

Michelle Salathé^a, Hermann Amstad^a, Marit Jünger^a, Margrit Leuthold^a, Claude Regamey^a

Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

_ Originalartikel

^a Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel

Zusammenfassung _ English and French abstracts see p. 14

Ethikberatung in unterschiedlicher Form wird in den schweizerischen Institutionen des Gesundheitswesens seit den 80er Jahren angeboten. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2002 eine Umfrage bei allen schweizerischen Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation durchgeführt, welche Aufschluss über die Verbreitung von Ethikberatung geben sollte und 2006 eine weitere Umfrage durchgeführt. Die nachfolgend vorgestellten Resultate zeigen einen Ausbau der Ethikberatung in allen befragten Institutionstypen: in Akutspitälern (von 20 auf 44%), psychiatrischen Kliniken (von 4 auf 18%), Pflegeinstitutionen (von 3 auf 40%) und Einrichtungen der Rehabilitation (von 0 auf 11%).

Schlüsselwörter: Ethikberatung; Akutspitäler; Pflegeheime; Rehabilitation; Psychiatrie; Schweiz

Zunehmend wird in Institutionen des Gesundheitswesens ein strukturiertes Verfahren für ethische Fallbesprechungen zur Verfügung gestellt. In den USA setzte die Institutionalisierung der Ethikberatung¹ bereits in den 70er Jahren ein (1), und heute verfügen praktisch alle amerikanischen Kliniken über eine klinische Ethikkommission oder bieten eine professionelle Ethikberatung an (2).

In den europäischen Ländern setzte diese Entwicklung etwas später ein (3). In der Schweiz wurde 1986 erstmals professionelle Ethikberatung angeboten, 1988 die erste klinische Ethikkommission und 1989 das erste Ethik-Forum² eingesetzt.

1 Ethikberatung wird hier als Oberbegriff und nachfolgend unter dem Begriff «professionelle Ethikberatung» im engeren Sinn verwendet. «Ethikberatung» kann geleistet werden durch eine «klinische Ethikkommission», ein Team oder eine Einzelperson (professionelle Ethikberatung). Bei den klinischen Ethikkommissionen handelt es sich in der Regel um interdisziplinär zusammengesetzte Gremien, welche sich entscheidend oder beratend mit medizinisch-ethischen Fragestellungen des klinischen Alltags auseinandersetzen. Die Ethikkommission kann als permanente Einrichtung bestehen oder ad hoc und situationsbezogen zusammengestellt werden. Als professionelle Ethikberatung wird der moderierende Einbezug einer speziell dafür beauftragten Person oder eines Teams mit medizin-ethischen Kenntnissen bezeichnet. Daneben gibt es Mischformen sowie Formen der Reflexion über allgemeine ethische Aspekte des klinischen Alltags, z.B. Diskussionsplattformen oder Weiter- und Fortbildungen zu einem bestimmten Thema.

2 «Ethik-Foren» bestehen an verschiedenen Spitälern in der deutschsprachigen Schweiz. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch eine professionelle Gesprächsleitung des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen (Dialog Ethik), Zürich, unterstützt werden und miteinander vernetzt sind.

Die SAMW verfolgt die Entwicklung der Ethikberatung in der Schweiz seit 2002. Damals führte sie – für die Schweiz erstmals – eine Umfrage bei allen Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation durch, welche Aufschluss darüber geben sollte, wie verbreitet klinische Ethikkommissionen in diesen Institutionen sind, wie sie sich zusammensetzen und welche Aufgaben und Kompetenzen sie haben. Weiter wurde gefragt, welches die häufigsten medizinisch-ethischen Konfliktfelder im klinischen Alltag sind und wie mit diesen umgegangen wird (standardisierte Vorgehensweisen, Art der Entscheidungsfindung usw.). Die Resultate der Umfrage wurden 2003 in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht (4) und zeigten, dass klinische Ethikkommissionen in Schweizer Spitälern (noch) nicht sehr verbreitet waren.

Mit einer zweiten Umfrage im Jahr 2006 wollte die SAMW überprüfen, ob in der Zwischenzeit ein Ausbau der etablierten Strukturen für ethische Fallbesprechungen stattgefunden hat und mit welchen Fragen sich diese beschäftigen. Im Gegensatz zur Umfrage 2002 wurde nicht ausschliesslich nach dem Bestehen einer klinischen Ethikkommission gefragt, sondern insbesondere auch die Unterstützung durch professionelle Ethikberatung erfasst. Nachfolgend werden die Resultate der zweiten Umfrage vorgestellt und, soweit möglich, mit den Resultaten der Umfrage aus dem Jahr 2002 verglichen.

Methode

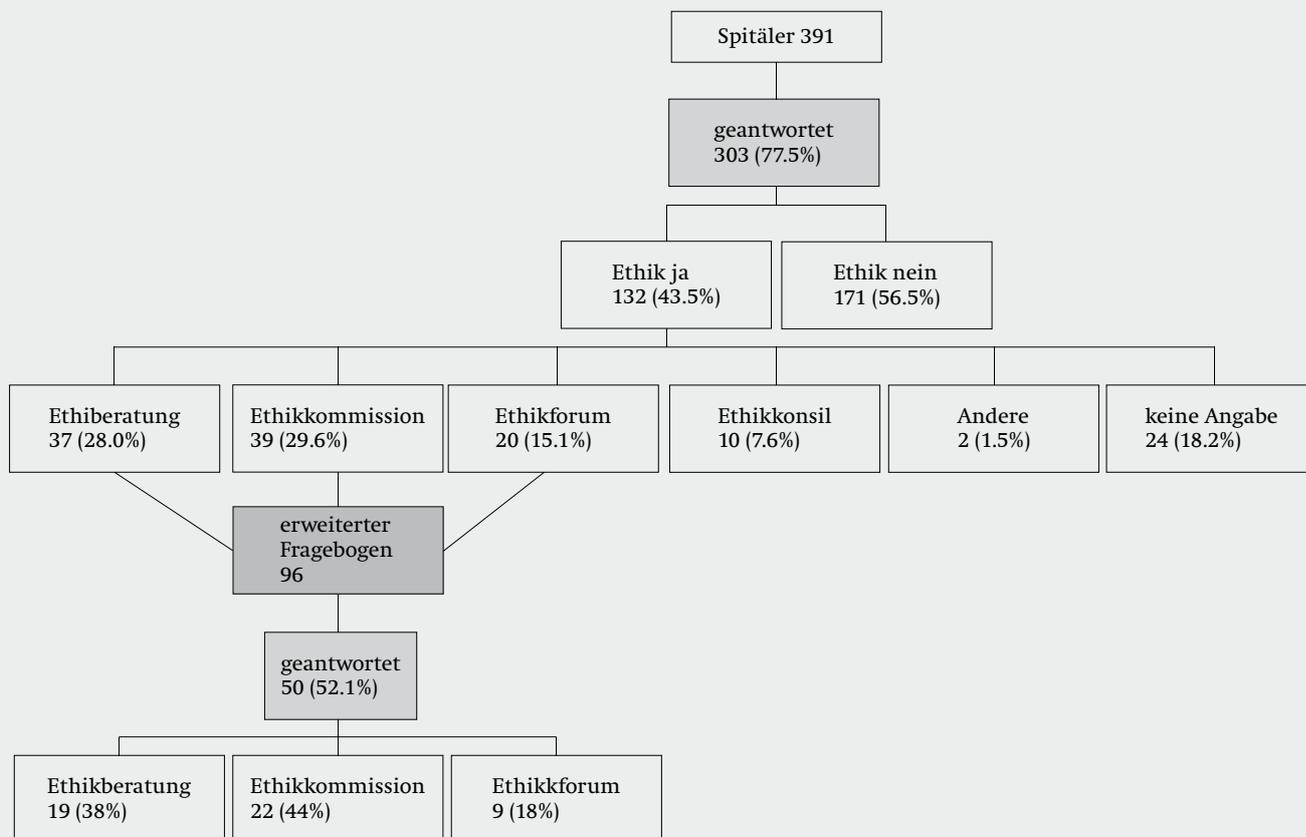
Mit einem ersten Schreiben, je nach Sprachregion³ in deutscher oder französischer Fassung, wurden alle Direktionen der schweizerischen Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen, welche dem Dachverband der Schweizer Spitäler (H+) angeschlossen sind, mittels eines ersten, kurzen Fragebogens angefragt, ob sie über ein Angebot für Ethikberatung verfügen und falls ja, ob sie eine Ansprechperson bezeichnen könnten. Die antwortenden Institutionen, welche gemäss eigenen Angaben über eine institutionalisierte Ethikberatung verfügen, erhielten einen ausführlichen Fragebogen (14 Fragen für professionelle Ethikberatung, 19 Fragen für Ethikkommissionen und -foren mit einigen zusätzlichen Fragen zur Zusammensetzung und Funktionsweise). Nicht angeschrieben wurden Institutionen, die angegeben hatten, sog. Ethikkonsilien einzusetzen. Dabei handelt es sich um ad hoc eingesetzte Unterstützung, für welche in der Regel auch keine Ansprechpersonen bestehen.

Resultate

Rücklauf

Von den insgesamt 391 mit dem ersten Fragebogen angeschriebenen Spitälern haben 303 (78%) geantwortet. Der ausführliche Fragebogen wurde an 96 Institutionen versandt, die nach eigenen Angaben über strukturierte Verfahren der Ethikberatung verfügen. Den zweiten Fragebogen haben insgesamt 50 (52%) Institutionen beantwortet; die nachfolgenden Daten basieren auf den Antworten dieser 50 Institutionen mit einem Angebot (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Rücklauf 2006



3 Institutionen im Kanton Tessin erhielten einen französischen Fragebogen.

Vorhandene Angebote

Gemäss den Angaben der 303 antwortenden Institutionsleitungen auf den ersten Fragebogen verfügen 132 Institutionen (44%) über ein Angebot der Ethikberatung, davon insgesamt 96 Institutionen über eine klinische Ethikkommission, ein Ethik-Forum oder professionelle Ethikberatung (Tabelle 2). Dabei handelt es sich um 75 Akutspitäler, 17 Pflegeheime, 18 psychiatrische Einrichtungen und 11 Institutionen der Rehabilitation (Tabelle 3).

Tabelle 2: Angebot zur Unterstützung der Entscheidungsfindung bei medizinisch-ethischen Fragestellungen, Vergleich 2002 und 2006

Alle Institutionen	2006 n=303		2002 n=318	
	Ja	Nein	Ja	Nein
	132 (44%)	171 (56%)	57 (18%)	261 (82%)

Tabelle 3: Angebot der Ethikberatung 2006, nach Art der Institution

2006 n=303	Ja	Nein
	Akut	75 (44%)
Pflege	17 (40%)	26 (60%)
Psychiatrie	18 (44%)	23 (56%)
Rehabilitation	11 (33%)	22 (67%)
keine Angabe	11 (73%)	4 (27%)

Von den 50 Institutionen, welche den zweiten Fragebogen beantworteten, gaben dann 19 an, eine professionelle Ethikberatung anzubieten, 22 verfügen über eine Ethikkommission und 9 haben Ethikforen⁴ eingerichtet (vgl. Tabelle 3). 36 Angebote bestehen in der deutschsprachigen, 14 in der französischsprachigen Schweiz und dem Tessin.

In 38% der Fälle wurde Ethikberatung gestützt auf eine Weisung der Spitalleitung initiiert, in 30% auf Wunsch des Personals. Teilweise war eine konkrete Konfliktsituation (14%) auslösender Faktor, in zwei Kantonen besteht eine gesetzliche Grundlage für das Bestehen einer klinischen Ethikkommission.

Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben

Eine Ethikkommission setzt sich durchschnittlich aus 11 Personen (zwischen 5 und 30) zusammen, ein Ethik-Forum aus 12 Personen (zwischen 5 und 16). Professionelle Ethikberatung wird in 63% von mehr als einer Person geleistet. Die Mitglieder der klinischen Ethikkommissionen werden durch die Spitalleitung (36.4%) oder den Verwaltungsrat (18.2%) einer Klinik gewählt, die Mitglieder der Ethik-Foren in 77% durch die Spitalleitung. In rund 20% der Fälle konstituieren sich Kommissionen oder Ethik-Foren selbst. Selten erfolgt die Wahl der Mitglieder durch politische Instanzen, auf Ebene der Bereichsleitung oder durch das Kollegium.

Alle Ethikkommissionen und -foren sind interdisziplinär zusammengesetzt (vgl. Tabelle 4). Ärzte und Pflegefachpersonen sind in jedem Fall vertreten (je 100%), Seelsorger in 68%, ein Ethiker in 54%, Vertreter der Verwaltung in 54%, Juristen in 50% und Psychologen in 27% der Gremien. Die fachliche Zusammensetzung der Ethikkommissionen und der -foren differiert lediglich bezüglich der Vertretung der Seelsorge und des Rechts in einem relevanten Ausmass. Die Seelsorge ist in den Ethik-Foren stärker vertreten als in den klinischen Ethikkommissionen (Ethik-Foren: 100%, Kommissionen: 68%), umgekehrt sind Juristen stärker in den Ethikkommissionen vertreten (Ethik-Foren: 33%, Kommissionen: 50%). In 6 Ethik-Foren (66.7%) und 18 der Ethikkommissionen (81.8%) gehören klinikexterne Mitglieder zum Gremium.

Tabelle 4: Fachkompetenzen der Mitglieder

	2002 n=25	2006 n=50
Ärzte	100%	100%
Pflegende	85%	100%
Seelsorge	52%	68%
Verwaltung	36%	54%
Ethik	46%	54%
Recht	56%	50%
Psychologie	28%	27%
Anderes z.B. Sozialdienst, Physiotherapie	k.A.	54%

Zu den Aufgaben der Ethikberatung gehört die Beratung (66%) oder Entscheidung (40%) in einem konkreten Einzelfall, die Beratung der Klinikleitung in ethischen Fragen (60%), die Erarbeitung von klinikinternen Richtlinien (66%) sowie weitere Aufgaben wie z.B. die Organisation von Weiterbildungsanlässen (vgl. Tabelle 5). Je nach Art des Gremiums variieren die Schwerpunkte. Ethik-Foren arbeiten deutlich mehr klinikinterne Richtlinien aus und organisieren eher Weiterbildungsveranstaltungen als Ethikkommissionen und professionelle Ethikberatung; andererseits beraten und entscheiden sie deutlich weniger Einzelfälle.

⁴ Gemäss Angaben von Dialog Ethik www.dialog-ethik.ch bestehen nicht nur 9, sondern insgesamt 13 sog. Ethik-Foren in der deutschsprachigen Schweiz.

Tabelle 5: Aufgaben der Ethikberatung

Mehrfachnennung möglich	Professionelle Ethikberatung n=19	Klinische Ethikkommission n=22	Ethik-Forum n=9	Gesamt n=50
Beratung im Einzelfall	13 (68%)	17 (77%)	3 (33%)	33 (66%)
Allg. Beratung der Klinikleitung in ethischen Fragen	10 (53%)	15 (68%)	5 (55%)	30 (40%)
Erarbeitung von klinikinternen Richtlinien	10 (53%)	15 (68%)	8 (88%)	33 (66%)
Entscheidung im Einzelfall	9 (47%)	10 (45%)	1 (11%)	20 (40%)
Anderes (z.B. Organisation von Weiterbildung usw.)	1 (5%)	5 (23%)	5 (55%)	11 (%)

Ethikberatung steht mehrheitlich als Dienstleistungsangebot zur Verfügung und der Beizug ist freiwillig (professionelle Ethikberatung in 74%, klinische Ethikkommission in 91%, Ethik-Foren in 89%). Der Beizug wird in erster Linie von Kaderärzten und Pflegefachpersonen verlangt, seltener von

Patienten oder Angehörigen, und überhaupt nicht von Assistenzärzten (vgl. nachfolgende Tabelle 6). Fünf Institutionen gaben an, dass der Einbezug von professioneller Ethikberatung oder -kommission in bestimmten Situationen vorgeschrieben ist.

Tabelle 6: Wer verlangt am häufigsten den Beizug von Ethikberatung?

Mehrfachnennung möglich	Professionelle Ethikberatung n=19	Klinische Ethikkommission n=22	Ethik-Forum n=9
Pflege	8 (42.1%)	11 (50%)	5 (55.6%)
Chefarzt	7 (36.8%)	10 (45.5%)	3 (33.3%)
Oberarzt	6 (31.6%)	2	1
Patient	1	0	1
Angehörige	1	1	0
Assistenzarzt	0	0	0

Je nach Art des Gremiums ist die Zeitspanne, die bis zur Besprechung des konkreten Falles verstreicht, unterschiedlich (vgl. Tabelle 7): Am raschesten ist eine Unterstützung durch professionelle Ethikberatung möglich, die meiste Zeit verstreicht bis zur Diskussion im Ethik-Forum.

Tabelle 7: Wie rasch kann die Ethikberatung in dringenden Fällen tätig werden?

	Professionelle Ethikberatung n=19	Klinische Ethikkommission n=22	Ethik-Forum n=9
innerhalb von 3 h	16%	9%	–
innerhalb von 6 h	–	4%	–
innerhalb von 12 h	10%	9%	11%
innerhalb von 24 h	32%	40%	–
erst nach 24 h	37%	22%	66%
keine Angabe	5%	13%	22%

Den Gremien wurden zwei konkrete Fallbeispiele geschildert und sie wurden aufgefordert anzugeben, auf welche Grundlagen sie sich bei der Beurteilung eines Einzelfalles stützen. Die Antworten zeigen, dass in der Regel das Betreu-

ungsteam angehört wird, häufig der Patient und die Angehörigen, aber seltener ein Psychiater. Zwischen den verschiedenen Angeboten bestehen allerdings deutliche Unterschiede (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Entscheidungsgrundlagen für die Fallbeurteilung

Mehrfachnennung möglich	Fallbeispiel Therapieabbruch bei einem Patienten mit einem in absehbarer Zeit zum Tode führenden Leiden. Patient äussert den Wunsch zu sterben. Die Angehörigen wünschen, dass die Therapie weitergeführt wird. Urteilsfähigkeit zweifelhaft.		
	Professionelle Ethikberatung n=19	Klinische Ethikkommission n=22	Ethik-Forum n=9
Anhörung des Betreuungsteams	14 (73.6%)	16 (72.7%)	5 (55.6%)
Anhörung des Patienten	13 (68.4%)	15 (68.2%)	3 (33.3%)
Anhörung der Angehörigen	13 (68.4%)	11 (50%)	4 (44.4%)
Einsicht in das Patientendossier	12 (63.2%)	14 (63.6%)	3 (33.3%)
Anhörung eines Psychiaters	8 (42.1%)	7 (31.8%)	3 (33.3%)

Die Beschlussfassung innerhalb der Gremien erfolgt unterschiedlich: Mehrheitlich werden Konsensentscheide angestrebt (Ethikkommissionen: 77%, Ethik-Foren: 56%), teilweise sind auch Mehrheitsentscheide möglich (18% bzw. 22%). 41% der Ethikkommissionen und 44% der -foren geben an, dass für Mitglieder eine Supervision zur Verfügung steht.

Konfliktfelder im klinischen Alltag

Bereits bei der Umfrage 2002 wurden alle Institutionen, welche den ersten Fragebogen beantwortet hatten, d.h. insgesamt 318 Institutionen, nach den häufigsten medizinisch-ethischen Konfliktfeldern im klinischen Alltag befragt (vgl. Tabelle 9). Bei den 198 Institutionen, die den Fragebogen beantworteten, standen Entscheidungen im Zusammenhang mit einem allfälligen Therapieabbruch an erster Stelle (47%), gefolgt von Konflikten mit Angehörigen (42%), künstlicher Ernährung (39%), Indikation für operative Eingriffe (38%), Zwangsmassnahmen (31%), Konflikte mit Patienten (30%), Reanimation (26%) und Sterbehilfe (20%). Eher selten wurden ethische Fragestellungen und Konflikte im Bereich von Rationierung (10%), spätem Schwangerschaftsabbruch (6%)

und Transplantation (3%) genannt, wobei die Häufigkeit dieser Konfliktfelder je nach Art der Institution variierte.

Bei der Umfrage 2006 liegen diesbezüglich nur die 50 Antworten von insgesamt 96 angeschriebenen Institutionen vor. Gemäss deren Angaben stehen wiederum Konflikte im Zusammenhang mit Therapieabbruch im Vordergrund (56%), gefolgt von Zwangsmassnahmen (54%) und Entscheidungen am Lebensende (54%), Konflikt mit Patienten (40%), künstliche Ernährung (38%), Konflikt mit Angehörigen (38%) sowie Indikation zu operativen Eingriffen (30%).

Die Konfliktfelder variieren je nach Art der Institution: Im Akutspital stellen sich am häufigsten Fragen zu Therapieabbruch und Sterbehilfe (je 59%) sowie zur Beatmung/ Reanimation (47%).

In Pflegeinstitutionen stehen Fragen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe im Vordergrund (86%), gefolgt von Konflikten mit Angehörigen, Zwangsmassnahmen und Therapieabbruch (je 72%). Zwangsmassnahmen (89%) stehen in der Psychiatrie im Zentrum der Fragestellungen, gefolgt von Konflikten mit Patienten sowie anderen Fragen (je 44%).

Tabelle 9: Konfliktfelder im klinischen Alltag

Mehrfachnennung möglich	2006				2002			
	Akut n=34	Pflege n=7	Psych. n=9	Alle n=50	Akut n=130	Pflege n=38	Psych. n=26	Alle n=198
Therapieabbruch	59%	72%	33%	56%	60%	27%	47%	47%
Zwangsmassnahmen	41%	72%	89%	54%	-	37%	88%	31%
Sterbehilfe	59%	86%	22%	54%	34%	-	-	20%
Konflikt mit Patient/in	38%	57%	44%	40%	-	26%	65%	30%
Künstliche Ernährung	38%	57%	22%	38%	28%	58%	31%	39%
Konflikt mit Angehörigen	35%	72%	22%	38%	32%	66%	31%	42%
Beatmung/ Reanimation	47%	43%	0	38%	41%	-	-	26%
Indikation operative Eingriffe	32%	57%	0	30%	34%	68%	15%	38%
Rationierung	27%	0	33%	24%	-	-	-	10%
Transplantation	9%	0	0	8%	-	-	-	3%
Andere	56%	29%	44%	7%	-	-	-	-

Diskussion

Die Resultate der Umfrage bestätigen die Beobachtungen aus anderen Ländern. Sie zeigen, dass Angebote der Ethikberatung zugenommen haben, wobei aber keine deutliche Prävalenz für ein bestimmtes Modell besteht. Im Akutspital geben nun fast die Hälfte (44%) der Antwortenden an, über ein entsprechendes Angebot zu verfügen, 2002 waren es 18%. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass die Fragestellung 2002 und 2006 nicht identisch war (vgl. Methodik). Ein Ausbau der Ethikberatung fand vor allem in den Bereichen Pflege, Psychiatrie und Rehabilitation statt. In 40% der Pflegeinstitutionen besteht nun eine formalisierte Ethikberatung (2002: 3%), in psychiatrischen Kliniken in 18% (2002: 4%) und in Einrichtungen der Rehabilitation in 11% (2002: 0%). Ausgehend von den 50 antwortenden Institutionen mit Ethikberatung ist kein eindeutiger «Top down» – oder «Bottom up» – Trend erkennbar, welcher zur Etablierung von Ethikberatung geführt hat. In 38% der Fälle wurde Ethikberatung auf eine Weisung der Spitalleitung gestützt initiiert, in 30% auf Wunsch des Personals. Die Aufgaben der Ethikberatung gliedern sich in die Beratung oder Entscheidung von Einzelfällen, die Erarbeitung von klinikinternen Richtlinien, die Beratung der Klinikleitung in ethischen Fragen und in andere Aufgaben, wie beispielsweise die Organisation von Weiterbildungsanlässen. Offenbar werden in den Ethik-Foren Einzelfälle häufiger retrospektiv und exemplarisch besprochen als in den Ethikkommissionen und in der professionellen Ethikberatung. Dies erklärt, dass die Ethik-Foren deutlich weniger Einzelfälle behandeln, entsprechend auch Patienten und Angehörige seltener anhören als klinische Ethikkommissionen und professionelle Ethikberatung und zeitlich weniger rasch verfügbar sind. Die rasche zeitliche Verfügbarkeit wird oft als einer der Vorteile der professionellen Ethikberatung gegenüber grösseren und somit schwerfälligeren Gremien betrachtet. Die fehlende Flexibilität der klinischen Ethikkommissionen wird jedoch in der Umfrage nicht bestätigt. Lediglich 22% (professionelle Ethikberatung: 37%) werden in einer dringenden Situation erst nach 24 Stunden tätig.

Die Konfliktfelder, mit welchen die Ethikberatung konfrontiert wird, haben sich seit 2002 in ihrer Gewichtung verschoben, wobei zu beachten ist, dass der Vergleich 2002/2006 dadurch eingeschränkt wird, dass 2006 nur noch die Institutionen mit einem Angebot der klinischen Ethikberatung angesprochen wurden. Nach wie vor stehen aber Fragen im Zusammenhang mit Therapieabbruch an erster Stelle und verzeichneten in Pflegeinstitutionen sogar einen Anstieg. Beim Vergleich der Ergebnisse 2002 und 2006 fällt auf, dass sich in allen Institutionen vermehrt Fragen rund um die Sterbehilfe stellen und im Akutspital und in Pflegeeinrichtungen Zwangsmassnahmen häufiger thematisiert werden. Während Pflegeinstitutionen eine Zunahme der Konflikte

mit Patienten und Angehörigen nennen, werden Konflikte mit Patienten von den psychiatrischen Kliniken im Vergleich zu 2002 weniger häufig genannt (Reduktion von 65 auf 44%). In Pflegeinstitutionen ist die Zunahme von Konflikten im Zusammenhang mit Therapieabbruch (Zunahme von 47 auf 71%), Zwangsmassnahmen (Zunahme von 37 auf 71%) und mit Patienten (Zunahme von 26 auf 73%) markant.

Die Umfrage weist einige Schwächen auf. Die Fragen 2002 und 2006 waren nicht identisch, die Datenerhebung liegt bereits einige Zeit zurück⁵ und die Rücklaufquote betrug lediglich 52%. Weiter muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle etablierten Strukturen der Ethikberatung erfasst werden konnten. Dennoch gehen wir davon aus, dass die Angaben einen zuverlässigen Hinweis auf den Stand der Institutionalisierung klinischer Ethikberatung in der Schweiz vermitteln können. Weitere Studien, die insbesondere auch die qualitativen Aspekte stärker einbeziehen, fehlen für die Schweiz. Sie könnten wichtige Hinweise geben für die Entwicklung von Standards zur Implementierung von Ethikberatung und die Etablierung einer Qualitätskontrolle. Sie sollten aber auch darüber Aufschluss geben, welches die Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung sind. Dabei kann von ausländischen Erfahrungen profitiert werden (5, 6). In Deutschland hat vor kurzem die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer eine «Stellungnahme zur Ethikberatung in der klinischen Medizin» veröffentlicht (7), in welcher sie formalisierte Strukturen der Ethikberatung unterstützt und Institutionen zur Implementierung von Ethikberatung auffordert. Sie empfiehlt unter anderem eine angemessene Fortbildung in klinischer Ethik für klinische Ethikberater und Mitglieder von Ethikkommissionen und hält deutlich fest, dass die ethische Fallberatung die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden nicht aufheben dürfe. In eine ähnliche Richtung weisen die Empfehlungen des Royal College of Physicians (8). Auch die SAMW diskutiert aktuell die Ausarbeitung von Empfehlungen für die Etablierung von Ethikberatung und deren Qualitätskontrolle.

Die SAMW wird 2008 erneut eine Umfrage bei den Spitälern, Pflegeheimen, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen durchführen. Dabei werden neu auch Fragen zum Rollenverständnis, zum beruflichen Hintergrund der Personen, welche professionelle Ethikberatung durchführen, Fragen zur Aus- und Weiterbildung der Mitglieder von Ethikkommissionen und -foren sowie zur administrativen und finanziellen Unterstützung dieser Einrichtungen aufgenommen.

5 Nach Abschluss der Studie sind wir bereits über die Einsetzung von drei neuen Ethikkommissionen informiert worden: den Ethikbeirat des Universitätsspitals Basel, die Ethikkommission des Universitätsspitals Zürich sowie die Schaffung eines kantonalen Ethik-Forums für alle Akutspitäler der Spitalregionen und kantonalen psychiatrischen Dienste im Kanton St. Gallen.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass sie sich hinsichtlich dieses Artikels in keinem Interessenkonflikt befinden.

Résumé

Institutionnalisation du conseil en éthique dans les hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques, établissements médico-sociaux et institutions de réhabilitation en Suisse

Le conseil en éthique, sous diverses formes, est offert dans les institutions du système de santé suisse depuis les années 80. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a conduit une étude par questionnaire des hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques, établissements médico-sociaux et institutions de réhabilitation suisses en 2002, dans le but d'explorer la diffusion du conseil en éthique. Un nouveau questionnaire a été distribué en 2006. Les résultats présentés dans cet article montrent une augmentation du conseil en éthique dans tous les types d'institutions étudiés: les hôpitaux de soins aigus (de 20 à 44%), les cliniques psychiatriques (de 4 à 18%), les établissements médicaux-sociaux (de 3 à 40%) et les institutions de réhabilitation (de 0 à 11%).

Abstract

Institutionalisation of ethics counselling in Swiss acute care hospitals, psychiatric clinics, long-term care, and rehabilitation institutions

Ethics counselling, in different forms, is offered in Swiss health care institutions since the 80s. The Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) conducted a survey of acute care hospitals, psychiatric clinics, long-term care, and rehabilitation institutions in 2002, to explore the spread of ethics counselling. A new survey was conducted in 2006. The results presented here show an outgrowth of ethics counselling in all types of surveyed institutions: acute care hospitals (20 to 44%), psychiatric clinics (4 to 18%), long-term care (3 to 40%) and rehabilitation institutions (0 to 11%).

Korrespondenz

Lic. iur. Michelle Salathé MAE
Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13
CH-4051 Basel

e-Mail: m.salathe@samw.ch

Eingang des Manuskripts: 14.01.2008
Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 28.03.2008
Annahme: 01.04.2008

Literatur

- 1 McGee G, Caplan AL, Spagnola JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth* 2001; 1 (4): 60 – 64
- 2 Fox E., Myers S., Pearlman R.A. Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey. *Am J Bioeth* 2007; 7 (2): 13 – 25
- 3 Dörries A, Hesse-Jungesblut K. Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. *Ethik Med* 2007; 19: 148 – 156
Slowther A, Johnston C, Goodall J, et al. Development of clinical ethics committees. *BMJ* 2004; 328: 950 – 52
- 4 Salathé M, Leuthold M, Amstad H, Vallotton M. Klinische Ethikkommissionen in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme. *Schweizerische Ärztezeitung* 2003; 84 (43): 2264 – 2267
- 5 Van der Kloot H.H, ter Meulen R. Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. *J Med Ethics* 2001; 27 suppl I: i36 – i40
- 6 Eibach U. Klinisches «Ethik-Komitee» und «ethisches Konsil» im Krankenhaus. Empfehlungen zur Einrichtung und Arbeitsweise. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 2004; 50: 21 – 34
- 7 Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Ethikberatung in der klinischen Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103, Heft 4: A1703 – A1707
- 8 Royal College of Physicians. Ethics in practice: background and recommendations for enhanced support. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/ethics/ethicsinpractice-pdf>