

Unterstützung bei ethischen Fragen – eine methodische Orientierung zur Ethikberatung in der Palliativversorgung

Stella Reiter-Theil und Jan M. Schürmann

1 Ethische Aspekte in der Betreuung von Patienten am Lebensende

Es besteht kein Zweifel, dass die letzte Lebensphase und die Vorbereitung auf Sterben und Tod ethische Fragen aufwerfen – für die betroffenen Patienten, ihre Angehörigen und auch die Behandelnden, Pflegenden und andere professionellen Helfer. So hat auch die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) in ihren aktuellen Empfehlungen vom Oktober 2014 darauf hingewiesen, dass „die in jedem Einzelfall erforderlichen ethischen Abwägungen bei allen kurativen und palliativen Behandlungsmaßnahmen gewährleistet“ werden sollten (DGMR 2014). Das vorliegende Kapitel soll dazu beitragen, dass hierbei der gute Wille durch solide Grundkenntnisse und ein strukturiertes Vorgehen zur ethischen Beratung am Krankenbett gestärkt wird. Es handelt sich um eine aktualisierte und ergänzte Version eines viel referenzierten Artikels aus der Schweizer Ärztezeitung¹, in dem methodische Komponenten der Ethikkonsultation vorgestellt werden, die sich in verschiedenen Einrichtungen der Patientenversorgung von der Intensivmedizin bis zur Palliative Care und Langzeitpflege über viele Jahre bewährt haben und weiterentwickelt worden sind. Dabei illustrieren ausgewählte Fallvignetten ethische Problematiken am Lebensende.

Ethische Herausforderungen in der Begleitung am Lebensende können (und sollen) Behandelnde oder Pflegende motivieren, Anfragen zur Ethikberatung (an geeignete Komitees/Beratungsdienste) auszulösen; seltener ist dies bisher auch bei Pa-

¹ Reiter-Theil (2005).

S. Reiter-Theil (✉)

Leitung Abteilung Klinische Ethik, Universitäre Psychiatrische Kliniken/Universitätsspital Basel, Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel, Schweiz
E-Mail: s.reiter-theil@unibas.ch

J. M. Schürmann

Universitäre Psychiatrische Kliniken/Universitätsspital Basel, Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel, Schweiz
E-Mail: jan.schuermann@unibas.ch

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A. Wienke et al. (Hrsg.), *Aktuelle Rechtsfragen der Palliativversorgung*, MedR Schriftenreihe Medizinrecht, DOI 10.1007/978-3-662-48234-6_3

tienten oder Angehörigen der Fall (Reiter-Theil 2003), dürfte aber in der Zukunft im Zuge der Stärkung der Patientenrechte zunehmen. Solche Anfragen sind häufig mit der Bitte um Hilfestellung bei der Beurteilung/Entscheidungsfindung prospektiv angelegt; sie können aber auch rückblickend sein wie die folgende Vignette 1 illustriert.

Fallvignette 1

Die Betreuung eines betagten, multimorbiden Tumor-Patienten mit langer Krankheitsgeschichte ist für alle beteiligten Fachkräfte sehr unbefriedigend gewesen; sie wünschen daher eine *retrospektive Ethikkonsultation*. Aus Sicht des interdisziplinären Teams (ohne Beteiligung eines Palliativteam) erfolgte eine insuffiziente Schmerzkontrolle, da die Ehefrau des Patienten gegen den Einsatz von „Morphin“ intervenierte. Sie wollte verhindern, dass der Ehemann das Bewusstsein verliert und befürchtete zudem eine Beschleunigung des Todeseintritts. Erst nach langem Hin und Her mit zahlreichen Gesprächen und deutlichen Schmerzäußerungen des Patienten akzeptierte die Ehefrau schließlich seine Sedierung (mit anderen Mitteln). Der Patient schlief daraufhin friedlich ein und verstarb innerhalb von Stunden.

Bei diesem anhaltenden Konflikt mit der Ehefrau wäre es sinnvoll gewesen, eine kombinierte Beratung durch das Palliativteam, die Klinische Ethik und ggf. den Rechtsdienst einzuholen. Mit einer Rückversicherung durch Ethik und Recht hätte man die Beratung der Ehefrau stärker auf den mutmaßlichen Patientenwillen – Leidenslinderung – einstellen können. Es war zwar richtig, die seelische Not der Ehefrau anzuerkennen und auf Moralisierung oder emotionale Eskalation zu verzichten. Anstatt ihr als „Stellvertreterin“ die gesamte Verantwortung für die Entscheidung zu überlassen, hätte man den mutmaßlichen Patientenwillen ins Zentrum stellen und auch sie dadurch entlasten können. Eine Eskalation durch Anrufen der Behörden hätte in dieser Situation mehr Schaden als Nutzen gebracht.

Diese retrospektive Ethikkonsultation, die von allen Teilnehmenden als hilfreich empfunden wurde, zeigt auf, wie das Team in einer komplexen Situation, die in ähnlicher Weise wieder auftreten kann, ethisch sinnvoll umgehen könnte. Hier wäre eine Priorisierung des mutmaßlichen Patientenwillens angezeigt gewesen, ebenso das rechtzeitige Einholen von interdisziplinärer Beratung bei Dissens mit Angehörigen.

2 Hintergrund und aktueller Stand der Klinischen Ethik

Ethische Ziele umzusetzen, ist ein wesentlicher Bestandteil des Auftrags, den das Gesundheitswesen und die Patientenbetreuung in der Gesellschaft innehaben; dies belegt die historisch dokumentierte Kodifizierung der Medizinethik (Tröhler und Reiter-Theil 1997). Eine systematische Erfassung und Fortentwicklung der Klinischen Ethik,

einschließlich der „ethischen Unterstützung“, Ethikkonsultation oder Ethikberatung als Fachgebiet ist demgegenüber relativ neu: Dieses Fachgebiet hat sich seit den Anfängen in Nordamerika, Australien und Neuseeland profiliert und auch in Europa seit der Jahrtausendwende stark an Bedeutung gewonnen.² Die Klinische Ethik stellt eine Patienten-orientierte Weiterentwicklung der allgemeinen Medizinethik („Bioethics“) dar, die sich vor allem ethisch-praktischen Fragen des klinischen 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“), auch Ethik-Konsil genannt, ist ein zentraler Tätigkeitsbereich, der viel diskutiert und in verschiedenen Varianten erprobt wird (ASBH 2011). Der innovative und interdisziplinäre Charakter der ethischen Konsultation am Krankenbett trägt dazu bei, dass sich das Gebiet insgesamt weiter sehr dynamisch entwickelt; zugleich wird eine Fülle von konzeptionellen, methodischen und grundsätzlichen Fragen aufgeworfen, die auch die Ethik als theoretisches Fach herausfordern (Childress 2007; Reiter-Theil et al. 2011; Schürmann 2014).

Von Beginn an standen ethische Fragen und Themen im Zusammenhang mit dem Lebensende bei der Ethikkonsultation im Vordergrund (DuVal et al. 2004; Swetz et al. 2007). Die ethischen Beratungen in diesem Bereich weisen indessen eine Fülle von weiteren Herausforderungen auf, u. a. die Frage nach der Urteilsfähigkeit des Patienten, ggf. im Zusammenhang mit für die Willensbildung relevanten Komorbiditäten, z. B. Depression. Eine Klinische Ethik der psychiatrischen Patientenversorgung ist demgegenüber noch relativ neu, wobei das Beratungsangebot auf lebhaften Bedarf stößt (Reiter-Theil et al. 2014). Hier geht es u. a. um Patienten mit dementiellen Veränderungen, die bei kritischen Ereignissen kaum in (palliativ) medizinische Entscheidungen einbezogen werden können wie unsere 2. Patientin.

Fallvignette 2

Bei einer 82-jährigen, dementen Patientin in einem Altenpflegeheim wird nach einem „progressive Stroke“ (mit relativ guter Prognose) die Frage aufgeworfen, ob eher eine Lebenserhaltung (um jeden Preis?) oder ein „Sterben in Würde“ der bessere Weg wäre. Der Hausarzt muss entscheiden, ob die Patientin kurzfristig mit einer Infusion rehydriert, mit einer PEG-Sonde künstlich ernährt und am Leben erhalten werden soll, oder ob sie rein palliativ im Sinne einer Sterbebegleitung zu betreuen wäre. Beim Pflegepersonal herrscht die Meinung vor, die Patientin habe keine Lebensqualität mehr; sie plädieren daher dafür, die Patientin nun sterben zu lassen. Die allein stehende Tochter der Patientin besucht ihre Mutter täglich und ist überzeugt davon, dass diese einer Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung zugestimmt hätte. Der Sohn hingegen möchte, dass man seine Mutter sterben lasse; er ist depressiv und besucht seine Mutter nur einmal monatlich, da ihr Leid ihn zu stark belastet. Die Patientin selbst kann sich aktuell nicht äußern – und auch frühere Äußerungen waren nicht konsistent; eine Patientenverfügung liegt nicht vor.

² Siehe die frühen Themenhefte zur Klinischen Ethik in Europa: Ethik in der Medizin, 1999, 11(4); Journal of Medical Ethics, 2001, 27(suppl I.); Health Ethics Committee Forum, 2001, 13(3); Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal, 2003, 6.

In der *ethischen Fallanalyse* mit Medizinstudierenden präsentiert sich die Situation aus rechtlicher Sicht als nicht eindeutig, da es mit Tochter und Sohn zwei nach der Schweizer Rechtslage stellvertretungsberechtigte Personen gibt, die einander widersprechen. Um die irreversible Entscheidung „Sterben lassen“ zu rechtfertigen, wären aber klare Hinweise auf einen mutmaßlichen Patientenwillen erforderlich, die hier fehlen. Darum ist die Lebenserhaltung mittels PEG-Sonde die besser zu begründende Option. Dieses Vorgehen wurde retrospektiv durch eine relative Erholung der Patientin bestätigt.

Das Fehlen eines expliziten oder verlässlichen Patientenwillens gehört zu den grundsätzlichen Schwierigkeiten vieler Entscheidungssituationen am Lebensende und macht eine stellvertretende Entscheidung oftmals unumgänglich. Selbst eine detaillierte rechtliche Stellvertreter-Regelung lässt – wie dieses Fallbeispiel zeigt – eine genaue ethische Erörterung des mutmaßlichen Patientenwillens nicht überflüssig werden, im Gegenteil. Denn als Stellvertreter eine Entscheidung zu treffen, heißt nicht, nach eigenem Willen für den anderen zu entscheiden, sondern vielmehr, *in seinem Willen* zu entscheiden.

Eine besondere Herausforderung stellen Situationen am Lebensende dar, in welchen so gut wie nichts über die Wertvorstellungen des Patienten bekannt und auch kein Stellvertreter verfügbar ist, wie in unserem 3. Fallbeispiel.

Fallvignette 3

Ein 58-jähriger, schwer alkoholkranker Patient erleidet nach einem Sturz mit Reanimation eine Enzephalopathie mit schwerer Bewusstseinsstörung. Im weiteren Behandlungsverlauf entwickelt der Patient zusätzlich eine Sepsis und eine Lungenembolie. Der Patient ist komatös und seit zwei Wochen nicht ansprechbar. Er hat keine Angehörigen oder Bezugspersonen. Den einzigen Hinweis auf den mutmaßlichen Patientenwillen liefert der gesetzliche Betreuer, nach dessen Aussage der Patient vor seiner Einlieferung einsam, traurig und antriebsarm gewesen sei.

Dieser Hinweis auf den mutmaßlichen Patientenwillen wird in einer *prospektiven Ethikkonsultation* als zu unsicher erachtet, um *allein* auf dieser Basis eine Therapiebegrenzung zu rechtfertigen. Vielmehr ist hier auch das mutmaßliche Patientenwohl („Best Interest“) zu berücksichtigen. Die Prognose hinsichtlich des neurologischen Zustandes und des Allgemeinzustandes des Patienten ist äußerst ungünstig. Fortgesetzte intensivmedizinische Behandlungen können den Patienten zusätzlich belasten oder schädigen. Im Erfolgsfall könnte der Patient nur in einer Pflegeinstitution weiterleben, die sein Leben stark einschränken und den Suchtmittelkonsum verunmöglichen würde; es bestehen erhebliche Zweifel, ob dies in seinem Interesse wäre. Aus dem Team wird geltend gemacht, dass der Alkoholkonsum für den Patienten einen sehr hohen Stellenwert habe.

In diesem Fall stärkt der Rekurs auf das Patienteninteresse die Option, keine lebenserhaltenden Maßnahmen zu ergreifen; die Annahmen über seinen mutmaßlichen Willen allein waren dafür als zu schwach erschienen. Diskutabel bleibt die Annahme, dass das für diesen Patienten angenommene zentrale Motiv, nämlich die Sucht durch Alkoholkonsum zu befriedigen, als Rechtfertigungsgrund für die palliative Therapiezieländerung ausreicht.

3 Bedarf – Anlass – Zielsetzung

Den Bedarf nach ethischer Unterstützung bestimmen die klinisch Tätigen und auch die Patienten selbst. Dabei tragen publizierte Fallstudien, Problemanalysen und Studien zu Fragen der Klinischen Ethik zur Sensibilisierung bei ebenso wie zur Präzisierung der Problemwahrnehmung. Besonders deutlich belegt ist dies im Problemfeld der Sterbebegleitung und Sterbehilfe; diese Fragen haben in zahlreichen Ländern dazu beigetragen, der Klinischen Ethik einen Weg zu bereiten. Die Klinische Ethik hat hier durch eine teilweise schon differenzierte Datenlage und einschlägige Literatur Orientierung gewonnen, die in der Aus- und Fortbildung weitergegeben werden kann; gleichwohl bleiben die ethischen und praktischen Herausforderungen der Betreuung am Lebensende weiter bestehen (DGMR 2001; SAMW 2013).

Deutlich weniger fortgeschritten ist man bisher – international – in Problemfeldern wie dem Umgang mit limitierten Ressourcen im Gesundheitswesen, welches zugleich durch expandierende technische Möglichkeiten und tendenziell unbegrenzte Bedürfnisse gekennzeichnet ist (Schürmann et al. 2014). Faktisch fühlen Ärzte und Ärztinnen sich durch diese Fragen in der Klinik auch in wohlhabenden Ländern wie Deutschland oder der Schweiz bedrängt und verunsichert, wie eine vergleichende Studie zeigt (Hurst et al. 2007); 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 auch hier den Wunsch nach einer Hilfestellung und allgemeinen Orientierung aufkommen.

Auch die noch zaghafte Auseinandersetzung mit unerwünschten bzw. nachteiligen Ergebnissen therapeutischer Maßnahmen („adverse effects“), mit Irrtümern, Beinahe-Fehlern oder wirklichen Fehlern, die Folgen haben, ist eine Herausforderung im klinischen Alltag, die ethische Fragen und Beratungsbedarf auslösen kann – man denke an das erste Beispiel. Wie soll man mit diesen Ergebnissen umgehen? Ist Offenheit und Transparenz gegenüber Patienten bzw. (stellvertretenden) Angehörigen *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 müssen? Aktuelle Projekte zur Entwicklung einer Kultur im Umgang mit Irrtum und Fehler, mit nachteiligen Behandlungsergebnissen sind vielversprechend und bedürfen der Unterstützung im klinischen Alltag (Smith und Forster 2000; Ummenhofer et al. 2001).

Allgemeine Anlässe für die Anfragen von Ethikkonsultationen hat Reiter-Theil (2000) auf der Grundlage von langjährigen Erfahrungen in vier Kategorien zusammengefasst, die wiederum sämtlich mit Themen der Entscheidungsfindung am Lebensende verbunden sein können:

Klinische Ethikkonsultation: Kategorien von Anlässen

1. Unsicherheit in der ethischen Beurteilung einer klinischen Frage
 - z. B. ethische Vertretbarkeit eines Therapieabbruchs auf Patientenwunsch
2. Wahrnehmung eines Konfliktes zwischen ethischen Verpflichtungen
 - z. B. Respektierung der Wünsche von Patienten/Angehörigen versus Behandlungspflicht
3. Schwierigkeiten mit einem Dissens auf Station über eine klinisch relevante ethische Frage im Kreis der Behandelnden und Betreuenden
 - z. B. Pflorgeteam beurteilt Lebensqualität deutlich negativer als Arzt/Angehörige
4. Probleme, die sich aus der Haltung des Kranken oder der Angehörigen für das klinische Team ergeben

Die Kategorien 1 bis 4 korrespondieren erkennbar auch mit den gewählten Fallbeispielen und führen die Anlässe auf allgemeinste Aspekte zurück, während Umfragen meist Themen auflisten. Kanadische Internisten gaben folgende Themen als häufigste Auslöser einer Anfrage für Ethikkonsultation an: Fragen am Lebensende, gefolgt von Fragen der Patientenautonomie und Konflikt. DuVal et al. (2001) fanden weitere sehr detaillierte Angaben: Wunsch nach Konfliktlösung, die Herausforderung, mit einem schwierigen Patienten oder Familienmitglied umzugehen, emotionale Auslöser, eine bevorstehende Entscheidung, rechtliche oder Richtlinienbezogene Fragen, ethische Fragen durchdenken, Förderung der Kommunikation, Fairness und Gerechtigkeit, den Versuch, einer schlechten Situation zuvorzukommen und andere.

Ein Ergebnis von zentraler Bedeutung betrifft das Wissen und die Fertigkeiten der Ärzte, festgemacht an einer gewissen Ethik-Fortbildung („6 or more bioethics rounds attended“); die Teilnahme korreliert laut DuVal et al. signifikant mit der Fähigkeit, Situationen, die einer ethischen Konsultation bedurften, überhaupt zu identifizieren (2001, S. 128). Wie bei (seltenen) Krankheiten kann es auch bei ethischen Problemen zu einer Unterdiagnostik in Folge von Aus- und Fortbildungsdefiziten kommen (ebenda).

Die Zielsetzungen der Ethikberatung 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 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 Entscheidungsverantwortlichen nach Abwägen von Pro und Contra 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 – moralisch – eher zurückhaltende Form der Begleitung und Moderation innerhalb von Eckpunkten der Orientierung (z. B. an Patientenrechten), mit einem eifernden Moralisieren hat sie nichts gemeinsam, wie die folgende Fallvignette 4 zeigt.

Fallvignette 4

Eine Hospiz-Patientin leidet an einer fortgeschrittenen Ateminsuffizienz und benötigt nichtinvasive Beatmung. Die Patientin fühlt sich durch die Beatmung in ihrer Autonomie so stark beeinträchtigt, dass sie so nicht mehr leben will. Das Aussetzen der Beatmung hat jedoch unmittelbar starke Atemnot zur Folge. Die Patientin bittet deshalb um eine palliative Sedierung und anschließend um die Beendigung der Beatmung. Das Team ist sich nicht sicher, ob und wie es dem Wunsch der Patientin entsprechen soll.

In der *prospektiven Ethikkonsultation* wird festgehalten, dass die Patientin urteilsfähig ist und einen klaren Willen zum Ausdruck bringt. Die von der Patientin gewünschte palliative Sedierung soll sicherstellen, dass die Patientin angstfrei und ohne das Erleben von Atemnot versterben kann. Da die Patientin unter Sedierung die Beatmung nicht selbst abbrechen kann, ist sie darauf angewiesen, dass jemand für sie diesen Behandlungsabbruch übernimmt. Wichtig ist die Klärung, dass der Tod nicht durch die palliative Sedierung herbeigeführt wird, sondern durch den Behandlungsabbruch, der durch den willentlichen Verzicht der Patientin gerechtfertigt ist. Es handelt sich somit weder um eine intendierte Beschleunigung des Todes infolge palliativer Behandlung, noch um eine Tötung auf Verlangen, sondern um ein Sterbenlassen infolge eines Behandlungsabbruchs mit Symptomkontrolle.

Jede medizinische Behandlung, auch eine nichtinvasive Beatmung, stellt einen Eingriff in die physische Integrität einer Person dar und bedarf somit deren Einwilligung. Die Patientin im Fallbeispiel 4 ist bei klarem Verstand und kommt nach gründlicher Überlegung zum Schluss, dass sie sich ein Leben an einer Maschine nicht vorstellen kann – diese Willensäußerung gilt es zu respektieren. Die ethische Expertise kann dabei deutlich machen, dass ein Behandlungsabbruch mit Todesfolge auch in diesem Fall keineswegs mit einer Beihilfe zum Suizid, einer Beschleunigung des Todes oder einer Tötung auf Verlangen gleichzusetzen ist.

4 Modell und Vorgehen – eine Perspektive aus Basel

Ethische Unterstützung, die auf Anfrage von Abteilungen des Universitätsspitals Basel im Rahmen unseres Ethikkonsultations-Service durchgeführt wird, folgt dem *Basler Ansatz*, der auch von anderen Gruppen oder Kliniken übernommen wurde.

Als theoretische und methodische Grundlage dienen vor allem der Vier-Prinzipien-Ansatz und der Systematische Perspektivenwechsel.

4.1 *Der Vier-Prinzipien-Ansatz*

Vier-Prinzipien-Ansatz der Medizinethik

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

Als allgemeine Orientierung hat sich in der Medizinethik der Vier-Prinzipien-Ansatz international durchgesetzt, auch wenn weitere Theorien und Ansätze nebeneinander bestehen, die charakteristischerweise miteinander konkurrieren können. Für eine ergebnisoffene ethische Beratung in der Klinik eignet sich dieser weltanschaulich nicht eingeschränkte Ansatz sehr gut (Beauchamp und Childress 2013).

Eine Schwierigkeit dieses Ansatzes kann zugleich als bedeutender Vorzug gesehen werden: Die vier Prinzipien stehen nicht in einer logischen oder hierarchischen Prioritätenordnung, in der stets a priori klar wäre, welches Prinzip im Vordergrund zu stehen hätte. Es gilt vielmehr, sich bei praktischen Entscheidungen jedes Mal neu zu orientieren, welches Prinzip Vorrang haben soll, und wie bei einem Prinzipien-Konflikt 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 Dilemmata, das heißt einem Widerstreit zweier grundsätzlich gleichrangiger Prinzipien (nicht jedes „Problem“ ist ein „Dilemma“), kommen kann, sollte 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 hierarchischen Wertordnung, die zu viele Vorgaben macht, andererseits.

Der Prinzipien-ethische 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 (2013) haben auf diese Kritik an ihrem deduktiven Verfahren der Ableitung von Regeln und Entscheidungskriterien aus Prinzipien reagiert. Wir setzen ethische Prinzipien und ihren theoretischen Hintergrund in Verbindung mit kasuistischen Methoden mit Gewinn ein, so dass wir heute der Auffas-

sung sind, dass eine Lager-Bildung zwischen „Kasuisten“ und „Prinzipalisten“ und daraus resultierende Annahmen über Gegensätze und Unvereinbarkeiten überholt sind (Reiter-Theil 2012).

Dieser Ansatz muss jedoch für die Anforderungen der Patienten-orientierten Klinischen Ethik ergänzt und kombiniert werden mit Regeln der Kasuistik und vor allem des Systematischen Perspektivenwechsels (Bühler und Reiter-Theil 2004; Reiter-Theil 2005).

4.2 *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 (Agich und Youngner 1991; Reiter-Theil 2003).

Systematischer Wechsel der Perspektiven

1. **Ich-Perspektive**

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

2. **Ich-Du-Perspektive**

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

3. **Persönliche Wir-Perspektive**

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

4. **Institutionelle Perspektive**

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

5. **Professionelle Perspektive**

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

6. **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?

Mit Hilfe einer systematischen Variation der Perspektiven, unter denen die aktuelle Problematik betrachtet wird, sollen die relevanten Bedürfnisse, 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 (Rawls 2006). 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 widerstreitenden 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 ist 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.

4.3 Leitfaden und Protokoll

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 Ethik-Fokus für die weitere Bearbeitung

3. Methodische Ethik-Analyse

- Ethische Prinzipien, Werte, Normen
- Systematischer Perspektivenwechsel

- Pro und Contra 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)**

Der *Leitfaden* für unsere Arbeit in der Klinischen Ethikkonsultation sowie der *Protokollbogen* wurden während der letzten Jahrzehnte im Lichte der praktischen Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt und auch der Weiterbildung in Klinischer Ethik zugrunde gelegt.

Wichtig ist die Sicherung der Ergebnisse durch ein geeignetes Protokoll.

5 Qualifizierung und Synergien mit der Forschung

In der aktuellen Entwicklung der Klinischen Ethik 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.³ Spezifische Fortbildungen, die auf die Tätigkeit der Klinischen Ethikkonsultation vorbereiten, werden auf lokaler und regionaler sowie internationaler Ebene angeboten.⁴ Auch in die grundlegende akademische Ausbildung der Studierenden in der Medizin wird die Klinische Ethik zunehmend einbezogen, indem einschlägige Fallbeispiele problemorientiert bearbeitet und die Grundlagen der Analyse und Methodik 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 (Sulmasy 2001). 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 (Reiter-Theil 2012).

Die Klinische Ethik verdrängt die akademische Medizinethik („Bioethics“) nicht, sondern ergänzt und belebt sie. Durch ihre unmittelbare Nähe zur Klinik,

³ So etwa in der Konferenzreihe „International Conference of Clinical Ethics Consultation“ (IC-CEC), siehe dazu <http://www.clinical-ethics.org/>.

⁴ So z. B. der „Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen“, siehe <http://www.cekib.de>, oder der „European Master in Bioethics“, siehe <http://www.masterbioethics.org>.

d. h. zu den Menschen, 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.

6 Fazit

Aus ethischer Sicht liegen die Prioritäten auf einer Sensibilisierung und Unterstützung des klinischen Personals und der Qualitätssicherung bezüglich der Lösung von ethischen Fragen. Drei Strategien können zur Sensibilisierung, Unterstützung und Qualitätssicherung beitragen:

1. *Fort- und Weiterbildung*: Durch Fort- und Weiterbildung in Klinischer Ethik sollen alle Berufsgruppen in und um Palliative Care befähigt werden, ethische Fragen treffsicher zu diagnostizieren, zu formulieren und Lösungswege vorzubereiten.
2. *Implementierung von Klinischer Ethikkonsultation*: Durch die Implementierung von Ethikkonsultation soll Expertise im Umgang mit ethischen Fragen – auch kurzfristig – bereitgestellt werden.
3. *Kooperation zwischen Palliative Care, Recht und Ethik*: Gute (Konsens-)Lösungen müssen auf mehreren Ebenen tragfähig sein; sie müssen dem Anforderungsprofil der Situation, den Rechten und Bedürfnissen der Betroffenen und Beteiligten entsprechen; sie müssen relevanten medizinischen Fakten Rechnung tragen; zugleich müssen sie sich im Rahmen rechtlicher Normen und Spielräume bewegen und sie müssen ethisch nachvollziehbar begründet sein, damit die beteiligten Menschen sie auch aktiv mittragen können.

Literatur

- Agich GJ, Youngner SJ (1991) For experts only? Access to hospital ethics committees. *Hastings Cent Rep* 21(5):17–24
- American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) (2011) Core competencies for healthcare ethics consultation. American Society for Bioethics and Humanities, Glenview
- Beauchamp TL, Childress JF (2013) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, New York
- Bühler E, Reiter-Theil S (2004) 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*. LIT, Münster, S 15–31
- Childress JF (2007) *Methods in bioethics*. In: Steinbock B (Hrsg) *The Oxford handbook of bioethics*. Oxford University Press, New York, S 15–45

- Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) (2001) 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*. Springer, Heidelberg, S 151
- Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) (2014) Einbecker Empfehlungen der DGMR zu aktuellen Rechtsfragen der Palliativversorgung. <http://www.unsere-uniklinik.de/dgmr/empfehlungen/empf20.shtml>. Zugegriffen: 2. Nov 2015
- DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M (2001) What triggers request for ethics consultations? *J Med Ethics* 27(suppl 1):124–129
- DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M (2004) A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 19:251–258
- Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther A-M, Garrett-Mayer E, Danis M (2007) Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics* 33:51–57
- Rawls J (2006) *Gerechtigkeit als Fairness*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Reiter-Theil S (2000) Ethics consultation on demand. Concepts, practical experiences and a case study. *J Med Ethics* 26:198–203
- Reiter-Theil S (2003) Balancing the perspectives. The patient's role in clinical ethics consultation. *Med Health Care Philos* 6:247–254
- Reiter-Theil S (2005) Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweiz Ärztetg* 86(6):436–435
- Reiter-Theil S (2012) What does empirical research contribute to medical ethics? A methodological discussion using exemplary studies. *Camb Q Healthc Ethics* 21:425–435
- Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin Giles N, Meyer-Zehnder B (2011) Evidence – competence – discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* 25:403–412
- Reiter-Theil S, Schürmann J, Schmeck K (2014) Klinische Ethik in der Psychiatrie: state of the Art. *Psychiatr Prax* 41:355–363
- Schürmann JM (2014) *Quellen der Normativität in der Medizin*. Masterarbeit, Universität Basel
- Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Mertz M, Albisser Schleger H, Schlögl M, Kressig RW, Pargger H, Reiter-Theil S (2014) Fairness and transparency in bedside micro-allocation: improving the ethical competence of clinical staff. In: Danis M, Fleck L, Hurst SA et al (Hrsg) *Fair resource allocation and rationing at the bedside*. Oxford University Press, Oxford, S 301–322
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013) *Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*. <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>. Zugegriffen: 2. Nov 2015
- Smith ML, Forster HP (2000) Morally managing medical mistakes. *Camb Q Healthc Ethics* 9(1):38–53
- Sulmasy DP (2001) Research in medical ethics: physician-assisted suicide and euthanasia. In: Sugarman J, Sulmasy P (Hrsg) *Methods in medical ethics*. Georgetown University Press, Washington, DC, S 247–266
- Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS (2007) Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc* 82:686–691
- Tröhler U, Reiter-Theil S (Hrsg) (1997) *Ethik und Medizin 1947–1997. Auftrag für die Zukunft*. Wallstein, Göttingen
- Ummerhofer W, Amsler F, Sutter PM, Martina B, Martin J, Scheidegger D (2001) Team performance in the emergency room: assessment of interdisciplinary attitudes. *Resuscitation* 49(1):39–46