin. Zum Umgang mit Ungewissheit und Ambivalenzen im Gesundheitswesen - I. Schwerpunkt: Sicherheit und Unsicherheit in der Klinik. Theorie – Praktische Probleme – Ethische Herausforderungen - F. Erbguth: Umgang mit Unsicherheit bei schwierigen klinischen Entscheidungen - T. Kühlein: Phronesis oder die Notwendigkeit, in der Medizin Unsicherheit anzuerkennen und in Entscheidungen miteinzubeziehen – R. Trollmann: Umgang mit Ungewissheit in der Medizin. Unsicherheit in der klinischen Praxis am Beispiel der Neuropädiatrie - D. Rottke: Unsicherheiten im Umgang mit „Arzneimitteln für neuartige Therapien“ am Beispiel onkologischer (Gen-)Therapie mit CAR-T-Zellen (Tisagenlecleucel) - M. Schmidhuber: Unsicherheit bei sexuellen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz. Ethisch guter Umgang in einem schwierigen Terrain - II. Forum: Sicherheitskultur, Qualitätssicherung und Patientenwohl - C. Jenemann/R. Porz: Wieviel Ethikkompetenz braucht die Klinische Ethik? Zur Wahrnehmung von Unsicherheiten im Kontext der Schweiz - A. Rogge: Prognostische Unsicherheit in der Therapiezielfindung bei stellvertretender Willensäußerung strukturieren Die Szenarioanalyse als Moderationsinstrument der Ethikberatung - U. Stein/E. Bemann/L. Bergemann: Unsicherheit im Team. Pflegeethische Perspektiven auf die klinische Praxis - H. Krug/U. Bittner/V. Rolfes/H. Fangerau/K. Weber: Verunsicherung des ärztlichen Selbstverständnisses durch Künstliche Intelligenz? Ein Überblick über potenzielle Auswirkungen des zunehmenden Einsatzes im ärztlichen Alltag - N. Grimm: Sicherheit und Unsicherheit von Fakten in der Medizin. Der Status „Wissenschaftliche Tatsachen“ nach Ludwik Fleck mit Blick auf ICD-10-GM und Oxytocin-Studien – A. Frewer/L. Bergemann/E. Langmann: Unsicherheit in der Medizin als *Conditio clinica*. Ergebnisse und Desiderate. Eine Synopsis - III. Diskussion: Fälle existenzieller Unsicherheit im Lebensspektrum. Beispiele aus Ethikkomitees im Vergleich – Frewer/L. Bergemann/E. Langmann: Sicherheit in der Ethikberatung. Fallstudien zum Umgang mit Unsicherheit(en) - A. Rogge/M. Naeve-Nydahl/C. Eimer/J. Meyne: Fallbeispiel Chronische Bewusstseinsstörung. Unterstützung im Umgang mit komplexer prognostischer. Unsicherheit durch ethische Fallmoderation - A. Frewer: Unsicherheit durch die Covid-19-Pandemie. Klinische Problemfälle im Spiegel der Ethikberatung – S. Dinges: Sichere Patient*innen – verunsichertes Team? Fallbeispiele aus Psychiatrie und Covid-19-Krise - J. Hahn/A. Fleischmann/M. Rechenmacher: Prognose-Unsicherheit in der Beratung nach Herztransplantation und V.a. hypoxischen Hirnschaden. Fallbeispiel aus dem Ethikkomitee am Klinikum Regensburg - L. Bergemann/E. Langmann/A. Frewer: Synopsis zur (Un-)Sicherheit in der Versorgungspraxis. Zusammenfassung und Perspektiven für die Klinische Ethik - IV. Rezensionen - V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 14 (2021)
Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen
Prognosen – Visionen – Utopien

A. Frewer/E. Langmann: Medizin, Klinik und Gesundheitswesen der Zukunft. Zur Einführung - I. Schwerpunkt: Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen - B. Flessner: Akzelerator, Nanobots und Medotank. Medizinische Visionen der Science Fiction - F. Wagensonner/A. Frewer: Erscheint die Zukunft des Lebensendes auf der Leinwand? Tendenzen zum Sterben in Science Fiction-Filmen - K. Weber/U. Scorna/W. M. George: Die Zukunft des Sterbens im Krankenhaus. Eine Reflektion zu besseren Wegen für Patient*innen - M. Schmidhuber/K. Stöger: Ethisches und Rechtliches zur Zukunft der Robotik in der Pflege. Grundfragen für österreichische und deutsche Debatten - L. Kovács: Erst werden Juristen und in Zukunft Ethiker wegrationalisiert. Kann Künstliche Intelligenz künftig Ethikberatung in Kliniken ersetzen? - II. Forum: Die Zukunft der Medizinethik. Prognosen und Kritik - D. Domenig: Transkategoriale Kompetenz in der Klinik – eine Zukunftsperspektive – A. von Spee: Die Zukunft der Pflege im Gesundheitswesen. Zur Transformation traditioneller Pflegeformen - M. Hasseler: Die Bedeutung professioneller Pflege für eine bedarfsangemessene gesundheitliche Versorgung. Perspektiven für die Zukunft – H. Kohlen: Klinische Ethik in Bewegung. Das „Drei-Säulen-Modell“ als Impuls für eine zukünftige Gestaltung von Ethikberatung – K. Woellert: Mit den Mitteln der Ethik den klinischen Alltag erreichen – Ethik-Mentor:innen und die Zukunft der klinischen Versorgung - M. Resa/A. Frewer: Klinische Versorgung in der Pädiatrie – in Zukunft immer knapp(er)? Ethische Fragen der Bettenkapazität für Notfälle - J. Link: Brauchen wir in Zukunft eine „Medizinethik 4.0“? Eine kritische Überprüfung in sieben Erkenntnisschritten - E. Gillen: „Den Dreh in die offene Zukunft wagen!“ Gerecht. Utopisch. Erzählerisch – III. Diskussion: Die Zukunft der Ethikberatung in der Klinik. Prognosen und Folgenabschätzung aus Sicht der Medizinethik - E. Langmann/A. Frewer: Zehn Fragen zur Klinischen Ethikberatung der Zukunft. Wie wird und wie sollte Ethik in der Klinik verankert sein? – Perspektiven aus Deutschland, Österreich und der Schweiz - A. Simon: Viel erreicht, aber auch in Zukunft noch viel zu tun. Zur Entwicklung von Ethikberatung im Gesundheitswesen - K. Kobert/M. Pfäfflin: Klinische Ethik im Ev. Klinikum Bethel. Erfahrungen und Perspektiven für die Zukunft - C. Hack: Klinische Ethikberatung in der Zukunft: Netzwerke, Kooperationen und „schöneres Scheitern“ - S. Dinges/J. Wallner: Klinische Ethikberatung in Österreich. Stand der Etablierung und Zukunftsperspektiven - T. Krones/S. Monteverde: Klinische Ethik in der Schweiz: Dynamiken der Entwicklung, Akteur:innen und Desiderate für die Zukunft - A. Frewer/E. Langmann: Synopsis zur Klinischen Ethikberatung der Zukunft. Eine Zusammenfassung zu Vorhersagen und Wünschen - IV. Rezensionen - V. Dokumentation - C. Mühlhausen, D. Dettling, Zukunftsinstitut: Gesundheitswelt 2049. Ein Navigator für die Zukunft - Editorische Notiz - A. Frewer: Visiten in Gesundheitswelten der Zukunft. Anmerkungen aus Sicht der Medizinethik – Autorinnen und Autoren mit Adressen [...]

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 15 (2022)
Der ältere Mensch in der Medizin
Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

A. Frewer/S. Klotz/S. Müller/A. Sahm: „Sorgende Medizin“? Ältere Menschen im Gesundheitswesen zwischen Anpassung und Ageism - I. Schwerpunkt: Ältere Patient:innen in der Medizin. Gute Behandlung in Pandemie und Alltagspraxis? – S. Forster: Welche Kontaktbeschränkungen waren und sind angemessen? Ein internationaler Vergleich zur Situation älterer Patient:innen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie - K.-D. Neander: Quarantäne für hochaltrige Heimbewohner:innen in der Coronakrise? Eine qualitative Studie auf Basis des Konzepts Gewaltfreie Kommunikation – L. Heuberger: COVID-19-Impfung(en) für ältere Menschen – Zwischen nationaler Priorisierung und globaler Verpflichtung - S. Müller: Müssen ältere Menschen in Corona-Triage-Situationen besonders vor Diskriminierung geschützt werden? Zur Diskussion aktueller Regelungsvorschläge für Fälle in Kliniken - D. Lucas: Lastenverteilung in der Pandemie: Klinische Versorgung, Ressourcenallokation und die besonderen Herausforderungen in Bezug auf Ältere - II. Forum: Menschenrechte und Ethik für Ältere im Gesundheitswesen – Aktuelle Beiträge aus der Forschung - S. Klotz: Ältere Personen mit einer Lernschwierigkeit und das Menschenrecht auf Gesundheit. Auf dem Weg zur inklusiven Klinik? - A. Sahm/M. Zimmer: Gute Versorgung Älterer parallel zur Klinik? Strukturelle Hürden in der Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung – A. Blümlein: Die gesundheitliche Versorgung von älteren Geflüchteten auf der Grundlage menschenrechtlicher Grundsätze? Migrationsspezifische und altersbedingte Probleme - M. Sellmeyer: Umfassende Vorausplanung durch Advance Care Planning. Zur Notwendigkeit frühzeitiger Vorsorge Älterer und ethischen Implikationen von ACP-Konzepten - B. Roth: Polypharmazie bei älteren Patienten. Sind „Disease Management Programme“ ein ethisch empfehlenswertes Mittel zur Verbesserung? - T. Klie: Caring Community. Tragfähiges Leitbild in Zeiten demographischen Wandels und gesellschaftlicher Umbruchsituationen? - C. Emmer De Albuquerque Green: The quality of care in hospitals experienced by older people – III. Diskussion: Ältere Patient:innen in der Klinik. Fallbeispiele aus der Ethikberatung mit Kommentaren - A. Frewer/J. Mikolaj: Ältere Patient:innen in der Klinik: Kasuistiken aus der Ethikberatung - H. M. Fangerau/T. Trapp/C. Rump: Fall 1 - T. Krones: Fallkommentar 1 - N. Münch/N. Paul: Fall 2 - U. Skorsetz: Fallkommentar 2 - S. Müller/A. Sahm: Im besten Interesse älterer Patienten? Fälle aus der klinischen Praxis von vorübergehend nicht einwilligungsfähigen Kranken - T. Trapp/C. Rump/H. M. Fangerau: Rekonvaleszenzplasma als individueller Heilversuch für einen älteren Patienten mit COVID-19-Pneumonie? - N. Paul/N. Münch: Praktische Schwierigkeiten mit dem mutmaßlichen Willen. Therapiezielfindung bei Verdacht auf Suizidversuch - J. Mikolaj/S. Forster/A. Frewer: Synopsis zur Klinischen Ethikberatung. Zusammenfassung und Perspektiven - IV. Rezensionen - V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 16 (2023) **Medizin- und Pflegeethik** **in den Medien**

A. Frewer/A. Riedel/K. W. Schmidt: Was prägt Medizin- und Pflegeethik in den Medien? Zur Einführung - I. Schwerpunkt: Medizin- und Pflegeethik in den Medien – aktuelle Analysen - A. Sahm: Der Regelbruch als moralisch guter Akt? Ethisches Handeln im Gesundheitssystem am Beispiel der TV-Serie „New Amsterdam“ - E. Senck/S. L. Hansen: Solidarität in der Serie „Sløborn“. Methodologische und didaktische Überlegungen zu audiovisuellen Medien in der Public Health-Ethik - M. F. Baumann: Diversitätsbotschafter:innen, Kämpfer:innen, Cyborgs? Darstellungen von Prothesenträger:innen in den Print- und Online-Medien - S. Wilhelmy/S. Heinrich Simond/M. Grözing: Representation of Psychiatry in Video Games. The Example of Historical Electroshock Therapy - J.-O. Reichardt/O. Rauprich: Ein Ethos für die Ethik? Moralische Gebote für die medizinethische Politikberatung und Medienkommunikation - II. Forum: Mediale Rollenbilder in der ethischen Reflexion. Filme – Internet-Chats – Telemedizin - K. W. Schmidt: „Es wird gleich ein bisschen wehtun ...“ Einige Bemerkungen zu medizin- und pflegeethischen Themen in Film und Fernsehen - H. J. Wulff: Stereotypen der Krankenschwester im Film. Analysen zum Pflege-Bild in den Medien - A. Riedel: In den einschlägigen Medien systematisch unterrepräsentiert? Der neue ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Rückblick auf die nationale Dissemination und Appell für ein Mehr an Aufmerksamkeit - C. Hißnauer: Gutes Leben im Alter – trotz oder durch Pflege? Das Wechselverhältnis von medizinischer Innovation und der Zeitlichkeit eines guten Lebens im Fernsehdokumentarismus - D. Arnold-Krüger: Im Netz präventiv begleiten? Chatseelsorge und assistierter Suizid - F. Tirschmann/K. Brukamp: Ethische Kontexte von Telemedizin für Konsultationen in der neurologischen Palliativversorgung - R. Porz/R. J. Jox: Schiedsrichter oder Einwechselspieler? Zur Rolle und Haltung professioneller Medizinethik in den Medien am Beispiel der Covid-19-Pandemie - III. Diskussion: Das Medium KI und die Medizinethik. Fallbeispiele aus der (inter)nationalen Praxis - A. Frewer/K. W. Schmidt/A. Riedel: Die Zukunft der Klinischen Ethikberatung? Das „KI-Ethik-Experiment“ - Fallgeschichte 1: Mukoviszidose und (Be-)Handlungsänderung - Kommentar 1: N.N. [Anonymus/ChatGPT] - Kommentar 2: A. Sahm – K. W. Schmidt, A. Frewer, A. Riedel: Notaufnahmen im Film: Garant für ethisch brisante Fälle - Fallgeschichte 2: Operation und Medien bei einem parasitären Zwilling - Kommentar 1: N.N. [Anonymus/ChatGPT] - Kommentar 2: S. Müller – A. Frewer: „Indische Gottheit“ als „deutscher Presse-Star“? Ethikberatung in einem Fall globaler Medien-Allokation - Fallgeschichte 3: Kann KI Ethikberatung im Gesundheitswesen ersetzen? - Kommentar 1: N.N. [Anonymus/ChatGPT] - Kommentar 2: J. Mikolaj, A. Frewer – F. Lechner: Künstliche Intelligenz – worum geht es aus technischer Sicht? – K. W. Schmidt, M. C. Hirsch: Zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz in der Ethikberatung - A. Riedel, K. W. Schmidt, J. Mikolaj, A. Frewer: Synopsis zum „KI-Ethik-Experiment“. Zusammenfassung und Perspektiven - IV. Rezensionen - V. Dokumentation

Yearbook Ethics in Clinics/Jahrbuch Ethik in der Klinik 17 (2024)
Ethical Competencies in Medicine
German and Global Perspectives

A. Frewer: Kompetenzen in Medizin und Ethik. Zur Einführung / Competencies in Medicine and Ethics. An Introduction – J. Schildmann: Ethical Competencies in Healthcare. On the Occasion of the Annual Meeting of the Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale) - I. Schwerpunkt: Moralische und ethische Kompetenzen in der Medizin - M. Kropf/M. Schmidhuber: Verständnis für Demenz schaffen: Scientific Literacy als Kompetenz und Wissenschaftskommunikation in der Medizin(ethik) - N. Weber: Künstliche Intelligenz in der Psychiatrie – Chance für mehr Kompetenz und weniger Stigma? - L. Geissner: KI-Kompetenz bei assistiertem Suizidwunsch am Lebensende – Fortschrittliche Beratung oder bedenkliche Delegation? - E. Krauel: Zur ethischen Kompetenz des gewissenhaften Forschens. Wie können wir das Risiko von Dual Use Research of Concern (DURC) vermindern? - J. Bock: Gesundheitskompetenz für das Klimakterium. Zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin - II. Forum: Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Studiengängen und Berufen - K. Kühlmeyer/T. Eichinger (Hrsg. für die „AG ethik learning“ der Akademie für Ethik in der Medizin) - K. Kühlmeyer/T. Eichinger: Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in gesundheitsbezogenen Berufen und Studiengängen: Eine Einführung in die Sektion - A. Hirsch: Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik - A. Riedel/C. Eckstein: Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums - K. Kühlmeyer/O. Rauprich: Interprofessionelles Lernen in der kompetenzorientierten Ethik-Lehre im Medizinstudium - O. Rauprich: Prinzipienorientierte Fallbesprechungen in der Lehre. Ein Werkstattbericht – C. Mandry/E.-M. Ableidinger: „Hybride Selbstlerneinheit Sozialethik“: Förderung praxisorientierter Kompetenzen durch digitale Lehr-/Lernszenarien - III. Discussion: Ethical Competency in Healthcare Around the Globe. Clinical Cases Sparking Debates in Countries and Continents - A. Frewer/E. Shamsi-Gooshki/K. Moodley/A. Reis: From the Seattle God Committee (USA) and the First Heart Transplant in Cape Town (South Africa) to Global Clinical Ethics - M. B. Portales V./J. P. Beca I.: Clinical Ethics in Chile – An Overview. From the US Case of Karen A. Quinlan to Ethics Committees - F. Bahmani/A. Parsapour/E. Shamsi-Gooshki: Hospital Ethics Committees and Clinical Ethics Support Services in Iran - A. Frewer: Clinical Ethics in Germany. The “Erlangen Baby” Case and its Impact on Institutionalization - Dileep G/R. Mathur: Ethical Considerations around the Reuse of Cardiovascular Catheters – An Indian Perspective - H. Hubenko: Obstetric Violence and Disrespectful Treatment in the Context of the Reproductive Health System with a Focus on Childbirth. The Case of Ukraine - Y. Ma/J.-B. Nie: The Case of “A Devil Doctor” in China. Corruption and Limits of Medical Supervisory Mechanisms. Impulse for Clinical Ethics - R. Malpani/A. Reis/E. Shamsi-Gooshki/A. Frewer: Global Clinical Ethics and Artificial Intelligence. Future Perspectives - IV. Rezensionen – V. Dokumentation

Jahrbuch Ethik in der Klinik / Yearbook Ethics in Clinics 2025

„Medizin als Profession“ / “Medicine as Profession”

Hinweise für Autor:innen / Instructions for Authors

1. Allgemeine Angaben

Das Jahrbuch Ethik in der Klinik veröffentlicht Originalartikel, Essays, Fallstudien, Diskussionsbeiträge, Rezensionen und Quellentexte. Alle Aufsätze werden begutachtet, Originalbeiträge einem Peer Review-Verfahren unterzogen.

Manuskripte können bei der Redaktion des *Jahrbuch Ethik in der Klinik* eingereicht werden. Bitte senden Sie Ihre Dateien an:

Professur für Ethik in der Medizin
Redaktion Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK)
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Schillerstraße 25, 91054 Erlangen
E-Mail: andreas.frewer@fau.de

Manuskripte können in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Die Texte sollen bis zum 1. Februar 2025 eingereicht werden.

2. Gestaltung der Manuskripte

- Originalbeiträge sollten nicht mehr als 40.000 Zeichen umfassen. Bei Rezensionen sollte der Umfang 12.000 Zeichen, bei Essays und Forumsbeiträgen 20.000 Zeichen nicht überschreiten. Alle Angaben schließen Leerzeichen ein.
- Die erste Seite sollte die folgenden Elemente enthalten: 1. Namen aller Autor:innen, 2. kurzer, klarer Haupttitel und Untertitel der Arbeit in deutscher und englischer Sprache (bitte unbedingt angeben!), 3. eine detaillierte Korrespondenzadresse einschließlich E-Mail sowie die Adressen aller Mitautor:innen.
- Hinweise auf Förderungen, Danksagungen und mögliche Interessenkonflikte sind an das Ende der Arbeit vor die Literaturangaben zu stellen.
- Die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit unterliegt der Verantwortung der Autor:innen. Bitte achten Sie auf eine gendergerechte Sprache.

- Im Manuskript sollten nach Möglichkeit Gliederungen auf zwei Ebenen beschränkt und wie folgt durchnummeriert werden: 1., 1.1., 1.2., 2. usw.
- Das Manuskript sollte in möglichst einfacher Formatierung als Word-Datei eingereicht werden. Weder Formatvorlagen noch spezifische Formatierungen sollten verwendet werden. Es genügt, Hauptüberschriften und Zwischenüberschriften fett hervorzuheben. Hervorhebungen im Text können *kursiv* erfolgen.

3. Literaturangaben

- Das Literaturverzeichnis sollte in der Regel nicht mehr als 30 Nachweise umfassen. Cave: Es werden nur die im Text zitierten Arbeiten aufgeführt.
- Die Angaben sind nach dem ersten Autor:innennamen alphabetisch und chronologisch (2005), (2006) ... anzuordnen. Bitte auf Vollständigkeit achten!
- In den Fußnoten erfolgen die Literaturnachweise mit Kurzangaben – z.B. „Siehe Frewer/Fahr (2007)“ oder bei der Nennung von Seitenzahlen „Vgl. Meyers (2008), S. 45“. Bitte keine Seitenangaben mit „f.“ oder „ff.“!
- Die ausführlichen Literaturnachweise erfolgen im Literaturverzeichnis, das mit „Literatur“ zu überschreiben ist.
- Zeitschriftenbeiträge, Sammelwerke und Monografien werden in der folgenden Weise zitiert:

Zeitschriftenbeitrag

Kettner, M. (2005): Ethik-Komitees. Ihre Organisationsformen und ihr moralischer Anspruch. In: Erwägen – Wissen – Ethik 16, 1 (2005), S. 3-16.

Artikel aus Sammelbänden

Marckmann, G. (2007): Einführung eines klinischen Ethik-Komitees (KEK). In: Napiwotzky/Student (2007), S. 134-147.

Der ausführliche Nachweis des Sammelbandes erfolgt als eigenständiger Eintrag in das Literaturverzeichnis. Die obige Angabe ist also an entsprechender Stelle zu ergänzen mit:

Napiwotzky, A./Student, J.-C. (Hrsg.) (2007): Was braucht der Mensch am Lebensende? Ethisches Handeln und medizinische Machbarkeit. Stuttgart.

Monografie

Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. 8. Auflage. New York, Oxford.

4. Jahrbuch Ethik in der Klinik / Yearbook 18 (2025) – Call for Papers „Medizin als Profession“ / “Medicine as Profession”

Das JEK 2025 beschäftigt sich – auch anlässlich der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2023 in Tübingen – mit dem Themenfeld „Medizin als Profession“ / “Medicine as Profession”. Zur Publikation können innovative Beiträge eingereicht werden, die folgende ethische Fragen in Klinik und Gesundheitswesen bearbeiten:

- Professionsfragen in Medizin, Pflege und Gesundheitswesen
- Rollenmodelle für Professionen in der Medizin/Ethik
- Entwicklung und Ethik der Medizin als Profession
- Ethik-Kompetenz im ärztlichen und Pflege-Beruf
- Professionalisierung der Klinischen Ethikberatung?
- Künstliche Intelligenz als Gefahr für die Profession?
- Kommerzialisierung des medizinischen Berufsfelds?
- Deprofessionalisierung der Moraltheorie in der Medizin?
- Technologische und soziale Aspekte von Professionsdiskursen
- Ethik der Spezialisierung und Professionalisierung im Kliniksystem

Spezielles Fallforum: *Professionelle Ethikberatung in der klinischen Praxis*

Allgemeiner Hinweis: *Wenn Sie ein thematisch relevantes, neues Fachbuch (2023-2025) rezensieren wollen, ist dies sehr willkommen – bitte kontaktieren Sie die Herausgeber:innen*

Bitte geben Sie am Ende des Beitrags an, ob für Sie in Bezug auf das bearbeitete Themenfeld Interessenkonflikte – etwa durch Förderorganisationen oder Nebentätigkeiten – bestehen (Beispiel: „Interessenkonflikte: Keine“/Sponsoring der zugrundeliegenden Forschung durch eine Pharmafirma, Patente o.ä.).

Es wird Interessent:innen, die gerne ein Manuskript einreichen möchten, sehr empfohlen, sich bei Fragen und zur Zeitplanung vor der Einreichung mit den Herausgebern des *Jahrbuch Ethik in der Klinik* direkt in Verbindung zu setzen. Weitere Informationen auch im Internet über: <https://www.igem-ethik.med.fau.de/ethik/buechertisch/wissenschaftliche-fachbuchreihen/ethik-in-der-klinik/>

Im Kontext ist das Erscheinen als „Schwarz-“ oder „Weißbuch“ möglich.

Table of Contents

Editorial

Andreas Frewer

Kompetenzen in Medizin und Ethik. Zur Einführung 9

Competencies in Medicine and Ethics. An Introduction 19

Jan Schildmann

Ethical Competencies in Healthcare. On the Occasion of the Annual
Meeting of the Academy for Ethics in Medicine 2023 in Halle (Saale) 29

I. Focus: Moral and Ethical Competencies in Medicine 33

Mario Kropf, Martina Schmidhuber

Promoting Understanding of Dementia: Science Communication
in Medicine (Medical Ethics) and Scientific Literacy as a Competence..... 35

Nina Weber

Artificial Intelligence in Psychiatry –
Chance for More Competence and Less Stigmatization? 57

Laura Geissner

AI Competence in Assisted Suicide at the End of Life –
Progressive Counseling or Questionable Delegation? 75

Elisabeth Krauel

The Ethical Competence of Conscientious Research
Minimizing the Risk of Dual Use Research of Concern (DURC)? 97

Judith Ellen Bock

Health Literacy for the Climacteric
On Gender Justice in Medicine 117

**II. Forum: Competency-Oriented Ethics Teaching
in Health-Related Programs and Professions 147**

Katja Kühlmeyer, Tobias Eichinger (Eds.)
(for the Working Group “ethik learning”
of the “Academy for Ethics in Medicine”)

Katja Kühlmeyer, Tobias Eichinger

Competency-Oriented Ethics Teaching in Health-Related Professions
and Degree Programs: An Introduction to the Section 149

Anna Hirsch

Philosophical-Conceptual Competencies and Their Contribution
to Medical Ethics 159

Annette Riedel, Claudia Eckstein

The Importance of the Skillslab as Learning Chance for the Development
of Ethical Competence of Undergraduate Nursing Students 177

Katja Kühlmeyer, Oliver Rauprich

Interprofessional Learning in Competency-Oriented
Ethics Teaching in Medical Studies 199

Oliver Rauprich

Principle-Oriented Case Discussions in Teaching
A Workshop Report 223

Christof Mandry, Eva-Maria Ableidinger

“Hybrid Self-Learning Unit Social Ethics”:
Promotion of Practice-Oriented Competences
with Digital Teaching/Learning Scenarios 241

III. Discussion: Ethical Competence in Healthcare Around the Globe
Clinical Cases Sparking Debates in Countries and Continents253

Andreas Frewer, Ehsan Shamsi-Gooshki, Keymanthri Moodley, Andreas Reis
From the Seattle God Committee (USA) and the First Heart Transplant
in Cape Town (South Africa) to Global Clinical Ethics 255

María Bernardita Portales V., Juan Pablo Beca I.
Clinical Ethics in Chile (South America) – An Overview
From the US Case of Karen A. Quinlan to Ethics Committees 269

Fatemeh Bahmani, Alireza Parsapour, Ehsan Shamsi-Gooshki
Clinical Ethics Support Services in Iran
Case and Concepts 275

Andreas Frewer
Clinical Ethics in Germany
The “Erlangen Baby” Case and its Impact on Institutionalization 281

Dileep G, Roli Mathur
Ethical Considerations around the Reuse of Cardiovascular Catheters –
An Indian Case Study and Perspective 289

Hanna Hubenko
Obstetric Violence and Disrespectful Treatment in the Context
of the Reproductive Health System with a Focus on Childbirth
The Case of Ukraine 299

Yonghui Ma, Jing-Bao Nie
The Case of “A Devil Doctor” in China. Corruption and Limits
of Medical Supervisory Mechanisms. Impulse for Clinical Ethics 307

Rohit Malpani, Andreas Reis, Ehsan Shamsi-Gooshki, Andreas Frewer
Global Clinical Ethics and Artificial Intelligence
Future Perspectives 313

IV. Reviews..... 325

Julia Mikolaj

David Matusiewicz, Jochen A. Werner (Hrsg.) (2021):
Future Skills in Medizin und Gesundheit. Kompetenzen. Stärken. Menschen.
Mit einem Geleitwort von Martin Christian Hirsch
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 327

Annette Riedel

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW):
Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen. Empfehlung. Bern 333

and

Maria Dammayr (2023):
Zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege. Implikationen für die
Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für organisationale Ethikstrukturen/
Arbeitsgruppe WiEGe der Katholischen Privat-Universität Linz 336

Antonia Sahm, Andreas Frewer

Annika Baumeister, Carolin Schwegler, Christiane Woopen (Hrsg.) (2023):
Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt.
Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft/Studies on Health and Society 6
Springer Verlag. Berlin 339

V. Documentation 345

German Law on Autonomy Regarding Gender Designation (2024) 347

Authors with Addresses 365

Yearbook Ethics in Clinics: Contributions YEC/JEK 1-17 (2008-2024) 371

Yearbook Ethics in Clinics 2025 – Instructions for Authors (CfP) 389

Table of Contents – Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache 393

Yearbook Ethics in Clinics

Ethical Competencies in Medicine

Volume 17 with contributions by

Eva-Maria Ableidinger, Fatemeh Bahmani, Juan Pablo Beca I., Judith Bock, Claudia Eckstein, Tobias Eichinger, Andreas Frewer, Dileep G, Laura Geissner, Anna Hirsch, Hanna Hubenko, Elisabeth Krauel, Mario Kropf, Katja Kühlmeyer, Yonghui Ma, Rohit Malpani, Christof Mandry, Roli Mathur, Julia Mikolaj, Keymanthri Moodley, Jing-Bao Nie, Alireza Parsapour, María Bernardita Portales V., Oliver Rauprich, Andreas Reis, Annette Riedel, Antonia Sahm, Jan Schildmann, Martina Schmidhuber, Ehsan Shamsi-Gooshki and Nina Weber

Edited by

Andreas Frewer, Erlangen-Nürnberg (Medical Ethics, History of Medicine)

Scientific Board

Florian Bruns, Dresden (History of Medicine, Medical Ethics)

Alena M. Buyx, Munich (Medical Ethics, Philosophy)

Tanja Krones, Zurich (Bioethics, Sociology)

Georg Marckmann, Munich (Medical Ethics, Healthcare Economics)

Martin Mattulat, Goettingen (Neurology, Medical Ethics)

Marianne Rabe, Berlin (Nursing, Medical Ethics)

Kurt W. Schmidt, Frankfurt/M. (Theology, Medical Ethics)

Yearbook Ethics in Clinics (YEC)

- I. Main Focus
- II. Forum
- III. Discussion
- IV. Reviews
- V. Documentation