

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur

Ethikberatung in der klinischen Medizin

(24. Januar 2006)

Vorwort

Seit Beginn der 1990er-Jahre wächst die Zahl der Krankenhäuser stetig, die – in durchaus unterschiedlicher Form – eine Ethikberatung institutionalisiert haben. Mittlerweile halten in Deutschland mehr als 200 Krankenhäuser dieses Angebot bereit; in anderen Ländern gehört es zu den verpflichtenden Merkmalen eines jeden Krankenhauses. In dieser Situation hält es die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer für geboten, orientierende Informationen bereitzustellen, zumal Standards oder Empfehlungen für die Einrichtung und die Arbeit derartiger Institutionen bislang fehlen. Die Zentrale Ethikkommission begrüßt die

Entwicklung der Ethikberatung in der klinischen Medizin und ermuntert zur Einrichtung eines solchen Angebotes, wo es noch nicht besteht. Sie hofft durch die Stellungnahme zu informieren, Probleme zu benennen und Fehlentwicklungen zu vermeiden.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing

Vorsitzender der
Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung

1.1. Einleitung

In den letzten Jahren hat eine wachsende Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland unterschiedliche institutionelle Strukturen zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung eingerichtet. Es bestehen verschiedene Formen der Ethikberatung, die in der ärztlichen Praxis wenig bekannt sind. In Deutschland existieren bisher keine Empfehlungen oder Standards für die Implementierung und die Arbeit klinischer Ethikberatung. Die Zentrale Ethikkommission sieht in diesem Bereich einen hohen Informations- und Professionalisierungsbedarf und möchte mit dieser Stellungnahme über die Gründung, Struktur und Aufgaben von Ethikberatung in der Medizin am Beispiel Klinischer Ethikkomitees informieren, auf ethische und rechtliche Probleme hinweisen und Fehlentwicklungen vorbeugen. Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich da-

bei auf praxisorientierte Aspekte des Aufbaus und der Arbeit von Ethikberatung in der Medizin, ohne auf die umfangreiche theoretische Diskussion über die philosophischen und soziologischen Grundlagen von Ethikberatung eingehen zu können.

1.2. Begriff und Entwicklung der Klinischen Ethikkomitees

Im Gegensatz zu Ethikkommissionen, die Stellungnahmen zu medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen abgeben, sind Klinische Ethikkomitees, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten* beraten, neue Formen der medizinischen Ethikberatung in Deutschland. Außer der „klassischen Form“ der Ethikberatung, dem Klinischen Ethikkomitee, bildeten sich in den Krankenhäusern u. a. Ethikarbeitsgruppen, Ethikausschüsse und Ethikforen. Die Moderation von Einzelfallberatungen auf Station übernahmen Untergruppen des Klinischen Ethikkomitees, mobile Ethikberatungen oder beauftragte Einzelpersonen (Ethikberater).

Die überwiegende Anzahl Klinischer Ethikkomitees arbeitet in Krankenhäusern, sie können aber auch in Pflegeeinrichtungen, Institutionen der Behinder-

tenhilfe und im teilstationären wie ambulanten Bereich gegründet werden. Im Gegensatz zu Ethikkommissionen, die auf gesetzlicher und berufsrechtlicher Grundlage an den Medizinischen Fakultäten, bei den Landesärztekammern oder unmittelbar auf Landesebene beraten, findet sich die Mehrheit der Klinischen Ethikkomitees in nichtuniversitären Krankenhäusern und Pflegeheimen (1), die Komitees aus eigener Initiative gegründet haben. Die Komitees beraten auf Anforderung der Beteiligten, ohne die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte und anderer Berufsgruppen einzuschränken. Neben der fallbezogenen ethischen Beratung erarbeiten sie Empfehlungen zum Umgang mit wiederkehrenden ethischen Fragestellungen und bieten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus an.

Klinische Ethikkomitees entstanden in den 1970er-Jahren in den USA, wo heute alle Krankenhäuser für ihre Akkreditierung eine Struktur zur Handhabung ethischer Konflikte nachweisen müssen. In Deutschland sind Komitees seit den 1990er-Jahren insbesondere in Krankenhäusern konfessioneller Trägerschaft entstanden (2, 3). 1997 haben die beiden christlichen Krankenhausverbände ihren Krankenhäusern

* Mit den in dieser Stellungnahme verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

die Gründung von Klinischen Ethikkomitees nach amerikanischem Vorbild empfohlen (4). Seitdem ist die Anzahl Klinischer Ethikkomitees an deutschen Krankenhäusern gestiegen (2, 5). Nach einer aktuellen bundesweiten Befragung der ca. 2 200 Krankenhäuser bestehen gegenwärtig mindestens 150 Komitees oder sind in Planung, und mehr als 200 Krankenhäuser haben irgendeine Form der Ethikberatung implementiert (1). Deren Struktur, Arbeitsweisen und Professionalisierungsgrad unterscheiden sich zum Teil erheblich, was einerseits mit der individuellen Entwicklungsgeschichte und andererseits durch weitgehend fehlende Standards zu erklären ist.

1.3. Strukturen der Ethikberatung

In der ursprünglichen Form der Ethikberatung, im Klinischen Ethikkomitee, findet sich in der Regel ein breites Spektrum von Berufsgruppen im Krankenhaus. Hierzu gehören neben Ärzten und Pflegenden auch Krankenhauseseelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Juristen, Mitarbeiter der Verwaltung sowie gegebenenfalls externe Mitglieder, wie z. B. Patientenfürsprecher. In der Praxis hat es sich bewährt, dass innerhalb der einzelnen Berufsgruppen die unterschiedlichen Hierarchieebenen (z. B. Chef-, Ober- und Assistenzarztebene) vertreten sind. Die Mitglieder (ca. sieben bis 20) werden in der Regel für drei Jahre als unabhängiges, nicht weisungsgebundenes Gremium durch die Krankenhausleitung berufen. Das Ethikkomitee gibt sich eine Geschäftsordnung oder Satzung. Die Krankenhausleitung wird über die Arbeit des Komitees informiert und stellt die notwendigen Ressourcen zur Verfügung.

Für die Einzelfallbesprechung haben sich verschiedene Modelle gebildet: Moderation durch Untergruppen eines Klinischen Ethikkomitees, Moderation durch mobile Ethikberatungsgruppen oder Teilnahme an der Visite durch speziell beauftragte Personen mit medizinischen Kenntnissen (Ethikberater).

Außerdem und teilweise parallel dazu bildeten sich mehr oder weniger informelle offene Strukturen wie „Ethik-Cafés“, Ethikforen und Ethik-AGs, an denen interessierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen teilnehmen können. Zusätzlich werden regelmäßige Fortbildungen zu medizinischen Themen veranstaltet (Ethiktag, Ethik-Ringvorlesung).

1.4. Gründungsprozess

Häufig werden Ethikkomitees auf Initiative der Geschäftsführung im Rahmen von Zertifizierungsprozessen gegründet, da institutionalisierte Formen klinischer Ethikberatung in verschiedenen Zertifizierungsverfahren positiv bewertet werden. Diese Initiative „von oben“ (Top-down-Modell) bietet den Vorteil, dass von verantwortlicher Stelle Strukturentscheidungen getroffen und umgesetzt werden. In anderen Fällen geht die Initiative primär von engagierten Mitarbeitern aus, die „von unten“ einen Bedarf an regelmäßigem Austausch über ethische Probleme im Krankenhausalltag sehen (Bottom-up-Modell). Dieser Weg hat den Vorteil, dass am Ort der ethischen Entscheidungsfindung bereits Sensibilisierung und Aktivitäten versammelt sind, was für die Akzeptanz eines Komitees im Krankenhaus von zentraler Bedeutung ist. Eine erfolgreiche Arbeit ist für ein Komitee nur mit der aktiven Unterstützung der Krankenhausleitung und der Mitarbeiter „vor Ort“ möglich.

Ärzte, Pflegende und Vertreter anderer Gesundheitsberufe sehen aufgrund ihrer alltäglichen Berufspraxis und ihres Ethos die wichtigsten ethischen Fragen bei der Behandlung einzelner Patienten. Dagegen fokussiert das Management mehr auf die institutionellen Aspekte des Krankenhauses, wie z. B. Organisationsstrukturen, Personalentwicklung, ökonomische und juristische Fragen. Entscheidungen auf der Organisationsebene haben häufig indirekten Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten im Einzelfall.

Die Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees bedeutet in der Praxis eine Weiterentwicklung von Kommunikation, Identität und Kultur in einem Krankenhaus und geht über eine ethische Einzelfallberatung hinaus. Damit kann ein Ethikkomitee wichtige ethische Beiträge zur Leitbild-, Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklung in einer Einrichtung leisten. Der Arbeitsschwerpunkt der Ethikkomitees liegt dabei auf ethischen Fragen im klinischen Alltag und grenzt sich mit dieser Aufgabenstellung von Gremien wie Personalrat, Beschwerdemanagement, fachlicher Supervision etc. ab.

1.5. Einzelne Aufgaben

Zu den wesentlichen Aufgaben der unterschiedlichen Formen klinischer Ethikberatung gehören die Einzelfallberatung, die Leitlinienentwicklung¹ sowie die Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik. In den verschiedenen Ethikberatungssystemen werden diese drei Hauptaufgaben jeweils unterschiedlich gewichtet.

1.5.1. Einzelfallberatung

Eine Einzelfallberatung kann von einem Ethikkomitee insgesamt, einer Arbeitsgruppe des Komitees oder durch einen einzelnen klinischen Ethikberater durchgeführt werden. Das letztgenannte Modell wird in Deutschland bisher nur in wenigen Kliniken, insbesondere Universitätskliniken mit hauptberuflichen Medizinethikern, durchgeführt (6, 7). Bei der Ethikberatung durch das Gesamtkomitee stellen Mitarbeiter, die in die Behandlung involviert sind, das ethische Problem in einem konkreten Behandlungsfall dem Komitee vor. Nach interdisziplinärer Beratung kann ein ethisches Votum als Orientierungshilfe für das Behandlungsteam formuliert werden.

Viele Ethikkomitees führen eine Einzelfallberatung durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Untergruppe des Komitees auf Station oder sonst vor Ort durch (8, 9). Auch gibt es dezentrale Ethikberatungsgruppen, die – zum Teil unabhängig von einem Komitee – Moderations- und Beratungsaufgaben übernehmen (10). Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass eine kleine und konstante Anzahl von Ethikberatern zeitlich und örtlich flexibel ein Behandlungsteam beraten kann. Jeweils zwei bis vier Ethikberater leisten Hilfestellung durch Moderation, ethische Expertise und unabhängige Außenperspektive. Hierbei übernimmt ein Mitglied der Arbeitsgruppe die Moderation der Fallbesprechung, die anderen Mitglieder sind Komoderatoren und für die Protokollführung zuständig. Der Beratungsprozess wird schriftlich für die Krankenunterlagen dokumentiert.

1.5.2. Entwicklung von internen Leitlinien

Über die ethische Einzelfallberatung hinaus können durch Leitlinien zum Verhalten in ethisch sensiblen Bereichen viele Patienten, Ärzte und andere Mitarbeiter im Krankenhaus erreicht werden. In diesen Leitlinien können im Rahmen des geltenden Rechts und auf der Grundlage ethischer Richtlinien z. B. der Ärztekammern, Pflegeverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften konkrete Hinweise für den angemessenen Umgang mit sich wiederholt stellenden Problemen, wie z. B. bei der kardiopulmonalen Reanimation, beim Therapieabbruch auf Intensivstationen, bei der Anwendung von PEG-Sonden bei hochbetagten, multimorbiden Patienten oder beim Umgang mit Patientenverfügungen, im jeweiligen Krankenhaus gegeben werden. Die Leitlinien beziehen sich auf die Voraussetzungen und den Prozess der jeweiligen Entscheidungsfindung

¹ Der Begriff Leitlinie wird im Kontext der Klinischen Ethikberatung als Übersetzung des englischen Fachbegriffs „guidelines“ gebraucht und ist nicht mit der im deutschen ärztlichen Standesrecht üblichen Bedeutung gleichzusetzen.

sowie auf Kommunikation, Dokumentation und Umsetzung. Ergänzend zum Leitlinientext können Checklisten und Dokumentationsbögen für das aktuelle Krankenblatt entwickelt werden, um die Umsetzung der Leitlinie im Stationsalltag wirksam zu unterstützen.

Die Erarbeitung von Leitlinien erfolgt in der Regel durch Arbeitsgruppen, in denen je nach Notwendigkeit neben Komiteemitgliedern auch weitere fachkundige Mitarbeiter aus dem Krankenhaus miteinbezogen werden sollten. Für die Qualität und die spätere Akzeptanz der Leitlinie sind transparente Arbeit und gute Kommunikation bereits während des Erstellungsprozesses erforderlich. Sofern Leitlinien vom Ethikkomitee beschlossen werden, obliegt es der Geschäftsführung des Krankenhauses zu entscheiden, in welchem Ausmaß sie für die Berufsgruppen im Krankenhaus verbindlich sind. Darüber hinaus können sie auch der Information von Patienten und Angehörigen dienen (9, 10).

1.5.3. Weiter- und Fortbildung

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Organisation von Weiter- und Fortbildungsangeboten zu ethischen Themen für alle Mitarbeiter des Krankenhauses sowie Informationsveranstaltungen für Patienten, Angehörige und Bürger. Neben der Integration von ethischen Themen in bestehenden Weiter- und Fortbildungsstrukturen für einzelne Berufsgruppen wurden spezifische niedrigschwellige Fortbildungsformen in Krankenhäusern, wie z. B. retrospektive ethische Fallbesprechungen auf Station, „Ethik-Café“, „Ethiktag“ und „Ethikmappe“, entwickelt. Überregional werden praxisorientierte und interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die auch die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der Vernetzung lokaler Ethikkomitees bieten (9). Die Durchführung von Weiter- und Fortbildungsangeboten eines Klinischen Ethikkomitees setzt voraus, dass die Komiteemitglieder selbst eine fortlaufende Qualifizierung in klinischer Ethik erhalten.

1.5.4. Organisationsethik

Zur erfolgreichen Implementierung und Arbeit von Ethikberatung in Krankenhäusern und anderen Institutionen müssen die organisatorischen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtungen reflektiert werden. Ein gut funktionierendes Ethikkomitee kann zu einer transparenten und vertrauensvollen Kommunikation im Krankenhaus beitragen, Mitarbeiter ethisch sensibilisieren, die berufsgruppenübergrei-

fende Zusammenarbeit verbessern und die Fehlerkultur fördern. Damit leisten Klinische Ethikkomitees einen wichtigen Beitrag zur Kultur, Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung ihrer Institution. Dagegen ist umstritten, ob auch die ethische Beratung von organisationsethischen Fragen (z. B. Krankenhausstruktur, Finanzierung, Allokationsentscheidungen) zum Aufgabenkreis Klinischer Ethikkomitees gehört, da die meisten Mitglieder in diesem Bereich oft nur begrenzte Expertise, Erfahrung und berufliche Zuständigkeit besitzen. Diese organisationsethische Beratung der Krankenhausleitung kann durch separate Organisationsethikkomitees oder Organisationsethikberater erfolgen.

2. Probleme und Lösungsansätze

Bei der Implementierung und Arbeit von Klinischen Ethikkomitees und klinischen Ethikberatungen treten in der Praxis häufig wiederkehrende Probleme auf. Im Folgenden werden typische Problem- und Konfliktfelder benannt und Lösungsansätze aufgezeigt, die sich in der Praxis bewährt haben.

2.1. Integrität und Glaubwürdigkeit

Die persönliche Glaubwürdigkeit, Ernsthaftigkeit und Unabhängigkeit der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees und der klinischen Ethikberatung sind unverzichtbare Voraussetzungen für die Akzeptanz der Ethikberatung. In der Vergangenheit wurde wiederholt beobachtet, dass Geschäftsführungen kurzfristig Klinische Ethikkomitees gründeten, weil dies in einem anstehenden Zertifizierungsverfahren ihres Krankenhauses positiv bewertet wurde, ohne dass eine wirkliche Arbeit des Ethikkomitees stattfand. In diesen Fällen blieb es in der Praxis häufig bei einer formalen Gründung, ohne dass das Ethikkomitee einen positiven Beitrag im Krankenhausalltag leisten konnte. Dieser „Etikettenschwindel“ wird in der Regel von den Mitarbeitern des Krankenhauses schnell erkannt und schadet allen ernsthaften Bemühungen um Verbesserungen im Krankenhaus. Weiterhin ist die Instrumentalisierung eines Klinischen Ethikkomitees zur Durchsetzung oder Legitimierung von sachfremden Interessen Dritter abzulehnen. Das Gelingen der Gründung und Arbeit einer klinischen Ethikberatung setzt voraus, dass Geschäftsleitung und Mitarbeiter aufrichtig miteinander kommunizieren und gemeinsam ein neues Forum für ethische Fragen gründen.

2.2. Formen und Professionalisierung der Ethikberatung

Die klinische Einzelfallberatung durch das gesamte Klinische Ethikkomitee hat den Vorteil, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen moralischen Perspektiven durch verschiedene Berufsgruppen in den Beratungsprozess einfließen kann. In der Praxis hat es sich jedoch als großer Nachteil erwiesen, dass diese Form von Ethikberatung häufig nicht zeitnah durchgeführt werden kann und fernab vom Behandlungsort (Station) stattfinden muss. Häufig haben die Mitglieder des Behandlungsteams das Gefühl, sich vor einem „Tribunal“ rechtfertigen zu müssen, und es kann das Missverständnis entstehen, dass ein Ethikkomitee besser in der Lage sei, eine schwierige ethische Entscheidung zu treffen als die Behandelnden. Auch ist der Fokus auf ein Votum in der Ethikberatung nicht notwendig. In der Praxis stellt vielmehr häufig die Moderation eines Entscheidungsfindungsprozesses innerhalb des Behandlungsteams den wesentlichen Wirkfaktor dar.

Dagegen kann ein einzelner professioneller Ethikberater örtlich und zeitlich flexibel ethische Einzelberatungen im Krankenhaus durchführen. Ein Nachteil dieses Modells besteht darin, dass ein professioneller Ethikberater oft „Einzelkämpfer in Sachen Ethik“ im Krankenhausalltag bleibt. Die konsequente Einbeziehung und Fortbildung der Mitarbeiter ist jedoch unabdingbare Voraussetzung für die Weiterentwicklung von ethischer Kompetenz in möglichst vielen Bereichen.

In der Praxis haben sich dezentrale Modelle klinischer Ethikberatung (Untergruppe des Ethikkomitees, mobile Ethikberatung, dezentrale Initiativen in einzelnen Bereichen des Krankenhauses) bewährt. Diese Beratergruppen werden zentral (Komitee oder professioneller Ethiker) koordiniert und fortgebildet, zudem arbeiten sie sehr praxisnah in den Abteilungen des Krankenhauses. Dadurch wird die Schwelle für eine Ethikberatung gesenkt und die Kommunikation zwischen den Beteiligten gefördert. Weiterhin kann ein Krankenhaus durch ein gutes Ethik-Fortbildungsprogramm verdeutlichen, dass ethische Probleme nicht an einen einzelnen Ethikberater oder an ein Komitee delegiert werden sollen, sondern die ethische Sensibilität, Argumentation und Entscheidungskompetenz bei den Mitarbeitern liegen muss und dort weiterentwickelt werden soll.

2.3. Freiwillige Beratung

Die Einführung Klinischer Ethikkomitees und klinischer Ethikberatung stößt in der

Praxis nicht zuletzt bei Ärzten auf Vorbehalte und Widerstände (11). Oftmals werden fehlende Zeit, die mögliche Störung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und eine generelle Skepsis gegenüber weiteren Gremien und Verwaltungsstrukturen angeführt. Einige Ärzte fühlen sich in ihrer ärztlichen Identität und therapeutischen Entscheidungsfreiheit durch die klinische Ethikberatung beeinträchtigt. Diese Ablehnung beruht jedoch häufig auf unzureichender Information und Missverständnissen.

Jede Form ethischer Fallberatung soll grundsätzlich nur auf Anfrage aus dem Behandlungsteam oder vonseiten des Patienten oder seiner Angehörigen stattfinden. Es handelt sich um ein freiwilliges Beratungsangebot, das die Betroffenen bei ethisch schwierigen medizinischen Entscheidungen unterstützen soll. Die Entscheidungsfreiheit des Patienten darf dadurch ebenso wenig eingeschränkt werden wie die Verantwortung und die Therapiefreiheit des Arztes. Das Gleiche gilt für die Entscheidungsbefugnis und Verantwortung anderer beteiligter Gesundheitsberufe. Der jeweils Verantwortliche ist durch die ethische Fallberatung weder von seiner Verantwortung entbunden, noch darf er zu Entscheidungen gedrängt werden, die er aus seiner persönlichen bzw. beruflichen Verantwortung heraus nicht tragen kann. Bei einer guten Ethikberatung steht nicht ein Mehrheitsbeschluss in Form eines Votums, sondern eine Verbesserung des Erkennens und der Analyse ethischer Probleme sowie des ethischen Entscheidungsfindungsprozesses im Mittelpunkt. Hier zu können Ethikberater durch gute Moderation, ethische Expertise und Außensicht einen wichtigen Beitrag leisten.

2.4. Zeitbedarf

Zeit ist auch im klinischen Alltag ein knappes Gut, und eine ethische Fallberatung erfordert Zeit. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass Ethikberatungen in der Regel nur in schwierigen Entscheidungssituationen durchgeführt werden. Diese bringen häufig Kommunikationsblockaden, emotionale Anspannung, nicht adäquat diskutierte Meinungsunterschiede bis hin zu zwischenmenschlichen Konflikten und Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit des Behandlungsteams mit sich. Eine gelungene Einzelfallberatung kann durch ihren Beitrag zur Konfliktlösung auch Zeit und Arbeitskraft einsparen helfen. Das Gleiche gilt für praxisrelevante ethische Leitlinien und Fortbildungen, die im Krankenhausalltag präventiv Konflikte vermeiden und professionelles und zeiteffizientes Arbeiten fördern können.

2.5. Wirksamkeit

Internationale wissenschaftliche Studien und Erfahrungen aus deutschen Krankenhäusern belegen, dass klinische Ethikberatung positive Auswirkungen auf die ethische Sensibilisierung, Kommunikation, Analyse, Argumentation und Entscheidungskompetenz von Mitarbeitern in Krankenhäusern haben (12, 13, 14, 15). Empirische Untersuchungen über den Effekt von klinischer Ethikberatung im Einzelfall konnten nicht nur eine hohe Zufriedenheit der Betroffenen belegen, sondern auch eine verbesserte klinisch-ethische Entscheidungsfindung (13, 15). Ein gleichberechtigter, transparenter und interdisziplinärer Diskurs unter den Betroffenen erweist sich als Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit ethischen Problemen. Klinische Ethikberatungssysteme sind im deutschen Gesundheitswesen relativ neue Einrichtungen. Zur Prüfung ihrer Effizienz und Verbesserung ihrer Arbeit bedarf es kontinuierlicher Evaluierung und wissenschaftlicher Begleitforschung.

Um dies zu erreichen, muss nicht jede Institution Kriterien, Regeln und Modelle klinischer Ethikberatung neu erfinden. In den letzten Jahrzehnten ist umfangreich zu medizin- und klinisch-ethischen Fragestellungen geforscht und publiziert worden (3, 8–11, 16–20). Sich mit dieser Literatur bei der Gründung und Etablierung klinisch-ethischer Beratungsstrukturen zu beschäftigen, heißt nicht, die darin enthaltenen Vorschläge unkritisch zu übernehmen. Jede Institution hat ihre Eigenarten, die durch die Literatur nicht voll abgedeckt sind. Aber die konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit diesen Vorgaben bietet den Beteiligten die Chance, das eigene Tun in Kenntnis der theoretischen und praktischen Erfahrungen anderer wie der vorgeschlagenen Kriterien, Regeln und Modelle zu reflektieren. Auf diese Weise können eigene Ideen kritisch hinterfragt, korrigiert oder bestätigt werden.

2.6. Rechtliche Aspekte

2.6.1. Grundlagen

Eine ethische Beratung und Leitlinienentwicklung kann nur innerhalb des rechtlichen Rahmens erfolgen. Innerhalb des rechtlich Erlaubten kann sie allerdings eine wertvolle Hilfestellung dort geben, wo das Recht Handlungsspielräume eröffnet.

Eine ethische Fallberatung entbindet auch nicht von der Einhaltung rechtlicher

Vorgaben. Es muss allen Beteiligten bewusst sein (und sollte von den Verantwortlichen der jeweiligen Institution in geeigneter Form klargestellt werden), dass die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden durch die ethische Fallberatung nicht aufgehoben werden. Durch die Beratungstätigkeit des Klinischen Ethikkomitees darf auch kein Druck auf den jeweils zuständigen Berufsangehörigen ausgeübt werden; dieser, insbesondere auch der behandelnde Arzt, muss eigenverantwortlich entscheiden. Ihn trifft damit unabhängig von einer vorherigen ethischen Beratung ggf. die haftungs- und strafrechtliche Verantwortung.

Sofern das Klinische Ethikkomitee auch den Patienten berät, ist dafür zu sorgen, dass eine klare Trennung zwischen ethischer Beratung und ärztlicher Aufklärung stattfindet.

2.6.2. Schweigepflicht und Einwilligung des Patienten

Eine klinische Ethikberatung soll dem Behandelnden eine Hilfestellung in schwierigen Situationen liefern und damit zur besseren Versorgung der Patienten beitragen. Häufig berührt sie dabei höchstpersönliche Belange des einzelnen Patienten und damit dessen Persönlichkeitsrechte.

Beim Hinzuziehen eines Ethikkomitees muss deshalb die Anonymität des Patienten so weit wie möglich gewahrt bleiben. Durch eine ethische Fallberatung darf zudem die persönliche Arzt-Patient-Beziehung nicht gestört werden.

Für Fälle, in denen die Anonymität nicht vollständig sichergestellt werden kann, sollten alle Beteiligten einer ethischen Fallberatung, soweit sie nicht ohnehin der gesetzlichen oder berufsrechtlichen Schweigepflicht unterliegen, vonseiten der Klinikleitung zur Verschwiegenheit verpflichtet werden. Dies gilt sowohl für die an der Behandlung beteiligten Gesundheitsberufe als auch für die klinikinternen Ethikberater.

Nach Möglichkeit soll der Patient bzw. sein Vertreter über die Durchführung einer ethischen Fallberatung informiert werden und dieser zustimmen, soweit die Beratung nicht anonym erfolgen kann. Eine generelle Information über die Praxis in der jeweiligen Institution kann schon bei der Aufnahme in das Krankenhaus erfolgen.

Ist das Einholen einer Einwilligung im konkreten Fall nicht möglich oder von der Sache her nicht tunlich, kann von der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ausgegangen werden, sofern die

Ethikberatung im wohlverstandenen Interesse des konkreten Patienten durchgeführt wird und keine Anzeichen dafür bestehen, dass der Patient die Fallberatung nicht wünscht. Der Patient bzw. sein Vertreter sollte dann, sofern möglich, nachträglich über die Fallberatung informiert werden.

Die schriftliche Dokumentation der ethischen Fallberatung ist ausschließlich für die Krankenunterlagen des Patienten bestimmt.

3. Empfehlungen der ZEKO

1. Die Zentrale Ethikkommission begrüßt die zunehmende Gründung von Klinischen Ethikkomitees und anderer klinischer Ethikberatungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen als praxisrelevanten Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten und fordert Einrichtungen, in denen derartige Strukturen bisher nicht bestehen, zu ihrer Implementierung auf.

2. Eine wichtige Aufgabe Klinischer Ethikkomitees und anderer Ethikberatungssysteme ist die klinische Ethikberatung im konkreten Einzelfall (ethische Fallberatung). Darüber hinaus sollen Ethikkomitees die Möglichkeit nutzen, sich durch Leitlinienentwicklung sowie ethische Weiter- und Fortbildung an der Verbesserung der Qualität der Krankenversorgung in ihrer Einrichtung zu beteiligen. Durch diese Arbeit können wichtige Beiträge zur Organisations- und Personalentwicklung, zum Qualitätsmanagement, zur Leitbildentwicklung und zur Kultur eines Krankenhauses, einer Praxis oder einer Pflegeeinrichtung geleistet werden.

3. Zu einer guten klinischen Ethikberatung sind Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit der Beteiligten, Unabhängigkeit der Berater, Freiwilligkeit der Beratung, interdisziplinärer Austausch und Einhaltung der Schweigepflicht erforderlich.

4. Die Mitarbeiter der klinischen Ethikberatung sollen eine angemessene Fortbildung in klinischer Ethik und Moderation von ethischen Fallbesprechungen sowie in medizinrechtlichen Fragen erhalten und für ihre Arbeit in der Ethikberatung im Krankenhaus angemessene Unterstützung und Entlastung durch die Geschäftsleitung erfahren.

5. Die Zentrale Ethikkommission begrüßt die Mitarbeit von Ärzten in den multiprofessionell zusammengesetzten Klinischen Ethikkomitees und in der klinischen Ethikberatung. Hierdurch können die ethische Sensibilisierung, Argumentations- und Entscheidungskompe-

tenz bei allen Beteiligten verbessert und ärztliche Entscheidungen transparenter gemacht werden.

6. Eine ethische Fallberatung darf die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden nicht aufheben. Vielmehr muss der jeweils beruflich Zuständige, insbesondere auch der behandelnde Arzt, weiterhin verantwortlich entscheiden und handeln.

7. Eine ethische Fallberatung soll die persönliche Arzt-Patient-Beziehung nicht stören. Die Schweigepflicht muss gewahrt werden. Nach Möglichkeit ist die Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters zur ethischen Fallberatung einzuholen.

8. Klinische Ethikberatungssysteme sind im deutschen Gesundheitswesen relativ neue Einrichtungen. Zur Prüfung ihrer Effizienz und Verbesserung ihrer Arbeit wird eine kontinuierliche Evaluierung und wissenschaftliche Begleitforschung empfohlen.

4. Literatur

- Dörries A, Hesse-Jungesblut K: Bundesweite Umfrage zur Implementierung Klinischer Ethikberatung in Krankenhäusern. Bisher unveröffentlichtes Manuskript (2005).
- Simon A, Gillen E: Klinische Ethik-Komitees in Deutschland. Feigenblatt oder praktische Hilfestellung in Konfliktsituationen? In: Engelhardt v D, Loewenich v V, Simon A (Hg.). Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Lit Verlag, Münster 2001, S 151–7.
- Vollmann J: Healthcare ethics committees in Germany: The path ahead. HEC Forum 2001; 13: 255–64.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.). Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag, Stuttgart 1997.
- Vollmann J, Burchard N, Weidtmann A: Klinische Ethikkomitees an deutschen Universitätskliniken. Eine Befragung aller Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004; 129: 1227–42.
- Gerdes B, Richter G: Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J. C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA. Ein Praxisbericht aus dem Klinikum der Philipps-Universität Marburg. Ethik in der Medizin 1999; 11: 249–61.
- Reiter-Theil S: Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konstit. Ethik in der Medizin 1999; 11: 222–32.
- Vollmann J, Weidtmann A: Das klinische Ethikkomitee des Erlanger Universitätsklinikums. Institutionalisierung, Arbeitsweise, Perspektiven. Ethik in der Medizin 2003; 15: 229–38.
- Wernstedt T, Vollmann J: Das Erlanger Klinische Ethikkomitee. Organisationsethik an einem deutschen Universitätsklinikum. Ethik in der Medizin 2005; 17: 44–51.
- Steinkamp N, Gordijn B: Ethik in der Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Luchterhand, Neuwied, Köln, München 2005.

- Dörries A: Mixed feelings: Physicians' concerns about clinical ethics committees in Germany. HEC Forum 2003; 15: 245–57.
- Fox E, Arnold RA: Evaluating Outcomes in Ethics Consultation Research. Journal of Clinical Ethics 1996; 7: 127–38.
- Orr RD, Morton KR, deLeon DM, Fals JC: Evaluation of an Ethics Consultation Service: Patient and Family Perspective. The American Journal of Medicine 1996; 101: 135–41.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.). Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees. Selbstverlag, Stuttgart 1999.
- Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, Briggs KB, Komatsu GI, Goodman-Crews P, Cohn F, Young EWD: Effect of Ethics Consultation of non-beneficial life-sustaining treatment in the intensive care setting. Randomised controlled study trial. Journal of the American Medical Association 2003; 290: 1166–72.
- American Society for Bioethics and Humanities: Core Competencies for Health Care Ethics Consultation. Selbstverlag, Glenview 1998.
- Slowther A, Bunch C, Woolnough B, Hope T: Clinical Ethics Support in the UK: A review of current position and likely development. The Nuffield Trust, London 2001.
- Neitzke G: Ethik im Krankenhaus: Funktion und Aufgaben eines Klinischen Ethik-Komitees. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2003; 4: 175–8.
- MacRae S, Chidwick P, Berry S, Secker B, Hebert P, Zlotnik Shaul R, Faith K, Singer PA: Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy. Journal of Medical Ethics 2005; 31: 256–61.
- Kettner M: Ethik-Komitees. Ihre Organisationsformen und ihr moralischer Anspruch. Erwägen Wissen Ethik 2005; 16 (1): 3–16.

5. Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Marburg
 Frau Dr. med. A. Dörries, Hannover
 Prof. Dr. med. B. Gänsbacher, München
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. G. Geißlinger, Frankfurt/M.
 Frau Dr. rer. nat. S. Graumann, Berlin
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Prof. Dr. med. D. Niethammer, Tübingen/Berlin
 Frau Prof. Dr. rer. soz. I. Nippert, Münster
 Prof. Dr. med. Dr. phil. H. H. Raspe, Lübeck
 Prof. Dr. theol. habil. J. Reiter, Mainz
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Vollmann, Bochum
(federführend)
 Frau Prof. Dr. med. I. Walter-Sack, Heidelberg
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen

Korrespondenzadresse:

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1
 10623 Berlin
 Tel.: 0 30/40 04 56-4 60
 Fax: 0 30/40 04 56-4 86
 E-Mail: zeko@baek.de