



## **Protokoll Nationales Austauschtreffen online, 30. Juni 2026, 20:00-21:30**

### **Uhr**

Moderation: Oswald Hasselmann, Protokoll: Mara Augsburgen

Anwesend: 13 Mitglieder

**Protokoll letzte Sitzung:** Das Protokoll der letzten Sitzung wird angenommen.

Oswald Hasselmann  r ffnet die Sitzung und begrüsst die Teilnehmenden. Er bedankt sich für deren Teilnahme und weist darauf hin, dass trotz der vergleichsweisen kleinen Teilnehmerzahl ein wichtiges Thema auf der Agenda steht. Im Zentrum des Austauschtreffens stehen zwei aktuelle Erhebungen zur klinischen Ethik in der Schweiz. Ziel ist es, einen Überblick über die Entwicklung klinischer Ethikstrukturen in Schweizer Institutionen zu gewinnen, Herausforderungen zu identifizieren und mögliche Handlungsfelder für die Fachgesellschaft abzuleiten.

**Ralf** präsentiert die Ergebnisse der aktuellen SAMW-Umfrage zu klinischen Ethikstrukturen.

**Jo lle Albrecht** stellt die Ergebnisse einer ergänzenden Befragung vor, welche im Auftrag der SGBE durchgeführt wurde und insbesondere die aktuelle Situation sowie wahrgenommene Herausforderungen der Ethikstrukturen untersucht.

### **Präsentation der SAMW-Umfrage zu klinischen Ethikstrukturen durch Ralf Jox:**

Ralf bedauert die unpassende Uhrzeit des Meetings während der Zeit für das Privat- und Familienleben, weshalb auch leider viele Interessierte nicht anwesend sein können, und die Probleme bei der Organisation. Er wäre prinzipiell bereit, die Ergebnisse in einem geeigneteren Kontext erneut den SGBE-Mitgliedern vorzustellen.

### **Hintergrund:**

Ralf Jox erläutert, dass die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) seit über zwanzig Jahren regelmässig Erhebungen zur klinischen Ethik in Schweizer Spitälern durchf hrt. Die erste nationale Umfrage wurde 2003 veröffentlicht und untersuchte vor allem die Verbreitung klinischer Ethikkommissionen sowie zentrale ethische Fragestellungen.

Weitere Erhebungen folgten in den Jahren 2006, 2014 und 2020. Während in den ersten Jahren ein deutlicher Ausbau klinischer Ethikstrukturen festgestellt werden konnte, sollte die aktuelle Befragung insbesondere aufzeigen,

- wie sich die Strukturen seit der COVID-19-Pandemie entwickelt haben,
- welche Aufgaben Ethikstrukturen heute übernehmen,
- wie diese organisatorisch eingebunden sind,
- welche Aus- und Weiterbildungsangebote bestehen und
- wie gross der Bedarf an einer strukturierten Zertifizierung im Bereich Klinische Ethik ist.

Die Ergebnisse der Studie wurden bereits bei einer wissenschaftlichen Zeitschrift

eingereicht und sollen Anfang des kommenden Jahres publiziert werden.

### **Methodik:**

Alle bei H+ registrierten Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz wurden kontaktiert.

Die Befragung erfolgte zweistufig:

- Zunächst wurde erhoben, ob eine klinische Ethikstruktur vorhanden ist.
- Institutionen mit einer entsprechenden Struktur erhielten anschliessend einen ausführlichen Online-Fragebogen.

Von insgesamt 230 angeschriebenen Institutionen antworteten 186 Einrichtungen auf die erste Anfrage. Davon gaben 119 an, über eine klinische Ethikstruktur zu verfügen. Der ausführliche Fragebogen wurde schliesslich von 97 Personen beantwortet, was einer sehr hohen Rücklaufquote entspricht.

### **Entwicklung klinischer Ethikstrukturen:**

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahl klinischer Ethikstrukturen in der Schweiz weiterhin erhöht hat. Von einer Stagnation kann keine Rede sein.

Besonders deutlich zeigt sich diese Entwicklung in den Rehab-Einrichtungen, aber auch in den Akutspitälern, von denen mittlerweile rund vier Fünftel über eine institutionalisierte Ethikstruktur verfügen.

Gleichzeitig zeigt sich eine Veränderung der Organisationsform. Während in der letzten Umfrage tendenziell mehr externe Ethikerinnen und Ethiker beigezogen wurden, nahm dieser Trend wieder ab und viele Institutionen setzten heute auf intern verankerte Ethikkommissionen oder fest angestellte Fachpersonen. Dies deutet auf eine stärkere institutionelle Verankerung klinischer Ethik hin.

### **Organisation und Einbindung:**

Die organisatorische Ausgestaltung der Ethikstrukturen unterscheidet sich zwischen den Institutionen erheblich.

Rund zwei Drittel verfügen über schriftliche Reglemente oder Statuten. Ebenso zeigt sich eine sehr unterschiedliche Anbindung an die Spitalleitung. Einige Ethikstrukturen sind direkt in Führungsstrukturen integriert, andere arbeiten deutlich unabhängiger.

Die Mehrheit der Befragten beurteilt ihre inhaltliche Unabhängigkeit bei der Bearbeitung ethischer Fragestellungen als gewährleistet.

Weniger positiv fällt die Einschätzung der verfügbaren Ressourcen aus. Nur ein Teil der Institutionen stellt ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Insbesondere wird deutlich, dass Ethikarbeit häufig ausserhalb der regulären Arbeitszeit geleistet wird und Weiterbildungen nur eingeschränkt während der Arbeitszeit besucht werden können.

### **Aus und Weiterbildungen:**

Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Bedarf an strukturierten Weiterbildungsangeboten.

Viele Institutionen verlangen zwar interne Schulungen, verbindliche Qualifikationsanforderungen bestehen jedoch nur selten.

Gleichzeitig bekundet die Mehrheit der Befragten ein grosses Interesse an den geplanten Zertifikaten der Schweizerischen Gesellschaft für Bioethik (SGBE).

Besonders hoch ist die Nachfrage nach einem Basiszertifikat in Klinischer Ethik. Insgesamt wird der Bedarf dafür auf mehrere hundert potenzielle Teilnehmende

geschätzt.

### **Aufgaben der Ethikstrukturen:**

Die häufigste Aufgabe klinischer Ethikstrukturen ist die Durchführung von Ethikberatungen in konkreten Behandlungssituationen. Neben kurzfristigen Fallbesprechungen gehören auch retrospektive Fallanalysen zum festen Aufgabenbereich.

Darüber hinaus übernehmen viele Ethikstrukturen weitere Aufgaben, insbesondere:

- Erarbeitung und Aktualisierung ethischer Leitlinien,
- Beratung der Spitalleitung bei organisationsethischen Fragestellungen,
- Durchführung von Fort- und Weiterbildungen,
- Mitarbeit bei der Entwicklung institutioneller Standards.

Demgegenüber finden regelmässige Ethikvisiten oder die Teilnahme an klinischen Rapporten und interdisziplinären Besprechungen nur selten statt. Solche Formate sind insbesondere im internationalen Vergleich – beispielsweise in den USA – deutlich stärker etabliert.

### **Wer nimmt Ethikberatungen in Anspruch?**

Ethikberatungen werden am häufigsten von Pflegefachpersonen angefragt. Ebenfalls häufig wenden sich Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie Ober- und Chefärztinnen und -ärzte an die Ethikstrukturen.

Gelegentlich erfolgen Anfragen auch durch Seelsorge, Sozialdienst oder die Spitalleitung.

Direkte Anfragen von Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen sind hingegen weiterhin selten. Teilweise ist dies auf institutionelle Regelungen zurückzuführen, welche den direkten Zugang zur Ethikberatung einschränken.

### **Häufige ethische Fragestellungen:**

Die Themen der Ethikberatungen haben sich gegenüber früheren Erhebungen kaum verändert.

Im Vordergrund stehen Fragestellungen zu:

- Therapieentscheidungen am Lebensende,
- Urteilsfähigkeit und Entscheidungsfindung,
- Konflikten zwischen Behandlungsteam, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen,
- interprofessionellen und interkulturellen Konflikten.

Spezialisierte Themen wie Organtransplantation, Reproduktionsmedizin, Genetik oder Transgender-Medizin werden deutlich seltener behandelt und treten vor allem in spezialisierten Zentren auf.

### **Auswirkungen der COVID-19-Pandemie:**

Ein Teil der befragten Institutionen berichtet, dass die Pandemie die Sichtbarkeit klinischer Ethik erhöht habe.

Mehrere Ethikstrukturen geben an,

- häufiger konsultiert worden zu sein,
- innerhalb der Institution besser bekannt geworden zu sein,
- teilweise zusätzliche personelle oder organisatorische Ressourcen erhalten zu haben.

Die Pandemie scheint somit dazu beigetragen zu haben, die Bedeutung klinischer

Ethik innerhalb der Spitäler stärker ins Bewusstsein zu rücken.

### **Arbeitsmodelle und Qualitätssicherung:**

Bei der Durchführung von Ethikberatungen kommen unterschiedliche methodische Ansätze zum Einsatz. Am häufigsten werden prinzipienorientierte Modelle nach Beauchamp und Childress verwendet. Ebenfalls verbreitet sind das Basler Modell, das Sieben-Schritte-Modell von Dialog Ethik sowie verschiedene Formen der Moral Case Deliberation.

Die organisatorischen Abläufe unterscheiden sich zwischen den Institutionen. Die Mehrheit informiert Patientinnen und Patienten über eine Ethikberatung und dokumentiert deren Ergebnisse. Rund 40 % der Institutionen führen zudem Evaluationen ihrer Ethikarbeit durch, meist summativ und intern, nicht fallbezogen und extern.

### **Qualitätskriterien:**

Die Teilnehmenden wurden abschliessend gefragt, welche Kriterien sie als wesentlich für qualitativ hochwertige Ethikberatung erachten.

Am häufigsten genannt wurden:

- ethisch gut begründete Entscheidungen,
- Zufriedenheit der beteiligten Personen mit der Beratung,
- nachvollziehbare Entscheidungsprozesse,
- transparente Dokumentation,
- langfristige Veränderungen der Organisationskultur.

Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass bezüglich geeigneter Qualitätsindikatoren weiterhin kein einheitliches Verständnis besteht.

Alle anderen Fragen spiegelt die Vielfalt der Spitäler und die verschiedenen Fachgebiete, die beteiligt sind und auch der Föderalismus. Die Schweiz befindet sich immer noch in einer Pionierphase, wenn man es mit anderen Ländern vergleicht. Es gibt keine nationale Fachgesellschaften wie in anderen Ländern. Interesse nach Professionalisierung besteht, aber das Angebot ist noch nicht so vorhanden.

Für die Zertifikate der SGBE ist schön zu sehen, dass ein grosser Bedarf besteht.

### **Diskussion/Fragerunde:**

Oswald Hasselmann fasst zunächst zusammen, dass sich die grundlegenden Aufgaben und die Arbeitsweise klinischer Ethikstrukturen im Vergleich zu früheren Erhebungen kaum verändert haben, deren Verbreitung und institutionelle Verankerung jedoch weiter zugenommen haben. Vor diesem Hintergrund stellt er die Frage, welche Erkenntnisse sich insbesondere im Hinblick auf die geplante Zertifizierung der SGBE ergeben und welche Qualitätskriterien künftig den Bildungsanbietern vermittelt werden sollen.

Ralf Jox erläutert, dass zwischen Qualitätskriterien für die klinische Ethikberatung selbst und für die Ausbildung in klinischer Ethik unterschieden werden muss. Für die SGBE sei wichtig, den Zertifizierungsprozess selbst professionell und nach anerkannten Qualitätskriterien zu gestalten und transparent zu begleiten.

Settimio Monteverde würdigt die präsentierten Daten als hoch relevant. Die Ergebnisse bestätigten den Eindruck, dass nicht überall dort, wo eine Ethikstruktur bestehe, auch professionelle Ethikarbeit geleistet werde. Teilweise herrsche noch immer die Auffassung vor, Ethik könne «einfach jeder», weshalb verbindliche Qualitätsstandards fehlten. Er hoffe, dass die Studie dazu beitrage, die Professionalisierung klinischer Ethik weiter voranzutreiben und die Einführung der Zertifikate zu unterstützen.

Ralf Jox stimmt dieser Einschätzung zu. Im Vergleich zur Palliative Care oder auch zur Seelsorge habe sich die klinische Ethik deutlich langsamer professionalisiert, obwohl diese teils erst später entstanden sind. Während in anderen Bereichen inzwischen etablierte Ausbildungswege und Zertifizierungen bestünden, werde Ethik häufig noch als allgemeine Haltung verstanden. Die Einführung der SGBE-Zertifikate biete deshalb eine wichtige Chance, klinische Ethik langfristig stärker als eigenständiges Fachgebiet zu etablieren. Dabei gehe es trotz der Vielfalt ethischer Modelle und Zugänge darum, gemeinsame Mindeststandards hinsichtlich Aus- und Weiterbildung sowie Dokumentation zu schaffen.

Jean-Daniel Strub weist darauf hin, dass weiterhin belastbare Daten zu Ethikstrukturen in der stationären Langzeitpflege fehlen. Gerade wenn Qualität und ethisch gute Versorgung diskutiert würden, sei dieser Bereich von grosser Bedeutung. Ralf bestätigt, dass die aktuelle SAMW-Erhebung ausschliesslich Institutionen des H+-Bereichs umfasse. Er verweist darauf, dass in Deutschland bereits koordinierte Strukturen existieren, welche auch andere Versorgungsbereiche einbeziehen. (s. [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de))

Im weiteren Verlauf wird die Situation ambulanter Ethikangebote thematisiert. Giovanni berichtet, dass es zwar einzelne institutionalisierte Angebote gebe, beispielsweise externe Beratungsstellen oder die Möglichkeit, Fachpersonen aus Spitälern für ethische Fallbesprechungen beizuziehen. Ein flächendeckendes Angebot sei ihm jedoch nicht bekannt.

Gaby ergänzt, dass ihr Berufsverband seinen Mitgliedern niederschwellige Unterstützung bei ethischen Fragestellungen anbietet. Im Vordergrund stehen dabei Beratung, Triage sowie die Erarbeitung von Handreichungen und Entscheidungshilfen für die Praxis. Als aktuelles Beispiel nennt sie Empfehlungen zum Umgang mit Videoüberwachung in Privatwohnungen von Klientinnen und Klienten im ambulanten Bereich.

Heidi bringt sich über den Chat in die Diskussion ein und regt an, zukünftige Erhebungen auf ambulante und stationäre Versorgungsbereiche auszuweiten, um bestehende Datenlücken zu schliessen und ein umfassenderes Bild der klinischen Ethik in der Schweiz zu erhalten.

## **Präsentation der Umfrage zur aktuellen Situation klinischer Ethikstrukturen durch Joëlle Albrecht:**

### **Hintergrund und Zielsetzung**

Joëlle Albrecht stellt die Ergebnisse einer ergänzenden Umfrage vor, die gemeinsam mit Jean-Daniel im Auftrag der SGBE entwickelt wurde. Ausgangspunkt war die Diskussion an einem früheren Austauschtreffen, bei der mehrere Mitglieder den Eindruck geäußert hatten, dass sich die Rahmenbedingungen für klinische Ethikstrukturen in den vergangenen Jahren verschlechtert hätten.

Ziel der Befragung war es deshalb, ein aktuelles Stimmungsbild zur Situation klinischer Ethikstrukturen in der Schweiz zu erheben und insbesondere die subjektive Einschätzung der Verantwortlichen hinsichtlich Ressourcen, institutioneller Verankerung und aktueller Herausforderungen zu erfassen.

### **Methodik**

Die Onlinebefragung umfasste 15 Fragen und wurde auf Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt. Die Einladung wurde an 122 E-Mail-Adressen verschickt. Pro Institution sollte jeweils nur eine Person an der Umfrage teilnehmen.

Insgesamt gingen 34 Rückmeldungen ein, von denen 31 vollständig ausgewertet werden konnten.

Die teilnehmenden Institutionen repräsentierten überwiegend Akutspitäler; daneben beteiligten sich vereinzelt auch Einrichtungen der Langzeitpflege. Die Grösse der Organisationen variierte erheblich.

Die meisten Ethikstrukturen werden von etwa drei Personen federführend getragen, wobei die Spannweite von Einzelpersonen bis zu grösseren Teams reicht.

### **Aufbau der Ethikstrukturen**

Die Ergebnisse zeigen eine grosse Vielfalt der vorhandenen Ethikstrukturen.

Am häufigsten werden ethische Fallbesprechungen angeboten. Daneben bestehen in vielen Institutionen Ethikkommissionen oder Ethikforen sowie Fortbildungsangebote. Einzelne Institutionen befinden sich derzeit noch im Aufbau entsprechender Strukturen.

Die Ethikgremien sind interprofessionell zusammengesetzt. Besonders häufig vertreten sind Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen. Ebenfalls häufig beteiligt sind Seelsorgende, Juristinnen und Juristen sowie weitere therapeutische Berufsgruppen. Mehrere Institutionen beziehen zudem externe Ethikfachpersonen oder Vertretungen aus der Bevölkerung in ihre Arbeit ein.

## **Entwicklung der Rahmenbedingungen**

Im Zentrum der Befragung stand die Frage, wie sich die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Ethikstrukturen in den vergangenen drei Jahren entwickelt haben.

Die Mehrheit der Befragten berichtet, dass sich die Situation insgesamt nicht verändert oder sogar verbessert habe. Nur rund zehn Prozent nehmen eine Verschlechterung wahr.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den personellen Ressourcen. Zwar berichten viele Institutionen von stabilen oder verbesserten Rahmenbedingungen; gleichzeitig beurteilen jedoch über 40 % ihre personellen Ressourcen weiterhin als unzureichend.

Auch die finanziellen Ressourcen werden überwiegend als unverändert eingeschätzt. Trotz dieser Stabilität empfindet ein erheblicher Teil der Befragten die finanzielle Ausstattung nach wie vor als nicht ausreichend.

Bei der institutionellen Verankerung der Ethikstrukturen zeigt sich insgesamt eine positive Entwicklung. Die Mehrheit beurteilt die heutige Verankerung als ausreichend, dennoch sieht etwa jede fünfte Institution weiterhin Verbesserungsbedarf.

## **Aktuelle Herausforderungen**

Neben den standardisierten Fragen konnten die Teilnehmenden weitere Herausforderungen frei benennen.

Am häufigsten wurden genannt:

- fehlende zeitliche Ressourcen für Ethikarbeit,
- unzureichende personelle und finanzielle Ausstattung,
- mangelnde Sensibilisierung für die Bedeutung klinischer Ethik ausserhalb konkreter Fallbesprechungen,
- eine zu späte Einbindung der Ethikstrukturen in Entscheidungsprozesse,
- organisatorische Herausforderungen bei mehreren Standorten,
- sowie Vorbehalte einzelner Fachbereiche gegenüber einer frühzeitigen Beteiligung der Ethik.

## **Schlussfolgerung**

Joëlle Albrecht fasst zusammen, dass sich die befürchtete generelle Verschlechterung der Situation anhand der erhobenen Daten nicht bestätigt.

Die Entwicklung der letzten drei Jahre könne insgesamt als stabil bis leicht positiv beurteilt werden. Gleichzeitig zeige die Befragung deutlich, dass viele Ethikstrukturen weiterhin mit begrenzten personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen arbeiten. Diese Herausforderungen würden die nachhaltige Weiterentwicklung

klinischer Ethik weiterhin erschweren.

## **Diskussion**

Jean-Daniel Strub greift die Ergebnisse auf und erinnert daran, dass die Umfrage ursprünglich aufgrund der Wahrnehmung einzelner Mitglieder initiiert worden war, wonach sich die Rahmenbedingungen klinischer Ethik verschlechtert hätten. Die aktuellen Resultate zeichnen nun jedoch ein differenzierteres Bild. Er stellt deshalb die Frage, weshalb subjektive Eindrücke und die erhobenen Daten teilweise auseinandergehen.

Ralf Jox weist darauf hin, dass sich hinter den Gesamtergebnissen unterschiedliche Ausgangslagen verbergen. Während ein Teil der Institutionen über stabile und gut etablierte Ethikstrukturen verfüge, berichteten andere weiterhin von unzureichenden Rahmenbedingungen. Gleichzeitig nehme der Bedarf an Ethikberatung zu, was als positives Zeichen für die zunehmende Bedeutung klinischer Ethik gewertet werden könne, die vorhandenen Ressourcen jedoch zusätzlich belaste.

Auf die Frage, ob grössere Institutionen grundsätzlich bessere Voraussetzungen bieten, erläutert Joëlle Albrecht, dass sich aus den vorliegenden Daten kein eindeutiger Zusammenhang ableiten lasse. Aufgrund der begrenzten Zahl an Rückmeldungen seien entsprechende Aussagen jedoch nur eingeschränkt möglich.

Oswald Hasselmann vermutet, dass insbesondere kleinere Institutionen ausserhalb der grossen Bildungszentren häufig weniger gut ausgebaute Ethikstrukturen aufweisen. Er regt an, Institutionen mit besonderem Unterstützungsbedarf künftig gezielter einzubinden und zu fördern.

Martina Hodel weist darauf hin, dass gut funktionierende Ethikstrukturen stark von einzelnen engagierten Personen abhängen können. Bereits personelle Veränderungen könnten dazu führen, dass bisher stabile Strukturen rasch an Qualität verlieren. Dies verdeutliche die Notwendigkeit nachhaltiger institutioneller Verankerung.

Jean-Daniel Strub betont, dass gerade diese Abhängigkeit von Einzelpersonen eine zentrale Herausforderung darstelle. Aus seiner Sicht müsse die Sicherung der Qualität klinischer Ethik künftig verstärkt als gemeinsame Aufgabe der Fachgesellschaft verstanden werden.

### **Nächstes Treffen:**

**Dienstag, 25. August 2026 von 12:00-13:00 Uhr**

**Thema: Vorstellung des Curriculum der Stiftung Gesundheitskompass mit Blick auf die letzte Taskforce Sitzung**

**Link: [Jetzt an der Besprechung teilnehmen](#)**

Besprechungs-ID: 335 122 370 741 36

Passcode: Er2f3bm6



