

# Entscheidungen im Kontext medizinethischer Fragestellungen: Einblicke in das Denken und Handeln von klinischen Berufsgruppen vor dem Hintergrund des theoretischen Konstrukts Ethikberatung

## Eine österreichische Bestandserhebung

Margareth Zambelli<sup>a</sup>, Gernot Brauchle<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall i. T.

### Zusammenfassung English and French abstracts see p. 30

Klinische Ethik-Komitees sind in den letzten zwei Jahrzehnten nicht nur zu einem bedeutenden Forschungsfeld der klinischen Ethik geworden, sondern haben als Gremien in unterschiedlichen Ausprägungen auch Einzug in Krankenhäuser gehalten. Die gemeinsamen Nenner ihrer Zielsetzungen bestehen in der Ethikberatung vor Ort, in der Entwicklung von medizinethischen Leitlinien und im Angebot von Ethik-Weiterbildung.

Die vorliegende Arbeit baut auf europäischen Studien zum Stand der Implementierung von Ethikgremien auf und informiert über den aktuellen Stand in Österreich. In einem zweiten Teil präsentiert sie Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung, die einen Einblick gibt in die Entscheidungsprozesse und -hilfen im Kontext medizinethischer Fragestellungen aus der Sicht von klinischen Berufsgruppen im stationären Alltag.

Abschliessend werden die Ergebnisse der qualitativen Studie in Beziehung zum theoretischen Konstrukt der Ethikberatung gesetzt, neu entstandene Fragen aufgeworfen und erste Entwürfe für alternative Lösungsansätze vorgestellt.

**Schlüsselwörter:** Klinische Ethikberatung; medizinethische Entscheidungen; Onko-Board; Österreich

Klinische Ethik-Komitees (KEKs), auch als Ethik-Foren bezeichnet, zählen zu den zentralen Forschungsgegenständen im Bereich der Klinischen Ethik. Die Inhalte der Studien reichen von der Erhebung der Entstehungszeiträume über Implementierungsprozesse und Strukturen dieser Ethikgremien bis hin zu Fragen von Wirkungsweisen und Auswirkungen der Ethikberatung auf lebenserhaltende Massnahmen [1–11]. Als Zielsetzungen werden vorrangig die Unterstützung bei konkreten medizinethischen Fragestellungen durch moderierende Ethikberatung vor Ort, die Entwicklung von medizinethischen Leitlinien und das Angebot von Ethik-Weiterbildung genannt. Ein gemeinsamer Nenner der Studien besteht u.a. in der Feststellung, dass dem KEK als Institution ein «grosses Entwicklungspo-

tential für die Verbesserung des Umgangs mit ethischen Problemen», insbesondere als Entscheidungshilfe bei konkreten medizinethischen Fragestellungen zugestanden wird [9]. Vor diesem Hintergrund liegt der Schwerpunkt des vorliegenden Artikels bei der Ethikberatung als einer wesentlichen Säule der KEKs in Form moderierender Entscheidungsunterstützung vor Ort.

In *Deutschland* entstanden die ersten KEKs auf Empfehlung von konfessionellen Krankenhausverbänden im Jahr 1998 [1]. 2007 zeigte eine bundesweite Erhebung, dass mittlerweile 14% der Krankenhäuser eine Struktur der Ethikberatung aufweisen bzw. sich eine solche im Aufbau befindet [10]. In der *Schweiz* wurde die erste Klinische Ethik-Kommission bereits 1988 gegründet. Aber erst nach 2000 entwickelten sich auch in anderen Krankenhäusern KEKs [12]. So zeigt eine Umfrage aus dem Jahr 2008, dass 44% der Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen über eine klinische Ethikberatung verfügen [11]. In *Italien* etablierten sich die ersten KEKs in den späten 1990er Jahren, in der Region Venetien gibt es sie seit 2004 in jeder lokalen Gesundheitseinrichtung. In *Norwegen* entstand das erste Komitee im Jahr 1996; seit 2005 sind sie (nach einer Empfehlung des Gesundheitsministeriums im Jahr 2003) fast flächendeckend eingeführt. In *England* wurde das erste Komitee vor 1995 gegründet, in der Zeit von 2000 bis 2004 stieg der Anteil der mit KEKs ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen von fünf auf 19%. Seit 2000 gibt es darüber hinaus ein nationales Netzwerk der KEKs, das mittlerweile 80 Einrichtungen umfasst [12].

Für Österreich lagen bis dato keine Angaben vor. Im Rahmen einer Untersuchung wurde 2008 von allen wichtigen 155 Akut- und Schwerpunkt-Krankenhäusern sowie Universitätskliniken<sup>1</sup> der aktuelle Stand der Institutionalisierung von Ethik im klinischen Alltag er-

<sup>1</sup> Die Adressen der angeschriebenen Krankenhäuser wurden dem *KUX, Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs* entnommen.

hoben [13]. Dabei zeigte sich, dass 15% der Einrichtungen, vorwiegend konfessionelle Häuser, über ein KEK verfügen, wobei bei den meisten die Implementierung erst 2008 erfolgt ist. 16% der Krankenhäuser gaben andere, zum Teil informelle Formen der Bearbeitung ethischer Fragestellungen an oder wenden sich im Bedarfsfall an ein anderes Krankenhaus mit einem KEK. 12% der Befragten verwiesen darauf, dass sich ein KEK im Aufbau befinde, wobei auch hier die meisten der Krankenhausträger einer Ordensgemeinschaft angehören. 57% der Krankenhäuser gaben an, weder ein

klinischen Berufsgruppen bei der unmittelbaren Patientenarbeit als Entlastung bzw. Unterstützung wahrgenommen werden. Hier stellt sich die Frage, inwieweit Ethikberatung als eine wesentliche Säule der KEKs im Kontext medizinethischer Fragestellungen bei schwerkranken (Tumor-)Patienten<sup>2</sup> als hilfreich für die Entscheidungsfindung erlebt wird. Dieser Frage wurde im Rahmen einer qualitativen Untersuchung über den Umgang mit ethischen Fragestellungen im klinischen Alltag an österreichischen Krankenhäusern nachgegangen.

**Tabelle 1. Institutionalisierung von Ethik-Beratung im klinischen Alltag in Österreich**

	Anzahl	Prozent
Befragte Krankenhäuser	155	
Retournierte Antworten	67	43,2%
<b>Antworten</b>	Anzahl	Prozent
a) Es besteht ein Klinisches Ethik-Komitee	10	14,9%
b) Es bestehen andere Formen der klinischen Ethikberatung	11	16,4%
c) Solche Gremien befinden sich im Aufbau	8	11,9%
d) Es gibt keine derartigen Gremien; sie sind auch nicht im Aufbau begriffen	38	56,7%

KEK noch eine andere Form der Beratung anzubieten (Tabelle 1).

An diesen Ergebnissen zeigt sich, dass über 30% der Krankenhäuser in Österreich eine formale oder informelle Struktur der Ethikberatung aufweisen und es in den letzten Jahren einen Trend zur Institutionalisierung gibt, wenngleich dieser schwerpunktmässig bei Ordenskrankenhäusern zu finden ist. Vergleicht man diese Ergebnisse mit jenen der anderen europäischen Studien, so nimmt Österreich eine mittlere Position ein. Der Trend der Institutionalisierung bestätigt zwar die positive Entwicklung der Klinischen Ethik, lässt jedoch aus Sicht der Autoren noch keine abschliessende Antwort zu, inwieweit ethische Beratungsgremien von

## Methode

Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden semistrukturierte Interviews bei Mitarbeitern von Krankenhäusern durchgeführt, die im Arbeitsalltag mit ethischen Fragestellungen konfrontiert sind. Die Interviews wurden in Anlehnung an Mayring [14] und Gläser und Laudel [15] inhaltsanalytisch ausgewertet. Als *Erhebungsverfahren* wurde das problemzentrierte Interview gewählt, das in der Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewtem die Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen eruiert. Als *Aufbereitungsverfahren* wurde die wörtliche Transkription mit Übertragung in normales Schriftdeutsch eingesetzt.

Als *Auswertungsverfahren* diente die qualitative Inhaltsanalyse [14, 15]. Hierbei wurde das Material in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet. Die Stärke dieses Verfahrens liegt darin, dass es streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitetes, am Material entwickeltes Kategoriensystem, durch welches diejenigen Aspekte festgelegt werden, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen. Als Grundform wurde die Abstraktion gewählt, deren Ziel es ist, das Material in Form einer Generalisierung zu reduzieren, um einen überschaubaren Korpus zu bilden und dennoch die Aussagen der Interviews abzubilden. In der Folge wurden induktiv Kategorien gebildet und somit Auswertungsgesichtspunkte systematisch aus dem Material abgeleitet (Tabelle 2). Hierbei diente ein Begriff oder ein Satz, der möglichst nahe am Material formuliert ist, als Kategorienbezeichnung. Weitere Sätze, die damit korrespondieren, wurden ebenfalls zugeordnet bzw. dienten als Grundlage für die Beschreibung der Kategorie.

Die Merkmalsausprägungen der Kategorien wurden nicht vorab festgelegt, sondern in einem ersten Schritt frei verbal beschrieben. Die Überarbeitung und Erweiterung des Kategoriensystems erfolgte in drei Schrit-

**Tabelle 2. Beispiel für Kategorienbildung**

Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
«Wenn ich z.B. einem Oberarzt eine DNR vorschlage, ist das immer irgendwie so eine Bauchentscheidung, weil es dem Patienten nicht gutgeht ... Wenn ich es rational begründen muss, warum jetzt wirklich, ist es nicht immer so klar.» (Int. 14714)	Die Entscheidung für eine DNR ist immer auch eine Bauchentscheidung	Entscheidungskriterien
«Ich weiß nicht, wie das entschieden wird, wenn man einen Patienten nicht mehr reanimieren würde. Das war auf einer Kardiologie, wo recht viele alte Patienten lagen: Wie das genau bestimmt wird, wer reanimiert wird und wer nicht ... also ich habe keine Antwort bekommen, die nachvollziehbar ist.» (Int. 17102)	Es gibt keine nachvollziehbaren Antworten für eine DNR-Entscheidung	Entscheidungskriterien

2 Die Autorin ersucht um Verständnis, dass aus Gründen der leichten Lesbarkeit bei gemischtgeschlechtlichen Gruppen die männliche Form verwendet wird. Gemeint sind stets weibliche und männliche Personen.

ten, nach 30, 50 und 70% des Materialdurchganges. Dies ermöglichte eine Ergänzung durch neue Kategorien oder die Ausbildung neuer Dimensionen bei existierenden Kategorien. Damit erfolgte die Strukturierung des Materials nicht anhand der theoretischen Vorüberlegungen, sondern implizit durch die im Material enthaltenen Informationen [15].

Für die Interviews wurden zehn Personen aus fünf Krankenhäusern in vier verschiedenen Städten mit drei verschiedenen Trägertypen (Universitätsklinik, städtisches und Ordenskrankenhaus) ausgewählt. Von den zehn Personen sind neun Interviewte im klinischen Alltag am Krankenbett tätig, davon sind sieben Ärzte, welche die Ausbildungs- und Kompetenzhierarchie vom Medizinstudenten kurz vor Studienabschluss bis hin zum Primar mit Universitätsprofessur widerspiegeln. Zusätzlich zu den Ärzten wurde jeweils eine Person mit der Expertise Klinische Psychologie, Pflege und Medizinethik interviewt. Von den zehn Personen sind acht Interviewte in Krankenhäusern mit Ethikgremien tätig.

Es entstand eine Materialsammlung von rund 800 Aussagen mit 15 aus dem Text abgeleiteten Kategorien, die unter verschiedenen Aspekten betrachtet wurden. In der vorliegenden Arbeit geht es vorwiegend um die Kategorie «Therapieentscheidung» und deren Aspekte «Entscheidungsprozesse» und «Entscheidungshilfen».

## Ergebnisse

Vorauszuschicken ist, dass medizinethische Fragestellungen im klinischen Alltag zwar sehr präsent sind, bei den klinischen Berufsgruppen eine Ethik-Sprache bzw. Ausdrucksform jedoch kaum zu erkennen ist<sup>3</sup>. So wurde von den Befragten selten zwischen fachlichen und ethischen Fragestellungen unterschieden. Eine mögliche Begründung könnte in einer impliziten Grundannahme der Befragten liegen, dass medizinisches Handeln bereits von der inneren Struktur her eine *ethische Dimension* aufweise und daher stets unter zwei Aspekten geschehe, den Fragen «Was ist fachlich (technisch) machbar» und «Was ist moralisch begründbar bzw. verantwortbar?» [16]. Eine weitere Erklärung könnte in der fehlenden Lernerfahrung und Routine eines medizinethischen Reflexionsprozesses liegen.

### Entscheidungsprozesse

Über den Ablauf der Entscheidungsprozesse gibt es vonseiten der Befragten sehr einheitliche Aussagen. Die Zuständigkeit im stationären Betrieb wird klar beim visiteführenden Oberarzt bzw. Primar verortet. Aus Sicht der Ärzte – mit Ausnahme des Intensivmediziners – sind Entscheidungen ausschliesslich vom leitenden Arzt ohne Einbindung von anderen Berufsgruppen zu treffen. Diese eindeutige Zuordnung, inklusive der rechtlichen Verantwortung, ist vermutlich ausschlaggebend dafür, dass der jeweilige Arzt seine Ent-

scheidungen aus der Sicht der Befragten quasi alleine, mit minimaler Diskussion und Rücksprache im Ärzteteam trifft und ebenso wenig erklärt.

*Bei Entscheidung für einen Menschen am Ende des Lebens ist man oft uneinig. Die Entscheidung wird ohne viel Diskussion getroffen, da die ärztlichen Hierarchien nicht sehr teamorientiert aufgebaut sind. Im Notfall ist es schon wichtig, dass jemand die Direktiven vorgibt, aber es ist ja nicht immer ein Notfall gegeben. (Int. 3921)*

Im Gegensatz zu den Medizinerinnen plädieren die anderen Berufsgruppen für mehr Einbindung in Entscheidungen, zumindest in Form von Informationsweitergabe, um Anhaltspunkte für die eigenen Tätigkeiten zu erhalten und sie dadurch besser auf das Patientenwohl abstimmen zu können. Der Verantwortliche, so die Annahme, brauche bei heiklen Entscheidungen eine Unterstützung durch das Team und eine moralische, wenn auch nicht rechtliche Zustimmung der Angehörigen.

*Ich muss die Entscheidung als Team am runden Tisch treffen: dies bedeutet, dass auch die Angehörigen, wenn die Entscheidung im Team getroffen wurde, dazugeholt werden, um einen entsprechenden Konsens einzuholen. Die Letztentscheidung hat natürlich immer der Behandlungsführer und der braucht eine Unterstützung für seine Entscheidung. (Int. 2836)*

Den Trend einer früheren Studie zu Entscheidungsbeurteilungen bei schwerkranken Patienten [17] bestätigen die Aussagen, dass viele Therapieentscheidungen nicht nur ohne Diskussion, sondern auch relativ spontan getroffen werden; dies werde aus der Sicht der Befragten nur dann zu einem Problem, wenn man sie gegenüber Vorgesetzten oder Patienten argumentativ verteidigen müsse. Zur Begründung des hohen Anteils an «Spontaneität» können zwei einander ergänzende Denkansätze herangezogen werden. Der erste bezieht sich auf eine Kompetenzmatrix, welche zwischen unbewusster Inkompetenz (man weiss nicht, dass man nicht weiss), bewusster Inkompetenz (man weiss, dass man nicht weiss), bewusster Kompetenz (man weiss, dass man weiss) und unbewusster Kompetenz (man denkt nicht mehr, dass man weiss) unterscheidet. Dieser Matrix zufolge wären die spontanen Entscheidungen des Arztes Ausdruck jener fachlichen Kompetenz, die man nicht mehr bewusst reflektiert. Der zweite Denkansatz verweist auf eine «intuitive Ethik», die sich als das im ersten Augenblick unreflektierte Empfinden für das Richtige bzw. Falsche versteht und deren Kennzeichen u.a. ein knapper intellektueller Prozess und

<sup>3</sup> Ausgenommen ist der Medizinethiker, der sich durch seine Expertise insgesamt im Denken und Ausdruck von den klinischen Berufsgruppen stark unterscheidet.

eine starke emotionale Motivation sind [19, 20, 21]. In der Medizinethik spricht man zwar in der Regel von der deskriptiven «Ethik der mittleren Prinzipien» [18], allerdings haftet ihr das Problem der Letztbegründungsfähigkeit an. Die Spontaneität im hier beschriebenen Kontext könnte im Sinne eines intuitiven Anteils an Entscheidungen als Ausdruck von gesammelter individueller und kollektiver Erfahrung gedeutet werden und stellt neben dem hohen Stellenwert der «Ethik der mittleren Prinzipien» die zusätzliche Frage nach der Bedeutung der «intuitiven Ethik».

*Welche fachliche Entscheidung ich treffe, wird nur zum Thema, wenn ich mich rechtfertigen muss: Wenn im Nachhinein der Chef oder der Angehörige [...] herkommt und fragt, «warum hast du das so gemacht», dann muss ich argumentieren, [...] warum ich so gehandelt habe, ob es nur ein Bauchgefühl war oder ob es eine Vernunftentscheidung war oder was auch immer; sonst entscheide ich in der Regel spontan.* (Int. 5079)

Entscheidungen, so ein weiterer Grundtenor der meisten Befragten, müssten im stationären Betrieb aus Zeitmangel in der Regel rasch getroffen werden. Im Gegensatz dazu scheint es auf der Intensivmedizin selbstverständlich zu sein, bei den meisten Entscheidungen über Therapieziel, -änderung oder -abbruch eine bestimmte Zeit zur Faktensammlung und Abwägung der unterschiedlichen Aspekte zu berücksichtigen, um die Qualität der Entscheidung und den Nutzen für den Patienten zu erhöhen.

*Wenn es auf der Intensivstation um Limitation oder Zieländerungen in der Therapie geht, ist es wichtig, [...] sorgfältig alle wichtigen Informationen für die Entscheidung einzuholen. Dies kann bei einer Therapiezieländerung Richtung palliativer Therapie drei bis vier Tage dauern.* (Int. 1868)

Die Intensivmedizin unterscheidet sich jedoch nicht nur im Zeitverständnis von anderen Bereichen, sondern scheint auch hinsichtlich der Einbindung nichtmedizinischer Berufsgruppen, wie z.B. der Pflege, auf einem anderen Selbstverständnis aufzubauen. Entscheidungen würden grundsätzlich im Team durchgesprochen und Therapiezieländerungen erst nach Zustimmung des gesamten Behandlungsteams durchgeführt. Es stellt sich die Frage, wodurch diese unterschiedlichen Zugänge zum Thema «Entscheidung» entstehen und in Abhängigkeit davon, inwieweit die Intensivmedizin als ein Lernmodell für therapeutische Entscheidungsfindung und berufsgruppenübergreifende Kooperation herangezogen werden könnte.

### Entscheidungshilfen

Neben dem Aspekt der Entscheidungsprozesse liefert die Interviewstudie eine Reihe von Antworten auf die Frage, welche Entscheidungshilfen es bei ethischen Fragestellungen für die Betroffenen gibt und welche

davon wahrgenommen bzw. nicht wahrgenommen werden. Wider Erwarten ist der erste Eindruck, den die meisten Befragten mit Ausnahme der jungen Ärzte vermitteln, dass es keine Entscheidungsprobleme in ihrem Wirkungsbereich gebe, und sie begründen dies zunächst mit der beruflichen Erfahrung.

*Wenn ich selbst Entscheidungen treffen soll, da gibt es keine Probleme, da bin ich schon zu routiniert.* (Int. 4051)

Diese Aussage wird weiter damit begründet, dass es eine Reihe von Entscheidungshilfen in Form von medizinischen Standards, evidenzbasierten Guidelines, Statistiken wie z.B. Fünfjahres-Überlebenskurven und dergleichen mehr gäbe. Für den Notfall erwarte man sich klare Direktiven vom jeweiligen fachlichen und disziplinierten Vorgesetzten. Insgesamt erwecken die Interviewpartner in der Argumentation zu ihren Vorgehensweisen den Eindruck, die Fragestellung vordergründig auf die medizinische Sachebene zu bringen und die Entscheidung anhand von technischen Parametern zu treffen.

Als eine Unterstützung bei Entscheidungen zu Therapieabbruch, -begrenzung oder -zieländerungen dienen Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten, wobei diese Instrumente aus der Perspektive des Arztes eher negativ, aus der Sicht des Medizinethikers positiv bewertet werden.

*Hilfsinstrumente wie Patientenverfügung und Betreuungsvollmachten werden noch gar nicht so angenommen. Wenn sie da sind, fällt einerseits der Umgang mit ihnen schwer, weil sie mangelhaft sind. Andererseits fehlt die Bereitschaft, sich grundsätzlich positiv mit einer Patientenverfügung auseinanderzusetzen.* (Int. 1081)

Von den Ärzten werden weiter die eigenen Kollegen und die Beiziehung der Intensivmedizin als hilfreich für die Entscheidungsfindung genannt, während interprofessionelle Fallbesprechungen ausschliesslich für die nichtmedizinischen Berufsgruppen eine hohe Bedeutung einnehmen.

Auch Leitfäden für den Umgang mit DNR<sup>4</sup> werden als Entscheidungshilfe genannt, deren Bewertung für das eigene Tun fällt allerdings recht unterschiedlich aus. Für Ärzte mit einer langen Berufserfahrung sind sie obsolet, für jene, die am Beginn ihrer Ausbildung stehen, sind sie theoretisch eine Bereicherung, praktisch jedoch oft unverständlich. Auch bei diesem Thema sprechen Ärzte davon, dass sie ihre Entscheidung, einen Patienten bei Herzstillstand nicht wiederzubeleben, häufig intuitiv treffen und argumentativ nicht begründen können. Ärzte mit wenig Berufserfahrung

<sup>4</sup> «DNR», Abkürzung für «Do Not Resuscitate», bezeichnet die Order bzw. die Empfehlung, bei Herzstillstand des Patienten keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu setzen.

würden von dieser Vorgangsweise sehr verunsichert. In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll, nicht nur auf die Notwendigkeit einer Kontrolle durch die Normenethik zu verweisen, sondern auch den Stellenwert von «intuitiver Ethik» im Zusammenhang mit Entscheidungen im Nahbereich menschlicher Beziehungen zu berücksichtigen [21].

*Wenn ich z.B. einem Oberarzt eine DNR vorschlage, ist das immer irgendwie so eine Bauchentscheidung, weil es dem Patienten nicht gut geht [...] Wenn ich es rational begründen muss, warum jetzt wirklich, ist es nicht immer so klar.* (Int. 14714)

Die bisher genannten Entscheidungshilfen wurden von den Befragten selbst angesprochen und waren insofern rasch abrufbereit. Ethikgremien und Onko-Boards als weitere Unterstützungsmöglichkeiten wurden erst auf konkrete Nachfragen hin und dann mit sehr viel Vorsicht und Skepsis in Bezug auf deren Wertigkeit für das eigene Tun besprochen. Deutlich fällt hier wiederum die unterschiedliche Sicht zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen auf.

Angesprochen wurden die beratenden Ethikgremien wie z.B. das KEK bzw. die Ethikberatung als moderierende Entscheidungsunterstützung vor Ort. Die Haltung der Ärzte diesen Gremien gegenüber ist unabhängig von einer eigenen Mitgliedschaft durchgängig skeptisch bis negativ. Die Leistung der Gremien und ihr Angebot der Entscheidungsunterstützung bei anstehenden ethischen Fragestellungen werden aus verschiedenen Gründen kaum angenommen: Zum einen besteht die Grundannahme, dass von Professionen ohne medizinischem Fachwissen kein Beitrag zu einer medizinethischen Problemlösung geleistet werden kann. Zum anderen wird mit einer medizinethischen Fragestellung stets eine akute, nicht planbare Not-situation verbunden, in der die Einberufung eines Beratungsgremiums aufgrund des zeitlichen Entscheidungsdruckes nicht möglich sei. Darüber hinaus besteht die Überzeugung, dass man als Arzt im Zuge seiner Ausbildung ausreichende Kompetenzen für alle existentiellen Patientenentscheidungen erworben hat.

*Mein Problem mit dem Ethik-Gremium ist, dass da viele Leute drinnen sitzen, die Schwerkranken niemals gesehen haben. Wenn ich heute nicht weiß, was prinzipiell in der Medizin möglich ist, dann ist es schwierig, dass ich über Medizinethik mitrede, weil ich da keine Vorstellung habe, wen es betreffen könnte.* (Int. 4964)

*Man sieht ja in unserem Gremium, dass zum Beispiel die Theologen und die Psychologen sich nicht besonders in die medizinischen Dinge einbringen. Bei den anderen Medizingruppen sieht man den Grad des Wissens und der Erfahrung, je nachdem was da dahergebracht wird.* (Int. 5366)

*Das Ethik-Gremium geht davon aus, dass man etwas schön kalkuliert und lange plant und [...] alle Eventualitäten mit einbezieht, [...] okay, das mache ich bei Leuten, die sich anschicken, irgendwann in den nächsten Wochen zu sterben oder auch nicht – im Alltag spielt sich das so nicht ab.* (Int. 5370)

Ähnlich ambivalent verhält es sich mit den sog. Onko-Boards, die ebenso als Entscheidungshilfen genannt wurden. Onko-Boards sind relativ junge Einrichtungen auf Krankenhausebene mit dem Zweck, Therapieentscheidungen medizinisch-interdisziplinär (z.B. Hämato-Onkologie – Chirurgie – Radio-Onkologie – Radiologie – Nuklearmedizin – Pathologie) vorzubereiten bzw. zu treffen. Ihre Chance wird in der Verringerung von therapeutischer Überversorgung gesehen, ihr Risiko in dessen Kehrseite: nämlich im Anwachsen von Überversorgung, sei es infolge «therapeutischen Ehrgeizes» oder aus einzelwirtschaftlichen Überlegungen. Eine weitere Befürchtung ist, dass dem handlungsführenden Arzt die Letztentscheidung aus der Hand genommen und dem als anonymen Gremium empfundene Onko-Board übergeben werde und sich in der Folge niemand mehr für das Individuum Patient zuständig fühle.

## Diskussion

Im Rückgriff auf zahlreiche Studien [1–11] hat sich eingangs gezeigt, dass die theoretische Auseinandersetzung mit klinischer Ethikberatung und ihre Implementierung im letzten Jahrzehnt europaweit zugenommen hat. Daraus folgend könnte der Schluss gezogen werden, dass sich Medizinethik als Reflexionsform und Grundlage für Therapieentscheidungen – insbesondere bei schwerkranken Patienten – etabliert hat und im klinischen Alltag präsent sei. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung relativieren diese Annahme durch einen Einblick in das Denken und Handeln von klinischen Berufsgruppen, insbesondere von Ärzten: Im Rahmen der zehn Interviews erwecken sie den Eindruck, dass sie ihre Entscheidungen vorwiegend solitär, kaum strukturiert und wenig transparent treffen, Begründungen scheinen zwischen technischen Parametern und spontaner Intuition zu liegen, mit geringem Bedürfnis und Vokabular für eine medizinethische Reflexion.

Veränderungsbedarf bei Entscheidungen im Rahmen von medizinethischen Fragestellungen gibt es im Zuge der Interviews vonseiten der Ärzte kaum. Im Gegenteil: Unterstützung durch andere klinische Berufsgruppen oder Beratungsgremien wird ausschliesslich von Nicht-medizinern positiv bewertet und von Ärzten eher als Bedrohung erlebt.

Diese Ergebnisse sind weder verallgemeinerbar noch repräsentativ, eröffnen jedoch neue Einblicke in das Denken und Handeln von Ärzten. Stellt man sich in

diesem Zusammenhang die Frage nach möglichen Begründungen für die geringe Akzeptanz von medizinethischen Beratungsgremien, so lassen sich erste Erklärungen formulieren.

Eine *erste Erklärung* ist auf der Ebene der Organisation Krankenhaus zu suchen. Aufgrund der Aufbau- und Ablauforganisation scheint es in dieser Struktur schwer möglich, Medizinethik als immanenten Bestandteil von medizinischem Handeln zu fordern und zu fördern. Realisierbar sind lediglich «Patientenmanagement-Tools» in Form von Beratungsgremien mit einem hohen Formalisierungsgrad. Damit zusammenhängend könnten KEKs in Zeiten der zunehmenden Zertifizierungen als ein beliebtes Aushängeschild für patientenorientiertes ethisches Handeln, nach innen aber als eine bürokratische Farce erlebt werden.

Eine *zweite Erklärung* steht im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis der Ärzte. Dieses scheint sowohl vom ärztlichen Berufscodex [22] als auch von starkem Hierarchie- und Konkurrenzdenken geprägt zu sein, demzufolge Schwächen, insbesondere im Umgang mit ethischen oder moralischen Fragestellungen tabuisiert sind. Ihre Selbstdefinition von Kompetenz geschieht vorwiegend aus der Fachperspektive heraus mit dem Anspruch eines fehlerfreien Handelns. In dieses Selbstbild passen weder die Unsicherheit bei Entscheidungen noch die Einbindung anderer Berufsgruppen noch das Einholen von Unterstützung ausserhalb der Ärzteschaft.

Betrachtet man darüber hinaus die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Ärzten die gesamte Verantwortung übertragen, so legt eine *dritte Erklärung* nahe, dass sie wenig Interesse haben können, um Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zu bitten. Im Gegenteil, jede Einsichtnahme in ärztliche «Bereiche» (z.B. Therapieentscheidungen) muss verwehrt werden, da eine interprofessionelle Öffnung mittelfristig zu einem Verlust der alleinigen Entscheidungs- und Handlungsvollmacht führen könnte – bei gleichzeitiger Beibehaltung der Verantwortung vor dem Gesetz. Demgegenüber zeigt sich, dass alle anderen Systempartner wie z.B. Pflege, Klinische Psychologie, Krankenhausseelsorge oder Medizinethiker Beratungsgremien als Hilfestellung befürworten.

Neben den möglichen Erklärungen für die fehlende Akzeptanz von Beratungsgremien stellt sich die Frage nach alternativen Lösungsansätzen. Ein erster Entwurf soll hier abschliessend vorgestellt werden. Er baut auf der Annahme auf, dass Ethikberatung ein theoretisch gut entwickeltes Konstrukt für medizinethische Fragestellungen ist, jedoch im klinischen Alltag (derzeit) nicht voll anschlussfähig zu sein scheint. Wenn es letztlich um eine medizinethische Reflexion im Sinne einer guten Entscheidung für den Patienten geht, so stellt sich die Frage, ob es in der Krankenhauswelt nicht einen anderen, bereits bestehenden Rahmen mit höherem Akzeptanzgrad vonseiten der Ärzte gäbe, dieses Ziel zu erreichen? Welche «Einrichtungen» der

Ärzte könnten genutzt werden, medizinethische Themen plausibel, besprechbar und anschlussfähig zu machen?

In diesem Zusammenhang ist noch einmal auf die wachsende Bedeutung von Onko-Boards hinzuweisen. Wenngleich auch ihnen gegenüber die bereits angeführten Bedenken bestehen, so gelten sie doch für die Ärzte insgesamt als etablierte Einrichtungen. Man könnte bei Bedarf neben den rein medizinischen Entscheidungsgrundlagen auch medizinethische Fragen integrieren. Dazu gehörten etwa Fragen nach den Patientenpräferenzen, der Lebensqualität und anderen Kontextfaktoren (wie familiäre, kulturelle, religiöse oder rechtliche Faktoren). Im Zuge der intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit klinischer Ethik sind in den letzten Jahren zahlreiche «Prüfverfahren» in Form von Leitfäden und Analysemethoden entwickelt worden [23, 24]. Sie sind grossteils an der Theorie der vier mittleren Prinzipien der Medizinethik<sup>5</sup> ausgerichtet [18] und es wäre ein geringer Aufwand, daraus alltagstaugliche Frageprofile für die Nutzung im Rahmen von Onko-Boards zu entwickeln. Auch im Wissen, dass es bei den vier medizinethischen Prinzipien keine Letztentscheidung über das Ranghöchste gibt, sondern dass sie gleichberechtigt nebeneinander stehen und das Modell insofern begrenzt ist, wäre es trotzdem sinnvoll, verschiedene Handlungsalternativen an diesen zentralen Prinzipien zu prüfen, um zu einer reflektierten Entscheidung zu gelangen. Dass im Abwägen zwischen den einzelnen Prinzipien der Letztentscheidende stets an seine eigene ethische Tradition gebunden bleibt, ist klar und ein nicht hintergebares Faktum. Der Sinn solcher Prüfverfahren bestünde darin, dass die Verantwortlichen neben der medizinischen Indikation zur Berücksichtigung und Dokumentation aller ethisch bedeutsamen Kriterien verpflichtet würden. Neben der Transparenz bei der Entscheidungsfindung, die für alle «ausserärztlichen» Systempartner (z.B. Patienten, andere klinische Berufsgruppen, Angehörige) eine hohe Priorität hat, ist erstens anzunehmen, dass durch einen strukturierten Entscheidungsvorgang mittels medizinethischer Reflexionsinstrumente die Qualität der Entscheidung steigen würde. Die zweite Annahme ist, dass die klare Vorgangsweise auch für die betroffenen Ärzte eine Reduktion von Belastung darstellen könnte und zwar in dem Sinne, dass die Gewissheit, viele Dimensionen bei der Entscheidung berücksichtigt zu haben, eine beruhigende Funktion hätte. Die Gewährleistung einer «guten ethischen Kultur» könnte mit diesen «Prüfverfahren» zwar nicht inhaltlich endgültig, sondern nur im Rahmen der vier beschriebenen – mit einer pluralistisch orientierten Gesellschaft kompatiblen – mittleren Prinzipien angenommen werden. Formal jedoch könnten

5 Dazu zählen die Autonomie, das Nichtschaden, die Fürsorgepflicht und die Gerechtigkeit.

sie als Prozedere einen wesentlichen Beitrag zu einer reflektierten ethischen Kultur leisten.

Der Auftrag an die Organisation Krankenhaus knüpft an der Verantwortung an, einen Rahmen zu schaffen – sei es im Zuge von Einschulungsmassnahmen, sei es im Kontext von Qualitätsmanagement –, in welchem sich Ärzte mit den einzelnen medizinethischen Prinzipien systematisch auseinandersetzen und im Hinblick auf Medizinethik strukturiertes Entscheiden lernen. Ein Ergebnis wäre der Gebrauch von medizinethischen Analysemethoden im eigenen Alltag, wie z.B. bei Onko-Boards. Dass diese Methoden zum ärztlichen Entscheiden und Handeln gehören, wird umso deutlicher, wenn man sich in Erinnerung ruft, dass Medizin von ihrer inneren Struktur her stets eine ethische Dimension aufweist. Dementsprechend sollte Denken und Handeln stets unter zwei strukturiert reflektierten Aspekten geschehen: zum einen unter der Frage, was fachlich (technisch) machbar und zum anderen, was moralisch begründbar bzw. verantwortbar ist [16].

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

## Abstract

**Decisions in the context of medico-ethical difficulties: insights into the thinking and actions of clinical professionals against the backdrop of the theoretical construct of ethics consultation. The situation in Austria.**

Over the past two decades, clinical ethics committees have not only become an important area of research in the field of clinical ethics but have also made their entrance as specific structures within hospitals. The common denominator within their diverse underlying influences and objectives are on-site ethics consultation, the development of medico-ethical guidelines, and the provision of continuing education in ethics.

The present work first presents European studies on the current implementation of ethics committees and outlines the current situation in Austria. We then present findings from a qualitative study exploring decision-making and existing support in situations of ethical difficulties from the perspective of clinical professionals in day-to-day clinical practice. Finally, we discuss the results of this study in relation to the theoretical structure of ethics consultation, outline new questions raised by this comparison, and tentatively propose alternative solutions.

## Résumé

**Décisions lors de questionnements médico-éthiques: un aperçu de la pensée et des actions des professionnels de la santé comparés à la construction théorique du soutien en éthique. Un état des lieux en Autriche.**

Au cours des deux dernières décennies, les comités d'éthique clinique sont devenus non seulement un domaine important de recherche dans le domaine de l'éthique clinique, mais en plus, en tant que structures spécifiques, ils ont fait leur apparition dans les institutions hospitalières.

Les dénominateurs communs de leurs objectifs sont la consultation d'éthique sur le terrain, le développement de directives en matière d'éthique médicale et l'offre de formation continue en éthique.

Le présent article est d'abord basé sur des études européennes relatives à la mise en œuvre des comités d'éthique et donne un aperçu de la situation actuelle en Autriche. Dans sa deuxième partie, il présente les résultats d'une recherche qualitative sur la prise de décision et l'aide à la prise de décision dans le contexte des questions d'éthique médicale du point de vue des professionnels qui travaillent de manière quotidienne dans le domaine clinique.

Enfin, ce travail place ces résultats en relation avec la structure théorique de la consultation d'éthique. Les nouvelles questions soulevées par cette mise en perspective sont décrites, et des propositions alternatives esquissées.

## Korrespondenzadresse

Margareth Zambelli  
UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften  
Eduard-Wallnöfer-Platz  
A-6060 Hall in Tirol

e-mail: margareth.zambelli@umit.at

Eingang des Manuskripts: 04.05.2010

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 17.09.2010

Annahme des Manuskripts: 20.01.2011

---

**Referenzen**

1. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (DEKV/KKVD). Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees. Freiburg: Eigenverlag; 1999. p. 42ff.
2. Simon A. Klinische Ethikberatung in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen. *Berliner Medizinethische Schriften*. 2000;36:3–20.
3. Schäfer K. Erfahrungen mit der Einrichtung eines Ethikkomitees in einem konfessionellen Krankenhaus. *Z Med Ethik*. 2000;46:299–303.
4. Dreher S. Chancen und Grenzen eines Ethik-Komitees im Krankenhaus. *WzM*. 2002;54:396–401.
5. Eibach U. Klinisches Ethik-Komitee und ethisches Konsil im Krankenhaus. Empfehlungen zu Einrichtung und Arbeitsweise. *Z Med Ethik*. 2004;50(1):21–34.
6. Reiter-Theil S. Klinische Ethikberatung – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweiz Ärztztg*. 2005;86:346–351.
7. Vollmann J. Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modelle und Implementierungsschritte. *Medizinethische Materialien* 2006; Heft 164. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.
8. Vollmann J. Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven. *Bioethica Forum* 2008;1:33–39. Epub. [cited 2010 Mar 14] Available from: [http://www.bioethica-forum.ch/content/d\\_Archiv.php](http://www.bioethica-forum.ch/content/d_Archiv.php).
9. Scheffold N, Paoli A, Kern M, Böhringer S, Berentelg J, Cyran J. Etablierung eines Klinischen Ethik-Komitees an einem nichtkonfessionellen Schwerpunktzentrum. *Med Klin*. 2006;101(7):584–9.
10. Dörries A, Hesse-Jungesblut K. Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. *Ethik Med*. 2007;19:148–56.
11. Salathé M, Amstad H, Jünger M, Leuthold M, Regamey C. Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitalern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. *Bioethica Forum*. 2008;1:8–14. Epub. [cited 2010 Mar 14]. Available from: [http://www.bioethica-forum.ch/content/d\\_Archiv.php](http://www.bioethica-forum.ch/content/d_Archiv.php).
12. Hurst SA, Reiter-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R et al. Physicians' Access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal*. 2007b;15:321–35.
13. Zambelli M. Ethik im klinischen Alltag. Erfahrungen aus der Praxis, theoretische Konzepte, Herausforderungen für die Organisation Krankenhaus [Diplomarbeit]. Hall i. T.: UMIT; 2009.
14. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz; 2002<sup>5</sup>.
15. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS-Verlag; 2009<sup>3</sup>.
16. Pöltner G. Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: Facultas UTB; 2002.
17. Schöne-Seifert B, Eickhoff C. Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie. *Ethik Med*. 1996;8:183–216.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
19. Pott G. Ethik am Lebensende. Stuttgart: Schattauer; 2007.
20. Ochmann F. Die gefühlte Moral. Berlin: Ullstein; 2008.
21. Vieth A. Intuition, Reflexion, Motivation. Freiburg: Alber; 2004.
22. Der älteste ist der Hippokratische Eid, dessen Werte-Botschaften jedoch auch noch in einem Dokument des 20. Jahrhunderts zum Ausdruck kommen, das der Weltärztebund kurz nach dem Zweiten Weltkrieg als sog. «Genfer Gelöbniß» formuliert hat. Weltärztebund: Urspr. Fassung von 1949 (Genf), letzte, ergänzte und neue formulierte Fassung: 46. Generalversammlung in Schweden, Stockholm September 1994 [cited 2010 Mar 14] Available from: <http://www.arzt.de/downloads/genf.pdf>.
23. Jonson AR, Siegler M, Winslade WJ. Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2006<sup>2</sup>.
24. Steinkamp N, Gordijn B. Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied: Luchterhand-Kluwer; 2003.