

Klinische Ethik(er) zwischen «eierlegender Wollmilchsau» und Irrelevanz

Gedanken zur Professionalisierung und Fehlerkultur der Klinischen Ethik

Tanja Krones^a

^a Leitende Ärztin Klinische Ethik, UniversitätsSpital Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

2009 erschien von Schwab und Porz ein schöner Erfahrungsbericht zweier klinischer Ethiker, die zum damaligen Zeitpunkt seit einem Jahr an Schweizer Spitalern (Bern und Nyon) arbeiteten [1]. Sie beschrieben aus ihrer Sicht die Erwartungen und Herangehensweisen von Behandlungsteams an klinisch-ethische Fragestellungen. Auch ich arbeite nun seit gut einem Jahr als Leitende Ärztin für Klinische Ethik am UniversitätsSpital Zürich, nachdem ich einige Jahre zuvor in Deutschland Forschung, Lehre und Klinische Ethik an einem Universitätsklinikum gemeinsam mit einem Kollegen betrieben habe. Nicht jedes Spital ist gleich und nicht jede/r Klinische/r Ethikerin/-er ist gleich. Mein Hintergrund ist der einer Ärztin und Soziologin. Angesteckt von der Begeisterung eines Internisten und Theologen, der in den 1990er Jahren in den USA in Charlottesville Klinische Ethik gelernt hat und der Oberarzt in der Klinik war, an welcher ich studiert habe, bin ich zur Klinischen Ethik gekommen und habe schliesslich in Medizinethik habilitiert. Es war also ein grosses Körnchen Zufall dabei, dass ich heute als Klinische Ethikerin arbeite.

Wir wissen, Medizinische/Klinische Ethik ist ein interdisziplinäres Geschäft. Es liegt einerseits nahe zu vermuten, dass die Herangehensweise, auch der initiale Fokus auf das, was relevant erscheint, bei einem gelernten Philosophen ein anderer ist als bei einer gelernten Pflegekraft, bei einer Theologin oder bei einem Arzt und dass die Sichtweise der Behandlungsteams – zumindest initial – eine andere ist, wenn der Klinische Ethiker seinen eigenen Hintergrund als Philosoph, Pfleger oder Arzt kenntlich macht. Andererseits werden bei steigender Präsenz und Relevanz «professioneller» Ethiker in Spitalern zu Recht Standards für die Klinische Ethikberatung gefordert – in der Schweiz ebenso wie in Deutschland oder den USA, wo sich die Klinische Ethikberatung bereits seit 30 Jahren zunehmend etabliert hat [2–5].

Sowohl Erfahrung in schwierigen Dilemmasituationen als auch Wissen um das «ethische Instrumentarium», das Handwerkszeug erscheint mir hierbei relevant, um Klinische Ethik zu betreiben. Aber auch wenn beides, Handwerkszeug und Erfahrung, vorhanden ist, heisst dies weder, dass sich in einer Institution die Klinische Ethik nachhaltig und wirksam etablieren kann, noch dass jede/r Ethikerin/-er in jede Institution passt, noch dass Klinische Ethiker keine Fehler machen.

Die momentane Situation, so wie ich sie erlebe und in Deutschland erlebt habe, zeigt meines Erachtens, dass

wir zwar mit einer Professionalisierung der Klinischen Ethik begonnen haben, der Weg jedoch noch ein langer ist. Manche/r Leserin/-er hat sich sicher gefragt, was es mit den «eierlegenden Wollmilchsäuen» im Titel auf sich hat. Sie erscheinen mir als eine treffende Metapher für die Erwartung, die manche Kollegen (Pfleger, Ärzte wie Spitalleitungen) an die Klinische Ethik stellen – der Traum von einem Nutztier, welches alles für den Menschen Sinnvolle auf einen Schlag leistet: in Fragen der Geschlechtsumwandlung und der interkulturellen Bioethik ebenso versiert ist wie in den Dilemmata am Beginn und am Ende des Lebens, Richtlinien ebenso gut erstellen kann wie Fallbesprechungen und die Weiterbildung in Klinischer Ethik organisieren. Andererseits hat die Klinische Ethik auch damit zu kämpfen, für irrelevant gehalten zu werden und einer «Pseudoimplementierung» zu unterliegen.

Vermutlich macht meine formal im Kader der Ärzteschaft angesiedelte Position den initialen Zugang zu und die Akzeptanz bei ärztlichen Kollegen, vielleicht auch bei Pflegenden in einem Universitätsspital etwas leichter. Aber die Abgrenzung zu anderen Ärzten und Kaderärzten ist unter anderem für Patienten schwerer und stellt hohe Anforderungen an das unbedingte Neutralitätsgebot in der Bearbeitung ethischer Dilemmasituationen. Dies spiegelt einen Grundkonflikt der Klinischen Ethik wider: Um wirksam zu werden, Vertrauen zu schaffen, müssen wir Teil der Institution werden, dürfen uns aber andererseits weder von einer Berufsgruppe noch innerhalb der Hierarchie kooptieren lassen, um nicht Teil der keineswegs machtfreien Strukturen eines Spitals zu werden. Sonst würden die Rechte der Patienten wie derjenigen, die in der impliziten (aber allen bekannten) Spitalhierarchie eher unten stehen, noch weiter unterminiert.¹

Eine in der Organisation hierarchisch eher oben angesiedelte Position bedeutet andererseits aber auch nicht, dass die Implementierung einer reflexiven wie problemorientierten ethischen Entscheidungsunterstützung ohne weiteres möglich ist, dass es nicht zu einer «Pseudoimplementierung», zur Errichtung von «Potemkinschen Dörfern» kommt [6]. Kollegen, die die Unterstützung Klinischer Ethik eher weniger nachfragen [7], neigen dazu, tendenziell die alleinige Verantwortung für Patienten zu übernehmen. Ohne ein Team ein-

¹ Sehr schön schildert diese Dilemmata Georg Bossard, mein Vorgänger als Klinischer Ethiker am UniversitätsSpital Zürich [6].

zubeziehen, sind sie der Auffassung, in ethischen Fragen selbst genauso versiert zu sein wie in klinischen, und gehen ethische Dilemmasituationen, wie sehr schön von Schwab und Porz beschrieben, mit der schematischen Art der US-amerikanischen Prinzipienethik an, ganz im Sinne einer «Erste-Hilfe-Ethik», ohne die diffizilen Überlegungen von Beauchamp und Childress je gelesen zu haben. Natürlich stellt sich die Frage, ob es unbedingt immer eine/n «professionelle/n» Klinische/n Ethik/er braucht. Ich teile durchaus die Überzeugung, dass es nicht zielführend ist, ärztlich-pflegerische Behandlungsteams dazu zu bewegen, ihre eigene Entscheidungsverantwortung an die Klinische Ethik zu delegieren, Spitäler mit Klinischen Ethikern zu überschwemmen und sich so unentbehrlich zu machen. Die Aus- und Weiterbildung in klinisch-ethischen Fragen – auch durch alltägliche praktische Entscheidungsunterstützung – ist für mich zentral, so dass zunehmend schwierigere Fragen erörtert werden, da die «einfacheren» Dilemmasituationen bereits durch die Behandlungsteams selbst exzellent gelöst werden können. Hier zeigt die öffentliche Diskussion in der Klinischen Ethik selbst häufig wenig Transparenz gegenüber ihrer eigenen Arbeit, was meines Erachtens darauf hinweist, dass die Professionalisierung Klinischer Ethik noch ein zartes Pflänzchen ist. Die transparente Dokumentation, ob überhaupt und wie viele Fälle bearbeitet werden,² welcher Art diese Fälle sind und was in Ethikberatungen nicht gut oder sogar falsch gelaufen ist, wäre für mich ein begrüssenswerter Schritt in Richtung einer fortschreitenden Professionalisierung und würde eine Fehlerkultur innerhalb der Klinischen Ethik begründen, wie wir sie gerne von klinischen Kollegen einfordern, sowie das Bewusstsein, dass Klinische Ethiker durchaus auch in (tugend-)ethischen Fragen, hinsichtlich moralischen Erfahrungen und gutem Handeln von Ärzten und Pflegenden viel lernen können.

Mir selbst ist diesbezüglich Folgendes passiert:

In einer der Weiterbildungen von und für Pflegende der Intensivstationen hatte ich «Schweigepflicht und Intimität auf Intensivstationen» zum Thema gemacht. In vielen Intensivstationen, so auch am Unispital Zürich, ist räumlich kaum eine Abtrennung zwischen den Patienten gegeben, und die durchgeführten Visiten sind häufig nicht patientenorientiert. Es wird auch bei wachen oder halbawachen Patienten allein über und nicht mit den Patienten gesprochen oder am Bett des einen Patienten über einen anderen debattiert, was aus verschiedenen ethischen, rechtlichen wie emotionalen Gründen problematisch ist. Ich habe auf einigen Intensivstationen am Unispital eine wöchentliche «Ethikvisite» eingeführt, bei der ich mit dabei bin, routinemässig alle Patienten besprochen werden und, falls sich Anhalte für ethische Problematiken zeigen, frühzeitig eine Intervention möglich gemacht werden soll (was

nicht immer und bisher noch bei weitem nicht ausreichend gelingt). Diese Visite nutze ich auch, um mit den vielbeschäftigten Kollegen kurz anfallende Dinge zu besprechen, da wir uns dort sehen.

Einen Tag nach der Weiterbildung zum Thema Schweigepflicht und Intimität fand eine solche Visite statt. Eine Woche zuvor hatte sich auf der Station ein strukturelles ethisches Dilemma gezeigt dahingehend, dass bei Patienten mit möglichem apallischen Syndrom keine Überlegungen zum Willen des Patienten gemacht werden, die Entscheidung, Therapien in solchen Situationen zu begrenzen, wesentlich von bestimmten Konsiliarärzten getroffen wird und hierbei grosse Unterschiede bestehen. Manche stellen sehr schnell und manche nie auf Palliation um, der Wille des Patienten wird in beiden Fällen wenig berücksichtigt. Wir standen am Bett eines schwerkranken, leicht sedierten Patienten und seine Situation wurde rapportiert, als einer der Leitenden Ärzte dazukam, mit denen ich unbedingt über diese Problematik des apallischen Syndroms sprechen wollte. Nach dem Rapport entspann sich eine intensiver werdende Diskussion nahe am Bett des Patienten, bis sich eine erfahrene Pflegekraft, die an dem Tag für den Patienten zuständig war, einschaltete und uns anwies, doch bitte diese Diskussionen woanders zu führen, sie sei die ganze Zeit schon damit beschäftigt, den Patienten abzulenken. Ich habe mich gemeinsam mit dem Kollegen entschuldigt und mich dafür bedankt, dass sie den Patienten vor meiner Unaufmerksamkeit zu bewahren versucht hat.

Es scheint mir für die nächsten Jahre eines der wesentlichen Desiderate der Klinischen Ethik zu sein, Netzwerke von klinisch tätigen Ethikern zu etablieren, wie auch von Hurst et al. [3] thematisiert, die für andere Berufsgruppen offen sind, um solche Erfahrungen auszutauschen und den Umgang mit Problemen, übersteigerten Erwartungen, heftigem Gegenwind und eigenen Fehlern bei der Unterstützung in den vielfältigen klinisch-ethischen Dilemmasituationen zu verbessern.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Tanja Krones
Leitende Ärztin Klinische Ethik
UniversitätsSpital Zürich
Gloriastrasse 31, DERM C18
CH-8091 Zürich

e-mail: tanja.krones@usz.ch

Referenzen

1. Schwab M, Porz R. Some personal experiences of providing clinical ethical consultancy in Switzerland. *Bioethica Forum*. 2009;2(2): 98–9.
2. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin. Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med*. 2010;22(2):149–53.
3. Hurst S. et al. The growth of clinical ethics in a multilingual country: challenges and opportunities. *Bioethica Forum*. 2008;1(1), 15–24.
4. ASBH Core Competencies for Health Care Ethics Consultation 2006. New draft version under review, <http://www.asbh.org/>
5. Fox E et al. Ethics consultation in United States hospitals. A national survey. *Am J Bioeth*. 2007;7(2):13–25.
6. Bosshard G. Klinische Ethikberatung: Machtfreier Diskurs im Spital? *SGB Bulletin SSEB* 2008;57:9–11.
7. Orłowski JP, Hein S, Meinke R, Sincich T. Why doctors use or do not use ethics consultation. *J Med Ethics*. 2006;32:499–503.

2 In der zitierten Studie klinischer Ethikberatung in US-amerikanischen Krankenhäusern [5] lag die Zahl der Konsultationen pro Jahr zwischen 0 und 300, wobei über die Qualität und Art der Fallberatung wenig ausgesagt werden konnte. Wie Klinische Ethikberatung am besten zu evaluieren wäre, ist eine noch weitgehend offene Frage.