

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann



Welche Kriterien können zur Bewertung der Qualität einer ethischen Fallbesprechung im klinischen Setting verwendet werden?

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Jasmin Dorothea Schmid

aus München

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	PD Dr. Dr. Oliver Rauprich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Berend Feddersen
Dekan:	Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
Tag der mündlichen Prüfung:	04.05.2023

I.	Abkürzungsverzeichnis	I
II.	Tabellenverzeichnis	II
III.	Abbildungsverzeichnis	III
1	Einleitung	1
1.1	Kurze historische Entwicklung klinischer Ethikberatung	1
1.2	Strukturen klinischer Ethikberatungen	2
1.3	Aufgaben klinischer Ethikberatungen im Alltag	3
1.4	Qualität ethischer Fallbesprechungen	5
2	Methoden der Arbeit	7
2.1	Strukturierte Literaturrecherche bei PubMed	7
2.1.1	Was ist PubMed?	7
2.1.2	Ein- und Ausschlusskriterien	8
2.1.3	Vorgehen bei der Literaturrecherche	10
2.1.3.1	Bildung einer geeigneten Suchformel mit inhaltlich relevanten MeSH-Begriffen	10
2.1.3.2	Suche nach relevanten Datensätzen mit zuvor generierter Suchformel	11
2.2	Qualitative Inhaltsanalyse und Kodieren	14
2.2.1	Was bedeutet quantitative und qualitative Inhaltsanalyse?	14
2.2.2	Erstellung von Codes (=Qualitätskriterien) und anschließende Gliederung in ein Kategoriensystem	14
3	Ergebnisse	17
3.1	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche bei PubMed	17
3.1.1	MeSH-Begriff-Suche und Suchformelbildung für die Literaturrecherche	17
3.1.2	Suche relevanter Datensätze mit oben genannter Suchformel	18
3.2	Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	21
3.2.1	Tabellarische Übersicht über Kernaussagen und Codes aus relevanten Datensätzen	21

3.2.2	Kategorisierung der Codes.....	22
3.2.2.1	Bildung eines Kategoriensystems	22
3.2.2.2	Inhalt der einzelnen Kategorien	23
3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	27
4	Diskussion	28
4.1	Rechtliche Grundlagen	28
4.2	Codes als mögliche Qualitätskriterien.....	31
4.2.1	Interpretation der Codes und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Codes	31
4.2.1.1	Ansprüche an eine klinische Ethikberatung.....	31
4.2.1.1.1	Mindestanforderungen an eine klinische Fallbesprechung.....	31
4.2.1.1.2	Konkreter Bezug zum jeweiligen ethischen Problem	33
4.2.1.1.3	Umgang mit Verantwortung	34
4.2.1.2	Ablauf einer klinischen Ethikberatung.....	35
4.2.1.2.1	Allgemeine Kriterien des Beratungsprozesses.....	35
4.2.1.2.2	Interpersoneller Umgang während des Beratungsprozesses.....	36
4.2.1.2.3	Kommunikation innerhalb des Beratungsprozesses.....	37
4.2.1.2.4	Gesprächsführung innerhalb des Beratungsprozesses.....	38
4.2.1.3	Ziele und Ergebnisse einer klinischen Ethikberatung	41
4.2.1.3.1	Allgemeine Ziele und Ergebnisse	41
4.2.1.3.2	Ziele und Ergebnisse für den Patienten	43
4.2.1.3.3	Ziele und Ergebnisse für die übrigen Teilnehmer der Ethikberatung	45
4.2.1.3.4	Ziele und Ergebnisse für die Institution.....	47
4.2.2	Häufigkeit und Verteilung der Codes.....	50
4.2.3	Mögliche Priorisierung der Codes.....	53
4.3	Herausforderungen bei der Entwicklung von Qualitätskriterien klinischer Ethikberatungen in Deutschland	57
4.3.1	Unterschiedliche Strukturen klinischer Ethikberatung.....	57

4.3.2	Unterschiedliche Methoden klinischer Ethikberatungen.....	61
4.3.3	Unterschiede in der Etablierung und Akzeptanz von klinischen Ethikberatungen	65
4.3.4	Unterschiedliche Anforderungen an Qualitätskriterien in Bezug auf die jeweiligen Fachabteilung.....	66
4.3.5	Gegensätzliche Wertevorstellungen einer multikulturellen Gesellschaft.....	67
4.3.6	Herausforderung bei der Messbarkeit von Qualität klinischer Ethikberatungen	69
4.4	Kritische Bewertung der vorliegenden Arbeit und Limitationen	70
4.4.1	Strukturierte Literaturrecherche	70
4.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse und Kodieren.....	73
4.5	Ausblick in die Zukunft	75
5	Zusammenfassung.....	77
6	Literaturverzeichnis.....	78
7	Anhang.....	85
8	Danksagung	155
9	Affidavit.....	156
10	Lebenslauf..... Fehler! Textmarke nicht definiert.	

I. Abkürzungsverzeichnis

AEM: Akademie für Ethik in der Medizin

ASBH: American Society for Bioethics and Humanities

bzw.: beziehungsweise

CEC: Clinical Ethics Consultation

CESS: Clinical Ethics Support Service

COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung

DNR: Do Not Resuscitate

e. g.: for example

EB: Ethikberatung

etc.: et cetera

ggf.: gegebenenfalls

HEC: Healthcare Ethics Consultant

ICU: Intermediate Care Unit

MCD: Moral Case Deliberation

Pat.: Patient

QK: Qualitätskriterium

vgl.: vergleiche

z. B.: zum Beispiel

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung der MeSH-Begriffe in Kategorien und Begriffsfelder	18
Tabelle 2: Beispielausschnitt aus Tabelle mit Literaturverweis, Kernaussage und Codes .	21
Tabelle 3: Beispielausschnitt aus Tabelle mit Hinweis auf eingeschränktes Qualitätskriterium.....	22
Tabelle 4: Mögliche Gewichtung der Qualitätskriterien	55
Tabelle 5: MeSH-Begriffe alphabetisch sortiert mit Angabe der Häufigkeit.....	93
Tabelle 6: Tabelle mit Literatur und Codes	130
Tabelle 7: Strukturierung der Codes.....	154

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einzelschritte der strukturierten Literaturrecherche	13
Abbildung 2: Ergebnisse der Literaturrecherche	20
Abbildung 3: Qualitätskriterien mit Codes.....	26
Abbildung 4: Strukturen der klinischen Ethikberatung.....	58
Abbildung 5: Vier Prinzipien Ansatz nach Beauchamp und Childress.....	61
Abbildung 6: Systematischer Perspektivenwechsel	62
Abbildung 7: Basler Leitfaden nach Reiter-Theil.....	63
Abbildung 8: Die Prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer.....	64

1 Einleitung

1.1 Kurze historische Entwicklung klinischer Ethikberatung

Durch das zunehmende Verlangen nach Selbstbestimmung über die eigene Person sowie durch wachsende Fortschritte und Möglichkeiten in der medizinischen Behandlung nimmt die Ethikberatung in deutschen Kliniken seit den 1990er Jahren einen immer größeren und wichtigeren Stellenwert ein. (White 2006, 349)

Als frühe Vorreiter der ersten ethisch-beratenden Gremien gelten die USA. In katholischen Krankenhäusern wurden bereits 1920 „medico-moral-committees“ gegründet. Damit reagierten die Krankenhäuser auf zunehmende Probleme und ethische Fragestellungen innerhalb einer wachsenden, pluralistisch geprägten Bevölkerung mit unterschiedlichen Wertevorstellungen. (Groß 2008, 17)

1960, circa 30 Jahre vor der Implementierung von Ethikberatungen in Deutschland, gab es in den USA Life-or-Death-Committees. Sie beschäftigten sich mit der Problematik der Vergabe von nur knapp zur Verfügung stehenden Dialyseplätzen. Die Committees versuchten die Entscheidung zu erleichtern, welcher Patient letztendlich einen Dialyseplatz bekommen sollte. (Dörries et al. 2008, 26)

1986 etablierte sich die Akademie für Ethik in der Medizin (kurz: AEM) als erste und bisher einzige, medizinethische Fachgesellschaft in Deutschland. (Wiesemann 2011, 176)

Die Institutionalisierung einer Ethikberatung wurde 1997 durch die Vereine Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. vorangetrieben. Die Beratungsgremien sollten bei moralisch schwierigen Einzelfallentscheidungen ebenso wie bei der Behandlung Schwerkranker unterstützen und Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen erarbeiten. (Frewer et al. 2012, 66), (May et al. 2010, 248)

Die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) empfahl 2006 den Einsatz von Ethikberatungen im klinischen Alltag. Dadurch sollte eine wachsende ethische Sensibilisierung sowie eine Steigerung in der Argumentations- und Entscheidungskompetenz innerhalb der an der Behandlung beteiligten Personen erreicht werden.

Bei einer Umfrage in Deutschland im Zeitraum von August bis Oktober 2014 zeigte sich, dass von insgesamt 654 Kliniken in Deutschland bereits 75,7 % (n=495) der Krankenhäuser zumindest Vorläuferstrukturen klinischer Ethikberatung aufweisen konnten, welche allerdings noch nicht bis ins Detail ausgereift waren. 7,6 % (n=50) befanden sich in der Implementierung, 4 % (n=26) waren in Planung und 12,7 % (n=83) konnten bisher keine Etablierung einer klinischen Ethikberatung vorweisen. (Schochow et al. 2019, 987–988)

Obwohl klinische Ethikberatungen heutzutage eher noch eine Ausnahme im Klinikalltag darstellen, lässt sich ein Trend erkennen, der zeigt, dass immer mehr Kliniken dazu tendieren, Ethikberatungen im Klinikalltag zu etablieren. (Schochow et al. 2019, 985–991)

1.2 Strukturen klinischer Ethikberatungen

Es gibt unterschiedliche Strukturen klinischer Ethikberatungen. Diese unterscheiden sich teilweise in ihrer Vorgehensweise, was durchaus sinnvoll ist, denn die Mitarbeiter klinischer Ethikberatungen werden beispielsweise in einer Klinik vor andere Herausforderungen gestellt als möglicherweise in einem Pflegeheim oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. In dem Praxisbuch „Klinische Ethikberatung“ werden die unterschiedlichen Modelle folgendermaßen gegliedert:

- Expertenmodell:
 - besteht aus Personen, welche Erfahrung im Umgang mit moralisch schwierigen Entscheidungen haben
 - bekommen ein moralisches Problem zum Beispiel von der Station über welches sie dann unter sich beraten und die Entscheidung der Station rückmelden
- Delegationsmodell:
 - eine Person trägt einen ethischen Fall den Mitarbeitern der Ethikberatung vor und wird dann in den Entscheidungsprozess miteinbezogen
 - die Entscheidung wird dann durch die Ethikberatung der Station mitgeteilt
- Prozessmodell:
 - die klinische Ethikberatung hat eine Beraterfunktion auf der Station, dies kann sowohl in Form von speziellen Ethikberatern, geschulten Moderatoren oder Einzelpersonen erfolgen
- Offene Modelle:

- darunter werden alle anderen Formen, die sich mit dem Thema der klinischen Ethikberatung beschäftigen, zusammengefasst (zB. auf einen Fall bezogenen Stationsrunden, Ethik-Cafes, Ethikforen etc.)

(Dörries et al. 2008, 62–71)

„Ethics consultation is defined as a service provided by an individual consultant, team, or committee to address the ethical issues involved in a specific clinical case.“ (Fletcher und Siegler 1996, 124)

1.3 Aufgaben klinischer Ethikberatungen im Alltag

Ethische Probleme treten heutzutage vor allem in Krankenhäusern auf. Sie betreffen zum großen Teil das behandelnde Klinikpersonal, welches tagtäglich mit schwer kranken und zum Teil palliativen Patienten und deren Angehörigen konfrontiert wird. Häufig auftretende Fragestellungen sind unter anderem das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen bei unheilbar Kranken oder spezielle Wertevorstellungen und Ansichten des Patienten und seiner Angehörigen, welche nicht immer den aktuellen Standards der Medizin oder allgemein gültigen Normen oder Leitlinien entsprechen. (Agich 2009, 342) Unterschiedliche Meinungen bezüglich der Strategien und des weiteren Prozedere der Behandlung eines Patienten können ebenfalls eine moralische Herausforderung für alle an der Behandlung Beteiligten darstellen. Was für den einen richtig ist, gilt nicht immer für die Allgemeinheit und es muss individuell, auf den jeweiligen Fall bezogen, eine Lösung für das aufgetretene ethische Problem gefunden werden. (Rasoal et al. 2016, 833–834)

„Its central purpose is to improve the process and outcomes of patients' care by helping to identify, analyze, and resolve ethical problems.“ (Fletcher und Siegler 1996, 124)

Die Kompetenz in Bezug auf einzelne Patientenfallentscheidungen liegt dabei innerhalb eines multiprofessionellen Teams (= alle an der Behandlung beteiligten Personen unterschiedlicher Fachrichtungen), was wiederum zu einer erhöhten Transparenz der ärztlichen Entscheidungsfindung durch klares Darlegen der vorliegenden Fakten führt. Letztendlich nimmt damit die Qualität in der Krankenversorgung zu. Die Entscheidungsbefugnis und Verantwortung bleiben jedoch dem behandelnden Arzt vorbehalten. (Bundesärztekammer 2006, A1703)

Die Aufgaben einer klinischen Ethikberatung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Beratung bei ethisch schwierigen Patientenfallentscheidungen

„[Die] Ethikberatung ist ein in Deutschland relativ neuer Ansatz zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen.“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 149) Sie soll eine Hilfestellung für alle an der Behandlung teilnehmenden Personen und für den Patienten und seine Angehörigen bieten. Ein Ziel ist in erster Linie die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen und die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten. (Baerøe und Norheim 2011, 394–395) Eine strukturierte Gesprächsführung und Moderation durch einen Ethikberater kann dem Team (Ärzte, Pflege, Angehörige, Patient) helfen, zu einer ethisch tragbaren Lösung für den jeweiligen Fall zu kommen.

Entwicklung von Leitlinien

Um auf häufig wiederkehrende ethische Fragestellungen besser reagieren zu können, bieten sogenannte Leitlinien eine Hilfestellung im Alltag. Hierbei handelt es sich um Empfehlungen „[...] im Rahmen des geltenden Rechts und auf der Grundlage ethischer Richtlinien z. B. der Ärztekammern, Pflegeverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften konkrete Hinweise für den angemessenen Umgang mit sich wiederholt stellenden Problemen, wie z. B. bei der kardiopulmonalen Reanimation, beim Therapieabbruch auf Intensivstationen, bei der Anwendung von PEG-Sonden bei hochbetagten, multimorbiden Patienten oder beim Umgang mit Patientenverfügungen [...]“ (Bundesärztekammer 2006 A1704).

Fort- und Weiterbildung

„Ethik-Fortbildungen dienen der Sensibilisierung für ethische Fragestellungen, der Vermittlung von ethischem Wissen und der Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 152). Um den zukünftigen Umgang mit ethisch wertebeladenen Konflikten im Klinikalltag zu erleichtern, werden klinische Ethikberatungen teilweise auch

retrospektiv zu Fort- und Weiterbildungszwecken für das Klinikpersonal und Ethikberater genutzt. (Chidwick et al. 2004, E6)

1.4 Qualität ethischer Fallbesprechungen

2005 wurde ein Curriculum zur Qualifizierung von Ethikberatern veröffentlicht, welches von einer Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) erstellt wurde. Das Curriculum befasst sich inhaltlich unter anderem mit formalen Voraussetzungen und kompetenzbasierten Lernzielen. Diese sind sowohl für den Erwerb der Kompetenzen eines Ethikberaters als auch für einen Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitssystem notwendig. (Simon et al. 2005, 322–323) Somit war es nun erstmalig möglich, dass sich Berater untereinander gezielter austauschen konnten, da Ethikberatungen vergleichbar wurden und Fort- und Weiterbildungen stattfanden. Dieser Schritt war ein erster Versuch, qualitativ gute Ethikberatungen durchzuführen. (Frewer et al. 2012, 23)

Fünf Jahre später wurden spezielle Standards für die Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die AEM entwickelt und vorgestellt. Diese dienen seitdem als Qualitätskriterien und Basisanforderungen, denen eine Ethikberatung genügen sollte und beinhalten folgendes:

- Ziele und Aufgaben
- Implementierung und Organisation
- Umsetzung und Ausgestaltung der Aufgaben
- Dokumentation und Evaluation

(Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 149–153)

Georg J. Aich ist der Auffassung, dass die Qualität einer klinischen Ethikberatung schwer zu definieren sei. Er begründet dies mit den komplexen und wertebeladenen Entscheidungen, die getroffen werden müssen, wobei die Qualität nicht ausschließlich am Ergebnis messbar sei. Die Ziele einer klinischen Ethikberatung sollten sich einerseits an theoretischen Ansätzen orientieren, jedoch auch flexibel genug auf die jeweilige Situation ausgerichtet sein, um die speziellen wertebeladenen Konflikte zu erfassen und darauf einzugehen. (Aigich 2009, 339–346) (Pfäfflin et al. 2009, 411–414)

Gerade in Zeiten steigender Gesundheitskosten und dem gleichzeitigen Versuch, die Ausgaben zu rationalisieren, ist es unabdingbar, die Effektivität klinischer Ethikberatungen darzustellen. (Fox und Arnold 1996, 127–128), (Craig und May 2006, 168) In der Forschungsliteratur wird vereinzelt beschrieben, dass die Vorteile einer klinischen Ethikberatung, wie beispielsweise das Unterlassen von nichtgewollten Therapien und damit zusammenhängender Ressourcenersparnisse, den verbundenen Kostenaufwand übersteigen müssen. Nur dann seien sie für eine Institution rentabel und würde die Etablierung von klinischen Ethikberatungen durch die Institution weiter gefördert werden. „It may be, for example, that a hospital management is interested in the effects of CESS on treatment costs“ (Schildmann et al. 2013, 681) „[...] and standards are needed to judge the merit of the work any particular consultant does“ (Craig und May 2006, 168).

Unterschiedliche Ansätze deuten darauf hin, dass sich die Qualität einer klinischen Ethikberatung aus einem Zusammenspiel mehrerer Kriterien definiert und daher unterschiedliche Merkmale bei der Beurteilung der Qualität einer klinischen Ethikberatung berücksichtigt werden müssen. In dieser Arbeit sollen daher folgende Fragestellungen untersucht werden:

- 1) Welche Kriterien könnte man zur Beurteilung der Qualität einer klinischen Fallbesprechung heranziehen?
- 2) Welche Abstufungen beziehungsweise Zusammenhänge bestehen unter den einzelnen Kriterien?
- 3) Können die Qualitätskriterien standardmäßig für alle klinischen Fallbesprechungen angewandt werden?

2 Methoden der Arbeit

Bei der vorliegenden Dissertation handelt es sich um eine empirische und konzeptionelle Arbeit. Zunächst wurde nach dem Einlesen in das Thema eine strukturierte Literaturrecherche in der medizinischen Datenbank PubMed durchgeführt. Es wurden alle deutsch- und englischsprachigen literarischen Treffer im Zeitraum von 2000 bis 2019 berücksichtigt, welche die Einschlusskriterien (siehe 3.1.2) erfüllten.

Anschließend erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse aller relevanten Ergebnisse der Literaturrecherche, wodurch zahlreiche Codes erarbeitet wurden.

Im letzten Schritt der Arbeit fand eine Strukturierung der Vielzahl von Codes statt. Dabei wurde versucht, Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Codes herzustellen, welche dann abschließend ausführlich diskutiert wurden.

2.1 Strukturierte Literaturrecherche bei PubMed

2.1.1 Was ist PubMed?

PubMed ist eine medizinische, englischsprachige Datenbank, die wissenschaftliche Artikel aus dem gesamten Bereich der Biomedizin der National-Bibliothek für Medizin der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine, NLM) enthält. Gegründet wurde sie vom Nationalen Zentrum für Biotechnologische Informationen (National Center for Biotechnology Information, NCBI). Sie vereint die drei großen Datenbanken MEDLINE (MEDical Literature Analysis and Retrieval System OnLINE), OLDMEDLINE (vor 1966) und PubMed Central. (PubMed 2020)

Aktuelle Daten werden 7 Tage die Woche in PubMed veröffentlicht, so dass 2019 ein Zuwachs von insgesamt 956.390 neu erschienenen Beiträgen zu verzeichnen war. Die meisten (93%) davon werden in der englischen Sprache publiziert. Derzeit sind circa 5.200 Zeitschriften in bis zu 60 Sprachen gelistet. (National Library of Medicine 2020)

Allen Einträgen sind Schlagworte, sogenannte Medical Subject Headings (MeSH) zur Strukturierung zugeordnet. (National Center for Biotechnology Information 2005)

Mittels zahlreicher Funktionen kann die Literatur zu unterschiedlichen Themenbereichen bei PubMed gesucht und verwaltet werden. (Rauprich et al. 2010, 15–28); (PubMed 2021) Für die vorliegende Arbeit wurden diese Funktionen genutzt, um eine strukturierte Literaturrecherche durchzuführen.

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden alle Datensätze mit aufgenommen, welche die vorliegenden Einschlusskriterien erfüllten:

- Inhaltlich:
 - Auseinandersetzung mit dem Thema klinische Ethikberatung
 - Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität einer klinischen Fallbesprechung (Prozess-/Struktur-/Ergebnisqualität)
 - Meinungen von vermeintlichen Experten (=Personen, die sich mit dem Thema Ethikberatung beschäftigen) zum Thema klinische Ethikberatung
- Setting:
 - Klinische Ethikberatungen in Krankenhäusern
 - Klinische Ethikberatungen, die sich prospektiv auf einen bestimmten Fall beziehen
- Zeitraum:
 - Alle Datensätze der Jahre 2000-2019
 - englisch- und deutschsprachige Literatur
- Art der Publikationen:
 - Reviews
 - Originalstudien
 - Zeitschriften
 - Aufsätze und Artikel
 - Abstracts

Ausgeschlossen aus der Studie wurden folgende Datensätze:

- Inhaltlich:

- alle Datensätze, die sich inhaltlich hauptsächlich mit Forschungs- und Seminarsettings klinischer Ethikberatung befassen
- alle Datensätze, welche sich explizit mit dem Thema Fortbildungen von klinischen Fallbesprechungen befassen
- alle Datensätze, die sich ausschließlich mit der Ausbildung eines Ethikberaters befassen
- Setting:
 - alle Settings außerhalb der Klinik (beispielsweise Pflegeheim, betreutes Wohnen, etc.)
- Zeitraum:
 - alle Studien, die vor dem Jahr 2000 und nach dem Jahr 2019 erschienen sind
 - alle Studien, die nicht deutsch- oder englischsprachig sind

Bei der vorliegenden Dissertation wurden für die Literaturrecherche alle Arten von Publikationen (auch Abstracts) verwendet, die im Zeitraum 2000-2019 in deutscher oder englischer Sprache erschienen sind. Ein besonderes Augenmerk stellte der Inhalt dar, denn um eine möglichst große Vielzahl an Datensätzen zu erlangen, wurden alle Paper eingeschlossen, die sich mit dem Thema klinische Fallbesprechungen in Krankenhäusern auseinandersetzen. Ebenfalls Beachtung fanden Datensätze, die sich in irgendeiner Form mit der Qualität einer klinischen Ethikberatung befassen. Auch die Werke, welche unterschiedliche Meinungen von vermeintlichen Experten (=Personen, die sich mit dem Thema befassen) enthalten, wurden in der Literaturrecherche mitaufgenommen. Ein weiteres Einschlusskriterium für die Auswahl der Literatur war, dass sich das Setting der klinischen Fallbesprechung auf einen spezifischen Patientenfall bezog.

Nicht berücksichtigt wurden bei der Literaturrecherche dagegen Datensätze, die sich inhaltlich ausschließlich mit Seminar- oder Forschungssettings klinischer Fallbesprechungen, sowie Fortbildungszwecken auseinandersetzen. Hierunter fielen auch Paper in denen es hauptsächlich um die Kompetenzen eines Ethikberaters geht und wie er diese erlangen kann. Des Weiteren wurden alle anderen Settings außerhalb der Klinik (zB. Pflege- und Altenheime, betreutes Wohnen etc.) ausgeschlossen. Datensätze vor dem Jahr 2000 und nach 2019, sowie anderssprachige Literatur (nicht deutsch oder englisch) wurden nicht beachtet.

2.1.3 Vorgehen bei der Literaturrecherche

Im folgenden Kapitel wird erläutert, wie zunächst nach geeigneten MeSH-Begriffen gesucht wurde, um daraus eine Suchformel zu generieren. Dabei ist in einem nächsten Schritt darauf einzugehen, inwiefern die Vielzahl an relevanten Datensätzen der strukturierten Literaturrecherche hinsichtlich der Relevanz zur Forschungsfrage überprüft, selektiert und sortiert wurde.

2.1.3.1 Bildung einer geeigneten Suchformel mit inhaltlich relevanten MeSH-Begriffen

Aus Vorarbeiten lagen zu Beginn des Projektes bereits 27 Fachartikel vor, welche sich mit dem Thema klinische Ethikberatung und deren Qualität beschäftigen. Diese Artikel werden im Folgenden als „Literatur zur Hand“ bezeichnet.

Die 27 Publikationen wurden in den „Single Citation Matcher“ eingegeben, um die MeSH-Begriffe, mit denen sie in PubMed verschlagwortet sind, zu identifizieren und in einer Übersicht zusammenzustellen. Durch die übersichtliche Darstellung der gefundenen MeSH-Begriffe konnte im Verlauf der Arbeit eine Suchformel für die strukturierte Literaturrecherche formuliert werden.

Bei der nachfolgenden Durchsicht der Definitionen für die einzelnen MeSH-Begriffe erfolgte die Überprüfung in Bezug auf die inhaltliche Relevanz zur Forschungsfrage. Als inhaltlich relevant galten die MeSH-Begriffe, welche sich auf die Evaluation oder Qualität klinischer Ethikberatung oder ethischer Konsultationen durch einen Ethikberater bezogen. Aber auch MeSH-Begriffe, die thematisch ethische Komitees und ethische Prinzipien im Allgemeinen beschrieben, wurden als MeSH-Begriffe aufgenommen.

Aus Übersichtsgründen erfolgte die Bildung von zwei Begriffsfeldern und einem Querschnittsbegriffsfeld, welche von uns frei gewählt wurden:

1. Begriffsfeld: Klinische Ethikberatung
 2. Begriffsfeld: Qualität
- Querschnittsbegriffsfeld: Sekundäre Relevanz für die Forschungsfrage

Das erste Begriffsfeld umfasste alle MeSH-Begriffe, welche dem Themenbereich der klinischen Ethikberatung zugeordnet werden konnten. Das zweite Begriffsfeld beinhaltete die MeSH-Begriffe, die sich mit dem Thema Qualität und Qualitätssicherung in Form von Evaluationen und Fragebögen beschäftigten. MeSH-Begriffe, die thematisch nur zweitrangig für die Forschungsfrage erschienen, fassten wir der Vollständigkeit halber innerhalb eines Querschnittsbegriffsfeldes zusammen. Allerdings wurden diese im weiteren Verlauf vernachlässigt, da sie zwar potenziell zunächst relevant erschienen, sich aber nachträglich als irrelevant erwiesen.

Alle MeSH-Begriffe, die dreimal und öfter von PubMed verschlagwortet waren, wurden in vier Kategorien (sehr relevant – relevant – mäßig relevant – fraglich relevant), sowie in die zwei bereits oben genannten Begriffsfelder (klinische Ethikberatung und Qualität) und ein Querschnittsbegriffsfeld unterteilt. Auch diese Einteilung wurde intuitiv von uns vorgenommen.

Somit ergab sich nach Kombination der einzelnen MeSH-Begriffe der ersten Kategorie (sehr relevant) und den beiden Begriffsfeldern eine Suchformel, welche mit den booleschen Operatoren OR und MeSH-Deskriptor ohne Explosion (= nur Datensätze, welche direkt mit dem Deskriptor verschlagwortet sind) gebildet wurde, um eine adäquate Trefferanzahl zu bekommen. (Rauprich et al. 2010, 15–28)

2.1.3.2 Suche nach relevanten Datensätzen mit zuvor generierter Suchformel

Die Ergebnisse nach Eingabe der Suchformel bei PubMed wurden von Oliver Rauprich und Jasmin Schmid, unabhängig voneinander, zunächst bezüglich ihrer möglichen inhaltlichen Relevanz zur Forschungsfrage anhand ihrer Abstracts und Überschriften durchgesehen und überprüft. Dadurch konnte eine Vielzahl von Artikeln generiert werden, welche vorerst relevant für die Forschungsfrage schienen. Im weiteren Verlauf wurde die Literatur beschaffen und jeder Datensatz wurde noch einmal nach kompletter Durchsicht, gewissenhaft, hinsichtlich der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Datensätze, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten, fanden bei der weiteren Literaturrecherche keine Beachtung mehr. Bei Unstimmigkeiten, ob ein Paper als relevant angesehen wird oder nicht, wurde im

Team (O.R. und J.S.) darüber diskutiert und die jeweiligen Datensätze wurden erneut akribisch betreffend ihrer Relevanz zur Forschungsfrage untersucht.

Um noch mehr relevante Artikel zu identifizieren, fand mit der Funktion „Related Articles“ und „Comment on/in“ von PubMed eine Suche nach verwandten Artikeln sowie nach Kommentaren der bisher eruierten Datensätze statt.

Zur Erweiterung der Suche kamen alle Artikel in Frage, welche nach oben beschriebener Methode als relevant identifiziert wurden. Jeder einzelne Datensatz wurde mit der Funktion „Related Articles“ von PubMed auf verwandte Artikel hin durchsucht. Hierbei generierte sich eine massiv hohe Anzahl an Treffern. Diese schien hinsichtlich ihrer Relevanz zur Forschungsfrage abzunehmen. Das folgerten wir aus der Durchsicht der Überschriften und teilweise auch Abstracts der Treffer und konnten feststellen, dass mit steigender Anzahl der Auflistung, die Themen der Datensätze keinen Bezug zur Forschungsfrage mehr hatten, so dass wir uns dahingehend dazu entschlossen, jeweils die ersten zehn verwandten Artikel der einzelnen relevanten Paper zur weiteren Bearbeitung zu verwenden.

Analog wurde mit der „comment on/in“-Funktion von PubMed verfahren. Allerdings zeigte sich hier eine weitaus geringere Anzahl an literarischen Treffern, so dass hier alle angezeigten Datensätze für die Literaturrecherche genutzt wurden.

Im Anschluss wurde erneut eine inhaltliche Relevanzprüfung der aufgefundenen Datensätze mit Bezug auf die oben genannten Auswahlkriterien durchgeführt. Dadurch reduzierte sich die Anzahl an Ergebnissen der Literaturrecherche auf eine für diesen Rahmen angemessene Menge an Datensätzen, die im zweiten Teil der Arbeit kodiert werden konnten.

Mit aufgenommen in die Literaturrecherche wurden somit alle Datensätze, welche sich inhaltlich mit Folgendem befassen:

- *der Qualität klinischer Ethikberatung, auch Datensätze, die nur einen Teil der Qualität von Ethikberatungen beschreiben (beispielsweise: die Struktur von Ethikberatungen, der Prozess einer Ethikberatung oder die Ergebnisse einer Ethikberatung)*
- *der Etablierung klinischer Ethikberatungen in Krankenhäusern, Beschreibung unterschiedlicher Modelle von Ethikberatungen in Kliniken*
- *der Meinung von vermeintlichen Experten zum Thema Ethikberatung in Kliniken (zum Beispiel: Aussagen hinsichtlich der Dokumentation, Evaluation, Relevanz von Ethikberatungen in Kliniken → wofür sind klinische Ethikberatungen gut, warum werden sie einberufen)*

- *den Aufgaben und Zielen von Ethikberatungen und den Kompetenzen von Ethikberatern im Klinikalltag*
- *den möglichen Ansätzen, woran man eine klinische Ethikberatung bewerten und vergleichbar machen könnte (Checklisten, Fragebögen und kodierende Schemen von Ethikberatungen)*
- *den Effekten einer klinischen Ethikberatung in Bezug auf unterschiedliche Faktoren (zB. Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation, Reduktion nicht gewollter Behandlungen etc.)*
- *den Voraussetzungen (Standards), dem Ablauf oder den Zielen klinischer Ethikberatungen*

Die Verwaltung der Literatur erfolgte mit Citavi 6.9.1. Dubletten konnten so aufgedeckt und aussortiert werden.

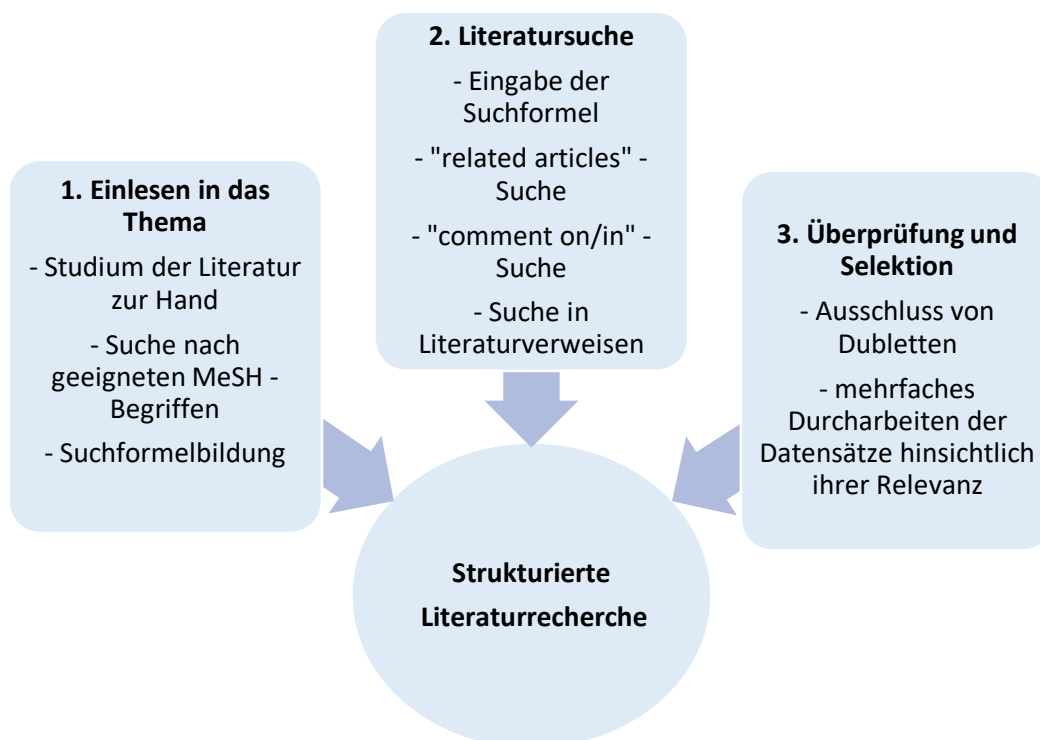


Abbildung 1: Einzelschritte der strukturierten Literaturrecherche

2.2 Qualitative Inhaltsanalyse und Kodieren

2.2.1 *Was bedeutet quantitative und qualitative Inhaltsanalyse?*

Eine Inhaltsanalyse stellt eine Methode dar, mit der vorliegende Interviews, Texte oder andere Datensätze inhaltlich ausgewertet werden können. Man unterscheidet die quantitative von der qualitativen Inhaltsanalyse. Den metrisch messbaren Kriterien einer quantitativen Inhaltsanalyse stehen die semantischen Kriterien einer qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber.

Metrisch messbare Kriterien können unter anderem die Häufigkeit bestimmter Wörter innerhalb einer Textpassage oder die Menge an Textmaterial sein, welches untersucht werden soll.

Im Gegensatz dazu wird bei der qualitativen Inhaltsanalyse ein besonderes Augenmerk auf die nonverbale Kommunikation und die Aussagen des Autors gelegt, welche sich aus dem Zusammenhang heraus ergeben. Der Text wird sozusagen durch das „zwischen den Zeilen Lesen“ analysiert. (Mayring 1991, 159)

In der vorliegenden Arbeit orientierten wir uns an der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 1991, 159–175), die im Folgenden kurz erläutert werden soll.

2.2.2 *Erstellung von Codes (=Qualitätskriterien) und anschließende Gliederung in ein Kategoriensystem*

Zunächst erfolgte eine kurze Zusammenfassung des auszuwertenden Textmaterials in Form von Inhalt und Kernaussagen. Dabei wurden unbedeutende Textstellen, welche keine Relevanz für das Thema der Arbeit hatten, weggelassen. Somit musste einerseits eine Selektion von unwichtigen Textpassagen erfolgen, welche aber andererseits nicht dazu führen durfte, dass der Text in seinen Grundgedanken durch die Kürzung verändert wurde. Dadurch erhielten wir eine Übersicht über teils vielseitige und umfassende Literatur und es war möglich, diese in wenigen Worten inhaltlich wiederzugeben.

Zur Strukturierung der Vielzahl an gefundenen Codes wurde jeder einzelne Code einer übergeordneten Hauptkategorie zugeteilt. Diese Hauptkategorien ergaben sich aus der Überlegung, wie verschiedene Codes thematisch sinnvoll geordnet werden konnten. „Technisch gesehen muss man sich unter einer Kategorie einen Begriff, ein Wort oder auch einen Kurzsatz vorstellen, [...]“ (Kuckartz et al. 2008, 36), dem einzelne Textpassagen, welche thematisch in diese Kategorie passen, zugeordnet werden. „Diese Zuordnung von Textpassagen zu einer Kategorie wird in der qualitativen Sozialforschung als ‚codieren‘ bezeichnet“ (Kuckartz et al. 2008, 36).

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurde nach 6 Teilschritten gearbeitet, welche auf Mayring zurückzuführen sind (Mayring 1991, 164–165):

- Auslassen: Weglassen unbedeutender (= nicht kodierender) Textstellen
- Generalisation: Abstraktion der Textstelle durch Überbegriffe (= Code)
- Konstruktion: Bildung von Kategorien, und Zuordnung mehrerer Textstellen
- Integration: Weglassen kleiner Textpassagen, die bereits durch eine übergeordnete Kategorie indirekt beschrieben werden
- Selektion: Beibehalten wichtiger Hauptkategorien
- Bündelung: Zusammenfassen thematisch gleicher Kategorien zu einer übergeordneten Kategorie

Eine Kategorie sollte auf der einen Seite so spezifisch wie möglich, jedoch auf der anderen Seite auch nicht zu feingliedrig formuliert werden. Dadurch konnte erreicht werden, dass inhaltlich zusammengehörige Codes einer Kategorie zuzuordnen waren. Dennoch kam es vor, dass eine Hauptkategorie zu unspezifisch formuliert war und eine spezifischere Beschreibung dieser Hauptkategorie notwendig war, wodurch sogenannte Unterkategorien entstanden. So ließ sich die Einteilung von inhaltlich ähnlichen Codes präzisieren. Dabei konnten bereits erste Zusammenhänge der Kategorien und Codes eruiert werden. Das bedeutete, dass ein Code zwar einen konkreten Sachverhalt im Text darstellte, dieser aber gleichzeitig in Zusammenhang mit einem weiteren Code im Text thematisch verknüpft und nicht immer eindeutig getrennt werden konnte. Allerdings wurde jeder Code nur jeweils einer Kategorie zugeordnet. Somit ergab es sich, dass mehrere Textstellen, welche thematisch identisch waren, als ein Code zusammengefasst, einer Kategorie untergliedert waren. Analog entstanden

weitere Unterkategorien innerhalb der Subkategorien. An letzter Stelle des Kategoriensystems wurden die einzelnen Codes aufgelistet, welche alle den gleichen Inhalt einer (Sub-)Kategorie widerspiegelten.

Als Hilfestellung verwendeten wir in der vorliegenden Arbeit folgenden Kodierleitfaden, um alle relevanten Datensätze auf die gleiche Art und Weise auswerten zu können:

1. Die Kategorien wurden als Hilfestellung in einem kurzen Satz formuliert, um eindeutig zu verdeutlichen, was diese Kategorie definiert.
2. Ein Code durfte genau einer Kategorie zugeordnet werden, dabei wurde die Textstelle in der Literatur vermerkt und markiert.
3. Hierbei stand der Bezug der Codes zur Forschungsfrage an oberster Stelle. Es wurde versucht, nur eindeutige, auf die Forschungsfrage bezogene Codes aus den Datensätzen herauszufiltern. Dies geschah durch die Formulierung „Eine Ethikberatung ist gut, wenn...“, wobei der jeweilige Code zu ergänzen war.
4. Die Kategorien sollten nicht zu detailreich, aber auch nicht zu abstrakt formuliert sein, so dass einerseits genügend Codes aus den Datensätzen den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden konnten und andererseits jedoch die Auswertung nicht unüberschaubar wurde.
5. Das Kodieren der Literatur fand durch O. R. und J. S. statt. Bei diversen Zuordnungen wurden die Textstellen erneut aufgesucht und die Einteilung der Codes neu diskutiert sowie die Formulierung der Codes präzisiert.
6. Die Vielzahl der Codes galt es im Folgenden zu sortieren, doppelte Codes zu erfassen und zu selektieren.
7. Kategorien, die denselben Sachverhalt beschrieben, wurden im Nachhinein zusammengefasst und die Codes nochmals auf Zugehörigkeit hin überprüft.
8. Nach der Kodierung der Literatur wurden alle kodierten Textstellen noch einmal rückwärts gelesen, was bedeutete, dass die Textstellen in der entsprechenden Literatur aufgesucht und erneut geprüft wurden, ob diese genau den Inhalt der zugeordneten Codes wiedergaben. War dies nicht der Fall, wurden die Textstellen und Codes revidiert und erneut nach den Kodierregeln eingeteilt.

Die bei der Literaturrecherche gefundenen Datensätze wurden nach der oben beschriebenen Methode analysiert.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche bei PubMed

3.1.1 MeSH-Begriff-Suche und Suchformelbildung für die Literaturrecherche

Aus den 27 Datensätzen¹ zur Hand konnten über den „Single Citation Matcher“ insgesamt 117 MeSH-Begriffe eruiert werden. Für die Forschungsfrage relevante Subheadings der jeweiligen MeSH-Begriffe wurden zusätzlich mitaufgenommen.²

Zur besseren Generierung einer passenden Suchformel aus den MeSH-Begriffen erfolgte die Einteilung in Kategorien und Begriffsfelder:

	Begriffsfeld 1	Begriffsfeld 2	Querschnittsbegriff
Kategorie 1 (sehr relevant)	Ethics, Clinical Ethics Consultation Ethics Committees, standards Ethics Consultation*/standards Clinical ethics Ethicists Principle based ethics	Evaluation Studies as Topic Program Evaluation	
Kategorie 2 (relevant)	Decision Making	Research Design Surveys and Questionnaires	Communication
Kategorie 3			Conflict (Psychology)

¹ Siehe Anhang 1: Literatur zur Hand.

² Siehe Anhang 2: Tabelle 4: MeSH-Begriffe alphabetisch sortiert mit Angabe der Häufigkeit.

(mäßig relevant)			
Kategorie 4 (fraglich relevant)			Adult Aged Female Humans Male Middle Aged

Tabelle 1: Einteilung der MeSH-Begriffe in Kategorien und Begriffsfelder

Aus allen MeSH-Begriffen der ersten Kategorie (sehr relevant) und den beiden Begriffsfeldern wurde abschließend folgende Suchformel gebildet:

((Ethics, Clinical [MH:noexp] OR Ethics Consultation [MH:noexp] OR Ethics Committees, standards [MH:noexp] OR Consultation/standards [MH:noexp] OR Clinical ethics [MH:noexp] OR Ethicists [MH:noexp] OR Principle based ethics [MH:noexp]))) AND ((Evaluation Studies as Topic [MH:noexp] OR Program Evaluation [MH:noexp]))*

3.1.2 Suche relevanter Datensätze mit oben genannter Suchformel

Die Eingabe der oben genannten Suchformel bei PubMed ergab eine Anzahl von 98 Einträgen (Stand: 19.03.2018). Nach Überprüfung auf Relevanz, zunächst nur anhand der Überschriften und Abstracts und unter Ausschluss von 5 Dubletten aus der Literatur zur Hand, blieben insgesamt 31 neue, vorerst relevante Artikel von den 98 gefundenen Datensätzen übrig.

Mit den 31 vorerst relevanten Ergebnissen wurde nach verwandten Artikeln bei PubMed gesucht. Jedoch generierte PubMed für jeden der 31 Artikel eine sehr hohe Anzahl an Datensätzen und eine Vielzahl dieser verfehlte das Thema der Forschungsfrage, so dass wir uns jeweils auf die ersten 10 Artikel zu jedem Datensatz beschränkten. Wir arbeiteten unter der Annahme, auf diesem Weg eine Sättigung an Informationen zu erreichen, da uns die jeweils ersten 10 Datensätze pro Artikel am relevantesten für unsere Forschungsfrage erschienen.

Schließlich ergab dieser Arbeitsschritt 238 neue Datensätze, wovon wir 90 Artikel für relevant erachteten. Davon stellten sich 31 Publikationen als Dubletten zur bisher vorliegenden Literatur heraus. Die Funktion der „verwandten Artikel“ generierte somit 59 weitere vorläufig relevante Artikel.

Die Suche nach Kommentaren verwies uns auf 18 Datensätze, wovon aber lediglich ein Artikel als relevant erschien.

Somit ergaben sich insgesamt 118 zunächst relevante Ergebnisse. Diese Zahl setzte sich zusammen aus den Artikeln zur Hand ($n=27$), der gefundenen Literatur über die Abfrage mit der Suchformel ($n=31$), den dazu verwandten Artikeln ($n=59$) und den Kommentaren ($n=1$). Die Publikationen wurden beschafft und auf Relevanz geprüft.

Nach mehrfacher Durchsicht der Volltexte erfüllten letztlich 76 der 118 Datensätze die Einschlusskriterien. Außerdem konnten 7 weitere relevante Publikationen aus den Literaturverweisen einzelner relevanter Datensätze gewonnen werden, so dass wir schlussendlich eine Gesamtzahl von 83 relevanten Datensätzen vorweisen konnten, inklusive der Literatur zur Hand.

Aus Kapazitätsgründen konnte die sich anschließende qualitative Inhaltsanalyse nicht bei allen 83 Publikationen durchgeführt werden. Sie wurde daher auf die 43 Artikel beschränkt, die ab dem Jahr 2000 publiziert wurden. Die folgende Abbildung präsentiert das Ergebnis grafisch.

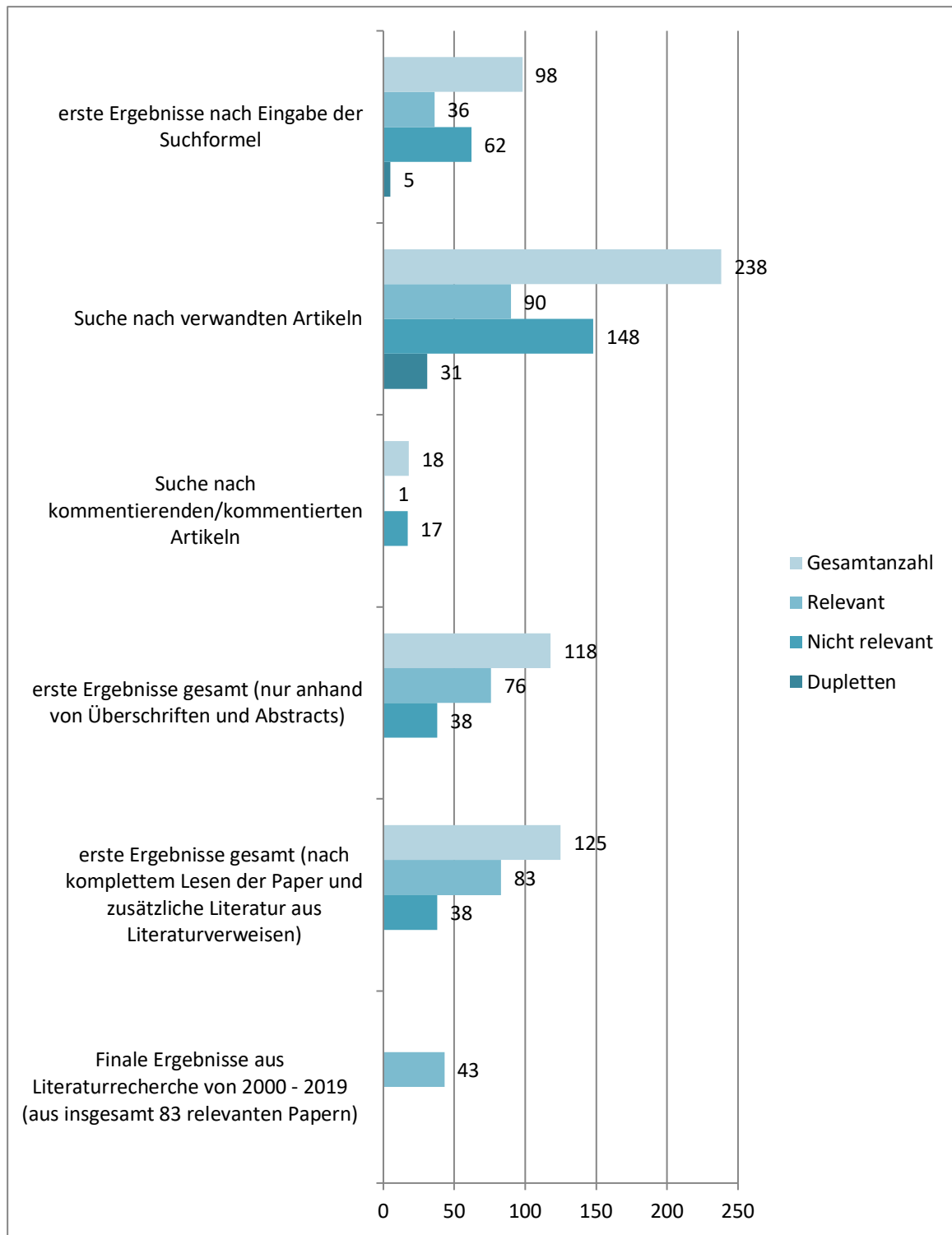


Abbildung 2: Ergebnisse der Literaturrecherche

Aus Übersichtsgründen wird auf die Auflistung der finalen Literatur der Literaturrecherche im Anhang vermerkt.³

³ Siehe Anhang 3: Finale Literatur zur Erstellung von Codes.

3.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

3.2.1 Tabellarische Übersicht über Kernaussagen und Codes aus relevanten Datensätzen

Zunächst erfolgte eine Formulierung der Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität von Ethikberatung mit eigenen Worten. Die Kernaussagen wurden aus den 43 ausgewählten Publikationen der Literaturrecherche herausgearbeitet. Zur übersichtlichen Darstellung wurde eine dreispaltige Tabelle angelegt, um die Ergebnisse festzuhalten. In der ersten Spalte wurde der jeweilige Artikel indexiert. Die zweite Spalte beinhaltete die selbst formulierten Kernaussagen der relevanten Literaturstellen der jeweiligen Publikation. Es folgten in der dritten Spalte der Tabelle die Formulierung von zunächst vorläufigen Codes, die als Qualitätskriterien einer Ethikberatung gewertet und denen die einzelnen Aussagen zugeordnet wurden. Diese wurden im weiteren Verlauf der Arbeit präziser formuliert und noch weiter ausgearbeitet. Außerdem wurden die relevanten Textstellen in den Datensätzen markiert und mit Nummern versehen. Diese Beschriftung wurde analog hinter jedem Code in der Tabelle angebracht, so dass jederzeit nachvollzogen werden kann, an welcher Stelle im Text sich die Aussage befindet, die dem jeweiligen Code zugeordnet wurde.

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
1	<ul style="list-style-type: none"> - EB muss dem jeweiligen Kontext angepasst sein → kann nicht anhand von Theorien verallgemeinert werden, sondern muss immer auf den jeweiligen Fall zugeschnitten sein - verschiedene Lösungsansätze und Ratschläge in Bezug auf den Fall können für die Mitglieder unterstützend wirken 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 2², Seite 7¹³) - ...der Prozess nicht nur starren Theorien folgt, sondern dynamisch praktikabel auf den jeweiligen Fall ausgerichtet ist (Seite 2⁵, Seite 4⁶, Seite 5⁷, Seite 6⁹⁻¹¹, Seite 7¹³)

Tabelle 2: Beispielausschnitt aus Tabelle mit Literaturverweis, Kernaussage und Codes

Außerdem wurden besondere Vermerke hinterlegt, wenn ein formuliertes Qualitätskriterium zunächst nur unter Vorbehalt von den Autoren gewertet wurde.

9	<p>Zufriedenheit: vages Kriterium, da dies stark abhängig ist, ob der Wille einer Person erfüllt wurde bzw. muss man diese aus unterschiedlichen Sichtweisen betrachten (Pat., Arzt, Pflege)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 4^{3,5}, Seite 8¹³, Seite 10²², Seite 11²⁴) – ...sie moralisch vertretbare Handlungsoptionen aufzeigt, wenn der Patientenwille von der medizinisch, rechtlich und ethischen Realität abweicht (Seite 4⁴) – ...sie die Wünsche und Rechte des Patienten beachtet (Seite 11²³)
----------	---	---

Tabelle 3: Beispielausschnitt aus Tabelle mit Hinweis auf eingeschränktes Qualitätskriterium

Aus Übersichtsgründen wird auf die vollständige Übersichtstabelle im Anhang verwiesen.⁴

3.2.2 Kategorisierung der Codes

3.2.2.1 Bildung eines Kategoriensystems

Die Kategorisierung der Codes erfolgte in Haupt-/Sub- und untergeordnete Kategorien. Dies erschien uns sinnvoll, um eine übersichtliche Darstellung der Vielzahl an Codes zu generieren.

Während die Hauptkategorien einer eher groben und übergeordneten Aufteilung dienen, gehen die Subkategorien und die untergeordneten Kategorien genauer auf den Sachverhalt der einzelnen Codes ein, so dass abschließend eine möglichst präzise und feingliedrige Einteilung der Codes zu den einzelnen Kategorien erreicht wurde.

So ergaben sich insgesamt 3 Hauptkategorien, 11 Subkategorien und 2 untergeordneten Kategorien.

Zusammenfassend konnten für insgesamt 418 inhaltlich teils identische Textstellen aus 43 relevanten Artikeln 42 Codes vergeben werden. Des Weiteren fand eine tabellarische

⁴ Siehe Anhang 4: Tabelle mit Literatur und Codes.

Gliederung, Strukturierung und Verweise auf die jeweilige Literatur statt, um diese im Nachhinein wieder nachvollziehen zu können. Die vollständige Tabelle ist im Anhang hinterlegt.⁵

3.2.2.2 *Inhalt der einzelnen Kategorien*

Die Formulierung der Hauptkategorien wurde bewusst offen gewählt:

1. Ansprüche an eine klinische Ethikberatung
2. Ablauf einer klinischen Ethikberatung
3. Ziele und Ergebnisse einer klinischen Ethikberatung

Die erste Hauptkategorie fasst alle inhaltlichen Codes zusammen, welche sich einerseits mit Mindestanforderungen an eine klinische Fallbesprechung befassen, aber andererseits auch solche, welche genauer auf das Thema Verantwortung im Umgang mit Entscheidungen eingehen. Außerdem enthält sie Codes, welche beschreiben, dass ein konkreter Bezug zum jeweiligen ethischen Problem, welches vorherrscht, genommen wird und man sich innerhalb der Ethikberatung genau diesem Konflikt widmen sollte.

Die zweite Hauptkategorie beinhaltet Codes, die eher auf den Ablauf einer klinischen Ethikberatung abzielen. Dabei nehmen allgemeine Kriterien zum Beratungsprozess, der interpersonelle Umgang unter den Teilnehmern, sowie die Kommunikation und Gesprächsführung während des Beratungsprozesses einen großen Stellenwert ein.

Die dritte Hauptkategorie bezieht sich auf die Ziele und Ergebnisse einer klinischen Fallbesprechung. Diese werden unterteilt in allgemeine Ziele und Ergebnisse und darüber hinaus auch in solche für den Patienten, die übrigen Teilnehmer einer Ethikberatung und die Institution.

⁵ Siehe Anhang 5: Strukturierung der Codes.

Kategorisierung der Codes

(Eine klinische Fallbesprechung ist gut, wenn...)

1. Hauptkategorie: Ansprüche an eine klinische Ethikberatung

1. Subkategorie: Mindestanforderungen an eine klinische Fallbesprechung

...sie sich an rechtlichen Vorgaben und Gesetzen orientiert → Code 2x vergeben

...sie sich an relevanten ethischen Prinzipien orientiert → Code 6x vergeben

...sie sich an institutionellen Vorgaben orientiert → Code 3x vergeben

...sie neutral abläuft → Code 6x vergeben

2. Subkategorie: Konkreter Bezug zum jeweiligen ethischen Problem

...sie kontextorientiert ist → Code 14x vergeben

...flexibel auf das ethische Problem eingegangen wird, ohne sich dabei ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren → Code 5x vergeben

3. Subkategorie: Umgang mit Verantwortung

...zu Beginn geklärt ist, wer die Verantwortung für die Entscheidung zu tragen hat → Code 4x vergeben

...sie zur Aufteilung der Verantwortung über die Entscheidung im Team beiträgt → Code 3x vergeben

2. Hauptkategorie: Ablauf einer klinischen Ethikberatung

1. Subkategorie: Allgemeine Kriterien des Beratungsprozesses

...der Beratungsprozess klar strukturiert ist → Code 7x vergeben

...der Beratungsprozess moderiert wird → Code 2x vergeben

...der Beratungsprozess lückenlos dokumentiert wird → Code 9x vergeben

2. Subkategorie: Interpersoneller Umgang während des Beratungsprozesses

...der Beratungsprozess respektvoll unter den Teilnehmern abläuft → Code 20x vergeben

...der Beratungsprozess fair gegenüber allen Teilnehmern abläuft → Code 7x vergeben

...sie bei unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer vermittelt → Code 12x vergeben

3. Subkategorie: Kommunikation innerhalb des Beratungsprozesses

...es zur Darstellung des ethischen Problems kommt → Code 25x vergeben

...ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem geschaffen wird → Code 8x vergeben

...durch sie Kommunikationsprobleme aufgedeckt werden → Code 4x vergeben

4. Subkategorie: Gesprächsführung innerhalb des Beratungsprozesses

...eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird → Code 11x vergeben

...die Ansichten der Teilnehmer verständlich dargestellt werden → Code 14x vergeben

...eine konstruktive Unterhaltung unter den Teilnehmern gefördert wird → Code 8x vergeben

- ...die Teilnehmer die unterschiedlichen Perspektiven reflektieren → Code 12x vergeben
- ...die Ansichten kritisch abgewogen werden → Code 7x vergeben
- 1. untergeordnete Kategorie: Beachtung wichtiger Informationsquellen für den Fall
 - ...der Fall möglichst breit betrachtet wird → Code 14x vergeben
 - ...alle für den Fall relevanten Personen miteinbezogen sind → Code 12x vergeben
 - ...die Meinung von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten Personen vertreten wird → Code 4x vergeben
 - ...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst → Code 4x vergeben
 - ...alle Ansichten der Teilnehmer beachtet werden → Code 24x vergeben

3. Hauptkategorie: Ziele und Ergebnisse einer klinischen Ethikberatung

- 1. Subkategorie: Allgemeine Ziele und Ergebnisse
 - ...sie förderlich für die Entscheidungsfindung ist → Code 8x vergeben
 - ...sie die für die Entscheidung Verantwortlichen bestärkt → Code 2x vergeben
 - ...durch sie ethische Probleme gelöst werden → Code 18x vergeben
 - 1. untergeordnete Kategorie: Mögliche Lösungsansätze
 - ...durch sie relevante Handlungsoptionen erarbeitet werden → Code 8x vergeben
 - ...die dargestellten Handlungsoptionen klinisch praktikabel anwendbar sind → Code 4x vergeben
 - ...die Handlungsoptionen an allgemein gültigen Normen angelehnt sind → Code 11x vergeben
- 2. Subkategorie: Ziele und Ergebnisse für den Patienten
 - ...der Wille des Patienten beachtet wird → Code 10x vergeben
 - ...sie die Anpassung von Behandlungsplänen zur Folge hat → Code 11x vergeben
 - ...die Entscheidung zur Förderung des Patientenwohlergehens beiträgt → Code 23x vergeben
- 3. Subkategorie: Ziele und Ergebnisse für die übrigen Teilnehmer der Ethikberatung
 - ...durch sie personelle Konflikte gelöst werden → Code 6x vergeben
 - ...das Ergebnis der Beratung im Konsens getroffen wurde → Code 19x vergeben
 - ...die Beratung hilfreich für die Teilnehmer im Alltag ist → Code 14x vergeben
 - ...sie für die Teilnehmer lehrreich ist → Code 20x vergeben
- 4. Subkategorie: Ziele und Ergebnisse für die Institution
 - ...sie einen Mehrwert für die Institution bringt → Code 4x vergeben
 - ...es durch sie zur Einsparung von Ressourcen kommt → Code 13x vergeben



Abbildung 3: Qualitätskriterien mit Codes

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Literaturrecherche bei PubMed ergab eine Anzahl von 43 relevanten Publikationen.

Durch die qualitative Inhaltsanalyse der Publikationen konnten insgesamt 42 Codes vergeben werden, welche zunächst in 3 Hauptkategorien, 11 Subkategorien und 2 untergeordnete Kategorien eingeteilt wurden.

Die in der Literatur formulierten Anforderungen und Ziele einer klinischen Fallbesprechung stellen mögliche Kriterien zur Bewertung der Qualität einer klinischen Ethikberatung dar und können im klinischen Alltag als praktikabel angesehen werden.

4 Diskussion

4.1 Rechtliche Grundlagen

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ steht im Grundgesetz Artikel 1 (Parlamentarischer Rat 2023). „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ und „[a]lle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ (Parlamentarischer Rat 2023)

Im Genfer Gelöbnis wird deklariert:

„Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ (Montgomery et al. 2018, 69)

Hier werden bereits wichtige ethische Prinzipien verdeutlicht:

- Wohlwollen und Gutes tun
- Nichtschaden
- Autonomie jedes Einzelnen
- Gerechtigkeit gegenüber der Allgemeinheit beziehungsweise Gleichstellung aller Menschen

Die Kunst des ärztlichen Handelns sollte in Anbetracht des Patientenwillens geschehen. Die Autonomie des Patienten hat einen sehr hohen Stellenwert und darf nicht einfach missachtet werden. Jede Maßnahme, die gegen den Patientenwillen durchgeführt wird, muss äußerst gut begründet werden, da der Patient rein rechtlich gegen die Behandelnden vorgehen kann. Ethisch gesehen ist dies auch korrekt, jedoch gibt es Situationen, in denen der Patientenwille nicht direkt evaluierbar ist, weil sich der Patient möglicherweise auf Grund

seines Gesundheitszustandes nicht mehr dazu äußern kann. Dann muss vom mutmaßlichen Patientenwillen ausgegangen werden. (Henssler et al. 2012, 186–187) Dies kann zur Entstehung eines ethischen Dilemmas führen und es muss ein Weg gefunden werden mit so einer Situation umzugehen. Aber auch andere Gegebenheiten zum Beispiel im Rahmen von Zwangsmaßnahmen bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung des Patienten oder schlichtweg eine fehlende Indikation zur Behandlung, können dazu führen, dass der Wille des Patienten nicht beachtet werden kann.

Das ärztliche Handeln greift täglich in die Grundrechte des Patienten ein. Jede ärztliche Maßnahme, die dem Patienten potentiellen Schaden zufügen könnte, stellt den Tatbestand einer Körperverletzung dar und bedarf daher der Einwilligung des Patienten. (Bundesministeriums der Justiz/Bundesamts für Justiz 2022, 117–118)

Der Patient muss in die Durchführung medizinischer Maßnahmen einwilligen und diese müssen nach dem Stand der Forschung wiederum von einem Arzt indiziert sein. Wenn es daraufhin folgend zu einem möglichen Schaden für den Patienten kommt und der Arzt in diesem Fall das ethische Prinzip des Nichtschadens nicht erfüllt, kann unter diesen Umständen dem Behandler kein Vorwurf gemacht werden, da der Patient sich aus freien Stücken dem Arzt anvertraut hat, außer der Arzt begeht einen groben Behandlungsfehler. Dies gilt allerdings nur, wenn der Patient im Vorfeld der Maßnahme/Behandlung von einem medizinisch fachkundigen Arzt über die Risiken sowie alternative Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt wurde. Des Weiteren sollte der Patient ausreichend Bedenkzeit haben und es steht jedem Menschen frei, auch noch kurz vor der Maßnahme/Behandlung, diese zu widerrufen (vgl. „körperliche Unversehrtheit“ im Grundgesetzbuch).

Ärztliches Handeln muss indiziert sein. Neitzke beschreibt die Indikationsstellung folgendermaßen:

„Die Indikation stellt die rationale Grundlage aller ärztlichen Maßnahmen dar. Sie ist als die fachlich begründete Überzeugung definiert, dass eine Maßnahme geeignet ist, mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ein angestrebtes Therapieziel zu erreichen. Die Indikationsstellung umfasst eine empirische, finale und kausale Begründung der Indikation und erfordert die Bewertung des Einzelfalls. Auf diese Weise gehen die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten, das Therapieziel und die bezüglich der Maßnahme bestehende Evidenz in die Entscheidung mit ein. Eine Indikation rechtfertigt zunächst nur das Behandlungsangebot an den Patienten. Die Behandlung kann erst nach Zustimmung durch den Patienten oder seinen Stellvertreter erfolgen. Die Indikation leistet einen wichtigen

Beitrag zur Professionalität und professionellen Ethik der Ärzteschaft: Eine präzise und gewissenhafte Indikationsstellung stellt einerseits einen Schutz vor Machbarkeitsfantasien dar und sichert andererseits den Anspruch des Patienten auf sinnvolle Behandlung. In einem Gesundheitswesen, das zunehmend von rechtlichen und ökonomischen Zwängen geprägt ist, sichert die Indikation die fachliche und ethische Basis ärztlicher Behandlungsentscheidungen ab.“ (Neitzke 2014, 8)

Die Indikation kann nur von einem Arzt gestellt werden. Ein Patient kann somit eine gewisse ärztliche Maßnahme nicht einfordern, wenn diese nicht sinnvoll ist. Wie im Punkt 5.1.1.3.2 Ziele und Ergebnisse für den Patienten erläutert, würde man einem Patienten eine nicht indizierte Behandlung verwehren, auch wenn man dadurch dem Willen des Patienten nicht gerecht wird, denn hier stehen andere ethische Prinzipien über dem Prinzip der Autonomie. Bei fehlender Indikation eine Behandlung durchzuführen, bedeutet auch gleichzeitig, dass man als Arzt nicht fachlich korrekt und nach dem aktuellen Stand der Forschung handelt und es außerdem zu einem Verbrauch von Ressourcen kommt, die einem anderen Patienten wiederum einen Nutzen bringen können. Somit steht hier das ethische Prinzip der Patientenautonomie hinter zwei anderen ethischen Prinzipien, nämlich dem Nutzen eines anderen Patienten und der Gerechtigkeit gegenüber der Allgemeinheit. Dies soll im Umkehrschluss nicht dazu führen, medizinisch sinnvolle Indikationsstellungen zu unterlassen, um lediglich Kosten einzusparen. Allerdings wird durch eine sinnvolle Indikationsstellung ein ökonomisches Arbeiten gefördert, was gerade in der Zeit von starken Sparmaßnahmen in Kliniken unabdingbar ist. Jede ärztliche Maßnahme soll individuell auf den einzelnen Patientenzustand abgestimmt sein. Eine Indikation bindet einen Arzt daran dem Patienten die für ihn bestmögliche Therapie/Behandlung zukommen zu lassen, was dem ethischen Prinzip „Gutes für einen Menschen tun“ entspricht und soll verhindern, dass ärztliches Handeln missbraucht wird. Bei einem Workshop in Berlin im Januar 2008 äußert sich Professor Georg Marckmann dazu folgendermaßen: „Hier scheinen mir die Kosten-Nutzen-Bewertungen eine wichtige Rolle zu spielen. Wenn wir Maßnahmen den Patienten vorenthalten müssen, sollten wir zunächst diejenigen vorenthalten, die dem Patienten im Vergleich zu einer alternativen Maßnahme einen geringen Nutzensgewinn bei vergleichsweise hohen Kosten bieten. Das Erfordernis einer Alternative ist eine gerechtigkeitsethische Einschränkung der Nutzenmaximierung durch die Kosten-Nutzen-Bewertung. Die freiwerdenden Ressourcen können dann anderen Patienten zugute kommen, die mehr von

ihnen profitieren, weil das Kosten Nutzen-Verhältnis besser ist.“ (Wasem und Marckmann 2009, 13)

Eine optimale Arzt-Patienten Beziehung beruht auf gegenseitigem Vertrauen. Dieses wird gestärkt, indem eine offene und ehrliche Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten in Form eines „informed consent“ stattfindet. Der Patient soll die Möglichkeit haben, Informationen über alle seine Behandlungsschritte von seinem Arzt zu bekommen. Im weiteren Verlauf kann er mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden und so wiederum seinen Willen zum Ausdruck zu bringen. (Jütte 2018, A1324-A1328)

4.2 Codes als mögliche Qualitätskriterien

4.2.1 Interpretation der Codes und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Codes

An dieser Stelle möchten wir näher auf die einzelnen Codes und deren Zusammenhänge untereinander eingehen.

4.2.1.1 Ansprüche an eine klinische Ethikberatung

4.2.1.1.1 Mindestanforderungen an eine klinische Fallbesprechung

Zahlreiche Codes beschreiben sogenannte Mindestanforderungen, welche nötig erscheinen, damit eine klinische Fallbesprechung sinnvoll abgehalten werden kann. Darunter fällt die Einhaltung von Grundregeln, rechtlichen Vorgaben und Gesetzen. Die Orientierung an ethisch relevanten Prinzipien oder Richtlinien („A very specific activity of the consultant [...] is the articulation of errors of knowledge. Such errors occur when, [...], a relevant ethics guideline is ignored [...]“, (Reiter-Theil 2009, 351)) ist ebenfalls wichtig sowie institutionelle Vorgaben als sogenannte Qualitätskriterien einer klinischen Fallbesprechung. Auch Neitzke beschreibt in einer seiner Arbeiten dazu Folgendes: „Als eine Maßnahme der

Qualitätssicherung im Bereich der Ethikberatung wurden von der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) „Standards für Ethikberatungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ vorgestellt.“ (Neitzke et al. 2013, 150)

Das Abweichen von Gesetzen stellt einen Straftatbestand dar und ist illegal, weswegen sich eine klinische Fallbesprechung an geltende Gesetze und ethische Normen halten muss. Bestehende Grenzen dürfen nicht missachtet oder überschritten werden. (Aulisio et al. 2000, 60–61) Bei Missachtung könnte eine Folge sein, dass die klinische Fallbesprechung innerhalb der Bevölkerung als unseriös angesehen wird und Zweifel an ihrem Nutzen aufkommen. Somit könnte dies wiederum zu einem Verlust an Ansehen und Vertrauen führen. Wichtig ist somit die Transparenz der Ergebnisse um eine steigende Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den einzelnen Mitarbeitern der Klinik zu erzielen. (Bormann 2013, 117–127)

Trotz dieser Anforderungen sollte eine Ethikberatung jedoch als weiteres Qualitätskriterium als neutrales Gremium fungieren können, ohne dabei einem anderweitigen Druck, beispielsweise durch übergeordnete Einrichtungen, ausgesetzt zu sein.

Wir vertreten die Ansicht, dass eine klinische Fallbesprechung, die sich ausschließlich an institutionellen Vorgaben orientiert, ebenfalls Kritik in der Bevölkerung auslöst. Gerade zu Zeiten, in denen die Institutionen gezwungen sind, immer mehr Kosteneinsparungen vorzunehmen, könnte bei den Betroffenen möglicherweise der Eindruck entstehen, dass zum Beispiel Behandlungen dahingehend eingestellt werden, um lediglich Kosten für die jeweilige Einrichtung zu sparen und nicht deshalb, weil sie dem Patienten keinen Vorteil hinsichtlich seiner Genesung oder Lebensqualität bringen würden. Es ist jedoch durchaus ethisch notwendig, mit begrenzten Ressourcen effizient zu wirtschaften. (Wasem und Marckmann 2009, 2)

In der bisherigen Forschungsliteratur zu diesem Thema wird darauf eingegangen, dass es eine große Herausforderung für klinische Ethikberatungen ist, den Spagat zwischen unabhängigem Gremium einerseits und dem Einhalten von institutionellen Maßgaben andererseits, zu bewältigen. Dies wird erleichtert, wenn die Institution dem Vorhandensein eines beratenden Ethikgremiums positiv gegenübersteht und seine Implementierung gezielt fördert. So können auch die Mitglieder einer Ethikberatung motiviert werden, ohne Angst vor

Sanktionen durch die Institution befürchten zu müssen. Optimal wäre eine Zusammenarbeit der Mitglieder einer klinischen Fallbesprechung und der jeweiligen Institution, wobei beiden Parteien der nötige Spielraum zur Verrichtung ihrer Aufgaben gewährt werden sollte.

„Eine gute Unternehmensführung zeichnet sich dadurch aus, dass sie einen Ausgleich zwischen der Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter und der Handlungsfähigkeit der Einrichtung insgesamt herbeiführt. Um zu verhindern, dass die moralische Verantwortung einseitig individualisiert und damit auf den einzelnen Mitarbeiter abgewälzt wird, bedarf es eines Modells der ethischen Fallbesprechung, das neben den verschiedenen moralischen Rechten und Pflichten individueller Akteure auch die Trägerverantwortung für die Implementierung des einrichtungsspezifischen Leitbildes in die Betrachtung einbezieht.“ (Bormann 2013, 117–127)

4.2.1.1.2 Konkreter Bezug zum jeweiligen ethischen Problem

Hier kommen wir auch schon zum nächsten möglichen Qualitätskriterium einer Ethikberatung, welches von den Autoren genannt wurde.

Eine klinische Fallbesprechung sollte immer auf den jeweiligen Fall ausgerichtet sein. Jeder Fall ist individuell und im speziellen Kontext des Patienten zu betrachten. „Additional contextual issues were identified as important factors in the consultation process“ (Nilson et al. 2008, 360). Es gibt zahlreiche ethische Theorien, die für sich gesehen gut und hilfreich bei einer klinischen Fallbesprechung sein können und somit ebenfalls ein Qualitätskriterium charakterisieren. Wohlwollen, Nichtschaden, Autonomie des Einzelnen und Nutzen für die Allgemeinheit sind für sich genommen gute Ansätze nach denen man sich bei einer Ethikberatung richten kann. (Beauchamp und Childress 2019, 10)

Aber letztendlich sollten sich Ethikberater nicht ausschließlich auf starre Theorien fokussieren, sondern diese flexibel im jeweiligen Kontext nutzen. „The focus is more on the relationship with the vulnerable patient and the larger context of his or her life, the interpersonal connectedness and the mutual interdependence, rather than on the moment of the decision-making alone and that the right action might not be defined as an ethical issue from the

perspective of principle-based ethics.“ (Rasoal et al. 2016, 833) Theorien, die für einen Patienten vorteilhaft sind, müssen es nicht unbedingt für einen anderen Menschen sein.

In zahlreichen Studien wird darüber berichtet, dass eine Herausforderung darin besteht, für den Patienten die richtigen und besten Handlungsoptionen zu finden. (Dörries 2017, A832)

„Das ethisch Richtige ergibt sich nicht aus dem technisch Möglichen. Immer häufiger stellt sich die Frage welche individuellen Maßnahmen für den betroffenen Patienten am besten geeignet sind, nicht zuletzt auch unter dem juristischen Aspekt der Patientenautonomie/Patientenverfügung.“ (Stern und Böhnke 2012, 671)

4.2.1.1.3 Umgang mit Verantwortung

Bei einer klinischen Fallbesprechung geht es meist um ethisch schwierige Probleme und die Lösung solcher stellt oftmals eine große Herausforderung dar. Daher beschreiben die Autoren häufig die Verantwortung innerhalb einer Fallbesprechung als weiteres Qualitätskriterium.

Wie bereits oben erwähnt, gibt es häufig mehrere Lösungsansätze, die für sich genommen richtig sein können. Innerhalb einer klinischen Fallbesprechung werden teilweise Entscheidungen getroffen, ob ein schwerkranker Patient weiterlebt und therapiert oder die Behandlung eingestellt werden soll. Solche Entscheidungen zeichnen sich durch ein hohes Maß an Verantwortung aus.

Eine klinische Fallbesprechung ist dann qualitativ als gut zu betrachten, wenn zu Beginn einer Fallbesprechung festgelegt ist, wer die letztendliche Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen zu tragen hat, nämlich meist der behandelnde Arzt oder Betreuer des Patienten (vergleiche dazu: (Kobert et al. 2008, 126)).

Jedoch bringt es eine massive Erleichterung für den Arzt mit sich, wenn die Verantwortung vom behandelnden Team mitgetragen wird und jedes Mitglied hinter den Entschlüssen steht.

Das zeichnet somit ein weiteres Kriterium für eine qualitativ gute Ethikberatung aus. „Moreover, it encourages a multi-disciplinary approach to responsibility for making a well-balanced decision.“ (Stolper et al. 2012, 64) Dadurch wird der letztendlich Verantwortliche (meist der Arzt) deutlich bestärkt und kann vermutlich auch bei moralisch schwerwiegenden Entscheidungen besser mit der Verantwortung umgehen. „Nicht zuletzt empfinden die

behandelnden Ärzte dies als Erleichterung. Denn ethische Fallbesprechung bedeutet zwar nicht die Aufhebung der ärztlichen Letztverantwortung, wohl aber eine Optimierung des Zustandekommens von Entscheidungen in ethisch problematischen Situationen.“ (Steinkamp und Gordijn 2000, 23) Es soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, dass eine klinische Ethikberatung als eine Art Richter den Verantwortlichen gegenübertritt, sondern durch die Bekräftigung als Unterstützung im Klinikalltag angesehen werden kann. (Aulisio et al. 2009, 379) (Kana et al. 2022, 246)

4.2.1.2 *Ablauf einer klinischen Ethikberatung*

4.2.1.2.1 Allgemeine Kriterien des Beratungsprozesses

Um einen geregelten Ablauf einer Fallbesprechung zu gewährleisten, ist es sinnvoll, wenn eine klinische Ethikberatung moderiert wird. „The consultation team interviews the attending physician, resident, patient and/or family, nursing staff, social workers, and any other appropriately interested parties in an attempt to identify pertinent issues and foster open communication.“ (Gonsoulin und Taube 2002, 325) Der Code: Eine klinische Fallbesprechung ist gut, wenn der Beratungsprozess moderiert wird, beschreibt, dass meist ein Ethiker als Moderator auftritt, der den Ablauf und die Gesprächsführung steuert und versucht, alle unterschiedlichen Meinungen der Teilnehmer zusammenfassend darzustellen, um daraus Lösungsansätze für das ethische Problem zu entwickeln. Außerdem kann er sein Fachwissen in die Diskussion miteinbringen.

Somit bekommt der Beratungsprozess eine gewisse Struktur und kann in einem zeitlich vernünftigen Rahmen abgehalten werden. „He [the ethicist] shapes the structure, content, and setting of e.g. clinical case discussions, to foster deliberation.“ (Porz et al. 2011, 357) Eine Institution könnte es sich nicht leisten, dass stundenlang Zeit, Geld und Personal zur Verfügung gestellt werden, wenn es dann lediglich zu endlosen Diskussionen ohne relevante Lösungsansätze käme und letztendlich lediglich um die ethischen Probleme herumgeredet oder gar vom Thema abgewichen werden würde. „[...] to serve the patient is by serving the team, most notably the attending physician, in thinking through the various ethical issues relevant

to a particular patient's care within the time frame optimal to the patient's needs.“ (DeRenzo et al. 2006, 209)

Eine klinische Fallbesprechung erfährt qualitativ einen Mehrwert, wenn sie lückenlos dokumentiert ist, damit der Ablauf einer klinischen Fallbesprechung nachvollziehbar bleibt. „Ethikberater haben nicht nur ein Interesse daran nachzuweisen, dass sie keine fehlerhafte Beratung durchgeführt haben, sondern auch ein Interesse daran, ihre Beratung für Zwecke der Qualitätssicherung, der Ausbildung oder der Tätigkeitsnachweise zu dokumentieren.“ (Fahr 2009, 37) Auch für andere, an der Behandlung beteiligte Personen, welche an der Ethikberatung nicht teilnehmen konnten, wird der Prozess der klinischen Fallbesprechung somit nachvollziehbar und wichtige Fakten sind jederzeit abrufbar. In anonymisierter Form lassen sich die dokumentierten Fallbesprechungen auch für Fort- und Weiterbildungszwecke verwenden, wobei hier der Datenschutz zu beachten ist. Ein weiterer positiver Nebeneffekt stellt die nachträglich mögliche Evaluation einer Ethikberatung dar, welche eventuell auch zu Schulungszwecken für beispielsweise angehende Ethikberater genutzt werden kann (vgl. 5.1.1.3) Außerdem macht eine Dokumentation den Ethikberatungsprozess transparent, was das Vertrauen in der Öffentlichkeit stärkt. (Schildmann et al. 2013, 684)

4.2.1.2.2 Interpersoneller Umgang während des Beratungsprozesses

Das nächste Qualitätskriterium beschreibt den interpersonellen Umgang während einer Ethikberatung.

Eine qualitativ hochwertige Fallbesprechung zeichnet sich dadurch aus, dass moralisch schwere Probleme zur Darstellung kommen. Zudem herrscht eine Art Vertrauensbasis unter den Teilnehmern einer Ethikberatung, wozu der respektvolle Umgang der Teilnehmer untereinander gehört. „The consensus statement also stipulates that ethics consultation should assure that the process of decision-making is inclusive, [...], respectful of cultural values [...]“ (Schneiderman et al. 2000, 3920).

Jedem Teilnehmer sollte das nötige Ansehen entgegengebracht werden, so dass er frei und ohne Hemmungen seine Ansichten mit den anderen Teilnehmern teilen kann.

Bei unterschiedlichen Ansichten sollte ein Ethikberater in der Lage sein, unter den Teilnehmern vermitteln zu können, um dann gemeinsam Lösungen für den Fall zu finden. Der Ethikberater „[...] acts as a negotiator, actually ‚taking sides‘ after thoroughly evaluating a dispute and determining that one perspective is morally obligatory, then trying to persuade the other party to understand, and relent.“ (Orr 2004, 10) Es sollte eine gewisse Fairness im Umgang unter den Teilnehmern herrschen. „Equal dialogue and critical constructive reflection are both important aims and means of MCD [Moral Case Deliberation]. This requires equality of perspectives, time to deliberate about values and considerations, and active involvement of all participants (ownership).“ (Stolper et al. 2012, 53)

Meist gibt es etwas stärkere und dominantere Teilnehmer, die kein Problem mit dem Äußern ihrer Meinungen haben. Jedoch ist es unabdingbar, dass auch schwächere Teilnehmer sich dadurch nicht einschüchtern lassen und zu Wort kommen. Daher wäre ein Hierarchiegefälle innerhalb einer klinischen Fallbesprechung eher störend, denn es könnte dazu führen, dass sich Gruppen bilden, die dann gegeneinander auftreten und versuchen, ausschließlich ihren Willen durchzusetzen, womit das Ziel einer Ethikberatung, in erster Linie, Lösungen für moralisch-schwierige Themen zu finden, komplett verfehlt werden würde. (Jellema et al. 2017, 279–280)

Das Ziel einer Ethikberatung sollte unter anderem sein, Teilnehmer bei ethischen Konflikten zu unterstützen und strukturiert bei der Lösung dieses moralischen Dilemmas vorzugehen (vgl. 5.1.1.2.1).

4.2.1.2.3 Kommunikation innerhalb des Beratungsprozesses

Als nächstes bedeutendes Qualitätskriterium wird die Kommunikation von den Autoren des Öfteren erwähnt.

Um einen guten Beratungsprozess zu gewährleisten ist eine angemessene Kommunikation wichtig. „[A] current role of an HEC [Hospital Ethics Consultation] is to improve communication between patients and healthcare professionals, with the aim of improving patient care.“ (Gonsoulin und Taube 2002, 326)

Daher sollte zu Beginn das ethische Problem genau dargestellt werden, damit dieses im weiteren Verlauf auch diskutiert werden kann. In seinem Artikel geht Aulisio ebenfalls darauf

ein: „Ethical assessment skills are needed to identify and analyze the ethical issues that emerge in particular clinical cases.“ (Aulisio et al. 2000, 61) Klare Ziele können besser formuliert werden, wenn deutlich gemacht wird, wo es Handlungsbedarf gibt und an welchen Punkten man ansetzen soll.

Somit ist es für die Qualität einer klinischen Fallbesprechung nach unserer Meinung von enormer Bedeutung, dass ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem unter den Teilnehmern geschaffen wird. Denn nur so kann eine zielführende Lösung gesucht werden. (vergleiche hierzu auch: (Aulisio et al. 2009, 371–383)) Wenn sich innerhalb der Fallbesprechung nicht jeder Teilnehmer dem moralischen Dilemma bewusst ist, dann ist es vermutlich schwierig, zusammen in dieselbe Richtung zu denken und durch unterschiedliche Beiträge der Teilnehmer das Problem aufzudecken beziehungsweise geeignete Lösungsansätze zu finden. Wünschenswert wäre ein allgemeines Verständnis für die vorliegenden ethischen Probleme, welche dann auf einer gemeinschaftlichen Ausgangsbasis erörtert werden können. Wichtig zu beachten ist hierbei, dass kein Raum für Missverständnisse und Unstimmigkeiten bleibt.

Es zeigen sich auch weitere Codes, wie zum Beispiel das Aufdecken von Kommunikationsproblemen unter den Teilnehmern als beachtlich, da sie mit dem ethischen Problem im eigentlichen Sinne nichts zu tun haben und dennoch von Bedeutung in der weiteren Fallbesprechung und Behandlung des Patienten sein können. Auch Pfäfflin et al. gehen in ihrem Werk auf die strikte Trennung von Kommunikationsproblemen und dem ethischen Problem ein. (Pfäfflin et al. 2009, 408–409) Diese gilt es aufzudecken und zu bereinigen, damit eine gemeinsame sinnvolle Zusammenarbeit unter den Teilnehmern innerhalb einer klinischen Fallbesprechung möglich ist.

4.2.1.2.4 Gesprächsführung innerhalb des Beratungsprozesses

Davon abzugrenzen ist die Gesprächsführung, welche ebenfalls ein wichtiges Qualitätskriterium beschreibt und daher häufig von den Autoren in den Publikationen in zahlreichen Textstellen genannt wird, die wir im Folgenden erläutern.

Eine klinische Ethikberatung lebt unter anderem von den unterschiedlichen Ansichten und Einstellungen der Teilnehmer, da jeder auf andere Art und Weise seinen Teil zur Aufdeckung und Lösung ethischer Probleme miteinbringen kann. Die Ansichten ergeben sich durch den Erfahrungsschatz der Teilnehmer, den sie innerhalb ihres Lebens sammeln konnten oder auch durch das Fachwissen, welches durch Ausbildung, Beruf oder Klinikerfahrungen zustande gekommen ist.

Es ist wichtig, dass die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer ein Gehör finden. Durch das Einbringen variabler Wertvorstellungen und Erfahrungen der Teilnehmer aus dem Klinikalltag steigert sich die Qualität einer Ethikberatung, da dies zu unterschiedlichen möglichen Lösungsansätzen führen kann. Die Vielfalt der Lösungsansätze kann wiederum einerseits als Chance betrachtet werden, da sich eventuell Lösungsansätze ergeben, auf die man zuerst nicht gekommen wäre. Allerdings kann dadurch andererseits auch die Lösungsfindung erschwert werden, wenn man sich schlussendlich für oder gegen einen der vielen Lösungsansätze entscheiden muss, um das Problem anzugehen.

Zahlreiche Autoren vertreten die Einstellung, dass eine klinische Fallbesprechung dann am sinnvollsten ist, wenn eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird. Dazu ist ein gewisses Maß an Vertrauen unter den Teilnehmern Voraussetzung.

Jeder Teilnehmer sollte genügend Zeit und Raum haben, seine Ansichten verständlich den anderen Teilnehmern aufzuzeigen und somit zur Förderung einer konstruktiven Unterhaltung beizutragen. (DeRenzo et al. 2006, 207–215)

Im Anschluss sollten die unterschiedlichen Ansätze konstruktiv abgewogen und reflektiert werden. „Reflexivity may help CEC [Clinical Ethics Consultation] members see what crucial facts are missing from the case description, and how such facts may be described and evaluated differently. It also brings [...] an appreciation that conclusions are apt to be revised when every relevant consideration is allowed into the discussion and is viewed from various angles. This attitude of reflexivity appreciates that differences in perspective can and should be used constructively, rather than be seen as threats.“ (Magelssen et al. 2016, 31)

Jeder Teilnehmer sollte auch offen für konstruktive Kritik an seinem Beitrag sein. „Instead critical engagement means a constructive dialogue where participants show effort to

understand one another's views, attempt to help each other formulate their arguments as clearly as possible, express disagreement and, when challenged, explain their own view in response.“ (Jellema et al. 2017, 281)

Alle diese Kriterien stellen weitere wichtige Codes dar, deren Erfüllung die Qualität einer Ethikberatung steigert. Dementsprechend führen diese zu einer breiten und vielseitigen Betrachtung des Problems und können hilfreich bei der Lösungsfindung sein. Außerdem stellt es möglicherweise eine Bereicherung für die Teilnehmer dar, da sie eventuell auf Blickwinkel hingewiesen werden, die sie so noch nicht in Betracht gezogen haben, welche aber dennoch sinnhaft erscheinen. Letztendlich werden die Teilnehmer aufgefordert über ihren eigenen Tellerrand hinauszublicken und sich weiteren Ansätzen zu öffnen, was die Diskussion des ethischen Problems fördert. „[O]ne learns to address the situation in a different way, and to find solutions which one did not have in mind before [...]“ (Jellema et al. 2017, 279) Allerdings macht es unseres Ermessens weniger Sinn, wenn ausschließlich um das Problem herum diskutiert wird, so dass wir, wie bereits oben erwähnt, eine Moderation der Ethikberatung ebenfalls wie die Autoren der Fachliteratur als notwendig erachten, um eine gewisse Struktur zu wahren (vgl. 5.1.1.1.1).

Als nächstes wichtiges Qualitätskriterium nennen einige Autoren die breite Betrachtung des jeweiligen Falles: „[...] ethics and the CEC [Clinical Ethics Consultation] are responsible for seeking out alternative viewpoints and interpretations of the case [...]“ (Magelssen et al. 2016, 31). Damit ist gemeint, dass es besser ist, mehr Ansichten und Möglichkeiten innerhalb einer klinischen Fallbesprechung aufzuzeigen. Das ist in unserer multikulturellen Gesellschaft mit unterschiedlichen Normen und Wertevorstellungen heutzutage nicht mehr wegzudenken.

Hierfür ist es notwendig, dass die Ansichten aller Teilnehmer Beachtung finden und dass auch die Meinungen von nicht anwesenden, für den Fall aber relevanten Personen mitberücksichtigt werden. „The participation of all parties can help clarify uncertainty and disagreement concerning facts and to promote improve dialogue.“ (Kalager et al. 2011, 120)

Nur so kann sichergestellt werden, dass alle für den Fall wichtigen Ansichten und Aspekte erfasst werden (vergleiche auch: (Foerde et al. 2008, 23)), wodurch sich die Qualität einer

Ethikberatung ebenfalls definieren lässt. In der Arbeit von Stolper et al. wird ebenfalls darauf eingegangen, dass die Berücksichtigung aller Ansichten der unterschiedlichen Teilnehmer einen positiven Effekt auf das Ergebnis des Prozesses haben können (Stolper et al. 2012, 53-66, 191-192).

Um unterschiedliche Perspektiven in die Diskussion einbringen zu können, ist die Anwesenheit der verschiedenen, an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen eine wichtige Voraussetzung. „Neben Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, anderen Berufsgruppen wie Physiotherapie, Psychologischer Dienst oder Sozialarbeit und ggf. Patienten und Angehörigen nehmen zwei weitere Vertreter des Ethik-Beratungsdienstes teil.“ (Kobert et al. 2008, 124) So gesehen ist es wichtig, dass zwar alle an der Behandlung beteiligten Personen anwesend sind, jedoch ist es unseres Ermessens nicht vorteilhaft, wenn zu viele Personen, die eventuell nur weitläufig in den Fall involviert sind, ein Mitspracherecht bekommen. Hier könnte die klinische Fallbesprechung aus den Rudern laufen, was dazu führt, dass vom Thema abgewichen wird und das eigentliche ethische Problem in den Hintergrund gerät, was letztendlich die Qualität einer Fallbesprechung mindern würde.

4.2.1.3 Ziele und Ergebnisse einer klinischen Ethikberatung

Im letzten Abschnitt der Diskussion möchten wir die Codes bezüglich der Ziele und Ergebnisse einer klinischen Fallbesprechung näher erläutern.

4.2.1.3.1 Allgemeine Ziele und Ergebnisse

Eines der wichtigsten Ziele und daher nicht als Qualitätskriterium wegzudenken ist die Lösung des ethischen Problems. Hierauf möchten wir genauer eingehen.

Eine klinische Fallbesprechung ist dann als gut anzusehen, wenn sie förderlich für die Entscheidungsfindung hinsichtlich des jeweiligen ethischen Problems ist. „Ethical case interventions in clinical practice aim to clarify, analyse and resolve ethical conflicts related to a specific clinical case.“ (Schildmann et al. 2017, 2)

Ethische Probleme sind individuell für jeden Menschen, denn es gibt vielfältige Moral- und Wertevorstellungen, welche kulturell geprägt sind. Jedes Individuum kann für sich selbst festlegen, was für ihn/sie moralisch vertretbar ist.

Eine klinische Ethikberatung soll deshalb auch hilfreich dabei sein, moralische Probleme unter den Teilnehmern zu reduzieren. (Craig und May 2006, 168–180) Dabei sind abweichende Ansichten nicht unbedingt als falsch zu betrachten, jedoch können diese eventuell von den allgemein gültigen Normen abweichen.

Eine klinische Ethikberatung ist qualitativ als gut anzusehen, wenn sie in der Lage ist, relevante Handlungsoptionen aufzuzeigen, die einerseits klinisch praktisch und anwendbar und andererseits an allgemein gültigen Normen angelehnt sind. „Since clinical ethics is a practical ethics applied to problems arising in patient care, theoretical ethics, though important, needs to be augmented by honing practical skills in handling the unique ethical problems arising in specific patient care settings.“ (Agich 2013, 2) Dies möchten wir anhand eines frei gewählten und selbst ausgedachten Beispiels darstellen:

Eine ältere Frau liegt auf einer Palliativstation. Sie hat zahlreiche Grunderkrankungen, weshalb sie aber nicht im Krankenhaus ist, sondern sie hatte sich vor einiger Zeit eine Fraktur beider Oberschenkel zugezogen, die sie derzeit an ihr Bett und die Klinik fesselt. Sie verweigert jegliche Nahrungszufuhr und möchte sterben. Bezüglich ihrer Grunderkrankungen wäre sie jedoch in der Lage, bei ausreichender Nahrungszufuhr noch ein paar Jahre in guter Verfassung weiterzuleben. Es stünde auch einer Verlegung in eine weiterführende Rehabilitationseinrichtung nichts mehr im Wege, da die Frakturen gut heilen. Die Frau wird zunehmend depressiv und isst kaum noch etwas, was erheblich an ihren Kräften zerrt. Die Ärzte sind verzweifelt, da die Patientin eine künstliche Ernährung strikt ablehnt. Allerdings kann sie in diesem Zustand auch weder verlegt noch nach Hause entlassen werden, was erhebliche Kosten für die Klinik produziert. Also wird eine Ethikberatung einberufen, bei der auch die Patientin anwesend ist. Dabei kommt zu Tage, dass die Patientin einen kleinen Hund hat, der derzeit bei einer Freundin untergebracht ist und sie diesen so schmerzlich vermisst, dass sie am liebsten sterben möchte. Es gibt jedoch keine Möglichkeit, diesen zwischenzeitlich zu sehen, da sie selbst ans Bett gebunden ist und Tiere nicht in das Krankenhaus dürfen. Eine Weiterbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung würde die Dauer auf ein Wiedersehen

in die unbestimmte Zukunft verschieben, weshalb sie demgegenüber ablehnend erscheint. Sie vermisst ihren Weggefährten, der seit 10 Jahren an ihrer Seite lebt, so schmerzlich, dass sie sich komplett aufgegeben hat. Nachdem die Gründe für das Verhalten der Patientin klar ersichtlich waren, konnte man das Problem angehen. Man verlegte sie, in Rücksprache mit der Klinikleitung, in ein Einzelzimmer, welches unmittelbar über den Balkon an einen Fluchtweg angeschlossen und worüber der Außenbereich der Klinik erreichbar ist. So konnte sie einmal in der Woche von ihrer Freundin inklusive ihres Hundes besucht werden. Selbstverständlich entspricht der Besuch eines Tieres im Krankenhaus sicherlich nicht der Norm, jedoch ist es unter diesen Umständen und mit den getroffenen Vorkehrungen auch hygienisch vertretbar. Die Patientin fing wieder zu essen an und es ging ihr von Tag zu Tag besser, so dass es bald darauf möglich war, sie in einem Rollstuhl nach draußen zu bringen und sie ebenfalls Zeit mit ihrem Hund verbringen konnte. Das verlieh ihr ihren Lebensmut zurück, so dass sie nun auch mit einer dreiwöchigen Rehabilitationsbehandlung einverstanden war und nach einiger Zeit in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte.

Dieses Beispiel macht klar, dass man einerseits von den Hygienevorschriften sowie den allgemein gültigen Normen der Institution abweicht. Allerdings handelt es sich hierbei um eine Ausnahme, die mit der Klinikleitung abgesprochen ist. Die Lösungsansätze widersprechen nicht direkt allgemein gültigen Normen im ethischen Sinne und sind klinisch praktisch und leicht anzuwenden. Der Nutzen, nämlich dass die Patientin wieder zu Kräften kommt, überwiegt in großem Ausmaß die Umstände, dass man die Patientin in ein Einzelzimmer mit direktem Zugang zum Außenbereich verlegt. Es wird auch klar, dass die Lebensqualität nicht einheitlich definiert und individuell für jeden Patienten betrachtet werden muss.

4.2.1.3.2 Ziele und Ergebnisse für den Patienten

Somit sind wir auch schon beim nächsten Qualitätskriterium einer klinischen Ethikberatung: Die Ziele und Ergebnisse für den Patienten.

Einige Autoren betrachten es als äußerst wichtiges Qualitätsmerkmal einer klinischen Fallbesprechung, dass der Wille des Patienten im Vordergrund steht. „[T]he decision ought to reflect patient-specific values and preferences in accordance with the values and treatment options of the healthcare team.“ (Pfäfflin et al. 2009, 409) Dem stimmen wir einerseits zu, stehen dem jedoch auch kritisch gegenüber.

Logischerweise betreffen die meisten moralisch-ethischen Probleme einen bestimmten Patienten. Meist handelt es sich um Entscheidungen am Lebensende und hierbei spielt der Wille des Patienten eine große Rolle. Ethisch richtig erscheint es, wenn man versucht, einem sterbenden Menschen seine letzten Wünsche zu erfüllen. Aber was ist, wenn sich diese Wünsche nicht mit allgemein gültigen Normen und Wertevorstellungen decken? Wäre es dann verwerflich entgegen dem Willen des Patienten zu handeln um den es geht?

Wir sind der Ansicht, dass es auf jeden Fall ein wichtiges Qualitätskriterium erfüllt, wenn der Wille des Patienten berücksichtigt wird. Allerdings weichen wir aber auch klar von dieser Einstellung ab, wenn Patienten Dinge fordern, die nicht machbar sind, da sie technisch nicht umsetzbar oder aber schlichtweg medizinisch nicht indiziert sind. Folgender Sachverhalt soll dies genauer erläutern:

Ein Patient hat eine Krebserkrankung im Endstadium. Es ist bekannt, dass eine weitere aggressive Behandlung keinen Mehrerfolg, sondern lediglich mehr Nebenwirkungen für den Patienten bringen würde. Daher würde man diese fortführende Behandlung verwehren, auch wenn er diese noch so sehr wollte. Des Weiteren würden zusätzliche Kosten entstehen und somit Ressourcen für einen anderen Patienten, der einen gesundheitlichen Profit davon hätte, eventuell nicht mehr zur Verfügung stehen. Würde man ausschließlich nach dem Kriterium der Beachtung des Patientenwillens gehen, steht dies in Konkurrenz mit dem Qualitätskriterium, dass eine klinische Fallbesprechung sich an ethisch relevanten Normen orientieren sollte. Hier fällt das Prinzip der Gleichberechtigung beziehungsweise das Prinzip zur Förderung des Allgemeinwohles weg, würde man diesem Patienten eine medizinisch nicht sinnvolle Therapie zukommen lassen, die einem anderen Patienten auf Grund von Mangel an Ressourcen dann fehlen würde.

Wir betrachten es als Kunstfehler, wenn der Patient die Behandlung lediglich auf Grund seines Willens bekommen würde, wenn medizinisch gesehen die Indikation nicht gegeben ist. Wir glauben daher, dass die Beachtung des Patientenwillens zwar ein wichtiges Qualitätskriterium ist, jedoch mit Vorsicht gesehen werden muss, denn es kommt immer auch auf den jeweiligen Kontext des Falles an. „Fußen sollte das Verfahren auf der evidenzbasierten Medizin, also der wissenschaftliche Nachweis vom Nutzen einer Therapie sollte belegt sein.“ (Wasem und Marckmann 2009, 3)

Die nächsten Codes erscheinen angesichts dessen, dass es um einen bestimmten Patienten geht, jedoch wieder logisch hinsichtlich der Bewertung von Qualität einer Ethikberatung.

Wie oben bereits erwähnt, sollten bestimmte Behandlungen an die Normen, Wünsche und Ziele, sowie die medizinische Notwendigkeit angepasst sein. Klinische Fallbesprechungen, die die Behandlungspläne von Patienten dahingehend angleichen und Entscheidungen treffen, die zur Steigerung des Wohlergehens des Patienten führen, sind qualitativ als hochwertig einzustufen, was unter anderem Levine mit den Worten „[t]o maximize benefit and minimize harm to patients“, (Levin und Sprung 2000, 3943) in seinem Werk zum Ausdruck bringt.

Viele Autoren beschreiben diese Codes in ihrer Literatur, so dass diese als Qualitätskriterien häufig genannt werden. „Sie [die Ethikberatung] trägt zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patienten/Bewohnern bei.“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 150)

4.2.1.3.3 Ziele und Ergebnisse für die übrigen Teilnehmer der Ethikberatung

Schlussendlich möchten wir noch auf die Qualitätskriterien eingehen, welche die Ziele und Ergebnisse für die übrigen Teilnehmer einer klinischen Ethikberatung benennen.

Mehrere Autoren berichten in ihren Werken, dass eine Fallbesprechung qualitativ dann als gut gesehen wird, wenn sie dazu beiträgt, dass personelle Konflikte gelöst werden („facilitating resolution of conflict“), (Godkin et al. 2005, 505). Wir vermuten, dass dies damit zusammenhängen könnte, dass die Teilnehmer einer Fallbesprechung aus allen möglichen Fachabteilungen und Fachgebieten zusammenkommen und beruflich eng miteinander verknüpft sind. Deshalb ist es auch verständlich, dass ein großes Anliegen darin besteht, personelle Konflikte zu lösen, um auch in Zukunft professionell miteinander arbeiten zu können. Allerdings glauben wir auch, dass eine Fallbesprechung in erster Linie zur Lösung ethischer Probleme des Patienten beitragen sollte und dass das Lösen personeller Konflikte eher in Teambesprechungen oder Balintgruppen Beachtung finden sollte. Jedoch sehen wir es als positiven Nebeneffekt, wenn sich durch das Abhalten einer Fallbesprechung auch personelle Konflikte lösen.

Weitaus häufiger führen viele Autoren als Qualitätskriterium einer Fallbesprechung jedoch folgende Punkte an:

Eine klinische Ethikberatung ist gut, wenn...

- ...das Ergebnis der Beratung im Konsens getroffen wird
- ...die Beratung hilfreich für die Teilnehmer im Alltag ist
- ...sie für die Teilnehmer lehrreich ist.

Sicherlich erleichtert es die Sache, wenn man sich über eine schwierige ethische Entscheidung einig ist und Lösungsvorschläge im Einvernehmen aller beteiligten Teilnehmer getroffen werden. Jedoch muss dabei beachtet werden, dass häufig nicht nur klinisches Personal, sondern auch der Patient und seine Angehörigen bei einer klinischen Fallbesprechung anwesend sind. Ob es sinnhaft ist, dass der Patient und die Angehörigen bei einer klinischen Fallbesprechung immer anwesend sind, würde den Rahmen sprengen und muss an anderer Stelle geklärt werden.

Wir denken, dass es angenehmer ist, wenn sich alle mit den gefundenen Lösungsvorschlägen zufriedengeben können und keiner der Teilnehmer mit einem unguuten Gefühl oder gar Enttäuschung aus einer Ethikberatung rausgeht. Dem gegenüber ist aber auch anzubringen, dass dies nicht immer möglich ist. „Therefore every consultation is recommended to begin with a clear statement that the patient’s good is aim.“ (Levin und Sprung 2000, 3944)

Auch hierfür haben wir uns ein einfaches und plakatives, aber dennoch eindrückliches Beispiel ausgedacht:

Ein schwer an Krebs erkrankter Patient, welcher absolut Herr seiner Sinne ist, hatte für sich beschlossen, dass er keine weitere Chemotherapie mehr möchte, da diese die Krankheit zwar hinauszögern, ihn aber nicht heilen konnte. Ihm war wichtig, die Zeit, die ihm verblieb, mit guter Lebensqualität und ohne die Nebenwirkungen der Chemotherapie zu verbringen. Seine Angehörigen waren aber ganz anderer Meinung. Da innerhalb der Familie ein großer Schuldenberg bestand, welcher aktuell mitunter von der Rente des Patienten mitbeglichen wurde, empfinden sie das Verhalten als egoistisch. Denn das Ablehnen der Chemotherapie konnte einen früheren Tod des Patienten zur Folge haben, was dann zum Wegfall seiner Einnahmequelle der Rente zur Tilgung der Schulden führen würde.

Wahrscheinlich würde man sich im Sinne des Patienten gegen die weitere Chemotherapie entscheiden und somit auch gegen die Vorstellungen der Angehörigen. In unseren Augen ist das ebenfalls das richtige Vorgehen und die Ethikberatung würde sicherlich nicht an Qualität einbüßen, nur weil die Lösung nicht im Einvernehmen mit den Angehörigen getroffen wurde. Auch dieses Qualitätskriterium kann leider nicht immer umgesetzt werden, weshalb wir es als starkes, jedoch nicht unverzichtbares Merkmal für die Bewertung der Qualität erachten.

Eine klinische Fallbesprechung soll den Teilnehmern helfen im Alltag besser mit ethischen Problemen umgehen zu können und dahingehend auch lehrreich für die Zukunft sein. „Even when the presenting issues involve the limitation of life-sustaining interventions, they are often laced with complex communication problems, which require ethics consultants serving these units to have more developed skills and knowledge.“ (Agich 2013, 2)

Dieses Qualitätsmerkmal sehen wir ebenfalls als wichtig, jedoch nicht als maßgebend für eine gute Ethikberatung an. Wenn die Teilnehmer von jeder Ethikberatung ein Stück weit Erfahrungen sammeln und dazu lernen, könnte dies dazu führen, dass ethische Probleme im zukünftigen Alltag weniger auftreten beziehungsweise selbstständig gelöst werden können. Allerdings könnte daraus auch resultieren, dass Ethikberatungen nicht mehr einberufen werden, weil diese womöglich nicht mehr von Nöten sind. Hier weisen wir aber deutlich darauf hin, dass der stressige Klinikalltag oftmals nicht die Zeit bietet, sich bewusst und professionell mit ethisch-moralischen Problemen gezielt auseinander zu setzen. Wir sind der Ansicht, dass Ethikberatungen gerade in der heutigen Zeit eine wichtige Hilfestellung bieten können.

4.2.1.3.4 Ziele und Ergebnisse für die Institution

Im Umkehrschluss sind die Institutionen jedoch auch gezwungen, die anfallenden Kosten einer klinischen Fallbesprechung zu tragen und Personal zur Verfügung zu stellen, welches ebenfalls bezahlt werden muss. „Societal values are often reflected in law and institutional policy, which are also part of the context that frames ethical issues in contemporary health care setting.“ (Aulisio et al. 2000, 60) Somit sollte das Vorhandensein klinischer Ethikberatungen auch attraktiv für die jeweilige Einrichtung sein. Die Kliniken sind zwar in erster Linie an einer guten medizinischen Versorgung der Patienten interessiert, jedoch liegt auch

seitens der Institutionen ein besonderes Augenmerk auf der Einsparung von Kosten sowie der Rationalisierung von nicht sinnvollen Einrichtungen. „It also provided observations suggesting that ethics consultations may lead to a reduction in non-beneficial treatment, particularly days spent in the ICU and hospital by patients who die before discharge, which may constitute unwanted or futile treatment.“ (Schneiderman et al. 2000, 3924)

Deshalb ist es von enormer Bedeutung, dass der Nutzen einer Ethikberatung die Kosten überwiegt. Dies geschieht, indem ethische Probleme, wie z. B. Entscheidungen über das weitere therapeutische Vorgehen am Lebensende eines Patienten professionell angegangen werden können, womit sich die jeweilige Einrichtung auszeichnen und wofür sie sich zertifizieren lassen kann.

Somit wird das Ansehen einer Ethikberatung in der Bevölkerung gesteigert. Die zunehmende Akzeptanz klinischer Ethikberatungen kann wiederum zu einem Mehrwert für die jeweilige Einrichtung führen, weil die Nachfrage bei Angehörigen nach Ethikberatungen wächst. Dies hat eine Steigerung der Einberufung von Ethikberatungen zur Folge, welche sich somit wiederum vermehrt für die Institution rechnen. „We suggest that clinical ethicists change their perspective and see the consultation not as a healthcare process like any other but as an activity that produces benefits for the institution other than cost savings.“ (Mills et al. 2005, 62)

Hier lässt sich auch ein Zusammenhang zu einem weiteren Qualitätskriterium aufzeigen, nämlich dem Nutzen für die Institution, der wie oben beschrieben nicht außer Acht gelassen werden darf.

Infolgedessen könnte man die Qualitätskriterien jedoch als widersprüchlich verstehen. Allerdings sind wir der Meinung, dass eine gute Ethikberatung in der Lage sein sollte, den Spagat zwischen der Beachtung der institutionellen Vorgaben auf der einen Seite und dem Handeln als unabhängiges Gremium auf der anderen Seite zu schaffen (vergleiche hierzu auch eine Aussage der AEM: „Es ist eine besondere Herausforderung der Ethikberatung, eine angemessene Balance zwischen institutioneller Einbindung und Unabhängigkeit herzustellen.“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 150). So bringt die Ethikberatung gleichzeitig der Institution als auch den Patienten und den übrigen Teilnehmern einen Nutzen. Aulisio beschreibt die Unabhängigkeit einer Ethikberatung mit den Worten: „[...]abuse of power and conflicts of interest must be avoided“ [...] (Aulisio et al. 2000, 59).

Außerdem werden durch das Abhalten von Ethikberatungen immer wieder auch Kosten und Ressourcen eingespart, weil gewisse Behandlungen beendet oder im Sinne einer „best supportive care“ fortgeführt werden und deshalb weitere kostspielige Untersuchungen wegfallen, die für den Patienten keinen weiteren Nutzen mehr hätten.

Dieses Qualitätskriterium sehen wir mit Vorsicht. Es kommt durchaus vor, dass durch das Unterlassen von Therapieoptionen im Sinne des Patienten Einsparungen gemacht werden. Aber wir lehnen es absolut ab, dass die Einsparung von Kosten und Ressourcen als ein primäres Ziel einer Ethikberatung gesehen werden sollte. In erster Linie geht es hier nämlich um die bestmöglichen Handlungsoptionen für den Patienten. „Grundsätzlich sollten bei allen Patienten die gleichen Zuteilungsregeln und -kriterien angewendet werden, so dass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.“ (Wasem und Marckmann 2009, 12)

Natürlich sind Kosteneinsparungen als guter Nebeneffekt zu betrachten und müssen sogar berücksichtigt werden, um ein effizientes Arbeiten zu gewährleisten. „Es wäre ethisch unvertretbar, eine bewusste Abwägung von Kosten und Nutzen nicht vorzunehmen [...]“ (Wasem und Marckmann 2009, 2). Die Deklaration der Kosten- und Ressourceneinsparung als eigenständiges Qualitätskriterium einer klinischen Fallbesprechung kann jedoch zum Vertrauensverlust in der Bevölkerung gegenüber ethischen Fallbesprechungen führen, was wiederum eine Abnahme der Einberufungen zur Folge hätte. Daraus würde sich ein geringerer Nutzen für die Institution ergeben, da die Kosten einer klinischen Fallbesprechung den Nutzen (bei nur seltener Einberufung von Ethikberatungen) übersteigen, was möglicherweise zur Rationalisierung von Ethikberatungen führen würde.

Schneiderman et al. beschreibt die Kostenersparnisse durch eine Ethikberatung mit der Reduktion der Intensivaufenthaltsdauer bei Patienten, die davon keinen Nutzen mehr erfahren. Dadurch können sowohl ungewollte als auch nicht mehr sinnvolle Behandlungen unterlassen und aufwendige und teure Maßnahmen verhindert werden. (Schneiderman et al. 2000, 3920–3924)

4.2.2 *Häufigkeit und Verteilung der Codes*

Im nächsten Absatz wollen wir nun abschließend auf allgemeine Auffälligkeiten bei der Vergabe der Codes eingehen.

Bemerkenswert ist die unterschiedliche Anzahl an vergebenen Codes in den verschiedenen Kategorien. So gibt es beispielsweise auf der einen Seite Codes, welche 25-mal vergeben wurden. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Codes, die nur 2-mal vergeben wurden. Wir sind der Ansicht, dass die Quantität der Codes innerhalb der einzelnen Kategorien eine untergeordnete Bedeutung für die thematische Gewichtung der Codes einnimmt. Zwar gibt es Codes, die immer wieder in diversen Datensätzen erneut eruiert werden können, was dann die Anzahl der Codevergabe innerhalb einer Kategorie wachsen lässt. Schuld daran ist vermutlich aber eher die Tatsache, dass offensichtliche Kriterien, die eine klinische Fallbesprechung bewerten könnten, einfach häufiger von den Autoren benannt werden, da sie auf der Hand liegen. Somit kann im Umkehrschluss nicht von einer geringeren Bedeutung derer Codes ausgegangen werden, welche nicht so häufig vorkommen. Am ehesten könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass es sich dabei um potenzielle Qualitätskriterien (= Codes) handelt, die erst nach genauerem thematischem Verständnis der Materie erkennbar und deshalb weniger häufig formuliert werden, oder von denen auszugehen ist, dass sie als selbstverständlich angesehen und daher nicht extra benannt werden. Zum besseren Verständnis des Sachverhaltes stellen wir einen häufig vorkommenden Code zwei nicht häufig genannten Codes gegenüber:

Eine klinische Ethikberatung sollte in der Lage sein, ein ethisches Problem darzustellen. Dieser Code konnte insgesamt 25-mal vergeben werden. Angesichts der Tatsache, dass der Klinikalltag an sich immer komplexere moralische Fragestellungen mit sich bringt, erscheint diese Aussage sinnvoll. Exemplarisch hierfür kann auf die Arbeit von M. P. Aulisio verwiesen werden, in der er direkt zu Beginn folgende Aussage trifft: „Patients, families, and health care providers have a right to expect that ethics consultants can deal competently with the complex issues that they are asked to address.[...] Faced with complex moral questions, health care providers, patients, and families are increasingly turning to ethics consultants for assistance.“ (Aulisio et al. 2000, 59) Ebenso erklärte die Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM), dass es „Aufgabe der Berater ist [...] einerseits, alle für die Bewertung des Falles erforderlichen Details sichtbar zu machen und allen Anwesenden Raum zur Beteiligung zu geben, andererseits die ethischen Fragen herauszuarbeiten und die Möglichkeiten des

weiteren Vorgehens nach ethischen Kriterien zu gewichten“. (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 152) Dies sind nur zwei Beispiele von vielen, jedoch ist die Sinnhaftigkeit dahinter klar erkennbar.

Demgegenüber taucht der nachfolgende Code lediglich zweimal in unseren Aufzeichnungen auf: „Eine klinische Fallbesprechung ist gut, wenn sie sich an Grundregeln, rechtlichen Vorgaben und Gesetzen orientiert.“

Es erscheint logisch, dass innerhalb einer klinischen Ethikberatung nicht völlig autark vorgegangen werden kann und dabei Grundregeln sowie Gesetze und rechtliche Vorschriften missachtet werden dürfen (vgl. hierzu (Parlamentarischer Rat 2023)). Denn dies würde schlimmstenfalls einen Straftatbestand darstellen, was sicherlich nicht im Sinne derer wäre, die an einer Fallbesprechung teilnehmen, geschweige denn im Sinne der jeweiligen übergeordneten Institution. Vermutlich wird eine solche Tatsache als selbstverständlich angesehen und daher nicht explizit in den Datensätzen erwähnt, was für die geringe Quantität dieses Codes sprechen könnte.

Ein weiteres Beispiel liefert folgender Code: „Eine klinische Fallbesprechung ist gut, wenn der Beratungsprozess moderiert wird.“

Auch dieser Code konnte nur zweimal herausgearbeitet werden. Möglicherweise sticht ein solches Argument als Qualitätskriterium nicht direkt ins Auge. Allerdings lässt sich dieser Code mit mehreren anderen Codes in Verbindung bringen und stellt unserer Meinung nach sehr wohl ein wichtiges Qualitätskriterium zur Bewertung von Ethikberatungen dar.

Die Moderation einer klinischen Fallbesprechung erscheint vernünftig, insofern dadurch einerseits das Gespräch unter meist mehreren beteiligten Teilnehmern eine gewisse Form annimmt und gleichzeitig ethisches Fachwissen mit in die Fallbesprechung einfließt. Des Weiteren kann durch die Moderation der Prozess und die Ergebnisse einer Fallbesprechung einfacher dokumentiert werden, da eine gewisse Struktur verfolgt wird. (Kobert et al. 2008, 122–133) Dieser eine Code steht somit mit vier anderen Codes in Zusammenhang, nämlich mit der Gesprächsführung und Dokumentation einer klinischen Fallbesprechung und mit der Orientierung an ethisch relevanten Prinzipien durch das Einbringen von Fachwissen durch den Moderator, sowie einer Strukturierung des Beratungsprozesses. (Bormann 2013, 117–127) (Fahr 2009, 32–44)

Oben genannte Beispiele machen verständlich, dass Codes, die weniger häufig vorkommen, keinesfalls von geringerer Bedeutung für die Bewertung der Qualität einer klinischen Fallbesprechung sind und daher nicht vernachlässigt werden sollten.

„Häufig wird in der Qualitativen Inhaltsanalyse die Stärke einer Kategorie anhand der Anzahl der Paraphrasen beschrieben [...]. Diese fälschliche Gleichsetzung von Quantität mit Bedeutsamkeit oder Wichtigkeit reduziert die Bedeutung und das Erleben des Einzelfalls zugunsten eines Interpretationsmodells, in dem die Masse der Aussagen bestimmt, was ein Ergebnis ist.“ (Burkhardt et al. 2017, 40)

„Der qualitativen Inhaltsanalyse geht es darum, diese Grundformen des Interpretierens von Text mit inhaltsanalytischen Regeln beschreibbar und überprüfbar werden zu lassen. Sind mit diesen Verfahren Zuordnungen von Kategorien zum Textmaterial regelgeleitet vorgenommen worden, so lassen sie sich gegebenenfalls auch quantitativ (Kategorienhäufigkeiten in bestimmten Textsegmenten) weiterverarbeiten.“ (Mayring 2010, 602)

Wie bereits in der Diskussion ersichtlich erscheinen manche Codes wichtiger als andere. Viele Qualitätskriterien (= Codes) stehen in unverzichtbarem Zusammenhang mit anderen, sind jedoch für sich allein gesehen eher als positiver Nebeneffekt und nicht als eigenständiges, beziehungsweise nur schwaches Qualitätskriterium zu betrachten. In der Zusammenschau mit den anderen Qualitätsmerkmalen ergeben gewisse Codes einen Sinn, würde man sie jedoch als einzelne Merkmale zur Beschreibung der Qualität betrachten, kommt es vor, dass sie sogar im Widerspruch miteinander stehen. Beispielsweise sollte eine Ethikberatung sowohl einen Nutzen für die Institution bringen als auch gleichzeitig als unabhängiges Gremium arbeiten und sich nicht in ihrer Entscheidungsfindung dadurch beeinflussen lassen. Zunächst wirkt dies widersprüchlich. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch klar, dass es sehr wohl Sinn macht diese beiden Codes als Qualitätskriterien zu bezeichnen.

Eine Ethikberatung trifft unabhängig von einer übergeordneten Institution ihre Entscheidungen und verursacht dadurch möglicherweise in einem Fall auch mehr Kosten für die Institution. In einem anderen Fall kann es jedoch dazu kommen, dass durch eine Entscheidung der Ethikberatung Kosten eingespart werden, was der Institution wiederum zugutekommt.

Außerdem erfährt die Institution durch eine Ethikberatung womöglich einen Mehrwert durch Zertifizierungen und ein gesteigertes Ansehen in der Bevölkerung, wenn es sich rumspricht,

dass genau dort ethische moralische Probleme professionell angegangen und gelöst werden können im Vergleich zu anderen Einrichtungen, die keine Ethikberatung haben.

4.2.3 *Mögliche Priorisierung der Codes*

Unseres Ermessens gibt es sicherlich mehrere Möglichkeiten, die Vielzahl der Qualitätskriterien untereinander zu priorisieren. Jedoch ist dabei zu beachten, dass eine gewisse Subjektivität des Auszuwertenden nicht vermieden werden kann. „Das markanteste Merkmal ist jedoch der Modus der Kategorienbildung. Meist wird in diesem Zusammenhang zwischen deduktiver (an Vorwissen orientierter) und induktiver (am Material orientierter) Kategorienbildung differenziert (u.a. Mayring 2015; Stamann et al. 2016), wobei sich in der Forschungspraxis eine zunehmende Tendenz zu Mischformen wie z.B. einem deduktiv-induktiven Vorgehen herauskristallisiert.“ (Ruin 2019, 8)

Wir verfolgten ein deduktiv-induktives Vorgehen und erachten die folgende Einteilung als sinnvoll:

unverzichtbares Qualitätskriterium	starkes Qualitätskriterium	schwaches Qualitätskriterium
...sie sich an rechtlichen Vorgaben und Gesetze orientiert	...der Beratungsprozess klar strukturiert ist	...sie für die Teilnehmer lehrreich ist
...sie sich an relevanten ethischen Prinzipien orientiert	...der Beratungsprozess moderiert wird	...es durch sie zur Einsparung von Ressourcen kommt
...der Beratungsprozess respektvoll unter den Teilnehmern abläuft	...der Beratungsprozess lückenlos dokumentiert wird	
...der Beratungsprozess fair gegenüber allen Teilnehmern abläuft	...flexibel auf das ethische Problem eingegangen wird, ohne sich dabei ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren	
...sie neutral abläuft	...zu Beginn geklärt ist, wer die Verantwortung für	

	die Entscheidung zu tragen hat
...die Handlungsoptionen an allgemein gültigen Normen angelehnt sind	...sie zur Aufteilung der Verantwortung über die Entscheidung im Team beiträgt
...der Wille des Patienten beachtet wird	...sie die für die Entscheidung Verantwortlichen bestärkt
...sie kontextorientiert ist	...das Ergebnis der Beratung im Konsens getroffen wurde
...es zur Darstellung des ethischen Problems kommt	...die Ansichten der Teilnehmer verständlich dargestellt werden
...ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem geschaffen wird	...sie bei unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer vermittelt
...alle, für den Fall relevanten Personen miteinbezogen sind	...eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird
...die Meinung von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten Personen vertreten wird	...eine konstruktive Unterhaltung unter den Teilnehmern gefördert wird
...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst	...die Teilnehmer die unterschiedlichen Perspektiven reflektieren
...alle Ansichten der Teilnehmer beachtet werden	...die Ansichten kritisch abgewogen werden
...sie förderlich für die Entscheidungsfindung ist	...der Fall möglichst breit betrachtet wird
...die Entscheidung zur Förderung des Patientenwohlergehens beiträgt	...durch sie Kommunikationsprobleme aufgedeckt werden

...durch sie relevante Handlungsoptionen erarbeitet werden	...durch sie personelle Konflikte gelöst werden
...die dargestellten Handlungsoptionen klinisch praktikabel anwendbar sind	...sie die Anpassung von Behandlungsplänen zur Folge hat
...durch sie ethische Probleme gelöst werden	...die Beratung hilfreich für die Teilnehmer im Alltag ist
	...sie sich an institutionellen Vorgaben orientiert
	...sie einen Mehrwert für die Institution bringt

Tabelle 4: Mögliche Gewichtung der Qualitätskriterien

Wir sind der Ansicht, dass es einige unverzichtbare Qualitätskriterien gibt, welche jede einzelne Ethikberatung garantieren muss.

Dabei handelt es sich um Qualitätskriterien (= Codes), die unseres Erachtens für eine Ethikberatung als fundamentale Rahmenbedingungen gelten sollten. Hierunter fallen unter anderem triviale Voraussetzungen, wie beispielsweise, dass sich die Teilnehmer einer Ethikberatung an rechtliche Vorgaben und Gesetze zu halten haben. Allerdings ist es auch durchaus nicht von der Hand zu weisen, dass sich eine Ethikberatung an relevanten ethischen Prinzipien orientieren sollte.

Des Weiteren fallen darunter ebenfalls Qualitätskriterien, die gewisse Grundansprüche an den Beratungsprozess stellen. Es leuchtet ein, dass exemplarisch die Darstellung des ethischen Problems oder die Erfassung aller für den Fall wichtigen Aspekte durch die Beachtung der Ansichten aller Teilnehmer inklusive der Beachtung des Patientenwillens, eine Notwendigkeit im Beratungsprozess darstellen, um den Zweck einer Ethikberatung zu erfüllen.

Zusätzlich in die Sparte der unverzichtbaren Qualitätskriterien gehören unserer Meinung nach wichtige Ziele, die eine Ethikberatung erreichen sollte. Der Sinn einer Ethikberatung

besteht unter anderem darin, die Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern zu fördern, Handlungsoptionen aufzuzeigen und im besten Fall das ethische Problem zu lösen.

Neben diesen unverzichtbaren Qualitätskriterien stehen starke Qualitätskriterien, die eine Ethikberatung erfüllen sollte. Je höher der Grad der Erfüllung ist, desto besser kann eine Ethikberatung aus unserer Sicht bewertet werden. Je strukturierter der Beratungsprozess zum Beispiel abläuft, je flexibler auf das vorliegende ethische Problem eingegangen wird und je offener die Kommunikation unter den Teilnehmern stattfindet, desto qualitativ hochwertiger ist die Ethikberatung in unseren Augen anzusehen. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch nicht, dass bei Nichterfüllung eines starken Qualitätskriteriums die Ethikberatung als misslungen angesehen werden kann. Eine Ethikberatung, welche im Vergleich zu einer anderen Ethikberatung die starken Qualitätskriterien zu einem höheren Grad erfüllt, wird unseres Ermessens nach dennoch als qualitativ hochwertiger eingestuft, allerdings bedarf es weitere Untersuchungen, um diese Ansichten zu validieren.

Abschließend gibt es noch eine Sparte mit schwachen Qualitätskriterien. Diese beschränken sich jedoch auf wenige Qualitätskriterien und sind unserer Meinung nach eher als positiver Nebeneffekt zu betrachten, denn wir sind der Auffassung, dass es zwar erfreulich ist, wenn eine Ethikberatung beispielsweise die Einsparung von Ressourcen zur Folge hat, jedoch muss dieses Qualitätskriterium mit Vorsicht gesehen werden, da das nicht das oberste Ziel einer Ethikberatung sein sollte.

Klinische Ethikberatungen sind in der heutigen Zeit durch die zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten und die Vielfalt an Wertevorstellungen ein wichtiges Instrument geworden, die hilfreich sind, den Klinikalltag mit ethisch moralischen Problemen besser zu meistern und die Möglichkeit bieten, sich professionell beraten zu lassen. Daher ist die Bewertung dieser Gremien von enormer Bedeutung, was durch Qualitätskriterien erleichtert werden kann.

4.3 Herausforderungen bei der Entwicklung von Qualitätskriterien klinischer Ethikberatungen in Deutschland

Obwohl es bereits zahlreiche Ansätze gibt um die Qualität klinischer Ethikberatungen möglichst präzise zu beschreiben, fehlt bisher ein geeignetes Messinstrument mit welchem man alle klinischen Ethikberatungen hinsichtlich ihrer Qualität untereinander vergleichbar machen kann. Im Folgenden soll dieser Sachverhalt genauer diskutiert und mögliche Faktoren aufgezeigt werden, warum es eine Herausforderung darstellt, Qualitätskriterien für eine klinische Ethikberatung festzulegen.

4.3.1 Unterschiedliche Strukturen klinischer Ethikberatung

In Deutschland herrscht bisher keine Einigkeit darüber, welches Modell einer klinischen Ethikberatung am besten geeignet scheint. Neben dem klinischen Ethikkomitee existieren klinische Ethikberatungen, aber auch Ethikarbeitsgruppen, Ethikausschüsse und Ethikforen, sowie Einzelfallberatungen mit einem Moderator. (Bundesärztekammer 2006, A1703)

Die einzelnen Modelle unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Strukturen:

Strukturen der Klinischen Ethikberatung

Expertenmodell

- Ethik-Komitee berät separat und „unter sich“

Delegationsmodell

- Ethik-Komitee berät sich mit der anfragenden Person

Prozessmodelle

- gesamtes Ethik-Komitee berät auf der Station
- Ethik-Komitee entsendet Berater auf die Station
- Ethik-Fallbesprechung durch geschulte Moderatoren
- Ethik-Konsil durch Einzelperson

Offene Modelle

- Dezentrale Arbeitsgruppen (zB. Ethik-AG, Ethikforum, Ethik-Cafe, Runder Tisch) mit oder ohne KEK
- Fallbezogene Stationsrunden

Abbildung 4: Strukturen der klinischen Ethikberatung

Quelle: in Anlehnung an (Dörries et al. 2008, 63)

Die unterschiedlichen Strukturen sind in den Kliniken mehr oder weniger stark etabliert. Jedes Modell zeigt für sich gesehen gewisse Vor- und Nachteile.

Beim Expertenmodell sitzen mehrere Experten aus vielen unterschiedlichen Bereichen zusammen, um sich über einen bestimmten Fall zu beraten. Diese Gremien werden in Zusammenarbeit mit den Klinikleitungen gegründet und es werden bestimmte Personen unterschiedlicher Fachrichtungen als Mitglieder ausgewählt, welchen man einen gewissen Expertenstatus unterstellt. Schwerwiegende ethische Fälle aus dem Klinikalltag werden an die Ethikkomitees herangetragen mit dem Ziel, dass von diesen Gremien eine optimale Lösung für den Fall gefunden wird. Damit erfolgt eine Verlagerung der Verantwortung an das Expertenmodell und das behandelnde Team ist an der Lösungsfindung nicht beteiligt. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass das Votum des Ethikkomitees auf Unstimmigkeiten und fehlende Akzeptanz im behandelnden Team trifft, da eine Konsensbildung bei diesem Modell ausbleibt. Außerdem ist es nicht auszuschließen, dass das eigentliche ethische Problem nicht direkt erkannt wird, da das Expertenmodell ausschließlich aufgrund der Aktenlage zu einem Lösungsvorschlag kommt. Eine wichtige Aufgabe stellt jedoch die Entwicklung von

Ethikleitlinien dar, welche zunächst in Expertengremien diskutiert werden sollten, bevor sie für die Allgemeinheit in Kraft treten. (Dörries et al. 2008, 63–64)

Durch das Delegationsmodell erhöht sich die Transparenz des Beratungsprozesses, weil die anfragende Person direkt in den Beratungsprozess des Ethikkomitees integriert ist und den Fall vortragen, sowie die Lösungsvorschläge an das Stationsteam weiterleiten kann. Allerdings bleibt auch bei diesem Modell die Meinung der anderen an dem Fall beteiligten Mitglieder offen, was wiederum zu Unstimmigkeiten bezüglich des Votums in der jeweiligen Abteilung führen kann. Bezüglich der Organisation bieten die Delegationsmodelle den Vorteil, dass räumlich wenig Platz vorhanden sein muss, da nur eine Person zusätzlich am Beratungsprozess beteiligt ist und nicht das komplette behandelnde Team. (Dörries et al. 2008, 65)

Bei den Prozessmodellen besteht eine größere Interaktion zwischen dem beratenden Gremium und der Station. Entweder verlagert das Ethikkomitee seine Arbeit direkt auf die Station oder „[d]ie Moderation von Einzelfallberatungen auf Station übern[e]hmen Untergruppen des Klinischen Ethikkomitees, mobile Ethikberatungen oder beauftragte Einzelpersonen (Ethikberater).“ (Bundesärztekammer 2006, A1703) Dadurch erhöht sich die Transparenz, die Möglichkeit der behandelnden Personen, sich aktiv am Lösungsfindungsprozess zu beteiligen und somit ein Votum im Konsens zu finden, welches von den Beteiligten bessere Akzeptanz findet. Allerdings darf der Mehraufwand nicht unterschätzt werden, denn es müssen sowohl ausreichende Zeitfenster, räumliche Ressourcen und die Freistellung des an der Behandlung beteiligten Personals berücksichtigt werden. Die jeweiligen Moderatoren (=Ethikberater) sollten ausreichend Erfahrung haben und geschult im Umgang mit moralisch schwierigen Entscheidungen und der Gesprächsführung beziehungsweise der Moderation und Vermittlung bei Unstimmigkeiten sein: „[...] ethics consultants should have skills in three general areas (assessment skills, process skills, and interpersonal skills) [...]. (Chidwick et al. 2004, E6)

Als weitere mögliche Struktur klinischer Ethikberatung sind die offenen Modelle zu nennen, welche häufig einen informellen Charakter haben. (Dörries et al. 2008, 69) „Sie heißen beispielsweise Ethik-AG, Arbeitskreis Ethik, Ethik-Café, Ethik-Salon, Ethik-Forum oder

Runder Tisch Ethik. Ihnen allen ist gemein, dass eine Plattform geschaffen wird, auf der sich Mitarbeiter, die sich besonders für ethische Aspekte ihrer Tätigkeit einbringen möchten, informieren und zu bestimmten Themen austauschen können.“ (Dörries et al. 2008, 69)

Solche offenen Modelle können einerseits der Grundstein für die Etablierung von Ethikkomitees sein, aber auch ein Angebot von Ethikkomitees darstellen, sich in ungezwungenem Rahmen und flexibel über ethische Themen auszutauschen. Allerdings sind solche offenen Modelle eher weniger für die Beratung von ethischen Problemen auf der Station geeignet.

Auf Grund der unterschiedlichen Ansätze in der Struktur klinischer Ethikberatungen ist es nahezu unmöglich, einheitliche Qualitätskriterien für ethische Fallbesprechungen zu etablieren. Jedes Modell hat für sich gesehen unterschiedliche Schwerpunkte oder eine andere Herangehensweise an ethische Probleme, so dass es nicht leichtfällt hier einheitliche Kriterien zu finden, die eine gute Qualität beschreiben, die allgemein auf eine klinische Fallbesprechung angewendet werden können. Um allgemein gültige Qualitätskriterien festzulegen, müsste man sich auf eine Struktur festlegen und eventuell versuchen, die Vor- und Nachteile aller Modelle in einem Modell zu vereinen.

In dieser Arbeit wurde das Kriterium genannt, dass alle für den Fall wichtigen Personen anwesend sind und ihre Meinung kundtun können. Dies lässt sich allerdings nicht mit einem Modell der Ethikberatung vereinen, bei dem die Angehörigen und Patienten gar nicht am Beratungsprozess teilnehmen.

Marion Danis trifft hierzu folgende Aussage: „Our study shows that nearly all US hospitals have some sort of HCEP [= Health care ethics programs], but these programs vary widely in terms of scope, activities, staffing, workload, and compensation of staff. Only a minority of HCEPs are integrated ethics programs in that they apply a unified, coordinated programmatic approach to managing ethics that address a broad range of ethics content areas and employ a wide range of strategies to integrate with other parts of the organization. The greatest challenge facing HCEPs is lack of resources, except in small hospitals where the greatest challenge is underutilization.“ (Danis et al. 2021, 13)

4.3.2 *Unterschiedliche Methoden klinischer Ethikberatungen*

In einer Stellungnahme der AEM (Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens) wird bereits darauf hingewiesen, dass „[...] die Orientierung an einem Moderationsleitfaden [...] sinnvoll [ist].“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 152). Von einem Ethikberater wird daher nicht nur eine ethische Expertise gefordert, sondern auch eine gewisse Moderationskompetenz um einen strukturierten Ethikberatungsprozess zu gewährleisten. (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, 152)

Es sind bereits unterschiedliche Leitfäden in der Literatur beschrieben wie zum Beispiel:

- *Der Basler Leitfaden*
- *Das Nimwegener Modell*
- *Die Prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer*

Der Basler Leitfaden

Der Basler Leitfaden vereint zwei unterschiedliche Ansätze, zum einen die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress, sowie den systematischen Perspektivenwechsel:

Vier-Prinzipien-Ansatz der Medizinethik (nach Beauchamp und Childress)

1. Respekt vor der Autonomie des Patienten („respect for autonomy“)
2. Vermeidung von Schaden („non-maleficence“)
3. Hilfeleistung („beneficence“)
4. Gerechtigkeit („fairness“)

Abbildung 5: Vier Prinzipien Ansatz nach Beauchamp und Childress

Quelle: in Anlehnung an (Reiter-Theil 2005, 348–350)

Systematischer Wechsel der Perspektiven

Ich-Perspektive

Bedürfnisse der beteiligten Individuen, persönliche Werte, professionelles Selbstverständnis, Grenzen der Belastbarkeit u.a.; Rechte des Patienten.

Ich-Du-Perspektive

Beziehungsebene zwischen Patient und Arzt/Betreuer bzw. Bezugsperson: Erwartungen, Versprechen, Vertrauen, Überforderung u.a.

Persönliche Wir-Perspektive

Beziehungskontext des Patienten, vor allem Familie und Angehörige; Beziehungskontext des Arztes / Betreuers, hier vor allem das Team.

Institutionelle Perspektive

Leitbild, Werteorientierung, Hierarchie, Entscheidungs- und Handlungsraum, Gewissensfreiheit des einzelnen in der Institution, Einschränkungen, zB. durch Rationierung.

Professionelle Perspektive

Standards des Fachgebietes, rechtliche Rahmenbedingungen, professionelle Ethik; zB. Sorgfaltspflichten.

Kollektive Perspektive

Wertehorizont, zB. durch Mitgliedschaft in einer religiösen oder politischen Gemeinschaft; persönliche Verantwortung als Mitglied einer Gesellschaft; Frage: welche Medizin und welche Gesellschaft wollen wir?

Abbildung 6: Systematischer Perspektivenwechsel

Quelle: in Anlehnung an (Reiter-Theil 2005, 348–350)

Basler Leitfaden zur Klinischen Ethikkonsultation

1. *Vorbereitung*
 - Klärung des Rahmens und des Vorgehens (soweit nötig);
 - problemzentrierter Bericht aus dem klinischen Team;
 - Gelegenheit für Rückfragen und Ergänzungen.
2. *Spontane Falldiskussion der direkt Beteiligten (nach Bedarf)*
 - Gemeinsame Formulierung eines Ethikfokus für die weitere Bearbeitung.
3. *Methodische Ethikanalyse*
 - Ethische Prinzipien, Werte, Normen;
 - systematischer Perspektivenwechsel;
 - Pro und Kontra der Optionen;
 - ggf. Identifikation und Schließen von Lücken oder Korrektur von Fehleinschätzungen.
4. *Fokussierte Ergebnisse – explizite Formulierung*
 - Entscheidung(en) und ethische Begründung;
 - weiteres Vorgehen;
 - Dokumentation.
5. *Feedback, Evaluation, Begleitforschung (wenn möglich)*

Abbildung 7: Basler Leitfaden nach Reiter-Theil

Quelle: in Anlehnung an (Reiter-Theil 2005, 348–350)

Das Nimwegener Modell

Das Nimwegener Modell soll eine Erleichterung insbesondere bei der klinischen Fallbesprechung bieten, indem es eine Struktur in den Beratungsprozess bringt. Zunächst soll das vorliegende ethische Problem genau beschrieben werden, um eine gemeinsame Ausgangsbasis und ein gemeinschaftliches Verständnis unter allen Beteiligten zu schaffen. Im Weiteren werden dann alle Aspekte und Fakten zusammengetragen, die zu dem ethischen Problem führen oder damit in Verbindung stehen. Im nächsten Schritt findet eine Diskussion über die Wertevorstellungen des Patienten, aber auch der an der Behandlung beteiligten Personen statt und es werden unterschiedliche Moralvorstellungen gegeneinander abgewogen. Zu guter Letzt ist es möglich, dass die Formulierung des ethischen Problems noch einmal überdacht werden muss, nämlich dann, wenn sich während des Beratungsprozesses der Fall anders darstellt, als anfangs vermutet.

Die Prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer

Die prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer gliedert sich in die fünf Punkte:

1. **Analyse:** medizinische Aufarbeitung des Falls
 - a) Informationen über den Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen etc.)
 - b) (Be-)Handlungsoptionen mit ihren Chancen und Risiken (Prognose)
2. **Bewertung I:** ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - a) Wohl des Patienten fördern, nicht schaden
 - b) Autonomie respektieren
3. **Bewertung II:** ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten:
Familienangehörige, andere Patienten, Versicherungsgemeinschaft (Gerechtigkeit)
4. **Synthese:** konvergieren oder divergieren der Verpflichtungen?
Im Konfliktfall → begründete Abwägung
5. **Kritische Reflexion:**
 - a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?
 - b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?

Abbildung 8: Die Prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer

Quelle: in Anlehnung an (Marckmann und Mayer 2009, 982)

Die oben kurz beschriebenen Methoden zeigen zusammenfassend betrachtet das gemeinsame Ziel, eine möglichst optimale Lösungsstrategie für ein ethisches Problem zu finden. Allen Methoden ist gemeinsam, dass es zunächst um die klare Darstellung des ethischen Problems geht und der Versuch unternommen wird, eine gemeinsame Ausgangsbasis bezüglich des ethischen Dilemmas zu schaffen. Jedoch ist die Herangehensweise nicht bei allen Modellen gleich und die Heterogenität aller Modelle erschwert die Erstellung von einheitlichen Qualitätskriterien.

Die einzelnen Punkte der unterschiedlichen Methoden wurden in der vorliegenden Arbeit teilweise als mögliche Qualitätskriterien beschrieben. Allerdings fehlt eine einheitliche Methode, die alle diese Kriterien vereint und somit das Gesamtbild der Qualität einer klinischen Ethikberatung aufzeigt.

4.3.3 Unterschiede in der Etablierung und Akzeptanz von klinischen Ethikberatungen

Die Etablierung und Implementierung von Ethikberatungen benötigen die Zustimmung der Klinikleitung. Es bestehen unterschiedliche Arten: Zum einen gibt es das Top-Down-Modell, bei dem die Geschäftsführung der Klinik die Implementierung veranlasst oder das Bottom-Up-Modell, bei dem die Initialisierung zur Etablierung von Mitarbeitern der Klinik ausgeht. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Einführung einer klinischen Ethikberatung von außen getriggert wird, nämlich wenn die jeweiligen Kliniken sich mit anderen Kliniken messen und sich für die Einführung und das Vorhandensein klinischer Ethikberatungen zertifizieren lassen wollen. (Maio, Giovanni/Heinemann, Wolfgang 2010, 140–141) Alle Modelle zeigen Vor- und Nachteile.

Beim Top-Down-Modell könnte der Eindruck entstehen, dass die Klinikleitung beispielsweise den ärztlichen Kollegen Vorgaben machen möchte wie die Behandlung kritisch kranker Patienten erfolgen sollte und ggf. könnte eine Therapiezieländerung hinsichtlich eines palliativen Konzeptes zu der Fehlinterpretation führen, dass dies ausschließlich zur Kosteneinsparung für die Klinik veranlasst wird.

Im Gegensatz dazu zeigen sich beim Bottom-up-Modell andere Schwierigkeiten. Die Klinikleitung muss die personellen Kapazitäten (beispielsweise in Form von Ethikberatern) zur Verfügung stellen was einerseits mit einem erhöhtem Personalaufwand und andererseits auch mit einem vermehrten Kostenaufwand verbunden ist. Aber auch die benötigte Zeit für das Abhalten von Fallbesprechungen, die nötigen Räumlichkeiten und organisatorischen Anforderungen (zB. Wer kann eine Ethikberatung einberufen? Wer nimmt an den Ethikberatungen teil, nur die an der Behandlung beteiligten Personen/der Patient/die Angehörigen? etc.) stellen Herausforderungen dar. „[...] we advice to include ‘tools of improvement’ - meaning people from the section, ward or discipline on stake – rather than top-down ‘tools of management’ exclusively [...].“ [...] Including members of the team in the implementation process seems a fair choice as their local culture is at stake.“ (Weidema et al. 2012, 17)

Gleichzeitig müssen Kliniken auch wirtschaftlich arbeiten und daher bleibt ein Konkurrenzdenken mit anderen Kliniken nicht aus. Die Zertifizierung von Kliniken ist aus

heutiger Sicht wirtschaftlich nicht mehr wegzudenken was ein weiterer Grund für die Etablierung einer Ethikberatung sein könnte, jedoch sollte dies nicht als vorrangiger Grund zur Implementierung einer Ethikberatung in Betracht gezogen werden.

Hinsichtlich dieser Unterschiede in der Etablierung ergeben sich weitere Probleme bei der Suche nach einheitlichen Qualitätskriterien einer klinischen Fallbesprechung. Durch die möglicherweise diverse Akzeptanz von Fallbesprechungen in der Klinik durch Mitarbeiter oder die Klinikleitung besteht die Gefahr, dass Qualitätskriterien nicht als solche erkannt werden. Wie bereits oben erwähnt ist dies am Beispiel der Kosteneinsparung durch das Unterlassen nicht gewollter oder benötigter Behandlungen deutlich erkennbar. Aber auch die „Einmischung“ der Ethikberatung (welche durch ein Top-Down-Modell etabliert wurde) im weiteren Behandlungsplan des Patienten könnte dazu führen, dass sich Ärzte in ihrer Entscheidungsfindung von der Klinikleitung bevormundet fühlen und eine Ethikberatung nicht als Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung im Alltag sehen, sondern vielmehr als Kontrollorgan der Klinikleitung. „An ethics committee is intended to be a low threshold offer promoting the ability to reflect on ethical matters and is not meant to be a forum for moralizing and passing judgment.“ (Kalager et al. 2011, 120)

4.3.4 Unterschiedliche Anforderungen an Qualitätskriterien in Bezug auf die jeweiligen Fachabteilung

Bei der Betrachtung der Qualität von Fallbesprechungen muss in diesem Zusammenhang auch das jeweilige Setting berücksichtigt werden. Während in dieser Arbeit speziell auf mögliche Qualitätskriterien im klinischen Setting eingegangen wird, beziehen sich Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Fallbesprechungen in anderen Abteilungen (Altenheim, Pflegeheim, etc.) möglicherweise auf andere Merkmale.

Hierauf soll im Folgenden nur kurz eingegangen werden, da es nicht direkt das Thema der Arbeit behandelt aber dennoch in Zusammenhang damit steht.

In Pflege- und Altenheimen stehen die Mitarbeiter häufig vor der Frage der Über- oder Untertherapie. Einerseits möchte man pflegebedürftige Menschen in ihrem Alltag

unterstützen, andererseits soll dadurch nicht die Selbstständigkeit dieser Menschen verloren gehen, beziehungsweise soweit möglich erhalten bleiben.

Gerade in Altenheimen ergeben sich Fragestellungen, wie zum Beispiel: „[D]ie Verlegung ins Krankenhaus bei sterbenskranken Bewohnerinnen, der Beginn einer dauerhaften künstlichen Ernährung bei Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz und deutlichen Abwehrsignalen, die Verabreichung von Mitteln zur Verzögerung einer dementiellen Entwicklung (Antidementiva), obwohl der Nutzen umstritten und ein Schaden für den Patienten möglich ist“ (Heinemann und Maio 2010, 165)

Dennoch darf eine Therapie nicht auf Grund der Tatsache unterlassen werden, weil von außen der Anschein entsteht, dass ein Bewohner keine Lebensqualität mehr hat, nur weil er sich nicht mehr äußern und aktiv am Leben teilhaben kann. Oftmals wird dies salopp mit „dahin Vegetieren“ beschrieben, jedoch ist nicht davon auszugehen, dass dies nicht dennoch ein subjektives Wohlbefinden eines Menschen darstellen kann. (Heinemann und Maio 2010, 169)

Anhand solcher Szenarien geht hervor, dass sich mögliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung einer Fallbesprechung hier von denen der Klinik (vor allem auf den Intensivstationen) deutlich unterscheiden können und hier unterschiedliche Kriterien zur Bewertung verwendet werden sollten.

Dies stellt eine weitere Schwierigkeit bei der Erstellung von allgemeinen Qualitätskriterien für eine ethische Fallbesprechung dar.

4.3.5 Gegensätzliche Wertevorstellungen einer multikulturellen Gesellschaft

Die Weltbevölkerung nimmt kontinuierlich zu und so ist es nicht verwunderlich, dass bei knapp 8 Milliarden Menschen unterschiedliche Lebensanschauungen und Wertevorstellungen existieren. Das Sprichwort „Andere Länder, andere Sitten“ stellt auch die Kliniker vor Herausforderungen in der Behandlung ihrer Patienten, denn durch die multikulturelle Vielfalt wachsen auch die unterschiedlichen Vorstellungen von Werten innerhalb einer pluralistisch geprägten Bevölkerung durch die zunehmenden medizinischen Möglichkeiten.

Aber auch Abweichungen von den eigenen religiösen Anschauungen können zur erschwerten Behandlung von Patienten führen. Wie behandelt man beispielsweise einen Menschen,

der der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas angehört, wenn dieser eine lebenswichtige Bluttransfusion ablehnt? Sicherlich gibt es einige Alternativen um dieses Problem beispielsweise während einer OP zu umgehen, aber wie soll man im weiteren Verlauf mit der Bedingung des Patienten umgehen? So ein Patient würde es sicherlich als falsch erachten, wenn er eine Bluttransfusion erhalten würde, auch wenn dadurch sein Leben gerettet würde. Im Gegensatz dazu kann der behandelnde Arzt es möglicherweise mit seiner Wertvorstellung nicht vereinen, dass er den Patienten in solch einer Akutsituation sterben lässt, obwohl dies mit einfachen Mitteln verhindert werden kann. Dies steht im Gegensatz zum hippokratischen Eid, dem Gelöbnis der Ärzteschaft. Gleichzeitig würde die Transfusion gegen den Willen des Patienten dem ethischen Prinzip der Autonomie des Patienten sprechen.

Hier prallen zum einen Kriterien wie die Autonomie des Patienten und zum anderen das Wohlwollen und Nichtschaden des Patienten aufeinander. Genau genommen sind beide Kriterien für sich genommen gleichwertig, jedoch kommt es hier auf die divergierenden Sichtweisen der Beteiligten an und wie ein solches Problem gelöst werden kann.

Die subjektiven Meinungen und Moralvorstellungen der einzelnen Menschen können zwar in vielen Fällen übereinstimmen, jedoch in Einzelfällen auch abweichen.

Dies macht deutlich, dass es auch hier eine Herausforderung darstellt, Einheitskriterien zur Beurteilung der Qualität klinischer Fallbesprechungen zu finden. Es wird sicherlich nie möglich sein, dass alle Teilnehmer einer Fallbesprechung sich immer einig und glücklich über das Ergebnis der Ethikberatung sind. Trotzdem kann eine Ethikberatung hier als qualitativ gut erachtet werden, wenn andere, möglicherweise stärker gewichtete Kriterien erfüllt werden. Es kommt also auch immer auf die Priorisierung einzelner Qualitätskriterien an, die oftmals nicht alle gleichermaßen stark Berücksichtigung finden können. Auch in der vorliegenden Arbeit wurde daher versucht, eine mögliche Gewichtung der einzelnen Qualitätskriterien durchzuführen. Allerdings muss bedacht werden, dass diese Gewichtung eine subjektive Sichtweise der Autoren darstellt und eine andere Person die Kriterien möglicherweise anders priorisieren würde.

Zusammenfassend gesagt, hat eine Ethikberatung unter anderem die Funktion, „[...] Zeit zu geben. Dies betrifft sowohl Zeit für die Darstellung verschiedener Perspektiven als auch Zeit für nochmalige Reflexion und gegebenenfalls Änderung der eigenen Perspektiven.“ (Vollmann et al. 2009, 69) „Ein Aspekt der Effektivität einer Ethik-Fallberatung besteht

darin, dass der juristisch normierte Handlungs- und Entscheidungskorridor schnell erkannt und benannt wird.“ (Vollmann et al. 2009, 53)

Trotz all der unterschiedlichen Anschauungen und Ansichten stellt es eine Aufgabe der Ethikberatung dar, eine „[...] moralisch akzeptable und tragfähige Lösung zu finden.“ (Vollmann et al. 2009, 54)

4.3.6 Herausforderung bei der Messbarkeit von Qualität klinischer Ethikberatungen

Die Bewertung der Qualität einer klinischen Fallbesprechung stellt eine weitere Herausforderung dar. Vor allem die Ergebnisqualität, als Teil der Qualitätsbewertung einer Fallbesprechung basiert häufig auf Grund von subjektiven Meinungen und ist insbesondere deshalb nicht rein anhand von Zahlen zu verifizieren. Hier zählen vielmehr weichere Kriterien in Form von Patientenzufriedenheit, Steigerung der Lebensqualität etc. Solche Kriterien sind allerdings eher subjektiver Natur und die Meinungen der einzelnen Mitglieder einer Ethikberatung können sich unterscheiden oder aber im Verlauf auch verändern. Es bestehen „[...] Unterschiede zwischen der subjektiv empfundenen und objektiv nachvollziehbaren Qualität sowie die sich im individuellen Behandlungsverlauf verändernde Bewertung bzw. die Frage nach dem geeigneten bzw. angemessenen Zeitpunkt für eine Qualitätsmessung. Angemessene Indikatoren für die Erhebung und Interpretation der Ergebnisqualität zu finden, wirft zusätzliche Schwierigkeiten auf: Auf das Ergebnis wirken sich auch die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten, seine Erwartungen, gegebenenfalls vorangegangene Behandlungen sowie die Adhärenz des Patienten während der Behandlung aus.“ (Deutscher Ethikrat 2017, 52–53)

Um einheitliche Qualitätskriterien einer Fallbesprechung festzulegen, müssten die unterschiedlichen subjektiven Erwartungen aller Teilnehmer auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden. Dadurch, dass die Beteiligten einer Fallbesprechung im Verlauf des Beratungsprozesses ihre Meinungen ändern können, scheint dies eine unmögliche Aufgabe darzustellen. Eventuell könnte man durch Vergleiche unterschiedlicher Meinungen anhand einer großen Anzahl von Ethikberatungen eine metrische Zahl generieren, die einen Anhalt bietet, wie viele Teilnehmer einer Meinung sind und dadurch mögliche Qualitätskriterien erstellen.

4.4 Kritische Bewertung der vorliegenden Arbeit und Limitationen

4.4.1 *Strukturierte Literaturrecherche*

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst mit einer strukturierten Literaturrecherche bei PubMed begonnen. Diese deckte zahlreiche Publikationen unterschiedlicher Art für die weitere Arbeit auf, aus welchen im Anschluss Codes entwickelt wurden.

Es wurden bei der Auswertung der Daten kein Unterschied gemacht, ob es sich um klassische Forschungsartikeln, Zeitschriftenartikel, Übersichtsarbeiten, Kommentare oder Reviews handelte. Somit erhielten wir einen guten Überblick und konnten uns schnell mit dem Forschungsthema vertraut machen. „Review-Artikel geben einen Überblick über die bereits existierende Literatur und fassen aktuell Zeitschriftenartikel über ein bestimmtes Thema zusammen. Sie eignen sich daher gut, um sich in den aktuellen Forschungsstand einzuarbeiten.“ (Burkhardt et al. 2017, 6)

Eine Limitation könnte die Verwendung von lediglich einer Datenbank sein. PubMed beinhaltet zwar zahlreiche Fachartikel, allerdings sind diese eher medizinisch orientiert. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die zusätzliche Suche in psychologischen oder philosophischen Datenbanken eine höhere Anzahl von Fachartikeln geliefert hätte. Möglicherweise wären diese Publikationen ebenfalls interessant in Bezug auf die Forschungsfrage gewesen, da sie das Thema von einer anderen Seite betrachtet hätten. „Additionally it should include further primary literature databases, e.g. Embase, Web of Science, CINAHL and LILACS, as well as clinical trial registers listing ongoing and unpublished research.“ (Metzendorf et al. 2014, 373)

Dennoch konnte in der durchgeführten Literaturrecherche bei PubMed bereits eine Tendenz wichtiger Qualitätskriterien herausgefiltert werden, welche sich bei der Vielzahl der Datensätze oftmals wiederholten. Wahrscheinlich hätte eine strukturierte Literaturrecherche auch in anderen Datenbanken noch weitere, vereinzelt noch nicht gefundene Codes, aufdecken können, welche möglicherweise bedeutungsvoll gewesen wären.

Außerdem variiert die Qualität der Literatur innerhalb der unterschiedlichen Datenbanken (vgl. hierfür PubMed und The Cochrane Library): „Literature databases like PubMed and

The Cochrane Library offer sophisticated tools for searching an increasing amount of medical publications of varied quality and ambition.“ (Metzendorf et al. 2014, 373)

Für eine Literaturrecherche ist das Formulieren geeigneter MeSH-Begriffe entscheidend. Anhand der MeSH-Begriffe, die zur Suchformelgenerierung genutzt werden, wächst und fällt die Ausbeute inhaltlich relevanter Datensätze. Da tendenziell relevante Artikel eines Themas mit denselben MeSH-Begriffen bei PubMed verschlagwortet werden, hätte die Suche nach MeSH-Begriffen bei Eingabe abweichender, aber inhaltlich ähnlicher Fachartikel, wahrscheinlich nur eine geringe Varianz gezeigt. Gegebenenfalls wäre die Menge an MeSH-Begriffen durch die Eingabe einer größeren Anzahl an Fachliteratur bei PubMed in den „Single Citation Matcher“ höher ausgefallen. „A sensitive search approach, in contrast, requires the careful identification of text words and controlled vocabulary (MeSH) as well as the usage of advanced search techniques and should be undertaken in both The Cochrane Library and PubMed.“ (Metzendorf et al. 2014, 373)

Jedoch legten wir großen Wert darauf möglichst Literatur mit engem Bezug zur Forschungsfrage heranzuziehen. Eine erhöhte Sensitivität bei der Literaturrecherche hätte somit einerseits zwar eine größere Ausbeute an Datensätzen bedeutet, andererseits wäre gleichzeitig die Spezifität der einzelnen Datensätze bezüglich der Relevanz zur Forschungsfrage gesunken. Dies wiederum hätte die Gefahr beinhaltet, vom Thema abzuweichen und dadurch keinen Mehrwert für die weitere Arbeit zu erhalten. „Kriterium für die Sample-Auswahl ist nicht wie in der quantitativen Forschung die Repräsentativität [...], sondern Fälle werden bezüglich ihres Erkenntnisgewinns ausgewählt. Ziel der theoretischen Stichprobenbildung ist immer die Sättigung („saturation“), d. h. es ist ab einem Punkt nicht mehr davon auszugehen, noch an neue Erkenntnisse zu gelangen.“ (Ritschl et al. 2016, 83)

Durch die Nutzung von lediglich einer Suchformel und die inhaltliche Begrenzung der Suchformel mittels Verwendung von nicht mehr als zwei Operatoren wurde dahin gehend die Quantität der ausgebeuteten Datensätze geschmälert. Vermutlich würde eine höhere Trefferzahl an Datensätzen eine größere Ausbeute an Qualitätskriterien liefern, bei denen es sich aber höchstwahrscheinlich eher um zahlreiche Wiederholungen als um noch nicht aufgedeckte Qualitätskriterien handeln würde, welche in dieser Arbeit bereits erfasst werden. Somit stellte dies keinen Zusatzgewinn für die Forschungsfrage dar.

„Die [...] Erhebung der Daten wird so lange weitergeführt, bis keine Erweiterung der Ergebnisse durch neue Datenerhebungen erreicht wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Repräsentativität erfüllt ist und somit die Daten „gesättigt“ sind. Das Argument

der Datensättigung wird von einigen qualitativen Methodenexperten vertreten.“ (Ritschl et al. 2016, 64)

Da es sich bei dem Studiendesign um eine qualitative Arbeit handelt, muss von einer gewissen Subjektivität bei der Auswertung der Datensätze und Interpretation der Codes ausgegangen werden. „These reviews of the literature are called qualitative because the process by which the individual studies are integrated includes a summary and critique of the findings derived from systematic methods, but does not statistically combine the results of all of the studies reviewed.“ (Green et al. 2006, 104) „Das Ziel des Prozesses liegt im Erfassen von verborgenen Bedeutungen innerhalb der Daten.“ (Ritschl et al. 2016, 82) „In this rather unsystematic approach, the selection of information from primary articles is subjective, lacks explicit criteria for inclusion and can lead to biased interpretations or inferences.“ (Green et al. 2006, 104) Zwar fand die Auswertung durch zwei unabhängige Personen statt, jedoch war das Augenmerk stark auf die Forschungsfrage gerichtet, so dass hier eventuell mit einer gewissen Voreingenommenheit gearbeitet wurde. „Qualitative Forschung stellt das subjektive Erleben der Betroffenen in den Vordergrund, um herauszufinden, wie und warum die Menschen ihren Lebenssituationen Bedeutung verleihen.“ (Ritschl et al. 2016, 68) Des Weiteren ist es möglich, dass auch die eigenen Vorstellungen und Meinungen der auswertenden Personen auf Grund eigener Erfahrungen mit dem Thema in die Ergebnisse miteingeflossen sind. „Die Theorienbildung erfolgt induktiv, d. h. aus den erhobenen [Daten] werden allgemeine Aussagen abgeleitet.“ (Ritschl et al. 2016, 68) „Unter Kontextwissen [...] ist [...] das Wissen über die für die konkrete Forschung relevanten inhaltlichen Aspekte zu verstehen. Zweifellos ist hierbei die Frage, was als relevant erachtet wird, hochgradig subjektiv. Es wird entsprechend angestrebt, diese subjektive Perspektivität herauszuarbeiten, um sie intersubjektiv nachvollziehbar und anschließend für die Kategorienbildung nutzbar zu machen.“ (Ruin 2019, 15)

Durch eine anderweitige Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien wäre die Suche nach Publikationen ebenfalls anders ausgefallen, so dass hier eine gewisse Variabilität besteht. „A set of predetermined rules provides a basis for including or excluding certain studies.“ (Lau and Kuziemsky 2016, 159) „Inclusion and exclusion criteria must be established to help researchers eliminate studies that are not aligned with the research questions.“ (Lau and Kuziemsky 2016, 163–164)

Es hat sich gezeigt, dass sich die Entwicklung ethischer Fallbesprechungen in Deutschland erst seit den 1990er Jahren etabliert hat, obwohl die internationale Literatur erste Anfänge

bereits in den 1920er Jahren beschreibt (vgl. 1.1). Da man in den 90iger Jahren zunächst mit der Einführung klinischer Ethikberatung in Deutschland beschäftigt war, kristallisierten sich erste Versuche, Qualitätskriterien für ethische Fallbesprechungen zu entwickeln, in den USA 1990 und in Deutschland 1998 durch die ASBH, heraus. Die Definition von Kernkompetenzen für Ethikberater im Gesundheitswesen stellt einen ersten Meilenstein in Deutschland zur Erfassung der Qualität von Ethikberatung dar. (Dörries et al. 2008, 167)

Darum beschränkten wir uns in der vorliegenden Arbeit auf die Artikel der Jahre 2000 – 2019, weil wir der Meinung sind, dass ältere Datensätzen keine neueren und relevanten Ergebnisse für unsere Arbeit geliefert hätten.

4.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse und Kodieren

„Die Grundlagen der Qualitativen Inhaltsanalyse begannen in den Vereinigten Staaten von Amerika mit der Entwicklung eines quantitativen Verfahrens zur systematischen Analyse großer Textmengen.“ (Schnell et al. 2013, 23) Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse werteten wir die Vielzahl der Datensätze der Literaturrecherche aus.

Mögliche Qualitätskriterien einer klinischen Fallbesprechung wurden aus der Literatur extrahiert und in Form von Codes in ein strukturiertes System gegliedert, welches aus mehreren Kategorien besteht (vgl. (Schnell et al. 2013, 23). Somit ergibt sich ein buntes Bild mit unterschiedlichen Ansichten der einzelnen Fachleute, was für unsere Arbeit eine große Bereicherung darstellt.

Eine wesentliche Leistung der vorliegenden Dissertation liegt in der Zusammenfassung von möglichen Qualitätskriterien einer Ethikberatung aus allen, als relevant erachteten Publikationen. „Durch die Anwendung des allgemeinen Ablaufmodells Qualitativer Inhaltsanalyse [bei allen 43 relevanten Datensätzen] wird das Verfahren nachvollziehbar, weil die Schritte, die zur Interpretation des Textes vollzogen werden [vgl. 6 Teilschritte nach Mayring in Kapitel 3.2.2], vorab festgelegt sind.“ (Schnell et al. 2013, 25)

Durch die Bündelung an Informationen aus den Datensätzen und das schriftliche Fixieren hatten wir den Vorteil, innerhalb kürzester Zeit die wichtigsten Erkenntnisse der Datensätze erneut abzurufen und kontinuierlich an den Ergebnissen weiterzuarbeiten. Somit fiel das

ständig erneute Einlesen in die Datensätze weg und es konnte direkt mit der Bearbeitung fortgefahren werden. Die Folge davon war eine Steigerung der Effektivität im Verlauf der Arbeit sowie eine massive Zeitersparnis. „Ziel der Analyse ist eine Reduktion des Materials, aber so, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Dabei werden auf der Grundlage der Fragestellung und der Literaturanalyse Selektionskriterien vorab festgelegt. Anschließend wird das Textmaterial gelesen, um sich mit den Inhalten vertraut zu machen. Mit dem Selektionskriterium im Hinterkopf wird das Material Zeile für Zeile bearbeitet.“ (Schnell et al. 2013, 30)

Die Analyse der Datensätze beinhaltete einerseits das Herausfiltern von Aussagen der Autoren. Andererseits wurde aber auch versucht, die Gedanken der Autoren (das Nonverbale) zu erfassen, welche nicht wortgetreu wiedergegeben wurden und einen gewissen Raum zur Interpretation boten. Somit ist es nicht verwunderlich, dass die Texte trotz teilweise mehrfachen Lesens und Studierens von der Interpretation des jeweiligen Auswerters abhängig sind, weshalb sich hier eine gewisse Subjektivität abbildet.

Die Ausarbeitung und Kategorisierung von Codes als mögliche Qualitätskriterien einer klinischen Ethikberatung stellte den Abschluss der Dissertation dar. „Das Ablaufmodell sieht dabei die wiederholte Überarbeitung der Kategorien vor, um sicherzugehen, dass diese adäquat das im Text Gesagte darstellen.“ (Schnell et al. 2013, 25)

Wir achteten dabei darauf, dass die Einteilung in Kategorien zwar so exakt wie möglich, aber auch nicht zu feingliedrig ist, da ansonsten die Gefahr bestand, dass es sich lediglich um eine Aufzählung der Codes handelt und der Zusammenhang zwischen ihnen wegfällt.

Dadurch, dass das Kategoriensystem frei von uns gewählt wurde, besteht die Möglichkeit, dass es nicht auch andere sinnvolle und eventuell auch inhaltlich bessere Einteilungen der einzelnen Codes in Kategorien geben kann. Auch die Gefahr, dass durch ein voreiliges Bilden der Kategorien, die Bedeutung einzelner Textinhalte verloren geht, lässt sich an dieser Stelle nicht generell ausschließen. (Schnell et al. 2013, 34) Womöglich unterscheidet sich auch die Interpretation der einzelnen Codes und deren Zusammenhänge anderer Autoren von unserer Auffassung.

Die Qualitätskriterien wurden von Autoren beschrieben, welche sich mit dem Thema ethische Fallbesprechungen beschäftigten. Allerdings ist unklar, ob es sich bei den Autoren um Experten handelt, welche bereits langjährige Erfahrungen mit ethischen Fallbesprechungen gemacht haben, so dass hier von einem fundierten Wissensschatz auszugehen ist, oder

lediglich um Personen, die sich hinsichtlich ihrer eigenen Interessen mit dem Thema beschäftigten und dazu in Fachjournalen ihr Wissen und ihre Meinungen publizierten.

„Generell erhebt die Inhaltsanalyse den Anspruch, aufgrund der Systematik und Regelgeleitetheit prinzipiell nachvollziehbar zu sein (Verfahrensdokumentation).“ (Schnell et al. 2013, 38)

4.5 Ausblick in die Zukunft

Die vorliegenden Qualitätskriterien inklusive des Kategoriensystems könnten in einem nächsten Schritt weiterhin operationalisiert werden um daraus Interviewleitfäden und Fragebögen zu erstellen, um eine persönliche Befragung von Experten durchzuführen. Es ist zu vermuten, dass hier durch nonverbale Kommunikation mittels Mimik und Gestik eventuell weitere Auskünfte bezüglich der Beurteilung der Qualität herausgefiltert werden könnten. Außerdem ließen sich so mögliche Unklarheiten durch direktes Nachfragen beseitigen. Durch ein solches Vorgehen könnte man die Ansichten der Experten genauer darstellen, was lediglich anhand von Literaturlauswertungen eher schwierig ist. Bei einer derartigen Auswertung spielt immer eine gewisse Eigeninterpretation des Textes eine Rolle und gibt somit nicht vollständig objektiv die Meinung des Verfassers wieder.

Laut unserer Arbeit kann bereits eine gewisse Tendenz zur vermehrten Etablierung von klinischen Fallbesprechungen erkannt werden. Wir werteten manche Codes als schwächere Qualitätskriterien beziehungsweise als positive Nebeneffekte. Manche Qualitätskriterien standen auch in Widerspruch zu anderen, so dass hier vermutet werden kann, dass auch sie als nicht dominantes Qualitätsmerkmal eingestuft werden können, beziehungsweise nur in Zusammenhang mit anderen Qualitätsmerkmalen sinnvoll erscheinen.

Vermutlich gibt es Kriterien, die zwar als positiv gesehen, jedoch mit Vorsicht betrachtet werden müssen, da sie nicht den eigentlichen Sinn einer Ethikberatung widerspiegeln. Dies ist uns auch in der vorliegenden Arbeit aufgefallen. In weiteren Forschungen sollte dies genauer untersucht und präzisiert werden.

Außerdem sind wir der Meinung, dass es nicht immer möglich ist, alle Qualitätskriterien gleichzeitig zu erfüllen und dies auch nicht nötig ist. Wichtig ist in unseren Augen die Erfüllung der unverzichtbaren Qualitätskriterien, damit eine klinische Ethikberatung als gut

bewertet werden kann. Dahingehend ist es schön, wenn auch die starken Qualitätsmerkmale oder gar die Nebeneffekte Berücksichtigung finden. Aber selbst, wenn diese nicht bei jeder Fallbesprechung vorhanden sind, würden wir dennoch sagen, dass eine solche Fallbesprechung ebenfalls als gut bewertet werden kann.

Eventuell gibt es noch diverse andere Methoden eine ethische Fallbesprechung hinsichtlich ihrer Qualität zu beurteilen auf welche in dieser Arbeit nicht eingegangen wurde. Durch die Kombination mehrerer Methoden bezüglich der Darstellung von Qualitätskriterien einer ethischen Fallbesprechung könnte ein großes Gesamtbild entstehen um die Qualität möglichst präzise zu beschreiben.

Außerdem könnten bereits bestehende Leitfäden, welche den Ablauf einer Ethikberatung erleichtern sollen, angepasst werden und im Detail konkretisieren, wie eine gute Ethikberatung ablaufen sollte. Dieses Wissen kann für Lehrzwecke in Form von Fort- und Weiterbildungen genutzt werden, um beispielsweise neue Ethikberater auszubilden. Durch das ständige Einbringen an Erfahrungen der Experten können die Qualitätskriterien von klinischen Fallbesprechungen kontinuierlich angepasst und verbessert werden.

Die vorliegende Arbeit bildet eine Vielzahl möglicher Qualitätskriterien ab, mit denen ein Grundgerüst zur Beurteilung ethischer Fallbesprechungen in Form eines Leitfadens geschaffen wurde. Gerade in Zeiten steigender Kosten und Ausgaben muss eine klinische Fallbesprechung einen Vorteil im Klinikalltag darstellen. Anhand der vorliegenden Qualitätskriterien lässt sich die Effizienz von Ethikberatungen verbessern, indem sie eine gewisse Orientierung darstellen was eine klinische Fallbesprechung erfüllen sollte. Dadurch lassen sich klinische Fallbesprechungen besser bewerten und der Nutzen einer Ethikberatung im Alltag kann dadurch zielgerichtet beurteilt werden. In Zukunft könnten sich die Institutionen für das Abhalten klinischer Fallbesprechungen weiterhin zertifizieren lassen, was somit wiederum einen Nutzen nicht nur für die Teilnehmer einer Fallbesprechung, sondern auch für die Institution bedeuten würde.

Anhand festgelegter Kriterien wäre eine Auswertung der Qualität einzelner Ethikberatungen möglich und es könnten Vergleiche einzelner Ethikberatungen untereinander erfolgen. Die zusätzlichen Fortschritte in der Entwicklung von Ethik-Leitlinien würden die Qualität von Ethikberatungen in Zukunft weiterhin sichern. Dies stellt möglicherweise eine Grundlage dar, um die Qualität klinischer Fallbesprechungen standardmäßig bewerten zu können.

5 Zusammenfassung

Die klinische Fallbesprechung nahm seit den letzten 30 Jahren einen immer größer werdenden Stellenwert besonders im Klinikalltag ein. Durch ein Ansteigen der Lebenszeit der Bevölkerung sowie durch neue Therapieoptionen, wodurch Krankheiten heutzutage besser behandelt werden können, stellen sich nicht selten schwierige und wertebeladene Fragen, welche es zu lösen gilt. Genau bei diesem Punkt ist eine ethische Fallbesprechung nicht mehr wegzudenken, da sie versucht, bestmögliche Handlungsoptionen für den Patienten und die Teilnehmer der Beratung herauszuarbeiten.

Diese Arbeit bietet eine Übersicht möglicher Qualitätskriterien in Form von Codes, welche durch vermeintliche Experten in bereits vorhandener Literatur beschrieben wurden.

An eine zunächst durchgeführte strukturierte Literaturrecherche bei PubMed, schloss sich die Auswertung der Artikel im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse an. Daraus ergab sich eine Vielzahl an Codes, welche in ein Kategoriensystem gegliedert, die Qualität einer klinischen Fallbesprechung beschreiben.

Insgesamt konnten aus 43 relevanten Datensätzen der Jahre 2000 – 2019 42 unterschiedliche Qualitätskriterien erarbeitet werden, welche in drei Hauptkategorien unterteilt wurden. Teils zeigten mehrere Artikel die gleichen Codes in Form von Qualitätskriterien auf, teils unterschieden sich diese jedoch und mussten in weitere Kategorien untergliedert werden.

Zukünftig könnten die Codes für die Erstellung von Interviewleitfäden oder Fragebögen Verwendung finden, mit welchen man Experten persönlich zum Thema Qualität in der Ethikberatung befragen könnte. Außerdem wäre eine Erstellung neuer beziehungsweise die Anpassung bereits bestehender Leitfäden eine weitere Möglichkeit, die Qualität klinischer Fallbesprechungen zu steigern und somit die Effizienz zu Zeiten starker Kostenreduktionen innerhalb klinischer Institutionen zu stärken.

6 Literaturverzeichnis

Agich, George J. (2009): Why Quality Is Addressed So Rarely in Clinical Ethics Consultation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 339–346, [online] doi:10.1017/s0963180109090549.

Agich, George J. (2013): Education and the improvement of clinical ethics services, in: *BMC Medical Education*, BioMed Central, Bd. 13, Nr. 1, [online] doi:10.1186/1472-6920-13-41.

Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in Der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 22, Nr. 2, S. 149–153, [online] doi:10.1007/s00481-010-0053-4.

Aulisio, Mark P./Jessica Moore/May Hsieh Blanchard/Marcia F. Bailey/Dawn K. Smith (2009): Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in an Urban Public Hospital, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 371–383, [online] doi:10.1017/s0963180109090574.

Aulisio, Mark P./Robert M. Arnold/Stuart J. Youngner (2000): 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, in: *Annals of Internal Medicine*, American College of Physicians, Bd. 133, Nr. 1, S. 59–69, [online] doi:10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012.

Bærøe, Kristine/Ole Frithjof Norheim (2011): Mapping out structural features in clinical care calling for etical sensitivity: A theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS), in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 25, Nr. 7, [online] doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01909.x.

Beauchamp, Tom L./James F. Childress (2019): Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary, in: *The American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 19, Nr. 11, S. 9–12, [online] doi:10.1080/15265161.2019.1665402.

Bormann, Franz-Josef (2013): Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 59, Nr. 2, S. 117–127, [online] <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/42398>.

Bundesärztekammer (2006): Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 103, Nr. 24, S. A1703–A1707.

Bundesministerium der Justiz/Bundesamt für Justiz (2022): Strafgesetzbuch (StGB), [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/StGB.pdf> [abgerufen am 21.01.2023].

Burkhardt, Christin/Neele Meyer-Heydecke/Nadine Stahlberg (2017): Vom Lesen zum Verstehen: Der Umgang mit wissenschaftlicher Fachliteratur, Technische Universität Hamburg, S.1-19, [online] https://www2.tuhh.de/zll/wp-content/uploads/2017_Umgang_mit_Fachliteratur_website.pdf [abgerufen am 22.02.2023].

- Chidwick, Paula/Karen Faith/Dianne Godkin/Laurie Hardingham (2004): Clinical education of ethicists: the role of a clinical ethics fellowship, in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 5, Nr. 1, S. E6, [online] doi:10.1186/1472-6939-5-6.
- Craig, J. M./Thomas W. May (2006): Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 17, Nr. 2, S. 168–180, [online] doi:10.1086/jce200617209.
- Danis, Marion/Ellen Fox/Anita J. Tarzian/Christopher C. Duke (2021): Health care ethics programs in U.S. Hospitals: results from a National Survey, in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 22, Nr. 1, [online] doi:10.1186/s12910-021-00673-9.
- DeRenzo, Evan/Janicemarie Vinicky/Barbara Redman/John Lynch/Philip Panzarella/Salim Rizk (2006): Rounding: a model for consultation and training whose time has come, in: *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees*, Bd. 15, Nr. 2, S. 207–215.
- Deutscher Ethikrat (2017): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 22, Nr. 1, S. 355–394, [online] doi:10.1515/jwiet-2017-0016.
- Dörries, Andrea (2017): „Klinische Ethikkomitees: Die Spannbreite ist groß“ (28.04.2017), Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, [online] <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=188201> [abgerufen am 22.01.2023].
- Dörries, Andrea/Gerald Neitzke/Alfred Simon/Jochen Vollmann (2008): *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch*, 1. Aufl., W. Kohlhammer Verlag.
- Fahr, Uwe (2009): Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 21, Nr. 1, S. 32–44, [online] doi:10.1007/s00481-009-0605-7.
- Fletcher, John E./Mark Siegler (1996): What Are the Goals of Ethics Consultation? A Consensus Statement, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 7, Nr. 2, S. 122–126, [online] doi:10.1086/jce199607204.
- Foerde, Reidun/Reidar Pedersen/Victoria Akre (2007): Clinicians' evaluation of clinical ethics consultation in Norway: A tool for quality improvement, in: *Medical Healthcare and Philosophy*, Bd. 11, Nr. 1, S. 17–25.
- Fox, Ellen/Rudolf Arnold (1996): Evaluating Outcomes in Ethics Consultation Research, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 7, Nr. 2, S. 127–138, [online] doi:10.1086/jce199607205.
- Frewer, Andreas/Florian Bruns/Arnd T. May (2012): *Ethikberatung in der Medizin*, in: *Springer eBooks*, Springer Nature, [online] doi:10.1007/978-3-642-25597-7.
- Godkin, M D/Karen Faith/Ross E.G. Upshur/Susan K MacRae/C. S. Tracy (2005): Project Examining Effectiveness in Clinical Ethics (PEECE): phase 1--descriptive analysis

- of nine clinical ethics services, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 31, Nr. 9, S. 505–512, [online] doi:10.1136/jme.2004.010595.
- Gonsoulin, Thomas P./Janis M. Taube (2002): Hospital ethics committees: formation, function, and case consultation., in: *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, Louisiana State Medical Society, Bd. 154, Nr. 6, S. 323–327.
- Green, Bart N./Claire Johnson/Alan H. Adams (2006): Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade, in: *Journal of Chiropractic Medicine*, Elsevier BV, Bd. 5, Nr. 3, S. 101–117, [online] doi:10.1016/s0899-3467(07)60142-6.
- Groß, Dominik (2008): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, LIT Verlag Münster.
- Heinemann, Wolfgang/Giovanni Maio (2010): Ethik in Strukturen bringen: Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen.
- Henssler, Martin/Heinz Josef Willemsen/Heinz-Jürgen Kalb (2012): Arbeitsrecht Kommentar, 5. Aufl., S.1329-1886.
- Jellema, Hinke Marijke/Swanny Kremer/Anne-Ruth Mackor/Bert Molewijk (2017): Evaluating the Quality of the Deliberation in Moral Case Deliberations: A Coding Scheme, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 31, Nr. 4, S. 277–285, [online] doi:10.1111/bioe.12346.
- Jütte, Robert (2018): Aufklärung und „informed consent“, <https://cfdn.aerzteblatt.de/pdf/115/27/a1324.pdf?ts=03%2E07%2E2018+17%3A11%3A44>. [abgerufen am 21.01.2023].
- Kalager, Guro/Reidun Førde/Reidar Pedersen (2011): Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful?, in: *Tidsskrift for Den norske lægeforening, Norwegian Medical Association*, Bd. 131, Nr. 2, S. 118–121, [online] doi:10.4045/tidskr.10.0183.
- Kana, Lulia A./Andrew G. Shuman/Raymond De Vries/Janice Firn (2022): Taking the burden off: a study of the quality of ethics consultation in the time of COVID-19, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 48, Nr. 4, S. 244–249, [online] doi:10.1136/medethics-2020-107037.
- Kobert, Klaus/Margarete Pfäfflin/Stella Reiter-Theil (2008): Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 20, Nr. 2, S. 122–133, [online] doi:10.1007/s00481-008-0556-4.
- Kuckartz, Udo/Thorsten Dresing/Stefan Rädiker/Claus Stefer (2008): Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis, 2. Aufl., Springer-Verlag.
- Lau, Francis Yin Yee/Craig Kuziemsky (2016): Handbook of EHealth Evaluation: An Evidence-Based Approach.

- Levin, Phillip S./Charles L. Sprung (2000): Are ethics consultations worthwhile?, in: *Critical Care Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins, Bd. 28, Nr. 12, S. 3942–3944, [online] doi:10.1097/00003246-200012000-00042.
- Magelssen, Morten/Reidar Pedersen/Reidun Førde (2016): Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation, in: *The American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 16, Nr. 9, S. 26–33, [online] doi:10.1080/15265161.2016.1196254.
- Marckmann, Georg/Frank Mayer (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie, in: *Onkologe*, Springer Science+Business Media, Bd. 15, Nr. 10, S. 980–988, [online] doi:10.1007/s00761-009-1695-z.
- May, Arnd T./Georg Beule/Karin Gollan/Wolfgang Heinemann/Brunhilde Oestermann (2010): Curriculum zur Qualifikation für Mitglieder von Ethik-Komitees in kirchlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in Strukturen bringen: Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen.*, Wolfgang Heinemann, Giovanni Maio, S. 247–264, [online] <https://ethikzentrum.de/downloads/may-curriculum.pdf>.
- Mayring, Philipp (1991): Qualitative Inhaltsanalyse, Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Heiner Keupp et al. München, Beltz- Psychologie Verlag Union.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse, in: *VS Verlag für Sozialwissenschaften eBooks*, Springer VS, S. 601–613, [online] doi:10.1007/978-3-531-92052-8_42.
- Metzendorf, Maria-Inti/Manuela Schulz/Volker Braun (2014): All Information Is Not Equal: Using the Literature Databases PubMed and The Cochrane Library for Identifying the Evidence on Granulocyte Transfusion Therapy, in: *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, Karger Publishers, Bd. 41, Nr. 5, S. 364–374, [online] doi:10.1159/000366179.
- Mills, Ann E./Patricia M. Tereskerz/Walter S. Davis (2005): Is Evaluating Ethics Consultation on the Basis of Cost a Good Idea?, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 14, Nr. 01, S. 57–64, [online] doi:10.1017/s0963180105050073.
- Montgomery, Frank/Ramin Parsa-Parsi/Urban Wiesing (2018): Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 30, Nr. 1, S. 67–69, [online] doi:10.1007/s00481-018-0471-2.
- National Center for Biotechnology Information (2005): Medical Subject Headings - MeSH - NCBI, National Center for Biotechnology Information, [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=MeSH+Terms> [abgerufen am 31.01.2021].
- Neitzke, Gerald (2014): Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns, in: *Medizinische Klinik*, Springer Medizin, Bd. 109, Nr. 1, S. 8–12, [online] doi:10.1007/s00063-013-0280-9.
- Neitzke, Gerald/Annette Riedel/Stefan Dinges/Uwe Fahr/Arnd T. May (2013): Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 25, Nr. 2, S. 149–156, [online] doi:10.1007/s00481-012-0230-8.

- Nilson, Elizabeth G./Cathleen A. Acres/Naomi G Tamerin/Joseph J. Fins (2008): Clinical Ethics and the Quality Initiative: A Pilot Study for the Empirical Evaluation of Ethics Case Consultation, in: *American Journal of Medical Quality*, SAGE Publishing, Bd. 23, Nr. 5, S. 356–364, [online] doi:10.1177/1062860608316729.
- Orr, Robert (2004): Who does the ethics consultation serve?, in: *Medical ethics (Burlington, Mass.)*, Bd. 11, Nr. 1, S. 10–11, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915580/>.
- Parlamentarischer Rat (2023): GG - Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> [abgerufen am 21.01.2023].
- Pfäfflin, Margarete/Klaus Kobert/Stella Reiter-Theil (2009): Evaluating Clinical Ethics Consultation: A European Perspective, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 406–419, [online] doi:10.1017/s0963180109090604.
- Porz, Rouven/Elleke Landeweer/Guy Widdershoven (2011): Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 25, Nr. 7, S. 354–360, [online] doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01911.x.
- PubMed (2020): About - PubMed, PubMed, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> [abgerufen am 31.01.2021].
- PubMed (2021): Help - PubMed, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/> [abgerufen am 31.01.2021].
- Rasoal, Dara/Annica Kihlgren/Inger James/Mia Svantesson (2016): What healthcare teams find ethically difficult, in: *Nursing Ethics*, SAGE Publishing, Bd. 23, Nr. 8, S. 825–837, [online] doi:10.1177/0969733015583928.
- Rauprich, Oliver/Matthias Nolte/Jochen Vollmann (2010): Systematische Literaturrecherche in der Medizinethik: Werkstattbericht über Recherchen in d. Datenbanken PubMed und BELIT zu e. theoret. und einem prakt. Thema d. Medizinethik, Bd. 183–184.
- Reiter-Theil, Stella (2005): Klinische Ethikkonsultation / eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett, in: *Schweizerische Ärztezeitung = EMH Swiss Medical Publishers Ltd.*, Bd. 86, Nr. 06, S. 346–352, [online] doi:10.4414/saez.2005.11006.
- Reiter-Theil, Stella (2009): Dealing with the Normative Dimension in Clinical Ethics Consultation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 347–359, [online] doi:10.1017/s0963180109090550.
- Ritschl, Valentin/Roman Weigl/Tanja Stamm (2016): Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis, Springer-Verlag.
- Ruin, Sebastian (2019): Kategorien als Ausdruck einer ausgewiesenen Beobachterinnenperspektive? Ein Vorschlag für eine qualitativere qualitative Inhaltsanalyse, in:

- Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Bd. 20, Nr. 3, [online] doi:10.17169/fqs-20.3.3395.
- Schildmann, Jan/Bert Molewijk/Lazare Benaroyo/Reidun Førde/Gerald Neitzke (2013): Evaluation of clinical ethics support services and its normativity, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 39, Nr. 11, S. 681–685, [online] doi:10.1136/medethics-2012-100697.
- Schildmann, Jan/Stephan Nadolny/Joschka Haltaufderheide/Marjolein Gysels/Jochen Vollmann/Claudia Bausewein (2017): Ethical case interventions for adult patients, in: *The Cochrane library*, Elsevier BV, Bd. 133, Nr. 1, S. 1–53, [online] doi:10.1002/14651858.cd012636.
- Schneiderman, Lawrence J./Todd Gilmer/Holly Teetzel (2000): Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial, in: *Critical Care Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins, Bd. 28, Nr. 12, S. 3920–3924, [online] doi:10.1097/00003246-200012000-00033.
- Schnell, Martin/Christian Schulz/Harald Kolbe/Christine Dunger (2013): *Der Patient am Lebensende: Eine Qualitative Inhaltsanalyse*, Springer-Verlag.
- Schochow, Maximilian/Dajana Schnell/Florian Steger (2019): Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals, in: *Science and Engineering Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 25, Nr. 4, S. 985–991, [online] doi:10.1007/s11948-015-9709-2.
- Simon, Alfred/Arnd T. May/Gerald Neitzke (2005): Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 17, Nr. 4, S. 322–326, [online] doi:10.1007/s00481-005-0397-3.
- Steinkamp, Norbert/Bert Gordijn (2000): Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen, in: *Rheinisches Ärzteblatt*, Bd. 54, S. 22–23.
- Stern, R./V. Böhnke (2012): Ethik im Krankenhaus, in: *Notfall & Rettungsmedizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 15, Nr. 8, S. 671–674, [online] doi:10.1007/s10049-011-1539-4.
- Stolper, Margreet/Suzanne Metselaar/Bert Molewijk/Guy Widdershoven (2012): Moral case deliberation in an academic hospital in the Netherlands, in: *Journal international de bioéthique*, CAIRN, Bd. 23, Nr. 3–4, S. 53–66, 191–192, [online] doi:10.3917/jib.233.0053.
- U.S. National Library of Medicine (2020): MEDLINE: Overview, [online] <https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html> [abgerufen am 31.01.2021].
- Vollmann, Jochen/Jan Schildmann/Alfred Simon (2009): Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Kultur und Medizin: Geschichte – Theorie – Ethik, in: *Bioethica Forum*, Bd. 5, Nr. 1, [online] doi:10.5167/uzh-70746.
- Wasem, Jürgen/Georg Marckmann (2009): Ethik der Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Maßnahmen, in: *Gesundheitswesen*, Thieme Medical Publishers (Germany), S. 1–16, [online] doi:10.1055/s-0029-1220697.

- Weidema, Froukje/Ac Molewijk/Guy Widdershoven/Tineke A. Abma (2012): Enacting Ethics: Bottom-up Involvement in Implementing Moral Case Deliberation, in: *Health Care Analysis*, Springer Science+Business Media, Bd. 20, Nr. 1, S. 1–19, [online] doi:10.1007/s10728-010-0165-5.
- White, Earl R. (2006): Reflections on the Success of Hospital Ethics Committees in my Health System, in: *Hec Forum*, Springer Science+Business Media, Bd. 18, Nr. 4, S. 349–356, [online] doi:10.1007/s10730-006-9025-y.
- Wiesemann, Claudia (2011): 25 Jahre Akademie für Ethik in der Medizin, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 23, Nr. 3, S. 175–176, [online] doi:10.1007/s00481-011-0138-8.

7 Anhang

Anhang 1:

Literatur zur Hand

Agich, George J. (2009): Why Quality Is Addressed So Rarely in Clinical Ethics Consultation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 339–346, [online] doi:10.1017/s0963180109090549.

Agich, George J. (2013): Education and the improvement of clinical ethics services, in: *BMC Medical Education*, BioMed Central, Bd. 13, Nr. 1, S. 41, [online] doi:10.1186/1472-6920-13-41.

Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 22, Nr. 2, S. 149–153, [online] doi:10.1007/s00481-010-0053-4.

Bausewein, Claudia/Jochen Vollmann/Marjolein Gysels/Sebastian Wäscher/Stephan Nadolny/Jan Schildmann (2016): Clinical ethics support services (CESS) as complex intervention. Preliminary findings of a conceptual analysis and possible implications for outcomes research, in: *Bioethica Forum*, Schwabe Verlagsgruppe AG, [online] doi:10.24894/bf.2016.09021.

Chen, Yen-Yuan/Tzong-Shinn Chu/Yu-Hui Kao/Pi-Ru Tsai/Tien-Shang Huang/Wen-Je Ko (2014): To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization, in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 15, Nr. 1, [online] doi:10.1186/1472-6939-15-1.

Craig, J. M./Thomas W. May (2006): Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 17, Nr. 2, S. 168–180, [online] doi:10.1086/jce200617209.

Fahr, Uwe (2009): Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 21, Nr. 1, S. 32–44, [online] doi:10.1007/s00481-009-0605-7.

Flicker, Lauren Sydney/Susannah L. Rose/Margot M. Eves/Anne L. Flamm/Ruchi M. Sanghani/Martin D. Smith (2014): Developing and Testing a Checklist to Enhance Quality in Clinical Ethics Consultation, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 25, Nr. 4, S. 281–290, [online] doi:10.1086/jce201425403.

Godkin, M D/Karen Faith/Ross E.G. Upshur/Susan K MacRae/C. S. Tracy (2005): Project Examining Effectiveness in Clinical Ethics (PEECE): phase 1--descriptive analysis of nine clinical ethics services, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 31, Nr. 9, S. 505–512, [online] doi:10.1136/jme.2004.010595.

Jellema, Hinke Marijke/Swanny Kremer/Anne-Ruth Mackor/Bert Molewijk (2017): Evaluating the Quality of the Deliberation in Moral Case Deliberations: A Coding

- Scheme, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 31, Nr. 4, S. 277–285, [online] doi:10.1111/bioe.12346.
- Kalager, Guro/Reidun Førde/Reidar Pedersen (2011): Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful?, in: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Norwegian Medical Association, Bd. 131, Nr. 2, S. 118–121, [online] doi:10.4045/tidskr.10.0183.
- Kobert, Klaus/Margarete Pfäfflin/Stella Reiter-Theil (2008): Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 20, Nr. 2, S. 122–133, [online] doi:10.1007/s00481-008-0556-4.
- La Puma, John/Carol Stocking/Cheryl M. Darling/Mark Siegler (1992): Community hospital ethics consultation: Evaluation and comparison with a University Hospital Service, in: *The American Journal of Medicine*, Elsevier BV, Bd. 92, Nr. 4, S. 346–351, [online] doi:10.1016/0002-9343(92)90262-a.
- Magelssen, Morten/Reidar Pedersen/Reidun Førde (2016): Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation, in: *The American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 16, Nr. 9, S. 26–33, [online] doi:10.1080/15265161.2016.1196254.
- McClung, John A./Russell S. Kamer/Margaret DeLuca/Harlan J. Barber (1996): Evaluation of a medical ethics consultation service: Opinions of patients and health care providers, in: *The American Journal of Medicine*, Elsevier BV, Bd. 100, Nr. 4, S. 456–460, [online] doi:10.1016/s0002-9343(97)89523-x.
- Neitzke, Gerald/Annette Riedel/Lilo Brombacher/Wolfgang Heinemann/Beate Herrmann (2015): Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 27, Nr. 3, S. 241–248, [online] doi:10.1007/s00481-015-0354-8.
- Neitzke, Gerald/Annette Riedel/Stefan Dinges/Uwe Fahr/Arnd T. May (2013): Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 25, Nr. 2, S. 149–156, [online] doi:10.1007/s00481-012-0230-8.
- Nilson, Elizabeth G./Cathleen A. Acres/Naomi G Tamerin/Joseph J. Fins (2008): Clinical Ethics and the Quality Initiative: A Pilot Study for the Empirical Evaluation of Ethics Case Consultation, in: *American Journal of Medical Quality*, SAGE Publishing, Bd. 23, Nr. 5, S. 356–364, [online] doi:10.1177/1062860608316729.
- Orr, Robert/Kelly R. Morton/Dennis M. DeLeon/Juan C. Fals (1996): Evaluation of an ethics consultation service: Patient and family perspective, in: *The American Journal of Medicine*, Elsevier BV, Bd. 101, Nr. 2, S. 135–141, [online] doi:10.1016/s0002-9343(96)80067-2.
- Pedersen, Reidar/Samia Hurst/Jan Schildmann/Sandra S. Schuster/Bert Molewijk (2010): The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations, in: *Clinical Ethics*, SAGE Publishing, Bd. 5, Nr. 3, S. 136–141, [online] doi:10.1258/ce.2010.010025.

- Pfäfflin, Margarete/Klaus Kobert/Stella Reiter-Theil (2009): Evaluating Clinical Ethics Consultation: A European Perspective, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 406–419, [online] doi:10.1017/s0963180109090604.
- Reiter-Theil, Stella (2001): The Freiburg approach to ethics consultation: process, outcome and competencies, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 27, Nr. 90001, S. 21–23, [online] doi:10.1136/jme.27.suppl_1.i21.
- Schildmann, Jan/Bert Molewijk/Lazare Benaroyo/Reidun Førde/Gerald Neitzke (2013): Evaluation of clinical ethics support services and its normativity, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 39, Nr. 11, S. 681–685, [online] doi:10.1136/medethics-2012-100697.
- Schildmann, Jan/Stephan Nadolny/Joschka Haltaufderheide/Marjolein Gysels/Jochen Vollmann/Claudia Bausewein (2017): Ethical case interventions for adult patients, in: *The Cochrane Library*, Elsevier BV, Bd. 133, Nr. 1, S. 1–53, [online] doi:10.1002/14651858.cd012636.
- Simon, Alfred (2009): Quality Standards for Clinical Ethics Consultation, in: *Diametros*, Institute of Philosophy of the Jagiellonian University, Nr. 22, S. 105–115, [online] doi:10.13153/diam.22.2009.366.
- Svantesson, Mia/Jan Karlsson/Pierre Boitte/Jan Schildman/Linda Dauwarse/Guy Widderhoven/Reidar Pedersen/Martijn W. Heymans/Bert Molewijk (2014): Outcomes of moral case deliberation--the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD)., in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, [online] doi:10.1186/1472-6939-15-30.
- Wäscher, Sebastian/Sabine Salloch/Peter R. Ritter/Jochen Vollmann/Jan Schildmann (2017): Methodological Reflections on the Contribution of Qualitative Research to the Evaluation of Clinical Ethics Support Services, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 31, Nr. 4, S. 237–245, [online] doi:10.1111/bioe.12347.

Anhang 2:

MeSH-Begriff/Subheading	Häufigkeit der Verschlagwortung
Academic Medical Centers	1
Adolescent	2
Adult	3
Advance Directives	1
Aged	3
Aged, 80 and over	2
Attitude of Health Personnel	2
Attitude	1
Benchmarking	1
Bioethical Issues	1
Bioethics	1
Checklist*/standards	1
Checklist*/trends	1
Checklist*/utilization	1
Child	2
Child, Preschool	2
clinical ethics consultation	1
Clinical ethics support	1
Clinical ethics	3
Communication	3

Competence	1
Conflict (Psychology)	4
Consumer Behavior	1
Cost-Benefit Analysis	1
Credentialing	1
Critical Care/ethics	1
Decision Making	3
Delivery of Health Care/ethics	1
Delphi Technique	1
Education	1
Empirical Research	1
Ethical Analysis	2
ethical theory	1
Ethicists	3
Ethicists*/education	1
Ethicists*/standards	1
Ethics Committees, Clinical	2
Ethics Committees, organization & administration	2
Ethics Committees, standards	3
Ethics Committees, utilization	1
Ethics Committees, statistics & numerical data	1

ethics committees/consultation	1
Ethics Consultation	6
Ethics Consultation*/standards	3
Ethics Consultation*/trends	1
Ethics Consultation/ethics/standards	1
Ethics Consultation/organization & administration	2
Ethics rounds	1
Ethics, Clinical	8
Ethics, Institutional	1
Ethics, Medical	2
Ethics, Medical/education	1
Europe	2
Evaluation	1
Evaluation Studies as Topic	5
Family	2
Female	5
Germany	1
Group Processes	1
Health care providers	1
Health Personnel/ethics	1
Hospital Departments	1

Humans	14
Infant	2
Infant, Newborn	2
Instrument development	1
Intensive Care Units/ethics	1
Interdisciplinary Communication	1
KEYWORDS: bioethics	1
Length of Stay/statistics & numerical data	1
Male	5
Medical Futility/ethics	1
Middle Aged	3
Models, Organizational	1
Moral case deliberation	1
Morals	2
Norway	1
Nurses	1
Outcome and Process Assessment (Health Care)	2
Outcome and Process Assessment (Health Care)/organization & administration	1
Outcome Assessment (Health Care)/methods	1
Patient Care Team	1
Patient Participation	1

Patient Satisfaction	2
Physician-Patient Relations/ethics	1
Physicians	1
Pilot Projects	1
Problem Solving	2
Process Assessment (Health Care)	1
Process Assessment (Health Care)/standards	1
Professional-Family Relations	1
Professional-Patient Relations	1
Program Evaluation	3
Program Evaluation/methods	1
Prospective Studies	2
Qualitative Research	1
Quality	1
Quality Assurance, Health Care	2
Quality Improvement	1
Quality Indicators, Health Care	1
Quality of Health Care	1
Quality of Health Care/ethics	1
Quality of Health Care/organization & administration	1
quality standards	1

Questionnaire	1
Referral and Consultation	2
Reproducibility of Results	1
Research Design	3
Resuscitation Orders/ethics	1
Retrospective Studies	2
Social Responsibility	2
Surveys and Questionnaires	3
Taiwan	1
Terminal Care/ethics	1
Time Factors	1
United States	2
Workload	1

Tabelle 5: MeSH-Begriffe alphabetisch sortiert mit Angabe der Häufigkeit

Anhang 3:

Finale Literatur zur Erstellung von Codes

Agich, George J. (2009): Why Quality Is Addressed So Rarely in Clinical Ethics Consultation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 339–346, [online] doi:10.1017/s0963180109090549.

Agich, George J. (2013): Education and the improvement of clinical ethics services, in: *BMC Medical Education*, BioMed Central, Bd. 13, Nr. 1, [online] doi:10.1186/1472-6920-13-41.

Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in Der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 22, Nr. 2, S. 149–153, [online] doi:10.1007/s00481-010-0053-4.

Aulisio, Mark P./Jessica Moore/May Hsieh Blanchard/Marcia F. Bailey/Dawn K. Smith (2009): Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in an Urban Public Hospital, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 371–383, [online] doi:10.1017/s0963180109090574.

Aulisio, Mark P./Robert M. Arnold/Stuart J. Youngner (2000): 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, in: *Annals of Internal Medicine*, American College of Physicians, Bd. 133, Nr. 1, S. 59–69, [online] doi:10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012.

Bærøe, Kristine/Ole Frithjof Norheim (2011): Mapping out structural features in clinical care calling for etical sensitivity: A theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS), in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 25, Nr. 7, [online] doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01909.x.

Bartlett, Virginia L./Stuart G. Finder (2018): Lessons learned from nurses' requests for ethics consultation: Why did they call and what did they value?, in: *Nursing Ethics*, SAGE Publishing, Bd. 25, Nr. 5, S. 601–617, [online] doi:10.1177/0969733016660879.

Bausewein, Claudia/Jochen Vollmann/Marjolein Gysels/Sebastian Wäscher/Stephan Nadolny/Jan Schildmann (2016): Clinical ethics support services (CESS) as complex intervention. Preliminary findings of a conceptual analysis and possible implications for outcomes research, in: *Bioethica Forum*, Schwabe Verlagsgruppe AG, [online] doi:10.24894/bf.2016.09021.

Chen, Yen-Yuan/Tzong-Shinn Chu/Yu-Hui Kao/Pi-Ru Tsai/Tien-Shang Huang/Wen-Je Ko (2014b): To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization, in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 15, Nr. 1, [online] doi:10.1186/1472-6939-15-1.

- Chidwick, Paula/Karen Faith/Dianne Godkin/Laurie Hardingham (2004): Clinical education of ethicists: the role of a clinical ethics fellowship, in: *BMC Medical Ethics*, Springer Science+Business Media, Bd. 5, Nr. 1, S. E6, [online] doi:10.1186/1472-6939-5-6.
- Craig, J. M./Thomas W. May (2006): Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 17, Nr. 2, S. 168–180, [online] doi:10.1086/jce200617209.
- DeRenzo, Evan/Janicemarie Vinicky/Barbara Redman/John Lynch/Philip Panzarella/Salim Rizk (2006): Rounding: a model for consultation and training whose time has come, in: *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees*, Bd. 15, Nr. 2, S. 207–215.
- Fahr, Uwe (2009): Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 21, Nr. 1, S. 32–44, [online] doi:10.1007/s00481-009-0605-7.
- Flicker, Lauren Sydney/Susannah L. Rose/Margot M. Eves/Anne L. Flamm/Ruchi M. Sanghani/Martin D. Smith (2014b): Developing and Testing a Checklist to Enhance Quality in Clinical Ethics Consultation, in: *Journal of Clinical Ethics*, University of Chicago Press, Bd. 25, Nr. 4, S. 281–290, [online] doi:10.1086/jce201425403.
- Foerde, Reidun/Reidar Pedersen/Victoria Akre (2007): Clinicians' evaluation of clinical ethics consultation in Norway: A tool for quality improvement, in: *Medical Healthcare and Philosophy*, Bd. 11, Nr. 1, S. 17–25.
- Godkin, M D/Karen Faith/Ross E.G. Upshur/Susan K MacRae/C. S. Tracy (2005): Project Examining Effectiveness in Clinical Ethics (PEECE): phase 1--descriptive analysis of nine clinical ethics services, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 31, Nr. 9, S. 505–512, [online] doi:10.1136/jme.2004.010595.
- Gonsoulin, Thomas P./Janis M. Taube (2002): Hospital ethics committees: formation, function, and case consultation., in: *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, Louisiana State Medical Society, Bd. 154, Nr. 6, S. 323–327.
- Gordon, Elisa J. (2007): A Better Way to Evaluate Clinical Ethics Consultations? An Ecological Approach, in: *American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 7, Nr. 2, S. 26–29, [online] doi:10.1080/15265160601109127.
- Jellema, Hinke Marijke/Swanny Kremer/Anne-Ruth Mackor/Bert Molewijk (2017): Evaluating the Quality of the Deliberation in Moral Case Deliberations: A Coding Scheme, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 31, Nr. 4, S. 277–285, [online] doi:10.1111/bioe.12346.
- Kalager, Guro/Reidun Førde/Reidar Pedersen (2011): Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful?, in: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*,

- Norwegian Medical Association*, Bd. 131, Nr. 2, S. 118–121, [online] doi:10.4045/tidsskr.10.0183.
- Kobert, Klaus/Margarete Pfäfflin/Stella Reiter-Theil (2008): Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 20, Nr. 2, S. 122–133, [online] doi:10.1007/s00481-008-0556-4.
- Levin, Phillip S./Charles L. Sprung (2000): Are ethics consultations worthwhile?, in: *Critical Care Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins, Bd. 28, Nr. 12, S. 3942–3944, [online] doi:10.1097/00003246-200012000-00042.
- Magelssen, Morten/Reidar Pedersen/Reidun Førde (2016): Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation, in: *The American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 16, Nr. 9, S. 26–33, [online] doi:10.1080/15265161.2016.1196254.
- Metselaar, Suzanne/Guy Widdershoven/Rouven Porz/Bert Molewijk (2017): Evaluating Clinical Ethics Support: A Participatory Approach, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 31, Nr. 4, S. 258–266, [online] doi:10.1111/bioe.12348.
- Mills, Ann E./Patricia M. Tereskerz/Walter S. Davis (2005): Is Evaluating Ethics Consultation on the Basis of Cost a Good Idea?, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 14, Nr. 01, S. 57–64, [online] doi:10.1017/s0963180105050073.
- Neitzke, Gerald/Annette Riedel/Lilo Brombacher/Wolfgang Heinemann/Beate Herrmann (2015b): Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in Der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 27, Nr. 3, S. 241–248, [online] doi:10.1007/s00481-015-0354-8.
- Neitzke, Gerald/Annette Riedel/Stefan Dinges/Uwe Fahr/Arnd T. May (2013): Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin*, Springer Science+Business Media, Bd. 25, Nr. 2, S. 149–156, [online] doi:10.1007/s00481-012-0230-8.
- Nilson, Elizabeth G./Cathleen A. Acres/Naomi G Tamerin/Joseph J. Fins (2008): Clinical Ethics and the Quality Initiative: A Pilot Study for the Empirical Evaluation of Ethics Case Consultation, in: *American Journal of Medical Quality*, SAGE Publishing, Bd. 23, Nr. 5, S. 356–364, [online] doi:10.1177/1062860608316729.
- Nilson, Elizabeth G./Joseph J. Fins (2006): Reinvigorating Ethics Consultations: An Impetus from the “Quality” Debate, in: *Hec Forum*, Springer Science+Business Media, Bd. 18, Nr. 4, S. 298–304, [online] doi:10.1007/s10730-006-9020-3.
- Orr, Robert (2004): Who does the ethics consultation serve?, in: *Medical ethics (Burlington, Mass.)*, Bd. 11, Nr. 1, S. 10–11, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915580/>.
- Pfäfflin, Margarete/Klaus Kobert/Stella Reiter-Theil (2009): Evaluating Clinical Ethics Consultation: A European Perspective, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare*

- Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 406–419, [online] doi:10.1017/s0963180109090604.
- Porz, Rouven/Elleke Landeweer/Guy Widdershoven (2011): Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives, in: *Bioethics*, Wiley-Blackwell, Bd. 25, Nr. 7, S. 354–360, [online] doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01911.x.
- Rasoal, Dara/Annica Kihlgren/Inger James/Mia Svantesson (2016): What healthcare teams find ethically difficult, in: *Nursing Ethics*, SAGE Publishing, Bd. 23, Nr. 8, S. 825–837, [online] doi:10.1177/0969733015583928.
- Reiter-Theil, Stella (2001b): The Freiburg approach to ethics consultation: process, outcome and competencies, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 27, Nr. 90001, S. 21i–223, [online] doi: 10.1136/jme.27.suppl_1.i21.
- Reiter-Theil, Stella (2009): Dealing with the Normative Dimension in Clinical Ethics Consultation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge University Press, Bd. 18, Nr. 4, S. 347–359, [online] doi:10.1017/s0963180109090550.
- Schildmann, Jan/Bert Molewijk/Lazare Benaroyo/Reidun Førde/Gerald Neitzke (2013): Evaluation of clinical ethics support services and its normativity, in: *Journal of Medical Ethics*, BMJ, Bd. 39, Nr. 11, S. 681–685, [online] doi:10.1136/medethics-2012-100697.
- Schildmann, Jan/Stephan Nadolny/Joschka Haltaufderheide/Marjolein Gysels/Jochen Vollmann/Claudia Bausewein (2017): Ethical case interventions for adult patients, in: *The Cochrane library*, Elsevier BV, Bd. 133, Nr. 1, S. 1–53, [online] doi:10.1002/14651858.cd012636.
- Schneiderman, Lawrence J./Todd Gilmer/Holly Teetzel (2000): Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial, in: *Critical Care Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins, Bd. 28, Nr. 12, S. 3920–3924, [online] doi:10.1097/00003246-200012000-00033.
- Simon, Alfred (2009b): Quality Standards for Clinical Ethics Consultation, in: *Diametros*, Institute of Philosophy of the Jagiellonian University, Nr. 22, S. 105–115, [online] doi:10.13153/diam.22.2009.366.
- Smith, Martin D./Kathryn L. Weise (2007): The Goals of Ethics Consultation: Rejecting the Role of “Ethics Police”, in: *American Journal of Bioethics*, Taylor & Francis, Bd. 7, Nr. 2, S. 42–44, [online] doi:10.1080/15265160601109515.
- Stolper, Margreet/Suzanne Metselaar/Bert Molewijk/Guy Widdershoven (2012): Moral case deliberation in an academic hospital in the Netherlands, in: *Journal international de bioéthique*, CAIRN, Bd. 23, Nr. 3–4, S. 53–66, 191–192, [online] doi:10.3917/jib.233.0053.

- Weidema, Froukje/Ac Molewijk/Guy Widdershoven/Tineke A. Abma (2012): Enacting Ethics: Bottom-up Involvement in Implementing Moral Case Deliberation, in: *Health Care Analysis*, Springer Science+Business Media, Bd. 20, Nr. 1, S. 1–19, [online] doi:10.1007/s10728-010-0165-5.
- White, Earl R. (2006): Reflections on the Success of Hospital Ethics Committees in my Health System, in: *Hec Forum*, Springer Science+Business Media, Bd. 18, Nr. 4, S. 349–356, [online] doi:10.1007/s10730-006-9025-y.

Anhang 4:

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
1	<ul style="list-style-type: none"> - EB muss dem jeweiligen Kontext angepasst sein → kann nicht anhand von Theorien verallgemeinert werden, sondern muss immer auf den jeweiligen Fall zugeschnitten sein - verschiedene Lösungsansätze und Ratschläge in Bezug auf den Fall können für die Mitglieder unterstützend wirken, wobei der Wille des Pat. im Vordergrund steht (außer er widerspricht moralisch-ethischen Wertevorstellungen oder schadet dem Pat.) → diese haben dann wiederum Einfluss auf die weitere Behandlung des Pat. 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 2², Seite 7¹³) - ...der Prozess nicht nur starren Theorien folgt, sondern dynamisch praktikabel auf den jeweiligen Fall ausgerichtet ist (Seite 2⁵, Seite 4⁶, Seite 5⁷, Seite 6⁹⁻¹¹, Seite 7¹³) - ...sie die Interessen und Bedenken der Anfordernden berücksichtigt (Seite 7¹²) - ...sie vorherrschenden Strukturen in der Institution berücksichtigt (Seite 7¹²) - ...der Ethikberater verantwortungsvoll auf unterschiedliche Gegebenheiten, welche vom jeweiligen Setting abhängen, eingehen kann (Seite 7^{12,14}) - ...sie anhand von ethikberaterinternen Qualitätskriterien bewertet werden kann (Seite 1¹) - ...sie anhand der Fähigkeiten, Erfahrungen und kontinuierlichen Weiterbildungen derjenigen, die eine Ethikberatung abhalten, bewertet werden kann (Seite 2³) - ...sie Mindeststandardanforderungen entspricht, welche zu einer vermehrten Anerkennung der Ethikberatung im Gesundheitssystem führen (Seite 2⁴) - ...sie im Vorfeld überprüft, ob der jeweilige Fall einer Ethikberatung bedarf (Seite 7¹²)
2	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn der Ethikberater eine spezifische Ausbildung hat und auf ethisch moralische Probleme eingehen bzw. diese identifizieren kann und auch die Fähigkeit hat, die Kommunikation unter den Mitgliedern zu leiten - ein QK ist es, wenn die EB rund um die Uhr für alle zugänglich ist und als Hilfe bei schwierigen ethischen Fragen angesehen wird - ein QK der EB ist, wenn durch sie die Patientenversorgung verbessert werden kann - EB sollte hinsichtlich rechtlicher Vorgaben beratend sein 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie das behandelnde Team schult, in ethisch schwierigen Situationen mit komplexen Kommunikationsproblemen umzugehen (Seite 2²) - ...die Lösungsansätze klinisch-praktikabel, auf den jeweiligen Fall bezogen, anwendbar sind (Seite 2³) - ...ein zeitnahe Zugang zur Ethikberatung möglich ist (Seite 2⁴)
3	<ul style="list-style-type: none"> - QK für EB ist, wenn Probleme analysiert und erkannt werden und durch ein multidisziplinäres Team eine 	<ul style="list-style-type: none"> - ...der Ethikberater kompetent mit komplexen Problemen umgehen kann, welche

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<p>gemeinschaftliche Lösung für das Problem gefunden wird → Konsens</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Prozess sollen alle Meinungen der Teammitglieder in respektvoller Kommunikation hervorgebracht, angehört und akzeptiert werden - jeder soll Zugang zu einer EB haben - EB ist nur beratend in den Prozess involviert und hat eine neutrale Meinung zu dem Fall bzw. unterstützt nicht anwesende, schwächere Mitglieder (Patienten) - EB unterstützt den Prozess der Entscheidungsfindung durch sein Wissen (Recht, Ethik, ...) - das Problem wird aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, um eine möglichst beste Entscheidung im Sinne des Patienten (falls moralisch vertretbar) zu finden - vertrauensvolle Atmosphäre/Raum für ethische Probleme wird geschaffen 	<p>einer Ethikberatung zugetragen werden (Seite 1¹)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...sie von einem Ethikberater moderiert wird (Seite 1²) - ...der Ethikberater Kernkompetenzen einer Ethikberatung aufweisen kann (Seite 1²) - ...sie frei von Macht- und Interessenskonflikten abgehalten wird (Seite 1³, Seite 7³²) - ...durch sie Evaluationen (des Prozesses, Outcomes und der Kompetenzen) durchgeführt werden (Seite 1⁴) - ...durch sie der Umgang mit moralisch-ethisch schwierigen Entscheidungen im Klinikalltag erleichtert wird (Probleme im Umgang mit: Patientenautonomie, Gewissensfragen, medizinisch nicht sinnvollen Maßnahmen, Ressourcenverteilung, Vertrauensfragen, Entscheidungsfindung durch Vertreter des Patienten) (Seite 1⁵) - ...sie bei interpersonellen Interessenskonflikten vermitteln kann (Seite 1⁶) - ...die Autonomie des Patienten beachtet wird (Seite 2⁷) - ...sie unterschiedliche soziale Wertevorstellungen in einem pluralistischem Gesundheitssystem berücksichtigt (Seite 2⁷) - ...sie rechtliche Vorgaben, die für den Fall relevant sind, identifiziert (Seite 2⁸) - ...sie institutionelle Vorgaben, die für den Fall relevant sind, identifiziert (Seite 2⁸) - ...durch sie weitestgehend (falls moralisch-rechtlich vertretbar) die Autorität des Patienten gefördert wird (Seite 2⁹) - ...alle für den Fall relevanten Personen anwesend sind (Seite 2¹⁰) - ...sie eine offene Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Behandelnden fördert (Seite 2¹⁰, Seite 9²⁵, Seite 10²⁷) - ...sie zu einer Konsensfindung beiträgt (unter Beachtung sozialer Wertevorstellungen, Gesetze und Richtlinien der Institution) (Seite 2¹¹, Seite 3^{12,19}) - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 3¹²) - ...sie zur Identifikation und Analyse der Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer beiträgt (Seite 3¹²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...im Vorfeld ausreichende Informationen zum jeweiligen Fall eingeholt werden (Seite 3¹³) - ...die Diskretion und Privatsphäre des Patienten beachtet wird (Seite 3¹⁴) - ...es im besten Interesse des Patienten zu einer Entscheidung kommt (Seite 3¹⁴) - ...sie soziale Wertevorstellungen der Teilnehmer berücksichtigt (Seite 3¹⁵) - ...sie rechtliche Vorgaben bei ihren Entscheidungen berücksichtigt (Seite 3¹⁵) - ...sie die Richtlinien der Institution in ihren Entscheidungen berücksichtigt (Seite 3¹⁵) - ...sie ethische Prinzipien berücksichtigt (Seite 3¹⁵) - ...sie eine Vielzahl von moralisch akzeptablen Handlungsoptionen aufzeigt (Seite 3¹⁶) - ...sie die Bildung eines Konsenses unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹⁷) - ...jeder Teilnehmer frei seine Meinung äußern kann (Seite 3¹⁷) - ...unter den Teilnehmern ein gemeinschaftliches Verständnis für den Fall geschaffen wird (Seite 3¹⁷) - ...sie die individuellen Rechte der einzelnen Teilnehmer fördert (Seite 3¹⁸) - ...sie eine pluralistische Entscheidungsfindung fördert (Seite 3²⁰) - ...die Entscheidungsfindung unter Beachtung vorgegebener Grenzen stattfindet (Seite 3²⁰) - ...sie zur Identifikation ethischer Probleme des jeweiligen Falles führt (Seite 3²¹) - ...sie moralisch akzeptable Handlungsoptionen aufzeigt (Seite 3²²) - ...sie zur Lösung wertebeladener Konflikte beiträgt (Seite 3²³) - ...unter den Teilnehmern ein respektvoller Umgang herrscht (Seite 3²⁴, Seite 9²⁵) - ...die Ansichten aller Teilnehmer klar zur Darstellung kommen (Seite 3²⁴) - ...sie eine vertraute Atmosphäre schafft (Seite 10²⁶) - ...sie zur Lösung ethischer Probleme führt (Seite 10²⁸) - ...alle Menschen Zugang zu einer Ethikberatung haben (Seite 7²⁹) - ...sie dokumentiert wurde (Seite 7³⁰)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...eine regelmäßige Evaluation erfolgt (Seite 7³¹) - ...eine Evaluation des Prozesses stattfindet (Seite 8³⁴) - ...eine Evaluation des Outcomes stattfindet (Seite 8³⁵) - ...durch sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 8³³)
4	<ul style="list-style-type: none"> - gute Kommunikation unter den Mitgliedern, durch Ethikberater geleitet, jeder soll zu Wort kommen (alle sind gleichberechtigt) und unterschiedliche Ansätze sollen durch ein multidisziplinäres Team entstehen - Identifikation ethischer Probleme, die sich im Verlauf ändern oder auch vermehren können - ein gemeinschaftlicher Entscheidungsfindungsprozess wird angestrebt, aber ein Konsens ist nicht immer oberstes Ziel - beste Versorgung des Patienten steht im Vordergrund - EB soll Mitarbeitern nützlich sein, um im Arbeitsalltag mit ethischen Problemen besser umzugehen → Lehre der Mitarbeiter - einheitliches Vorgehen durch das Aufstellen von Leitlinien in Bezug auf Probleme, die sich aus EB retrospektiv ergeben 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zu einem gemeinschaftlichen Verständnis für das ethische Problem bei den Teilnehmern führt (Seite 5⁶) - ...unterschiedliche Erfahrungen, das Wissen und die Fähigkeiten aller Teilnehmer in den Prozess miteinfließen (Seite 2¹) - ...die moralischen und wertebeladenen Probleme eines konkreten Falles vielseitig betrachtet werden können (Seite 2¹) - ...sie eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern fördert (Seite 5⁶) - ...sie zur Identifikation ethischer Probleme führt (Seite 5⁷) - ...sie mögliche Handlungsoptionen und Strategien im Umgang mit dem jeweiligen Problem aufzeigt (Seite 5⁶) - ...sie bei interpersonellen Konflikten im behandelnden Team vermitteln kann (Seite 8⁹) - ...sie zur Lösung der ethischen Probleme führt (Seite 5⁸, Seite 9¹³) - ...sie dem behandelnden Team bei der Benennung ethischer Probleme hilft (Seite 8¹²) - ...durch sie eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 8⁹, Seite 9¹³) - ...sie die Autorität der letztendlich entscheidungsbefugten Person unter den Teilnehmern bestärkt (Seite 9¹³) - ...der Ethikberater eine Diskussion unter den Teilnehmern initiieren kann (Seite 8⁹) - ...sie beim behandelnden Team als eine Hilfestellung bei der Konfrontation mit ethischen Problemen im klinischen Alltag angesehen wird (Seite 11¹⁷) - ...sie 24h zur Verfügung steht (Seite 2²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...jeder Mensch Zugang zu einer Ethikberatung hat (Seite 4^{4,5}) - ...durch sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 9¹³)
5	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist dann gut, wenn sie bei der Entscheidungsfindung hilft und dazu führt, dass alle Menschen gleich gut/gerecht behandelt werden → die Meinung aller Mitglieder ist wichtig und muss angehört werden → jeder Mensch verdient es, gleich gut behandelt zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie im klinischen Alltag dem behandelnden Team bei ethischen Problemen beratend zur Seite steht (Seite 2¹) - ...sie die Entscheidungsfindung im Umgang mit ethischen Problemen im klinischen Alltag verbessert (Seite 2²) - ...sie zur klaren Darstellung der Ansichten aller Teilnehmer einer Ethikberatung beiträgt (Seite 2³) - ...sie zur Identifikation des ethischen Problems führt (Seite 2⁴) - ...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten, Personen vertreten wird (Seite 2⁵) - ...sie angemessen und wertschätzend auf die ethischen Probleme im klinischen Alltag eingeht (Seite 2⁶) - ...sie sich an ethische Normen orientiert (Vermeidung von Schaden, Gutes tun, Integrität schützen, moralische Gleichstellung aller Menschen...) (Seite 4⁷) - ...sie einen sensiblen Umgang mit ethischen Problemen im Klinikalltag durch das Klinikpersonal zur Folge hat (Seite 2⁶) - ...sie das Personal im Umgang mit ethischen Problemen schult (Seite 7⁸) - ...sie 24h verfügbar ist (Seite 7⁸)
6	<ul style="list-style-type: none"> - QK für eine gute EB ist, wenn die Bedürfnisse und Erfahrungen, sowie Anforderungsgründe einer EB, der jeweiligen Pflege, die Mitglieder der EB sind, mit im Fokus stehen und ihnen helfen, in ihrer täglichen Arbeit mit ethischen Problemen besser umgehen zu können - Qualität der EB kann gesteigert werden, wenn der Erfahrungsschatz der Pflege im Umgang mit ethischen Problemen im Arbeitsalltag mit in die EB aufgenommen wird, da hierdurch ein breiterer Blickwinkel auf die moralisch-ethischen Probleme entsteht 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 7/8², Seite 9⁵, Seite 3¹) - ...durch sie eine möglichst breite Diskussion unter den Teilnehmern einer Ethikberatung zustande kommt (Seite 3¹) - ...sie die moralischen Werte und Normen aller Teilnehmer berücksichtigt (Seite 3¹) - ...sie zur Lösung von Konflikten und Problemen führt (Seite 3¹) - ...sie zur Darstellung der Wertevorstellungen, Ziele und Vorlieben der Patienten beiträgt (Seite 8³) - ...sie bei interpersonellen Konfliktsituationen unter den Teilnehmern vermittelt (Seite 13¹³)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie bei unterschiedlichen Ansichten der Mitglieder im weiteren Verlauf der Behandlung des Patienten vermittelt (Seite 8⁹, Seite 12¹²) - ...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten, Personen vertreten wird (Seite 10⁷) - ...die Teilnehmer sich dadurch rechtlich-moralisch im weiteren Vorgehen sicherer fühlen (Seite 10⁸) - ...sie die Ziele und Präferenzen des Patienten berücksichtigt (Seite 9⁴) - ...sie die Patientenautonomie beachtet (Seite 9⁶) - ...gewährleistet ist, dass es durch die Anforderung einer Ethikberatung nicht zu Sanktionen oder Nachteilen für die Anforderten kommt (Seite 3¹)
7	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist die Hilfestellung bei der Klärung ethisch-moralischer Probleme, welche dann zu einer Verbesserung der Behandlung des Patienten führt unter Wahrung der Autonomie des Einzelnen - EB ist gut, wenn es zur Reduktion der Aufenthaltslänge auf der ICU bzw. im Krankenhaus allgemein kommt → Kosten- und Ressourcenersparnis - QK ist die Konsensfindung im Team - EB ist gut, wenn der Ethikberater fähig ist, Probleme zu erkennen und Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung leistet - Cave: Zufriedenheit der Mitglieder bzw. des Pat. ist nur bedingt ein QK, da es in erster Linie nicht den Zielen einer EB entspricht 	<ul style="list-style-type: none"> - ...zur Findung moralisch vertretbarer Lösungsansätze führt (Seite 3³) - ...der Ethikberater zwischen den unterschiedlichen Ansichten aller Teilnehmer einer Ethikberatung vermittelnd einwirken kann (Seite 6¹¹) - ...sie zur Lösung wertebeladener Probleme beiträgt (Seite 6¹⁰) - ...es durch sie zu einer medizinischen Ressourceneinsparung kommt (kürzere Verweildauer auf der ICU bzw. im Krankenhaus; Unterlassen von medizinisch nicht mehr sinnvollen Behandlungen und Klärung von wertebeladenen Problemen im Vorfeld) (Seite 7¹⁸, Seite 1¹, Seite 4^{7,8}, Seite 6¹³, Seite 7¹⁶) - ...sie angemessen auf die unterschiedlichen sozialen Wertevorstellungen in einer pluralistischen Gesellschaft eingeht (Seite 7¹⁷) - ...jedes Mitglied in der Ethikberatung frei seine Meinung äußern kann (Seite 7¹⁷) - ...ein respektvoller Umgang unter den einzelnen Mitgliedern gewahrt wird (Seite 7¹⁷) - ...sie die Autonomie der Teilnehmer beachtet (Seite 7¹⁷) - ...es durch die Ethikberatung zu einer Verbesserung des Patienten-Outcomes kommt (Seite 2²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
8	<ul style="list-style-type: none"> - QK für eine gute EB ist die Ausbildung des Ethikberaters, damit dieser bestimmte Kernkompetenzen und Charaktereigenschaften erlernt o hat nur beratende Funktion innerhalb des Beratungsprozesses o Lösung soll sich durch einen Gruppenprozess finden o Kommunikationseigenschaften, die die Gesprächsführung erleichtern und jeder zu Wort kommt - außerdem soll sich der Ethikberater ein breites Netzwerk an Kollegen aufbauen, damit es zu einer multidisziplinären Ansicht des ethischen Problems kommt und dieses von mehreren Seiten beleuchtet wird 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten, Personen vertreten wird (Seite 4³) - ...sie anhand ethikinterner Qualitätskriterien bewertet wird (Seite 4³) - ...es zur Identifikation von zunächst nicht offensichtlichen, ethisch-moralischen Problemen kommt (Seite 6⁹) - ...der Prozess der Beratung dynamisch verläuft (Seite 6¹⁰) - ...sie 24h zur Verfügung steht (Seite 4/5⁴) - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 7⁸) - ...die Meinungen aller Teilnehmer respektiert werden (Seite 7⁸) - ...sie eine möglichst kollegiale Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team fördert (Seite 7⁸)
9	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsplan des Pat. wird individuell an die jeweilige Situation des Pat. angepasst → dadurch sollen seine Werte und Normen berücksichtigt und der größte Vorteil für den Pat. erreicht werden (dies ist immer im Kontext zu sehen → vgl. COPD Pat. die Geburt ihres Enkels noch erleben will) - → Behandlungen müssen einen ethisch-moralischen Sinn haben (z. B. keine Euthanasie, Ressourcen sollen sinnvoll zum Nutzen des Pat. eingesetzt werden) - Nebeneffekte: Kosteneinsparungen → z. B. durch ein Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen oder Reduktion der Tage auf einer ICU (dies soll aber nur ein Nebeneffekt bleiben und nicht das Hauptziel einer EB sein) - EB soll dem Pat. und Angehörigen die jeweilige Situation verständlich machen und dabei helfen, den Willen des Pat. klar zu definieren (auch wenn keine Angehörigen da sind und der Pat. sich nicht äußern kann → Ethikberater vertritt Pat.), außerdem soll es zu einer Reduktion von moralischem Stress unter allen Beteiligten führen (durch 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 4^{3,5}, Seite 8¹³, Seite 10²², Seite 11²⁴) - ...sie moralisch vertretbare Handlungsoptionen aufzeigt, wenn der Patientenwille von der medizinisch, rechtlich und ethischen Realität abweicht (Seite 4⁴) - ...durch sie die Präferenzen des Patienten klar dargestellt werden (Seite 4⁴) - ...sie die Wertevorstellungen aller Teilnehmer respektiert (Seite 4⁴) - ...sie zu einer Reduktion von moralischen Problemen unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 4⁴) - ...sie zu einer möglichst optimalen Entscheidungsfindung beiträgt (Seite 4⁴) - ...der Ethikberater zwischen den Teilnehmern bei Unstimmigkeiten vermitteln kann (Seite 4⁵) - ...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten, Personen vertreten wird (Seite 4⁵) - ...sie die individuellen Ansichten in Bezug auf die Lebensqualität für den jeweiligen Patienten in der vorherrschenden Situation klar darlegt (Seite 6/7⁷, Seite 7⁹) - ...sie als neutrales Gremium handelt (Seite 10^{17,19}) - ...sie die Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern fördert (Seite 10¹⁷)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<p>einen respektvollen Umgang und gegenseitiges Verständnis für die jeweils anderen Ansichten) → in der Gemeinschaft soll es dann zu einer Entscheidungsfindung/Konsens kommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit: vages Kriterium, da dies stark abhängig ist, ob der Wille einer Person erfüllt wurde bzw. muss man diese aus unterschiedlichen Sichtweisen betrachten (Pat., Arzt, Pflege) 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Wünsche und Rechte des Patienten beachtet (Seite 11²³) - ...sie zur gerechten Verteilung vorhandener Ressourcen des Gesundheitssystems beiträgt (Seite 9^{15,16}) - ...sie zur Optimierung der Behandlungspläne des Patienten beiträgt (Seite 8¹³, Seite 11²⁴, Seite 9^{15,16}) - ...sie den Schutz des Patienten vor aggressiven Behandlungen sicherstellt (Seite 10²⁰)
10	<ul style="list-style-type: none"> - QK einer EB ist, wenn ein Konsens erreicht wird und alle gemeinsam eine Lösung finden - QK ist, wenn die Mitarbeiter während des Prozesses geschult werden und das Erlernete in ihrem Berufsalltag anwenden können - EB sollte patienten- und lösungsorientiert sein und die Versorgung des Patienten verbessern - Ethikberater steht nur als Vermittler zur Verfügung und führt die Kommunikation - durch EB wird ein besseres Arbeitsklima geschaffen, da Probleme offen angesprochen und geklärt werden können (keine Hierarchie während der EB, vertrauensvoller Rahmen geschaffen) - alle Mitglieder haben das Problem verstanden, Ethikberater klärt Unklarheiten auf 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Möglichkeit einer offenen und ehrlichen Kommunikation bietet (Seite 3³, Seite 5⁸) - ...sie angemessen und sensibel auf unterschiedliche soziale Wertevorstellungen in einem pluralistischen Gesellschaftssystem eingeht (Seite 3/4⁴) - ...ein respektvoller und vertrauter Umgang unter den Teilnehmern herrscht (Seite 4⁷, Seite 5^{9,10}) - ...sie eine optimale Versorgung des Patienten durch die Behandelnden zur Folge hat (Seite 3¹) - ...sie kontextabhängig auf den einzelnen Patienten abgestimmt ist (Seite 3¹) - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹) - ...sie zur Verbesserung des Arbeitsklimas innerhalb einer Abteilung beiträgt (Seite 3²) - ...sie 24h zur Verfügung steht (Seite 6¹⁵)
11	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist eine gute Dokumentation, so dass der Prozess nachvollzogen werden und zu schulischen Zwecken in anonymisierter Form verwendet werden kann - EB soll die Versorgung des Pat. durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung verbessern, wobei der Ethikberater eine Moderatorenrolle einnimmt - EB kann durch die Dokumentation evaluiert und weiter in der Qualität verbessert werden 	<ul style="list-style-type: none"> - ...alle Teilnehmer ihre Ansichten klar und frei äußern können (Seite 6³) - ...es zur Darstellung des ethisch-moralischen Problems kommt (Seite 7⁴) - ...eine Dokumentation der Ergebnisse und des Prozesses stattgefunden hat (Seite 2¹) - ...der Verlauf der Beratung zur Sicherung der Qualität, ausreichend dokumentiert wurde (Seite 6², Seite 8⁷, Seite 9^{8,9}) - ...sie zur Gewährleistung einer rechtlichen Absicherung ausreichend dokumentiert wurde (Seite 6²) - ...sie durch eine angemessene Dokumentation objektiv ist (Seite 7⁶)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zu Aus- und Fortbildungszwecken verwendet werden kann (Seite 8⁷, Seite 9^{8,9}) - ...sie durch angemessene Dokumentation evaluiert werden kann (Seite 9^{8,9}) - ...ihre Legitimität durch ausreichende Dokumentation sichergestellt ist (Seite 9¹⁰)
12	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn sie Probleme analysiert und systematisch aufarbeitet und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ansätze diskutiert - Pat.-wünsche und -vorstellungen stehen im Fokus - Lösungsansätze der EB können auch auf andere Situationen im Alltag übertragen werden → Lerneffekt - EB ist negativ, wenn Fälle nicht immer zeitnah und schnell bearbeitet werden können - Angehörige und Pat. sollen in EB involviert sein und die Perspektive des Pat. berücksichtigt werden - einheitlicher Leitfaden, wie der Prozess einer EB ablaufen soll ist ein QK 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie ein ethisches Problem von einer neutralen Position, die außerhalb des behandelnden Teams liegt, betrachtet wird (Seite 2/4¹, Seite 7²⁰, Seite 8²⁵) - ...sie durch eine Diskussion des Für und Wider das ethische Problem systematisch aufarbeitet (Seite 5^{5,6}, Seite 7²³) - ...sie zur Identifikation der Wertevorstellungen und Normen des Patienten beiträgt (Seite 5⁷) - ...alle Teilnehmer der Ethikberatung gleich wertgeschätzt werden (Seite 5⁷) - ...sie alle, für den Fall wichtigen Aspekte, erfasst (Seite 5^{12,13}, Seite 7²⁴) - ...es dadurch zu einer Aufteilung der Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen unter allen Teilnehmern kommt (Seite 4³, Seite 5⁴, Seite 8²⁵) - ...sie zur Erleichterung des Klinikalltages im Umgang mit ethischen Problemen führt (Seite 5¹⁰) - ...sie ihre Aufgaben transparent für die Öffentlichkeit macht (Optimierung der Erwartungshaltung der Anforderenden) (Seite 5¹¹) - ...alle an der Behandlung Beteiligten und für diese wichtigen Personen an der Ethikberatung teilnehmen (Seite 5¹³, Seite 7²⁴) - ...sie durch eine angemessene Dokumentation zu Aus- und Fortbildungszwecken verwendet werden kann (Seite 6¹⁵) - ...sie durch eine ausreichende Dokumentation transparent ist (Seite 6¹⁶) - ...sie 24h zur Verfügung steht (Seite 6¹⁷) - ...sie keine negativen Folgen oder Konsequenzen für den Anforderenden nach sich zieht (Seite 6¹⁸) - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 7¹⁹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
13	<ul style="list-style-type: none"> - QK der EB ist die Anzahl der Einberufung pro Krankenhaus und die steigende Nachfrage nach EB 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zur Konfliktlösung unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 1¹) - ...sie darauf abzielt, einen maximalen Benefit für alle Teilnehmer zu fördern (Seite 1¹) - ...sie darauf abzielt, einen maximalen Benefit für die Institution zu fördern (Seite 1¹) - ...sie darauf abzielt den Schaden für die Institution so gering wie möglich zu halten (Seite 1¹) - ...sie darauf abzielt den Schaden für alle Teilnehmer so gering wie möglich zu halten (Seite 1¹) - ...durch sie zu einer angemessenen Nutzung von Ressourcen kommt (Seite 1¹) - ...es durch sie zu einem routinierteren Umgang mit ethischen Problemen innerhalb des behandelnden Teams kommt (Seite 1¹)
14	<ul style="list-style-type: none"> - einstimmige Übereinkunft bezüglich der Lösung des Falls → vertrauensvoller Rahmen, in dem jedes Mitglied seine Meinung frei äußern kann - Zugang zu einer EB für jeden gleich → Jeder kann eine EB um Rat fragen - ethische Probleme werden identifiziert und offen angesprochen → Kommunikationsprozess untereinander wird gefördert - gemeinschaftliche Erfahrungen und ähnliche Situation, die die Mitglieder erlebt haben, fließen mit in den Prozess der Entscheidungsfindung ein - Handlungen erfolgen nach den ethischen Prinzipien: Autonomie, Nichtschaden, Wohlwollen, Gerechtigkeit - alle Mitglieder müssen über den Fall und die bestehenden Möglichkeiten, diesen zu lösen, aufgeklärt sein - Empfehlungen werden innerhalb von 48 Stunden an die jeweiligen Mitglieder herausgegeben und dokumentiert - Entscheidungen führen zu einer Änderung in der Patientenbehandlung, Kostenreduktion, Verbesserung des Pat.-Outcomes, Zufriedenheit der 	<ul style="list-style-type: none"> - ...dadurch eine möglichst breite Diskussion gefördert wird (Seite 1¹, Seite 2⁶, Seite 4¹⁶) - ...sie von einem multidisziplinären Team abgehalten wird (Seite 1¹, Seite 1/2²) - ...der Ethikberater den Prozess moderiert (Seite 3⁹) - ...sie zu einer moralisch und ethisch vertretbaren Entscheidungsfindung beiträgt (Seite 1¹) - ...die vielen unterschiedliche Ansichten der Teilnehmer berücksichtigt werden (in Bezug auf sozioökonomische Aspekte, Kultur, öffentliche Ansichten der Institution) (Seite 1/2², Seite 2⁵) - ...es zu einer Konsensfindung unter den Mitgliedern kommt (Seite 3¹²) - ...sie bei Unsicherheiten im Umgang mit ethischen Problemen berät (sinnlose Behandlungen am Lebensende, Umgang mit uneinsichtigen Patienten, die sich selbst schaden) (Seite 2⁸) - ...sie zur Identifikation von Patientenwünschen beiträgt (Seite 2⁸) - ...sie dazu beiträgt, unter den Teilnehmern zu vermitteln (Seite 2⁸) - ...eine im Voraus ausreichende Informationssammlung zum Fall sichergestellt wird (Seite 3⁹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<p>Behandelnden → Vergleich zwischen HECs möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie das ethische Problem aufdeckt (Seite 3⁹) - ...es zur Darstellung der bestmöglichen Handlungsoptionen kommt (Seite 3¹⁰) - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 3^{10,17}) - ...die Werte, Absichten, Motivationen und Hintergründe aller Teilnehmer beachtet werden (Seite 3¹⁰) - ...sie nach moralisch-ethischen Normen handelt (Seite 3¹¹) - ...durch sie eine vertraute Atmosphäre für ethische Probleme geschaffen wird (Seite 3¹¹) - ...dadurch die Kommunikation unter den Teilnehmern verbessert wird (Seite 3¹⁸) - ...durch sie Probleme offen angesprochen werden können (Seite 3¹⁸) - ...durch sie die Behandlung des Patienten verbessert wird (Seite 3¹⁸) - ...sie zeitnah zur Verfügung steht (Seite 2⁵) - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 2⁶, Seite 3¹²) - ...der Prozess nach standardisierten Vorgaben abläuft (Seite 2⁷) - ...jede Person Zugang dazu hat (Seite 2⁸) - ...alle für die Behandlung und Betreuung wichtigen Personen anwesend sind (Seite 3¹⁰) - ...eine zeitnahe Darstellung der Entscheidungsvorschläge durch die Ethikberatung gewährleistet ist (Seite 3¹³) - ...sie regelmäßig fremd- als auch eigenevaluert wird (Seite 3¹⁴)
15	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn alle Beteiligten gehört werden, ihre Meinung äußern können, wenn offene Fragen geklärt werden und eine respektvolle und vertrauensvolle Atmosphäre für ethische Probleme geschaffen wurde - Mitglieder können die Ergebnisse der EB auch in ihrem Alltag auf ähnliche Situationen übertragen - EB führt zu einer Kostenersparnis in der Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zur Identifikation ethischer Probleme beiträgt (Seite 2¹) - ...sie ethische Probleme analysieren kann (Seite 2¹) - ...sie zur Lösung ethischer Probleme führt (Seite 2¹) - ...sie eine möglichst offene Kommunikation sicherstellt, in die sich alle Teilnehmer miteinbringen (Seite 2²) - ...sie ein gemeinsames Verständnis für das jeweilige ethische Problem unter den Teilnehmern der Ethikberatung schafft (Seite 2²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie an den jeweiligen Fall/Kontext angepasst ist (Seite 3⁴) - ...sie zu einer Kosteneffizienz und Einsparungen von Kosten führt (Seite 3³) - ...sie während des laufenden Prozesses durch die Teilnehmer evaluiert wird (Seite 3⁴) - ...zuvor ausreichend Informationen zum Fall gesammelt wurden (Seite 3⁴) - ...das ethische Problem benannt werden kann (Seite 3⁴) - ...sie dazu beiträgt, für den Patienten bestmögliche Handlungsoptionen zu identifizieren (Seite 3⁴)
16	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist, wenn die EB nach einem gewissen Schema abläuft, an dem sich die Ethikberater orientieren können und festgelegt wird, welche Ziele erreicht werden sollen (Zufriedenheit, Autonomie des Pat., Verbesserung der Lebensqualität) - alle Mitglieder sollen eine gleiche Basis haben, die auf einem gemeinschaftlichen Verständnis des Problems basiert 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie aus einem multidisziplinären Team besteht (Seite 2^{3,5}, Seite 3²) - ...durch sie eine strukturierte Kommunikation unter den Teilnehmern zustande kommt (Seite 2⁵, Seite 3²) - ...sie dazu beiträgt, dass eine Entscheidung innerhalb der Teilnehmer zu dem jeweiligen Problem gefunden wird (Seite 2³, Seite 3⁴) - ...sie an den jeweiligen Fall/Kontext angepasst ist (Seite 2⁵, Seite 3⁶)
17	<ul style="list-style-type: none"> - Variabilität in der Argumentation durch engagierte Mitarbeit und Interesse aller Beteiligten, sowie kritisches Hinterfragen der Argumente, führt zu einer multivarianten Ansicht des Problems und es werden im laufenden Prozess evtl. noch weitere Probleme identifiziert, bzw. das eigentliche Problem nimmt eine andere Bedeutung ein (es finden sich andere Probleme, die wichtiger sind) → dynamischer Prozess, um eine oder mehrere Lösungen zu finden → Gruppenprozess steht im Fokus und nicht die Meinung eines Einzelnen 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie dazu beiträgt, dass das Problem von möglichst vielseitigen Perspektiven der Teilnehmer betrachtet wird (Seite 1¹, Seite 3³, Seite 4⁹) - ...sie sicherstellt, dass mehrere Lösungsansätze für das Problem zur Verfügung stehen (Seite 1¹, Seite 3^{3,5}) - ...eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern sichergestellt ist (Seite 3³) - ...eine möglichst breite Diskussion mit vielseitigen Perspektiven unter den Teilnehmern stattfindet (Seite 5^{10,11}) - ...jeder Teilnehmer seine eigene Meinung konstruktiv in die Diskussion miteinbringen kann (Seite 3⁶, Seite 5¹¹) - ...alle Teilnehmer frei und offen ihre Meinung äußern können (Seite 5¹⁰) - ...eine Gruppenpolarisation vermieden wird (Seite 3/4⁷, Seite 5¹⁰) - ...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten, Personen vertreten werden (Seite 3/4⁷, Seite 4⁹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie eine systematische Aufarbeitung des ethischen Problems durch Abwägen des Für und Wider sicherstellt (Seite 4⁸) - ...die gesammelten Informationen zum jeweiligen Fall durch die Teilnehmer kritisch hinterfragt werden (Seite 5¹²) - ...sie zu einer Erleichterung im Umgang mit ethischen Problemen unter den Mitarbeitern in Zukunft führt (Seite 1²) - ...das ethische Problem identifiziert wird (Seite 3⁴)
18	<ul style="list-style-type: none"> - EB kann die Behandlung des Patienten verbessern und für den Pat. einen größtmöglichen Nutzen erreichen - QK ist, wenn alle Mitglieder ihre Meinung frei äußern können und ernst genommen werden → evtl. auch Einschluss des Pat./Angehörigen in die EB (seine Meinung ist mitunter am Wichtigsten) - EB ist gut, wenn sie strukturiert abläuft und von Fall zu Fall ähnlich aufgebaut ist - EB sollte immer abrufbar sein - EB soll zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung führen und jeder sollte seine Meinung vertreten können → Ethikberater dient nur als Beratschlagender 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung berät (Seite 1¹) - ...durch sie das ethische Problem von einer neutralen Sichtweise betrachtet wird (Seite 2⁴, Seite 2²) - ...möglichst viele Lösungsansätze berücksichtigt werden (Seite 2², Seite 3¹⁸) - ...sie dazu beiträgt, eine möglichst breite Diskussion unter den Teilnehmern zu fördern (Seite 2⁴) - ...sie gewährleistet, dass auch die Meinungen von nicht anwesenden Personen, die in den Fall involviert sind, vertreten wird (Seite 3^{11,12}) - ...die Meinungen aller Teilnehmer ernst genommen werden (Seite 3¹²) - ...sie zur Entstehung eines gemeinschaftlichen Verständnisses für den Fall beiträgt (Seite 3¹²) - ...der Prozess der Ethikberatung strukturiert abläuft (Seite 3¹⁵) - ...sie bewirkt, dass die Teilnehmer in Zukunft besser auf ethische Probleme reagieren und damit umgehen können (Seite 2⁴, Seite 3⁸) - ...dadurch die Zusammenarbeit im Team wegen der gemeinsamen Bewältigung von Konflikten verbessert wird (Seite 2⁵) - ...die getroffenen Lösungsansätze auf den klinischen Fall angewendet werden können (Seite 3^{8,17}) - ...sie dazu führt, dass die Behandlung des Patienten verbessert wird (Seite 3⁹) - ...sie die Sicherheit des Patienten in der Behandlung gewährleistet (Seite 3¹⁰) - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3 ¹³) – ...sie 24h erreichbar ist (Seite 3 ¹⁴)
19	<ul style="list-style-type: none"> – QK ist, die Kommunikation unter den einzelnen Mitgliedern zu fördern – EB soll rund um die Uhr erreichbar sein – EB hat Brückenfunktion zwischen Behandelnden und Patienten bzw. Angehörigen – Interessen, Wünsche und Ziele des Pat. stehen im Vordergrund unter Wahrung ethischer Prinzipien – gemeinschaftlicher Konsens wird angestrebt – Förderung der ethischen Kompetenz der Mitarbeiter durch Vermittlung von Richtlinien und Aufdeckung von Irrtümern – Zufriedenheit aller Mitglieder als QK → bessere Gerechtigkeit – Reduktion der Behandlungsdauer und damit Kosteneinsparung (nur in Hinblick auf vernünftigen Ressourceneinsatz zu sehen) 	<ul style="list-style-type: none"> – ...sie die Teilnehmer in ethischen Konfliktsituationen berät (Seite 1¹) – ...sie den mutmaßlichen Willen des Patienten berücksichtigt (Seite 1²) – ...sie eine möglichst strukturierte Kommunikation unter den Teilnehmern gewährleistet (Seite 2³) – ...sie eine möglichst breite Sichtweise auf den jeweiligen Fall hat (Seite 3⁴) – ...sie dazu beiträgt, die Wertevorstellungen der Mitarbeiter anzuerkennen (Seite 4⁶) – ...sie unter den verschiedenen Teilnehmern der Ethikberatung vermittelnd einwirken kann (Seite 4⁶) – ...sie Unsicherheiten im Umgang mit ethischen Konflikten und Entscheidungen aufdeckt (Seite 4⁶) – ...sie zur Entscheidungsfindung bei ethischen Konflikten unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 4⁶) – ...sie ethischen Prinzipien folgt (Seite 4⁶) – ...sie zu Lösungen bei widerstreitenden ethischen Verpflichtungen beiträgt (Seite 4⁶) – ...sie aus einem multidisziplinären Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen sowie dem Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut ist (Seite 4⁸) – ...sie eine breite Diskussion unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ansichten fördert (Seite 4⁸) – ...sie die Teilnehmer fördert, moralisch relevante Probleme zu benennen (Seite 6^{10,11}) – ...sie dazu beiträgt, die moralisch relevanten Probleme gegeneinander abzuwägen (Seite 6¹⁰) – ...durch sie möglichst optimale Handlungsoptionen für den Patienten erarbeitet werden (Seite 6¹¹) – ...sie den mutmaßlichen Patientenwillen beachtet (Seite 6¹¹) – ...sie beratend für die Teilnehmer wirkt, die endgültige Entscheidung aber dem

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<p>Arzt/gesetzlichem Vertreter überlassen bleibt (Seite 6¹¹)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...sie sich auf den jeweiligen Fall und Kontext anpasst (Seite 8¹⁶) - ...der Beratungsprozess gerecht abgehalten wird (Seite 10²¹) - ...die persönlichen Ziele und Vorstellungen der Teilnehmer klar angesprochen werden (Seite 4⁶, Seite 10²²) - ...unter den Teilnehmern eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird (Seite 10²²) - ...sie unter den Teilnehmern vermitteln kann (Seite 4⁶) - ...sie 24h erreichbar ist (Seite 2³, Seite 2/3⁵) - ...sie bewirkt, dass die Behandlungspläne des Patienten nach seinen Wertevorstellungen ausgerichtet und angepasst werden (Seite 4⁶, Seite 10²²) - ...das Ethikberatungsgespräch durch einen Ethikberater moderiert wird (Seite 4⁸) - ...ein Protokoll erstellt wird (Seite 4⁸, Seite 6¹²) - ...sie zu Aus- und Fortbildungszwecken der Mitarbeiter dient (Seite 1², Seite 4⁸) - ...durch sie kritische Selbstreflexion der Teilnehmer gefördert wird (Seite 4⁸) - ...sie die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen verbessert (unter Einhaltung ethischer Grundwerte) (Seite 7¹³, Seite 8^{15,18}) - ...durch sie ein sinnvoller Einsatz von Ressourcen (und dadurch Kosteneinsparungen) gewährt wird (Seite 8¹⁹) - ...sie zu einer Erstellung von Empfehlungen zur Behandlung im Sinne aller Teilnehmer beiträgt (Seite 8/10²⁰)
20	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn sie anhand einer Checkliste durchgeführt wird, um ein möglichst einheitliches Vorgehen zu schaffen → diese soll den Prozess an sich vereinheitlichen und dem Ethikberater aufzeigen, welche Informationen er unbedingt für die EB benötigt, sowie Fakten zum Fall festlegen; es soll ein routinierter Ablauf gewährleistet werden 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie sich auf den jeweiligen Kontext des Patienten bezieht (Seite 2²) - ...der Prozess der Ethikberatung dynamisch an die jeweilige Situation angepasst werden kann und nicht nur nach starren Theorien und Mustern abläuft (Seite 2²) - ...sie dazu beiträgt, wertebeladene Unstimmigkeiten und Konflikte unter den Teilnehmern zu analysieren (Seite 3³) - ...sie die Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung für das ethische Problem unterstützt (Seite 3³)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie dazu beiträgt, eine vertraute und respektvolle Atmosphäre unter den Teilnehmern zu schaffen (Seite 3³) - ...sie gewährleistet, dass die Rechte und Interessen der einzelnen Teilnehmer gewahrt werden (Seite 3³) - ...sie die Verpflichtungen der Teilnehmer beachtet (Seite 3³) - ...sie die unterschiedlichen Sichtweisen aller Teilnehmer identifiziert (Seite 3³) - ... unter den einzelnen Teilnehmern vermittelt und die unterschiedlichen Ansichten zusammenbringt (Seite 3³) - ...sie die Qualität der Versorgung des Patienten verbessert (Seite 2¹) - ...sie ethische Fragen und Belange identifiziert (Seite 2¹) - ...sie ethische Fragen und Belange analysiert und klärt (Seite 2¹) - ...jeder Mensch Zugang zu einer Ethikberatung hat und diese anfordern kann (Seite 3⁴) - ...sie 24h zur Verfügung steht (Seite 3⁵)
21	<ul style="list-style-type: none"> - EB soll unabhängig zwischen den einzelnen Mitgliedern vermitteln und ein gemeinsames Verständnis schaffen - Nutzen des Patienten und Nichtschaden stehen dabei im Vordergrund → Verbesserung des Patienten-Outcomes und Schutz vor unethischen Vorgehensweisen - gemeinschaftliche Entscheidungsfindung - Ethikberater soll im Sinne der Patienteninteressen handeln - Ethikberater soll moralisch, ethisch, gesetzlich korrekt handeln und dabei für den Patienten die beste Lösung finden 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie unabhängig als neutrales Gremium fungiert (Seite 2¹, Seite 3³) - ...durch sie die Teilnehmer ihre Ansichten klar darstellen können (Seite 2¹) - ...durch sie die Teilnehmer ein gemeinsames Verständnis für das ethische Problem im jeweiligen Fall erlangen (Seite 2¹) - ...die Handlungsoptionen für alle Teilnehmer tragbar sind (Seite 2¹) - ...sie die gemeinschaftliche und faire Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern fördert (Seite 2¹, Seite 3³) - ...sie die Werte und Präferenzen aller Mitglieder im Prozess berücksichtigt (Seite 2¹, Seite 3³) - ...die Ethikberatung moralisch und rechtlich optimale Handlungsoptionen für den Patienten aufdeckt (Seite 2¹) - ...sie Konflikte in Bezug auf ungewollte Lebensverlängerung eines Patienten lösen kann (Seite 1²) - ...sie ungewollte und sinnlose Behandlungen offenlegt (Seite 1²) - ...sie die Aufteilung der Verantwortung innerhalb der Teilnehmer fördert (Seite 3⁴)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Teilnehmer durch Kompromisse zur Lösung von Konflikten führt (Seite 3⁴) - ...sie eine gemeinschaftliche Konsensfindung fördert (Seite 3⁵) - ...sie den Willen und die Interessen des Patienten, falls moralisch, rechtlich vertretbar sicherstellt (Seite 3⁵) - ...sie für alle Beteiligten einen maximalen Nutzen zur Folge hat (Seite 2¹) - ...sie für die Institution einen maximalen Nutzen zur Folge hat (Seite 2¹) - ...durch sie ein schädliches Vorgehen minimiert wird (Seite 2¹) - ...es zu einer Verbesserung des klinischen Outcomes für den Patienten durch die Ethikberatung kommt (Seite 2¹) - ...sie zusätzlich zur Schulung von Mitarbeitern dient (Seite 2¹) - ...sie den Schutz des Patienten vor unethischen Handlungen gewährleistet (Seite 2¹) - ...sie dazu führt, dass die Beziehung zwischen dem Patienten und dem behandelnden Team gestärkt wird (Seite 2¹) - ...sie zur Einsparung von Ressourcen führt (Seite 1²)
22	<ul style="list-style-type: none"> - EB soll ethische Probleme aufdecken und für diese ein gemeinsames Verständnis unter allen Mitgliedern schaffen - EB soll den Mitgliedern helfen, in Zukunft besser mit solchen Problemen umzugehen - alle Mitglieder sollen gemeinsam eine Lösung finden unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ansichten und somit die Kommunikation der Mitglieder fördern - Ethikberater soll Vorerfahrungen und eine ethische Grundbasis haben, damit der Prozess qualitativ gut ist → je höher der Erfahrungswert des Ethikberaters, desto besser der Profit für alle Beteiligten 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zur Analyse ethischer Probleme beiträgt (Seite 3³, Seite 8¹⁹) - ...sie unter den Teilnehmern ein gemeinschaftliches Verständnis für die jeweilige Situation schafft (Seite 2¹) - ...sie dazu beiträgt, ethisch-moralische Probleme aufzudecken (Seite 2¹, Seite 3^{3,4}, Seite 8¹⁹) - ...sie auch zunächst nicht offensichtliche ethische Probleme erkennt und aufdeckt (Seite 3/4⁵) - ...eine breite Diskussion unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 6/7¹⁰) - ...alle Mitglieder frei ihre Ansichten äußern können (Seite 6/7^{10,11}) - ...die Entscheidungsfindung transparent ist (Seite 7¹¹) - ...die Ziele und Entscheidungen einer Ethikberatung unter den Teilnehmern evaluiert werden (Seite 7¹¹) - ...sie anfangs festlegt, wer die letzte Entscheidungsgewalt hat, falls kein Konsens erreicht wird (Seite 7¹²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie Raum und Zeit bietet, dass alle Teilnehmer ihre Ansichten erläutern können (Seite 7¹³) - ...sie das Problem möglichst vielseitig betrachtet (Seite 7^{14,16}) - ...sie die Ansichten aller Teilnehmer berücksichtigt (Seite 7^{14,16}) - ...die Lösungsansätze kritisch selbstreflektiert werden (Seite 3³, Seite 7¹⁵, Seite 8^{17,19}) - ...sie gewährleistet, dass unterschiedliche Ansichten der Teilnehmer als konstruktive Kritik der Teilnehmer gewertet werden (Seite 7¹⁵) - ...sie eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern fördert (Seite 8¹⁸) - ...sie den Umgang mit ähnlichen ethischen Problemen bei den Mitarbeitern in Zukunft verbessert (Seite 2¹) - ...durch sie der Fall tiefergehend unter Abwägung des Für und Wider analysiert wird (Seite 6⁹) - ...alle für den Fall relevanten Personen anwesend sind (Seite 6/7¹⁰)
23	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn sie die Pat.-Rechte und Ansichten vertritt und es dadurch zu Behandlungsplan-Änderungen kommt - allgemeines Verständnis innerhalb der Mitglieder soll geschaffen werden, um die bestmöglichen Pat.-Interessen vertreten zu können, ohne dem Pat. zu schaden - Ethikberater soll neutral die Diskussion leiten und dabei darauf achten, dass die Ziele des Pat. im Mittelpunkt stehen und die Entscheidungsfindung auch zu Resultaten in der Behandlung des Pat. führt - QK ist die Ausbildung von Mitgliedern und diese im Umgang mit ethischen Problemen zu schulen - Zufriedenheit aller sollte am Ende der EB beachtet werden, auch wenn nicht immer ein Konsens erreicht werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> - ...ein gemeinschaftlicher Konsens geschaffen wird (Seite 2⁷) - ...sich die Teilnehmer gegenseitig aufmerksam zuhören (Seite 2⁷) - ...die Teilnehmer die Kommunikation interessiert verfolgen (Seite 2⁷) - ...ein respektvoller Umgang unter den Teilnehmern herrscht (Seite 2⁷, Seite 3¹⁰) - ...sich die einzelnen Teilnehmer untereinander empathisch begegnen (Seite 2⁷) - ...die variablen Grenzen der Kommunikation erkannt und beachtet werden (Seite 2⁷) - ...sie dazu beiträgt, Konflikte während der Ethikberatung zu lösen (Seite 2⁵) - ...sie das Personal schult, in Zukunft besser mit ethischen Problemen umzugehen (Seite 2^{5,8}, Seite 3¹⁰) - ...sie sich gezielt an die Kernkompetenzen der ASBH anlehnt (Seite 2⁵) - ...sie dazu beiträgt, dass während der Ethikberatung ein respektvoller Umgang der Teilnehmer untereinander herrscht (Seite 3¹⁰)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist ein respektvoller Umgang miteinander, dass alle zu Wort kommen und ihre Meinung äußern und somit verschiedene Perspektiven betrachtet werden können 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹⁰)
24	<ul style="list-style-type: none"> - QK für eine klinische EB ist, wenn innerhalb des Prozesses durch eine Aufhebung der Hierarchie (d. h. Gleichberechtigung der Meinungen aller Mitglieder) Ziele und Lösungen erarbeitet werden → keine vorgegebenen Ziele, sondern dynamische Lösungen entstehen während des Prozesses - Lösungen müssen immer von Fall zu Fall im jeweiligen Kontext gesehen werden und können nicht generell festgelegt werden - je multidisziplinärer das Team, desto variabler und größer sind die Lösungsansätze - allgemeines Verständnis für die Ansichten aller Mitglieder soll gewährt und die Meinungen aller Mitglieder ernst genommen werden (dynamischer Gruppenprozess) - Mitglieder sollen aus der EB etwas für ihre zukünftige Arbeit lernen 	<ul style="list-style-type: none"> - ...es durch den gemeinsamen Austausch unter den Teilnehmern zu einem gegenseitigen Lerneffekt kommt (Seite 2¹) - ...unterschiedliche Perspektiven der Teilnehmer bezogen auf den Fall betrachtet werden (Seite 2¹, Seite 3²) - ...jeder Teilnehmer frei seine Meinung zum jeweiligen Fall äußern kann (Seite 3²) - ...es für den Fall unterschiedliche Lösungsansätze gibt (Seite 3²) - ...die Lösungsansätze bestimmte Vorgaben berücksichtigen (Leitlinien, Gesetze, wissenschaftliche Vorgaben) (Seite 3²) - ...es zur Klärung des ethischen Problems unter den Teilnehmern kommt (Seite 3³) - ...es zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern kommt (Seite 3³) - ...sie einen authentischen Dialog unter den Teilnehmern fördert, bei dem unterschiedliche Ansichten zugelassen sind (Seite 4⁵) - ...sie die Selbstreflexion der Teilnehmer fördert (Seite 4⁵) - ...alle Menschen Zugang zur Ethikberatung haben (Seite 3²) - ...sie die moralischen Kompetenzen der Mitarbeiter verbessert (Seite 3⁴) - ...sie die Versorgung des Patienten bei moralischen Fragen verbessert (Seite 3⁴) - ...sie sich vom jeweiligen Kontext abhängig auf den jeweiligen Fall bezieht (Seite 4⁷) - ...sie als unabhängiges und unvoreingenommenes Gremium agiert (Seite 4⁶)
25	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist nicht gut, wenn sie ausschließlich auf Basis einer Kosteneinsparung beurteilt wird, da die Beurteilung dann einseitig und unvollständig ist - → Kosteneinsparungen in der EB beeinflussen die ursprünglichen Ziele einer EB - EB ist gut, wenn es zu Klärung von ethisch schwierigen Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Entscheidungsfindung der Teilnehmer bei ethischen Problemen fördert (Seite 3/4⁴) - ...sie bei moralisch schwierigen Situationen Pflegekräften alternative Handlungsmöglichkeiten aufzeigt (Seite 5⁸) - ...sie der Institution anders als durch Kosteneinsparungen einen Vorteil erbringt (Seite 5⁹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<p>kommt (Entscheidungen am Lebensende → dies kann indirekt zu einer Kosteneinsparung führen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn EB die Kosteneinsparung als Ziel hat, kann dies zu einem Misstrauen der Angehörigen und Patienten führen, was zur Folge hat, dass weniger EB einberufen werden 	
26	<ul style="list-style-type: none"> - QK für EB ist die Dokumentation anhand derer die Häufigkeit der EB gemessen werden kann und somit der Bedarf - QK ist die Zufriedenheit der Ratsuchenden - EB soll zu einer Veränderung in der Versorgung des Pat. führen - EB soll den Umgang der Mitglieder untereinander verbessern 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie nach gewissen Standards, welche durch die Akademie für Ethik in der Medizin vorgegeben sind, abläuft (Seite 2¹) - ...sie zur Qualitätssicherung durch die Teilnehmer evaluiert wird (Seite 2¹, Seite 6³) - ...sie zu einer Steigerung der Zufriedenheit der Ratsuchenden beiträgt (Seite 3²) - ...sie als Nachweis für die erbrachte Leistung dokumentiert wird (Seite 3²) - ...sie zum Nachweis der Qualität (re-)zertifiziert wird (Seite 3²)
27	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist, wenn der Prozess der EB transparent und nachvollziehbar ist - EB strebt nach einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung in erster Linie im Sinne des Pat. und seiner Angehörigen, aber immer unter Beachtung ethisch vertretbarer Normen - Ergebnisse der EB sollen den Mitgliedern in Zukunft helfen, einfacher mit ähnlichen Problemen umzugehen 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Entscheidungsfindungen unter den Teilnehmern strukturiert (Seite 4¹) - ...es zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung kommt (Seite 4¹) - ...die Handlungsempfehlungen einem moralisch korrekten und juristisch zulässigen Vorgehen entsprechen (Seite 4¹) - ...sie im multiprofessionellen Team abgehalten wird (Seite 4¹) - ...sie kontextorientiert an den jeweiligen Fall angepasst ist (Seite 5³) - ...sich der Ablauf und das Vorgehen an bereits vorhandenen Leitlinien orientiert (Seite 4¹) - ...der Prozess der Ethikberatung transparent und nachvollziehbar ist (Seite 5⁴)
28	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist, wenn die Wünsche des Pat. in Situationen, in denen er nicht mehr entscheiden kann, im Vordergrund stehen → Autonomie des Pat. - EB ist gut, wenn es unter allen Mitgliedern zu einer gemeinsamen Entscheidung in Bezug auf die weitere Pat.-Behandlung kommt und sich die Versorgung dadurch verbessert - ein QK ist, wenn durch die Lösungen im Team die Mitglieder auch in Zukunft von den Erfahrungen der EB profitieren können 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie vor allem am Lebensende den Einfluss der Patientenpräferenzen fördert (Seite 2¹, Seite 5⁴) - ...sie die Kommunikation über das weitere Vorgehen des Patienten im behandelnden Team verbessert (Seite 2³) - ...sie zu einer Besprechung der Handlungsoptionen kritisch/chronisch Kranker unter den Teilnehmern führt (Seite 2³) - ...sie kontextorientiert an den jeweiligen Fall angepasst ist (Seite 5/6⁷) - ...sie zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und auf der Intensivstation führt (Seite 2³)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<ul style="list-style-type: none"> - unnötige Behandlungen am Lebensende können reduziert und damit Kosten und Ressourcen gespart werden, durch verkürzte Aufenthalte der Pat. im Krankenhaus/ICU (vgl. Schneidermann) - Jeder soll Zugang zu EB haben; der Pat. und seine Angehörigen sollen in die EB involviert sein - Konflikte innerhalb der Gruppe sollen gelöst werden 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zu einer Reduktion der lebensverlängernden Maßnahmen führt (Seite 2³) - ...sie ein einheitliches Vorgehen im behandelnden Team zur Folge hat (DNR Anweisungen, Unterlassen unnützer Behandlungen und dadurch Kosteneinsparungen) (Seite 2^{2,3}) - ...jeder Mensch Zugang zu ihr hat (Seite 5^{5,6}) - ...sie auch ohne richterliche Entscheidungsgewalt zu einer Einigung innerhalb der Teilnehmer führt (Seite 5/6⁷)
29	<ul style="list-style-type: none"> - EB soll zu einer gerechten und effizienten Versorgung aller Pat. führen → dabei muss der Pat. maximal geschützt werden (z. B. seine Autonomie oder vor ungerechtfertigten Behandlungen) und die Entscheidungsfindung muss immer zu einem positiven Outcome für den Pat. führen - EB muss zu jeder Zeit abrufbar und verfügbar sein, wenn es zu ethisch schwierigen Fragen kommt 	<ul style="list-style-type: none"> - ...der Prozess gegenüber allen Teilnehmern fair abläuft (Seite 2¹, Seite 3³) - ...die Entscheidung patientenorientiert ist (Seite 3³) - ...sie die Präferenzen des Patienten beachtet (Seite 2¹) - ...durch sie die Teilnehmer zur Lösung des Konfliktes geführt werden (Seite 2¹) - ...sie den Teilnehmern bei der Klärung von Nutzen, Risiken und Gefahren der klinischen Optionen zur Seite steht (Seite 3²) - ...dadurch die Diagnostik und Behandlung des Patienten verbessert werden (Seite 3²) - ...sie eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern fördert (Seite 3²) - ...sie die Autonomie des Patienten beachtet (Seite 3³) - ...sie zu einer Verbesserung des Patienten-Outcomes beiträgt (Seite 2¹) - ...sie die Teilnehmer der Ethikberatung im besseren Umgang mit ethischen Problemen schult (Seite 2¹) - ...sie zu Änderungen im Behandlungsplan des Patienten führt (z. B. verkürzter Intensivaufenthalt) (Seite 3²) - ...es durch die Ethikberatung zu einer Ressourceneinsparungen kommt (Seite 3²)
30	<ul style="list-style-type: none"> - EB müssen sich unterschiedlichen Rollen anpassen: - Schiedsrichter: Analysiert die Situation und bezieht Stellung - Vermittler: Verteidigt die Position eines Mitgliedes (z. B. Patient) und 	<ul style="list-style-type: none"> - ...die Teilnehmer durch sie möglichst optimale Handlungsoptionen aufdecken (Seite 1²) - ...es zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern kommt (Seite 1²)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<p>versucht dessen Ansicht verständlich zu machen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moderator: Nimmt neutrale Position ein und vermittelt unter den Mitgliedern → leitet die Kommunikation - → Rolle variiert je nach Situation der EB - Entscheidungsfindung für ein ethisches Problem ist das Ziel 	<ul style="list-style-type: none"> - ...die Meinungen von nicht anwesenden aber für den Fall wichtigen Personen vertreten wird (Seite 1⁷) - ...sie nach gewissen Standards abläuft (Seite 1³) - ...der Ethikberater die Mitglieder berät, ohne als Richter aufzutreten (Seite 1³) - ...sie den Schutz des Patienten vor unethischen Handlungsoptionen gewährt (Seite 1⁴) - ...durch den Ethikberater der Fall analysiert wird (Seite 1⁵) - ...der Ethikberater moralisch akzeptable Handlungsoptionen vorschlägt (Seite 1^{2,5}) - ...der Ethikberater nicht vertretbare Optionen ausschließt (Seite 1⁵) - ...der Ethikberater zwischen den einzelnen Teilnehmern vermittelnd wirkt (Seite 1^{3,6}) - ...der Ethikberater die Diskussion unter den Teilnehmern fördert (Seite 1⁶) - ...der Ethikberater alternative Lösungswege identifiziert und aufzeigt (Seite 1⁶) - ...durch den Ethikberater die ethische Frage unter den Teilnehmern klar dargestellt wird (Seite 1^{1,6})
31	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Personal bei moralisch wichtigen Entscheidungen durch einen respektvollen Umgang untereinander (Arzt, Personal, Pat., Angehörige) und Verständnis für die jeweiligen anderen Meinungen der Mitglieder → Abbau von Stress in der täglichen Arbeit - Nebeneffekt: Kosteneffizient → kein gutes Kriterium, da hierunter die Qualität der Versorgung leiden könnte - Änderung im Behandlungsplan im Sinne des Pat.-Willens (z. B. Reduzierung der Aufenthaltsdauer, keine lebensverlängernden Maßnahmen) - Zufriedenheit: eher vages Kriterium, da Zufriedenheit von dem Standpunkt des Betrachters abhängig ist → Zufriedenheit unterschiedlicher Zielgruppen oder besser Gerechtigkeit als QK 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 2¹, Seite 3², Seite 7¹⁴) - ...sie die Identifikation von ethischen Problemen unter den Teilnehmern fördert (Seite 2¹) - ...sie die ethischen Probleme mit den Teilnehmern analysiert (Seite 2¹) - ...sie zur Lösung ethischer Probleme unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 2¹) - ...durch sie ein Raum geschaffen wird, in dem die Teilnehmer vertraut und respektvoll miteinander umgehen (Seite 3³) - ...sie gewährleistet, dass die Werte und Präferenzen des Patienten im Vordergrund stehen (Seite 3³, Seite 4⁶, Seite 8¹⁶) - ...sie sicherstellt, dass auch die Meinungen nicht anwesender Personen, die für den Fall wichtig sind, durch andere Teilnehmer (Familie, Betreuer...) vertreten werden (Seite 3³) - ...zu Beginn die Rollen und Verantwortung der einzelnen Teilnehmer klar zur Sprache kommt, um Auseinandersetzungen zu vermeiden (Seite 3³)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...die Teilnehmer durch sie zu einer Entscheidung finden (Seite 3⁴) - ...durch sie Kommunikationsproblemen unter den Teilnehmern aufgedeckt werden (Seite 3/4⁵) - ...sie eine möglichst breite Diskussion unter den Teilnehmern sicherstellt (Seite 3/4⁵) - ...jeder Teilnehmer frei und offen seine Meinung äußern kann (Seite 3/4⁵) - ...der Ethikberater die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer zur Darstellung bringt (Seite 3/4⁵) - ...ein möglichst gemeinschaftlicher Konsens unter den Teilnehmern zum jeweiligen ethischen Problem gefunden wird (Seite 3/4⁵) - ...sie im Sinne ethischer Werte und Normen handelt (Seite 4^{6,7}) - ...sie die Lösung von ethischen Konflikten unter den Teilnehmern fördert (Seite 4⁷) - ...durch sie unterschiedliche Lösungsansätze erarbeitet werden (Seite 6⁸) - ...sie zu einer Verbesserung des Outcomes des Patienten beiträgt (Seite 2¹) - ...sie von jedem Menschen einberufen werden kann (Seite 3²) - ...der Patient und/oder seine Angehörigen bei der Ethikberatung mit anwesend sind (Seite 3³) - ...die Ergebnisse der Ethikberatung dokumentiert werden (Seite 3/4⁵) - ...sie für die Mitarbeiter in der Klinik präventiv einem Burn-out-Syndrom entgegenwirkt (Seite 6⁸) - ...sie anhand von internen Qualitätskriterien beurteilt und bewertet wird (Seite 6⁹) → inhaltliche Qualitätskriterien: Identifikation ethischer Probleme, Darstellung möglichst optimaler Handlungsoptionen, Beachtung des Patientenwillens, klare Darstellung der Präferenzen des Patienten (Seite 6¹⁰) - ...sie anhand von strukturellen Qualitätskriterien bewertet werden kann: Miteinbeziehen aller für den Fall wichtigen Personen, Zeitrahmen der Ethikberatung, Leitung der Ethikberatung durch den Ethikberater (Seite 7¹¹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie anhand von prozessorientierten Qualitätskriterien bewertet wird: Förderungen einer möglichst offenen Kommunikation unter den Teilnehmern, Darstellung der eigenen Ansichten der Teilnehmer, ohne Angst vor negativen Konsequenzen (Seite 7¹²) - ...sie anhand der am Outcome orientierten Qualitätskriterien bewertet werden kann: Klärung von Werten und Normen, Erreichung der empfohlenen Ziele, faire und zufriedenstellende Ethikberatung für alle Teilnehmer (Seite 7¹³) - ...der Ethikberater unter den einzelnen Teilnehmern der Ethikberatung als Vermittler einwirken kann (Seite 7¹⁴) - ...sie durch eine gerechte Ressourcenverteilung zur Einsparung von Kosten führt (Seite 9¹⁸, Seite 6⁸)
32	<ul style="list-style-type: none"> - EB soll von einem Ethikberater geleitet werden, der durch theoretisches Wissen (narrative and hermeneutical perspectives) die Mitglieder dazu bringt, durch gezielte Fragen ihre eigenen Werte und Moralvorstellungen zu präsentieren - Werte und Normen der Mitglieder sind geprägt durch Erfahrungen, welche die Mitglieder aktiv in die EB miteinbringen sollen und ihre Sicht in Bezug auf den Fall (sie sollen den Fall als ihre Geschichte erzählen) klar machen - dadurch wird ein Raum geschaffen, bei dem sich jedes Mitglied auch selbst reflektieren kann und dies wiederum soll das Verständnis für unterschiedliche Lösungsansätze fördern 	<ul style="list-style-type: none"> - ...der Ethikberater den Prozess und Inhalt der Fallbesprechung strukturiert (Seite 3/4¹) - ...der Ethikberater die Entscheidungsfindung fördert, indem er die Teilnehmer zur Reflexion anregt (Seite 6⁸) - ...sie sicherstellt, dass die einzelnen Werte, Normen und Erfahrungen der Teilnehmer in Bezug auf den jeweiligen Fall klar zur Darstellung kommen (Seite 4⁴, Seite 5⁶, Seite 6⁹) - ...der Ethikberater die Teilnehmer dazu bringt ihre eigenen Ansichten kritisch zu hinterfragen (Seite 6⁹) - ...die Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen unter allen Teilnehmern aufgeteilt wird (Seite 5⁵) - ...sie gewährleistet, dass alle Werte und Normen der Teilnehmer berücksichtigt werden (Seite 5⁵) - ...eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern stattfindet (Seite 6⁷) - ...sie ein breites Verständnis für unterschiedliche Perspektiven schafft (Seite 6⁷) - ...der Ethikberater offen und unvoreingenommen mit anderen Ansichten als seinen eigenen umgehen kann (Seite 6¹⁰)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...der Ethikberater dazu beiträgt, einen möglichst breiten Dialog unter den Teilnehmern zu fördern (Seite 4²) - ...sie transparent und nachvollziehbar ist (Seite 4³) - ...der Prozess der Ethikberatung dynamisch an die jeweilige Situation angepasst werden kann und nicht nur nach starren Theorien und Mustern abläuft (Seite 4³)
33	<ul style="list-style-type: none"> - Pat.-Wille steht im Fokus einer EB - respektvoller Umgang mit Angehörigen oder auch unter den Mitgliedern - Akzeptanz und Weitsicht auch für andere Werten und Normen - EB schafft Raum, so dass jedes Mitglied seine Meinung äußern kann und man gemeinsam Lösungen findet 	<ul style="list-style-type: none"> - ...die einzelnen Teilnehmer das ethische Problem in der Ethikberatung reflektieren (Seite 2¹) - ...der Ethikberater dazu beiträgt, dass ein konstruktiver Dialog unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 2¹) - ...die Teilnehmer durch den Ethikberater eine Lösung für das ethische Problem finden (Seite 2¹) - ...der Ethikberater gewährleistet, dass die moralische Einstellung des Patienten zur Darstellung kommt (Seite 2¹) - ...der Ethikberater einen Dialog unter den Teilnehmern über die verschiedenen Perspektiven fördert (Seite 9²) - ...durch die Ethikberatung eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird, in der die Teilnehmer frei und offen über Gefühle und Emotionen sprechen können (Seite 10⁴) - ...es dadurch zu einer Verbesserung der Patientenversorgung kommt (Seite 2¹) - ...der Prozess der Ethikberatung dynamisch an die jeweilige Situation angepasst werden kann und nicht nur nach starren Theorien und Mustern abläuft (Seite 9³) - ...sie für die Teilnehmer emotionalen Rückhalt gewährt (Seite 10⁵)
34	<ul style="list-style-type: none"> - jedes Mitglied der EB kann seine Sicht der Dinge äußern, daraus werden dann mit Hilfe des Ethikberaters Argumente formuliert und erarbeitet, so dass ein gemeinsames Verständnis entsteht und dadurch dann ein gemeinsamer Konsens erreicht wird 	<ul style="list-style-type: none"> - ...jeder Teilnehmer frei seine Ansichten äußern kann (Seite 3²) - ...sie die nächsten Schritte im weiteren Vorgehen bei der Behandlung des Patienten darlegt (Seite 3²) - ...der Ethikberater zwischen den unterschiedlichen Ansichten der einzelnen Mitglieder vermitteln kann (Seite 3³, Seite 4⁵) - ...eine gemeinschaftliche Verständnisbasis für das ethische Problem unter den Teilnehmern geschaffen wird (Seite 3⁴)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie zur Klärung von Missverständnissen beiträgt (Seite 3⁴) - ...es zu einer möglichst einstimmigen Konsensfindung unter den Teilnehmern kommt (Seite 3⁴, Seite 4⁵) - ...sie zu einer Analyse der ethischen Aspekte in der Versorgung des Patienten beiträgt (Seite 4⁵) - ...sie eine möglichst breite Diskussion unter den Teilnehmern gewährleistet (Seite 4⁵)
35	<ul style="list-style-type: none"> - EB muss die Kommunikation der einzelnen Mitglieder führen und leiten und einen Raum für ethisch-moralische Probleme schaffen - alle sind gleichberechtigt und haben die Freiheit (ohne Hierarchie) ihre Meinung zu äußern → auch Fehler können angesprochen werden, ohne dass es zu Bestrafungen oder Konsequenzen kommt - ethische Probleme sollen für alle verständlich und transparent offengelegt werden und ein gemeinsames Verständnis soll dadurch entstehen - Diskussion soll immer in Bezug auf den jeweiligen Patientenfall gesehen werden - EB muss sich mit seiner eigenen Meinung und Wertevorstellungen zurücknehmen und soll den Prozess leiten, damit es dann zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung kommt, mit der alle Mitglieder einverstanden sind - breites Verständnis für andere Meinungen und Ansichten soll entstehen 	<ul style="list-style-type: none"> - ...das ethische Problem identifiziert wird (Seite 4²) - ...sie die Darstellung der Werte und Normen der einzelnen Teilnehmer gewährt (Seite 4³) - ...der Ethikberater Denkfehler aufzeigt (Seite 5⁴) - ...sie sich an ethischen Leitlinien orientiert (Seite 5⁴) - ...sie Handlungsoptionen aufzeigt, welche sich an allgemeingültigen Normen orientieren (Seite 5⁵) - ...es unter den Teilnehmern zu einer möglichst einstimmigen Konsensfindung kommt (Seite 5⁵) - ...sie eine breite Diskussion unter den Teilnehmern fördert (Seite 5⁶) - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 7⁹) - ...der Ethikberater respektvoll mit unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer umgeht (Seite 7¹⁰) - ...sie sicherstellt, dass die Rechte und Bedürfnisse des Patienten im Vordergrund stehen (Seite 7¹¹) - ...die Entscheidungen und Empfehlungen der Ethikberatung dokumentiert werden (Seite 5⁵) - ...sie das weitere Vorgehen in der Patientenversorgung plant: Gespräch mit den Angehörigen, weiteres Vorgehen, bei Patienten, die den Empfehlungen nicht zustimmen, Versuche, den Patienten zu überzeugen... (Seite 5⁵) - ...der Ethikberater als neutrale Person eine Ethikberatung abhält und seine eigene Meinung hintenanstellt (Seite 5/6⁸)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
36	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist die Anzahl der CESS, da diese Anerkennung und Zufriedenheit aussagen: aber kein gutes QK, da die Anzahl durch einen Lerneffekt im Verlauf der Jahre abnehmen kann - QK ist die Zufriedenheit: aber kein gutes QK, da man immer darauf achten muss, vom wem die Zufriedenheit gemessen wird (Pat., Arzt...) - QK ist die Reduktion der Tage auf einer ICU: aber schlechtes QK, da dies immer von Kontext und dem Willen des Pat. abhängig ist, wann dies sinnvoll ist - Qualität einer klinischen EB entwickelt sich während dem laufenden Prozess, da erst hier die jeweiligen Ziele kontextabhängig herausgearbeitet werden und man nicht standardisierte Ziele einfach vorgeben kann → diese variieren von Pat. zu Pat. und von Kontext zu Kontext (werden im Team im Rahmen der EB erst herausgearbeitet und können sich auch während dem Prozess noch verändern, indem alle Mitglieder aktiv Vorschläge miteinbringen) 	<ul style="list-style-type: none"> - ...sie für alle Teilnehmer einen Raum schafft, in dem moralisch schwierige Entscheidungen diskutiert werden können (Seite 5⁵) - ...dadurch die Aufenthaltsdauer auf der ICU reduziert wird, bei Patienten, die davon keinen Nutzen mehr haben (Seite 4¹) - ...sie ethische Normen kritisch hinterfragt und reflektiert (Seite 4²) - ...sie anhand interner Qualitätskriterien einer Ethikberatung bewertet wird (Seite 5³) - ...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 5³) - ...sie von den Teilnehmern evaluiert wird (Seite 5⁶) - ...sie Entscheidungen kritisch abwägt (Seite 5⁷) - ...sie ihr Vorgehen transparent macht (Seite 5⁷)
37	<ul style="list-style-type: none"> - QK ist eine verbesserte Qualität und Zufriedenheit beim Lösen eines ethisch moralischen Konfliktes - gemeinsamer Konsens und Verminderung der unterschiedlichen Ansichten aller Mitglieder im Entscheidungsfindungsprozess - Verbesserung der Lebensqualität des Pat. durch Eingehen auf die Prioritäten und Ansichten des Pat., sowie Miteinbringen der Patientenmeinung - Verbesserung der Kompetenzen der Mitarbeiter im Umgang mit ethisch moralischen Problemen - Reduktion unnötiger Behandlungen, Diagnosen und letztendlich Kosten - Zufriedenheit der Mitglieder und des Pat./Angehörigen mit der EB und daraus resultierender evtl. veränderter Pflege/Behandlung des Pat. 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie das ethische Probleme klar zur Darstellung kommt (Seite 4¹) - ...sie ethische Probleme analysiert (Seite 4¹) - ...sie zu einer leichteren Entscheidungsfindung ethischer Probleme unter den Teilnehmern führt (Seite 4¹) - ...sie ein gemeinschaftliches Verständnis für den Fall unter den Teilnehmern schafft (Seite 4²) - ...sie gewährleistet, dass alle Teilnehmer sich der Werte und Normen des Patienten bewusst sind (Seite 4²) - ...sie dazu beiträgt, die unterschiedlichen Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer besser zu verstehen (Seite 4²) - ...sie bei der Entwicklung von Lösungsansätzen bei ethisch schwierigen Situationen hilft (Seite 4¹)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...die Präferenzen des Patienten in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden (Seite 4⁴) - ...sie die Qualität der ethischen Entscheidungsfindung verbessert, indem sie moralische Konflikte unter den Teilnehmern abbaut (Seite 4³) - ...sie die Zufriedenheit mit der ethischen Entscheidungsfindung fördert (Seite 4^{3,4}) - ...sie die Lebensqualität des Patienten verbessert (Seite 4³) - ...sie die Wünsche und Prioritäten des Patienten in der weiteren Behandlung berücksichtigt (Seite 4³) - ...durch die Ethikberatung die ethischen Kompetenzen der Mitarbeiter in Zukunft gesteigert werden (Seite 4⁴) - ...sie zu einer Kostenreduktion durch das Unterlassen von nichtgewollten Behandlungen des Patienten führt (Seite 4⁴)
38	<ul style="list-style-type: none"> - lebensverlängernde Maßnahmen werden unterlassen bei Pat. die davon nicht mehr profitieren (Zeit auf der ICU/an der Beatmungsmaschine, künstliche Ernährung, andere ungewollte und unnütze Behandlungen) - Ethikberater bringt Wissen über gesetzliche Richtlinien mit ein, die für die weitere Behandlung des Pat. wichtig sind und unterstützen dadurch die Behandler und die Angehörigen bei der Entscheidungsfindung von moralisch schwierigen Entscheidungen durch das Aufzeigen, was im gesetzlichen Rahmen möglich und erlaubt ist → helfen auch bei der Findung eines Konsenses - Nebeneffekt: Einsparung von Kostenressourcen (z. B. durch kürzere Aufenthaltsdauer auf der ICU) 	<ul style="list-style-type: none"> - ...die Teilnehmer ethische Probleme identifizieren (Seite 1¹, Seite 2⁴) - ...die Teilnehmer durch sie ethischer Probleme analysieren (Seite 1¹, Seite 2⁴) - ...die Teilnehmer durch sie eine Lösung für das ethische Problem finden (Seite 1¹, Seite 2⁴) - ...sie eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern fördert (Seite 1²) - ...mit den unterschiedlichen Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer respektvoll umgegangen wird (Seite 1²) - ...während der Ethikberatung eine informative Kommunikation zwischen den Teilnehmern stattfindet (Seite 1³) - ...die einzelnen Teilnehmer ihre unterschiedlichen Ansichten in der Ethikberatung klar zur Darstellung bringen können (Seite 2⁴) - ...sie zu einer Verbesserung des Outcomes des Patienten beiträgt (Seite 1¹) - ...durch sie die Mitarbeiter für die Zukunft im Umgang mit ethischen Problemen geschult werden (Seite 1², Seite 2⁴) - ...sie dazu beiträgt, dass Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden (Seite 1²) - ...sie zu einer Kostenreduktion und Ressourceneinsparung durch das Unterlassen

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		von nichtgewollten Behandlungen von Patienten auf der Intensivstation führt, die die Behandlung nicht überleben würden (Seite 2 ⁵ , Seite 5 ⁶)
39	<ul style="list-style-type: none"> - ein QK der EB ist es, wenn eine Analyse und ein gemeinschaftliches Verständnis für moralisch ethische Probleme stattfindet und geschaffen wird - es soll ein gemeinschaftlicher Lösungsprozess entstehen, bei dem der Ethikberater als Berater zur Seite steht, jedoch die Lösung durch die Mitglieder und deren unterschiedliche Meinungen selbst gefunden wird - EB nur als Zertifizierungsgegenstand abzuhalten ist kritisch zu betrachten, da der eigentliche Sinn, das Lösen von ethischen Problemen, verloren geht - EB soll dazu beitragen, dass eine Fragestellung transparent wird und dadurch für zukünftige Probleme leichter Lösungen gefunden werden können (z. B. durch Leitlinien) - Zufriedenheit der Mitglieder über Entscheidung soll nicht als alleiniges QK gesehen werden, da es nicht immer zu einem einvernehmlichen Konsens kommt, auch wenn dieser angestrebt wird 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie ein besseres Verständnis unter den Teilnehmern im Umgang mit wertebeladenen Konflikten geschaffen wird (Seite 2/3¹) - ...wertebeladene Konflikte mit den Teilnehmern zusammen analysiert werden (Seite 2/3¹) - ...sie zu einer praktikablen Lösung von wertebeladenen Konflikten beiträgt (Seite 2/3¹) - ...der Ethikberater die Teilnehmer zu einer moralisch akzeptablen Entscheidung führt, ohne diese selbst vorzugeben (Seite 3²) - ...sie anhand von internen Qualitätskriterien bewertet wird (Seite 6⁵) - ...der Prozess der Ethikberatung transparent ist (Seite 6⁵) - ...jeder Mensch Zugang zu einer Ethikberatung hat (Seite 7⁶) - ...alle Personen, die für die Behandlung von Interesse sind, an der Ethikberatung teilnehmen (Seite 7⁷) - ...das weitere Vorgehen im Fall dokumentiert wird (Seite 8⁸)
40	<ul style="list-style-type: none"> - EB ist gut, wenn eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung trotz unterschiedlicher Ansichten und kulturell-moralischer Vorstellung getroffen wird - EB soll eine gemeinsame Basis von Wissen vermitteln und damit zu einer für den Pat und aller Beteiligten bestmöglichen Entscheidungsfindung beitragen - EB ist gut, wenn sie durch ihren Beitrag die Versorgung des Pat. verbessert - Ethikberater soll Vermittler zwischen allen Beteiligten sein - EB ist gut, wenn alle Menschen diese einberufen können und der Pat., wenn möglich, integriert ist - EB soll einen gemeinschaftlichen Konsens finden, bei dem der Ethikberater eine Moderatorenrolle einnimmt 	<ul style="list-style-type: none"> - ...der Beratungsprozess strukturiert abläuft (Seite 2²) - ...sie die Teilnehmer dazu anhält, sich selbst systematisch zu den Ansichten des jeweiligen Falles zu reflektieren (Seite 2²) - ...sie unter den Teilnehmern eine offene Kommunikation über ethische Konflikte aufrecht erhält (Seite 2²) - ...sie die Umsetzung moralischer Werte bei der Entscheidungsfindung sicherstellt: Menschenwürde, Verantwortung, Autonomie, Fürsorge, Vertrauen, spezifische Werte der jeweiligen Institution (Seite 2²) - ...der Ethikberater bei unterschiedlichen Werten und Meinungen unter den Teilnehmern vermitteln kann (Seite 2², Seite 2⁴)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	<ul style="list-style-type: none"> - in EB sollen Leitlinien erstellt werden, die in Zukunft den Mitgliedern die Entscheidungsfindung erleichtern soll 	<ul style="list-style-type: none"> - ...es durch sie zu einer für alle zufriedenstellenden Entscheidungsfindung kommt (Seite 2²) - ...dafür sorgt, dass der Entscheidungsfindungsprozess transparent ist (Seite 2³) - ...der Prozess durch den Ethikberater moderiert wird (Seite 4⁵) - ...durch sie die Teilnehmer möglichst optimale Handlungsoptionen darstellen können (Seite 4⁵) - ...durch sie ethische Probleme innerhalb der Teilnehmer klar zur Darstellung kommen (Seite 4⁵) - ...sie zu einer einstimmigen Konsensfindung unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 4⁵) - ...sie dazu beiträgt, das Personal für ethische Fragen zu sensibilisieren (Seite 1¹) - ...sich dadurch die Kompetenz der Mitarbeiter im Umgang mit ethischen Konflikten erhöht (Seite 1¹) - ...dadurch die Versorgungsqualität des Patienten verbessert wird (Seite 2³) - ...sie von den Mitarbeitern gleichzeitig als Fort- und Weiterbildung wahrgenommen werden kann (Seite 4⁶) - ...sie zur Qualitätssicherung regelmäßig dokumentiert wird (Seite 5⁷) - ...die Ergebnisse zur Qualitätssicherung evaluiert werden (Seite 5⁸)
41	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichheit im Kommunikationsprozess, bei dem jeder zu Wort kommt und ein allgemeines Verständnis für die Meinungen anderer herrscht (jeder kann seine Werte und Normen darstellen in Bezug auf den jeweiligen Fall) → diese können durch kritisches Hinterfragen reflektiert werden - → so sollen mehrere Lösungen im Interesse aller Beteiligten gefunden werden, um die Versorgung des Pat. zu optimieren (keine Hierarchie) - aus den Diskussionen können die Mitglieder ihr Wissen in Bezug auf ethisch-moralisch schwierige Situationen erweitern und im klinischen Setting anwenden, wodurch Stress von 	<ul style="list-style-type: none"> - ...eine breite Diskussion unter den Teilnehmern über die ethischen Probleme stattfindet (Seite 1¹) - ...sie unter den Teilnehmern einen gleichwertigen Dialog sicherstellt (Seite 1²) - ...sie die Teilnehmer ermutigt, sich regelmäßig konstruktiv selbst zu reflektieren (Seite 1², Seite 9¹³) - ...alle für den Fall wichtigen Personen anwesend sind (Seite 1²) - ...die Teilnehmer einer Ethikberatung durch den Ethikberater eine zufriedenstellende Lösung für das ethische Probleme finden (Seite 1¹, Seite 10¹⁶) - ...der Ethikberater das Gespräch moderiert und die Lösung selbst aber nicht vorgibt (Seite 2³, Seite 10¹⁶)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
	den Mitarbeitern genommen wird (Schutz des Mitarbeiters)	<ul style="list-style-type: none"> - ...die Identifikation der Werte und Normen aller Teilnehmer gewährt wird (Seite 3⁵) - ...sie die Darstellung der Ansichten der Teilnehmer fördert (Seite 3⁵) - ...sie eine Diskussion unter den Teilnehmern über das weitere Vorgehen in der Behandlung des Patienten unterhält (Seite 3⁵) - ...die Teilnehmer dazu bringt, die unterschiedlichen Perspektiven gegeneinander abzuwägen (Seite 3⁵) - ...der Ethikberater die Kommunikation unter den Teilnehmern möglichst fördern und aufrechterhalten kann (Seite 3⁷, Seite 9¹³, Seite 3⁴) - ...sich die Teilnehmer gegenseitig zuhören (Seite 3⁷, Seite 9¹³) - ...sie einen Raum schafft, in dem die Teilnehmer frei und ohne Druck von außen ihre Meinungen und Ansichten äußern können (Seite 4⁸) - ...in der Ethikberatung die Teilnehmer alle gleichberechtigt sind (Seite 4⁹, Seite 9/10¹⁵) - ...sie die Teilnehmer dazu bringt, das Problem von möglichst vielen Perspektiven zu betrachten (Seite 6¹¹) - ...sie unter den Teilnehmern ein gemeinschaftliches Verständnis für das jeweilige Problem schafft (Seite 6¹¹) - ...sie aus einem multidisziplinären Team besteht (Seite 12¹⁷) - ...die Verantwortung für die Entscheidung von allen Teilnehmern getragen wird (Seite 12¹⁷) - ...es zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung des jeweiligen ethischen Problems kommt (Seite 12¹⁷) - ...der Behandelnde im Vorfeld der Ethikberatung ausreichend relevante Informationen zum Fall gesammelt hat (Seite 3⁵) - ...möglichst optimale Handlungsoptionen, gefunden werden können (Seite 3⁵) - ...sie den Behandelnden dabei helfen kann, in Zukunft stressfreier mit ähnlicher Situation umzugehen (Seite 5/6¹⁰)

Paper	Kernaussagen der Literatur in Bezug auf die Qualität einer Ethikberatung	Erste Formulierungen von Qualitätskriterien (= vorläufige Codes) (Eine Ethikberatung ist gut, wenn...)
		<ul style="list-style-type: none"> - ...sie die Teilnehmer in Bezug auf moralische Vorgehensweisen weiterbilden kann (Seite 9¹⁴)
42	<ul style="list-style-type: none"> - EB soll in Bezug auf den jeweiligen Fall die Versorgung des Pat. verbessern - EB soll außerdem Mitarbeiter im Umgang mit moralischen Problemen schulen - Berücksichtigung von organisatorischen bzw. ressourcenabhängigen Problemen, die mit der Lösung von moralischen Problemen in Verbindung gebracht werden (Ressourcen bzw. Wertevorstellungen der Institution berücksichtigen) 	<ul style="list-style-type: none"> - ...durch sie ein möglichst breites Verständnis für die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer in Bezug auf das ethische Problem geschaffen wird (Seite 2², Seite 4³) - ...sie dynamisch an den jeweiligen Fall angepasst ist und nicht nur nach starren Theorien vorgeht (Seite 2²) - ...sie zur Reflexion des Falles unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 2¹) - ...dazu beiträgt, die moralischen Kompetenzen der Teilnehmer zu fördern (Seite 2¹)
43	<ul style="list-style-type: none"> - HEC sollen offen für Werte und Normen auch von anderen Kulturen sein und dabei die Mitarbeiter anregen, immer wieder ihre Werte und Normen zu hinterfragen und sich einem weiteren Spektrum für Werte und Normen zu öffnen (Toleranz gegenüber anderen kulturellen Ansichten) - Vereinigung der Werte und Normen der Pat. und Mitarbeiter mit den Leitbildern der Institution 	<ul style="list-style-type: none"> - ...die Handlungsoptionen personellen Werten entsprechen (Seite 6/7²) - ...die Handlungsoptionen moralischen Werten entsprechen (Seite 6/7²) - ...die Handlungsoptionen institutionellen Werten entsprechen (Seite 6/7²)

Tabelle 6: Tabelle mit Literatur und Codes

Anhang 5:

Strukturierung der Codes*(Eine klinische Fallbesprechung ist gut, wenn...)*

Voraussetzungen an eine klinische Ethikberatung
Mindestanforderungen an eine klinische Fallbesprechung
...sie sich an Grundregeln, rechtlichen Vorgaben und Gesetze orientiert
...sie rechtliche Vorgaben bei ihren Entscheidungen berücksichtigt (Seite 2 ⁸ , Seite 3 ^{15,20}) [3] ...der Prozess nach festgelegten organisatorischen Regeln abläuft (Seite 2 ⁷) [14]
...sie sich an relevanten ethischen Prinzipien orientiert
...sie ethische Mindeststandardanforderungen erfüllt, um verantwortliche Entscheidungen treffen zu können (Seite 2 ⁴) [1] ...sie sich gezielt an die Kernkompetenzen der ASBH anlehnt (Seite 2 ⁵) [23] ...sie sich an den Standards der Akademie für Ethik in der Medizin orientiert (Seite 2 ¹) [26] ...sie sich an Ethikleitlinien orientiert (Seite 4 ¹) [27] ...der Ethikberater gewährt, dass sie nach gewissen Standards abläuft (Seite 1 ³) [30] ...sie sich an ethischen Leitlinien orientiert (Seite 5 ⁴) [35]
...sie sich an institutionellen Vorgaben orientiert
...sie die vorherrschenden Strukturen in der Institution berücksichtigt (Seite 7 ¹²) [1] ...sie die Richtlinien der Institution in ihren Entscheidungen berücksichtigt (Seite 2 ⁸ , Seite 3 ¹⁵) [3] ...die Handlungsoptionen institutionellen Werten entsprechen (Seite 6/7 ²) [43]
...sie neutral abläuft
...sie frei von Macht- und Interessenskonflikten abgehalten wird (Seite 1 ³ , Seite 7 ³²) [3]

...sie als neutrales Gremium handelt (Seite 10¹⁹) [9]

...sie ein ethisches Problem aus einer neutralen Sichtweise heraus betrachtet (Seite 2/4¹, Seite 7²⁰, Seite 8²⁵) [12]

...sie das ethische Problem durch eine neutrale Sichtweise von außen betrachtet (Seite 2⁴, Seite 2²) [18]

...der Ethikberater als neutrale Person eine Ethikberatung abhält und seine eigene Meinung hintenanstellt (Seite 5/6⁸) [35]

...die Ethikberatung neutral abläuft (Seite 2⁴) [40]

Konkreter Bezug zum jeweiligen ethischen Problem

...sie kontextorientiert ist

...sie kontextorientiert ist (Seite 1¹, Seite 2^{2,5}, Seite 2², Seite 7^{13,14}) [1]

...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 3¹²) [3]

...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 4^{3,5}, Seite 8¹³, Seite 10²², Seite 11²⁴) [9]

... sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 3^{10,17}) [14]

...sie an den jeweiligen Fall/Kontext angepasst ist (Seite 2⁵, Seite 3⁶) [16]

...sie sich auf den jeweiligen Fall und Kontext bezieht (Seite 8¹⁶) [19]

...sie sich auf den jeweiligen Kontext des Patienten bezieht (Seite 2²) [20]

...sie vom jeweiligen Kontext abhängig, sich auf den jeweiligen Fall bezieht (Seite 4⁷) [24]

...sie kontextorientiert an den jeweiligen Fall angepasst ist (Seite 5³) [27]

...sie kontextorientiert an den jeweiligen Fall angepasst ist (Seite 5/6⁷) [28]

...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 2¹, Seite 6¹⁰, Seite 7¹⁴) [31]

...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 7⁹) [35]

...sie kontextorientiert/fallangepasst ist (Seite 5³) [36]

...sie kontextorientiert ist (Seite 2²) [42]

...flexibel auf das ethische Problem eingegangen wird, ohne sich dabei ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren

...der Prozess dynamisch und nicht ausschließlich nach starren Theorien abläuft (Seite 2⁵, Seite 4⁶, Seite 5⁷, Seite 6⁹⁻¹¹, Seite 7¹³) [1]

...der Prozess der Beratung dynamisch verläuft (Seite 6¹⁰) [8]

...der Prozess flexibel abläuft, ohne sich ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren (Seite 4³) [32]

...der Prozess flexibel abläuft, ohne sich ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren (Seite 9³) [33]

...der Prozess flexibel abläuft, ohne sich ausschließlich auf starre Theorien zu fokussieren (Seite 2²) [42]

Umgang mit Verantwortung

...zu Beginn geklärt ist, wer die Verantwortung für die Entscheidung zu tragen hat

...sie die letztendliche Entscheidungsgewalt festlegt, falls kein Konsens erreicht wird (Seite 7¹²) [22]

...sie die Teilnehmer berät, jedoch die endgültige Entscheidung dem Arzt/gesetzlichem Vertreter überlassen bleibt (Seite 6¹¹) [19]

...die Behandlungsentscheidung dem Patienten selbst, seinem gesetzlichen Vertreter bzw. dem behandelnden Arzt überlassen bleibt (Seite 3³) [31]

...sie festlegt, wer die letztendliche Entscheidungsgewalt hat (Seite 8⁹) [4]

...sie zur Aufhebung der Verantwortung über die Entscheidung im Team beiträgt

...es dadurch zu einer Aufteilung der Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen unter allen Teilnehmern kommt (Seite 4³, Seite 8²⁵) [12]

...die Verantwortung unter den Teilnehmern aufgeteilt wird (Seite 3⁴) [21]

...die Verantwortung für die Entscheidung von allen Teilnehmern getragen wird (Seite 12¹⁷) [41]

Ablauf einer klinischen Ethikberatung

Allgemeine Kriterien des Beratungsprozesses

...der Beratungsprozess klar strukturiert ist

...sie strukturiert abläuft (Seite 2⁵, Seite 3²) [16]

...sie strukturiert abläuft (Seite 2³) [19]

...sie strukturiert abläuft (Seite 3⁷, Seite 3⁴) [41]

...der Prozess der Ethikberatung strukturiert abläuft (Seite 3¹⁵) [18]

...der Prozess der Fallbesprechung strukturiert abläuft (Seite 3/4¹) [32]

...der Beratungsprozess strukturiert abläuft (Seite 2²) [40]

...sie die Entscheidungsfindungen unter den Teilnehmern strukturiert (Seite 4¹) [27]

...der Beratungsprozess moderiert wird

...sie moderiert wird (Seite 3⁹) [14]

...sie moderiert wird (Seite 4⁸) [19]

...der Beratungsprozess lückenlos dokumentiert wird

...sie dokumentiert wird (Seite 4⁸) [19]

...die Ergebnisse dokumentiert werden (Seite 8⁸) [39]

...die Entscheidungen und Empfehlungen der Ethikberatung dokumentiert werden (Seite 5⁵) [35]

...die Hauptkriterien der Besprechung dokumentiert werden (Seite 3/4⁵) [31]

...ein Protokoll erstellt wird (Seite 4⁸, Seite 6¹²) [19]

...ein Ergebnisprotokoll erstellt wird (Seite 2¹) [11]

...sie dokumentiert wird (Seite 7³⁰) [3]

...der Verlauf der Beratung zur Sicherung der Qualität, ausreichend dokumentiert wird (Seite 6², Seite 8⁷, Seite 9^{8,9}) [11]

...sie zur Qualitätssicherung regelmäßig dokumentiert wird (Seite 5⁷) [40]

Interpersoneller Umgang während des Beratungsprozesses

...der Beratungsprozess respektvoll unter den Teilnehmern abläuft

...die Teilnehmer respektvoll miteinander umgehen (Seite 3⁷) [41]

...sie ein respektvolles Gespräch unter den Teilnehmern fördert (Seite 4⁵) [24]

...sie für alle Teilnehmer einen Raum schafft, in dem moralisch schwierige Entscheidungen besprochen werden können (Seite 5⁵) [36]

...jeder Teilnehmer frei seine Meinung sagen kann, ohne von anderen Kollegen dafür verurteilt zu werden (Seite 6¹⁸) [12]

...unter den Teilnehmern ein respektvoller Umgang herrscht (Seite 3²⁴, Seite 9²⁵) [3]

...ein respektvoller Umgang unter den einzelnen Mitgliedern gewahrt wird (Seite 7¹⁷) [7]

...ein respektvoller und vertrauter Umgang unter den Teilnehmern herrscht (Seite 4⁷, Seite 5^{9,10}) [10]

...ein respektvoller Umgang unter den Teilnehmern herrscht (Seite 2⁷, Seite 3¹⁰) [23]

...sich die Teilnehmer gegenseitig aufmerksam zuhören (Seite 2⁷) [23]

...sich die Teilnehmer gegenseitig zuhören (Seite 3⁷, Seite 9¹³) [41]

... die Teilnehmer die Kommunikation interessiert verfolgen (Seite 2⁷) [23]

...durch sie ein Raum geschaffen wird, in dem die Teilnehmer vertraut und respektvoll miteinander umgehen (Seite 3³) [31]

...der Ethikberater respektvoll mit unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer umgeht (Seite 7¹⁰) [35]

...mit den unterschiedlichen Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer respektvoll umgegangen wird (Seite 1²) [38]

...sie eine vertraute Atmosphäre schafft (Seite 10²⁶) [3]

...durch sie eine vertraute Atmosphäre für ethische Probleme geschaffen wird (Seite 3¹¹) [14]

... unter den Teilnehmern eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird (Seite 10²²) [19]

...sie dazu beiträgt, eine vertraute und respektvolle Atmosphäre unter den Teilnehmern zu schaffen (Seite 3³) [20]

...durch die Ethikberatung eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird (Seite 10⁴) [33]

...einen angemessenen Raum bietet, in dem alle Teilnehmer ihre Ansichten erläutern können (Seite 7¹³) [22]

...der Beratungsprozess fair gegenüber allen Teilnehmern abläuft

- ...alle Teilnehmer der Ethikberatung gleich wertgeschätzt werden (Seite 5⁷) [12]
- ...die individuellen Rechte der einzelnen Teilnehmer beachtet werden (Seite 3¹⁸) [3]
- ...der Beratungsprozess gerecht abgehalten wird (Seite 10²¹) [19]
- ...der Prozess fair allen Teilnehmern gegenüber abläuft (Seite 2¹) [29]
- ...in der Ethikberatung die Teilnehmer alle gleichberechtigt sind (Seite 4⁹, Seite 9/10¹⁵) [41]
- ...eine Gruppenpolarisation vermieden wird (Seite 3/4⁷, Seite 5¹⁰) [17]
- ...sie unter den Teilnehmern einen gleichwertigen Dialog sicherstellt (Seite 1²) [41]

...sie bei unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer vermittelt

- ...sie bei unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer vermittelt (Seite 5/6⁷) [28]
- ...sie unter den Teilnehmern vermitteln kann (Seite 3²) [29]
- ...sie dazu führt, dass die Beziehung zwischen dem Patienten und dem behandelnden Team gestärkt wird (Seite 2¹) [21]
- ...durch die Ethikberatung zwischen den unterschiedlichen Ansichten aller Teilnehmer vermittelt wird (Seite 6¹¹) [7]
- ...die Ethikberatung unter den Teilnehmern bei Unstimmigkeiten vermittelt (Seite 4⁵) [9]
- ...sie dazu beiträgt, unter den Teilnehmern vermittelnd einzuwirken (Seite 2⁸) [14]
- ...sie unter den verschiedenen Teilnehmern der Ethikberatung vermittelt (Seite 4⁶) [19]
- ...vermittelnd unter den einzelnen Teilnehmern, die unterschiedlichen Ansichten zusammenbringt (Seite 3³) [20]
- ... der Ethikberater zwischen den einzelnen Teilnehmern vermittelt (Seite 1⁶) [30]
- ...der Ethikberater unter den einzelnen Teilnehmern der Ethikberatung als Vermittler einwirkt (Seite 7¹⁴) [31]
- ...der Ethikberater zwischen den unterschiedlichen Ansichten der einzelnen Mitglieder vermittelt (Seite 3³, Seite 4⁵) [34]

...der Ethikberater bei unterschiedlichen Werten und Meinungen unter den Teilnehmern vermittelt (Seite 2², Seite 2⁴) [40]

Kommunikation innerhalb des Beratungsprozesses

...es zur Darstellung des ethischen Problems kommt

...zur Analyse des Falles kommt (Seite 1⁵) [30]

...sie zur Identifikation ethischer Probleme des jeweiligen Falles führt (Seite 3²¹) [3]

...sie zur Identifikation ethischer Probleme führt (Seite 5⁷) [4]

...sie dem behandelnden Team bei der Benennung ethischer Probleme hilft (Seite 5⁷, Seite 8¹²) [4]

...sie zur Identifikation des ethischen Problems führt (Seite 2⁴) [5]

...es zur Identifikation von zunächst nicht offensichtlichen, ethisch-moralischen Problemen kommt (Seite 6⁹) [8]

...sie das ethische Problem aufdeckt (Seite 3⁹) [14]

...sie zur Identifikation ethischer Probleme beiträgt (Seite 2¹) [15]

...sie ethische Probleme analysieren kann (Seite 2¹) [15]

...das ethische Problem benannt werden kann (Seite 3⁴) [15]

...das ethische Problem identifiziert wird (Seite 3⁴) [17]

...sie die Teilnehmer fördert, moralisch relevante Probleme zu benennen (Seite 6¹⁰) [19]

...sie auch zunächst nicht offensichtliche ethische Probleme erkennt und aufdeckt (Seite 3/4⁵, Seite 2¹, Seite 3^{3,4}, Seite 8¹⁹) [22]

...sie die Identifikation von ethischen Problemen unter den Teilnehmern fördert (Seite 2¹, Seite 6¹⁰) [31]

...sie die ethischen Probleme mit den Teilnehmern analysiert (Seite 2¹) [31]

...das ethische Problem identifiziert wird (Seite 4²) [35]

...durch sie das ethische Probleme klar zur Darstellung kommt (Seite 4¹) [37]

...sie ethische Probleme analysiert (Seite 4¹) [37]

... die Teilnehmer ethische Probleme identifizieren (Seite 1¹, Seite 2⁴) [38]

...die Teilnehmer durch sie ethische Probleme analysieren (Seite 1¹, Seite 2⁴) [38]

...durch sie ethische Probleme innerhalb der Teilnehmer klar zur Darstellung kommen (Seite 4⁵) [40]

...sie ethische Fragen und Belange identifiziert (Seite 2¹) [20]

...sie ethische Fragen und Belange analysiert und klärt (Seite 2¹) [20]

...sie zu einer Analyse der ethischen Aspekte in der Versorgung des Patienten beiträgt (Seite 4⁵) [34]

...durch den Ethikberater die ethische Frage unter den Teilnehmern klar dargestellt wird (Seite 1⁶) [30]

...ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem geschaffen wird

...sie ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem fördert (Seite 5⁶) [4]

...durch sie die Teilnehmer ein gemeinsames Verständnis für das ethische Problem im jeweiligen Fall erlangen (Seite 2¹) [21]

...sie ein gemeinschaftliches Verständnis für das ethische Problem unter den Teilnehmern schafft (Seite 4²) [37]

...sie unter den Teilnehmern ein gemeinschaftliches Verständnis für das jeweilige Problem schafft (Seite 6¹¹) [41]

...unter den Teilnehmern ein gemeinschaftliches Verständnis für den Fall geschaffen wird (Seite 3¹⁷) [3]

...sie zur Entstehung eines gemeinschaftlichen Verständnisses für den Fall beiträgt (Seite 3¹²) [18]

...sie unter den Teilnehmern ein tieferes Verständnis für die jeweilige Situation schafft (Seite 2¹) [22]

...der Ethikberater Denkfehler aufzeigt (Seite 5⁴) [35]

...durch sie Kommunikationsprobleme aufgedeckt werden

...sie Kommunikationsprobleme aufdeckt (Seite 2⁷) [23]

...durch sie Kommunikationsprobleme unter den Teilnehmern aufgedeckt werden (Seite 3/4⁵) [31]

...sie zur Klärung von Missverständnissen beiträgt (Seite 3⁴) [34]

...sie Kommunikationsprobleme löst (Seite 2⁶, Seite 7⁸) [5]

Gesprächsführung innerhalb des Beratungsprozesses

...eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird

...sie eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern fördert (Seite 3²) [29]

...sie eine offene Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Behandelnden fördert (Seite 2¹⁰, Seite 9²⁵, Seite 10²⁷) [3]

...sie eine möglichst offene Kommunikation unter den Teilnehmern fördert (Seite 5⁶) [4]

...durch sie eine offene Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 9⁵, Seite 3¹) [6]

...sie die Möglichkeit einer offenen Kommunikation bietet (Seite 3³) [10]

...sie die Kommunikation unter den Teilnehmern verbessert (Seite 8¹⁸) [22]

...eine informative Kommunikation zwischen den Behandelnden und dem Patienten bzw. seinen Angehörigen stattfindet (Seite 1³) [38]

...sie eine offene Kommunikation über das weitere Vorgehen des Patienten im behandelnden Team fördert (Seite 2³) [28]

...durch sie eine offene Kommunikation zustande kommt (Seite 2⁶, Seite 3¹⁸, Seite 4¹⁶) [14]

...alle Teilnehmer ihre Ansichten frei äußern können (Seite 6³) [11]

...die Teilnehmer frei und offen über Gefühle und Emotionen sprechen können (Seite 10⁴) [33]

...die Ansichten der Teilnehmer verständlich dargestellt werden

...die Ansichten des Patienten klar dargestellt sind (Seite 8³) [6]

...durch sie die Präferenzen des Patienten klar dargestellt werden (Seite 4⁴) [9]

durch sie eine klare Kommunikation unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 7/8², Seite 3¹) [6]

...die Ansichten der Teilnehmer klar dargelegt werden (Seite 6^{7,9}) [32]

...die Ansichten der Teilnehmer klar dargestellt sind (Seite 3⁷) [41]

...sie die Ansichten der Teilnehmer klar darstellt (Seite 4⁵) [24]

...unterschiedliche Betrachtungsweisen klar dargestellt werden (Seite 5¹²) [17]

...die Wertevorstellungen der Teilnehmer klar zur Darstellung kommen (Seite 4⁴) [9]

...die Meinungen aller Teilnehmer klar zur Darstellung kommen (Seite 3¹²) [18]

...die Meinungen der Teilnehmer klar dargestellt werden (Seite 3¹⁷, Seite 3²⁴) [3]

...sie zur klaren Darstellung der Ansichten aller Teilnehmer der Ethikberatung beiträgt (Seite 2³) [5]

...die Ansichten aller Teilnehmer klar dargestellt werden (Seite 3/4⁵) [31]

...sie die Wertevorstellungen der Teilnehmer klar darstellt (Seite 4⁶) [19]

...sie die Werte und Präferenzen aller Teilnehmer klar zur Darstellung bringt (Seite 2¹) [21]

...sie gewährleistet, dass die Werte der Teilnehmer klar dargestellt werden (Seite 4²) [37]

...eine konstruktive Unterhaltung unter den Teilnehmern gefördert wird

...der Prozess der Beratung konstruktiv ist (Seite 5⁵) [35]

...sie eine konstruktive Kommunikation fördert (Seite 10²⁷) [3]

...sie eine konstruktive Kommunikation fördert (Seite 2²) [15]

...sie ein konstruktives Gespräch unter den Teilnehmern fördert (Seite 4⁵) [34]

...sie das ethische Problem konstruktiv besprochen wird (Seite 5^{5,6}, Seite 7²³) [12]

...jeder Teilnehmer seine Meinung konstruktiv in die Diskussion miteinbringen kann (Seite 1¹, Seite 3⁶, Seite 5¹¹) [17]

...sie ein konstruktives Gespräch unter den Teilnehmern fördert (Seite 7¹⁵) [22]

...ein konstruktiver Dialog unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 2¹) [33]

...die Teilnehmer die unterschiedlichen Perspektiven reflektieren

...der Prozess der Entscheidung kritisch betrachtet wird (Seite 1¹) [17]

...die Teilnehmer die genannten Perspektiven hinterfragen (Seite 5⁵, Seite 6⁷) [32]

...sie ein konstruktives Gespräch unter den Teilnehmern fördert (Seite 9¹³) [41]

...durch sie eine reflektierte Diskussion unter den Teilnehmern stattfindet (Seite 5^{10,11}) [17]

...die Teilnehmer die Perspektiven abwägen (Seite 5⁶) [35]

...die Teilnehmer die Ansichten reflektieren (Seite 2¹, Seite 3², Seite 4⁵) [24]

...durch sie die kritische Selbstreflexion der Teilnehmer gefördert wird (Seite 4⁸) [19]

...Lösungsansätze kritisch selbstreflektiert werden (Seite 3³, Seite 7¹⁵, Seite 8^{17,19}) [22]

...die einzelnen Teilnehmer das ethische Problem in der Ethikberatung reflektieren (Seite 2¹) [33]

...sie die Teilnehmer dazu anhält, sich selbst systematisch zu den Ansichten des jeweiligen Falles zu reflektieren (Seite 2²) [40]

...sie die Teilnehmer ermutigt, sich regelmäßig konstruktiv selbst zu reflektieren (Seite 1²) [41]

...sie zur Reflexion des Falles unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 2¹) [42]

...die Ansichten kritische abgewogen werden

...sie das ethische Problem durch Abwägen des Für und Wider aufarbeitet (Seite 5^{5,6}, Seite 7²³) [12]

...die Meinungen kritisch betrachtet werden (Seite 3⁶, Seite 5¹¹) [17]

...durch sie moralisch relevanten Probleme gegeneinander abgewogen werden (Seite 6¹⁰) [19]

...sie Perspektiven kritisch abwägt (Seite 5⁷) [36]

...sie das Für und Wider des Falles abwägt (Seite 6⁹) [22]

...die Teilnehmer unterschiedliche Perspektiven kritisch hinterfragen (Seite 6⁹) [32]

...sie ethische Normen kritisch hinterfragt und reflektiert (Seite 4²) [36]

Beachtung wichtiger Informationsquellen für den Fall

...der Fall möglichst breit betrachtet wird

...vielseitige Perspektiven betrachtet werden (Seite 6¹¹, Seite 12¹⁷) [41]

...sie ein vielseitiges Gespräch unter den Teilnehmern fördert (Seite 5⁸) [10]

...sie eine vielseitige Diskussion unter den Teilnehmern fördert (Seite 3³, Seite 4⁸) [17]

...sie einen breiten Dialog unter den Teilnehmern fördert (Seite 4²) [32]

...eine breite Diskussion unter den Teilnehmern initiiert wird (Seite 8⁹) [4]

...durch sie eine möglichst breite Diskussion unter den Teilnehmern einer Ethikberatung zustande kommt (Seite 3¹) [6]

...dadurch eine möglichst breite Diskussion gefördert wird (Seite 1¹) [14]

...sie zu einer breiten Diskussion unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 2⁴) [18]

...sie eine breite Diskussion unter den Teilnehmern fördert (Seite 4⁸) [19]

...eine breite Diskussion unter den Teilnehmern über die ethischen Probleme stattfindet (Seite 1¹) [41]

...sie für das ethische Problem alternative Sichtweisen aufzeigt (Seite 7^{14,16}) [22]

...das ethische Problem vielseitig betrachtet wird (Seite 2¹) [4]

...sie eine möglichst breite Sichtweise auf den jeweiligen Fall hat (Seite 2⁴) [19]

...durch sie ein möglichst breites Verständnis für die Ansichten der Teilnehmer in Bezug auf das ethische Problem geschaffen wird (Seite 2², Seite 4³) [42]

...alle für den Fall relevanten Personen miteinbezogen sind

...sie aus einem multidisziplinären Team besteht (Seite 1², Seite 3^{4,5}, Seite 12¹⁷) [41]

...sie aus einem multidisziplinären Team aufgebaut ist (Seite 3¹) [6]

...sie aus einem multidisziplinären Team zusammengesetzt ist (Seite 1¹, Seite 1/2²) [14]

...alle für den Fall wichtigen Personen anwesend sind (Seite 6/7¹⁰) [22]

...alle Personen, die für die Behandlung von Interesse sind, an der Ethikberatung teilnehmen (Seite 7⁷) [39]

...der Patient und/oder seine Angehörigen bei der Ethikberatung mit anwesend sind (Seite 3³) [31]

...alle für den Fall relevanten Personen anwesend sind (Seite 2¹⁰) [3]

...alle an der Behandlung beteiligten und für diese wichtigen Personen an der Ethikberatung teilnehmen (Seite 5¹³, Seite 7²⁴) [12]

...alle für die Behandlung und Betreuung wichtigen Personen anwesend sind (Seite 3¹⁰) [14]

...sie aus einem multidisziplinären Team besteht (Seite 2^{3,5}) [16]

...sie aus einem multidisziplinären Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen sowie dem Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut ist (Seite 4⁸) [19]

... sie im multiprofessionellen Team abgehalten wird (Seite 4¹) [27]

...die Meinung von nicht anwesenden, aber für den Fall relevanten Personen vertreten wird

...durch sie die Meinungen von nicht anwesenden aber für den Fall relevanten Personen vertreten werden (Seite 3/4⁷, Seite 4⁹) [17]

...sie gewährleistet, dass auch die Meinungen von nicht anwesenden Personen, die in den Fall involviert sind, vertreten wird (Seite 3^{11,12}) [18]

...der Ethikberater die Meinungen, von nicht anwesenden, aber für den Fall wichtigen Personen, vertritt (Seite 1⁷) [30]

...sie sicherstellt, dass auch die Meinungen nicht anwesender Personen, die für den Fall wichtig sind, durch andere Teilnehmer (Familie, Betreuer...) vertreten werden (Seite 3³) [31]

...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst

...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst (Seite 5^{12,13}, Seite 7²⁴) [12]

...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst (Seite 3¹³) [3]

...sie alle für den Fall wichtigen Aspekte erfasst (Seite 3⁴) [15]

...sie alle für den Fall relevanten Aspekte miteinbezieht (Seite 6¹¹) [41]

...alle Ansichten der Teilnehmer beachtet werden

...sie die Ansichten aller Teilnehmer zur Darstellung bringt (Seite 3¹) [6]

...sie die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer berücksichtigt (Seite 4⁸) [19]

...sie die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer beachtet (Seite 3/4⁵) [31]

...die Teilnehmer unterschiedliche Perspektiven miteinbringen können (Seite 3⁵) [41]

...sie alle Ansichten der Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung beachtet (Seite 1¹, Seite 3^{3,5}, Seite 4⁹) [17]

...sie die Ansichten aller Teilnehmer betrachtet (Seite 6¹¹) [41]

...sie alle Ansichten der Teilnehmer beachtet (Seite 2¹) [24]

...sie die Wertevorstellungen aller Teilnehmer respektiert (Seite 4⁴) [9]

...die verschiedenen Ansichten der Teilnehmer berücksichtigt werden (Seite 9²) [33]

...sie die unterschiedlichen Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer berücksichtigt (Seite 4²) [37]

...die Ansichten aller Teilnehmer beachtet werden (Seite 6/7^{10,11,16}) [22]

...jeder Teilnehmer frei seine Meinung zum jeweiligen Fall äußern kann (Seite 3²) [24]

...jeder Teilnehmer frei seine Ansichten äußern kann (Seite 3²) [34]

...sie die Wertevorstellungen der einzelnen Teilnehmer identifiziert (Seite 3^{12,15}) [3]

...sie versucht, die Werte, Absichten, Motivationen und Hintergründe aller Teilnehmer zu beachten (Seite 3¹⁰) [14]

...sie dazu beiträgt, die Wertevorstellungen aller Teilnehmer anzuerkennen (Seite 4⁶) [19]

...sie die Ansichten aller Teilnehmer berücksichtigt (Seite 3³) [21]

...sie gewährleistet, dass alle Werte und Normen der Teilnehmer berücksichtigt werden (Seite 5⁵) [32]

...die Identifikation der Werte und Normen aller Teilnehmer gewährt (Seite 3⁵) [41]

...die unterschiedlichen Ansichten der Teilnehmer berücksichtigt werden (in Bezug auf sozioökonomische Aspekte, Kultur, öffentliche Ansichten der Institution) (Seite 1/2², Seite 2⁵) [14]

...sie auf unterschiedliche soziale Wertevorstellungen in einem pluralistischen Gesellschaftssystem eingeht (Seite 3/4⁴) [10]

...sie angemessen auf die unterschiedlichen sozialen Wertevorstellungen in einer pluralistischen Gesellschaft eingeht (Seite 7¹⁷) [7]

...sie unterschiedliche soziale Wertevorstellungen in einem pluralistischen Gesundheitssystem berücksichtigt (Seite 2⁷) [3]

...sie die unterschiedlichen Sichtweisen aller Teilnehmer identifiziert (Seite 3³) [20]

Ziele und Ergebnisse einer klinischen Ethikberatung

Allgemeine Ziele und Ergebnisse

...sie förderlich für die Entscheidungsfindung ist

...die Entscheidung im Rahmen bestehender Grenzen getroffen wird (Seite 3²⁰) [3]

...sie zur Entscheidungsfindung bei ethischen Konflikten unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 3⁶) [19]

...sie die Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung für das ethische Problem unterstützt (Seite 3³) [20]

...sie zur Lösung ethischer Probleme unter den Teilnehmern führt (Seite 4¹) [37]

...sie die Entscheidungsfindung der Teilnehmer bei ethischen Problemen fördert (Seite 3/4⁴) [25]

...sie bei der Klärung rechtlicher Vorgaben in Bezug auf Unterlassen von Behandlungen berät (Seite 10¹⁷) [9]

...sie die Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung eines ethischen Problems berät (Seite 1¹) [18]

...die Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 10¹⁶) [41]

...sie die Entscheidung der Verantwortlichen bestärkt

...sie die Autorität der letztendlich entscheidungsbefugten Person unter den Teilnehmern bestärkt (Seite 9¹³) [4]

...sie die Verantwortung der einzelnen Teilnehmer beachtet (Seite 3³) [20]

...durch sie ethische Probleme gelöst werden

...sie zur Lösung eines ethischen Problems führt (Seite 4¹) [37]

...sie zur Lösung wertebeladener Probleme beiträgt (Seite 3^{15/23}, Seite 10²⁸) [3]

- ...sie zur Lösung der ethischen Probleme führt (Seite 5⁸, Seite 9¹³) [4]
- ...sie zur Lösung von Konflikten und Problemen führt (Seite 3¹) [6]
- ...sie zur Lösung wertebeladener Probleme beiträgt (Seite 6¹⁰) [7]
- ...sie zur Lösung ethischer Probleme führt (Seite 2¹) [15]
- ...es zur Klärung des ethischen Problems unter den Teilnehmern kommt (Seite 3³) [24]
- ...sie zur Lösung ethischer Probleme unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 2¹) [31]
- ... die Teilnehmer durch den Ethikberater eine Lösung für das ethische Problem finden (Seite 2¹) [33]
- ...die Teilnehmer durch sie eine Lösung für das ethische Problem finden (Seite 1¹, Seite 2⁴) [38]
- ...sie zu Lösungen bei widerstreitenden ethischen Verpflichtungen beiträgt (Seite 4⁶) [19]
- ...sie Konflikte in Bezug auf ungewollte Lebensverlängerung eines Patienten lösen kann (Seite 1²) [21]
- ...die Teilnehmer durch sie zu einer Entscheidung finden (Seite 3⁴) [31]
- ...sie dazu beiträgt, wertebeladene Unstimmigkeiten unter den Teilnehmern zu analysieren (Seite 3³) [20]
- ...sie dazu beiträgt, dass eine Entscheidung innerhalb der Teilnehmer zu dem jeweiligen Problem gefunden wird (Seite 3⁴) [16]
- ...wertebeladene Konflikte mit den Teilnehmern gelöst werden (Seite 2/3¹) [39]
- ...sie zu einer Reduktion von moralischen Problemen innerhalb der Teilnehmer beiträgt (Seite 4⁴) [9]
- ...durch sie die Teilnehmer zur Lösung des Konfliktes geführt werden (Seite 2¹) [29]

Mögliche Lösungsansätze

...durch sie relevante Handlungsoptionen erarbeitet werden

...sie relevante Handlungsoptionen darstellt (Seite 6¹⁰) [31]

...sie alternative Handlungsoptionen aufzeigt (Seite 3³) [17]

...sie Pflegekräften alternative Handlungsmöglichkeiten aufzeigt (Seite 5⁸) [25]

...durch den Ethikberater alternative Lösungswege aufgezeigt werden (Seite 1⁶) [30]

...alle relevanten Handlungsoptionen berücksichtigt werden (Seite 2²) [18]

...sie relevante Handlungsoptionen aufgezeigt (Seite 1¹) [14]

...sie relevante Handlungsoptionen aufgezeigt (Seite 4⁶) [19]

...sie mögliche Handlungsoptionen darstellt (Seite 6/7²) [43]

...die dargestellten Handlungsoptionen klinisch praktikabel anwendbar sind

...sie praktikable Handlungsoptionen aufgezeigt (Seite 5⁶) [4]

...die Lösungsansätze klinisch-praktikabel anwendbar sind (Seite 2³) [2]

...die Lösungsvorschläge praktikabel sind (Seite 7⁹) [35]

...sie zu einer praktikablen Lösung des Problems beiträgt (Seite 2/3¹) [39]

...die Handlungsoptionen an allgemein gültige Normen angelehnt sind

...die Handlungsoptionen ethisch vertretbar sind (Seite 3¹⁸) [18]

...die Handlungsoptionen moralisch gut vertretbar sind (Seite 3²) [24]

...sie relevante moralisch akzeptable Handlungsoptionen aufgezeigt (Seite 3^{16,22}) [3]

...die Handlungsoptionen ethisch vertretbar sind (Seite 1^{2,5}) [30]

...die Handlungsempfehlungen moralisch korrekt und juristisch zulässig sind (Seite 4¹) [27]

...die Handlungsoptionen moralisch vertretbar sind (Seite 2¹) [21]

...sie moralisch vertretbarer Lösungsansätze aufgezeigt (Seite 3³) [7]

...sie moralisch vertretbare Handlungsoptionen darstellt (Seite 2²) [40]

...sie moralisch vertretbare Handlungsoptionen darstellt (Seite 4^{6,7}) [31]

...es zu einer moralisch guten Entscheidung kommt (Seite 3³) [24]

...es zu einer moralisch gut verantwortbaren Entscheidung kommt (Seite 12¹⁷) [41]

Ziele und Ergebnisse für den Patienten

...der Wille des Patienten beachtet wird

...sie die Autonomie des Patienten fördert (Seite 2^{7,9}) [3]

...sie den Willen des Patienten fördert (Seite 9⁶) [6]

...sie den Willen des Patienten fördert (Seite 2⁸) [14]

...sie den mutmaßlichen Willen des Patienten berücksichtigt (Seite 1², Seite 6¹¹) [19]

...sie den Patientenwillen bei der Entscheidung berücksichtigt (Seite 2¹, Seite 5⁴) [28]

...sie die Autonomie des Patienten fördert (Seite 2¹, Seite 3³) [29]

...die Präferenzen des Patienten in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden (Seite 4^{3/4}) [37]

...sie die individuellen Ansichten in Bezug auf die Lebensqualität für den jeweiligen Patienten fördert (Seite 6/7⁷, Seite 7⁹, Seite 11²³) [9]

...die Wertevorstellungen des Patienten in der Entscheidung gefördert werden (Seite 5⁷) [12]

...sie gewährleistet, dass die Werte und Präferenzen des Patienten bei der Entscheidung gefördert werden (Seite 3³, Seite 4⁶, Seite 6¹⁰, Seite 8¹⁶) [31]

...sie die Anpassung von Behandlungsplänen zur Folge hat

...sie eine Verbesserung in der Behandlungsentscheidung des Patienten zur Folge hat (Seite 3²) [29]

...die Entscheidung die Erstellung eines guten Behandlungsplanes zur Folge hat (Seite 3⁵) [41]

...sie zur Optimierung des Behandlungsplanes des Patienten beiträgt (Seite 11²⁴, Seite 9^{15,16}) [9]

...durch sie die Behandlung des Patienten verbessert wird (Seite 3¹⁸) [14]

...sie dazu führt, dass die Behandlung des Patienten verbessert wird (Seite 3⁹) [18]

...sie bewirkt, dass die Behandlungspläne des Patienten nach seinen Wertevorstellungen ausgerichtet und angepasst werden (Seite 4⁶, Seite 10²²) [19]

...sie die Qualität der Versorgung des Patienten verbessert (Seite 2¹) [20]

...sie die Versorgung des Patienten bei moralischen Fragen verbessert (Seite 3⁴) [24]

...sie ein einheitliches Vorgehen innerhalb des behandelnden Teams zur Folge hat (DNR Anweisungen, Unterlassen unnützer Behandlungen und dadurch Kosteneinsparungen) (Seite 2^{2,3}) [28]

...dadurch die Versorgungsqualität des Patienten verbessert wird (Seite 2³) [40]

...die Entscheidung praktische Auswirkungen auf den Fall hat (Seite 3¹⁷) [18]

...die Entscheidung zur Förderung des Patientenwohlergehens beiträgt

...sie die Lebensqualität des Patienten verbessert (Seite 2¹) [33]

...es dadurch zu einer Verbesserung der Patientenversorgung kommt (Seite 2¹) [33]

...sie die Lebensqualität des Patienten verbessert (Seite 4³) [37]

...es durch die Ethikberatung zu einer Verbesserung des Patienten-Outcomes kommt (Seite 2²) [7]

...es zu einer Verbesserung des klinischen Outcomes für den Patienten durch die Ethikberatung kommt (Seite 2¹) [21]

...sie zu einer Verbesserung des Patienten-Outcomes beiträgt (Seite 2¹) [29]

...sie zu einer Verbesserung des Outcomes des Patienten beiträgt (Seite 2¹) [31]

...sie zu einer Verbesserung des Outcomes des Patienten beiträgt (Seite 1¹) [38]

...sie zur Förderung des Wohlergehens des Patienten beiträgt (Seite 3¹) [10]

...die Entscheidung das Wohlergehen des Patienten fördert (Seite 3¹⁴) [3]

...die Entscheidung das Wohlergehen des Patienten fördert (Seite 4⁴) [9]

...die Handlungsoptionen das Wohlergehen des Patienten fördern (Seite 3¹⁰, Seite 2⁸) [14]

...die Entscheidung das Wohlergehen des Patienten fördert (Seite 3⁵) [41]

...die Entscheidung das Wohlergehen von Patienten am Lebensende fördert (Seite 2³) [28]

...sie die Bedürfnisse des Patienten bei der Entscheidung berücksichtigt (Seite 7¹¹) [35]

...sie bei der Entscheidung das Wohlergehen des Patienten fördert (Seite 4⁴) [37]

...sie das Wohlergehen des Patienten fördert (Seite 3⁵) [21]

...sie dem Patienten einen Nutzen bringt (Seite 6/7⁷, Seite 7⁹) [9]

...sie den Nutzen des Patienten fördert (Seite 3²) [29]

...den Schutz des Patienten vor unethischen Handlungen gewährleistet (Seite 2¹) [21]
 ...sie den Schutz des Patienten vor unethischen Handlungsoptionen gewährt (Seite 1⁴) [30]
 ...sie den Schutz des Patienten vor aggressiven Behandlungen sicherstellt (Seite 10²⁰) [9]
 ...sie die Sicherheit des Patienten in der Behandlung gewährleistet (Seite 3¹⁰) [18]

Ziele und Ergebnisse für die übrigen Teilnehmer der Ethikberatung

...durch sie personelle Konflikte gelöst werden

...sie zur Konfliktlösung unter den Teilnehmern beiträgt (Seite 1¹) [13]
 ...sie dazu beiträgt, Konflikte während der Ethikberatung zu lösen (Seite 2⁵) [23]
 ... die Qualität der ethischen Entscheidungsfindung verbessert wird, indem sie Konflikte unter den Teilnehmern abbaut (Seite 4³) [37]
 ...sie eine möglichst kollegiale Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team fördert (Seite 7⁸) [8]
 ...dadurch die Zusammenarbeit im Team durch die Bewältigung von Konflikten verbessert wird (Seite 2⁵) [18]
 ...sie zur Verbesserung des Arbeitsklimas innerhalb einer Abteilung beiträgt (Seite 3²) [10]

...das Ergebnis der Beratung im Konsens getroffen wurde

...sie die Zufriedenheit durch Einhalten ethischer Grundwerte verbessert (Seite 8¹⁸) [19]
 ...sie zu einer Steigerung der Zufriedenheit der Ratsuchenden beiträgt (Seite 3²) [26]
 ...sie die Zufriedenheit mit der ethischen Entscheidungsfindung fördert (Seite 4^{3,4}) [37]
 ...sie zu einer Konsensfindung beiträgt (Seite 2¹¹, Seite 3^{12,17,19}) [3]
 ...es zu einer Konsensfindung unter den Teilnehmern und dem Patienten kommt (Seite 3¹²) [14]
 ...sie eine gemeinschaftliche Konsensfindung fördert (Seite 3⁵) [21]
 ...ein gemeinschaftlicher Konsens geschaffen wird (Seite 2⁷) [23]

...ein möglichst gemeinschaftlicher Konsens unter den Teilnehmern zum jeweiligen ethischen Problem gefunden wird (Seite 3/4⁵) [31]

...es zu einer Konsensfindung unter den Teilnehmern kommt (Seite 3⁴, Seite 4⁵) [34]

...es unter den Teilnehmern zu einer Konsensfindung kommt (Seite 5⁵) [35]

...sie zu einem Konsens unter den Teilnehmern kommt (Seite 4⁵) [40]

... die Teilnehmer gemeinschaftlich zu einer Entscheidung kommen (Seite 1¹) [41]

...die Teilnehmer bei der Entscheidung zu Kompromissen bereit sind (Seite 3⁴) [21]

...durch sie eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 9¹³) [4]

...sie die gemeinschaftliche und faire Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern fördert (Seite 3³) [21]

...es zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung kommt Seite 4¹) [27]

...sie eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter den Teilnehmern fördert (Seite 1²) [38]

...die Handlungsoptionen für alle Teilnehmer tragbar sind (Seite 2¹) [21]

...die Entscheidung für alle Teilnehmer akzeptabel ist (Seite 3²) [39]

...die Beratung hilfreich für die Teilnehmer im Alltag ist

...die Entscheidung für die Teilnehmer hilfreich im Alltag ist (Seite 5⁴) [12]

...sie beim behandelnden Team bei der Konfrontation mit ethischen Problemen im klinischen Alltag hilfreich ist (Seite 11¹⁷) [4]

...sie darauf abzielt, einen maximalen Vorteil für alle Teilnehmer zu fördern (Seite 1¹) [13]

...sie für alle Beteiligten einen maximalen Nutzen zur Folge hat (Seite 2¹) [21]

...durch sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 8³³) [3]

...durch sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern gefördert wird (Seite 9¹³) [4]

...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt verurteilendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹) [10]

...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 2⁶) [14]

...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹³) [18]

...sie die Wahrnehmung der Ethikberatung als unterstützendes, statt kontrollierendes, Instrument unter den Teilnehmern fördert (Seite 3¹⁰) [23]

...der Ethikberater die Mitglieder berät, ohne als Richter aufzutreten (Seite 1³) [30]

...sie einen Raum schafft, in dem die Teilnehmer sich äußern können, ohne Angst vor Sanktionen haben zu müssen (Seite 4⁸) [41]

...gewährleistet ist, dass es durch die Anforderung einer Ethikberatung nicht zu Sanktionen oder Nachteilen für die Anfordernden kommt (Seite 3¹) [6]

...kein Schaden für alle Teilnehmer entsteht (Seite 1¹) [13]

...sie für die Teilnehmer lehrreich ist

...die Teilnehmer durch sie einen Lerneffekt haben (Seite 3³) [17]

...sie lehrreich für die Teilnehmer ist (Seite 4⁸) [19]

...sie für die Teilnehmer lehrreich ist (Seite 2¹, Seite 3²) [24]

...sie durch dokumentierte Verläufe lehrreich für die Teilnehmer ist (Seite 6¹⁵) [12]

...das behandelnde Team lernt, zukünftig besser mit ethisch schwierigen Situationen umzugehen (Seite 2²) [2]

...sie das Personal schult, in Zukunft besser mit ethischen Problemen umzugehen (Seite 2^{5,8}, Seite 3¹⁰) [23]

...sie die Teilnehmer der Ethikberatung im besseren Umgang mit ethischen Problemen schult (Seite 2¹) [29]

...durch sie die Mitarbeiter für die Zukunft im Umgang mit ethischen Problemen geschult werden (Seite 1², Seite 2⁴) [38]

...sie lehrreich für die Teilnehmer ist (Seite 9⁹) [11]

...sie lehrreich für die Teilnehmer ist (Seite 1², Seite 4⁸) [19]

...zusätzlich zur Schulung von Mitarbeitern dient (Seite 2¹) [21]

...sich dadurch die Kompetenz der Mitarbeiter im Umgang mit ethischen Konflikten erhöht (Seite 1¹) [40]

...es durch sie zu einem routinierteren Umgang mit ethischen Problemen innerhalb des behandelnden Teams kommt (Seite 1¹) [13]

...sie in Zukunft zu einer Erleichterung im Umgang mit ethischen Problemen unter den Mitarbeitern führt (Seite 1²) [17]

...sie bewirkt, dass die Teilnehmer in Zukunft besser auf ethische Probleme reagieren und damit umgehen können (Seite 2⁴, Seite 3⁸) [18]

...sie in Zukunft bei den Mitarbeitern den Umgang mit ähnlichen ethischen Problemen verbessert (Seite 2¹) [22]

...durch die Ethikberatung in Zukunft die ethischen Kompetenzen der Mitarbeiter gesteigert werden (Seite 4⁴) [37]

...dazu beiträgt, die moralischen Kompetenzen der Teilnehmer zu fördern (Seite 2¹) [42]

...sie die moralischen Kompetenzen der Mitarbeiter verbessert (Seite 3⁴) [24]

...sie die Entscheidungsfindung im Umgang mit ethischen Problemen im klinischen Alltag verbessert (Seite 2²) [5]

Ziele und Ergebnisse für die Institution

...sie einen Mehrwert für die Institution bringt

...sie darauf abzielt den Schaden für die Institution so gering wie möglich zu halten (Seite 1¹) [13]

...sie darauf abzielt, einen maximalen /Vorteil für die Institution zu fördern (Seite 1¹) [13]

...sie für die Institution einen maximalen Nutzen zur Folge hat (Seite 2¹) [21]

...sie der Institution anders als durch Kosteneinsparungen einen Vorteil erbringt (Seite 5⁹) [25]

...es durch sie zur Einsparung von Ressourcen kommt

...es durch sie zu einer medizinischen Ressourceneinsparung kommt (kürzere Verweildauer auf der ICU bzw. im Krankenhaus, Unterlassen von medizinisch nicht mehr sinnvollen Behandlungen und Klärung von wertebeladenen Problemen im Vorfeld) (Seite 7¹⁸, Seite 1¹, Seite 4^{7,8}, Seite 6¹³, Seite 7¹⁶) [7]

...sie zur Einsparung von Ressourcen durch Anpassen von Behandlungsplänen im jeweiligen Fall führt (Seite 9^{15,16}) [9]

...durch sie ein sinnvoller Einsatz von Ressourcen (und dadurch Kosteneinsparungen) gewährt wird (Seite 8¹⁹) [19]

...es durch sie zu einer angemessenen Nutzung von Ressourcen kommt (Seite 1¹) [13]

...dadurch Ressourcen anders eingesetzt werden können (Seite 3²) [29]

...sie durch eine gerechte Ressourcenverteilung zur Einsparung von Kosten führt (Seite 9¹⁸, Seite 6⁸) [31]

...sie zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und auf der Intensivstation führt (Seite 2³) [28]

...sie zu einer Reduktion der lebensverlängernden Maßnahmen führt (Seite 2³) [28]

...dadurch die Aufenthaltsdauer von Patienten auf der ICU reduziert wird, die davon keinen Nutzen mehr haben (Seite 4¹) [36]

...sie zu einer Kostenreduktion durch das Unterlassen von nichtgewollten Behandlungen des Patienten führt (Seite 4⁴) [37]

...sie dazu beiträgt, dass Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden (Seite 1²) [38]

...sie zu einer Kostenreduktion und Ressourceneinsparung durch das Unterlassen von nichtgewollten Behandlungen auf der Intensivstation führt (Seite 2⁵, Seite 5⁶) [38]

...sie zu einer Kosteneffizienz und Einsparungen von Kosten führt (Seite 3³) [15]

Hauptkategorie

Subkategorie

Untergeordnete Kategorie

Codes

Textstellen

Tabelle 7: Strukturierung der Codes

8 Danksagung

An erster Stelle gilt mein großer Dank meinem Doktorvater Herr PD Dr. phil. Dr. habil. med. Oliver Rauprich, Dipl. Biol., der mich während der Bearbeitung meiner Dissertation tatkräftig unterstützt hat und immer offen für meine Fragen war sowie mir mit zahlreichen methodischen Anregungen, Ratschlägen und Tipps zur Seite stand. Ohne ihn hätte es diese Doktorarbeit so nicht gegeben. Danke!

Besonders danken möchte ich auch meiner Oma Dorothea Schmid und meiner Mama Doris Schmid, sowie dem Rest meiner Familie, die mich jedes Mal aufs Neue motiviert haben, durchzuhalten und meinen Weg zu gehen. Danke für eure Geduld und Unterstützung während meines Studiums!

Ein großes Danke geht an meine ehemaligen Kommilitonen, die für mich zu Freunden fürs Leben geworden sind und ohne die das Studium nur halb so schön gewesen wäre. Danke für die moralische Unterstützung und den Halt den ihr mir gegeben habt!

9 Affidavit

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Welche Kriterien können zur Bewertung der Qualität einer ethischen Fallbesprechung im klinischen Setting verwendet werden?“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Freising, 18.03.2023

Jasmin Dorothea Schmid

Unterschrift Doktorandin