

Klinische Ethikkommissionen in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme

M. Salathé, M. Leuthold, H. Amstad, M. Vallotton

Zusammenfassung

Gemäss Angaben einer an Schweizer Spitälern und Heimen durchgeführten Umfrage treten im klinischen Alltag ethische Fragestellungen und Konflikte am häufigsten im Zusammenhang mit Therapieabbruch (47 %) auf, gefolgt von Konflikten mit Angehörigen (42 %), künstlicher Ernährung (39 %), Indikation für operative Eingriffe (38 %), Zwangsmassnahmen (31 %), Konflikten mit Patienten (30 %), Reanimation (26 %) und Sterbehilfe (20 %).

Der Einsatz von klinischen Ethikkommissionen zur Unterstützung im Umgang mit diesen Konflikten ist in Schweizer Institutionen nicht sehr verbreitet. Nur knapp 20 % der Schweizer Spitäler oder Heime haben eine klinische Ethikkommission eingerichtet. Solche finden sich am häufigsten in Akutspitälern, seltener in psychiatrischen Einrichtungen und kaum in Pflegeheimen. In Rehabilitationskliniken existieren keine klinische Ethikkommissionen.

Der Aufgabenbereich dieser Kommissionen reicht von der Beratung der Klinikleitung (88 %) über die Beratung (84 %) bzw. die Entscheidung im Einzelfall (31 %) bis hin zur Erarbeitung von institutionsinternen Richtlinien im Zusammenhang mit medizinisch-ethischen Fragestellungen (61 %). Die Kommissionen sind immer interdisziplinär zusammengesetzt.

Einleitung

Im klinischen Alltag gibt es immer wieder Situationen, die schwerwiegende, ethisch heikle Entscheide erfordern: extreme Frühgeburten oder die Geburt schwerstbehinderter Kinder, «Do not resuscitate»-Anordnungen, Abschalten von Herz-Lungen-Maschinen oder Beatmungsgeräten. Unterstützung im Umgang mit solchen Situationen bieten medizinisch-ethische Richtlinien, wie sie beispielsweise die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder die Deutsche Bundesärztekammer (BÄK) herausgegeben haben. Diese bieten praktisch tätigen Ärzten in schwierigen Situationen Handlungs-

anweisungen und Entscheidungshilfen (dazu ausführlich: [1]). Auch Guidelines von Fachgesellschaften (z.B. [2]) können in diesem Sinne unterstützend wirken.

Richtlinien und Guidelines können aber nur Leitfaden sein. Die Entscheidung selbst muss fallbezogen und unter Berücksichtigung aller Umstände erfolgen. Dabei können klinische Ethikkommissionen, aber auch interne ethische Gespräche oder der konsiliarische Zuzug eines Ethikspezialisten eine Rolle spielen.

Klinische Ethikkommissionen werden definiert als interdisziplinär zusammengesetzte Gremien, die sich im Einzelfall mit einer medizinisch-ethischen Fragestellung beratend oder entscheidend auseinandersetzen. Sie können als permanentes Gremium bestehen oder ad hoc nach Bedarf und situationsbezogen zusammengestellt werden.

Klinische Ethikkommissionen bestehen in den USA seit den siebziger Jahren [3]. In Europa setzte diese Entwicklung wesentlich später ein [4]. So haben z. B. in Deutschland erst seit 1997 – auf Empfehlung des katholischen und evangelischen Krankenhausverbandes hin – ungefähr siebzig konfessionell geführte Institutionen eine Ethikkommission eingesetzt. An nicht konfessionell geführten Spitälern sind es mittlerweile ein halbes Dutzend [5]. Eine systematische Erfassung der klinischen Ethikkommissionen in anderen europäischen Ländern liegt momentan nicht vor. Dies trifft auch für die Schweiz zu. Aus diesem Grund hat die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW im letzten Jahr eine Umfrage mit folgender Zielsetzung durchgeführt:

- Erfassen der Häufigkeit von Situationen im klinischen Alltag, die mit medizinisch-ethischen Konflikten verbunden sind (nach Art des Konfliktfeldes und nach Art des Spitals);
- Bestandesaufnahme der klinischen Ethikkommissionen in Schweizer Spitälern und Heimen;
- Erfassen von Aufgaben und Struktur dieser Kommissionen;
- Abschätzen des Bedarfs an Vernetzung.

- 1 Rüetschi D. Ärztliches Standesrecht in der Schweiz – Die Bedeutung der medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Jahrbuch Junger Zivilrechtswissenschaftler 2002: Die Privatisierung des Privatrechts – rechtliche Gestaltung ohne staatlichen Zwang. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag; 2002.
- 2 Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit, Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie.
- 3 McGee G, Caplan AL, Spagnola JP, Asch DA. A national study of ethics committees. Am J Bioeth 2001;1(4):60-4.
- 4 Chevrolet J.-C. Les comités locaux d'éthique clinique hospitaliers. Med Hyg 2002;60:1781-6.
- 5 Kettner M, May A. Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandesaufnahme und Zukunftsperspektive. Ethik Med 2002;14:295-7.
- 6 Levine C. Questions and (some very tentative) answers about hospital ethics committees. Hastings Cent Rep 1984;14(3):9-12.

Korrespondenz:
Michelle Salathé, lic. iur.
SAMW
Petersplatz 13
CH-4051 Basel

Tabelle 1

Häufigkeit von Konfliktfeldern in Abhängigkeit von der Art der Institution.

Akutspital		Psychiatrische Einrichtung		Pflegeheim	
Therapieabbruch	60 %	Zwangsmassnahmen	88 %	Indikation OP	68 %
Reanimation	41 %	Konflikte mit Patienten	65 %	Konflikte mit Angehörigen	66 %
Indikation OP	34 %	Konflikte mit Angehörigen	31 %	Künstliche Ernährung	58 %
Sterbehilfe	34 %	Künstliche Ernährung	31 %	Therapieabbruch	47 %
Konflikte mit Angehörigen	32 %	Therapieabbruch	27 %	Zwangsmassnahmen	37 %
Künstliche Ernährung	28 %	Indikation OP	15 %	Konflikte mit Patienten	26 %

Methode

Im Rahmen einer Fragebogenerhebung wurden sämtliche Spitäler und Heime, welche dem schweizerischen Spitalverband H+ angeschlossen sind (Stand: Januar 2002), angefragt, ob sie über eine klinische Ethikkommission verfügen. Alle Institutionen, welche geantwortet hatten, erhielten in der Folge einen zweiten, ausführlicheren Fragebogen. Dieser enthielt Fragen zu Art und Grösse des Spitals sowie nach den häufigsten ethischen Konflikten, welche im klinischen Alltag auftreten. Dabei konnten insgesamt 11 verschiedene Themenbereiche, wie später Schwangerschaftsabbruch, Zwangsmassnahmen usw., angekreuzt werden, wobei Mehrfachnennungen und die Erwähnung zusätzlicher Themen möglich waren. Weitere Fragen betrafen den Umgang mit diesen Konflikten (standardisierte Vorgehensweisen, Art der Entscheidungsfindung usw.). Für die Institutionen, welche angegeben hatten über eine klinische Ethikkommission zu verfügen, enthielt der Fragebogen zusätzliche Fragen zu dieser Kommission (Aufgaben, Zusammensetzung, usw.).

Ergebnisse

Häufigkeit / Rücklauf

In der ersten Umfrage gaben von den insgesamt 393 angeschriebenen Institutionen 57 (18 %) an, über eine Ethikkommission zu verfügen, 261 (82 %) hatten keine Ethikkommission eingerichtet. Die Rücklaufquote betrug 81 %.

Die Rücklaufquote beim zweiten, ausführlichen Fragebogen, welcher nur noch den 318 antwortenden Institutionen zugestellt wurde, betrug noch 61 %. Von den 57 Institutionen, die gemäss der ersten Anfrage über eine klinische Ethikkommission verfügten, beantworteten 26 (46 %) den ausführlichen zweiten Fragebogen.

Von den 261 Spitälern und Heimen ohne klinische Ethikkommission antworteten bei der zweiten Befragung noch 172 (66 %).

Konfliktfelder im klinischen Alltag

Alle Institutionen (d.h. mit und ohne klinische Ethikkommission) wurden nach den häufigsten Konfliktfeldern im klinischen Alltag befragt. An erster Stelle standen dabei schwierige Entscheide im Zusammenhang mit einem allfälligen Therapieabbruch (47 %), gefolgt von Konflikten mit Angehörigen (42 %), künstlicher Ernährung (39 %), Indikation für operative Eingriffe (38 %), Zwangsmassnahmen (31 %), Konflikten mit Patienten (30 %), Reanimation (26 %) und Sterbehilfe (20 %). Eher selten wurden ethische Fragestellungen und Konflikte im Bereich von Rationierung (10 %), spätem Schwangerschaftsabbruch (6 %) und Transplantation (3 %) genannt. Wie Tabelle 1 zeigt, variiert die Häufigkeit dieser Konfliktfelder je nach Art der Institution.

Umgang mit medizinisch-ethischen Konflikten im klinischen Alltag

In 61% der Institutionen, welche an der Umfrage teilgenommen haben, besteht die Möglichkeit, neben allfälligen bestehenden klinischen Ethikkommissionen auch auf spezielle Verfahren wie beispielsweise das Einberufen eines ethischen Konsiliums^a oder den Zuzug eines Ethikers (Ethik-Konsildienst)^b zurückzugreifen. 94 % der Institutionen gaben an, dass in ethisch heiklen Situationen nach Möglichkeit ein Teamentscheid angestrebt wird, wobei in 53 % der Fälle das Team vom verantwortlichen Chefarzt bestimmt wird. Von den 57 Institutionen, die bei der ersten Umfrage das Vorhandensein einer klinischen Ethikkommission bejaht hatten, gaben bei der zweiten Umfrage fast die Hälfte (46 %) an, in solchen Situationen die klinische Ethikkommission auch beizuziehen.

a Als ethisches Konsilium wird die Fallbesprechung innerhalb des behandelnden Teams bezeichnet, wobei die ethischen Fragestellungen vertieft diskutiert werden.

b Dabei wird im konkreten Fall ein Ethik-Konsiliar zur Entscheidungsfindung zugezogen.

Verbreitung von klinischen Ethikkommissionen

Klinische Ethikkommissionen finden sich in 19 % der Akutspitäler, in 15 % der psychiatrischen Kliniken und in 3 % der Pflegeheime. In Rehabilitationskliniken existieren keine klinischen Ethikkommissionen. Die «älteste» Ethikkommission besteht seit 1988, knapp die Hälfte der Ethikkommissionen erst seit 1 bis 2 Jahren.

Zusammensetzung und Grösse der klinischen Ethikkommissionen

Alle Ethikkommissionen sind interdisziplinär zusammengesetzt. Immer sind Ärztinnen und Ärzte vertreten, meist gehören auch Pflegende (85 %) dazu. Juristen (56 %), Theologen (52 %) und Ethiker (46 %) sind häufig vertreten. Deutlich seltener finden sich in den Kommissionen Vertreter der Verwaltung (36 %) und Psychologen (28 %). Die Grösse der Kommissionen variiert von minimal 3 Mitgliedern bis hin zu 18 Mitgliedern, wobei die meisten Kommissionen aus 6 bis 9 Mitgliedern bestehen. In 87 % der Kommissionen haben auch klinikexterne Mitglieder Einsitz.

Aufgaben der klinischen Ethikkommissionen

Fast alle Ethikkommissionen beraten die Klinikleitung (88 %) und haben beratende Funktion im Einzelfall (84 %), 30 % gaben an, in einem Einzelfall auch zu entscheiden. Die Mehrheit der Kommissionen ist auch für die Erarbeitung von internen Richtlinien zuständig (61 %).

Meist erfolgt der Beizug der klinischen Ethikkommission auf freiwilliger Basis; lediglich in 27 % der Institutionen besteht eine Verpflichtung, die klinische Ethikkommission bei einem heiklen Einzelentscheid beizuziehen. Bei freiwilligem Zuzug der Ethikkommission kann dieser in der Regel von allen Involvierten (Chefarzt, Ober- und Assistenzarzt immer, Pflege häufig [70 %]) aber auch von Betroffenen (Patient und Angehörige) verlangt werden.

Arbeitsweise der klinischen Ethikkommissionen

Die meisten klinischen Ethikkommissionen stützen sich auf ein schriftliches Reglement, welches die Aufgaben und die Zusammensetzung regelt. Es bestehen allerdings grosse Unterschiede bezüglich Detaillierungsgrad der Regelungen (Wahl der Mitglieder, Amtsdauer, Ausstandsregeln, Pflicht zur Protokollierung der Entscheide usw.). Unterschiede bestehen ausserdem bezüglich Häufigkeit der Sitzungen (auf Anfrage Ad-hoc-Sitzung innerhalb von wenigen Stunden; im voraus festgelegte regelmässige Sitzungen). Die Beschlüsse der Ethikkommission sollten in der

Regel einstimmig erfolgen, 27 % der Ethikkommissionen gaben aber an, auch einen Mehrheitsentscheid gelten zu lassen, falls ein Konsens nicht erreicht werden kann.

Immerhin 37 % der Ethikkommissionen pflegen einen Austausch mit anderen Ethikkommissionen. Weit mehr jedoch, nämlich 75 % der Ethikkommissionen, haben aber angegeben, dass sie eine Vernetzung wünschen.

Diskussion

Die häufigsten Konfliktfelder überraschen nicht: Therapieabbruch, Indikationen für eine Operation, künstliche Ernährung, aber auch Zwangsmassnahmen, letztere insbesondere in der Psychiatrie bzw. in Pflegeheimen, sind äusserst sensible Bereiche, wo es nicht selten um Leben und Tod geht und deshalb ein sorgfältiger, von den Betroffenen und vom betreuenden Team gleichermaßen getragener Entscheidungsprozess unumgänglich ist.

Obwohl gerade die genannten Konfliktfelder im Umgang mit älteren, pflegebedürftigen Patienten häufig auftreten, finden sich in Pflegeheimen kaum klinische Ethikkommissionen. Ältere pflegebedürftige Menschen, die oftmals keine Angehörigen mehr haben, sind aber in besonderer Masse auf eine sorgfältige Hilfestellung in schwierigen Entscheidungssituationen angewiesen.

Nur knapp zwanzig Prozent der Schweizer Spitäler und Heime haben klinische Ethikkommissionen eingerichtet. Daneben bestehen jedoch meist andere Angebote zur Unterstützung der medizinisch-ethischen Entscheidungsfindungen im Einzelfall (z. B. Konsiliardienste), deren Existenz und Einsatz noch nicht systematisch erfasst wurde.

Die klinischen Ethikkommissionen erfüllen in der Regel verschiedene Aufgaben: Sie sensibilisieren die Mitarbeiter für ethische Fragestellungen im klinischen Alltag, fördern die Fähigkeit ethischer Urteilsbildung und formulieren für die Klinik allgemeine Leitlinien für den Umgang mit ethischen Fragestellungen. Hauptsächlich aber unterstützen und entlasten sie Mitarbeitende (und Patienten/Angehörige), indem sie bei der Entscheidungsfindung mitwirken. Durch das Angebot prozeduraler Garantien für die Transparenz in der Entscheidungsfindung können sie zur Akzeptanz der Entscheide beitragen. Dank ihrer Erfahrung und Kontinuität können sie auch aus der retrospektiven Analyse von Fällen Empfehlungen für die Zukunft entwickeln.

Ein Drittel der klinischen Ethikkommissionen in der Schweiz hat Entscheidungsfunktion im Einzelfall, wobei allerdings zu vermuten ist, dass klinische Ethikkommissionen häufig auch dort, wo sie keine formelle Entscheidungskompetenz haben, de facto zum Entscheidungsträger werden. In der Literatur, insbesondere in der amerikanischen, wird dies kritisch zur Kenntnis genommen [6]: Klinische Ethikkommissionen sollten nicht primäre Entscheidungsträger sein und vor allem nicht juristische oder allenfalls auch gerichtliche Beurteilungen ersetzen.

Da in der Schweiz offenbar doch ein Drittel der Kommissionen im Einzelfall entscheidet, müsste die Frage, wer in diesem Fall die juristische Verantwortung für den Vollzug des Entscheides trägt, auch für die Schweiz vertieft geprüft werden. Dabei ist von Bedeutung, auf welcher (gesetzlichen) Grundlage die Ethikkommission eingesetzt wird, wer sie einsetzt (Behörde, Klinikleitung) und ob ihr Beizug zwingend erfolgen muss oder nicht.

Umgekehrt ist auch in den Fällen, in denen die klinische Ethikkommission lediglich beratende Funktion hat, ihre ablehnende Stellungnahme

zur Durchführung respektive zum Abbruch einer Massnahme von den verantwortlichen Ärzten zu beachten, wollen sie nicht, dass dies ihnen im nachhinein zur Last gelegt wird.

Die Umfrage der SAMW hat gezeigt, dass ein grosses Bedürfnis nach einem Informationsaustausch zwischen den Ethikkommissionen besteht. «Dialog Ethik» in Zürich organisiert bereits regelmässige Treffen der von ihm betreuten klinischen Ethikforen, welche sich jedoch vor allem auf den Grossraum Zürich beschränken. Die SAMW wird sich als gesamtschweizerisch tätige Organisation engagieren, um diesen Austausch weiterzufördern. Sie wird deshalb am 30. April 2004 eine gesamtschweizerische Netzungsveranstaltung durchführen und ein Forum für die Vorstellung der unterschiedlichen Modelle der «Ethikberatung» und der damit gemachten Erfahrungen sowie für einen generellen Erfahrungsaustausch zwischen den klinischen Ethikkommissionen anbieten.

Wir danken allen Institutionen, welche sich die Mühe genommen haben, unsere Fragebogen auszufüllen und zu retournieren.