

Klinische Ethik in der ärztlichen Weiterbildung

Stand 5. Dezember 2024

Von: Oswald Hasselmann, Settimio Monteverde, Tanja Krones

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	2
2.	Ergebnisse und Empfehlungen	6
2.1	Empfehlungen zur Realisierung der in Tabelle 1 dargestellten Domänen professionell ethischen Handelns	6
2.1.1	Dimension A: Realisierung guter klinisch-ethischer Praxis/Professionalism	7
2.1.2	Dimension B: Umgang mit ethischen Problemen, Vermeidung/Verminderung von Schaden	9
2.1.3	Dimension C: Umgang mit ethischen Dilemmata	11
3.	Vorschläge der Implementierung	13
4.	Anhänge:	14
4.1	Anhang 1: SIWF Methodik	14
4.2	Anhang 2: Kernkompetenz Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared decision making, SDM)	15

1. Vorwort

Das Schweizerische Institut für Medizinische Weiter- und Fortbildung (SIWF) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Umsetzung der allgemeinen Lernziele (ALZ), die alle Ärztinnen und Ärzte der Schweiz im Rahmen ihrer ärztlichen Weiterbildung erfüllen sollen, zu fördern. Die klinische Ethik ist eines von fünf Schwerpunktthemen, die im Rahmen einer Vorstudie als prioritär beurteilt wurden. Die Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE) hat den Auftrag erhalten, die ethischen Kompetenzen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu definieren und mögliche Implementierungsszenarien vorzuschlagen. Die Realisierung ethischer Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Aus- und Weiterbildung wird schon durch die Bundesgesetzgebung gefordert.¹ Wir vermuten, dass die in der vom SIWF durchgeführten Delphi-Befragung² festgestellte mangelnde „Attraktivität“ von Ethik auf ein theoretisch überfrachtetes Ethikverständnis zurückzuführen sein könnte, das den spezifischen ethischen Anforderungen der klinischen Praxis nicht gerecht wird. Dies wurde im Rahmen der Erarbeitung dieses Textes von Vertreterinnen und Vertretern des SIWF und des VSAO wiederholt bestätigt.

Ärztinnen und Ärzte stehen täglich vor einer Vielzahl von Entscheidungssituationen, in denen ethische Haltungen, Fertigkeiten und Urteilskraft gefragt sind. Ethik wird verstanden als die Wissenschaft, welche zwischenmenschliches Handeln bezüglich der Werte, die dieses trägt, kritisch reflektiert. Aspekte des klinisch-ethischen Wissens, des Könnens und der adäquaten Haltungen sind für eine gelingende Gestaltung ethischer Entscheidungs- und Problemsituationen im ärztlichen Alltag unverzichtbar. Eine ethisch reflektierte ärztliche Praxis zeigt sich primär in der klinischen Entscheidungsfindung, die ethische Aspekte einschliesst,³ in der professionellen Interaktion, die dem Wertebezug ärztlichen Handelns gerecht wird, sowie in einer gelingenden Kommunikation und Zusammenarbeit.

Dem Auftrag des SIWF folgend und auf der Basis der durchgeführten Analyse (zur Methodik siehe Anhang 1), schlagen wir vor, die Postulate der Allgemeinen Lernziele in der ärztlichen Weiterbildung durch Weiterentwicklung und Schärfung der PROFILES-Instrumente der medizinischen Ausbildung zu verwirklichen. Die vorliegende Delphi-Analyse zeigt, dass nicht davon auszugehen ist, dass Studierende während der Ausbildung umfassend mit den ethischen Fragen der klinischen Praxis und den damit verbundenen Herausforderungen konfrontiert wurden, noch, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte in den zentral ethisch relevanten Entrustable Professional Activities (EPAs) des PROFILES Katalogs am Ende ihrer Weiterbildung das höchste Niveau erreichen.^{4,5} Aus Sicht der Autorinnen und Autoren ist es daher unerlässlich, im Rahmen der medizinischen Weiterbildung, Lernerfahrungen der ethischen Selbstwirksamkeit am jeweiligen Standort oder an überregionalen Ausbildungsorten aufbauend auf den in der Ausbildung angelegten Lernzielen zu ermöglichen und somit die fachärztliche Kompetenz durch eine mit ihr eng assoziierte ethische Kompetenz zu festigen.

Zur Sicherung eines ausreichenden Praxisbezugs bedarf es eines umfassenden Engagements aller Weiterbildungsverantwortlichen, um im klinischen Alltag spezifische Lernsituationen zu erkennen bzw. anzubieten, die es ermöglichen, Fragestellungen in der klinisch-ethischen Entscheidungsfindung mit dem erforderlichen Wissen, Können und Haltungen kompetent zu beantworten. Ein solches «Faculty Development» der Weiterbildungsverantwortlichen geht über die Vorbildfunktion hinaus und umfasst u.a. die folgenden vier Schritte:

1. Anregung ethischer Lernprozesse durch definierte Lernsituationen.
2. Enge Begleitung der Weiterzubildenden mit strukturiertem Feedback.

¹ Artikel 7 Medizinalberufegesetz, 23. Juni 2006 (Stand am 1. September 2023)

² Stärkung der „Allgemeinen Lernziele“: Ergebnisse der 1. Runde der Delphi-Befragung H. Amstad, G. Spinaz, M. Brodmann Maeder

³ Dies entspricht auch dem originären Selbstverständnis evidenzbasierter Medizin, vgl. Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it is not *BMJ* 1996; 312 :71 doi:10.1136/bmj.312.7023.71

⁴ <https://www.profilesmed.ch/>

⁵ Das anvertraute Kompetenzniveau wird üblicherweise in fünf Stufen (levels) eingeteilt: 1 - Lernen durch Beobachten, aktives Assistieren einer Tätigkeit. 2 - Führt eine Tätigkeit, in Anwesenheit des Supervisors unter direkter Anleitung durch. 3 - Führt eine Tätigkeit in Anwesenheit des Supervisors weitgehend selbständig durch. 4 - Kann eine Tätigkeit selbständig durchführen. 5 - Kann eine Tätigkeit Anderer supervidieren. A primer on entrustable professional activities. Cate OT. Korean J Med Educ. 2018. PMID: 29510603

3. Ermöglichung einer ethisch fundierten Selbstwirksamkeit im klinischen Alltag.
4. Anlegen einer Basis für ev. nachfolgende komplexere ethische Aufgaben (z.B. Moderation einer ethischen Fallkonferenz, s.u.).

Eine gezielte Förderung ethischer Kompetenzen der Weiterzubildenden hat zum Zweck, eigene und im klinischen Alltag vorhandene Werthaltungen kritisch zu reflektieren und klinisch ethisch relevante Inhalte im ärztlichen Alltag routinemässig und auf hohem Standard zu implementieren. Dazu bietet sich u.a. das Konzept des «Cognitive Apprenticeship» an, welches in der klinischen Ausbildung Aus- und Weiterzubildende an komplexe Aufgaben strukturiert heranzuführt, sie begleitet und fördert.⁶ Das Schaffen einer sicheren Lernumgebung in den Phasen des *Modeling* (Vorführen), *Scaffolding* (unterstützte Eigentätigkeit), *Fading* (Nachlassen der Unterstützung bei steigender Kompetenz der lernenden Person) und *Coaching* (betreutes Beobachten) kann auch für die Vermittlung ethisch relevanter Fertigkeiten genutzt werden. Gerade bei ethisch relevanten Fertigkeiten, wie «Shared Decision-Making» (siehe dazu auch Anhang 2), Kommunikation medizinischer Fehler oder Überbringen schlechter Nachrichten ist ein strukturierter Zugang im Sinne einer Passung von Inhalt/Situation und didaktischer Methode anzustreben. Ein solches Vorgehen trägt durch ein Einüben «nach Drehbuch» mit Debriefings im Sinne eines «first» und «second loop» dazu bei, einer möglichen Überforderung der Akteurinnen und Akteure vorzubeugen. Hierbei gilt es, offen zu bleiben für Abweichungen von Regeln, ohne dabei die Regel, resp. deren Evidenzgrundlage unreflektiert in Frage zu stellen.⁷

Das EPA-Konzept ist auch gut geeignet, um spezifische klinisch ethische Kompetenzen zu beschreiben und zu bewerten, die für den Umgang mit der ethischen Dimension der klinischen Praxis erforderlich sind. Aufbauend auf den gesetzlichen Grundlagen (s. Anm. i) wird in den PROFILES der Erwartungshorizont an die klinisch-ethische Kompetenz von zukünftigen Ärztinnen und Ärzten in zahlreichen EPAs zum Ausdruck gebracht. Diese werden entsprechend ihrer ethischen Dimensionen neu drei Domänen zugewiesen (siehe Tabelle 1) und mit konkreten klinischen Fertigkeiten und Entscheidungen verbunden. Aus Sicht der Autorinnen und Autoren ist im Anschluss an die universitäre Ausbildung in der fachärztlichen Weiterbildung eine Festigung der bereits in der universitären Ausbildung angelegten, ethisch-orientierten EPAs notwendig, um die vom Regulator (Bund/SMIFK/SIWF/FMH) geforderten ethischen Kompetenzen für die ärztliche Praxis auf hohem EPA-Niveau sicherzustellen.

Ethik als theoretisch und empirisch fundierte und auf zwischenmenschliches Handeln bezogene Wissenschaft bedingt, dass ihre Inhalte eng mit medizinrechtlichen, gesundheitsökonomischen, kommunikativen und klientenzentriert Kompetenzen und Haltungen verknüpft sind. Dies wurde bereits im Jahr 2008 in den Lernzielen *Gesundheitsökonomie und Ethik* als Empfehlungen der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) erkannt.⁸ Aus medizinethischer Sicht besteht das übergeordnete Ziel der assistenzärztlichen Weiterbildung darin, eine medizinische Versorgung sicherzustellen, die Patientinnen und Patienten bei der Entscheidungsfindung unterstützt, sie in die Lage versetzt, die für sie adäquaten Entscheidungen zu treffen, die dafür sorgt, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu erforderlicher Diagnostik, Therapie und Pflege erhalten, sie vor Diskriminierung, unangemessener

⁶ Stalmeijer R et al 2013 *Clinical Teaching Based on Principles of Cognitive Apprenticeship: Views of Experienced Clinical Teachers*. Acad Med 2018, 88:861-865 / Kirschner, P., Hendrick, C. (2020). *Cognitive Apprenticeship Revisited*. American Educator 50, 44:3: 37-40 / Collins, A., Brown, J.S., Holum, A. (1991). *Cognitive Apprenticeship: Making Thinking Visible*. American Educator 15, 3: 6-11, 38-46.

⁷ Gerade im Umgang mit kommunikativen Fertigkeiten und dazugehörigen Algorithmen werden von Mentor:innen und Weiterzubildenden sowohl eine Orientierung am «Skript» als auch ein Verständnis für Abweichungen vom Skript abverlangt, um die sog. «kognitive Last» (cognitive load) von Aufgaben wirksam reduzieren zu können. Vgl. Sweller, J., Ayres, P., Kalyuga, S. (2011). *Cognitive Load Theory*. Springer, New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8126-4>. Zu den konzeptuellen und empirischen Grundlagen

- 1) zum *Feedback* siehe: Stone, D., & Heen, S. (2014). *Thanks for the feedback*. New York, NY: Viking Penguin
- 2) zum strukturierten *Debriefing* siehe Kolbe et al. (2013): TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. BMJ Qual Saf. sowie Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Acad Emerg Med, 15(11), 1010-1016. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x
- 3) zum single und double Loop Feedback siehe Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2007). Debriefing with good judgment: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. Anesthesiol Clin, 25, 361-376.

⁸ Lernziele Gesundheitsökonomie und Ethik. Empfehlungen der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWBF) https://www.siwf.ch/files/pdf6/lernziele_ge_d.pdf.

Behandlung und Ausgrenzung schützt und das gesamte interprofessionelle Behandlungsteam bei der effektiven Bearbeitung ethischer Fragen miteinschliesst. Assistenzärztinnen und -ärzte müssen in der Lage sein, die oft impliziten oder unausgesprochenen Werte zu (er)kennen, die jeder medizinischen Entscheidung zugrunde liegen. Um das übergeordnete Ziel eines nachhaltigen, effizienten und gerechten Gesundheitswesens zu erreichen, in dem Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau professionell behandelt und betreut werden, müssen Assistenzärztinnen und -ärzte auch in der Lage sein, adäquate ethische Argumente zu formulieren. Dieses vollzieht sich unter Berücksichtigung ihrer eigenen Werte, der Werte der Patientin oder des Patienten und die des Behandlungsteams.

Tabelle 1: Grundlagen professionell klinisch-ethischer Praxis

Professionsethische Domäne	Relevante ethische Grundlagen	Klinische Beispiele
A Ethische Grundlagen: Was (auch) in der Medizin als « gut », wünschenswert, bewertet wird	Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit, Berufskodizes, moralischer Charakter (Tugenden)	Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making), bestmögliche Realisierung des Informed Consent, Advocacy für vulnerable Gruppen
B Ethische Probleme: Was (auch) in der Medizin als « schlecht », vermeidenswert bewertet wird	Nicht-Schaden, Nicht-Diskriminierung, Nicht-Vernachlässigung (non-abandonment)	Umgang mit medizinischen Fehlern, bestmögliche Überbringung schlechter Nachrichten, Speak Up bei beobachteter Vernachlässigung/ Diskriminierung; unprofessionelles Verhalten, Sexismus, Rassismus in der Medizin
C Ethische Dilemmata: Nicht «win win», oder auch « loose loose » Situationen, Notwendige Verletzung oder Abwägung relevanter Prinzipien oder begründbarer Handlungsstränge	Konflikte zwischen den Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit, zwischen zentralen professionellen Verantwortlichkeiten oder zwischen primären Berufsinteressen	Zwangsbehandlungen, Triage, bestmöglicher Umgang mit Rollenkonflikten als Forschende und klinisch tätigen Fachpersonen, Differenzierung zwischen «care» und «research»

Die praxisorientierte Anpassungsfähigkeit der vorgeschlagenen Struktur und des Formats an Tätigkeiten, welche für klinisch ethische Dimensionen *anvertraut* («entrusted») werden können, unterscheidet sich von bisherigen Ansätzen, die sich auf die traditionelle Lehre der ethischen Theorie und der moralphilosophischen Argumentation (z.B. deontologische, tugendethische Ansätze) stützen und die Praxis deduktiv als einen Bereich der „Anwendung“ betrachten. Dieses eher traditionelle Lehrformat erklärt möglicherweise die eingangs beschriebene unzureichende Akzeptanz. So kann z.B. eine reine «Anwendung» von Ethiktheorien auf die Praxis dazu führen, dass unversöhnliche gegensätzliche Optionen einander gegenüberstehen (wie z.B. die strittige Zulässigkeit einer «therapeutischen Lüge» aus deontologischer, utilitaristischer oder tugendethischer Sicht), die die Weiterzubildenden jeweils vor unerfüllbare Ansprüche der *Ethikansätze selbst stellt* und die Erfahrung eigener ethischer Selbstwirksamkeit verunmöglicht. Gegenüber solch einem theoretisch überfrachteten Ethikverständnis ermöglicht ein personenzentrierter, in der Erfahrungswelt der Versorgung gegründeter Zugang, basierend auf dem Ansatz des *klinisch-ethischen Pragmatismus*, moralisch relevante empirische (medizinische, soziale, etc.) Fakten zu identifizieren, unter Zuhilfenahme von ethischem Wissen aus relevan-

ten medizinethischen Ansätzen (z.B. Prinzipienethik, Care Ethik, Kasuistik, narrative Ethik) und erprobten Instrumenten der klinisch ethischen Entscheidungsfindung zu vertretbaren und gut abgewogenen Lösungen zu gelangen.⁹

Neben den positiven Auswirkungen der Ethik auf die Qualität der medizinischen Versorgung zeigt sich, dass auch die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz durch ein solchermassen geprägtes ethisch sensibles Arbeitsumfeld verbessert wird.

Ethische Kompetenzen können und sollten ebenso wie andere klinische Fertigkeiten gemäss der vorliegenden EPA-Struktur beurteilt werden- Hierzu schlagen wir konkrete Formate und Instrumente vor. Da in den bereits nach EPA-Kriterien weiterentwickelten Kern-Curricula der Facharztausbildung der Kardiologie (<https://swisscardio.ch/weiterbildung>) oder Chirurgie (<https://sgc-ssc.ch/projekte/epa>) bislang keine zentralen klinisch-ethischen Fertigkeiten wie «Shared Decision Making» explizit aufgeführt werden, schlagen wir die Etablierung eines gemeinsam verantworteten *Ethik-Kerncurriculums* zur fächerübergreifenden Umsetzung in der Weiterbildung vor. Dieses umfasst einen aus berufsethischer Sicht als unabdingbare geltenden Katalog ethischer Kernkompetenzen für die ärztliche Weiterbildung. Die Vermittlung erfolgt direkt an den Weiterbildungsstandorten (Spital/Praxis), bzw. an einer noch einzurichtenden Stelle, die E-Learning-Einheiten und zentralisierten Unterricht einschließlich Online- und Blended-Learning-Formaten anbietet. Die inhaltliche Ausgestaltung kann bedarfsadaptiert durch die Ausbildungsstandorte, die SGBE, die SAMW, den Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK-ASI), andere Berufsorganisationen und die medizinischen Fakultäten erfolgen.

Aufgrund der starken inhaltlichen Überschneidungen der einzelnen Mandate ist zur Erleichterung der Vermittlung und um eine bessere Akzeptanz der Weiterzubildenden zu erreichen, eine Zusammenführung der einzelnen Curricula der ALZ entsprechend dem bereits in den PROFILES angelegten Konzept zu erwägen. Gemeinsam adressieren die fünf ALZ-Mandate (Klinische Ethik, Patientensicherheit, Kommunikation, Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten, Interdisziplinarität) Lernmethoden zur Steigerung der sich gegenseitig beeinflussenden Resilienz des Gesundheitspersonals und der Patientinnen und Patienten, wie in den «quadruple aim of healthcare» beschrieben.¹⁰ Die in unserem Dokument dargestellten Dimensionen ethischen Handelns (Gutes tun, Schaden vermeiden und ein personengerechter Umgang mit nicht auflösbaren Dilemmata) können als ein Basiswertesystem verstanden werden, welches motivierend auch für die Umsetzung der übrigen Mandatsaufträge angesehen werden kann. Exemplarisch lässt sich dies am Erlernen der mandatsübergreifenden Kompetenz zur partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) darstellen. (siehe Anhang 2)

Patientensicherheit hat zum Ziel, dass das Nicht-Schadens- Prinzip wirklich ernst genommen wird. Hierfür bedarf es eines auf einer professionellen Persönlichkeitsentwicklung basierenden Kulturwandels hin zu einer aktiven Fehlerkultur im Gesundheitsbetrieb, welches auch den Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle zuschreibt. Die Individuums-spezifischen Konzepte des Gegenübers müssen hierbei umfassend auch in der **Kommunikation** wahrgenommen werden (siehe Carl Rogers¹¹). Für einen patientengerechten Umgang mit Emotionen bietet sich z.B. das NURSE-Modell an.¹² Präventiv die **Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten** zu schützen und deren Burnout zu vermeiden erfordert eine als unterstützend erlebte Interprofessionalität. Zusammenfassend zeigt sich somit, dass fachspezifische Ansätze mit jeweils eigener Methodik und Evidenz zu einem gemeinsamen Ziel konvergieren können. Diese Erfahrung erlaubt es uns zu einer gemeinsamen Formulierung eines ALZ-Kern-Curriculums aufzurufen.

⁹ Als theoretisches Fundament eines solchen Ethikverständnisses, das den Dimensionen der Erfahrung und Hypothesenbildung im klinischen Alltag einen zentralen Stellenwert einräumt und «ethical reasoning» als unverzichtbarer Bestandteil des «clinical reasoning» sieht, eignet sich der klinische Pragmatismus. Vgl. dazu: Fins, J.J., Bacchetta, M.D., Miller, F.G. (2021). Klinischer Pragmatismus: eine Methode moralischer Problemlösung. In: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., Eichinger, T. (eds) Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_6

¹⁰ Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781

¹¹ Rogers, Carl R. Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie ISBN 13: 9783463006925

¹² Kommunikation im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis, SAMW, 3., unveränderte Auflage 2023, DOI: doi.org/10.5281/zenodo.8224985

Zur Anregung der sich aktuell konstituierenden Mandatsgruppe **Interprofessionalität** möchten wir aus ethischer Sicht die folgenden Gedankenanstöße vermitteln: Die Fähigkeit, mit anderen Gesundheitsprofessionen zusammenzuarbeiten, ist eine zentrale Voraussetzung an das ärztliche Handeln, und ebenfalls im Medizinalberufegesetz verankert.¹³ Der PROFILES-Katalog und die darin artikulierte CanMEDS-Rolle „Collaborator“ einschliesslich der entsprechenden EPAs 4 - 9 gehen davon aus, dass eine wirksame Patientinnen- und Patientenversorgung nur gelingen kann, wenn alle involvierten Professionen „mit, voneinander und übereinander“ lernen, wie in einer gängige Definition von Interprofessionalität beschrieben.¹⁴ Voraussetzung hierfür ist das Bewusstsein der Grenzen des eigenen beruflichen Handelns und das Kennen der Kompetenzbereiche der anderen Professionen. Gerade weil Professionen immer auch ethische Werte repräsentieren, diese wiederum die Gestaltung ihrer Aufgabenbereiche prägen, ist es unumgänglich, die ethischen Perspektiven der mitbeteiligten Professionen zu kennen und zu verstehen, um somit die Dialog- und Funktionsfähigkeit von Teams zu erhalten. Aus- und Weiterbildungsziele klinischer Ethik umfassen deshalb zu einem wesentlichen Teil Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen, die der interprofessionellen Zusammenarbeit förderlich sind. Empirische Daten zeigen, dass eine Nichtberücksichtigung der Interprofessionalität, starre Hierarchien und eine schlechte Kommunikationskultur als ethische Stressoren erlebt werden, die die berufliche Zufriedenheit aller Professionen, aber auch das Patientinnen und Patientenoutcome, ungünstig beeinflussen.^{15, 16} Hier hat die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung eine grosse Verantwortung, bei Ärztinnen und Ärzten das Fundament für eine auch ethisch wirksame Zusammenarbeit der Professionen durch Förderung kommunikativer und fachlicher Kompetenzen sowie entsprechender Haltungen zu stärken.¹⁷ Für Assistenz- und Fachärztinnen und -ärzte, deren Interesse an klinischer Ethik über die Inhalte dieses Kern-Curriculums hinausgeht, verweisen wir auf den *Grund- und Aufbaukurs in ethischer Unterstützung*, der derzeit von der SGBE entwickelt wird.

2. Ergebnisse und Empfehlungen

2.1 Empfehlungen zur Realisierung der in Tabelle 1 dargestellten professionsethischen Domänen

Professionelles klinisch-ethisches Handeln sollte nach den drei folgenden Domänen gegliedert werden:

1. Klinisch-ethisch gute Praxis
2. Vermeidung von Schaden beim Umgang mit ethischen Problemen
3. Umgang mit ethischen Dilemmata

Jede dieser drei Domänen wird zunächst als Grund-Kompetenz definiert (blaues Kästchen). Alle Assistenzärztinnen und -ärzte sollten diese Kompetenz zum Ende ihrer Weiterbildungszeit auf hohem Selbstwirksamkeitsniveau erlangen. In der nachfolgenden Tabelle sind, bezogen auf die in den PROFILES bereits angelegten wesentlichen allgemeinen ärztlichen EPAs (erste Spalte von links) die ausdifferenzierten EPAs (2. Spalte) sowie die darin enthaltenen, ethischen Kernkompetenzen (3. Spalte) definiert. In Spalte 4 wird das jeweilige EPA-Level vorgeschlagen, welches alle Assistenzärztinnen und -ärzte unabhängig von der gewählten Fachrichtung mindestens am Ende ihrer Weiterbildung erreichen müssen, wenn sie eine klinische Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten ausüben. Spalte 5 enthält Empfehlungen zur didaktischen Methode des Kompetenzerwerbs. (K=Erwerb der Kompetenz

¹³Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, Artikel 6.7

¹⁴ FMH (2018), Interprofessionalität, In: Schweiz. Ärztezeitung 99,44, S. 1522-1523

¹⁵ Leonard, P. Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. *Support Care Cancer* 25 (Suppl 1), 7–9 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>; Davis, A.J. et al. (2018). Healthcare Professional Narratives on Moral Distress: Disciplinary Perspectives. In: Ulrich, C., Grady, C. (eds) *Moral Distress in the Health Professions*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64626-8_3, SAMW (2023) *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. DOI: doi.org/10.5281/zenodo.8224985

¹⁶ Doherty, R.F. (2021). *Ethical dimensions in the health professions* (7th ed.). Elsevier.

¹⁷ Krones, T., Monte Verde, S. (2020). Interprofessionelle klinisch-ethische Entscheidungsfindung am Beispiel der Intensivmedizin. In: Monte Verde, S. (Hrsg.) *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 315-326.

im Rahmen der klinischen Tätigkeit durch ärztliche Mentor:innen und Weiterbildungsverantwortliche, S=Erwerb der Kompetenz im Rahmen einer strukturierten Weiterbildung (z.B. durch E-Learnings, blended learnings/theoretische Fortbildungen) SN = Simulationen mit Simulationspersonen oder in strukturierten Teamtrainings)

Im Anschluss werden für jede Domäne einige Erläuterungen und konkrete Praxisbeispiele für den Erwerb der jeweiligen klinisch-ethischen Fertigkeiten gegeben. Hierbei bestehen, wie bereits dargestellt, Überschneidungen zu anderen Schwerpunkten der ALZ, insbesondere zu den relevanten EPAs in der Kommunikation. Diese Zuordnung kann auch für zukünftige fachärztliche EPAs angewandt werden.

2.1.1 Domäne A: Realisierung guter klinisch-ethischer Praxis/Professionalism

Der/Die Weiterzubildende verfügt über zentrale klinisch-ethische Wissensbestände zur Realisierung einer guten medizinischen Praxis und trägt mit einer personen-/Patientinnen und Patientenzentrierten Haltung und entsprechenden kommunikativen und interprofessionellen Kompetenzen in den professionellen ärztlichen Rollen als Medical Expert, Communicator, Collaborator, Leader/Manager, Health Advocate, Scholar, Professional zur Realisierung der ethischen und rechtlichen Anforderungen an die medizinische Praxis im klinischen Alltag bei.

Tabelle 2 Zentrale ethische Kernkompetenzen (1-10) zur Realisierung einer guten ethischen Praxis auf der Basis von PROFILES, Vorschläge zum Kompetenzerwerb (KE) in der Weiterbildung (WB)

Übergeordnete EPA PROFILES	EPAs mit zentralen klinisch ethischen Inhalten	Ethische Kernkompetenzen in der Weiterbildung für alle Fachrichtungen	EPA Level	Vorschläge zum KE in der WB (1)
Take a patient's history	EPA 1.1;1.2;1.3, 1.4, 1.8; 1.12;1a-g	1) Durchführung einer patientenzentrierten Anamnese und Assessment, Beachtung von individuellen Werten und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten	5	K
Assess physical & mental status	EPA 2.1;2.2;2.5; 2d	2) Beurteilung der Urteilsfähigkeit	4-5	K & S
Document and present a clinical encounter	EPA 8.1;8.2; 8.3; 8.ç	3) Durchführung der Dokumentation unter zentraler Beachtung ethisch relevanter Inhalte und der Schweigepflicht	5	K & S
Prioritize a differential diagnosis	EPA 3.5; 3.6	4) Differenzierung und kritische Bewertung von Fakten und Werten bei klinischen Entscheidungen	4-5	K
Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations	EPA 4.2;4.3	5) Anwendung von Shared - Decision Making bei diagnostischen und Screeningverfahren	4-5	K & S & SN
Perform general procedures	EPA 5.2	6) Einholung eines validen Informed Consent	5	K
Prescribe & develop management plan	EPA 7.1;7.3;7.4;7.5; 7.6;7.7;7.14	7) Interprofessionelle Anwendung von patienten- und familienzentriertem Shared decision making SDM und Advance Care Planning	4-5	K & S & SN

Recognize & treat an emergency	EPA 6.6;6.7;6.9	8) Eruiierung und Integration von individuellen Therapiezielen («Goals of Care») und Behandlungspräferenzen in die Notfallbehandlung Beachtung von Patientenverfügungen und mutmasslichem Willen bei Reanimation und Notfallentscheiden	5	K & S & SN
		9) Initiierung und konstruktive Teilnahme von Briefings und Debriefings bei ethisch relevanten Aspekten in der Notfallbehandlung	4-5	K & S & SN
Contribute to a culture of safety	EPA 9.5;9.6;9.7;9.9	10) Kenntnisse zu und Übernahme von Advocacy Rollen für Patientensicherheit, Evidenzbasierte Qualitätsverbesserung, Gesundheitskompetenz und ökologische Nachhaltigkeit	4-5	K & S

1 K=klinisch, S=strukturierte Weiterbildung (e learning, blended Learning/Kurs), SN=Simulation

Erläuterungen und Praxisbeispiele zu Domäne A, Tabelle 2

Die erste Dimension der klinisch ethischen Kernkompetenzen bezieht sich auf die Realisierung ethischer Grundlagen professionellen Handels in der ärztlichen Praxis.

Auch wenn Assistenzärztinnen und -ärzte in Bezug auf alle zehn genannten ethischen Kernkompetenzen von einer Auffrischung der ethischen Dimensionen im Rahmen von strukturierten Weiterbildungsformaten mit theoretischen Inhalten und praktischen Übungen inklusive Feedback von Simulationspersonen und Peers in Teamtrainings profitieren können, sind die **Kompetenzen 1, 4 und 6** bereits in der klinischen Praxis, angeleitet durch die Weiterbildungsverantwortlichen, bis zum höchsten EPA Level sicher erwerbbar. Die ausdifferenzierten Kernkompetenzen für die ärztliche Weiterbildung (Spalte 3) sollten einzeln und konkret durch die fachspezifischen Weiterbildner:innen beurteilt und durch die Assistenzärztinnen und -ärzte in den E-Logbüchern bzw. in der App dokumentiert werden.

Für den Erwerb der **Kompetenzen 2, 3 und 10** sind zusätzlich zu klinischen Formaten strukturierte Weiterbildungen (mit theoretischen Inputs und praktischen Übungen) von spezifischen Fachpersonen zu empfehlen. Die *Beurteilung der Urteilsfähigkeit* bei komplexen Fällen (**2**) und die *Anforderungen an Dokumentation und Fragen der Schweigepflicht* (**3**) sollten neben Feedbacks der fachspezifischen Weiterbildner in der klinischen Praxis zusätzlich in einer strukturierten Weiterbildung mit Inputs von Fachpersonen aus dem psychiatrischen und/oder rechtlichen oder klinisch ethischen Feld erworben werden. Rechtliche und ethische Grundlagen inkl. der einschlägigen SAMW-Richtlinien (u.a. betreffend Urteilsfähigkeit, Demenz, Zwangsmassnahmen) sollten anhand von klinischen Fallsituationen (z.B. Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei mit HIV infizierten Menschen bei möglicher Gefährdung Dritter) reflektiert und zu einer Sensibilisierung bzgl. der Grenzen der eigenen Kompetenz führen. Ggf. sollte eine psychiatrisch, rechtlich oder ethisch geschulte Fachperson hinzugezogen werden (z.B. psychiatrische Fachpersonen, Forensic Nurses, Vertreterinnen und Vertreter des Kinderschutzes). In Bezug auf strukturierte Weiterbildungsinhalte zu **10** (*Contribute to a culture of safety*), welche aufgrund ihrer hohen ethischen Relevanz ebenfalls in den Dimensionen B und C (s.u.) inkludiert sind, verweisen wir auf die konkreten operationalisierten Vorschläge der Kollegen Ständer et al. zur Patientensicherheit in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. Da in diesen Dimensionen spezifische Fachkompetenzen bei hoch komplexen Fällen erforderlich sind, schlagen wir für diese klinisch-ethisch relevanten Kernkompetenzen ein EPA-Level 4-5 am Ende der ärztlichen Weiterbildung vor. Für die **Kernkompetenzen 5, 7, 8 und 9** schlagen wir für den Erwerb der EPA auf Level 4-5 am Ende der Weiterbildungszeit zusätzlich die Durchführung von Simulationseinheiten im Rahmen der strukturierten Weiterbildung vor, da diese Fertigkeiten trotz ihrer Definition als zentrale Lernziele sowohl national als auch international in der Klinik zu wenig implementiert und gelehrt werden. Diese Aspekte sollten zukünftig verstärkt in «Train the Trainer» Programmen berücksichtigt werden. Die partizipative

Entscheidungsfindung (shared decision making) für präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen und zukünftige Notfallsituationen sollte möglichst auf der Basis evidenzbasierter Trainings (z.B. DoctormitSDM/MappinSDM¹⁸ siehe Anhang 2, Serious Illness Conversation¹⁹ Advance Care Planning²⁰, Goals of Care) unter Zuhilfenahme von «decision aids» und in Simulationen mit strukturiertem Feedback je nach Fachrichtung bis zum EPA-Niveau 4-5 entwickelt und abgeprüft werden. Auch wenn face-to-face Simulationen vorzuziehen sind, bestehen bereits ausreichend gute Erfahrungen und bereits etablierte Möglichkeiten, diese auch online durchzuführen (siehe aktuelle Stellungnahme von Langewitz & Stiefel zu sozialen und kommunikativen Kompetenzen). Ideal würden diese in Zukunft als Teil eines ALZ-Kerncurriculums (über)regional angeboten.

2.1.2 Domäne B: Umgang mit ethischen Problemen, Vermeidung/Verminderung von Schaden

Der/Die Weiterzubildende verfügt über zentrale klinisch-ethische Wissensbestände zur Realisierung des Nicht-Schadensprinzips und trägt mit einer personen-/Patientinnen und Patientenzentrierten Haltung und entsprechenden kommunikativen und interprofessionellen Kompetenzen in den professionellen ärztlichen Rollen als Medical Expert, Communicator, Collaborator, Leader/Manager, Health Advocate, Scholar, Professional zur Vermeidung der Verletzung von Patientinnen und Patientenrechten, von Diskriminierung und Vernachlässigung sowie zu einer akti-

Tabelle 3 Zentrale ethische Kernkompetenzen zum Umgang mit ethischen Problemen und Vermeidung/Verminderung von Schaden, Realisierung auf der Basis von PROFILES, Vorschläge zum Kompetenzerwerb (KE) in der Weiterbildung (WB)

Übergeordnete EPA PROFILES	EPAs mit zentralen klinisch ethischen Inhalten	Ethische Kernkompetenzen in der Weiterbildung für alle Fachrichtungen	EPA Level	Vorschläge zum KE in der WB (1)
Take a patient's history	EPA 1.3;1.6;1.13	1) Erkennen von implizitem Bias und expliziter Diskriminierung, Über-/Unter-/ Fehlbehandlung bei hierfür vulnerablen Gruppen bei Anamnese und Untersuchung (u.a. psychiatrisch erkrankte, demente, delirante, adipöse Patientinnen und Patienten mit schädlichem Substanzgebrauch)	4-5	K & S
			4	K & S

¹⁸ Geiger F, Liethmann K, Reitz D, et al (2017). Efficacy of the doktormitSDM training Module in supporting shared decision making - results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2017;100:2331–8;
¹⁹ Baxter R, Pusa S, Andersson S, et al. Core elements of serious illness conversations: an integrative systematic review BMJ Supportive & Palliative Care Epub ahead of print: doi:10.1136/spcare-2023-004163; <https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Serious-Illness-Conversation-Guide.2023-05-18.pdf>
²⁰ Rosca A, Karzig-Roduner I, Kasper J, et al (2023). Shared decision making and advance care planning: a systematic literature review and novel decision-making model. BMC Med Ethics. 2023 Aug 14;24(1):64. doi: 10.1186/s12910-023-00944-7; Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European association for palliative care. Lancet Oncol 2017;18:e543–e55. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2014;15:477–89. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J, van der Heide A The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med 2014;28:1000–25. doi:10.1177/0269216314526272; Krones T, Budilivski A, Karzig I, et al Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial BMJ Supportive & Palliative Care 2022;12:e411-e423; Jox R, Krones T, Marckmann G, in der Schmitten J (2024) Praxisbuch Advance care Planning. Kohlhammer. ISBN 978-3-17-036567-4

Assess physical & mental status	EPA 2.3	2) Adäquate Abwägung von und bei Bedarf adäquate Initiierung von fürsorglicher Unterbringung, Rückbehalt und/oder Durchführung von Behandlungen gegen den geäußerten Willen		
Document and present a clinical encounter	EPA 8.7			
Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations	EPA 4.4	3) Wissen über und Integration von sinnvoller Differenzierung wie auch Erkennen von Bias/Diskriminierungs-Potential bei sex-, gender-, alter- und ethnizitätspezifischen Unterschieden in diagnostischen Tests und Symptompräsentation bei Diagnostik und Differenzialdiagnose	4-5	K & S
Perform general procedures, Prescribe & develop management plan Recognize & treat an emergency	EPA 7.3;7.10;7.13	4) Adäquater Patientinnen und Patienten-zentrierter Umgang mit Ablehnung von Behandlungen und Non Adhärenz ("Compliance") 5) Klinisch ethisch adäquate Evaluation der Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit medizinischer Massnahmen («Futility»)	5 5	K & S K & S
Contribute to a culture of safety	EPA 9.1;9.2;9.3;9.4	6) Kenntnis der Definition von Adverse Events, Preventable Adverse Events («Medizinischem Fehler») und des «first» «second» und «third» victim Konzepts, Kompetenzen in Speak-up und der Kommunikation von adverse events und medizinischen Fehlern mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen	4	K & S & SN

1 K=klinisch, S=strukturierte Weiterbildung (e learning, blended Learning/Kurs), SN Simulation

Erläuterungen und Praxisbeispiele zu Domäne B, Tabelle 3

Die zweite Dimension der klinisch ethischen Kernkompetenzen bezieht sich auf den Umgang mit ethischen Problemen und der Vermeidung/ Verminderung von Schaden.

Um EPAs in der Dimension B auf Level 4-5 zu erlangen, reicht eine alleinige Weiterbildung «on the job» aus den folgenden Gründen nicht aus:

- 1) Obgleich diese EPAs, wie Tabelle 3 verdeutlicht, ebenfalls in mehreren Dimensionen bereits in der Ausbildung enthalten sind, nehmen diese im Vergleich zu Domäne A deutlich zu wenig Raum ein.
- 2) Klinische Erfahrungen im Umgang mit ethischen Problemen, adverse events und medizinischen Fehlern werden in aller Regel erst in der Weiterbildung wirklich erfahren und auch nur dann, wenn die klinische Umgebung der jeweiligen Facharztausbildung eine solche spezifische Weiterbildung überhaupt ermöglicht.
- 3) Der Umgang mit ethischen Problemen und medizinischen Fehlern ist weiterhin ein schwieriges (Tabu-) Thema, für welches auch die heutigen Weiterbildner:innen des Öfteren nicht bestmöglich qualifiziert sind und selbst nicht von guten Vorbildern haben lernen können. Ein lediglich defensiver Umgang kann zu hohem moralischem Stress oder gar moralischer Verletzung²¹ und im Endeffekt mit dazu beitragen, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Job verlassen.

²¹ Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury, not burnout. Fed Pract. 2019;36(9):400-402; Ozeke et al (2019). Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice, 10(null), 593-603; Rösner H, Raspe M, Strametz R (2021) Second victim Traumatisierungen-Auswirkungen auf Behandelnde und Patienten. Geburtshilfe Frauenheilkd 2021; 81(09): 1006-1010
DOI: 10.1055/a-1374-058

Aus diesen Gründen schlagen wir für die ethischen Kernkompetenzen 1-5 in Dimension B neben der Adressierung in der klinischen Praxis zusätzlich fachlich qualifizierte Inputs in der strukturierten Weiterbildung vor. Hier sollen u.a. *Stereotypisierungen*, *Implicit Biases*, *explizite Diskriminierung*, *Umgang mit unprofessionellem Verhalten* und *transkulturelle Kompetenzen* adressiert sowie Erfahrungen aus dem klinischen Alltag ausgetauscht werden. Den Weiterzubildenden werden hierbei relevante und adäquate Herangehensweisen nahegebracht und ein ethisch adäquater Umgang in Simulationen durch unmittelbares Feedback mit ihnen trainiert. Dieses gilt besonders auch für die Kernkompetenz 6. Ein hilfreiches und adäquates «Speak-Up»²² und die Kommunikation medizinischer Fehler gehören zu den psychologisch und kommunikativ schwierigsten Fertigkeiten mit hohem Schadenspotential für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte, wenn diese nicht adäquat gelebt werden. Die Kommunikation vermeidbarer adverse events/medizinischer Fehler sollte entweder direkt an Simulationszentren oder durch spezifisch qualifizierte Weiterbildner:innen in der Weiterbildung (z.B. nach dem TRACK Modell²³) trainiert werden, um Traumatisierungen (first/second/third victim) zu verringern.

2.1.3 Domäne C: Umgang mit ethischen Dilemmata

Der/Die Weiterzubildende verfügt über zentrale klinisch-ethische Wissensbestände zur Erkennung und zum Umgang mit ethischen Dilemmata und Interessenskonflikten, kann alltägliche ethische Konfliktsituationen adäquat bearbeiten und erkennt, wann eine zusätzliche klinisch-ethische Unterstützung notwendig ist. Er/sie trägt mit einer personen-/Patientinnen und Patientenzentrierten Haltung und entsprechenden kommunikativen und interprofessionellen Kompetenzen in den professionellen ärztlichen Rollen als Medical Expert, Communicator, Collaborator, Leader/Manager, Health Advocate, Scholar, Professional zu einer wertschätzenden klinisch-ethischen Kultur bei.

Während eine klinisch-ethisch gute Praxis und die Adressierung von ethischen Problemen, wie Tabelle 2 und 3 zeigen, in sehr vielen EPAs bereits in den PROFILES abgebildet ist, ist dies in Bezug auf Dilemmata und den Beizug ethischer Expertise allein in EPA 7.15 unter «end of life» adressiert (*Counsel patient and family proactively on decision-making at the end of life, taking into account the patient's preferences and acceptable outcomes. Involve chaplain if needed and/or consult with ethicist in different situations*).

Dies deckt jedoch relevante Dilemmasituationen, Werte- und Rollenkonflikte in Klinik und Forschung und den Umgang damit in klinisch-ethischen Strukturen nicht adäquat ab. 2008 wurden bereits von der Kommission für Weiter- und Fortbildung die nachfolgend dargestellten Bildungsziele in Bezug auf den Umgang mit ethischen Dilemmata deutlich spezifischer als wie in den PROFILES veranlagt adressiert.²⁴

Unser Vorschlag besteht in einer spezifischen, 2-tägigen Vertiefung im Blended Learning Format, wenn möglich interprofessionell, durch ethisch geschulte Weiterbildner:innen. Inhalt dieses Kurses sollten praktische Übungen zu ethischen Dilemmata, aber auch zu Rollenkonflikten zwischen primären Berufsinteressen sein. Ausgehend von den aktuellen FMH-Vorgaben ergeben sich dafür folgende Inhalte:

²² Kolbe, M., Burtcher, M. J., Wacker, J., Grande, B., Nohynkova, R., Manser, T., Spahn, D. R., & Grote, G. (2012). Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesthesia and analgesia*, 115(5), 1099–1108. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318269cd32>

²³ Truog RB, Browning DM, Johnson JA et al (2011) Talking with Patients and Families about Medical Error. John Hopkins University Press. Johnson J, Panagioti M (2018): Interventions to improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine* 93(9):1400; Raemer DB; Locke S, Walzer TB, et al (2016). Rapid Learning of Adverse Medical Event Disclosure and Apology. *J Patient Safet* 12(3).

²⁴ FMH (2008): Lernziele Gesundheitsökonomie und Ethik: Empfehlungen der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) vom 11. September 2008. https://www.siwf.ch/files/pdf6/lernziele_ge_d.pdf (2.8.2024).

1. *Theoretische Auffrischung ethischer Theorien und Konzepte*

Die Kenntnis unterschiedlicher ethischer Begründungsansätze (z.B. Deontologie, Utilitarismus, Prinzipienethik, Tugendethik, Kasuistik, Care Ethik, Narrative Ethik) und relevanter Unterscheidungen (Fakten-Werte, Recht und Ethik, ethische Probleme-ethische Dilemmata) stellen unverzichtbare Wissensbestände dar, um die Tragweite ethischer Fragestellungen adäquat erfassen zu können. Analog zum regelgeleiteten klinischen Denken, ermöglichen diese im Umgang mit ethischen Fragen, unterschiedliche Hypothesen aufzustellen und nachzuverfolgen

2. *Ethische Unterstützung - Moderation ethischer Fallkonferenzen*

Es ist nicht primär die Aufgabe einer Fachärztin oder eines Facharztes eine ethische Fallkonferenz zu moderieren. Sie sollten jedoch in der Lage sein, klinisch-ethische Fragestellungen zu erkennen und mit Hilfe von bekannten «tools» (wie Klinischer Pragmatismus, Nimwegener Methode/Moral case deliberation, Prinzipienorientierte Falldiskussion, Bochumer Arbeitsbogen, METAP-Modell, Dialog Ethik: 7 Schritte-Modell) aufzugreifen (im Sinne von METAP-Stufe 2-3) und zu beurteilen, wann, aufgrund der Komplexität, eine fachethische Expertise (auf METAP-Stufe 4) erforderlich ist. Eine strukturierte ethische Entscheidungsfindung kann dazu beitragen, wesentliche Aspekte einer Situation systematisch zu erfassen und lösungsorientiert zu bearbeiten. Solche Fallbesprechungen sind wichtige Instrumente in der klinischen Ethik, die spezifische Moderationskompetenzen erfordern, damit diese Gefässe in der Praxis als wirksam erlebt werden, zu guten Entscheidungen mit geteiltem Verständnis einer Situation beizutragen und die ethischen Belastungen aller Beteiligten zu verringern.

3. *Reflexion anhand klassischer klinisch-ethischer Fall- und Dilemmasituationen*

Ethische Dilemmata sind Grenzsituationen ärztlichen Handelns, in denen als gleichwertig relevant erachtete moralische Ansprüche an das professionelle Handeln bestehen, die nicht gleichzeitig erfüllt werden können. Entscheidungen sind in solchen Situationen immer risiko-/schadensbehaftet. Sie erfordern daher prozedurale Transparenz bzgl. der Rechtfertigbarkeit von Entscheidungen, die unter hoher Unsicherheit jedoch nicht willkürlich getroffen werden sollten, sondern ethisch begründet sein müssen. Als Beispiele dafür gelten z.B. das Abwehrrecht bei nicht sicher urteilsfähigen Personen, die indizierte Behandlungen (z.B. Reanimationen oder Blutprodukte) ablehnen, die fürsorgliche Unterbringung und Zwangsbehandlung von deliranten Menschen oder die Behandlung von Menschen in (psychischen) Ausnahmesituationen gegen deren geäußerten Willen (z.B. unter der Geburt).

4. *Umgang mit knappen Ressourcen*

Der Umgang mit Knappheit erfordert aus ethischer Sicht nebst der Verhinderung von Willkür die prozedurale Transparenz und plausible Kriterien einer gerechten Verteilung, um je nach zu verteilendem Gut (z.B. Triage von Personal, Betten, IPS-Plätzen, Therapien, Organen) adäquate Gerechtigkeitskriterien zur Anwendung zu bringen. Darin eingeschlossen sind auch längerfristige Erwägungen wie z.B. die Relevanz von mittel- und langfristigen Kosten für Medikamente in individuellen Therapieentscheidungen, aber auch allgemeine ethische Dimensionen gesundheitsökonomischer Erwägungen.

5. *Vulnerable Populationen und strukturelle Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten, transkulturelle Kompetenzen*

Ärztinnen und Ärzte haben eine besondere Verantwortung in der Sicherstellung der allgemeinen Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage), auf welche in der Schweiz das Krankenversicherungsgesetz (KVG) abzielt. Es gibt vielfältige Nachweise für unterschiedliche Gradienten im Zugang zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung für vulnerable Populationen.²⁵ Dieses stellt eine besondere ethische Herausforderung an das ärztliche Handeln dar. Die adäquate Adressierung der «Health Equity» zur Verringerung des Gradienten («inverse care law») entspricht dem neu erweiterten Ziel der «quintuple aim of healthcare»²⁶ und erfordert die Einnahme der ärztlichen Rolle als Health Advocate. Dies umfasst auch Kenntnisse der Förderung eines nachhaltigen Gesundheitswesens und zu «Planetary Health» und Klimagerechtigkeit.

6. *Grundlagen und Rollen von Ärztinnen und Ärzten in Forschung und Therapie, Therapeutic misconception, Scientific Integrity*

Der Grenzbereich zwischen Forschung und Therapie stellt Ärztinnen und Ärzte vor spezifische Rollenkonflikte, erfordern von Ärztinnen und Ärzten eine hohe Sensibilität, um sowohl den ethischen Ansprüchen der Therapie als auch der Forschung mit Menschen umfassend gerecht zu werden.

3. Vorschläge der Implementierung

Der Weg zur Implementierung könnte zunächst mit der Ausarbeitung eines EPA-kompatiblen Kern-Curriculum ALZ durch die fünf Mandatsträger starten. Die Sicherung der Praxisrelevanz müsste durch SSPs (*Situations as starting points*) sichergestellt werden. Auf dieser Grundlage sollten die Lehr- und Lernformate, Qualifikation der Lehrpersonen, formative und summative Überprüfung des Lernerfolgs festgelegt und anschliessend durch Repräsentantinnen und Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und des SIWF überprüft werden, gefolgt von einem Pilotprojekt in jeweils einem operativen und nicht-operativen Fachgebiet.

²⁵ vgl. auch diverse Beiträge zur klinischen Ethik (aus schweizerischer Sicht) in: Wasson, K / Kuczewski, M. (Hrsg.) (2022) *Thorny Issues in Clinical Ethics Consultation. North American and European Perspectives*. Springer: Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-91916-0

²⁶ Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022 Feb 8;327(6):521-522. doi: 10.1001/jama.2021.25181. PMID: 35061006

4. Anhänge:

4.1 Anhang 1: SIWF Methodik

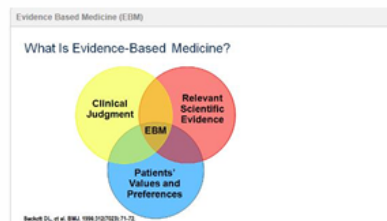
- Kerngruppe SGBE definiert Auftrag an: Oswald Hasselmann, Tanja Krones, Settimio Monteverde, regelmässige Treffen (online, Präsenz)
- Wiederholte Rücksprache zum Auftrag mit Vertreterinnen des SIWF (in Präsenz, schriftlich)
- Sichtung nationaler und internationaler Ansätze zur Umsetzung von kompetenzbasierten Lernzielen und EPAs in der Weiterbildung
- Sammlung und Sichtung bisheriger Kernweiterbildungen in der Klinischen Ethik in CH
- Definition übergeordneter Ziele (Triple/Quadruple/Quintuple Aim of Healthcare) des Gesundheitswesens und von 3 «Kernbereichen» klinisch ethischer Fragestellungen:
 - Implementierung ethisch guter Praxis im klinischen Alltag, Realisierung der Prinzipien Autonomie, Nutzen, Gerechtigkeit;
 - Vermeidung von und Umgang mit ethisch problematischen Situationen, Realisierung des Nicht-Schadensprinzips;
 - Umgang mit ethischen Dilemmata, Konflikten zwischen primären Interessen oder Prinzipien (z.B. Autonomie vs. Fürsorge bei Zwangsbehandlungen)
- Zuordnung der PROFILES auf diese Kernbereiche
- Aufgrund der Nähe der Inhalte und relevanten Kompetenzen, Austausch und Zusammenarbeit mit Wolf Langewitz, Mandatsträger SIWF für Kommunikation
- Nach Rücksprache mit dem SIWF Verzicht auf Delphi-Umfrage bei den Weiterbildungsstätten bzgl. deren Bedürfnissen, Abfrage SIWF-Vorstand zum «Ist» Zustand der Weiterbildung in Klinischer Ethik und Empfehlungen zur Weiterentwicklung
- Identifizierung und Analyse der bestehenden *Gaps* (Theorie-Praxis) in der Weiterbildung: Verständnis als rein philosophische theoretische Disziplin, fehlende klinisch-ethische Kenntnisse in vielen Weiterbildungsstätten (Umfrage H +), mangelndes Verständnis von «doing ethics» als integralem Bestandteil der PROFILES, sowie der in den EPAs inhärenten ethischen Wissensbestände, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen
- In drei Bereichen (ethisch gute Praxis, problematische Situationen, ethische Dilemmata und Zielkonflikte) Definition von allgemeinen Lernzielen im Rahmen von häufig auftretenden prototypischen klinischen Situationen, Analyse der Fälle analog des Beispiels der Klinischen Ethik-USZ zur Erreichung der EPAs (ethics focus, ethics enhanced cases)
- Erarbeitung von Formaten der strukturierten und arbeitsplatzbasierten Weiterbildung zur Erreichung der klinisch ethisch relevanten Kernkompetenzen mit operationalisierbaren Beispielen
- Erstellung einer Zusammenstellung zur klinisch ethischen Kernkompetenz: Shared decision-making
- Eruierung von bestehenden Lücken zur Weiterarbeit (v.a. klinische Ethik im niedergelassenen Bereich in der Weiterbildung); Nach Analyse von zwei exzellenten EPA strukturierten Beispielcurricula, Vorschlag zur Erarbeitung eines konkreten Core-Ethics Curriculums analog «surgical ethics» als Curriculum für alle Weiterbildungsstätten
- Aktualisierung des Berichtes nach der Klausur unter Berücksichtigung der dort geführten Diskussionen.

4.2 Anhang 2: Kernkompetenz Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared decision making, SDM)

Eine der wesentlichen ethisch begründeten und rechtlich normierten Grundpfeiler eines Patientinnen- und Patientenorientierten Gesundheitswesens nicht nur in der Schweiz (vgl. aktuelle Richtlinien der SAMW) sondern auch international ist die Realisierung von Autonomie der Patientinnen und Patienten durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Ärztliche Fürsorge zielt hierbei primär darauf, die Patientinnen und Patienten zu befähigen, wohl informierte Entscheidungen zu treffen, welche mit ihren Präferenzen übereinstimmt. SDM ist damit auch die Grundlage einer wohlverstandenen evidenzbasierten Medizin («EBM needs SDM needs EBM», vgl. BMJ Evidence based medicine, Series Shared Decision making and Evidence based Medicine, 2022), wie auch die bekannte Darstellung von David Sacketts Grundlagenartikel illustriert

Abbildung 1 EbM und SDM

Evidence based Medicine



EBM is the integration of **clinical expertise, patient values, and the best evidence into the decision making process for patient care**. Clinical expertise refers to the clinician's cumulated experience, education and clinical skills. The patient brings to the encounter his or her own personal and unique concerns, expectations, and values. The best evidence is **usually found in clinically relevant research that has been conducted using sound methodology**.

Sackett DL et al 1996, <https://guides.himmelfarb.gwu.edu/ebm>

Wie bei allen professionellen Rollen und Aktivitäten beruht die Förderung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung auf spezifischem Wissen, Fertigkeiten und Haltungen der Fachpersonen. Autonomie wird hierbei als «relationale Autonomie» verstanden: Sie realisiert sich in Beziehung (vgl. Krones und Richter, 2008, Krones 2022). Entscheidungen werden gemeinsam von Ärztinnen und Ärzten und weiteren Mitgliedern im Behandlungsteam getroffen. In aller Regel spielen Bezugspersonen ebenfalls eine zentrale Rolle («It takes at least two to tango», vgl. Charles et al, 1997).

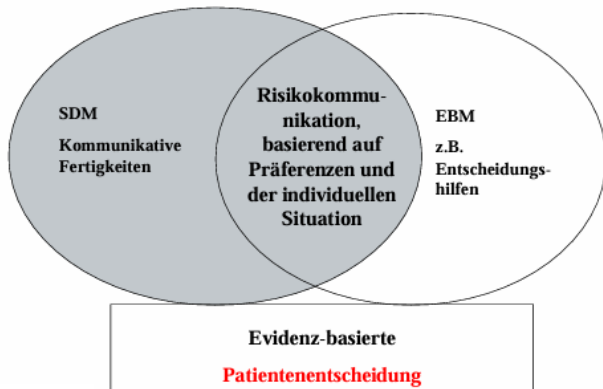
Eine Haltung, die auf den ethischen Grundlagen basiert, wurde in einem der programmatischen Papiere von einigen Pionier:innen der gemeinsamen Entscheidungsfindung sehr treffend wie folgt beschrieben:

“The skills of SDM are unlikely to be developed, let alone exhibited, unless the clinician agrees with the guiding ethical principles. At its core, SDM rests on accepting that individual self-determination is a desirable goal and that clinicians need to support patients to achieve this goal, wherever feasible. Self-determination in the context of SDM does not mean that individuals are abandoned. SDM recognizes the need to support autonomy by building good relationships, respecting both individual competence and interdependence on others. These are the key tenets of both self-determination and relational autonomy” (Elwyn et al. 2012, p. 1361)

Ogleich zahlreiche konzeptionelle Modelle der gemeinsamen Entscheidungsfindung entwickelt wurden (Stand September 2024 über 6200 Reviews in *Pubmed*) beruht die Realisierung von SDM im individuellen Fall konsensuell auf der oben beschriebenen Haltung, spezifischen kommunikativen Fertigkeiten und wenn irgend möglich von der Verwendung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen, damit Patientinnen eine evidenz- und präferenzbasierte Entscheidung treffen können.²⁷

²⁷ <https://wissenwaswirkt.org/medizinische-entscheidungshilfen>

Abbildung 2 Evidenzbasierte Patientinnen und Patientenentscheidung (Edwards und Elwyn 2001)



In Bezug auf den Patientinnen und Patientenorientierten Nutzen wird dieser für die Komponente der Verwendung von evidenzbasierten Entscheidungshilfe bereits seit Ende der 1990 Jahre in dem weltweit meistzitierten Cochrane Review untersucht. Im Update 2024 enthält dieser mittlerweile 209 Studien mit insgesamt 107,698 Teilnehmerinnen mit folgender Schlussfolgerung:

«Compared to usual care, across a wide variety of decisions, patient decision aids probably helped more adults reach informed values-congruent choices. They led to large increases in knowledge, accurate risk perceptions, and an active role in decision-making. Our updated review also found that patient decision aids increased patients' feeling informed and clear about their personal values. There was no difference in decision regret between people using decision aids versus those receiving usual care. Further studies are needed to assess the impact of patient decision aids on adherence and downstream effects on cost and resource use.» (Stacey et al, 2024:2)

Sowohl die einzelnen Komponenten «Evidenzbasierte Entscheidungshilfen» als auch «Spezifische Kommunikative Fertigkeiten», als auch die Implementierung selbst sind komplexe Interventionen, deren Effekt auf Patientinnen und Patientenorientierte Outcomes nicht nur von den spezifischen «Wirkstoffen» abhängt, die auf der Mikroebene verwendet werden, sondern auch von der strukturellen »Policy« (Einbettung des Konzeptes auf der Mesoebene der Institutionen (Praxis, Klinik, Pflegeheim) und der Makroebene der nationalen gesundheitspolitischen Vorgaben. Es ist daher wie bei allen komplexen Interventionen in Bezug auf die Messung und Interpretation der Outcomes entscheidend, zu beschreiben, was «in der Pille» ist und in welchem Kontext diese angewendet wird. Nicht jedes gute Aufklärungsmaterial ist eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe, nicht jede Art von Patientinnen und Patientenorientierte Kommunikation enthält die Komponenten, die sich nachweislich positiv auf Patientinnen und Patientenrelevante Outcomes auswirken.

In Bezug auf evidenzbasierte Entscheidungshilfen bestehen seit 2003 Qualitätsstandards, welche in 2024 erneut evaluiert wurden, und nach welchen sich qualitativ hochwertige Entscheidungshilfen gut einordnen und beschreiben lassen. (<http://ipdas.ohri.ca/>). In Bezug auf die kommunikativen Fertigkeiten existieren verschiedene Konzepte, die sich in Bezug auf Struktur und didaktischer Vermittlung ähneln, aber nur z.T. in Bezug auf Patientinnen und Patientenrelevante Outcomes evaluiert wurden. Bekannt sind z.B. das 3 Schritt Modell von Elwyn et al (2017), welches insgesamt und insbesondere in Bezug auf chronisch und schwer kranke Patientinnen und Patienten weiterentwickelt wurde (Elwyn et al 2020, siehe Abbildung 3

Abbildung 3 Three Step Model, erweitert mit Focus auf Therapieziele

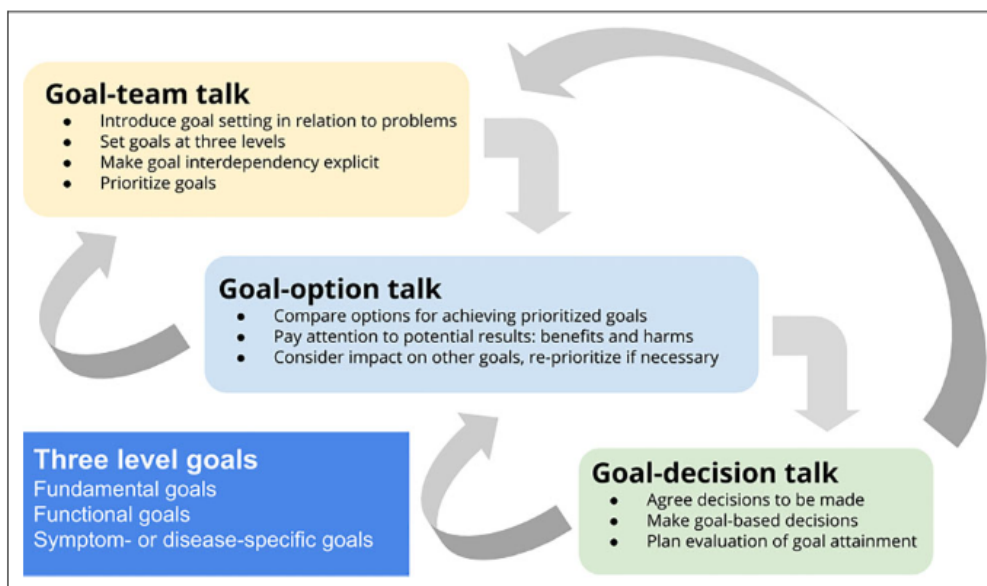
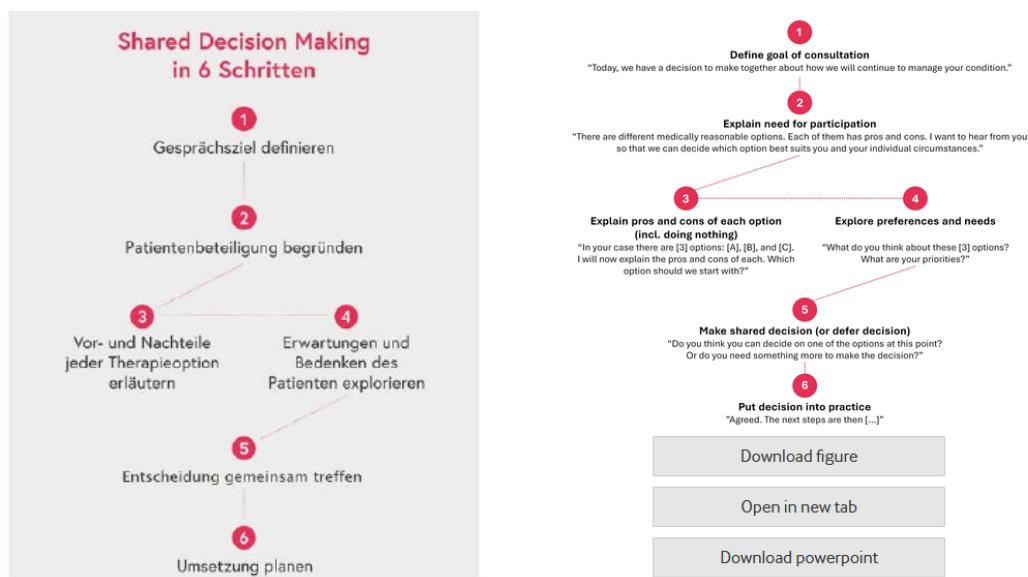


Figure 1. The goal-based shared decision-making model.

Das am besten in Bezug auf individuelle und Systemaspekte untersuchte Kommunikationsmodell ist das zuerst von Kasper et al (2012, 2019) entwickelte, mittels evidenzbasierten Tools pragmatisch on the job testbare (Kaspar et al. 2012, Geiger et al 2017) 6-Schritte Modell (siehe auch Clayman et al 2024), welches sowohl in Norwegen (Kasper et al 2017, Kienlin et al 2020, 2022,) als auch Deutschland auf institutioneller und nationaler Ebene umfassend mit reliablen und validen Instrumenten (Kasper et al 2023, Sundmacher 2023, siehe auch Abbildung 5) intern und extern evaluiert und in Modellregionen bereits vollimplementiert wurde.

Abbildung 4 Shared decision making in 6 Schritten



Diese Schritte liegen auch der im deutschsprachigen Raum meistgenutzten evidenzbasierten Entscheidungshilfenbibliothek in der hausärztlichen Praxis zugrunde (<https://arriba-hausarzt.de/>), welche u.a. in einer randomisierten komplexen Interventionsstudie getestet wurde (Krones et al 2008) Hierbei zeigte sich nicht nur eine höhere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Entscheidung (PREM) sondern auch ein geringerer *Decisional Regret* als ein patientenrelevantes outcome im Längsschnitt. In Bezug auf die Kombination vom «doctormitSDM» Kommunikationstraining unter Hin-

zuziehung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen zeigen sich signifikante Effekte auf «Patient reported experiences» (PREM) und Outcome Effekte (Scheibler et al (2023), Geiger (2023), welcher sich auch im Langzeitverlauf nach 6-18 Monaten robust zeigten. (Stolz-Klingenberg et al (2022). Die Ergebnisse wurden extern evaluiert, siehe Abb. 5 (Courtesy Share To Care)

Abbildung 5 Ergebnisse Evaluation Share to Care

Externe Evaluation durch die TU München (Prof. Dr. Leonie Sundmacher):

Praktikabilität

- Vollständige Implementierung in 18 von 22 Kliniken während des laufenden Klinikbetriebes trotz Pandemie
- >1000 Ärzt:innentrainings
- >1000 Pflegekräfte eingebunden
- 80 Online-Entscheidungshilfen implementiert
- + flächendeckendes Patientenempowerment

Wirksamkeit

- Signifikante Steigerung von
 - SDM-Level gemäß standardisierter Gesprächsvideoanalysen sowie Patientenbefragungen
 - Gesundheitskompetenz bessere Vorbereitung auf Therapieentscheidungen
 - Patientensicherheit poststationär 13% weniger Notfalleinweisungen als Vergleichskrankenhäuser

Kosteneffizienz

- SHARE TO CARE-Programm spart mehr Geld ein als es kostet
- tendenziell kürzere Gesprächsdauer

Geiger et al. 2023
Geiger et al. 2024

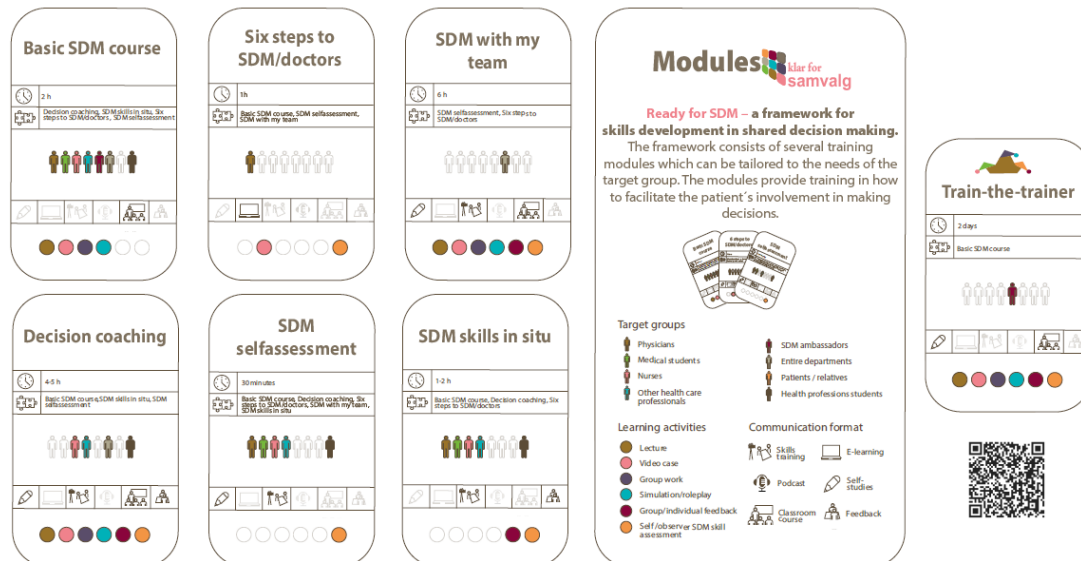
Brown et al. 2023
Veroff et al. 2013
Fitch et al. 2018
Chrenka et al. 2021
Arterburn et al. 2012



Nationales Kompetenzzentrum Shared Decision Making



Abbildung 6 Darstellung des Gesamtprogramms der Vollimplementierung von SDM in einer Region: Beispiel Norwegen



HELSE SØR-ØST

Anders als des Öfteren beschrieben, zeigt sich hierbei kein Gradient in Bezug auf Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen sozialen Lagen und Bildungsniveaus, dies wurde auch in einem kürzlich durchgeführten systematischen Review nachgewiesen (Ellerman et al).

Es ist ein Mythos, dass bei SDM keine Emotionen im Konzept berücksichtigt werden (Elwyn 2020) oder dass es unüberwindbare Implementierungsbarrieren (Légaré & Thompson-Leduc 2012) gibt. Letztere lassen sich durch eine Stärkung Patientinnen und Patientenzentrierter Haltungen und Etablie-

rung relevanter SDM Strukturen auf allen Ebenen (u.a. Trainings, explizite Einladungen an Patientinnen und Patienten in Praxen und Institutionen, sich zu beteiligen, Systemanreize auf institutioneller und nationaler Ebene) überwinden.

Referenzen zu Anhang 2

BMJ Evidence Based Medicine (2022) Series Shared Decision Making and Evidence Based Medicine (<https://ebm.bmj.com/pages/shared-decision-making-and-evidence-based-medicine>)

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997;44(5):681–92.

Clayman ML, Scheibler F, Rüffer JU, *et al*: The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:75-78

Edwards A Elwyn G (2001) Evidence based Patient choice. Oxford. Oxford University Press

Ellermann C, Hinneburg J, Wilhelm et al (preprint) Can health information and decision aids decrease inequity in health care? A systematic review on the equality of their effectiveness. <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2024.09.24.24314314v1>

Elwyn G (2020) Shared decision-making: What is the work? *Patient Educ Couns.* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.032>

Elwyn G Vermunt NPCA (2020) Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. *Journal of Patient Experience*, Vol. 7(5) 688-696

Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. (2017) A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4891>.

Elwyn G, Frosch D, Thomson et al (2012) Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice *J Gen Intern Med* 27(10):1361–7.

Fins, J.J., Bacchetta, M.D., Miller, F.G. (2021). Klinischer Pragmatismus: eine Methode moralischer Problemlösung. In: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., Eichinger, T. (eds) *Medizinethik. Grundagentexte zur Angewandten Ethik*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_6

Geiger F (2023) Making SDM a reality. Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Bericht zuhanden des Gemeinsamen Bundesausschusses, <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23 MAKING-SDM-A-REALITY Ergebnisbericht.pdf>

Geiger F, Hacke C, Potthoff J, et al. The effect of a Scalable online training Module for shared decision making based on flawed Video examples – a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2021;104:1568–74.

Geiger F, Liethmann K, Reitz D, et al (2017). Efficacy of the doktormitSDM training Module in supporting shared decision making - results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2017;100:2331–8

Kasper J, Hoffmann F, Heesen C, et al. (2012) MAPPIN'SDM--the multifocal approach to sharing in shared decision making. *PLoS One* 2012;7:e34849.

Kaspar et al (2017) Status Report From Norway. Implementation of patient involvement in Norwegian Health Care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123:124:75-80

Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, Kasper J. (2020) Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(2):610–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13380>. PubMed

Kienlin S, Stacey D, Nytrøen K, et al (2022): Ready for SDM- Evaluation of an interprofessional training module in shared decision making: a cluster randomized trial. *Pat Educ Counsel*
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.013>

Kasper J, Lühnen J, Hinneburg J, Siebenhofer A, Posch N, Berger-Höger B, et al. (2023) MAPPinfo – mapping quality of health information: Validation study of an assessment instrument. *PLoS ONE* 18(10): e0290027. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290027>

Krones T (2022) Beziehungen zwischen Patienten und Behandlungs-/Betreuungsteams und gemeinsame Entscheidungsfindung. In Marckmann G (Hrsg) *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. 2. Auflage. MWV Berlin, S. 79-88.

Krones T, Keller H, Sönnichsen A et al (2008) Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine* May 2008, 6 (3) 218-227; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.854>

Krones und Richter (2008) Ärztliche Verantwortung. Das Arzt-Patient- Verhältnis. *Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz* 51, 818-816

Legare F, Thompson-Leduc P (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 96(3)281-6.

Sackett DL et al (1996) *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* BMJ 1996, 312(7023), 71-72. <https://guides.himmelfarb.qwu.edu/ebm>

Scheibler F, Geiger F, Wehkamp K, et al. (2024) Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany: a pre–post trial *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:87–95.

Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, Pacheco-Brousseau L, Funderup J, Gunderson J, Barry MJ, Bennett CL, Bravo P, Steffensen K, Gogovor A, Graham ID, Kelly SE, Légaré F, Sondergaard H, Thomson R, Trenaman L, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 1. Art. No.: CD001431. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402085/> DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6. Accessed 03 October 2024.

Stolz-Klingenberg C, Bünzen C, et al (2022) Sustainability of large-scale implementation of shared decision making with the SHARE TO CARE program. *Front. Neurol.* 13:1037447. <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.1037447/full>