

Blick hinter die Kulissen

Die Themen in der Ethikkonsultation

Jan Schürmann, M.A.; Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil

Abteilung Klinische Ethik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universitätsspital Basel



Der Blick hinter die Kulissen einer Ethikkonsultation wird selten gewährt: Es gibt zu wenig Evaluationsstudien und Gelegenheiten, Einblick zu gewinnen. Erstmals für die Schweiz wird der Vorhang gelüftet und gezeigt, was die Beteiligten in Basel bewegt.

Hintergrund

Diese Studie [1] basiert auf zwei Universitätsspitalern am Standort Basel, dem Universitätsspital Basel (USB) und den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK), die eine gemeinsame Struktur zur ethischen Unterstützung haben. Leitung und Kernteam der Abteilung Klinische Ethik sind identisch; weitere Mitarbeitende, institutionelle Rahmenbedingungen und Ethikbeiräte sind verschieden. Ethikkonsultation (EK) wird, neben anderen Formen der ethischen Unterstützung, in beiden Häusern professionell praktiziert. In der Regel wird die EK von einer erfahrenen Fachperson moderiert; eine weitere Fachperson führt das Protokoll. Dieser «small team approach» stellt unseres Erachtens die beste Alternative zur Ethikberatung durch eine einzelne Fachperson oder durch ein Ethikkomitee dar. Er vermeidet das Risiko der Verengung auf die ethische Perspektive eines Individuums sowie die Sorge der Ratsuchenden, vor eine unpersönliche «Kommission» treten zu müssen. Zugleich erlaubt er die Einbeziehung weiterer Fachgebiete, insbesondere Personen aus Rechtsdienst, Seelsorge oder klinischen Fachbereichen.

Mit dieser Studie wird ein «Blick hinter die Kulissen» in die Praxis der EK ermöglicht, die sonst nur für die unmittelbar Teilnehmenden erfahrbar ist. Ziel ist, Auslöser für Anfragen, zentrale Inhalte und Ergebnisse auf Basis einer ersten quantitativen Auswertung von 100 EK-Fällen nachvollziehbar darzustellen. Für die akute, somatische Versorgung erwachsener Patienten ist das USB zuständig (ca. 700 Betten; Entlassungen 2017: 37891), während die UPK die psychiatrische Betreuung aller Altersgruppen abdecken (ca. 300 Betten; Entlassungen 2017: 3245).



Jan Schürmann



Stella Reiter-Theil

Ethische Unterstützung – der Ansatz

Will man einen Service der ethischen Unterstützung analysieren, sollte man auf dessen zentrale Elemente eingehen. Es folgt zunächst eine kurze Charakterisierung des Basler Ansatzes der EK, wie er in den UPK und im USB praktiziert wird [2].

Die EK findet primär auf Anfrage von Mitarbeitenden der Patientenversorgung in der jeweiligen Institution statt. Auch Anfragen von Patienten, deren Angehörigen oder Stellvertretern sind möglich; deren Einbeziehung erfolgt jedoch meist über das Behandlungsteam: So informieren Behandelnde die Patienten regelmässig über Stattfinden, Fragestellungen und Ergebnisse von EKs, bringen deren Ansichten in die Diskussion ein und berichten auch über die Ergebnisse. Der letzte Schritt ist von herausragender Bedeutung, um Entscheidungen vorzubereiten respektive zu autorisieren.

EKs finden meist auf der anfragenden Station statt, oder, im Fall einer externen Anfrage zum Beispiel von einem Patientenangehörigen, in einem neutralen Besprechungsraum. Während die meisten EKs auf Anfrage als Einzelveranstaltungen stattfinden, können diese auch als Teil einer vereinbarten Reihe von sechs bis zehn Sitzungen in Folge abgehalten werden. Die EK dauert in der Regel 60 Minuten.

Die EK wird professionell durch die von den Universitätskliniken USB und UPK finanzierte Abteilung Klinische Ethik durchgeführt. Die Ziele der Beratung beziehen sich häufig auf die ethische Überprüfung einer Behandlungssituation. Neben den inhaltlich definierten Anfragen der klinisch Tätigen werden auch allgemeine Ziele formuliert, die mit den zentralen «Anlässen» für EKs korrespondieren: Orientierungshilfe bei

ethischer Unsicherheit, auseinandergelungene Einschätzungen bis hin zu explizitem Dissens, etwa über Therapieziele, im eigentlichen Sinn ethische Konflikte (z.B. zwischen unvereinbaren Verpflichtungen) oder ethische Herausforderungen, die sich aus dem Verhalten von Patienten (oder Bezugspersonen) ergeben, wenn beispielsweise der Behandlungserfolg wegen Unwillen oder Unfähigkeit zur Kooperation gefährdet wird [3].

In schwierigen Situationen wird ein Konsens von den Anwesenden mithilfe der Ethikberatung erarbeitet.

Die explizite Konsensbildung ist wichtige Aufgabe einer EK. In schwierigen Situationen wird ein Konsens meistens nicht einfach «gefunden», sondern von den Anwesenden mithilfe der Ethikberatung erarbeitet. Am Ende einer EK steht keine Empfehlung von Experten, sondern ein Ergebnis, das in einem Fazit festgehalten wird. Dabei wird keine Entscheidung über eine Behandlung (oder andere Intervention, z.B. Fremdplatzierung) an eine «ethische Autorität» delegiert. Die Verantwortung für Behandlungsentscheidungen bleibt in der Vereinbarung zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem Patienten oder dessen Stellvertreter («shared decision making»). Dem Ethikberater kommt dabei eine Mitverantwortung für die ethische Angemessenheit der Behandlungsentscheidung zu.

Im Basler Ansatz hat die Dokumentation der Ergebnisse mittels Protokoll eine grosse Bedeutung. Das Protokoll wird in der Regel durch eine qualifizierte Assistenzperson verfasst, durch die moderierende Person überarbeitet und nach der anschliessenden Vernehmlassung durch die anfragende Seite finalisiert und zu den Akten gegeben. Die Anfragenden sind angehalten, einen dem Protokoll beigefügten Evaluationsbogen auszufüllen. Die Struktur des Protokolls ist an anderer Stelle im Detail beschrieben [4]. Sie hilft dem Moderator, relevante Fragen nicht aus den Augen zu verlieren, und erlaubt, die standardisierte Dokumentation um Begleitforschung durchzuführen.

Grundlagen des Basler Ansatzes sind das Vier-Prinzipien-Modell der biomedizinischen Ethik [5], das Konzept eines systematischen Perspektivwechsels [2, 6], ein Stufenmodell von Haltungen und Vorgehensweisen (des Beraters), mit der normativ-ethischen Dimension umzugehen [7], und Elemente der Diskursethik [8]. Während diese Komponenten dabei helfen, die Praxis vorwiegend rational oder kognitiv auszurichten, gibt es noch eine weitere wichtige Dimension in der EK: die Notwendigkeit, sich auf menschliche Tragödien und existenzielle Herausforderungen wie Verzweiflung und Schuld einzulassen, dabei aber

auch Trost und Versöhnung nicht aus den Augen zu verlieren.

Ethikberatung, das gehört zu unserem Credo, darf nicht auf eine organisatorische oder psychologische Entscheidungshilfe verkürzt werden. Sie ist klar in einem normativ-ethischen Kontext angesiedelt, auch wenn es nicht zu ihren Aufgaben gehört, moralische Urteile oder juristische Sanktionen auszusprechen. Daher ist die Tätigkeit in der EK dem geltenden gesetzlichen Rahmen verpflichtet, was auch mit einer Aufklärungspflicht über bestehende Rechtsnormen (oder Richtlinien und andere Regelwerke) verbunden sein kann. Wichtig ist, dass hier keine «Dominanz der Experten»¹ stattfindet oder komplexe ethische Themen auf die rechtliche Sicht reduziert werden, das heisst auf die Frage «strafbar oder nicht?». EK darf keine defensive Haltung einnehmen, sondern soll dazu beitragen, dass die Ratsuchenden die erforderliche ethische Orientierung auf konstruktivem Weg finden.

Das Beispiel Basel

Für diese Evaluationsstudie wurden 50 EK-Fälle aus den UPK und 50 aus dem USB analysiert (2/2012–11/2015, Vollerhebung der jeweils ersten 50 Fällen). Nur voll dokumentierte EKs, prospektive wie retrospektive, wurden aufgenommen, andere Formen wie teamorientierte oder edukativ ausgerichtete Aktivitäten ethischer Unterstützung wurden ausgeschlossen; auch EKs am Universitätskinderspital beider Basel wurden nicht aufgenommen. Das wichtigste Fundament der Datenanalyse besteht aus den standardisierten EK-Protokollen: Seite 1 enthält die Fragestellung laut Anfrage und eine Zusammenfassung der Ergebnisse (Fazit), die am Schluss des Dokumentes wiederholt wird. Diese basiert auf der Faktensammlung, relevanten Perspektiven (v.a. Patient, Angehörige, Behandelnde, Institution/en, Recht, Leitfäden) und der tieferen ethischen Analyse und Argumentation (Prinzipien, Werte, Konflikte). Festgehalten werden weitere Schritte, Vereinbarungen sowie offene Fragen. Jede EK-Sitzung wird mit diesem strukturierten Dokument abgeschlossen, das zirka fünf Seiten oder mehr umfasst und in der Regel in der elektronischen Patientenakte gespeichert wird. Ein Rückmeldebogen mit geschlossenen und offenen Fragen dient der Evaluation durch die anfragende Seite. Für die Auswertung wurden geeignete Kategorien gebildet, die relevante Merkmale der EK abbilden wie Form, anfragende Einheit/Profession, Dringlichkeit, Dauer, Leitung, Zahl der Teilnehmenden und fachliche Zusammensetzung, Anwesenheit von Patient/Angehörigen/Stellvertretung, medizinische Situation

¹ Ein ursprünglich gegen den ärztlichen Paternalismus geprägtes Wort.

und vorgetragene ethische Fragestellung, Patientenmerkmale (Alter, Diagnosen, Therapie etc.), Hauptfragestellung «Ethikfokus», weitere ethische Aspekte, Grundsatzfragen, Konsens, Items aus dem Rückmeldebogen. Die vorliegende Dokumentation wurde für jeden EK-Fall durch zwei Forschende systematisch untersucht und kategorisiert.

Als unabhängiges Referenzsystem für die Kategorisierung der ethischen Inhalte wurde die angesehene «Encyclopaedia of Bioethics» [9] benützt. Im Gegensatz zu anderen Studien unterscheidet diese Untersuchung zwischen einem ethischen Hauptthema (Singular) sowie weiteren ethischen Fragen [10]. Dies erfolgt in Anlehnung an das methodische Konzept des «Ethikfokus», der im Verlauf einer EK formuliert wird, um den Diskurs zu strukturieren und zu leiten [7]. Dieser Ansatz erlaubt eine Priorisierung (Ordnung) der ethischen Probleme, die in der begrenzt verfügbaren Zeit ergebnisorientiert bearbeitet werden. Ein Ethikfokus kann sich von den vorgetragenen Auslösern der EK unterscheiden; in der Regel ist er präziser formuliert und spricht ethische Inhalte explizit an. Lautet eine Ausgangsfrage zum Beispiel nur: «Wie weiter?», so wird der Ethikfokus beispielsweise die Frage enthalten: «Ist ein Abbruch lebenserhaltender Massnahmen auf Basis der Prognose und des mutmasslichen Patientenwillens zu rechtfertigen, auch wenn manche Angehörigen derzeit Maximaltherapie wünschen, die medizinisch nicht erfolgversprechend ist?».

Formale Merkmale der Ethikkonsultation

Mehrheitlich sind die EKs in beiden Kliniken prospektiv (79%), das heisst sie bereiten eine medizinische Entscheidung vor. In der USB-Stichprobe wurden EKs zu gleichen Teilen von Abteilungen der Inneren Medizin und der Chirurgie angefragt (je 30%), gefolgt von der Frauenklinik (26%). Anfragen aus Notfallstation (6%) oder Intensivstation (4%) sind in diesem Sample weniger häufig; für diese Bereiche erfolgt ethische Unterstützung in verschiedenen anderen Formen.² Aus den UPK kamen knapp $\frac{2}{3}$ aus der Erwachsenenpsychiatrie (60%) und etwa $\frac{1}{3}$ aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensischen Psychiatrie (36%). Dies entspricht etwa der Grösse der drei Bereiche.

Im USB werden EKs meist von Ärzten angefragt (70%), zunehmend jedoch auch von Pflegefachpersonen (24%). Die Anfragen in den UPK stammen in 44% von Ärzten, gefolgt von Therapeuten, inklusive Psychologen oder Pädagogen (22%), und Pflegefachpersonen (22%).³ Patienten oder Angehörige fragen in beiden Kliniken selten eine EK an (insgesamt 3%).

Im Durchschnitt nehmen rund 9 Personen an einer EK teil. Patienten sind dabei relativ selten persönlich an-

wesend (14%). Im USB sind Angehörige – auf einem tiefen Niveau – etwas häufiger in EKs anwesend (12%) als in den UPK (2%).

EKs im USB stehen häufiger unter Zeitdruck als in der Psychiatrie, das heisst sie werden von den Anfragenden öfter als dringend oder sehr dringend eingeschätzt (EK innerhalb von zwei Tagen bzw. innerhalb eines Tages erbeten). Entsprechend ist die durchschnittliche Dauer einer EK im USB kürzer (62 min) als in den UPK (75 min).

Die formalen Merkmale der untersuchten EKs sind in Tabelle S1 der Online-Appendix dargestellt.

Patientenmerkmale⁴

Im USB sind die in den EKs besprochenen Patienten durchschnittlich deutlich älter (49,3 Jahre) als in den UPK (37,2 Jahre), bei leichtem Überwiegen weiblicher Patienten (57%).

Die Urteilsfähigkeit der Patienten wird im USB häufiger als gegeben beurteilt (35%*) als in den UPK (11%*).⁵ Auch wird die Urteilsfähigkeit von Patienten im USB seltener als eingeschränkt oder fraglich (37%*) eingeschätzt als in den UPK (66%*). Insgesamt wird die Urteilsfähigkeit der Patienten in 77%* aller EKs als unklar, eingeschränkt oder nicht gegeben beurteilt.

Bei Patienten in USB-EKs wird die Prognose oft als unsicher, schlecht oder sogar terminal eingeschätzt (63,4%*). In den UPK-EKs ist die Prognose der Patienten bei 50%* unklar. Ihre Prognose wird hier nicht als «terminal», jedoch doppelt so häufig als schlecht (26%) gegenüber gut eingeschätzt (13%*).

Demografische und klinische Merkmale der in den EKs besprochenen Patienten sind in Tabelle S2 der Online-Appendix dargestellt.

Zentrale ethische Themen

In USB-EKs wurden als ethische Hauptthemen am häufigsten die Behandlung am Lebensende (25%), Fortpflanzungs- und Schwangerschaftskonflikte (22%) und Zwangsmassnahmen (20%) besprochen. Weniger oft behandelte Themen waren: Therapiebegrenzung (8%), Versorgungsmanagement (6%), Urteilsfähigkeit, Evaluation des Behandlungsplans (beide 4%), Ressourcenallokation, assistierter Suizid, Langzeitpflege und medizinische Fehler (je 2%). Ethische Nebenthemen sind: Urteilsfähigkeit (12%), Versorgungsmanagement (10%), Ressourcenallokation, Therapiebegrenzung (beide 6%), Palliativpflege und Hospiz, Evaluation des Behandlungsplans (beide 4%), Zugang zur Gesundheitsversorgung, Diskriminierung, Behandlung am Lebensende sowie Fortpflanzungs- und Schwangerschaftskonflikte (je 2%).

In UPK-EKs standen in dieser Stichprobe mögliche Zwangsmassnahmen am häufigsten zur Diskussion

2 Im USB haben (u.a.) beide Intensivstationen Schulungen nach dem METAP-Modell durchlaufen, in einem Fall mit dem Ziel, auf die Wahrnehmung ethischer Probleme mittels interner ethischer Fallbesprechung zu reagieren. <http://www.klinischeethik-metap.ch/>

3 Leitende Ärzte, Therapeuten und Pflegefachpersonen jeweils eingeschlossen.

4 Wir stellen nur den Vergleich UPK-USB vor, ohne Bezug zur Repräsentativität in der Klinikpopulation oder Gesamtbevölkerung.

5 Der Prozentwert bezieht sich nur auf die verfügbaren Daten, d.h. die Werte der Variablen «nicht verfügbar» sind ausgeschlossen. Dies wird im Folgenden mit * gekennzeichnet.

(34%), gefolgt von Fragen zum Versorgungsmanagement und der Evaluation des Behandlungsplans (beide 20%). Weniger häufige Hauptthemen waren: Missbrauch (4%), Patientenverfügungen und «advance care planning», assistierter Suizid, Behandlungen am Lebensende, Aufklärung und Einwilligung sowie Therapiebegrenzung (je 2%). Als ethische Nebenthemen wurden diskutiert: Versorgungsmanagement (12%), Therapiebegrenzung (4%), Patientenverfügungen und «advance care planning», Zwangsmassnahmen, Urteilsfähigkeit und Vertraulichkeit (je 2%).

In der Mehrheit aller EKs (78%) in USB und UPK ging es um ethische Fragen in Bezug auf eines der folgenden fünf Themen:

1. Zwangsmassnahmen (27%)
2. Behandlung am Lebensende (15%)
3. Versorgungsmanagement (15%)
4. Fortpflanzungs- und Schwangerschaftskonflikte (11%)
5. Evaluation des Behandlungsplans (10%)

Die in den EKs besprochenen ethischen Hauptthemen sind in Tabelle S3 der Online-Appendix aufgeführt.

Ergebnisse von Ethikkonsultationen

In allen USB-EKs konnte – wie in den UPK-EKs – ein Ergebnis erarbeitet werden. Dieses basierte in 100%* der Fälle auf einem Konsens und wurde gemäss Rückmeldebogen anschliessend in die Praxis umgesetzt (100%*). Die EKs wurden von allen Anfragenden gemäss Rückmeldebogen ausnahmslos als hilfreich bewertet (100%*). Diese sind denjenigen aus den EKs in der Psychiatrie sehr ähnlich. Entsprechend unterscheidet sich auch die Zufriedenheit der Nutzer in dieser Stichprobe nicht signifikant nach klinischem Kontext.

Die Ergebniskriterien sind in Tabelle S4 der Online-Appendix zusammengefasst.

Bisher überschaubare Datenlage

Trotz des allgemeinen Trends zu empirischer Medizinethik sind Publikationen mit Daten über Inhalte von EKs in der Praxis in Europa schwer zu finden, geschweige denn Studien, die einen ganzen Zeitraum komplett abbilden. Zur Evaluation von EKs gibt es bisher mehr theoretische Arbeiten oder Veröffentlichungen von Gruppen, die selbst keine EK praktizieren. Die vorliegende Studie gehört zu den wenigen Pionierarbeiten, die aus Gruppen in Amsterdam (Ansatz der «Moral Case Deliberation») oder Zürich (v.a. Neonatologie) kamen, wobei Bielefeld und Oslo mit Basel vergleichbare Formen der Ethikberatung in somatischer und psychiatrischer Patientenversorgung verfolgen.

Auch die Datenlage aus Nordamerika ist bisher überschaubar: Einige Studien aus Zentren mit unter-

schiedlichen EK-Formen publizierten zu ethischen Hauptthemen der EK; Swetz et al. (2007) nannten Entscheidungskompetenz/Urteilsfähigkeit des Patienten (82%), Uneinigkeit des klinischen Teams über den Behandlungsplan (76%) und Lebensende (60%) [10]; bei Tapper et al. (2010) spielten Therapielimitierungen eine zentrale Rolle (REA-Status 46%; kurativ vs. palliativ 37%; Therapieverzicht (18%), gefolgt von Problemen mit Patient-Stellvertreter-Team-Kommunikation (22%) und Informed-Consent (27%) [11]. Die neueste Studie von Wasson (2016) arbeitet ebenfalls mit dem Begriff einer zentralen ethischen Frage (wie der Basler «Ethikfokus») und fand dazu folgende Inhalte: Entscheidungsfindung (93,6%), Ziele der Therapie/Versorgung (80,8%) sowie Lebensende (73,1%) [12]. In einem somatischen Universitätsspital wie dem USB waren ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Für die Psychiatrie lagen kaum vergleichbare Daten vor; die EK-Praxis in den Basler UPK war neu.

Zentrales Thema: ethische Fragen zu Zwangsmassnahmen

Die Analyse der Stichprobe von 100 EK-Fällen deckt die Hauptthemen aus beiden Häusern auf: Ethische Fragen am Lebensende waren Spitzenreiter in somatischen EKs, und in den UPK das Thema «Zwangsmassnahmen ja oder nein?». Insgesamt stellten ethische Erwägungen zu Zwangsmassnahmen das häufigste Hauptthema dar. Eine ethische Reflexion zu Versorgungsmanagement und Evaluation des Behandlungsplans nehmen die Plätze zwei und drei ein. Ethische Fragen zu Schwangerschaft und assistierter Fortpflanzung traten nur in EKs der Frauenklinik (USB) auf, jedoch in beachtlicher Zahl. Somit sind ethische Fragen zu Zwangsmassnahmen das zentrale Thema, das für beide Häuser gleichermaßen von herausragender Bedeutung ist.

Die hier aufgezeigte ethische Sensibilität und Beratungsbedürftigkeit bezüglich möglicher Zwangsmassnahmen verdient Beachtung. In der EK-Begleitforschung wurden dazu kaum Befunde berichtet [13]. Eine mögliche methodische Erklärung dafür, dass das Thema in den Studien aus den USA nicht deutlich wurde, mag in der andersartigen Kategorisierung liegen: Amerikanische Autoren nennen als vorherrschende Themen «patient autonomy» oder «patient competence/capacity», unter die sie Fragen einer möglichen Zwangsmassnahme eventuell subsumiert haben. Wir vertreten die Auffassung, dass das Thema der Zwangsmassnahmen zu wichtig ist, als dass man es implizit behandeln sollte und bevorzugen daher, es klar beim Namen zu nennen.

Korrespondenz:
 Jan Schürmann, M.A.
 Abteilung Klinische Ethik
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel
 Universitätsspital Basel
 Wilhelm Klein-Strasse 27
 CH-4002 Basel
 jan.schuermann[at]upkbs.ch

In unserem klinischen Kontext werden ethische Fragen am Lebensende weiter diskutiert, wie das Top-Ergebnis aus dem USB belegt. Aber zusätzlich ist eine neue Aufmerksamkeit gewachsen: eine starke Grundhaltung, dass die Achtung der Patientenautonomie wichtig ist. Behandelnde begegnen Schwierigkeiten, wenn sie Patienten behandeln sollen, die einerseits nicht entscheiden können und andererseits Wünsche zum Ausdruck bringen, die nicht autonom erscheinen oder ihnen erheblich schaden. In solchen Situationen kann eine bestimmte Behandlung gegen den Wunsch eines Patienten unter Umständen dessen Autonomie erst wieder herstellen helfen. Das relativ häufige Vorkommen dieses Thema in den EKs zeigt, dass Behandelnde sich nicht unkritisch für oder gegen Patientenautonomie positionieren, sondern sich bewusst darum bemühen, zwischen Werten wie Selbstbestimmung und Schutz vor Schaden eine ethisch vertretbare Balance zu finden. Wenn sie eine EK anfragen, bedeutet dies keine Scheu vor Verantwortung; sie zeigen vielmehr eine besonders grosse Sorgfalt für das Patientenwohl und Teamkompetenz.

Unsere Studie hat Stärken und Schwächen: Sie liefert reichhaltige Daten, die neue Einblicke in die EK-Praxis an einem Standort der Schweizer Universitätsmedizin geben und auf sorgfältigen Dokumentationen basieren, wie sie bisher kaum publiziert wurden. Die analysierte Stichprobe von $n = 100$ ist zu klein für quantita-

tive Statistik. Die Analyse der nächsten 100 Fälle ist in Vorbereitung. Es wäre wünschenswert, dass mehr Zentren der Klinischen Ethikberatung ihre Daten offenlegen, um eine breitere Diskussion und gegebenenfalls Kooperation anzuregen.

Ausblick

EK wird am Standort der Untersuchung lebhaft nachgefragt und von den Anfragenden sehr geschätzt. Ethische Fragen zu «Lebensende» und «Zwangsmassnahmen», den beiden häufigsten Problemstellungen in der untersuchten Stichprobe zur EK, sollten gezielt in Curricula der heilberuflichen Aus- und Weiterbildung abgedeckt werden. Auch die weiteren drei der fünf Spitzenthemen ethischer Beratung sollten zukünftig mehr gezielte Beachtung finden: ethische Fragen im Zusammenhang mit Versorgungsmanagement, Evaluation des Behandlungsplans sowie Fortpflanzungs- und Schwangerschaftsmedizin.

Vor dem Hintergrund der positiven Rückmeldungen zur EK ist zu diskutieren, ob beispielsweise bei der Erwägung von Zwangsmassnahmen eine EK standardmässig einbezogen werden sollte; dieser Vorschlag gilt auch bei Therapieentscheidungen von grosser Tragweite für Patienten mit Problemen der Urteilsfähigkeit.

Verdankung

Beide Institutionen bieten exzellente Voraussetzungen der Kooperation, für die wir sehr dankbar sind. Wir danken allen Abteilungen und Personen, die EK-Anfragen stellten für ihr Vertrauen und ihr Engagement. Dr. Dagmar Meyer, MAS, und Dr. Sebastian Jähne, Dipl.-Psych., gaben wertvolle Kommentare zu einer früheren Version. Wir danken der Redaktion von Swiss Medical Forum für die Gelegenheit, unsere Daten in diesem Rahmen zu publizieren.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08078>.

Die Online-Appendix ist als separates Dokument verfügbar unter: <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08078>.

Das Wichtigste für die Praxis

- Es gibt bisher wenige Evaluationsstudien zu Ethikkonsultationen (EK).
- Zentrale Themen in EK sind Zwangsmassnahmen und Behandlungen am Lebensende. Auch zu Fortpflanzungs- und Schwangerschaftskonflikten, Versorgungsmanagement oder Evaluation von Behandlungsplänen besteht oft Beratungsbedürftigkeit.
- Der gezielte Einbezug dieser Themen in die Curricula der heilberuflichen Aus- und Weiterbildung wäre wünschenswert.
- Die Achtung der Patientenautonomie ist essentiell; eine ethisch vertretbare Balance zwischen Selbstbestimmung und Schutz vor Schaden sollte gefunden werden.