

Zentrum für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

*Klinische Ethikberatung in Psychiatrie und
Psychotherapie
Eine mikro- und makroperspektivische Untersuchung*

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Lisa Marie Wollenburg

aus Brühl

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

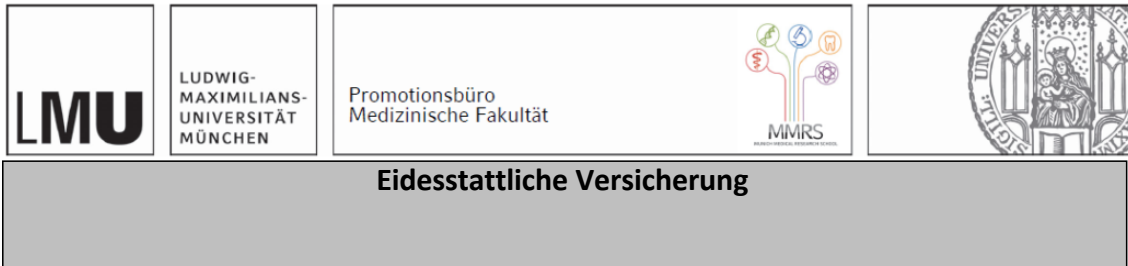
Berichterstatter: Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

Mitberichterstatter: PD Dr. Oliver Rauprich
Prof. Dr. Fuat Oduncu

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.11.2023

Affidavit



Wollenburg, Lisa Marie

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Klinische Ethikberatung in Psychiatrie und Psychotherapie - Eine mikro- und makroperspektivische Untersuchung

.....

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Brühl, 22.11.2023

Ort, Datum

Lisa Marie Wollenburg

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand

Inhaltsverzeichnis

Affidavit	3
Inhaltsverzeichnis	4
Publikationsliste	5
1. Beitrag zu den Veröffentlichungen	6
1.1 Beitrag zu Paper I	6
1.2 Beitrag zu Paper II	6
2. Einleitung	7
2.1 Theoretische Grundlagen	7
2.2 Makroperspektive: Status Quo an deutschen psychiatrischen Kliniken	10
2.3 Mikroperspektive: Wissenschaftliche Begleitung einer Implementierung	11
3. Zusammenfassung	13
4. Abstract	14
5. Paper I	15
6. Paper II	16
7. Literaturverzeichnis	17
Danksagung	19

Publikationsliste

1. Artikel als Grundlage der kumulativen Dissertation

Wollenburg, L. M., Claus, S., Kieser, C. & Pollmächer, T. (2020). Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 47(08), 446–451.

Wollenburg, L. M., Sarropoulos, A., Schweitzer, F. & Pollmächer, T. (2022). Die Implementierung klinischer Ethikberatung an einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, DOI: 10.1055/a-1875-3501.

2. Weitere Veröffentlichungen

Behr, M., Acker, J., Cohrs, S., Deuschle, M., Danker-Hopfe, H., Göder, R., Norra, C., Richter, K., Riemann, D., Schilling, C., Weeß, H. G., Wetter, T. C., Wollenburg, L. M. & Pollmächer, T. (2018). Prävalenz schlafbezogener Atmungsstörungen bei stationären Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 89(7), 807–813.

3. Vorträge

Bundesdirektorenkonferenz Frühjahrstagung 09.05.2019: „Ethik in der Psychiatrie“

Vortrag: Ethikkonsile in der Psychiatrie

DGPPN Kongress 28.11.2019: Symposium „Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie – Grundlagen und Anwendungsdaten“

Vortrag: Klinische Ethikberatung in psychiatrischen Kliniken – eine deutschlandweite Erhebung

DGPPN Kongress 23.11.2022: Präsidenten-Symposium „Ethikberatung in Psychiatrie und Psychotherapie“

Vortrag: Implementierung der Ethikberatung in psychiatrischen Kliniken

1. Beitrag zu den Veröffentlichungen

1.1 Beitrag zu Paper I

Die grundsätzliche Entwicklung der Fragestellung wurde vom Doktorvater initiiert. Die Konzeption des Fragebogens erfolgte in regelmäßiger Absprache mit dem Doktorvater durch die Promovierende. Ebenso wurde die Erstellung des Fragebogens über das Online-Tool von ihr durchgeführt. Die Ansprache der Teilnehmenden über den E-Mail-Verteiler der Bundesdirektorenkonferenz sowie der ackpa wurde, in Absprache mit der Promovierenden, vom Doktorvater übernommen. Die Sammlung, Auswahl und Auswertung der Daten wurden durch die Promovierende ausgeführt. Die Verschriftlichung der Ergebnisse in Form des Papers erfolgte weitestgehend durch die Promovierende. Durch regelmäßige Rücksprachen und Revisionen der Zwischenstände, konnte der Doktorvater seine Hinweise und Anmerkungen mit in die schriftliche Darstellung einfließen lassen. Die Weiterentwicklung des Artikels nach Revisionen wurde von allen Autoren gemeinsam in einem ständigen Prozess des gegenseitigen Austauschs vorangetrieben, aber letztlich fast vollständig durch die Promovierende verschriftlicht.

1.2 Beitrag zu Paper II

Die Entwicklung der Fragestellung wurde gemeinsam von Doktorvater und Promovierenden vorgenommen. Die Konzeption des Untersuchungsdesigns und des Fragebogens erfolgte in regelmäßiger Absprache mit dem Doktorvater durch die Promovierende. Der Doktorvater und die Co-Autoren haben vor Ort bei der Distribution und praktischen Umsetzung der Erhebung unterstützt. Die Dateneingabe und -auswertung erfolgte durch die Promovierende. Die Verschriftlichung der Ergebnisse in Form des Papers wurde weitestgehend durch die Promovierende vorgenommen. Auch in diesem Beitrag konnte der Doktorvater durch regelmäßige, interne Revisionen seine Hinweise, Anmerkungen und Änderungsvorschläge mit einfließen lassen. Die Weiterentwicklung des Artikels nach Revisionen wurde von allen Autoren gemeinsam in einem ständigen Prozess des gegenseitigen Austauschs vorangetrieben und federführend durch die Promovierende verschriftlicht.

2. Einleitung

Die Klinische Ethikberatung in Psychiatrie und Psychotherapie ist ein sehr relevantes und bisher unterbesetztes Forschungsfeld, das unbedingt einer genaueren Betrachtung bedarf.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst eine kurze Übersicht der Ethik und Klinischen Ethikberatung (KEB) in der Medizin gegeben (Kapitel 2.1). Es wird auf die besondere Rolle der Ethikberatung im Bereich der psychiatrischen Patientenversorgung eingegangen sowie grundlegende Modelle Klinischer Ethikberatung dargestellt. Im Folgenden werden übergeordnete und spezifische Fragestellungen auf Basis der vorliegenden Literatur abgeleitet (Kapitel 2.2 und 2.3).

2.1 Theoretische Grundlagen

Die Ethik wird erstmals von Aristoteles als eigenständige Domäne der praktischen Philosophie zugeordnet (Hahmann, 2022). Sprachlich lässt sich der Begriff Ethik auf das griechische Wort Ethos zurückführen. Dies lässt sich zweifach interpretieren. Man kann "ἔθος" sowohl als Sitte, Gewohnheit oder Brauch übersetzen. "ἦθος" lässt sich mit Charakter oder Persönlichkeit umschreiben (Frewer, 1997).

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Worte Ethik und Moral häufig synonym benutzt, beschreiben jedoch unterschiedliche Bereiche. Die Ethik wird als eine wissenschaftliche Disziplin verstanden, die sich mit moralischen Fragen beschäftigt und diese versucht zu beantworten. Somit könnte man Ethik auch als Moralthorie oder -philosophie bezeichnen (Frewer, 1997). Moral hingegen wird definiert als ein Normensystem innerhalb sozialer Gruppen mit dem Anspruch auf Allgemeingültigkeit (Simon & Neitzke, 2008).

Den Unterschied der beiden Begriffe lässt sich mit Musik und Musikwissenschaft veranschaulichen. Ethik wäre hier die Musikwissenschaft, die musikalische Phänomene analysiert und beschreibt. Die Moral könnte als Musik gesehen werden, die ähnlich viele Facetten und Phänomene besitzt. Dabei muss ein guter Musikwissenschaftler ebenso wenig ein guter Musiker sein, wie ein Moralthoretiker ein moralischer Mensch sein muss.

Das Verhältnis von Ethik und Recht in der Medizin ist komplex. Beide Bereiche haben zwar eine gewisse Schnittmenge, sind jedoch keinesfalls identisch. Das Recht gibt einen gewissen Rahmen vor, der als

„ethisches Minimum“ gesehen werden kann. Denn nicht alles, was rechtlich möglich, bzw. nicht verboten ist, ist auch ethisch vertretbar. Andererseits ergeben sich in der Medizin Fragestellungen, die das geltende Recht nicht vollständig beantworten kann (Winau, 1997). Entscheidungen im medizinischen Alltag beruhen zum einen auf gesammeltem Erfahrungs- und Fachwissen und zum anderen, insbesondere in ethisch schwierigen Situationen, auf einer moralischen Reflexion. Entscheidungen, die unter Umständen juristisch, bzw. rechtlich korrekt sind, müssen per Definition nicht immer auch moralisch richtig sein und vice versa. Ethische Konflikte lassen sich anhand verschiedener Blickwinkel strukturieren (Frewer, 1997). Zum einen können sie anhand der Beziehung von Theorie zur Praxis eingeordnet werden. In konkreten, praktischen Situationen, in denen ein direktes Handeln notwendig ist, helfen Regeln oder Maximen (auf juristischer Ebene Gesetze). Die daraus folgenden normativen Prinzipien lassen sich auf der nächsten Ebene zu situationsübergreifenden Leitlinien ausarbeiten. Darauf folgt die höchste Stufe, die eine übergreifende, abstrakte Theorie der Ethik hervorbringt. Moralische Ethik durchläuft fortgehend in beide Richtungen alle Stufen.

Innerhalb der Medizinethik hat sich als verbindendes Element zwischen praktischer Medizin und Ethik das Arbeitsfeld der Klinischen Ethik entwickelt. Methodisch wird in diesem Arbeitsfeld die Ethikberatung zur Beantwortung von ethisch relevanten Fragestellungen der Patientenbehandlung und -versorgung genutzt (Vollmann, Schildmann & Simon 2009). Die Klinische Ethik hat sich aus der Forschungsethik entwickelt. Letztere beschäftigt sich mit der ethischen Vertretbarkeit von Studien, bei denen Menschen als Versuchspersonen in die Forschung einbezogen werden (Neitzke, 2009). In Ethikkommissionen werden Nutzen-Schaden-Entscheidungen getroffen. Davon klar abzugrenzen sind Ethik-Komitees, da diese in den Bereich der Klinischen Ethik fallen. Diese Gremien betrachten Fragestellungen, die sich auf den direkten Umgang mit Patienten beziehen (z.B. Umgang mit Patientenverfügungen oder die Therapiebegrenzung am Lebensende). Die Vorläufer moderner Ethikkomitees bildeten in den 1960er Jahren die sogenannten „Life or Death Committees“ (Leben oder Tod Komitees). Die nur begrenzt zur Verfügung stehenden Dialyseplätze forderten eine begründete Auswahl der Patienten, die für die Behandlung Priorität hatten.

Eine konzeptuelle Basis, auf der man Konflikte klinischer Ethik betrachten kann, sind die medizinethischen Prinzipien, die in einem Grundlagenwerk von Beauchamp und Childress (2001) formuliert wurden. In der Psychiatrie ist neben den Prinzipien des *Nichtschadens* und der *Gerechtigkeit*

der Konflikt zwischen dem Respekt vor der *Autonomie* und der Verpflichtung des Arztes auf das *Wohl der Patienten* von besonderer Bedeutung. In der Psychiatrie zeigt sich diese Problematik besonders deutlich in der Abwägung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen.

Für die Diskussion ethisch relevanter Themen sind strukturelle Instrumente unerlässlich. Denn nur so kann eine fundierte Empfehlung getroffen werden, die alle Aspekte gleichermaßen berücksichtigt. Der Moralthologe Franz Böckle postulierte in seinem Beitrag zum Thema Güterabwägung in der Medizin: „Nur wenn er begründet handelt, ist er frei.“ (Böckle, 1991, S. 3). Daher wurden in den vergangenen Jahren etliche Modelle, Prozesse und Handlungsleitfäden entwickelt, die eine strukturierte ethische Diskussion ermöglichen.

In der praktischen Arbeit der Klinischen Ethikberatung können drei Modelle unterschieden werden (Neitzke, 2009). *Expertenmodelle* zeichnen sich dadurch aus, dass einzelnen Mitgliedern spezifische Aufgabenbereiche zugeteilt werden, für welche sie in besonderem Maße qualifiziert sind. Nach der Anfrage, die an das Gremium gerichtet wurde, berät dieses unter Ausschluss der Anfragenden. Nach der Beratung wird das Ergebnis in Form eines Votums, einer Handlungsempfehlung oder einer Entscheidung dargestellt. Diese Methode ist weit verbreitet. So arbeiten beispielsweise die Ethikkommissionen, welche über medizinische Forschungsprojekte entscheiden nach dieser Methode (Boldt, 2008). Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist das hohe Maß an Handlungsfähigkeit. Dagegen steht jedoch der Nachteil, dass die von der Entscheidung Betroffenen nicht an der Findung der selbigen partizipieren. Dadurch können für die Lösung des ethischen Konflikts entscheidende Informationen fehlen. Bedingt durch diese Intransparenz wird den Anfragenden die Möglichkeit genommen, für zukünftige, ähnliche Fragestellungen oder Konflikte zu lernen und die Kompetenzen zu erweitern. Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit dieser Intransparenz ist die Veränderungs- und Umsetzungsmotivation. Ohne das Wissen um das Zustandekommen der Empfehlung wird diese nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit auch umgesetzt.

Als zweite Vorgehensweise können die sogenannten *Delegationsmodelle* genannt werden. Hierbei wird der Kritikpunkt der Expertenmodelle aufgegriffen: die mangelnde Einbindung der Ratsuchenden wird durch einen Delegierten, also einer ausgewählten Person aus der Gruppe der Anfragenden, vermindert. Diese kann die möglicherweise während der Beratung auftretenden Fragen oder Unklarheiten aus der Betroffenenpersicht aufklären. Durch die Anwesenheit wird die Transparenz im Gegensatz zu den

Expertenmodellen erhöht. Dennoch können nicht alle Beteiligten einbezogen werden, was gleichwohl einen Informationsverlust bedeutet. Unerfahrene Delegierte bringen ihre eigenen Wertvorstellungen ungefiltert in den ethischen Diskurs ein. Dies könnte das Ergebnis der Beratung beeinflussen.

Bei *Prozessmodellen* wird der Ablauf umgekehrt strukturiert: nicht der Fall, bzw. die Ratsuchenden kommen zum Ethikkomitee, sondern ein Ethikberater kommt auf die Station des ethischen Konflikts. So können alle Beteiligten an der Entscheidungsfindung partizipieren und es können alle möglichen Alternativen und Perspektiven einbezogen werden. In der Umsetzung werden die getroffenen Entscheidungen auf eine größere Umsetzungsbereitschaft treffen, da alle Betroffenen aktiv an der Entscheidung beteiligt wurden. Die ethische und moralische Kompetenz der Mitarbeiter wird gestärkt und so können sie in zukünftigen Situationen auf ihr Wissen zurückgreifen.

Andere Vorgehensweisen ohne feste Strukturen lassen sich unter dem Begriff *Offene Modelle* zusammenfassen. Diese beinhalten beispielsweise Ethik-Arbeitskreise, -Foren, -Cafés, Runde Tische oder Fallbezogene Stationsrunden.

2.2 Makroperspektive: Status Quo an deutschen psychiatrischen Kliniken

Jedes medizinische Feld stellt eigene, spezifische Anforderungen an die Ethik. In der Psychiatrie werden Behandler und Angehörige mit Situationen konfrontiert, die eine akute Gefahr für die/den PatientIn selbst oder Dritte darstellen. Zwangsmaßnahmen sind fester Bestandteil des beruflichen Alltags medizinischen Personals in psychiatrischen Kliniken.

Für diese Eingriffe in die Selbstbestimmungsrechte der PatientInnen gibt es zwar einen rechtlichen Rahmen, jedoch geraten BehandlerInnen im Arbeitsalltag häufig in ein ethisches Dilemma. Auf der einen Seite steht das Grundrecht eines jeden, sich frei für eine Behandlung, sich aber auch ebenso frei gegen diese zu entscheiden. Auf der anderen Seite stehen ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegende mit einem Auftrag zur Heilung im Interesse der PatientInnen und der Gefahrenabwehr für Dritte.

Es sollte erwartet werden, dass sich die besondere Relevanz ethischer Unterstützung in der Psychiatrie auch in dem Vorhandensein Klinischer Ethikberatung widerspiegelt. Bei der Literaturrecherche zeigte sich jedoch, dass deutschlandweite Erhebungen fehlten. Daher wurde eine Studie konzipiert, die die Verbreitung und den Entwicklungsstand der Klinischen Ethikberatung an deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie abbildet. Bei der Erhebung sollte nicht lediglich das einfache

Vorhandensein von KEB abgefragt werden, sondern genaue Daten über den Entwicklungsstand ethischer Strukturen erfasst werden. Dazu gehörten Fragen zur verwendeten Methode, Zusammensetzung des Teams, Häufigkeit, Wartezeit etc.

Wünschenswert wäre, dass sich die positiven Effekte von KEB in Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, mehr Sicherheit in Bezug auf Patientenverfügungen oder eine grundsätzlich gesteigerte ethische Sensibilität für ethische Fragestellungen zeigen würde (Gather et al., 2018).

2.3 Mikroperspektive: Wissenschaftliche Begleitung einer Implementierung

Die Vorteile Ethischer Fallbesprechungen liegen klar auf der Hand: Verbesserung der Patientenversorgung, Wahrung der Patientenrechte, Reduktion von unnötigen, ungewollten oder überflüssigen Behandlungen, Steigerung der Arbeitszufriedenheit des medizinisch-pflegerischen Personals sowie die Förderung von verantwortungsvollem Handeln und Verfahrensweisen im klinischen Umfeld (Tulsky & Fox, 1996).

Doch warum konnten in der zuvor durchgeführten makroperspektivischen Studie nur bei etwas mehr als der Hälfte der deutschen Psychiatrien ethische Beratungsstrukturen gefunden werden? Um Hinweise auf die Beantwortung dieser Frage zu generieren, wurde in der zweiten vorliegenden Studie die Implementierung einer klinischen Ethikberatung mikroperspektivisch an einer deutschen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie begleitet. Bei der Konzeption des Untersuchungsdesigns standen die Generierung und Sammlung von Informationen, die einen solchen Einführungsprozess begleiten, im Vordergrund. Außerdem wurde die Wirkungsweise der Faktoren der Implementierung auf den Prozess untersucht und Herausforderungen strukturiert zusammengetragen. Welche Faktoren in der Implementierung wirken sich positiv auf den Prozess aus, welche Hürden gilt es zu beachten?

Bisherige Studien, die Klinische Ethikberatungen evaluieren, haben sich auf vielfältige Aspekte konzentriert. So können strukturelle (z.B. beteiligte Berufsgruppen) oder prozedurale (z.B. Beteiligung von Patienten oder Angehörigen) Aspekte sowie die Effektivität der Beratung in den Fokus genommen werden (Schildmann, 2009). Als Gründe für die Evaluation Klinischer Ethikberatungen werden in der vorliegenden Literatur Aspekte genannt, die sich meist in drei Gruppen aufteilen lassen. Zum einen bringen Evaluationsstudien Transparenz in den ethischen Kontext. Sie bieten die Möglichkeit für die Mitglieder der Komitees, Rechenschaft über ihre Arbeit abzulegen. Die zweite Gruppe der Argumente

hängt eng mit diesem Aspekt zusammen: diese Studien machen eine Qualitätskontrolle möglich und können so Verbesserungen ermöglichen. Zuletzt stoßen Beurteilungsstudien auch Prozesse in Gang, die das eigene bisherige Handeln und die Verfahrensweisen kritisch in Frage stellen und so Veränderungen ermöglichen (Schildmann, 2009).

3. Zusammenfassung

In der vorliegenden Dissertation wird die Klinische Ethikberatung in Psychiatrie und Psychotherapie sowohl aus einer mikro- als auch aus einer makroperspektivischen Perspektive betrachtet.

Zunächst wurde aus der bereits vorliegenden Forschungsliteratur die Notwendigkeit der Erhebung eines deutschlandweiten Status Quo abgeleitet. Zu diesem Zweck wird in der ersten, makroperspektivischen Veröffentlichung die Verbreitung und der Entwicklungsstand der Klinischen Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie empirisch erhoben und eingeordnet. Mithilfe einer quantitativen Querschnittsbefragung in psychiatrischen Kliniken werden Daten zum grundsätzlichen Bestehen ethischer Strukturen und ggfs. deren Charakteristika generiert. Nach sowohl deskriptiver als auch inferenzstatistischer Auswertung kann gezeigt werden, dass in mehr als der Hälfte der befragten Kliniken Klinische Ethikberatung angeboten wird. Bei einem Drittel ist das Themenfeld bisher noch nicht thematisiert worden, oder wird sogar grundsätzlich abgelehnt. Die übrigen Kliniken befinden sich noch in der Aufbauphase. Hinsichtlich der Methodik, Zusammensetzung des Teams, Häufigkeit und Wartezeit, dem konkreten klinikinternen Prozess von Anfrage bis Durchführung sowie dem Bestehen von verpflichtenden Konsilen können deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken festgestellt werden. Daraus wird sowohl die Forderung nach einer grundsätzlichen quantitativen Zunahme als auch nach qualitativer Verbesserung abgeleitet.

Um den konkreten Ablauf der Implementierung ethischer Strukturen verstehen zu können, wird in der zweiten Publikation eine mikroperspektivische Perspektive eingenommen. Es wird die Einführung der Klinischen Ethikberatung an einer deutschen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wissenschaftlich begleitet. Den empirischen Ausgangspunkt bilden Mitarbeiterbefragungen, die zu zwei Zeitpunkten vor und nach der Einführung durchgeführt werden. Die statistische Auswertung zeigt, dass die eigene Teilnahme an einer Ethikberatung deren Bewertung signifikant positiv beeinflusst. Besonders bei Zwangsmaßnahmen kann eine deutliche Zunahme der Befürwortung der Fallbesprechung gefunden werden. Die Ergebnisse betonen die Relevanz der aktiven Integration und Partizipation der Mitarbeitenden in und an Ethikberatungen.

4. Abstract

In this dissertation, clinical ethics consultation in psychiatry and psychotherapy is examined from both, a macro- and a micro -perspective.

First, the need to survey a Germany-wide status quo was derived from the existing research literature. To this end, the first, macro-perspective publication empirically surveys and classifies the prevalence and developmental status of clinical ethics consultation in German hospitals for psychiatry and psychotherapy. With the help of a quantitative cross-sectional survey in psychiatric clinics, data on the prevalence of ethical structures and, if applicable, their characteristics were generated. After both descriptive and inferential statistical evaluation, it can be shown that clinical ethics consultation is offered in more than half of the hospitals surveyed. In one third of the clinics, the topic has not yet been addressed or is even rejected in principle. The remaining clinics are still in the development phase. With regard to the methodology, composition of the team, frequency and waiting time, the concrete internal hospital process from inquiry to implementation, as well as the existence of obligatory consults, clear differences between the hospitals can be determined. From this, the demand for a fundamental quantitative increase as well as for qualitative improvement is derived.

In order to be able to understand the concrete process of implementing ethical structures, a micro-perspective is adopted in the second publication. Starting clinical ethics consultation at a German hospital for psychiatry and psychotherapy is scientifically accompanied. The empirical starting point is formed by employee surveys conducted at two points in time before and after the introduction. The statistical evaluation shows that the own participation in an ethics consultation influences its evaluation significantly positively. Especially in the case of coercive measures, a significant increase in the endorsement of case consultation can be found. The results emphasize the relevance of the active integration and participation of employees in and at ethics consultations.

5. Paper I

Originalarbeit

Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

The State of Application of Clinical Ethics Consultation in German
Psychiatric Hospitals

Erschienen 2020 in: *Psychiatrische Praxis*, 47(08), 446–451.

Lisa Marie Wollenburg¹, Sylvia Claus², Christian Kieser³, Thomas Pollmächer¹

1 Zentrum für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt

2 Pfalzkrankenhaus Klingenmünster

3 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam

6. Paper II

Originalarbeit

Die Implementierung klinischer Ethikberatung an einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

The Implementation of Clinical Ethics Consultation at a hospital for
psychiatry and psychotherapy.

Erschienen e-First 2022 (DOI: 10.1055/a-1875-3501)

Geplante Print-Veröffentlichung: 2023

Lisa Marie Wollenburg¹, Andreas Sarropoulos^{2,3}, Felizitas Schweitzer^{1,3}, Thomas Pollmächer*¹

¹ Zentrum für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt

² Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie, Klinikum Ingolstadt

³ Klinische Ethikberatung, Klinikum Ingolstadt

7. Literaturverzeichnis

Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Böckle, F. (1991). Güterabwägung — eine ethische Herausforderung. In H. Sass, H. Viefhues (Hrsg.), *Güterabwägung in der Medizin* (S.3-4). Heidelberg: Springer.

Boldt, J. (2008). Klinische Ethikberatung: Expertenwissen oder Moderationskompetenz? Thesen und Erfahrungen aus der Freiburger Praxis. In D. Groß, A. May, A. Simon (Hrsg.), *Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken* (S. 81-90). Münster: LIT Verlag.

Frewer, A. (1997). Ethik und Moral in der Medizin - Grundlagen und Grundmodelle ärztlichen Handelns. In D.V. Engelhardt (Hrsg.), *Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin* (S.63-86). Erlangen: Palm & Enke.

Gather, J., Kaufmann, S., Otte, I., Juckel, G., Schildmann, J. & Vollmann, J. (2018). Entwicklungsstand von klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 46(02), 90–96.

Hahmann, A. (2022). *Aristoteles' »Nikomachische Ethik«: Ein systematischer Kommentar*. Ditzingen: Reclam Verlag.

Neitzke, G. (2009). Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung. In J. Vollmann, J. Schildmann, A. Simon (Hrsg.), *Klinische Ethik - Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S.37-70). Frankfurt: Campus.

Schildmann, J. & Vollmann, J. (2009). Evaluation Klinischer Ethikberatung: eine systematische Übersichtsarbeit . In J. Vollmann, J. Schildmann, A. Simon (Hrsg.), *Klinische Ethik - Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S.71-86). Frankfurt: Campus.

Simon, A. & Neitzke, G. (2008). Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In A. Dörries, G. Neitzke, A. Simon & J. Vollman (Hrsg.), *Klinische Ethikberatung: ein Praxisbuch* (S.22-38). Stuttgart: Kohlhammer.

Tulsky, J. A., & Fox, E. (1996). Evaluating ethics consultation: framing the questions. *Journal of Clinical Ethics*, 7(2), 109-115.

Vollmann, J., Schildmann, J. & Simon, A. (2009). Klinische Ethik: eine programmatische Einleitung. In J. Vollmann, J. Schildmann, A. Simon (Hrsg.), *Klinische Ethik - Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S.9-14). Frankfurt: Campus

Winau, R. (1997). Zur historischen Entwicklung der Ethik in der Medizin - Prinzipien, Theorien, Methoden. In D.V. Engelhardt (Hrsg.), *Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin* (S.37-62). Erlangen: Palm & Enke.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Pollmächer für die engagierte Betreuung und die enorme Unterstützung bei der Durchführung und Umsetzung der gesamten Arbeit.

Meinen Eltern danke ich für ihre Ermutigungen und Zusprüche während der Arbeit an dieser Dissertation.

Der größte Dank gilt meinem Mann Johannes, der mir immer wieder den nötigen Schubs für den nächsten Schritt, die nächste Seite, oder das nächste Kapitel gegeben hat. Es waren viele kleine nächste Schritte, von denen mich jeder ein kleines Stück näher an mein Ziel gebracht hat. Ich weiß Dich und Deine Unterstützung sehr zu schätzen. Danke.