

Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen

JAHRESTAGUNG
28.–30. September 2023
Halle/Saale
www.aem2023.de

© HNKz, jameschipper – stock.adobe.com

AEM
Akademie für Ethik
in der Medizin



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen.....	3
Danke!.....	4
Wissenschaftlicher Beirat der Tagung.....	4
Lokales Organisationskomitee.....	5
Programmübersicht.....	6
Organisatorische Hinweise.....	7
Rahmenprogramm.....	9
Präkonferenzworkshops.....	10
Plenarveranstaltungen.....	16
Mitgliederversammlung.....	17
Abschlussveranstaltung.....	17
Parallelsitzungen 1.....	18
Posterpräsentationen.....	19
Parallelsitzungen 2.....	20
Parallelsitzungen 3.....	21
Abstracts.....	22
Vorträge.....	22
Poster.....	54
Workshops.....	75
Referent*innen und Autor*innen.....	87
Lagepläne/Raumpläne.....	88
Kontakt.....	90
Impressum.....	91

Ethische Kompetenzen im Gesundheitswesen

„Ethische Kompetenzen“ sind an vielen Stellen im Gesundheitswesen gefragt. Exemplarisch hierfür stehen die Beurteilung von Studienprotokollen unter ethischen Gesichtspunkten, die Beratung bei moralischen Fragestellungen im Rahmen der klinischen und außerklinischen Versorgung von Patient*innen oder auch die Vermittlung ethischer Inhalte in Ausbildungs- und Studiengängen für die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Gegenstand der AEM-Jahrestagung 2023 in Halle/Saale sind wissenschaftliche Untersuchungen zur Bestimmung, Vermittlung und Prüfung ethischer Kompetenzen im Gesundheitswesen. Eröffnet wird die Tagung mit einer englischsprachigen Sitzung zum Thema „Perspectives on Ethical Competency in Healthcare“ unter Mitwirkung von Dr. Mark Sheehan (Oxford) und Prof. Guy Widdershoven (Amsterdam). Die öffentliche Abendveranstaltung im historischen Löwengebäude der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg widmet sich dem Thema „Ethikgremien und ihr Beitrag zur Politikberatung“ (Teilnehmende: Prof. Reiner Anselm, München; Prof. Volker Lipp, Göttingen; Prof. Gabriele Meyer, Halle/Saale und Dr. Frank Niggemeier, Berlin).

Die Jahrestagung wird in bewährter Weise unterschiedliche Formate für den wissenschaftlichen Austausch bieten: So finden sowohl Präkonferenzworkshops statt, als auch Workshops im Rahmen der Tagung. Ergänzend zu den Plenarveranstaltungen mit ausgewiesenen Expert*innen konnten aus mehr als 80 eingereichten Beiträgen Vorträge für Parallelsitzungen sowie Posterbeiträge ausgewählt werden. Letztere werden im Rahmen einer moderierten Sitzung präsentiert. Auch in diesem Jahr wird es einen Preis für den besten wissenschaftlichen Vortrag von Nachwuchswissenschaftler*innen sowie zusätzlich für das beste Poster geben.

Die wissenschaftliche Eröffnungsveranstaltung sowie die öffentliche Podiumsdiskussion am Donnerstag finden im historischen Löwengebäude am Universitätsplatz statt. Am Freitag und Samstag finden alle Veranstaltungen auf beziehungsweise rund um den Steintor-Campus der Universität statt. Eine Änderung im Vergleich zu den Vorjahren ist die Verlegung der Mitgliederversammlung der AEM auf den Freitag. Die AEM freut sich auf eine rege Teilnahme.

Alle Informationen zur Tagung sind auf der Tagungswebsite www.aem2023.de zu finden.

Das Tagungsteam freut sich, Sie in Halle/Saale begrüßen zu dürfen, und wünscht allen Teilnehmenden eine wissenschaftlich ertragreiche Veranstaltung und einen guten Austausch.

Jan Schildmann, Henning Rosenau

Danke!

Für die Unterstützung bei der Vorbereitung der Jahrestagung dankt die Tagungsleitung insbesondere den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates, dem Vorstand und der Geschäftsstelle der AEM, namentlich Prof. Kurt Schmidt und Christin ten Brink für die zahlreichen und hilfreichen Hinweise für die Planung. Unser Dank gilt ebenso dem lokalen Organisationskomitee mit dem Team der studentischen Mitarbeitenden in Halle/Saale. Schließlich möchten wir uns bei allen eingeladenen Referent*innen sowie allen, die einen Beitrag eingereicht haben, sehr herzlich bedanken.

Wissenschaftlicher Beirat der Tagung

Claudia Bozzaro, Kiel

Alena Buyx, München

Jörg Dierken, Halle/Saale

Jakov Gather, Bochum

Orsolya Friedrich, Hagen

Ruth Horn, Augsburg

Julia Inthorn, Hannover

Katja Kühlmeyer, München

Katja Nebe, Halle/Saale

Oliver Rauprich, München

Kurt Schmidt, Frankfurt

Mark Schweda, Oldenburg

Alfred Simon, Göttingen

Daniel Strech, Berlin

Sabine Wöhlke, Hamburg

Lokales Organisationskomitee Halle/Saale

Jan Schildmann (Tagungsleitung)
Henning Rosenau (Tagungsleitung)
Nicole Adam
Charlotte Buch
Christian König
Stephan Nadolny
Andre Nowak
Christiane Vogel
Nadine Wäldchen

Studentische Mitarbeiter*innen:

Jonathan Bay
Leonie Kupsch
Marius Jan Mix
Malte Ossenberg
Caspar Radunz
Theresa Schneider
Anne Wanke

DONNERSTAG, 28.9.2023	FREITAG, 29.9.2023	SAMSTAG, 30.9.2023
Universitätsplatz	Steintor-Campus	Steintor-Campus
bis 15:30	09:00–10:30	09:00–11:00
Präkonferenzworkshops	Plenarveranstaltung II Kompetenzorientiert Lehren. Medizin- und Ethikdidaktische Perspektiven Götz Fabry, Freiburg Julia Dietrich, Berlin	Parallele Sitzungen
	11:00–13:00	11:15–12:15
	Parallele Sitzungen	Plenarveranstaltung III Welche (ethischen) Kompetenzen benötigen wir für die Ethikfallberatung? Diskussionsbeiträge aus ärztlicher, ethischer, pflegerischer und rechtlicher Perspektive Tanja Henking, Würzburg Georg Marckmann, München Thomas Pollmächer, Ingolstadt Annette Riedel, Esslingen
	Mittagspause 13:30–14:15	bis 13:00
	Poster-Präsentationen 14:15–16:15	Abschluss · Verleihung des Nachwuchspreises „Bester Vortrag“ sowie des Preises „Bestes Poster“ · Ankündigung Jahrestagung 2024
16:15–18:00	16:30–18:00	
Eröffnung der Tagung und Plenarveranstaltung I Grußworte Perspectives on ethical competency in healthcare Mark Sheehan, Oxford Guy Widdershoven, Amsterdam	Parallele Sitzungen	
18:30–20:15	18:15–19:15	
Öffentliche Abendveranstaltung · Verleihung des Nachwuchspreises · „Ethikgremien und ihr Beitrag zur Politikberatung. Interdisziplinäre Perspektiven“ Kurzstatements von und Diskussion mit Reiner Anselm, München Volker Lipp, Göttingen Gabriele Meyer, Halle Frank Niggemeier, Berlin	Führung durch die Meckelschen Sammlungen	
ab 20:15	20:00	
Get-together	Conference Dinner im Restaurant Speiseberg	

Organisatorische Hinweise

TAGUNGSWEBSEITE

aem2023.de



ANREISE NACH HALLE/SAALE

Halle verfügt über eine günstige IC und ICE Verkehrsanbindung. Zudem bestehen Autobahnanschlüsse zur A9, A14, A38 und A 143 sowie Anschlüsse zu den Bundesstraßen B6, B71, B80, B91 und B100.

TAGUNGSORT 28.9.2023

[Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg | Löwengebäude](#)

Universitätsplatz 11

06108 Halle/Saale



Lageplan auch im Anhang

Zu Fuß ab Hauptbahnhof erreichen Sie den Universitätsplatz mit dem Löwengebäude in ca. 25 min.

Anfahrt Löwengebäude: Mit den Straßenbahnlinien 2, 5 und 7 gelangen Sie zum Löwengebäude. Dafür steigen Sie bitte an einer der folgenden Haltestellen aus:

- Joliot-Curie-Platz: Linie 2 und 5
- Marktplatz: Linie 2 und 5
- Neues Theater: Linie 7

Wenn Sie am Hauptbahnhof Halle/Saale eintreffen, fahren die genannten Linien von zwei Abfahrtsorten.

An der Haltestelle Hauptbahnhof am Ausgang Ernst-Kamieth-Straße (etwa 100 m neben dem Bahnhofsgebäude, barrierefrei durch einen Fahrstuhl erreichbar) fahren die Straßenbahnlinien 2 (Richtung „Kröllwitz“) und 5 (Richtung „Berliner Brücke“) am Steig C. Mit diesen können Sie wahlweise zur Haltestelle „Joliot-Curie-Platz“ oder „Marktplatz“ gelangen. Von dort aus sind es jeweils rund 450 m zum Veranstaltungsort. Vom „Joliot-Curie-Platz“ aus gehen Sie in Fahrtrichtung der Trambahn ca. 200 m auf der Großen Steinstraße weiter, dann rechts in die Barfüßerstraße hinein. Gehen Sie 400 m geradeaus, überqueren die kleine Kreuzung und gelangen schließlich über die Fußgängerrampe zum Universitätsplatz/Löwengebäude. Von der Haltestelle „Marktplatz“ aus biegen Sie in die Straße Kleinschmieden ein, dann rechts auf die Große Steinstraße, nach ca. 70 m links in die Barfüßerstraße und weiter wie oben beschrieben.

Die Straßenbahnlinie 7 (Richtung „Kröllwitz“) fährt an der Haltestelle Hauptbahnhof am Ausgang Hans-Dietrich-Genscher-Platz am Steig A und ist barrierefrei zugänglich. Die Haltestelle erreichen Sie nach Überqueren des Bahnhofsvorplatzes. Mit der Linie 7 fahren Sie bis zur Haltestelle „Neues Theater“. Diese ist ca. 250 m vom Löwengebäude entfernt. Von dort aus laufen Sie in Fahrtrichtung der Tram 70 m auf der Großen Ulrichstraße weiter, biegen rechts in die Schulstraße und nach etwa 100 m links auf den Universitätsplatz ein. Von dort aus über die Fußgängerrampe zum Löwengebäude.

TAGUNGSORT 29./30.9.2023

[Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg | Steintor-Campus](#)

Ludwig-Wucherer-Straße 2

06108 Halle/Saale



Legen Sie auch im Anhang

Allg. Hinweis: Der Steintor-Campus grenzt an 3 verschiedene Straßen:

- Ludwig-Wucherer-Straße 2 (LuWu 2)
- Emil-Abderhalden-Straße 25–28 (EA 25–28); Räumlichkeiten Tagung HS 2+3, SR 4–6
- Adam-Kuckhoff-Straße 34–35a (AK 34–35a); Räumlichkeiten Tagung HS 1, SR 1–3

Zu Fuß ab Hauptbahnhof erreichen Sie den Steintor-Campus in ca. 25 min.

Anfahrt Steintor-Campus:

Vom Hauptbahnhof Halle/Saale können Sie ohne Umstieg die Straßenbahnlinien 2, 5 und 12 nehmen und an der Haltestelle „Am Steintor“ aussteigen. Die Straßenbahnlinien 2 (Richtung „Kröllwitz“) und 5 (Richtung „Berliner Brücke“) fahren am Ausgang Ernst-Kamieth-Straße am Steig C ab. Die Linie 12 (Richtung „Trotha“) fährt vom Steig A am Ausgang Hans-Dietrich-Genscher-Platz.

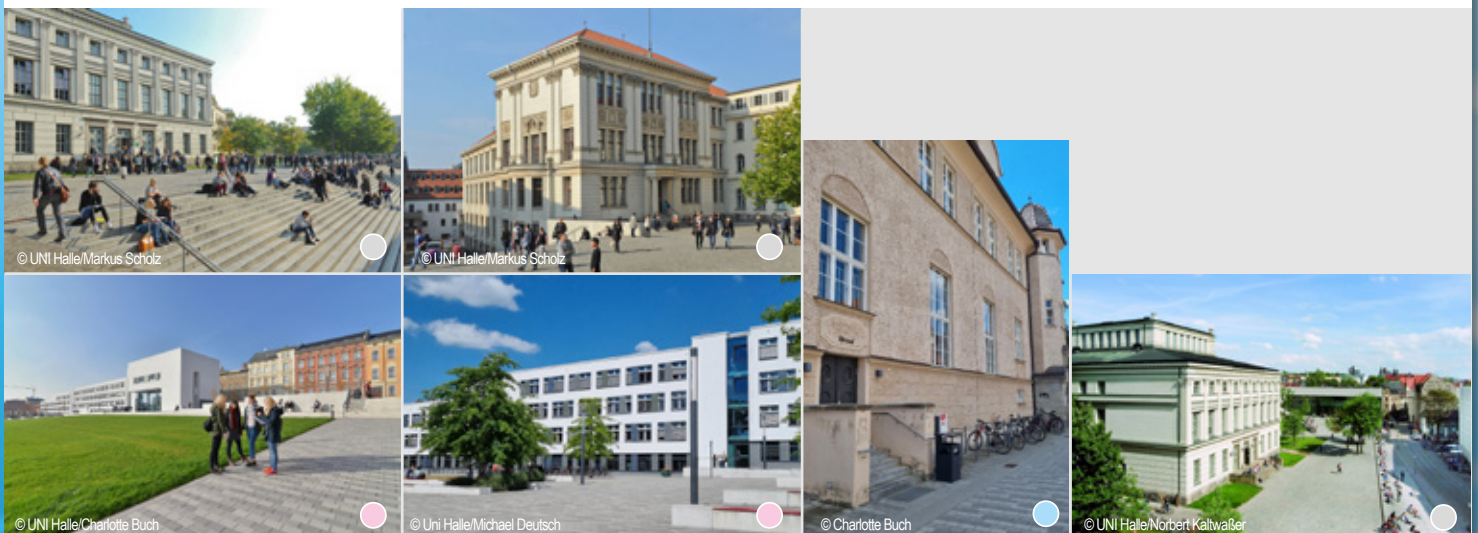
Von der Haltestelle „Am Steintor“ ist es nicht weit zum Campus. Diesen erreichen Sie entweder direkt über die Unterführung neben der „Brasserie Lözius“ oder über den barrierefreien Zugang von der Emil-Abderhalden-Straße aus. Für letzteren begeben Sie sich auf die Ludwig-Wucherer-Straße und biegen nach 150m auf die Emil-Abderhalden-Straße ein.

Aktuelle Informationen zu etwaigen Änderungen und Ausfällen können Sie direkt auf der Internetseite der Halleschen Verkehrs-AG (Havag) unter

<https://havag.com/fahrtenplaner-haltestellen> einsehen.



Bitte beachten Sie, dass an beiden Tagungsorten keine Parkplätze zur Verfügung gestellt werden können.



○ Universitätsplatz Halle
 ○ Adam-Kuckhoff-Straße 35, Hörsaal 1 sowie Seminarräume 1, 2 und 3
 ○ Emil-Abderhalden-Straße 26-28, Hörsäle 2 und 3 sowie Seminarräume 4, 5 und 6

Rahmenprogramm

Das **Conference Dinner** findet am 29.9.2023, ab 20:00 Uhr statt und ist mit der Kongressregistrierung buchbar.

Restaurant Speiseberg

Bergschenke

Kröllwitzer Straße 45

06120 Halle/Saale

bergschenke-halle.com



Eine **Führung durch die [Meckelschen Sammlungen des Instituts für Anatomie und Zellbiologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg](#)** findet am 29.9.2023, 18:15–19:15 Uhr statt.

Aufgrund der begrenzten Personenzahl ist eine vorherige Anmeldung für die Führung im Rahmen der Kongressregistrierung notwendig.



Die Meckelschen Sammlungen gehören zu den umfangreichsten anatomischen Sammlungen in Deutschland und Europa. Sie sind seit Juni 2015 national wertvolles Kulturgut Deutschlands. In ihrer Blütezeit umfassten die Sammlungen etwa 12 000, nach den Angaben von Johann Friedrich Meckel d. J. (1781–1833), dem Begründer der Entwicklungspathologie, sogar etwa 16 000 Präparate. Heute sind es rund 8 000 Präparate. Die Meckelschen Sammlungen befinden sich im Institut für Anatomie und Zellbiologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie finden das Institut in der Großen Steinstraße 52 in Halle.

Präkonferenzworkshops

PRÄKONFERENZWORKSHOPS (nur mit Anmeldung)

Tagungsort:

[Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg | Melanchthonianum](#)

Universitätsplatz 9

06108 Halle/Saale



Legen Sie auch im Anhang

PWA - Partizipationsformen und -potentiale in der medizinethischen Forschung und Lehre, Präkonferenzworkshops des Netzwerks Junge Medizinethik (JMED)

Frank Ursin (*Hannover*),

Robert Ranisch (*Potsdam*),

Regina Müller (*Bremen*),

Nadia Primc (*Heidelberg*),

Philipp Karschuck (*Marburg*),

David Renz (*Bonn*),

Durchführung in Kooperation mit:

Joschka Haltaufderheide (*Potsdam*) und Ruben A. Sakowsky (*Göttingen*)

Der Workshop wird als geschlossenes Format für 20 Teilnehmer*innen angeboten und richtet sich insbesondere an Post-Docs und fortgeschrittene Promovierende.

Partizipation ist nicht nur ein Thema meta-ethischer Reflexion, sondern verändert zusehends auch die Arbeitsweisen und den Forschungsalltag von Medizinethiker*innen. Wie auch in anderen Geistes- und Gesellschaftswissenschaften werden in der medizinethischen Forschung und Lehre zunehmend partizipative Methoden gefordert. Das pandemiebedingte Ausweichen auf digitale Lehrformate und Forschungsdesigns hat vielerorts zur Einsicht beigetragen, dass wirkliche Partizipation mehr ist als bloße Beteiligung und Einbeziehung von Interessenvertretern. Gelingende Partizipationsprozesse erfordern auch spezifische Kompetenzen bei denen, die diese Prozesse organisieren.

Ausgehend von diesen Entwicklungen möchten wir mit dem Workshop eine Einführung in die Chancen und Limitationen partizipativer Prozesse in der Medizinethik geben und damit zur Kompetenzförderung von Nachwuchswissenschaftler*innen beitragen. Nach einer kurzen Einführung werden an zwei moderierten Thementischen Erfahrungen im Bereich 1) partizipativer Ansätze in der medizinethischen Forschung und 2) des forschenden Lernens in der Medizinethik ausgetauscht. Im Anschluss an die Gruppenarbeiten sollen die Ergebnisse der jeweiligen Tische gemeinsam im Plenum diskutiert und Erfolgsmodelle zum Einsatz partizipativer Methoden in der Medizinethik identifiziert werden.

Tisch 1 (Forschung)

Partizipative Ansätze in der Forschung haben eine Doppelfunktion. Sie sind zugleich Beteiligungsprozesse mit einem impliziten oder expliziten Mitspracheversprechen, wie auch Erhebungsverfahren (kollektiver) Entscheidungsfindung. Die Bandbreite partizipativer Ansätze ist dabei groß und reicht von der Beisteuerung von Daten zum Zweck der Forschung über aktive Citizen Science und deliberative Diskursverfahren bis hin zu selbstorganisierten Bürgergremien. Gegenstand der partizipativen Entscheidungsfindung kann dabei auch das Forschungsvorgehen selbst sein, was besondere Anforderungen an die Flexibilität der Forschenden stellt. Wir möchten in diesem Teil des Workshops einen Überblick über verschiedene Beteiligungsverfahren geben, praktische Fallstricke bei der Durchführung partizipativer Forschungsvorhaben ansprechen und einen Überblick über die Fachdebatte bezüglich Rekrutierung, Inklusion sowie des politischen Einflusses von forschungsgetriebenen Beteiligungsvorhaben bieten. Wir konzentrieren uns dabei insbesondere auf die Erfahrungen, die wir in der Konzeption und Durchführung zweier partizipativer Online-Bürgerprojekte an der Universitätsmedizin Göttingen sammeln konnten.

Tisch 2 (Lehre)

Forschendes Lernen ist ein didaktisches Prinzip, das den Erwerb von Fach- und Forschungskompetenzen durch aktive Teilhabe an typischen Schritten eines Forschungsprozesses ermöglicht. Lernende durchlaufen dabei unter Begleitung von Lehrenden die Schritte eines Forschungsprozesses und generieren Ergebnisse, die den Kriterien eines fachlichen Beitrages genügen. Das Prinzip der begleiteten Teilhabe erlaubt es Lernenden, essentielle Forschungskompetenzen auf Grundlage ihrer Erfahrung zu generieren oder zu erweitern.

Forschendes Lernen bietet für die Medizinethik große Potenziale. Im Rahmen klassischer Lehranordnungen kann es beispielsweise in Seminaren, Workshops oder in der Betreuung von Qualifikationsarbeiten angewendet werden. Im Bereich der partizipativen Forschung ermöglicht es jedoch auch vollkommen neue Ansätze, die besonders auf eine Ermächtigung zur Forschung bspw. durch unterrepräsentierte oder marginalisierte Gruppen zielen können. Im Rahmen der gemeinsamen Arbeit soll diese Idee entwickelt und kritisch diskutiert werden. In einem ersten Schritt wird hierzu ein kurzer Überblick über die Grundlagen des Forschenden Lernens erarbeitet. Im zweiten Schritt wird entlang praktischer Gestaltungsbeispiele ein Szenario entworfen. Im dritten Schritt erarbeiten die Teilnehmenden im Rekurs auf gängige Stufenmodelle der partizipativen Forschung eine Einordnung und kritische Würdigung des entworfenen Szenarios. Dabei werden relevante Ähnlichkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und das Forschende Lernen unter dem Blickwinkel seines Potenzials zur Ermächtigung zur Forschung diskutiert.

PW B - Ethisch urteilen und handeln in der Praxis von Gesundheitsberufen. Methodenkompetenz in der Ethiklehre.

Doris Fölsch, AG „ethik learning“

Mitglieder:

Tobias Eichinger (*Zürich*),

Katja Kühlmeyer (*München*),

Henriette Krug (*Hamburg*),

Carola Seifart (*Marburg*),

Christiane Vogel (*Halle*)

Ziel des Präkonferenzworkshops

Teilnehmende des Workshops können Methoden und Arbeitsaufgaben für eine kompetenzorientierten Ethiklehre kennenlernen, erproben und diskutieren. Teilnehmende erhalten konkrete Werkzeuge für die eigene Lehre. Dabei wird die Diskussion - was kompetenzorientierte Ethiklehre ist - angestoßen. Dies sollte zu einer Weiterentwicklung der Ethiklehre über den Konferenzworkshop hinaus beitragen.

Workshopsetting

- Zwei Sessionrunden (d.h. drei parallele Workshops werden in zwei Runden angeboten).
- Drei parallele Workshopssessions je Runde: die Workshopteilnehmenden können pro Runde aus drei Themen wählen. Pro Thema wird ein konkretes Lernziel anhand einer gut gewählten didaktischen Methode bearbeitet.
- Sessioninhalte: Vorstellung didaktischer Methoden und Arbeitsaufgaben anhand kompetenzorientierten Lernzielen. Die Methoden werden jeweils von den Teilnehmenden selbst erprobt. Die Methoden werden nicht präsentiert, sondern durchgeführt und diskutiert.
- Abschlussrunde: Learning points im Plenum.

Zum Workshop

Neben der Frage, wie ethische Kompetenzen definiert werden können und was ethisch kompetentes Handeln im Gesundheitswesen ist, stellen sich die Fragen:

- Wie können Lernziele - die nach diesen Überlegungen formuliert worden sind - in der Ethiklehre auch tatsächlich erreicht werden?
- Welche didaktischen Methoden unterstützen die Entwicklung ethischer Kompetenzen?
- Wie können oder sollten Arbeitsaufgaben formuliert sein, um konkrete Lernziele zu erreichen?

Insbesondere dort wo es nicht nur um Reproduktion von Wissen geht, sondern um Transfer dieses

Wissens und um wichtige Kompetenzen wie ethische Reflexion, Argumentation und fundierte Urteilsbildung, ist die Wahl der didaktischen Methode und die Formulierung von Aufgaben hochrelevant. In der Ethik für Gesundheitsberufe gibt es noch kaum Literatur oder hilfreiche Arbeitsunterlagen, die sich mit der Didaktik und Methodik der kompetenzorientierten Ethiklehre praxisnah auseinandersetzen. Diesem Thema widmet sich darum die AG „ethik learning“ in ihrem Präkonferenzworkshop. Mitglieder der AG „ethik learning“ bieten den Workshopteilnehmenden in kurzen Sessions die Möglichkeit, Methoden und Arbeitsaufgaben zu einem konkreten Lernziel selbst zu erproben wie z.B. Prinzipienorientierte Fallbesprechung, vielfältige Arbeitsaufgaben zur Reflexion, Analyse und Einüben ethischer Kompetenzen. Nachdem die jeweilige didaktische Methode von den Workshopteilnehmenden selbst erlebt und durchgeführt wurde, wird diese auf Wirksamkeit zur Erreichung des konkreten Lernziels diskutiert und reflektiert.

Nach dem Präkonferenzworkshop haben Teilnehmende konkrete Unterrichtseinheiten und Methoden ausprobiert und können diese als Werkzeug für die eigene Lehre mitnehmen. In den Gruppen wird der Austausch und die Diskussion darüber, was kompetenzorientierte Ethiklehre ausmacht bzw. was Ethiklehre sein sollte und wie diese gelingen kann, angeregt. Der Präkonferenzworkshop zeigt somit nicht nur an Lernzielen orientierte Methoden, sondern trägt auch zur Weiterentwicklung und Bewusstseinsbildung einer kompetenzorientierten Ethiklehre bei.

Zielgruppe: Ethiklehrende in Gesundheitsberufen und Interessierte der Ethiklehre

PW C - Kompetenzentwicklung in der Ethikberatung: Wie Konzepte des Personalmanagements der persönlichen und organisationalen Kompetenzentwicklung helfen können

Jürgen Wallner

Leiter des Ethikprogramms Barmherzige Brüder Österreich, Privatdozent für Rechtsethik der Universität Wien; Berater, Koordinator und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM, K1-3); Healthcare Ethics Consultant-Certified (ASBH, HEC-C); Systemische Organisationsentwicklung (Beratergruppe Neuwaldegg).

Stefan Dinges

PM.ME, Leiter des Zentrums für Ethikberatung u. Patientensicherheit am Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität/MedUni Wien; Medizin- u. Gesundheitsethiker, Trainer für Ethikberatung (AEM, K1-3), organisationðik: System. Beratung u. Organisationsentwicklung, Training u. Mediation im Gesundheitswesen.

Katharina Woellert

Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Klinische Ethikerin; Beraterin, Koordinatorin und Trainerin für Ethik im Gesundheitswesen (AEM, K1-3); Systemische Beraterin, Coach und Supervisorin (DGSF), Historikerin.

Hintergrund

Zur Versorgungsqualität zählt ein professioneller Umgang mit ethischen Herausforderungen. (Außer)klinische Ethikberatung hat die Aufgabe, die Gesundheitsprofessionellen darin zu unterstützen. Dafür benötigen Ethikberater*innen spezifische Kompetenzen. In den vergangenen Jahren wurde mehrfach versucht, diese Kompetenzen zu systematisieren und der Entwicklung einer professionellen Ethikberatung zugrunde zu legen (z.B. in den „Core Competencies“ der ASBH oder dem „Curriculum Ethikberatung“ der AEM). Während dabei viel Klarheit und Übereinstimmung hinsichtlich erforderlicher Kompetenzinhalte zu erkennen ist (z.B. Wissen um ethische Begründungsansätze, Fertigkeiten zur Durchführung einer Ethik-Fallberatung), bleibt das konzeptuelle Fundament des dazugehörigen Kompetenzmanagements vergleichsweise dünn (z.B. Kompetenzmodelle, Kompetenzprofile). Ein solches Management kann jedoch dabei helfen, die persönliche und organisationale Entwicklung von Ethik-Kompetenzen bewusst zu gestalten und damit die Qualität von Ethikberatung ebenso wie die der Versorgungsprozesse insgesamt zu fördern. Konzepte des Personalmanagements sind hierfür unerlässlich.

Zielsetzung

In diesem Workshop werden aus dem Personalmanagement bekannte Konzepte zur persönlichen und organisationalen Kompetenzentwicklung vor- und deren Übertragbarkeit auf das Feld der Ethikberatung zur Diskussion gestellt. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf der Reflexion der Erfahrungen, die die Teilnehmenden selber in der Entwicklung ihrer eigenen Ethik-Kompetenzen gemacht haben.

Dem wird als rahmendes Konzept die organisationale Verantwortlichkeit für ethische Versorgungsqualität und die dafür notwendigen Ethik-Kompetenzen vorgestellt.

Am Ende des Workshops haben die Teilnehmenden

- grundlegendes Wissen über ausgewählte Begriffe, Konzepte und Methoden des Kompetenzmanagements aus dem Feld des Personalmanagements erlangt,
 - anfängliche Fertigkeiten kennengelernt, um das Wissen für die persönliche und organisationale Kompetenzentwicklung nutzbar machen zu können,
 - einen Impuls für ihre Haltung, wie sie mit Kompetenzmanagement umgehen, erhalten.
- Der Workshop wendet sich insbesondere an Personen, die Ethikberatung im Gesundheitswesen durchführen, diese koordinieren oder dafür ausbilden.

Inhalt und Struktur

1. Interaktiver Einstieg (10 Min.)
2. Grundlagen (20 Min.): Die Teilnehmenden lernen grundlegende Begriffe, Konzepte und Methoden des Kompetenzmanagements aus dem Feld des professionellen Personalmanagements kennen.
3. Persönliche Kompetenzentwicklung (25 Min.): Die Teilnehmenden reflektieren ihre persönlichen Erfahrungen mit Kompetenzentwicklung in der Ethikberatung und lernen ein entsprechendes Instrument kennen. Dabei wird die persönliche Entwicklung in Verbindung zum Bedarf an Teamprofil/-kompetenzen/-entwicklung gedacht.
4. Organisationale Kompetenzentwicklung (25 Min.): Die Teilnehmenden setzen sich mit der organisationalen Verankerung von Verantwortung für die Entwicklung von Ethik-Kompetenzen auseinander und übertragen dies auf ihren eigenen Verantwortungsbereich.
5. Erste Reaktionen sammeln (10 Min.): Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, ihre Einschätzung zu Chancen und Grenzen des Kompetenzmanagements in ihrer Praxis der Ethikberatung abzugeben.
6. Ausstieg (5 Min.)

Methodik

Das Thema „Kompetenzmanagement“ ist für eine kollaborative Auseinandersetzung besonders gut geeignet, da die vielfältigen Erfahrungen der Teilnehmenden mit Kompetenzen in der Ethikberatung aktiv in die Erarbeitung eingebunden und durch die Expertise der Workshopleitenden systematisch weiterentwickelt werden können. Dazu wird das vermittelte Wissen in Übungssequenzen praktisch erprobt, sodass die Teilnehmenden eine Vorstellung davon erlangen, wie sie die Konzepte und Instrumente in der Praxis einsetzen können.

Veranstaltungsort

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg | [Löwengebäude/Universitätsplatz](#)
Universitätsplatz 11
06108 Halle/Saale



Legen Sie auch im Anhang

Donnerstag, 28.9.2023

Plenarveranstaltung I

Öffentliche Abendveranstaltung

PV01 | 16:15–18:00 Uhr | Aula

Perspectives on ethical competency in healthcare

Mark Sheehan, *Oxford*

Guy Widdershoven, *Amsterdam*

18:30–20:15 Uhr | Aula

Ethikgremien und ihr Beitrag zur Politikberatung. Interdisziplinäre Perspektiven

Öffentliche Veranstaltung

Kurzstatements von und Diskussion mit

Reiner Anselm, *München*

Volker Lipp, *Göttingen*

Gabriele Meyer, *Halle/Saale*

Frank Niggemeier, *Berlin*

ab 20:15 Uhr

Get-together

Veranstaltungsort

[Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg | Steintor-Campus](#)

Ludwig-Wucherer-Straße 2

06108 Halle/Saale



Legen Sie auch im Anhang

Freitag, 29.9.2023

Plenarveranstaltung II

Mitgliederversammlung

PV02 | 09:00–10:30 Uhr | HS 1

Kompetenzorientiert Lehren. Medizin- und Ethikdidaktische Perspektiven

Götz Fabry, *Freiburg*

Julia Dietrich, *Berlin*

14:15–16:15 Uhr | HS 1

Mitgliederversammlung der AEM

Samstag, 30.9.2023

Plenarveranstaltung III

Abschlussveranstaltung

PV03 | 11:15–12:15 Uhr | HS 1

Welche (ethischen) Kompetenzen benötigen wir für die Ethikfallberatung? Diskussionsbeiträge aus ärztlicher, ethischer, pflegerischer und rechtlicher Perspektive

Tanja Henking, *Würzburg*

Georg Marckmann, *München*

Thomas Pollmächer, *Ingolstadt*

Annette Riedel, *Esslingen*

12.15–13.00 Uhr | HS 1

Abschlussveranstaltung

Verleihung des Nachwuchspreises „Bester Vortrag“

Verleihung des Preises „Bestes Poster“

Ankündigung Jahrestagung 2024

*Es werden jeweils die Vortragenden bzw. Hauptverantwortlichen der Workshops namentlich genannt.

VORTRÄGE 1	VORTRÄGE 2	VORTRÄGE 3	WORKSHOP I	WORKSHOP II
Vorsitz: Schweda	Vorsitz: Bozzaro	Vorsitz: Wöhlke		
Raum: HS 1	Raum: HS 2	Raum: HS 3	Raum: SR 5	Raum: SR 6
11:00–11:30	11:00–11:30	11:00–11:30	11:00–12:30	11:00– 12:30
V1.1 Fares* et al. Ethical Competencies In Disaster Healthcare	V2.1 Winkler et al. Sollen forschende Unternehmen Zugang zu Patientendaten aus dem Gesundheitswesen erhalten? – Überlegungen zu den ethischen Rahmenbedingungen	V3.1 Kühlmeyer et al. Kompetenzorientierte Ethiklehre durch Forschendes Lernen im Medizinstudium: Didaktisches Konzept und Beispiel eines studentischen Forschungsprojekts zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik	Röttger et al. Philosophisches Coaching – Ein Instrument zur Unterstützung ethischer Kompetenzen in der klinischen Ethikberatung	Inthorn et al. Entscheidungen im Behandlungsteam über Spätabbrüche. Welche Kompetenzen sind nötig?
11:30–12:00	11:30–12:00	11:30–12:00		
V1.2 Rudschies et al. Ethische Kompetenzen im Umgang mit intelligenten virtuellen Agenten in der Telemedizin – Erkenntnisse für die Forschung und für eine prospektive Anwendung	V2.2 Jungkunz et al. Unterstützung forschungsethischer Kompetenz im Umgang mit genomischen Untersuchungen im translationalen Kontext: die EURAT Plattform	V3.2 Shanmuganathan et al. Umfrage tool zur quantitativen Erhebung des Themas „Rassismus in der Medizin“ bei Medizinstudierenden		
12:00–12:30	12:00–12:30	12:00–12:30		
V1.3 Buhr et al. Welche ethischen Kompetenzen erfordert die Digitalisierung der Neuro-psychiatrie?	V2.3 Ellerich-Groppe Self-Tracking for Solidarity – Zur ethischen Bedeutung digitaler Kompetenzen für das solidarische Gesundheitswesen	V3.3 Hansen Die Vermittlung forschungsethischer Kompetenzen für Studierende der Gesundheitswissenschaften		
12:30–13:00	12:30–13:00	12:30–13:00		
V1.4 Haltaufderheide et al. Ethische Fragen in der robotischen Chirurgie. Erste Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit	V2.4 van Gils-Schmidt et al. Ethische Motive bei der Entscheidungsfindung von Patient*innen im Rahmen einer Beteiligung in Patientenregistern. Erste Ergebnisse einer Interviewstudie mit Mitgliedern von Patientenorganisationen	V3.4 Nadolny et al. Moralische Kompetenz bei Medizinstudierenden der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg – Eine Längsschnittstudie		

POSTERVORTRÄGE 1	POSTERVORTRÄGE 2	POSTERVORTRÄGE 3
Vorsitz: Nadolny	Vorsitz: Vogel	Vorsitz: Nowak
Raum: HS 1	Raum: HS 2	Raum: HS 3
<p>P1.1 Leineweber et al. Entwicklung einer ethischen Leitlinie zum Einsatz sozialer Robotik in der Altenpflege mittels empirischer und partizipativer Ansätze</p>	<p>P2.1 Wöhlke et al. Zentrale ethischen Kompetenzen zur Lösung von Macht- und Wissensgefällen im Rahmen von partizipativer Gesundheitsforschung. Ergebnisse eines partizipativen Workshops</p>	<p>P3.1 Woellert (Wie) lässt sich organisationsethisches Arbeiten erlernen? Kritische Reflexion der Hamburger Weiterbildung „Ethik organisieren – K2 PLUS“</p>
<p>P1.2 Steindorff et al. Einsatz von Virtual Reality-Szenarien zur unterstützten Vermittlung einer pflegespezifischen Ethikkompetenz in der generalistischen Pflegeausbildung - eine Mixed-Methods-Studie</p>	<p>P2.2 Sakowsky Deliberative Online-Bürgerforen als Partizipationsansatz für medizinethische Fragen</p>	<p>P3.2 Thomas et al. Selbstbestimmung in der genetischen Diagnostik: Eine Befragung der Allgemeinbevölkerung</p>
<p>P1.3 Kraft et al. Gesundheits- und Pflegefachkräfte evidenzbasiert im Umgang mit digitalen Assistenztechnologien weiterbilden. Herausforderungen bei der Messung von ethischen Kompetenzen</p>	<p>P2.3 Mentrup et al. Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in der (bio)medizinischen Forschung – Ist die Förderung der Kompetenz von Forschenden und Mitgliedern der Ethikkommissionen notwendig?</p>	<p>P3.3 Portig et al. Beendigung einer Herzschrittmachertherapie – Einstellungen und Sichtweisen von Kardiolog*innen und Patient*innen</p>
<p>P1.4 Sira et al. Ethical assessment in telemedicine: The case of “Optimal@NRW”</p>	<p>P2.4 Hetzel et al. Animal Research Ethics in Biomedical Research: Challenges and Proposed Answers – Some Results of an International Retreat Week</p>	<p>P3.4 Wachter et al. Vermittlung von Ethikkompetenz zur unterstützten Entscheidungsfindung in der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung</p>
<p>P1.5 Kulaczewski et al. Begrenzung des Lebens- und Bewegungsradius in der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz – Eine empirisch informierte ethische Exploration von institutionellen Praktiken und moralischen Perspektiven</p>	<p>P2.5 Heyder Kommerzielle Eizellspende zwischen Ausbeutung und Dienstleistung</p>	<p>P3.5 Seifart et al. Systematik klinischer Ethikvisiten als zentrales Modell präventiver Ethikberatung</p>
		<p>P3.6 Hack et al. Ethische Kompetenzentwicklung messen? Herausforderungen bei der Operationalisierung und Evaluation der Wirksamkeit Klinischer Ethikarbeit</p>

VORTRÄGE 4	VORTRÄGE 5	VORTRÄGE 6	WORKSHOP III	WORKSHOP IV
Vorsitz: Rauprich	Vorsitz: Nebe	Vorsitz: Inthorn		
Raum: HS 1	Raum: HS 2	Raum: HS 3	Raum: SR 5	Raum: SR 6
16:30–17:00	16:30–17:00	16:30–17:00	16:30–18:00	16:30–18:00
V4.1 Hirsch Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik. Beispiele anhand des Konflikts zwischen Autonomie und Wohlergehen	V5.1 Katzer, et al. Unter welchen Bedingungen darf man Menschen im Rahmen klinischer Studien mit Krankheitserregern infizieren? Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit	V6.1 Segawa et al. Ein bisschen Prävention schadet nie? Ethische Aspekte des Demenzpräventions-Diskurses	Knochel et al. Ethikvisite – Auch das noch: Über Herausforderungen, Chancen und die Rolle von Ethiker*innen	Eichinger et al. Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in der (Hochschul-) Ausbildung in Gesundheitsberufen
17:00–17:30	17:00–17:30	17:00–17:30		
V4.2 Wendorff et al. Medizinethik spielt eine Rolle- wie praxisnahe Wissensvermittlung und Erwerb ethischer Kompetenzen verbunden werden können.	V5.2 Gerhards et al. Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik als ethisch relevante Kompetenzen einer professionellen ärztlichen Versorgungspraxis	V6.2 Welsch et al. „Value Preference Profiles“ als partizipativer „Ethics-by-Design“-Ansatz für Menschen mit Demenz		
		17:30–18:00		
		V6.3 Nebowsky et al. Ethische Kompetenzen und moralische Konflikte in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz durch eine Live-In Hilfe: Eine care- und familienethische Analyse		

29.9.2023 | 18:15–19:15 Uhr

Führung durch die Meckelschen Sammlungen (Anmeldung erforderlich)

[Institut für Anatomie und Zellbiologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg](#)

Große Steinstraße 52

06108 Halle/Saale

29.9.2023 | ab 20:00 Uhr

Conference Dinner (Anmeldung erforderlich)

[Restaurant Speiseberg](#)

Kröllwitzer Straße 45

06120 Halle/Saale

VORTRÄGE 7	VORTRÄGE 8	VORTRÄGE 9	WORKSHOP V	WORKSHOP VI
Vorsitz: Kühlmeyer	Vorsitz: König	Vorsitz: Wiesing		
Raum: HS 1	Raum: HS 2	Raum: HS 3	Raum: SR 5	Raum: SR 6
9:00–9:30	9:00–9:30	9:00–9:30	9:00–10:30	9:00–10:30
V7.1 Gaillard et al. Inhalte von psychiatrischen Voraussetzungen: Ergebnisse eines systematischen Reviews und Entwicklung einer Vorlage	V8.1 ten Brink et al. Umfrage unter zertifizierten Ethikberater*innen im Gesundheitswesen – Empirische Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis	V9.1 Alex Ethische Distanz als Kompetenz – ein komplexer „end of life case“ und eine umfassendere Sicht	Kliche et al. Ethische Kompetenzen bezogen auf Rassismus und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung	Vogel et al. Ethisch kompetente Entscheidungsfindung messen. Theoretische Grundlagen, methodische Herausforderungen und Ergebnisse am Beispiel der Messung präferenzkonsistenter Behandlung in der BEVOR-Studie
9:30–10:00	9:30–10:00	9:30–10:00		
V7.2 Stange Zwischen Gesundheitskompetenz und Strebenethik: Gesundheitliche Voraussetzungen und das gute Leben	V8.2 Benzinger et al. Unterstützung der Klinischen Ethik durch Künstliche Intelligenz? Eine systematische Übersichtsarbeit	V9.2 Primc et al. Ethische Kompetenzen in Notfallsituationen in der stationären Langzeitpflege: individuelle und strukturelle Voraussetzungen		
10:00–10:30	10:00–10:30	10:00–10:30		
V7.3 Carlsson The role of the physician, the patient and the physician-patient-relationship in assisted dying as depicted in fiction	V8.3 Göbert et al. Zur Frage der Feldkompetenz von Ethikberatenden	V9.3 Kropf Ethische Kompetenzen und pflegende Angehörige		
	10:30–11:00			
	V8.4 Münch et al. Ethikfallbesprechungen als Teamsache. Individuelle und kollektive Dimensionen ethischer Kompetenz			

V1.1

Abdul Rahman Fares, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Claudia Wieseemann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Ethical Competencies In Disaster Healthcare

In disaster situations, healthcare workers often face tremendous stress and challenges as they navigate the complex physical, psychological and ethical dimensions of the care they provide to victims. Moreover, they have to make hard and fast choices, for example, regarding how to allocate scarce essential resources and how to prioritize. In addition, the public expects healthcare workers to respond to their needs efficiently and ethically. If these needs and challenges are not managed appropriately, there is a risk that the patient will suffer moral harm or injury, while healthcare workers may experience moral distress. Therefore, understanding the nature of the ethical challenges specific to disaster situations can help identify and prevent potential ethical conflicts, and can be beneficial for all parties to find the least negative option for operating under extreme conditions. Thus, it is necessary to promote related ethical competencies among healthcare workers. This study aims to understand the experiences of healthcare workers in war disasters, specifically in the context of the Syrian war. We conducted a qualitative empirical interview study with 22 persons who provided healthcare during the military conflict. The analysis of the interviews led to a classification of the ethical challenges experienced by healthcare workers into four groups: the risks from providing care; stewardship of resources and work challenges; corruption and organizational pressure; and psychological, emotional, and social stress. Moreover, the study revealed that the participants adopted several unique moral values, such as loyalty, altruism, and a willingness to sacrifice oneself. The real-life stories told by the participants in this study can be used to promote the virtues of healthcare workers on the front lines by sharing these stories in seminars, training, and qualification courses, or included as case studies in ethical tools and literature. Promoting the moral virtues of healthcare workers can contribute to their employment of personal integrity and conscience when balancing intractable ethical dilemmas. Understanding the challenges faced by healthcare workers, supporting their training with realistic stories, and promoting their moral virtues can help enhance the ethical competence of persons providing care under extraordinary conditions.

V1.2

Catharina Rudschies, Universität Hamburg

Ingrid Schneider, Universität Hamburg

Ethische Kompetenzen im Umgang mit intelligenten virtuellen Agenten in der Telemedizin – Erkenntnisse für die Forschung und für eine prospektive Anwendung

Digitale Technologien spielen im Gesundheitswesen, insbesondere zum Einsatz in der Telemedizin, eine wachsende Rolle. Neuerdings werden die Möglichkeiten erforscht, intelligente virtuelle Agenten (IVAs) in der medizinischen Betreuung von Patient*innen einzusetzen. IVAs sind computeranimierte Charaktere, die mithilfe einer Künstlichen Intelligenz ohne menschliche Steuerung selbst agieren können. Im Gesundheitswesen könnten sie zum Beispiel einen virtuellen Arzt oder Therapeuten darstellen und Aufgaben in der telemedizinischen Betreuung von Patient*innen übernehmen.

Schon in der Durchführung von Forschungsvorhaben mit IVAs im medizinischen Kontext müssen sich Wissenschaftler*innen wichtigen ethischen Fragen stellen: Ist die Erforschung von IVAs im Gesundheitswesen aus gesellschaftlicher Sicht überhaupt erstrebenswert? Wie gewährleistet man die Beteiligung von relevanten Stakeholdern wie Ärzt*innen und Patient*innen als primäre Nutzergruppen der Technologie? Und wie kann man Patient*innengruppen mit einer erhöhten Vulnerabilität (z.B. psychisch Erkrankten) in den Forschungsprozess integrieren, ohne sie dabei besonderen Risiken auszusetzen?

Auch mit Blick auf eine prospektive Anwendung wird klar, dass ethische Kompetenzen unerlässlich sind. Forscher*innen und Gesundheitsexpert*innen müssen zum Beispiel abwägen, unter welchen Bedingungen eine medizinische Betreuung durch einen IVA gerechtfertigt ist. So wären IVAs in der Telemedizin zur Reduzierung des Infektionsgeschehens während einer Pandemie leichter zu rechtfertigen als wenn rein ökonomische Gründe wie Effizienzsteigerung und Rationierung die Treiber für den Einsatz darstellen.

Forscher*innen und Gesundheitsexpert*innen müssen außerdem entscheiden, in welchen medizinischen Bereichen eine Nutzung der Technologie ethisch angemessen ist und welche konkreten Aufgaben an einen IVA übertragen werden sollten. Es stellen sich u.a. Fragen nach dem Schutz von Gesundheitsdaten sowie nach fairen Zugangschancen, z.B. für Menschen mit einem Mangel an Technikkompetenzen. Hier wird deutlich, dass Gesundheitspersonal nicht nur technische Expertise, sondern auch ethische Kompetenzen im Umgang mit Technologien benötigt und erlernen muss. Im Vortrag werden die aktuellen Forschungserkenntnisse des HIVAM-Projekts aus einer ELSI-Perspektive vorgestellt.

(HIVAM steht für Hybride Intelligente virtuelle Avatar/Assistent-Modelle zur Unterstützung (tele-)medizinischer Beratung und Behandlung. Das Projekt wird gefördert vom BMBF.)

V1.3

Eike Buhr, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Mark Schweda, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Welche ethischen Kompetenzen erfordert die Digitalisierung der Neuropsychiatrie?

KI-basierte Ansätze wie maschinelles Lernen mittels neuronaler Netze finden zunehmend Einsatz in der neuropsychiatrischen Forschung und Praxis. Sie sollen eine präzisere Prädiktion, Früherkennung und Diagnose und damit auch eine gezieltere Behandlung neuropsychiatrischer Erkrankungen ermöglichen. Allerdings sind die Grundlagen der mit diesen Verfahren der computationalen Psychiatrie erzielten Ergebnisse oft nicht mehr ohne Weiteres nachvollziehbar. Diese Opazität KI-basierter Ansätze wirft neben theoretischen und sozialen auch grundlegende ethische Fragen auf, denen nicht zuletzt mit geeigneten ärztlichen Kompetenzen begegnet werden muss. So stellt sich die Frage nach ärztlicher Urteilskraft unter neuen Vorzeichen, wenn Diagnose und Therapieentscheidung nicht länger aufgrund ärztlicher Anamnese, sondern mithilfe eines Algorithmus erfolgen, dessen Ergebnisse von außen nicht nachvollzogen werden können. Wie sollen so entstandene Entscheidungen eingestuft und kommuniziert werden, damit das Vertrauen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen weiterhin aufrechterhalten werden kann? Welche Kompetenzen sind aufseiten der Ärzt*innen erforderlich, um ihnen dabei weiterhin sinnvoll Verantwortung zuzuschreiben? In diesem Sinne sind neben technischen oder digitalen Kompetenzen auch ethische Kompetenzen für den angemessenen Umgang mit den entsprechenden Systemen erforderlich. Um den Inhalt solcher ethischen Kompetenzen zu eruieren, sind sowohl theoretische als auch empirische Methoden angezeigt. Daher werden wir zunächst auf theoretischer Ebene erörtern, welche Fähigkeiten und welches Wissen auf Seiten von Ärzt*innen notwendig sind, um den skizzierten ethischen Herausforderungen des Einsatzes KI-basierter Systeme in der neuropsychiatrischen Praxis zu begegnen. Diese Überlegungen werden den Ergebnissen von qualitativen Interviews mit Expert*innen aus dem medizin-, psychiatrie- und technikethischen und IT-rechtlichen Bereich gegenübergestellt. Hiervon ausgehend entwickeln wir eine empirisch informierte Basis zur Konzeptualisierung ethischer Kompetenzen für die computationale Psychiatrie und reflektieren die Potenziale und Grenzen des Kompetenzbegriffs in diesem Kontext. Dabei wird sich herausstellen, dass ethische Kompetenzen wie insbesondere Verantwortungsfähigkeit zwar notwendig sind, aber in institutionelle Zusammenhänge eingebettet werden müssen, die die für die Übernahme von Verantwortung konstitutiven epistemischen, praktischen und habituellen Bedingungen gewährleisten.

V1.4

Joschka Haltaufderheide, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

Stefanie Pfisterer-Heise, Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg

Dawid Pieper, Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg

Robert Ranisch, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

Ethische Fragen in der robotischen Chirurgie. Erste Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit

Hintergrund

Roboter in der Chirurgie sind seit Mitte der 1990er Jahre im klinischen Einsatz. Die jüngsten technologischen Fortschritte (z. B. beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz) lassen in Zukunft eine verstärkte Nutzung und Weiterentwicklung solcher Geräte erwarten. Angesichts dieser Zukunftsperspektive stellen sich Fragen einer verantwortungsvollen Verwendung und ethischen Reflektion. Eine eingehende ethische Betrachtung der verschiedenen Dimensionen roboter-gestützter chirurgischer Eingriffe ist jedoch immer noch eher selten. Vor diesem Hintergrund entwickelt diese Arbeit einen umfassenden Überblick über die ethischen Problemlagen der robotischen Chirurgie und identifiziert Forschungsbedarfe und -ansätze angesichts der zukünftigen Entwicklungen.

Methode

Systematische Übersichtsarbeit. Eingeschlossen werden alle Arbeiten, die ethische Gesichtspunkte der Verwendung von Robotik in der Chirurgie adressieren. Durchsucht wurden dabei Medline via Pubmed, EMBASE, CINAHL, Philosophers' Index, IEEEExplore, Web of Science, Scopus und Google Scholar. Screening und Extraktion erfolgten durch zwei unabhängige Autoren. Die Synthese erfolgte meta-aggregativ.

Ergebnisse

Die Suche wurde im Januar 2023 durchgeführt und ergab 955 Datenbanktreffer (vorl. Stand Januar 2023). Die ethischen Themenfelder umfassen Fragen des Nutzens, der Sicherheit und Zuverlässigkeit der Geräte, Inhalte und Formen der informierten Zustimmung, Ausbildung von Gesundheitspersonal, Effekte einer beschleunigten technologischen Entwicklung, mögliche Interessenkonflikte in Forschung und Entwicklung sowie ökonomische Einflüsse wie Kosten oder Monopolisierung. Damit einhergehend werden Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und des gerechten Zugangs angesprochen.

Diskussion

Die Darstellung der ethischen Problemfelder orientiert sich stark an klassischen medizinethischen Prinzipien. Die Geräte werden dabei primär als Werkzeuge wahrgenommen und im ethischen Schema

von Mittel und Zweck bewertet. Im Hinblick auf die disruptiven Potenziale zukünftiger technologischer Entwicklungen ist dieser Modus der ethischen Analyse kritisch zu hinterfragen und zu erweitern. Hierbei spielt der zunehmende Automatisierungsgrad der Geräte eine entscheidende Rolle. Dieser erfordert ein verändertes Technologieverständnis und eine erweiterte ethische Perspektive, um beispielsweise Probleme wie die Diffusion von Verantwortung oder eine veränderte Arzt-Patientenbeziehung sichtbar zu machen.

V2.1

Eva Winkler, Sektion Translationale Medizinethik, Uniklinikum Heidelberg

Martin Jungkunz, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Deutsches Krebsforschungszentrum, Sektion Translationale Medizinethik

Christoph Schickhardt, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Deutsches Krebsforschungszentrum, Sektion Translationale Medizinethik

Sollen forschende Unternehmen Zugang zu Patientendaten aus dem Gesundheitswesen erhalten? – Überlegungen zu den ethischen Rahmenbedingungen

Hintergrund

Nicht nur die akademische Welt verspricht sich einen großen Nutzen von der Forschung mit Patientendaten, auch die forschende Gesundheitsindustrie ist an so genannten „realen“ Gesundheitsdaten interessiert, um neue Arzneimittel, medizinische Technologien oder datengestützte Gesundheitsanwendungen zu entwickeln. Ein solcher Zugang wird in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich gehandhabt und wir wissen aus empirischen Daten in Deutschland, dass die Bereitschaft, Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen abnimmt, wenn es sich um kommerzielle Nutzer handelt. Dieser Beitrag möchte einen Rahmen für ethische Debatte entwickeln zur Sekundärnutzung von medizinischen Daten aus dem öffentlichen Gesundheitswesen durch gewinnorientierte Unternehmen für die medizinische Forschung.

Methoden

Wir klären zunächst einige grundlegende Begriffe und unseren ethisch-normativen Ansatz, diskutieren und bewerten dann mögliche Ansprüche und Interessen relevanter Akteure: Patienten als Daten-subjekte im öffentlichen Gesundheitswesen, gewinnorientierte Unternehmen, die Öffentlichkeit sowie Ärzt*innen und ihre Gesundheitseinrichtungen. Schließlich gehen wir auf die Spannungen zwischen den legitimen Ansprüchen der verschiedenen Interessengruppen ein, um dann Bedingungen vorzuschlagen, die ein ethisch abgewogene Datennutzung für kommerzielle Unternehmen begründen können.

Ergebnisse

Wir kommen zu dem Schluss, dass private Unternehmen zwar kein moralisches Recht auf Zugang und Nutzung medizinischer Daten haben, das sich etwa aus ihren Rechten auf Forschungsfreiheit oder auf Gewinnstreben ableiten könnte, dass es aber gute Gründe gibt, ihnen Zugang zu gewähren, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllen: Vor allem müssen die Unternehmen die Informationsrechte der Patienten respektieren und im Einklang mit dem Interesse der Öffentlichkeit am Gemeinwohl handeln. Die Öffentlichkeit hat zwar ein berechtigtes Interesse im Sinne des Gemeinwohls, aber keinen moralisch begründbaren Anspruch gegenüber Patienten, dass sie ihre medizinischen Daten für die kommerzielle Nutzung zur Verfügung stellen.

V2.2

Martin Jungkuz, Sektion für translationale Medizinethik am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Irina Idler, Johner Institut GmbH, Konstanz

Eva Winkler, Sektion für translationale Medizinethik am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Unterstützung forschungsethischer Kompetenz im Umgang mit genomischen Untersuchungen im translationalen Kontext: die EURAT Plattform

Ethische Kompetenz ist von zentraler Bedeutung für Forscher*innen zur Gewährleistung der guten wissenschaftlichen Praxis. Ethische Kompetenz ist ein komplexes Konzept bestehend aus Wissen, Haltungen und Fertigkeiten: eine ethisch kompetente Person verfügt (1) über ein Grundmaß an Wissen bzgl. ethischer Begründungsansätze sowie über rechtliche Rahmenbedingungen (Wissen). Sie ist (2) motiviert, ihr Handeln anhand ethischer Richtlinien auszurichten (Haltung). Weiterhin ist sie (3) in der Lage, ethische Probleme zu erkennen, die relevanten Aspekte für die Lösung eines ethischen Problems zu reflektieren, gegeneinander abwägen und begründbare Lösungen zu finden (Sensitivität und Urteilsfähigkeit).

Die Genomforschung und deren translationaler versorgungsnaher Forschungskontext werfen aufgrund des schnellen technologischen Fortschritts sowie der Sensibilität und Aussagekraft der Daten neue ethische Fragen auf, beispielsweise zu den Implikationen prädiktiven genomischen Wissens für die Autonomierechte der Proband*innen und Patient*innen oder deren Familienangehörigen. Diese Fragen werden von der EURAT Forschergruppe zu ethischen und rechtlichen Fragen der Genomforschung aufgegriffen und so bearbeitet, dass Forscher*innen zu ganz konkreten Handlungsfeldern Orientierung erhalten und forschungsethischer Kompetenzen entwickeln können. Das Ziel ist es, sowohl einen normativ und rechtlich begründeten Handlungskorridor für Forschende abzustecken als auch konkrete Handreichungen, Material und Schulungen anzubieten, um die Umsetzung der forschungsethischer Empfehlungen zu erleichtern.

Im vorliegenden Beitrag sollen der normative Inhalt, die praktischen Handreichungen der EURAT Empfehlungen sowie die (Kurs-) Materialien vorgestellt werden, die für Forschende entwickelt wurden. Sie arbeiten (1) das für das jeweilige Thema relevante Wissen zu den ethisch relevanten Aspekten und Begründungsansätzen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen auf (Wissen). Sie definieren (2) ethische Empfehlungen im Sinne von Handlungsempfehlungen oder eines code of conduct (Haltung). Zudem bieten (3) sowohl die Beschäftigung mit den Analysen und Abwägungen in den Stellungnahmen als auch die konkreten Handlungsempfehlungen und Lehr-Materialien die Grundlage für den Erwerb der für ethische Kompetenz notwendigen Fertigkeiten der Sensitivität und Urteilsfähigkeit.

Im Sinne der obigen Definition ethischer Kompetenz lässt sich aus den Erfahrungen von EURAT eine Möglichkeit ableiten, mit der Entwicklung, Veröffentlichung, Teaching und der organisationsethischer Implementierung der genannten Stellungnahmen forschungsethischer Kompetenz zu vermitteln.

V2.3

Niklas Ellerich-Groppe, Abteilung Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Self-Tracking for Solidarity – Zur ethischen Bedeutung digitaler Kompetenzen für das solidarische Gesundheitswesen

Self-Tracking – das permanente Erheben und Auswerten körperbezogener Daten mittels digitaler Technologien – wird mit Blick auf das solidarische Gesundheitswesen kontrovers diskutiert. Während die einen die Möglichkeiten von Self-Tracking etwa für die personalisierte Gesundheitsversorgung und dadurch für eine Entlastung der Solidargemeinschaft betonen, warnen andere vor einer Individualisierung von Risiken und der Erosion bestehender solidarischer Strukturen des Gesundheitswesens. In diesen polarisierten Debatten wird jedoch wenig berücksichtigt, dass entscheidend ist, unter welchen Bedingungen solche Technologien eingeführt werden. Dazu zählen v.a. digitale Kompetenzen auf Seiten der beteiligten Akteure, deren ethische Relevanz bisher vernachlässigt wurde.

Die Bedeutung digitaler Kompetenzen für eine solidarische Implementierung von Self-Tracking-Technologien im Gesundheitswesen und damit ihre ethische Relevanz aufzuzeigen, ist Ziel des Beitrags. Ausgehend von einer moralisch gehaltvollen Solidaritätskonzeption begründet er die These, dass digitalen Kompetenzen in dreifacher Hinsicht eine Bedeutung für den Erhalt und die Förderung der solidarischen Strukturen im Gesundheitswesen zukommt.

Nach einer Einführung in Bedeutung und Anwendungsfelder von Self-Tracking-Technologien im solidarischen Gesundheitswesen wird dargestellt, welche digitalen Kompetenzen für eine gelingende Nutzung von Self-Tracking-Technologien erforderlich sind. Die Bedeutung dieser Kompetenzen, wie etwa allgemeine Medienkompetenz und spezielle Kommunikationskompetenz, für Solidarität als wesentliche normative Grundlage des Gesundheitswesens wird sodann anhand dreier Anwendungsfelder erörtert (individuelle Gesundheitsvorsorge; solidarische Krankenversicherung; Datenspende). In allen Themenbereichen und für alle beteiligten Akteure erweisen sich digitale Kompetenzen für das Erkennen von solidaritätsstiftenden Gemeinsamkeiten, die Teilhabe an Solidaritätsgruppen und das Leisten solidarischer Beiträge als wesentlich, um sich in die solidarischen Strukturen des Gesundheitswesens einzubringen, diese zu erhalten und zu befördern.

Die abschließende Diskussion verdeutlicht, dass nicht nur digitale Kompetenzen, sondern auch alle weiteren Kompetenzen im Gesundheitswesen eine ethische Dimension aufweisen, wenn sie die normativen Grundlagen des Gesundheitswesens berühren.

V2.4

Henk Jasper van Gils-Schmidt, Department Gesundheitswissenschaften, HAW Hamburg

Sabine Wöhlke, Department Gesundheitswissenschaften, HAW Hamburg

Ethische Motive bei der Entscheidungsfindung von Patient*innen im Rahmen einer Beteiligung in Patientenregistern. Erste Ergebnisse einer Interviewstudie mit Mitgliedern von Patientenorganisationen

Hintergrund

Patient*innenorganisationen (PO) sind zunehmend an der Entwicklung von digitalen Gesundheitstechnologien beteiligt (Raz et al. 2012). So initiieren PO digitale Patient*innenregister, um die immer mehr datengetriebene medizinische Forschung voranzutreiben und mehr Einfluss auf ihre Gestaltung zu nehmen. In der Wissenschaft werden seit längerer Zeit die Rolle von Solidarität, Privatheit, Vertraulichkeit, Informed Consent sowie der Nutzen für die Forschung als wichtige ethischen Motive und Anliegen für Partizipation in Registern oder Datenbanken hervorgehoben (z.B., Jungkunz et al. 2022). Jedoch ist nach wie vor unklar, welche ethischen Motivationen Patient*innen selbst haben, sich für oder gegen die Abgabe ihrer hochsensiblen, medizinischen Daten in ein Patient*innenregister zu entscheiden.

Fragestellung

Welche ethischen Motivationen nutzen Patient*innen bei der Entscheidung für oder gegen die Abgabe ihrer medizinischen Daten in ein digitales Datenregister?

Methode

Auf Basis eines empirisch-ethischen Forschungsansatz wurden 13 semi-strukturierte Telefoninterviews (Länge: 35-70 min.) mit Mitgliedern von PO durchgeführt, die ein digitales Patient*innenregister führen. Das Material wurde anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Ergebnis

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass Solidarität, verstanden als eine reziproke Haltung mit der Bezugsgruppe, die Hauptmotivation zur Datenabgabe ist. Zudem zeigt sich, dass altruistische Aspekte, d.H., das Fehlen von Reziprozität, Teil dieser Motivation sind. Zudem verweisen die Ergebnisse auf eine niedrige Relevanz der Datensicherheit für die Befragten: Obwohl alle Teilnehmende diese angesprochen haben, wurde die Datensicherheit des Registers nicht hinterfragt. Es zeigt sich, dass das Vertrauen in die PO, die das Register verwaltet, sehr hoch ist. Ein tentativer Zusammenhang zwischen diesem Vertrauen und einer Entlassung der eigenen Datensouveränität lässt sich der Bereitschaft zur Datenabgabe verzeichnen.

Diskussion

Ein Überblick über die ethischen Motivationen von Patient*innen bei der Weitergabe ihrer medizinischen Daten kann genutzt werden, um den Stellenwert von Datensouveränität und Datensicherheit neu zu reflektieren. Zudem verweisen die Ergebnisse darauf, dass PO eine stärkere Rolle bei der Entwicklung von Forschungsförderung spielen sowie als wichtiger Partner für medizinische Forschung gesehen werden sollten.

V3.1

Katja Kühlmeyer, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Sonja Adelman, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Kompetenzorientierte Ethiklehre durch Forschendes Lernen im Medizinstudium: Didaktisches Konzept und Beispiel eines studentischen Forschungsprojekts zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik

Eine Schlüsselkompetenz für den Erwerb medizinethischer Kompetenzen ist die Reflexionsfähigkeit. Sie kann auf mindestens zwei Arten verstanden werden, als Reflektivität (eine Reflexion der angemessenen Methode zur Beantwortung einer Fragestellung) und Reflexivität (eine Reflexion der eigenen Person). Methode wird hier als ein strukturierter Prozess von Gedanken und/oder Handlungen verstanden, durch den ein angemessener Umgang mit einem Gegenstand stattfindet. Medizinethische Kompetenzen (z.B. die Fähigkeit über eine medizinische Behandlung durch ethische Überlegungen urteilen zu können) sind oft kontextualisierte und konkretisierte Reflexionskompetenzen.

Lehrpersonen sollen bereits im Medizinstudium dafür sorgen, dass Studierende medizinethische Kompetenzen erwerben können. Aus anderen Lehrkontexten ist bekannt, dass Kompetenzerwerb in Lehr-Lern-Arrangements gefördert werden kann, die Studierende mit der Bewältigung komplexer Probleme konfrontieren.

Anhand eines didaktischen Konzeptes zum Forschenden Lernen in der Medizinethik reflektieren wir in diesem Konferenzbeitrag unsere Erfahrung mit einem studentischen Forschungsprojekt zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD) aus zwei Perspektiven (Lehrperson und forschende Studentin). In der Zusammenarbeit orientierten sich beide Beteiligte an einem ineinander verschränkten Arbeitsprozess, der Forschen, Lehren und Lernen aufeinander bezogen strukturiert.

Die Medizinstudentin stellt vor, wie sie in einem iterativen Forschungs- und Lernprozess ein Praxismodell für die Beratung zur NIPD konkretisiert hat, das ethische, rechtliche, psychosoziale und fachliche Anforderungen an das Beratungsgespräch mit einer Schwangeren integriert. Die Lehrperson stellt den didaktischen Prozess vor, innerhalb dessen sie die Studentin in der Verwirklichung ihres Vorhabens betreut hat, mit den Schritten: 1) angemessene Handlungsproblematiken schaffen, 2) inhaltliche und methodische Orientierung ermöglichen, 3) die Entwicklung einer Lösungsstrategie befördern, 4) ein Erprobungsfeld für die Lösungsstrategie bereitstellen, und 5) Möglichkeiten der Selbstreflexion organisieren.

Beide Beteiligte identifizieren Gelingensbedingungen (z.B. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Schlüsselmomente) und Herausforderungen. Zuletzt zeigen die Vortragenden Vorteile eines selbstorganisierten Lernarrangements auf und gehen auf Grenzen seiner Realisierbarkeit im Rahmen eines dichten Curriculums und von faktenorientierten Prüfungsroutinen ein.

V3.2

Shagana Shanmuganathan, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Ruben A. Sakowsky, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Simon M. Gerhards, Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Merle Weßel, Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Silke Schicktanz, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Umfragetool zur quantitativen Erhebung des Themas „Rassismus in der Medizin“ bei Medizinstudierenden

Hintergrund und Zielsetzung

Im Medizinstudium sollen ethische Kompetenzen vermittelt werden. Eines der im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) 2.0 formulierten Lernziele lautet: „Benachteiligungen, Stigmatisierung und Diskriminierung aus rassistischen Gründen oder wegen der ethnischen Herkunft [...] erkennen und das Handeln im Sinne der Verhinderung oder Beseitigung dieser Benachteiligungen ausrichten.“ Für eine auf die zunehmende Diversität in Deutschland angepasste Lehrplanung ist zunächst eine Bestandsaufnahme unter Medizinstudierenden in Deutschland zu deren aktuellen Erfahrungsdimensionen sinnvoll. Bisher fehlen jedoch quantitative Erhebungstools und systematisch erhobene Daten für den Kontext des Medizinunterrichts in Deutschland.

Im Rahmen unserer Studie wurde ein solches Erhebungstool unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus einer qualitativen Erhebung (SoDiMe-Studie, Oldenburg) entwickelt. Es erhebt gegenwärtige Verständnisse, Einstellungen und Erfahrungen zu den Konzepten „Rassismus“ und „Rasse“ im medizinischen Lehrkontext und ermöglicht die Bestimmung von entsprechenden Bedarfen für die medizinethische Reflexion in der Lehre.

Methodik

Auf Basis qualitativer Ergebnisse (SoDiMe-Studie), einer internationalen Literaturrecherche und Analyse bestehender Umfragetools (AfroZensus, NaDiRa-Studie) wurden relevante Frageitems für die Zielgruppe „Medizinstudierende in Deutschland“ identifiziert. Nach internen Reviews und Pretesting wurde eine Online-Pilotstudie mit immatrikulierten Medizinstudierenden (N=570) der Universitätsmedizin Göttingen im April 2023 durchgeführt.

Ergebnisse

Das Umfragetool beinhaltet 31 Items in geschlossenen Fragen zu soziodemographischen Daten, Benachteiligungserfahrungen, Wissen zu „Rasse“ und „Rassismus“, Bedarfe hinsichtlich rassismuskritischer Lehr- und Antidiskriminierungsmaßnahmen sowie drei Fallvignetten mit Fragen zu Handlungsorientierungen. Erste Ergebnisse der Pilotstudie werden vorgestellt und das Umfragetool ausführlich diskutiert. Dabei wird reflektiert, ob das entwickelte Tool in der Lage ist, die Dimensionen Erfahrung, Wissen, Handlungsorientierung und Bedarf bei Medizinstudierenden in Deutschland zu erheben. Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihres Handlungsbedarfes für das Medizinstudium ethisch reflektiert. Diese können in bestehende oder neue Lehreinheiten einfließen, um der Maßgabe nach ethischer Kompetenzvermittlung des NKLM 2.0 nachzukommen.

V3.3

Solveig Lena Hansen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Die Vermittlung forschungsethischer Kompetenzen für Studierende der Gesundheitswissenschaften

Im Gegensatz zu anderen Bereichsethiken kann die Public Health-Ethik in Deutschland als junges Fach gelten. Entsprechend gibt es bisher keine etablierten Curricula. In diesem Kontext stellt sich die Frage, welche Rolle Forschungsethik in gesundheitswissenschaftlichen Curricula einnehmen sollte und wie sie nachhaltig integriert werden kann. Da Ansätze des forschenden Lernens in der Public Health verbreitet und erwünscht sind, braucht es hier eine systematische Vermittlung forschungsethischer Kompetenzen. Eine besondere Relevanz hat dies an Public Health-Standorten, die über keine strukturelle Anbindung an eine Universitätsmedizin verfügen, da die Institutionalisierung von Ethikkommissionen weniger etabliert ist.

Beispiele für forschungsethische Aspekte einer kompetenzorientierten Lehre sind „klassische“ Themen wie: Verantwortungsübernahme, Umgang mit Forschungsdaten, Respekt vor der Selbstbestimmung der Beforschten und die Risiko-Nutzen-Abwägung. Jedoch weist die Multidisziplin Gesundheitswissenschaften einige Besonderheiten auf: Zum einen findet oftmals nicht nur eine Beforschung des jeweiligen Settings statt, sondern zugleich eine Intervention. Dies hat auch Auswirkungen auf das Rollenverständnis, das (oftmals partizipative) Design und die langfristigen Auswirkungen des eigenen forschenden Handelns. Zum anderen stehen einige Public Health-Ansätze fachlich nahe an Traditionen der sozialen Arbeit. Herausforderungen liegen hier sowohl im Umgang mit sozialen Vulnerabilitäten, aber auch in Forschungsbeziehungen und dem Umgang mit belastenden Situationen.

Der Vortrag präsentiert eine mehrjährigen Lehrerfahrung für einen Austausch über Erfolgsfaktoren sowie Herausforderungen einer Vermittlung forschungsethischer Kompetenzen an Public Health-Studierende. Es werden exemplarisch Seminarkonzepte sowie Prüfungsformate vorgestellt, die in Public Health-Studiengängen (Bachelor und Master) eingesetzt und evaluiert wurden. Lehreinheiten zur Forschungsethik, die ins Curriculum integriert sind, geben Studierenden die Möglichkeit, ethische Aspekte bei der Durchführung ihrer Forschungsprojekte und empirischen Abschlussarbeiten zu reflektieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Ausgehend von diesen Lehrerfahrungen soll aufgezeigt werden, dass für die Multidisziplin Public Health zwar verschiedene Forschungsethikkodizes als Bezug dienen, dass es jedoch einen eigenen Rahmenbezug geben sollte, der den vielfältigen Anforderungen für die Public Health-Lehre gerecht wird.

V3.4

Stephan Nadolny, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Fachhochschule Bielefeld

Jan Schildmann, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Andre Nowak, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Florian Bruns, Institut für Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden und Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Moralische Kompetenz bei Medizinstudierenden der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg – Eine Längsschnittstudie

Einleitung

Ethische Unsicherheiten und Konflikte sind Teil ärztlichen Alltags. Möglichkeiten und Grenzen der Vermittlung ethischer Kompetenzen zur professionellen Bearbeitung ethischer Probleme sind nicht zuletzt vor dem Hintergrund der geplanten Approbationsordnung und des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin Gegenstand aktueller Diskussionen in Medizinethik und -Didaktik. Ein Fokus der Diskussion liegt dabei auf der Konzeptualisierung von ethischer bzw. moralischer Kompetenz. Bisher liegen nur wenige empirische Untersuchungen dieser Kompetenz angehender Ärzt*innen vor. Ziel der Erhebung ist daher die Messung der moralischen Kompetenz von Medizinstudierenden.

Methodik

Es wurde eine quantitative Längsschnittstudie via Onlinesurvey bei Medizinstudierenden der MLU jeweils im Wintersemester von 19/20 (T0) bis 22/23 (T3) durchgeführt (jeweils Semester 1, 3, 5, 7, 9). Als Erhebungsinstrument wurde der Moralische Kompetenz Test nach Lind genutzt. Es wurde eine Gelegenheitsstichprobe gezogen. Die Analyse erfolgte mit Berechnung des C-Scores (0-100 Punkte) und deskriptiver Statistik.

Ergebnisse

Es haben insgesamt 2184 Studierende teilgenommen (Rücklaufquote 63%). Im Mittelwert wurde ein C-Score von 32,5 (T0), 30,4 (T1), 30,1 (T2) und 30,1 (T4) erreicht (R: 26,6-34,7). Dies entspricht gemäß dem Instrument einer hohen (>30) bis ausreichenden (20-29.9) moralischen Kompetenz. Mit steigendem Semester und Alter ist eine Abnahme moralischer Kompetenz zu verzeichnen. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht, beruflicher Vorerfahrungen im Gesundheitswesen und der moralischen Kompetenz.

Diskussion

Im internationalen Vergleich wird in dieser Erhebung eine ähnliche bis leicht höhere moralische Kompetenz der Medizinstudierenden erzielt. Allerdings wurde bei etwa einem Viertel der Studierenden eine (sehr) geringe Kompetenz (<20) festgestellt. Die verzeichnete Abnahme ethischer Kompetenz

im Verlauf des Studiums und die Feststellung, dass die Lehre im Modul Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (5. Semester) keine relevante Steigerung ethischer Kompetenz zur Folge haben, bedürfen einer näheren Betrachtung.

Im Rahmen des Beitrags sollen daher 1) mögliche Gründe für eine Abnahme der moralischen Kompetenz und 2) Limitation der gewählten Methode und damit verbundenen Konzeption moralischer bzw. ethischer Kompetenz diskutiert werden. Abschließend sollen mögliche Implikationen für die medizinische Ausbildung und deren Evaluation skizziert werden.

V4.1

Anna Hirsch, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik – Beispiele anhand des Konflikts zwischen Autonomie und Wohlergehen

Wie können wir auf ethisch angemessene Weise mit Konflikten zwischen ärztlichen Autonomie- und Wohltunspflichten in der Patient*innenversorgung umgehen? Hierbei handelt es sich um eine zentrale Fragestellung der Medizinethik, mit der auch klinische Ethikberater*innen immer wieder konfrontiert sind. In der klinischen Ethikberatung sowie in medizinethischen Arbeiten wird zur Beantwortung dieser Frage oftmals auf das Vier-Prinzipien-Modell von Tom L. Beauchamp und James F. Childress zurückgegriffen. Allerdings bietet dieser Ansatz im Umgang mit medizinethischen Konflikten lediglich einen Orientierungsrahmen für die Abwägung. So wird er unter anderem für seinen großen Interpretationsspielraum und die damit einhergehende mangelnde Handlungsorientierung kritisiert. Eine Ursache dieser Defizite liegt meines Erachtens in der Unterbestimmtheit der Begriffe, auf denen die grundlegenden Prinzipien des Ansatzes beruhen. Mit Blick auf den Konflikt zwischen ärztlichen Autonomie- und Wohltunspflichten betrifft die Unterbestimmtheit vor allem die Begriffe der Autonomie und des Wohlergehens.

Die Analyse von Begriffen sowie die tiefere Auseinandersetzung mit Konzeptionen und Theorien sind genuin philosophische Kompetenzen. In meinem Vortrag werde ich diese Kompetenzen anhand ausgewählter Arbeiten zu Autonomie und Wohlergehen ausführlicher darstellen und aufzeigen, wie es Philosoph*innen gelingt, einen Mehrwert zu praktischen Fragestellungen der Medizinethik zu leisten. Dabei werde ich sowohl auf die verwendeten Methoden als auch die spezifische Expertise der Autor*innen eingehen. Hiervon ausgehend möchte ich Schlüsse für die klinische Ethik ziehen: Welche der aufgezeigten philosophischen Kompetenzen können die Arbeit klinischer Ethikberater*innen unterstützen? Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen sind zu berücksichtigen?

Ich werde in meinem Vortrag das Vorurteil einer realitätsfernen Philosophie, die sich in Randdebatten verliert, aus dem Weg räumen und verdeutlichen, dass die philosophische Auseinandersetzung mit Begriffen, Konzeptionen und Theorien nicht nur einen wichtigen Beitrag zur akademischen Medizinethik, sondern auch zum Umgang mit medizinethischen Herausforderungen und Problemstellungen in der Praxis der Patient*innenversorgung leisten kann. Philosophische Kompetenzen wie die Begriffsanalyse, so meine These, können im Allgemeinen als ein unverzichtbarer und zentraler Bestandteil der Medizinethik gelten.

V4.2

Tizia Wendorff, Institut für experimentelle Medizin, Arbeitsbereich Medizinethik, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Emily Beatrix Hammer, Institut für experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Benedikt Hruschka, Institut für experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Stefanie Weigold, Institut für experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Claudia Bozzaro, Institut für experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Medizinethik spielt eine Rolle - Wie praxisnahe Wissensvermittlung und Erwerb ethischer Kompetenzen verbunden werden können.

Die Förderung ethischer Kompetenzen im Medizinstudium bedarf auch geeigneter Lehrmethoden. Im Rahmen eines durch die medizinische Fakultät gefördertes Lehrprojekt wurde ein Rollenspiel-basiertes Lehrformat entwickelt und erprobt. Das Projekt zielte darauf ab den Studierenden die Möglichkeit zu geben, ihr theoretisches Wissen über medizinethische Konflikte praxisnah einzuüben, eigene moralische Annahmen zu reflektieren und kommunikative sowie soziale Kompetenzen zu entwickeln.

Anhand von zwei realen ethischen Fallbesprechungen vom Klinischen Ethikkomitee des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein wurden jeweils Rollenbeschreibungen entwickelt, auf deren Basis die Studierenden eine ethische Fallbesprechung simulieren sollten. Die Rollen wurden so konzipiert, dass sich im Gespräch mehrere Konflikte herauskristallisierten, die die vier ethischen Prinzipien der Medizinethik abdeckten.

Das Projekt wurde im Sommersemester 2020 und nach einigen Überarbeitungen im WS 2022-23 erfolgreich mit Studierenden im fünften und sechsten Fachsemester durchgeführt. Eine studentische Evaluation des Projekts wurde vorgenommen und ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Studierenden durch die Auseinandersetzung mit verschiedenen Positionen ein besseres Verständnis für die Vielfältigkeit der Begründungsstrategien in einem ethischen Diskurs vermittelt bekamen.

Im Rahmen unseres Vortrags möchten wir das Projekt und die Ergebnisse der Evaluation vorstellen. Dafür werden wir:

- a) Zunächst soll auf der Grundlage der entsprechenden didaktischen Literatur auf die Vorteile und die Herausforderung der Methode eingegangen werden.
- b) In einem zweiten Schritt wird die theoriebasierte Entwicklung unserer Rollenspiele und der Ablauf darstellt.
- c) Abschließend stellen wir wesentliche Ergebnisse der Evaluation vor und eine kritische Reflexion derselben.

V5.1

Marcel Mertz, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Sabine Salloch, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Christoph Schindler, Zentrum für Klinische Studien, Medizinische Hochschule Hannover

Matthias Katzer, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Unter welchen Bedingungen darf man Menschen im Rahmen klinischer Studien mit Krankheitserregern infizieren? Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit

Hintergrund

Human Challenge Studies (HCS) sind experimentelle klinische Studien, in denen Versuchspersonen gezielt mit einem Krankheitserreger infiziert werden, um den Krankheitsverlauf besser zu verstehen oder die klinische Wirksamkeit eines Medikaments oder Impfstoffes zu testen. In der Vergangenheit wurden viele aus heutiger Sicht ethisch problematische Studien durchgeführt. Obwohl in den letzten Jahrzehnten strenge Maßstäbe etabliert wurden, treffen HCS weiterhin auf ethische Bedenken, v.a. bei risikoreicheren Erregern wie etwa SARS-CoV-2. Vielfach wird bemängelt, dass es noch keine spezifischen forschungsethischen Standards für solche Studien gibt.

Methode

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde untersucht, welche ethischen Anforderungen an HCS angelegt und wie diese begründet werden. Hierfür wurden 194 Publikationen aus den Jahren 2001 bis 2022 gezielt in mehreren Datenbanken identifiziert und anhand konkreter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Alle ethischen Anforderungen und ihre Begründungen wurden erfasst und thematisch geordnet. Es wurde untersucht, welche Anforderungen unstrittig sind und welche wesentlichen Kontroversen bestehen. Die Gründe wurden systematisiert und anhand grundlegender Argumentationsstandards bewertet.

Ergebnisse

Alle Beiträge sprechen sich für eine grundsätzliche Erlaubnis von HCS unter strengen Anforderungen aus. Weitgehend unstrittige Anforderungen ergeben sich vor allem aus allgemeinen forschungsethischen Kodizes und bleiben oft eher vage. Zu den konkreteren Anforderungen bestehen Kontroversen. Diese betreffen insbesondere die Fragen, welches Risiko für die Teilnehmenden akzeptabel ist und in welchem Maß diese für die Teilnahme bezahlt werden dürfen. Weitere wichtige Themen sind der Umgang mit vulnerablen Gruppen, Forschungskooperationen zwischen Ländern mit hohem und niedrigem Einkommen, Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Isolationspflicht für die Teilnehmenden und Verfahrensschritte zur Genehmigung.

Diskussion

Betrachtet man exemplarisch die Gründe für Anforderungen an das Risiko, so findet man zahlreiche Gründe für und gegen die Position, die nur „minimale“ Risiken erlaubt. Jedoch sind die meisten Gründe

für diese Position qualitativ schwach. Auch fällt insgesamt auf, dass manche Beiträge bei eher unstrittigen Anforderungen stehen bleiben und damit weder theoretisch noch praktisch Orientierung geben können. Dies zeigt, dass das argumentative Niveau der Debatte deutlich verbessert werden kann.

V5.2

Simon Gerhards, Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Universität Oldenburg

Niklas Ellerich-Groppe, Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Universität Oldenburg

Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik als ethisch relevante Kompetenzen einer professionellen ärztlichen Versorgungspraxis

In der aktuellen Version des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM 2.0) ist auch der Umgang mit Diversität und Diskriminierung im Gesundheitswesen als explizites Lernziel für die medizinische Ausbildung formuliert worden. In diesem Zuge soll das Medizinstudium sowohl Kompetenzen zur ärztlichen Versorgung einer heterogenen Patient*innenschaft als auch zum Erkennen, Verhindern und Beseitigen von Diskriminierung vermitteln. Während damit Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik als professionelle Kompetenzen von Ärzt*innen gelten können, ist jedoch weitgehend unklar, was genau diese Kompetenzen beinhalten und wie sie sich sinnvoll ausbilden lassen.

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel des Beitrags, erstens Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik als ethisch relevante, ärztliche Kompetenzen herauszustellen, sowie zweitens die notwendigen Wissensbestände, Einstellungen und Fertigkeiten zur Ausbildung dieser Kompetenzen aufzuzeigen. Dazu gehen wir folgendermaßen vor: Zunächst verdeutlichen wir die ethische Relevanz von Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik, indem wir die ethische Problematik einer mangelnden Sensibilität für die Heterogenität von Patient*innen und Diskriminierung im Gesundheitswesen vergegenwärtigen. Angelehnt an Weinerts Definition des Kompetenzbegriffs erläutern wir dann, wie Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik auf den drei Ebenen von Wissen, Einstellung und Fertigkeiten ausgebildet und vermittelt werden können. So sind neben dem Wissen um die gesundheitlichen Auswirkungen von Diskriminierung und fehlender Diversitätssensibilität das Ausprägen einer machtkritischen professionellen Einstellung sowie die Fertigkeiten zum praktischen Umgang mit Diversität und Diskriminierung im Gesundheitskontext nötig, so etwa Zuschreibungsreflexivität. Die praktische Umsetzung und spezifischen Herausforderungen dieser Kompetenzentwicklung illustrieren wir anhand des an der Universität Oldenburg entwickelten Curriculums „Professionelle Entwicklung“, das die Ausbildung einer professionellen, ärztlichen Haltung über den gesamten Studienverlauf hinweg in das Medizinstudium integriert und dabei auch die Themen „Diversität“ und „Diskriminierung“ adressiert.

Die Diskussion greift Diversitätssensibilität und Diskriminierungskritik als komplementäre ärztliche Kompetenzen mit ethischer Relevanz auf, deren Vermittlung und Umsetzung jedoch institutionellen und strukturellen Herausforderungen begegnen müssen.

V6.1

Shingo Segawa, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen
Silke Schicktanz, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Ein bisschen Prävention schadet nie? Ethische Aspekte des Demenzpräventions-Diskurses

Sehr aktuell wird die sog. Demenzprävention propagiert: Durch Eindämmung individueller Risikofaktoren, wie z.B. Bewegungsmangel, Rauchen, ungesunde Ernährung und Schwerhörigkeit könne man ein Drittel der Demenzfälle reduzieren. Bildung und soziale Integration werden als weitere protektive Faktoren genannt. Neuentwickelte Technologien wie Apps oder digitale Biomarker zielen entsprechend darauf ab, das individuelle Risiko einzustufen und zur Risiken-Reduktion anzuleiten. Aus bioethischer Sicht sind diese Trends zeitnah zu reflektieren und durch ethische Rahmenbedingungen angemessen zu flankieren.

Die ethische-deskriptive Analyse baut auf Sichtung der Fachliteratur und auf der Inhaltsanalyse von halbstrukturierten Interviews mit deutschen Experten*innen aus Ethik, Forschung, Gesundheitswesen, Interessensvertretung, Politik und Wirtschaft auf (N = 23, 3-12/2022). Die Experteninterviews ergänzen die Literaturanalyse durch Erkenntnisse bzgl. bislang unpublizierter Entwicklungen. Im ersten Schritt identifizierten wir mehrere ethische Konfliktfelder, die wir dann aus ethisch-normativer Sicht reflektieren.

Das Spektrum identifizierter ethischer Aspekte ist breit: es beinhaltet individuelle und strukturelle Verantwortungsbereiche, Stigmatisierungsrisiken, Ressourcenallokationskonflikte zwischen Prävention und Versorgung, Datenethik bei Präventionstechnologien (wie Zustimmung, Datenverarbeitung und -weitergabe), ethische Aspekte der Gesundheitskommunikation und Risikokompetenz sowie Formen der angemessenen Forschungsgovernance. Seitens des Demenz-Präventionsdiskurses überwiegen Appelle an die individuelle Risikovorsorge mit der Grundannahme, dass individuelle Risikoreduktion durch einen gesunden Lebensstil nie schade, auch wenn wissenschaftlich die Effektivität vieler individueller Präventionsmaßnahmen als gering oder unsicher eingeschätzt wird.

In unserer Analyse kritisieren wir diese diskursive Fokussierung auf individuelle Risiken aus drei Perspektiven: A) Bei geringer Evidenz der Maßnahmen wiegen Stigmatisierungsrisiken und Kosten für das Individuum schwerer, B) die Verschiebung hin zu individueller Verantwortung verstellt den Blick auf die notwendige Vorrangigkeit kollektiver Verantwortungsbereiche, und C) vorhandene Versorgungsdefizite werden durch den Präventionsdiskurs ggf. verstärkt anstelle gelöst. Im Ausblick skizzieren wir erste Überlegungen, wie kollektive Verantwortungsdimensionen in der Gesundheitspräventionsethik besser abgebildet werden können.

V6.2

Johannes Welsch, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen
Eike Buhr, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

„Value Preference Profiles“ als partizipativer „Ethics-by-Design“-Ansatz für Menschen mit Demenz

Im Zuge der Digitalisierung kommen intelligente assistive Technologien (IAT) auch zunehmend in der häuslichen und institutionellen Pflege von Menschen mit Demenz zum Einsatz. Dort versprechen sie Vorteile wie eine verbesserte Lebensqualität, eine Entlastung der Pflegekräfte sowie Kosteneffizienz. Andererseits werden auch ethische Bedenken geäußert, wie z. B. die Verletzung der Privatsphäre der Nutzenden, der Ersatz menschlicher Pflege oder die Objektivierung der Gepflegten. Inwieweit ethische Erwägungen in die Entwicklung, Gestaltung und Funktionsweise von IATs einbezogen werden können, ist Gegenstand der „Ethics-by-Design“-Debatte, die daher auch für die Medizinethik zunehmend an Bedeutung gewinnt. In jüngster Zeit werden vor allem partizipatorische Ansätze diskutiert, die potenzielle Nutzerinnen und Nutzer in den Entwicklungsprozess der Systeme einbeziehen. Solche partizipativen Ansätze stoßen jedoch im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz an ihre Grenzen, da sie als potenzielle Nutzende der Systeme in fortgeschrittenen Stadien nicht mehr in der Lage sind, an partizipativen Gestaltungsprozessen teilzunehmen.

Der Vortrag greift dieses Problem auf und geht der Frage nach, wie Menschen mit Demenz an der Entwicklung von IATs partizipieren und ihre moralischen Präferenzen dort integriert werden können. Hierfür schlagen wir Value Preference Profiles (VPP) als einen neuen Ansatz für die „Ethics-by-Design“-Debatte vor. VPPs stehen für Nutzende von IATs und bilden ihre Präferenzen und deren zugrundeliegende moralische Argumentation idealtypisch ab. Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden Interviews mit Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen mit Methoden der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und die zugrundeliegenden Argumentationsmuster hinsichtlich bestimmter abgefragter moralischer Kernprinzipien identifiziert und verglichen. Hier von ausgehend haben wir Profile erstellt, die idealtypisch für unterschiedliche Wertordnungen der Probandinnen und Probanden hinsichtlich der Funktionsweise von IATs stehen. Über die Analyse der zugrundeliegenden Argumentation bleibt moralischer Sinn und Kontext der Wertordnungen erhalten. Dies trägt der Komplexität moralischer Einstellungen eher Rechnung als herkömmliche „Ethics-by-Design“-Verfahren, die Wertordnungen bloß quantifiziert abbilden können. Abschließend reflektieren wir Potenziale und Grenzen eines solchen Ansatzes.

V6.3

Anna-Eva Nebowsky, Department für Versorgungsforschung, Abteilung Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Merle Weßel, Abteilung Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Milena von Kutzleben, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Mark Schweda, Abteilung Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Ethische Kompetenzen und moralische Konflikte in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz durch eine Live-In Hilfe: Eine care- und familienethische Analyse

Der steigende Bedarf an Pflegekapazitäten für Menschen mit Demenz (MmD) lässt sich nicht ausreichend von professionellem Pflegepersonal decken und kann auch nicht allein von pflegenden Angehörigen (pA) geleistet werden. Sog. Live-In Arrangements sollen diese Versorgungslücke füllen. Damit sind Versorgungsarrangements gemeint, in denen die pA durch eine sog. ‚24-Stunden-Betreuerkraft‘ aus dem Ausland bei der Pflege ihrer Angehörigen unterstützt wird. Neben allgemeinen sozialen und rechtlichen Problemen führen diese Live-In Arrangements im direkten häuslichen Umfeld zu Herausforderungen, die sich insbesondere aufgrund fehlender Qualifikationen der Live-Ins sowie unangemessener Erwartungen der pA als moralische Konflikte äußern.

In unserer Studie erkunden wir mittels Einzel- und Gruppen-Interviews mit allen an dem Versorgungsetting Beteiligten – den pA, den Live-Ins sowie den MmD – die moralischen Konflikte in der Triade und analysieren, welche ethischen Kompetenzen zu ihrer Vorbeugung und Bewältigung notwendig sind.

Die qualitativen Interviews (n=30) behandeln die jeweiligen Perspektiven auf das Arrangement, Konflikte innerhalb der Triade und mit anderen Familienmitgliedern sowie das jeweilige Verständnis von ethischen Kompetenzen für gute Versorgung bei Demenz.

Ein moralischer Konfliktpunkt ist z.B. die Vorstellung guter Versorgung von MmD, welche zwischen allen drei Mitgliedern des Versorgungsettings divergiert. Insbesondere ethische Kompetenzen, welche in der Versorgung von MmD besonders wichtig sind, fehlen sowohl den Live-Ins als auch den pAs oftmals. Ein anwendungsorientiertes Wissen über die ethischen Grundprinzipien ist zwingend notwendig: Nicht selten muss die Live-In etwa spontan über einen Entzug von Freiheit entscheiden, wenn er zum Schutz des MmD notwendig ist. Gleichzeitig ist sie dazu angehalten, dem MmD die größtmögliche Freiheit und Lebensqualität zu gewähren.

Die Ergebnisse verweisen außerdem auf Rollenkonflikte, welche sich etwa aus über die Zeit gewachsenen Beziehungen zwischen den MmD und den Live-Ins ergeben und den Vorstellungen der Angehörigen gegenüberstehen.

Da nicht abzusehen ist, dass das Live-In-Versorgungsmodell in den nächsten Jahren deutlich verändert wird, möchten wir u.a. die Forschungslücke des fehlenden Einbezugs von MmD füllen und empirisch informierte Empfehlungen an Versorgung und Politik formulieren.

V7.1

Anne-Sophie Gaillard, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Esther Braun, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Jochen Vollmann, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Jakov Gather, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum und Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

Sarah Potthoff, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Matthé Scholten, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Inhalte von psychiatrischen Vorausverfügungen: Ergebnisse eines systematischen Reviews und Entwicklung einer Vorlage

Psychiatrische Vorausverfügungen (PVV) sind Dokumente, in denen Personen mit psychischen Erkrankungen Behandlungswünsche für zukünftige Phasen der Einwilligungsunfähigkeit festlegen können. Diese Instrumente sind somit dazu geeignet, die Autonomie von Betroffenen zu stärken. Empirische Studien konnten zeigen, dass PVV die therapeutische Beziehung, die Behandlungszufriedenheit und das Gefühl von Selbstwirksamkeit der Betroffenen erhöhen können. Zudem kann der Einsatz von PVV zur Reduktion von Zwangseinweisungen beitragen. Trotz dieser Vorteile und der Befürwortung von PVV durch Betroffene sind die Erstellungsraten gering. Eine zentrale Barriere stellen Schwierigkeiten Betroffener bei der Erstellung von PVV sowie ein unzureichendes Verständnis des Instruments oder Schwierigkeiten beim Verfassen der Inhalte dar. Die systematische Erfassung der Präferenzen Betroffener bezüglich des Inhalts von PVV sowie die Bereitstellung von benutzerfreundlichen Vorlagen kann zur Verringerung dieser Implementationsbarrieren beitragen.

In diesem Vortrag wird ein systematisches Literaturreview zum Inhalt von PVV vorgestellt. Das Review umfasst 42 internationale Studien, die empirische Originaldaten zu den Wünschen Betroffener zu den Inhalten von PVV oder Inhaltsanalysen bestehender PVV enthalten. Die Ergebnisse der Studien wurden thematisch analysiert und in Form einer narrativen Synthese zusammengefasst. Es zeigten sich sechs übergeordnete Kategorien: 1.) Krisenwarnzeichen, 2.) Haltung der Behandelnden, 3.) Behandlungssetting, 4.) Behandlungswünsche, 5.) Umgang mit Zwang und 6.) Wünsche im sozialen Bereich. Die Befürchtung, dass PVV unklar oder mit Praxisstandards unvereinbar sein könnten, bestätigt sich nicht. Betroffene geben in der Regel umfassende, verständliche und klinisch relevante Wünsche in ihren PVV an, die häufig nachvollziehbar begründet werden.

Auf Basis dieses systematischen Reviews wird aktuell eine Vorlage für eine PVV entwickelt, die nach Abschluss des Projekts öffentlich zugänglich gemacht werden soll. Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation wird eine vorläufige Version dieser Vorlage in Fokusgruppen mit relevanten Stakeholdern diskutiert. Der Vortrag gibt einen Einblick in vorläufige Ergebnisse dieser qualitativen Fokusgruppenstudie.

V7.2

Lena Stange, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Department für Versorgungsforschung, Abteilung Ethik in der Medizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Zwischen Gesundheitskompetenz und Strebensethik: Gesundheitliche Voraussetzungen und das gute Leben

Individuelle Vorstellungen eines guten Lebens spielen auch bei gesundheitlicher Vorausplanung, wie dem Erstellen einer Patientenverfügung, eine tragende Rolle. In der Debatte um gesundheitliche Voraussetzungen blieben solche Vorstellungen bislang eher unberücksichtigt, wenngleich sich hier strebensethische Fragen ergeben: Welche Bedeutung haben Vorstellungen des Verlaufs eines guten Lebens für Überlegungen hinsichtlich gesundheitlicher Voraussetzungen? Wie sind diese Vorstellungen aus einer strebensethischen Perspektive zu verstehen und im Kontext gesundheitlicher Vorausplanung zu beurteilen? Hier schließt sich zudem die Frage an: Welche Kompetenzen erfordert es aufseiten der Verfassenden, eine gesundheitliche Voraussetzung zu erstellen?

Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden 18 volljährige Personen in unterschiedlichen Altersgruppen zu Vorstellungen eines guten Lebens und guten Sterbens befragt. Die Sichtweisen wurden im Rahmen einer empirisch informierten Ethik mittels thematischer Analyse aus einer strebensethischen Perspektive analysiert und in Bezug auf gesundheitliche Vorausplanung bewertet.

Im Vortrag werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Anhand einer Typologie wird das Spektrum von Vorstellungen, Wünschen und Plänen für ein gutes Leben aufgezeigt, die die Befragten für ihre Zukunft formulieren. Dabei fällt auf, dass es mitunter Diskrepanzen zwischen individuellen Wertvorstellungen und formulierten Verfügungen gibt. So wird deutlich, dass das Erstellen von gesundheitlichen Voraussetzungen aufseiten der Vorausplanenden neben Gesundheitskompetenz auch gewisse ethische Kompetenzen im Bereich der Selbstreflexion der eigenen Wertvorstellungen und Lebenspläne erfordert. Genuin selbstbestimmte Entscheidungen können nur formuliert werden, wenn sich Verfassende einer gesundheitlichen Voraussetzung der Wertimplikationen ihrer Behandlungspräferenzen bewusst sind und die Bedeutung und Tragweite von gesundheitlicher Vorausplanung verstanden haben. Die besondere medizinethische, aber auch versorgungspraktische und gesundheitspolitische Relevanz der Ergebnisse liegt auf zwei Ebenen. Einerseits in der individuellen Kompetenz im Umgang mit Instrumenten, die es ermöglichen, vom Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch zu machen. Andererseits, in strebensethischer Sicht, in der Berücksichtigung jener individueller Werte, die das Erstellen gesundheitlicher Voraussetzungen motivieren.

V5.1

Jörg Carlsson, Medicinska kliniken, Linnaeus University

The role of the physician, the patient and the physician-patient-relationship in assisted dying as depicted in fiction

Assisted dying through physician-assisted suicide and euthanasia is not as common a topic in fiction as is disease and death. Before the 1880s assisted dying was virtually non-existent in fiction and arts in general, - regarded as a religious taboo and forbidden by the Hippocratic oath. This changed with the German short stories »Auf Tod und Leben« (Life and death) by Nobel Prize winning author Paul Heyse (1885) and »Ein Bekenntnis« (A confession) by Theodor Storm (1887). In both works the person helping another human being to die has a long-term relationship with the patient which even in modern medical ethics has been advocated as a prerequisite for assisted dying (Clark and Kisma »'Medical friendships' in assisted dying« (2004). The focus on the person helping another person to die and the relationship between them can also be found in Norwegian author Linn Ullmann's »Nåde« (Mercy; 2002) and Swedish author Jörg Carlsson's »En god död« (A good death; 2018). However, in most fictional and other recent works the focus has changed to the person wanting to die with the help of unnamed others, organizations or anonymous physicians. Assisted dying is changing from a very exceptional action of individual health care personnel to a regulated medical procedure. Examples for this change are the bestselling novel »Me before you« by Jojo Moyes (2012), the biographical story by Emanuèle Bernheim »Tout s'est bien passé« (Everything went well; 2013), Tomás Gonzáles' novel »La luz difícil« (Difficult light; 2011), German Daniel Kehlmann's novel »Ruhm« (Fame; 2009) and the Swedish novel »Ypsilon« (PC Jersild, 2012).

1. Heyse, P. Auf Tod und Leben. Novellen. 18.Sammlung der Novellen. Berlin 1886, S.231-316
2. Storm, Th. Ein Bekenntnis. Sämtliche Werke. Berlin/Weimar 1978, Band 4, S. 197-250
3. Clark CC, Kimsma GK. "Medical friendships" in assisted dying. Cambridge Quarterly of Health Care Ethics 2004;13:61-67
4. Heyse, P. Die schwerste Pflicht. Gesammelte Werke, Reihe I, Band V. Stuttgart 1924, S.483-511
5. Ullmann, L. Nåde. Oktober Forlaget, Oslo 2002.
6. Moyes, J. Me before you. Penguin Books, London 2012.
7. Bernheim, E. Tout s'est bien passé (récit), Gallimard, Paris 2013
8. Gonzáles, T. La luz difícil. Alfaguara, Bogotá 2011
9. Kehlmann, D. Ruhm. Ein Roman in neun Geschichten. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 2009.
10. Jersild, P.C. Ypsilon. Albert Bonniers Förlag, Stockholm 2012
11. Jersild, P.C. Babels hus. Bonniers, Stockholm, 1978
12. Carlsson, J. Ein schöner Tod. Wie ich meinen Vater beim Sterben begleitete. Amazon, 2017.

V8.1

Christin ten Brink, Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen

Annette Riedel, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen

Norbert Jömann, Klinisches Ethik-Komitee, Universitätsklinikum Münster

Annette Kurrle, Geriatrie Usingen, Hochtaunus Kliniken Bad Homburg

Umfrage unter zertifizierten Ethikberater*innen im Gesundheitswesen – Empirische Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis

Hintergrund

Ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen sind komplex, deren Bearbeitung in der Folge anspruchsvoll. Die AEM hat Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Empfehlungen zur Qualifizierung von Ethikberater*innen entwickelt. Zertifiziert werden 3 Kompetenzstufen: Ethikberater*in (K1), Koordinator*in (K2) und Trainer*in (K3) für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Die Qualifizierungsmaßnahmen umfassen Theorie, praktische Übungen und die (begleitete) Anwendung in realen Fällen. Curriculum und Standards sind stetig weiterzuentwickeln und auf die gelebte Praxis rückzubeziehen. Dazu hat die AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der AEM 2021 erstmals eine Umfrage unter zertifizierten Ethikberater*innen (mind. K1) durchgeführt.

Methode

Die Umfrage erfolgte online. Thematische Schwerpunkte der Befragung lagen in der Evaluation der eigens durchlaufenen K1-Schulung, der formalen K1-Zertifizierung, den Erfahrungen aus der realen Ethikberatungs-Praxis, der Einschätzung der eigenen Kompetenzen und Vernetzung. Die Antworten wurden differenziert nach quantitativ erfassbaren Daten und qualitativen Aussagen – mittels Kategorisierung – ausgewertet.

(Ausgewählte) Ergebnisse: Von 1.623 Personen nahmen 756 teil (Rücklauf: 47%).

Es zeigt sich u.a., dass

- die K1-Schulungen überwiegend gut auf die Praxis vorbereiten (auf ethische Fallbesprechungen besser als auf Leitlinien oder Veranstaltungen). Zugleich wurde auf inhaltliche und methodisch-didaktische Defizite hingewiesen.
- die wenigsten Ethikberater*innen einen festen Stellenanteil für ihre Tätigkeit haben.
- Mitglieder von Ethikberatungsgremien zufriedener als Nicht-Mitglieder mit ihrer Tätigkeit sind und wirkungsvoller arbeiten können.
- die Mehrheit der Ethikberater*innen lokal vernetzt ist, sich aber weitergehenden Austausch wünscht.
- der Anteil der ambulanten Ethikberatungsangebote gestiegen ist.

Die detaillierte Auswertung erlaubt u.a.:

- Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Curriculums zum Kompetenzerwerb im Rahmen der Qualifizierung Ethikberatung im Gesundheitswesen (insb. K1 und K2) abzuleiten. Hierdurch lässt sich die Handlungskompetenz und -sicherheit zukünftiger Ethikberater*innen weiter stärken.
- die Konkretisierung der Standards für Einrichtungen im Gesundheitswesen, d.h. welche Strukturen Einrichtungen vorhalten sollten, die Ethikberatung anbieten (wollen).

V8.2

Lasse Benzinger, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Frank Ursin, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Wolf-Tilo Balke, Institut für Informationssysteme, Technische Universität Braunschweig

Tim Kacprowski, Abteilung Data Science in Biomedicine, Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Sabine Salloch, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Unterstützung der Klinischen Ethik durch Künstliche Intelligenz? Eine systematische Übersichtsarbeit

Angehörige des Gesundheitswesens sind täglich mit ethisch schwierigen Entscheidungen konfrontiert, die moralischen Stress auslösen können. In den vergangenen Jahren wurden auf Künstlicher Intelligenz (KI) basierende Anwendungen entwickelt, um die Kompetenz in der klinisch-ethischen Entscheidungsfindung zu erweitern. KI-Anwendungen sollen so z.B. die Präzision der Vorhersage von Therapiepräferenzen nicht einwilligungsfähiger Patient*innen erhöhen oder fallbasierte ethische Hilfestellung liefern. Der Einsatz von KI-Anwendungen zur Unterstützung klinisch-ethischer Entscheidungsfindung ist jedoch umstritten. Diese systematische Übersichtsarbeit bietet erstmals einen umfassenden Überblick über die in der wissenschaftlichen Literatur genannten Gründe für und gegen den Einsatz solcher Programme.

Die Literaturdatenbanken PubMed, Web of Science, Philpapers.org und Google Scholar wurden nach relevanten Publikationen durchsucht, und diese nach Ein- und Ausschlusskriterien gefiltert. Insgesamt wurden 44 Publikationen in die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz einbezogen.

Ein Teil der Autor*innen hofft, dass KI ein „cognitive moral enhancement“ ermöglicht, die Beratungs- und Urteilskompetenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe verbessert und die Vorhersagegenauigkeit von Patientenpräferenzen erhöhen kann, wodurch die Autonomie aller Beteiligten gesteigert würde. Andere befürchten, dass die Nutzung von KI-Programmen zur Dequalifizierung der Nutzer*innen führen könnte, da diese sich nicht mehr selbst mit schwierigen ethischen Fragen befassen müssten. Außerdem äußerten einige Autor*innen Bedenken, dass KI nicht in der Lage sei, den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung vollständig abzubilden, da ihr menschliche Züge wie Empathie fehlten. Befürchtungen wurden in Bezug auf Gerechtigkeitsfragen geäußert, da Programme bestehende Verzerrungen („biases“) reproduzieren oder sogar verstärken könnten.

Die erwarteten Vorteile des Einsatzes von KI-Anwendungen in der klinisch-ethischen Entscheidungsfindung sind vielfältig, ihre Entwicklung sollte jedoch mit großer Vorsicht und Aufmerksamkeit erfolgen, um ethische Fallstricke zu vermeiden. Verschiedene Themen wie Gerechtigkeit, Erklärbarkeit und Mensch-Maschine-Interaktion, die in der Diskussion über konventionelle klinische Entscheidungsunterstützungsprogramme von zentraler Bedeutung sind, spielen in der Debatte über „ethische“ KI-Anwendungen eine untergeordnete Rolle und sollten in Zukunft mehr Aufmerksamkeit erhalten.

V8.3

Pia Göbert, Fachbereich 20 Humanmedizin, Dekanat / Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Irene Portig, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Carola Seifart, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Zur Frage der Feldkompetenz von Ethikberatenden

Neben Grundwissen in Bezug auf den ethisch-rechtlichen Rahmen medizinischen Handelns und auf Beratungsinhalte, zählen kommunikative Fähigkeiten, inkl. Moderationsfähigkeiten, unstrittig zu den Kernkompetenzen für Ethikberatende. Diskutiert wird jedoch, in welchem Ausmaß Feldkompetenz (FK), die Verbindung aus fachlichem Wissen und Erfahrung in einem konkreten Kontext, erforderlich ist. Diese Frage steht prinzipiell im Spannungsfeld zwischen der ihr innewohnenden Gefahr der professionellen Deformierung sowie dem Wunsch nach einem neutralen, „fremden Blick“ der Ethikberatenden und der durch die FK erlangten Vertrautheit mit dem Umfeld und der resultierenden Anerkennung als informierte Ansprechpartner*in. In den Fokus ist die Frage der Notwendigkeit von FK durch eine eigene, deutschlandweite Umfrage zur Nutzung von Ethikberatung (EB) auf deutschen neonatologischen Intensivstationen gerückt. Diese ergab, dass EB dort selten in Anspruch genommen wurde, obwohl verfügbar und als sehr hilfreich bewertet. Genannte Hürden für die Inanspruchnahme von EB zielten häufig auf die fehlende FK der Ethikberatenden ab. Sie scheint daher für die Nutzung von EB eine wichtige Rolle zu spielen.

Im Kontext der EB haben wir FK formal differenziert in a) medizinisches Fachwissen, Kenntnis der b) Organisationskultur der jeweiligen Einrichtung, der Kommunikationskultur sowohl c) im Behandlungsteam als auch mit d) Patient*innen/Angehörigen sowie der e) Versorgungskultur, durch Erfahrungen hinsichtlich typischer Krankheitsverläufe.

Wir leiten aus unserer Umfrage her, dass die Kenntnis der Versorgungskultur, insbesondere in Teildisziplinen (bspw. in der Neonatologie, Psychiatrie, ambulanten Palliativmedizin etc.) der Bereich der FK ist, der für Ethikberatende und die Inanspruchnahme von EB besonders nützlich ist, medizinisches Fachwissen hingegen für die EB nicht zwingend erforderlich ist. Es kann außerdem davon ausgegangen werden, dass die Herausforderungen der Kommunikationskultur durch die Kernkompetenzen der Ethikberatenden bewältigt werden können. Dies trifft aber nicht auf die Organisations- und Versorgungskultur zu. Insbesondere Letztere unterscheidet sich erheblich in spezifischen klinischen Kontexten und beeinflusst maßgeblich den Umgang mit ethischen Fragestellungen. Gleichwohl ist diese FK schwierig zu erlangen. Eine Möglichkeit dazu stellen klinische Ethikvisiten dar, bei denen der Erfahrungsgewinn bezüglich der Versorgungskultur ein positiver Nebeneffekt sein kann.

V8.4

Nikolai Münch, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Julia Inthorn, Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Ethikfallbesprechungen als Teamsache. Individuelle und kollektive Dimensionen ethischer Kompetenz

Ethische Fallbesprechungen auf der Station finden in der Regel in einem multiprofessionellen Team statt und werden begleitet von einer Moderator*in aus dem KEK. In strukturierter Form soll die Frage einer Behandlungsentscheidung bei einem einzelnen Patienten ethisch erwogen werden, mit dem Ziel, zur ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen. Die Moderator*innen haben die Aufgabe, eine Strukturierung des Gesprächs zu gewährleisten. Vielfach kommen dabei etablierte Gesprächsleitfäden oder Modelle klinischer Ethikberatung zum Einsatz. Einen zentralen Baustein im Vorgehen der Fallbesprechung bildet eine erste Phase einer gemeinsamen Verständigung über die Situation und Sammlung von Fakten und Beobachtungen aus den verschiedenen professionellen Perspektiven.

In der multiprofessionellen Verständigung wird ein wesentlicher Beitrag zum Gelingen ethischer Fallgespräche gesehen. Darüber hinaus werden durch das Verfahren auch im Team, insbesondere, wenn Fallbesprechungen regelmäßig stattfinden, Erfahrungen gesammelt, die im Stationsalltag zu einer Verbesserung der Entscheidungspraxis führen können. Berichtet wird unter anderem, dass Teams bei Entscheidungen zu Therapiezieländerung Sicherheit gewonnen haben und diese eigenständig treffen oder auch, dass die Kommunikationskultur im Team sich verändert habe. Hier wird insbesondere auf die Team-Ebene abgestellt und auf Verbesserung der Fähigkeiten im gemeinsamen Umgang mit Problemstellungen verwiesen.

Der Vortrag widmet sich dieser kollektiven Dimension von Kompetenz in Bezug auf die Bearbeitung ethischer Fragen bei Behandlungsentscheidungen. Dabei wird zunächst untersucht, (1) welcher Mehrwert jenseits einer reinen Faktensammlung in der Phase der wechselseitigen multiperspektivischen Verständigung über die Sachlage in der ethischen Fallbesprechung im besten Fall entsteht. In den hochkomplexen und interaktiven Dynamiken einer multiprofessionellen Ethikberatung scheint ein reduktiv individualistisches Verständnis von ethischer Kompetenz fehl am Platz. Daher soll anschließend (2) das Konzept der kollektiven Kompetenz diskutiert und danach gefragt werden, wie bei Teamwork bzw. der Leistung eines Teams die über die Summe individueller Kompetenzen der Teammitglieder hinausgehende Qualität im Vorgehen theoretisch beschrieben und empirisch gefasst werden könnte.

V9.1

Karla Alex, Sektion für Translationale Medizinethik, Universitätsklinikum Heidelberg (Med. Fakultät Universität Heidelberg), NCT Heidelberg

Ethische Distanz als Kompetenz – ein komplexer „end of life case“ und eine umfassendere Sicht

Der Fall

Eine hochbetagte (>85 Jahre) Person, die zu Hause lebt und nicht auf Hilfe angewiesen ist, erkältet sich. Die Infektion verschlimmert sich. Er:sie äußert den Wunsch, nicht in ein Krankenhaus verlegt zu werden, sollte die Infektion dies erfordern. Er:sie erholt sich nach etwa zwei Wochen. Eine weitere Woche später wird er:sie mit einem Schlaganfall ins Krankenhaus verlegt. Trotz frühzeitigem Behandlungsbeginn bessern sich die Symptome kaum. Das Sprechen und Schlucken fällt der:m hochbetagten Schlaganfallüberlebenden weiterhin schwer, aber er:sie kann sich noch verständigen. Er:Sie erhält eine Ernährungssonde, kann nicht mehr viel sprechen, entfernt die Sonde bald darauf, die nicht wieder eingeführt wird. Der:ie Patient:in hat eine Patientenverfügung, die besagt, dass eine Magen-sonde nicht länger als einen Monat akzeptiert wird. Er:sie stirbt etwa eine Woche später.

Diskussion

Erstens werde ich darstellen, dass dieser komplexe „end of life (EOL) case“ in ethisch relevanter Hinsicht teilweise „voluntary stopping eating and drinking (VSED) cases“ ähnelt, aber mehr Gemeinsamkeiten mit „withdrawing or withholding of life-sustaining treatment (WWLST) cases“ aufweist. Das illustriert das Problem der Klassifizierung von EOL-Fällen. Zweitens entwickle ich aus diesem Fall die Kompetenz der ethischen Distanz (ED). ED bedeutet nicht, dass man sich von der Ethik distanziiert, sondern dass man durch die Distanzierung von allem außer dem, was im besten Interesse einer:s Patient:in ist und ihre:seine Autonomie schützt ethisch(er) ist. Hier ist ED die Kompetenz, neutral zu beurteilen, was die beste Art und Weise gewesen wäre, die Patienten-Autonomie zu unterstützen, aber letztlich auch die Tatsache zu akzeptieren, dass es unmöglich ist, zu wissen, ob Autonomie vollständig respektiert wurde. Es bedeutet auch, sich davon zu distanzieren, ein Urteil über medizinische Betreuer*innen oder über freiwillige Entscheidungen der:s Patient:in zu fällen.

Ergebnisse

Es ist beabsichtigt, die ethische Bewertung des Falles in der auf den Vortrag folgenden Diskussion weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse sind hier grundsätzlich offen. Ferner schlage ich vor, dass ED an sich eine wichtige, (manchmal) geforderte ethische Kompetenz ist. Dabei gibt es verschiedene Ausprägungen von ED: 1) die analytische Distanz bei der Bewertung von Validität und „soundness“ ethischer Argumente in der theoretischen Bioethik, 2) die Kompetenz, die Konklusionen dieser Argumente anzuzweifeln, wenn sie kontraintuitiv sind (ich distanziiere mich damit von der Position derer, die in der Tradition D Parfits empfehlen, dass Argumente manchmal aus guten Gründen verborgen werden sollten), 3) wie der Fall illustriert, ED als Kompetenz im persönlichen Umgang mit ethisch komplexen Situationen, mit denen man als Bioethiker:in (beruflich oder privat) zu tun haben könnte.

V9.2

Nadia Primc, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Alicia Finger, Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Medizinische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Martina Hasseler, Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Campus Wolfsburg

Ethische Kompetenzen in Notfallsituationen in der stationären Langzeitpflege: individuelle und strukturelle Voraussetzungen

Hintergrund

Notfallsituationen (NFS) stellen eine ethische Herausforderung für Pflegefachpersonen (PFP) in der stationären Langzeitpflege dar. Innerhalb kürzester Zeit muss eine pflegefachlich und ethisch fundierte Entscheidung getroffen werden. Wichtige Aspekte hinsichtlich eines ethisch kompetenten Umgangs mit NFS stellen die Berücksichtigung des Willens der Bewohner*innen sowie Vermeidung von unnötigen Krankenhauszuweisungen dar. Letzteres ist nicht nur aus Gründen eines ethisch reflektierten Umgangs mit den knappen Ressourcen des Gesundheitswesens von Relevanz, sondern stellt zudem eine Gefahr für das gesundheitliche Wohl der Bewohner*innen dar, aufgrund des hiermit verbundenen Risikos der Verschlechterung des Allgemeinzustandes (u.a. iatrogene Schädigungen, erhöhtes Risiko eines Delirs, Unterbrechung der Kontinuität der pflegerischen Versorgung).

Fragestellung und Methode

Im Rahmen eines interdisziplinären Konsortialprojektes wurden zu den ethischen Herausforderungen im Umgang mit NFS 33 qualitative Interviews mit PFP aus 14 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege geführt. Ziel des Forschungsprojektes ist es, durch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen u.a. die ethischen Kompetenzen und Handlungssicherheit von PFP in NFS zu stärken.

Ergebnisse

Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviewstudie hat gezeigt, dass der Umgang von PFP mit NFS neben einer Reihe von intrinsischen Merkmalen (z.B. beobachtbare Veränderungen an Bewohner*innen) im Wesentlichen von 1) den verfügbaren Handlungsoptionen, 2) den Erfahrungen der verantwortlichen Pflegefachpersonen, 3) den bekannten Vor- und Grunderkrankungen der Bewohner*innen, 4) der persönlichen Beziehung der PFP zu den Bewohner*innen (und Angehörigen) abhängig ist. Die PFP selbst sehen die ethischen Herausforderungen im Umgang mit NFS häufig in strukturellen Rahmenbedingungen (u.a. Personalschlüssel, -mangel und -fluktuation, einrichtungsinterne Vorgaben, Konflikte mit Angehörigen, schlechte Erreichbarkeit von Ärzt*innen). Diese Rahmenbedingungen führen zu vermeidbaren Krankenhauszuweisungen und einer Missachtung des Willens der Bewohner*innen in NFS.

Konklusion

Die Stärkung der ethischen Kompetenzen von Pflegefachkräften in NFS bedarf nicht nur der Vermittlung ethischer Inhalte und Förderung der ethischen Reflexionsfähigkeit, sondern muss auch bei den genannten Rahmenbedingungen ansetzen.

V9.3

Mario Kropf, Institut für Moraltheologie, Karl-Franzens-Universität Graz

Ethische Kompetenzen und pflegende Angehörige

Die Pflege eines älteren, kranken oder anderweitig auf Hilfe angewiesenen Menschen erfordert nicht nur berufsbezogene Fähigkeiten, sondern ethische Kompetenzen. Diese beziehen sich auf die Berücksichtigung des jeweiligen Individuums und ermöglichen gleichzeitig eine gute Sorge, welche individuelle Hilfe und Unterstützung gewährleistet. Was jedoch genau die notwendigen Kompetenzen aus ethischer Sicht sind bzw. sein sollen, wird innerhalb der wissenschaftlichen Fachwelt auf unterschiedliche Weise beantwortet. Zumeist sprechen Autorinnen und Autoren die im Gesundheitsbereich tätigen Individuen an, ohne auf jene Personen zu blicken, welche beabsichtigt oder unbeabsichtigt in eine Pflegerolle kommen. Für pflegende Angehörige oder die häufig bezeichneten „family caregivers“ scheint ein ethisches Agieren bzw. dazugehörige Kompetenzen ebenfalls hilfreich zu sein. Sie sind etwa dazu aufgefordert, für sich und ihre Überzeugungen einzustehen, Befindlichkeiten von Bedürftigen wahrzunehmen oder rücksichtsvoll zu sein. Aus diesen Gründen wird in einem ersten Schritt die Vielzahl an Auffassungen zu ethischen Kompetenzen im Pflegebereich untersucht und eine plausible Auswahl vorgeschlagen. Es folgt eine Darstellung von Problemen und ethisch relevanten Herausforderungen für pflegende Angehörige, welche sich aus der Analyse verschiedener Studien und Arbeiten in diesem Bereich erschließt. Danach wird der Versuch unternommen, die wesentlichen Kompetenzen für pflegende Angehörige deutlich zu machen. Dazu erscheinen die Tätigkeitsfelder pflegender Angehöriger essentiell, wodurch sich ihre Aufgaben und Verpflichtungen offenbaren und mit den zuvor dargestellten ethischen Kompetenzen vereinbaren lassen.

P1.1

Corinna Klingler, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Marc Bubeck, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Laura Gawinski, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Marianne Leineweber, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Clara Keusgen, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Marie Pelzer, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Robert Ranisch, Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Entwicklung einer ethischen Leitlinie zum Einsatz sozialer Robotik in der Altenpflege mittels empirischer und partizipativer Ansätze

Hintergrund

Der anhaltende Fachkräftemangel in der Pflege gewinnt aufgrund des demografischen Wandels künftig weiter an Relevanz. In diesem Zusammenhang wird vermehrt der Einsatz von Robotik in der Altenpflege als eine Möglichkeit diskutiert, entstehende Versorgungsbedarfe sicherzustellen. Das Projekt E-cARE (2022-2025, BMG 2521FSB008) setzt sich mit der Frage auseinander, inwieweit und unter welchen Bedingungen Pflegeprozesse durch (soziale) Robotik ergänzt werden können und sollten.

Methoden

Das gemischtmethodische, interdisziplinäre Projekt setzt sich aus vier aufeinander aufbauenden Arbeitspaketen (AP) zusammen. In AP1 wird mithilfe eines Systematic Reviews gemäß der PRISMA-Richtlinien eine Übersicht über Risiken und Chancen des Einsatzes von Robotik in der Altenpflege erstellt. In AP2 werden semistrukturierte leitfadengestützte Interviews mit professionell Pflegenden geführt, die über Erfahrungen mit dem Einsatz von sozialer Robotik verfügen. Diese sollen nach den Prinzipien der Grounded Theory in Bezug auf Transformationen von Pflegeinteraktion und -beziehungen ausgewertet werden. Anschließend wird mit AP3 eine Bürger*innenkonferenz in Potsdam durchgeführt, und damit ein partizipativer Ansatz verfolgt. Ergebnisse aus AP1-3 werden in AP4 synthetisiert und in Form einer ethischen Leitlinie aufbereitet.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Tagung werden in AP1/2 die Datenerhebung und -auswertung zu großen Teilen abgeschlossen sein. Aus AP1 werden erste Ergebnisse in Form von Beispielen zu Chancen und Risiken des Einsatzes (sozialer) Robotik in der Altenpflege präsentiert. Der Fokus wird dabei auf die Aspekte gelegt, die in der Literatur besonders häufig diskutiert werden. Aus AP2 werden aktueller Stand der laufenden Interviewstudie sowie vorläufige Auswertungsergebnisse präsentiert.

Ausblick

Die Ergebnisse aus AP1+2 dienen zur Information der in AP3 geplanten Bürger*innenkonferenz. Ergebnisse aller drei APs sollen in AP4 unter Berücksichtigung sozialer Realitäten und Perspektiven (zukünftig) Betroffener so synthetisiert werden, dass die Ethik-Leitlinie verschiedenen Nutzer*innengruppen eine praxisnahe Orientierung zur ethischen Reflektion ermöglicht. Der methodische Ansatz zur Synthese der verschiedenen Ergebnisse soll im Rahmen der Präsentation ebenfalls reflektiert werden.

P1.2

Jenny-Victoria Steindorff, AG Versorgungsforschung, Pflege im Krankenhaus, Department für Innere Medizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)

Denny Paulicke, AG Versorgungsforschung, Pflege im Krankenhaus, Department für Innere Medizin, Universitätsmedizin Halle (Saale) und Akkon Hochschule für Humanwissenschaften, Fachbereich Medizinpädagogik

Patrick Jahn, AG Versorgungsforschung, Pflege im Krankenhaus, Department für Innere Medizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)

Einsatz von Virtual Reality-Szenarien zur unterstützten Vermittlung einer pflegespezifischen Ethikkompetenz in der generalistischen Pflegeausbildung - eine Mixed-Methods-Studie

Hintergrund

Professionelle Pflege zeichnet sich wesentlich durch die sensibilisierte Wahrnehmung und Reflexion ethischer Implikationen aus (Milliken & Grace, 2017). Dies unterstützt eine verstärkte systematische Analyse der zunehmend komplexer werdenden Handlungs- und Entscheidungssituationen im Versorgungsalltag zwecks des Wohlbefindens seitens der PatientInnen sowie der Pflegefachpersonen gemäß ethischer Paradigmen als Zielgröße.

Daher erhält die Ethikkompetenzentwicklung auch eine gewichtige Explikation in der Pflege(aus)bildung (Riedel et al., 2019), deren Neuausrichtung mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2020 weiterführende Optionen für die pädagogische Ausgestaltung ermöglicht.

Methoden

Im Rahmen des Projekts DigiCare wird eine designbasierte Forschungsstudie mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes (leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews + standardisierte Erhebungen zum Kompetenzerwerb) umgesetzt. Dabei werden selbsterfahrungsorientierte Methoden in der pflegeberuflichen Bildung gewählt, um ethische Entscheidungsprozesse in Dilemmasituationen fundiert anbahnen zu können (Rabe, 2009). Co-kreativ mit Lehrenden und Lernenden entwickelte Virtual Reality (VR)-gestützte Szenarien werden so in die generalistische Pflegeausbildung (GP) an einer Pflegeschule implementiert, modifiziert und anschließend hinsichtlich der Effekte in Bezug auf die Ethikkompetenz evaluiert.

Ergebnisse

Die qualitativen Erhebungen legen offen, dass immersive Technologien (VR) zur Initiation und Reflexion von ethischen Reasoningprozessen beitragen können. Des Weiteren können mithilfe des co-kreativen Vorgehens erforderliche didaktische Gestaltungsmerkmale der Szenarien berücksichtigt werden, um VR als supportives Lernmedium künftig bedarfsorientiert und lernförderlich in das Curriculum der GP einbinden zu können.

Schlussfolgerungen

Der multimodale VR-gestützte Ansatz erlaubt einen expliziten Perspektivenwechsel, der wahrgenommene Werte und Emotionen der Auszubildenden zugänglich und nachvollziehbar werden lässt, um davon ausgehend neben theoretisch-kognitiven Zielen ethisch reflektierte Urteile und pflegerische

Handlungsimplicationen ableiten und somit die Ethikkompetenz anbahnen zu können. Die Repräsentation ausgewählter Pflegesituationen durch VR als Lernmedium kann bei diesen spezifischen Anforderungen sowie bei einer vertieften Reflexion unterstützen, da sie gefahrenlose Erfahrungen in der praktischen Anwendung ethischer Entscheidungsprozesse ermöglicht (Hoskins et al., 2018).

P1.3

Bernhard Kraft^{1,2}**Thomas Kuscher**¹

¹ AG Versorgungsforschung, Pflege im Krankenhaus, Department für Innere Medizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)

² Medizinische Fakultät, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Gesundheits- und Pflegefachkräfte evidenzbasiert im Umgang mit digitalen Assistenztechnologien weiterbilden. Herausforderungen bei der Messung von ethischen Kompetenzen

Eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen bedarf der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheits- und Pflegefachkräften. Neben dem Erlernen des praktischen Umgangs mit neuen Technologien bedarf es der Vermittlung ethisch-reflexiver Kompetenzen, um die Auswirkung der dynamischen Veränderung auf das Gesundheitswesen, auf die eigene Rolle und um neue Herausforderungen hinsichtlich des Einsatzes neuer Technologien einschätzen und abwägen zu können. Diese ethischen Kompetenzen stellen somit einen Teil von digitalen Kompetenzen dar und sollen in einem schlüssigen Curriculum didaktisch umgesetzt und vermittelt werden. Dazu wird ein Curriculum gestaltet, das durch eine strukturierte Lernzieltaxonomie Komponenten der Kognition sowie des Affekts adressiert und damit eine Veränderung im Erleben von und Verhalten in ethisch bedenklichen Situationen ermöglichen soll. Die Teilnehmenden sollen dazu befähigt werden, ethische Konflikte auf strukturierte Weise zu lösen. Hierbei wird lernzieltaxonomisch angestrebt, die kognitiven Ebenen der Analyse, Synthese und Beurteilung und die affektiven Ebenen der Wertung, Wertordnung und Wertverinnerlichung zu fördern. Dazu ist es notwendig das theoretische Wissen auf der kognitiven Ebene zu stärken. Zur Veranschaulichung potenzieller ethischer Konfliktlagen wird methodisch auf geleitete Falldiskussionen zurückgegriffen. In einer 90-minütigen Falldiskussion soll es den Teilnehmenden gelingen, unter Zuhilfenahme von ethischen Prinzipien Probleme und Konflikte zu erkennen, zu diskutieren und zu lösen. Durch die klare Definition der Lernziele sowie der methodisch-didaktischen Rahmenbedingungen werden die Dozenten in die Lage versetzt, die angestrebte Kompetenzänderung empirisch zu prüfen. Dazu sind Vorab-Erhebungen der Lernstände der Teilnehmenden und regelmäßige Lernkontrollen vorgesehen. Durch die Teilnahme an den Falldiskussionen kann darüber hinaus mithilfe des Instruments der Beobachtung auf mögliche Verhaltensänderungen geschlossen werden. Dadurch wird es möglich, Messungen auf mehreren Ebenen vorzunehmen. Vor dem Hintergrund des dargelegten Curriculums, soll dieser Aufsatz auf folgende Fragen eine Antwort geben: 1) Welche ethischen Kompetenzen sollen im Kontext der Digitalisierung vermittelt werden? 2) Welche Methoden sind hierfür zielführend? 3) Mit welchen Instrumenten lassen sich Veränderungen der Kompetenzen messen?

P1.4

Nataliya Sira, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uniklinik RWTH Aachen

Dominik Groß, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uniklinik RWTH Aachen

Saskia Wilhelmy, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uniklinik RWTH Aachen
Research Group Optimal@NRW

Ethical assessment in telemedicine: The case of “Optimal@NRW”

The adoption of innovations in telemedicine for acute care has increased recently and with it, the need to assess their appropriate use from an ethical perspective.

Optimal@NRW is an innovative project that provides optimized acute care to nursing home residents (NHRs) by using an intersectoral telemedical cooperation network. The project was carried out in 24 nursing homes of the North Rhine-Westphalia region in Germany and involves, among other cooperation partners, the Institute of History, Theory and Ethics of Medicine (University Hospital of the RWTH Aachen University) to explore the ethical acceptability regarding this new telemedicine approach of care.

As part of the project, we investigate the acceptability of tele-consultations among NHRs, taking into account the needs and wishes of the elderly population combined with the requirements of all other stakeholders involved (nursing and medical staff). We applied a mixed methods approach that included 1) participatory observation, 2) face-to-face interviews, and 3) secondary analysis to elicit ethical acceptability. The investigation of the residents regarding tele-consultations is organized in two phases: first, before a tele-consultation takes place, and second, after they received a tele-consultation. While the first phase has an explorative character and aims to better understand the daily workflow in the different nursing homes as well as the specificities and needs of its residents, the second phase aims to define the ethical acceptability of the tele-consultations regarding the NHRs. The evaluation and the results of the assessment process are expected to be finalized by 2023.

The presentation will provide insight into the „Optimal@NRW” project and focus on the findings about the use of tele-consultations among NHRs, contributing to the research on the tele-healthcare projects intended for the elderly.

Our study results on ethical acceptability, together with the research outcomes of our cooperation partner Human-Computer Interaction Center of the RWTH Aachen University regarding social acceptance, should provide a complete picture of different perspectives on telemedicine in use.

P1.5

Mark Schweda, Ethik in der Medizin, Universität Oldenburg

Kim Meilin Kulaczewski, Ethik in der Medizin, Universität Oldenburg

Begrenzung des Lebens- und Bewegungsradius in der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz – Eine empirisch informierte ethische Exploration von institutionellen Praktiken und moralischen Perspektiven

Viele Demenzerkrankungen gehen mit Verwirrung, verstärktem Bewegungsdrang und räumlicher Desorientierung einher. Infolgedessen können die Betroffenen sich verlaufen und in Situationen geraten, in denen sie selbst und/oder Dritte zu Schaden kommen. Um dies zu verhindern, wird der Bewegungsradius von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen vielfach eingeschränkt. Entsprechende Strategien zur Begrenzung des Lebens- und Bewegungsradius sind heute jedoch sehr umstritten und werfen gravierende moralische und juristische Fragen auf. Sie schränken die Grundrechte der Betroffenen ein und können sich negativ auf ihre Lebensqualität auswirken. Daher wird inzwischen vielfach nach alternativen Strategien gesucht, um mit diesem Problem umzugehen. Allerdings gibt es bislang wenig Forschung zur tatsächlichen Praxis und deren moralischer Bewertung in Deutschland.

Der Vortrag geht der Frage nach, inwieweit diese Strategien in stationären Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz zum Einsatz kommen, moralisch problematisiert werden und durch alternative Methoden zu vermeiden sind. Dabei stützt er sich auf eine explorative Interview- und Beobachtungsstudie mit persönlich betroffenen und beruflich involvierten Personen in acht Einrichtungen in der Ems-Dollart-Region. Die Ergebnisse zeigen ein breites Spektrum an Maßnahmen und moralischen Wahrnehmungen auf, die sich zwischen Sicherheit und Wohlergehen der Betroffenen einerseits und ihrem Recht auf Selbstbestimmung und Bewegungsfreiheit andererseits bewegen. Die ethische Typologisierung der unterschiedlichen Herangehensweisen verdeutlicht, dass Alternativen zur Begrenzung des Lebens- und Bewegungsradius verbreitet sind, aber Uneinigkeit zwischen persönlich Betroffenen und beruflich Involvierten über die Notwendigkeit, Effizienz und Angemessenheit der fraglichen Maßnahmen herrscht. In der Diskussion problematisieren wir das Fortbestehen moralisch und juristisch fragwürdiger freiheitsentziehender Praktiken in der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz und erörtern Kriterien zur ethischen Bewertung alternativer Ansätze.

P2.1

Sabine Wöhlke, Department für Gesundheitswissenschaften, Fakultät Life Sciences, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Thomas Duda, PRO RETINA Deutschland e. V.

Franz Badura, PRO RETINA Deutschland e. V.

Henk Jasper van Gils-Schmidt, Department für Gesundheitswissenschaften, Fakultät Life Sciences, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Zentrale ethischen Kompetenzen zur Lösung von Macht- und Wissensgefällen im Rahmen von partizipativer Gesundheitsforschung. Ergebnisse eines partizipativen Workshops

Hintergrund

Seitens der Wissenschaft, Drittmittelgebern und Patient*innenorganisationen (PO) wird zunehmend Partizipation in Forschung gefordert. Trotz dieser Forderung sowie einer Offenheit für Partizipation bestehen zumeist Wissenshierarchien zwischen den Stakeholdern, die Wertekonflikte begünstigen. Einerseits erhofft sich eine PO eventuell, dass die Wissenschaftler*innen des Forschungsprojekts ihre gewonnenen Erkenntnisse auch ihren Mitgliedern vermittelt, während das Wissenschaftsteam vor allem ein Interesse an der Publikation ihrer Erkenntnisse für die internationale Forschungsgemeinschaft hat. Diese unterschiedlichen Interessen und Erwartungen beinhalten Konfliktpotenzial, das durch Machtgefälle verstärkt werden kann.

Methode

In unserem Vortrag skizzieren wir anhand von zwei exemplarischen Fallbeispielen, was sich konkret hinter Macht- und Wissensgefällen verbirgt und wie Misskommunikation als entscheidender Faktor zu einer Scheinpartizipation im Projekt führen kann. Die Fallbeispiele sind mit Mitgliedern aus PO vorbereitet worden. Ziel des gemeinsamen Workshops (Mitglieder aus PO und Wissenschaftler*innen) war es, nicht nur Handlungsalternativen für die gemeinsame Zusammenarbeit abzuleiten, sondern auch erforderliche Kompetenzen auszuloten.

Ergebnis

Die Ergebnisse zeigen, dass es dringend geboten ist, dass PO strukturelle Unterstützung auf institutioneller Ebene erhalten, um sich stärker für die wissenschaftliche Zusammenarbeit zu professionalisieren. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass Konfliktpotenzial durch die Aneignung ethischer Kompetenzen reduziert werden kann. Hier ist zunächst die Reflexion der eigenen Position (Rolle im Projekt) zentral, sodass alle Stakeholder vorbereitet in Austausch treten. Zudem müssen die Ziele, Interessen und Erwartungen der Stakeholder von Anfang an durch transparente Kommunikation gemeinsam diskutiert werden (Erwartungsmanagement), wobei der Austausch mit einer Offenheit für die Perspektive der anderen Stakeholder angegangen werden muss. Organisieren lässt sich dies durch eine gleichberechtigte Kommunikation über die Spielregeln für die Zusammenarbeit (Compliance Code/ Vertrag).

Fazit

Transparente Kommunikation sowie eine Offenheit für die Perspektive der Anderen benötigt Zeit. Daher plädieren wir für Veränderungen bei der Forschungsförderung, indem zukünftig partizipativen Forschungsprojekte einen längeren Förderzeitraum erhalten. Nur so kann eine erfolgreiche Zusammenarbeit auf Augenhöhe gestaltet werden.

P2.2

Ruben Andreas Sakowsky, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Deliberative Online-Bürgerforen als Partizipationsansatz für medizinethische Fragen

Deliberative Ansätze als Instrumente kollektiver Entscheidungsfindung sind aus der Medizinethik nicht wegzudenken. Sie finden Gebrauch sowohl in ethischen Fallbesprechungen wie auch als Ansatz zur Meinungserhebung und/oder Bürgerbeteiligung bei schwierigen medizinethischen Fragen. Dabei finden sie zumeist in Präsenz statt. Das erscheint angezeigt, denn der deliberative Austausch von Perspektiven, Argumenten, Präferenzen und Rechtfertigungen ist hochkomplex und nicht immer konfliktfrei. Oft erfordert er kompetente fachkundige Moderation zur Sicherstellung eines zielgerichteten und produktiven Austausches.

Die zunehmende Verbreitung von internetgestützten Video-Kommunikationsmethoden bietet nun die Chance, deliberative Methoden auf den Online-Raum zu übertragen. Das wirft viele Fragen auf: Kann die interpersonelle Interaktion deliberativer Prozesse in eingeschränkten Online-Formaten überhaupt funktionieren? Welche Anforderungen stellen sich an Organisatoren, Moderatoren, und Teilnehmer? Können neue Personengruppen durch die neue Technologie angesprochen werden? Aber auch: Welche neuen Ausschlüsse ergeben sich aus den technischen Voraussetzungen zur Teilnahme?

Die Befähigung medizinischer und philosophischer Laien, komplexe medizinethische Fragen zu beantworten, ist kontrovers diskutiert worden. Verändert sich die Beantwortung dieser Frage durch die angestiegenen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Disziplin und Technikkompetenz, die an Teilnehmer herangetragen werden?

Wir möchten diese Fragen aufgreifen und zur Beantwortung auf Erfahrungen zurückgreifen, die wir in der Konzeption und Erprobung eines Online-Partizipationsansatzes nach dem Modell der Community Juries gesammelt haben. Dabei wurden 10, bzw. 17 Teilnehmer unterschiedlichen demographischen Hintergrunds eingeladen, sich in mehrtägigen Videokonferenzen zu den Themen "forschungsorientierte Pandemie-Apps" und "GPS-Ortungssysteme für Menschen mit Demenz" zu informieren, auszutauschen und eine gemeinsame Handlungsempfehlung zu entwickeln.

Wir stellen Format, Vorgehen und Ergebnisse dieser beiden Online-Bürgerforen vor, reflektieren Fragen zu Rekrutierung, Struktur, Moderation, Ergebnissicherung und -dissemination und diskutieren die Zukunft der Online-Deliberation für die Medizinethik.

P2.3

Josefine Mentrup, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, AG Ethik in der Medizin

Carola Seifart, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, AG Ethik in der Medizin

Irene Portig, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, AG Ethik in der Medizin

Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in der (bio)medizinischen Forschung – Ist die Förderung der Kompetenz von Forschenden und Mitgliedern der Ethikkommissionen notwendig?

Geschlechtsunterschiede werden nicht nur in der Gesellschaft diskutiert, sondern spielen auch in der (bio)medizinischen Forschung eine Rolle. Geschlecht beinhaltet dabei morphologische, endokrinologische und genetische Aspekte, wird aber auch geprägt durch soziale Rollen, Identitäten und sprachliche Ausdrucksformen. Als ein Beispiel sei angeführt, dass es Anfang der 90er Jahre, nach Einführung eines neuen Masernimpfstoffes in Westafrika, zu einer doppelt so hohen Sterblichkeit bei Mädchen nach der Anwendung des neuen Impfstoffes kam, während die Wahl des Impfstoffs bei den Jungen keine Rolle spielte. Nach dieser Beobachtung wurde der Masernimpfstoff zurückgezogen. Unabhängig von der Fragestellung sollten geschlechtsspezifische Zusammenhänge in der medizinischen Forschung berücksichtigt werden. Dazu müsste das biometrische Studiendesign schon bei der Konzeption (auch) auf diese Frage abgestimmt werden. Dies ist aber nach wie vor nicht immer gewährleistet, wie die Diskussion um die COVID-Impfstoffe gezeigt hat - obwohl der Sponsor bei Arzneimittelstudien (Anträge nach AMG) seit 2004 bestätigen muss, dass die gewählte Geschlechterverteilung geeignet ist, geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen.

Um einen Eindruck zu gewinnen, inwieweit geschlechtsbezogene Aspekte bei medizinischen Forschungsprojekten außerhalb des AMG berücksichtigt werden, haben wir die ersten 100 Studien der im letzten Jahr vorgelegten Anträge an die Ethikkommission des FB Medizin diesbezüglich anonymisiert gescreent. Dabei zeigte sich, dass das biologische Geschlecht zwar in der Regel binär dokumentiert wird, aber nur in zwei Fällen Geschlechteraspekte auch im Studiendesign berücksichtigt wurden. Im zweiten Schritt wurde eine Abfrage in Forschungsdatenbanken durchgeführt (pubmed und GenderMed der Charité-Universitätsmedizin). In fast allen Fällen wurden Publikationen zu Geschlechteraspekten im Zusammenhang mit der Forschungsfrage gefunden, fanden in den Anträgen aber nahezu nie Erwähnung, obwohl die DFG Antragstellenden empfiehlt, zur Verbesserung der Qualität der Forschung und Vermeidung blinder Flecken, das Geschlecht im Forschungsinhalt angemessen zu berücksichtigen. Auf Basis dieser empirischen Daten sollten Forschende frühzeitig auf die mögliche Relevanz dieser Aspekte aufmerksam gemacht werden. Eine Möglichkeit dazu wäre die Implementierung von Informations- oder Beratungsstrukturen in Ethikkommissionen, auch unter Nutzung spezieller Toolkits (wie z.B. HIPATIA).

P2.4

Tatiana Hetzel, Institute of Ethics, History and Philosophy of Medicine, Hannover Medical School

Karla Alex, Section for Translational Medical Ethics, Heidelberg University

Katharina Braun, Department of Law, Freie Universität Berlin

Samuel Camenzind, Department of Philosophy, University of Vienna, Austria

Sara Capas Peneda, IMVM, i3S – Institute for Research and Innovation in Health, University of Porto, Portugal / School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Porto, Portugal

Rita Dodaro, Department of Philosophy and Humanities, Freie Universität Berlin / Humanities Department, University of Calabria, Cosenza, Italy

Hannes Kahrass, Institute of Ethics, History and Philosophy of Medicine, Hannover Medical School

Svea Jörgensen, Section of Ethology and Animal Welfare, Department of Animal Environment and Health, Swedish University of Agricultural Studies, Uppsala, Sweden

Erich Linder, Doctoral School of Philosophy, University of Vienna, Austria / Messerli Research Institute, University of Veterinary Medicine, Vienna, Austria

Eva Reihls, Karl Chiari Lab for Orthopaedic Biology, Department of Orthopedics and Trauma Surgery, Medical University of Vienna, Austria

Felicita Selter, Institute of Ethics, History and Philosophy of Medicine, Hannover Medical School

Vini Tiwari, Institute of Neuronal Cell Biology, Technical University Munich / German Center for Neurodegenerative Diseases, Munich / Graduate School of Systemic Neurosciences, Ludwig-Maximilians-Universität

Zorana Todorovic, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Serbia

Marcel Mertz, Institute of Ethics, History and Philosophy of Medicine, Hannover Medical School

Animal Research Ethics in Biomedical Research: Challenges and Proposed Answers – Some Results of an International Retreat Week

Background

Animal experimentation has been a controversial issue for decades. In biomedical research, around 2 million laboratory animals were used in Germany in 2020 to gain knowledge that could potentially improve therapies for humans. While many animal ethicists doubt that performing such experiments can be ethically justified at all, biomedical research ethics is rather concerned with reducing the harm that animals suffer without compromising the quality of the research results. Various scholars have been trying to bring animal ethics and research ethics more closely together and shift the controversy from a rather abstract pro/con debate towards more concrete solutions. However, ethical questions in animal experimentation are characterized by a dependence on cultural imprints and different national legal requirements. They furthermore touch various normative as well as empirical disciplines, which is why an “animal research ethics” is only conceivable as an interdisciplinary endeavor.

Methods

Within the framework of an international retreat week funded by the BMBF, central current challenges of an animal research ethics and possible answers were identified. Findings are based on presentations and joint discussions between junior and senior researchers from various disciplines (e.g., philosophy, law, laboratory animal science, veterinary medicine).

Results

Challenges identified included the lack of shared best practice standards, the difficulties of review by ethics committees, and the theoretical and practical complexities of the harm-benefit analysis (HBA). In addition, limitations of the established 3Rs (Replace, Reduce, Refine) as an ethical guidance were highlighted. It also became clear that translation and replication of animal studies have to be improved considerably. This will require, among other things, that results must be published more transparently, even if they are negative. Furthermore, improvements in the structure and processes of the ethics committees, a revision of the ethical review process and of HBA, as well as more training in animal-free methods are needed. Also, national and supranational animal protection laws must be adapted accordingly.

Conclusion

Ethics, law and the sciences jointly shape the practices of animal research. In order to understand such systemic interdependencies and to question and improve the status quo, more and better communication between scientific disciplines and scientific communities is required.

P2.5

Clemens Heyder, Leipzig

Kommerzielle Eizellspende zwischen Ausbeutung und Dienstleistung

Der Begriff Eizellspende wird von vielen Kritiker*innen zu Recht als irreführend bezeichnet. Die meisten Spenderinnen verfolgen weder mildtätige noch gemeinnützige Absichten, sondern wollen mit ihrer Spende Geld verdienen. In weiten Teilen Europas beträgt die Vergütung für eine Eizellspende durchschnittlich zwischen 800 € und 1200 €. Das kann Anreiz für eine Spende sein, insbesondere wenn der Betrag den eigenen Monatslohn übersteigt oder man gar kein Einkommen hat. Dies könnte dazu führen, so die allgemeine Kritik, dass sich Frauen in prekären Situationen zu einer Spende genötigt sehen und dabei die gesundheitlichen Risiken nicht angemessen abwägen. Um diese Form der Ausbeutung zu verhindern, wäre es erforderlich, die Vergütung für eine Eizellspende eher niedrig anzusetzen.

Würde man Kritiker*innen zufolge den Betrag nur so hoch ansetzen, dass sich potentielle Spenderinnen nicht von der Höhe der Summe verleiten lassen und die gesundheitlichen Risiken aus den Augen verlieren, bedeutet das, dass die Kompensation für ärmere Frauen geringer ausfallen müsste als für reichere Frauen. Das deutet darauf hin, dass es sich bei der vermeintlichen Ausbeutung nicht um ein Problem uninformatierter oder unfreiwilliger Entscheidungen, sondern vielmehr um ein Problem sozialer Gerechtigkeit handelt. Demnach ist Ausbeutung eher im Kontext der Fairness zu verstehen, nämlich wenn die Tätigkeit des Spendens (und damit zusammenhängend Zeit, Belastungen und Risiken) nicht angemessen vergütet wird.

Das zentrale moralische Problem der kommerziellen Eizellspende sind daher weniger unzulässige finanzielle Anreize, sondern eher Fragen einer fairen Vergütung. Diese lässt sich aber weder durch ein allgemeines Verbot noch durch eine niedrige Entlohnung erreichen. Jedoch lassen sich unter den Bedingungen eines regulierten Markts Kriterien für eine faire Kompensation aufstellen, die sowohl die Tätigkeit des Spendens adäquat erfassen und zugleich den unfairen Bedingungen unregulierter Märkte entgegenwirken. Die Einrichtung einer institutionalisierten Eizellspende kann die Autonomie potentieller Spenderinnen schützen und zugleich einen Beitrag zur Stärkung der reproduktiven Autonomie von Kinderwunschaaren leisten, deren einzige Option aktuell darin besteht, für eine Eizellspendebehandlung ins Ausland zu reisen oder auf ihren Kinderwunsch zu verzichten.

P3.1

Katharina Woellert, Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

(Wie) lässt sich organisationsethisches Arbeiten erlernen? Kritische Reflexion der Hamburger Weiterbildung „Ethik organisieren – K2 PLUS“

Zur modernen Gesundheitsversorgung gehört ein guter Umgang mit ethischen Herausforderungen. Damit Gesundheitsprofessionelle dies in den Regelprozessen zuverlässig leisten können, benötigen sie förderliche Rahmenbedingungen. Dazu zählt eine funktionale Ethik-Infrastruktur. Diese aufzubauen und zu unterhalten ist eine anspruchsvolle Aufgabe, für die bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten erforderlich sind. Die Akademie für Ethik in der Medizin beschreibt dafür die Qualifizierungsstufe Koordinator:in für Ethik im Gesundheitswesen (K2) und definierte 2019 die für diese Tätigkeit notwendigen Kompetenzen im „Curriculum Ethikberatung“.

Die im Curriculum formulierten kompetenzbasierten Lernziele umfassen ein weites Spektrum und reichen vom reinen Erkennen organisationsethischer Fragestellungen bis zum Gestalten komplexer Interventionen zur Förderung ethischer Versorgungsqualität. Dieser Vortrag geht von der Hypothese aus, dass die dafür formal mindestens vorgesehenen 15 UE für den Erwerb derart weitreichender Fertigkeiten nicht ausreichen und dass auch die beschriebenen Lernziele die Anforderungen an diese Tätigkeit nur unzureichend abbilden.

Die Hamburger Weiterbildung „Ethik organisieren – K2 PLUS“ trägt dem Rechnung. Der Kurs geht über die formalen Anforderungen der Kompetenzstufe K2 deutlich hinaus. Er umfasst insgesamt 89 Lehreinheiten. Der Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung und dem Einüben von dafür geeigneten Methoden. Das erfolgt auf der Grundlage eines systemischen Verständnisses von Organisationen. Zentraler Bestandteil ist die begleitende Arbeit an einem Ethikprojekt aus dem eigenen Tätigkeitsbereich sowie die Vertiefung in Interventionsgruppen. Dadurch sollen die Teilnehmer*innen dazu befähigt werden, eigenständig und eigenverantwortlich ethische Projekte zu entwickeln und zu leiten sowie die Gremien der Ethik nach innen und nach außen zu vertreten.

Der Kurs wird von März bis November 2023 als Pilotdurchlauf erstmals angeboten. Nach Abschluss soll das Konzept systematisch ausgewertet werden, um daraus Rückschlüsse auf die inhaltliche Gestaltung und den erforderlichen Ressourceneinsatz zukünftiger K2-Schulungen zu ziehen. In diesem Vortrag wird das Kurskonzept und erste Erfahrungswerte vor- und zur Diskussion gestellt.

P3.2

Paula Thomas, Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), Charité-Universitätsmedizin Berlin

Katharina Klein, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), Berlin und Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Berlin

Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Berlin

Stephanie Stegen, BRCA-Netzwerk e.V. Bonn

Sophia Schamberg, Humboldt-Universität zu Berlin, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Ökonomik

Sven Asmussen, Humboldt-Universität zu Berlin, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Ökonomik

Friederike Kendel, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Geschlechterforschung in der Medizin (GiM)

Selbstbestimmung in der genetischen Diagnostik: Eine Befragung der Allgemeinbevölkerung

Hintergrund

Einwilligungserklärungen für eine genetische Untersuchung im Kontext familiärer Krebserkrankungen sind sehr umfangreich und komplex. Notwendig ist nicht nur die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff selbst, sondern auch die Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener – insbesondere genetischer – Daten. Genetische Daten gelten als besonders schutzbedürftig, da sie Hinweise auf Erkrankungsrisiken liefern können. Vor einer genetischen Untersuchung wird von Ratsuchenden eine aktive Rolle eingefordert: Sie müssen weitreichende Entscheidungen treffen. Es ist jedoch nicht klar, inwieweit Ratsuchende diese Entscheidungen informiert treffen können und wollen.

Fragestellung

Mit dieser Studie sollen die Präferenzen von Ratsuchenden in Hinblick auf die Einwilligung zum Umgang mit ihren genetischen und personenbezogenen Daten untersucht werden. Außerdem soll erfasst werden, wie Selbstwirksamkeit und das Vertrauen in Ärzt*innen mit den Präferenzen der Ratsuchenden assoziiert sind.

Geplante Studie

Wir führen eine querschnittliche Online-Befragung mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung durch. Die Befragung enthält Fall-Vignetten zur genetischen Untersuchung. Die Befragten sollen für jeden Aspekt, für den üblicherweise eine Einwilligung notwendig ist, die subjektiv eingeschätzte Relevanz angeben (z. B. zur Verwendung von genetischen Daten zu Forschungszwecken). Aus den als relevant eingestuften Aspekten wird eine Rangfolge gebildet. Das Partizipationsbedürfnis wird mit einem Item in Anlehnung an die Control Preference Scale (Degner, Sloan, & Venkatesh, 1997) erhoben. Die Selbstwirksamkeit wird mit fünf Items der Selbstwirksamkeit-Optimismus-Pessimismus Kurzform (Scholler, Fliege, Klapp, 1999) auf einer vierstufigen Skala erhoben. Für das Vertrauen in Ärzt*innen werden fünf Items des Kölner Patientenfragebogens (Scheibler et al., 2011) adaptiert und auf einer vierstufigen Skala erhoben.

Erwartete Ergebnisse

Wir nehmen an, dass die einzelnen Aspekte der Einwilligung zur genetischen Untersuchung eine unterschiedliche Relevanz aus Sicht der Befragten haben. Außerdem nehmen wir an, dass die Selbstwirksamkeit und das Vertrauen in Ärzt*innen mit dem Interesse an der eigenen Entscheidung zusammenhängen. Die Ergebnisse sollen Hinweise darauf liefern, wie die Partizipationsbedürfnisse der Ratsuchenden berücksichtigt werden können und wie Ratsuchende bei der aktiven Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts unterstützt werden können.

P3.3

Irene Portig, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, Marburg,
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin

Elena Hofacker, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, Marburg,
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin

Christian Volberg, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, Marburg,
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin

Carola Seifart, Dekanat Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität, Marburg,
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin

Beendigung einer Herzschrittmachertherapie – Einstellungen und Sichtweisen von Kardiolog*innen und Patient*innen

Das klinische Ethikkomitee am UKGM – Marburg erhielt mehrere Anfragen zur Deaktivierung eines antibradykarden Herzschrittmachers (HSM). Zwei Betroffene hatten um ein Ausschalten ihres HSM im Sinne eines Therapieabbruchs gebeten, was von ihren behandelnden Kardiolog*innen mit der Begründung abgelehnt wurde, dies sei nicht möglich, da eine vollständige HSM-Abhängigkeit bestünde. Die medizinischen Aspekte zu der Frage sind bisher weitgehend ungeklärt: In den europäischen Richtlinien ist zwar festgelegt, dass entscheidungsfähige Patient*innen das Recht hätten, eine HSM-Therapie abzulehnen, auch wenn sie auf diese angewiesen seien, nähere Angaben dazu fehlen allerdings. Von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) wurde eine Stellungnahme angekündigt, die bislang nicht erschienen ist, während für die Deaktivierung antitachykarder HSM (ICD) bereits detaillierte Empfehlungen veröffentlicht wurden. Diesbezüglich scheinen einige ethische und juristische Fragen ungeklärt.

Für eine Annäherung an das Problem haben wir deutschlandweit Patient*innen und Ärzt*innen anonym befragt. Dabei zeigte sich, dass sich etwa die Hälfte der befragten 340 Träger*innen eines antibradykarden HSM mehr Informationen zur Deaktivierung wünschen und in eine etwaige Entscheidung am Lebensende eingebunden werden möchten. 75% der 247 befragten Kardiolog*innen, halten die Frage nach der Deaktivierung eines HSM für sehr wichtig. 84% würden prinzipiell eine Deaktivierung befürworten: 60% aus Respekt vor der Patientenautonomie, wobei weitere 60% auf mögliche, auch schwerwiegende Begleiterscheinungen hinweisen, auf die sie vorbereitet sein möchten. Gegen eine Deaktivierung sprechen sich 13% der Befragten aus, da sie juristische Konsequenzen befürchten, 9% könnten eine Deaktivierung nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren.

Anhand von Fallvignetten ließ sich zeigen, dass bei HSM – Abhängigkeit die Bereitschaft zur Deaktivierung in Abhängigkeit von der medizinischen Situation (unmittelbarer Sterbeprozess/palliativ/„gesund“) auf 60/28/14% der Befragten sank, ein Drittel befürchtet juristische Konsequenzen. 19/33/31% geben an, Leiden als Folge der Deaktivierung zu fürchten. 20/38/51% gehen davon aus, dass sie unzulässige Sterbehilfe leisten, wenn die Deaktivierung unmittelbar zum Tod führt.

Diese empirischen Daten zeigen, dass es sich um ein relevantes medizinethisches Problem handelt, für das mehr Transparenz hinsichtlich der ethischen und juristischen Rahmenbedingungen geschaffen werden muss.

P3.4

Anna Wachter, Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt

Arnd T. May, Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt

Vermittlung von Ethikkompetenz zur unterstützten Entscheidungsfindung in der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung

Kompetenz in ethischen Fragen und speziell die Sensibilität für Gesprächspartner*innen ist in vielen Beratungssituationen erforderlich. Mit dem § 132g SGB V hat der Gesetzgeber das Angebot der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) geschaffen. Die den § 132g SGB V konkretisierende Rahmenvereinbarung vom 13.12.2017 nennt in § 12 zu den Ausbildungsinhalten für die zukünftigen ACP-Berater*innen oder GVP-Gesprächsbegleiter*innen die Fähigkeit, „den Leistungsberechtigten unabhängig von ihren eigenen Wertvorstellungen non-direktiv zu beraten“. Weiterhin sollen in der Weiterbildung kommunikative Kenntnisse vermittelt werden.

Die Umsetzung der Vorgaben findet in Deutschland unterschiedlich statt. Zur Qualitätssicherung der Ausbildungsqualität gibt es einzelne Initiativen. Der Beitrag stellt ein integratives Curriculum vor, das die berufsgruppenübergreifende Erarbeitung einer spezifische Haltung im Sinne einer Berufsethik für die künftigen ACP-Berater*innen oder GVP-Gesprächsbegleiter*innen beinhaltet. Die seit Veröffentlichung der Rahmenvereinbarung gewonnenen Erfahrungen zu Inhalten, Methodik und Didaktik der Weiterbildung zur Sensibilisierung moralischer Fragen steht im Mittelpunkt des Beitrags. Damit möchten wir ein erprobtes praktisches Modell dem Sinne des Artikel 12 der VN-Behindertenrechtskonvention zur Diskussion stellen und Anregungen zur konkreten inhaltlichen Konturierung einer Berufsethik von ACP-Berater*innen oder GVP-Gesprächsbegleiter*innen geben.

P3.5

Carola Seifart, Fachbereich Medizin, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Pia Göbert, Fachbereich Medizin, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Christian Volberg, Fachbereich Medizin, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Irene Portig, Fachbereich Medizin, Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Systematik klinischer Ethikvisiten als zentrales Modell präventiver Ethikberatung

Während Ethikfallberatung zum Ziel hat, zur Lösung eines konkreten ethischen Konfliktes beizutragen, zielt präventive Ethikberatung auch darauf ab, der Entwicklung ethischer Konfliktsituationen vorzubeugen. Präventive Ethikberatung ist eine aufsuchende Beratungsform, bei der Ethikberatende regelhaft an Visiten, Übergaben, Stationsbesprechungen etc. teilnehmen und dabei Ansprechpersonen für spontan auftauchende ethische Fragen sind, diese antizipieren oder auf normativ relevante Aspekte hinweisen. Darüber hinaus kann präventive Ethikberatung zu einer Sensibilisierung des Behandlungsteams hinsichtlich ethischer Fragestellungen beitragen. Bisher sind präventive Ethikberatungsstrukturen noch selten etabliert, so dass methodische Überlegungen für ihre weitere Verbreitung hilfreich sein können. Aus mehr als einem Jahrzehnt praktischer Erfahrung mit Ethikvisiten auf operativen, nicht-operativen und interdisziplinären (Intensiv-)Stationen und strukturierten Evaluationen durch begleitete Behandlungsteams, wurde eine Systematik klinischer Ethikvisiten hergeleitet. Dabei wurde festgestellt, dass sich Ethikvisiten hinsichtlich ihrer Anforderungen, praktischen Umsetzungen und Effekte unterscheiden. Sie lassen sich anhand dreier Aspekte kategorisieren: 1) Der a) externen und b) internen Bedingungen: a) Ethikvisiten können als Liaisondienst, als Begleitung des Behandlungsteams im Rahmen einer regulären Visite, oder außerhalb der klinischen Routine, als eigenständige Ethikvisite durchgeführt werden. Letztere kann wiederum als Visite aller Patient*innen oder nur für ausgewählte Patient*innen erfolgen. b) Die Teilnahme an der Visite kann durch einzelne oder mehrere Ethikberatende erfolgen, die konstant oder wechselnd die Station beraten. Dabei kann das Beratungskonzept in Abhängigkeit von Fragestellung, Konfliktsituation und Teilnehmenden variieren. 2) Der Disziplinarität der zu beratenden Einheit. Es ist relevant, ob die Visite auf einer inter- oder monodisziplinären Station durchgeführt wird. 3) Hinsichtlich der Etablierungsphase. Ethikvisiten unterscheiden sich dahingehend, ob sie in einer Initiierungs- oder Etablierungsphase durchgeführt werden.

In jeder Kategorie finden sich typische Problemkonstellationen im Zusammenhang mit beobachteten ethischen Konfliktsituationen, spezifische Voraussetzungen und Anforderungen für die Durchführung klinischer Ethikvisiten, deren Berücksichtigung für die Initiierung und Etablierung von präventiver Ethikberatung hilfreich sein kann.

P3.6

Caroline Hack, Stabsabteilung Klinische Ethik, Universitätsklinikum Erlangen
Evelyn Glotzbach-Schoon
Nadine Lehr
Michaela Haug

Ethische Kompetenzentwicklung messen? Herausforderungen bei der Operationalisierung und Evaluation der Wirksamkeit Klinischer Ethikarbeit

Die Klinische Ethikarbeit am UK Erlangen wurde 2021 umstrukturiert und neu aufgestellt in allen als Kernaufgaben der Ethikarbeit definierten Arbeitsbereichen (AEM, 2010). Alle Formen der Ethikarbeit sollten begleitend evaluiert werden. Schnell wurde klar, dass der Versuch der Operationalisierung Herausforderungen mit sich bringt: Welche Zielgrößen definiert man für die Interventionen? Ist das Ziel einer Fallberatung das Finden einer Lösung oder die Bereitstellung ethischer Analysen bestehender Optionen? Wie erreicht man die Ziele? Welche Methoden sind sinnvoll? Kann z.B. die Entwicklung ethischer Kompetenz mit Wissensfragen erhoben werden oder mittels komplexer Situationsanalysen? Wie valide ist die Erfassung subjektiver Zufriedenheit? Bisher existiert wenig Forschung zur Evaluation Klinischer Ethikarbeit (Schildmann et al. 2017). So entstand die Idee zur Entwicklung und Testung von Vorschlägen zur Operationalisierung der Wirksamkeit von Interventionen in diesem Arbeitsfeld.

Im Vortrag sollen Herausforderungen bei der Entwicklung und erste Beispiele für Operationalisierungen diskutiert werden. Als übergeordnete Zielgrößen von Ethikarbeit haben wir Folgendes gewählt:

- a) Das Erreichen formatspezifischer, konkreter Zielgrößen
- b) Die Zunahme ethischer Kompetenz bei den Klinikmitarbeitenden (MA)
- c) Die Reduktion von Moral Distress der MA auf Mikro-, Meso- und Makroebene

Unter ‚Ethische Kompetenz‘ subsumieren wir verschiedene Wissensbereiche, die Fähigkeit zur Identifikation und Formulierung ethischer Fragen, ethische Reflexions-, Analyse- und Urteilsfähigkeit, die Fähigkeit zum konstruktiven Umgang mit ethischen Konflikten, zur Abstraktion von der eigenen moralischen Intuition und ethisches Handeln (Lechasseur et al., 2018). Unter Moral Distress (MD) verstehen wir Effekte akuter oder chronischer psychischer und physischer Belastung, die entstehen, wenn Personen nicht in der Lage sind, ihren moralischen Überzeugungen entsprechend zu handeln (Fourie, 2015). Wir nehmen an, dass durch Entwicklung ethischer Kompetenz MD reduziert werden kann (Klotz et al., 2022, Kühlmeyer et al., 2020), z.B. durch Stärkung der Selbstwirksamkeit (Obeid & Man, 2020) – insofern gibt es hier eine Schnittmenge, aber auch eigene Schwerpunkte.

Die übergeordneten Zielgrößen werden auf die einzelnen Aufgabenbereiche bezogen und hinsichtlich der Hypothesenformulierung spezifiziert (was genau wollen wir messen?) um Vorschläge für Operationalisierungen (wie wollen wir es messen?) machen zu können.

W.I

Nele Röttger, Universität Bielefeld

Ralf Stoecker, Universität Bielefeld

Marie Wegener, Universität Bielefeld

Philosophisches Coaching – Ein Instrument zur Unterstützung ethischer Kompetenzen in der klinischen Ethikberatung

Um professionelle Ethikberatung zu leisten, sind Kompetenzen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich, nämlich Ethik, Organisation und Beratung. In allen drei Bereichen erwerben Ethikberater*innen, die einen von der AEM zertifizierten Kurs durchlaufen, die erforderlichen grundlegenden Kenntnisse. Dabei werden die ethischen Fragen, die in der Ethikberatung eine wichtige Rolle spielen, adressiert, können allerdings nicht in der Tiefe behandelt werden. Das Philosophische Coaching, das wir in diesem Workshop vorführen und moralphilosophisch fundieren möchten, ist ein Fortbildungsangebot für Ethikberater*innen, in dem diese ihre philosophischen Kenntnisse und Fähigkeiten im oft unwegsamen philosophischen Umland der klinischen Ethik erproben und erweitern können.

Grundbegriffe der konkreten ethischen Beratungspraxis (z. B. Autonomie und Verantwortung, Leben und Tod, Menschenrechte und Menschenwürde, Inklusion und Teilhabe, Solidarität und Hilfsverpflichtung) bilden den Ausgangspunkt für eine reflexive Erkundung der damit verbundenen philosophischen Konzepte.

Ziel ist es, dass Teilnehmende

- ihre Kenntnisse und Orientierung in den jeweiligen Teilthemen vertiefen,
- ihre methodische Kompetenz in der ethischen Argumentation und Entscheidungsfindung weiter entwickeln,
- sich mit grundlegenden Fragen der Tätigkeit einer Ethikberaterin auseinandersetzen, die im Alltag oft wenig Raum haben: Worin besteht meine besondere Expertise? Welche Rolle nehme ich ein? Wann stoße ich an Grenzen?
- die Möglichkeit bekommen, einen systematischen und anregenden philosophischen Austausch zu erleben.

Das Angebot richtet sich an klinische Ethikkomitees und vergleichbare Teams in der klinischen Ethikberatung. Es bietet eine (im AEM-Curriculum geforderte) Fortbildungsmöglichkeit für zertifizierte K1-Ethikberater*innen und kann auch für den Übergang in die Kompetenzstufen K2 und K3 genutzt werden.

Ursprünglich ist das Philosophische Coaching aus einer Fortbildungsveranstaltung von Ralf Stoecker für Ethikberater*innen im Ev. Klinikum Bethel (Bielefeld) entstanden und wurde anschließend in einer Pilotphase am Uniklinikum Göttingen mit Nele Röttger, Johanna Wagner und Marie Wegener sehr erfolgreich erprobt. Ab 2023 soll es institutionell verankert und regulär angeboten werden.

Das Besondere an diesem Fortbildungsangebot liegt in dem ausdrücklichen Fokus auf der Philosophie. Die Coaches sind qualifizierte Philosoph*innen (Promotion oder Master) und dank einer zusätzlichen Qualifikation in klinischer Ethik mit den Bedingungen dieser Beratungspraxis vertraut, sodass sie

die Teilnehmenden von dort ausgehend in die Reflexion des jeweiligen philosophischen Hintergrunds begleiten können.

Dem Konzept des Philosophischen Coachings liegt ein bestimmtes moralphilosophisches Verständnis der Rolle von Ethikberater*innen als ‚Ethik-Scouts‘ zugrunde (Neuhäuser, Raters, Stoecker 2010; Simon 2021). Es gibt in der Debatte über das richtige Verständnis ethischer Expertise und die Funktion von Ethikberatung eine große Spannbreite von Positionen, angefangen von der, dass eine Ethikberaterin wissen müsse, was moralisch richtig und falsch ist, bis hin zur bloßen Mediation zwischen den divergierenden Meinungen aller Beteiligten. Die Konzeption der Ethik-Scouts beschreibt einen Mittelweg. Sie verschiebt den Fokus von moralischer Richtigkeit zur moralischen Verantwortbarkeit und sieht dann die Aufgabe der klinischen Ethik darin, die Praktiker*innen durch das Feld der moralischen Gründe und Erwägungen zu lotsen, um es ihnen so zu ermöglichen, auch in schwierigen Situationen moralisch verantwortlich zu handeln. So verstanden, ist das Philosophische Coaching ein Trainingsangebot für Ethik-Scouts.

Programm des Workshops

1. Kurzer Auftakt mit Vorstellung des Philosophischen Coachings (5 min)
2. Praktischer Teil (Röttger, Wegener) (55 min)
 - a. Fallbeispiel: Eine konkrete ethische Herausforderung
 - b. Erkundung des philosophischen Hintergrunds und seiner Relevanz für das Fallbeispiel
3. Theoretische Einordnung (Stoecker): Ethikberater*innen als Ethik-Scouts (15 min)
4. Reflexion der Sitzung und Abschlussdiskussion (15 min)

Veranstalter*innen

Nele Röttger ist promovierte Philosophin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und zertifizierte Ethikberaterin. Sie arbeitet an der Universität Bielefeld im Bereich Ethik der Medizin als wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Ralf Stoecker ist Seniorprofessor für Philosophie an der Universität Bielefeld.

Marie Wegener befindet sich in der Abschlussphase ihres Master-Studiums in Philosophie an der Universität Bielefeld.

Literatur

AEM (2022), Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen.

Neuhäuser, Raters, Stoecker (2010), „Einleitung“ in: Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart.

Simon, Alfred (2021), „Die Ethikberater*in als Ethik-Scout: Wie Ethikberatung zu verantwortlichem Handeln in Einrichtungen des Gesundheitswesens beitragen kann“, in: Kipke et al. (Hg.), Zusammen-Denken, Wiesbaden: 421–432.

W.II

Julia Inthorn, Zentrum für Gesundheitsethik

Mitglieder der AG Ethische Fragen am Lebensanfang in der AEM:

Karla Alex, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg

Ruth Denkhaus, Zentrum für Gesundheitsethik Hannover

Pia Göbert, Universitätsklinikum Marburg

Irene Hirschberg, Medizinische Hochschule Hannover

Daniela Reitz, Elisabeth-Krankenhaus Essen

Katarina Weilert, Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST) Heidelberg

Entscheidungen im Behandlungsteam über Spätabbrüche. Welche Kompetenzen sind nötig?

Hintergrund

Wird im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft festgestellt, dass das ungeborene Kind mit einer schweren Beeinträchtigung zur Welt kommen würde, sind Schwangere bzw. werdende Eltern mit neuen Fragen und Entscheidungen konfrontiert. Neben der Möglichkeit, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind maximal intensivmedizinisch zu versorgen oder nach der Geburt palliativmedizinisch zu begleiten, kann auch die Option eines Schwangerschaftsabbruchs aus maternaler Indikation (mit oder ohne Fetozid) zur Diskussion stehen, sofern ein Abbruch der Schwangerschaft dazu dienen soll, eine schwerwiegende psychische Gesundheitsgefahr der Schwangeren abzuwenden, die nicht auf andere Weise abgewendet werden kann. Nach § 218a Abs. 2 StGB wäre ein Spätabbruch in Deutschland beim Vorliegen einer maternalen Indikation nicht rechtswidrig. Bisher existieren keine konsentierten Handlungsempfehlungen oder Standards für das Vorgehen in solchen Fällen. Die Verfahren der Entscheidungsfindung im Behandlungsteam sind den einzelnen Kliniken überlassen, folgen aber nur zum Teil einem strukturierten Prozess. Dieser Prozess variiert stark, insbesondere hinsichtlich der Frage, wie eine Entscheidung im Team und im Gespräch mit den werdenden Eltern strukturiert wird und welche Perspektiven bzw. Professionen in die Beratung und Entscheidungsfindung einbezogen werden. Insbesondere die Rolle der Ethikberatung und die Bedeutung eines ggf. einzuholenden Ethikvotums werden kontrovers beurteilt.

Zielsetzung

Der Workshop widmet sich der Frage, wie bei Entscheidungen über Spätabbrüche das Vorgehen im Behandlungsteam sinnvoll besprochen werden kann, welche rechtlichen Implikationen bestehen und welche ethischen Kompetenzen für die Abwägung im Team notwendig sind. Zudem werden Kriterien für die Qualität des Entscheidungsprozesses diskutiert. Dabei wird auch beleuchtet, welche Rolle der multiprofessionelle Austausch spielt und wie Entscheidungsprozesse von Seiten der klinischen Ethik unterstützt werden können. In der gemeinsamen Diskussion soll herausgearbeitet werden, welche Kompetenzen die Mitglieder des Behandlungsteams in diesem Verfahren brauchen und wie die Struktur des Entscheidungsprozesses sowie mögliche Unterstützungsangebote von Seiten der klinischen Ethik die Qualität der Entscheidung beeinflussen.

Vorgehen

Im ersten Teil des Workshops wird die Fragestellung anhand eines klinischen Falls entfaltet. Nach

einem kurzen Stimmungsbild unter den Teilnehmenden werden die aus den verschiedenen professionellen Perspektiven (Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Ethik, Recht) relevanten Fragen in Kurzimpulsen vorgestellt. Die Teilnehmenden erhalten dann die Möglichkeit, sich in Kleingruppen auszutauschen und festzuhalten, was aus ihrer professionellen Perspektive für die Praxis des Entscheidens für den/die Einzelne(n) sowie für das Team wichtig ist und was eine gute Entscheidung ausmacht.

Im zweiten Teil werden die verschiedenen Perspektiven der Professionen aufeinander bezogen und untersucht, a) welche Formen der wechselseitigen Unterstützung zwischen den Professionen für einen guten Entscheidungsprozess notwendig sind und b) welche Prozesse dabei förderlich und welche Kompetenzen wichtig sind. Hierzu werden zunächst Erfahrungen der Teilnehmenden mit etablierten Entscheidungsverfahren bei Spätabbrüchen gesammelt und durch die Darstellung solcher Verfahren aus der Fachliteratur und der Praxis der Workshop-Leitenden ergänzt. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, welche Kompetenzen die Einzelnen sowie das Team benötigen, um eine Entscheidung zu treffen, welche Form der Unterstützung oder auch Schwierigkeiten vorgegebene Verfahren hierbei bieten und wie ggf. die Kompetenz im Team mit Hilfe von geschulten Personen aus der Ethik oder anderen Bereichen weiterentwickelt werden kann. Anschließend werden daraus Anhaltspunkte für die Entwicklung von Leitfäden und die Reflexion der besonderen Rolle von klinischer Ethikberatung in diesen Entscheidungsverfahren abgeleitet und diskutiert.

Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über mögliche (alternative) Verfahren der Strukturierung von Entscheidungen über Spätabbrüche und Anregungen für die Arbeit an klinikinternen Leitfäden sowie für die Kompetenzentwicklung der an den Entscheidungen beteiligten Personen und Professionen.

Mitwirkende

Der Workshop wird durch die Mitglieder der AG "Ethische Fragen am Lebensanfang" vorbereitet und durchgeführt. Mitwirkende sind unter anderem: Karla Alex (Ethik), Ruth Denkhaus (Ethik), Pia Göbert (Pädiatrie), Irene Hirschberg (Ethik), Julia Inthorn (Ethik), Daniela Reitz (Gynäkologie und Geburtshilfe), Katarina Weilert (Recht) und Interessierte der Ethiklehre.

W.III

Kathrin Knochel, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München

Anna Michalsen, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München

Marie-Christine Fritzsche, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München

Alena Buyx, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München

Ethikvisite – Auch das noch: Über Herausforderungen, Chancen und die Rolle von Ethiker:innen

Lernziele

- Anforderungen an die Durchführung von Ethikvisiten und anderen proaktiven Angeboten benennen
- Maßnahmen identifizieren, um möglichen Herausforderungen zu begegnen
- Rolle von Ethiker:innen im Rahmen von proaktiven Angeboten reflektieren

Hintergrund

Was sollen wir tun? Diese Frage stellen sich Ethiker:innen auch nach über 20 Jahren, in denen sich Ethikangebote wie Klinische Ethikkomitees und Ethikberatungsdienste in deutschen Krankenhäusern weiterentwickelt haben. Mehrheitlich erfolgt Ethikberatung auf Nachfrage von Kliniker:innen oder Patient:innen. Die immer noch geringe Zahl von Anfragen steht im Widerspruch zu den wachsenden ethischen Herausforderungen im Klinikalltag mit zunehmend hochbetagten, mehrfach vorerkrankten (Intensiv-)Patient:innen und immer mehr Möglichkeiten, operativ, technisch und medikamentös lebensverlängernd zu behandeln. Dies wurde in den Pandemienmonaten noch deutlicher und das Thema Ressourcenknappheit rückte in den Fokus. Auch dieser entstandene Druck führte in Kliniken teilweise zur Implementierung von neuen Ethikstrukturen. Dabei werden neben patientenzentrierten ethischen Fragen auch die zu Verteilungsgerechtigkeit und organisationsethische Aspekte adressiert.

In Bezug auf die Integration von Ethikangeboten in den Klinikalltag, zu Outcomes und zu der Rolle von Ethiker:innen sind viele Fragen noch nicht beantwortet. Neben den Beratungen mit Empfehlungen auf Anfrage gibt es seit einigen Jahren auch zunehmend Erfahrungen mit unterschiedlichen Formaten proaktiver Angebote. Dabei können Ethiker:innen unterschiedliche Rollen einnehmen: Beratung mit Empfehlung, Mediation potentieller Konflikte oder ausschließlich Moderation von Diskussionen zu ethischen Fragen.

Die Diskussionsgrundlage für den Workshop werden erste Ergebnisse einer empirischen Studie zu Erfahrungen mit Ethikvisiten bilden. Dafür wurden semistrukturierte problemzentrierte Einzelinterviews mit Expert:innen in Deutschland geführt, die Ethikvisiten anbieten oder selbst dieses Angebot als Teilnehmende nutzen. Die Interviews werden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Offene Punkte zu Inhalten, organisatorischen Voraussetzungen sowie Benefits und Herausforderungen von Ethikvisiten sollen im Workshop als Themen aufgegriffen und diskutiert werden.

Durchführung

Der Workshop soll angelehnt an das World Café, einer transdisziplinären Forschungsmethode, durchgeführt werden. Diese Methode erlaubt gemeinsames Nachdenken, kollektive Kreativität und Partizipation. Deshalb laden wir Interessierte ein, sich zu proaktiven Ethikangeboten, insbesondere zu ihren

Erfahrungen mit Ethikvisiten auszutauschen.

Drei der Autor:innen werden als Moderator:innen den Workshop leiten und im Worldcafe als Gastgeber:innen an den Tischen sein. Es sind 3 Diskussionsrunden à 15min geplant. Dabei können sich je Tisch 4-10 Teilnehmende austauschen und Gedanken schriftlich auf den Tischdecken festhalten.

Für eine zweite und dritte Diskussionsrunde mischen sich die Teilnehmenden neu und arbeiten an einem anderen Tisch weiter. Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse markiert, im Plenum präsentiert und diskutiert.

Zusammenfassung

Der Workshop soll den interprofessionellen Austausch zum proaktiven Angebot Ethikvisite und Alternativen fördern und hat das Ziel, diese komplexe Intervention zu analysieren und Voraussetzungen für zukünftige Evaluation zu erarbeiten.

W.IV

Tobias Eichinger, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich
Katja Kühlmeyer, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Susanne Michl, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in der (Hochschul-)Ausbildung in Gesundheitsberufen

Zielgruppe

Ethik-Lehrende, die in Studiengängen und Ausbildungskontexten von Gesundheitsberufen (z.B. Medizin, Pflege, Psychologie und Psychotherapie, Soziale Arbeit, Ergo- und Physiotherapie, Hebammenwissenschaften u.v.m.) tätig sind oder perspektivisch tätig werden wollen.

Zielsetzung

Der Workshop verfolgt das Ziel, einen Austausch über kompetenzorientierte Lehr-Reformen in den Ausbildungen in Medizin, Pflege und anderen Gesundheitsberufen zu befördern. Durch eine Vorstellung des Ansatzes der Kompetenzorientierung in der Hochschullehre und Beiträge zu seiner Konkretisierung für die Lehre in Ethik in der Medizin soll der Workshop Dozierenden dazu verhelfen, ihren eigenen Klärungs- und Lernbedarf zu identifizieren und zu strukturieren. Außerdem sollen erste Ansatzpunkte für Lösungen für aktuelle Probleme bzw. Veränderungen gegenwärtiger Lernziele und -inhalte sowohl auf konzeptueller als auch auf praktischer Ebene aufgezeigt werden. Als sekundäres Ziel möchte die Arbeitsgruppe ethik learning Beiträge des im vergangenen September erschienenen Themenheftes in Ethik in der Medizin „Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Gesundheitswesen“ vorstellen. Durch den Workshop sollen Potentiale kompetenzorientierter „Ethik-in der Medizin-Didaktik“ aufgezeigt und die Vorteile eines Austausches über die Lehrpraxis identifiziert, aber auch Kritik in Bezug auf mögliche Positionierungen zu den Reformprozessen ermöglicht werden.

Workshop-Methode

World-Café mit 3 Tischen, um das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten?

Ablauf des Workshops

1. PHASE: Input/Orientierung, ca. 20 Minuten

Nach einer Erläuterung der Rahmenbedingungen des Workshops, wird der inhaltliche Teil durch einen Impulsvortrag zu verschiedenen Aspekten des Hintergrunds der Themenstellung eröffnet. Neben allgemeinen Fragen zur Gestaltung von Ethik-Lehre in den Gesundheitsberufen, welche Didaktik, aber auch Ethik-Didaktik betreffen, wird die jüngere Entwicklung im deutschsprachigen Raum skizziert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Kompetenzreformen, welche die Lehre an Hochschulen und Universitäten neugestalten werden, insbesondere in den Studiengängen zur Ausbildung in Gesundheitsberufen. Hierbei wird die zunehmende Professionalisierung des Ethik-Unterrichts in den Gesundheitsberufen thematisiert sowie die Etablierung einer „Ethik in der Medizin-Didaktik“ als eigenständiges Forschungs- und Praxisfeld. Abschließend wird die für diese Entwicklung sowie den

Workshop zentrale Frage danach formuliert, was das Umdenken in Richtung Kompetenzorientierung für die Hochschulausbildung in den Gesundheitsberufen in konzeptueller wie praktischer Hinsicht konkret bedeutet.

2. PHASE: Austausch, ca. 45 Minuten (15 Min. pro Tisch)

Tisch 1: Konzeptuelle Ebene

Am ersten Tisch soll gemeinsam die Leitfrage diskutiert werden, was kompetenzorientierte Ethik-Lehre für das eigene Fach bedeuten kann. Hierbei sollen vor allem die Rollen, die die Absolvent*innen des jeweiligen Studiums bzw. der jeweiligen Ausbildung später einnehmen werden – als Ärzt*innen, Pflegenden, Physiotherapeut*innen etc. – als Ausgangspunkt für die Formulierung kompetenzorientierter Lernziele betrachtet werden.

Tisch 2: Ebene des Lehrbereichs im Studiengang

Die Leitfrage, der am zweiten Tisch nachgegangen werden soll, bezieht sich auf die curriculare Ebene. Hier wird diskutiert, welche Auswirkungen eine kompetenzorientierte Reform des Lehr-Curriculums auf das Lehrangebot in den einzelnen Lehrbereichen nach sich ziehen könnte.

Tisch 3: Ebene der Veranstaltung

Am dritten Tisch wird auf einer konkret-praktischen Ebene die Leitfrage verfolgt, wie eine kompetenzorientierte Lehrveranstaltung sowie die entsprechende Prüfung im Einzelnen aussehen können.

Jedem Tisch wird ein:e Gastgeber:in zugeteilt. Nach 15 Minuten soll der Tisch jeweils gewechselt werden, die Gruppen wandern geschlossen von Tisch zu Tisch, die/der Gastgeber:in bleibt. Die Ergebnisse der jeweils vorhergehenden Gruppe sind dokumentiert und dienen der jeweils neuen Gruppe als Grundlage und Ausgangspunkt für die Diskussion.

3. PHASE: Ergebnispräsentation im Plenum, ca. 15 Minuten (ca. 5 Min. pro Tisch)

Nach der Rotations-Phase des Austauschs an den Tischen werden im Plenum nacheinander die Ergebnisse der drei Tische von der:m jeweiligen Gastgeber:in zusammengefasst und kurz zur Diskussion gestellt.

4. PHASE: Ausblick/Bedarfe identifizieren, ca. 10 Minuten

Zum Abschluss sollen als Ausblick neu gewonnene Bedarfe und Herausforderungen, die sich aus einer Kompetenzorientierung der Ethik-Lehre in den Gesundheitsberufen ergeben, auf den drei Ebenen identifiziert werden. Diese Impulse werden im Anschluss an die Jahrestagung in die Arbeit der AG ethik learning eingebracht, um Unterstützungsmöglichkeiten für Lehrpersonen zu erarbeiten.).

W.V

Ortrun Kliche, Universität zu Köln, Med. Fak., und Uniklinik Köln, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Ute Altanis-Protzer, Medizinethikerin

Necibe Demirayak, Hochschule für Gesundheit Bochum, Department für Pflegewissenschaft

Gerald Neitzke, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin

Hürrem Tezcan-Güntekin, Alice Salomon Hochschule Berlin

Angelika Wiegand, Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie

Sylvia Agbih, Universität Augsburg, Ethik der Medizin

(und weitere Mitglieder der AEM AG Kulturelle Diversität im Gesundheitswesen)

Ethische Kompetenzen bezogen auf Rassismus und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Hintergrund

In der US-amerikanischen Bioethics ist angekommen, dass sie gegenüber der Problematik Rassismus unzulänglich aufgestellt ist und aktiv Verantwortung dafür übernehmen muss, dies zu ändern: „[B]ioethics must acknowledge its role in tolerating those [d.h. rassistisch motivierte] injustices by failing to work to dismantle them“ (ABPD 2020: o. S.). Auch die Ethikberatung wird in die Pflicht genommen: Mit Blick auf die verheerenden Auswirkungen der Sars-Cov2-Pandemie auf Schwarze sowie andere Minderheiten sollten Ethikberatende innehalten um zu überlegen, warum ihre Beratungstätigkeiten in der Bekämpfung von Rassismus zu kurz griffen (Danis 2021: 2).

Rassismus gegenüber BIPoC- (Black, Indigenous, and People of Colour-) Patient*innen und BIPoC-Gesundheitsfachkräften sowie intersektionale (vgl. Crenshaw 1991) Diskriminierung sind auch im deutschen Gesundheitswesen Alltag. Rassismuserfahrungen haben Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen, die sie erleiden müssen. Dies wird auch in Deutschland zunehmend öffentlich gemacht (z.B. Black in Medicine; Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus; Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor), in Studien systematisch untersucht (z.B. Aikins et al. 2021, Bartig et al. 2021) und in Fachartikeln besprochen (z.B. Yeboah 2017, 2022).

Angesichts dieser Realitäten in der Gesundheitsversorgung muss sich auch die deutsche Medizinethik kritisch hinterfragen. Fehlt es an ethischen Kompetenzen, die Rassismus und intersektionale Diskriminierung gegenüber Patient*innen sowie deren in der Konsequenz ungerechte Behandlung wahrnehmen und konstruktiv bearbeiten helfen? Und die Rassismus und Diskriminierung auch gegenüber Gesundheitsfachkräften sowie unter Kolleg*innen fokussieren können?

Ziel und Konzept

Der Workshop stellt die Frage, ob und wie mit ethischen Kompetenzen Rassismus und intersektionaler Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung begegnet werden kann. Zunächst erhalten die Teilnehmenden inhaltliche Impulse, um die eigene Auffassung von ethischen Kompetenzen zu fokussieren. Anschließend reflektieren sie bezogen auf konkrete Fallbeispiele die Anwendbarkeit ethischer

Kompetenzen im Umgang mit Rassismus und Diskriminierung. Sie diskutieren ggf. Anregungen zu deren Überarbeitung bzw. Erweiterung.

Der Workshop soll zum selbstkritischen Hinschauen auf die eigene Tätigkeit anregen. Er versteht sich als Aufschlag zu weiteren Auseinandersetzungen mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen, um ethische Kompetenzen und die Ethikberatung zu verbessern.

Ablauf

1. Vorstellung und Überblick (5 Min.)
2. Impulsvortrag: Ethische Kompetenzen in der eigenen Praxis – eine Annäherung (Dozent:in in der Ethikberatung (AG KuDiGe)) (15 Min.)
3. Präsentation: Fallbeispiele und deren Analyse mit Blick auf problematische Interaktionen (Prof. Tezcan-Güntekin und AG KuDiGe) (15 Min.)
4. Diskussion in drei Kleingruppen zu den präsentierten Fallbeispielen: Wie könnten konstruktive Reaktionen der unterschiedlichen Beteiligten aussehen? Wie tauglich sind die bekannten (medizin-) ethischen Kompetenzen? Welche Kompetenzen braucht es (noch)? Diversitätssensible Betreuung der KG von jeweils zwei Moderator*innen (AG KuDiGe, ggf. NN) (35 Min.)
 - a) Ethikberatende bzw. in der Gesundheitsversorgung Tätige – Wie gehe ich mit Rassismus und Diskriminierung um? Welche persönlichen und institutionellen Voraussetzungen werden gebraucht?
 - b) Beobachtende Personen – Wie kann ich reagieren? Was muss institutionell implementiert werden? Was wird von der Ethikberatung erwartet?
 - c) Betroffene Personen – Was brauche ich? Was erwarte ich von der Ethikberatung, von Gesundheitsfachkräften, von Kolleg*innen?
5. Zusammenführung der Diskussionen und Ausblick (20 Min.)

References

- ABPD* (The Association of Bioethics Program Directors) (2020). Statement on Violence, COVID, and Structural Racism in American Society
- Aikins, M A; Bremberger, T; Aikins, J K; Gyamerah, D; Yildirim-Caliman, D* (2021). Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiassporischer Menschen in Deutschland, Berlin
- Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A* (2021). Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung
- Crenshaw, K* (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, (6), 1241-1299
- Danis, M* (2021). Putting Anti-Racism into Practice as a Healthcare Ethics Consultant. *Am J Bioeth* 2021 Feb; 21(2): 36–38
- Yeboah, A* (2022). Gesundheitsfolgen rassistischer Diskriminierung. Sieberer, Jung, Führman (Hg.) *Migration & Gesundheit*, 37-42
- Yeboah, A* (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Fereidooni, El (Hg.) *Rassismuskritik und Widerstandsformen*. Springer VS

W.VI

Kornelia Götze, Institut für Allgemeinmedizin, Center for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Annika Godder, Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen

Georg Marckmann, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München)

Jürgen in der Schmitten, Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen

Christiane Vogel, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Ethisch kompetente Entscheidungsfindung messen. Theoretische Grundlagen, methodische Herausforderungen und Ergebnisse am Beispiel der Messung präferenzkonsistenter Behandlung in der BEVOR-Studie

Professionelles Verhalten in Medizin und Pflege erfordert ethische Kompetenzen. Zentral ist dabei die Fähigkeit, die Patientenselbstbestimmung angemessen bei Behandlungsentscheidungen zu berücksichtigen. Dabei stellt es eine besondere Herausforderung dar zu messen, wie ethisch kompetent das Gesundheitspersonal agiert. Ein möglicher Indikator für die ethische Kompetenz, die Patientenselbstbestimmung zu achten, ist die präferenzkonsistente Behandlung, d.h. die Übereinstimmung der durchgeführten Behandlung mit dem (vorausverfügtten oder mutmaßlichen) Willen der Betroffenen.

Bislang gibt es kein allgemein etabliertes Verfahren, um die Konsistenz der Behandlung bei eingeschränkter oder fehlender Entscheidungsfindung mit den Patientenpräferenzen zu messen. Gleichzeitig ist die Entwicklung entsprechender Messinstrumente zentral für die Prüfung der Effektivität jeglicher Interventionen, die darauf abzielen, die entsprechende ethische Kompetenz des Gesundheitspersonals und damit eine ethisch fundierte Entscheidungsfindung im Sinne der angemessenen Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zu fördern.

Ziel des Workshops ist die interdisziplinäre Analyse theoretischer, methodischer und forschungspraktischer Herausforderungen bei der Messung präferenzsensitiver Entscheidungsfindung als Indikator für die ethische Kompetenz des Gesundheitspersonals. Als Ausgangspunkt dient das im Rahmen der BEVOR-Studie entwickelte „Care consistency with care preferences“-Messverfahren. Ziel der cluster-randomisierten kontrollierten Studie in 44 Pflegeeinrichtungen in Deutschland war die Erhöhung des Anteils präferenzkonsistenter Entscheidungen durch Advance Care Planning (ACP). Die Intervention bestand neben dem Angebot einer qualifizierten ACP-Gesprächsbegleitung und der Dokumentation individueller Patientenpräferenzen bezüglich künftiger medizinischer Behandlung insbesondere in der Schulung von Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen sowie weiteren Akteuren der regionalen Gesundheitsversorgung (z.B. Rettungsdienst) bezüglich der angemessenen Beachtung des Patientenwillens.

Nach einer Einführung in die konzeptionellen Grundlagen der Messung präferenzkonsistenter Behandlung als Indikator für die ethische Kompetenz von Behandelnden soll die Anwendung des „Care

consistency with care preferences“-Messinstruments an ausgewählten Fallbeispielen gemeinsam mit den Workshop-Teilnehmenden praktisch durchgespielt werden. Den Abschluss bildet eine Vorstellung von Ergebnissen der BEVOR-Studie unter Verwendung des „Care consistency with care preferences“-Messinstruments und eine kritische Reflexion auf weiteren Forschungsbedarf zur Messung ethischer Kompetenz in der Gesundheitsversorgung.

Format und Ablauf

5 Minuten - Einführung in den Workshop (Moderatorin: Christiane Vogel)

12 Minuten Vortrag und 3 Minuten Verständnisfragen - „Präferenzkonsistente Behandlung als Indikator für ethische Kompetenz in der Gesundheitsversorgung: Ethische und konzeptionelle Grundlagen“ (Referent: Georg Marckmann)

30 Minuten Fallbeispiele und gemeinsame Erörterung mit den Teilnehmenden - Die Anwendung des „Care consistency with care preferences“-Messinstruments. Methodische und praktische Herausforderungen (Referent*innen: Jürgen in der Schmitt, Annika Godder)

12 Minuten Vortrag und 3 Minuten Verständnisfragen - „Auswirkungen von ACP auf die präferenzkonsistente Behandlung: Ergebnisse aus der BEVOR-Studie“ (Referentin: Kornelia Götze)

20 Minuten - Messung ethisch kompetenter Entscheidungen mit Hilfe des „Care consistency with care preferences“-Messinstruments. Potenzial und weiterer Forschungsbedarf (Teilnehmende und Referent*innen)

5 Minuten - Fazit und abschließende Kurzstatements der Referent*innen (Moderatorin und Referent*innen)

Adelmann, Sonja	Henking, Tanja	Neitzke, Gerald	Vollmann, Jochen
Agbih, Sylvia	Hetzel, Tatiana	Niggemeier, Frank	von Kutzleben, Milena
Alex, Karla	Heyder, Clemens	Nowak, Andre	Wachter, Anna
Altanis-Protzer, Ute	Hirsch, Anna	Paulicke, Denny	Wallner, Jürgen
Anselm, Reiner	Hirschberg, Irene	Pelzer, Marie	Wegener, Marie
Asmussen, Sven	Hofacker, Elena	Pfisterer-Heise, Stefanie	Weigold, Stefanie
Badura, Franz	Hruschka, Benedikt	Pieper, Dawid	Weilert, Katarina
Balke, Wolf-Tilo	Idler, Irina	Pollmächer, Thomas	Welsch, Johannes
Benzinger, Lasse	in der Schmitt, Jürgen	Portig, Irene	Wendorff, Tizia
Bozzaro, Claudia	Inthorn, Julia	Potthoff, Sarah	Widdershoven, Guy
Braun, Esther	Jahn, Patrick	Primc, Nadia	Wiegand, Angelika
Braun, Katharina	Jömann, Norbert	Ranisch, Robert	Wiesemann, Claudia
Bruns, Florian	Jörgensen, Svea	Reihs, Eva	Wilhelmy, Saskia
Bubeck, Marc	Jungkunz, Martin	Reitz, Daniela	Winkler, Eva
Buhr, Eike	Kacprowski, Tim	Renz, David	Woellert, Katharina
Buyx, Alena	Kahrass, Hannes	Riedel, Annette	Wöhlke, Sabine
Camenzind, Samuel	Karschuck, Philipp	Röttger, Nele	
Capas Peneda, Sara	Katzer, Matthias	Rudschies, Catharina	
Carlsson, Jörg	Kendel, Friederike	Sakowsky, Ruben Andreas	
Demirayak, Necibe	Keusgen, Clara	Salloch, Sabine	
Denkhaus, Ruth	Klein, Katharina	Schamberg, Sophia	
Dietrich, Julia	Kliche, Ortrun	Schickhardt, Christoph	
Dinges, Stefan	Klingler, Corinna	Schicktan, Silke	
Dodaro, Rita	Knochel, Kathrin	Schildmann, Jan	
Duda, Thomas	Kowalski, Christoph	Schindler, Christoph	
Eichinger, Tobias	Kraft, Bernhard	Schneider, Ingrid	
Ellerich-Groppe, Niklas	Kropf, Mario	Scholten, Matthé	
Fabry, Götz	Krug, Henriette	Schweda, Mark	
Fares, Abdul Rahman	Kühlmeyer, Katja	Segawa, Shingo	
Finger, Alicia	Kulaczewski, Kim Meilin	Seifart, Carola	
Fölsch, Doris	Kurrle, Annette	Selter, Felicitas	
Fritzsche, Marie-Christine	Kuscher, Thomas	Shanmuganathan, Shagana	
Gaillard, Anne-Sophie	Lehr, Nadine	Sheehan, Mark	
Gather, Jakov	Leineweber, Marianne	Sira, Nataliya	
Gawinski, Laura	Linder, Erich	Stange, Lena	
Gerhards, Simon	Lipp, Volker	Stegen, Stephanie	
Glotzbach-Schoon, Evelyn	Marckmann, Georg	Steindorff, Jenny-Victoria	
Göbert, Pia	May, Arnd T.	Stoecker, Ralf	
Godder, Annika	Mentrup, Josefine	ten Brink, Christin	
Götze, Kornelia	Mertz, Marcel	Tezcan-Güntekin, Hürrem	
Groß, Dominik	Meyer, Gabriele	Thomas, Paula	
Hack, Caroline	Michalsen, Anna	Tiwari, Vini	
Haltaufderheide, Joschka	Michl, Susanne	Todorovic, Zorana	
Hammer, Emily Beatrix	Müller, Regina	Ursin, Frank	
Hansen, Solveig Lena	Münch, Nikolai	van Gils-Schmidt, Henk J.	
Hasseler, Martina	Nadolny, Stephan	Vogel, Christiane	
Haug, Michaela	Nebowsky, Anna-Eva	Volberg, Christian	



Zentral Campus

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Parkhaus | 1 Universitätsring 14 | 6 Melancthonianum | 11 Universitätsring 2-4 |
| Haltestellen | 2 International Office | 7 Juridicum | 12 Universitätspoliklinik |
| 3 Burse zur Tulpe | 8 Löwengebäude | 13 Wirtschaftswissenschaften | |
| 4 Thomasianum | 9 Robertinum | 14 Barfüßerstraße 17 | |
| 5 Rektorat | 10 Audimax | 15 Musik Bibliothek | |
| 16 Philosophische Fakultät II | | | |





Steintor Campus



- | | | |
|---------------------|---|--|
| Haltestellen | 1 Harz 41 (Mensa) | 9 Ludwig-Wucherer-Straße (LuWu) 2 |
| Universitätsgebäude | 2 August-Bebel-Straße 13c (SZ) | 10 Adam-Kuckhoff-Straße 35a |
| Mensa | 3 Universitäts-und Landesbibliothek (Verwaltung) | 11 Luisenstraße 2 |
| Steintor Campus | 4 Universitäts-und Landesbibliothek | 12 Adam-Kuckhoff-Straße 35 |
| | 5 Emil-Abderhalden-Straße (EA) 9 | 13 Adam-Kuckhoff-Straße 15 |
| | 6 Emil-Abderhalden-Straße (EA) 28 | 14 Adam-Kuckhoff-Straße 34 |
| | 7 Emil-Abderhalden-Straße (EA) 26-27 | 15 Adam-Kuckhoff-Straße 34a |
| | 8 Emil-Abderhalden-Straße (EA) 25 | 16 Cafeteria Steintor Campus |



Kontakt

Für organisatorische Fragen:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Jutta Vach

Carl-Pulfrich-Straße 1

07745 Jena

Tel.: +49 (0)3641 3116 365

E-Mail: Jutta.Vach@conventus.de



Für inhaltliche Fragen:

Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Humboldtallee 36

D-37073 Göttingen

Tel.: +49 (0)551 39-35344

Fax: +49 (0)551 39-35342

E-Mail: info@aem-online.de

Web: www.aem-online.de



IMPRESSUM

Herausgeber

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Profizentrum Gesundheitswissenschaften
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)

Gestaltung

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena

Halle/Saale, 2023

