



SGBEbulletinSSEB

No. 57 September / septembre 2008

EDITORIAL

Klinische Ethikberatung – Möglichkeiten und Grenzen

Am 4. Juni 2008 haben SGBE und SAMW eine gemeinsame Veranstaltung zum Thema «Klinische Ethikberatung: Möglichkeiten und Grenzen» durchgeführt. Vor allem zwei Entwicklungen gaben den Anstoss dazu, sich mit diesem Thema zu befassen: Zum einen stellen auch in der Schweiz Kliniken, Pflegeheime und spezialisierte Institutionen zunehmend strukturierte Verfahren für ethische Fallbesprechungen zur Verfügung. Zum andern wird mit dem neuen Medizinalberufegesetz der Vermittlung von medizinisch-ethischen Inhalten in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ein höherer Stellenwert eingeräumt als bisher. Beides ist sicher zu begrüßen. Ärztinnen und Ärzte sind je länger je mehr mit ethischen Fragestellungen konfrontiert, auf die sie bisher nicht vorbereitet wurden. Sie müssen Entscheidungen fällen, auch wenn sie unsicher sind oder unterschiedliche Meinungen vertreten. In solchen Situationen sind Diskussion mit Vorgesetzten und Kollegen wichtig. In komplexen Situationen oder bei Uneinigkeit im Team kann auch die Beratung durch eine Ethikkommission oder einen klinischen Ethiker eine wertvolle Unterstützung bieten.

Im Mittelpunkt des Anlasses vom 4. Juni standen (nach einem Einstiegsreferat von Samia Hurst zur Situation der Ethikberatung in der Schweiz) jedoch nicht primär die Chancen der Ethikberatung, sondern auch deren Grenzen und Schwierigkeiten. Die nachfolgenden Beiträge von Giovanni Maio und Georg Bosshard vermitteln einen Eindruck davon. Beide Autoren warnen – ausgehend von eigenen Erfahrungen – vor einer Ethikberatung, die «Lösungen präsentiert»; sie fordern vielmehr eine Ethik, die kritische Fragen stellt und Unsicherheiten zulässt. G. Maio plädiert sogar dafür, «Ethikberatung nicht als Öl, sondern im besten Sinne doch eher als Sand im Getriebe des Krankenhauses zu betrachten».

Sowohl SGBE als auch SAMW werden das Thema weiterverfolgen. Die SAMW hat vor kurzem beschlossen, unter dem Vorsitz von Samia Hurst eine Subkommission einzusetzen, die sich vertieft mit dem Thema «Klinische Ethikberatung» befassen wird.

Michelle Salathé, Basel, stv. Generalsekretärin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und SGBE-Vorstandsmitglied

Contenu / Inhalt

Editorial	1
Les consultations d'éthique clinique en Suisse: une introduction	2
Die Ethik als Instrument der Entschleunigung	5
Klinische Ethikberatung: Machtfreier Diskurs im Spital?	9
Est-il judicieux d'envisager d'ancrer dans la loi le droit du médecin à l'objection de conscience ?	12
Call for Abstracts	14
Neues Bioethica Forum	15
Agenda	16
Impressum	16

Les consultations d'éthique clinique en Suisse: une introduction

Samia Hurst, Institut d'éthique biomédicale, Faculté de médecine, Genève

La consultation d'éthique clinique est née d'une rencontre entre des cliniciens, confrontés à des difficultés éthiques de plus en plus complexes, et les praticiens de la jeune discipline qu'était alors la bioéthique. Cette rencontre entre l'analyse théorique et des difficultés pratiques pleines d'émotions humaines, inscrites dans le chahut de la réalité, ne s'est pas faite sans difficulté. En 1973, Daniel Callahan, un des fondateurs de la bioéthique américaine, témoigne avec franchise :

« Je résistais, avec une pure panique, à l'idée de participer avec les médecins dans leurs décisions. *Moi ?* Je préférerais de loin la sécurité des profondes questions que je leur présentais. Mais je me rendais également compte en faisant face à un vrai cas – et c'est là mon excuse - que rien dans ma formation philosophique ne m'avait préparé à rendre une décision éthique claire à une heure donnée d'un après-midi précis. J'avais été formé comme il faut dans une splendide tradition d'érudition et de pensée soigneuse qui laisse au moins un ou deux millénaires pour résoudre un problème ».¹

La rencontre fut cependant fructueuse pour les uns et les autres. Des philosophes se formèrent à la réalité des soins, des soignants prirent le temps d'apprendre sérieusement la théorie morale. Des consultants d'éthique, seuls ou en équipes multidisciplinaires, devinrent actifs dans les hôpitaux, d'abord en Amérique du Nord² mais

également en Europe³ et ailleurs dans le monde. Ils apportèrent une aide, leur pratique fut appréciée, et la réflexion théorique fut nourrie en retour de ce frottement à une réalité difficile. La branche clinique de la bioéthique était née. Moins de dix ans après le témoignage de Callahan, le philosophe anglais Stephen Toulmin, élève de Wittgenstein, écrivait « Comment la médecine sauva la vie de l'éthique ».⁴

Le développement de la consultation d'éthique en Suisse reflète un dialogue similaire, mais s'inscrit dans le contexte plus général de deux facteurs locaux : la diversité culturelle et l'attachement au dialogue en général. La diversité culturelle et linguistique d'un pays constitué d'au moins quatre communautés linguistiques distinctes s'exprime en bioéthique par le recours aux littératures normatives des traditions allemande, française, italienne, et anglo-saxonne, qui s'inscrivent en philosophie de part et d'autre de la barrière continentale-analytique.⁵ L'institution de la démocratie directe, qui doit elle-même beaucoup à la diversité culturelle du pays, a été très employée dans le domaine de la bioéthique.

transatlantic perspective." *Lancet* 343(8900): 778-80.

³ Reiter-Theil, S. (2001). "Ethics consultation in Germany: the present situation." *HEC Forum* 13(3): 265-80, Salathé, M., M. Leuthold, et al. (2003). "«Les comités d'éthique clinique en Suisse – un état des lieux» (Original en Allemand)." *Bulletin des médecins suisses* 84(43): 2264-2267, Slowther, A., C. Johnston, et al. (2004). "Development of clinical ethics committees." *Bmj* 328(7445): 950-2, Forde, R. and I. H. Vandvik (2005). "Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee." *J Med Ethics* 31(2): 73-7.

⁴ Toulmin, S. (1982). "How medicine saved the life of ethics." *Perspect Biol Med* 25(4): 736-50.

⁵ Hurst SA, Reiter-Theil S, Baumann-Hölzle R, et al. « The growth of clinical ethics in a multilingual country: challenges and opportunities. » *Bioethica Forum* 2008;1(1):15-24

¹ Callahan, D. (1997). Bioethics as a discipline. in: *Bioethics*, ed. by N. S. Jecker, A. R. Jonsen and R. A. Pearlman, 87-92. Boston, London, Singapore, Jones and Bartlett.

² Niemira, D. A., R. D. Orr, et al. (1989). "Ethics committees in small hospitals." *J Rural Health* 5(1): 19-32, Coughlin, M. D. and J. Watts (1993). "A descriptive study of healthcare ethics consultants in Canada: results of a national survey." *HEC Forum* 5(3): 144-64, Backlar, P. and B. H. McFarland (1994). "Ethics committees in state mental hospitals: a national survey." *Hosp Community Psychiatry* 45(6): 576-80, Osborne, M. and T. W. Evans (1994). "Allocation of resources in intensive care: a

Les instances nationales de bioéthique⁶ se sont initialement concentrées sur des enjeux d'« éthique cellulaire », et n'ont élargi leur questionnement que dans un deuxième temps. La participation populaire a suivi le même mouvement. Depuis 2000, des votations populaires ont eu pour enjeux la reproduction assistée, les coûts hospitaliers et ceux des médicaments sur ordonnance, l'internement des délinquants sexuels, l'avortement, la recherche sur les cellules souches, et l'usage des organismes génétiquement modifiés dans l'alimentation.⁷

Les services de consultation d'éthique clinique suisses se sont développés récemment, localement, en général comme réponse à un besoin perçu, et avec des différences parfois considérables d'un site à l'autre. Les quelques exemples qui suivent sont issus d'un projet de recherche,⁵ et reflètent la situation en décembre 2007:

- L'institut interdisciplinaire privé Dialog Ethik fournit un soutien éthique à plusieurs hôpitaux et établissements médico-sociaux dans les cantons de Zurich, St-Gall, Argovie, et Schaffhouse. Les groupes actifs dans ces différents hôpitaux mènent des discussions en cercles concentriques constitués d'un cercle interne composé des personnes ayant une responsabilité décisionnelle dans la situation, et d'un cercle externe composé de consultants et d'autres personnes impliquées. Un modérateur anime la discussion selon des étapes pré-établies.
- Les Hôpitaux universitaires de Zurich ont engagé comme éthicien clinique en été 2006 un collaborateur de la nouvelle chaire d'éthique biomédicale de la Faculté de médecine. Cet éthicien est disponible pour des examens de cas prospectifs et rétrospectifs, selon un processus qui dépend de la question initiale et qui intègre les sources juridiques. Un de ses mandats est de soutenir la création d'un comité d'éthique clinique.
- L'institut d'éthique appliquée et médicale de la Faculté de médecine de Bâle fait des visites d'éthique, et est également disponible sur demande pour des consultations d'éthique, mais aussi pour l'accompagnement d'équipes

dans des projets spécifiques. La consultation emploie une série d'étapes précisément décrites, mais le but est également de laisser assez de flexibilité pour permettre un échange réel.

- Le Centre hospitalier universitaire vaudois offre en parallèle la consultation d'éthique à travers un comité et un éthicien clinique. L'éthicien fait des visites d'éthique dans les unités, où une partie des consultations sont réalisées. Elles peuvent également être demandées formellement, à l'éthicien ou au comité. Le processus de discussion est modéré par l'éthicien, et le choix de l'option la plus acceptable commence par l'élimination de celle qui est jugée la pire.
- Les Hôpitaux universitaires de Genève offrent la consultation d'éthique séparément sur deux sites géographiques par deux sous-commissions du comité d'éthique clinique. Même si leur méthode est similaire dans sa description, elle peut différer assez substantiellement dans son application.⁸ Un des groupes centre le plus souvent sa consultation sur l'audition de représentants de l'équipe clinique, l'autre se déplace dans l'unité requérante, et suit un processus de facilitation éthique.⁹
- La « Commissione di etica clinica » de l'« Ente Ospedaliero del Canton Ticino » organise des cours de formation annuelle pour le personnel de l'hôpital. Elle offre également des consultations d'éthique. Les demandes sont envoyées au président, et examinées par un comité restreint avant d'être discutées en plenum. L'avis est décidé à la majorité.

Ces consultations d'éthique sont consultatives et non décisionnelles. Parmi les autres points communs de ces consultations, l'ouverture. Dans la plupart des cas, toute personne concernée peut demander une consultation, y compris bien sûr le patient. Tous les services de consulta-

⁶ Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine : <http://www.nek-cne.ch/?langId=3>

⁷ Swiss Federal Administration. (2005). "Results of topics submitted to federal votes." Retrieved 29.01.2006, from <http://www.admin.ch/ch/ff/pore/va/index.html>.

⁸ Hurst S, Chevolet JC, Loew F. "Methods in Clinical Ethics: a Time for Eclectic Pragmatism?" *Clinical Ethics*. 2006;1(3):159-64.

⁹ Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. "Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation." *Ann Intern Med*. 2000 Jul 4;133(1):59-69.

tions sont par ailleurs interdisciplinaires, et presque tous incluent des membres du public.

On note en Suisse une certaine méfiance envers la notion d'« expert en éthique », qui peut être perçue comme un obstacle à ce type de consultation. Cet élément, qui pourrait constituer un cas particulier de la méfiance générale envers l'autorité qui sous-tend la démocratie directe, peut être considéré comme plutôt sain. Se fier entièrement à l'avis, même bien formé, d'une autre personne serait réellement une réaction problématique de la part des cliniciens qui font face à une difficulté éthique. Tenter de déjouer cette réticence risquerait donc d'être non seulement futile, mais contre-productif. La consultation d'éthique clinique est fondée en partie sur le soutien d'un processus de délibération ouvert. Que les cliniciens souhaitent rester impliqués à part entière dans le processus de décision n'est donc pas en contradiction avec ses méthodes. Peut-être la conscience de ne pas vouloir être écarté pourrait-elle même fournir des arguments efficaces à l'inclusion des patients dans ces décisions.

On note aussi parmi les praticiens de l'éthique clinique une certaine méfiance vis-à-vis de processus trop rigides. Le mélange des sources est la règle et non l'exception. Plutôt que vers une « bonne méthode », peut-être allons-nous vers un champs de l'éthique clinique qui comportera plusieurs méthodes différentes, à alterner et à associer face à des situations différentes.

La coexistence de différentes traditions linguistiques et philosophiques est une difficulté, mais pourrait également représenter une occasion d'intégration de ces différentes sources autour de la consultation d'éthique clinique. Le prix en serait un degré important d'écoute respectueuse. Une exigence difficile pour une discipline jeune, mais les consultants d'éthique ne sont-ils pas censés avoir développé cette aptitude ?

La consultation d'éthique clinique est un exemple de pratique réflexive qui ne peut se passer ni de fondements théoriques ni d'un ancrage solide dans la réalité.¹⁰ Elle participe également à façonner des contextes dans lesquels il peut être plus ou moins facile d'agir de manière

éthiquement justifiée.¹¹ Il s'agit là encore d'un aspect où l'adaptation locale est importante, mais l'échange d'expérience indispensable. La coordination de tels échanges pourrait même gagner en importance à mesure que le développement de services plus anciens leur permettra de servir de soutien aux institutions dont les structures sont plus récentes.

¹⁰ Daniels, N. (1996). *Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.

¹¹ Buchanan, A. (2002). "Social moral epistemology." *Soc Philos Policy* 19(2): 126-52.

Die Ethik als Instrument der Entschleunigung*

Zu den Fallstricken der Ethikberatung als Mainstreaminstitution

Giovanni Maio, Lehrstuhl für Bioethik, Interdisziplinäres Ethik-Zentrum der Universität Freiburg i.Br

Unzweifelhaft lässt sich gegenwärtig von einem allgemeinen Trend zur Etablierung klinischer Ethikberatungssysteme sprechen. Trenderscheinungen haben oft etwas Selbstverstärkendes, wodurch die Gefahr entsteht, dass eine zunächst begrüßenswerte Entwicklung über ihr gesundes Ziel hinauschießt. Von diesem Gedanken ausgehend ist es mir ein Anliegen, die Ethikberatung von ihren Grenzen her zu betrachten. Es geht mir darum, auf einige Gefahren hinzuweisen, die nur so subtil sind, dass man leicht geneigt ist, sie vollkommen zu übersehen. Wenn ich auf die Unzulänglichkeiten eingehe, so geschieht dies nicht aus der Grundhaltung einer Ablehnung der Ethikberatung, sondern im Gegenteil, es geschieht vor dem Hintergrund einer jahrelangen Erfahrung mit Ethikberatungen, die mich zu diesen Reflexionen angeregt haben.

Ein ganz zentraler Sinn der Ethikberatung liegt in der Gewährung der Partizipation unterschiedlicher Berufsgruppen an der für den Patienten wichtigen Entscheidungen; damit wirkt die Ethikberatung in vielen Fällen konfliktlösend, allein dadurch, dass man sich überhaupt zu einem gemeinsamen Beratungsgespräch zusammensetzt (Maio 2002). Zentral ist hierbei die Funktion der Ethikberatung, einen vergewissernden Effekt auf das Behandlungsteam zu entfalten. Und doch ist gerade dieser positive Aspekt, ja dieser zentrale Sinn der Ethikberatung zugleich auch ihre Grenze. Sicher ist man in der Medizin sehr häufig auf Entscheidungen angewiesen, denen man nicht ausweichen kann; sicher stellt auch das Nichtentscheiden meist auch eine Entscheidung dar. Die Medizin lässt sich als eine Handlungswissenschaft bezeichnen; man erwartet von ihr ein angemessenes Handeln, das entsprechend begründet, verantwortet und vertreten werden muss. Daher ist es ver-

ständiglich, dass die Medizin die Angebote der klinischen Ethikberatung gerne annimmt, da diese ein implizites Versprechen geben, das Versprechen nämlich, zu einer größeren Entscheidungssicherheit beizutragen. Allein dieses Versprechen aber macht die klinische Ethikberatung anfällig dazu, ihre Grenzen zu missachten. Mit dem impliziten Versprechen, dass mit dem Anrufen der Ethikberatung Entscheidungssicherheit zu erlangen ist, wird die Ethikberatung verfügbar, weil sie sich von der Überzeugung leiten lässt, dass in jeder Situation Sicherheit generiert werden kann. Mehr noch, die Ethikberatung suggeriert allein durch ihre Existenz, dass man alle ethischen Unsicherheiten mithilfe der Beratung auflösen kann. Zuweilen suggeriert sie gar, dass es in Zeiten der Ethikberatung gar nicht mehr nötig sei, unsicher zu sein. Wer unsicher ist, hat sich nur nicht richtig beraten lassen. Wenn die Ethikberatung auch nur implizit verspricht, in jeder Situation Sicherheit herbeizuführen, so hat sie sich von den an sie gehegten Erwartungen verführen lassen, anstatt sie von vornherein herunterzuschrauben. Es gibt viele Situationen, in denen man durch die Klärung von Begrifflichkeiten, durch das Ausräumen von Fehlannahmen, durch die klärende Verständigung untereinander tatsächlich vorhandene Unsicherheiten ausräumen kann, aber das ändert nichts daran, dass es bei allem Entscheidungsdruck in den modernen Spitälern notwendig ist, sich von der Idee der jederzeit herstellbaren Sicherheit freizumachen und anzuerkennen, dass es oft zu einer guten Medizin dazugehört, Unsicherheiten nicht mit allen Mitteln zu beseitigen, sondern sie in bestimmten selektiven Situationen auch zuzulassen oder ausreifen zu lassen. Eine Medizin, die komplett verlernt, Unsicherheiten zu akzeptieren, läuft Gefahr, zu einer Ideologie zu werden. Eine Ideologie, die sich dem allgemeinen Trend der Durchrationalisierung und Beschleunigung anschliesst und dabei vergisst, dass sie auf diesem Weg dem Wohl des Patienten möglicherweise zuwiderhandelt. Möglicherweise ist es kein Zufall, dass der Boom der klini-

* Nach einem Vortrag, gehalten an der Tagung «Klinische Ethikberatung – Möglichkeiten und Grenzen», organisiert von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften am 4. Juni 2008 in Bern.

schen Ethikberatungen in einer Zeit aufkommt, in der sich alle Klinika komplett dem Diktat der marktwirtschaftlichen Leitbilder unterwirft und entsprechend die Termini der Marktwirtschaft wie selbstverständlich auch für die Medizin übernimmt (Maio 2008). Zu diesen Termini gehört auch das Zertifizierungssystem, das eben zunächst für die Industrie gedacht war und das nun auch für die Kliniken gilt. Es ist kein Zufall, dass nach dem in der Bundesrepublik üblichen Zertifizierungssystem KTQ die Einrichtung von klinischen Ethikkomitees als Zertifizierungsbedingung auftaucht (siehe www.ktq.de). Die Ethikberatung könnte in diesem Kontext sozusagen als das Öl benutzt werden, das benötigt wird, damit das ganze Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus in all seiner Konflikthaftigkeit reibungsloser und damit schneller funktioniert. Nun ist selbstverständlich nichts gegen einen reibungslosen Ablauf zu sagen, da alle davon profitieren, aber wenn reibungslos gleichgesetzt wird mit schnell und sicher, dann kann dies ein grosses Problem werden, denn manchmal braucht man im Umgang mit schwerkranken Patienten Zeit, um eine Entscheidung reifen zu lassen. Manchmal ist es wichtig, bestehende Situationen erst einmal zuzulassen, um sich allmählich in ein gutes Verhältnis zu ihnen setzen zu können. So habe ich häufig Ethikberatungen erlebt, die angerufen worden sind, um eine Entscheidung zu beschleunigen, obwohl die Zeit für eine solche Entscheidung einfach noch nicht reif war. Die Ethikberatung hat sich in einen solchen Beherrschbarkeitszog hineinziehen lassen, ohne sich ihm zu widersetzen. Im Gespräch erschien es so selbsterklärend, dass man eine Entscheidung finden musste, und erst Wochen später mit mehr Distanz zum Fall wurde zuweilen klar, dass es einfach besser gewesen wäre, sich im Rahmen der Ethikberatung dem Sog zu entziehen und für ein weiteres Zuwarten zu plädieren. Das Herstellen von Sicherheit erschien allen als ein so unstrittiges Ziel, gerade weil man in der Ethikberatung nur innerhalb gängiger Denkmuster gedacht und nicht quer zu denken gewagt hat.

Diese Gefahr der Instrumentalisierung der Ethikberatung zur Beschleunigung von Entscheidungen in Situationen, die einer Entschleunigung bedurft hätten, möchte ich an folgendem Beispiel verdeutlichen.

Ein 74-jähriger Patient erleidet bei einem Traktorunfall einen Bruch der Wirbelsäule, bei dem das Rückenmark auf der Höhe des 7. Halswirbelkörpers verletzt wird, so dass der Patient eine hohe Querschnittslähmung erleidet,

von der beidseitig alle Gliedmassen betroffen sind. Der Patient kommt im Schock ins Universitäts-Spital, muss zunächst beatmet werden, erholt sich aber rasch und ist am 3. stationären Tag vollkommen klar und orientiert. Er kann von der Beatmungsmaschine weggenommen werden, so dass ganz normal mit dem Patienten gesprochen werden kann. Der Patient zeigt sich sehr bestürzt von der Diagnose, die ihm der Oberarzt in aller Ruhe mitteilt. Alle Angehörigen des Patienten sind vor Ort, und der Patient hat Gelegenheit, auch mit diesen in einer ruhigen Atmosphäre zu sprechen. Weil der Patient vor einem Jahr an einem Lymphknotenkrebs erkrankt war, hatte er bereits eine Patientenverfügung ausgestellt, in der er für den Fall einer schwerwiegenden Erkrankung das Absehen intensivmedizinischer Massnahmen verfügt hatte. Nachdem der Patient zunächst stabil blieb, zeichnete sich am Folgetag eine zunehmende Lähmung auch der Atemmuskulatur ab, so dass eine erneute Beatmung notwendig wurde. Der Arzt teilte dem noch stabilen Patienten mit, dass er sich auf eine erneute Beatmung einstellen müsse. Auf die Frage, ob er denn von der Maschine je wieder weg käme und ob die Lähmung sich gegebenenfalls bessern würde, musste der sehr erfahrene Oberarzt erklären, dass die Beatmung nach menschlichem Ermessen auf Dauer notwendig bleiben würde, dass man aber ein Heimbeatmungsgerät besorgen könne. Die Lähmungen jedoch würden aller Voraussicht nach sich nicht zurückbilden; er könne aber mit dem Beatmungsgerät bei vollem Bewusstsein viele Jahre weiterleben. Darauf hin sagt der Patient bei klarem Bewusstsein, dass er unter den Bedingungen lieber nicht weiterleben wolle und bittet den Arzt, ihn nicht an die Beatmungsmaschine zu hängen, sondern ihn lieber sterben zu lassen. Der Arzt ruft die Ethikberatung an und fragt, ob er denn den Patientenwunsch tatsächlich respektieren soll.

Zunächst liegt es freilich auf der Hand, dass man den offensichtlich einsichtsfähigen Patienten nicht gegen seinen Willen intubieren kann. Aber ist das tatsächlich das Kernproblem gewesen? Ist das Problem tatsächlich der Konflikt zwischen Zwangsbehandlung und Sterbenlassen gewesen? Dieser Konflikt konnte nur so lange als der vorherrschende Konflikt betrachtet werden, solange man annimmt, dass man im hinc et nunc zu entscheiden habe. In solchen extremen Zeitnöten eine tragfähig gute Entscheidung zu treffen, ist allerdings für das Behandlungsteam genauso schwierig wie für den Patienten. Daher erscheint es gerade für solche und viele andere Situationen besonders relevant, sich zuzugestehen, dass man in einer solchen Notlage unweigerlich Unsicherheiten sich einkauft, die man mit welcher Entscheidung auch immer nicht einfach wegwischen kann. In einer solchen Situation

kann die Devise nicht lauten, Unsicherheiten mithilfe der Ethikberatung auszuräumen, sondern gerade die Ethikberatung müsste idealiter der Verführbarkeit einer schnellen Lösung widerstehen und der Unsicherheit Raum geben. Sie müsste nicht danach fragen, welche der Optionen richtig ist, weil die Auswahl der Optionen bereits vorgeprägt ist von einem Denken, das eine gute Beratung für sich ablehnen muss. In dieser Situation wäre es durchaus möglich gewesen, die Unsicherheit erst einmal anzunehmen und danach zu fragen, wie es gelingen kann, trotz der vertrackten Situation Zeit zu gewinnen, damit die Unsicherheit sozusagen weggreifen kann. Sehr häufig wird in solchen Situationen die Sicherheit künstlich hergestellt anstatt sie heranreifen zu lassen. Wenn man in einer solchen Situation unbedingt sofort Sicherheit haben will, bleibt nur die Möglichkeit, auf die Beatmung zu verzichten und den Patienten sterben zu lassen. Wenn man aber zur Unsicherheit eine akzeptierende Grundhaltung einnimmt und die Situation mit kreativer Phantasie beleuchtet, so könnte man vielleicht auch zu folgender Lösung kommen: dem Patienten verdeutlichen, dass man seinen Wunsch, lieber zu sterben anstatt weiterzuleben, sehr ernst nehmen und auch jederzeit befolgen würde, ihm aber zugleich das Angebot machen, den Zustand des Beatmetseins, möglicherweise auch den Zustand des Heimbeatmungsgerätes erst einmal auszuprobieren und ihm zugleich die Zusicherung machen, dass ab dem Moment, da er immer noch zu der Überzeugung kommt, lieber zu sterben, das Beatmungsgerät auch abzustellen. Man hätte in dieser Zeit mit den Angehörigen intensiver sprechen und sie darauf hinweisen können, wie wichtig gerade ihre Solidarität mit dem Patienten für seinen Lebenswillen sei. Dieser Ratschlag hätte in der Ethikberatung gemacht werden können, und dass er in diesem Fall nicht gemacht wurde, ist nicht eine Kritik an der Ethikberatung per se, sondern eine Kritik an einer bestimmten Form von Ethikberatung, die leider die gängige Form ist. Man muss hier nämlich das Setting betrachten, in dem die allermeisten Ethikberatungen erfolgen: die Ethikberatung wurde angerufen in einer Situation der absoluten Zeitnot, man hat ihr also zugetraut, solche Unsicherheitssituation klar lösen zu können, und die Ethikberatung hat einen grossen Einfluss darauf gehabt, dass der Patient nur 36 Stunden später verstarb, weil sie allein durch ihren Vollzug Sicherheit suggeriert hat, die aber auch nach der Ethikberatung doch

nach wie vor nicht bestand. Auch nach der Ethikberatung wusste man immer noch nicht, wie der Patienten möglicherweise nach ausreichend Zeit und nach der Erfahrung mit der Heimbeatmungsmaschine zur etwaigen Fortsetzung der Beatmung stehen würde. Eine zentrale Gefahr der Ethikberatung besteht also darin, sich durch die Performanz der Beratung in Sicherheiten zu wiegen, die möglicherweise trügerisch sind. Die zentrale Grenze ist dort gegeben, wo eine etwaig immanente Verführbarkeit der Ethikberatung zu der Annahme und zur Verheissung verleitet, dass Unsicherheiten nicht mehr sein müssen, so lange es Ethikberatung gibt.

Ein Zulassen von Unsicherheiten gehört zum Kern einer guten Medizin, und daher wäre die Ethikberatung gut beraten, wenn sie mit bedächte, dass sie sich dann verwehren muss, wenn sie nicht als Beratung, sondern als Beschleunigerin benutzt und damit zugleich missbraucht wird. Denn vieles spricht dafür, dass eine gute Ethikberatung genau das Gegenteil von Beschleunigung, genau das Gegenteil von Öl sein sollte; sie sollte vielmehr ein Ort der Entschleunigung sein, ein Ort des Innehaltens, an dem man lernt, das Sosein erst einmal zuzulassen als ein Sosein, ohne es in jedem Moment einem Anderssein zuführen zu müssen. Daher plädiere ich dafür, die Ethikberatung nicht als Öl, sondern im besten Sinne doch eher als Sand im Getriebe des Krankenhauses zu betrachten. Dies erscheint mir gerade in den Zeiten notwendig, da die modernen Krankenhäuser immer mehr auf Hochtouren getrimmt werden.

Es ist aber nicht nur das implizite Versprechen zur Entscheidungsfindung und zur Auflösung von Unsicherheiten, die die Ethikberatung anfällig macht, sondern anfällig wird sie auch dann werden, wenn sie innerhalb der medizinischen Paradigmata verharrt und damit versäumt, den grösseren Denkraum, in dem sich die moderne Medizin bewegt, kritisch zu hinterfragen. Wenn die Ethikberatungen zunehmend gar kommerziell ausgerichtet werden und sich sozusagen als Serviceleistung gegen Geld anbieten, stellt sich die Frage, woher die Freiheit kommen soll, tatsächlich gegen den Mainstream zu denken. Woher soll das Rückgrat kommen, um einem Vorschlag eines Chirurgen, bei einem Kind mit Penisagenesie eine Geschlechtsumwandlung vorzunehmen? Woher soll der Mut kommen, gegen den Willen der Ärzte und Eltern, ein zwar behindertes aber sicher überlebensfähiges Frühgeborenes tatsächlich am Leben zu erhalten?

Woher soll das kritische Denken kommen, wenn Ärzte und Pflegende übereinkommen, dass behindertes Leben auch an ihrem Ende lieber nicht mehr sei? Woher soll die Kritik an Entscheidungsstrukturen kommen, wenn diese eher unternehmerischem als genuin medizinischem Denken entspringen? Solange die Ethikberatung das kritische und unzeitgemässe Denken nicht mit institutionalisiert, wird sie zur Erfüllungshelfin des Mainstreams und damit alles andere als Ethik sein. Die Ethikberatungen sollten weniger Lösungen anbieten als kritische Fragen stellen, kritische Fragen, die oft nicht gestellt werden, weil die Ethikberatung selbst zu sehr im rein zweckrationalen Denken der Medizin verharret und die Denkmuster der Medizin nicht von Grund auf hinterfragt, sich damit den impliziten Ideologien, denen die moderne Medizin aufsitzt, nicht genügend widersetzt.

Schlussfolgerungen

Die Ethikberatung ist in den allermeisten Fällen segensreich, aber sie ist nicht davor gefeit, selbst instrumentalisiert zu werden für Zwecke, die ausserhalb dessen liegen, was die Ethikberatung eigentlich leisten soll. Wenn hinter der Ethikberatung das Ziel der Förderung des Wohls des Patienten steht, dann ist die Ethikberatung ein

gutes Instrument. Wenn es aber um die Beschleunigung oder Glättung von Entscheidungsprozessen geht, dann ist das ein falscher Zweck, für den die Ethikberatung instrumentalisiert wird. Wenn die Ethikberatung dazu dient, sich den herrschenden Mainstream in der Medizin sozusagen amtlich bestätigen zu lassen, dann ist auch und gerade das keine gute Beratung, sondern ein sich Benutzenlassen für Denkformen, die nicht unhinterfragt übernommen werden müssten. Die Ethikberatung hat durchaus das Potential, einen Beitrag zur guten Behandlung von Patienten zu leisten, aber das kann sie nur, wenn sie sich nicht für alles anrufen lässt, und vor allem wenn sie sich in ihrer Beratung einen grundlegend kritischen Blick auf die Entwicklung der modernen Medizin bewahrt.

Literatur

Maio G (2002) Braucht die klinische Medizin Ethikberater? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127: 2285-2288

Maio G (2008) Vom karitativen Dienst am Menschen zum Profitcenter? Zu den ethischen Grenzen der Marktorientierung in der Medizin. Medizinische Klinik 103, 6:455–459

Klinische Ethikberatung: Machtfreier Diskurs im Spital?

Georg Bosshard, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Die von der wissenschaftlichen Ethik entwickelten und propagierten Entscheidungsinstrumente streben den professionellen, nicht-ideologischen Umgang mit Wertfragen an. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass in modernen pluralistischen Gesellschaften die Entscheidung solcher Fragen nicht mehr an einseitig religionsgebundene Autoritäten wie einen Ayatollah, einen Rabbi oder einen als unfehlbar verstandenen Papst delegiert werden kann. Eine wichtige Rolle bei diesen Instrumenten spielt die u. a. von dem deutschen Philosophen und Soziologen Jürgen Habermas entwickelte sog. Diskursethik, bei der das Konzept des sog. „machtfreien“, also rein der Kraft des besseren Argumentes verpflichteten Diskurses zentral ist. Auch wenn letztlich die vollständige Befreiung der Interaktion realer Menschen von gegenseitigen Abhängigkeiten nie ganz möglich sein wird, so ist doch die Idee eines so weit als möglich machtfreien resp. machtarmen Diskurses als Zielvorgabe innerhalb der angewandten Ethik weitgehend anerkannt. Damit erweist sich aber auch, dass das Unternehmen Ethik keineswegs so wertneutral ist, wie es sich manchmal selber verharmlosend darstellen möchte. Vielmehr vertritt eine so verstandene Ethik letztlich doch die Botschaft der „Demokratisierung des Wissens“, der Abflachung von Hierarchien, einer Entscheidungsstruktur basierend mehr auf der fallbezogenen Kompetenz als der hierarchischen Position der einzelnen Beteiligten.

Im Folgenden soll, basierend auf zwei Jahren Erfahrung in klinischer Ethikberatung am Universitätsspital Zürich, untersucht werden, ob und wie weit ein solcher machtfreier Diskurs für die angewandte Ethik im Spital, eben die klinische Ethik, realisierbar erscheint. Eine Universitätsklinik stellt insofern ein ganz besonderes Feld dar, als dass sich hier gleich zwei Formen von professioneller Autorität vorfinden, denen, obwohl beide sich ausdrücklich wertfrei definieren, in unserer Gesellschaft lange Zeit und immer noch eine Dominanz auch im Entscheiden von Wertfragen zukam resp. zukommt, die

durchaus quasi-religiöse Züge trägt: Es ist dies zum einen die Medizin resp. die Ärzteschaft, zum anderen die Wissenschaft resp. die Gruppe der Universitätsprofessoren.

Berufsgruppenspezifische Konfliktfelder im Spital

Obwohl Wertvorstellungen letztlich individuell sind, präsentieren sich ethische Konflikte im Spital sehr oft primär als Konflikte zwischen VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen. Das hängt zum einen damit zusammen, dass innerhalb gewisser Berufsgruppen tatsächlich gewisse Werte resp. Interessen verhältnismässig einheitlich vertreten werden. Zum anderen dient die Referenz auf die eigene Berufsgruppe („Wir von der Pflege haben eben im Gegensatz zu den Ärzten den Eindruck, dass...“) nicht selten auch als erste Orientierung in einem Feld, in dem bei näherer Analyse eine Vielzahl von Meinungen quer durch die Berufsgruppen hindurch existieren. Dennoch ist die Einteilung nach berufsspezifischen Konfliktfeldern für die Art der ethischen Beratungsanfragen so, wie sie an die Klinische Ethik herangetragen werden, hilfreich. Gemäss dieser Einteilung sollen deshalb im Folgenden mögliche ethische Konflikte und die jeweils dabei betroffenen Machtstrukturen analysiert werden.

Pflegende vs Ärzteschaft

Es handelt sich hier um ein häufiges Konfliktfeld. Quasi der „Klassiker“ dabei ist die Situation, dass Pflegende sich entgegen der Ansicht der betreuenden ÄrztInnen für den Verzicht auf oder Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen bei schwerstkranken Patienten aussprechen (1). Der Umgang mit solchen Situationen ist dann allerdings von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich. Er reicht vom weitgehend problemlosen Abrufen eingespielter Verfahren unter Einbezug aller Beteiligten bis zu grössten Schwierigkeiten der Pflegenden, sich überhaupt

Gehör zu verschaffen. Bei einer entsprechenden Anfrage an die Klinische Ethik werden solche Unterschiede sehr schnell manifest, wobei in letzterem Falle eine von den Pflegenden einberufene Fallbesprechung gelegentlich schon in der Vorbereitungsphase scheitert oder beim entscheidenden Gespräch die Vertreter der Ärzteschaft verhindert (z. B. im Operationssaal) sind. In Kliniken, wo der Chef oder die Chefin den Mitarbeitenden direkt oder (was häufiger der Fall ist) indirekt zu verstehen gibt, dass er/sie solche Gespräche für leeres Geschwätz resp. für reine Zeitverschwendung hält, wird das auch schwer zu ändern sein. Aber selbst wo keine solche „stille Hintertreibung“ von oben stattfindet, ist der Einbezug der Ärzteschaft nicht einfach, da hier positive Anreize (und sei es nur schon das Ersetzen der durch die Fallbesprechung „verlorenen“ Zeit) weitgehend fehlen. In deutlichem Kontrast dazu stehen auf Seiten der Pflegenden die meist ausgeprägten Anreize, sich für ethische Fragen zu engagieren, was im ungünstigen Falle die ärztliche Defensivhaltung noch verstärken kann, wenn von dieser Seite her die Klinische Ethik primär als Waffe in der Hand der Pflege zur Ausdehnung von deren Einflussbereich wahrgenommen wird.

Spitalleitung vs am Krankenbett Tätige

Auf einen möglichen Konflikt zwischen der „Teppichetage“, also von Spitalleitung und Administration auf der einen Seite, und den am Krankenbett Tätigen wird man als Klinischer Ethiker nicht selten angesprochen. Nicht zuletzt auch in der Allgemeinbevölkerung scheint die Vorstellung verbreitet zu sein, dass die Klinische Ethik zu einem bedeutsamen Teil für solche Konflikte, darunter insbesondere Mittelverteilungsfragen zuständig sei. Zum Glück ist die beschriebene Konfliktebene tatsächlich selten, und wo sie eine Rolle spielt, hat der Schreibende bisher noch nie inadäquate Beeinflussungsversuche von Seiten der Spitalleitung erlebt (was nicht ausschliesst, dass je nach zukünftiger Entwicklung der Klinischen Ethik diese Konfliktform zunehmen könnte). Soweit zum gegenwärtigen Zeitpunkt Differenzen zwischen einer Spitalleitung und den am Krankenbett Tätigen über die Ausrichtung der Klinischen Ethik bestehen, dürften sie am ehesten in der Richtung gehen, dass in den Augen einer Spitalleitung allenfalls die Repräsentationsfunktion nach aussen höher gewichtet wird als die – ohnehin schwer zu mes-

sende – Effektivität und Nachhaltigkeit der Klinischen Ethik nach innen. Das wiederum könnte im ungünstigen Fall die sowieso schon immanente Neigung der Klinischen Ethik zu Abgehobenheit und Realitätsferne, ja zum Errichten von eigentlichen Potemkinschen Dörfern¹ noch verstärken.

Betreuungsteam vs Patienten oder Angehörige

Typisch sind hier Situationen, wo Angehörige lebensverlängernde Massnahmen fordern, welche aus Sicht der Behandelnden (hier sind sich Pflegende und Ärzteschaft einig) aufgrund der medizinisch extrem ungünstigen Prognose „sinnlos“ erscheinen. Aber auch der im Spital Suizidbeihilfe einfordernde Patient, wogegen die Mehrheit des Behandlungsteams für den Patienten lieber nach anderen Wegen suchen möchte, gehört in diese Gruppe. Lösungen müssen bei solchen Konflikten fallbezogen gesucht werden, wobei weder ein einseitiges Betonen der „Futility“ unter Nichtbeachtung der emotionalen Situation der Angehörigen noch, auf der anderen Seite, eine einseitige Fokussierung auf der Autonomie der Patienten hilfreich ist. Speziell bei der Frage der Suizidbeihilfe im Spital müssen die extrem unterschiedlichen Positionen weiter Teile der Öffentlichkeit einerseits, mancher klinisch Tätiger andererseits – und hier gerade derjenigen, welche im Umgang mit Patienten am Lebensende besonders erfahren sind – berücksichtigt werden. In den letzten Monaten ist dies in zwei ganz unterschiedlichen Texten wieder sehr eindrücklich illustriert worden (2, 3).

Medizinische Fakultät resp. Klinikdirektoren vs medizinischen Mittelbau

Es gibt ein Konfliktfeld, das sich der Klinischen Ethik eines Universitätsspitals erst dann erschliesst, wenn es gelingt, auch im ärztlichen Bereich eine gewisse Akzeptanz zu erlangen: Nämlich dasjenige zwischen den Klinikdirektoren und deren „Mutterinstitution“ der medizinischen Fakultät einerseits, den Ober- und Leitenden Ärzten des Mittelbaus andererseits. Als kon-

¹ Zur Erinnerung: Als *Potemkinsches Dorf* wird etwas bezeichnet, das fein herausgeputzt wird, um den tatsächlichen, verheerenden Zustand zu verbergen. Oberflächlich wirkt es ausgearbeitet und beeindruckend, es fehlt ihm aber an Substanz (Quelle: Wikipedia).

struiertes, aber auf realen Erfahrungen basierendes Beispiel einer solchen Situation könnte die Anfrage einer Oberärztin der Inneren Medizin dienen, die sich beim klinischen Ethiker meldet, weil sie eine geplante Operation bei einem hochbetagten Patienten auf ihrer Abteilung moralisch fragwürdig findet. Der Patient habe zwar der Operation zugestimmt, sei aber ihrer Ansicht nach nicht adäquat aufgeklärt worden: Das Risiko der geplanten Operation stehe aus ihrer Sicht in keinem Verhältnis zum möglichen Nutzen, und sie frage sich, ob es hier nicht eher darum gehe, einem von seinem Chefarzt geförderten Kollegen der Chirurgie die Möglichkeit für den entsprechenden – seltenen – Eingriff zwecks Vervollständigung seines Operationskataloges zu geben.

Solche Anfragen gehören zum Schwierigsten der klinisch-ethischen Beratungstätigkeit überhaupt, und vielleicht ist hier der Habermas'sche machtfreie Diskurs noch mehr eine Fiktion als bei den anderen geschilderten Konfliktsituationen. Das mag verdeutlicht werden durch die eindrückliche Liste von Mechanismen zur Beeinflussung des Verhaltens abhängiger ÄrztInnen, wie sie kürzlich in einer Publikation zum Thema „Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus“ zusammengetragen wurden: Befristete Arbeitsverträge; Ermöglichung oder Behinderung zur Vervollständigung des Leistungskatalogs für den Erwerb einer Facharztqualifikation; Akzeptanz oder Leugnung geleisteter Überstunden; Unterstützung oder Behinderung bei wissenschaftlichen Studien; Ermöglichung oder Behinderung der Teilnahme an Fortbildungen und Kongressen; Beteiligung an Privatliquidation (Pool); Unterstützung oder Behinderung bei Stellenbewerbung (4). Dabei gilt es sich bewusst zu sein, dass solche Bestrafungsmechanismen nicht erst durch eine allfällige Empfehlung der Klinischen Ethikberatung ausgelöst werden können, sondern dass nur schon das Bekanntwerden des Einbezugs der Klinischen Ethik in einen solchen Fall als Sakrileg gedeutet werden kann.

Diskussion

Die geschilderten Situationen zeigen, dass zwischen der Theorie und den theoretischen Ansprüchen der Klinischen Ethik einerseits, dem real gelebten Umgang mit ethischen Fragen am Krankenbett andererseits beträchtliche Wider-

sprüche klaffen können. Möglicherweise gilt das sogar ganz besonders für Universitätsspitäler. Denn wie mit klinisch-ethischen Entscheidungen umgegangen wird, ist primär ein Ausdruck der Gesamtkultur eines Spitals. Manche Kliniken gerade der Universitätsspitäler in der Deutschschweiz sind aber nach wie vor durch eine steile und rigide Hierarchie gekennzeichnet, die in offensichtlichem Widerspruch zu der sonst unser Land prägenden eher diskursiven und partizipativen Entscheidungskultur steht.

Dieser Widerspruch kann auch durch die Etablierung einer professionellen klinisch-ethischen Dienstleistung nicht einfach weggezaubert werden. Die Bemerkung zweier Experten für Fehlermeldesystem im Spital, dass diese Instrumente „erst in ihrem eigentlichen Sinne genutzt werden können, wenn ein entsprechender Kulturwandel stattgefunden hat“ (5), gilt uneingeschränkt auch für die Klinische Ethik. Und wenn die Autoren weiter schreiben, dass „Sicherheit und Effizienz eines Teams nicht nur von den individuellen Fertigkeiten und Arbeitseinstellungen der einzelnen Mitarbeitenden, sondern ganz entscheidend vom Verhalten der Teammitglieder zueinander abhängen“, so trifft genau das auch auf die Qualität ethischer Entscheidungsfindung zu. Vielleicht wäre die vermehrte Investition in eine Teamkultur, in der die einzelnen Mitglieder ihre jeweiligen Kompetenzen in fruchtbarer Art und Weise einbringen können, die adäquatere Antwort auf die immer komplexere Arbeitsteilung im Spital als das zunehmend unrealistisch anmutende Heraufschrauben der Erwartungen an die allumfassende Exzellenz akademischer Führungspersonen – nicht nur, aber auch für den Umgang mit ethischen Fragen in der Klinik.

Literatur

- (1) Bosshard G, Bär W, Wettstein A. Lebensverlängernde Massnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:1409-1413
- (2) Pereira J, Laurent P, Cantin B, Petremand D, Currat T. The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. Palliative Medicine 2008;22:659-667
- (3) Michiels R. Il veut mourir, on l'ignore. Le Matin, 12. Mai 2008
- (4) Salomon F, Ziegler A. Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus. Ethik Med 2007;19:174-86
- (5) Brändle B, Scheidegger D. Aktives Fehlermanagement durch eine teamorientierte Arbeitskultur. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88:325-327

Est-il judicieux d'envisager d'ancrer dans la loi le droit du médecin à l'objection de conscience?

Jean Martin, ancien médecin cantonal, membre de la Commission nationale d'éthique, Echandens (VD)

En mars 2008, un député a déposé devant le Grand Conseil vaudois une motion demandant d'ancrer légalement le droit des médecins et d'autres professionnels de santé à l'objection de conscience - à savoir la liberté de refuser d'accomplir des actes que leur propre morale réprouve. Bien-disant à première vue sans doute ; il convient toutefois d'examiner attentivement les enjeux d'une telle démarche.

On doit d'abord, toujours, se demander si le besoin d'une loi est avéré, de façon à éviter une légiférite indue. Il faut notamment savoir ici que les actes de la pratique des différentes professions de la santé ne sont en aucune manière réglés de manière exhaustive par des textes légaux, et c'est bien ainsi. Il ne convient pas de multiplier, vis-à-vis des gestes de soins, des dispositions impératives qui peuvent devenir des carcans. Le droit public est toujours un instrument relativement rigide ; élaborer et mettre sous toit une loi demande beaucoup d'investissements divers et, plus tard, il est lourd et long aussi de la modifier – alors que la réalité de la pratique évolue elle continuellement.

Il est vrai que, sur certains sujets en rapport avec les soins, cela a été un progrès au cours des vingt dernières années d'établir des règles légales - par exemple sur les relations entre soigné et soignant, les droits des patients. Mais il faut se souvenir aussi que les codes déontologiques, de morale professionnelle, existent et gardent leur importance. Ainsi, l'objection de conscience, la faculté de refuser d'accomplir tel acte pour motif de conscience, est unanimement reconnue dans nos pays. Au cours du quart de siècle durant lequel j'ai oeuvré au sein de l'autorité sanitaire vaudoise, au contact constant de préoccupations médico-légales et éthiques, nous n'avons pas eu à traiter de litiges à ce sujet.

A relever aussi que, si le droit à l'objection est bien admis, on doit donner attention aux situations où il atteint ses limites et qui constituent donc des exceptions. Ainsi en cas d'urgence, si le refus de la prestation médicale

représente un risque notable pour la santé ou la vie du patient. Là, au nom de son devoir général de soin, le professionnel doit agir même s'il est gêné en conscience. Le même raisonnement vaut si son refus représente un obstacle sérieux pour le patient en vue d'obtenir la prestation dont il a besoin - respectivement la prestation que la femme enceinte sollicite, dans le cas de l'interruption de grossesse (IG). A ce dernier égard, la Suisse est depuis 2002 sous le régime dit du délai, dans lequel la femme invoquant un état de détresse a le droit, durant les douze premières semaines de grossesse, d'obtenir une interruption. On serait confronté à une situation délicate si les gynécologues d'une relativement grande région invoquaient tous la clause de conscience, déniaient par là aux femmes la possibilité d'être traitées à proximité de leur domicile ; les contraignant à des difficultés en termes de déplacement, de temps consacré et de frais. Il y aurait là une problématique sur laquelle, clairement, l'autorité sanitaire du ou des cantons concernés (médecin cantonal, Conseiller d'Etat chargé de la santé publique) devrait se pencher : situation posant un problème d'équité et d'éthique civique, d'égalité devant la loi et l'accès aux soins. A noter à ce propos que, après l'adoption de la nouvelle législation, un hôpital cantonal de Suisse centrale s'est séparé de son gynécologue-chef parce que ce dernier refusait que des interruptions de grossesse soient réalisées dans le service.

Un corollaire pose une question de responsabilité publique et de droit du travail : quelle attitude des responsables d'un hôpital public si, par hypothèse, une partie importante du personnel soignant concerné (infirmières, sages-femmes) refuse de participer à certaines interventions ? Quand un(e) employé(e) parmi vingt ou trente a ce souci de conscience, sans doute cela peut-il être géré dans la compréhension et la collaboration ; mais si dix ou quinze ont la même position... Qu'est-ce alors qui prime ? Pour le moins, on ne saurait mettre de côté le besoin que l'établissement

puisse régulièrement remplir sa mission au service des patients.

La motion susmentionnée illustre ainsi plusieurs dimensions de la réflexion à mener avant de solliciter l'élaboration d'un texte légal, même quand l'idée apparaît a priori raisonnable - et je suis en accord avec le principe de l'objection de conscience. Y a-t-il un besoin de légiférer ? Dans le cas particulier l'expérience ne le démontre pas ; de plus, la loi, instrument éminemment peu souple (il m'est arrivé d'utiliser la formule selon laquelle l'Etat ou la loi « n'a que des gros sabots »), devrait impérativement prévoir des exceptions à une application universelle du droit à l'objection de conscience – dans les cas où elle irait à l'encontre de la santé ou des intérêts légitimes des patient(e)s. D'où un texte légal compliqué, aux effets potentiellement discutables, pour traiter ce qui pratiquement aujourd'hui est un non-problème...

Occasion de réfléchir sur les conditions à remplir, dans une société comme la nôtre, avant de demander que l'Etat intervienne par le droit public dans la vie des citoyens et des professions. On notera enfin le caractère anachronique de souhaiter, sur un sujet de cette nature qui concerne à l'évidence tous les habitants du pays, une loi cantonale (si cela était pertinent, il conviendrait de le faire au niveau fédéral, dans la nouvelle loi, de juin 2006, sur les professions médicales voire dans le cadre du code civil).

Dernière remarque, d'un ami pasteur et député : il importe d'éviter dans nos régimes laïcs libéraux des démarches législatives qui peuvent être ressenties comme registre théocratique.

Call for Abstracts

**Fifth International Conference on Clinical Ethics and Consultation
Academia Sinica
Taipei, Taiwan
March 12-14, 2009**

We invite you to submit abstracts to the Fifth International Conference on Clinical Ethics and consultation (5. ICCEC). The theme of the 5. ICCEC is "Bioethics and Ethical Consultation in a Diversified World." The conference will be held at Academia Sinica in Taipei, Taiwan on March 12-14, 2009.

Academia Sinica is the premier academic research institution in Taiwan. It has the mission to conduct cutting-edge research in the humanities and sciences, nurture academic talents, and issue policy advisories. The International Society for Clinical Bioethics will hold its annual meeting as a pre-conference at Chungshan Medical University in the city of Taichung on March 9-10. A chartered bus will take those attending this pre-conference to Taipei for the 5. ICCEC with a short tour of Taiwan.

The local organizer and host of the conference is Professor Michael Tai, who is also the president of International Society for Clinical Bioethics and the founding dean of the College of Medical Humanities and Social Sciences at the Chungshan Medical University in Taiwan. Working with him are the founding co-organizers of the conference series: George J. Agich and Stella Reiter-Theil.

Abstracts, no longer than 500 words, will be accepted on any of the following topics or the general conference theme:

Conference Theme

Bioethics and Ethics Consultation in a Diversified World

Suggested Topics

Consultation and Ethical Decision-Making in Health Care
Cultural Diversities and Clinical Bioethics
Education of Ethics Consultants and Committees
End of Life Care Issues
Ethics Consultation and Ethics Committees
Influence of Cultural, Ethical, Religious Commitments on Consultation
Methodology in Ethics Consultation
Principles of Ethics and Ethics Consultation
Research on Ethics Consultation and Clinical Ethics

Please submit your abstract, including your name, department and institutional address, and whether you are submitting for a presentation or poster format. Email abstract to Kelly Chen at kclc@csmu.edu.tw with a copy to Michael Tai at tai@csmu.edu.tw.

The deadline for receipt of abstracts is October 1, 2008, but earlier submission is highly preferred since space may be limited.

A brief webpage of the conference can be found at <http://ge.csmu.edu.tw/ethicsconsultation/>

Bioethica Forum

- **Wissenschaftliche Zeitschrift zur biomedizinischen Ethik**
- **Dreisprachig (deutsch, französisch, englisch)**
- **Erscheint zweimal jährlich**
- **Herausgegeben von der SGBE**

Bioethica Forum ist eine interdisziplinäre Zeitschrift zu Fragen der biomedizinischen Ethik. Schwerpunkte bilden ethische Beiträge zu den Bereichen Klinische Medizin, Forschung, Biotechnologie und Gesundheitswesen/Public Health. Die Beiträge beziehen sich einerseits auf konkrete – ethische, rechtliche und politische – Themen, andererseits auf grundsätzliche Konzepte und Theorien, anhand derer konkrete Fragen diskutiert werden. Mit akademischen Beiträgen von hoher Qualität möchte Bioethica Forum die bioethischen Debatten stimulieren und vertiefen.

Jede Ausgabe von Bioethica Forum ist einem Schwerpunkt («Focus») gewidmet:

2/2008 (Dez. 2008): Präimplantationsdiagnostik

1/2009 (Juni 2009): Beihilfe zum Suizid

Daneben gibt es die Rubriken «Forschungsethik», «Klinische Ethik», Ethik in der Biotechnologie», «Ethik in Public Health» sowie Ethikausbildung. Sowohl der Focus als auch die Rubriken enthalten Originalartikel und Fallbesprechungen (beide peer reviewed), ausserdem Erlebnisberichte, Standpunkte sowie «5 Minuten Ethikpraxis».

Ein eigener Bereich der Zeitschrift ist als «Diskussionsforum» konzipiert für Gesundheitsfachleute, Forschende, professionelle EthikberaterInnen sowie Mitglieder von klinischen Ethik-Komitees und Forschungsethikkommissionen.

Informationen und Bestellung: www.bioethica-forum.ch

Bioethica Forum

- **Revue scientifique d'éthique biomédicale**
- **Trilingue (français, allemand, anglais)**
- **Parution deux fois par an**
- **Publiée par la Société Suisse d'Éthique Biomédicale**

Bioethica Forum est une revue interdisciplinaire consacrée aux questions d'éthique biomédicale. Elle est centrée sur des contributions à la réflexion éthique dans les domaines de la pratique clinique, de la recherche biomédicale, des biotechnologies et de la santé publique. Ces domaines sont considérés d'une part en lien avec des thèmes concrets – éthiques, juridiques, ou politiques – et d'autre part en lien avec l'examen des concepts et théories fondamentales sur la base desquels des questions concrètes sont discutées. En publiant des articles de haute qualité académique, Bioethica Forum a pour but de stimuler et d'approfondir les débats de bioéthique.

Chaque numéro de Bioethica Forum est consacré à un thème (Focus):

2/2008 (Déc. 2008): Diagnostic préimplantatoire

1/2009 (Juin 2009): Assistance au suicide

Les autres rubriques sont «Éthique de la recherche», «Éthique clinique», «Éthique des biotechnologies», «Éthique dans la santé publique» et «Enseigner l'éthique». Le Focus et les rubriques comportent des articles originaux et des discussions de cas (tous deux revus par les pairs) ainsi que des récits d'expériences vécues, des points de vue, et «des 5 minutes de l'éthique pratique».

La revue consacre également une section spécifique comme «Forum de discussion» pour les professionnels de la santé, chercheurs, et consultants d'éthique, ainsi que les membres de comités d'éthique clinique et d'éthique de la recherche.

Informations et commande: www.bioethica-forum.ch

Agenda

**2./3. Oktober, Zürich:
AEM-Workshop «Schreiben eines Artikels für eine medizinethische
Fachzeitschrift»**

Informationen: www.sgbe-sseb.ch

**4. Dezember 2008, Basel (Bethesda-Spital):
SGBE-Generalversammlung und Kolloquium zum Thema
«Pflege und Ethik»**

Informationen: www.sgbe-sseb.ch

**March 12-14, 2009, Taipei (Taiwan):
Fifth International Conference on Clinical Ethics and Consultation**

Information: see page 14

Impressum

SGBEbulletinSSEB
wird herausgegeben von der
Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

ISSN 1662-6079

SGBEbulletinSSEB No. 58 erscheint im März 2009; Redaktionsschluss: 15. Februar 2009.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel,
Postfach, 4025 Basel
Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10,
Fax ++41 (0)61 325 01 21
E-Mail : info@bioethics.ch