

Prävention von moralischen Problemen in der Patientenversorgung

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Würde eines Dr. sc. med.

vorgelegt der

Medizinischen Fakultät

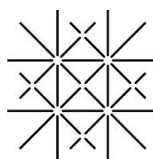
der Universität Basel

von

Jan Matthias Schürmann

aus Basel (Schweiz)

Basel, 2022



UNI
BASEL

Genehmigt von der Medizinischen Fakultät
auf Antrag von

Prof. Dr. med. Klaus Schmeck, Dipl.-Psych., Erstbetreuer

Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil, Dipl.-Psych., Zweitbetreuerin

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Externer Experte

Basel, den 29. August 2022

Prof. Dr. Primo Schär
Dekan

Inhalt

1. Danksagung.....	4
2. Zusammenfassung	5
3. Thematische Einführung	9
4. Forschungsziele.....	16
5. Publikationen	20
6. Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick.....	76
7. Curriculum Vitae	80
8. Literaturverzeichnis.....	87

1. Danksagung

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung zahlreicher Personen, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Stella Reiter-Theil für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit und die engagierte wissenschaftliche Förderung. Ebenso danken möchte ich Prof. Dr. Klaus Schmeck für seine immer wohlwollende Unterstützung des Projekts sowie den weiteren Koautoren der hier vorgestellten Publikationen (Mara Mühleck, Dr. Christian Perler, Gabriele Vaitaityte).

Von den zahlreichen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen wie Dr. Marcel Mertz, Dr. Sebastian Jähne, Dr. Kristina Würth, Dr. Anna Westermair, Dr. Barbara Meyer-Zehnder, Prof. Dr. Hans Pargger, Prof. Dr. Ralf Jox, Dr. Ellen Fox, Prof. Dr. Bert Molewijk und vielen anderen habe ich sehr profitiert.

Der grösste Dank gebührt meiner Lebenspartnerin, meinen beiden Söhnen und meiner Familie, die mich während des Studiums immer unterstützt und motiviert haben. Daher widme ich ihnen diese Arbeit.

2. Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Gesundheitsfachpersonen sind in der Patientenversorgung regelmässig mit moralischen Problemen konfrontiert. Diese können die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit gefährden, bei Fachpersonen moralischen Distress auslösen oder bei Patient*innen und Angehörigen zu psychischen Belastungen und Unzufriedenheit führen. Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* empfiehlt daher, an Gesundheitsinstitutionen Strukturen zur klinischen Ethikunterstützung zu etablieren, die Behandelnde, Patient*innen und Angehörige bei der ethischen Entscheidungsfindung unterstützen können. Eine bisher in der Schweiz wenig implementierte und evaluierte Form ist die präventive Ethikunterstützung, deren Ziel es ist, moralische Probleme im Klinikalltag bereits in einem frühen Entwicklungsstadium zu erkennen und anzugehen. In dieser Arbeit wird ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention moralischer Probleme entwickelt, ein Prozessmodell zur präventiven Ethikunterstützung erarbeitet und dessen Kernelemente – insbesondere Risikofaktoren für moralische Probleme – werden empirisch untersucht.

Methoden: Die genannten Forschungsziele werden in drei separaten, aber aufeinander bezogenen Studien untersucht. In der ersten Studie wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche und einer Beobachtungsstudie auf der Abteilung Jugendforensik an den *Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel* ein Instrument zur Früherkennung und -intervention erarbeitet. Die zweite Studie folgt einem Mixed-Methods-Design, wobei in halbstrukturierten Interviews klinische Experten (n = 20) am *Universitätsspital Basel* und an den *Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel* zu ihren Erfahrungen mit der Prävention von moralischen Problemen befragt werden. In den Interviewleitfaden ist ein Likert-skaliertes Fragebogen integriert, der deskriptiv-statistisch ausgewertet wird. In der dritten Studie werden in einem Scoping-Review Risikofaktoren für moralische Probleme in der Patientenversorgung zusammengetragen. Diese Risikofaktoren werden anschliessend anhand einer konsekutiven Fallserie von Ethikkonsultationen (n = 204) untersucht, die zwischen 2012 und 2020 an zwei universitären Spitälern in Basel durchgeführt wurden.

Resultate: In der ersten Studie wurden für die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie 24 moralische Problemfelder in den Bereichen *Autonomie, Hilfeleisten und Nichtschaden, Gerechtigkeit, Moralkompetenz, Professionalität* sowie *Diagnostik und Einschätzung* identifiziert. Besonders häufig treten dabei Fragen zum angemessenen Umgang mit Moralkompetenz und Moralerziehung, mit Regeln und Sanktionen, zu Chancen und Risiken der Behandlung und zur Freiheit- und Privatsphäre der Jugendlichen auf. Das Instrument der Früherkennung und -intervention enthält spezifische Risikofaktoren und Indikatoren für moralische Probleme in der Jugendforensik sowie Verfahren zur Interventionsplanung und Entscheidungsfindung. Das in

der zweiten Studie vorgestellte Prozessmodell der präventiven Ethikunterstützung integriert alle Kernelemente der Prävention: Phasen, Risikofaktoren und Indikatoren moralischer Probleme sowie Entscheidungsparametern, Folgen und präventive Massnahmen. Es wird eine Vielzahl an Risikofaktoren, Indikatoren, Entscheidungsparameter, Folgen und präventiven Interventionen identifiziert. Als besonders hilfreich werden frühzeitige Ethikgespräche mit Kolleg*innen, frühzeitige teaminterne ethische Fallbesprechungen, Ethik-Ansprechpersonen auf der Station, Ethikfortbildung, Ethikrichtlinien, Ad-hoc-Ethikberatung, proaktive Ethikkonsultationen, Ethikvisiten und Früherkennung sowie Projekte zur Verbesserung von Prozessen, Kommunikationswegen und ethischem Klima beurteilt. In der dritten Studie wurden 99 moralische Risikofaktoren in der Patientenversorgung identifiziert. Von diesen liegen 87 in den untersuchten Ethikkonsultationsfällen vor, wovon zehn hoch prävalent ($\geq 50\%$) sind: *Patientenvulnerabilität, fehlende oder unklare Ethikrichtlinien, Schichtarbeit, unzureichende Verständigung zwischen Patient*innen und Behandelnden, unzureichende Kommunikation, Multimorbidität, Uneinigkeit zwischen Patient*innen und Behandelnden* und *mehrere Behandlungsteams*. In allen medizinischen Fachbereichen gibt es darüber hinaus spezifische, hoch prävalente Risikofaktoren.

Schlussfolgerungen: Das integrative Modell der präventiven Ethikunterstützung umfasst ein breites Spektrum an präventiven Interventionen, um moralische Probleme proaktiv, frühzeitig, niederschwellig und systemisch anzugehen. Ein zentraler Bestandteil ist dabei die Früherkennung moralischer Probleme mittels geeigneter Risikofaktoren und früher Indikatoren, die in dieser Arbeit identifiziert werden. Exemplarisch für eine präventive Intervention wird ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention von moralischen Problemen in der Jugendforensik entwickelt. Die vorliegende Arbeit kann somit als Grundlage für die Etablierung neuer Angebote der Ethikunterstützung in der Gesundheitsversorgung und als Ausgangspunkt für weitere Forschung zur präventiven Ethikunterstützung dienen.

English summary

Background and aims: Health care professionals are regularly exposed to moral problems in patient care. These can endanger the quality of treatment and patient safety, trigger moral distress among professionals or lead to psychological stress and dissatisfaction among patients and their relatives. The *Swiss Academy of Medical Sciences* therefore recommends that health institutions establish clinical ethics support services that can assist practitioners, patients and relatives in ethical decision-making. One form of support that has been little implemented and evaluated in Switzerland thus far is preventive ethics support, which aims to identify and address moral problems in clinical practice at an early stage of development. In this thesis, an instrument for the early detection of and intervention in moral problems is developed, a

process model for preventive ethics support is elaborated and its core elements – especially risk factors for moral problems – are empirically investigated.

Methods: These research objectives are examined in three separate but related studies. In the first study, an instrument for early detection and intervention was developed based on a systematic literature review and an observational study at the Adolescent Forensic Department of the *University Psychiatric Clinics Basel*. The second study followed a mixed-methods design, in which clinical experts (n = 20) at the *University Hospital Basel* and the *University Psychiatric Clinics Basel* were asked about their experiences with the prevention of moral problems in semi-structured interviews. A Likert-scaled questionnaire is integrated into the interview guide, which was analysed by descriptive statistics. In the third study, risk factors for moral problems in patient care were collected in a scoping review. These risk factors were then investigated using a consecutive case series of ethics consultations (n = 204) conducted at two university hospitals in Basel between 2012 and 2020.

Results: In the first study, 24 moral problem fields were identified for adolescent forensic psychiatry in the areas of *autonomy, beneficence and nonmaleficence, justice, moral competence, professionalism and diagnostics and assessment*. Questions about the appropriate handling of moral competence and moral education, rules and sanctions, the opportunities and risks of treatment and the freedom and privacy of adolescents were particularly frequent. The early detection and intervention tool contains specific risk factors and indicators for moral problems in adolescent forensic psychiatry as well as procedures for intervention planning and decision-making. The process model of preventive ethics support presented in the second study integrates all core elements of prevention: phases, risk factors and indicators of moral problems as well as decision parameters, consequences and preventive measures. A variety of risk factors, indicators, decision parameters, consequences and preventive interventions were identified. Early ethics discussions with colleagues, early team-internal ethical case discussions, ethics contact persons on the ward, ethics training, ethics policies, kerbside ethics consultations, proactive ethics consultations, ethics rounds and screening, as well as projects to improve processes, communication and the ethical climate were assessed as particularly helpful. In the third study, 99 moral risk factors in patient care were identified. Of these, 87 were present in the ethics consultation cases studied, 10 of which were highly prevalent ($\geq 50\%$): *patient vulnerability, absent or unclear ethics policies, shift work, inadequate understanding between patients and health care professionals, inadequate communication, multimorbidity, disagreement between patients and health care professionals and multiple care teams*. In all medical specialties, there are also specific, highly prevalent risk factors.

Conclusions: The integrative model of preventive ethics support includes a wide range of preventive interventions to address moral problems in a proactive, early, low-threshold and

systemic way. A central component is the early detection of moral problems through appropriate risk factors and early indicators, which are identified in this thesis. An instrument for the early detection and early intervention of moral problems in adolescent forensics is developed as an example of a preventive intervention. This work can serve as a basis for establishing new forms of ethics support in health care and as a starting point for further research on preventive ethics support.

3. Thematische Einführung

«Vorbeugen ist besser als Heilen.»

Hippokrates von Kos zugeschrieben, um 400 v. Chr.

Gesundheitsfachpersonen sind im klinischen Alltag zunehmend mit moralischen Fragen konfrontiert. Der technologische Fortschritt verschiebt die Grenzen des medizinisch Machbaren und wirft Fragen an den Grenzbereichen des Lebens und des Geistes auf, z. B. in der Präimplantationsdiagnostik, der Xenotransplantation oder dem Neuro-Enhancement. Die Vielfalt der Welt- und Wertorientierungen innerhalb westlicher Gesellschaften führt auch in der Medizin vermehrt zu Konflikten, etwa bei Fragen der Lebensqualität oder des guten Sterbens. Effekte der Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Spezialisierung, Arbeitsteilung, marktwirtschaftliche Organisation – unterminieren die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung, in welcher auch Wert- und Sinnfragen ihren Platz finden sollten. Nicht zuletzt stellen sich bei globalen Ereignissen wie der SARS-CoV-2-Pandemie moralische Fragen in bisher ungeahntem Ausmass, etwa zum Umgang mit knappen medizinischen Gütern – Intensivbetten, Impfstoffen, Medikamenten – oder zum Verhältnis von individueller Freiheit und gesellschaftlichem Wohl. Diese Transformationsprozesse im Gesundheitswesen führen nicht nur zu mehr, sondern auch zu komplexeren moralischen Herausforderungen, für die das traditionelle ärztliche Ethos oftmals keine hinreichenden Antworten bereitstellt (1).

Im Klinikalltag können solche moralischen Fragen mit Unsicherheit, Distress oder Konflikten – kurz: moralischen Problemen – einhergehen (2–6). Moralische Probleme treten üblicherweise in Situationen auf, die konflikthafte, komplexe, unsichere, dringende oder folgenschwere Entscheidungen erfordern, z. B. beim Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch, einer medizinisch indizierten Behandlung gegen den Patientenwillen oder einem Wunsch nach Therapieverzicht am Lebensende, aber auch in alltäglichen klinischen Situationen (7–12). Generell werden moralische Probleme durch divergierende Werte, Interessen oder Ziele oder durch Differenzen hinsichtlich moralischer Grundsätze, Sachverhalte oder moralischem Status verursacht (13). In der Patientenversorgung können solche Probleme u. a. auf folgende Faktoren zurückgehen: verschiedene Wertvorstellungen zwischen Behandelnden, Patient*innen, Angehörigen und/oder vertretungsberechtigten Personen, unzureichende Information und Evidenz, unklare Urteilsfähigkeit oder Entscheidungsverantwortung, ungenügende Kommunikation, fehlende Ressourcen, Interessenskonflikte oder Fehlverhalten (14–17).

Moralische Probleme können gravierende Folgen haben, wenn sie nicht angemessen geklärt werden: Behandlungsqualität und Patientensicherheit werden gefährdet, Engagement und Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachpersonen nimmt ab, Uneinigkeit und

Unzufriedenheit aufseiten der Patient*innen und Angehörigen treten auf, die Kosten nehmen zu und das ethische Klima einer Organisation wird gestört (18–22). Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* hat daher eine Empfehlung zur ethischen Unterstützung in der Medizin veröffentlicht (23). Im Gesundheitswesen sollen Strukturen zur klinischen Ethikunterstützung (Ethikstrukturen) etabliert werden. Ethische Unterstützung hat das Ziel, Behandelnde, Patient*innen, Angehörige oder Institutionen bei der ethischen Entscheidungsfindung in moralisch komplexen Situationen zu unterstützen. Dadurch sollen Patientenrechte, Entscheidungsqualität und Reflexionstiefe, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen gefördert werden. Die Unterstützung ist diskursiv und konsultativ, d. h., sie orientiert sich an einem argumentativen Diskurs und die Entscheidungsverantwortung verbleibt bei den involvierten Personen. Die *SAMW* orientiert sich hinsichtlich Zielen, Aufgaben und erforderlichen Qualifikationen der Ethikunterstützung an den Empfehlungen der *American Society of Bioethics and Humanities (ASBH)*, die hinsichtlich ihrer Professionalisierung weltweit führend ist (24).

Gemäss einer aktuellen Umfrage verfügt in der Schweiz etwa die Hälfte der Spitäler im nationalen Spitalverband *H+* über explizite Ethikstrukturen (25). Auch wenn dies eine Zunahme gegenüber der letzten Umfrage von 2016 bedeutet, ist der Anteil etwa im Vergleich zu Deutschland oder den USA eher gering (26, 27). Wie die Umfrage zeigt, sind Ethikstrukturen in der Schweiz in Form von Ethikkomitees, Ethikfachpersonen bzw. -abteilungen oder externen Ethikberatungsdiensten institutionalisiert. Zu deren Aktivitäten zählen primär die prospektive und retrospektive Einzelfallberatung (‹Ethikkonsultation›), die Ausarbeitung von institutionellen Ethikrichtlinien, die ethische Beratung der Spitalleitungen sowie die ethische Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen. Seltener sind Ethikstrukturen auch für Lehre und Forschung zuständig. Daneben sind an Spitälern in der Schweiz und Europa teilweise spezifische Formen der Ethikunterstützung implementiert, etwa ‹Moral Case Deliberation› (28), teaminterne ethische Fallbesprechungen (29), Ethikbeauftragte auf der Abteilung (30), Ethikvisiten (31) oder kontextangepasste Ethikunterstützung (32). Europaweit bisher kaum implementiert oder untersucht sind Formen der präventiven klinischen Ethikunterstützung bzw. der präventiven Ethik.

Präventive Ethik hat das Ziel, die Qualität in der Patientenversorgung zu verbessern, indem ethische Probleme frühzeitig erkannt und proaktiv bearbeitet werden – im Unterschied zur klassischen Ethikkonsultation, die erst auf Anfrage von involvierten Personen initiiert wird, um bei akuten moralischen Problemen ethische Unterstützung zu leisten (33). Der Ansatz der präventiven Ethik wurde erstmals in den 1990er Jahren in den USA formuliert (34–36) und hat seither verschiedene Konkretisierungen erfahren. In der Literatur werden mindestens fünf Ansätze unterschieden:

- 1.) **Präventive Berufsethik:** Chervenak und McCullough vertreten den Ansatz einer präventiven Berufsethik, den sie für verschiedene Themenbereiche insbesondere in der Gynäkologie spezifizieren (37–44). Präventive Ethik wird hier als professionelle Aufgabe und Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten verstanden. Diese sind demnach verpflichtet, moralische Konflikte zu antizipieren und mittels geeigneter Verfahren anzugehen. Zu solchen Verfahren zählen ein Prozess der informierten Zustimmung, Strategien des Aushandelns und des respektvollen Überzeugens («respectful persuasion»), der angemessene Einbezug von Ethikunterstützung sowie die Entwicklung institutioneller Richtlinien (34). Andere Autoren haben diesen Ansatz für konkrete Bereiche wie die genetische Beratung oder die Pädiatrie spezifiziert (45, 46).
- 2.) **Proaktive Ethikkonsultation:** Wear und Logue haben angesichts der oftmals verhärteten Fronten zwischen Behandelnden und Patient*innen bzw. Angehörigen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht am Lebensende frühzeitige Ethikunterstützung angeregt (47). Dieser Vorschlag ist von verschiedenen Autoren konkretisiert, implementiert und untersucht worden (48–54). Die proaktive Ethikkonsultation soll frühzeitig im Verlauf der Behandlung eines Patienten bzw. einer Patientin mit lebensbedrohlicher Erkrankung stattfinden und systematisch relevante Faktoren (Diagnose, Prognose, Patientenwille, Lebensqualität usw.) mit Behandelnden und Patient*innen bzw. Angehörigen thematisieren. Dies soll u. a. die Kommunikation verbessern, Entscheidungen zum Therapieverzicht in medizinisch aussichtslosen Situationen erleichtern und die Zufriedenheit mit der Behandlung steigern.
- 3.) **Präventives Ethikprogramm:** Projektgruppen des *National Center for Ethics in Health Care* und des *UCLA Health Ethics Center* konzipieren präventive Ethik als ein eigenständiges Programm, welches spezifische Formen der Ethikunterstützung anbietet (55, 56). Gemäss dem Ansatz des *National Center for Ethics in Health Care* sollen Methoden des Qualitätsmanagements eingesetzt werden, um ethisch mangelhafte Prozesse und Systeme einer Organisation zu ermitteln und zu verbessern. Zu diesen Methoden gehören das Identifizieren und Untersuchen von Problemen, das Auswählen und Umsetzen von Massnahmen sowie das Evaluieren, Überwachen und Anpassen der Massnahmen («ISSUES approach»). Für die Identifikation von Problemen wurde u. a. Ursachenanalyse («Root Case Analysis») oder ethische Problem- und Bedarfserhebung vorgeschlagen (57–59). Das Spektrum der Massnahmen reicht dabei von Leitlinienentwicklung, Fortbildung und Umfragen über Warnhinweise, Entscheidungshilfen, Prozessmodifikationen bis hin zu neuen Funktionen, Infrastruktur oder EDV-Systemen (55). Die systematische Evaluation der Massnahmen ist ein zentrales Element dieses Ansatzes (60).

Die Projektgruppe um Pavlish und Brown-Salzman hat ein «proaktives Ethikmodell» entwickelt, das verschiedene präventive Strategien zur Minderung ethischer Konflikte

integriert (56). Das Modell umfasst sequenzielle Aktionspunkte, die mit bestimmten Interventionen verbunden sind, beginnend bei der Primärprävention wie Fortbildung oder Leitlinienentwicklung, über die Sekundärprävention wie Ethikkonsultationen oder Familienkonferenzen bis zur Tertiärprävention wie Stressbewältigung (vgl. dazu auch (61)). Um diese Aktionspunkte zu bestimmen, schlägt die Projektgruppe die Verwendung von Risikofaktoren und frühen Indikatoren für moralische Konflikte vor (62–64). Für die Implementierung in die klinische Praxis haben sie ein Instrument zur Früherkennung und Intervention bei moralischen Konflikten (‹Ethics Early Action Protocol›) entwickelt (65, 66). Einen ähnlichen Ansatz skizziert Epstein für die Intensivpflege (67).

- 4.) **Proaktives Ethik-Design:** Eine Projektgruppe der *Universität Basel* schlägt ein proaktives Ethik-Design für die Entwicklung von neurologischen, assistierenden und rehabilitativen Technologien vor (68). Dieses Modell soll dabei helfen, potenzielle Anwendungen, Anforderungen und unbeabsichtigte Folgen neuer Technologie zu antizipieren, bevor sie zu moralischen Problemen führen. Dem Design von Technologien geht daher eine Bedarfserhebung bei den Benutzer*innen sowie eine proaktive Evaluation ethischer Aspekte und der Benutzerfreundlichkeit voraus. Dies soll bei neuen Technologien ein Machtungleichgewicht zwischen Entwickler*innen und Benutzer*innen verhindern, die Einhaltung bioethischer Prinzipien gewährleisten, den Transfer der Technologie in die Praxis erleichtern und ein soziales Bewusstsein für das Potenzial der Technologie schaffen (68).
- 5.) **METAP:** Am *Universitätsspital Basel (USB)* wurde mit ‹METAP› eine medizinethische Leitlinie entwickelt, implementiert und evaluiert, die implizit verschiedene Massnahmen zur Prävention von moralischen Problemen integriert (69). ‹METAP› steht für Modular, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess und hat das Ziel, Behandelnde bei der ethisch angemessenen Therapieentscheidung zu unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Vermeidung von Über-, Unter- oder Ungleichbehandlung, wofür spezifische Risikofaktoren zur Verfügung gestellt werden. Im Zentrum steht ein Eskalationsmodell mit vier Stufen der ethischen Reflexion: Auf Stufe 1 befindet sich die eigene Orientierung der Gesundheitsfachperson anhand eines Hilfsmittels, auf Stufe 2 die Beratung mit einer ethisch geschulten Ansprechperson auf der Abteilung, auf Stufe 3 die teaminterne ethische Fallbesprechung und auf Stufe 4 die Ethikkonsultation mit dem oder der Ethikberater*in. Die Stufen sollen dabei schrittweise zur Anwendung kommen, es sei denn, es liegt bereits ein eskalierter Konflikt vor (69). Die Interventionen der Stufen 1–3 haben auch einen präventiven Charakter im Sinne der Primär- und Sekundärprävention. Eine Anwendung von Stufe 3 in Form von regelmässigen ethischen Fallbesprechungen wird explizit empfohlen.

Ein Modell, das die genannten Ansätze und Konzepte sinnvoll integriert, fehlt bislang. Die Ansätze eint die Grundannahme, dass moralische Probleme mittels geeigneter

Präventionsmassnahmen verhindert oder entschärft werden können. Moralische Probleme werden nicht als singuläre, psychologische oder abstrakte Entität, sondern als Phänomene mit verschiedenen zeitlichen Aspekten und systemischen Ebenen betrachtet. Die Interventionen können sich entsprechend auf verschiedene Zeitpunkte (Primär-, Sekundär, Tertiärprävention) und auf unterschiedliche Ebenen (Handlungen, Prozesse, Organisation) beziehen. Schlüsselkonzepte der Krankheitsprävention wie Risiko- und Schutzfaktoren, Indikatoren, Ursachen, Parameter und Folgen können zur Steuerung der Interventionen herangezogen werden (70). Zwischen den Ansätzen bestehen deutliche Unterschiede, etwa hinsichtlich der Frage, wer für die Prävention verantwortlich ist (Kliniker*innen, Ethikberater*innen, Administrator*innen, Forscher*innen), auf welche Ebenen sich die Prävention bezieht (nur auf einzelne oder auf alle Ebenen) oder nach welchen Methoden vorgegangen werden soll (Methoden der qualifizierten Berufsausübung, des Qualitätsmanagements oder der Präventionsmedizin).

Integrales Element von Prävention und Gesundheitsförderung sind Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung mittels geeigneter Evaluationsverfahren (71). Die *SAMW* und *ASBH* sehen auch hinsichtlich der Qualität der Ethikunterstützung klaren Forschungsbedarf (23, 24). In den letzten Jahren gibt es vermehrte Bestrebungen, die Qualität von Ethikstrukturen und -unterstützung systematisch zu erfassen (72–81). Die Evaluationsforschung hinsichtlich präventiver Ethikunterstützung befindet sich allerdings noch in den Anfängen. Am besten untersucht sind proaktive Ethikkonsultationen. In der Interview- und Fragebogenstudie von Cohn et al. schätzen Behandelnde (n = 255) und Angehörige (n = 108) von Patient*innen auf einer Intensivstation proaktive Ethikkonsultationen als hilfreich, unterstützend, informativ, respektvoll und fair ein (75). Dowdy et al. haben in einer prospektiven kontrollierten Studie auf einer Intensivstation (n = 96) nachgewiesen, dass sich in der Gruppe mit proaktiven Ethikkonsultationen – gegenüber Kontrollgruppen ohne Ethikkonsultation oder mit Ethikkonsultation auf Anfrage – die Qualität der Kommunikation hinsichtlich Lebensende verbessert hat, mehr Entscheide hinsichtlich Reanimationsstatus und Therapiebegrenzung getroffen wurden und sich die Aufenthaltsdauer der Patienten auf der Intensivstation reduziert hat (50). Die Behandlungskosten für den Aufenthalt haben sich ebenfalls reduziert, allerdings nicht signifikant. In der randomisiert kontrollierten Studie von Schneidermann et al. haben proaktive Ethikkonsultationen auf sieben Intensivstationen (n = 551) zu einer signifikanten Reduktion der Dauer des Aufenthalts im Spital und auf der Intensivstation sowie der künstlichen Beatmung geführt – ohne Unterschied hinsichtlich der Mortalität (53, 54). Für das gleiche Sample weisen Gilmer et al. eine signifikante Reduktion der Behandlungskosten nach (51).¹ Andreck et al. kommen

¹ In Schneiderman et al. 2000, 2003 und Gilmer et al. 2005 sind die Ethikkonsultationen nicht als proaktive Ethikkonsultationen gekennzeichnet. Es sind jedoch proaktive Ethikkonsultationen, da sie nicht auf eine Anfrage des Behandlungsteams, sondern auf ein Screening aller Patienten auf der Station

hingegen in einer randomisiert kontrollierten Studie (n = 384) auf einer Intensivstation zum Schluss, dass proaktive Ethikkonsultationen die Aufenthaltsdauer im Spital, die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation, aussichtslose Behandlung und Behandlungskosten im Vergleich zur Behandlung ohne Ethikkonsultation nicht signifikant reduzieren (48). Au et al. vermuten, dass proaktive Ethikkonsultationen diesbezüglich keinen Mehrwert bieten, wenn sie in Situationen zur Anwendung kommen, die kein Risikoprofil und keine Indikatoren für moralische Probleme aufweisen (72). Es ist daher zu empfehlen, proaktiven Ethikkonsultationen eine Bedarfserhebung oder Früherkennung voranzustellen, um Patient*innen zu identifizieren, die mit grösserer Wahrscheinlichkeit davon profitieren.

Frolic et al. haben einen Fragebogen zur Erhebung des Ethikbedarfs (<Clinical Ethics Needs Assessment Survey>) entwickelt und validiert (57, 83). Diese Umfrage soll es Ethikstrukturen ermöglichen, ihre Ressourcen dort einzusetzen, wo der grösste Bedarf an Ethikunterstützung besteht. Das Format ist dabei besonders geeignet, um den Bedarf an Ethikfortbildung zu eruieren, und weniger zur Identifikation von moralischen Problemen im Einzelfall. Letzteres soll hingegen das Instrument zur Früherkennung und Intervention bei moralischen Konflikten von Pavlish et al. leisten (64). In einer Prä-Post-Interventionsstudie auf sechs Intensivstationen (n = 1712) haben die Autoren nachgewiesen, dass das Instrument nach 3 und 6 Monaten zu einem signifikanten Anstieg von Familienkonferenzen, Seelsorge-Visiten und Ethikkonsultationen geführt hat (66). Ebenso hat der moralische Distress bei Pflegefachpersonen – nicht jedoch bei Ärztinnen und Ärzten – über diese Zeit hinweg signifikant ab- und die ethische Selbstwirksamkeit zugenommen (65). Morgenstern berichtet ebenfalls von einer Zunahme an proaktiven Ethikkonsultationen nach der Implementierung einer Früherkennung (52). Eine andere Form der Früherkennung ist bei Ethikvisiten möglich, die gemäss Schmitz et al. die Teamkommunikation verbessern und zu einem Anstieg von Ethikkonsultationen und moderierten Fallbesprechungen führen (31). Auch Bruce et al. berichten von einem signifikanten Anstieg von Ethikkonsultationen nach der Implementierung von Ethikvisiten, was die Autor*innen auf einen substantiellen Bedarf der Behandelnden zur Reflexion moralischer Probleme zurückführen (84).

In einer retrospektiven Fallserie auf einer Intensivstation (n = 314) haben sich regelmäßige, teamintern moderierte ethische Fallbesprechungen im Rahmen von METAP als wirksam und praktikabel erwiesen (29). Solche Besprechungen haben auch eine präventive Wirkung, indem sie die Unsicherheit oder die Uneinigkeit unter den Gesundheitsfachpersonen minimieren. In einer Fragebogenstudie berichten Behandelnde einer Intensivstation (n=30) davon, dass in den ethischen Fallbesprechungen die relevanten Fragen geklärt (93 % ja oder eher ja), die

zurückgehen. Dies gilt nicht für die randomisiert kontrollierte Studie von Chen et al., die allerdings zu ähnlichen Ergebnissen kommen (82).

Unsicherheit beseitigt (76 %) und die persönliche Belastung vermindert (66 %) werden konnte (85).

Zusammenfassend lässt sich zum Forschungsstand festhalten, dass präventive Ethikunterstützung bisher empirisch noch wenig untersucht worden ist. Die beste Evidenz gibt es hinsichtlich proaktiver Ethikkonsultationen, die nachweislich die ethische Entscheidungsfindung unterstützen, die Kommunikation verbessern sowie aussichtlose Behandlung und Behandlungskosten reduzieren können – sofern sie auf geeigneten Indikatoren beruhen. Inzwischen liegen eine validierte Umfrage zur Bedarfserhebung und ein validiertes Instrument zur Früherkennung von moralischen Problemen vor. Studien zur Früherkennung in Form eines Instruments oder von Ethikvisiten legen nahe, dass dadurch der Dialog mit Angehörigen und unterstützenden Diensten (z. B. Ethikberatung, Seelsorge, Sozialdienst) gefördert werden und die persönliche Belastung der Gesundheitsfachpersonen abnehmen kann. Die Evaluationsstudien zu METAP zeigen, dass regelmässige, teamintern moderierte ethische Fallbesprechungen auf einer Intensivstation praktikabel sind, moralische Probleme klären und moralischen Distress reduzieren können.

Grundsätzlich besteht bei allen Qualitätsdimensionen der präventiven Ethikunterstützung ein erheblicher Forschungsbedarf: Konzeption, Struktur, Prozess, Ergebnis oder Effizienz.² Der bisherige Forschungsfokus liegt auf proaktiven Ethikkonsultationen, der Intensivstation und auf der Gesundheitsversorgung in den USA. Ausserhalb dieses Fokus gibt es keine hinreichende Evidenz zur präventiven Ethikunterstützung. Spezifische Forschungslücken bestehen etwa hinsichtlich präventiver Ethikunterstützung in der psychiatrischen Patientenversorgung, eines integrativen Ansatzes zur präventiven Ethik oder prävalenter und potenter Risikofaktoren für moralische Probleme in der Patientenversorgung in der Schweiz.

Das *Universitätsspital Basel (USB)* und die *Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK)* verfügen seit 2012 über eine gemeinsame *Abteilung Klinische Ethik* – eines der aktivsten Zentren für klinische Ethikunterstützung in der Schweiz (12). Die Abteilung wurde bis zu ihrer Emeritierung 2020 von Prof. Dr. Stella Reiter-Theil geleitet. Der Autor dieser Dissertation war seit der Gründung zunächst als Assistent und anschliessend als Klinischer Ethiker mitverantwortlich für das Angebot der Ethikunterstützung und für den Aufbau einer Ethikkonsultationsdatenbank (ECDB). Diese Ausgangslage bietet eine für die Schweiz einzigartige Gelegenheit zur transdisziplinären Forschung über klinische Ethikunterstützung in der somatischen Medizin und der Psychiatrie.

² In leicht modifizierter Form sind dies die Qualitätsdimensionen, wie sie von der *ASBH* für die Evaluation von Ethikstrukturen vorgeschlagen werden (24).

4. Forschungsziele

In diesem Dissertationsprojekt wird die präventive Ethikunterstützung anhand von drei eigenständigen, aber aufeinander bezogenen Studien untersucht, in denen spezifische Forschungsziele verfolgt werden:

- 1.) Die Entwicklung eines Instruments zur Früherkennung und Frühintervention von moralischen Problemen auf einer Abteilung der forensischen Jugendpsychiatrie (**Studie A**);
- 2.) die Entwicklung eines integrativen Prozessmodells zur präventiven Ethikunterstützung auf der Basis einer Experteninterviewstudie an zwei Universitätsspitalern (**Studie B**) und
- 3.) die Untersuchung von spezifischen Risikofaktoren für moralische Probleme anhand einer Fallserie von klinischen Ethikkonsultationen an zwei Universitätsspitalern (**Studie C**).

Forschungsdesign und -setting der einzelnen Studien werden im Folgenden ausführlicher vorgestellt. Nähere Informationen zur Methodik und den Resultaten sind den Publikationen (Kapitel 5) zu entnehmen.

4.1 Studie A: Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine qualitative Beobachtungsstudie und ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention

Das Ziel dieser Studie ist die Entwicklung eines Instruments zur Früherkennung und Frühintervention bei moralischen Problemen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese steht in einem komplexen Spannungsfeld von medizin-, rechts- und sozialetischen Anforderungen, z. B. den therapeutischen Verpflichtungen gegenüber einer hoch vulnerablen Patientengruppe, der umfassenden Kooperation mit den Justizbehörden oder dem Schutz der Gesellschaft vor weiteren Delikten. Die ethischen Herausforderungen, die sich daraus im stationären Massnahmenvollzug ergeben, sind bisher kaum untersucht, und spezifische Angebote der Ethikunterstützung fehlen. Für die Entwicklung eines entsprechenden Instruments zur ethischen Früherkennung ist es daher zunächst erforderlich, die moralischen Themenfelder und Probleme in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu identifizieren. Dies erfolgt mittels einer systematischen Literaturrecherche sowie einer qualitativen Beobachtungsstudie auf einer Pilotstation. Ein standardisiertes Verfahren zur Entwicklung eines solchen Instruments gibt es bisher nicht. Die Studie schlägt daher eine neue Methode zur Instrumentenentwicklung vor, die die Entwicklung von vier Kernelementen der Früherkennung umfasst: Risikofaktoren, Indikatoren, Interventionsplanung und Entscheidungsfindung. Das zusammen mit den klinischen Partnern entwickelte Instrument ist das erste dieser Art für die Psychiatrie und das einzige, das diese vier Kernelemente integriert. Gesundheitsfachpersonen in der forensischen

Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen dadurch befähigt werden, moralische Probleme in der klinischen Praxis frühzeitig zu erkennen und geeignete Interventionen zu planen.

Als Pilotstation dient der Studie die Abteilung Jugendforensik in den *UPK*. Die 2011 eröffnete Abteilung ist die einzige stationäre Jugendforensik in der Schweiz mit insgesamt zehn Behandlungsplätzen für Jugendliche beider Geschlechter zwischen 10 und 25 Jahren. Die Jugendlichen werden nach einem multimodalen Versorgungskonzept betreut, das psychiatrische und psychopharmakologische und -therapeutische Therapie, Familientherapie, sozialpädagogische Therapie, schulischen Unterricht, Sport sowie Arbeits-, Ergo-, Physio- und Musiktherapie integriert. Eintritte können durch Zuweisung strafrechtlicher oder zivilrechtlicher Behörden sowie freiwillig durch die Jugendlichen oder deren Familien selbst erfolgen. Jugendliche werden auch zur stationären Begutachtung sowie zur Krisenintervention aus Gefängnissen oder Institutionen der gesamten Schweiz aufgenommen. Im Anschluss an die Entwicklung des Instruments ist ein Pilotprojekt zu dessen Implementierung und Evaluierung auf der Abteilung Jugendforensik geplant.

4.2 Studie B: Preventing moral conflicts in patient care: Insights from a mixed-methods study with clinical experts

Die zweite Studie hat die Entwicklung eines Prozessmodells der präventiven Ethikunterstützung zum Ziel, das die Kernelemente der präventiven Ethik integriert. In der Literatur zur präventiven Ethik lassen sich unterschiedliche Ansätze finden, die sich hinsichtlich der Akteure, Ebenen und Methoden stark unterscheiden – ein integratives Modell fehlt bislang. Für diese Studie werden daher zunächst begriffsanalytisch die Kernelemente eines solchen Ansatzes herausgestellt: Phasen, Risikofaktoren und Indikatoren moralischer Probleme sowie Entscheidungsparameter, Folgen und präventive Massnahmen. Diese Elemente werden in einem Prozessmodell zusammengefasst, das sich an der Klassifikation der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention orientiert. Zur weiteren Untersuchung dieses Modells wird ein Mixed-Methods-Design verfolgt. In halbstrukturierten Interviews werden 20 klinische Experten zu ihren Erfahrungen hinsichtlich der Kernelemente des Modells befragt. In den Interviewleitfaden ist ein Likert-skaliertes Fragebogen integriert, der auf der Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse erstellt worden ist und eine statistische Auswertung der Daten ermöglicht. Die qualitativen und quantitativen Resultate sowie das Prozessmodell werden eine bessere Planung von Interventionen zur Ethikunterstützung ermöglichen. Durch proaktive und niederschwellige Formen der Unterstützung dürfte sich der Aufwand für die Bewältigung moralischer Probleme reduzieren lassen. Dies würde nicht nur die Effizienz der Ethikunterstützung erhöhen, sondern auch zu einer grösseren Akzeptanz der klinischen Partner führen, da dafür der erforderliche Aufwand ein ausschlaggebender Faktor ist.

Das *USB* und die *UPK* sind die beiden grössten Anbieter von somatischen bzw. psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen in der Nordwestschweiz. Für die Interviews werden Fachpersonen aus beiden Spitälern ausgewählt, die über eine hohe klinische wie auch ethische Kompetenz verfügen. Die Fachpersonen sollen ein breites Spektrum an Disziplinen und Professionen abdecken und bereits Erfahrung mit klinischer Ethikunterstützung haben. Diese Kriterien werden in einer vorgängigen Online-Umfrage geprüft. In beiden Spitälern gibt es seit 2012 ein breites Angebot an Ethikunterstützung, für welches zwei Autoren der Studie massgeblich verantwortlich sind. Das bestehende Angebot soll auf der Basis der Studienresultate evaluiert und gegebenenfalls angepasst sowie um präventive Formen der Ethikunterstützung ergänzt werden.

4.3 Studie C: What factors contribute to moral problems in patient care? A scoping review and case series of ethics consultations at a somatic and a psychiatric university hospital in Switzerland

In der dritten Studie werden Risikofaktoren untersucht, die die Wahrscheinlichkeit gravierender moralischer Probleme in der Patientenversorgung erhöhen. Risikofaktoren sind ein zentrales Element der selektiven Prävention, die es erlauben, Risikosituationen zu identifizieren und diese mit spezifischen Massnahmen zur Risikominimierung anzugehen. In der Literatur fehlt bislang eine Übersichtsstudie zu moralischen Risikofaktoren in der Patientenversorgung. Daher wird in einem ersten Schritt der bisherige Forschungsstand in einem Scoping-Review zusammengetragen. In einem zweiten Schritt werden die Ethikkonsultationsdatenbank (ECDB) der *Abteilung Klinische Ethik USB und UPK* sowie die elektronischen Patientenakten herangezogen, um Prävalenz und Potenz dieser moralischen Risikofaktoren zu untersuchen. In Ethikkonsultationen werden moralische Probleme thematisiert, die besonders herausfordernd oder belastend sind. Jede Situation, die in einer Ethikkonsultation besprochen wird, hat ein Risikoprofil, das zu einem oder mehreren gravierenden moralischen Problemen geführt hat. Ethikkonsultationen sind daher besonders geeignet, solche Risikofaktoren zu untersuchen. In dieser Studie wird eine klinisch-ethische Fallserie verwendet, um Prävalenz und Potenz von moralischen Risikofaktoren in Ethikkonsultationsfällen zu untersuchen. Die Studie leistet damit einen Beitrag zur Entwicklung spezifischer moralischer Risikofaktoren, die zur Prävention moralischer Konflikte in der Patientenversorgung verwendet werden können. Gleichzeitig werden in ihr die demografischen, klinischen und formalen Merkmale, Themen und Ergebnisse der Ethikkonsultationen an den beiden Spitälern beleuchtet und in den Kontext der internationalen Forschung zur klinischen Ethik gesetzt.

Die ECDB umfasst alle Ethikkonsultationen, die seit 2012 am *USB* und an den *UPK* durchgeführt wurden. Diese Ethikkonsultationen werden anhand eines strukturierten Verfahrens durchgeführt und mittels eines standardisierten Protokolls in der Datenbank dokumentiert.

Auch eine standardisierte Rückmeldung der anfragenden Person wird in der Datenbank erfasst. Die ECDB bietet damit eine umfassende und schweizweit einmalige Datengrundlage für eine klinisch-ethische Fallserie. Für diese Studie werden alle Einträge von den Autoren überprüft, mit der elektronischen Patientenakte abgeglichen und um neue Variablen ergänzt. Die Studie dient somit auch der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse der Studie werden es ermöglichen, das Angebot an Ethikunterstützung dem Bedarf anzupassen und gemäss den moralischen Risikofaktoren spezifischer auszurichten.

5. Publikationen

Anmerkung: Die dritte Publikation «What factors contribute to moral problems in patient care? A scoping review and case series of ethics consultations at a somatic and a psychiatric university hospital in Switzerland» wurde bei der Zeitschrift *BMC Medical Ethics* eingereicht und ist hier in der Preprint-Version von *Research Square* abgebildet.

Ethik Med
<https://doi.org/10.1007/s00481-021-00605-6>



ORIGINALARBEIT

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine qualitative Beobachtungsstudie und ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention

Jan Schürmann · Mara Mühleck · Christian Perler · Klaus Schmeck · Stella Reiter-Theil

Eingegangen: 7. August 2020 / Angenommen: 19. November 2020
© Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung Die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie steht in einem komplexen Spannungsfeld medizinischer, rechtlicher und sozialer Anforderungen. Die ethischen Herausforderungen, die sich daraus für den stationären Maßnahmen-vollzug ergeben, sind bisher kaum untersucht, spezifische Hilfestellungen für Behandelnde fehlen. Diese Studie hat zum Ziel, ethische Themenfelder und Probleme in diesem Bereich zu identifizieren und ein Instrument zur Früherkennung und -intervention ethischer Probleme im Klinikalltag zu entwickeln. Methode: Eine systematische Literaturrecherche sowie eine Beobachtungsstudie in der Jugendforensik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel werden durchgeführt. Die Beobachtungsdaten werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Instrument wird auf der Basis der Resultate nach einer neuen Methode entwickelt. In der Literaturrecherche wurden 14 valide Publikationen identifiziert, die hauptsächlich ethische Probleme der Gerichtspsychiatrie thematisieren wie professionelle Rollenkonflikte, ethische Probleme der Diagnostik und Begutachtung oder der Umgang mit vertraulichen Informationen. Empirische oder empirisch-normative Studien fehlen. In der Beobachtungsstudie wurden 24 ethische Themen und spezifische Probleme identifiziert, besonders häufig sind ethische Fragen zu Moralkompetenzen der

Zusatzmaterial online Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00481-021-00605-6>) enthalten.

J. Schürmann, M.A. (✉) · M. Mühleck, M.A. · Prof. Dr. rer. soc. S. Reiter-Theil
Abteilung Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
Universität Basel, Spitalstrasse 22, 4031 Basel, Schweiz
E-Mail: Jan.Schuermann@usb.ch

Dr. med. C. Perler
Klinik für Forensik, Jugendforensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel, Schweiz

Prof. Dr. med. K. Schmeck
Klinik für Kinder und Jugendliche, Abteilung Forschung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
Basel, Schweiz

Published online: 27 January 2021

Springer

Jugendlichen, zur Behandlungsqualität, zum Umgang mit Regeln und Sanktionen und zur Freiheits- und Privatsphäre. Das Instrument zur Früherkennung und -intervention ethischer Probleme (FIEP) enthält die vier Kernelemente Risikofaktoren, Indikatoren, Interventionsplanung und Entscheidungsfindung. Der Maßnahmenvollzug der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie offenbart ein breites Spektrum ethischer Themen mit spezifischen ethischen Problemen, welche in der Literatur bisher nur unzureichend untersucht sind. Das hier entwickelte Instrument FIEP unterstützt Behandelnde dabei, ethische Probleme frühzeitig zu erkennen und effizient zu bearbeiten.

Schlüsselwörter Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie · Früherkennung · Frühintervention · Präventive Ethik

Ethical challenges in child and adolescent forensic psychiatry. Observational study and screening instrument

Abstract

Background and aim Child and adolescent forensic psychiatry is fraught with complex medical, legal, and social tensions. The ethical challenges this entails for inpatient treatment have hardly been investigated, and specific support for health care professionals is lacking. This study identifies ethical issues and problems in this area and develops a tool for early detection and intervention of ethical problems in clinical practice.

Methods A systematic literature search and an observational study in adolescent forensics at the University Psychiatric Clinics Basel are conducted. The observation data are evaluated using a qualitative content analysis. The instrument is developed based on the results using a new method.

Results In the literature search, 14 valid publications were identified that mainly address ethical conflicts in legal psychiatry, such as professional role conflicts, ethical problems in diagnostics and assessment, or confidentiality issues. Empirical or empirical–normative studies are missing. In the observational study, 24 ethical issues and specific conflicts were identified. Ethical questions about moral competencies of the adolescents, the quality of treatment, the handling of rules and sanctions, and freedom and privacy are particularly common. The Instrument for Early Detection and Intervention of Ethical Problems (FIEP) contains the four core elements risk factors, indicators, intervention planning and decision-making.

Conclusions Inpatient treatment in forensic child and adolescent psychiatry reveals a broad spectrum of ethical issues with specific ethical problems, which are hardly investigated in literature so far. The FIEP instrument developed here supports health care practitioners in recognizing ethical problems at an early stage and addressing them efficiently.

Keywords Child and adolescent forensic psychiatry · Early detection · Early intervention · Preventive ethics

Hintergrund und Fragestellungen

Der Umgang mit jugendlichen Straftätern¹ in der Schweiz stand aufgrund von Einzelfällen wiederholt im Fokus von Öffentlichkeit und Politik. So z. B. im Fall von „Carlos“, einem jugendlichen Intensivtäter, für welchen die Jugendanwaltschaft 2013 eine maßgeschneiderte Maßnahme anordnete (Jositsch et al. 2013). Nachdem die Kosten² für diese Maßnahme publik geworden waren, entstand eine Debatte über den Aufwand der Resozialisation von Intensivtätern. Auf Druck der Öffentlichkeit wurde die bis dahin erfolgreiche Maßnahme abgebrochen und der Jugendliche inhaftiert – rechtswidrig, wie das Bundesgericht später feststellte. Untersuchungen ergaben, dass der Jugendliche teilweise erniedrigenden Haftbedingungen ausgesetzt war. Zuvor wurde der damals 16-Jährige in einer psychiatrischen Einrichtung nach einem Suizidversuch 13 Tage lang mechanisch fixiert und zwangsweise mediziert, was in einem späteren Gutachten als Misshandlung eingestuft wurde. Aufgrund mehrerer Delikte im Strafvollzug, u. a. versuchte schwere Körperverletzung von Beamten, wurde der inzwischen 24-Jährige 2019 zu einer stationär-therapeutischen Maßnahme und einer Freiheitsstrafe von knapp fünf Jahren verurteilt.

Der Fall ist in vielerlei Hinsicht außergewöhnlich, dennoch macht er einige Eigenheiten des schweizerischen Jugendstrafvollzugs deutlich. Erstens verweist der Fall auf den Grundsatz des Schweizer Jugendstrafgesetzes (JStG), Strafen mit erzieherischen oder therapeutischen Maßnahmen zu verbinden, um Entwicklungsdefizite zu beheben, psychische Erkrankungen zu behandeln und die Resozialisation zu fördern. Dazu können Aufsicht, persönliche Betreuung, ambulante oder stationäre Behandlungen angeordnet werden. Der Freiheitsentzug in einem Gefängnis kann dabei zugunsten einer Unterbringung, z. B. in einer jugendforensischen Einrichtung, aufgehoben werden (Manzoni et al. 2018). Zweitens macht der Fall deutlich, wie stark die Wahrnehmung von Jugendkriminalität und bisweilen auch die Strafverfolgung durch die mediale Berichterstattung beeinflusst wird. Forderungen nach höheren Strafen finden in der Schweizer Bevölkerung jeweils breite Zustimmung (Baier 2019b). Regelmäßig kommt es zu politischen Vorstößen zur Verschärfung des Strafrechts.³ Die Anzahl der Verurteilungen von Minderjährigen aufgrund von Gewaltstraftaten hat sich zwischen 2010 und 2015 allerdings halbiert (–51 %), wobei seit 2015 wieder ein leichter Anstieg (+14 % bis 2018) zu verzeichnen ist.⁴ Die Rückfallrate verurteilter Jugendlicher im Erwachsenenalter lag 2017 bei 26 % – relativ tief im internationa-

¹ In diesem Artikel wird aufgrund der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet.

² Die Maßnahme, die u. a. Betreuung, Wohnung, Privatlehrer, Kampfsporttraining und Taschengeld umfasste, kostete rund 25.000 € im Monat.

³ Diese waren bisher erst bei Erwachsenen erfolgreich, so z. B. bei der lebenslänglichen Verwahrung von gefährlichen und nicht therapierbaren Sexual- und Gewaltstraftätern, der systematischen Abschiebung von ausländischen Straftätern oder einem restriktiveren Umgang mit Hafturlauben oder bedingten Entlassungen.

⁴ Vgl. Jugendstrafurteilsstatistik des Schweizer Bundesamts für Statistik (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/erhebungen/jusus.html>, zugegriffen: 30. Dez. 2020). Dunkelfeldbefragungen liefern für den Zeitraum 2006–2014 widersprüchliche Ergebnisse, es gibt jedoch Indizien für einen leichten Anstieg der Jugenddelinquenz nach 2014 (Baier 2019a).

len Vergleich.⁵ Drittens zeigt der Fall die Chancen maßgeschneiderter Behandlungen und die Risiken, wenn diese ausbleiben. Jugendliche Straftäter sind in ihrer Biografie besonders häufig psychosozialen Belastungen wie emotionaler Vernachlässigung, häuslicher Gewalt oder Trennung der Eltern ausgesetzt (Aebi 2019). Die Prävalenz psychischer Störungen unter inhaftierten Jugendlichen ist in der Schweiz (wie auch international) sehr hoch (90 %), und das Rückfallrisiko solcher Jugendlicher für Gewaltdelikte ist höher als bei psychisch unauffälligen Jugendlichen (Bessler et al. 2019). Nicht behandelte Entwicklungsdefizite oder psychische Störungen können sich unter Haftbedingungen intensivieren und den Strafvollzug an seine Grenzen bringen, was wiederum ethisch fragwürdige Praktiken wie Erniedrigung, Zwang oder Misshandlung begünstigt.

Die Versorgung von jugendlichen Straftätern mit psychischer Beeinträchtigung zu verbessern, ist ein zentrales Anliegen der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie (FKJP) (Souverein et al. 2019). Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) eröffneten zu diesem Zweck 2011 den Bereich Jugendforensik, der Abteilung und Ambulanz umfasst. Die Abteilung ist die einzige stationäre Jugendforensik in der Schweiz mit insgesamt zehn Behandlungsplätzen für Jugendliche beider Geschlechter zwischen 10 und 25 Jahren und betreut Jugendliche nach einem multimodalen Versorgungskonzept.⁶ Die Ambulanz ist auf Abklärung, Begutachtung und ambulante Behandlung von straffälligen oder sozial auffälligen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spezialisiert.

Aus ethischer Perspektive steht die FKJP in einem komplexen Spannungsfeld medizinischer, rechtlicher und sozialer Anforderungen: Als psychiatrische Disziplin ist sie dem individuellen Patienten verpflichtet, u. a. also Patientenwohl und -wille. Minderjährige, psychisch auffällige Straftäter sind besonders vulnerabel, was zusätzliche therapeutische Sorgfalt und Rücksichtnahme erfordert. Zudem besteht eine Verantwortung für Ausbildung und Erziehung, sofern Regelschule und Eltern diese nicht wahrnehmen können. Daneben sind auch die Rechte und Lebensverhältnisse der Angehörigen angemessen zu berücksichtigen. Als forensische Disziplin ist die FKJP zu Zweckdienlichkeit und Wahrheit gegenüber dem Gericht verpflichtet, insbesondere zur Erhebung und Offenlegung von patientenbezogenen Informationen. Als gesellschaftliche Institution steht die FKJP im Dienst von Politik und Gesellschaft, den Vollzug von Freiheitsstrafen sicherzustellen, die Öffentlichkeit vor weiteren Delikten zu schützen und den Täter zur Resozialisierung zu befähigen.

In diesem Artikel soll zunächst deskriptiv untersucht werden, welche ethischen Probleme sich angesichts der normativen Komplexität im Maßnahmenvollzug der

⁵ In Deutschland lag die Rückfallrate nach 3 Jahren für 2010–2013 nach Jugendstrafrecht sanktionierte Personen bei 41 % (Jehle et al. 2016). Bei mehrfach verurteilten und inhaftierten Jugendlichen liegt die Rückfallrate jeweils deutlich höher.

⁶ Das Behandlungskonzept umfasst psychiatrische und psychopharmakologische und -therapeutische Therapie, Familientherapie, sozialpädagogische Therapie, schulischen Unterricht, Sport sowie Arbeits-, Ergo-, Physio- und Musiktherapie. Zuweisungen können durch strafrechtliche oder zivilrechtliche Behörden sowie freiwillig durch die Jugendlichen oder deren Familien selbst erfolgen. Jugendliche werden auch zur stationären Begutachtung aufgenommen sowie für Kriseninterventionen aus Gefängnissen oder Institutionen der gesamten Schweiz.

FKJP stellen.⁷ Dazu werden die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu ethischen Problemen in der FKJP und einer Beobachtungsstudie zu ethischen Problemen in der Abteilung Jugendforensik UPK vorgestellt. Aus normativ-ethischer Perspektive stellt sich Behandelnden und Betrachtern die Frage, wie im klinischen Alltag mit diesen Problemen angemessen umzugehen ist. Institutionell besteht eine Antwort in der zunehmenden Etablierung von Strukturen der ethischen Unterstützung an psychiatrischen Kliniken (Ackermann et al. 2016; Wollenburg et al. 2020).⁸ In diesem Artikel wird als Ergänzung zu fallbezogenen Ethikberatungen ein präventiver Ansatz vorgeschlagen. Präventive Ansätze in der klinischen Ethik sind in der US-amerikanischen Literatur unter dem Namen „Preventive Ethics“ bekannt. Ihr Ziel ist, die Qualität in der Patientenversorgung zu verbessern, indem ethische Probleme auf einer systemischen Ebene proaktiv und präventiv bearbeitet werden – im Unterschied zu fallbasierten und reaktiven Formen der Ethikberatung. Dazu werden Risikofaktoren, Indikatoren und Auslöser für ethische Probleme ermittelt und Interventionen entwickelt, die solche Probleme frühzeitig aufzudecken, zu adressieren und zu verhüten helfen (Foglia et al. 2012; Pavlish et al. 2013). Auf der Basis unserer Studienergebnisse wird ein Instrument zur Früherkennung und -intervention von ethischen Problemen (FIEP) vorgestellt. FIEP soll Behandelnden in der Jugendforensik helfen, ethische Probleme frühzeitig zu erkennen und geeignete Interventionen zu planen.⁹

Methodik

Systematische Literaturrecherche

Für die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, PubPsych, PsycINFO mit PSYNDEXplus, Web of Science und BELIT ein vergleichbarer Suchalgorithmus verwendet.¹⁰ Als Suchstrategie wurde festgelegt, die von den Autoren festgelegten Schlüsselbegriffe in einer Freitextsuche zu verwenden und die Treffer anschließend anhand der Zusammenfassung zu validieren. Dazu musste eine Zusammenfassung vorliegen, die sich explizit auf den Maßnahmenvollzug in der FKJP und auf moralische oder ethische Themen, Normen, Prinzipien,

⁷ Im Fokus steht die therapeutische Praxis des Maßnahmenvollzugs („correctional psychiatry“), nicht die forensische Begutachtung für das Gericht („legal psychiatry“).

⁸ Diese Strukturen unterstützen Behandelnde bei der ethischen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag. Die klinische Ethik stellt dazu verschiedene Ansätze bereit; bisher in der Psychiatrie erprobte Ansätze sind Ethikberatung bzw. Ethikkonsultation (Schürmann und Reiter-Theil 2018), Ethikberatung in Ethikkomitees (Syse et al. 2016), ethische Fall-Deliberation (Voskes et al. 2016), Ethikvisiten (Silén et al. 2016) und projektbezogene Ethikunterstützung (Meyer und Reiter-Theil 2016). In den UPK bietet die Abteilung Klinische Ethik verschiedene Formen der ethischen Unterstützung an (Reiter-Theil 2016).

⁹ Die inhaltlich-ethische Einschätzung der identifizierten Problemfelder muss aus Platzgründen an anderer Stelle erfolgen. Eine exemplarische Einschätzung zu häufig beobachteten Problemen ist im elektronischen Zusatzmaterial unter Nr. III zu finden.

¹⁰ Suchalgorithmus in PubMed: („forensic psychiatry“ AND (youth OR adolescent OR juvenile OR child) AND (ethic* OR moral)).

Theorien o.Ä. bezieht.¹¹ Die Recherche orientierte sich an den methodischen Grundsätzen des PRISMA-Statements (Moher et al. 2009). Die in den Publikationen genannten Themen wurden von zwei Forschenden gesichtet, paraphrasiert und anschließend nach Prinzipien geordnet, orientiert am Vier-Prinzipien-Ansatz von Beauchamp und Childress (2013).¹² Für Dokumentation und Auswertung wurden Clarivate EndNote X9, Microsoft Excel 365 und IBM SPSS Statistics 26 verwendet.

Beobachtungsstudie mit qualitativer Inhaltsanalyse

Für die Beobachtungsstudie wurden im Zeitraum von April bis September 2016 vier verschiedene Gesprächsformate der Jugendforensik besucht: interne und externe Standortbestimmungen ($n = 13$ bzw. $n = 2$), Übergaben ($n = 20$) und Oberarztvisiten ($n = 4$).¹³ Drei Forschende erstellten in nicht-teilnehmender Beobachtung 39 Textdokumente (Reiter-Theil 2004; Thierbach und Petschick 2014). Der Auftrag lautete, ethisch relevante Kommunikation in einem Beobachtungsprotokoll festzuhalten. Dieses wurde in der Nachbearbeitung ggf. anhand der Falldokumentation und/oder einer Besprechung im Forschungsteam ergänzt und finalisiert. Zur Analyse der Textdokumente wurde die qualitative Inhaltsanalyse mittels inhaltlicher Strukturierung nach Mayring (2010) verwendet (Mayring 2010, S. 92–99).¹⁴ Analysiert wurde (1.) der ethische Inhalt des Kommunikationstextes, d.h. ethische Themen oder Probleme, auf welche der Text explizit oder implizit verweist („Inhalt“), (2.) die pragmatische Form des Kommunikationstextes, d.h. wie der ethische Inhalt thematisiert wird („Kommunikationsform“), und (3.) die Struktur der Handlungsobjekte, auf die der ethische Inhalt explizit oder implizit verweist („Handlungsstruktur“). Für die Analyse wurde MAXQDA 2020 von VERBI verwendet.

Alle Probanden wurden über den Zweck der Studie aufgeklärt und haben freiwillig in die Teilnahme eingewilligt. Alle Daten wurden vollständig anonymisiert und verschlüsselt. Für diese Studie wurden keine Daten erhoben, die unter das Schweizerische Humanforschungsgesetz (HFG, Art. 2) fallen, insbesondere keine gesundheitsspezifischen Personendaten. Eine Prüfung der Studie durch die zuständige Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz (EKNZ) war daher nicht erforderlich.

¹¹ Nicht berücksichtigt wurden folglich Publikationen, die sich ausschließlich auf die forensische Begutachtung für das Gericht beziehen, zur Forschung mit jugendlichen Straftätern oder zum (nicht-psychiatrischen) Jugendstrafvollzug.

¹² Die Prinzipien Hilfeleisten (beneficence) und Nichtschaden (nonmaleficence) wurden zusammengefasst, da die Themen für eine eindeutige Zuordnung nicht hinreichend spezifisch beschrieben sind.

¹³ Teilnehmende bei (a.) internen Standortbestimmungen: Oberarzt, Therapeuten, Pflegefachpersonen, Pädagogen; (b.) externen (zusätzlich): Angehörige, Jugendstaatsanwalt, ggf. gesetzliche Vertretung, Jugendlicher (in zweitem Teil); (c.) Übergaben: Pflegefachpersonen, Nachtwachen; (d.) Oberarztvisiten: Oberarzt, Bezugspflegefachperson, Psychologe, Jugendliche (einzeln in zweitem Teil).

¹⁴ Die Kategorienbildung erfolgt einerseits deduktiv, auf der Grundlage einer Pilotstudie zu ethischen Themen in der Jugendpsychiatrie und der Resultate der vorhergehenden Literaturrecherche, andererseits induktiv während der Codierung des Materials.

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

Entwicklung eines Instruments zur Früherkennung und -intervention von ethischen Problemen

Instrumente zur Früherkennung und -intervention von ethischen Problemen wurden bisher für die Bereiche der Intensiv- und Notfallmedizin entwickelt (Anderson-Shaw et al. 2007; Morgenstern 2005; Pavlish et al. 2015b; Scheffold et al. 2012). Für die Entwicklung solcher Instrumente gibt es bisher kein standardisiertes Vorgehen. Hier wurde folgendermaßen vorgegangen, um das Instrument auf der Grundlage von vier Kernelementen zu entwickeln: (1.) Ethische Risikofaktoren¹⁵: Durchführung einer Literaturrecherche zu ethischen Risikofaktoren in der Patientenversorgung; Priorisierung, Adaption und Ergänzung der Risikofaktoren für die FKJP; Erstellen eines Katalogs der Risikofaktoren; (2.) Ethische Indikatoren¹⁶: Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und einer Beobachtungsstudie zu ethischen Themen in der FKJP (s. oben); Synthetisieren der ethischen Indikatoren; Erstellen eines Katalogs der Indikatoren; (3.) Interventionsplanung: Adaptierung des Stufenmodells der Leitlinie zu Entscheidungen am Krankenbett METAP für die FKJP (Albisser Schleger et al. 2019);¹⁷ (4.) Entscheidungsfindung: Entwicklung eines Verfahrens zur ethischen Entscheidungsfindung auf der Basis langjähriger Erfahrung der Autoren in der Ethikberatung. Alle Kernelemente wurden von den Autoren und der Leitung der Abteilung Jugendforensik geprüft, konsentiert und anschließend in einem Arbeitsbogen zusammengestellt.

Ergebnisse

Ergebnisse der Literaturrecherche zu ethischen Themen in der FKJP

Bei der Suche am 05.08.2020 wurden insgesamt 509 Publikationen gefunden, ohne Duplikate 340. Aufgrund fehlender Informationen wurden 11 Publikationen ausgeschlossen. 315 Publikationen wurden mangels Relevanz ausgeschlossen, 14 Publikationen wurden als valide eingeschätzt.¹⁸ Unter den validen Publikationen befinden sich 11 narrative Übersichtstudien, entweder über ethische Themen in der FKJP allgemein (McPherson 2012; Morrison 1986; Ratner 2002; Sikorski und Kuo 2004; Soulier 2010; Zerby und Thomas 2006) oder mit Schwerpunkt zur forensischen Be-

¹⁵ Ethische Risikofaktoren sind Merkmale, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein ethisches Problem auftritt.

¹⁶ Ethische Indikatoren sind Merkmale, welche anzeigen, dass ein ethisches Problem vorliegt.

¹⁷ „METAP“ ist ein Akronym, welches für die Worte **M**odule, **E**thik, **T**herapieentscheidung, **A**lokation und **P**rozess steht. Die modular aufgebaute Leitlinie stellt einen Prozess zur Bearbeitung schwieriger Therapiesituationen aus ethischer Sicht zur Verfügung, mit besonderem Fokus auf der Zuteilung von Leistungen am Krankenbett. Diese Leitlinie wurde als Modell für FIEP ausgewählt, weil die Leitlinie evidenzorientiert ist, zusammen mit klinischen Fachpersonen entwickelt worden ist, mit niederschweligen Interventionen ansetzt und bereits mit positivem Ergebnis evaluiert wurde. Zudem waren die Letztautorin dieses Artikels maßgeblich an Entwicklung und Evaluierung sowie der Erstautor an der Evaluierung der Leitlinie beteiligt.

¹⁸ PRISMA-Flussdiagramm siehe elektronisches Zusatzmaterial unter Nr. I.

gutachtung (Barth 2003; O’Shaughnessy und Andrade 2008; Quinn 1995; Sadoff und Baird 2011; Schetky 1992). Dazu kommen eine strukturierte Übersichtsstudie zu ethischen Themen (Kaltiala-Heino und Eronen 2015) sowie zwei theoretisch-normative Abhandlungen zur Nachprüfung von forensischen Gutachten (Austin et al. 2011) und zu professionellen Rollenkonflikten (Strous 2009) in der FKJP.

Am häufigsten genannt wird das Thema *Professioneller Rollenkonflikt* (in 93 % aller Publikationen), gefolgt von *Diagnostik und Begutachtung* (79 %), *Vertraulichkeit* (57 %), *Schutz von Interessen* (50 %), *Aufklärung und Einwilligung*, *Urteils- und Schuldfähigkeit* (je 43 %), *Behandlungsqualität*, *Diskriminierung und Stigmatisierung* sowie *Professionelles Fehlverhalten* (je 36 %).¹⁹

Ergebnisse der Beobachtungsstudie

Das erstellte Kategoriensystem umfasst sechs Hauptkategorien zum Inhalt und jeweils fünf zu Kommunikationsform und Handlungsstruktur ethischer Themen in der Abteilung Jugendforensik. Die sechs inhaltlichen Hauptkategorien sind: *Autonomie, Hilfeleisten und Nichtschaden, Gerechtigkeit, Moralkompetenz, Professionalität und Diagnostik und Einschätzung*. Die 24 Unterkategorien wurden unterschiedlich häufig gescored: Sehr oft (in $\geq 67\%$ aller Besprechungen mindestens einmal, in absteigender Reihenfolge) wurden ethische Inhalte zu den Kategorien *Moralisches Verhalten, Behandlungsqualität und Regeln und Sanktionen* thematisiert, oft (34–66 %) zu den Kategorien *Schaden und Nutzen, Freiheit- und Privatsphäre, Lebensführung, Therapeutische Beziehung, Moralisches Denken, Angst und Überforderung und Risiko einschätzung*. Gelegentlich (11–33 %) wurden u. a. Inhalte zu den Kategorien *Aufklärung und Einwilligung, Entweichung, Zwangsmaßnahmen* oder *Ressourcenallokation* thematisiert, selten (1–10 %) hingegen u. a. *Vertraulichkeit, Menschenwürde, Resozialisierung, Urteils- und Schuldfähigkeit* oder *Professionelle Pflichten*. Ethische Probleme werden nur in Einzelfällen explizit als „ethische“ Probleme benannt ($\leq 1\%$ aller Codings). In Tab. 1 sind die inhaltlichen Hauptkategorien und Unterkategorien, deren Häufigkeit sowie entsprechende, am häufigsten thematisierten ethischen Probleme (nach Häufigkeit geordnet) dargestellt.²⁰

Die ethischen Inhalte wurden jeweils einer Kategorie zur Kommunikationsform und zur Handlungsstruktur zugeordnet. Bei der Kommunikationsform unterscheidet das Kategoriensystem zwischen *Bericht, Bewertung, Diskussion, Abklärung* und *Anweisung*. Am häufigsten wurden ethische Inhalte berichtet (64 % aller Codings), gefolgt von einer Bewertung (18 %), Diskussion (10 %), Anweisung (6 %) und Abklärung (1 %).²¹ Am häufigsten diskutiert wurden Inhalte zu den Kategorien *Be-*

¹⁹ Für eine Übersicht vgl. elektronisches Zusatzmaterial unter Nr. II. Zwölf Publikationen enthalten explizite Empfehlungen zum Umgang mit den identifizierten ethischen Themen und sind insofern normativ-ethisch, zwei sind rein deskriptiv. Von den normativen Publikationen weisen sieben ihre normativen Grundannahmen explizit aus: Vier-Prinzipien-Ansatz (3), professionelle Ethik-Codizes (2), Ansätze der philosophischen Ethik (1), Ethik der Schadensvermeidung (1).

²⁰ S. Fußnote 13.

²¹ Der Rahmen hat einen Einfluss auf die Form der Kommunikation ethischer Themen. So ist in Oberarztvisiten der Anteil an Diskussion, Abklärung und Anweisung höher (31 % aller Codings) als in externen Fallbesprechungen (26 %), internen Fallbesprechungen (19 %) oder Übergaben (8 %).

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

Tab. 1 Thematisierte ethische Themen und Probleme in der Jugendforensik

Ethisches Thema	Ethische Probleme (Auswahl; nach Häufigkeit geordnet)	Häufigkeit ^a
<i>Autonomie</i>		
Freiheits- und Privatsphäre	Einschränkung der Freiheitssphäre (z. B. Aufenthaltsort, Ausgang, Besuch, Schlafzeiten, Essen, Körperschmuck, Aktivitäten, Medienzugang, Taschengeld, Eigentum) Einschränkung der Privatsphäre (z. B. Zimmerkontrolle, soziale Kontrolle, Personenkontrolle, Hygienekontrolle)	Oft
Aufklärung und Einwilligung	Probleme der Aufklärung (z. B. fragliche, verzögerte, fehlerhafte, fehlende oder schwierige Aufklärung) Probleme der Einwilligung (z. B. Ablehnen der Behandlung, „Deals“)	Gelegentlich
Zwangsmaßnahmen	Abwägen von Chancen und Risiken von freiheits-einschränkenden Maßnahmen (z. B. Isolation, Fixierung)	Gelegentlich
Vertraulichkeit	Verletzung der therapeutischen Schweigepflicht Weitergabe vertraulicher Informationen durch Drittpersonen	Selten
Menschenwürde	Gefühl der Demütigung oder Tribunalisierung	Selten
<i>Hilfeleistung und Nichtschaden</i>		
Behandlungsqualität	Abwägen von Chancen und Risiken einer Behandlung oder therapeutischen Maßnahme (z. B. Nebenwirkungen, Wirkungslosigkeit, Überforderung, Sicherheitsbedenken) Probleme beim Festlegen von Behandlungszielen (z. B. fehlende Zustimmung od. Adhärenz, Deals, externe Auflagen, Uneinigkeit im Team) Gefährdung des Behandlungserfolgs aufgrund von Dritten (z. B. Mitpatienten, Peergroup, Familie) oder besonderen Umständen (z. B. kognitive Einschränkung, Verlegung) Problematischer Patientenwunsch nach medikamentöser Behandlung (z. B. Sedativa aufgrund von Stress oder Schlafproblemen) Ausbleibender Behandlungserfolg/Behandlungsziele auf der Abteilung nicht zu erreichen (z. B. therapieresistente Erkrankung, fehlende Therapiebereitschaft)	Sehr oft
Schaden und Nutzen	Drohungen oder Gewalt von Jugendlichen gegen Mitpatienten oder Behandelnde Einschätzen von Chancen und Risiken des Kontakts zu Familienangehörigen Einschätzen von Chancen und Risiken der freien Persönlichkeitsentfaltung (z. B. gewaltverherrlichende Parolen, destabilisierendes soziales Umfeld) Sexuelle Belästigung von Patienten durch Mitpatienten Selbstgefährdung (z. B. Selbstverletzung, Suizidversuch)	Oft
Lebensführung	Jugendlicher formuliert schwer realisierbare oder fragwürdige Berufs- oder Lebensziele (z. B. Berufsziel Informatiker, Beitritt zu fundamentalistischen Gruppierungen) Jugendlicher will sich nicht auf therapeutisches Setting einlassen und strebt einen Institutionswechsel an (z. B. Gefängnis, offener Vollzug) Probleme bei der Planung einer Anschlusslösung (z. B. fehlende Institutionen oder Wohnmöglichkeiten, fehlende Arbeitsmöglichkeiten, Zeitdruck, Finanzierung) Jugendlicher fühlt sich auf der Abteilung zu Hause (Hospitalismus)	Oft

Tab. 1 (Fortsetzung)

Ethisches Thema	Ethische Probleme (Auswahl; nach Häufigkeit geordnet)	Häufigkeit ^a
Angst und Überforderung	Angst des Jugendlichen (z. B. vor Sanktionen, davor Fehler zu machen, vor Stigmatisierung, vor Beziehungsverlust, vor Krisen, davor nach dem Austritt zu versagen) Überforderung des Jugendlichen (z. B. in der Schule, im Kontakt mit der Familie) Sicherheitsbedürfnis der Behandelnden gegenüber Patienten	Oft
Grundbedürfnisse	Nichterfüllen des Grundbedürfnisses nach Sexualität oder körperlicher Intimität (z. B. Verbot sexueller Kontakte zwischen Patienten auf der Abteilung)	Selten
<i>Gerechtigkeit</i>		
Regeln und Sanktionen	Abwägen und Festlegen von Sanktionen nach Regelverstoß (z. B. bei übermäßigem Zigarettenkonsum, bei wirkungslosen Sanktionen, bei Gefahr einer Eskalation) Fragliche Angemessenheit von Sanktionen (z. B. Kollektivstrafe, Strafe fürs Diskutieren) Zweckentfremdung von Sanktionen (z. B. Isolation zum Aggressionsabbau, Zimmerrückzug zur Konfliktvermeidung)	Sehr oft
Entweichung	Entweichung mit Einleitung der Fahndung und geplante Rückführung Hinweise auf Entweichung werden nicht erkannt oder falsch interpretiert Einschätzen und Vorbereiten auf Fluchtgefahr	Gelegentlich
Ressourcenallokation	Medikament aufgrund der Kosten auf der Abteilung nicht verfügbar Personalknappheit Fehlen von institutionellen Alternativen zur Abteilung	Gelegentlich
Diskriminierung und Stigmatisierung	Diskriminierendes Verhalten eines Jugendlichen (z. B. Rassismus, Sexismus) Jugendliche als Opfer und/oder Täter von Mobbing	Selten
Resozialisierung	Einschätzen von Risiko und Konsequenzen einer Ausschaffung aufgrund eines Delikts Einschätzen der Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Resozialisation	Selten
<i>Moralkompetenz</i>		
Moralisches Verhalten	Einschätzen von Fähigkeiten des moralischen Verhaltens (z. B. Aggressionskontrolle, Bindungsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Selbstbeherrschung, Authentizität, Selbstfürsorge, Freundlichkeit, Aufrichtigkeit)	Sehr oft
Moralisches Denken	Einschätzen von Fähigkeiten des moralischen Denkens (z. B. Urteilkraft, Tateinsicht, Reuefähigkeit, Empathievermögen)	Oft
Moralische Gefühle	Einschätzen von Fähigkeiten des moralischen Fühlens (z. B. Scham, Gefühlskälte)	Gelegentlich

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

Tab. 1 (Fortsetzung)

Ethisches Thema	Ethische Probleme (Auswahl; nach Häufigkeit geordnet)	Häufigkeit ^a
<i>Professionalität</i>		
Therapeutische Beziehung	Probleme der therapeutischen Beziehung seitens des Patienten (z. B. Motivationslosigkeit, Verslossenheit, Manipulation, Erotisierung, Somatisierung, Vorbehalte) Probleme der therapeutischen Beziehung seitens der Behandelnden (z. B. Therapeutenwechsel, Institutionswechsel, emotionale Belastung nach Aggression) Anzeige eines Behandelnden gegen einen Patienten aufgrund einer Gewalttat	Oft
Professionelle Pflichten	Unklare Fürsorgepflicht der Therapeuten für Patienten außerhalb der Abteilung Fragwürdige Konfrontation von Patienten durch Behandelnde (z. B. „Fertigmachen“, Beleidigen, Unterstellen)	Selten
Professioneller Rollenkonflikt	Therapeutische vs. pädagogische Aufgaben der Behandelnden	Selten
<i>Diagnostik und Einschätzung</i>		
Risikoeinschätzung	Risikoeinschätzung bei ethisch relevanten Sachverhalten (z. B. Selbst- und Fremdgefährdung, Entweichungsrisiko, Drogenkonsum, Delikte) Probleme bei der Risikoeinschätzung (z. B. prognostische Unsicherheit, unsichere Beurteilungsgrundlage, Meinungsverschiedenheit)	Oft
Diagnostik und Begutachtung	Probleme bei der Diagnostik (Unklarheit/Zweifel bei der Diagnose, Meinungsverschiedenheit, Unklarheit der Anamnese)	Gelegentlich
Urteils- und Schuldfähigkeit	Einschätzung der Schuldfähigkeit bei kognitiver Beeinträchtigung	Selten

^aSkala: *Selten* in 1–10% aller Besprechungen mindestens einmal beobachtet, *Gelegentlich* 11–33%, *Oft* 34–66%, *Sehr oft* ≥ 67%

handlungsqualität (24% aller Codings in der Kategorie *Diskussion*), *Diagnostik und Begutachtung*, *Moralisches Verhalten* (je 12%), *Regeln und Sanktionen* und *Risikoeinschätzung* (je 9%). Der Großteil ethisch relevanter Probleme findet sich in *Berichten und Bewertungen*, die nicht zu einer *Diskussion*, *Abklärung* oder *Anweisung* führen (82% aller Codings). Nur in einem Zehntel aller Fälle werden ethische Probleme diskutiert, noch seltener werden sie Gegenstand weiterer Abklärung oder von Handlungsanweisungen. Bei der Handlungsstruktur wird unterschieden zwischen den Kategorien *Individuum*, *Patient-Bezugsperson*, *Bezugsumfeld*, *Institution* und *Gesellschaft*. Am häufigsten bezogen sich ethische Inhalte auf die Beziehung zwischen Patienten und Bezugspersonen (59% aller Codings), gefolgt von einer Bezugnahme auf das Individuum (30%), die Institution (6%), das Bezugsumfeld (5%) und die Gesellschaft (1%).

Im Folgenden werden Ergebnisse zu den vier am häufigsten gescorten Unterkategorien vorgestellt.

Freiheits- und Privatsphäre

Die Kategorie *Freiheits- und Privatsphäre* stellt gut zwei Drittel der Befunde in der Hauptkategorie *Autonomie*. Sie umfasst Aussagen, die sich auf den Schutz bzw. das Aufheben des persönlichen Freiheitsspielraums oder der Privatsphäre der Jugendlichen beziehen. Diese sind insofern ethisch relevant, als den Jugendlichen der Schutz ihrer Freiheits- und Privatsphäre in Form eines Grund- und Menschenrechts zusteht, auch wenn dieses aufgrund ihrer Straffälligkeit und Behandlungsbedürftigkeit eingeschränkt ist. Eher selten geht es dabei um die Frage, ob diese Einschränkungen, d. h. die behördlichen Maßnahmen, grundsätzlich angemessen sind, sondern wie innerhalb des rechtlich-institutionellen Rahmens, der bereits eine Freiheitseinschränkung mit sich bringt, Freiheits- und Privatsphäre bestmöglich gewahrt werden können. Aus ethischer Sicht steht dabei das Freiheitsrecht des Jugendlichen anderen moralischen Verpflichtungen entgegen: Wünsche nach größerer Bewegungsfreiheit kollidieren mit Sicherheitsbedenken; persönliche Aktivitäten können das Freiheitsrecht der Mitpatienten beeinträchtigen, das Zusammenleben gefährden, die Gesundheit schädigen oder gegen Abteilungsregeln verstoßen; die Privatsphäre kann aufgrund von Sicherheitsbedenken oder aus Fürsorge eingeschränkt werden. Zwei Drittel der Befunde zur Freiheits- und Privatsphäre gehen auf Übergaben bei Schichtwechsel zurück. In der Hälfte der Fälle werden diese Inhalte bloß *berichtet*, nur selten *diskutiert*. In der Oberarztvisite werden Zimmerstatus und Ausgang für jeden Jugendlichen in Form eines Stufensystems festgelegt – entsprechend gehen fast alle *Handlungsanweisungen* auf diese Besprechungsform zurück.

Behandlungsqualität

Qualität und Erfolg einer geplanten oder bereits durchgeführten Behandlung²² wird in über zwei Dritteln aller Besprechungen thematisiert. Ethisch relevant ist dabei insbesondere die zugrundeliegende Behandlungspflicht und der Schutz vor unnötigen Risiken oder Überbehandlung. Diese Pflichten beschränken sich nicht auf medizinische und pflegerische Interventionen, sondern betreffen auch pädagogische oder Therapieangebote. Ethisch problematisch können weiterhin Behandlungswünsche sein, die keine Erfolgsaussichten und/oder hohe Risiken haben. Auch Behandlungen oder Therapien, die nicht innerhalb der Institution durchführbar sind, können aufgrund von Sicherheitsbedenken zu ethischen Konflikten führen. Auf institutioneller Ebene kann sich ein weiteres Spannungsfeld zwischen den Behandlungszielen der Jugendforensik und den Forderungen anderer Institutionen (z. B. Jugendanwaltschaft, Betreuer, Eltern) ergeben. Die Intensität, mit welcher die Behandlungsqualität thematisiert wird, ist hoch: Von allen ethischen Inhalten wird die Behandlungsqualität am zweithäufigsten in einer *Bewertung*, am häufigsten in einer *Diskussion* angesprochen und ist am häufigsten Gegenstand einer *Handlungsanweisung*. Drei Viertel dieser Inhalte werden in internen Standortbestimmungen oder Oberarztvisiten thematisiert.

²² Hier in einem weiten Sinn als medizinische, therapeutische, pflegerische oder pädagogische Intervention der Behandelnden verstanden.

Regeln und Sanktionen

Die Kategorie *Regeln und Sanktionen* stellt knapp zwei Drittel der Treffer in der Hauptkategorie *Gerechtigkeit*. Sie umfasst Aussagen, die auf ethisch relevante Handlungsregeln oder Sanktionen verweisen, d.h. die moralische Verpflichtungen zum Ausdruck bringen. In dieser Studie sind das oft Abteilungsregeln, welche das Zusammenleben oder die persönlichen Freiheiten ordnen. Auch Handlungen, die diese Regeln beachten oder gegen diese verstoßen, sind ethisch relevant, insofern sie den zugrundeliegenden moralischen Verpflichtungen nachkommen oder nicht, ebenso das Auferlegen oder Aufheben von Sanktionen. Regeln und Sanktionen können auch unabhängig von ihrem Gehalt ethisch problematisch werden, wenn sie unspezifisch, unbegründet, unverhältnismäßig oder wirkungslos sind – sie widersprechen dann dem Prinzip der Gerechtigkeit. In dieser Hinsicht werden am häufigsten Verhältnismäßigkeit, Wirksamkeit und Spezifität²³ von Regeln oder Sanktionen thematisiert. Drei Viertel der Befunde zu Regeln und Sanktionen gehen auf Übergaben zurück. Drei Viertel der Inhalte werden bloß *berichtet*, nur selten *bewertet* oder *diskutiert*.

Moralisches Verhalten

Über ein Viertel aller ethisch relevanten Kommunikation fällt unter die Kategorie *Moralisches Verhalten*. Sie umfasst Aussagen, die sich auf ein Verhalten beziehen, das den Entwicklungsstand einer bestimmten Moralkompetenz anzeigt.²⁴ Fast immer wird ein Entwicklungsdefizit hinsichtlich eines – meist impliziten – Standards der moralischen Entwicklung konstatiert. Ethisch relevant sind mangelnde Moralkompetenzen, weil sie für gewöhnlich moralisch fragwürdiges Verhalten zur Folge haben. Entsprechend stellen sich auch grundsätzliche moralpädagogische Fragen: Welche Verantwortung haben Behandelnde bezüglich der Moralentwicklung der Jugendlichen? Welche Standards von Moralerziehung und -bildung sollen zugrunde gelegt werden? Wie steht es um die ethische Angemessenheit der Moralerziehung selbst, etwa hinsichtlich prozeduraler Kriterien wie Transparenz, Konsistenz, Fairness oder Verhältnismäßigkeit? Über moralisches Verhalten wird in zwei Dritteln der Fälle bloß *berichtet*, ein Viertel wird zusätzlich *bewertet* – vergleichsweise selten wird in den beobachteten Formaten darüber *diskutiert*.²⁵ *Abklärungen* oder *Anweisungen* kommen hier nicht vor.

²³ Mit Spezifität ist hier gemeint, ob Regeln oder Sanktionen in spezifischen Situationen eindeutig und sinnvoll sind.

²⁴ Unter Moralkompetenz verstehen die Autoren die Fähigkeit, für gewöhnlich in Übereinstimmung mit bestimmten Vorstellungen des moralisch richtigen Handelns und guten Lebens zu handeln, zu urteilen und zu fühlen.

²⁵ Viele Tugend- oder Lasterbegriffe haben neben ihrem deskriptiven auch einen normativen Gehalt (z. B. Grausamkeit). Als Bewertung werden hier nur solche Aussagen verstanden, die ein *zusätzliches* normatives Urteil enthalten (z. B. „Seiner Grausamkeit sollte Einhalt geboten werden.“).

Das Instrument zur Früherkennung und -intervention von ethischen Problemen (FIEP)

Ethische Risikofaktoren in der Patientenversorgung werden in acht Publikationen untersucht (Anderson-Shaw et al. 2007; Epstein 2012; Heyl 2008; Morgenstern 2005; Pavlish et al. 2015a, 2011, 2015b; Robinson et al. 2017). Insgesamt werden 67 Risikofaktoren identifiziert, von welchen 41 auch für die FKJP relevant sind. Diese können vier Kategorien zugeordnet werden: *patientenbezogene Faktoren*, *teambezogene Faktoren*, *angehörigenbezogene Faktoren* und *systemische Faktoren*. Pavlish et al. (2015b) haben zudem die Prävalenz der Faktoren im klinischen Alltag untersucht. Für das hier entwickelte Instrument FIEP wurden die vier häufigsten, für die FKJP relevanten Faktoren in jeder Kategorie ausgewählt und für den Kontext der FKJP angepasst. Zudem wurde jeweils ein für die FKJP spezifischer Risikofaktor ergänzt. Auf der Basis der Studienergebnisse wurden spezifische Indikatoren für ethische Probleme in der FKJP ermittelt. Zu jeder Inhaltskategorie wurde ein qualitativer Indikator formuliert.

Das Stufenmodell zur ethischen Problemlösung der Leitlinie METAP enthält vier Interventionsstufen: *eigene Orientierung*, *Beratung mit (geschultem) Steuergruppenmitglied*, *ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam* und *professionelle Ethikberatung* (Albisser Schleger et al. 2019). Für FIEP wurden Stufe 1 und 4 übernommen; Stufe 2 und 3 wurden durch eine Beratung im Kernteam bzw. im erweiterten Kernteam ersetzt.²⁶ Mit PIHAL wurde ein Verfahren entwickelt, welches Behandelnde bei der Bewältigung ethisch komplexer Entscheidungssituationen unterstützt. „PIHAL“ steht als Akronym für die fünf Schritte des Verfahrens: *Problem identifizieren*, *Informationen zusammentragen*, *Handlungsoptionen festlegen*, *Angemessenheit prüfen*, *Lösung finden*.²⁷

Diskussion

Ethische Themen im Maßnahmenvollzug der FKJP sind bisher kaum untersucht. Empirische oder Studien, die empirische und normative Methoden verbinden, fehlen gänzlich. Die bestehenden Publikationen nennen ethische Themen nur im Überblick oder sekundär zu ethischen Aspekten der forensischen Begutachtung. Jene Aspekte sind gemäß unserer Studie für die Praxis des Maßnahmenvollzugs nur am Rande relevant. Umgekehrt sind die in der Praxis beobachteten Themen in der Literatur nur unzureichend abgebildet.²⁸ Diese Diskrepanz ist einerseits darauf zurückzuführen, dass in der US-amerikanischen Literatur unter „forensic psychiatry“ hauptsächlich

²⁶ Auf der Abteilung Jugendforensik und in den UPK allgemein gibt es keine METAP-Steuergruppe. Dem Kernteam gehören Bezugspflegerperson, Psychotherapeut und Jugendlicher an; das erweiterte Kernteam ist zusätzlich mit pflegerischer und ärztlicher Leitung.

²⁷ Für den Arbeitsbogen zu FIEP s. elektronisches Zusatzmaterial unter Nr. IV.

²⁸ Von den vier am häufigsten beobachteten Themen werden *Freiheits- und Privatsphäre* sowie *Regeln und Sanktionen* nur von Kaltiala-Heino und Eronen (2015), *Moralkompetenz* überhaupt nicht erwähnt, ebenso wenig wie *Lebensführung*, *Angst und Überforderung* und *Entweichung*.

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

Gerichtspsychiatrie, „legal psychiatry“, verstanden wird (Niveau und Welle 2018). Andererseits ist sie ein Hinweis auf das frühe Stadium der Ethik-Forschung im Bereich des forensischen Maßnahmenvollzugs – hier sind mehr deskriptiv- und normativ-ethische Untersuchungen nötig.

Diese Beobachtungsstudie zeigt ein breites Spektrum ethischer Themen mit spezifischen Problemstellungen. Fasst man diese in einer disziplinären Ordnung zusammen, so sind dies:

1. *Kinder- und Jugendpsychiatrie-ethische Fragen*, z. B. Fragen im Zusammenhang mit Moralkompetenz und -erziehung, Fragen zum angemessenen Umgang mit Regeln und Sanktionen, zur Freiheits- und Privatsphäre oder zur Lebensplanung der Jugendlichen.²⁹
2. *Psychiatrie-ethische Fragen*, z. B. Fragen zur Angemessenheit therapeutischer Interventionen oder von Zwangsmaßnahmen, Fragen zur therapeutischen Beziehung, zur Qualität von Diagnosestellung, Aufklärung oder Einwilligungseinkholung, zur Wahrung der Vertraulichkeit, zur angemessenen Ressourcenallokation oder zur Urteils- oder Schuldfähigkeit der jugendlichen Patienten.
3. *Forensisch-ethische Fragen*, z. B. Fragen zur Angemessenheit der Risikoeinschätzung, zum Umgang mit Entweichungen, zu den Chancen auf Resozialisierung oder zum Konflikt zwischen forensischen und therapeutischen Pflichten.

Das Auftreten von ethischen Fragen in der FKJP halten wir für unausweichlich und nicht grundsätzlich für ethisch problematisch. Ethische Probleme können jedoch gravierende Folgen für Patienten oder Behandelnde haben, wenn man sie nicht angeht (Pavlish et al. 2013). Nicht alle Probleme erfordern die Bearbeitung in einer Ethikberatung, ethische Probleme sollten so niederschwellig wie möglich gelöst werden. Dies erfordert jedoch ethisch kompetente Mitarbeitende, eine ethisch reflektierte Praxis und geeignete Prozesse zur ethischen Entscheidungsfindung. Ethische Probleme sollen frühzeitig identifiziert, artikuliert, kommuniziert und bearbeitet werden. Unsere Resultate legen nahe, dass dies in den beobachteten Gesprächen nur teilweise gelingt. Hier können niederschwellige und präventive Formen der ethischen Unterstützung ansetzen. Aus organisationsethischer Sicht ergibt sich für uns die Empfehlung, für die ethische Reflexion des Fachpersonal ausreichend Zeit, Raum und Gelegenheit zu schaffen. Selbst in der als Modellstation teilweise privilegierten Abteilung waren die organisatorischen Ressourcen dafür eher knapp und jedenfalls ausbaufähig.

Das hier entwickelte Instrument FIEP stellt eine praxisnahe Möglichkeit der ethischen Unterstützung dar. Im Bereich der klinischen Ethik ist es das erste, welches die vier Kernelemente von Früherkennung und -intervention – Risikofaktoren, In-

²⁹ Dieses Themenfeld, das einerseits sehr konkrete Fragen nach dem alltäglichen, geordneten Zusammenleben, andererseits sehr allgemeine Fragen nach dem guten und sinnerfüllten Leben umfasst, findet in der medizinethischen Literatur bisher kaum Erwähnung. Eine normative Grundlage finden diese Themen in den Grundsätzen der UN-Konvention zu den Rechten des Kindes (UNICEF 1989), z. B. im Recht auf Meinungs- und Gedankenfreiheit (Art. 13/14), Recht auf Schutz der Privatsphäre (Art. 16/40), Recht auf Bildung, inkl. moralischer Bildung und der Vorbereitung auf ein verantwortungsbewusstes Leben (Art. 28/29), Schutz vor erniedrigenden Strafen (Art. 37), Recht auf Behandlung mit Achtung vor der Menschenwürde und unter Berücksichtigung altersentsprechender Bedürfnisse bei Freiheitsentzug (Art. 37/40).

dikatoren, Interventionsplanung und Entscheidungsfindung – zusammenführt. Die Indikatoren beruhen auf den Ergebnissen der Beobachtungsstudie und sind daher für die Jugendforensik hoch spezifisch. Die Interventionsplanung beginnt bei niederschweligen, praxisnahen Formen der ethischen Reflexion. Es enthält keine inhaltlich-ethischen Handlungsempfehlungen, im Gegensatz zu ethischen Richtlinien oder professionellen Ethik-Codizes, sondern empfiehlt einen Prozess: ein formales Verfahren zur ethischen Entscheidungsfindung, das der Nutzer selbständig anwenden kann. Führt dies nicht zu einer angemessenen Lösung, ist die nächste Interventionsstufe vorzubereiten. Eine nachhaltige Implementierung des Instruments erfordert neben einer geeigneten Schulung der Mitarbeitenden die Akzeptanz und Präsenz des Instruments, die Unterstützung durch die Leitung, ein (wachsendes) ethisches Klima, ein Bewusstsein für den Bedarf an ethischer Unterstützung und engagierte Mitarbeitende (Meyer-Zehnder et al. 2017).

Eine Limitation dieser Studie liegt darin, dass Gespräche und nicht die eigentliche Maßnahmenvollzugspraxis beobachtet wurden. Zur Beobachtung wurden allerdings relevante Gesprächsformate gewählt, in welchen wesentliche Inhalte der Behandlungspraxis und insbesondere auch ethische Themen diskutiert werden. Diese Gespräche sind in die Vollzugspraxis eingebunden und damit integrativer Teil dieser Praxis. Bei einer direkten Beobachtung der Jugendlichen hätte mit erheblichen Verzerrungseffekten gerechnet werden müssen. Zur Validierung von FIEP läuft 2020–2021 eine Pilotstudie.

Schlussfolgerungen

Der Maßnahmenvollzug der FKJP steht in einem komplexen Spannungsfeld normativer Anforderungen, was sich in einem breiten Spektrum ethischer Themen und spezifischen ethischen Problemen niederschlägt. In dieser Studie zeigen sich am häufigsten Fragen der Moralkompetenz und -erziehung, zur Behandlungsqualität, zum Umgang mit Regeln und Sanktionen und zur Freiheits- und Privatsphäre. Im Zusammenhang der FKJP wurden diese Themen bisher kaum untersucht. Zum kompetenten Umgang mit ethischen Herausforderungen wird ein präventives und prozedurales Modell vorgeschlagen. Das hier entwickelte Instrument zur Früherkennung und -intervention ethischer Probleme (FIEP) unterstützt Behandelnde dabei, ethische Probleme frühzeitig zu erkennen und effizient zu bearbeiten.

Danksagung Die Autoren danken der Leitung und dem Team der Jugendforensik UPK Basel für die gute Kooperation im Rahmen dieser Studie. Dem Forschungsförderungsfond UPK danken die Autoren für die finanzielle Unterstützung des Projekts.

Funding Open access funding provided by University of Basel

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt J. Schürmann, M. Mühleck, C. Perler, K. Schmeck und S. Reiter-Theil geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Das Projekt inkl. der Befragungen wurde im Einklang mit nationalem Recht durchgeführt. Das Einverständnis der Teilnehmer*innen wurde eingeholt.

Literatur

- Ackermann S, Balsiger L, Salathé M (2016) Ethikstrukturen an Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz. *Bioeth Forum* 9:52–59
- Aebi M (2019) Die Prävalenz von psychosozialen Belastungen bei jugendlichen Straftätern: eine Metaanalyse. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13:166–177
- Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B et al (2019) Klinische Ethik – METAP : Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Springer, Berlin Heidelberg
- Anderson-Shaw L, Ahrens W, Fetzer M (2007) Ethics consultation in the emergency department. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 9:32–35
- Austin WG, Kirkpatrick H, Flens JR (2011) The emerging forensic role for work product review and case analysis in child access and parenting plan disputes. *Fam Court Rev* 49:737–749
- Baier D (2019a) Jugendkriminalität in der Schweiz. Entwicklungen und Einflussfaktoren. *Z Jugendkriminalr Jugendh* 3:214–223
- Baier D (2019b) Kriminalitätsoffererfahrungen und Kriminalitätswahrnehmungen in der Schweiz : Ergebnisse einer Befragung. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Zürich
- Barth GM (2003) Ethik in der Gesellschaft – Ethik in der Begutachtung. In: Lehmkuhl U (Hrsg) *Ethische Grundlagen in der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 69–88
- Beauchamp TL, Childress JF (2013) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, New York
- Bessler C, Stiefel D, Barra S et al (2019) Psychische Störungen und kriminelle Rückfälle bei männlichen jugendlichen Gefängnisinsassen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 47:73–88
- Epstein EG (2012) Preventive ethics in the intensive care unit. *AACN Adv Crit Care* 23:217–224
- Foglia MB, Fox E, Chanko B et al (2012) Preventive ethics: addressing ethics quality gaps on a systems level. *Joint Comm J Qual Patient Saf* 38:103–111
- Heyl J (2008) Early indicators for ethics reviews. *Health Care Ethics* 16:2–4
- Jehle J-M, Hohmann-Fricke S, Albrecht H-J et al (2016) *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen*. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Berlin
- Jositsch D, Aebersold P, Schweizer C (2013) Der Fall Carlos: Chronik und Analyse einer Tragödie. *Jusletter*. https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2013/738/_11877.html. Zugegriffen: 31. Dez. 2020
- Kaltiala-Heino R, Eronen M (2015) Ethical issues in child and adolescent forensic psychiatry: a review. *J Forensic Psychiatry Psychol* 26:759–780
- Manzoni P, Baier D, Eberitzsch S (2018) Zum Umgang mit Jugendkriminalität in der Schweiz. In: Dolinger B, Schmidt-Semisch H (Hrsg) *Handbuch Jugendkriminalität. Interdisziplinäre Perspektiven*. Springer VS, Wiesbaden, S 119–136
- Mayring P (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim, Basel
- McPherson SB (2012) Major principles in a minor context: Forensic practices involving adolescents. In: Grigorenko EL (Hrsg) *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry*. Springer, New York, S 69–81

- Meyer D, Reiter-Theil S (2016) Context-adjusted clinical ethics support (CES) in psychiatry. Accompanying a team through a sensitive period. *Clin Ethics* 11:70–80
- Meyer-Zehnder B, Albisser-Schleger H, Tanner S et al (2017) How to introduce medical ethics at the bedside—Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Med Ethics* 18:16
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* 62:1006–1012
- Morgenstern L (2005) Proactive bioethics screening: a prelude to bioethics consultation. *J Clin Ethics* 16:151–155
- Morrison HL (1986) The forensic evaluation and treatment of children: ethics and values. *J Am Acad Psychiatry Law* 14:353–359
- Niveau G, Welle I (2018) Forensic psychiatry, one subspecialty with two ethics? A systematic review. *BMC Med Ethics* 19:25
- O’Shaughnessy RJ, Andrade HT (2008) Forensic psychiatry and violent adolescents. *Brief Treat Crisis Interv* 8:27–42
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M et al (2011) Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *J Nurs Scholarsh* 43:13–21
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Fine A et al (2013) Making the call: a proactive ethics framework. *HEC Forum* 25:269–283
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Dirksen KM et al (2015a) Physicians’ perspectives on ethically challenging situations: early identification and action. *AJOB Empir Bioeth* 6:28–40
- Pavlish C, Hellyer J, Brown-Saltzman K et al (2015b) Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. *Am J Crit Care* 24:248–256
- Quinn KM (1995) Ethical dilemmas in forensic child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 4:809–822
- Ratner RA (2002) Ethics in child and adolescent forensic psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11:887–904
- Reiter-Theil S (2004) Does empirical research make bioethics more relevant? “The embedded researcher” as a methodological approach. *Med Health Care Philos* 7:17–29
- Reiter-Theil S (2016) Initiating and maintaining clinical ethics support in psychiatry. Ten tasks and challenges—and how to meet them. *Clin Ethics* 11:45–53
- Robinson EM, Cage W, Erler K et al (2017) Structure, operation, and experience of clinical ethics consultation 2007–2013: a report from the Massachusetts General Hospital Optimum Care Committee. *J Clin Ethics* 28:137–152
- Sadoff RL, Baird JA (2011) *Ethical issues in forensic psychiatry: minimizing harm*. John Wiley, Chichester, West Sussex
- Scheffold N, Paoli A, Gross J et al (2012) Ethikvisite auf der Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 107:553–557
- Schetky DH (1992) Ethical issues in forensic child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:403–407
- Schürmann J, Reiter-Theil S (2018) Klinische Ethik in der Psychiatrie – aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G (Hrsg) *Ange wandte Ethik im Gesundheitswesen*. LIT, Berlin, S 73–90
- Sikorski JB, Kuo AD (2004) Forensic psychiatry. In: Wiener JM, Dulcan MK (Hrsg) *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Arlington, S 903–927
- Silén M, Ramklint M, Hansson MG et al (2016) Ethics rounds: an appreciated form of ethics support. *Nurs Ethics* 23:203–213
- Soulier MF (2010) Ethics of child and adolescent forensic psychiatry. In: Benedek EP (Hrsg) *Child and adolescent forensic mental health*. American Psychiatric Publishing, Arlington, S 13–27
- Souverain F, Dekkers T, Bulanovaitė E et al (2019) Overview of European forensic youth care: towards an integrative mission for prevention and intervention strategies for juvenile offenders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 13:6
- Strous M (2009) Do dual forensic and therapy roles damage children? *J Child Adolesc Ment Health* 21:185–186
- Syse I, Førde R, Pedersen R (2016) Clinical ethics committees—also for mental health care? The Norwegian experience. *Clin Ethics* 11:81–86
- Thierbach C, Petschick G (2014) Beobachtung. In: Bauer N, Blasius J (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer, Wiesbaden, S 855–866

Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine...

- Unicef (1989) UN-Konvention über die Rechte des Kindes. https://www.unicef.ch/sites/default/files/2018-08/un-kinderrechtskonvention_de.pdf. Zugegriffen: 31. Dez. 2020
- Voskes Y, Weidema F, Widdershoven G (2016) Clinical ethics in forensic psychiatry: Fostering reflection and dialog on the ward through moral case deliberation. *Clin Ethics* 11:63–69
- Wollenburg LM, Claus S, Kieser C et al (2020) Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatr Prax* 47:446–451
- Zerby SA, Thomas CR (2006) Legal issues, rights, and ethics for mental health in juvenile justice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 15:373–390



Preventing moral conflicts in patient care: Insights from a mixed-methods study with clinical experts

Jan Schürmann¹ , Gabriele Vaitaityte² and Stella Reiter-Theil¹

Abstract

Background and aim: Healthcare professionals are regularly exposed to moral challenges in patient care potentially compromising quality of care and safety of patients. Preventive clinical ethics support aims to identify and address moral problems in patient care at an early stage of their development. This study investigates the occurrence, risk factors, early indicators, decision parameters, consequences and preventive measures of moral problems.

Method: Semi-structured expert interviews were conducted with 20 interprofessional healthcare professionals from 2 university hospitals in Basel, Switzerland. A Likert scale questionnaire was completed by the interviewees and analysed using descriptive and inferential statistics.

Results: Healthcare professionals are frequently exposed to a variety of moral problems, such as end-of-life decisions, resource allocation and assessing the patient's will or decisional capacity. Thirty-four different risk factors for moral problems are identified, e.g. patient vulnerability, divergent values or world views, inadequate resources or poor ethical climate. Twenty-one early indicators are recognised such as disagreement between healthcare professionals, patients and relatives, emotional disturbances, gut feeling or conflict of conscience. A variety of preventive measures are suggested and presented in a preventive clinical ethics support process model. The most helpful measures are early ethical conversations with colleagues, early team-internal ethical case discussions and an ethics-trained contact person on the ward. Ethics training, kerbside consultations, proactive ethics consultations, ethics screening and rounds are also considered helpful.

Conclusions: Clinical ethics support services should not only offer reactive and complex, but also proactive and low-threshold support for healthcare professionals, patients and relatives.

Keywords

Clinical ethics, preventive ethics, risk factors, indicators, prevention

Introduction

Healthcare professionals (HCPs) are regularly exposed to moral problems (MPs) in patient care.^{1–5} These can compromise the quality of care and patient safety and cause moral distress, conflict or dissatisfaction amongst professionals, patients or relatives.^{6–9} MPs can also increase the cost of care or negatively affect organisational culture.^{10–12} The Swiss Academy of Medical Sciences, therefore, recommends clinical ethical support services (CESS).¹³ CESS are increasingly common in Swiss health care institutions, although still less than in the USA.¹⁴ These usually offer ethics consultation, policy development, training and organisational ethics. Approaches to preventive ethics have not yet been systematically established.^{15–19}

Preventive clinical ethics support (PCES) is comparable to disease prevention in the field of clinical ethics.¹⁶ PCES

aims to prevent the occurrence, continuation or intensification of MPs and to mitigate their negative consequences. To accomplish this, risk factors, early indicators and decision parameters regarding MPs in patient care are investigated and evaluated as a basis for developing preventive measures. Risk factors for MPs increase the chance of MPs rising, early indicators show MPs rising or existing.

¹Clinical Ethics Unit, University Hospital Basel, University Psychiatric Clinics Basel, University of Basel, Basel, Switzerland

²Martin Luther University Halle-Wittenberg, Halle, Germany

Corresponding author:

Jan Schürmann, Clinical Ethics Unit, University Hospital Basel, University Psychiatric Clinics Basel, University of Basel, Spitalstrasse 22, CH-4031 Basel, Switzerland.

Email: jan.schuermann@usb.ch

Decisional parameters act as barriers or facilitators influencing moral decisions but are independent of its process. Preventive measures cited in literature are clinical ethics support (CES) needs assessment,²⁰ ethics screening,^{21–23} ethics rounds,^{24,25} kerbside consultations (informal ad-hoc ethics counselling),²⁶ team-internal ethical case discussions,²⁷ proactive ethics consultations,^{28,29} decision support tools,^{30,31} process evaluation,³² health technology assessment,³³ ethics training^{34,35} or ethics policies.³⁶ These measures can be directed at individual decisions and actions, systems and processes or environment and organisational culture.³² Accordingly, they can be behaviour-oriented, condition-oriented or both. Like disease prevention, PCES pursues an integrative approach.

PCES assumes that MPs in patient care often develop over a longer period of time.¹⁹ Without early ethical clarification, the problem and corresponding conflict behaviour could intensify. In a process model, different problem phases can be distinguished, which may trigger primary, secondary and tertiary preventive measures (Figure 1)³⁷:

1. Primary prevention measures are designed to prevent the occurrence of MPs and target risk factors that promote MPs.
2. Secondary preventive measures are designed to detect MPs at an early stage and prevent their intensification, relying on early indicators.

3. Tertiary preventive measures are aimed at manifested MPs and situations with high decision-making pressure. These measures are intended to stabilise the process, restore the ability to act, and prevent negative consequences.
4. Rehabilitative measures are intended to mitigate negative consequences, after the manifest problem phase.

In recent years, research interest in PCES has increased, although empirical studies are still rare.^{15,20–22,27–29,38–43} This study investigates how clinically and ethically experienced HCPs assess the prevention of MPs in patient care, their risk factors, early indicators, decision parameters, consequences and preventive measures.

Methodology

Research design

This study follows a mixed-methods design. Twenty semi-structured expert interviews were conducted with the aim of reconstructing the different professional experiences of the interviewees.⁴⁴ A Likert scale questionnaire on previous research findings was integrated into the interview guide. Demographic data were collected online beforehand. The interviews were analysed using qualitative content analysis,

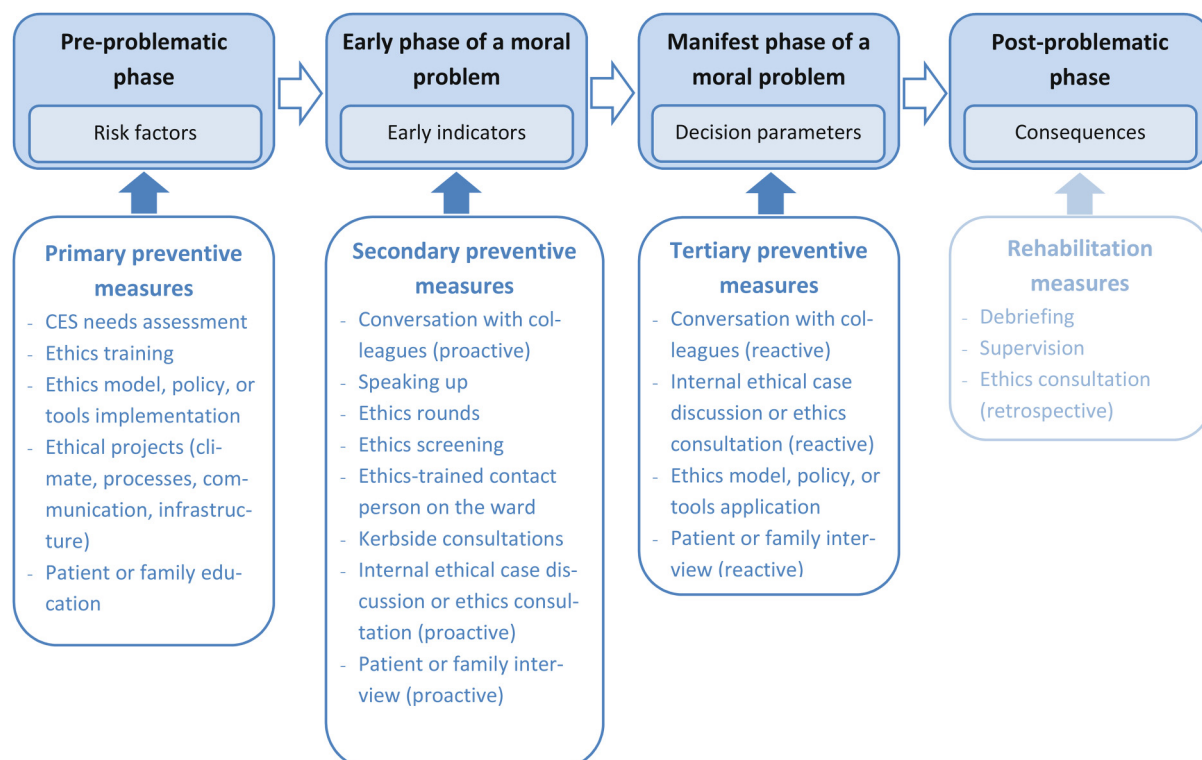


Figure 1. PCES process model.
PCES: preventive clinical ethics support.

and the questionnaire and online survey were analysed using descriptive and inferential statistics.

Interview partners

HCPs with both high clinical expertise and specialised experience in CES were recruited. The sample should cover a broad spectrum of professions and disciplines. Twenty-six employees of two university hospitals in Basel (one somatic, one psychiatric), both with the same well-established CESS,^{45,46} were selected by means of purposive sampling and contacted by email. Two persons did not respond to the request, two declined due to time constraints, one due to retirement. Another person had to cancel the interview repeatedly for work reasons. In the preceding online survey, professional qualifications and ethical qualifications were reviewed. The interview was conducted with 11 physicians, 5 nurses, 2 hospital chaplains, 1 paramedic and 1 social worker. Six persons were members of their hospital's clinical ethics committee (Table 1).

Data collection

The interviews were conducted in German, face-to-face and one at a time, at the interviewees' workplace from February to May 2020. Due to Swiss regulations to restrict social contact during the Sars-CoV-2 pandemic, from mid-March, it was offered to conduct the interviews online via *Zoom*. Three interviews were conducted online. Another had to be interrupted for work-related reasons and was later continued online.

A semi-structured interview guide with open and closed questions was used. After open questions on risk factors, indicators, decision parameters and measures, a 5-point Likert scale questionnaire was handed out, which was then filled out in written form. The interview guide, questionnaire and online survey were tested in four pretest interviews and then optimised.

Before the interview, the respondents were informed about the purpose, topics and modalities of the interview. Furthermore, explicit consent was obtained, and a confidential handling of personal data were assured.

The interviews were either conducted by the first author (JS), or the second author (GV) or both (initially for teaching purposes). JS already knew the interviewees from work – this had no noticeable influence on the interviews. The interviews lasted between 40 and 104 min ($M=64.57$) and were audio recorded. The recordings were transcribed verbatim according to simple transcription rules using *f4transcript*.

Data analysis

The interview data were analysed using qualitative content analysis.⁴⁷ It followed the standards of content structuring,

Table 1. Demographic data of the interviewees.

Item	Value (n = 20)
Gender	
Female	13
Male	7
Age	$M = 54.5$ years (41–63 years)
Institution	
University Hospital Basel (USB)	14
University Psychiatric Clinics Basel (UPK)	6
Profession	
Chaplain	2
Nurse	5
Paramedic	1
Physician	11
Social worker	1
Subject area	
Anaesthesiology	1
Chaplaincy	2
Child and adolescent psychiatry and psychotherapy	1
Gynaecology and obstetrics	3
Intensive care	3
Internal medicine	2
Palliative care	1
Psychiatry and psychotherapy	5
Surgery	2
Qualification	
Professional experience ^a	$M = 5.45$ (3–6)
Professional function ^b	$M = 3.85$ (3–5)
Ethics experience ^a	$M = 3.7$ (2–6)
Ethics education ^c	$M = 3.95$ (2–6)
Ethical competence ^d	$M = 3.4$ (2–5)

^aScale 1–6: (1) 1–3 years, (2) 4–10 years, (3) 11–15 years, (4) 16–20 years, (5) 21–25 years, (6) over 25 years.

^bScale 1–5: (1) internship, (2) assistant, (3) specialist, (4) head of department, (5) head of clinic.

^cScale 1–7: (1) dealing with ethical issues in patient care, (2) participating in ethics consultations, (3) attendance of education in ethics, (4) participating in ethics projects, (5) member of an ethics committee or ethics advisory board, (6) postgraduate course in ethics (CAS, DAS, MAS), (7) university degree in ethics.

^dScale 1–5: (1) beginner, (2) advanced beginner, (3) competent, (4) proficient, (5) expert.

i.e. content was extracted from the transcripts, coded and summarised, using *MAXQDA 2020*. The codes were created inductively and deductively. Two authors (JS, GV) first coded the material separately, comparing the coding continuously until consensus was reached.

The online survey was created with *Google Forms*. The data from the online survey and questionnaire were analysed with *IBM SPSS Statistics 26* using descriptive and inferential statistics (Fisher's exact test, Spearman's rank correlation).

The preliminary results were presented and discussed at an interdisciplinary PhD colloquium with the supervisor (SRT) at the University of Basel.

Results

Understanding of ethics

All interviewees agreed on the suggested definition of ethics as reflection of moral values. An MP expresses an uncertainty, conflict or dilemma regarding moral values, claims, norms or principles. Some interviewees further describe clinical ethics as common deliberation, discussion or evaluation of values, attitudes or options in clinical care. While some emphasise its subjective or intersubjective nature, others emphasise the rational, objective claims of ethics. In terms of content, the focus is on the 'right' treatment and on preserving the patient's dignity.

MPs in clinical practice

Interviewees are exposed to MPs on a monthly to daily basis during work. On average, there is a high prevalence of MPs ($M = 4.15$, >weekly). The cited frequency of MPs correlates statistically with the leadership responsibility of the interviewees ($r_s = 0.448$, $p = 0.048$). MPs are most frequently observed in end-of-life decisions, resource allocation and assessing patient's will or decisional capacity (Table 2). Moral conflicts with relatives are reported rarely but appear particularly difficult. Everyday moral issues refer primarily to scarce resources. Half of the interviewees state physicians and nurses as the most frequent conflict parties, followed by conflicts between teams and patients or their relatives. The ethical climate in the respective departments is assessed positively ($M = 4.16$). Criteria for positive assessment are a respectful, appreciative and self-reflective attitude, high standards of care, ability and opportunity to criticise, high moral sensitivity, shared decision-making, interprofessional cooperation, knowledge of and good collaboration with the CESS, ethics training of HCPs, support from management and no excessive workload.

Risk factors for MPs

The interviewees identified 34 different risk factors for MPs in patient care (Table 3). These can be assigned to four groups: patient (11), family (4), HCP (10) and systemic factors (9). Factors in the first three groups relate to the individual, the interaction or the situation.

Amongst the patient factors, those that concern the individual, are reported most frequently: vulnerability, missing or unclear patient's will or advance directive, reduced or unclear decisional capacity, auto- or hetero-aggressive behaviour, inadequate understanding of the disease or overburdening. On the interaction level, insufficient understanding or disagreement between patients and HCPs poses a risk for MPs. Challenging clinical situations such as abortion, involuntary treatment, prolonged intensive care or

Table 2. Moral problems (MPs) in clinical practice.

Moral problem (ordered by frequency)	Frequency index ^a	Complexity index ^a	Ordinariness index ^a
End-of-life decisions	++++	++	∅
Resource allocation	++++	+	++
Patient's will or decisional capacity	+++	++	+
Addiction treatment decisions	++	+	+
Coercive measures	++	++	+
Moral conflicts amongst HCPs	++	+	∅
Maternal–fetal conflict	++	++	+
Assisted suicide	+	+	+
Care management	+	∅	+
Moral conflicts between patients and HCPs	+	∅	∅
Moral conflicts with sociocultural or religious background	+	+	∅
Dignity and meaning in life	+	∅	+
Informed consent	+	∅	+
Organ transplantation	+	∅	∅
Reproductive medicine	+	+	+
Treatment goals	+	∅	+
Abuse	∅	+	∅
Confidentiality and data protection	∅	+	∅
Moral conflicts between relatives and HCPs	∅	++	∅
Other (e.g. aggression, sedation, insufficient evidence, decisions in minors, etc.)	++	++	++

^aThe index was created using the number of coding related to frequency, complexity or ordinariness of moral problems: ∅ = 0 codings, + = 1–4, ++ = 5–8, +++ = 9–12, ++++ = ≥13. HCPs: healthcare professionals.

end-of-life situations are also associated with an increased risk. Family factors are mentioned least often: relatives who, as surrogates, do not decide in the patient's interest, disagreements amongst relatives or between relatives and patients, as well as an inadequate understanding of the disease. Amongst the HCP risk factors, situational (team) characteristics are reported most frequently: poor ethical

Table 3. Reporting frequency and effectivity of risk factors for moral problems (MPs).

Risk factor (ordered by effectivity within the groups)	Frequency ^a	Effectivity ^b	
		M	SD
(a) Patient risk factors			
Diminished or unclear decisional capacity	5	4.35	0.671
Vulnerability [very young or old age, non-male, mental illness, drug dependence, foreign language, migration background, lack of education, low socio-economic status, neglect]	35	4.20	0.768
Patient suffers from severe, unrelieved pain	— ^c	3.32	1.157
Missing or unclear patient's will or advance directive	15	3.30	0.865
End-of-life situation	15	3.25	0.967
Challenging clinical situations [abortion, involuntary treatment, isolated patient, medical limits of treatment]	20	— ^d	
Insufficient understanding between patient and HCPs	15	— ^d	
Prolonged intensive therapy	10	— ^d	
Aggressive behaviour	10	— ^d	
Overburdened patient	10	— ^d	
Disagreement about care between patient and HCPs	5	— ^d	
Inadequate understanding of disease (patient)	5	— ^d	
(b) Family risk factors			
Disagreement about care between relatives and HCPs	— ^c	4.25	0.851
Inadequate understanding of disease (relatives)	5	3.95	0.887
Disagreement about care amongst relatives	5	3.75	1.070
Uncertainty about care amongst relatives	— ^c	3.35	0.933
No or infrequent visits by relatives	— ^c	2.68	0.885
Disagreement about care between relatives and patient	10	— ^d	
Proxy function not fulfilled appropriately	10	— ^d	
(c) HCP risk factors			
Disagreement about care amongst HCPs	10	4.35	0.813
Disagreement about evidence amongst HCPs	— ^c	4.10	0.912
Incoherent treatment plan	5	3.95	0.759
Avoidance of end-of-life or difficult discussions	— ^c	3.80	0.894
Inadequate consideration of treatment standards or guidelines	— ^c	3.55	0.999
Poor ethical climate in the team [lack of discussion culture, lack of moral sensitivity (team), climate of fear, no common attitude]	20	— ^d	
Lack of moral attitude [hubris, lack of maturity, lack of moral sensitivity (HCP), lack of moral commitment, prejudice against patients]	20	— ^d	
Overworked HCPs	15	— ^d	
Strong team hierarchy	15	— ^d	
Fear and risk behaviour (defensive medicine)	15	— ^d	
Role ambiguity	10	— ^d	
Lack of skills or knowledge	5	— ^d	
Insufficient understanding amongst HCPs	5	— ^d	
(d) Systemic risk factors			
Inadequate communication	15	4.40	0.681
Different values or world views	35	4.00	0.918
Lack of information or evidence	25	3.90	0.968
Inadequate legislation or standards	5	3.55	1.050
Inadequate resources (time, money, personnel)	30	3.45	1.050
Inadequate institutional framework [daily routines, lack of management support, shift work, ongoing reorganisation]	20	— ^d	
Wrong incentives	15	— ^d	
Public pressure	10	— ^d	
Social developments or medical progress	5	— ^d	

^aPercentage of interviewees reporting this item in response to an open question (multiple answers possible).

^bScale 1–5: not at all, weakly, moderately, strongly, very strongly.

^cNot reported by the interviewees.

^dNew item are reported by the interviewees.

HCPs: healthcare professionals.

Table 4. Reporting frequency and effectivity of early indicators of moral problems (MPs).

Early indicator (ordered by validity within the groups)	Frequency ^a	Validity ^b	
		M	SD
(a) Patient indicators			
Inadequate consideration of the patient's will	— ^c	4.10	0.718
Disagreement about care between patients and HCPs	25	3.95	0.999
Lacking or inadequate patient education	— ^c	3.60	0.995
Patient expresses prolonged discomfort from multiple medical treatments	— ^c	3.20	0.696
Patient suffers from severe, unrelieved pain	— ^c	3.05	1.079
Dissatisfaction or criticism (patient)	15	— ^d	
Refusal of communication	15	— ^d	
Antisocial behaviour [keep silent, being loud, being unruly, aggressive behaviour]	10	— ^d	
Vulnerability	10	— ^d	
Diminished decisional capacity	5	— ^d	
Emotional disturbance (patient) [crying]	5	— ^d	
Inadequate understanding of the disease (patient)	5	— ^d	
Problematic patient wishes	5	— ^d	
(b) Family indicators			
Relatives insist on medically non-indicated treatments	— ^c	4.10	0.968
Disagreement about care between relatives and HCPs	25	3.95	0.887
Proxy function not fulfilled appropriately	— ^c	3.79	0.918
Anger or mistrust towards HCPs	— ^c	3.70	0.979
Disagreement about care amongst relatives	— ^c	3.60	1.046
(c) HCP indicators			
Conflict of conscience	10	4.65	0.489
Concerns that the patient is being harmed	— ^c	4.45	0.686
Disagreement about care amongst HCPs	50	4.35	0.587
Inadequate consideration of treatment standards or guidelines	— ^c	4.05	0.826
Gut feeling	15	4.00	0.725
Emotional disturbance (HCP) [discomfort, stress, anger, crying, resignation, weakness of will, powerlessness, helplessness]	20	— ^d	
Dissatisfaction or criticism (HCP)	20	— ^d	
Incoherent treatment plan	15	— ^d	
Inadequate moral behaviour [lack of acceptance of legislation, lack of honesty, stigmatisation of patients]	10	— ^d	
Need for orientation	5	— ^d	
(d) Systemic indicators			
Inadequate communication	— ^c	4.05	0.887
Inappropriate use of resources	— ^c	3.70	0.865
Wrong incentives	5	— ^d	
Ethically questionable laws	5	— ^d	
Lack of information	5	— ^d	

^aPercentage of interviewees reporting this item in response to an open question (multiple answers possible).

^bScale 1–5: not at all, weakly, moderately, strongly, very strongly.

^cNot reported by the interviewees.

^dNew items are reported by the interviewees.

HCPs: healthcare professionals.

climate, high workload, strong hierarchies or role ambiguity in the team. On the interaction level, disagreement amongst HCPs, incohesive treatment planning or insufficient understanding promotes MPs. In addition, also individual risk factors amongst HCPs are reported, such as lacking moral attitude on the part of individuals, fear or practice of defensive medicine, as well as lacking clinical skills or knowledge. Systemic factors include institutional, social, legal, moral or epistemic systems. Most frequently, differences in values or world views are cited as a risk for MPs. At

the institutional level, inadequate resources, e.g. lack of time, money or personnel, wrong incentives or insufficient institutional framework are mentioned. At the knowledge level, lacking information, evidence or communication can contribute to MPs.

Factors from all four groups are considered effective (Table 3). Of the 20 factors presented, 7 are rated as favouring MPs at least 'strongly' ($M \geq 4.0$) (in descending order): *inadequate communication*, *disagreement about care amongst HCPs*, *diminished or unclear decisional capacity*,

Table 5. Reported frequency and helpfulness of preventive measures for moral problems (MPs).

Preventive measure (ordered by helpfulness)	Frequency ^a	Helpfulness ^b	
		M	SD
Ethical conversation with a colleague	35%	4.50	0.607
Team-internal ethical case discussion	40%	4.45	0.686
Ethics-trained contact person on the ward	10%	4.42	0.838
Implementation of an ethical decision model on the ward	15%	4.26	0.733
Ethics training for management	– ^c	4.25	0.786
Ethics training for HCPs	30%	4.20	0.834
Ethics policies	15%	4.17	0.707
Kerbside consultation (informal ad-hoc ethics counselling)	– ^c	4.16	0.958
Proactive ethics consultation	40%	4.10	0.641
Ethics rounds or screening	5%	4.05	0.848
Ethics project to improve the ethical climate	40%	4.05	0.999
Ethics project to improve processes and communication	35%	3.95	0.887
Ethical decision-making tools	25%	3.79	1.182
Ethics project to improve infrastructure	– ^c	3.33	1.029
Ethics support needs assessment survey	– ^c	3.32	0.885
Ethically informed patient or family interview	25%	– ^d	
Speaking-up	20%	– ^d	
Consulting literature	10%	– ^d	

^aPercentage of interviewees reporting this item in response to an open question (multiple answers possible).

^bScale 1–5: not helpful, rather not helpful, partially helpful, helpful, very helpful.

^cNot reported by the interviewees.

^dNew item are reported by the interviewees.

HCPs: healthcare professionals.

disagreement about care between relatives and HCPs, vulnerability, disagreement about evidence amongst HCPs, different values or world views. The factor *diminished or unclear decisional capacity* was rated significantly lower by physicians ($\chi^2(2)=8.140$, $p=0.009$, $V=0.617$) and persons with more leadership responsibility ($r_s=-0.481$, $p=0.032$). Only the factor *no or infrequent visits by relatives* is rated as rather weak ($M=2.68$), especially by physicians ($\chi^2(3)=7.095$, $p=0.023$, $V=0.628$). Overall, HCP risk factors ($M=3.95$) are rated as most effective, followed by systemic ($M=3.86$), patient ($M=3.68$) and family risk factors ($M=3.60$).

Early indicators of MPs

The interviewees identified 21 indicators that show MPs in an early phase (Table 4). These can be assigned to four groups: patient (9), family (1), HCP (8) and systemic indicators (3). Indicators in the first three groups concern the individual, the interaction or – rarely – the situation.

Amongst the patient indicators, the interaction between patients and HCPs is most frequently referred to disagreement, refusal to communicate or antisocial behaviour. Individual characteristics of the patient, such as dissatisfaction, criticism or emotional disturbances, also frequently indicate MPs. Only disagreement between relatives and HCPs is mentioned as a family indicator. Amongst the HCP indicators, disagreement amongst HCPs is most

frequently reported. Individual psychological characteristics of HCPs are also relevant, such as emotional disturbances (including discomfort, stress, anger, resignation, helplessness), negative gut feelings, conflicts of conscience, dissatisfaction or need for orientation. The only situational indicator reported is an incoherent treatment plan. Systemic indicators are also rarely reported; these refer to financial incentives to overtreatment, ethically questionable regulations or lack of information, e.g. missing code status.

Indicators from all four groups are considered valid (Table 4). Of the 17 indicators presented, 8 are rated at least as ‘strong’ ($M \geq 4.0$) (in descending order): *conflicts of conscience, concerns that the patient is being harmed, disagreement about care amongst HCPs, relatives insist on medically non-indicated treatments, inadequate consideration of the patient’s will, inadequate communication, inadequate consideration of treatment standards or guidelines, gut feeling*. No indicator is rated as weak ($M < 3.0$). Overall, HCP indicators ($M=4.30$) are rated as the most valid, followed by systemic ($M=3.88$), family ($M=3.83$) and patient indicators ($M=3.58$).

Parameters of moral decision-making

Parameters influencing moral decisions can be divided into individual, team or systemic parameters. Individual parameters are cited most frequently. One-third of the interviewees report conflicts of interest, including personal,

financial or political interests, as a negative influence. For a quarter, professional competence, ethical competence and personality (e.g. integrity, courage, agreeableness) play an important role. One-fifth of the respondents cite moral sensitivity and commitment as relevant parameters. Systemic parameters also play an important role in decision-making. More than half of the interviewees cite inadequate resources (e.g. lacking time, personnel or beds) as a negative influence. Also, frequently reported are features of the clinical situation, e.g. availability of information, special patient characteristics (age, prognosis, quality of life) or crisis situations like the Sars-CoV-2-pandemic. Amongst the team parameters, a strong ethical climate is reported most frequently as a positive influence on decision-making. Other relevant parameters are leadership support, organisation of care or coherence of values in the team.

Consequences of MPs

Most interviewees attach great importance to ethical thinking in their daily work. Positive associations predominate, as part of a professional self-understanding, enrichment and broadening of horizons, self-reflection or emotional stabiliser. However, dealing with MPs is perceived as a burden when they remain unaddressed or unresolved. This shows in the level of effort, stress, inability to decide and conflicts in the team. In practice, however, the negative impact of MPs is low overall ($M = 2.11$), with a considerable variance ($s = 1.100$). Negative impairment correlates significantly with the frequency of experienced moral distress ($r_s = 0.599$, $p = 0.007$). Moral distress is experienced on average annually to monthly ($M = 2.45$). Negative consequences of MPs for practitioners are insecurity, dissatisfaction, team conflicts, stress, work overload, blunting, inability to act, change of department or job, burnout, sleep disorders, stress disorder, drug use or suicidal thoughts. The number of people affected by the negative consequences is twice as high in the field of nursing as in the field of physicians. However, the negative consequences of MPs have the greatest impact on patients. This shows in dissatisfaction, conflicts with the team, delay in treatment, longer length of stay, over- or undertreatment, low quality of treatment, increased morbidity or mortality. Less frequently, systemic consequences such as additional workload, financial disadvantages, diffusion of responsibility, loss of trust or image, nursing crisis or social changes are reported.

Preventive measures for MPs

All interviewees are aware that CES is available to them. Almost all report the possibility to seek ethics consultation or individual ethics counselling as well as conversations with colleagues or superiors – either formally as professional counselling or supervision, or informally as getting

advice or thinking together. Half also have access to structured, interprofessional case discussions. Team-internal ethical case discussions are available to those, in whose department an ethical decision-making model ('METAP') is implemented.²⁷ Less frequently reported is the availability of support from ethics tools, policies, literature or legal regulations. Friends, priests and self-help groups are mentioned as support in the private sphere.

Many useful preventive measures are identified (Table 5). Ethics consultation, improving ethical climate and team-internal ethical case discussion are cited most frequently. Ethics consultations and ethical case discussions should be well structured, interprofessional and taking place early. Regarding the ethical climate, hardly any specific measures are reported while its importance for a preventive approach is emphasised. A culture of reflection and communication, support from the management, respect and empathy of the staff are highlighted. Improving communication should especially address deficiencies in team-internal communication, information gathering and documentation. A standardised ethics question on rounds or in the patient file, a decision aid or a 10-for-10 principle⁴⁸ for ethics is cited as useful tools for ethical decision-making. Newly reported interventions are speaking-up behaviour, i.e. bringing MPs up early, as well as ethically informed patient and family interviews, with high attention to value anamnesis, patient education and goals of care.

Eleven out of 15 measures presented are assessed at least as 'helpful' ($M \geq 4.0$) (Table 5). The interviewees have some reservations about ethical tools and ethics projects, with a considerable variance ($s = 1.182$ and 1.029 , respectively). Ethics surveys were rated as the least helpful.

Discussion

The interviewees share a widely accepted definition of ethics; however, its nature and epistemic status are assessed differently. For the majority, ethical reflection is essentially thinking about and weighing different, but generally shared, moral values together. For two minorities, the focus is on the exploration and mediation of subjective values – or the application of objective ethical principles. These different perspectives are also found in the decision-making procedures specified by the interviewees and correspond to CES approaches according to the ASBH.⁴⁹ It should be noted that these presuppositions may influence which forms of PCES are considered useful.

The perceived prevalence of MPs in clinical practice is higher than in comparable studies.^{20,50} This could be due to the above-average leadership of the interviewees, as this study suggests a positive relationship between leadership responsibility and perceived prevalence. Ethics experience, education and competence also suggest a positive (however not significant) effect. Ethically proficient leaders may be particularly well suited to perceive MPs.

In terms of topic, the MPs correspond to those found in previous studies in Switzerland.^{14,45,51} Questions about fair resource allocation, however, are observed with above-average frequency, also in daily practice. This could be traced back to an increasing cost pressure in the Swiss health care system while the Sars-CoV-2-crisis had not yet impacted on this issue. Conflicts with relatives are most frequently experienced as particularly challenging, despite the regulation on surrogate decision-making in Swiss legislation in 2013 (Swiss civil code, Art. 383). Physician-assisted suicide was named as challenging rarely, whereas in a national survey, Swiss physicians rated it frequently as the most challenging amongst the MPs.⁵¹ At the USB, practising physician-assisted suicide is prohibited by policy, whereas supportive actions are allowed (e.g. counselling, diagnostics, transport to aid-in-dying organisations).⁵² Despite the high prevalence of MPs, the ethical climate in one's own department is assessed as good, which indicates functioning problem-solving strategies or other protective factors. Previous research findings⁵³ regarding the criteria for a positive ethical climate is confirmed and supplemented with the availability and use of ethics resources (e.g. competence, training, support).

In literature, 69 risk factors for MPs have been identified, mainly in intensive and emergency care.^{15,21,22,38–41,54} Of the 20 factors most frequently cited by Pavlish *et al.*,⁴⁰ 15 are also reported in this study. Inadequate communication, patient vulnerability and disagreement between HCPs, patients and relatives are confirmed as frequent and effective risk factors. In addition, 30 new factors are identified in 3 groups, including *challenging clinical situations, poor ethical climate in the team, inadequate institutional framework, insufficient understanding between patients and HCPs or wrong incentives*.¹ A relatively large number of new factors (7) are identified in the group of systemic risk factors whereas, in the literature, this group showed the fewest factors (9). This study supports the claim that MPs can be attributed not only to the individual, interactional or situational factors, but also to institutional, societal, legal, moral or epistemic factors. Epistemic, institutional and moral systems seem to be particularly relevant for MPs in clinical practice. Lacking, incomprehensible, inaccurate or insensitive communication is well known as the reason for conflicts between practitioners, patients and relatives.^{1,55} Inadequate communication may be morally significant in several ways, either by infringing patient's rights (e.g. informed consent, confidentiality, etc.), professional standards (e.g. honesty, empathy, integrity, etc.), or by concealing, delaying or wrongly suggesting value conflicts. Improving communication could, therefore, be an effective strategy to prevent MPs. At the institutional level, resource constraints and wrong incentives are known factors triggering MPs.^{56,57} Other institutional factors have rarely been investigated. It has been shown,

however, that such factors can trigger moral distress (e.g. excessive documentation or lacking administrative support).⁵⁸ Differing values and worldviews, whether religious, cultural or moral, are well-documented causes of MPs.⁵⁹ As moral values and worldviews are usually resistant to immediate change, preventive measures may focus on recognising disagreements early on, supporting moral tolerance and establishing procedures and standards to balance interests.

Only Pavlish *et al.*^{40,41} have empirically investigated early indicators of MPs. They distinguish 6 groups with a total of 28 indicators. Their finding that disagreements between HCPs, patients and relatives are the most frequent indicators of MPs, is confirmed in this study. However, indicators of patient suffering (e.g. prolonged discomfort, unrelieved pain, anxiety) are not reported in this study and are considered to be less valid. For our interviewees, the focus on the patient's side is more on communicative factors, e.g. refusal to communicate, criticism or antisocial behaviour. This difference is probably due to the different ways of expression (verbal/non-verbal) of the corresponding patient groups (general/ICU). This study sheds also new insight on the psychological reactions of HCPs (e.g. stress, anger, helplessness, gut feeling, conflict of conscience, need for orientation). These can be understood as initial forms of moral distress, which have been little studied so far.⁶⁰ A total of 27 new indicators are identified, including *emotional disturbance (HCP), dissatisfaction or criticism (HCP and patient), gut feeling, incoherent treatment plan, antisocial behaviour (patient) or conflict of conscience*.²

Parameters of moral decision-making in patient care have not been systematically studied so far; barriers and facilitators to shared decision-making, however, have. Well-documented barriers on the physicians' side are a lack of professional competence, communication skills and ethical competence (e.g. not considering the patient's will, advance directive or surrogate).⁶¹ Barriers from the patient's perspective are lack of time, organisation of care, health care setting (e.g. poor facilities), patient characteristics and power imbalance in the patient-clinician relationship, as well as features of decision-making itself.⁶² The relevance of these parameters for moral decision-making is confirmed in this study. However, team parameters such as interprofessional cooperation and communication in the team, as well as leadership support, are weighted most strongly. CES that systematically addresses these parameters has yet to be developed.

The positive psychological effects of ethical thinking highlighted by many interviewees point to a concept of ethics as the art of living well (*ars vivendi*), which has so far played a minor role in clinical ethics. Promoting this aspect in clinical practice may not only increase moral resilience, but also help HCPs to find deeper meaning and satisfaction in their profession. Negative effects of MPs and the

correlating frequency of moral distress appear rather low compared to international reports.⁶³ This confirms findings of a study amongst nurses at the USB⁵ and speaks for high moral resilience of HCPs in this institution. Nevertheless, our interviewees observed the entire negative spectrum of consequences well known from moral distress research.⁹ A new finding is that, in extreme cases, MPs can lead to drug use or suicidal thoughts amongst physicians. Little studied are systemic effects, such as loss of trust in the health care system, difficulties in recruiting nursing staff or changes in societal values.

A variety of preventive measures are reported and assessed as helpful in this study. These include formal and informal, simple and complex, as well as primary and secondary preventive measures. Some measures, such as ethics consultation, can be used both (proactively) as secondary and (reactively) tertiary preventive measures. This suggests an integrative approach, as presented by the PCES process model above (Figure 1). While not much attention has been paid to the timing of ethics support so far,¹⁹ our model visualises the time horizon of CES and helps clinical ethicists in providing the right support at the right time. It is not intended to provide definitive, evidence-based concepts, as the current state of research does not support this; evaluation research on preventive measures is still rare. Proactive ethics consultations are reported as helpful by HCPs and relatives ($M=4.44$ and $M=4.14$, respectively) in the ICU.⁴³ These can support decision-making, reduce moral distress and increase visibility, accessibility and utilisation of the CESS.⁶⁴ However, the results on length-reduction of an ICU stay and of non-beneficial treatment are inconclusive.^{28,29} Presumably, they are only effective in situations that have specific risk profiles.⁶⁵ Ethics screening is a valuable measure to identify such situations.⁴¹ A screening and early action protocol has been shown to promote dialogue with relatives and supporting services (e.g. hospital chaplaincy, social services) in the ICU.⁴² Another form of screening is possible on ethics rounds, which can strengthen communication and ethical reflection in the team.⁶⁶ In one model project at the USB, regular team-internal ethical case discussions were established in the ICU as a low-threshold approach to tackle moral decision-making showing good effectiveness and practicability.²⁷ Such discussions are shown to have a preventive effect by minimising uncertainty or disagreement amongst HCPs. All these interventions – proactive ethics consultation, ethics screening and rounds, and ethical case discussions – can be recommended based on our findings.

Some interviewees have reservations about ethics projects, ethical tools, or ethics surveys. Presumably, these measures seem time-consuming or too far removed from practice. Lack of familiarity may also play a role, as these forms of support are not well known amongst all interviewees. Steps towards a methodical use of such sources, therefore, still seem to be necessary, even in this ethically

educated sample. As with any ethics intervention, these should be adapted to the available personnel and time resources and fitted optimally into a daily routine.⁶⁷ More research on the development, implementation and outcomes of preventive ethics measures is needed.

Limitations

The results cannot be generalised as the sample is small and not representative. All interviewees bring above-average experience and interest regarding ethical issues. The sample is heterogeneous in terms of profession and discipline; investigating discipline-specific factors is, therefore, not possible.

The interview guide is highly structured to touch upon a high range of topics in preventive ethics. Due to the limited time resources, it was therefore not possible to explore each topic in depth. Additional information was obtained by allowing comments at the end of the interview and questionnaire.

Conclusions

HCPs are frequently exposed to various MPs in patient care that can have serious consequences, if not recognised and addressed early. A variety of risk factors, early indicators and decisional parameters for MPs are identified and assessed in this study. These are indispensable concepts to develop targeted and effective preventive measures for MPs – a task that is still in its infancy. Most promising measures according to our study are early ethical conversations with colleagues, early team-internal ethical case discussions and an ethics-trained contact person on the ward. Kerbside consultations, proactive ethics consultations, rounding and screening and projects to improve the ethical climate are also considered useful. These measures are integrated into the suggested PCES process model using core concepts of prevention. It may help clinical ethicists to expand the time horizon of their activities and to time them better – often earlier. The effort to deal with MPs could thus be reduced, especially using proactive and low-threshold forms of support. This should not only increase the efficiency of CES, but may also lead to greater uptake by HCPs, as time and effort required is an important factor. Given the multitude of identified moral challenges, risk factors and indicators, it is recommended to support an active teaching role of CES professionals in curricula of healthcare.

Acknowledgements

We would like to thank all the health care professionals who took the time to contribute to this study. We would also like to thank Cynthia Rösch for her careful proofreading of the manuscript.

Research ethics and patient consent

No data protected by the Swiss Human Research Act (Art. 2) were collected for this study, in particular no health-related personal data. All subjects were informed about the purpose of the study and voluntarily consented to participate. All data were fully anonymised and encrypted.

Supplemental material

Supplemental material for this article is available online.


Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

ORCID iD

Jan Schürmann  <https://orcid.org/0000-0001-8292-9937>

Notes

- In this study, 60 risk factors including subcategories are identified. The factors not previously cited in literature: (a) Patient risk factors: vulnerability [non-male, migration background]; challenging clinical situations [isolated patients, abortion, involuntary treatment]; understanding between patient and HCP insufficient; aggressive behaviour; overburdened patient; (b) HCP risk factors: poor ethical climate in the team [lack of discussion culture, lack of moral sensitivity (team), climate of fear, no common attitude]; lack of moral attitude [hubris, lack of maturity, lack of moral sensitivity (HCP), lack of moral commitment, prejudice against patients]; strong team hierarchy; fear and risk behaviour (defensive medicine); lack of skills or knowledge; role ambiguity; insufficient understanding amongst HCPs. (c) Systemic risk factors: wrong incentives; inadequate institutional framework [shift work, ongoing reorganisation]; societal developments or medical progress; public pressure; inadequate legislation or standards.
- A total of 38 indicators, including subcategories, were identified in this study. Indicators not previously cited in literature: (a) Patient indicators: Dissatisfaction or criticism (patient); antisocial behaviour [keep silent, being loud, being unruly, aggressive behaviour]; vulnerability; problematic patient wishes; emotional disturbance (patient) [crying]; decisional-capacity diminished; (b) HCP indicators: emotional disturbance (HCP) [discomfort, crying, resignation, weakness of will, helplessness]; gut feeling; incoherent treatment plan; inadequate moral behaviour [lack of acceptance of legislation, lack of honesty, stigmatisation of patients]; conflict of conscience; dissatisfaction or criticism (HCP); need for orientation; (c) Family indicators: disagreement about care between relatives and HCPs; (d) Systemic indicators: Wrong incentives; ethically questionable laws; lack of information.

References

- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2009; **180**: 853–860.
- Doran E, Fleming J, Jordens C, et al. Managing ethical issues in patient care and the need for clinical ethics support. *Australian Health Review a Publication of the Australian Hospital Association* 2015; **39**: 44–50.
- DuVal G, Clarridge B, Gensler G, et al. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *Journal of General Internal Medicine* 2004; **19**: 251–258.
- Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, et al. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics* 2011; **18**: 9–19.
- Kleinknecht-Dolf M, Frei IA, Spichiger E, et al. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. *Nursing Ethics* 2015; **22**: 77–90.
- Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management* 2010; **18**: 145–156.
- Foe G, Hellmann J and Greenberg RA. Parental moral distress and moral schism in the neonatal ICU. *Journal of Bioethical Inquiry* 2018; **15**: 319–325.
- Varcoe C, Pauly B, Storch J, et al. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics* 2012; **19**: 488–500.
- Wiegand DL and Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics* 2012; **19**: 479–487.
- Bacchetta MD and Fins JJ. The economics of clinical ethics programs: a quantitative justification. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics CQ the International Journal of Healthcare Ethics Committees* 1997; **6**: 451–460.
- Nelson WA, Weeks WB and Campfield JM. The organizational costs of ethical conflicts. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives* 2008; **53**: 41–53.
- Pauly B, Varcoe C, Storch J, et al. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; **16**: 561–573.
- Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS). *Ethics Support in Medicine*. Bern: Swiss Academy of Medical Sciences, 2012. https://www.samw.ch/dam/jcr:af42a2d7-9fdd-44ae-a001-70d9bb11d980/guidelines_sams_ethics_support.pdf.
- Ackermann S, Balsiger L and Salathé M. Ethikstrukturen an akutsptälern, psychiatrischen kliniken und rehabilitationskliniken der schweiz. *Bioethica Forum* 2016; **9**: 52–59.
- Epstein EG. Preventive ethics in the intensive care unit. *AACN advanced Critical Care* 2012; **23**: 217–224.
- Forrow L, Arnold RM and Parker LS. Preventive ethics: expanding the horizons of clinical ethics. *The Journal of Clinical Ethics* 1993; **4**: 287–294.
- McCullough LB. Practicing preventive ethics—the keys to avoiding ethical conflicts in health care. *Physician Executive* 2005; **31**: 18–21.
- Foglia MB, Fox E, Chanko B, et al. Preventive ethics: addressing ethics quality gaps on a systems level. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2012; **38**: 103–111.

19. Pavlish C , Brown-Saltzman K, Fine A, *et al.* Making the call: a proactive ethics framework. *HEC forum an interdisciplinary journal on hospitals'. ethical and Legal Issues* 2013; **25**: 269–283.
20. Frolic A, Jennings B, Seidlitz W, *et al.* From reactive to proactive: developing a valid clinical ethics needs assessment survey to support ethics program strategic planning (part 1 of 2). *HEC forum an interdisciplinary journal on hospitals'. ethical and Legal Issues* 2013; **25**: 47–60.
21. Anderson-Shaw L, Ahrens W and Fetzer M. Ethics consultation in the emergency department. *JONA'S Healthcare law, Ethics and Regulation* 2007; **9**: 32–35.
22. Morgenstern L. Proactive bioethics screening: a prelude to bioethics consultation. *The Journal of Clinical Ethics* 2005; **16**: 151–155.
23. Schürmann J , Mühleck M, Perler C, *et al.* Ethische herausforderungen in der forensischen kinder- und jugendpsychiatrie. Eine qualitative beobachtungsstudie und ein instrument zur früherkennung und frühintervention. *Ethik Med* 2021; **33**: 31–49.
24. Richter G. Bioethics in medical institutions--new custom or help? The example of clinical ethics consultation at a university medical center. *Herz* 2014; **39**: 567–575.
25. Scheffold NMAAP, Gross J, *et al.* Ethikvisite auf der intensivstation. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2012; **107**: 553–557.
26. Edelstein LM, Lynch JJ, Mokwunye NO, *et al.* Curbside consultation Re-imagined: borrowing from the conflict management toolkit. *HEC forum an interdisciplinary journal on hospitals'. ethical and Legal Issues* 2010; **22**: 41–49.
27. Meyer-Zehnder B, Barandun Schäfer U, Wesch C, *et al.* Weekly internal ethical case discussions in an intensive care unit – results based on 9 years of experience with a highly structured approach. *Critical Care Explorations* 2021; **3**: 1–9.
28. Andereck WS, McGaughey JW, Schneiderman LJ, *et al.* Seeking to reduce nonbeneficial treatment in the ICU: an exploratory trial of proactive ethics intervention*. *Critical Care Medicine* 2014; **42**: 824–830.
29. Dowdy MD, Robertson C and Bander JA. A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. *Critical Care Medicine* 1998; **26**: 252–259.
30. Dalgo AL. Early integration of pediatric participation in health care as preventive ethics. *The American Journal of Bioethics AJOB* 2018; **18**: 22–24.
31. McCullough LB. The professional medical ethics model of decision making under conditions of clinical uncertainty. *Medical Care Research and Review* 2013; **70**: 141S–158S.
32. National Center for Ethics in Health Care. *Preventive Ethics. Addressing Ethics Quality Gaps on a Systems Level.* Washington, DC: U.S. Department of Veteran Affairs, 2015.
33. Ienca M, Kressig RW, Jotterand F, *et al.* Proactive ethical design for neuroengineering, assistive and rehabilitation technologies: the cyathlon lesson. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation* 2017; **14**: 115.
34. Firn J, Rui C, Vercler C, *et al.* Identification of core ethical topics for interprofessional education in the intensive care unit: a thematic analysis. *Journal of Interprofessional Care* 2020; **34**: 453–460.
35. Ho A , MacDonald LM and Unger D. Preventive ethics through expanding education. *HEC forum an interdisciplinary journal on hospitals'. ethical and Legal Issues* 2016; **28**: 69–74.
36. Levine-Aruff J. Preventive ethics: the development of policies to guide decision-making. *AACN clinical Issues in Critical Care Nursing* 1990; **1**: 169–177.
37. Shultz JM, Sullivan LM and Galea S. *Public Health: An Introduction to the Science and Practice of Population Health.* New York, NY: Springer Publishing Company, 2021.
38. Heyl J. Early indicators for ethics reviews. *Health Care Ethics USA* 2008; **16**: 2–4.
39. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Dirksen KM, *et al.* Physicians' perspectives on ethically challenging situations: early identification and action. *AJOB Empirical Bioethics* 2015; **6**: 28–40.
40. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, *et al.* Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 2011; **43**: 13–21.
41. Pavlish C , Hellyer J, Brown-Saltzman K, *et al.* Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. *American journal of critical care an official publication. American Association of Critical-Care Nurses* 2015; **24**: 248–256.
42. Pavlish CL, Henriksen J, Brown-Saltzman K, *et al.* A team-based early action protocol to address ethical concerns in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2020; **29**: 49–61.
43. Cohn F, Goodman-Crews P, Rudman W, *et al.* Proactive ethics consultation in the ICU: a comparison of value perceived by healthcare professionals and recipients. *The Journal of Clinical Ethics* 2007; **18**: 140–147.
44. Bogner A, Littig B and Menz W (eds). *Interviewing Experts.* 1st ed. London: Palgrave Macmillan UK; Palgrave Macmillan, 2009.
45. Reiter-Theil S and Schürmann J. The 'Big five' in 100 clinical ethics consultation cases. Evaluating three years of ethics support in the basel university hospitals. *Bioethica Forum* 2016; **9**: 12–22.
46. Reiter-Theil S. Initiating and maintaining clinical ethics support in psychiatry. Ten tasks and challenges – and How to meet them. *Clinical Ethics* 2016; **11**: 45–53.
47. Mayring P. *Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution.* Klagenfurt, 2014. <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
48. Rall M , Glavin RJ and Flin R. The '10-s-for-10-min principle': why things fo wrong and stopping them getting worse. *Bulletin of the Royal College of Anaesthetists* 2008; **51**: 2614–2616.
49. ASBH. *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation.* 2nd. Glenview: American Society for Bioethics and Humanities, 2011.
50. Colaco KA, Courtright A, Andreychuk S, *et al.* Ethics consultation in paediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs. *Journal of Medical Ethics* 2018; **44**: 13–20.
51. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, *et al.* Ethical difficulties in clinical practice: experiences of european doctors. *J. Med. Ethics* 2007; **33**: 51–57.

52. Reiter-Theil S, Wetterauer C and Frei IA. Taking One's Own life in hospital? Patients and health care professionals Vis-a-Vis the tension between assisted suicide and suicide prevention in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; **15**: 1272.
53. Silén M, Kjellström S, Christensson L, et al. What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions. *Nurs Ethics* 2012; **19**: 501–512.
54. Robinson EM, Cage W, Erler K, et al. Structure, operation, and experience of clinical ethics consultation 2007–2013: a report from the massachusetts general hospital optimum care committee. *The Journal of Clinical Ethics* 2017; **28**: 137–152.
55. Boyle DK, Miller PA and Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. *Critical Care Nursing Quarterly* 2005; **28**: 302–316.
56. Wilkinson JP, Lysterly AD, Masenga G, et al. Ethical dilemmas in women's Health in under-resourced settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; **113**: 25–27.
57. Komesaroff PA and Kerridge IH. Ethical issues concerning the relationships between medical practitioners and the pharmaceutical industry. *Med J Aust* 2002; **176**: 118–121.
58. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, et al. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB empirical Bioethics* 2019; **10**: 113–124.
59. Rosoff PM. When religion and medicine clash: non-beneficial treatments and hope for a miracle. *HEC Forum* 2019; **31**: 119–139.
60. Edwards MP, McClement SE and Read LR. Nurses' responses to initial moral distress in long-term care. *Journal of Bioethical Inquiry* 2013; **10**: 325–336.
61. Visser M, Deliens L and Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Crit Care* 2014; **18**: 604.
62. Joseph-Williams N, Elwyn G and Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014; **94**: 291–309.
63. Karakachian A and Colbert A. Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review. *Journal of Forensic Nursing* 2019; **15**: 133–142.
64. Bruce CR, Peña A, Kusin BB, et al. An embedded model for ethics consultation: characteristics, outcomes, and challenges. *AJOB Empirical Bioethics* 2014; **5**: 8–18.
65. Au SS, Couillard P, Des Roze Ordons A, et al. Outcomes of ethics consultations in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine* 2018; **46**: 799–808.
66. Schmitz D, Groß D, Frierson C, et al. Ethics rounds: affecting ethics quality at all organisational levels. *J. Med. Ethics* 2018; **44**: 805–809.
67. Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Tanner S, et al. How to introduce medical ethics at the bedside factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC medical Ethics* 2017; **18**: 16.



Preprints are preliminary reports that have not undergone peer review.
They should not be considered conclusive, used to inform clinical practice,
or referenced by the media as validated information.

What Factors Contribute to Moral Problems in Patient Care? A Scoping Review and Case Series of Ethics Consultations at a Somatic and a Psychiatric University Hospital in Switzerland

Jan Schürmann (✉ jan.schuermann@usb.ch)

University of Basel

Stella Reiter-Theil


University of Basel

Research Article

Keywords: preventive ethics, clinical ethics, ethics support, ethics consultation, prevention, risk factor, moral conflict, psychiatry, case series, scoping review

Posted Date: February 22nd, 2022

DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1294882/v1>

License:  This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License. [Read Full License](#)

Abstract

Background

Health care professionals (HCPs) are regularly exposed to moral problems arising in patient care that may compromise quality of care. An understanding of risk factors and early indicators may help practitioners to address these problems early on. This study aims to provide an overview of moral risk factors in patient care. Risk factors known from the literature and those that have led to moral problems discussed in clinical ethics consultations (CECs) are examined. Characteristics, ethical issues and outcomes of CEC are also presented.

Methods

Scoping review on moral risk factors in patient care; CEC case series with semi-structured analysis of documentation (consultation reports, feedback forms, electronic patient records) from 204 CECs held between 2012 and 2020 at a somatic (USB) and a psychiatric (UPK) university hospital in Basel, Switzerland.

Results

Ninety-nine moral risk factors were identified from the literature referring to four risk areas: patient (41), family (12), health care professional (29) and system (17). Eighty-seven of these were documented at least once in CEC. The most prevalent factors were patient vulnerability (100%), absent or unclear hospital policies (97.1%), shift work (83.3%), inadequate understanding between patient and HCPs (73.5%), inadequate communication (66.2%), disagreement between patient and HCPs about care (58.8%), and multiple care teams (53.4%). The prevalence differs significantly depending on the medical specialty. CECs are requested as often in psychiatry as in somatic medicine. In the USB, ethical questions about life-sustaining treatment (27.8%), maternal-foetal conflicts (18.8%) and assisted reproductive technology (10.5%) are the most prevalent; in the UPK, questions about coercive measures (41.8%), risk and opportunity assessment (14.9%) and child welfare endangerment (13.4%) predominate. Overall, a consensus was almost always reached among the participants (98.5%) and the results implemented (93.9%). CECs were rated as helpful (95.0%) or partly helpful (5.0%).

Conclusions

CEC is useful in both somatic medicine and psychiatry to find consensual and helpful solutions to moral conflicts. There are highly prevalent and potent moral risk factors in all dimensions relevant in clinical care that can be used to prevent moral problems. Further empirical research is needed to create different risk profiles specific to the medical specialities.

Introduction

Clinical ethics consultation (CEC) is a well-established form of clinical ethics support (CES). In the US, 86% of all hospitals have a clinical ethics support service (CESS); 74% actively provide CEC (1). CEC is also increasingly implemented in hospitals in European countries such as Germany, the UK and Switzerland (2–4). To increase prevalence and quality of CEC, recommendations by medical associations (5, 6), professional standards (7–9), training guides and courses (10–12), certification and accreditation programmes (13–16) and tools to evaluate CEC (17–19) have been developed. There is also now some evidence for positive outcomes of CEC regarding family and healthcare professional (HCP) satisfaction, assistance with ethical decision-making, perceived impact on clinical care, moral competency and quality of communication (20–22).

Not as well established or studied are forms of preventive clinical ethics support (PCES). Unlike classic CEC, which is initiated in response to a request from stakeholders, PCES engages proactively with the aim of preventing the occurrence, continuation, or intensification of moral uncertainty, conflicts or dilemma (in short: moral problems) in patient care. Since the first conception of “preventive ethics” in the 1990s (23, 24), different approaches with various proactive interventions have been proposed, including a CES needs assessment survey (25), ethics screening (26, 27), ethics rounds (28), regular ethical case discussions (29), proactive ethics consultation (30, 31), decision aids (32) and process assessment (33). PCES assumes that moral problems in clinical care often develop gradually over time and intensify if there is no early ethical intervention. A process model distinguishing different phases of moral problems and primary, secondary and tertiary prevention has been proposed (34).

To be effective, prevention needs to be targeted at specific risk factors or early indicators. Moral risk factors can be defined as features of a situation that increase the chance of moral problems arising; early indicators show early on that a moral problem is arising. Although there are individual studies on moral risk factors in patient care, there currently is no systematic overview of highly prevalent or potent risk factors in general or related to different medical specialities. This study aims to provide such an overview based on the current state of research.

So far, CECs have rarely been used to examine moral risk factors. Some moral conflicts in patient care, presumably those that are particularly complex or burdensome, are addressed in CEC. Each situation dealt with in CEC has a risk profile that triggered one or more moral problems in that individual case. CECs are therefore suitable situations through which to study risk factors for full-blown moral problems in clinical practice. This study uses a case series to screen CECs for moral risk factors. Case series have been widely used to assess ethical issues, users, case characteristics and outcomes of CEC (35–44). As case series cannot use a control group, the relative risk for moral conflict cannot be statistically calculated. However, risk factors with a high prevalence, factors with a presumably lower prevalence in the overall population or factors previously identified in the literature may provide clues to their own relevance (45). This study aims to contribute to the development of specific, prevalent and potent moral risk factors that can be used to prevent moral conflicts in patient

care. At the same time, the study sheds light on the demographic, clinical and formal characteristics; ethical issues; and outcomes of CEC provided by our service.

Methods

Research setting

The Clinical Ethics Unit Basel in Switzerland is responsible for providing CES at the University Hospital Basel (USB), a tertiary somatic hospital with 800 beds (without paediatric and psychiatric wards), and the University Psychiatric Clinics Basel (UPK), a psychiatric hospital with 300 beds, both with in- and outpatient settings. The Basel approach is oriented towards “ethics facilitation”, conceptualising CEC as a facilitated discussion to support HCPs, patients or relatives with moral problems in patient care (8, 40). All stakeholders can request ethics support. CEC is usually attended by two trained ethics consultants (who moderate and take notes), attending physicians and nurses; occasionally, patients, relatives, legal guardians, therapists and social workers also take part. The focus of the discussion is on identifying, analysing and jointly evaluating moral problems and options with the aim of developing an ethically justified and consensual procedure. While the ethics consultants are responsible for the process and the quality of ethical justification, the responsibility for decision-making and acting remains with the clinicians and patients, respectively (46). Each CEC is documented by the ethics consultants in a report, which is filed in the electronic patient record, and a standardised feedback form is obtained from the requesting person. In addition to CEC, further ethics support is provided; this may include ethics rounds, team-internal ethical case discussions, ethics training or ethics policy development (47).

Research design

This study aims to provide an overview of moral risk factors in patient care. In addition, a comparison is made between somatic and psychiatric CECs regarding their characteristics, ethical issues and outcomes. For these purposes, a two-step procedure is used: First, a scoping review examines the evidence in the literature on moral risk factors, including a previous expert interview study by the authors (34). This is followed by a CEC case series in which CEC documentation is analysed by operationalising the identified risk factors and using codes predefined by our CES quality assessment.

Scoping review

The review follows the PRISMA extension for scoping reviews (48). A review protocol was prepared in advance. All types of publications between 1970 and 2021 in English, German and French were considered as sources of evidence. The databases PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar and BELIT were searched on 27/08/2021. A keyword search algorithm was used that combines the terms “risk factor”, “ethical issue” and “patient care”. [1] For further evaluation, publications were selected that, according to the abstract and subsequently the main text, examine moral risk factors in patient care. Further literature was obtained by the snowball method of reviewing the literature referenced in the included articles.

A data-charting form was developed, discussed and continuously updated using IBM SPSS Statistics 27. The moral risk factors found were compared, pooled, systematised and ranked. The ranking was made by analysing the frequency with which the risk factors were identified in the studies using Microsoft Excel 356 (only studies with statistical analysis were considered).

Case series

The retrospective, consecutive case series includes all case-related CECs performed and documented at the USB and UPK between August 2012 and April 2020 (n = 204); it follows the criteria of the JBI critical appraisal checklist for case series (49). Cases not sufficiently documented (according to the standardised in-house template for CEC reports) (n = 12), as well as CECs without reference to an individual case (n = 9), were excluded. Other forms of ethics support were not considered.

Standardised CEC reports, feedback forms and electronic patient records were analysed by structured content analysis (50). The highly structured CEC reports contains information on, amongst other things, the request, participants, duration, medical and social situation, patient preferences and quality of life, decisional capacity, advance directive and substitute decision-maker, guidelines and laws, main and secondary ethical issues, options, ethical analysis, conclusion, and consensus achieved in the CECs. The analysis draws on a CEC database in which the authors have recorded this information from the reports, using IBM SPSS Statistics. All reports (n = 204) were analysed and coded again to ensure coding reliability. The database categories had been previously checked, revised and extended by the authors. In particular, the risk factors identified in the literature review were operationalised and added to the code set. All items of the feedback forms, including questions on further clinical course, usefulness of CEC and documentation, response time and comments, were also included in the analysis (n = 143, response rate 70.1%). All electronic patient records available for the CEC cases (n = 177) were coded according to previously defined codes, including nationality, survival rate, surrogacy and other codes related to the identified risk factors. No patient files were available for some cases (n = 27) due to the anonymisation of reports and patients from external institutions. All data were anonymised and encrypted before analysis. Data was analysed by descriptive statistics using IBM SPSS Statistics 28.

Footnote:

[1] Search string for PubMed: ((risk factor[MeSH Terms]) AND (ethical issue[MeSH Terms]) AND (patient care[MeSH Terms]))

Results

Results from the scoping review on moral risk factors

A total of 664 records were found in the search, 541 without duplicates. Thirty-three records were excluded due to missing information. 503 records were excluded for lack of relevance, and five records were assessed as eligible. Through the snowball method, a further four eligible publications were found; accordingly, nine studies were included in the synthesis (see Fig. 1).

The results of the studies included are shown in Table 1. All but one of the studies come from the US; five focus on intensive care. Methodologically, the studies are very heterogeneous, ranging from expert panels, case studies, surveys and interview studies to validation studies for screening tools. Most of the studies carry out validation using descriptive statistics. Only Robinson et al. (2017) use a retrospective control group and analyse the data using inferential statistics. Pavlish et al. validate their results in later studies by evaluating the implementation of an Ethics Early Action Protocol (26, 51, 52).

Table 1
Results of individual sources of evidence on moral risk factors

Authors	Year	Origin	Medical specialty	Sample	Sample size	Methods	Statistical analysis	Number of risk factors	Risk areas cited
Anderson-Shaw et al. (53)	2007	USA	Emergency care	Patients	50	Analysis of electronic patient records for patients with CEC in / not in emergency care	Yes (descriptive statistics)	5	None
Epstein (54)	2012	USA	Intensive care	Patients	1	Case study; literature search	No	21	Patient/relatives/surrogates-level risk factors, Unit-level risk factors, System-level risk factors
Heyl (55)	2008	USA	Mixed	Clinical ethics committee members	not available	Risk factors defined by clinical ethics committee	No	3	None
Morgenstern (56)	2005	USA	Intensive care	Clinical ethics committee members	45	Risk factors defined by clinical ethics committee	No	12	None
Pavlish et al. (57)	2011	USA	Intensive care	Nurses	70	Survey (critical incident technique)	Yes (descriptive statistics)	36	Individual risk factors, Family risk factors, Health care professional risk factors, System/organisational/society risk factors, Multilevel risk factors
Pavlish et al. (52)	2015a	USA	Intensive care	Patients	55	Screening instrument	Yes (descriptive statistics)	21	Individual risk factors, Family risk factors, Health care team risk factors, Health care system risk factors, Multilevel risk factors
Pavlish et al. (58)	2015c	USA	Mixed	Physicians	114	Survey	Yes (descriptive statistics)	25	Interactional circumstances, Personal circumstances, System circumstances
Robinson et al. (41)	2017	USA	Intensive care	Patients	310	Analysis of electronic patient records and CEC records	Yes (inferential statistics)	5	None
Schürmann et al. (34)	2021	Switzerland	Mixed	Health care professionals	20	Expert interview and survey	Yes (descriptive statistics)	60	Patient risk factors, Family risk factors, Health care professional risk factors, Systemic risk factors

CEC: clinical ethics consultation.

Ninety-nine moral risk factors were identified, which can be assigned to four risk areas: patient (41), family (12), health care professional (29) and system (17). The grouped and ranked risk factors are shown in Table 2. The top 20 ranked risk factors are (ordered by rank, without subcategories): patient vulnerability, end-of-life situation, inadequate communication, incoherent treatment plan, different values and world views, inadequate resources, inadequate moral attitude

of HCPs, inadequate understanding of disease on the part of relatives, unnecessary suffering of the patient, lack of crucial information or evidence, disagreement among HCPs about care, overworked HCPs, disagreement between relatives and HCPs about care, disagreement among relatives about care, fear and risk behaviour (defensive medicine), unclear treatment plan among relatives, unclear or missing preferences or advance directive of the patient, challenging clinical situations, inadequate institutional framework and poor ethical climate in the team.

Table 2
Overview on moral risk factors in patient care

Risk factors*	
A. Risk area: patient	C. Risk area: health care professional
Vulnerability (1) ^{2,5,6,9}	Incoherent treatment plan (4) ^{2,3,5,6,7,9}
- lack of decisional capacity (6) ^{1,2,5,7,8,9}	- foreign language (43) ^{2,5,8,9}
- very young or old age (9) ^{2,4,5,7,8,9}	- developmentally delayed (43) ⁵
- alone (24) ^{2,5,6,7}	- underinsured (66) ⁸
- mental illness (31) ^{5,7,9}	- low socio-econ. status (68) ^{8,9}
- state of neglect (31) ^{5,7,9}	- migration background (69) ⁹
- drug dependence (39) ^{7,9}	- non-male (69) ⁹
- lack of education (39) ^{7,9}	- non-white (63) ⁸
- multimorbidity (40) ^{1,4,7,8}	
End-of-life situation (2) ^{2,4,5,6,8,9}	- lack of discussion culture (69) ⁹
Unnecessary suffering (11) ^{5,6}	- lack of moral sensitivity (Team) (69) ⁹
Unclear or missing preferences or advance directive (19) ^{1,8,9}	- climate of fear (69) ⁹
Challenging clinical situations (21) ⁹	- no common attitude (69) ⁹
- medical limits of treatment (11) ^{5,6,9}	Strong team hierarchy (24) ⁹
- maternal-foetal conflict (69) ⁹	Treatment standards not considered adequately (29) ^{5,6}
- isolated patient (69) ⁹	Avoidance of end-of-life or difficult discussions (33) ^{2,5,6}
Inadequate understanding between patient and HCP (24) ⁹	Role ambiguity (34) ⁹
Prolonged intensive therapy (34) ^{4,9}	Inadequate skills or knowledge (45) ⁹
Overburdened patient (34) ⁹	Insufficient understanding among HCP (45) ⁹
Self-harm and harm to others (34) ⁹	Emotionally involved (52) ⁷
Disagreement about care between patient and HCP (45) ^{2,3,9}	Overly aggressive (52) ⁷
Inadequate understanding of disease (patient) (45) ^{2,9}	Disagreement about evidence among HCP (55) ⁶
Imminently dying (45) ⁶	Inadequate understanding of disease (HCP) (64) ⁵
Acute renal failure (69) ⁴	Uncertainty about decisional capacity (66) ⁶
Unclear or missing CPR code (69) ⁸	Frequent HCP turnover (69) ²
Intractable pain (69) ⁴	Late or absent family meetings (69) ²
Multiple decubitus (69) ⁴	Ineffective handover (69) ²
Multiple re-admissions (69) ⁴	
Profound neurological deficit (69) ⁴	D. Risk area: system
Profound paralysis (69) ⁴	Inadequate communication (3) ^{5,6,7,9}
Prolonged artificial respiration (69) ⁴	Different values or world views (5) ^{2,5,7,9}
Recurrent aspiration pneumonia (69) ⁴	Inadequate resources (7) ^{2,5,7,9}
Repeated life-sustaining treatments (69) ⁸	Lack of crucial information or evidence (11) ^{5,9}
	Inadequate institutional framework (21) ⁹

* Ordered by rank (in brackets) within the groups.

¹ Anderson-Shaw et al. (2007); ² Epstein (2012); ³ Heyl (2008); ⁴ Morgenstern (2005); ⁵ Pavlish et al. (2011); ⁶ Pavlish et al. (2015a); ⁷ Pavlish et al. (2015c); ⁸ Robinson et al. (2017); ⁹ Schürmann et al. (2021).

Risk factors*	
	- lack of management support (52) ^{7,9} - ongoing reorganisation (69) ⁹
B. Risk area: family	- routines impeding care (69) ^{2,9} - shift work (69) ⁹
Inadequate understanding of disease (relatives) (9) ^{2,5,6,9}	Wrong incentives (24) ⁹
Disagreement about care between relatives & HCP (16) ^{2,3,5,6,9}	System promotes non-beneficial care (29) ⁵
Disagreement about care among relatives (17) ^{5,6,9}	Public pressure (34) ⁹
Unclear treatment plan among relatives (18) ^{5,6}	Inadequate legislation or standards (45) ⁹
Substitute function not fulfilled appropriately (24) ^{5,9}	Social developments or medical progress (45) ⁹
Infrequent or missing visits by relatives (42) ^{2,5,6}	Absent or unclear hospital policies (55) ^{2,6}
Lack of education among relatives (58) ⁷	Strong institutional hierarchy (57) ⁵
Low trust in HCP (58) ⁷	Multiple care teams (58) ⁵
Negative experiences (58) ⁷	
Multiple family members (58) ⁷	
Poor decision-making skills (58) ⁷	
Substitute missing or not accessible (69) ¹	
* Ordered by rank (in brackets) within the groups.	
¹ Anderson-Shaw et al. (2007); ² Epstein (2012); ³ Heyl (2008); ⁴ Morgenstern (2005); ⁵ Pavlish et al. (2011); ⁶ Pavlish et al. (2015a); ⁷ Pavlish et al. (2015c); ⁸ Robinson et al. (2017); ⁹ Schürmann et al. (2021).	

HCP: health care professionals.

Results from the CEC case series

Formal characteristics of CECs are shown in Table 3. CECs were mostly prospective (82.4%) covering a wide range of clinical fields. The requests came most frequently from the women's health clinic (21.6%), adult psychiatry (20.6%) and internal medicine (15.2%). In almost two thirds of all cases, the request for CEC was made by physicians and in almost a quarter by the nursing staff, nearly exclusively by head nurses or nursing experts. In the UPK, one fifth of the requests came from therapists, that is psychologists or social workers. Patients and relatives rarely requested a CEC (2.9%) or attended a CEC in person (9.8%). On average, a CEC had 10 [4.3] participants and lasted 69 [20–135] minutes. In the USB, almost half of the requests were urgent or very urgent, meaning consultation was requested within 48 or 24 hours, respectively.

Table 3
Formal characteristics of CEC

		Hospital			Total
		USB	UPK	External	
		n = 133 (%)	n = 67 (%)	n = 4 (%)	n = 204 (%)
Form of CEC	Prospective CEC	116 (87.2)	48 (71.6)	4 (100.0)	168 (82.4)
	Retrospective CEC	17 (12.8)	19 (28.4)	0 (0.0)	36 (17.6)
Requesting department	Women's Health Clinic	44 (33.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	44 (21.6)
	Adult Psychiatry	0 (0.0)	42 (62.7)	0 (0.0)	42 (20.6)
	Internal Medicine	31 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (15.2)
	Surgery	26 (19.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (12.7)
	Forensic Psychiatry	0 (0.0)	13 (19.4)	0 (0.0)	13 (6.4)
	Child and Adolescent Psychiatry	0 (0.0)	11 (16.4)	0 (0.0)	11 (5.4)
	Intensive Care Unit (MICU/SICU)	10 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.9)
	Neurology or Neurosurgery	5 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)
	Acute Geriatrics	5 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)
	Emergency Department	4 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.9)
	Other	8 (6.0)	1 (1.5)	4 (100.0)	13 (6.4)
Requesting profession	Physician	91 (68.4)	32 (47.8)	3 (75.0)	126 (61.8)
	Nurse	33 (24.8)	14 (20.9)	0 (0.0)	47 (23.0)
	Therapist	0 (0.0)	14 (20.9)	1 (25.0)	15 (7.4)
	Patient or Relative	4 (3.0)	2 (3.0)	0 (0.0)	6 (2.9)
	Social worker	1 (0.8)	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (1.0)
Other	4 (3.0)	4 (6.0)	0 (0.0)	8 (3.9)	
Number of participants [M (SD)]		10.0 [4.0]	10.3 [5.0]	5.3 [2.2]	10.0 [4.3]
Duration [min (Range)]		64 min [20–105]	77 min [30–135]	84 min [60–130]	69 min [20–135]
Urgency	normal	70 (52.6)	67 (100.0)	4 (100.0)	141 (69.1)
	urgent	25 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (12.3)
	very urgent	38 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (18.6)

CEC: clinical ethics consultation; MICU: medical intensive care unit; SICU: surgical intensive care unit.

Demographic and clinical characteristics of the patients whose cases were discussed in CEC are shown in Table 4. There is a slight preponderance of female patients (58.3%). The mean age is 48.7 years, with three quarters being between 19 and 69 years old. On average, patients from the UPK are more than ten years younger than patients from the USB. Two thirds of the patients are Swiss, and only one in ten is non-European. Overall, the patients suffer most often from mental illness (32.4%); most prevalent in USB patients are pregnancy-related disorders (18.8%), malignant neoplasms (15.0%) and neurological diseases (13.5%). The prognosis regarding the main disease with treatment is poor for almost a third of all patients, intermediate for a quarter, and terminal for one in ten. Of the USB patients, almost one fifth died in hospital and almost one third within six months of discharge. Less than half of all patients had decisional capacity regarding treatment decisions, according to the assessment of the HCPs participating in the CEC. Patients lacked decisional capacity in 28.4% of all cases; in 8.3%, capacity fluctuated. For two thirds of UPK patients, decisional capacity was either not given (29.9%), fluctuating (7.5%) or unclear (31.3%). Only 12.8% of all patients had an advance directive; slightly more did so in the USB (17.4%). Of all patients, 37.9% had a defined substitute decision-maker; in the UPK, almost half of the patients did.

Table 4
Demographic and clinical characteristics of patients discussed in CEC

		Hospital			Total
		USB	UPK	External	
		n = 133 (%)	n = 67 (%)	n = 4 (%)	n = 204 (%)
Sex	Female	80 (60.2)	38 (56.7)	1 (25.0)	119 (58.3)
	Male	53 (39.8)	29 (43.3)	3 (75.0)	85 (41.7)
Age	Mean [Range]	52,4 y [10–93]	39,9 y [0–90]	68,8 y [52–84]	48,7 y [0–93]
	≤ 1 year	0 (0.0)	2 (3.0)	0 (0.0)	2 (1.0)
	2–18 years	2 (1.5)	11 (16.7)	0 (0.0)	13 (6.4)
	19–49 years	63 (47.4)	27 (40.9)	0 (0.0)	90 (44.3)
	50–69 years	37 (27.8)	22 (33.3)	2 (50.0)	61 (30.0)
	≥ 70 years	31 (23.3)	4 (6.1)	2 (50.0)	37 (18.2)
Nationality	Central Europe	93 (72.1)	58 (86.6)	4 (100.0)	155 (77.5)
	- Switzerland	75 (58.1)	56 (83.6)	4 (100.0)	135 (67.5)
	Western Europe	5 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)
	Eastern Europe	2 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)
	Southern Europe	5 (3.9)	3 (4.5)	0 (0.0)	8 (4.0)
	Southeast Europe	6 (4.7)	2 (3.0)	0 (0.0)	8 (4.0)
	Asia	16 (12.4)	3 (4.5)	0 (0.0)	19 (9.5)
	Africa	2 (1.6)	1 (1.5)	0 (0.0)	3 (1.5)
Insurance status	insured	131 (98.5)	67 (100.0)	4 (100.0)	202 (99.0)
	uninsured	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)
Main diagnosis	Mental disorder	8 (6.0)	56 (83.6)	2 (50.0)	66 (32.4)
	Pregnancy-related disorder ¹	25 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (12.3)
	Malignant neoplasm	20 (15.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	22 (10.8)
	Neurological disease	18 (13.5)	3 (4.5)	0 (0.0)	21 (10.3)
	Pulmonary disease	12 (9.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (5.9)
	Cardiovascular disease	10 (7.5)	2 (3.0)	0 (0.0)	12 (5.9)
	Metabolic disease	5 (3.8)	4 (6.0)	0 (0.0)	9 (4.4)
	Genitourinary disease	8 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (3.9)
	Gastrointestinal disease	6 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.9)
	Congenital or genetic disease	6 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.9)
	Multiple organ dysfunction syndrome	4 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.0)
	Other	9 (6.8)	1 (1.5)	0 (0.0)	10 (4.9)
	None	2 (1.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	3 (1.5)
Prognosis	good	28 (21.5)	10 (15.4)	0 (0.0)	38 (19.2)
	intermediate	39 (30.0)	15 (23.1)	0 (0.0)	54 (27.3)
	poor	40 (30.8)	23 (35.4)	2 (66.7)	65 (32.8)
	terminal	17 (13.1)	3 (4.6)	0 (0.0)	20 (10.1)
	unclear	6 (4.6)	14 (21.5)	1 (33.3)	21 (10.6)
Survival	survived up to discharge	105 (80.8)	66 (98.5)	4 (100.0)	175 (87.1)
	died in hospital	25 (19.2)	1 (1.5)	0 (0.0)	26 (12.9)

¹Including patients with a desire to terminate pregnancy.

		Hospital			Total
Six-month survival	survived up to 6 months after discharge	85 (68.0)	61 (93.8)	4 (100.0)	150 (77.3)
	died within 6 months after discharge	40 (32.0)	4 (6.2)	0 (0.0)	44 (22.7)
Decisional capacity	given	75 (56.4)	21 (31.3)	2 (50.0)	98 (48.0)
	not given	37 (27.8)	20 (29.9)	1 (25.0)	58 (28.4)
	fluctuating	11 (8.3)	5 (7.5)	1 (25.0)	17 (8.3)
	unclear	10 (7.5)	21 (31.3)	0 (0.0)	31 (15.2)
Advance directive		23 (17.4)	3 (4.5)	0 (0.0)	26 (12.8)
Substitute decision-maker		43 (32.6)	33 (49.3)	1 (25.0)	77 (37.9)
¹ Including patients with a desire to terminate pregnancy.					

CEC: clinical ethics consultation.

Table 5 shows the main ethical issues discussed in the CEC, covering a wide range of topics. Overall, the most common ethical issues refer to life-sustaining treatment (including resuscitation and artificial nutrition and hydration) (19.6%), followed by coercive measures (16.7%), maternal-foetal conflicts (12.3%), goals of care or risk-benefit assessment (8.3%) and assisted reproductive technology (6.9%). While in the USB the three most prevalent topics are life-sustaining treatment (27.8%), maternal-foetal conflicts (18.8%) and assisted reproductive technology (10.5%), in the UPK, the top issues are coercive measures (41.8%), goals of care or risk-benefit assessment (14.9%) and child welfare endangerment (13.4%). In both hospitals, the top three issues are followed by the issue patient behaviour, that is, how to deal with demanding, non-adherent, substance-abusing, aggressive or self-harming patients (6.0% and 7.5% in the USB and UPK, respectively). In addition to the main ethical issue in each case, further issues were included in the analysis if they were explicitly documented (and discussed) as such. Most prevalent secondary ethical issues refer to life-sustaining treatment (11.3%), admission or discharge planning (7.8%) and a substitute decision-maker (5.9%).

Table 5
Main ethical issues in CEC

Main ethical issue*	Hospital			Total n = 204 (%)
	USB	UPK	External	
	n = 133 (%)	n = 67 (%)	n = 4 (%)	
Treatment Decision Making	37 (27.8)	47 (70.1)	1 (25.0)	85 (41.7)
Coercive measures	6 (4.5)	28 (41.8)	0 (0.0)	34 (16.7)
Goals of care or risk-benefit assessment	7 (5.3)	10 (14.9)	0 (0.0)	17 (8.3)
Patient behaviour	8 (6.0)	5 (7.5)	0 (0.0)	13 (6.4)
Pain or suffering	4 (3.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	5 (2.5)
Informed consent or shared decision-making	4 (3.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	5 (2.5)
Patient wishes	4 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.0)
Admission or discharge planning	2 (1.5)	2 (3.0)	0 (0.0)	4 (2.0)
Organ or tissue transplants	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)
Communication	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
End-of-Life Decisions	38 (28.6)	4 (6.0)	1 (25.0)	43 (21.0)
Life-sustaining treatment ¹	37 (27.8)	3 (4.5)	0 (0.0)	40 (19.6)
Assistance in dying	1 (0.8)	1 (1.5)	1 (25.0)	3 (1.5)
Reproductive Decisions	41 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	41 (20.1)
Maternal-foetal conflict	25 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (12.3)
Assisted reproductive technology ²	14 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (6.9)
Gestational surrogacy	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
Sterilisation	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
Professionalism and Organisational Issues	8 (6.0)	11 (16.4)	1 (25.0)	20 (9.8)
Child welfare endangerment	0 (0.0)	9 (13.4)	0 (0.0)	9 (4.4)
Care management	4 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.0)
Resource allocation	3 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.5)
Medical mistakes	1 (0.8)	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (1.0)
Conflict of interest	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (0.5)
Human resources	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
Substitute Decision Making	9 (6.8)	4 (6.0)	1 (25.0)	14 (6.9)
Advance directive or advance care planning	3 (2.3)	2 (3.0)	0 (0.0)	5 (2.5)
Decisional capacity	1 (0.8)	1 (1.5)	1 (25.0)	3 (1.5)
Presumed patient will	3 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.5)
Substitute decision-maker	2 (1.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	3 (1.5)
Other	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
* Ordered by overall prevalence within the groups.				
¹ Including resuscitation and artificial nutrition or hydration.				
² Including preimplantation genetic testing.				

Evaluation and outcomes of the CECs are shown in Table 6. In almost all cases, the CEC participants reached a consensus (98.5%), often one that did not exist before (94.1%). According to the requestor's description of the further clinical course, the results of the CEC were implemented in all cases, except in the rare cases in which the patient was transferred or died. CECs were rated as helpful (95.0%) or partly helpful (5.0%) by all requestors. CEC was often assessed as helpful for the care team (79.8%) and the requesting person (60.3%) but less often for the patient (38.2%). Interdisciplinarity (86.5%), ethical analysis (80.2%),

structured discussion (67.5%) and shared decision-making (63.2%) were perceived, more often than not, as helpful. More than half also found the clarification of further procedures (57.6%) and legal foundations (54.0%) helpful. The CEC was less often seen as helpful in achieving educational goals such as promoting ethical competence (36.1%) or developing one's own attitude (21.3%). In almost all cases, the report was rated as helpful (97.0%) or partly helpful (1.5%). According to the requestors' assessment, the CESS responded in a timely manner in all cases. The CEC was carried out on time in all cases, with one exception due to a delay in finding an appointment within the care team.

Table 6
Evaluation and outcomes of CEC

		Hospital			Total n (%)
		USB	UPK	External	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consensus (n = 204)	yes	132 (99.2)	65 (97.0)	4 (100.0)	201 (98.5)
	no	1 (0.8)	2 (3.0)	0 (0.0)	3 (1.5)
New consensus (n = 204)	yes	125 (94.0)	63 (94.0)	4 (100.0)	192 (94.1)
	no	8 (6.0)	4 (6.0)	0 (0.0)	12 (5.9)
CEC results implemented (n = 143)	yes	77 (92.8)	29 (96.7)	1 (100.0)	107 (93.9)
	patient discharged before	4 (4.8)	1 (3.3)	0 (0.0)	5 (4.4)
	patient died before	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)
	in progress	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)
	not available	20	9	0	29
Helpfulness CEC (n = 143)	yes	97 (97.0)	35 (89.7)	1 (100.0)	133 (95.0)
	yes, partially	3 (3.0)	4 (10.3)	0 (0.0)	7 (5.0)
	not available	3	0	0	3
Helpfulness CEC report (n = 143)	yes	91 (95.8)	36 (100.0)	1 (100.0)	128 (97.0)
	yes, partially	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.5)
	no	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.5)
	not available	8	3	0	11
CESS response quick enough? (n = 72) ¹	yes	58 (100.0)	13 (100.0)	1 (100.0)	72 (100.0)
	no	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	not available	0	0	0	0
CEC held within reasonable time? (n = 72) ¹	yes	57 (98.3)	13 (100.0)	1 (100.0)	71 (98.6)
	no	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
	not available	0	0	0	0
¹ This item was added to the feedback form at a later stage.					
CEC: clinical ethics consultation; CESS: clinical ethics support service.					

Table 7 shows the prevalence of risk factors for moral conflicts discussed in CECs. Listed are risk factors with a prevalence of $\geq 25\%$ overall or in at least one medical specialty (emergency or intensive care, internal medicine, surgery, women's health, psychiatry or other).

Overall, there is a high prevalence ($\geq 50\%$) for risk factors vulnerability (100%), absent or unclear hospital policies (97.1%), inadequate institutional framework (shift work) (83.3%), inadequate understanding between patient and HCPs (73.5%), inadequate communication (66.2%), multimorbidity (66.2%), disagreement between patients and HCPs about care (58.8%), non-male patient (58.3%), multiple care teams (53.4%) and mental illness (50.5%). Additionally, in all specialties specific risk factors are highly prevalent ($\geq 50\%$). In emergency or intensive care, the highly prevalent risk factors are unclear or missing patient preferences or AD (71.4%), lack of decisional capacity (71.4%), end-of-life situation (57.1%) and multiple readmissions (50.0%). In internal medicine, the highly prevalent risk factors are multiple readmissions (72.2%), lack of decisional capacity (61.1%) and low socio-economic status (52.8%). In psychiatry, they are CPR code unclear or missing (86.4%), self-harm and harm to others (74.2%), inadequate understanding of disease on the part of the patient (71.2%), low socio-economic status (68.2%), involuntary treatment (65.2%), uncertainty about decisional capacity (53.0%) and unclear or missing patient preferences or AD (53.0%). In surgery, they are unclear or missing patient preferences or AD (63.3%) and multiple readmissions (50.0%). In women's health, they are migration background (56.8%, and maternal-foetal conflict (54.5%).

From the top 20 ranked risk factors in the literature (without subcategories), ten were moderately (25–49%) or highly ($\geq 50\%$) prevalent overall or in specific specialties. Risk factors with a low prevalence include disagreement among relatives about care (13.7%), different values or world views (13.2%), inadequate resources (13.2%), lack of crucial information or evidence (12.3%), unnecessary suffering (8.8%), unclear treatment plan among relatives (4.9%), fear and risk behaviour (defensive medicine) (3.4%), poor ethical climate in the team (1.5%) and overworked HCPs (1.5%). Inadequate moral attitude was not reported in CEC documentation. On average, 18 risk factors are prevalent in each CEC ($M = 18.2$ (4–32)).

Table 7
Prevalence of moral risk factors in CEC ($\geq 25\%$)

Risk factor*	Medical specialty						Total
	Emergency or intensive care	Internal Medicine	Surgery	Women's Health	Psychiatry	Other	
	n = 14 (%)	n = 36 (%)	n = 30 (%)	n = 44 (%)	n = 66 (%)	n = 14 (%)	
Risk area: patient							
Vulnerability	14 (100.0)	36 (100.0)	30 (100.0)	44 (100.0)	66 (100.0)	14 (100.0)	204 (100.0)
- Multimorbidity	11 (78.6)	33 (91.7)	23 (76.7)	9 (20.5)	46 (69.7)	13 (92.9)	135 (66.2)
- Non-male	8 (57.1)	12 (33.3)	12 (40.0)	43 (97.7)	37 (56.1)	7 (50.0)	119 (58.3)
- Mental illness	6 (42.9)	16 (44.4)	8 (26.7)	4 (9.1)	63 (95.5)	6 (42.9)	103 (50.5)
- Low socio-economic status	3 (21.4)	19 (52.8)	7 (23.3)	9 (20.5)	45 (68.2)	4 (28.6)	87 (42.6)
- Lack of decisional capacity	10 (71.4)	22 (61.1)	12 (40.0)	2 (4.5)	26 (39.4)	4 (28.6)	76 (37.3)
- Migration background	2 (14.3)	12 (33.3)	12 (40.0)	25 (56.8)	20 (30.3)	4 (28.6)	75 (36.8)
- Very young or old age	5 (35.7)	11 (30.6)	10 (33.3)	2 (4.5)	17 (25.8)	6 (42.9)	51 (25.0)
- Drug dependence	3 (21.4)	13 (36.1)	2 (6.7)	1 (2.3)	30 (45.5)	1 (7.1)	50 (24.5)
- Lack of education (patient)	0 (0.0)	5 (13.9)	2 (6.7)	2 (4.5)	17 (25.8)	1 (7.1)	27 (13.2)
- Alone	4 (28.6)	4 (11.1)	2 (6.7)	0 (0.0)	6 (9.1)	1 (7.1)	17 (8.3)
Inadequate understanding PAT-HCP	12 (85.7)	29 (80.6)	25 (83.3)	17 (38.6)	60 (90.9)	7 (50.0)	150 (73.5)
Disagreement about care PAT-HCP	3 (21.4)	17 (47.2)	17 (56.7)	26 (59.1)	52 (78.8)	5 (35.7)	120 (58.8)
Unclear or missing preferences / AD	10 (71.4)	22 (61.1)	19 (63.3)	9 (20.5)	35 (53.0)	6 (42.9)	101 (49.5)
Challenging clinical situation	4 (28.6)	14 (38.9)	8 (26.7)	24 (54.5)	43 (65.2)	2 (14.3)	95 (46.6)
- Involuntary treatment	2 (14.3)	5 (13.9)	2 (6.7)	1 (2.3)	43 (65.2)	0 (0.0)	53 (26.0)
- Maternal-foetal conflict	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	24 (54.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (12.3)
Multiple re-admissions	7 (50.0)	26 (72.2)	15 (50.0)	9 (20.5)	29 (43.9)	6 (42.9)	92 (45.1)
Inadequate disease understanding	1 (7.1)	16 (44.4)	10 (33.3)	14 (31.8)	47 (71.2)	2 (14.3)	90 (44.1)
Unclear or missing CPR code	4 (28.6)	1 (2.8)	8 (26.7)	7 (15.9)	57 (86.4)	4 (28.6)	81 (39.7)
Self-harm and harm to others	3 (21.4)	13 (36.1)	6 (20.0)	2 (4.5)	49 (74.2)	1 (7.1)	74 (36.3)
End-of-life situation	8 (57.1)	16 (44.4)	11 (36.7)	4 (9.1)	5 (7.6)	5 (35.7)	49 (24.0)
Profound neurological deficit	4 (28.6)	13 (36.1)	5 (16.7)	1 (2.3)	6 (9.1)	1 (7.1)	30 (14.7)
Acute renal failure	4 (28.6)	13 (36.1)	7 (23.3)	0 (0.0)	1 (1.5)	2 (14.3)	27 (13.2)
Repeated life-sustaining treatments	5 (35.7)	10 (27.8)	1 (3.3)	1 (2.3)	4 (6.1)	1 (7.1)	22 (10.8)
Recurrent aspiration pneumonia	3 (21.4)	10 (27.8)	4 (13.3)	0 (0.0)	3 (4.5)	0 (0.0)	20 (9.9)
Prolonged artificial respiration	4 (28.6)	4 (11.1)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.9)
Risk area: family							
Disagreement about care REL-HCP	6 (42.9)	11 (30.6)	8 (26.7)	15 (34.1)	16 (24.2)	2 (14.3)	58 (28.4)
Infrequent or missing visits	2 (14.3)	7 (19.4)	3 (10.0)	1 (2.3)	29 (43.9)	4 (28.6)	46 (22.5)
Multiple family members	4 (28.6)	11 (30.6)	12 (40.0)	5 (11.4)	11 (16.7)	2 (14.3)	45 (22.1)

* Ordered by overall prevalence within the groups.

AD: advance directive; HCP: health care professionals; PAT: patient; REL: relatives.

Risk factor*	Medical specialty						Total
	Emergency or intensive care	Internal Medicine	Surgery	Women's Health	Psychiatry	Other	
	n = 14 (%)	n = 36 (%)	n = 30 (%)	n = 44 (%)	n = 66 (%)	n = 14 (%)	
Inadequate disease understanding	5 (35.7)	8 (22.2)	5 (16.7)	10 (22.7)	10 (15.2)	1 (7.1)	39 (19.1)
Substitute function not fulfilled	6 (42.9)	10 (27.8)	9 (30.0)	1 (2.3)	11 (16.7)	1 (7.1)	38 (18.6)
Substitute missing or not accessible	4 (28.6)	8 (22.2)	3 (10.0)	0 (0.0)	14 (21.2)	0 (0.0)	29 (14.2)
Risk area: health care professional							
Uncertainty about capacity	6 (42.9)	17 (47.2)	5 (16.7)	4 (9.1)	35 (53.0)	4 (28.6)	71 (34.8)
Disagreement about care HCP	2 (14.3)	13 (36.1)	8 (26.7)	7 (15.9)	25 (37.9)	3 (21.4)	58 (28.4)
Incoherent treatment plan	2 (14.3)	14 (38.9)	12 (40.0)	4 (9.1)	9 (13.6)	3 (21.4)	44 (21.6)
Insufficient understanding HCP	2 (14.3)	12 (33.3)	6 (20.0)	6 (13.6)	14 (21.2)	2 (14.3)	42 (20.6)
Risk area: system							
Absent or unclear hospital policies	13 (92.9)	36 (100.0)	27 (90.0)	44 (100.0)	65 (98.5)	13 (92.9)	198 (97.1)
Inadequate institutional framework	14 (100.0)	35 (97.2)	30 (100.0)	29 (65.9)	52 (78.8)	10 (71.4)	170 (83.3)
- Shift work	14 (100.0)	35 (97.2)	30 (100.0)	29 (65.9)	52 (78.8)	10 (71.4)	170 (83.3)
Inadequate communication	8 (57.1)	25 (69.4)	21 (70.0)	15 (34.1)	57 (86.4)	9 (64.3)	135 (66.2)
Multiple care teams	9 (64.3)	24 (66.7)	19 (63.3)	30 (68.2)	22 (33.3)	5 (35.7)	109 (53.4)
* Ordered by overall prevalence within the groups.							
AD: advance directive; HCP: health care professionals; PAT: patient; REL: relatives.							

Discussion

Characteristics, ethical issues and outcomes of CEC

The institutional setting of this study, with an integrated CESS responsible for both a somatic and a psychiatric university hospital, is unusual and explains some of the results. It allows for a comparison between somatic and psychiatric CECs provided using the same approach. Thus, the study sheds light on the specific characteristics of CEC in psychiatry, which is still poorly studied (59–61). To enable comparison with international studies, results on USB-CECs will be discussed separately first.

Overall, the formal characteristics and demographic and clinical features of the patient population, as well as the main ethical issues of USB-CECs, are comparable to those of corresponding studies in the US (35–39, 41, 43, 44). However, there are some striking differences. A comparatively large share of CEC requests in the USB come from the women's health clinic and, accordingly, deal with ethical issues in maternal-foetal conflicts and assisted reproductive technologies. In the US studies, these topics rarely occur in CEC (36, 39, 43) or are not separately reported (35, 37, 38, 41, 44). According to Swiss law, to obtain a late abortion (after the 12th week of pregnancy), a pregnant woman who is not somatically at serious risk must claim severe mental distress comprehensible to the physician. The concept of severe mental distress allows considerable scope for interpretation and confronts HCPs with difficult decisions that are prepared for in CECs. Preimplantation genetic testing legally presupposes the risk of an embryo with a genetic predisposition for a severe disease. This raises the normative question of what is meant by "severe disease". In Switzerland, moreover, providers are legally obliged to prove to the health authorities that an individual ethical assessment was made, which is ensured by CEC at the USB. An in-depth analysis of this issue has been carried out by Muggli et al. (62).

Another distinctive feature is that relatively few requests for USB-CEC come from the ICU, compared to 32–55% in the US studies reviewed. Accordingly, the issue of life-sustaining treatment is not as prevalent as in many of those studies (35–38). This probably also explains why the prognosis, survival rate and decisional capacity of patients in USB-CECs are better on average than in the US studies (35, 41). Low numbers of ICU requests can be attributed to the fact that at the ICU ward, weekly team-internal ethical case discussions have been established in close collaboration with the CESS as a preventive approach to ethical decision-making. Most moral questions can be adequately answered within these case discussions – only particularly complex or burdensome cases lead to a CEC (29).

The issue of coercive measures, such as commitment, restraint or treatment against the patient's will or resistance, is no longer as prevalent in USB-CECs as it was in a previous study (40). However, it still seems to arise more often than in the US; none of the reviewed studies lists coercion as a separate ethical issue.

In Switzerland, coercive measures are explicitly regulated at the federal level for mentally ill persons but not for patients in acute somatic hospitals, which explains the need for normative orientation. Coercive measures always involve a conflict of principles requiring careful ethical consideration, as in a CEC. An in-depth analysis of this issue in our CECs can be found in Montaguti et al. (63).

Although the proportion of patients with low socio-economic status (i.e. dependent on social welfare) or migration background in our study is quite high (over a third each), almost none are uninsured. In contrast, Robinson et al. report that more than one fifth of patients in CECs are un- or underinsured, significantly more than non-CEC patients (41). This difference can be attributed to the inclusive health insurance law in Switzerland and explains why ethical questions about access to health care are rarely addressed in our CECs. Surprisingly, this issue does not seem to play a more prominent role in CECs in the US either, although CEC could contribute to clarifying such issues (64–66).

Looking more closely at CEC in the UPK, half as many CECs were requested as in the USB, which roughly corresponds to the ratio of beds in the two institutions. It can therefore be assumed that there is a similar demand for CEC in psychiatry and in the somatic specialties. Not surprisingly, patients in UPK-CECs suffer mainly from mental disorders; terminal illness (leading to death in a short time) is rare. Prognosis and decisional capacity are comparatively often unclear in these cases, and advance directives are almost never available. Although every second patient has a substitute decision-maker, he/she is not authorised to make decisions regarding the treatment of mental disorders in the event of incapacity. According to Swiss law, substitute decision-makers may only consent to or refuse treatment for somatic disorders. In the USB, family members are legally assigned the role of substitute decision-makers in the event of incapacity, provided there is no advance directive. In the UPK, on the other hand, the attending physician must decide on psychiatric treatment in the event of incapacity – even against the patient's wishes, where appropriate. Accordingly, decision-making in psychiatry often is complicated by uncertainty regarding prognosis and decisional capacity and, at the same time, related to a greater decision-making responsibility of the physician.

Regarding the main ethical issues discussed, institution-specific themes become visible. The three most prevalent ethical issues in USB-CECs – life-sustaining treatment, maternal-foetal conflicts and assisted reproductive technology – arise in relation to the specialised services offered by the USB; they do not (or only rarely) arise in the UPK. The high prevalence of coercive measures in UPK-CECs is hardly surprising in view of previous studies on ethical issues in psychiatry (60, 63, 67). Other issues arising comparatively frequently are goals of care or risk-benefit assessment relating to controversial or potentially harmful treatments such as anti-androgenic treatment of sex offenders or medication-assisted treatment for patients with opioid dependence. Ethical questions on child welfare endangerment specific to child and adolescent psychiatry – for example, whether a child's well-being is in such danger that action (e.g. reporting to the authorities) is ethically justified or even required – have not yet been reported in studies on CEC.

The outcome variables examined show very good results in terms of reaching consensus among participants in CEC, implementation of CEC results, user experience (helpfulness) with CEC and response time of CESS in both hospitals. With regard to reaching consensus and helpfulness, the results are above average in international comparison (20, 21). To the authors' knowledge, the variables implementation and response time are investigated quantitatively here for the first time. Overall, the results indicate a high quality of CECs provided in both hospitals.

Moral risk factors

The scoping review reveals a wide range of moral risk factors in all dimensions relevant to clinical care: patient, family, providers, system. All four areas contain risk factors that are particularly frequent, according to the studies reviewed. Many of the common risk factors are also known as factors for moral distress in HCPs, which is an indication of their potency in clinical practice (68). Our earlier study gives some evidence that the most frequent risk factors are also potent (34): The 13 factors rated as moderately to strongly effective in the earlier study are also among the 20 most prevalent risk factors identified in the present review. These 13 factors are inadequate communication, disagreement among HCPs about care, disagreement between relatives and HCPs about care, vulnerability, different values or world views, inadequate understanding of disease on the part of relatives, incoherent treatment plan, lack of crucial information or evidence, disagreement among relatives about care, unclear treatment plan among relatives, unnecessary suffering, unclear or missing preferences or advance directive, end-of-life situation. These may, thus, be described as critical risk factors that are very likely to trigger moral problems.

Not all moral problems lead to CECs. The risk factors prevalent in CEC are only a subset of the factors that trigger moral problems. Half of the top 20 ranked moral risk factors in the literature are also moderately to highly prevalent in CECs. All patients in CECs are vulnerable and therefore at risk for undertreatment (69). The patients particularly often are multimorbid, non-male, mentally ill, lack decisional capacity or have a low socio-economic status. As with all patient-related risk factors, there are considerable differences between the individual medical specialties, as they care for different patient populations. Lack of decisional capacity is a particularly potent vulnerability risk factor according to our previous study (34). It immediately raises ethical questions regarding, for example, the validity of advance directives, the proper role of the substitute decision-maker, or the presumed will or best interest of the patient.

In contrast, the highly prevalent risk factor of shift work of the HCPs seems to be of little significance as it applies to all inpatient situations in the hospital. However, excessive shift work has been shown to have a negative impact on quality of care, patient safety and general health of HCPs (70). It may therefore play a role as an indirect risk factor for moral problems. In our sample, however, there is little evidence of excessive shift work, especially since related factors such as inadequate resources, overworked HCPs or lack of management support are not highly prevalent.

Inadequate communication in general and inadequate understanding between patient and HCPs are highly prevalent risk factors documented in our CECs. Absent, incomplete, incomprehensible, inaccurate or insensitive communication is well known as a reason for conflicts between HCPs, patients and relatives (71, 72). Inadequate communication may be morally significant in several ways, either by infringing patient rights or professional standards or by concealing, delaying or wrongly suggesting value conflicts. Inadequate understanding between patient and HCPs, often the consequence of inadequate communication, prevents key ethical standards such as informed consent, shared decision-making or advance care planning, from being met. Inadequate communication is, according to our previous study, the most potent risk factor, making it a highly prevalent and potent factor for moral problems leading to CECs.

The risk factor disagreement between patient and HCPs about care is also highly prevalent and presumably also potent. Persistent disagreement between patient and HCPs inevitably leads to moral conflicts unless one party withdraws from the situation. In CECs in emergency and intensive care, this risk factor is less prevalent, as many of these patients are no longer capable of communication. Accordingly, disagreement between relatives and HCPs and other family-related risk factors are more prevalent in these situations and are just as likely to lead to moral conflicts. Disagreements between relatives and HCPs were found, in our previous study, to be highly potent, as were disagreements among HCPs (34). Persistent disagreement about care thus seems to be a highly prevalent and potent factor for moral problems leading to CEC. Figure 2 presents an overview of highly prevalent and (according to our previous study) potent risk factors in the various medical specialties.

Also highly prevalent is the risk factor absent or lacking hospital policies, which is not recognised in the literature as a common factor. Regarding the ethical issues in our CECs, there are hardly any specific institutional policies that could have been consulted. Although there are ethics guidelines on various topics available at the national level, they are often not specific enough to be considered helpful in individual cases. During the observation period, institutional policies have been developed by the CESS on ethically relevant topics such as CPR decisions, assisted suicide or patient violence. Developing such policies is considered to be a useful measure to prevent moral conflicts (34).

Some common risk factors identified in the literature, such as different values and world views, inadequate resources, inadequate moral attitude and unnecessary suffering, are less prevalent in our CECs. This is probably due to several reasons. There may be methodological reasons in the case of different values and world views and inadequate moral attitude. These were coded only if the documentation explicitly referred to different social, cultural, religious or metaphysical value contexts or inadequate moral attitudes such as lack of moral sensitivity, commitment or fairness. Due to the high proportion of patients with a migration background (36.8%), it can be assumed that different value contexts were de facto more prevalent than indicated (13.2%). Inadequate moral attitudes are probably not documented because CEC usually does not include an ethical assessment of character. Inadequate resources such as time, money, personnel or services are documented in 13.2% of our CECs. Rationing in health care, or withholding medically indicated services for reasons of cost or scarcity, has been reported to a considerable extent for Switzerland (69, 73). However, minor cases of inadequate resources or rationing in everyday clinical practice may not lead to requests for CEC. Unnecessary suffering, that is suffering that could be successfully treated, is problematic from an ethical perspective, assuming that every patient has a moral right to appropriate symptom control (74). Undertreatment of pain still is a problem in Western European hospitals: about 10% of postsurgical patients in Germany and Austria retrospectively report having desired more pain treatment than they received (75). Pain and palliative care services can probably deal with such cases successfully if they are involved. CEC may only be requested in cases of greater moral complexity, such as when substitute decision-makers refuse analgesics or patients are suffering from opioid dependency.

Limitations

The results of our study are limited regarding validity and generalisability due to the absence of a control group and the specific setting of the study. Also, the number of cases in the different medical specialties is relatively small and does not allow statistical analysis on different risk profiles. The results are therefore primarily suitable for generating reasonable hypotheses about moral risk factors that need to be tested by further research. Case series are susceptible to several biases, especially selection bias and measurement bias. Since all sufficiently documented case-related CECs were included in the series, selection bias seems to be negligible. However, it must be kept in mind that only a – presumably small – proportion of moral problems in patient care leads to CEC. Since the request for CEC depends on various parameters independent of the moral problem, including availability and range of CES, knowledge and attitude of HCPs about CES, and the moral sensibility, competence or resilience of HCPs, it cannot be presupposed that CECs accurately reflect the content and prevalence of moral problems in the institution. The risk of measurement bias is reduced, as this study uses highly standardised report templates and feedback forms. However, some moral risk factors from the literature have not been systematically captured and are difficult to operationalise. This may have led to an underestimation of the prevalence of these risk factors.

Conclusions

Our study shows that CEC is useful in both somatic medicine and psychiatry to find consensual and helpful solutions to moral conflicts. While the need for CEC in psychiatry is proportionally similar to that in somatic medicine, the thematic focus is different. In psychiatry, ethical questions about coercive measures, risk and benefit assessments of potentially harmful side effects of psychiatric treatments, and child welfare endangerment are most prevalent in CEC. Ethical decision-making tends to be complex due to greater uncertainty about the patient's prognosis and decision-making capacity and greater decision-making responsibility on the part of the physician. In the USB, ethical issues in maternal-foetal conflicts and in relation to assisted reproductive technologies are comparatively often discussed in CEC, alongside decisions on life-sustaining measures and a variety of other issues, most of them familiar from other studies. Effective preventive interventions, such as the weekly team-internal ethical case discussions on the USB ICU ward, may lead to an increase of CES, including the team-internal approach, but a decrease in the request for formal CEC.

There is a wide range of moral risk factors in all dimensions relevant to clinical care. Regarding the patient, patient vulnerability, end-of-life situations, unnecessary suffering (due to suboptimal pain treatment) and unclear or missing information about patient preferences or advance directives are the most prevalent risk factors. In relation to patients' families, it is a lack of understanding of the disease, disagreement with HCPs or each other, and unclear treatment plans. Concerning HCPs, incoherent treatment plans, inadequate moral attitude, disagreement with each other and overwork are the most common factors promoting moral conflicts. Systemic risk factors include inadequate communication, divergent values or world views among those involved, inadequate resources and lack of crucial information or evidence. Most of these moral risk factors can be found in cases discussed in CEC. As not all moral problems lead to CEC, not all risk factors are as prevalent as the literature suggests. Highly prevalent and – according to our previous study – potent in CEC are the following risk factors: vulnerability, inadequate understanding between patient and HCP, inadequate communication and disagreement about care between patients and HCPs. Our analysis reveals that almost all risk factors are specific in that they are not equally prevalent or – presumably – potent in all medical specialties. We have presented a preliminary overview of the risk factors specific to various medical specialties. Further empirical research is needed to validate our results

and create different discipline-specific risk profiles. Such risk profiles will enhance the development of targeted and efficient preventive interventions to address moral problems in patient care early on.

Abbreviations

CEC
Clinical ethics consultation
CES
Clinical ethics support
CESS
Clinical ethics support service
HCP
Health care professional
PCES
Preventive clinical ethics support
UPK
University Psychiatric Clinics Basel
USB
University Hospital Basel

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The Ethics Committee Northwest and Central Switzerland (EKNZ) waived the need for ethics approval and consent to participate for this study, as it does not fall within the scope of the Swiss Human Research Act (Req-2021-00931). All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due to confidentiality reasons but are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

JS conceptualised the study, carried out the analysis, interpreted its results, wrote the first draft and revised the manuscript. SRT supervised the study, critically revised the first draft and supported the interpretation of the results. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors thank Klaus Schmeck and Anna Westermair for their helpful comments on previous versions of this manuscript.

Authors' information

Jan Schürmann is a clinical ethicist at the Clinical Ethics Unit of the University Hospital Basel and the University Psychiatric Clinics Basel.

Stella Reiter-Theil is professor emeritus of medical and health ethics and former director of the Clinical Ethics Unit of the University Hospital Basel and the University Psychiatric Clinics Basel.

References

1. Fox E, Danis M, Tarzian AJ, Duke CC. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. *Am J Bioeth* 2021;1–14.
2. Schochow M, Schnell D, Steger F. Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. *Sci Eng Ethics* 2019; 25(4):985–91.

3. Slowther AM, McClimans L, Price C. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* 2012; 38(4):210–4. Available from: URL: <https://jme.bmj.com/content/38/4/210>.
4. Ackermann S, Balsiger L, Salathé M. Ethikstrukturen an Akutspitalern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz. *Bioethica Forum* 2016; 9(2):52–9.
5. Swiss Academy of Medical Sciences. *Ethics support in medicine*. Bern; 2017.
6. Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. *Stellungnahme: Ethikberatung in der klinischen Medizin*. Berlin: Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer; 2006.
7. Akademie für Ethik in der Medizin. *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. *Ethik Med* 2010; 22(2):149–53.
8. American Society for Bioethics and Humanities. *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation*. Glenview.
9. American Society for Bioethics and Humanities. *Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants*. Chicago: American Society for Bioethics and Humanities; 2014.
10. Dörries A, Simon A, Neitzke G, Vollmann J. Implementing clinical ethics in German hospitals: content, didactics and evaluation of a nationwide postgraduate training programme. *Journal of medical ethics* 2010; 36(12):721–6.
11. American Society for Bioethics and Humanities. *Improving competencies in clinical ethics consultation: An education guide*. Chicago.
12. Swiss Academy of Medical Sciences. *Ethics training for health professionals*. Bern; 2019.
13. Berkowitz KA, Katz AL, Powderly KE, Spike JP. Quality Assessment of the Ethics Consultation Service at the Organizational Level: Accrediting Ethics Consultation Services. *The American journal of bioethics: AJOB* 2016; 16(3):42–4.
14. Tozzo P, Mazzi A, Aprile A, Rodriguez D, Caenazzo L. Certification ISO 9001 in clinical ethics consultation for improving quality and safety in healthcare. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* 2018; 30(6):486–91.
15. Bruce CR, Feudtner C, Davis D, Benner MB. Developing, Administering, and Scoring the Healthcare Ethics Consultant Certification Examination. *Hastings Cent Rep* 2019; 49(5):15–22.
16. Fins JJ, Kodish E, Cohn F, Danis M, Derse AR, Dubler NN et al. A Pilot Evaluation of Portfolios for Quality Attestation of Clinical Ethics Consultants. *The American journal of bioethics: AJOB* 2016; 16(3):15–24.
17. Pearlman RA, Foglia MB, Fox E, Cohen JH, Chanko BL, Berkowitz KA. Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *The American journal of bioethics: AJOB* 2016; 16(3):3–14.
18. Wasson K, Parsi K, McCarthy M, Siddall VJ, Kuczewski M. Developing an Evaluation Tool for Assessing Clinical Ethics Consultation Skills in Simulation Based Education: The ACES Project. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2016; 28(2):103–13.
19. Yoon NYS, Ong YT, Yap HW, Tay KT, Lim EG, Cheong CWS et al. Evaluating assessment tools of the quality of clinical ethics consultations: a systematic scoping review from 1992 to 2019. *BMC Medical Ethics* 2020; 21(1):51. Available from: URL: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00492-4>.
20. Au SS, Couillard P, Des Roze Ordons A, Fiest KM, Lorenzetti DL, Jette N. Outcomes of Ethics Consultations in Adult ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine* 2018; 46(5):799–808.
21. Haltaufderheide J, Nadolny S, Gysels M, Bausewein C, Vollmann J, Schildmann J. Outcomes of clinical ethics support near the end of life: A systematic review. *Nurs Ethics* 2020:969733019878840–969733019878840.
22. Schildmann J, Nadolny S, Haltaufderheide J, Gysels M, Vollmann J, Bausewein C. Ethical case interventions for adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; (7).
23. Chervenak FA, McCullough LB. Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990; 162(2):303–7.
24. Forrow L, Arnold RM, Parker LS. Preventive ethics: expanding the horizons of clinical ethics. *The Journal of clinical ethics* 1993; 4(4):287–94.
25. Frolic A, Jennings B, Seidlitz W, Andreychuk S, Djuric-Paulin A, Flaherty B et al. From reactive to proactive: developing a valid clinical ethics needs assessment survey to support ethics program strategic planning (part 1 of 2). *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2013; 25(1):47–60.
26. Pavlish CL, Henriksen J, Brown-Saltzman K, Robinson EM, Warda US, Farra C et al. A Team-Based Early Action Protocol to Address Ethical Concerns in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* 2020 [cited 2020 Jan 14]; 29(1):49–61.
27. Schürmann J, Mühleck M, Perler C, Schmeck K, Reiter-Theil S. Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine qualitative Beobachtungsstudie und ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention. *Ethik Med* 2021; 33(1):31–49.
28. Schmitz D, Groß D, Frierson C, Schubert GA, Schulze-Steinen H, Kersten A. Ethics rounds: affecting ethics quality at all organisational levels. *J. Med. Ethics* 2018; 44(12):805–9.
29. Meyer-Zehnder B, Barandun Schäfer U, Wesch C, Reiter-Theil S, Pargger H. Weekly internal ethical case discussions in an intensive care unit – Results based on 9 years of experience with a highly structured approach. *Critical Care Explorations* 2021; 3(3):1–9.
30. Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. *Critical care medicine* 1998; 26(2):252–9.
31. Andreck WS, McGaughey JW, Schneiderman LJ, Jonsen AR. Seeking to reduce nonbeneficial treatment in the ICU: an exploratory trial of proactive ethics intervention*. *Critical care medicine* 2014; 42(4):824–30.

32. McCullough LB. The Professional Medical Ethics Model of Decision Making Under Conditions of Clinical Uncertainty. *Medical Care Research and Review* 2013; 70(1_suppl):141S-158S.
33. National Center for Ethics in Health Care. *Preventive Ethics. Addressing Ethics Quality Gaps on a Systems Level*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Veteran Affairs; 2015.
34. Schürmann J, Vaitaityte G, Reiter-Theil S. Preventing moral conflicts in patient care: Insights from a mixed-methods study with clinical experts. *Clinical Ethics* 2021;147775092110572.
35. Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clinic Proceedings* 2007; 82(6):686–91. Available from: URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17550748/>.
36. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clinic proceedings* 2010; 85(5):433–8.
37. Bruce CR, Smith ML, Hizlan S, Sharp RR. A systematic review of activities at a high-volume ethics consultation service. *The Journal of clinical ethics* 2011; 22(2):151–64.
38. Moeller JR, Albanese TH, Garchar K, Aultman JM, Radwany S, Frate D. Functions and outcomes of a clinical medical ethics committee: a review of 100 consults. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2012; 24(2):99–114.
39. Wasson K, Anderson E, Hagstrom E, McCarthy M, Parsi K, Kuczewski M. What Ethical Issues Really Arise in Practice at an Academic Medical Center? A Quantitative and Qualitative Analysis of Clinical Ethics Consultations from 2008 to 2013. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2016; 28(3):217–28.
40. Reiter-Theil S, Schürmann J. The 'Big Five' in 100 Clinical Ethics Consultation Cases. Evaluating three years of ethics support in the Basel University Hospitals. *Bioethica Forum* 2016; 9(2):12–22.
41. Robinson EM, Cage W, Erler K, Brackett S, Bandini J, Cist A et al. Structure, Operation, and Experience of Clinical Ethics Consultation 2007–2013: A Report from the Massachusetts General Hospital Optimum Care Committee. *The Journal of clinical ethics* 2017; 28(2):137–52.
42. Corbett V, Epstein AS, McCabe MS. Characteristics and Outcomes of Ethics Consultations on a Comprehensive Cancer Center's Gastrointestinal Medical Oncology Service. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2018; 30(4):379–87.
43. Milliken A, Courtwright A, Grace P, Eagan-Bengston E, Visser M, Jurchak M. Ethics Consultations at a Major Academic Medical Center: A Retrospective, Longitudinal Analysis. *AJOB empirical bioethics* 2020; 11(4):275–86.
44. Harris KW, Cunningham TV, Hester DM, Armstrong K, Kim A, Harrell FE et al. Comparison Is Not a Zero-Sum Game: Exploring Advanced Measures of Healthcare Ethics Consultation. *AJOB empirical bioethics* 2021; 12(2):123–36.
45. Cummings P, Weiss NS. Case series and exposure series: the role of studies without controls in providing information about the etiology of injury or disease. *Inj Prev* 1998; 4(1):54–7. Available from: URL: <https://injuryprevention.bmj.com/content/4/1/54>.
46. Reiter-Theil S. Dealing with the normative dimension in clinical ethics consultation. *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ : the international journal of healthcare ethics committees* 2009; 18(4):347–59.
47. Reiter-Theil S. Initiating and maintaining clinical ethics support in psychiatry. Ten tasks and challenges – And how to meet them. *Clinical Ethics* 2016; 11(2–3):45–53.
48. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169(7):467–73.
49. Munn Z, Barker T, Moola S, Tufanaru C, Stern C, McArthur A et al. Methodological quality of case series studies; 2020.
50. Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt; 2014.
51. Pavlish CL, Brown-Saltzman K, Robinson EM, Henriksen J, Warda US, Farra C et al. An Ethics Early Action Protocol to Promote Teamwork and Ethics Efficacy. *Dimens Crit Care Nurs* 2021; 40(4):226–36.
52. Pavlish C, Hellyer J, Brown-Saltzman K, Miers A, Squire K. Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 2015; 24(3):248–56.
53. Anderson-Shaw L, Ahrens W, Fetzer M. Ethics consultation in the emergency department. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation* 2007; 9(1):32–5.
54. Epstein EG. Preventive ethics in the intensive care unit. *AACN advanced critical care* 2012; 23(2):217–24.
55. Heyl J. Early Indicators for Ethics Reviews. *Health Care Ethics USA* 2008; 16(3):2–4.
56. Morgenstern L. Proactive bioethics screening: a prelude to bioethics consultation. *The Journal of clinical ethics* 2005; 16(2):151–5.
57. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Nudelman O. Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 2011; 43(1):13–21.
58. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Dirksen KM, Fine A. Physicians' Perspectives on Ethically Challenging Situations: Early Identification and Action. *AJOB Empirical Bioethics* 2015; 6(3):28–40.
59. Reiter-Theil S, Schürmann J, Schmeck K. [Clinical ethics in psychiatry: state of the art]. *Psychiatrische Praxis* 2014; 41(7):355–63.
60. Syse I, Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees – also for mental health care? The Norwegian experience. *Clinical Ethics* 2016; 11(2–3):81–6.
61. Haltaufderheide J, Gather J, Juckel G, Schildmann J, Vollmann J. Types of Ethical Problems and Expertise in Clinical Ethics Consultation in Psychiatry – Insights From a Qualitative Empirical Ethics Study. *Front. Psychiatry* 2021; 12.
62. Muggli M, Geyter C de, Reiter-Theil S. Shall parent / patient wishes be fulfilled in any case? A series of 32 ethics consultations: from reproductive medicine to neonatology. *BMC Medical Ethics* 2019; 20(1):4.

63. Montaguti E, Schürmann J, Wetterauer C, Picozzi M, Reiter-Theil S. Reflecting on the Reasons Pros and Cons Coercive Measures for Patients in Psychiatric and Somatic Care: The Role of Clinical Ethics Consultation. A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10(441).
64. Strech D, Hurst S, Danis M. The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4-stage process. *Medical care* 2010; 48(9):821–6.
65. Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Mertz M, Albisser schleger H, Schlögl M, Kressig RW et al. Fairness and transparency in bedside micro-allocation: Improving the ethical competence of clinical staff. In: Danis M, Fleck L, Hurst SA, Forde R, Slowther A, editors. *Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 301–22.
66. Magelssen M, Bærøe K. Can clinical ethics committees be legitimate actors in bedside rationing? *BMC Medical Ethics* 2019; 20(1):97. Available from: URL: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0438-y>.
67. Molewijk B, Engerdahl IS, Pedersen R. Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care: Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? *Clinical Ethics* 2016.
68. Atashzadeh-Shoorideh F, Tayyar-Iravanlou F, Chashmi ZA, Abdi F, Csic RS. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. *Clinical Ethics* 2021; 16(1):25–36.
69. Hurst S, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther A-M, Perrier A, Pegoraro R et al. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Services Research* 2007; 7(1):137.
70. Dall'Ora C, Ball J, Recio-Saucedo A, Griffiths P. Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International journal of nursing studies* 2016; 57:12–27.
71. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2009; 180(9):853–60.
72. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. *Critical care nursing quarterly* 2005; 28(4):302–16.
73. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—a cross sectional study. *International journal of nursing studies* 2013; 50(2):230–9.
74. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia and analgesia* 2007; 105(1):205–21.
75. Komann M, Baumbach P, Stamer UM, Weinmann C, Arnold C, Pogatzki-Zahn E et al. Desire to Receive More Pain Treatment - A Relevant Patient-Reported Outcome Measure to Assess Quality of Post-Operative Pain Management? Results From 79,996 Patients Enrolled in the Pain Registry QUIPS from 2016 to 2019. *The Journal of Pain* 2021; 22(6):730–8. Available from: URL: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(21\)00011-0/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(21)00011-0/fulltext).

Figures

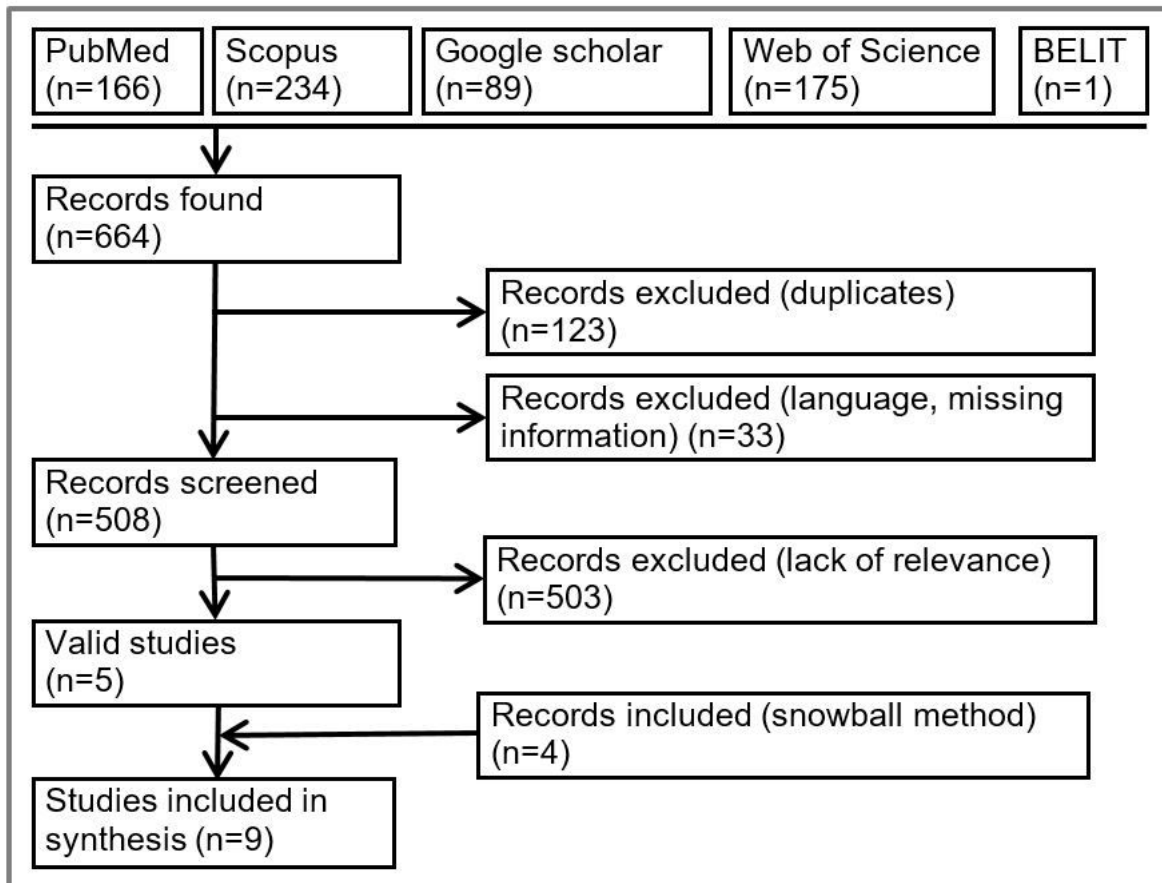


Figure 1

PRISMA flow diagram

Medical speciality				
Emergency or intensive care	Internal medicine	Surgery	Women's health	Psychiatry
<p>Vulnerability</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multimorbidity - Lack of decisional capacity <p>Inadequate understanding PAT-HCP</p> <p>Unclear or missing preferences / AD</p> <p>End-of-life situation</p> <p>Inadequate communication</p> <p>Disagreement about care REL-HCP</p> <p>Substitute function not fulfilled</p> <p>Uncertainty about capacity</p>	<p>Vulnerability</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multimorbidity - Lack of decisional capacity <p>Inadequate understanding PAT-HCP</p> <p>Inadequate communication</p> <p>Unclear or missing preferences / AD</p> <p>Disagreement about care PAT-HCP</p> <p>Uncertainty about capacity</p> <p>End-of-life situation</p> <p>Inadequate understanding of disease</p>	<p>Vulnerability</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multimorbidity - Lack of decisional capacity <p>Inadequate understanding PAT-HCP</p> <p>Inadequate communication</p> <p>Unclear or missing preferences / AD</p> <p>Disagreement about care PAT-HCP</p> <p>Incoherent treatment plan</p> <p>End-of-life situation</p>	<p>Vulnerability</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migration background <p>Disagreement about care PAT-HCP</p> <p>Maternal-fetal conflict</p> <p>Inadequate understanding PAT-HCP</p> <p>Disagreement about care REL-HCP</p> <p>Inadequate communication</p>	<p>Vulnerability</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multimorbidity - Low socio-economic status - Drug dependence <p>Inadequate understanding PAT-HCP</p> <p>Inadequate communication</p> <p>Disagreement about care PAT-HCP</p> <p>Self-harm and harm to others</p> <p>Inadequate understanding of disease</p> <p>Involuntary treatment</p> <p>Unclear or missing preferences / AD</p>
Risk factors				

Figure 2

Highly prevalent and potent moral risk factors leading to CEC in different medical specialties.

AD: advance directive; HCP: health care professionals; PAT: patient; REL: relatives.

6. Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die drei Studien zeigen, dass Behandelnde im klinischen Alltag am *USB* und in den *UPK* häufig mit moralischen Problemen konfrontiert sind. Diese betreffen nicht nur die Intensivbehandlung oder die psychiatrische Akutbehandlung, sondern können in allen Bereichen der Patientenversorgung auftreten – so etwa auch im Massnahmenvollzug der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Spektrum der moralischen Themen ist entsprechend breit und reicht von Entscheidungen zu lebenserhaltenden Behandlungen am Lebensende, Zwangsmassnahmen, Schwangerschaftskonflikten, Präimplantationsdiagnostik, Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen, Kindeswohlgefährdung über Stellvertreterentscheidungen und gesundheitliche Vorausplanung bis hin zum Umgang mit knappen Ressourcen, problematischem Patientenverhalten oder assistiertem Suizid. Potenziell sind alle Berufsgruppen, Patient*innen und Angehörigen betroffen und können miteinander in Konflikt geraten. Solche moralischen Konflikte können gravierende Folgen haben – für die Behandelnden z. B. Unzufriedenheit, Stress, Überlastung, Desensibilisierung, Handlungsunfähigkeit, Abteilungs- oder Berufswechsel, Burnout, Schlafstörungen, Drogenkonsum oder Suizidgedanken. Im internationalen Vergleich scheint bei den Behandelnden im *USB* und in den *UPK* durchschnittlich jedoch keine erhöhte moralische Belastung vorzuliegen. Für Patient*innen können moralische Konflikte Unzufriedenheit, Verzögerung der Behandlung, längere Liegedauer, Über- oder Unterbehandlung, geringere Behandlungsqualität, erhöhte Morbidität oder Mortalität zur Folge haben. Die ethische Reflexion von moralischen Fragen im klinischen Alltag ist bei den Behandelnden als Teil des professionellen Selbstverständnisses, der Horizonterweiterung, der Selbstreflexion oder als emotionaler Stabilisator durchaus positiv besetzt.

Die Untersuchung der an beiden Spitälern durchgeführten Ethikkonsultationen zeigt, dass diese Form der Ethikunterstützung geeignet ist, um bei moralischen Konflikten in nützlicher Frist zu einer begründeten und konsensuellen Entscheidung zu kommen und ein gemeinsames Vorgehen zu planen und umzusetzen. Von den Anfragenden wird die Ethikkonsultation als hilfreich eingeschätzt, insbesondere hinsichtlich des interdisziplinären Austauschs, der ethischen Analyse, der strukturierten Gesprächsführung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Als reaktive Form der Ethikunterstützung weist die Ethikkonsultation allerdings auch Schwächen auf (36). So wird diese oft erst dann angefragt, wenn der moralische Konflikt bereits eskaliert und dadurch schwieriger zu lösen ist. Selbst wenn der Konflikt anschliessend gelöst wird, kann dies mit negativen Auswirkungen wie Verzögerungen, Stress oder Vertrauensverlust einhergehen. Auch gibt es viele moralische Fragen und Themen im klinischen Alltag, für die – aus persönlichen, strukturellen oder kulturellen Gründen (86) – keine Ethikkonsultation angefragt wird; insbesondere bei Patient*innen und Angehörigen trifft dies zu. Ethikkonsultationen

sind zudem weniger geeignet, die systemischen Ursachen von moralischen Problemen zu beseitigen.

Hier setzt die präventive Ethikunterstützung an, um moralische Probleme proaktiver, frühzeitiger, niederschwelliger und systemischer anzugehen – als Ergänzung zu den reaktiven Formen der ethischen Krisenbewältigung. In dieser Untersuchung werden von Behandelnden verschiedene präventive Interventionen als hilfreich eingeschätzt: frühzeitige Ethikgespräche mit Kolleg*innen, frühzeitige teaminterne ethische Fallbesprechungen, Ethik-Ansprechpersonen auf der Station, Ethikfortbildung, Ethikrichtlinien, Ad-hoc-Ethikberatung, proaktive Ethikkonsultationen, Ethikvisiten und Früherkennung sowie Projekte zur Verbesserung von Prozessen, Kommunikationswegen und ethischem Klima. Während Ethikfortbildung und Richtlinienentwicklung zu den klassischen Aufgaben der Ethikunterstützung zählen, sind die anderen Interventionen weit weniger bekannt und verfügbar (25). Aus präventiver Sicht ist es das grosse Verdienst der am *USB* entwickelten und auf einigen Abteilungen implementierten medizinethischen Leitlinie *METAP*, drei präventiv wirksame Interventionen – die eigene Orientierung durch Hilfsmittel³, das Gespräch mit einer Ethik-Ansprechperson und die teaminterne ethische Fallbesprechung – in einem Eskalationsmodell zu verbinden. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden dazu beitragen, das bestehende Angebot der *Abteilung Klinische Ethik USB und UPK* sowie die *METAP*-Prozesse auf den Abteilungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu ergänzen.

Das für die Jugendforensik entwickelte Instrument zur Früherkennung und -intervention bei ethischen Problemen (*FIEP*) soll Behandelnde befähigen, moralische Probleme frühzeitig zu identifizieren und angemessen damit umzugehen. Die Beobachtungsstudie in der Jugendforensik lässt vermuten, dass dies in den beobachteten Gesprächen nur teilweise gelingt. Dies ist auch auf die Vielfalt der moralischen Themen zurückzuführen, die sich im Massnahmenvollzug der Jugendforensik zeigen und die in der Forschung bisher nur unzureichend abgebildet sind. Besonders Fragen zum angemessenen Umgang mit Moralkompetenz und Moralerziehung der jugendlichen Patient*innen, mit Regeln und Sanktionen, zu Chancen und Risiken der Behandlung und zur Freiheit- und Privatsphäre treten häufig auf, werden aber selten explizit unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert. *FIEP* enthält keine inhaltlich-normativen Handlungsempfehlungen; dadurch unterscheidet sich das Instrument von einer ethischen Leitlinie oder einem Berufsethikkodex. Vielmehr stellt es den Behandelnden ein Verfahren zur Verfügung, moralisch risikoreiche Situationen und beginnende moralische Konflikte zu erkennen (Früherkennung) sowie geeignete Interventionen zu planen und moralische Probleme systematisch anzugehen (Frühintervention). Die Interventionsplanung beginnt dabei nicht wie bei anderen Instrumenten (52, 87, 88) mit einer Anfrage für eine Ethikkonsultation, sondern mit niederschwelligen Formen

³ Diese Intervention wurde von den befragten Gesundheitsfachpersonen durchschnittlich als etwas weniger hilfreich eingeschätzt als die oben genannten Massnahmen.

der ethischen Reflexion, die in bestehende Gesprächsformate integriert werden können. Dadurch sollen geeignete Prozesse zur ethischen Entscheidungsfindung im Klinikalltag etabliert, die ethischen Kompetenzen der Behandelnden gestärkt und eine ethisch reflektierte Praxis gefördert werden.

Eine nachhaltige Implementierung des Instruments erfordert neben einer geeigneten Schulung der Mitarbeitenden die Akzeptanz und die Verfügbarkeit des Instruments, die Unterstützung durch die Leitung, ein angemessenes ethisches Klima, ein Bewusstsein für den Bedarf an ethischer Unterstützung und engagierte Mitarbeitende (89). Ein einjähriges Implementierungsprojekt unter Leitung des Autors wurde auf der Abteilung Jugendforensik in den *UPK* durchgeführt; das Projekt wird gegenwärtig evaluiert. Bei einem positiven Ergebnis soll geprüft werden, ob das Instrument in der gesamten Klinik für Forensik eingeführt werden kann.

Ein wesentliches Element der Früherkennung und der selektiven Prävention insgesamt sind wirkungsvolle Risikofaktoren und Indikatoren, die im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls untersucht werden. Das Scoping-Review hat eine Vielzahl von patientenbezogenen, angehörigenbezogenen, teambezogenen und systemischen Risikofaktoren identifiziert, die die Wahrscheinlichkeit eines moralischen Konflikts erhöhen. Bei Patient*innen sind Vulnerabilität (Urteilsunfähigkeit, geringes oder hohes Alter, Komorbiditäten usw.), Situationen am Lebensende, unnötiges Leiden und unklare oder fehlende Patientenpräferenzen oder Patientenverfügungen die häufigsten Risikofaktoren. Bei den Angehörigen sind es mangelndes Krankheitsverständnis, Meinungsverschiedenheiten mit den Behandelnden oder unter den Angehörigen und ein unbekannter Behandlungsplan; bei den Behandelnden stehen ein inkohärenter Behandlungsplan, eine mangelhafte moralische Einstellung, Meinungsverschiedenheiten untereinander und Arbeitsüberlastung im Vordergrund. Zu den systemischen Risikofaktoren gehören unzureichende Kommunikation, unterschiedliche Werte oder Weltanschauungen, unzureichende Ressourcen oder fehlende Informationen und Evidenz. Eine Auswahl dieser Risikofaktoren wurden von den Kliniker*innen der Interviewstudie als wirksam eingeschätzt. Auch zeigt sich, dass einer oder mehrere dieser Risikofaktoren auch in Situationen prävalent sind, die zu einer Ethikkonsultation geführt haben. Dies legt nahe, dass diese Risikofaktoren dazu beitragen können, Situationen mit einem hohen Risiko für eskalierte moralische Konflikte zu erkennen und frühzeitig anzugehen. Die Analyse zeigt zudem, dass es disziplinspezifische moralische Risikoprofile gibt. Zukünftig werden daher präventive Massnahmen zu entwickeln sein, die auf prävalenten, potenten und disziplinspezifischen moralischen Risikofaktoren beruhen. Um den Nutzen dieser Interventionen gegenüber der Standardbehandlung oder der Standardbehandlung mit reaktiver Ethikunterstützung aufzuzeigen, werden weitere, randomisiert kontrollierte Studien erforderlich sein.

Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Prozessmodell der präventiven Ethikunterstützung integriert alle Kernelemente der Prävention: Phasen, Risikofaktoren und Indikatoren moralischer Probleme sowie Entscheidungsparameter, Folgen und präventive Massnahmen. Als Prozessmodell legt es den Fokus auf den zeitlichen Horizont der Ethikunterstützung und erlaubt es dadurch, diese zeitlich besser – oft früher – zu planen. Ein Vorteil dieses Modells liegt darin, dass es sämtliche Formen der Ethikunterstützung umfasst – proaktive *und* reaktive. Daher eignet es sich dazu, das gesamte Angebot einer Ethikstruktur konzeptuell abzubilden, zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern. In der *Abteilung Klinische Ethik* in Basel hat eine solche Überprüfung des Angebots stattgefunden. Dies hat bisher neben der Implementierung von FIEP zu einer Erweiterung der regelmässigen Ethikvisiten auf verschiedenen Abteilungen im *USB* und in den *UPK* geführt (u. a. Intensivstation, Onkologie, Viszeralchirurgie, Gynäkologie, HNO, Palliative Care, Abhängigkeitspsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie). Zudem ist im *USB* eine interprofessionelle Ethikgruppe geplant, in deren Rahmen Ethik-Ansprechpersonen auf verschiedenen Abteilungen geschult und etabliert werden sollen.

Zusammenfassend zeigt diese Arbeit, dass präventive Formen der Ethikunterstützung eine vielversprechende Ergänzung zur klassischen Ethikkonsultation darstellen. Jedoch werden moralische Konflikte in der Patientenversorgung auch durch präventive Massnahmen nicht gänzlich verhindert werden können. Angesichts der eingangs beschriebenen Phänomene – medizinischer Fortschritt, Individualisierung, Ökonomisierung und globalen Krisen in der Medizin – wird es zukünftig von Bedeutung sein, ethische Reflexionsräume zu eröffnen und zu bewahren, um mit moralischen Fragen kompetent und effizient umzugehen. Proaktive, frühzeitige, niederschwellige und systemische Formen der Ethikunterstützung können dazu wesentlich beitragen.

7. Curriculum Vitae



Jan Matthias Schürmann

Geb. 26. Juli 1980 in Basel, CH

Bläsiring 92

CH-4057 Basel

jan.schuermann@unibas.ch

+41 77 406 72 27

Berufliche Laufbahn

- seit 03/2022 Lehrbeauftragter an der Berner Fachhochschule (BFH), Bachelorstudiengang Pflege (Ethik)
- seit 02/2021 Lehrbeauftragter an der Universität Basel, Medizinische Fakultät (Medizinethik)
- seit 01/2015 Klinischer Ethiker, Abteilung Klinische Ethik, Universitätsspital Basel (USB) und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), seit 2020 über die Universität Zürich angestellt
- 01/2017 – 07/2017 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt «Ethische Grundlagen der psychiatrischen Patientenversorgung», Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)
- 07/2012 - 12/2014 Assistenz Klinische Ethik, Abteilung Klinische Ethik, Universitätsspital Basel (USB) und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)
- 08/2011 - 07/2012 Wissenschaftlicher Assistent, Klinische Ethik Support & Begleitforschung (CESAR), Universität Basel
- 05/2010 - 12/2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im SNF-Projekt «Fairness and Transparency. Clinical Ethics Guideline METAP», Universität Basel
- 01/2010 - 07/2011 Computerverantwortlicher, Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik (MGE), Universität Basel
- 01/2009 - 07/2011 Projektassistent, Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik (MGE), Universität Basel

Akademische Laufbahn

- seit 08/2018 Doktoratsstudium an der Universität Basel; Medizinische Fakultät, Biomedical Ethics. Dissertation: «Improving Quality of Care by Preventing Ethical Conflicts in Clinical Practice»; Betreuer: Prof. Dr. Klaus Schmeck, Prof. Dr. Stella Reiter-Theil
- 02/2013 - 02/2015 Masterstudium an der Universität Basel; Philosophie und Kunstgeschichte; Abschlussprädikat: *summa cum laude*; Masterarbeit: «Quellen der Normativität in der Medizin»; Betreuer: Prof. Dr. Markus Wild, Prof. Dr. Stella Reiter-Theil
- 04/2006 - 01/2013 Bachelorstudium an der Universität Basel; Philosophie und Kunstgeschichte; Abschlussprädikat: *summa cum laude*, Prüfer: Prof. Dr. Markus Wild, Prof. Dr. Ralf Ubl
- 01/2008 - 12/2010 Chefredaktor der Studierendenzeitung *gezetera*, Universität Basel

10/2001 - 03/2006 Lizenziatsstudium an der Universität Basel; Philosophie, Kunstgeschichte, Informatik

Akademische Lehrtätigkeit (Auswahl, Medizinische Fakultät, Universität Basel)

- seit 2020 Seminar «Schweigepflicht» (Mitwirkung)
- seit 2020 Vorlesung «Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung»
- seit 2020 Vorlesung «Ethische Fragen der Beihilfe beim Suizid»
- seit 2019 Vorlesung «Medizinisch-ethische Entscheide am Lebensende»
- seit 2018 Vorlesungen in der Reihe «Praxisrelevante Zahnmedizin und Ethik»
- seit 2017 Thementag «Umgang mit Verstorbenen» (Mitwirkung)
- seit 2016 Panel «Ethische Problemstellungen in Reproduktionsmedizin, Pränatalmedizin und Geburtshilfe» (Mitwirkung)
- FS 2022 Seminar «Interprofessionelle Ethik in der Patientenversorgung» (Mitwirkung)
- FS 2019 Thementag «Interprofessionelle Entscheide in schwierigen Situationen» (Mitwirkung)
- HS 2017/21 Vorlesungen «Rationierung am Krankenbett» und «Ressourcenallokation: von der Problemanalyse zur Problemlösung (METAP)»
- FS 2016 Thementag «Genmedizin» (Mitwirkung)
- FS 2013/15/16/18 Panel «Genetische Diagnostik» (Mitwirkung)
- HS 2012/14/16/18 Seminar «Ethik in der Pflege» (Mitwirkung)
- FS 2011/12/13/17/21 Tutorat «Medizinethik» im Themenblock «Psyche – Ethik – Recht»
- FS 2011 Seminar «Medizinethik» im Themenblock «Körper – Subjekt – Umwelt»
- HS 2008/09/10/11 Tutorat «Angewandte Ethik», Transfakultäres Querschnittsprogramm
- FS 2008 Tutorat «Grundkurs Theoretische Philosophie», Philosophisches Seminar
- SS/WS 2004-2009 Tutorat «Grundkurs I & III: Mensch – Gesellschaft – Umwelt», Programm MGU

Akademische Betreuung

- 2020 Mitbetreuung der Bachelor-Arbeit von Gabriele Vaitaityte, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Reviewer-Tätigkeit

- seit 2021 Monash Bioethics Review
- seit 2021 Clinical Ethics
- seit 2020 BMC Medical Ethics
- seit 2020 Journal of Bioethical Inquiry

Kenntnisse und Fähigkeiten

- Zertifikate K1: Ethikberater*in im Gesundheitswesen, AEM
K2: Koordinator*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen, AEM
K3: Trainer*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen, AEM
- Sprachkenntnisse Deutsch: Muttersprache, sehr gut in Wort und Schrift
Englisch: gut in Wort und Schrift
Französisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift

EDV-Kenntnisse MS Word / Excel / PowerPoint / Outlook / Visio / Adobe Acrobat: sehr gut
 SPSS / MAXQDA / EndNote / Citavi / Google Forms: gut
 ISMed / MedFolio / CIRS: gut
 WordPress / Joomla / TYPO3: gut

Fort- und Weiterbildungen (Auswahl; * = als Dozent)

seit 2021 CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care, Lebensende*

seit 2020 Veranstaltungen der Weiterbildungsreihe «Ethikforum am Mittag» USB und UPK

seit 2016 Ethik in der Hämatologiepflege, Fachvertiefende Fortbildung USB*

seit 2015 Basis- und Vertiefungskurs Klinische Ethik, USB*

seit 2013 Ethische Kompetenz in der psychiatrischen Patientenversorgung, UPK*

03/2022 Klinische Ethik in Krisenzeiten: Auf der Suche nach «best practices», UZH

02/2022 2. Netzwerktreffen Ethikberatung in der Psychiatrie, Akademie für Ethik in der Medizin

12/2021 Konstruktive Konfliktlösung, Perspectiva Basel

11/2021 Wenn es nicht genug für alle gibt – Organe verteilen, aber wie?, USB*

10/2021 Ethische Herausforderungen im Umgang mit Angehörigen, UPK*

09/2021 Symposium Ethik in der Patientenversorgung: Meilensteine und aktuelle Entwicklungen, USB

06/2021 Ethik in der Orthopädie und Traumatologie, USB*

05/2021 Ethik in der Onkologie, USB*

05/2021 Symposium: Zwang in der Somatik: Heiligt der Zweck die Mittel?, USB*

04/2021 Besuchsregelungen im Rahmen von Covid-19, UAFP*

04/2021 Ethik in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, USB*

04/2021 Angehörige in der Patientenbehandlung – Belastung oder Segen?, USB*

03/2021 Ethische Fragen in der Behandlung am Lebensende, USB*

02/2021 Ethik in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, USB*

01/2021 1. Netzwerktreffen Ethikberatung in der Psychiatrie, Akademie für Ethik in der Medizin

01/2021 Ethik in der Behandlung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, UPK*

08/2020 Symposium: Ethische Herausforderungen von COVID-19, USB

07/2020 Ethische Fragen in der Infektiologie, USB*

02/2020 Vorlesungen lernförderlich gestalten, Universität Basel

01/2020 Ethik in der Pflege, Chirurgie USB*

12/2019 How to allocate our resources fairly? Onkologie USB*

09/2019 Mediative Kompetenz, Perspectiva Basel

06/2019 Erfahrungen mit der Ethikkonsultation bei Spätabbrüchen, 8. Fortbildungsveranstaltung «Care for the Caregivers», Universitäre Frauenklinik USB*

06/2019 Ethik in der Dermatologie, USB*

05/2019 15th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Vienna (AUT)

03/2019 Ethik in der Patientenversorgung, Fachthemensitzung der Pflegeexperten der Spezialkliniken, USB*

- 08/2018 Ethische Entscheidungsfindung in Strahlentherapie und Radioonkologie, USB*
- 08/2018 Ethik in der Chirurgie, USB*
- 06/2018 14th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Oxford (UK)
- 06/2018 MAS Cranio Facial Kinetic Science, Ethik, USB*
- 03/2018 Ethik in der Inneren Medizin, USB*
- 04/2018 Ethik in der Neurologiepflege, USB*
- 11/2018 Symposium Klinische Ethik: Schnittstellen und Begegnungen – Ethik im Spital, USB
- 11/2017 Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei Menschen mit Demenz – eine Herausforderung im ärztlichen Alltag, Felix Platter-Spital Basel
- 12/2016 Viele Ansätze, wenig Daten. Ein Symposium zur Qualität und Evaluation klinischer Ethikberatung, Ruhr-Universität Bochum (D)
- 11/2016 Symposium Klinische Ethik in der Psychiatrie, UPK
- 06/2016 Ethikberatung in Klinik und Altenpflegeheim – zum Stand der Dinge, Universitätsklinikum Frankfurt (D)
- 05/2016 12th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Washington DC (USA)
- 2016-2018 Ethik in der Anästhesiepflege, USB*
- 2016-2017 Klinische Ethik in der Psychiatrie, Ethik-Fortbildung in der KJPK, UPK*
- 05/2015 11th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), New York City (USA)
- 10/2014 10th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Paris (F)
- 07/2013 Symposium Klinische Ethik in der Psychiatrie, UPK Basel
- 03/2013 9th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), München (D)
- 2013 - 2020 Veranstaltungen der Weiterbildungsreihe «Ethik-Weiterbildung im USB»

Mitgliedschaften

- seit 2020 Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
- seit 2017 European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH)
- seit 2017 Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE)
- seit 2010 Fussballverein FC Schützenmatt-Kickers (FCSK); im Vorstand seit 2017, Präsident seit 2019

Publikationen

Schürmann J, Reiter-Theil S (2022/preprint) What factors contribute to moral problems in patient care? A scoping review and case series of ethics consultations at a somatic and a psychiatric university hospital in Switzerland. BMC Med Ethics. DOI: [10.21203/rs.3.rs-1294882/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1294882/v1)

Wetterauer C, Schürmann J, Reiter-Theil S (2022) The significance of professional codes and ethical guidelines in difficult clinical situations. In: Laas K, Hildt E, Davis M (eds) Codes of Ethics and Ethical Guidelines: Emerging Technologies, Changing Fields. Springer, Cham, S. 101-120

Schürmann J, Vaitaityte G, Reiter-Theil S (2021) Preventing moral conflicts in patient care: Insights from a mixed-methods study with clinical experts. Clin Ethics. DOI: [10.1177/14777509211057254](https://doi.org/10.1177/14777509211057254)

- Vetter G, Schürmann J, Gross M, Rochlitz C, Vetter M (2021) Tumorerkrankungen während der Schwangerschaft. *info@gynäkologie* 11: 5–9
- Winkler L, Westermair A, Schürmann J, Trachsel M (2021) Commentary on European Psychiatric Association policy paper on ethical aspects in communication with patients and their families by B. Carpiello and D. Wasserman. *Eur Psych* 63(1): e36, 1-7 comments
- Albisser Schleger H, Baumann-Hölzle R, Krones T, Monteverde S, Schürmann J (2021) Solidarität und Verantwortung in der Pandemie. *Schweiz Ärztztg* 102(5): 165–167
- Rabenschlag F, Schürmann J, Trachsel M (2021) Psychiatrische Intensivbetreuung: Philosophische, psychotherapeutische und ethische Aspekte des «Da-Seins». *Psych Pflege* 6(2): 23–26
- Schürmann J, Mühleck M, Perler Ch, Schmeck K, Reiter-Theil S (2021): Ethische Herausforderungen in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine qualitative Beobachtungsstudie und ein Instrument zur Früherkennung und Frühintervention. In: *Ethik Med* 33 (1): 31–49. DOI: [10.1007/s00481-021-00605-6](https://doi.org/10.1007/s00481-021-00605-6)
- Schürmann J, Jähne S, Wetterauer Ch, Reiter-Theil S (2019) Ethikberatung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *SUCHT* 65: 191-206
- Montaguti E, Schürmann J, Wetterauer C et al. (2019) Reflecting on the Reasons Pros and Cons Coercive Measures for Patients in Psychiatric and Somatic Care: The Role of Clinical Ethics Consultation. A Pilot Study. *Front Psychiatry* 10: 441
- Reiter-Theil S, Schürmann J (2019) Blick hinter die Kulissen: Die Themen in der Ethikkonsultation. *Swiss Med Forum* 19: 187-191
- Reiter-Theil S, Schürmann J (2018) Evaluating clinical ethics support: on what grounds do we make judgments about reports of ethics consultation? In: Bliton M, Finder S (eds) *The Zadeh Project: Peer-Review, Peer-Education, and Modelling Practice in Clinical Ethics Consultation*. Springer, New York, pp 165-178
- Schürmann J, Reiter-Theil S (2018) Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie – aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G (Hrsg.) *Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. LIT Verlag, Berlin, S. 73-90
- Reiter-Theil S, Schürmann J (2018) Zur ethischen Orientierung in der Psychiatrie. Einblicke aus der Ethikberatung. In: Prüter-Schwarte C, Gouzoulis-Mayfrank E (eds) *Ethik in der psychiatrischen Praxis*. Pabst, Lengerich, S. 83-104
- Reiter-Theil S, Schürmann J (2016) Unterstützung bei ethischen Fragen – eine methodische Orientierung zur Ethikberatung in der Palliativversorgung. In: Wienke A, Janke K, Sitte T, et al. (Hrsg.) *Aktuelle Rechtsfragen der Palliativversorgung*. Springer Verlag, Berlin, S. 35-47
- Reiter-Theil S, Schürmann J (2016) The «Big Five» in 100 Clinical Ethics Consultation Cases. Reviewing three years of ethics support in two Basel University Hospitals. *Bioethica Forum* 9(2): 60-70
- Reiter-Theil S, Schürmann J, Schmeck K (2014) Klinische Ethik in der Psychiatrie: State of the Art. *Psychiat Praxis* 41(07): 355-363
- Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Mertz M, et al. (2014) Fairness and Transparency in Bedside Micro-allocation: Improving the Ethical Competence of Clinical Staff. In: Danis M, Hurst SA, Fleck LM, Forde R, Slowther A (eds) *Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside*. Oxford University Press, Oxford, pp 301-322
- Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, et al. (2011) Evidence – Competence – Discourse. The Theoretical Framework of the Multi-centre Clinical Ethics Support Project METAP. *Bioethics* 25(7): 403-412

Mertz M, Schürmann J (2008) Wissen und Wissen-lassen – Wissenstypen und Wissensverteilung im Pen-and-Paper-Rollenspiel. Eine wissenssoziologisch informierte empirische und konzeptuelle Studie mit wissenstypologischem Schwerpunkt. GRIN Verlag, München

Vorträge (Auswahl, * = begutachtet)

- «Patient*innen mit psychischen Erkrankungen im somatischen Akutspital: ethische Herausforderungen», Lunch-Webinar Klinische Ethik, SGBE, 25.11.2021
- «Loslassen. Ethik des guten Sterbens», Kirchgemeinde Binningen-Bottmingen, 15.11.2021
- «To treat or not to treat – involuntary treatment in addiction medicine», Clinical Ethics Forum, IBME, Universität Zürich, 22.10.2021
- «Improving Quality of Care by Preventing Ethical Problems in Clinical Practice», IBMB Colloquium, Universität Basel, 14.9.2021
- «Ethische Hilfsmittel bei der Entscheidung über Zwangsmassnahmen», careArt21, 16.6.2021
- «Zwangsmassnahmen am USB – worum geht es beim geplanten Leitfaden?», Ethik-Symposium Zwang in der Somatik, USB, 18.5.2021
- «Ethical challenges in treating migrant patients. Case studies from Basel», Urgent and Essential Treatments for Vulnerable Populations: Ethical and Legal Implications, Brocher Foundation, Geneva, 5.4.2021
- «Notfall-Ethik? Was «Ethik» in Notfallsituationen leisten kann – und was nicht», Ethik-Weiterbildung im USB, 23.1.2020
- «It's the System! What Preventive Ethics Can Contribute to the Quality of Health Care Organizations», 15th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC) in Vienna (AUT), 24.5.2019*
- «IVF for sick mothers? An ethics consultation and case study», 15th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC) in Vienna (AUT), 24.5.2019* (Mitarbeit)
- «Where Clinical Ethics Meets Human Rights – an Observation Study in Adolescent Forensic Psychiatry», 14th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC) in Oxford (UK), 23.6.2018*
- «Does psychiatry need ethics consultation? A reflection of Swiss experiences», WPA XVII World Congress of Psychiatry, Berlin (D), 9.10.2017*
- «A question of fairness: Shall cost be a criterion to withhold heroin-assisted therapy from incapacitated (elderly) patients?», 2017 Annual Conference of the European Association of Centres of Medical Ethics (EACME), Barcelona (ESP) 8.9.2017* (Mitarbeit)
- «Moral Enhancement – an Issue in Adolescent Forensic Psychiatry?», 31st European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH), Belgrad (SRB), 19.8.2017*
- «Evaluation by case-series: the top five top themes of ethics consultations in psychiatry as compared to somatic medicine», 13th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Singapur (SGP), 26.5.2017* (Mitarbeit)
- «Ethical Aspects in Adolescent Forensic Psychiatry», International Workshop: Clinical Ethics in Psychiatry, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (CH), 4.11.2016
- «Qualität und Evaluation der Ethikberatung. Erfahrungen aus dem psychiatrischen und somatische Kontext», Symposium zur Qualität und Evaluation klinischer Ethikberatung, Ruhr-Universität Bochum (D), 7.12.2016
- «Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie – besondere Herausforderungen und Lösungsansätze», Tagung zur Ethikberatung in Klinik und Altenpflege, Frankfurt a. M. (D), 18.6.2016
- «Palliative Care for Psychiatric Patients: A Role for Ethics Consultation?», 12th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Washington DC (USA), 20.5.2016*

- «Uncertainty – Controversy – Dilemma: How Basic Ethical Questions are Reflected in Clinical Ethics Consultation», 11th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), New York City (USA), 21.5.2015*
- «Making a Case for Patient Involvement in Clinical Ethics Consultation», 10th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Paris (F), 25.4.2014*
- «Implementing Informed Consent and Assent in a Child Psychiatric Ward – a Learning Process Initiated by Clinical Ethics Support», 10th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Paris (F), 24.-26.4.2014* (Poster)
- «Ethical Issues in Psychiatry Require Reflectivity: Presuppositions, Tacit Assumptions and Implicit Values», 22nd European Congress of Psychiatry (EPA), München (D), 3.3.2014*
- «'Is it really about arguing?' – Why Clinical Ethics Support needs Metaethics», 9th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), München (D), 14.-16.3.2013* (Poster)
- «Ethik in der klinischen Praxis. Die klinische Ethikkonsultation», 28. Jahrestagung der SGMKG, Basel (CH), 22.11.2013
- «Introduction to Clinical Ethics: Case Discussion», 9th International Bernd-Spiessl-Symposium, Basel (CH), 13.6.2013
- «Zusammenarbeit in der Krise: Ethische Dilemmata», 4. Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege, UPK, Basel (CH), 15.6.2012
- «Participation and Discourse in Clinical Ethics Support – do we need that and what is it good for?», 8th International Conference on Clinical Ethics Consultation (ICCEC), Sao Paulo (BR), 18.5.2012* (Mitarbeit)
- «Entwurf zu einer metaethischen Fundierung von METAP», Internationales Forschungskolloquium, Basel (CH), 4.2.2011

8. Literaturverzeichnis

1. Schürmann JM. Quellen der Normativität in der Medizin [Masterthesis]. Basel: Universität Basel; 2014.
2. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180(9):853–60.
3. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004; 19(3):251–8.
4. Fuscaldo G, Cadwell M, Wallis K, Fry L, Rogers M. Developing clinical ethics support for an Australian Health Service: A survey of clinician's experiences and views. *AJOB Empir Bioeth* 2019; 10(1):44–54.
5. Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nurs Ethics* 2011; 18(1):9–19.
6. Kleinknecht-Dolf M, Frei IA, Spichiger E, Müller M, Martin JS, Spirig R. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nurs Ethics* 2015; 22(1):77–90.
7. Bringedal B, Isaksson Ro K, Magelssen M, Forde R, Aasland OG. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44(4):239–43.
8. Colaco KA, Courtright A, Andreychuk S, Frolic A, Cheng J, Kam AJ. Ethics consultation in paediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs. *J Med Ethics* 2018; 44(1):13–20.
9. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics* 2007; 33(1):51–7.
10. Peltó-Piri V, Engström K, Engström I. Staffs' perceptions of the ethical landscape in psychiatric inpatient care: A qualitative content analysis of ethical diaries. *Clin Ethics* 2014; 9(1):45–52.
11. Rasool D, Kihlgren A, James I, Svantesson M. What healthcare teams find ethically difficult. *Nurs Ethics* 2016; 23(8):825–37.
12. Reiter-Theil S, Schürmann J. The 'Big Five' in 100 Clinical Ethics Consultation Cases. Evaluating three years of ethics support in the Basel University Hospitals. *Bioethica Forum* 2016; 9(2):12–22.
13. Bartholdson C, Sandeberg M af, Molewijk B, Pergert P. Does participation in ethics discussions have an impact on ethics decision-making? A cross-sectional study among healthcare professionals in paediatric oncology. *Eur J Oncol Nurs* 2021:101950.
14. Badger JM. Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *Am J Crit Care* 2005; 14(6):513–21.
15. Browning AM. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care* 2013; 22(2):143–51.

16. Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003; 29(9):1489–97.
17. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(5):229–41.
18. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *J Nurs Manag* 2010; 18(2):145–56.
19. Foe G, Hellmann J, Greenberg RA. Parental Moral Distress and Moral Schism in the Neonatal ICU. *J Bioeth Inq* 2018; 15(3):319–25.
20. Nelson WA. Ethical uncertainty and staff stress. Moral distress has negative consequences for healthcare organizations. *Healthc Exec* 2009; 24(4):38–9.
21. Nelson WA, Weeks WB, Campfield JM. The organizational costs of ethical conflicts. *J Healthc Manag* 2008; 53(1):41–53.
22. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics* 2012; 19(4):479–87.
23. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Ethische Unterstützung in der Medizin; 2017.
24. American Society for Bioethics and Humanities. Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation. Glenview; 2011.
25. Zentner A, Porz RC, Ackermann S, Jox RJ. Klinische Ethik in der Schweiz: Stagnierend vor der Pandemie. *Schweiz Ärztztg* 2022; 103(03):54–8.
26. Fox E, Danis M, Tarzian AJ, Duke CC. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. *Am J Bioeth* [Internet]. Epub 2021 Mar 26:1–14 [Stand: 2022 Mar 26]. Verfügbar unter: <https://www.doi.org/10.1080/15265161.2021.1893547>.
27. Schochow M, Schnell D, Steger F. Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. *Sci Eng Ethics* 2019; 25(4):985–91.
28. Abma T, Molewijk B, Widdershoven GM. Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Anal* 2009; 17(3):217–35.
29. Meyer-Zehnder B, Barandun Schäfer U, Wesch C, Reiter-Theil S, Pargger H. Weekly internal ethical case discussions in an intensive care unit – Results based on 9 years of experience with a highly structured approach. *Crit Care Explor* 2021; 3(3):1–9.
30. Ranisch R, Riedel A, Bresch F, Mayer H, Pape K-D, Weise G et al. Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“: Ein Pilotprojekt zum Aufbau dezentraler Strukturen der Ethikberatung an einem Universitätsklinikum. *Ethik Med* 2021; 33(2):1–18.

31. Schmitz D, Groß D, Frierson C, Schubert GA, Schulze-Steinen H, Kersten A. Ethics rounds: affecting ethics quality at all organisational levels. *J Med Ethics* 2018; 44(12):805–9.
32. Meyer D, Reiter-Theil S. Context-adjusted clinical ethics support (CES) in psychiatry. Accompanying a team through a sensitive period. *Clin Ethics* 2016; 11:70–80.
33. Foglia MB, Fox E, Chanko B, Bottrell MM. Preventive ethics: addressing ethics quality gaps on a systems level. *Jt Comm J Qual Saf* 2012; 38(3):103–11.
34. Chervenak FA, McCullough LB. Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(2):303–7.
35. Levine-Ariff J. Preventive ethics: the development of policies to guide decision-making. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 1990; 1(1):169–77.
36. Forrow L, Arnold RM, Parker LS. Preventive ethics: expanding the horizons of clinical ethics. *J Clin Ethics* 1993; 4(4):287–94.
37. Chervenak FA, McCullough LB. Preventive ethics strategies for drug abuse during pregnancy. *J Clin Ethics* 1990; 1(2):157–8.
38. Chervenak FA, McCullough LB. Preventive ethics and end-of-life decisions. *Womens Health Issues* 1996; 6(5):304–6.
39. Chervenak FA, McCullough LB. Preventive ethics and subsequent care of patients self-administering ovarian stimulation for the management of infertility. *J Clin Ethics* 2009; 20(3):239–40.
40. Chervenak FA, McCullough LB. Preventive ethics for cesarean delivery: the time has come. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(3):166–7.
41. Chervenak FA, McCullough LB. Ethical dimensions of the fetus as a patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2017; 43:2–9.
42. Chervenak FA, McCullough LB, Knapp RC, Caputo TA, Barber HRK. A clinically comprehensive ethical framework for offering and recommending cancer treatment before and during pregnancy. *Cancer* 2004; 100(2):215–22.
43. McCullough LB. The Professional Medical Ethics Model of Decision Making Under Conditions of Clinical Uncertainty. *Med Care Res Rev* 2013; 70(1_suppl):141S-158S.
44. McCullough LB, Coverdale JH, Chervenak FA. Preventive ethics for including women of childbearing potential in clinical trials. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(5):1221–7.
45. Dalgo AL. Early Integration of Pediatric Participation in Health Care as Preventive Ethics. *Am J Bioeth* 2018; 18(3):22–4.
46. Scollon S, Bergstrom K, McCullough LB, McGuire AL, Gutierrez S, Kerstein R et al. Pediatric Cancer Genetics Research and an Evolving Preventive Ethics Approach for Return of Results after Death of the Subject. *J Law Med Ethics* 2015; 43(3):529–37.

47. Wear S, Logue G. The problem of medically futile treatment: falling back on a preventive ethics approach. *J Clin Ethics* 1995; 6(2):138–48.
48. Andereck WS, McGaughey JW, Schneiderman LJ, Jonsen AR. Seeking to reduce nonbeneficial treatment in the ICU: an exploratory trial of proactive ethics intervention. *Crit Care Med* 2014; 42(4):824–30.
49. Cohn F, Goodman-Crews P, Rudman W, Schneiderman LJ, Waldman E. Proactive ethics consultation in the ICU: a comparison of value perceived by healthcare professionals and recipients. *J Clin Ethics* 2007; 18(2):140–7.
50. Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. *Crit Care Med* 1998; 26(2):252–9.
51. Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. *Health Aff* 2005; 24(4):961–71.
52. Morgenstern L. Proactive bioethics screening: a prelude to bioethics consultation. *J Clin Ethics* 2005; 16(2):151–5.
53. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290(9):1166–72.
54. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2000; 28(12):3920–4.
55. National Center for Ethics in Health Care. Preventive Ethics. Addressing Ethics Quality Gaps on a Systems Level. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Veteran Affairs; 2015.
56. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Fine A, Jakel P. Making the call: a proactive ethics framework. *HEC Forum* 2013; 25(3):269–83.
57. Frolic A, Jennings B, Seidlitz W, Andreychuk S, Djuric-Paulin A, Flaherty B et al. From reactive to proactive: developing a valid clinical ethics needs assessment survey to support ethics program strategic planning (part 1 of 2). *HEC Forum* 2013; 25(1):47–60.
58. Opel DJ, Brownstein D, Diekema DS, Wilfond BS, Pearlman RA. Integrating ethics and patient safety: the role of clinical ethics consultants in quality improvement. *J Clin Ethics* 2009; 20(3):220–6.
59. Pearlman RA, Bottrell MM, Altemose J, Foglia MB, Fox E. The IntegratedEthics™ Staff Survey: A Tool to Evaluate and Improve Ethical Practices in Health Care. *AJOB Prim Res* 2013; 4(1):7–19.
60. Bottrell MM, Pearlman RA, Foglia MB, Fox E. The IntegratedEthics™ Facility Workbook: An Evaluation Tool to Support Health Care Ethics Program Implementation and Quality Management. *AJOB Prim Res* 2013; 4(1):59–70.
61. Pavlish C, Brown-Saltzman K, So L, Wong J. SUPPORT: An Evidence-Based Model for Leaders Addressing Moral Distress. *J Nurs Adm* 2016; 46(6):313–20.

62. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Nudelman O. Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *J Nurs Scholarsh* 2011; 43(1):13–21.
63. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Dirksen KM, Fine A. Physicians' Perspectives on Ethically Challenging Situations: Early Identification and Action. *AJOB Empir Bioeth* 2015; 6(3):28–40.
64. Pavlish C, Hellyer J, Brown-Saltzman K, Miers A, Squire K. Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. *Am J Crit Care* 2015; 24(3):248–56.
65. Pavlish CL, Brown-Saltzman K, Robinson EM, Henriksen J, Warda US, Farra C et al. An Ethics Early Action Protocol to Promote Teamwork and Ethics Efficacy. *Dimens Crit Care Nurs* 2021; 40(4):226–36.
66. Pavlish CL, Henriksen J, Brown-Saltzman K, Robinson EM, Warda US, Farra C et al. A Team-Based Early Action Protocol to Address Ethical Concerns in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 2020; 29(1):49–61.
67. Epstein EG. Preventive ethics in the intensive care unit. *AACN Adv Crit Care* 2012; 23(2):217–24.
68. Ienca M, Kressig RW, Jotterand F, Elger B. Proactive Ethical Design for Neuroengineering, Assistive and Rehabilitation Technologies: the Cybathlon Lesson. *J Neuroeng Rehabil* 2017; 14(1):115.
69. Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. *Klinische Ethik - METAP : Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. 2. Auflage.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2019.
70. Habermann-Horstmeier L, Lippke S. Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In: Tiemann M, Mohokum M, Hrsg. *Prävention und Gesundheitsförderung.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. S. 1–17.
71. Kolip P, Trojan A. Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, Hrsg. *Prävention und Gesundheitsförderung.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. S. 1–18.
72. Au SS, Couillard P, Des Roze Ordons A, Fiest KM, Lorenzetti DL, Jette N. Outcomes of Ethics Consultations in Adult ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2018; 46(5):799–808.
73. Berkowitz KA, Katz AL, Powderly KE, Spike JP. Quality Assessment of the Ethics Consultation Service at the Organizational Level: Accrediting Ethics Consultation Services. *Am J Bioeth* 2016; 16(3):42–4.
74. Bruce CR, Feudtner C, Davis D, Benner MB. Developing, Administering, and Scoring the Healthcare Ethics Consultant Certification Examination. *Hastings Cent Rep* 2019; 49(5):15–22.
75. Fins JJ, Kodish E, Cohn F, Danis M, Derse AR, Dubler NN et al. A Pilot Evaluation of Portfolios for Quality Attestation of Clinical Ethics Consultants. *Am J Bioeth* 2016; 16(3):15–24.
76. Haltaufderheide J, Nadolny S, Gysels M, Bausewein C, Vollmann J, Schildmann J. Outcomes of clinical ethics support near the end of life: A systematic review. *Nurs Ethics* 2020; 27(3):838–854.

77. Haltaufderheide J, Nadolny S, Vollmann J, Schildmann J. Framework for evaluation research on clinical ethical case interventions: the role of ethics consultants. *J Med Ethics* [Internet]. Epub 2021 May 18 [Stand: 2022 Mar 26]. Verfügbar unter: <https://www.doi.org/10.1136/medethics-2020-107129>.
78. McClimans L, Pressgrove G, Campbell E. Objectives and outcomes of clinical ethics services: a Delphi study. *J Med Ethics* 2019; 45(12):761–9.
79. Pearlman RA, Foglia MB, Fox E, Cohen JH, Chanko BL, Berkowitz KA. Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *Am J Bioeth* 2016; 16(3):3–14.
80. Schildmann J, Nadolny S, Haltaufderheide J, Gysels M, Vollmann J, Bausewein C. Ethical case interventions for adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7(7):CD012636.
81. Svantesson M, Snoo-Trimp JC de, Ursin G, Vet HC de, Brinchmann BS, Molewijk B. Important outcomes of moral case deliberation: a Euro-MCD field survey of healthcare professionals' priorities. *J Med Ethics* 2019; 45(9):608–16.
82. Chen Y-Y, Chu T-S, Kao Y-H, Tsai P-R, Huang T-S, Ko W-J. To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization. *BMC Med Ethics* 2014; 15:1.
83. Frolic A, Andreychuk S, Seidlitz W, Djuric-Paulin A, Flaherty B, Jennings B et al. Implementing a clinical ethics needs assessment survey: results of a pilot study (part 2 of 2). *HEC Forum* 2013; 25(1):61–78.
84. Bruce CR, Peña A, Kusin BB, Allen NG, Smith ML, Majumder MA. An Embedded Model for Ethics Consultation: Characteristics, Outcomes, and Challenges. *AJOB Empir Bioeth* 2014; 5(3):8–18.
85. Meyer-Zehnder B, Barandun Schafer U, Albisser Schlegler H, Reiter-Theil S, Pargger H. Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation : Vom Versuch zur Routine. *Anaesthesist* 2014; 63(6):477–87.
86. Mousavi MSS, Khodayari-Zarnaq R, Hajizadeh A. Main challenges in adoption of consultation services of hospital ethics committees: A systematic review of the literature. *Clin Ethics* 2021; 17(1):41-50.
87. Anderson-Shaw L, Ahrens W, Fetzer M. Ethics consultation in the emergency department. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2007; 9(1):32–5.
88. Heyl J. Early Indicators for Ethics Reviews. *Health Care Ethics USA* 2008; 16(3):2–4.
89. Meyer-Zehnder B, Albisser Schlegler H, Tanner S, Schnurrer V, Vogt DR, Reiter-Theil S et al. How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Med Ethics* 2017; 18(1):16.