

Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett

S. Reiter-Theil

Zur aktuellen Lage der Klinischen Ethik und Konsultation

Ethische Zielsetzungen sind ein wesentlicher Bestandteil des Auftrags, den das Gesundheitswesen und die Patientenbetreuung in der Gesellschaft innehaben; dies belegt die historisch dokumentierte Kodifizierung der Medizinethik [1]. Eine systematische Erfassung und Fortentwicklung der Klinischen Ethik als «Gebiet» ist demgegenüber relativ neu: Dieses hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten in Nordamerika stark profiliert und gewinnt in den letzten Jahren auch in Europa zunehmend an Bedeutung [2–5]. Die Klinische Ethik stellt eine patientenorientierte Weiterentwicklung der allgemeinen Medizinethik («Bioethics») dar, die sich vor allem praktisch-ethischen Fragen des Alltags zuwendet, dies sowohl durch interdisziplinäre Forschung, in der Aus- und Fortbildung als auch in verschiedenen Formen von Beratung. Die Klinische Ethikkonsultation («Clinical Ethics Consultation») oder auch das Ethikkonzil ist ein zentraler Tätigkeitsbereich des Gebietes, der aktuell viel diskutiert und in verschiedenen Varianten erprobt wird. Der innovative und interdisziplinäre Charakter der ethischen Konsultation am Krankenbett trägt dazu bei, dass sich das Gebiet insgesamt sehr dynamisch entwickelt; zugleich wird eine Fülle von konzeptionellen und methodischen Fragen aufgeworfen, die auch die Ethik als theoretisches Fach herausfordern.

Bedarf – Anlass – Zielsetzung

Den Bedarf nach ethischer Beratung in der Klinik bestimmen nach unserem Verständnis die klinisch Tätigen und auch die Patienten selbst, wobei publizierte Fallstudien, Problemanalysen und Studien zu Fragen der Klinischen Ethik zur Sensibilisierung ebenso wie zur Präzisierung der Problemwahrnehmung beitragen. Besonders deutlich ist dies im Problemfeld der Entscheidungen am Lebensende und in der Thematik der Sterbebegleitung (Sterbehilfe); diese Fragen haben

in zahlreichen Ländern dazu beigetragen, der Klinischen Ethik einen Weg zu bereiten. Wir haben hier durch eine teilweise schon differenzierte Datenlage und einschlägige Literatur Orientierung gewonnen, die in der Aus- und Fortbildung sowie der Beratung weitergegeben werden kann; gleichwohl bleiben die ethischen und praktischen Herausforderungen der Betreuung am Lebensende weiter bestehen [6–10].

Weniger fortgeschritten sind wir bisher – international – in Problemfeldern wie dem Umgang mit limitierten Ressourcen im Gesundheitswesen, welches zugleich durch expandierende technische Möglichkeiten und tendenziell unbegrenzte Bedürfnisse gekennzeichnet ist. Eine transparente und an Regeln und Kriterien orientierte Vorgehensweise hat bisher keinen Konsens gefunden; eine solche Strategie wird gleichzeitig von manchen angemahnt, von anderen abgelehnt. Faktisch fühlen sich Ärztinnen und Ärzte durch diese Fragen in der Klinik auch in der Schweiz bedrängt und verunsichert, wie eine noch laufende international vergleichende Studie zeigt [11]; dies gilt analog auch für andere Heilberufe, z.B. die Krankenpflege, die ebenfalls mit limitierten Ressourcen umzugehen hat. Verunsicherung und Konflikte in der Klinik bezüglich der Frage, welche Entscheidungen ethisch am ehesten vertretbar seien, lassen den Wunsch nach einer Hilfestellung und allgemeinen Orientierung, ggf. auch Beratung, aufkommen.

Auch die noch zaghafte Auseinandersetzung mit unerwünschten bzw. nachteiligen Ergebnissen therapeutischer Massnahmen («adverse effects»), mit Irrtümern, Beinahefehlern oder wirklichen Fehlern, die Folgen haben, ist eine Herausforderung im klinischen Alltag, die ethische Fragen und Beratungsbedarf auslösen kann. Wie soll man mit diesen Ergebnissen umgehen? Ist Offenheit und Transparenz gegenüber dem Patienten *immer* richtig oder *immer* falsch? Welche Regeln sind angemessen und helfen, Professionalität, Ethos und Vertrauen zu bewahren? Bieten wir genügend Möglichkeiten der Prävention und De-Eskalation von Konflikten an, die gar nicht erst den Weg einer Klage gehen müs-

Korrespondenz:
Prof. Dr. Stella Reiter-Theil
Institut für Angewandte Ethik
und Medizinethik (IAEME)
Medizinische Fakultät
Universität Basel
Missionsstrasse 21
CH-4055 Basel

Internet: www.unibas.ch/aeme

sen? Oder ist das Gerichtsverfahren etwa der *Königsweg* der Problemlösung? Aktuelle Projekte zur Entwicklung einer Kultur im Umgang mit Irrtum und Fehlern, mit nachteiligen Behandlungsergebnissen sind vielversprechend und bedürfen der Unterstützung im klinischen Alltag, gegebenenfalls auch in Form ethischer Konsultationen [12, 13].

Anlässe für die Anfragen von Klinischen Ethikkonsultationen haben wir auf der Grundlage unserer Erfahrungen in vier wesentliche Kategorien zusammengefasst:

Klinische Ethikkonsultation: Kategorien von Anlässen [14]

1. Unsicherheit in der ethischen Beurteilung einer klinischen Frage.
2. Wahrnehmung eines Konfliktes zwischen ethischen Verpflichtungen – z. B. einerseits, die Selbstbestimmung (bzw. die Versuche) eines Patienten zu respektieren, andererseits, die bestmögliche Behandlung zu realisieren (welche der/die Kranke ablehnt).
3. Schwierigkeiten mit einem Dissens auf Station über eine klinisch relevante ethische Frage im Kreis der Behandelnden und Betreuenden.
4. Probleme, die sich aus der Haltung bzw. Kooperation des Kranken oder der Angehörigen für das klinische Team ergeben.

Eine Befragung in der Inneren Medizin über folgende Anlässe für das Auslösen von Ethikkonsultationen zeigt die häufigsten Dilemmas der befragten kanadischen Internisten, die Ethikkonsultation auslösten, auf: Fragen am Lebensende («end-of-life issues»), gefolgt von Fragen der Patientenautonomie («patient autonomy») und Konflikt («conflict»). Die Autoren untersuchten auch, ob der Bedarf eher durch einen Konflikt bzw. Problemdruck («distress») ausgelöst wurde oder durch Gründe, die mit der Reflexion des Betreffenden zusammenhängen («more introspective reasons», e. g. «wants help thinking through ethical issues») [15].

DuVal et al. fanden weitere sehr detaillierte Angaben: Wunsch nach Konfliktlösung («resolving conflicts»), die Herausforderung, mit einem schwierigen Patienten oder Familienmitglied umzugehen («interacting with a «difficult» patient or family member»), emotionale Auslöser («emotional trigger»), eine bevorstehende Entscheidung («making a clinical decision or planning care»), rechtliche oder richtlinienbezogene Fragen («legal or regulatory reasons»), ethische

Fragen durchdenken («thinking through ethical issues»), Förderung der Kommunikation («fostering communication»), Fairness und Gerechtigkeit («fairness and justice»), den Versuch, einer schlechten Situation zuvorzukommen («anticipation of a bad situation») und andere. Wissen und Fertigkeiten der Ärzte, festgemacht an einer gewissen Ethikfortbildung («6 or more bioethics rounds attended») korrelieren laut DuVal et al. signifikant mit der Fähigkeit, Situationen, die einer ethischen Konsultation bedurften, zu identifizieren (S. 128). Zu unterscheiden sind demnach Basiskompetenzen der klinischen Ethik, die in allen Berufsgruppen der Patientenversorgung möglichst breit entwickelt werden sollten, sowie Spezialkompetenzen derjenigen, die als Berater/innen Ethikkonsultationen durchführen. LaPuma und Schieder Mayer hatten bereits vor mehr als einem Jahrzehnt gefordert, dass klinische Ethikberater/-beraterinnen die Identifikation und Analyse ethischer Probleme beherrschen sollen und dazu ein Kompetenzprofil aufgestellt. Eine ausführliche Beschreibung der erforderlichen Kompetenzen liefert die American Society of Bioethics and Humanities [16].

Die Feststellung des Bedarfs und der Anlässe für die Auslösung von klinischer Ethikkonsultation hängt demnach eng mit der Formulierung der Zielsetzung zusammen. Die ethische Beratung in der Klinik ist als Bestandteil des Auftrags zu sehen, die Betreuung der Kranken professionell und ethisch möglichst optimal zu gestalten; des weiteren ist es eine instrumentelle Zielsetzung, die dafür erforderlichen Voraussetzungen am Arbeitsplatz und die Kompetenz des Personals zu unterstützen. Die Zielsetzungen sind, auch wenn im Einzelfall das akute Geschehen im Vordergrund steht, nicht nur kurzfristig zu verstehen, sie enthalten auch das Bemühen um einen nachhaltigen und präventiven Beitrag, z. B. zur Bewältigung künftiger ähnlicher Probleme. Zu den Zielsetzungen gehört es nicht, eine «einzig richtige», weltanschaulich geprägte Lösung zu definieren; oft kann es mehr als einen vertretbaren Weg geben, den die Verantwortlichen nach Abwägen von Pro und Kontra wählen. Neben der eigentlichen ethischen Analyse des Falls und der Handlungsoptionen geht es darum, ethisch relevante Wissenslücken und Irrtümer sowie Fehlinterpretationen, z. B. von Richtlinien, zu erkennen, zu artikulieren und zu überwinden. Dafür ist neben Fachkompetenz auch Courage und Unabhängigkeit erforderlich. Die klinische Ethikberatung ist somit eine respektvolle und eher zurückhaltende Form der Begleitung und Moderation innerhalb von Eckpunkten der Orientierung (z. B. an Patienten-

rechten), mit einem eifernden Moralisieren hat sie nichts gemeinsam.

Modell und Vorgehen – eine Perspektive aus Basel

Ethikkonsultationen, die auf Anfrage von Abteilungen des Universitätshospitals Basel von unserem Institut durchgeführt werden, folgen dem *Basler Ansatz*, der auch von kooperierenden Gruppen anderer Kliniken übernommen wurde. Als theoretische und methodische Grundlage dienen vor allem der Vier-Prinzipien-Ansatz und der Systematische Perspektivenwechsel.

Der Vier-Prinzipien-Ansatz

Als allgemeine Orientierung hat sich in der Medizinethik der Vier-Prinzipien-Ansatz international durchgesetzt, auch wenn weitere Theorien und Ansätze nebeneinander bestehen, die teilweise miteinander konkurrieren. Für eine ergebnisoffene ethische Beratung in der Klinik eignet sich dieser weltanschaulich nicht eingeschränkte Ansatz sehr gut.

Vier-Prinzipien-Ansatz der Medizinethik (nach Beauchamp und Childress [17])

1. Respekt vor der Autonomie des Patienten («respect for autonomy»);
2. Vermeidung von Schaden («non-maleficence»);
3. Hilfeleistung («beneficence»);
4. Gerechtigkeit («fairness»).

Eine Schwierigkeit dieses Ansatzes kann zugleich als bedeutender Vorzug gesehen werden: Die vier Prinzipien sind keine logische oder hierarchische Prioritätenordnung, in der stets a priori klar wäre, welches Prinzip im Vordergrund zu stehen hätte. Es gilt vielmehr, sich bei praktischen Entscheidungen jedesmal neu zu orientieren, welches Prinzip Vorrang haben soll und wie bei einem Prinzipienkonflikt zu entscheiden sei. Das Problem, dass diese Prinzipien bei vielen ethisch relevanten praktischen Fragen in der Patientenbetreuung nicht konfliktfrei umzusetzen sind, dass es sogar zu Dilemmas, das heisst einem Widerstreit zweier grundsätzlich gleichrangiger Prinzipien (nicht jedes «Problem» ist ein «Dilemma»), kommen kann, muss nicht als Nachteil der Methode bewertet werden. Denn was wäre die Alternative? Ein Ansatz, der keine Spielräume für individuelle und situative Besonderheiten eröffnet oder sogar autoritativ eine Prioritätenordnung vorgibt, würde uns vor erhebliche

Probleme der Einbettung in eine pluralistische Gesellschaft stellen, in der wir es mit Akteuren zu tun haben, die ihre moralische Kompetenz und ihren eigenen Zugang zu einer persönlichen oder professionellen Ethik beanspruchen. Prinzipienethik basiert auf individueller Kompetenz und Urteilskraft, sie lässt eine Vielfalt von Auffassungen und Interpretationen zu. Sie nimmt also eine Zwischenstellung ein zwischen einem Pluralismus, der allein noch zu wenig Orientierung gibt, einerseits und einer hierarchisch-dogmatischen Wertordnung, die zu viele Vorgaben macht, andererseits.

Der prinzipienethische Ansatz hat auch methodische Kritik erfahren, vor allem aus dem Lager der «Kasuistik», die einen stärker individuell und kontextuell geprägten Zugang zur Lösung von ethischen Fragen in der Patientenbetreuung fordern. Beauchamp und Childress haben sich mit dieser Kritik an ihrem deduktiven Verfahren der Ableitung von Regeln und Entscheidungskriterien aus Prinzipien auseinandergesetzt [18]. Wir setzen ethische Prinzipien und ihren theoretischen Hintergrund in Verbindung mit kasuistischen Methoden mit Gewinn ein, so dass wir heute der Auffassung sind, dass eine Lagerbildung zwischen «Kasuisten» und «Prinzipialisten» und daraus resultierende Annahmen über Gegensätze und Unvereinbarkeiten überholt sind (eine ausführlichere Diskussion und weitere Literatur findet sich in [18]).

Dieser Ansatz muss jedoch für die Anforderungen der patientenorientierten klinischen Ethik ergänzt und kombiniert werden mit Regeln der Kasuistik [19] und vor allem des systematischen Perspektivenwechsels.

Der systematische Perspektivenwechsel

Die grundlegende Fähigkeit, die Perspektive eines anderen einzunehmen, eröffnet als Grundlage des Verstehens erst den Weg zu einem systematischen Perspektivenwechsel. In der Ethikkonsultation sind meist mehrere Personen beteiligt, die nicht nur involviert, sondern auch engagiert sind oder sich herausgefordert fühlen. Häufig mischen sich daher verschiedene Perspektiven, die die Problemwahrnehmung und die ethische Analyse beeinflussen oder auch verzerren können. So kann etwa die Perspektive des Patienten und seiner Rechte gegenüber dem therapeutischen Eifer oder der Sorge der Angehörigen verdeckt werden und dadurch zum ethischen Problem werden; auch das Gegenteil kann der Fall sein [20, 21].

Mit Hilfe einer systematischen Variation der Perspektiven, unter denen die aktuelle Problematik betrachtet wird, sollen die relevanten Be-

dürfnisse, Rechte und Pflichten der Beteiligten erhellt werden. Wir streben damit eine Annäherung an ein ideales Modell der Unparteilichkeit – oder auch der abwechselnden Mehrparteilichkeit – an, das sich an das Gerechtigkeitsprinzip von John Rawls anlehnt; dieses qualifiziert den Weg zu einer Entscheidung dann als gerecht, wenn alle, die an der Entscheidung teilhaben, unabhängig von ihrer tatsächlichen Position mit den Folgen einverstanden sein könnten, wenn also quasi wie unter einem Schleier des Nichtwissens («veil of ignorance»), in welcher Position einen die Folgen der Entscheidung betreffen werden, entschieden wird. Dies dürfte gerade für medizinische Entscheidungen ein sehr geeigneter Ansatz sein. Zwei Konstellationen scheinen uns charakteristisch: 1. dass z. B. Ärzte sich nicht selten zu medizinischen Massnahmen verpflichtet fühlen, die sie für sich selbst mit Nachdruck – wären sie selbst der/die Kranke – ablehnen würden; 2. dass z. B. Pflegende aus der Identifikation mit nicht kommunikationsfähigen Kranken meinen, fühlen zu können, was diese (nicht) will. In beiden Fällen sollte diese starke persönliche Komponente in die Analyse einbezogen und im Lichte allgemeiner Kriterien balanciert werden.

Der systematische Perspektivenwechsel dient durch seine methodischen Schritte dazu, aus der Befangenheit in der eigenen Sichtweise herauszutreten und so zu einer umfassenderen und ausgewogeneren Einschätzung der Gesamtsituation zu gelangen. Einerseits ist diese eine Voraussetzung für eine gerechte Bewertung von widerstrebenden Interessen, andererseits korrespondiert der Übergang vom Individuum zum System, vom einzelnen zum allgemeinen, mit einer Differenzierung des moralischen Urteils, wie sie zuerst von Lawrence Kohlberg systematisch gefasst wurde. Ethisch relevant sind dabei der Gewinn der Wechselseitigkeit in den umstrittenen moralischen Interessen (der Reziprozität) und das Streben nach der Verallgemeinerbarkeit von Maximen oder Handlungsregeln, also einer universellen Geltung.

Leitfaden und Protokoll

Der *Leitfaden* für unsere Arbeit in der Klinischen Ethikkonsultation sowie der *Protokollbogen* wurden während der letzten Jahre im Lichte der praktischen Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt und auch der Weiterbildung in Klinischer Ethik zugrundegelegt (z. B. im «Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen» [22]).

Das Protokoll einer Ethikkonsultation wird in zwei Schritten erarbeitet: 1. als kurze Mitschrift für das weitere Vorgehen (sowohl auf Seiten der Kliniker und der Vertreter/innen der Ethik); 2. als ausführliche Version, die von den Vertreter/innen der Ethik formuliert und der Patientenakte beigelegt wird. Dieses Protokoll ist dazu geeignet, auch retrospektiv die Argumentation und Entscheidungsfindung nachzuvollziehen.

Qualifizierung und Synergien mit der Forschung

In der aktuellen Entwicklung der Klinischen Ethik und der Konsultation nehmen die Aktivitäten der Qualifizierung und der Qualitätsentwicklung einen breiten Raum ein, nicht nur in den USA und in Kanada, sondern zunehmend auch in Europa. So widmet der internationale postgraduale Studiengang «European Master in Bioethics» [23] dem Gebiet mehrere Module; von Seiten der Forschung vertiefen Dissertationen und interdisziplinäre Kooperationsstudien die Grundlagen und Datenlage des Feldes. Spezifische Fortbildungen, die auf die Tätigkeit der Kli-

Systematischer Wechsel der Perspektiven

Ich-Perspektive

Bedürfnisse der beteiligten Individuen, persönliche Werte, professionelles Selbstverständnis, Grenzen der Belastbarkeit u. a.; Rechte des Patienten.

Ich-Du-Perspektive

Beziehungsebene zwischen Patient und Arzt/Betreuer bzw. Bezugsperson: Erwartungen, Versprechen, Vertrauen, Überforderung u. a.

Persönliche Wir-Perspektive

Beziehungskontext des Patienten, vor allem Familie und Angehörige; Beziehungskontext des Arztes / Betreuers, hier vor allem das Team.

Institutionelle Perspektive

Leitbild, Wertorientierung, Hierarchie, Entscheidungs- und Handlungsraum, Gewissensfreiheit des einzelnen in der Institution, Einschränkungen, z. B. durch Rationierung.

Professionelle Perspektive

Standards des Fachgebietes, rechtliche Rahmenbedingungen, professionelle Ethik; z. B. Sorgfaltspflichten.

Kollektive Perspektive

Wertehorizont, z. B. durch Mitgliedschaft in einer religiösen oder politischen Gemeinschaft; persönliche Verantwortung als Mitglied der Gesellschaft; Frage: welche Medizin und welche Gesellschaft wollen wir?

Basler Leitfaden zur Klinischen Ethikkonsultation

1. *Vorbereitung*
 - Klärung des Rahmens und des Vorgehens (soweit nötig);
 - problemzentrierter Bericht aus dem klinischen Team;
 - Gelegenheit für Rückfragen und Ergänzungen.
2. *Spontane Falldiskussion der direkt Beteiligten (nach Bedarf)*
 - Gemeinsame Formulierung eines Ethikfokus für die weitere Bearbeitung.
3. *Methodische Ethikanalyse*
 - Ethische Prinzipien, Werte, Normen;
 - systematischer Perspektivenwechsel;
 - Pro und Kontra der Optionen;
 - ggf. Identifikation und Schliessen von Lücken oder Korrektur von Fehleinschätzungen.
4. *Fokussierte Ergebnisse – explizite Formulierung*
 - Entscheidung(en) und ethische Begründung;
 - weiteres Vorgehen;
 - Dokumentation.
5. *Feedback, Evaluation, Begleitforschung (wenn möglich)*

(©Reiter-Theil 2005)

Basler Protokoll zur Klinischen Ethikkonsultation

1. *Allgemeine Information*
Auf Einladung durch _____ Datum _____ Abteilung, Station _____
Teilnehmer/innen _____
2. *Patient/in (ggf. Stellvertreter/in, Eltern d. Pat.)*
Diagnose/n _____
Prognose/n _____
3. *Aktuelles Problem*
Beratungsfokus aus Sicht der Anfragenden, Ethikfokus _____
4. *Fachliche Perspektiven und Aspekte*
 - medizinische
 - pflegerische
 - ethische (inkl. Ethikrichtlinien)
 - rechtliche
 - psychologische
 - weitere
5. *Methodische Ethikanalyse (analog Leitfaden)*
6. *Beratungsverlauf / Schwerpunkt(e)*
7. *Fokussierte Ergebnisse – explizite Formulierung (analog Leitfaden)*
8. *Ansprechpartner/innen auf Station*
Ansprechpartner/in Medizinethik _____
Für das Protokoll (Medizinethik) _____ Datum, Unterschrift _____

(©Reiter-Theil 2005)

nischen Ethikkonsultation vorbereiten, werden auf lokaler und regionaler sowie internationaler Ebene angeboten. Auch in die grundständige akademische Ausbildung der Studierenden in der Medizin wird die Klinische Ethik zunehmend einbezogen, indem einschlägige Fallbeispiele problemorientiert bearbeitet und die Grundlagen der Analyse vermittelt werden.

Ein renommierter Vertreter der amerikanischen Medizinethik, Daniel P. Sulmasy, hat eine interdisziplinäre Forschung speziell zu Fragen der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe gefordert, die «hinter die Zahlen» blickt, die auf empirische Daten baut und Bezug nimmt, aber vornehmlich spezifische Einsichten erbringt, die auf qualitativen Forschungsverfahren basieren [24] (S. 258). Diese Forderung gilt für die Klinische Ethik ganz besonders. Aktuelle Kooperationsstudien und Dissertationen helfen eine interdisziplinäre Forschung zur Klinischen Ethik aufzubauen, die zwischen quantitativen und qualitativen Methoden überbrückt und die Vorteile beider zu nutzen versteht [18].

Als Fazit zur aktuellen Situation der Klinischen Ethik und der Konsultation kann man festhalten, dass die Dynamik dieses Gebietes und seiner verschiedenen Praxisformen in Europa angekommen sind. Es geht nun darum, diese zu nutzen und in fruchtbarer Weise einzubetten. Die Klinische Ethik verdrängt die akademische Medizinethik («Bioethics») nicht, sondern ergänzt sie. Durch ihre unmittelbare Nähe zur Klinik kann sie sowohl der Theorie als auch der Praxis positive Impulse geben; den klinisch Tätigen will und kann sie eine Hilfe sein, den Auftrag einer möglichst guten Patientenversorgung zu erfüllen und dabei auch ethische Herausforderungen zu bestehen.

Second International Conference – Clinical Ethics Consultation

Basel, 17.–20.3.2005

Mehr Information: www.iaeme.ch

Literatur

- 1 Tröhler U, Reiter-Theil S (Hrsg.) (unter Mitarbeit von Herych E). Ethik und Medizin 1947–1997. Auftrag für die Zukunft. Göttingen: Wallstein; 1997.
- 2 Ethik in der Medizin 1999;11(4).
- 3 Health Ethics Committee Forum 2001;13(3).
- 4 Journal of Medical Ethics 2001;27(suppl 1).
- 5 Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal 2003;6.

- 6 Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR). Empfehlungen zum Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens. In: Wienke A, Lippert H-D (Hrsg.). Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte. Heidelberg: Springer; 2001. S. 151.
- 7 Reiter-Theil S. Balancing the perspectives. The patient's role in clinical ethics consultation. *Med Health Care Philos* 2003;6:247-54.
- 8 Reiter-Theil S. Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven. *Medizinethische Materialien* Nr. 150, Februar 2004.
- 9 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. *Schweiz Ärztezeitung* 2004;85(1/2):50-4.
- 10 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. *Schweiz Ärztezeitung* 2004;85(6):288-91.
- 11 Hurst S, Forde R, Pegoraro R, Perrier A, Reiter-Theil S, Slowther A, Danis M. An Exploration of the Interaction of Rationing at the Provider and System Wide Level. Poster. Society General Internal Medicine, May 12–15, 2004.
- 12 Smith ML, Forster HP. Morally managing medical mistakes. *Camb Q Healthc Ehtics* 2000;9(1):38-53.
- 13 Ummenhofer W, Amsler F, Sutter PM, Martina B, Martin J, Scheidegger D. Team performance in the emergency room: assessment of interdisciplinary attitudes. *Resuscitation* 2001;49(1):39-46.
- 14 Reiter-Theil S. Ethics consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study. *J Med Ethics* 2000;26:198-203.
- 15 DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers request for ethics consultations? *J Med Ethics* 2001;27(suppl 1):124-9.
- 16 American Society for Bioethics and Humanities. Core Competencies for Health Care Ethics Consultation. Glenview, IL: ASBH; 1998.
- 17 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Medical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
- 18 Reiter-Theil S. Does Empirical Research make Bioethics more Relevant? «The Embedded Researcher» as a Methodological Approach. *Med Health Care Philos* 2004;7:7-29.
- 19 Bühler E, Reiter-Theil S. Überleben – ein ethisch ambivalentes Therapieergebnis? Epikrise mit prospektiven und retrospektiven Überlegungen zu einem Therapieabbruch bei irrtümlich erwartetem Hirntod mit der Aussicht auf Organentnahme. In: Sass HM, May A (Hrsg.). Behandlungsgebot oder Behandlungsverzicht. Grenzfragen ärztlicher Entscheidungskonflikte. Münster: LIT; 2004. S. 15-31.
- 20 Agich GJ, Youngner SJ. For Experts Only? Access to Hospital Ethics Committees. *Hastings Center Report* 1991: 17-26
- 21 Reiter-Theil S. Ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE Study. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003;17(2): 273-87.
- 22 Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen (in Kooperation zwischen Nürnberg/Erlangen, der Akademie für Ethik in der Medizin und IAEME, Basel). www.cekib.de.
- 23 European Master in Bioethics (in Kooperation zwischen den Universitäten Leuven, Nijmegen, Padua und IAEME, Basel). www.masterbioethics.org.
- 24 Sulmasy DP. Research in Medical Ethics: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. In: Sugarman J, Sulmasy P (eds.). *Methods in Medical Ethics*. Georgetown: University Press; 2001. S. 247-66.

Second International Conference – Clinical Ethics Consultation

Vom 17. bis 20. März 2005 veranstalten das Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik (IAEME) der Universität Basel, das Department für Bioethics der Cleveland Clinic, Ohio, USA, und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine internationale Konferenz zur Klinischen Ethik.

Die Betreuung von Kranken am Lebensende und in kritischen Situationen, in denen es um Lebensrettung geht, «Sterbehilfe», Assistierte Fortpflanzung, Schwangerschaftsabbruch, Entscheidungen für schwerkranke Neugeborene werden thematisiert: Wie werden schwierige ethische Fragen reflektiert und entschieden? Welche Formen der Beratung bewähren sich in der Krankenversorgung? Auch Grundsatzfragen nach der Methode, mit der Ethikberater/-beraterinnen Gespräche moderieren und nach der theoretischen Orientierung bei der Suche nach ethischen Problemlösungen, stehen auf der Tagesordnung. Und gesellschaftlich brisante Fragen wie die, ob die zunehmende Nachfrage nach «Ethik» in der Klinik problematische Entwicklungen – Stichwort: «Rationierung» – begleiten sollte, werden nicht ausgespart.

Insgesamt ist die Klinische Ethik ein *inter-*, ja sogar *transdisziplinäres* Gebiet, das auch Fragestellungen der Heilberufe, der Gesundheitspolitik oder auch des Krankenversicherungswesens anspricht. Es ist ganz vorrangig auf praktische Fragen und Problemlösungen ausgerichtet und erschöpft sich nicht in der theoretischen Problemanalyse oder weltanschaulichen Kontroversen.

In der Entstehung der Klinischen Ethikkonsultation spielten die Fragen der Patientenbetreuung am Lebensende eine herausragende Rolle – und sie tun dies noch immer. Fragen des Verzichts und des Abbruchs lebenserhaltender Massnahmen haben in den USA und auch in Europa zu aufsehenerregenden Konflikten und Kontroversen geführt, teilweise bis zu gerichtlichen Entscheidungen. Gerichte können und sollen indessen nur dann helfen, wenn die Konflikte bereits eskaliert sind bzw. wenn Grundsatzentscheidungen, z. B. bei schwierigen Wertungswidersprüchen, gefragt sind. Für den klinischen

Alltag und für eine unmittelbare und sensible Problemlösung sind sie sicherlich nicht die Instanz der Wahl. Gefragt ist hier vielmehr eine präventive Strategie, die die Eskalation von Konflikten überhaupt verhindert und sofort greift, wenn die Unsicherheit oder das Problem entsteht. Dies ist der Ansatz der Klinischen Ethikkonsultation im Sinne einer kurzfristigen und patientenorientierten ethischen Beratung am Krankenbett. Diese Form der Beratung kann, muss aber nicht einhergehen mit der Gründung eines Komitees; es gibt durchaus Krankenhausethikkomitees, die nur selten zur Beratung über Fälle herangezogen werden. Die Ethikkonsultation weist Spielarten von informellen internen Gesprächen über ethische Fragen der Behandlung auf Station auf bis hin zu etablierten professionellen Services, die zwischen Kliniken und Beratern vereinbart werden. Die Ausbildung der dafür erforderlichen Fachkompetenz und die Bereitstellung der dafür notwendigen Strukturen und Budgets sind jedoch in Europa erst in Entwicklung, während diese in den USA und in Kanada weit fortgeschritten ist.

Das Plenarprogramm bietet 8 Hauptvorträge mit prominenten Gästen aus den USA, Kanada und Europa. So kann das Publikum von den etablierten Zentren für Klinische Ethik in USA und Kanada profitieren und gleichzeitig die Besonderheiten europäischer Länder vergleichen. Ein Höhepunkt wird das Abschlusspodium am Sonntagvormittag, 20.3.2005, über interkulturelle Aspekte sein: Welche universellen Gemeinsamkeiten, welche gravierenden Unterschiede für eine gemeinsame ethische Orientierung sind auszumachen?

Mehr als 100 Sprecherinnen und Sprecher haben Beiträge angemeldet, die im Parallelprogramm in überschaubaren Gruppen vorgestellt und diskutiert werden können – überwiegend in englischer Sprache. Es gibt jedoch auch ein fokussiertes Programm in deutscher sowie eines in französischer Sprache.

Nähere Information über das Programm und zur Anmeldung finden Sie auf der Konferenzwebsite: www.iaeme.ch.