

16 Organisationsethik: Methodische Grundlagen für Einrichtungen im Gesundheitswesen

Jürgen Wallner

16.1 Organisationsethische Entscheidungssituationen

Medizinethisch relevante Entscheidungen im Gesundheitswesen erfolgen augenscheinlich auf einer personalen Ebene von Patient und Arzt bzw. unter Einbeziehung von Vertrauenspersonen des Patienten und Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe, wie das folgende Beispiel zeigt.

Krankenhaus-Entlassung mit PEG-Sonde

Eine 84-jährige Patientin wurde in schlechtem Allgemeinzustand per Rettung von zu Hause im Krankenhaus aufgenommen. Dort stellte man eine Pneumonie fest, die mittels Antibiose eingedämmt werden konnte. Zusätzlich hatte die Patientin eine Schluckstörung, die ursächlich mit ihrer fortschreitenden Demenz und einem zu Hause womöglich zunächst unbemerkten Insult zusammenhing. Während des Krankenhausaufenthalts begann eine Logo- und Ergotherapie, um das Schluckverhalten und damit die Nahrungsaufnahme zu verbessern. Nachdem die Pneumonie innerhalb einer Woche abgeklungen war, wollte der zuständige Arzt die Patientin aus dem Krankenhaus entlassen. Eine Pflegefachkraft und die hinzugezogene Sozialarbeiterin gaben zu bedenken, dass die Patientin bei einer Entlassung nach Hause bald wieder im Krankenhaus sein werde. Daraufhin wurde die Option eines Transfers in ein stationäres Pflegeheim erwogen. Um dort schnellstmöglichen einen Platz zu erhalten, wäre die Versorgung der Patientin mit einer PEG-Sonde vorteilhaft, meinte der Arzt. Indiziert sei sie aufgrund der Schluckstörung ohnehin; man solle sich um die Einwilligung der Patientin kümmern, da die gerichtliche Bestellung eines Betreuers den Krankenhausaufenthalt weiter unnötig verlängere.

Diese kurze Fallvignette böte genügend Anknüpfungspunkte für eine Beurteilung aus Perspektive der klinischen Ethik – also auf der personalen Ebene der involvierten Personen im konkreten Fall. Die Entscheidung über die Versorgung der Patientin mittels PEG-Sonde wird jedoch in einem organisationalen Kontext getroffen. Der skizzierte Fall offenbart eine Reihe von kontextuellen Zusammenhängen, die der individuellen Entscheidung zugrunde liegen bzw. diese beeinflussen, nämlich:

- *klinische* Entscheidungszusammenhänge, z.B. fehlende oder nicht praktizierte Mechanismen der strukturierten Einbindung von Angehörigen in die Entscheidungsfindung (etwa über eine ethische Fallbesprechung)
- *professionale* Entscheidungszusammenhänge, z.B. eine stark Arzt-geprägte Entscheidungskultur
- *betriebswirtschaftliche* Entscheidungszusammenhänge, z.B. der durch ein Pauschalens-basiertes Krankenhaus-Entgeltssystem induzierte Druck zur Liegedauerverkürzung
- *soziale* Entscheidungszusammenhänge, z.B. nicht adäquat ausgebaute integrierte Versorgungskonzepte zwischen Akut- und Langzeitversorgung

Hierbei handelt es sich um **organisationale bzw. systemische Entscheidungszusammenhänge**, die im Einzelfall klinischer Ethikberatung üblicherweise als gegebene Randbedingung der Entscheidungsfindung akzeptiert werden (müssen), dabei jedoch zu einer Wiederkehr derselben Probleme führen.

Der organisationale Kontext von individuellen Entscheidungen im Gesundheitswesen ist ethisch nicht neutral. Somit kann es keine nachhaltig erfolgreiche klinische Ethik ohne Organisationsethik geben.

So unumgänglich die Beschäftigung mit Organisationsethik für die Ethik im Gesundheitswesen ist (Glaser u. Miller 1993; Silva et al. 2008), so eindringlich muss jedoch vor einem organisationsethischen Dilettantismus gewarnt werden (Evans 2014). Praktische Berufserfahrung in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung dafür, dort Organisationsethik zu betreiben. Organisationsethik ist untrennbar verbunden mit Methoden der Organisationsberatung und -entwicklung, für die es professionelle Standards gibt. Diese unterscheiden sich wesentlich von den klassischen Methoden und Standards der klinischen Ethik.

Die organisationsethische Arbeit sollte nur unter methodisch versierter Begleitung erfolgen. Insoweit (klinische) Ethikberater über die entsprechenden organisationsentwicklerischen Kompetenzen verfügen, empfiehlt sich im Sinne eines integrierten Ethikprogramms ihre Einbeziehung in alle Organisationsentwicklungsprojekte (Untermarzoner 2013).

In diesem Sinn kann der vorliegende Beitrag lediglich ein Basisverständnis von Organisationsethik vermitteln, welches jeder Entscheidungsträger und Ethikberater in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben sollte.



16.2 Beurteilungsmaßstäbe in der Organisationsethik

16.2.1 Organisation und Organisationsethik

Für eine methodisch fundierte organisationsethische Arbeit müssen zunächst Arbeitsdefinitionen von „Organisation“ und „Organisationsethik“ zur Verfügung stehen.

Systemische Definition von Organisation

Organisation ist ein soziales System, das dauerhaft ein Ziel verfolgt, eine Struktur aufweist und durch Entscheidungen lebt (Hug 2009; Boos u. Mitterer 2014).

Speziell Krankenhäuser zählen zu den äußerst komplexen Organisationen. Entscheidungen in **komplexen Systemen** sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sehr unterschiedlicher Natur und ihre Resultate nur schwer vorhersehbar sind (Boos u. Mitterer 2014).

Vielfalt organisationsethischer Arbeit

Organisationsethische Arbeit im Krankenhaus hat es z.B. mit so unterschiedlichen Fragestellungen wie der Entwicklung von Standards für ein einheitliches präoperatives Aufklärungsgespräch von Anästhesie und Chirurgie oder der Vermittlung von Leitbildern in Führungskräfteprogrammen zu tun.

Die Komplexität von organisationalen Entscheidungen drückt sich auch dadurch aus, dass Organisationen nie losgelöst von ihren **Umwelten** begriffen werden können. Die Umwelten sind, wie die eigene Organisation, in permanenter Veränderung und beeinflussen damit die eigenen Entscheidungen. Ein wichtiger Schritt organisationsethischer Arbeit besteht deshalb darin, die für eine Fragestellung systemrelevanten Umwelten zu identifizieren und ihre Entscheidungsprogramme (Motive, Zielsetzungen, Maßstäbe etc.) zu analysieren.

Systemrelevante Umwelten (Stakeholder) einer Organisation

Die für die Entscheidungsfindung im Eingangsfall systemrelevanten Umwelten könnten z.B. sein: Patientin, ärztlicher Dienst im Krankenhaus, Pflegedienst, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeit, häusliches Umfeld, Pflegeheim, mobile Hauskrankenpflege, Hausarzt, Rettungsdienst, Krankenversicherung, Krankenhausmanagement, Politik, Medien.

Aufgrund der komplexen Aufgaben muss sich Organisationsethik von der Vorstellung linearer, kausaler, gezielter Steuerung des Systems verabschieden. Eine davon differenzierte, **systemische Sichtweise von Organisation** arbeitet mit folgenden Grundannahmen (Königswieser u. Hillebrand 2011):

- Organisationen führen ein Eigenleben, das sich nicht auf die handelnden Personen reduzieren lässt. Daher sind sie nicht direkt beeinflussbar und nicht gänzlich durchschaubar.
- Organisationen befinden sich in permanenter Veränderung. Diese wird über Kommunikation vermittelt, welche nicht nur formale Struktur- und Prozess-

anweisungen, sondern z.B. auch erinnerte Geschichten über die Zielsetzung der Organisation transportiert.

- ▣ Das Selbstverständnis der Organisation verdichtet sich in Leitbildern, Aufbau- und Ablauforganisationen und Personalentscheidungen, die innerhalb der Organisation Sicherheit und Stabilität vermitteln sollen, gleichzeitig aber die Anpassung an veränderte Umweltbedingungen erschweren.

Auf Basis dieses Organisationsverständnisses kann im Sinn eines integrativen Ethikkonzepts (Wallner 2013) folgende kurze Arbeitsdefinition von „Organisationsethik“ gegeben werden:

Organisationsethik

[...] behandelt Fragestellungen des *Rechten* (Was soll eine Organisation tun?), des *Guten* (Wonach strebt eine Organisation?) und des *Charakters* (Durch welche Kultur zeichnet sich eine Organisation aus?).

16.2.2 Entscheidungsprämissen als organisationsethische Ansatzpunkte

Trotz der Komplexität muss eine Organisation entscheidungsfähig bleiben, um zu überleben.

„Was nicht zu einer Entscheidung wird, ist im Kontext der Organisation uninteressant („Umweltrauschen““ (Boos u. Mitterer 2014).

Eine Organisation und die darin Handelnden wären allerdings völlig überfordert, wenn sie für jede Entscheidungssituation neue Bewertungsmaßstäbe und Abläufe entwickeln müssten. Daher etablieren sich sogenannte Entscheidungsprämissen.

Entscheidungsprämissen

[...] sind Meta-Entscheidungen, die zahlreichen anderen Entscheidungen zugrunde liegen und diese beeinflussen (Boos u. Mitterer 2014).

Da klinische, professionelle, betriebswirtschaftliche und soziale Entscheidungen zu einzelnen Fragestellungen über Entscheidungsprämissen organisational gelenkt werden, müssen diese Prämissen der Ansatzpunkt der Organisationsethik sein. Dabei sind es v.a. vier Typen solcher Entscheidungsprämissen, die für die organisationsethische Arbeit relevant sind:

1. Programme
2. Strukturen/Prozesse
3. Personen
4. Kultur

Ad 1. Programme geben Grund (Leitbild, Mission), Ziel (Vision) und Richtung (Strategie) einer Organisation an (Bleicher 2004). Programmmentscheidungen sind Wertentscheidungen und betreffen damit v.a. die ethische Dimension des Guten. Die Stakeholder einer Organisation beurteilen die Integrität der Organisation u.a. durch einen Vergleich der deklarierten Programme mit den tatsächlichen Entscheidungen, die der Organisation zugerechnet werden. Würde sich z.B. das Krankenhaus im Eingangs-



beispiel als „geriatriisches Spital“ bezeichnen, so könnte die geschilderte Vorgehensweise bei der konkreten Patientin als Wertewiderspruch beurteilt werden.

Ad 2. Strukturen und Prozesse formen Aufbau und Ablauf von Entscheidungen in der Organisation. Sie entscheiden über Macht, Verantwortung und Freiheit innerhalb von Entscheidungsprozessen und betreffen damit v. a. die ethische Dimension des Rechts (French 1979). Ethisch relevante Prinzipien bei der Gestaltung von Strukturen und Prozessen sind z.B. Klarheit, Subsidiarität, Kompetenz, Partizipation oder Transparenz – oftmals unter dem Begriff „Fairness“ zusammengefasst. Bestünde etwa im Eingangsbeispiel eine institutionalisierte (d. h. in regelhaften Strukturen und Prozesse gestaltete) ethische Fallberatung, so könnte die Entscheidungsfindung mit ihrer Hilfe erfolgen. Die Effektivität der Ethikberatung hängt aber wiederum nicht bloß vom Vorhandensein entsprechender Strukturen ab, sondern wird maßgeblich von den drei anderen Entscheidungsprämissen beeinflusst (z. B. davon, ob Ethikberatung auch zum Programm des Krankenhauses gehört und professionell operationalisiert wird).

Ad 3. Personen müssen aus organisationsethischer Perspektive insofern in den Blick genommen werden, als sie innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen Entscheidungen treffen und die Möglichkeit haben, an den Entscheidungsprämissen zu arbeiten. Dabei kommt v. a. die ethische Dimension des Charakters zum Tragen. Zu einer Ethik der Personalführung zählen an erster Stelle die Wertearbeit mit dem Management und eine entsprechende Führungskräfteentwicklung (Rüegg-Stürm 2009). Der organisationsethische Aspekt ist darin zu sehen, dass es nicht ausreicht, individuelle Coachings durchzuführen oder *über* Ethik und Werte zu reden. Vielmehr bedarf es systemischer, organisationsentwicklerischer Interventionen, die nicht nur an Individuen, sondern auch an Programmen und Strukturen/Prozessen ansetzen. Eine solche Intervention zum Eingangsbeispiel könnte z. B. ein Workshop zum Problemfeld „komplexe Krankenhausentlassungen“ sein, an dem Vertreter des Managements und der klinisch Tätigen teilnehmen, um die Entscheidungsprämissen gemeinsam kritisch zu analysieren und gegebenenfalls eine Policy-Entwicklung zu starten.

Ad 4. Kultur ist ein besonderer Typ von Entscheidungsprämissen. Sie wirkt auf die anderen drei Typen ein und wird umgekehrt von diesen geformt. Die Organisationskultur (sozusagen der „Charakter“ einer Organisation) kann nicht direkt gestaltet, sondern nur über Interventionen in Programmen, Strukturen/Prozessen oder Personen beeinflusst werden. Die Organisationskultur lässt sich zunächst an den „Artefakten“ (Schein 2004) erahnen: Architektur, Sprache, Design etc. einer Einrichtung. Ihr Bedeutungsgehalt ist ambivalent und muss mit Hilfe deklarierter Werte interpretiert werden. Solche Werte finden sich in Leitbildern, Strategien, Ethik-Kodizes, Geschäftsordnungen, Patientenbroschüren etc. Das Verständnis dieser Werte hängt wiederum von Basisannahmen zum Welt- und Menschenbild ab, die sich von Person zu Person oder Organisation zu Organisation unterscheiden können. Organisationsethisches relevante Probleme entstehen dort, wo Artefakte (Was ist zu sehen? Was wird getan?), deklarierte Werte (Wie sollte es sein?) und Basisannahmen (Vor welchem Hintergrund beurteilen wir das?) nicht zusammenpassen bzw. in Spannung oder Widerspruch zueinander stehen. Je nach konkretem Spannungsfeld kann man dann z. B. von einem Problem der Konfliktkultur, Fehlerkultur oder Ethikkultur (McDaniel 1997) sprechen.

16.3 Vorgehen bei der organisationsethischen Entscheidungsfindung

Die organisationsethische Arbeit und Entscheidungsfindung kann auf zwei Ebenen erfolgen: Zum einen kann und muss es das Ziel sein, an den Entscheidungsprämissen zu arbeiten, um eine systemische Wirkung über den Einzelfall hinaus zu entfalten. Zum anderen kann eine organisationsethisch relevante Entscheidungsfindung innerhalb feststehender Entscheidungsprämissen erfolgen. Beide Ebenen werden im Folgenden beschrieben.

16.3.1 Methodik organisationsethischer Arbeit an den Entscheidungsprämissen

Organisationsethik zielt auf die verantwortungsbewusste Gestaltung der organisationalen Entscheidungsprämissen (Programme, Strukturen/Prozesse, Personen, Kultur) ab. Der Kern organisationsethischer Arbeit an den Entscheidungsprämissen besteht in Organisationsentwicklung.

Organisationsentwicklung

[...] ist ein Prozess des geplanten Wandels von Organisationen hinsichtlich ihrer Entscheidungsprämissen. Ihr Ziel ist es, die Problemlösungs-, Entscheidungs-, Strukturierungs- und Erneuerungskompetenzen einer Organisation zu verbessern oder zu stärken (Hug 2009).

Die organisationsethische Arbeit an den Entscheidungsprämissen folgt dem Modell einer **systemischen Schleife** (Königswieser u. Hillebrand 2011; Boos u. Mitterer 2014): Sie besteht aus folgenden Schritten, die in einem Prozess immer wieder durchgegangen werden, um so zu einem besseren Verstehen und zu wirksamen Interventionsansätzen zu kommen.

1. Klärung der Fragestellung
 2. Informationen zur Fragestellung bzw. Intervention sammeln
 3. Hypothesen zu den Wirkmechanismen der Fragestellung bzw. Intervention bilden
 4. Stoßrichtung für organisationsethische Intervention entscheiden
 5. Organisationsethische Intervention setzen
 6. Reaktionen auf die Intervention analysieren und in der Schleife mit Schritt 2 fortsetzen
- ☉ Eine Besonderheit der systemischen Herangehensweise an die organisationsethische Fragestellung ist das bewusste Arbeiten mit **Hypothesen** zu den Wirkmechanismen, die hinter der Fragestellung (beim ersten Durchgang der Schleife) bzw. hinter der gesetzten Intervention (ab dem zweiten Durchgang der Schleife) stecken. Die Rede von Hypothesen macht deutlich, dass der geschilderte Sachverhalt vom Zuhörer (z.B. Ethikberater) konstruiert wird, und zwar auf Basis seiner Vorerfahrungen und Denkmuster. Die Arbeit mit Hypothesen soll dabei helfen, unterschiedliche Perspektiven auf die Fragestellung einzunehmen, eigene Muster aufzubrechen und damit die Selbstreflexion zu fördern.

Auf Basis der gebildeten Hypothesen wird sodann die **Stoßrichtung** einer organisationsethischen Intervention entschieden (Boos u. Mitterer 2014).



Entscheidung über die Stoßrichtung einer organisationsethischen Intervention

Wenn die Hypothese im Eingangsbeispiel z.B. lautet, dass die Entscheidungsfindung durch unausgesprochene Ressentiments zwischen leitendem Arzt und betreuender Pflegefachkraft erschwert wird, so könnte die Stoßrichtung eine *Beziehungsintervention* auf Ebene der beteiligten Personen sein. Würde hingegen die Hypothese formuliert, dass die von den Beteiligten als suboptimal empfundene Entscheidungsfindung auf nicht klargestellten Kompetenzbereichen von ärztlichem Dienst, Pflegedienst, Logopädie etc. beruht, so böte sich als Stoßrichtung eine *Rollenintervention* auf der Strukturebene (Stellenbeschreibungen) an. Ginge man wiederum davon aus, dass das fragwürdige Resultat nur Folge eines nicht stringent geregelten klinischen Entscheidungsprozesses ist, so müsste man als Stoßrichtung eine *Prozessintervention* auf der Ablaufebene überlegen. Besteht hingegen die Hypothese, dass die Entscheidungsfindung als so mühsam wahrgenommen wird, weil die Frage der Zusammenarbeit zwischen Langzeitpflege- bzw. Heimpflegebereich und Krankenhaus (und dort wiederum zwischen klinischem Bereich und Management) Spannungen und Widersprüche erzeugt, so wäre als Stoßrichtung eine *Reflexionsintervention* anzudenken, welche die Beziehung der verschiedenen Systeme (und weiterer Stakeholder) zum Gegenstand hat.

Bei hypothesengeleiteten Interventionen zur Veränderung der Entscheidungsprämissen handelt es sich in der Regel um ein formales Projekt, welches eine klare Architektur verlangt, um in der Organisation wirksam zu sein. Für eine genauere Auseinandersetzung mit der Planung solcher Interventionen muss auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen werden (Königswieser u. Exner 2008).

16.3.2 Methodik organisationsethischer Entscheidungsfindung innerhalb von Entscheidungsprämissen

Innerhalb von feststehenden Entscheidungsprämissen können organisationsethische Fragestellungen in Analogie zu einer Fallberatung der klinischen Ethik bearbeitet werden. Hierzu bietet sich die „ISSUES“-Methodik an, welche im Rahmen des integrierten Ethikprogramms der U.S. Veterans Health Administration (Fox et al. 2007) entwickelt und vom Ethikprogramm der kanadischen Hamilton Health Sciences (HHS 2010) adaptiert wurde. „ISSUES“ steht hierbei für:

1. Identify
2. Study
3. Select
4. Understand/Undertake
5. Evaluate & Adjust/Justify
6. Sustain & Spread/Review

Ad 1. Identifikation. Ein organisationsethisches Problem äußert sich häufig in einem zunächst diffusen Unbehagen, dass „die Dinge“ nicht so laufen, wie sie sollten. Um das Problem als *organisationsethisches* zu identifizieren, muss festgestellt werden, ob es einen Konflikt, eine Unklarheit oder eine Diskrepanz hinsichtlich von

- Normen, Verfahrensweisungen, Standards (ethischer Aspekt des Rechten)
- Leitbildern, Zielsetzungen, Strategien (ethischer Aspekt des Guten)
- Kommunikations-, Konflikt-, Fehler-, Ethik- und anderen Aspekten der Organisationskultur (ethischer Aspekt des Charakters) gibt.

Beispiel „Komplexe Krankenhausentlassungen“

Wenn ein Krankenhaus z.B. keine adäquate Verfahrensanweisung für die Vorgehensweise bei komplexen Krankenhausentlassungen (Schlaret 2014) hat, kann dies für Mitarbeiter eine organisationsethisch relevante Unklarheit oder einen Konflikt erzeugen.

Ad 2. Analyse. Bei der Analyse des Problems können folgende Fragen hilfreich sein:

- Wo beginnt und wo endet das Problem aus prozessualer Sicht?
- Wie sehen die derzeitigen Verfahrensschritte zum Umgang mit dem Problem aus?
- Wer ist auf welche Weise direkt in diesen Ablauf involviert?
- Wer sonst ist von diesem Problem direkt oder indirekt betroffen (Stakeholder), und in welcher Weise?
- Geht jeder in der gleichen Weise mit dem Problem um, oder gibt es unterschiedliche Strategien innerhalb der Organisation?
- Gibt es (innerhalb oder außerhalb der Organisation) Standards für den Umgang mit dem Problem?
- Wie wirksam sind diese Standards?
- Gibt es informelle Standards (ungeschriebene Regeln) zum Umgang mit dem Problem? Stehen diese etwaigen formalen Standards entgegen?
- Welche Auswirkungen hat die derzeitige Problembewältigung im Alltag?

Ad 3. Optionen benennen. Der dritte Schritt besteht darin, Optionen zu benennen, die das Problem bewältigen helfen. Dazu müssen zunächst die Ursachen des organisationsethischen Problems genauer analysiert werden. Optionen lassen sich in schwächere Interventionen (z.B. Schulung), mittelstarke Interventionen (z.B. Policy-Entwicklung) und starken Interventionen (z.B. Change Management Projekte) einteilen.

Policy-Entwicklung als organisationsethische Intervention

Eine auch für klinische Ethikkomitees vertraute Art der Intervention ist die Policy-Entwicklung zu Fragestellungen der klinischen Ethik (z.B. Verzicht auf Reanimation). Bislang wurde die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung solcher Policies noch zu wenig systemisch gesehen – mit der Konsequenz mangelnder Qualität und Effektivität. Daher mehren sich die Stimmen, die sich für eine professionelle Policy-Arbeit aussprechen (Frolic et al. 2012).

Ad 4. Beurteilung. Die erarbeiteten Optionen sind vor dem Hintergrund der Mission, Strategie und Werte der konkreten Organisation zu beurteilen (Kotalik et al. 2014). Neben spezifischen Organisationswerten, die sich z.B. in Leitbildern, Ethik-Kodizes oder Compliance-Regelwerken finden, sind folgende allgemeine Fragen für die Beurteilung der Optionen hilfreich:

- Welche Risiken, Belastungen, Schäden sind mit der jeweiligen Option für verschiedene Stakeholder verbunden?
- Worin besteht der spezifische Nutzen der jeweiligen Option für die verschiedenen Stakeholder?
- Welche Auswirkungen würde die jeweilige Option auf die Zielsetzung der Organisation und ihre Umwelten (v.a. Patienten/Bewohner, Mitarbeiter) haben?
- Durch welche organisationalen, professionalen, allgemeinen Pflichten und Werte wird die jeweilige Option unterstützt?



- Welche Auswirkungen hätte es, wenn man eine bestimmte Option (für die Branche, andere Teilorganisationen, die Berufsgruppe etc.) verallgemeinern würde? Lassen sich sachliche Gründe anführen, keine Verallgemeinerung durchzuführen?
- Wurde etwas Ähnliches schon einmal versucht? Mit welchem Resultat?
- Inwieweit sind die Stakeholder, die für die Umsetzung der Option notwendig sind, in der Lage und bereit, sie zu implementieren?
- Kann die Option mit einem verhältnismäßigen Ressourcenaufwand (Personal-, Sachmittel-, Geldeinsatz) umgesetzt werden?

Im Sinn des Verhältnismäßigkeitsprinzips ist jene Option zu wählen, die für ein gerechtfertigtes Ziel den besten Outcome verspricht, dabei einen schonenden Ausgleich mit konkurrierenden Pflichten und Werten der Organisation erfüllt und die geringstmögliche Interventionsstärke aufweist.

Das *gerechtfertigte Ziel* ergibt sich aus Mission, Vision und Strategie der Organisation. In einer gemeinnützigen Einrichtung des Gesundheitswesens hat dieses Ziel in der Regel stets (auch) die gemeinwohlbasierte Patienten- bzw. Bewohnerperspektive zum Inhalt. Der *schonende Ausgleich* mit konkurrierenden Pflichten und Werten könnte z. B. betriebswirtschaftliche Pflichten zum Erhalt des wirtschaftlichen Unternehmenswerts betreffen, aber auch soziale Pflichten im Rahmen eines allgemeinen Versorgungsauftrags, welche mit Pflichten gegenüber einer konkreten Patientin in Spannung stehen. Schonend ist der Ausgleich dann, wenn Maximalziele von Seiten aller Stakeholder solange modifiziert werden, bis alle Interessen nebeneinander existieren können, ohne ihre (persönliche, professionelle, moralische, wirtschaftliche) Integrität verloren zu haben. Die Forderung nach der *geringstmöglichen Interventionsstärke* lässt sich mit ethischen (z. B. Schutz vor übermäßigen Eingriffen) und pragmatischen (z. B. Ressourcenaufwand) Argumenten begründen.

Ad 5. **Evaluieren.** Dem Gedanken eines kontinuierlichen Lern- und Verbesserungsprozesses folgend, gilt es, die getroffene Entscheidung zu evaluieren:

- Wurde die Option wie geplant umgesetzt? Wenn nein, inwiefern und warum nicht?
- Wie effektiv und effizient war der Entscheidungsprozess?
- Inwieweit hat die gewählte Option zur gewünschten Verbesserung geführt?
- Hat die Umsetzung zu erwünschten oder unerwünschten Nebenwirkungen geführt?
- Gibt es neuere Informationen, die zu einer Adaptierung des Umsetzungsplans führen müssten?
- Was wurde von den Stakeholdern aus dem Problem und seiner Bearbeitung gelernt?

Ad 6. **Stabilisieren.** Nachdem feststeht, dass eine gewählte Option initial erfolgreich war, müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um diese Verbesserung zu stabilisieren. Dazu bedarf es klarer Verantwortlichkeiten in den Rollen involvierter Stakeholder und einer Institutionalisierung der Bewältigungsstrategie in den Strukturen und Abläufen der Organisation.

Verankerung von Verantwortung in Rollen

Es muss z.B. durch eine Verankerung von Verantwortung in Rollen (Stellenbeschreibungen) gewährleistet sein, dass erarbeitete Standards zu komplexen Krankenhausentlassungen auch dann vermittelt und eingehalten werden, wenn die Person, die ursprünglich als pflegerische Stationsleitung in die Erarbeitung der Standards involviert war, die Station wechselt.

Eine bewährte Methode, um organisationale Veränderungen zu stabilisieren, ist ihre Erprobung in einer Pilotorganisationseinheit; haben sie sich dort als wirksam erwiesen, so werden sie in den anderen Organisationseinheiten verbreitet. Dies hat den Vorteil, dass man aus den Erfahrungen der Piloteinheit lernen kann.

Praxistipps

- *Klinische Ethik ohne Organisationsethik bleibt für Einrichtungen des Gesundheitswesens längerfristig „Umweltrauschen“, d.h. ohne Relevanz.*
- *Ethikarbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens benötigt daher organisationale Kompetenz.*
- *Um diese Kompetenz aufzubauen, sollte klinische Ethikarbeit in enger Verknüpfung mit Organisationsentwicklung, Personalmanagement und anderen Managementprozessen der Gesundheitseinrichtung erfolgen.*

Literatur

- Bleicher K (2004) Das Konzept integriertes Management: Visionen, Missionen, Programme. Campus Verlag Frankfurt am M., New York
- Boos F, Mitterer G (2014) Einführung in das systemische Management. Carl-Auer Verlag Heidelberg
- Evans JH (2014) Defending the jurisdiction of the clinical ethicist. *J Clin Ethics* 25, 20–31
- Fox E, Bottrell M, Foglia MB, Stoeckle R (2007) Preventive ethics: addressing ethics quality gaps on a systems level. National Center for Ethics in Health Care, Veterans Health Administration Washington, D.C.
- French PA (1979) The corporation as a moral person. *Am Philos Q* 16: 207–215
- Frolic A, Drolet K, Bryanton K, Caron C, Cupido C, Flaherty B, Fung S, McCall L (2012) Opening the black box of ethics policy work: evaluating a covert practice. *Am J Bioeth* 12 (11), 3–15
- Glaser JW, Miller RB (1993) A paradigm shift for ethics committees and case consultation: a modest proposal. *HEC Forum* 5, 83–88
- HHS (2010) Ethics framework: overview. http://hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/CLINICAL_ETHICS/HHSEthics-Framework.pdf (abgerufen am 22. Juli 2014)
- Hug S (2009) Handeln in Organisationen – Zwischen Struktur und Kultur. In: Baumann-Hölzle R, Arn C (Hrsg.) *Ethiktransfer in Organisationen*. 17–30. Schwabe Basel
- Königswieser R, Exner A (2008) *Systemische Intervention: Architektur und Designs für Berater und Veränderungsmanager*. 9. Aufl. Schäffer-Poeschel Stuttgart
- Königswieser R, Hillebrand M (2011) *Einführung in die systemische Organisationsberatung*. 6. Aufl. Carl-Auer Verlag Heidelberg
- Kotalik J, Covino C, Doucette N, Henderson S, Langlois M, McDaid K, Pedri LM (2014) Framework for ethical decision-making based on mission, vision and values of the institution. *HEC Forum* 26, 125–133
- McDaniel C (1997) Development and psychometric properties of the ethics environment questionnaire. *Med Care* 35, 901–914
- Rüegg-Stürm J (2009) *Führungsverantwortung – Integrative Management-Ethik in Krankenhäusern*. In: Baumann-Hölzle R, Arn C (Hrsg.) *Ethiktransfer in Organisationen*. 75–100. Schwabe Basel



- Schein EH (2004) *Organizational culture and leadership*. 3rd ed. Jossey-Bass San Francisco
- Schlairet MC (2014) Complex hospital discharges: justice considered. *HEC Forum* 26, 69–78
- Silva DS, Gibson JL, Sibbald R, Connolly E, Singer PA (2008) Clinical ethicists' perspectives on organisational ethics in healthcare organisations. *J Med Ethics* 34, 320–323
- Untermarzoner D (2013) Rollen und Aufgaben interner Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Lobnig H, Grossmann R (Hrsg.) *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. 219–246. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Wallner J (2013) Rechtsethischer Anspruch und faktische Grenzen von Patientenaufklärung und Informed Consent. *Z Gespol* 1, 73–96

Georg Marckmann (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Medizin

mit Beiträgen von

C. Bausewein | J. Gather | W. Henn | I. Hirschberg | I. Ilkic | R.J. Jox | T. Krones
G. Maio | A. Manzeschke | G. Marckmann | G. Neitzke | C. Oswald | O. Rauprich
K. Reckemmer | A. Riedel | S. Rixen | F. Salomon | E.K. Schildmann | J. Schildmann
K.W. Schmidt | J. in der Schmittgen | A. Simon | D. Strech | J. Vollmann | J. Wallner
K. Wehkamp | C. Wiesemann | U. Wiesing | E. Winkler



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Herausgeber

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lessingstraße 2
80366 München

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-117-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieser Sammelband wurde mit freundlicher Unterstützung der Ludwig Sievers Stiftung gefördert.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2015

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Das Bessere ist der Feind des Guten.

Wir möchten unsere Bücher noch besser machen und in Neuauflagen Ihre Kritik nach Möglichkeit berücksichtigen.

Bitte schicken Sie Ihr Feedback (Hinweise auf mögliche Unstimmigkeiten, Anregungen zu Inhalt oder Konzept sowie Ihre allgemeine Beurteilung) an den Verlag: feedback@mwv-berlin.de. Jede Anregung, die Herausgeber und/oder Verlag für die Neuauflage nutzen, wird mit einem Büchergutschein belohnt.

Mehr: www.mwv-berlin.de/feedback.html