

Klinische Ethikberatung – eine spezielle Form der Begutachtung

Abstract: Clinical Ethics Consultation – a Particular Form of Valuation. Clinical ethics consultation is a relatively young field of expertise that supports ethically reflected decision-making. This process shakes up the existing hierarchy in two ways; first, by involving further perspectives in a structured and transparent way, and, second, by shifting the focus to a more comprehensive, interdisciplinary view. A major challenge for those providing clinical ethics consultation is building trust, which involves being considerate towards the needs of patients, relatives and healthcare professionals as well as towards customs and organizational culture. As this service emphasizes the relational aspect of medical care, it is difficult to realize within existing institutional frameworks. This paper explores how clinical ethics consultation developed and changed over the past few decades alongside an evolving understanding of respect for patient autonomy within an *ethics of care* approach. One of the most influential images related to clinical ethics consultation marks the beginning of this era, however, it also signifies some of the limitations and challenges of the practice still valid nearly 60 years after the first clinical ethics committee had been installed.

Keywords: ethics consultation, clinic, ethics of care, (relational) autonomy, healthcare ethics, clinical ethics committee, healthcare ethics committee

DOI: 10.25365/oezg-2020-31-3-8



Accepted for publication after internal review by the journal editors

Verena Stühlinger, Institut für Public Health, Medical Decision Making und HTA, UMIT Tirol, Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol, Österreich, verena.stuehlinger@umit.at

Gabriele Werner-Felmayer, Institut für Biologische Chemie, Biozentrum, Medizinische Universität Innsbruck, Innrain 80, 6020 Innsbruck, Österreich, gabriele.werner-felmayer@i-med.ac.at

Vom ‚God Committee‘ zur klinischen Ethikberatung

Bereits ab den 1920er-Jahren sorgten eine Reihe von medizinisch-technischen Fortschritten für neue und bis dahin für unmöglich gehaltene Erfolge, aber auch für neue ethische Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Versorgung. Zu diesen zählen unter anderem der klinische Einsatz von Penicillin und weiterer Antibiotika sowie etliche bahnbrechende Entwicklungen im Bereich moderner Impfstoffe, der Organtransplantation und der künstlichen Beatmung bzw. Intensivmedizin.¹ Unter den ethischen Herausforderungen im Kontext innovativer Behandlungsmöglichkeiten bleibt regelmäßig auch die zentrale Frage nach der Verteilung bzw. dem gerechten Zugang zu neuen Therapieformen unvermeidlich – so auch im Fall der in den 1950er-Jahren wesentlich weiter entwickelten Hämodialyse zur Behandlung chronischen Nierenversagens.² Da drei von vier Patienten, an denen in den USA 1960 eine neue Generation von Dialyseapparatur angewandt wurde, länger als ein Jahr überlebten (de facto konnten diese drei Patienten auch das zehnjährige Jubiläum des Verfahrens als Ehrengäste miterleben), suchte Belding Scribner – der Arzt, der die Entwicklung der Hämodialyse sehr wesentlich vorangetrieben hatte – bei der Verwaltung des *University of Washington Hospital* darum an, weitere Patient*innen behandeln zu dürfen. Dies wurde von der Verwaltung zunächst abgelehnt, da man befürchtete, die Behandlung der Betroffenen aus Klinikressourcen bezahlen zu müssen, sofern Scribners Forschungsfinanzierung durch die *National Institutes of Health* versiegen sollte. Mit Unterstützung der *King County Medical Society* und Fördergeldern der *Hartford Foundation* gelang es Scribner jedoch, das weltweit erste, öffentlich finanzierte Dialysezentrum zu etablieren. Dieses war nicht an eine Klinik angeschlossen, sondern wurde im Keller des Heims der Krankenschwestern des *Swedish Hospital* untergebracht.³ Dieses *Seattle Artificial Kidney Center* hatte drei Betten für Dialysebehandlungen, die von Krankenschwestern über Nacht durchgeführt wurden. Das Dialysat wurde mittels Kühlmaschinen eines lokalen Speiseeis-Herstellers gekühlt. Auf Grund dieser finanziellen und räumlichen Limitierungen wurde ein anonymes Zulassungskomitee, *The Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Centre at Swedish Hospital* eingerichtet.⁴ Dieses Komitee gilt als weltweit erstes klinisches Ethikkomitee.

1 Vgl. Mark P. Aulisio, Why Did Hospital Ethics Committees Emerge in the US?, in: *AMA Journal of Ethics* 18 (2016), 546–553, doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.5.mhst1-1605; George Anas, Michael Grodin, Hospital Ethics Committees, Consultants, and Courts, in: *AMA Journal of Ethics* 18 (2016), 554–559.

2 Vgl. Christopher R. Blagg, The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle, in: *American Journal of Kidney Diseases* 49 (2007), 482–496.

3 Vgl. ebd.

4 Vgl. Aulisio, Hospital Ethics Committees, 2016.

Die Mitglieder des Komitees waren sieben ehrenamtlich tätige ‚Lai*innen‘, die die (damalige) Bevölkerung repräsentieren sollten, nämlich ein Bankier, ein Pfarrer, eine Hausfrau, ein Regierungsbeamter, ein Chirurg (Arzt, aber nicht Nephrologe), ein Arbeitnehmer-Vertreter sowie ein Anwalt. Diese wurden beauftragt, darüber zu entscheiden, welche Patientinnen und Patienten von den wenigen Möglichkeiten zur Dialyse profitieren durften.⁵

Die Entscheidungskriterien entwickelte das Komitee selbst, wobei dies angesichts der Tragweite der Entscheidungen für die Mitglieder des Komitees mehr als schwierig war, wie Shana Alexander 1962 im *LIFE Magazine* berichtete.⁶ Zugleich war die Entscheidung, ein derartiges Komitee einzurichten, ein historischer Schritt, da erstmals Vertreter*innen verschiedener gesellschaftlicher Segmente über die Vergabe medizinischer Ressourcen entschieden. Alexander beschrieb es so:

„It meant acceptance of the principle that all segments of society, not just the medical fraternity, should share the burdens of choice as to which patients to treat and which to let die. Otherwise society would be forcing the doctors alone to play God.“

Doch schon bald wurde das gesamte Komitee als ‚*God Committee*‘ wahrgenommen. Fotos des Komitees (siehe Abbildung 1) illustrieren eindrücklich die Stimmung der Zeit und die geradezu geheimnisvolle Macht, die dem ‚*God Committee*‘ attestiert wurde. Alexander zitiert dazu John Myers, einen Patienten, mit folgender Aussage:

„I guess that as long as facilities are not unlimited, somebody has to pick and choose. And then they have to go home and sleep at night. What a dreadful decision! It’s like trying to play God. Frankly, I’m surprised the doctors were able to round up seven people who were willing to take the job.“⁷

Erhellend ist Alexanders Bericht hinsichtlich der geschilderten Schwierigkeiten für die Mitglieder des Komitees, ‚gerechte‘ Kriterien für die Vergabe der Dialyseanwendung zu finden. So berichtete der Chirurg, dass man ernstlich überlegt hatte, die Auswahl durch das Ziehen von Strohhalmen zu treffen und verweist zudem darauf, dass die relative Anonymität der Patient*innen und die Entscheidung in der Gruppe ihm dabei halfen, die Tragweite der Entscheidung auszuhalten.⁸ Zugleich wollten die Mitglieder des ‚Laiengremiums‘, das die weitreichenden Entscheidungen fällte, anonym bleiben und auf der Fotografie, dem Titelbild zu Alexanders

5 Vgl. ebd.

6 Vgl. Shana Alexander, *They Decide Who Lives Who Dies: Medical Miracle Puts a Moral Burden on a Small Committee*, in: *Life*, 9.11.1962, 102–125.

7 Vgl. ebd., 125.

8 Vgl. ebd., 123.



Abbildung: Seattle Artificial Kidney Center Admissions and Policy Committee, Fotografie von Lawrence Schiller für das Life Magazine. Getty Images, Bild Nr. 144155518.⁹

Artikel (Abbildung), nicht erkennbar sein, da sie sich bezüglich der Implikationen ihrer Entscheidungen im Klaren waren. Aus 17 Kandidat*innen, die für eine Dialyse in Frage kamen, wählte dieses Komitee zehn Personen aus, sieben erhielten keine Behandlung und starben.¹⁰ Das Komitee praktizierte somit eine Art von Triage, die bisher eigentlich nur aus einem militärischen oder Katastrophen-Kontext geläufig war. Die Kritik an dieser Vorgangsweise war groß und stellte laut Auffassung mancher Autor*innen die Geburtsstunde der Bioethik dar, die sich unter anderem mit ethisch begründbaren Entscheidungskriterien im Fall knapper Ressourcen befasst.¹¹

So stützte sich die Auswahl der Patient*innen unter anderem auf die Einschätzung der Erfolgchancen und die individuelle familiäre Situation. Das teils lakonische Fazit der Journalistin dazu lautete:

„No matter who decides, aren't the final choices all shaky, all arbitrary, all relative? They depend on a patient's unique worth, but on his comparative

9 Auf der Abbildung zu Alexanders Beitrag wurden die Gesichter der Mitglieder des ‚Laiengremiums‘ so verdunkelt, dass sie anonym bleiben konnten. Vgl. https://books.google.at/books?id=qUoEAAAAMBAJ&lpq=PA1&dq=life+magazine+nov+1962&pg=PA101&redir_esc=y&hl=de#v=onepage&q&f=false (11.11.2020). Für die Rechte an den Abbildungen siehe die Angaben in der Bildunterschrift.

10 Vgl. Blagg, *The Early History of Dialysis*, 2007.

11 Vgl. Christopher R. Blagg, 50th Anniversary of the Opening of the World's First Out-of-Hospital Dialysis Unit, January 8, 1962, in: *Hemodialysis International* 16 (2012), 122–127.

position in a particular slate of candidates. Who really is the more suitable patient under the present committee rules – the man who, if he is permitted to continue living, can make the greatest contribution to society; or the man who by dying would leave behind the greatest burden on society? On the basis of the past year's record, a candidate who plans to come before this committee would seem well-advised to father a great many children, then to throw away all his money, and finally to fall ill in a season when there will be a minimum of competition from other men dying of the same disease.¹²

Einerseits war also die Einrichtung eines derartigen Komitees radikal und modern, denn erstmals wurde Personen, die nichts mit der ärztlichen Behandlung zu tun hatten, eine gewichtige Entscheidungsbefugnis übertragen. Darin kann, wie oben erwähnt, ein Delegieren von Verantwortung weg von der Ärzt*innenschaft hin zur Gesellschaft bzw. an ‚Lai*innen‘ gesehen werden. Andererseits zeichnet sich in der Einrichtung dieses Komitees auch das in späteren Jahren wichtiger werdende Konzept von geteilter Verantwortung und gesellschaftlicher Beteiligung ab, ein Resultat des zunehmend wichtiger werdenden demokratischen Prinzips, das etwa auch in der gerichtlichen Lai*innenbeteiligung zu sehen ist. Ab den 1970er-Jahren wurden zunehmend klinische Ethikkomitees eingerichtet und institutionalisiert.¹³ Den gesellschaftlichen Wandel unter dem Einfluss der Bürger*innen-, Frauen- und Patient*innenrechtsbewegungen widerspiegelnd, kam diesen Komitees nun nicht mehr nur in Fragen der Allokation, sondern auch im Zusammenhang mit der Durchsetzung des Patient*innenrechts auf Behandlungsverweigerung und -beendigung eine entscheidende Rolle zu.¹⁴ In diesem Kontext hoben selbst US-bundesstaatliche Höchstgerichte hervor, dass derartige Komitees als geeignete Einrichtungen zur Entscheidungsunterstützung und als geeignete Garanten für die gerichtliche Immunität von Ärztinnen und Ärzten im medizinisch-klinischen Kontext zu betrachten seien.¹⁵

Einer der ersten derartigen Fälle war jener von Karen Ann Quinlan, die 1975 ein apallisches Syndrom mit schwerer, irreversibler Gehirnschädigung entwickelte. Die Eltern verlangten auf Basis des mutmaßlichen letzten Willens von Karen Quinlan und der medizinischen Prognose die Einstellung der künstlichen Beatmung. Die behandelnden Ärzte lehnten dies ab. In einem zur damaligen Zeit bahnbrechenden Urteil entschied der *New Jersey Supreme Court* schließlich im Sinne des Rechts auf Behandlungsabbruch und auf Einstellung der künstlichen Beatmung. In seiner Begründung nahm das Höchstgericht zu klinischen Ethikkomitees wie folgt Stellung:

12 Alexander, *They Decide*, 1962, 125.

13 Vgl. Aulisio, *Hospital Ethics Committees*, 2016; George Anas/Michael Grodin, *Hospital Ethics Committees, Consultants, and Courts*, in: *AMA Journal of Ethics* 18 (2016), 554–559.

14 Vgl. ebd.

15 Vgl. ebd.

„In the real world and in relationship to the momentous decision contemplated, the value of additional views and diverse knowledge is apparent [...] the life-support apparatus now being administered to Karen should be discontinued, [the guardian and family of Karen] shall consult with the hospital ‚Ethics Committee‘ or like body of the institution in which Karen is then hospitalized.“¹⁶

Im Gegensatz zum *Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Centre* wurden klinische Ethikkomitees ab den 1970er-Jahren zunehmend mit Expert*innen verschiedener Fachdisziplinen (Theolog*innen, Jurist*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen) besetzt. Dadurch wurde die – wenn auch konservative – gesellschaftliche Vielfalt, die das *Seattle Admissions and Policies Committee* gekennzeichnet hatte, zugunsten einer fachlichen bzw. professionellen Vielfalt der Beteiligten zurückgenommen. Dies kann durchaus als Resultat der Erfahrungen in Seattle gesehen werden, denn eines wurde damals sehr deutlich: die Kompetenz, um derartig schwierige Entscheidungen nachvollziehbar treffen zu können, musste insgesamt erst entwickelt werden. In diese Zeit fällt auch die Entstehung einer praxisbezogenen und wissenschaftlich untermauerten biomedizinischen Ethik, die sich mit den Herausforderungen einer zunehmend technisierten Medizin befasst. Ihre vier handlungsleitenden Prinzipien – Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit – sind seit Ende der 1970er-Jahre zu einem zentralen Konzept der Medizinethik geworden.¹⁷

Auf Grund von Zertifizierungsanforderungen für Krankenanstalten, aber auch auf Basis rechtlicher Verpflichtungen auf staatlicher Ebene verfügen mittlerweile alle Krankenanstalten in den USA mit über 400 Betten, Bundes-Krankenanstalten oder Krankenanstalten, die Mitglied der Vereinigung des *Council of Teaching Hospitals* waren/sind, über ein klinisches Ethikkomitee, als *Healthcare Ethics Committees* oder *Clinical Ethics Committees* bezeichnet. Somit kommt diesen eine entscheidende Rolle in der Begutachtung und Unterstützung von Entscheidungen im Kontext medizinischer Behandlungen zu.¹⁸ Kritisch wird aktuell gesehen, dass den Ethikkomitees in den USA mitunter sogar Entscheidungsverantwortung oder eine gerichtähnliche Konfliktbereinigungsfunktion übertragen wird.¹⁹ Doch insgesamt

16 Supreme Court of New Jersey, In the Matter of Karen Quinlan, an Alleged Incompetent, 70 N.J. 10, Decided 31.3.1976, 18, 22, [https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20\(1976\).pdf](https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20(1976).pdf) (15.5.2019).

17 Vgl. Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 8. Aufl., Oxford 2019 [1979].

18 Vgl. Aulisio, *Hospital Ethics Committees*, 2016.

19 Vgl. Thaddeus Mason Pope, *The Growing Power of Healthcare Ethics Committees Heightens Due Process Concerns*, in: *Cardozo Journal of Conflict Resolution* 15 (2014), 425–447.

werden sie als ein Schritt in die richtige Richtung gesehen, wie Anas und Grodin zusammenfassen:

„Ethics committees cannot solve all the problems of death and dying in hospitals, but we think they have a constructive role to play in helping to develop policies and educate clinicians in ways that are likely to promote both patient rights and good health care.“²⁰

Auch in Europa wurden seit den 1980er-Jahren zunehmend verschiedene Formen klinischer Ethikberatung geschaffen, die zum Teil auf Grund gesetzlicher Vorgaben,²¹ aber auch, ähnlich wie in den USA, auf Grund von Klinik-Zertifizierungen eingerichtet wurden.²² Zurückgeführt wird diese Entwicklung hier ebenfalls im Wesentlichen auf das veränderte Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis, und – aus heutiger Sicht – auf das Entstehen einer Kultur der Sorge, die individuelle Bedürfnisse möglichst berücksichtigen und eine gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*) ermöglichen soll. Als weitere Faktoren werden die zunehmende Mittelknappheit im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft sowie ein wachsender Wertepluralismus und Multikulturalität angesehen.²³ Hinzu kommen der Wandel des Verhältnisses der Berufsgruppen zueinander und ein dadurch gesteigertes Bedürfnis nach ethischer Reflexion. Richtungsweisend für Deutschland in diesem Zusammenhang war unter anderem die gemeinsame Empfehlung des *Deutschen Evangelischen* sowie des *Katholischen Krankenhausverbands* aus dem Jahr 1997.²⁴ Im Jahr 2006 empfahl zudem die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in Deutschland die Einrichtung von

20 Anas/Grodin, *Hospital Ethics Committees*, 2016, 558.

21 Vgl. Norbert Steinkamp u.a., *Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe*, in: *Medicine, Healthcare and Philosophy* 10 (2007), 461–475; Michelle Salathé u.a., *Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitalern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, in: *Bioethica Forum* 1/1 (2008), 8–14, 10; Katharina Woellert, *Das Klinische Ethikkomitee: Ziele, Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethik*, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2.5.2019, doi: 10.1007/s00103-019-02948-4.

22 Vgl. ebd. zur Schweiz und zu Deutschland; zu Großbritannien: Deryck Beylveled/Roger Brownsword/Susan Wallace, *Clinical Ethics Committees: Clinician Support or Crisis Management?*, in: *HEC Forum* 14/1 (2002), 13–25; Belgien: Tom Meulenbergs/Josef Vermeylen/Paul T. Schotsmans, *The Current State of Clinical Ethics and Healthcare Ethics Committees in Belgium*, in: *Journal of Medical Ethics* 31 (2005), 318–321, doi: 10.1136/jme.2003.006924.

23 Vgl. Alfred Simon/Gerald Neitzke, *Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung*, in: Andrea Dörries u.a. (Hg.), *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*, 2. Aufl., Stuttgart 2010, 22–38.

24 Vgl. *Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V./Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., Ethik-Komitee im Krankenhaus*, Stuttgart 1997.

Ethikberatungen an Kliniken.²⁵ Auch die UNESCO empfiehlt die gesetzliche Verankerung von Ethikkomitees im Gesundheitswesen.²⁶

Trotz dieser Entwicklungen ist klinische Ethikberatung im deutschsprachigen Raum bislang gesetzlich kaum verankert.²⁷ Dementsprechend sind klinische Ethikberatungs-Gremien, deren Mitglieder in der Regel ehrenamtlich arbeiten, auf institutionelle Unterstützung und eine förderliche Unternehmenskultur angewiesen. Daraus ergibt sich notwendigerweise für diese Initiativen die Aufgabe der „organisationalen Durchdringung“, wie es Katharina Woellert ausdrückt,²⁸ mit dem Ziel, klinische Ethikberatung zum fixen Bestandteil der Unternehmenskultur zu machen. Dies erfordert die Entwicklung einer Leitungsstruktur im Rahmen der Ethikberatung, die zum einen auf die Unabhängigkeit der Ethikberatung achtet, zum anderen aber auch mit den jeweiligen klinischen Leitungsebenen im Austausch ist, damit die Ergebnisse ihrer Arbeit im klinischen Alltag umgesetzt werden können.²⁹ Um den zum Teil gravierenden Qualitätsunterschieden klinischer Ethikberatung entgegen zu wirken, sind zudem Bildungs- und Vernetzungsmöglichkeiten wichtig. Daher benötigen gut funktionierende Gremien eine finanzierte Geschäftsstelle und ausreichend finanzielle Mittel, um Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder für die eigenen Mitglieder organisieren zu können.³⁰ Inwiefern das Instrument der klinischen Ethikberatung die Erwartungen auf eine verbesserte Qualität von Entscheidungen in ethisch komplexen Fällen tatsächlich erfüllen kann, ist derzeit allerdings nicht zufriedenstellend geklärt.³¹ Es wäre zudem ein

25 Vgl. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur „Ethikberatung in der klinischen Medizin“, in: Deutsches Ärzteblatt 103/24 (2006), A1703-1707, https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/Ethikberatung.pdf (29.6.2019).

26 Vgl. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies. Guide No. 2. Paris: UNESCO, 2005, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392> (17.5.2019).

27 In einigen Schweizer Kantonen besteht eine gesetzliche Grundlage für klinische Ethikberatung, vgl. Salathé u.a., Institutionalisation der Ethikberatung, 2008. In Deutschland schreibt Hessen seit 2011 als einziges deutsches Bundesland die Bestellung von Ethikbeauftragten im Krankenhausgesetz vor, vgl. Woellert, Das Klinische Ethikkomitee, 2019.

28 Ebd., 2. Die Autorin nennt folgende vier Voraussetzungen für qualitätsvolle klinische Ethikberatung: 1. einen klar formulierten Auftrag seitens der obersten Klinikleitung hinsichtlich der gewünschten Ziele und Grenzen klinischer Ethikarbeit („top down“), 2. eine entsprechende Ressourcenausstattung, 3. eine konsequente Einbindung in die Strukturen des Hauses und 4. eine hinreichende Unterstützung seitens der Mitarbeiter („bottom up“).

29 Vgl. ebd., 3; vgl. auch Dinges, Entscheidungssicherheit, 2018.

30 Vgl. Ellen Fox, Strategies to Improve Health Care Ethics Consultation: Bridging the Knowledge Gap, in: AMA Journal of Ethics 18 (2016), 528–533; Reidar Pedersen u.a., On Behalf of the European Clinical Ethics Network, The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations, in: Clinical Ethics 5 (2010), 136–141.

31 Vgl. Axel W. Bauer/Laura K. Dewies, Klinische Ethikberatung: Hohe Anforderungen, verhaltene Umsetzung, in: Deutsches Ärzteblatt 115 (2018), A-1046/B-880/C-876.

Missverständnis, zu glauben, dass der Ethik die ‚letzte‘ Deutungshoheit zukäme oder ethische Entscheidungsfindung gar ein Garant für richtiges Handeln sei.³² Bisherige Erfahrungen weisen auf zahlreiche Fallen zunehmender Professionalisierung klinischer Ethikberatung hin,³³ sodass diese auch fast 60 Jahre nach Gründung des ersten derartigen Komitees herausfordernd bleibt.

Aktuelle Praxis der klinischen Ethikberatung im deutschsprachigen Raum

Klinischen Ethikkomitees kommen nach heutiger Praxis im deutschsprachigen Raum im Wesentlichen drei Aufgabenbereiche zu: 1. Einzelfall- und Teamberatungen; 2. Fortbildung und Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ethische Fragestellungen; 3. Erarbeitung von Leitlinien.³⁴ Ethikberatung spielt zudem im Rahmen der Zertifizierung von Krankenhäusern – beispielsweise von KTQ-Zertifizierungen [Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)] – eine Rolle.

Ziel klinischer Ethikberatung ist es, durch ein Expert*innengremium zu begründeten Einschätzungen zu gelangen, die das weitere Handeln leiten sollen. Dabei spielen zahlreiche Elemente gutachterlicher Tätigkeit eine Rolle, wie etwa die Erhebung des Sachverhalts und die Berücksichtigung von Evidenz und Erfahrung. Gegenstand der Begutachtung sind komplexe ethische Fragestellungen im Rahmen von medizinischen Behandlungen, die in der Regel seitens des behandelnden Ärzt*innenteams beim klinischen Ethikgremium eingebracht werden,³⁵ je nach Einrichtung auch seitens anderer Mitglieder des Behandlungsteams, Patient*innen selbst oder Angehöriger.³⁶ Dies führt zu einer Umarbeitung der Ordnung, indem die medizinische Perspektive, die im klinischen Kontext neben dem Patient*innenwillen normalerweise handlungsleitend ist, erweitert wird. Dadurch soll ein Handlungsspielraum geöffnet oder eine bestehende Handlungsoption durch Einbringen weiterer Fachkompetenzen, nämlich der ethischen, sowie häufig auch der rechtlichen, psychologischen, seelsorgerischen oder psychosozialen, gefestigt werden. Die vorrangig klinische Betrachtungsweise des Behandlungsteams in Bezug auf eine komplexe Entschei-

32 Vgl. Jürgen Wallner, *Health Care zwischen Ethik und Recht*, 1. Aufl., Wien 2007.

33 Vgl. Bauer/Dewies, *Klinische Ethikberatung*, 2018.

34 Vgl. Andrea Dörries, *Ethik im Krankenhaus*, in: dies., *Klinische Ethikberatung*, 2010, 11–21.

35 Anfragen werden entweder an ein gesamtes Ethikkomitee (auch Ethikkreis oder Ethikkonzil genannt) oder an ein aus diesem Gremium gebildetes Ad-hoc-Beratungsteam gestellt, wobei diese Beratungen dann üblicherweise im Gremium berichtet und reflektiert werden.

36 Vgl. Verena Stühlinger/Margit Raich, *Die Rolle von Klinischen Ethikkomitees*, in: Julia Müller/Margit Raich (Hg.), *Die Zukunft der Qualitativen Forschung*, Wiesbaden 2018, 167–184, doi: 10.1007/978-3-658-23504-8_9.

derungssituation wird also interdisziplinär erweitert. Diese Vervielfältigung der Perspektiven gibt den beteiligten Personen mehr Gewissheit, ‚gut‘ zu handeln und zu entscheiden. Zentraler Orientierungspunkt ist dabei der Patient*innenwille, der unter Umständen nur mutmaßlich bekannt ist und auf einer neuen Entscheidungsgrundlage (wenn zum Beispiel eine Behandlung ein unerwartetes Ergebnis bewirkt) möglicherweise neu zu eruieren ist.

Das Ergebnis des Begutachtungsprozesses hat zwar den Charakter einer „Empfehlung“. Eine rechtliche Relevanz könnte sich aber zum Beispiel im Rahmen eines Haftungsprozesses ergeben, wenn es um die nachträgliche rechtliche Beurteilung des Sorgfaltsmaßes der handelnden Personen geht. Eine vorab unter Einbezug von Expert*innen ethisch umfassend reflektierte und auf dem Patient*innenwillen beruhende Entscheidung würde rechtlich wohl kaum als fahrlässiges Handeln qualifizierbar sein. Umgekehrt kann aber eine Handlungsempfehlung, die nicht mitgetragen oder umgesetzt wird, mitunter rechtliche Folgen haben. Damit eröffnet sich für die handelnden Personen einerseits eine Chance auf mehr Sicherheit in Bezug auf getroffene Entscheidungen,³⁷ andererseits aber ebenso ein gewisses rechtliches Risiko, wenn von Handlungsempfehlungen abgegangen wird.

Daraus ergibt sich ein Spannungsverhältnis zwischen jenen, die ärztlich handeln und dafür letztlich rechtlich die Verantwortung übernehmen müssen, und jenen, die sich quasi ‚einmischen‘ und weitere Sichtweisen in die Entscheidungsfindung einbringen. Für ein Gelingen dieses Prozesses im Sinn einer ‚guten‘ Entscheidung, die von allen mitgetragen werden kann, sind die Mitglieder eines solchen Gremiums in besonderem Maß zur Sorgfalt aufgerufen und benötigen neben ihrer fachlichen Kenntnis die Fähigkeit zum offenen Dialog, zum Zuhören und zum Mitgefühl für die Bedenken der Beteiligten – insbesondere dann, wenn es um den Abbruch einer Behandlung am Lebensende geht und die Situation konfliktreich, emotional und auch weltanschaulich aufgeladen ist. Somit kommt der Fähigkeit zur Moderation und Kommunikation seitens der Ethikberater*innen eine besondere Bedeutung zu.³⁸ Moderator*innen müssen die Fragen so stellen und die beteiligten Personen so leiten, dass das zugrunde liegende Problem erkannt und diskutiert werden kann, was unter anderem eine fundierte Ausbildung und Erfahrung voraussetzt.³⁹

37 Vgl. Stefan Dinges, Entscheidungssicherheit durch klinische Ethikberatung, in: Ulrich Körtner u.a. (Hg.), Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang, Wien 2018, 137–160.

38 Vgl. ders., Hürden auf transdisziplinären (Forschungs)Wegen, in: Elisabeth Reitingner (Hg.), Transdisziplinäre Praxis. Forschen im Sozial- und Gesundheitswesen, Wien 2008, 109–119; Bauer/Dewies, Klinische Ethikberatung, 2018; Stühlinger/Raich, Rolle von Klinischen Ethikkomitees, 2018.

39 Vgl. Andrea Dörries, The 4 – Step Approach – Ethics Case Discussion in Hospitals, in: Diametros 22 (2009), 39–46, doi: 10.13153/diam.22.2009.361; Arnd T. May, Professionalisierung und Standardisierung der Ethikberatung, in: Andreas Frewer/Florian Bruns/Arnd T. May (Hg.), Ethikberatung in der Medizin, Berlin/Heidelberg 2012, 65–76, doi: 10.1007/978-3-642-25597-7; Vorstand der Akademie

Die *Akademie für Ethik in der Medizin* leistet hier einen essentiellen Beitrag,⁴⁰ indem sie für Mitglieder von Klinischen Ethikkomitees sowie Ethikberater*innen ein Qualifizierungsprogramm mit Zertifizierungsmöglichkeit geschaffen hat.⁴¹

Fazit

Seit Beginn der Entwicklung klinischer Ethikberatung wurde deutlich, dass diese weniger einen ‚beratenden‘ oder gar ‚urteilenden‘ als vielmehr einen ‚ermächtigenden‘ Prozess darstellt, der letztlich dazu führen soll, begreifbar zu machen, was Respekt vor Autonomie in komplexen klinischen Situationen bedeutet, bedeuten kann oder könnte und wie dieses Verständnis dann auch möglichst gut in die klinische Praxis umgesetzt werden kann. Dies zeigte auch eine qualitative Befragung von Mitgliedern eines klinischen Ethikkomitees in Österreich,⁴² aus deren Sicht es bei der Beratung vor allem darum geht, die Bedürfnisse der Beteiligten zu identifizieren, den (mutmaßlichen) Patient*innenwillen zu eruieren und einen gemeinsamen Prozess der ethischen Reflexion und des Dialogs zu ermöglichen. Darin spiegelt sich die wachsende Bedeutung einer partizipativen Ethik der Sorge (*ethics of care*) um den Menschen wider,⁴³ wie sie beispielsweise in der Palliativversorgung von großer Bedeutung ist. Sie kann als Leitmotiv heutiger Praxis klinischer Ethikberatung gesehen werden.

Ihr Ziel ist gerade nicht die direktive Handlungsanleitung oder Beurteilung von Handlungen im Sinn von ‚gut‘ oder ‚schlecht‘, sondern vielmehr das Auffinden von ‚möglichst guten‘ Wegen in oft aussichtslos erscheinenden, zumindest aber höchst komplexen Situationen. Erschwert wird diese Praxis oftmals dadurch, dass die oder der zu Behandelnde nicht mitsprechen kann oder nur eingeschränkt entscheidungsfähig

für Ethik in der Medizin e.V. (VAEM), Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 149–153, doi: 10.1007/s00481-010-0053-4.

40 Die Akademie für Ethik in der Medizin ist ein Verein der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Medizinethik in Göttingen, Deutschland. Sie ist das wesentliche Referenzzentrum für qualitativ hochwertige Medizinethik im deutschsprachigen Raum. Mitglieder sind zahlreiche Universitätsinstitute in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich, die im Bereich der Medizinethik arbeiten, vgl. <https://www.aem-online.de/> (17.5.2019).

41 Vgl. Akademie für Ethik in der Medizin, Ethikberatung im Gesundheitswesen, <https://ethikkomitee.de/> (17.5.2019). In Österreich wird dieses Ausbildungsprogramm u.a. von der Medizinischen Fortbildungsakademie Oberösterreich und dem Zentrum für Ethik der Barmherzigen Brüder Österreich in Wien angeboten.

42 Vgl. Stühlinger/Raich, Rolle von Klinischen Ethikkomitees, 2018.

43 Vgl. Klaartje Klaver/Eric van Elst/Andries J Baart, Demarcation of the Ethics of Care as a Discipline: Discussion article, in: *Nursing Ethics* 21/7 (2014), 755–765; Dinges, Entscheidungssicherheit, 2018.

ist. Generell gestalten sich daher „ethische Entscheidungen als beziehungsreich und spannungsvoll“.⁴⁴

Dies erfordert bei allen, die an solchen Prozessen teilnehmen, ein grundlegendes Umdenken weg von den üblichen Hierarchien des Medizinsystems hin zu einer aus vielerlei Perspektiven reflektierten Handlungsweise und zu geteilter Verantwortung als Ausdruck einer Form der Verbundenheit und wechselseitigen Unterstützung mit dem Ziel, größtmögliche Selbstbestimmung und Wohlbefinden von Patient*innen zu ermöglichen. In diesem Sinne kann klinische Ethikberatung letztendlich als Ausdruck von Solidarität mit den in die medizinische Versorgung Eingebundenen (handelnde und behandelte Personen) und als Sorge um den Menschen verstanden werden.⁴⁵ Ethik wird „innerhalb der Kommunikation als Chiffre verwendet und dient als Auslöser für eine bestimmte Form der Kommunikation, in der der Perspektivwechsel eine zentrale Rolle einnimmt“.⁴⁶ Studien zeigen allerdings, dass im Alltag von Ethikkomitees die Hierarchieunterschiede der an der Diskussion Beteiligten durchaus ein Stück weit bestehen bleiben.⁴⁷

Mangels rechtlicher Vorgaben, wie derartige Ethik-Gremien zu organisieren sind, stellt sich die Frage, welche Expert*innen bzw. welche Expertise für diese Ausschüsse geeignet sind und wie die Unabhängigkeit von klinischen Ethikkomitees gesichert werden kann. Angesichts wieder zunehmend wichtiger werdender Allokationsentscheidungen (beispielsweise im Bereich teurer Arzneimittel) ist die Sicherstellung der Unabhängigkeit von zentraler Bedeutung, besteht doch stets die Gefahr der Einflussnahme vonseiten der Geschäftsführung bei unliebsamen Allokationsentscheidungen.⁴⁸ Dadurch wäre der patient*innenzentrierte Zugang gefährdet und ein Rückschritt in Richtung ‚*God Committee*‘ zu befürchten.⁴⁹

Im eigenen Interesse müssen die Gremien ihre Arbeit möglichst transparent und wahrnehmbar gestalten. Hierfür sind sowohl qualitätsgesicherte Prozesse als auch eine gute Dokumentation Voraussetzung. Die Dokumentation wiederum kann

44 Ruth Baumann-Hölzle/Annette Riedel/Stefan Dinges, Ethische Entscheidungen strukturieren und begründen, in: Annette Riedel/Anne-Christin Linde (Hg.), Ethische Reflexion in der Pflege, Berlin/Heidelberg 2018, 31–40, 31, doi: 10.1007/978-3-662-55403-6.

45 Zur Bedeutung und Definitionen von Solidarität bezüglich Medizin und Gesundheitswesen vgl. Barbara Prainsack, The “We” in the “Me”: Solidarity and Health Care in the Era of Personalized Medicine, in: Science, Technology & Human Values 43 (2018), 21–44; vgl. auch dies./Alena Buyx, Das Solidaritätsprinzip, Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik, Frankfurt am Main/New York 2016; Verena Stühlinger, Solidarität und Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen, in: Caroline Voithofer/Michael Ganner, RTF Tagungsband, Innsbruck 2018, 176–193.

46 Julia Inthorn, Die Ethik Klinischer Ethik-Komitees, in: Rainer Anselm (Hg.), Ethik als Kommunikation. Zur Praxis klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive, Göttingen 2008, 153–174, 174, doi: 10.17875/gup2008-382.

47 Vgl. ebd., 39.

48 Vgl. Bauer/Dewies, Klinische Ethikberatung, 2018.

49 Vgl. ebd.; Pope, Growing Power, 2014.

eine Grundlage für Tätigkeitsberichte und für Publikationen bieten, die Einblicke in die relevanten Themen geben. Jedenfalls erforderlich sind eine bessere Sichtbarmachung und Vernetzung bestehender Initiativen und Gremien selbst auf überinstitutioneller Basis. Nur durch den Austausch und die Kooperation der bestehenden Einrichtungen kann eine Professionalisierung und eine größere Akzeptanz erreicht werden und können erforderliche Schritte wahrnehmbar aufgezeigt werden.⁵⁰ Wichtig dabei ist zudem, dass der diskursive, erlebnis- bzw. bedürfnisorientierte Charakter der Beratung im Sinn einer ‚lebendigen‘ Ethikpraxis gestärkt wird. Dementsprechend müssen Instrumente und Methoden zur Umsetzung des *ethics of care*-Ansatzes in der Praxis der klinischen Ethikberatung weiter entwickelt werden.⁵¹ Darüber hinaus ist, wie es Stefan Dinges ausdrückt, die Ethikarbeit „als Aufmerksamkeit aller im Krankenhaus zu verankern und muss zum Merkmal der Organisationskultur werden.“⁵² Das Bewusstsein dafür, dass „Menschen individuell unterschiedliche Wertvorstellungen haben“ und Werte „als in der Person verankert, fast schon Intimes konzeptualisiert“ werden und somit Teil ihrer Autonomie sind, muss dabei weiter wachsen, denn letztlich ist jeder individuelle Fall, jede Patientin und jeder Patient sowie jede Situation ein „Einzelfall“, der größtmögliche Wertschätzung braucht.⁵³

50 Zu diesem Zweck wurde im Dezember 2019 die Österreichische Plattform für Ethikberatung im Gesundheitswesen konstituiert.

51 Vgl. Patrick Schuchter/Andreas Heller, The Care Dialog: the “ethics of care” approach and its importance for clinical ethics consultation, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 21 (2018), 51–62.

52 Dinges, *Entscheidungssicherheit*, 2018, 141.

53 Vgl. Inthorn, *Ethik klinischer Ethik-Komitees*, 2008, 164.