

Ethikstrukturen an Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz

Dritte, erweiterte Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Sibylle Ackermann^a, Lukas Balsiger^b, Michelle Salathé^a

^a Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Bern

^b Universität Bern / Fachstelle klinische Ethik, Bern

Zusammenfassung

Im Jahr 2014 führte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) nach 2002 und 2006 die dritte nationale Umfrage durch zur Existenz von Strukturen zur ethischen Unterstützung an Spitälern, Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken und deren Aufgaben und Funktionsweisen. Die Befragung 2014 zeigte, dass insgesamt 42% der antwortenden Kliniken über eine Ethikstruktur verfügen, bei den Akutspitälern sind es mit 48% knapp die Hälfte. In der Regel handelt es sich dabei um Ethikkommissionen, die immer interdisziplinär zusammengesetzt sind, wobei sich der Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den zwölf Beobachtungsjahren stark veränderte (z.B. starker Anstieg bei den Fachethikern und bei Vertretungen aus Verwaltung/Management). Neu ist, dass fast ein Viertel der Ethikstrukturen mit einer von der Klinik fest angestellten Ethikfachperson ausgestattet ist. Die ethische Unterstützung durch den Beizug von institutionsexternen Fachpersonen hat hingegen stark abgenommen. Die wichtigste Aufgabe der Ethikstrukturen liegt, wie schon bei den ersten Umfragen, in der retro- und/oder prospektiven Beratung von Einzelfällen. Daneben haben weitere Aufgaben deutlich an Bedeutung gewonnen, darunter das Anbieten von Aus- und Weiterbildungen, die Erarbeitung klinikinterner Richtlinien und die Beratung der Institutionsleitung.

Kritisch diskutiert werden u.a. der nach wie vor bestehende Klärungsbedarf über Rolle und Aufgabe klinischer Ethikstrukturen; die Nähe bzw. Distanz der Ethikstrukturen zu den auf den einzelnen Stationen arbeitenden Health Professionals und zur Institutionsleitung; das in vielen Ethikstrukturen herrschende Selbstverständnis, ethische Entscheide zu Einzelfällen zu treffen, sowie Fragen zur Aus- und Weiterbildung in Ethik und zur Qualitätssicherung.

Schlagnote: Klinische Ethikberatung, Ethikstrukturen, Ethikkommission, Akutspitäler, Rehabilitation, Psychiatrie, Schweiz.

Einleitung

International und national haben sich in vielen Institutionen des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten Ethikstrukturen etabliert. Mit dem Begriff «Ethikstrukturen» werden Angebote zusammengefasst, die strukturierte ethische Fallbesprechungen, die Durchführung von Ethik-Weiterbildungen, die Erarbeitung institutioneller ethischer Richtlinien und weitere Formen der Unterstützung für ethisch herausfordernde Situationen im klinischen Alltag ermöglichen [1]. In den

USA sind Ethikstrukturen für die Akkreditierung von Spitälern mittlerweile vorgeschrieben [2]. Mit ihrer Zunahme wuchs das Interesse, die Arbeit innerhalb der Ethikstrukturen quantitativ und qualitativ zu erfassen, um diese in Zukunft effizienter und besser gestalten zu können [3, 4]. In den USA wurde die erste breit angelegte Untersuchung hierzu 2001 publiziert [2].

In der Schweiz wurde 1986 erstmals professionell Ethikberatung angeboten [5]. Seit 2002 verfolgt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Entwicklung der Ethikberatung in der Schweiz. Damals waren klinische Ethikkommissionen in der Schweiz noch nicht sehr verbreitet, wie eine erste Erhebung zeigte [6]. Eine zweite Umfrage 2006 zeigte einen Ausbau der Ethikberatung in allen befragten Institutionstypen [5].

Im Jahr 2012 veröffentlichte die SAMW Empfehlungen für die Gestaltung ethischer Unterstützung in der Medizin [1]. Darin wird die Aufgabe einer Ethikstruktur folgendermassen umschrieben: «Die Ethikstruktur [...] soll zur Transparenz der Entscheidungsfindung beitragen, das Erkennen von Werten und Interessenskonflikten fördern und Lösungsansätze aufzeigen.» Der Einbezug einer Ethikstruktur wird nicht als Ersatz für die im Alltag notwendigen ethischen Diskussionen innerhalb des Behandlungs- oder Betreuungsteams verstanden, sondern als zusätzliche Unterstützung. Damit eine Ethikstruktur dies gewährleisten kann, muss sie sowohl unabhängig als auch in der Trägerorganisation sichtbar verankert sein, mit genügend Ressourcen ausgestattet sein und von Personen aus verschiedenen Fachbereichen der Medizin, der Pflege und der Ethik betrieben werden.

Mit der dritten Umfrage im Jahr 2014 eruierte die SAMW, wie sich die Ethikstrukturen seit 2006 entwickelt haben. Dank einem erweiterten Fragebogen konnten differenzierte Daten über die Organisation der Ethikstrukturen und die von ihnen behandelten Fragestellungen eingeholt werden. Nachfolgend werden die Resultate der dritten Umfrage auszugsweise vorgestellt und – wo möglich – mit den Ergebnissen der Umfragen von 2002 und 2006 verglichen.

Methode

Teil 1: Kurzfragebogen

Ein erstes Schreiben – je nach Sprachregion in deutscher, französischer oder italienischer Fassung – ging per Post an die Direktionen aller schweizerischen Akutspitäler, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitations-einrichtungen, welche dem schweizerischen Spitalverband H+ angeschlossen sind (Stand: Juni 2014). Mittels eines kurzen Fragebogens wurde ermittelt, ob eine Struktur zur ethischen Unterstützung existiert, und falls ja, wurde um die Nennung einer Ansprechperson gebeten. Das Schreiben präziserte, dass unter dem Begriff «Ethikstruktur» institutionalisierte Formen der Förderung ethischer Reflexionen, Kenntnisse und Haltungen in der medizinischen und pflegerischen Praxis verstanden werden, die durch die Arbeit einer haus-internen Ethikkommission oder eines Ethikforums, durch von der Klinik angestellte Ethikfachpersonen oder durch den Beizug einer klinikexternen Ethikberatung geleistet werden.

Teil 2: Internetbasierte Umfrage

Die auf den Kurzfragebogen antwortenden Institutionen, welche gemäss eigenen Angaben über eine Ethikstruktur verfügen, wurden ins Untersuchungskollektiv für die ausführliche Befragung aufgenommen. Die bezeichneten Ansprechpersonen erhielten daraufhin per E-Mail die Einladung, eine internetbasierte Umfrage¹ mit 29 Fragen auszufüllen.

Ergebnisse

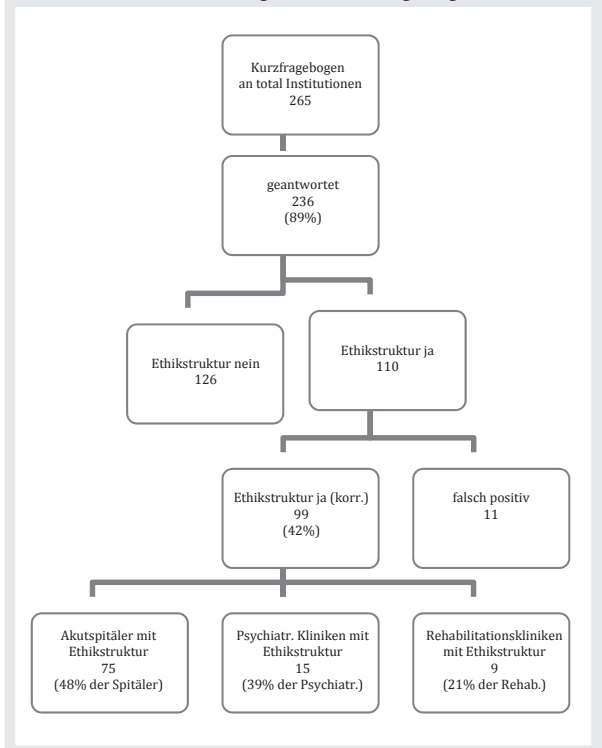
Kurzfragebogen: Rücklauf

Der Kurzfragebogen ging an 265 Spitäler, Psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken. 236 Institutionen (89%) haben den Fragebogen ausgefüllt. Dieser hohe Rücklauf entspricht quasi einer Vollerfassung und erlaubt so verlässliche Aussagen über die Verbreitung von Ethikstrukturen an Schweizer Kliniken im Jahr 2014, sodass von einer repräsentativen Umfrage gesprochen werden kann.

Kurzfragebogen: Ethikstruktur nach Art der Institution, Dauer ihres Bestehens und Häusergrösse

Von den 236 Antwortenden gab fast die Hälfte aller Kliniken (110 Institutionen) an, eine Ethikstruktur zu besitzen. Die genauere Analyse der Antworten zeigte aber, dass bei elf Kliniken die Voraussetzungen einer Ethikunterstützung nicht erfüllt sind: Vier Institutionen haben ihre positive Antwort auf die Existenz einer kantonalen Forschungsethikkommission abgestellt, sieben Kliniken darauf, dass sich ihre Spitalleitung oder die

Abbildung 1: Rücklauf Kurzfragebogen 2014 und Anteil Kliniken mit Ethikstruktur gemäss Kurzfragebogen



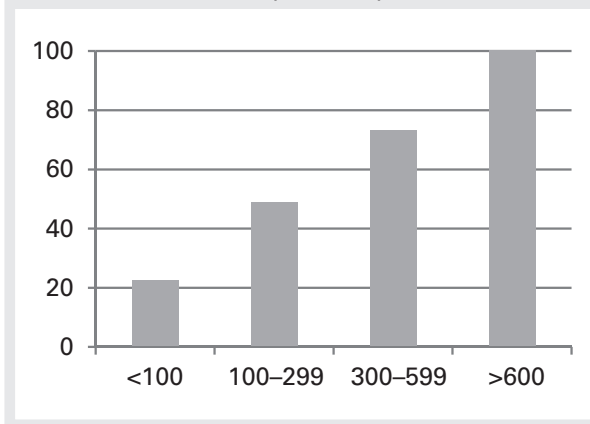
leitenden Ärzte an Besprechungen auch über ethische Aspekte austauschen. Diese elf Institutionen wurden als «falsch positive» Antworten aus dem Datenkollektiv entfernt und in der weiteren Analyse nicht berücksichtigt (vgl. Abbildung 1).

Damit resultiert aus den Angaben in den Kurzfragebögen: 99 der 236 antwortenden Institutionen bzw. 42% der erfassten Akutspitäler, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken in der Schweiz verfügen über eine Ethikstruktur. Aufgeschlüsselt nach Art der Institution verfügen im Jahr 2014 knapp die Hälfte (48%) der Akutspitäler über eine Ethikstruktur, in der Psychiatrie sind es 39% und bei den Rehabilitationskliniken gut ein Fünftel (21%).

Im Vergleich zu den 2002 und 2006 von der SAMW erhobenen Daten, die einen Anstieg des Anteils von Institutionen mit Ethikstruktur von 18% auf 44% abbilden, könnte der aus den Zahlen 2014 resultierende Anteil (42%) zu dem Schluss verleiten, dass kein weiterer Ausbau der Ethikstrukturen erfolgte. Der direkte Datenvergleich missachtet allerdings zwei Umstände: Zum einen ist das angeschriebene Datenkollektiv nicht identisch. Obwohl im gesamten beobachteten Zeitraum auf die Mitgliedschaft im Spitalverband H+ abgestellt wurde, veränderte sich der Verteiler, etwa aufgrund der in den letzten Jahren gehäuft vorkommenden Zusammenlegungen von Spitalern. Zum anderen wurden nur bei der dritten Umfrage die von den Institutionen gemachten Angaben überprüft und falsch positive Antworten eliminiert. Gegen eine Stagnation oder gar

¹ Die internetbasierte Umfrage wurde in deutscher und französischer Sprache durchgeführt. Institutionen im Kanton Tessin erhielten den Zugang zu beiden Sprachversionen.

Abbildung 2: Anteil Kliniken mit Ethikstruktur (in Prozent) nach Grösse der Institution (Bettenzahl)



einen Rückgang des Anteils von Kliniken mit Ethikstruktur sprechen die 2014 erhobenen Daten zum Gründungsjahr der Struktur. Die Hälfte (51%) der aktuell bestehenden Ethikstrukturen existieren seit weniger als fünf Jahren (Gründung oder Änderung in die aktuelle Form nach dem 1.1.2010). Gut ein Viertel (27%) der Ethikstrukturen geben 2014 an, dass sie seit fünf bis zehn Jahren etabliert sind, die restlichen 22% bestehen seit über elf Jahren.

Eine Analyse nach der Grösse der Häuser (vgl. Abbildung 2) zeigt, dass aktuell alle sehr grossen Kliniken (definiert als «Bettenzahl >600») über eine Ethikstruktur verfügen. Bei den untersuchten Institutionen mit 300–599 Betten verfügen knapp drei Viertel (73%), bei 100–299 Betten knapp die Hälfte (49%), und bei weniger als 100 Betten noch 23% der Häuser über eine Ethikstruktur. In absoluten Zahlen bedeutet Letzteres, dass 26 kleine bis sehr kleine Spitäler und Kliniken in der Schweiz eine institutionalisierte Ethikstruktur besitzen.

Internetbasierte Umfrage: Rücklauf

Die Zugangsdaten zur internetbasierten Umfrage konnten an 75 Kontaktpersonen² geschickt werden. 67 Häuser haben diese beantwortet, was einem Rücklauf von 89% entspricht. Drei Antworten mussten aussortiert werden, da ein Datensatz quasi leer und für zwei Kliniken die Umfrage doppelt eingereicht worden war. Sechs Antwortbögen waren mit Gültigkeit für mehrere Institutionen eingereicht worden, die im Rahmen eines Spitalverbandes eine gemeinsame Ethikstruktur haben – zweifach für zwei weitere Häuser, zweifach für drei weitere Häuser und zweifach für fünf weitere Häuser.³

² Diese Zahl unterscheidet sich von den mit dem Kurzfragebogen erhobenen 99 Institutionen mit Ethikstruktur, da 20 Institutionen identische Ansprechpersonen genannt haben und 4 Ansprechpersonen nicht angeschrieben werden konnten.

³ Es handelt sich um die sechs Spitalverbände Solothurner Spitäler AG (SoH) mit vier Kliniken, Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland (SR RWS) mit drei Spitalern, die Berner Lindenhofgruppe mit drei Spitalern, das Spital Netz Bern mit sechs Häusern,

Daraus resultiert für die internetbasierte Umfrage im Endeffekt: Für 84 Spitäler und Kliniken mit einer Ethikstruktur konnten Datensätze gewonnen werden. Es handelt sich um 65 Akutspitäler, 12 Psychiatrische Kliniken und 7 Rehabilitationskliniken.

Vorhandene Angebote der Ethikunterstützung 2014

Gemäss den Angaben in der internetbasierten Umfrage (n = 84, Mehrfachnennung möglich) ist die Ethikstruktur der allermeisten Spitäler und Kliniken in Form einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommission bzw. eines Ethikforums organisiert (85%), teilweise auch Ethikrat, -komitee, -beirat, -ausschuss oder ähnlich genannt (im Folgenden: «Ethikkommission»). Im Gegensatz zu dieser Namensvielfalt in der Deutschschweiz heissen die Gremien in der Romandie und im Tessin einheitlich «commission d'éthique» bzw. «commissione di etica».

Ein Fünftel (21%) der Häuser mit Ethikkommission kann die Dienste einer von der Institution angestellten professionellen Ethikfachperson in Anspruch nehmen. Insgesamt hat knapp ein Viertel (23%) der Kliniken eine solche Stelle eingerichtet, wobei die Stellenprozent stark variieren (Angaben von 5 bis 120 Stellenprozent). Nach Institutionstyp betrachtet, ist der Anteil jedoch ähnlich (Akutspitäler 23%, Psychiatrische Kliniken 25%, Rehabilitationskliniken 14%).

Über ein Viertel der Befragten (27%) gaben unter «Bemerkungen» an, dass sie zusätzlich über eine Gruppe interner ModeratorInnen für ethische Fallbesprechungen bzw. ein Netzwerk interner Ethik-Ansprechpersonen in den einzelnen Abteilungen verfügen. Der Anteil von Institutionen, die ihren Bedarf an ethischer Unterstützung durch den Beizug einer externen Ethikberatung abdecken, ist mit 7% sehr klein.

Zusammensetzung und Grösse der Ethikstrukturen

Die untersuchten Ethikkommissionen setzen sich durchschnittlich aus elf Personen zusammen (zwischen 4 und 30 Personen). In vielen Kommissionen (68%) haben auch klinikexterne Mitglieder Einsitz. Alle analysierten Gremien sind interdisziplinär zusammengesetzt. Personen aus der Medizin sind in jedem, aus der Pflege in fast jedem Fall vertreten (100% bzw. 99%), EthikerInnen (93%) und SpitalseelsorgerInnen/TheologInnen (80%) ebenfalls sehr oft. In zwei Dritteln der Ethikstrukturen (66%) hat auch die Verwaltung bzw. das Management der Institution Einsitz. Seltener finden sich Vertretungen aus Recht (50%), Sozialarbeit (49%), Psychologie (36%), Personen mit Fachwissen im Bereich Interkulturalität (16%) und Vertretungen aus Physio-, Ergo-, Logo- oder Aktivierungstherapie (16%). Je eine Ethikkommission gab an, eine PatientInnenvertretung und einen Gesundheitsökonom im Gremium

das Luzerner Kantonsspital Luzern, Sursee, Wohlhusen (LUKS), mit vier Kliniken sowie die Tessiner Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) mit sechs Institutionen.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Ethikstrukturen nach vertretenen Fachgebieten 2002, 2006 und 2014

Zusammensetzung der Ethikstrukturen nach vertretenen Fachgebieten	2002 n = 25	2006 n = 50	2014 n = 70 ⁴
Medizin	100%	100%	100%
Pflege	100%	100%	99%
Ethik	46%	54%	93%
Seelsorge/Theologie	52%	68%	80%
Verwaltung/Management	36%	54%	66%
Recht	56%	50%	50%
Psychologie	28%	27%	36%
Anderes (z.B. Sozialarbeit, Physiotherapie)	–	54%	69%

zu haben. Wie Tabelle 1 zeigt, war die Zusammensetzung bereits bei den vorangehenden Erhebungen interdisziplinär, der Anteil der einzelnen Berufsgruppen hat sich jedoch verändert.

Die Frage, ob von den Mitgliedern eine Aus- oder Weiterbildung in Ethik verlangt wird, bejahen 44% der Ethikstrukturen, zwölf weitere Häuser (17%) notieren, dass Aus- oder Weiterbildung explizit empfohlen ist bzw. eine entsprechende Verpflichtung für alle angestrebt wird. 29% der Auskunftspersonen sind der Meinung, das bestehende Angebot von Aus- und Weiterbildung in Ethik für Mitglieder von Ethikstrukturen in der Schweiz sei ungenügend. Mehr als die Hälfte der Ethikstrukturen (56%) geben an, eine externe Supervision oder Betreuung in Anspruch nehmen zu können.

Arbeitsweise und institutionelle Verankerung

Die Anzahl Zusammenkünfte der Ethikstrukturen ist sehr variabel, der Durchschnitt liegt bei acht Treffen pro Jahr (Angaben von 1 bis 50). Die Anzahl behandelte Einzelfälle liegt im Schnitt bei zwölf Fällen pro Jahr. Auch hier gibt es eine sehr grosse Streuung; die genannten Zahlen variieren von 1 Fall bis zu über 300 Fällen im Universitätsspital. 12% der Ethikstrukturen geben an, dass sie in den letzten zwölf Monaten keine Einzelfälle besprochen haben bzw. die Struktur erst im Aufbau ist und mit der Einzelfallberatung noch nicht begonnen hat.

Fast alle befragten Ethikstrukturen stützen sich auf ein schriftliches Reglement, das ihren Auftrag und ihre Funktionsweise definiert (94%). Die Aussage, die Ethikstruktur sei eng an die Direktion der Institution angebunden, bejahen 57% ganz und 28% teilweise; 15% geben an, dies treffe nicht zu. Bei 93% stellt die Institution der Ethikstruktur materielle Ressourcen zur Verfügung, z.B. für die Aus- und Weiterbildung.

Hingegen gibt nur knapp die Hälfte (47%) an, dass sich die Mitglieder während der Arbeitszeit in erforderlichem Mass in der Ethikstruktur engagieren können. Bei einem ebenso grossen Anteil (46%) ist dies teilweise gegeben. Bei den restlichen 7% wird die ethische Unterstützung vorwiegend in der Freizeit geleistet. In

fast zwei Dritteln der Kliniken erfolgt auch die Aus- und Weiterbildung in Ethik teilweise (58%) oder ganz (5%) in der Freizeit; nur 36% geben an, dass sich die Mitglieder voll und ganz während der Arbeitszeit in Ethik aus- und weiterbilden können. Die Frage, ob sich auch weitere MitarbeiterInnen der Institution während der Arbeitszeit in Ethik aus- und weiterbilden können, bejahen 37% ganz, 52% teilweise, und 11% geben an, dass dies nicht zutreffe.

Aufgabenspektrum der Ethikstrukturen

Zu den Aufgaben der Ethikstruktur gehört fast immer die Beratung in Einzelfällen (96%). 74% führen sowohl prospektive wie retrospektive Fallbesprechungen durch, ein Fünftel nur retrospektive, und 6% der Kliniken gaben an, dass solche Beratungen nur prospektiv durchgeführt werden. Die Hälfte (52%) aller untersuchten Ethikstrukturen bezeichnet auch das Treffen eines ethischen Entscheides im Einzelfall als ihre Aufgabe.

Zu den weiteren Aufgaben der meisten Ethikstrukturen gehören die Organisation von Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen in Ethik (85%), die Erarbeitung von klinikinternen ethischen Leitlinien (83%) und die Beratung der Institutionsleitung in ethischen Fragestellungen (83%). Nur 9% geben an, dass Forschung im Bereich der klinischen Ethik zu ihren Aufgaben gehöre; neben den Ethikstrukturen der fünf Universitätsspitäler sind dies die Ethikstrukturen von zwei Psychiatrischen Kliniken und von einem Akutspital mittlerer Grösse. Wie sich das Aufgabenspektrum seit 2006 verändert hat, ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Konfliktfelder im klinischen Alltag

Gefragt nach den häufigsten Konfliktfeldern, die von der Ethikstruktur behandelt werden, stehen an erster Stelle schwierige Entscheide bei der Unterlassung oder dem Abbruch von Therapiemassnahmen (65% der antwortenden Ethikstrukturen stufen dies als «sehr oft» oder «oft» vorkommend ein), gefolgt von ethischen

⁴ 84 der Ethikstrukturen im Untersuchungskollektiv sind nicht als Gremium organisiert; 2 Gremien haben keine Angaben zur Zusammensetzung gemacht.

Tabelle 2: Vergleich der Aufgaben der Ethikstrukturen 2006 und 2014

Vergleich der Aufgaben 2006 und 2014	2006 n = 50	2014 n = 84
Beratung im Einzelfall	66%	96%
Entscheidung im Einzelfall	40%	52%
Erarbeitung von klinikinternen ethischen Richtlinien	66%	83%
Organisation von Aus- und Weiterbildung in Ethik	11%	85%
Beratung der Institutionsleitung in ethischen Fragestellungen	40%	83%
Forschung im Bereich der klinischen Ethik	–	9%

Tabelle 3: Häufigste Konfliktfelder im klinischen Alltag 2002, 2006, 2014

Häufigste ethische Konfliktfelder (Mehrfachnennung möglich)	2002 n = 198 ⁵	2006 n = 50	2014 n = 78
Unterlassung oder Abbruch von Therapiemassnahmen	47%	56%	65%
Patientenverfügungen	–	–	50%
Probleme bei der Umsetzung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts	–	–	38%
Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	39%	38%	34%
Wertekonflikte im Team (auch unabhängig von Patientenfall)	–	–	34%
Notfallentscheidungen (Beatmung/Reanimation)	26%	38%	33%
Umgang mit kognitiv eingeschränkten PatientInnen	–	–	31%
Unsicherheiten im interkulturellen Kontext	–	–	31%
Zwangsmassnahmen	31%	54%	30%
Konflikt mit Angehörigen	42%	38%	28%
Konflikt mit/zwischen Ärzteschaft und/oder Pflege	–	–	24%
Konflikt mit PatientInnen	30%	40%	23%
Pflichten der Behandelnden	–	–	21%
Sterbehilfe	20%	54%	19%

Fragestellungen im Zusammenhang mit Patientenverfügungen (50%) und Problemen bei der Umsetzung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (38%). Tabelle 3 zeigt weitere Konfliktfelder, mit denen sich mindestens ein Fünftel der Ethikstrukturen (sehr) oft beschäftigt, sowie den Vergleich mit deren Bedeutung 2002 und 2006, sofern das entsprechende Themenfeld damals erfragt wurde. Mehrere «klassische» medizin-ethische Themen fehlen in Tabelle 3, da nur wenige Ethikstrukturen angaben, dass die entsprechenden Fragestellungen (sehr) oft an sie herangetragen würden, darunter Transplantationsmedizin (11%), Schwangerschaftsabbruch (10%), Rationierung (7%) bzw. Ressourcenverteilung (13%) und Datenschutz/Schweigepflicht (9%). 17% der Ethikstrukturen geben an, (sehr) oft ethische Fragen im Zusammenhang mit der Indikation für operative Eingriffe oder Therapien zu behandeln, und 13% diskutieren (sehr) oft über den Umgang mit medizinisch nicht indizierter «wunscherfüllender» Medizin.

Die Konfliktfelder variieren je nach Art der Institution. Im Jahr 2014 stehen im *Akutspital* folgende fünf Konfliktfelder im Vordergrund: Unterlassung oder Abbruch von Therapiemassnahmen (52%), Patientenverfügungen (41%), Probleme bei der Umsetzung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (32%), Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (29%) und Wertekonflikte im Team (27%). In der *Rehabilitation* sind ethische Konflikte am häufigsten im Zusammenhang mit Patientenverfügungen und der Unterlassung oder dem Abbruch von Therapiemassnahmen (je 57%) sowie dem Umgang mit kognitiv eingeschränkten PatientInnen (43%). In *psychiatrischen Einrichtungen* stellen sich am häufigsten Fragen in den fünf Konfliktfeldern Zwangsmassnahmen (73%), Unterlassung oder Abbruch von Therapiemassnahmen (50%), Wertekonflikte im Team (46%), Unsicherheiten im interkulturellen Kontext (46%) und Umgang mit kognitiv eingeschränkten PatientInnen (46%).

Diskussion

Die vorliegende Umfrage illustriert die aktuelle Anzahl von Ethikstrukturen an Schweizer Spitälern und Kliniken

5 Bei der Umfrage 2002 wurden auch die Institutionen ohne Ethikstrukturen nach den häufigsten medizin-ethischen Konfliktfeldern im klinischen Alltag befragt.

und stellt dar, wie die Strukturen aufgebaut sind und welchen Themen sie sich zuwenden. Über die Qualität und die Wirkung der klinischen Ethik im Spitalalltag lässt sich damit notwendigerweise wenig sagen; dies wäre eine interessante Ausgangsfrage für weitere Untersuchungen. Aus den hier erhobenen Daten lassen sich dennoch Implikationen ableiten, die für die Professionalisierung der klinischen Ethik wichtig erscheinen:

Klärungsbedarf zu Rolle und Aufgabe klinischer Ethikstrukturen: Im Anschluss an die Datenerhebung musste eine Bereinigung der Rohdaten durchgeführt werden (vgl. Methode), da fast ein Dutzend Institutionen falsch positive Antworten angegeben hatten. Dies zeigt, dass nach wie vor Klärungsbedarf besteht, was eine «klinische Ethikstruktur» ist und worin ihre Ziele und Aufgaben bestehen.

Ausbau der Angebote ethischer Unterstützung: Im untersuchten Zeitraum haben Ethikstrukturen und besprochene Fälle zugenommen. Es ist vorstellbar, dass das Angebot einer ethischen Unterstützung die Nachfrage erhöht. Ein weiterer Grund kann die objektive Zunahme ethisch heikler Fälle sein, auch bedingt durch neue Fragestellungen (vgl. z.B. Tabelle 3, Patientenverfügungen; Probleme bei der Umsetzung neues Erwachsenenschutzrecht). Möglich ist auch, dass die Zunahme bedingt ist durch die stärkere Sensibilisierung für ethische Fragestellungen der vermehrt in diesem Bereich weitergebildeten Health Professionals. Kritisch zu beobachten ist, ob Angebote der ethischen Unterstützung zur Absicherung und Delegation von Verantwortung verwendet werden.

Beratung und Handlungsempfehlungen durch die Ethikstrukturen: Der Anteil der Ethikstrukturen, die ihre Aufgabe auch darin sehen, im Einzelfall eine *Entscheid* zu fällen, ist im untersuchten Zeitraum angestiegen und liegt nun bei über 50%. Diese Entwicklung ist insofern kritisch zu beleuchten, als die Kompetenz dazu im engeren Sinne nicht bei der Ethikstruktur liegen kann. Handeln können immer nur die direkt in die PatientInnenbetreuung involvierten Fachpersonen, die für ihre Entscheide und deren Umsetzung auch die Verantwortung tragen. Möglich ist hingegen, dass die Ethikstruktur nicht nur eine Beratung im Sinne einer Hilfestellung bei der Lösungssuche durch die Betroffenen selbst anbietet, sondern – gestützt auf die Analyse des Einzelfalls und eine vom Ethikgremium gemeinsam gezogene Schlussfolgerung – eine *Handlungsempfehlung* abgibt. Es ist nicht auszuschliessen, dass Letzteres in der Klinik teilweise als Entscheidung verstanden wird.

Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit von (angestellten) FachethikerInnen und Health Professionals: Heute sind mit 93% in fast allen Ethikstrukturen Fachethiker vertreten (zum Vergleich: 2002 46%, 2006 54%), und in fast einem Viertel der Kliniken sind Fachethiker zu einem kleineren oder grösseren Stellenprozentsatz fest angestellt. Neben diesem Trend zum Einbezug fundiert in Ethik ausgebildeter Fach-

leute findet eine Förderung und Professionalisierung der ethischen Reflexion statt, die durch die Health Professionals geleistet wird. Dies zeigt sich einerseits an der für viele Ethikstrukturen neu dazugekommenen Aufgabe, in der Klinik *Aus- und Weiterbildung in Ethik* zu organisieren (Anstieg von 11% auf 85% in acht Jahren). Andererseits brachten Kommentare zur Frage nach der Art der Ethikunterstützung zutage, dass über ein Viertel der Institutionen *interne ModeratorInnen für ethische Besprechungen* ausgebildet und/oder *Ethik-Ansprechpersonen in den Abteilungen* bezeichnet hat (im Fragebogen standen keine entsprechenden Kategorien zur Auswahl). Diese neue Entwicklung dürfte darauf beruhen, dass in ethischen Fragen sensibilisierte und für einen guten Umgang damit engagierte Pflegefachpersonen und ÄrztInnen nun offiziell als Ethik-Ansprechperson benannt und *als Teil der Ethikstruktur sichtbar gemacht* werden.

Spannungsfeld Unabhängigkeit der Ethikstruktur: Die *Beratung der Institutionsleitung* als Aufgabe der Ethikstruktur hat seit 2006 eine starke Zunahme erfahren (von 40% auf 83%). Die Gründe dafür sind vielfältig. Die erhobenen Daten weisen darauf hin, dass die ethischen Probleme immer mehr *inhouse* angegangen werden (starker Rückgang des Bezugs externer Ethikstrukturen, Anstellung von Fachethikern, Angebote in Ethikausbildung für Spitalmitarbeitende), *strukturiert* durchgeführt und dokumentiert werden (fast flächendeckend Reglemente für die Arbeitsweise der Ethikstrukturen) und in Anbindung an die betroffenen *Abteilungen* besprochen werden (Fall-ModeratorInnen/Ethik-Ansprechpersonen in den einzelnen Abteilungen, Dokumentation), wodurch die ethische Auseinandersetzung sichtbarer und präsenter ist – auch für die Klinikleitung. Denkbar ist auch, dass zur Profilierung einer Klinik Ethikstrukturen als Aushängeschild dienen sollen. Dabei ist das Spannungsfeld zwischen Unabhängigkeit der Ethikstruktur und ihrer engen Anbindung an die Institutionsleitung nicht zu unterschätzen.

Vertretung von Recht und Verwaltung/Management in den Ethikstrukturen: Klinische Ethikkommissionen waren schon immer interdisziplinär zusammengesetzt. Beim Vergleich der vertretenen Disziplinen fällt auf, dass der Anteil an Ethikkommissionen mit bzw. ohne Juristen in den zwölf Untersuchungsjahren bei rund 50% stabil geblieben ist. Angesichts des teilweise geäusserten Verdachts einer Nutzung von Ethikberatung zur Abgabe von Verantwortung oder zur juristischen Absicherung überrascht dieser Befund. Der sich abzeichnende kontinuierliche Anstieg einer Vertretung aus Verwaltung/Management (2002 36%, 2006 54%, 2014 66%) steht im Einklang mit der verstärkten Kommunikation zwischen Ethikstruktur und Klinikleitung.

Umfang und Inhalt der Ethikausbildung: Die Daten zeigen, dass weniger als die Hälfte der Ethikstrukturen von ihren Mitgliedern eine Aus- oder Weiterbildung in Ethik verlangt. Zudem bleibt unklar, welcher Art die Ausbildungen ist; in der Schweiz existiert bislang kein

nationales Ausbildungsprogramm in klinischer Ethik. Eine von der SAMW eingesetzte Kommission erarbeitet ab 2016 Empfehlungen für die Ethik-Ausbildung angehender Health Professionals sowie für die Weiterbildung in ethischem Wissen, Können und Haltungen für die Berufspraxis.⁶

Ausblick

Dieser Artikel bildet den Grossteil der 2014 erhobenen Daten ab. Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden weitere interessante Fragen in separaten Publikationen erörtert, darunter die Bedeutung der Aus- und Weiterbildung der Leitungspersonen der Ethikstrukturen und die Analyse, wie die zu besprechenden Themen in die Ethikstruktur gelangen.

Die vorgestellten Daten beziehen sich auf den stationären Bereich in Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken. Interessant wären – auch für den Vergleich mit den hier vorliegenden Daten – nationale Umfragen zu den Ethikstrukturen einerseits in den Institutionen der Langzeitpflege und andererseits im ambulanten Bereich (Spitex).

Ebenfalls ausstehend sind Untersuchungen über die Qualität der klinischen Ethikunterstützung, sagen doch allein die Existenz einer institutionalisierten Form und die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme wenig darüber aus, ob mit den ethisch herausfordernden Fragen des medizinischen und pflegerischen Alltags sorgfältig und professionell umgegangen wird und ob die Angebote der Ethikstruktur von den Betroffenen als hilfreich erlebt wird.

Danksagung

Besten Dank an PD Dr. Rouven Porz, Fachstelle klinische Ethik Universitätsspital Bern und Medizinische Fakultät der Universität Bern, der die Zusammenarbeit des Doktoranden Lukas Balsiger mit der SAMW ermöglicht und den Doktoranden wissenschaftlich betreut und begleitet hat.

Wir danken allen Spitälern und Kliniken, die sich die Mühe genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.

Interessenkonflikt: Die Autoren bestätigen, dass hinsichtlich dieses Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen.

Abstract

In 2014, the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) conducted the latest in a series of national surveys (following those in 2002 and 2006) on the existence, responsibilities and functioning of ethics support structures in acute and psychiatric hospitals and rehabilitation centres. The 2014 survey showed that, altogether, 42% of the respondent institutions – and almost half (48%) of the acute hospitals – have an ethics structure. In general, these structures take the form of ethics committees, whose composition is always interdisciplinary, although the relative proportions of the various professional groups have changed substantially over the 12 years covered by the surveys (e.g., a sharp increase in ethics professionals and representatives of administration/management). One new finding is that almost a quarter of all ethics structures include an ethics professional permanently employed by the institution. In contrast, there has been a marked decrease in ethics support provided by external professionals. As in the earlier surveys, retro- and/or prospective consultations on individual cases proved to be the most important responsibility of ethics structures. Other responsibilities were found to be of growing importance, including the provision of education and training, the development of internal guidelines, and advisory services for institution management.

Among the points considered in the discussion are the continuing need for clarification of the role and responsibilities of clinical ethics structures; the closeness/distance of ethics structures to/from ward-based health professionals and institution management; the view – widely held among ethics structures – that they are responsible for ethical decision-making in individual cases; and questions relating to ethics education/training and quality assurance.

Résumé

En 2014, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a réalisé la troisième enquête nationale concernant les structures de soutien éthique dans les hôpitaux, les cliniques de réhabilitation et les cliniques psychiatriques, leurs missions et leurs modes de fonctionnement. Les réponses de l'enquête de 2014 ont révélé que 42% des cliniques et 48% des hôpitaux de soins aigus disposent d'une structure d'éthique. Il s'agit en principe de commissions d'éthique interdisciplinaires; toutefois la répartition des différents groupes professionnels s'est profondément modifiée au cours des douze années d'observation (on constate, par exemple, une augmentation conséquente du nombre d'éthiciens professionnels et de représentants de l'administration ou de la direction). Désormais, un expert en éthique, employé per-

6 Für weiterführende Informationen vgl. www.samw.ch/de/Ethik/Ethische-Unterstuetzung-in-der-Klinik/Ethikausbildung.html.

manent de la clinique, siège dans presque un quart des structures d'éthique. En revanche, le recours à des experts externes a fortement diminué. Comme lors des premières enquêtes, la principale mission des structures d'éthique consiste en des discussions rétrospectives et prospectives de cas individuels. D'autres missions ont gagné en importance, entre autres les offres de formations prégraduée et postgraduée, l'élaboration de directives internes à la clinique et le conseil à la direction de l'institution.

Il reste à clarifier un certain nombre de points critiques: la mission et le rôle précis des structures d'éthique clinique, la proximité respectivement la distance des structures d'éthique avec les professionnels de la santé des différents départements, la perception – prédominante dans de nombreuses structures d'éthique – de leur rôle en tant que décideur pour les questions éthiques dans des cas individuels ainsi que des questions de formation prégraduée et postgraduée en éthique et en assurance qualité.

Korrespondenz

lic. theol., Dipl.-Biol. Sibylle Ackermann
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstr. 7
CH-3001 Bern
s.ackermann[at]samw.ch

Eingang des Manuskripts: 11.01.2016

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 16.08.2016

Annahme des Manuskripts: 23.08.2016

Referenzen

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Ethische Unterstützung in der Medizin. Medizin-ethische Empfehlungen; 2012.
2. McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth.* 2001;1(4):60–4.
3. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey. *American J Bioeth.* 2007;7(2):13–25.
4. Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: A qualitative study. *Med Health Care and Philos.* 2008;11:17–25.
5. Salathé M, Amstad H, Jünger M, Leuthold M, Regamey C. Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Bioethica Forum.* 2008;1(1):8–14.
6. Salathé M, Leuthold M, Amstad H, Vallotton M. Klinische Ethikkommissionen in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. *Schweiz Ärztezeitung.* 2003;84(43):2264–7.