



### **Die «Szenarien von Doucet»**

Bei diesem Ansatz werden in einem ersten Schritt mindestens drei Szenarien ausgearbeitet [20]. In einem nächsten Schritt wird jedes dieser Szenarien in Bezug auf die medizinische Prognose, die möglichen Konsequenzen der Entscheidungen des Patienten, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, die Lebensqualität und mögliche Spannungen innerhalb des Teams geprüft. Anschliessend wird jedes Szenario analysiert und die zur Diskussion stehenden moralischen Werte (Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit, Wahrheit, Verhältnismässigkeit) werden gewichtet sowie deren Übereinstimmung mit den Werten der beteiligten Fachpersonen geprüft. Schliesslich wird ein Szenario ausgewählt und begründet.

### **Die «Niveaux von Léry»**

Dieser Ansatz basiert auf mehreren, zeitlich abfolgenden Versuchen, die Frage auf verschiedenen, als progressiv bezeichneten Ebenen zu lösen [21]. Sobald das Problem gelöst ist, stoppt der Prozess:

1. Wurden alle technischen Möglichkeiten geprüft?
2. Was sagt das Recht / Welche Rechte haben die Patienten?
3. Was sagt das Berufsethos?
4. Welche institutionellen Regeln gelten?
5. Welche Kultur und welche Überzeugungen gibt es?
6. Welche ethische Frage stellt sich?

### **Kasuistik**

Dieser Ansatz stützt sich nicht auf Prinzipien, sondern auf einen Vergleich mit «paradigmatischen» Fällen. Er beruht auf der Analyse von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen diesen Fällen und der zu beurteilenden Situation. Der Ansatz untersucht die moralischen Implikationen und entwickelt eine Lösung, die auf der praktischen Erfahrung basiert [22].

### **Narrative Ethik**

Dieser Ansatz ist komplementär zu den anderen [23]. Die narrative Ethik stellt die moralischen Dilemmata in den Kontext des kulturellen Hintergrunds und der Biographie des Patienten. Ziel ist es, dass sich das Behandlungsteam Fragen stellt wie: «Was bedeutet ein guter Tod aus der Perspektive dieses Lebens?» [24]. Der Ansatz gründet auf drei Prämissen:

- 1) Jede moralische Situation ist einzigartig und ihre Bedeutung kann nicht vollständig durch Gesetze oder universelle Prinzipien erfasst werden.
- 2) In klinischen Situationen werden Entscheidungen im Hinblick auf ihre Kohärenz mit Lebensgeschichte des Patienten gerechtfertigt. Diese Geschichten sind im «narrativen reflexiven Equilibrium» enthalten.
- 3) Es ist nicht das Ziel, die moralischen Positionen zu vereinigen, sondern den Dialog herzustellen, Ideen in Frage zu stellen und die Spannung zwischen individuellen und gemeinsamen Werten in Bezug auf die Situation auszuloten [23].

#### **Die 4 Kategorien von Jonsen und Siegler**

Ähnlich wie der Prinzipienansatz beruht diese Methode auf vier Entscheidungskategorien [26]. Es handelt sich um die medizinischen Indikationen, die Wünsche des Patienten, die Lebensqualität und die relevanten Umstände. Diese Kategorien werden als Rahmen betrachtet, um auf eine systematische Weise alle Überlegungen zur Lösung des Falles zu beleuchten.

#### **«The Ethics Practice»: ein Modell angelehnt an Habermas**

Dieses Modell, das von Laurie Zoloth und Susan Rubin an einem klinischen Ethikworkshop präsentiert wurde, basiert auf einem vollständig partizipativen Ansatz. Für die beiden kalifornischen Ethikberaterinnen beruht die moralische Legitimation einer Ethikberatung darin, allen von einer Situation Betroffenen, die eine Ethikberatung in Anspruch nehmen, eine Stimme zu geben. Die Beratung findet deshalb gleichzeitig mit allen Betroffenen, inklusive dem Patienten und seinen Angehörigen, statt. Im Anschluss daran geben alle Beteiligten an, welches aus ihrer Sicht das beste Vorgehen ist und begründen warum. Aufgrund dieser Voten wird eine Mehrheitsauffassung formuliert [27].

#### **«Moral Case Deliberation»**

Diese Methode versteht sich eher als Weiter- und Fortbildung in ethischer Reflexion und weniger als Entscheidungsfindung im Einzelfall. Sie will das Behandlungsteam bei der Bearbeitung von ethischen Problemen durch die Moderation eines geleiteten Dialogs unterstützen und dessen berufsethischen Kompetenzen erhöhen. In der Regel werden die Fälle retrospektiv analysiert und die Patienten sind nicht involviert. In einem weiteren Schritt soll erreicht werden, dass Entscheidungen auf einer vertieften ethischen Reflexion basieren [28,29].

#### **Der «gesonderte Einbezug» des Centre d’Ethique Clinique de l’Hôpital Cochin**

Das ethische Beratungsteam des Hôpital Cochin spricht einzeln mit allen von einer ethisch schwierigen Situation Betroffenen, ohne sie vorerst miteinander in Kontakt zu bringen. Die gesammelten Informationen werden innerhalb des Ethikteams diskutiert. Daraus resultiert nicht ein Vorschlag zuhanden des Anfragenden, sondern eine Liste von Fragen, die sich aus dieser Diskussion heraus stellen. Das Ziel ist es, die ethischen Fragestellungen zu bereichern. Nicht nur der Patient, sondern jede beteiligte Person ist in den Prozess eingeschlossen [30].

In der Schweiz werden verschiedene Methoden der ethischen Unterstützung angewendet [1,18], häufig werden sie auch kombiniert [14]. Nachfolgend werden exemplarisch vier Methoden vorgestellt, die in wissenschaftlichen Publikationen beschrieben wurden. Die nachfolgende Liste ist nicht abschliessend. Ethikstrukturen, die andere Methoden anwenden, sind aufgefordert, diese zu publizieren und die Liste mit einer kurzen Beschreibung und den wissenschaftlichen Referenzen zu ergänzen.

### **Das 7-Schritte-Modell von Dialog Ethik**

Dieser Ansatz stützt sich auf eine Strukturierung des Diskussionsrahmens und des Ablaufs der Beratung. Alle direkt von der Situation betroffenen Personen nehmen an der Beratung teil. Diese werden in einen inneren Kreis, der die Teilnehmenden mit Entscheidungsverantwortung umfasst, und einen äusseren Kreis, zu dem Spezialisten sowie alle anderen an der Situation Interessierten der Abteilung gehören, aufgeteilt. Die Diskussion, die von einer Person moderiert wird, die im 7-Schritte-Modell geschult ist, durchläuft sieben Schritte: 1. Erfahrung des Sachverhalts als ethisches Problem, 2. Kontextanalyse, 3. Wertanalyse, 4. Entwurf von mindestens drei Handlungsmöglichkeiten, 5. Analyse der Handlungsmöglichkeiten, 6. Konsensfindungsprozess und Handlungsentscheid, 7. Kommunikation und Überprüfung des Handlungsentscheids [31,32].

### **Die «Beratung in Etappen» von Lausanne**

Dieser Ansatz basiert auf einer Kombination von Beratungsschritten und Diskussionsregeln. Die Schritte umfassen: Identifikation der klinischen Fakten (darin eingeschlossen die therapeutischen Optionen), Identifikation der ethischen Komponenten (inklusive der ethischen Prinzipien – Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit – und der Prüfung des ethischen Konflikts) und die Ausarbeitung einer angemessenen Lösung mit einer ethischen Begründung, die sowohl die Argumente, die für die Lösung, als auch diejenigen, die dagegen sprechen, enthält. Diese Methode integriert die Vorbedingungen der Konfliktlösung: Die Lösung kann nicht nur fachlich oder wissenschaftlich sein, es gibt nicht nur eine richtige Entscheidung, sondern eine Option ist überzeugender als eine andere. Der Ansatz integriert auch die Bedingungen für eine gute Beratung: Unabhängigkeit (kein äusserer Druck), Objektivierung (Fähigkeit, die wichtigen Informationen zu erkennen), Diskursregeln (jeder Teilnehmende hat das gleiche Recht mitzudiskutieren, Respekt vor einer anderen Meinung) [33].

### **Die 4-Punkte-Struktur «Sensor»**

Dieses Modell bietet einen einfachen und kompakten Rahmen, der sich auf die inhaltliche Strukturierung der ethischen Reflexion konzentriert. Im ersten Punkt werden die relevanten «Fakten» und «Werte» zusammengetragen, damit die Problemstellung angemessen charakterisiert wird. Im zweiten Punkt wird das zentrale Dilemma als Konflikt unter zwei der aufgezählten Werte charakterisiert. Als Drittes werden möglichst viele Handlungsvarianten zusammengetragen, die schliesslich im letzten Punkt bewertet werden. Das Modell ist unter freier Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht [34,35].

### **METAP – Eine Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett**

METAP steht als Abkürzung für die Schlüsselwörter **M**odul, **E**thik, **T**herapie, **A**lokation und **P**rozess. Die Leitlinie gibt es als Handbuch im Sinne eines Nachschlagewerks und als Leporello (Kitteltaschenversion) für den klinischen Alltag. Neben theoretischen Grundlagen wird eine Methode der medizinethischen Entscheidungsfindung, die explizit die ethisch angemessene Verteilung von Ressourcen unterstützt, beschrieben und definiert. Je nach Dringlichkeit der Problemstellung werden verschiedene Stufen

(Eskalationsmodell) der Problemlösung durchlaufen. Verschiedene Hilfsmittel erleichtern die Anwendung der einzelnen Stufen und gewähren eine transparente und nachvollziehbare Entscheidungsfindung [36-37].

## Referenzen

1. Hurst SA, Reiter-Theil S, Baumann-Hölzle R, Foppa C, Malacrida R, Bosshard G, et al. The growth of clinical ethics in a multilingual country: challenges and opportunities. *Bioethica Forum*. 2008;1(1):15-24.
2. Pedersen R, Hurst SA, Schildmann J, Schuster S, Molewijk B, on behalf of the European Clinical Ethics Network. The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations. *Clinical Ethics*. 2010;5:136-41.
3. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. *Ethics Consultation; from Theory to Practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003.
4. Wolf SM. Toward a theory of process. *Law Med Health Care*. 1992;20(4):278-90.
5. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med*. 2000;133(1):59-69.
6. Beauchamp TL. Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Inst Ethics J*. 1995;5(3):181-98.
7. Casarett DJ, Daskal F, Lantos J. The authority of the clinical ethicist. *Hastings Cent Rep*. 1998;28(6):6-11.
8. Agich GJ. The question of method in ethics consultation. *Am J Bioeth*. 2001;1(4):31-41.
9. Jonsen AR, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 1988.
10. Emanuel LL, Emanuel EJ. Decisions at the end of life. Guided by communities of patients. *Hastings Cent Rep*. 1993;23(5):6-14.
11. Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics*. 1996;7(2):122-6.
12. Agich GJ. What kind of doing is clinical ethics? *Theor Med Bioeth*. 2005;26(1):7-24.
13. Lo B. Answers and questions about ethics consultations. *JAMA*. 2003;290(9):1208-10.
14. Hurst SA, Chevrolet JC, Loew F. Methods in clinical ethics: a time for eclectic pragmatism? *Clinical Ethics*. 2006;1:159-64.16.
15. Smith ML, Bisanz AK, Kempfer AJ, Adams B, Candelari TG, Blackburn RK. Criteria for determining the appropriate method for an ethics consultation. *HEC Forum*. 2004;16(2):95-113.
16. Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Med Health Care Philos*. 2003;6(3):235-46.
17. Cohen CB. Avoiding "Cloudcuckooland" in ethics committee case review: matching models to issues and concerns. *Law Med Health Care*. 1992;20(4):294-9.
18. Reiter-Theil S., Ohnsorge K., Leuthold M. : *Ethikkonsultation heute – ein Kompendium. Europäische und Internationale Perspektive*. Lit-Verlag, Münster 2010.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* sixth ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
20. Doucet H. *Ethical Deliberation in Multiprofessional Health Care Teams*. Ottawa: University of Ottawa Press; 2001.
21. Léry N. Droit et éthique de la santé: l'expérience d'une consultation. *Médecine & Hygiène*. 1990;2161-6.

22. Jonsen AR, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 1988.
23. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *Med Humanit.* 2003;29(2):65-71.
24. Charon R, Banks JT, Connelly JE, Hawkins AH, Hunter KM, Jones AH, et al. Literature and medicine: contributions to clinical practice. *Ann Intern Med.* 1995;122(8):599-606.
25. Miller FG, Fins JJ, Bacchetta MD. Clinical pragmatism: John Dewey and clinical ethics. *J Contemp Health Law Policy.* 1996;13(1):27-51.
26. Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. *Clinical Ethics*. Columbus: McGraw Hill; 2006.
27. Rubin SB, Zoloth L. Clinical ethics and the road less taken: mapping the future by tracking the past. *J Law Med Ethics.* 2004;32(2):218-25,190.
28. Porz R, Landeweer E, Widdershoven G. Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. *Bioethics (Special Issue: Clinical Ethics Support Service')*. 2011;25(7):354-60.
29. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics.* 2008;34:120-4.
30. Fournier V., Gaille-Nikodimov M.: *L'éthique clinique à l'Hôpital Cochin : une méthode à l'épreuve de l'expérience*. Hôpital Cochin. 2007
31. Baumann-Hölzle R. Arn Chr. (Hrsg.): *Ethiktransfer in Organisationen (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3) EMH und Schwabe, Basel 2009.*
32. Arn C. Rufer L, Weidmann-Hügler T, Baumann-Hölzle R. (2008): 7 Schritte Dialog – Handreichung und Tipps für Moderator(innen). In: *Dialog Ethik (Hg.): Praxisordner Ethik im Gesundheitswesen. EMH und Schwabe, Basel 2008.*
33. Choudja CJ, von der Weid N, Beck Popovic M, Benaroyo L. Délibération en éthique clinique, une aide à la décision. *Paediatrica.* 2011;22(1):23-5.
34. Arn C. Sensor – eine kompakte Vorgehensweise für die ethische Reflexion und Handlungswahl in schwierigen Situationen. (Formular mit Kommentar) [www.ethikprojekte.ch/sensor.pdf](http://www.ethikprojekte.ch/sensor.pdf)
35. Arn C. Ethik als Reflexionsmethode für Teams. Scharans: reson 2011 (Volltext unter [www.ethikprojekte.ch/w.html](http://www.ethikprojekte.ch/w.html)).
36. Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2011) *Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Springer, Heidelberg, Berlin, New York .
37. Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Kressig RW, Pargger H (2011) *Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann*. *Ethik Med* 23:93-105.