

Fachbereich Medizin- und Gesundheitsethik, Medizinische Fakultät Basel

Stella Reiter-Theil

## Ethikberatung in der Klinik – ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion

*Vor dem Hintergrund einer breiten Evidenz für die Wahrnehmung ethischer Schwierigkeiten in der Patientenversorgung bei Ärzten, Pflegenden und Therapeuten ist eine ganze Palette von Formen der ethischen Unterstützung sinnvoll. Als eine ad hoc-wirksame Form wird das Ethikkomitee anhand eines authentischen Fallbeispiels illustriert. Ein integratives Modell wird vorgestellt, das eine («Schulen»-übergreifende) Erfassung und Reflexion von Aktivitäten, die für das Ethikkomitee konstitutiv sind, ermöglicht. Abschließend werden zentrale Do's – und Dont's – der ethischen Fallberatung zur Diskussion formuliert.*

### Einleitung

Aktuelle Daten belegen, dass die große Mehrzahl der Ärzte ethische Schwierigkeiten am Krankenbett kennen und berichten. Studien, die mit unterschiedlichen Methoden und in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden [1–9], weisen auf folgende Brennpunkte hin:

a) Wenn man Therapieentscheidun-

gen bei einem Patienten zu treffen hat, dessen Entscheidungsfähigkeit

vorübergehend oder auf Dauer beeinträchtigt ist, also kein klarer Patientenwille ermittelt werden kann;

b) wenn es darum geht zu entscheiden, ob eine lebenserhaltende Maßnahme wie die Herz-Kreislauf-Wiederbelebung angebracht ist oder unterlassen werden soll;

c) und wenn Uneinigkeiten zwischen

verschiedenen Beteiligten über Therapieentscheidungen auftreten.

Des Weiteren gibt es Evidenz, dass der Umgang mit Ressourcen am Krankenbett ein weiteres Problemfeld darstellt:

d) Es wird sowohl über Unterversorgung (z.B. Wartelisten) wie Ungleichbehandlung (Benachteiligung bestimmter Gruppen), als auch Überbehandlung (sogenannte Futility) berichtet.

Nimmt man noch begleitende Befunde aus diesen Studien hinzu, dass die Qualität der Entscheidungsfindung nicht selten zu wenig strukturiert und explizit erfolge, so kann man von einer breiten Evidenz für den Bedarf an ethischen Hilfsangeboten im klinischen Alltag ausgehen. Die klinische Ethikberatung (Tab. 1) oder das Ethikkomitee

**Tabelle 1** Formen der ethischen Unterstützung (Ethikberatung) im Krankenhaus

Formen	Personalressourcen	Vorteile	Nachteile	Fazit
1. Ethikkomitee	Freiwillige bzw. «ernannte» Mitglieder	Repräsentation von (Berufs)Gruppen Institutioneller Einfluss	Bürokratie; Fragliche Beweglichkeit, Professionalität; Hierarchie kann Offenheit behindern	Als alleinige Ethikstruktur nicht suffizient; Risiko: Alibi- Struktur («Papiertiger»); «Ethik von oben»
2. Ethikkomiteedienst («on demand») Varianten: Liaisondienst, Ethikzirkel	Spezialisten, Ethikfachpersonen («Profis»)	Professionalität; Flexibilität; Nähe zu «Peer Groups»	Fragliche Verfügbarkeit von Fachpersonen; Aufwand an Ausbildung und Training	Qualität hängt von Kompetenz ab; Service sollte gut in die Institution eingebettet werden
3. Kombination von 1. und 2.	Wie oben	Wie oben	Komplexität, anspruchsvolle Abstimmung	Goldstandard; Gute Zusammenarbeit ist erforderlich
4. Spezifische Projektgruppen, Modelle	Für alle Beteiligten / Interessierten offen	Relevanz, Bedarfsorientierung, Authentizität, Partizipation; «Am Puls des Geschehens»	Fraglicher Einfluss in der Institution	Unersetzliche Quelle für Innovation und Motivation; «Lernende Organisation» sollte diese Ressource nutzen

(clinical ethics consultation) ist – neben eher informellen internen Fallbesprechungen, Qualifizierungsmaßnahmen oder Orientierungshilfen wie Richt- und Leitlinien – eine dieser Möglichkeiten [10]. Sie ist in Europa in einer sehr dynamischen Entwicklung und Ausbreitung begriffen, die auch die Schweiz erfasst hat. Wir gehen von der Voraussetzung aus, dass verschiedene Formen ethischer Unterstützung sinnvoll und – je nach institutionellen Rahmenbedingungen – möglich sind. Im Folgenden wird von einem Beispiel aus dem Ethikkonsildienst («on demand») ausgegangen [11].

### Was ist eine typische Fallkonstellation für die klinische Ethikberatung?

#### Ein Beispiel:

#### Uneinigkeit über Therapiebegrenzung

Das Behandlungsteam eines multimorbiden Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie und einer schweren Pyodermie bittet um eine klinische Ethikberatung: Im Vordergrund steht aktuell die neurologische Problematik eines Hydrocephalus malresorptivus mit steigendem Hirndruck, durch den der Patient im Bewusstsein stark beeinträchtigt wird. Reduziert man den Hirndruck durch Punktierung mit der Folge, dass der Patient zu Bewusstsein kommt, so beginnt dieser extrem unter den Symptomen der chronisch fistelnden Pyodermie (vor allem quälendes Brennen und Jucken am ganzen Körper) zu leiden. Sowohl Krankenpflege wie Physiotherapie äußern das Problem, den Patienten mit ihren Maßnahmen und Mobilisierungsversuchen zu quälen; zudem brauche der Patient mehr Zuwendung, als das Zeitbudget erlaube.

Auf Grund der ungünstigen Prognose befasst sich das Behandlungsteam nach längerem Ringen mit der Mög-

lichkeit, die kurativen Behandlungsversuche (Punktierung) einzustellen. Dem habe, so wird berichtet, die Ehefrau des Patienten vehement widersprochen und sich auf ihre religiösen Werte berufen, nach denen der Patient nicht aufgegeben werden dürfe. Die beiden erwachsenen Töchter – eine fungiert als gesetzliche Stellvertreterin – sind gesprächsbereit.

Laut dem im Ethikkonsil versammelten Team und den beiden Töchtern haben bereits alle Anwesenden *alles* versucht, die Ehefrau von der Sinnlosigkeit der Behandlungsversuche zu überzeugen. Nun hofft man auf Hilfe durch die am Klinikum verfügbare ethische Beratung.

#### Kommentar

Typisch an diesem Fallbeispiel einer «Ethikberatung auf Verlangen» ist die schon weit fortgeschrittene Problemgeschichte, in die bereits zahlreiche Personen einbezogen sind: Man hat bereits vieles, wenn nicht «alles» versucht; Zeichen der Frustration und Ratlosigkeit sind erkennbar. Typische Auslöser ethischer Fallbesprechungen oder Konsile sind die Wahrnehmung von Unsicherheit, aber auch Uneinigkeit im Behandlungsteam, was denn nun ethisch richtig und vertretbar sei, mitunter ist dies verknüpft mit deutlichen Meinungsverschiedenheiten der Beteiligten, gegebenenfalls auch des Patienten oder seiner Familie, die nicht so wollen wie die Fachpersonen [10, 12].

Wir erkennen hier, dass die normative Dimension, also die Bewertung dessen, was (ethisch) angemessen, richtig und wünschenswert ist, und was daraus an Konsequenzen für die Behandlung folgt, einen roten Faden des Problemzusammenhangs darstellt [13].

Soll nun die Ethikberatung Unsicherheiten oder Konflikte möglichst rasch und direkt beenden? In gewisser Weise ist dies aus einer Ergebnis-orientier-

ten Betrachtung durchaus wünschenswert – aber nicht um jeden Preis und nicht in jeder Form: Es kommt sehr wohl darauf an, *wie* dies geschieht, also nicht nur auf das Outcome, sondern auch auf den Prozess und das Vorgehen in der Beratung. Am ethischen Beratungsfokus, an Prinzipien ausgerichtet und vor allem lösungsorientiert und partizipativ sollte man vorgehen. Autoritär oder besser: direktiv soll das Vorgehen nicht sein. Dies stellte bereits eine maßgebliche amerikanische Arbeitsgruppe fest [14]. Ebenso wenig genügt es aber, in der Runde nur Meinungen auszutauschen oder sich auf eine x-beliebige Mehrheitsmeinung zu einigen; ein solches Prozedere hätte mit Ethik und professioneller Beratung wenig gemeinsam. Ein vermeintlich *neutraler* Ansatz, nach dem die Ethikfachperson «nur moderierend tätig» wird (in USA «Pure Facilitation Approach» genannt) mag zunächst verführerisch klingen, bleibt aber wichtige Aufgaben schuldig: Die Ethikfachperson soll Verantwortung für die Qualität des Prozesses übernehmen und dafür einstehen können, dass das Ergebnis ethisch vertretbar und auf einer soliden Bewertung der Argumente beruht.

Erforderlich ist eine Beratungsform, die ebenso zur Klärung der ethischen Fragen wie zu einer Orientierung und Entscheidungshilfe beiträgt; sie soll nicht verfrüht eine «Lösung» vorgeben und soll nicht neutral-farblos bleiben. Diese Vorgehensweise zu finden, bedarf gezielter Schulung und Begleitung; manche Ausbildungskandidaten suchen Zuflucht in einer defensiven Haltung, wollen nichts falsch machen; Andere fühlen sich berufen, die Behandelnden an der Hand zu nehmen. Auch die Suche nach dem Konsens hat ihre ambivalenten Seiten: Nicht alles, worauf sich Gruppen einigen mögen, ist ethisch gut begründbar. Es lohnt sich also, genauer nachzusehen, wie in der

Beratung mit der normativen Dimension umgegangen wird. Dies ist indes nicht nur eine Frage der *ethischen* Beratung – nein, sie betrifft auch die ethische Grundhaltung der behandelnden Ärzte oder Therapeuten und Pflegenden: Auch sie sind ständig mit moralischen Werten, ethischen Argumenten (oft implizit) und dem Rechtsempfinden konfrontiert – dem eigenen und dem von Kollegen und Patienten, und auch sie sind gefordert, eine passende Haltung zu finden, die den Patienten weder zu klein macht noch überfordert.

### Ein integratives Modell

Was die Ethikfachperson in der klinischen Ethikberatung tun kann oder soll, wird je nach Theorie, Kontext oder Erfahrung unterschiedlich beschrieben (oder vorgeschrieben). Gemeinsamkeiten kommen dabei meist zu kurz, was die Orientierung erschwert. So wird die Rolle des Ethikberaters in der Bandbreite vom (neutralen) Konfliktlöser bis zum (urteilenden)

Schiedsrichter [13, 15, 16] diskutiert. Übereinstimmung zeichnet sich zugunsten eines von der *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH) vorgeschlagenen Mittelwegs zwischen zu viel und zu wenig Stellungnahme ab [14], bleibt aber unbestimmt. Das folgende Inventar bietet eine integrative Sicht, arbeitet die Aktivitäten heraus, die in ethischen Beratungen vorkommen können und ordnet sie in ein ansteigendes Stufenmodell (Abb. 1). Auf der linken Seite sind die verschiedenen Aktivitäten formuliert und damit einhergehend die graduell ansteigende Intensität, in der aktiv mit der normativen Dimension gearbeitet wird, d.h. wie deutlich auf moralische Werte, ethische oder rechtliche Normen Bezug genommen wird. Auf der rechten Seite finden sich Bezüge zu theoretischen Rahmenkonzepten, die zur Orientierung der Ethikberatung herangezogen werden – aber oft mehr das Trennende zwischen den Ansätzen herausarbeiten (eine ausführliche Darstellung des Modells erscheint in «Cambridge Quarterly Healthcare Ethics» [13].

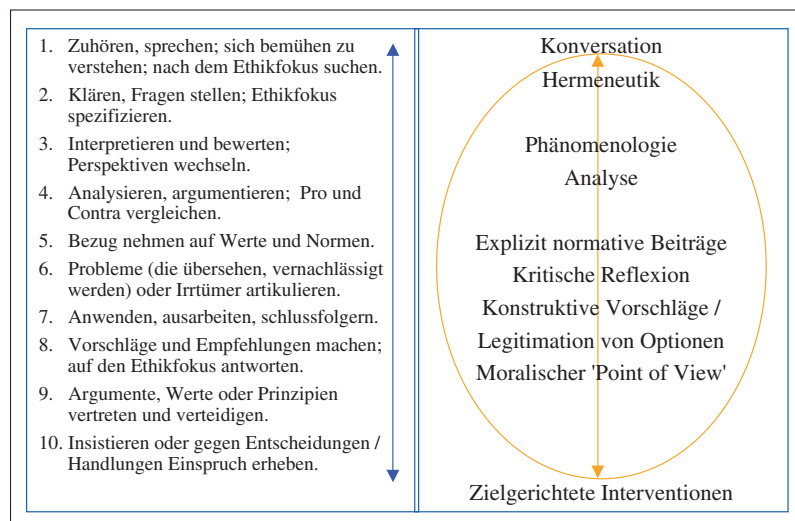
Die Ebenen (links) des Stufenmodells sind schrittweise inklusiv, so dass die Reihenfolge auch skizziert, wie das Vorgehen nach Bedarf gesteigert und intensiviert werden kann und soll. Durch Bezug zu den Rahmenkonzepten auf der rechten Seite wird deutlich, dass in der Praxis der klinischen Ethikberatung stets unterschiedliche theoretische und methodische Orientierungen gebraucht werden; eine «reine Lehre» würde an den Bedürfnissen der Praxis vorbeigehen.

### Anwendung auf das Fallbeispiel

In der folgenden Übersicht veranschaulichen wir die Anwendung des Modells und integrieren die allgemeinen *Aktivitäten* in der Ethikberatung (A, linke Spalte), *konkrete Aspekte* wie Material, Zugang oder Medium (B, mittlere Spalte) und *spezifische Schritte* der Beratung im vorliegenden Fall (C, rechte Spalte) (Tab. 2).

### Diskussion

Dieser authentische Fall vereint praktisch sämtliche ethischen Schwierigkeiten, die nach aktuellen empirischen Studien eine hohe Prävalenz besitzen: unklarer Patientwille, die Frage der Lebenserhaltung, Uneinigkeit, angemessener Einsatz von Ressourcen sowie eine bis zum Ethikkonsil zu wenig strukturierte Entscheidungsfindung. Eine besondere Herausforderung schien darin zu liegen, auf die moralischen und religiösen Vorbehalte der Ehefrau des Patienten – angemessen – einzugehen, ohne sich von diesen beim Eintreten für einen sinnvollen Kurs dominieren zu lassen. Damit war eine (anscheinend) sehr schwere Herausforderung für das Team entstanden, die Ehefrau einzubeziehen mit der Folge, dass sie zum



**Abbildung 1** Inventar der Aktivitäten und Stufenmodell: Wie gehen wir mit der normativen Dimension um?

**Tabelle 2** Das integrative Modell in der Praxis: Wie gehen wir mit der normativen Dimension um?

<b>Anwendung auf das Fallbeispiel</b>		
<b>A. Inventar der Aktivitäten</b>	<b>B. Material / Zugang / Medium</b>	<b>C. Fall: Fragen / Schritte, z.B.</b>
1. Zuhören, sprechen; sich bemühen zu verstehen; nach dem Ethikfokus suchen	Probleme, Fragen, Aussagen, die normative Elemente enthalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Positionen bestehen?</li> <li>- Vorläufiger Ethikfokus: Wie ist die Haltung der Ehefrau einzuschätzen?</li> <li>- Was bedeutet es, wenn sie sich auf religiöse Werte beruft?</li> </ul>
2. Klären, Fragen stellen; Ethikfokus spezifizieren	Verschiedene Positionen; Dinge, die unklar sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wer soll entscheiden?</li> <li>- Welche Bedeutung hat die Zustimmung der Ehefrau?</li> <li>- Sind die Voraussetzungen (z.B. Information) für eine Entscheidung / Zustimmung ihrerseits gegeben?</li> <li>- Warum ist sie nicht anwesend?</li> <li>- Für einen präziseren Ethikfokus müsste man die Vorstellungen der Ehefrau genauer kennen.</li> </ul>
3. Interpretieren und bewerten; Perspektiven wechseln	Beobachtungen und Annahmen über den Fall und die Beteiligten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aus allen Perspektiven (der Anwesenden) wird ein Therapieabbruch favorisiert</li> <li>- Lässt sich die Motivation der Ehefrau, dem ärztlichen Vorschlag zu widersprechen, nachvollziehen und (aus ethischer Sicht) unterstützen?</li> <li>- (Wie) Kann sie einbezogen werden?</li> </ul>
4. Analysieren, argumentieren; Pro und Contra vergleichen	Ansätze, Optionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Optionen sind möglich?</li> <li>- Der Patient soll nicht länger mit sinnloser Therapie belastet werden.</li> <li>- Weitere Behandlungsversuche werden als sinnlos und sogar quälend angesehen.</li> <li>- Ressourcen für die notwendige (aufwändige) Betreuung fehlen in der Abteilung.</li> <li>- Bei Therapieabbruch muss der Patient in Pflegeeinrichtung verlegt werden.</li> <li>- Eine Fortsetzung der Behandlungsversuche will niemand vertreten. Noch ist unklar, wie es dann weitergehen soll.</li> <li>- Das Personal traut sich nicht zu, die Ehefrau umzustimmen und hat resigniert («alles versucht»).</li> <li>- Daher ist die Ethikfachperson bereit, mit der draußen anwesenden Ehefrau zu sprechen, herauszufinden, was sie denkt und was für sie akzeptabel sein könnte.</li> </ul>
5. Bezug nehmen auf Werte und Normen	Werte, Normen, Prinzipien; normative Texte; Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche ethische Bedeutung (Dimension) haben die verschiedenen Optionen? (explizit machen).</li> <li>- Um auch die Sichtweise der Ehefrau berücksichtigen zu können, sucht die Ethikfachperson draußen das Gespräch mit ihr.</li> <li>- Die Kontaktaufnahme dient dem Ziel, Vertrauen und Verständigung herzustellen, ihre Position zu verstehen und ihr evtl. die Gründe für den vorgeschlagenen Therapiezielwechsel in Richtung auf Linderung und Sterbebegleitung (besser als «Therapieabbruch») nachvollziehbar zu machen.</li> <li>- Ihre Sicht des mutmaßlichen Patientenwillens wird erfragt, ebenso wie sie ihre eigene Beteiligung in der weiteren Betreuung des Patienten sieht.</li> </ul>

Tabelle 2 Das integrative Modell in der Praxis: Wie gehen wir mit der normativen Dimension um? (Fortsetzung)

Anwendung auf das Fallbeispiel		
A. Inventar der Aktivitäten	B. Material / Zugang / Medium	C. Fall: Fragen / Schritte, z.B.
6. Probleme (die übersehen, vernachlässigt werden) oder Irrtümer artikulieren	Eigene Beobachtungen und Einsichten der Ethikfachperson	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Im Gespräch mit der Ehefrau wird versucht herauszufinden, ob die Einschätzung des Personals zutrifft bzw. ob die Ehefrau bereit ist, über sinnvolle Therapieziele und ihre religiöse Einstellung zu sprechen.</li> <li>– Die Ehefrau ist offen und besteht nicht auf «Lebenserhaltung um jeden Preis»; auch sie möchte das Leiden ihres Mannes lindern helfen und meint, dies sei in seinem Sinne; geäußert habe er sich dazu aber nie. Sie nimmt die Möglichkeit an, sich über ihre moralischen und religiösen Vorstellungen vom Wert des Lebenserhalts und der Leidenslinderung zu beraten.</li> <li>– Die Ethikfachperson hilft dabei, zwischen diesen Vorstellungen und den konkreten Fragen zu überbrücken.</li> <li>– Die Ehefrau hat viele Fragen, wie es denn weitergehe, wie der Sterbeprozess sein werde.</li> </ul>
7. Anwenden, ausarbeiten, schlussfolgern	Vorläufige Ergebnisse der Diskussion; Werte, Normen, Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Ethikfachperson verspricht der Ehefrau, der Runde diese Botschaften zu vermitteln, da sie nicht mitkommen will.</li> <li>– Zurück in der Runde, reagieren die Anwesenden erleichtert über das Gesprächsergebnis.</li> <li>– Es wird erkennbar, dass beim Personal Probleme bestehen, offen über Fragen des Sterbens (mit der Ehefrau) zu sprechen. Zudem waren sie sehr unsicher, ob/wie sie mit den religiösen und moralischen Wertvorstellungen der Ehefrau umgehen sollten (dürften), die sie als deutlich dogmatischer erlebten, als es sich im Gespräch mit der Ethikfachperson herausstellte.</li> <li>– Sie wünschen Unterstützung für die kommenden Gespräche.</li> </ul>
8. Vorschläge und Empfehlungen machen; auf den Ethikfokus antworten	Spezifische Vorschläge, die zu entscheiden und dokumentieren sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es wurde gemeinsam beschlossen, dass die Ethikfachperson das Gespräch mit der Ehefrau sucht.</li> <li>– Der Klinikseelsorger konnte in der Vorgeschichte und auch in der aktuellen Situation nicht einbezogen werden. Die Gesprächsführung, insbesondere mit der Ehefrau, wurde unterstützt.</li> <li>– Das Thema «Religion» scheint beim Personal Scheu ausgelöst zu haben.</li> <li>– Das Thema «Sterben» scheint manche Mitglieder des Personals überfordert zu haben.</li> <li>– Die Terminologie vom «Therapieabbruch» dürfte es der Ehefrau schwer gemacht haben, sich darunter etwas Positives wie eine palliative Begleitung mit ihrer Einbeziehung vorzustellen; diesem Problem konnte abgeholfen werden.</li> </ul>
9. Argumente, Werte oder Prinzipien vertreten und verteidigen	Eigene Beobachtungen und Einsichten der Ethikfachperson	– Keine Aktivität
10. Insistieren oder gegen Entscheidungen / Handlungen Einspruch erheben	Eigene Beobachtungen und Einsichten der Ethikfachperson	– Keine Aktivität



Zeitpunkt der Beratung beinahe schon aus dem Prozess ausgeschieden war. Selbst eine «richtige» Entscheidung für eine palliative therapeutische Neuorientierung (die man auch besser und damit verständlicher kommunizieren musste) hätte einen moralischen Makel gehabt, wäre die Ehefrau übergangen oder einfach «überstimmt» worden. Gerade angesichts des nahenden Lebensendes ist es ein Gebot der Humanität, die nächsten Angehörigen des Patienten möglichst «mitzunehmen», selbst dann, wenn die Ehefrau wie hier keine formelle (gerichtliche) Vollmacht der Stellvertretung besitzt und ihre Haltung vielleicht als «schwierig» empfunden wird. Da in diesem Fall alle Beteiligten zu einer tragfähigen Einigung kommen konnten, stellte sich die Frage nicht, wie weit der Ethikberater gegangen wäre, um a) für eine angemessene Einbeziehung der Ehefrau zu sorgen und b) im Kontakt mit der Ehefrau eine Gesprächsbereitschaft über die fragliche «Lebenserhaltung um jeden Preis» zu erarbeiten. Die Einigung auf eine mit guten Argumenten gestützte und von allen Beteiligten akzeptierte Vorgehensweise ist ein hohes Gut, für das sich der Einsatz einer Ethikberatung lohnen dürfte.

Fragen wir nach den Do's und Don'ts der Ethikberatung [17–19], so lernen wir aus diesem Fall mit dem integrativen Modell im Hintergrund, dass man (sei es in der Beraterrolle, sei es als Beteiligter) die klärenden und verstehenden Aktivitäten (Schritte 1 bis 3) gar nicht genug betonen kann; dabei ist darauf zu achten, dass unterwegs niemand von den Beteiligten verloren geht. Nur auf dieser Basis können die Schritte (4 bis 7) der Analyse, der Vergleichs von Argumenten und die Anwendung auf die konkrete Fragestellung (Ethikfokus) fruchtbar werden. Hier ist darauf zu achten, dass die ethische Natur des Problems präzise er-

fasst und beantwortet wird; eine vor-schnelle oder oberflächliche Einigung könnte ein fauler Kompromiss werden, der nicht die Qualität einer fundierten Konsensbildung hätte. Wenn nötig, sind Schritte wie das Aufspüren von Irrtümern, Lücken oder Widersprüchen (Fortsetzung von 6), auch das Verteidigen von ethischen Inhalten, die sonst vernachlässigt zu werden drohen (9), oder auch wiederholtes Argumentieren (10) vertretbar. Wichtig dabei ist ein maßvolles Vorgehen, bei dem man selbst die komplexen Gesprächsregeln einer professionellen Beratung einhält.

Um den klinisch Tätigen wie den Betroffenen bei solchen Schwierigkeiten durch strukturelle und wissenschaftlich fundierte Maßnahmen zu helfen und ethisch möglichst angemessene Therapieentscheidungen zu fördern, haben wir das klinisch-ethische Kooperationsprojekt METAP (Modular Ethical Treatment Allocation Process; mit Förderung des SNF) ins Leben gerufen, an dem Klinische Abteilungen der Intensivmedizin, der Geriatrie und der Palliativbetreuung mitwirken.<sup>1</sup>

### Dank

Die Konzeptentwicklung wurde stimuliert durch ein laufendes Projekt, das wir mit Förderung des SNF Nr. 3200B0-113724/1 durchführen können.

Diskussionen mit den Teilnehmern im Rahmen unseres Fernlehrgangs «Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen» (2006, 2007, 2008), des «European Master in Bioethics» (2006) und des «Erasmus Mundus Master Bioethics» (2006, 2007) sind für die praktisch-didaktische Erprobung des Modells sehr hilfreich gewesen.

<sup>1</sup> Daran Interessierte wenden sich bitte an: Dr. Barbara Meyer-Zehnder; barbara.meyer@uni-bas.ch

### *Clinical ethics consultation – an integrative model for practice and reflection*

*Broad evidence exists that health care professionals are facing ethical difficulties in patient care demanding a spectrum of useful ethics support services. Clinical ethics consultation is one of these forms of ethics support being effective in the acute setting. An authentic case is presented as an illustration. We introduce an integrative model covering the activities being characteristic for ethics consultation and going beyond “school”-specific approaches. Finally, we formulate some do's and don'ts of ethics consultation that are considered to be key issues for successful practice.*

### Literatur

1. Albisser Schleger H, Reiter-Theil S. «Alter» und «Kosten» – Faktoren bei Therapieentscheidungen am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* 2007; 19(2): 103–19.
2. Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S. «Futility» – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *im Druck/2008 Z Palliativmed*.
3. Dittmann V. Laienhilfe in Notfallsituationen: Pflichten, Rechte und Haftungsrisiko. *Notfall Rettungs-med* 2007; 10: 201–4.
4. DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, et al. What triggers requests for ethics consultations? *Journal of Medical Ethics* 2001; 27(1): i24–9.
5. Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R, eds.

- Psychiatrie und Recht. Ort: Schulthess §, 2005.
6. Hurst S, Perrier A, Pegoraro R, et al. Ethical Difficulties in Clinical Practice: Experiences of European Doctors. *Journal of Medical Ethics* 2007; 33: 51–7.
  7. Hurst S, Forde R, Reiter-Theil S, et al. Physicians' Views on Resource Availability and Equity in Four European Health Care Systems. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 137.
  8. Meyer-Zehnder B, Pargger H, Reiter-Theil S. Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? Erkenntnisse aus einer systematischen Fallserie. *Intensivmed* 2007; 44(7): 429–37.
  9. Reiter-Theil S, Albisser Schleger H. Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. *Notfall Rettungsmed* 2007; 10: 189–96.
  10. Reiter-Theil S. Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung* 2005; 86(6): 436–51. [www.saez.ch](http://www.saez.ch).
  11. Reiter-Theil S. Ethics consultation on demand. Concepts, practical experiences and a case study. *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 198–203.
  12. Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B. The complex roles of relatives in end-of-life decision-making. An ethical analysis. *HEC Forum* 2007; 19(4): 338–61.
  13. Reiter-Theil S. Dealing with the normative dimension in clinical ethics consultation. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*, accepted for publication (Fall 2009); 18(4).
  14. American Society for Bioethics and Humanities (ASBH). Core Competences for Health Care Ethics Consultation. Glenview, IL, USA 1998; reprinted in: Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ, eds. *Ethics Consultation. From Theory to Practice*. Baltimore and London: The John Hopkins Press, 2003: 165–209.
  15. Agich G. The question of method in ethics consultation. *Am J of Bioethics* 2001; 1(4): 31–41.
  16. Orr RD, de Leon DM. The role of the clinical ethicist in conflict resolution. *J Clinical Ethics* 2000; 11(1): 21–30.
  17. Bernal EW. Errors in ethics consultation. In: Rubin SB, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, Maryland, University Publishing Group, 2000: 255–72.
  18. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 251–8.
  19. Fletcher J, Boyle RJ, Spencer EM. Errors in Healthcare Ethics Consultation. In: Rubin SB, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, Maryland, University Publishing Group, 2000: 343–72.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil  
 Dipl.-Psych.  
 Leitung Fachbereich Medizin-  
 und Gesundheitsethik  
 Medizinische Fakultät Basel  
 Missionsstraße 21A  
 CH-4055 Basel  
[s.reiter-theil@unibas.ch](mailto:s.reiter-theil@unibas.ch)