

Ethikberatung im Gesundheitswesen

Ein Handlungsfeld für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit!



Johannes Petereit

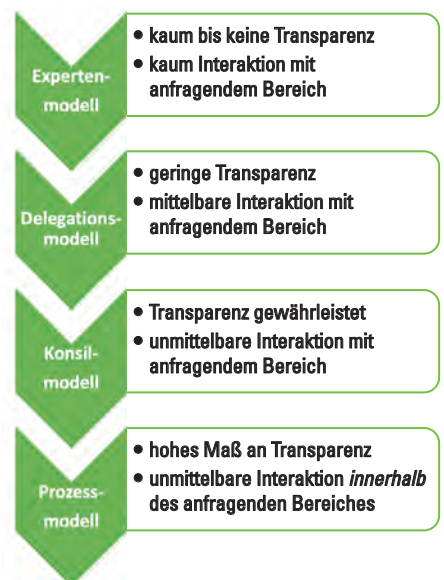
Die Auseinandersetzung mit (medizin-)ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Fortschritte in Medizin und Technik ermöglichen stetig neue und komplexere Behandlungsmöglichkeiten. Parallel zu dieser Entwicklung ist in unserer Gesellschaft eine Pluralisierung von Werten, Normen und Lebensentwürfen festzustellen. Patient*innen, Zugehörige und das Behandlungsteam sind in ihren Bewertungs- und Entscheidungsprozessen enorm gefordert, mitunter überfordert, das Richtige und Gute zu erkennen und zu tun. Hier setzt Ethikberatung im Gesundheitswesen mit ihren verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten an. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit ihrer berufsethischen, handlungstheoretischen und handlungspraktischen Fundierung ist geradezu prädestiniert für eine qualifizierte Ethikberatung, hat diesem Handlungsfeld trotz hoher Praxisrelevanz und offensichtlicher Zuständigkeit als Disziplin und Profession jedoch bisher wenig Beachtung geschenkt.

Ausgehend von der moralischen Fragestellung, was richtiges und gutes Handeln ausmacht, soll Ethik die Reflexion moralischer und normativer Grundlagen unseres Zusammenlebens ermöglichen und fördern (vgl. Lob-Hüdepohl 2017, S. 259). Ethikberatung im Gesundheitswesen vermittelt handlungsrelevante Informationen, bietet Orientierung und leistet konkrete Hilfestellungen in der Auseinandersetzung mit moralisch schwierigen bis konflikthafter Situationen in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. May 2012, S. 67f.; Neitzke 2016, S. 23). Insbesondere im Krankenhaussektor, aber auch in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten unterschiedliche Formen und Modelle der Ethikberatung in Deutschland herausgebildet. Vor allem die 1986 gegründete Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) als Fachgesellschaft trieb die Standardisierung und Professionalisierung der Ethikberatung in Deutschland entscheidend voran (vgl. AEM 2010; AEM 2019). Zu den institutionalisierten Formen der

Ethikberatung zählen vor allem das Klinische Ethikkomitee (KEK) und die Ethik-Fallberatung.

Inhaltlich-methodisch wird Ethikberatung auf der Grundlage eines Experten-, Delegations-, Konsil- und/oder Prozessmodells realisiert und beruht auf Freiwilligkeit (vgl. May 2012, S. 70). Abbildung 1 verdeutlicht den Grad an Transparenz und unmittelbarer Interaktion innerhalb der einzelnen Beratungsmodelle. Während das Expertenmodell die Auseinandersetzung mit der eingebrachten moralischen Fragestellung innerhalb des KEK ohne Einbeziehung der ratsuchenden Person vorsieht, diskutiert das KEK im Rahmen des Delegationsmodells die moralische Fragestellung mit einer Vertretungsperson des anfragenden Bereichs. Wenn der anfragende Bereich durch eine vom KEK beauftragten Einzelperson vor Ort beraten und unterstützt wird, handelt es sich um das Konsilmodell (ebd.). Das Prozessmodell zeichnet sich durch ein hohes Maß an Transparenz, unmittelbarer Interaktion und durch mehrperspektivi-

Abbildung 1: Modelle der Ethikberatung im Gesundheitswesen (Quelle: May 2012, S. 70)

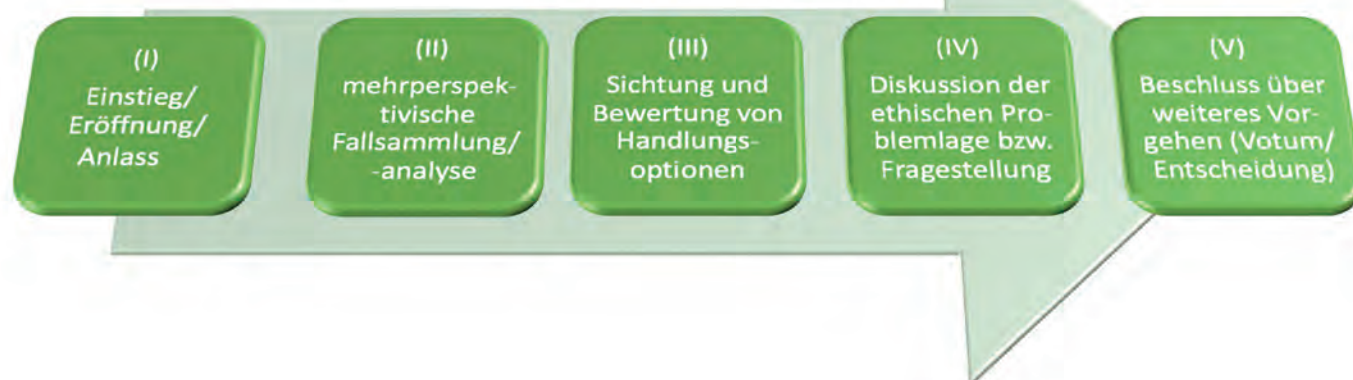


sche Lösungsorientierung aus, weil in der Regel mehrere Personen des KEK gemeinsam mit dem anfragenden Bereich den gesamten Beratungsprozess durchführen (ebd.).

Zu einem bekannten und ausdifferenzierten Instrument der Ethikbera-

Abbildung 2: Ablauf einer ethischen Fallbesprechung in Anlehnung an das Nimwegener Modell

(Quelle: Steinkamp 2017, S. 4)



zung im Gesundheitswesen zählt die Ethik-Fallberatung als „Sortierhilfe für die vielfältigen und oft divergierenden Einschätzungen, Bewertungen, Haltungen und Präferenzen der an der Behandlung Beteiligten“ (Neitzke 2016, S. 26).

Die Anlässe für eine Ethik-Fallberatung können sehr unterschiedlich sein: fragliche Übereinstimmung der in einer Patient*innenverfügung beschriebenen Situation mit dem aktuellen Behandlungskontext, Sterbewünsche von Patient*innen oder freiheitseinschränkende Maßnahmen. Im Rahmen eines strukturierten und moderierten Gespräches sollen unterschiedliche Perspektiven der Beteiligten zu einer konkreten (medizin-ethischen Problemlage mit dem Ziel analysiert und reflektiert werden, einen begründeten Beitrag zur Entscheidungsfindung im Sinne einer „Annäherung an gutes Handeln im entsprechenden Kontext“ (Steinkamp 2017, S. 5) zu leisten. Dieser kommunikativ-reflexive Entscheidungsfindungsprozess ersetzt am Ende allerdings nicht die ärztliche Entscheidungsverantwortung (vgl. Neitzke 2016, S. 31).

Die prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer und die Nimwegener Methode nach Steinkamp und Gordijn gehören zu den am häufigsten angewandten Modellen der Ethik-Fallberatung (vgl. Stets 2021, S. 22). Wie fast alle Gesprächsleitfäden fußen auch diese beiden Ansätze auf den vier von Beauchamp und Childress (2013) beschriebenen biomed-

zinischen Prinzipien Respekt vor der Patient*innenautonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit, welche die medizin-ethische Debatte in den letzten Jahrzehnten maßgeblich beeinflusst haben (vgl. Marckmann 2000, S. 74). Abbildung 2 zeigt einen idealtypischen Ablauf einer Ethik-Fallberatung.

Neben der Auseinandersetzung mit konkreten individuellethischen Problemlagen gehört zum Handlungsfeld Ethikberatung auch die Entwicklung von Entscheidungs- und Interpretationshilfen (Ethik-Leitlinien) sowie die Verbreitung praxisrelevanter medizin- und pflegeethischer Wissensbestände durch Ethik-Fortbildungen (vgl. May 2012, S. 66–69; Neitzke 2016, S. 25f.).

Von einer qualifizierten und nachhaltig institutionalisierten Ethikberatung profitieren nicht nur die Adressat*innen der Ethikberatung, sondern auch die Mitarbeiter*innen in der Institution sowie die Institution selbst. Ethikberatung trägt nicht nur zur Entlastung bei allen Beteiligten bei, sondern kann zur Erhöhung der Mitarbeiter*innen-zufriedenheit durch Förderung der Team- und Gesprächskultur innerhalb interprofessioneller Handlungszusammenhänge führen, die letztlich den Patient*innen wieder zugute kommt (vgl. Neitzke 2016, S. 31; Steinkamp 2017, S. 17). Insgesamt leistet Ethikberatung einen bedeutsamen „Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (May 2012, S. 73).

Anforderungen und Merkmale qualifizierter Ethikberatung

Im „Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen“ der AEM (2019) werden neben formalen Aspekten der Ausbildung inhaltlich-methodische Anforderungen an Ethikberater*innen auf drei Kompetenzstufen beschrieben, die seit 2014 eine freiwillige Zertifizierung durch die AEM ermöglichen:

- K1: Ethikberater*in im Gesundheitswesen
- K2: Koordinator*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen
- K3: Trainer*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen

Für die Kompetenzstufe K1 sind im Curriculum kompetenzbasierte Lernziele definiert. Formal gliedert sich die Ausbildung in einen Grundkurs (30 Lehreinheiten) und einen Moderationskurs (15 Lehreinheiten), an die eine begleitete Praxisphase anschließt. Zentrales Ziel der K1-Ausbildung ist die eigenständige und eigenverantwortliche Durchführung von Ethik-Fallberatungen, wohingegen die K2-Ausbildung zur Wahrnehmung von Leitungsaufgaben im Handlungsfeld Ethikberatung befähigen soll.

Die Kompetenzstufe K3 ermöglicht die Qualifizierung zur/zum Trainer*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Ethikberater*innen der Kompetenzstufe K1 verfügen über grundlegendes Wissen und Können in den Bereichen Ethik, Organisation, Beratung und Moderation von Ethik-Fallberatungen.

Neitzke (vgl. 2016, S. 27) weist darauf hin, dass in einer Ethik-Fallberatung je nach Einzelfall nicht nur Moderationskompetenz im Sinne von Prozessverantwortung, sondern auch Beratungskompetenz im Sinne gleichberechtigter Ergebnisverantwortung gefragt sein könnte und empfiehlt daher, dass an einer Ethik-Fallberatung möglichst drei Ethikberater*innen teilnehmen sollten, um die Aufgaben der neutralen Gesprächsleitung, konstruktiven Diskussionsteilnahme und hinreichenden Protokollierung arbeitsteilig wahrnehmen zu können. Stets (2021) spricht sich aufgrund nicht immer eindeutiger und vielschichtiger moralischer Problemlagen in Behandlungskontexten für einen niedrighwelligen Zugang bei der Inanspruchnahme einer Ethik-Fallberatung aus. Darüber hinaus wirbt er für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung. Die Qualität „muss sich an den Kriterien der Detailtiefe und Sorgfalt bei der Berücksichtigung einer mehrdimensionalen Problemlage und den persönlichen inneren und äußeren Faktoren aller agierenden Personen messen lassen“ (Stets 2021, S. 23).

Rolle der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der Ethikberatung

Ausgangspunkt der Institutionalisierung von Ethikberatung im Gesundheitswesen bildet die vom Deutschen Evangelischen und Katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V. (1997) gemeinsam verfasste Empfehlung zur Ansiedelung von Ethikkomitees an Krankenhäusern. Darin ist klar die Einbeziehung von Vertreter*innen des Sozialdienstes in das interprofessionell und hierarchieübergreifend arbeitende Gremium vorgesehen. Aber welchen spezifischen Beitrag soll Soziale Arbeit leisten? Wie lassen sich die Aufgabe und auch die Zuständigkeit gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit im Handlungsfeld Ethikberatung im Gesundheitswesen begründen?

Zunächst empfiehlt es sich, die Anzahl ausgebildeter und zertifizierter Ethikberater*innen in den Blick zu nehmen. Zwischen 2014 und 2020 sei-

Tabelle 1: beruflicher Hintergrund von Ethikberater*innen der Kompetenzstufe 1 (Quelle: AEM 2021)

Bereich	Anzahl der Nennungen	in Prozent
Medizin	523	35,7 %
Pflege	378	25,8 %
Seelsorge	180	12,3 %
Psychosozialer Bereich	165	11,3 %
Ethik	263	17,9 %
Recht	17	1,2 %
Sonstiges	276	18,8 %

en nach Auskunft der AEM insgesamt 1466 Anträge auf eine Zertifizierung in der Kompetenzstufe 1 (Ethikberater*in im Gesundheitswesen) gestellt worden. Davon gaben lediglich 165 Personen (11,3%) an, schwerpunktmäßig im Psychosozialen Bereich zu arbeiten, wobei die Möglichkeit von Mehrfachnennungen keine eindeutige Zuordnung zu einem Berufsprofil zulassen. Die AEM plane nach eigener Auskunft für 2021 eine Umfrage, die weitere Ergebnisse liefern dürfte. Die Angaben in Tabelle 1 verdeutlichen, dass der medizinisch-pflegerische Bereich mit insgesamt 61,5% am stärksten in der Kompetenzstufe 1 vertreten ist, gefolgt von den Bereichen Ethik und Seelsorge. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als vermutlich zum Psychosozialen Bereich zugehörige Profession macht nur einen geringen Anteil an zertifizierten Ethikberater*innen im Gesundheitswesen aus.

Auch in den einschlägigen Publikationen zum Thema Ethikberatung fällt eine bemerkenswerte Zurückhaltung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit auf. Sie kommt praktisch nicht vor. Es wird anderen Professionen überlassen, Ethikberatung in ihren inhaltlichen und formalen Dimensionen allein zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Steinkamp (2017) stellt sogar Überlegungen zur Übertragbarkeit der Ethik-Fallberatung aus dem klinischen Kontext in sozialprofessionelle Tätigkeitsfelder an, ohne dabei die Aufgabe, Zuständigkeit und Expertise der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im klinischen Kontext für Ethikberatung in den Blick zu nehmen. Die

Aufgabe, Zuständigkeit und Expertise gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit im Feld Ethikberatung im Gesundheitswesen lässt sich aus drei Begründungszusammenhängen herleiten, die verdeutlichen, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen mit einer Ausbildung in der Kompetenzstufe 1 geradezu prädestiniert sind, eine qualifizierte Ethikberatung zu leisten. Dies gilt insbesondere für den Bereich Palliative Care (vgl. Peterreit 2019, S. 245).

Berufsethischer Begründungszusammenhang

Wie jede Berufsgruppe, die mit und für Menschen und deren Wohlergehen arbeitet, bedarf auch die Soziale Arbeit eines moralisch-ethischen Fundamentes für ihr professionelles Denken und Handeln. Achtung vor der Autonomie eines*r Jeden, Gerechtigkeit und Solidarität bilden drei ethische Grundprinzipien, die „auch für die E{thik} Sozialer Arbeit Allgemeingültigkeit beanspruchen dürfen“ (Lob-Hüdepohl 2017, S. 259). Diese Grundprinzipien bilden die Basis der ausdifferenzierten berufsethischen Prinzipien des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e. V. (DBSH), die auf eine lange Tradition zurückblicken können: „Die Berufsethik ist das Herzstück der Profession der Sozialen Arbeit (DBSH 2014, S. 5).“ Die berufsethischen Prinzipien des DBSH bieten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit nicht nur Handlungsorientierung und -vergewisserung im konkreten Praxisfeld, sondern liefern ihr auch einen beachtenswerten Diskussionsbeitrag in der fachlichen Auseinander-

setzung mit anderen Akteur*innen der Ethikberatung im Gesundheitswesen. Hierbei scheinen insbesondere diejenigen Prinzipien im Gesundheitswesen fruchtbar zu sein, die das (sozial-) professionelle Handeln konsequent an den individuellen Zielen, Rechten, Gütern und Werten der Menschen ausrichten, um deren Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen, zu fördern und zu unterstützen. Zudem wird zur Mitwirkung am sozialen Wandel aufgerufen (DBSH 2014, S. 33f.) Staub-Bernasconi (1995) definiert Soziale Arbeit selbstbewusst als Menschenrechtsprofession und legte bereits in den 1990er-Jahren ein entsprechendes Theoriekonzept vor.

Handlungstheoretischer Begründungszusammenhang

Innerhalb der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft sind für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Theoriekategorien von Relevanz, die den Gegenstand Sozialer Arbeit im Zusammenhang mit der Lebenslage, -bewältigung und -führung sowie Befähigung von Menschen in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen und natürlichen Umwelt erklären und be-

gründen (vgl. Lambers 2016, S. 222f.). Neben diesen Theoriekategorien prägt das biopsychosoziale Konzept von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung der WHO (2001) das professionelle Denken und Handeln im Gesundheitssystem. Sommerfeld hat diese Strömungen aufgegriffen und für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit seinem Ansatz der „Integration und Lebensführung“ ein eigenständiges Theoriemodell entworfen (vgl. Sommerfeld 2019, S. 28–40). Im Mittelpunkt steht dabei das sich selbst organisierende Lebensführungssystem von Menschen, die als eigenständige Subjekte (biopsychisch) in komplexer Wechselwirkung mit unterschiedlichen sozialen Systemen (sozial, soziokulturell) ihr Leben bewältigen. Eine gravierende Erkrankung fordert das Lebensführungssystem mehr oder weniger heraus (ebd., S. 35). Die mehrdimensionale Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit besteht nach diesem Modell darin, Menschen bei ihrer Lebensbewältigung zu helfen, sie zu begleiten und zu fördern, sie weiterhin bei der Erhaltung und/oder Neuausrichtung ihres Lebensführungssystems zu unterstützen sowie gleichzeitig das Lebensführungssystem zu aktivieren und/oder neue Potenziale zu erschlie-

ßen. Dafür steht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit mit dem Case Management, der psychosozialen Beratung sowie der Netzwerkarbeit eine methodische Grundausstattung zur Verfügung (ebd., S. 37). Schütte-Bäumner zählt zu den zentralen Methoden der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit auch das Coaching als Form der psychosozialen Begleitung und die Projektentwicklung (vgl. Schütte-Bäumner 2019, S. 67–70). Widulle ergänzt den Methodenkatalog der Sozialen Arbeit um den zentralen Begriff der Gesprächsführung als „Querschnitts- und Universalmethode im Rahmen zielorientierter Problemlöse-, Hilfe- und Kooperationsprozesse der Sozialen Arbeit (Widulle 2020, S. 16).“ Neben der klassischen Beratung gehören auch andere Ansätze zur sozialkommunikativen Gestalt methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit (ebd., S. 10).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann aus handlungstheoretischer Sicht wesentlich dazu beitragen, qualifizierte Ethikberatung als mehrperspektivisches und interprofessionelles Kommunikationsgeschehen zu gestalten und weiterzuentwickeln, sodass bei der Bearbeitung (medizin-) ethischer Problemlagen alle biopsychischen Aspekte in ihrer komplexen

Literatur

Die Literaturliste ist verfügbar unter:
www.dvsg.org (Publikationen – FORUM sozialarbeit + gesundheit)

Bild: macrovector, adobe stock



Wechselwirkung mit sozialen und soziokulturellen Dimensionen Beachtung finden.

Handlungspraktischer Begründungszusammenhang

Handlungspraxis soll hier als konkretes professionelles Handeln der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit verstanden werden. Das schließt auch das Studium der Sozialen Arbeit als Vorbereitung auf die Praxis ein.

Die Ausführungen zum berufsethischen und handlungstheoretischen Begründungszusammenhang ebnen den Weg für den handlungspraktischen Begründungszusammenhang: „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich an einem biopsychosozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung und an den berufsethischen Prinzipien des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) und IFSW (International Federation of Social Work)“ (DVSG 2015, S. 7).

Mit dem Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA hat die DVSG (2015) einen nach unterschiedlichen akademischen Ausbildungsgraden differenzierten Kompetenzkatalog vorgelegt. Nach dem QGSA zeichnen sich ausgebildete Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit durch ihr transdisziplinäres Grundverständnis aus und agieren gleichberechtigt und mitbestimmend neben anderen Professionen im Gesundheitssystem. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind anders als monodisziplinär ausgebildete Fachkräfte in der Lage, Wissensbestände aus den Gesellschafts-, Human-, Natur- und Rechtswissenschaften für die Bearbeitung individueller und mehrdimensionaler Fall- und Situationskontexte integrativ aufzugreifen und lösungsorientiert zu nutzen (vgl. Dettmers 2019, S. 22). Neben dem transdisziplinären Ansatz erwähnt Dettmers noch Navigationskompetenz im Gesundheitswesen als besonderes handlungspraktisches Merkmal der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (ebd., S. 23). Aber auch das breite Erfahrungswissen sowie die intra- und

interprofessionelle Vernetzungsdichte der Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kennzeichnen ihre handlungspraktische Kompetenz.

Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gehören nicht zu den rechtlich verankerten Gesundheitsberufen (vgl. Igl 2017). Die fehlende rechtliche Verankerung als Gesundheitsberuf kann durchaus als Chance betrachtet werden: „Eine transdisziplinäre Soziale Arbeit ist ein horizontaler und vertikaler Moderator zwischen Theorie und Praxis, den wissenschaftlichen Disziplinen und der sozialen Welt der Arbeitsfelder Sozialer Arbeit“ (Müller 2008, S. 16). Müller vertritt daher ein vielsprachiges (polyglottes) Kommunikationskonzept, das Soziale Arbeit aufgrund ihrer vielfältigen professionellen Kommunikationen in der Praxis benötige, wenn sie ihre gesellschaftliche Funktion der Hilfe erfüllen wolle (ebd., S. 11f.).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann eine qualifizierte Ethikberatung im Gesundheitswesen leisten und konzeptionell weiterentwickeln

Laut Dörries (2017) sind große Qualitätsunterschiede der Ethik-Fallberatung an Krankenhäusern zu beobachten. Sie empfiehlt daher, deren Entscheidungs- und Moderationsverläufe sowie formale Aspekte qualitativ zu evaluieren, um Fortbildungsbedarfe zu identifizieren und alternative Formate der Ethik-Fallberatung zu entwickeln. Ergänzend ist auch die Entwicklung von Parametern für die fachlich-methodische Eignung von Ethikberater*innen im Gesundheitswesen sinnvoll. Hier sollte gesundheitsbezogene Soziale Arbeit stärker in den Fokus der (medizin-)ethischen Fachöffentlichkeit rücken, denn sie verfügt über eine umfangreiche berufsethische, handlungstheoretische und -praktische Expertise, um eine qualifizierte Ethikberatung im Gesundheitswesen zu leisten und konzeptionell weiterzuentwickeln. Eine wesentliche Voraussetzung für die Wahrnehmung der unterschiedlichen Aufgaben als Ethikberater*in im Gesundheitswesen bildet auch für Fachkräfte der Sozialen Arbeit die zertifizierte K1-Ausbildung.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sollte sich zur Gewährleistung einer ganzheitlich ausgerichteten Patient*innenversorgung auch im Handlungsfeld Ethikberatung selbstbewusst positionieren und fachlichen Vereinigungs- und Verdrängungstendenzen kompetent entgegenzutreten (vgl. DVSG 2020). Daher schließen die Ausführungen mit sechs Empfehlungen, die für eine gegenseitige Durchdringung der Ethikberatung im Gesundheitswesen mit der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit plädieren:

1. Kommunikation der Zuständigkeit und Geeignetheit der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit für das Handlungsfeld Ethikberatung im Gesundheitswesen in Theorie, Praxis und Lehre
2. Wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Ethikberatung im Gesundheitswesen als möglicher interdisziplinärer Gegenstand der Medizinethik und der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit
3. Herstellung eines wertschätzenden und konstruktiven Dialogs zwischen den beiden Fachgesellschaften DVSG und AEM
4. Motivation von Fachkräften der Sozialen Arbeit zur Wahrnehmung von Aufgaben der Ethikberatung im Gesundheitswesen
5. Steigerung des Anteils von Fachkräften der Sozialen Arbeit an zertifizierten Ethikberater*innen im Gesundheitswesen der Kompetenzstufe 1 (B.A.-Level Soziale Arbeit), im Verlauf auch an der Kompetenzstufe 2 (M.A.-Level Soziale Arbeit) und Kompetenzstufe 3 (Dr.-Level)
6. Aktive und konstruktive Mitwirkung von Fachkräften der Sozialen Arbeit an den verschiedenen Formen der Ethikberatung im Gesundheitswesen

■ *Johannes Petereit, Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Teamleitung des Sozialdienstes im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Berater für Ethik im Gesundheitswesen (AEM K1), Mitglied im Bundesvorstand der DVSG, © j.petereit@uke.de*