

## Klinische Ethikberatung

Medizinisches und pflegerisches Handeln bedarf neben der fachlichen Qualität auch einer moralischen wie rechtlichen Rechtfertigung. Zahl und Komplexität der Handlungsoptionen haben sich mit der Entwicklung vielfältiger medizinischer Techniken enorm erweitert, man denke nur an die Möglichkeiten der Notfall- und Intensivmedizin, an die Fortschritte in der Neonatologie, an eine ambulant durchführbare Beatmung oder Dialysebehandlung und die außerklinische Betreuung von Patienten mit Ernährungssonden und Trachealkanülen. Es verwundert nicht, dass mit steigender Zahl der Wahlmöglichkeiten auch der Bedarf nach Ethik wächst. Fachwissen allein genügt zur Begründung von Entscheidungen in unserer wertpluralen Gesellschaft nicht mehr. Moralische Konsensräume gingen mit dem Ergebnis nicht mehr voraussetzender Einheitlichkeit der Wertvorstellungen verloren. Weil die moralischen Positionen einzelner Personen oder ganzer Gruppen zur Frage nach richtiger oder falscher beziehungsweise guter oder schlechter Handlung heute erheblich voneinander differieren können, ist es Aufgabe angewandter Ethik, diese unterschiedlichen, sich zum Teil ausschließenden moralischen Grundlegungen zu reflektieren und dennoch individuelle und gesellschaftliche Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zu erzielen.<sup>1</sup>

### Definition

Klassische Ethikkommissionen sind beauftragt, Stellungnahmen zu Forschungsvorhaben am Menschen (oder am Tier) abzugeben und arbeiten auf gesetzlicher und berufsrechtlicher Grundlage. Klinische Ethikkomitees hingegen beraten im Alltag bei der Behandlung und Pflege von Patienten. In der Regel sollen sie dem Behandelnden eine Hilfestellung in der Entscheidung geben. Sie werden auf Anforderung der Behandler oder der/des Betroffenen tätig und schränken die Verantwortung oder Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte und der weiteren, in die Entscheidung einbezogenen Berufsgruppen und die Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht ein. Sie können grundsätzlich an Krankenhäusern aber auch in Pflegeeinrichtungen, Institutionen der Behindertenpflege und im ambulanten Bereich gegründet werden.

### Historische Entwicklung und aktueller Stand

Am Beispiel der USA lassen sich mehrere Phasen der Entwicklung klinischer Ethikkomitees beschreiben.<sup>2</sup> Bereits in den 1920er Jahren entstanden in

katholischen Krankenhäusern der USA die „medicomoral committees“. Im Jahr 1949 wurden vom Dachverband der katholischen Krankenhäuser „Ethical and Religious Directives“ veröffentlicht, welche die Gründung gemischter Ethikkomitees anregten, deren Aufgabe es war, die Einhaltung von Normen der katholischen Morallehre insbesondere zu Fragen der Empfängnisverhütung und Abtreibung zu überwachen. Bis etwa Mitte der 1970-er Jahre entwickelten sich weitere Vorstufen der Ethikberatung im Krankenhaus. Dabei markierte das 1962 gegründete Ethikkomitee der Dialyseabteilung am Universitätsklinikum Seattle, Washington, einen wesentlichen Punkt der Diskussion und der Auseinandersetzung. Zu recht kritisiert wurde, dass dieses Komitee bei seinen Entscheidungen um Zulassung zur nur beschränkt verfügbaren Dialysebehandlung unreflektiert eine „weiße Mittelstandsmoral“ vorausgesetzt hatte und somit bestimmte Patientengruppen bevorteilte.<sup>3</sup> Einen nächsten Schritt bildete die Auseinandersetzung um das ärztliche Prognosekomitee, welches vom New Jersey Court im Zusammenhang mit dem Urteil im Fall Ann Quinlan (1976) vorgeschlagen wurde. Ende der 1970-er/Anfang der 1980-er Jahre etablierten sich erste Ethik-Komitees in Einrichtungen der Altenpflege nach dem Vorbild der Klinik-Ethik-Komitees.<sup>4</sup> Nach dem President's Commission Report (1983) wurden die Bemühungen zur Einrichtung klinischer Ethikkomitees intensiviert. In diesem Report wurde erstmals eine Satzung für Ethik-Komitees vorgeschlagen und das Prinzip der Interdisziplinarität betont. Der Report bezog auch Einrichtungen der Langzeitpflege, zunächst auf freiwilliger Basis, in diese Empfehlungen ein. Schließlich war in den letzten Jahren die Ausbildung spezifischer, manchmal sogar rechtsanaloger Kompetenzen dieser Komitees zu beobachten.

In Deutschland stellt die Initiative christlicher Krankenhausverbände (1997) einen Meilenstein zur Entwicklung klinischer Ethikkomitees dar. Es wurde zutreffend formuliert: „Ethische Probleme im Krankenhaus entstehen dann, wenn die allgemeinen Grundsätze ärztlichen und pflegerischen Handelns entweder zu unspezifisch sind, als dass man daraus eine konkrete Handlungsstrategie ableiten kann, oder wenn sie miteinander kollidieren ... Ethikkomitees werden sich in einem solche Fall bemühen, nach bestem Wissen und Gewissen im gemeinsamen Diskurs die relativ beste Lösung zu finden. Entscheidungen „ohne Rest“ wird es hier oft nicht geben.“<sup>5</sup> In der Folge entstanden eine Vielzahl derartiger Komitees in konfessionellen wie auch in nichtkonfessionellen Kliniken.<sup>6</sup> Ende Okto-

ber 1998 fand in Freiburg erstmals ein Kolloquium zur „Ethik-Beratung in der Medizin“ im deutschsprachigen Raum statt. Damit begann in Deutschland die systematische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Bereich der angewandten klinischen Ethik.<sup>7</sup> 2005 veröffentlichte die Arbeitsgruppe „Ethikberatung im Krankenhaus“ der Akademie für Ethik in der Medizin ein Curriculum zur Ethikberatung im Krankenhaus.<sup>8</sup> Einen nächsten Schritt stellte die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur „Ethikberatung in der klinischen Medizin“ dar.<sup>9</sup> In einer aktuellen Umfrage<sup>10</sup> zu Fragen klinischer Ethikberatung unter 2275 deutschen Krankenhäusern antworteten 483 Krankenhäuser (22 Prozent Rücklaufquote), davon gaben 312 überwiegend mittelgroße oder größere Einrichtungen eine existierende oder im Aufbau befindliche Struktur der Ethikberatung an (14 Prozent der Krankenhäuser). Als Gründe für die Etablierung der Ethikberatung wurden in 30 Prozent die Zertifizierung, in 16% ein Impuls des konfessionellen Trägers, in 8 Prozent ein konkreter Konfliktfall und in 5% der Mitarbeiterwunsch beschrieben. In mehr als der Hälfte der Fälle gab die Geschäftsführung der jeweiligen Einrichtung den Anstoß. In den 291 Krankenhäusern, welche Angaben zum Ethikberatungsspektrum machten, wurden in 34 Prozent Einzelfallberatung, Fortbildung und Leitlinienerstellung als gleichbedeutende Aufgaben genannt. Fallberatung und Leitlinienerstellung waren in 18 Prozent der Einrichtungen bedeutsam, in 7 Prozent wurde Fallberatung nur auf Station und in 5 Prozent Fallberatung im Ethikkomitee angegeben, die übrigen Kliniken führten sonstige Aufgaben an oder konnten sich zu den Schwerpunkten der Arbeit ihrer Komitees noch nicht festlegen. Über die Klinikgrenzen hinaus entstand ein trägerweites Ethik-Komitee bei der MTG Malteser Trägergesellschaft.<sup>11</sup> Einen weiteren Entwicklungsschritt der Ethikberatung in Deutschland stellte 2006 die erste Gründung eines Ethikkomitees in einem Altenheim dar. Mittlerweile wurden weitere derartige Beratungseinrichtungen gegründet. Im November 2007 entstand ein einrichtungsübergreifendes Ethikkomitee der Marienhaus GmbH. Darüber hinaus wird das Projekt eines verbands- und trägerübergreifenden Netzwerkes der Ethikberatung für die Altenpflegeheime der Stadt Frankfurt am Main umgesetzt.<sup>12</sup> Zwangsläufig folgte die Entwicklung eines entsprechenden Ausbildungs-Curriculums.<sup>13</sup> Als besondere Schwerpunkte der Arbeit der Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenpflege lassen sich folgende Themenbereiche charakterisie-

ren: (1) Fragen der cardiopulmonalen Reanimation, (2) Entscheidungen zum Verzicht auf künstliche Beatmung, (3) Einsatz künstlicher Ernährung, (4) Antibiotikabehandlung bei Atemwegs- oder Harnwegsinfekten, (5) Einsatz physischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen und (6) Fragen zu offenbar sinnlosen Behandlungsversuchen.<sup>14</sup>

Vor dem Hintergrund vieler nationaler Initiativen, beispielhaft wurden hier die USA und die Bundesrepublik Deutschland dargestellt, setzte sich auch die UNESCO mit dieser wichtigen Thematik auf internationaler Ebene auseinander. Mit der „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“ hat sie im Jahre 2005 die Bedeutung der Ethikberatung noch einmal deutlich hervorgehoben, durch Unterzeichnung der Deklaration verpflichten sich die Mitgliedsstaaten zur Unterstützung der Einrichtung von klinischen Ethikkomitees.<sup>15</sup>

### Gründung

Bei der Gründung von klinischen Ethikkomitees lassen sich zwei grundsätzliche Wege unterscheiden. Als Top-down-Modell wird eine Gründung auf Initiative der Krankenhausleitung oder Unternehmensführung bezeichnet. Dieser Weg bietet den Vorteil, dass die verantwortlichen Stellen auch die notwendigen strukturellen Vorgaben umsetzen können. Er wird häufig im Rahmen von Zertifizierungsvorhaben beschränkt. Nachteilig kann sein, dass der Schritt von den verantwortlichen Leitern oder den Mitarbeitern nur als zwingende Begleiterscheinung der Zertifizierung wahrgenommen wird und somit bei fehlender Akzeptanz keine wesentlichen positiven Effekte erwartet werden können. Beim Bottom-up-Modell hingegen geht die Initiative zur Gründung von engagierten Mitarbeitern also „von unten“ aus. Damit besteht in der Entscheidungsebene hinreichende Aktivität und Sensibilität für die anstehenden Fragen. Allerdings muss auch hier betont werden, dass ein klinisches Ethikkomitee nur dann erfolgreich arbeiten kann, wenn gleichermaßen die Unternehmensleitung und die Mitarbeiter das Projekt unterstützen. Ein häufiger Vorbehalt gegen die Etablierung eines Ethikkomitees scheint die bequeme Auffassung zu sein, dass in der eigenen Einrichtung ohnehin immer schon ethisch vertretbare Entscheidungen getroffen wurden. Auch sei es evident, dass die meisten Entscheidungen ohne die Notwendigkeit der Einbeziehung einer solchen bürokratischen Struktur getroffen werden können. Der bisweilen erhebliche Zeitaufwand wird ebenfalls als Gegenargument ins Diskussionsfeld geführt. Die genannten Positionen sind sicher nachvollziehbar, sie verkennen aber die Notwendigkeit der offenen Ausein-

dersetzung mit unterschiedlichen moralischen Positionen, wie sie naturgemäß bei Mitarbeitern in allen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorhandenen sind. Zu den Aufgaben eines klinischen Ethikkomitees gehört es, Raum zu geben, in dem diese unterschiedlichen Auffassungen auch ohne unmittelbaren Entscheidungsdruck offen thematisiert werden können. Unabhängig vom Entstehungsweg kann das klinische Ethikkomitee im Ergebnis zu einer Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und zum Nachdenken über das Leitbild der Einrichtung führen. Damit wirkt es in jedem Fall weiter als nur in der konkreten Einzelfallbeurteilung.

### Struktur

In einem klinischen Ethikkomitee soll die Möglichkeit eröffnet werden, durch die Einbeziehung unterschiedlicher persönlicher und beruflicher Perspektiven ein möglichst breites Spektrum der Sichtweisen abzubilden. So gehören häufig neben Ärzten und Pflegenden auch Krankenhausseelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Juristen, Mitarbeiter der Verwaltung oder der Technik aber auch externe Mitglieder und Patientenforsprecher diesem Komitee an. Die Zahl der Mitglieder ist nicht festgelegt. Empfohlen wird die bewusste Einbeziehung verschiedener Hierarchieebenen (zum Beispiel Assistenzarzt und Chefarzt). Um die Bedeutung im Haus deutlich zu machen, sollte eine Berufung der Mitglieder durch die Krankenhausleitung angestrebt werden. Eine zeitliche Begrenzung der Funktion ist sinnvoll, häufig wird hier von einer Dauer von drei Jahren ausgegangen, wobei eine erneute Berufung nicht ausgeschlossen ist. Das Ethikkomitee bedarf einer Geschäftsordnung oder Satzung und informiert die Klinikleitung und die Klinikmitarbeiter in geeigneter Form über seine Arbeit. Durch die Klinik- oder Unternehmensleitung müssen die entsprechenden Ressourcen für die Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden.

### Aufgaben

Die Aufgaben eines Ethikkomitees sind vielfältig und können in unterschiedlichen Einrichtungen unterschiedlich gewichtet sein. Ein Schwerpunkt der Tätigkeit kann die Einzelfallberatung sein. Diese kann vom Ethikkomitee insgesamt, durch eine Arbeitsgruppe oder durch einzelne Ethikberater durchgeführt werden. Das letztgenannte Modell findet in Deutschland nur an wenigen Kliniken, insbesondere an Universitätskliniken Anwendung, welche auf spezialisierte oder hauptberufliche Medizinethiker zurückgreifen können. Es bietet den Vorteil der hohen Flexibilität und des geringen Ressourcenbedarfs.

Die Beratung im gesamten Komitee hingegen ist, nicht zuletzt auch abhängig von seiner Größe, zeitlich weniger flexibel und ressourcenverbrauchender. Einen pragmatischen Kompromiss stellt die Beratung durch eine kleinere Arbeitsgruppe des klinischen Ethikkomitees dar. Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit kann die Entwicklung klinischer Leitlinien bilden. Gerade die Erstellung derartiger Leitlinien für ethisch sensible Bereiche kann viele Mitarbeiter im Krankenhaus aber auch Patienten erreichen und so die ethische Auseinandersetzung beflügeln. Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Weiter- und Fortbildung auf ethischem Gebiet. Die dabei anwendbaren Formen sind vielfältig. So lassen sich beispielsweise retrospektive Fallbesprechungen in einem „Ethik-Cafe“ als lockerer Gesprächskreis organisieren, ein „Ethik-Tag“ als spezielle Veranstaltung durchführen oder „Ethik-Mappen“ als Materialsammlungen für die Stationen schaffen. Vor diesem Hintergrund leisten Ethikkomitees einen wichtigen Beitrag zur Kultur, Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung der entsprechenden Institution. Die Diskussion organisationsethischer Fragen wie beispielsweise die Festlegung der Krankenhausstruktur oder die Verteilung der finanziellen Mittel innerhalb der Einrichtung hingegen ist als Aufgabe umstritten, da die Mitglieder der klinischen Ethikkomitees hier oft nur begrenzte Kenntnisse und Erfahrungen und berufliche Zuständigkeit besitzen. Hier müssen andere Formen der Organisations- und Ethikberatung Anwendung finden.

### Etablierung der Ethikberatung

Ethikberatung soll grundsätzlich nur auf Anforderung aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten oder seinen Angehörigen erfolgen. Die Freiwilligkeit des Beratungsangebotes muss betont werden. Bei der Einbeziehung eines Ethikkomitees muss die Anonymität des Patienten so weit wie möglich gewahrt bleiben. Eine Verschwiegenheitsverpflichtung besteht für alle an der Beratung beteiligten Personen. Das Einverständnis des betroffenen Patienten oder seines Stellvertreters sollte eingeholt werden. Ist dieses Einverständnis aufgrund zeitlicher Hinderungsgründe nicht einzuholen oder weil es kontextuell nicht ratsam ist, kann von der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ausgegangen werden, wenn eine am Wohl des Patienten orientierte Entscheidung zu fällen ist und keine Anzeichen dafür bestehen, dass der Patient eine solche Einzelfallberatung nicht wünschen würde. Sofern möglich sollte eine nachträgliche Information des Patienten oder seines Stellvertreters über die

Fallberatung erfolgen. Das Ergebnis der Beratung darf die Entscheidungsfreiheit des Patienten und die Therapieverantwortung des Arztes nicht beeinträchtigen. Auch die übrigen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen dürfen in ihrer Entscheidungsfreiheit nicht beschnitten werden. Insofern kann man optimale Ethikberatung verstehen als Verbesserung der Analyse des ethischen Problems bei den Beteiligten und als Hilfestellung für die selbstständige Entscheidungsfindung. Das Erstellen eines Ethikvotums sollte nicht Hauptziel der Beratung sein, obwohl gerade dieses Votum oft als eine wichtige Aufgabe angesehen wird. Einerseits scheint es eine Hoffnung der Ratsuchenden zu sein, mit dem Votum eine exkulpernde Antwort in der schwierigen Situation zu erhalten, eine Antwort, welche eigene Last der Entscheidung abnehmen kann. Andererseits scheinen gleichermaßen Befürchtungen zu bestehen, dass durch eben dieses Votum die eigene Entscheidungshoheit unzulässig begrenzt werden könnte. Diesem Dilemma lässt sich begegnen, wenn durch die Moderation des Ethikberaters oder des Komitees die Handelnden zu einer eigenen Entscheidungsfähigkeit gelangen.

### Perspektiven

Die Ethikberatung in der Klinik hat positive Auswirkungen auf die ethische Sensibilisierung, die Kommunikationsfähigkeit und die Entscheidungskompetenz der Mitarbeiter im Krankenhaus. Es gibt deutliche Hinweise, dass durch Ethikberatung die Zufriedenheit der Betroffenen steigt.<sup>16</sup> Dennoch bedarf es der weiteren begleitenden Forschung in diesem interdisziplinären Arbeitsgebiet.<sup>17</sup>

In den letzten Jahren entwickelten sich in Deutschland an einer Vielzahl von Krankenhäusern und in letzter Zeit auch in Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten der Ethikberatung. Dieser Trend ist erfreulich, stellt doch die Ethikberatung eine Möglichkeit der Unterstützung und Entlastung in schwierigen Entscheidungsprozessen der modernen Medizin dar. Zunehmend wird deutlich, dass auch außerhalb der Klinik in einer Vielzahl von Einrichtungen (zum Beispiel der stationären Altenpflege oder der Behindertenpflege) Beratungsbedarf besteht. Diesen Bedarf melden Pflegenden, aber auch niedergelassene Ärzte, insbesondere Hausärzte zurecht an. Im ambulanten Bereich sind die Formen der Ethikberatung noch unzureichend entwickelt. Erste Ansätze zur Problemlösung sind in verschiedenen Projekten der Altenhilfe zu verzeichnen, ein Ausbildungscurriculum für die Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde erstellt. Dennoch er-

scheint es notwendig, weitere Formen der Beratungsmöglichkeiten zu prüfen. So wäre es prinzipiell vorstellbar, dass das klinische Ethikkomitee eines Krankenhauses seine Kompetenz auch regional zur Verfügung stellt und mit den einweisenden Ärzten und den entsprechenden Pflegeeinrichtungen auch diesbezüglich kooperiert. Dieses Vorgehen lässt sich als sinnvolle regionale Vernetzung verstehen. Ebenfalls denkbar wäre eine Anbindung der Beratung an Strukturen, welche bereits bestehende Organisationsformen (wie KV-Bezirke oder Kreisärztekammern) aufnehmen. Allerdings darf auch der für die Beteiligten daraus resultierende Zeit- und damit Kostenfaktor nicht außer Acht gelassen werden. Zu prüfen ist auch, inwieweit Synergieeffekte mit der angestrebten Verbesserung der palliativen Versorgung zu erzielen sind, sich vielleicht sogar komplexe Projekte ergeben können. Schließlich spielen ja gerade im Bereich der Ethikberatung Konflikte am Lebensende und um Therapieintensität und in der Palliativmedizin kommunikative Entscheidungsprozesse eine wesentliche Rolle.

### Was braucht der Ethikberater?

Für welchen der angeführten oder auch nicht angeführten strukturellen Wege der Erweiterung der Möglichkeiten für Ethikberatung man sich auch entscheidet, wesentlich bleibt die fachliche und menschliche Eignung der Berater. Das Kompetenzprofil, welches Reiter-Theil als Orientierungshilfe („Kann“) und nicht als Richtschnur („Muss“) formulierte, beschreibt: 1. Professionelle Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit Patienten, 2. Fundierte ethische Kenntnisse, 3. Spezifische medizinethische Kompetenz, 4. Training und Erfahrung in Gesprächsführung, 5. Persönlichkeitsbildung.<sup>18</sup> Dieses Kompetenzprofil spiegelt eher die Fähigkeiten hauptberuflicher Ethikberater, für die Praxisarbeit in der Fläche kann es in der

Tat allenfalls angestrebt werden. Engelhardt stellte den Ethik-Berater dar als (1) juristischen Ratgeber, (2) Risiko-Manager, (3) Konfliktschlichter, (4) Informationsquelle und (5) als Ethiker.<sup>19</sup> Bei aller Vielfalt der Anforderungen und Aufgaben, welche Grundkompetenzen sind von Mitglieder von klinischen Ethikkomitees und von Ethikberatern mindestens zu erwarten? Einerseits braucht der Ethikberater Klarheit über unterschiedliche moralische Positionen und die Fähigkeit zur ethischen Auseinandersetzung. Niklas Luhmann warnte die Moral vor der Ethik und stellte fest, dass die Ethik (leider, Anmerkung des Autors) nicht allzu oft die kritische Reflexion der Moral sei, sondern deren Ideologisierung. Zwangsläufig forderte er, wer mit moralischer Praxis beispielsweise als Ethik-Berater konfrontiert ist, muss den Prozess der Reflexion der Moral selbst schon begonnen und damit also ein distanzierteres Verhältnis zur Moral entwickelt haben. „Distanz ist die einzige Möglichkeit, eine Perspektive zu entwickeln.“<sup>20</sup> Jedoch, Distanz allein genügt nicht, Illhardt hält die Fähigkeit zum Kompromiss für die andere wesentliche Kompetenz, die Ethikberatung benötigt, „weil er die einzige Möglichkeit ist, ethische Überlegungen in die Praxis umzusetzen.“<sup>21</sup> Somit wären letztendlich einerseits die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der Moral und andererseits die Fähigkeit zum Kompromiss als wichtigste Kernkompetenzen für Ethikberater namhaft zu machen, egal ob bei individueller Beratung oder im Komitee, ob im stationären oder im ambulanten Bereich.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen

Klinik Bavaria

An der Wolfsschlucht 1 – 2

01731 Kreischka

<http://www.ethikkomitee.org>