

# Ethik First – extracurricular support for medical students and young physicians facing moral dilemmas in hospital routine

## Abstract

**Introduction:** Moral value conflicts play an increasingly central role in everyday hospital life. Clinical ethics, however, is only marginally represented in the compulsory curriculum for human medicine and the additional education regulations. The aim of the Ethik First project at the University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel is to close this gap with an extracurricular offer and to support medical students from the fifth clinical semester onward and during their practical year as well as assistant doctors in dealing with moral dilemmas in everyday hospital life. The project has taken the concomitant learning objectives from the national competency-based learning objective catalog for medicine. According to the target group, the address in particular, showed higher taxonomy levels.

**Project description:** The multimodal concept is based on three pillars: In monthly principle-based case conferences, participants practice ethical reflection and moral judgment primarily on the basis of concrete cases introduced by them using the methods of problem-based learning and consideration-based deliberation. If participants do not bring forth a case, they discuss ethical aspects of current political relevance. Moreover, there is an annual public speaker event.

**Results:** Since the project began in 2017, ~20 students and interns have taken part in Ethik First one or more times. In a web-based interim evaluation (N=13), all respondents fully agreed that they considered the format helpful for dealing with ethical questions at the clinic. They rated the relevance for their later profession as high. There is evidence for support in moral dilemma situations.

**Discussion:** The first evaluation results of the voluntary extracurricular offer show the acceptance of the selected format, which goes beyond pure teaching in its conception in that it addresses moral stress as well and strengthens the participants' individual resilience.

**Conclusion:** Ethik First reinforces the role of ethical aspects in the training of (prospective) doctors and focuses on reflecting on cases they have experienced firsthand.

We formulate a desideratum for appropriate advanced training concepts both in medical studies and in advanced medical training such that the training and development of comparable projects at medical faculties and at medical associations with student participation can be discussed.

**Keywords:** moral dilemma, moral distress, clinical ethics, problem-based learning

Eva Kuhn<sup>1</sup>

Laura Lunden<sup>2</sup>

Penelope Moysich<sup>3</sup>

Kai Rogge<sup>4</sup>

Marijke Roscher<sup>5</sup>

Lotta Caning<sup>3</sup>

Annette Rogge<sup>6</sup>

1 University Hospital Bonn, Institute of Hygiene and Public Health, Section Global Health, Bonn, Germany

2 UKSH Kiel, Clinic for Anesthesia and Operative Intensive Care Medicine, Kiel, Germany

3 Christian Albrechts Universität zu Kiel, Kiel, Germany

4 Fernuniversität Hagen, Hagen, Germany

5 Helios Clinic Hildesheim, Pediatrics, Hildesheim, Germany

6 Christian Albrechts Universität zu Kiel, Institute for Experimental Medicine, Medical Ethics, Kiel, Germany

## 1. Introduction

### 1.1. Problem

Interns, students in their practical year (PY) and newcomers to the medical profession usually come with their own high standards of morally correct actions and behavior. Medical care, however, repeatedly confronts all actors in the health sector with situations that are character-

ized by moral uncertainty or that lead those involved into moral dilemmas. Strict hierarchies, institutional hurdles and economic constraints of the health system can make it difficult or impossible to follow one's own values in patient care or to verbalize moral conflicts [1]. Examples are situations in which economic interests determine the therapy because of false incentives in the DRG system. A report on "Patient welfare as an ethical standard in hospitals" shows the fact that the German Ethics Council

saw the requirement to emphasize the relevance and potential for conflict of economic aspects in German hospitals. It unanimously states that by “primarily focusing on reducing expenditure for health insurance companies and increased earnings on the part of the providers, effects emerged that give cause for concern with regard to patient well-being as a decisive normative benchmark” [2].

Such value conflicts cause moral stress, a term that was first introduced into the nursing sciences by the philosopher Andrew Jameton [3]; however, it is now intensively being researched for various health professions. In a broad definition, it describes psychological reactions to moral challenges [4]. In addition to a high workload and/or a lack of appreciation, moral stress is a factor that can lead to psychological overload and even stress-induced depression in young doctors [5], [6]. The experience of moral stress can lead to the intention to give up the medical profession [7].

With an average of 2.18 semester hours per week in 2014 [8], however, the curricular cross-sectional area “history, theory, ethics of medicine” (section 27, paragraph 1, sentence 5, no. 2 ÄApprO) can usually not address situations that may lead to moral stress within a reasonable time frame. The curriculum should address structural conditions that can lead to value conflicts and analyze them within its framework. Upon the entry into everyday clinical practice, however, a personal and immediate confrontation with value conflicts takes place, which necessitate additional retrospective reflection on one’s own experience [9]. The strong emotions that can accompany moral stress, especially feelings of guilt and shame, necessitate a safe setting to be able to reflect on what has been experienced [10]. Creating an intimate atmosphere is only possible to a limited extent in mandatory classes in the cross-sectional area because of the short time and the focus on imparting knowledge required for the examination.

Beyond the courses in the cross-sectional area of “history, theory, ethics of medicine”, medical professionals learn the so-called “hidden” and “informal curriculum” values and moral points of view [11]. “Hidden curriculum” indicates implicitly passed on social rules of a team or clinic, values inherent in the organizational and study structure and subconscious influences of the clinic culture [12]. The “informal curriculum” is closely interwoven and partly overlapping with this. To a large extent, this includes interpersonal communication in the team with patients and relatives as well as copying behavior patterns or the medical attitude of superiors. This type of learning and knowledge acquisition goes far beyond formalized bedside classes and explicit discussions [13]. Ethik First serves as a platform to point out these elements, which have not been considered to date in the formal curriculum, to recognize and name them as problematic, and to introduce them into the case discussion.

In everyday clinical practice, moral dilemmas have to date been addressed in particular through projects from the clinical ethics committee (CEC) in the form of ethical case

consultations, ethics consultations, and ethics ward visits [14]. They focus primarily on treatment decisions and patient care and not on doctors’ moral stress or only implicitly. In particular, ethical case consultations are often requested by or on the instruction of senior physicians, although they are also formally available to all employees. It is safe to assume that in these interdisciplinary meetings within the ward, interns, trainees and young professionals will find it difficult to verbalize their own values, particularly if these may not be congruent with those of their superiors.

## 1.2. Project aim

The project aims to improve moral judgment, ethical reflection and strengthen individual resilience in value conflicts.

The central element is to give medical students in higher clinical semesters, trainees and junior doctors the opportunity to discuss and reflect on a moral dilemma they experience in everyday clinical life in a safe setting and under supervision. Such an exchange serves the (self-) reflection on one’s own values and moral duties as (prospective) doctors, as well as the discussion of moral stress and aspects of the hidden and informal curriculum. Furthermore, networking of the participants of different training stages should be made possible and promoted. An overarching and long-term goal of the project is that (prospective) doctors get to know about the relevance of ethical topics in medicine and the work of the CEC from the start.

## 2. Project description

### 2.1. Concept

Ethik First was established in 2017 as an initiative of the managing director of the CEC of the University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel and set up together in an interdisciplinary working group of four medical students and one theologian. It is anchored as an extracurricular support project and advanced training format in the clinical context in the field of ethics. Because of the dual target group, medical students in higher clinical semesters and assistant doctors, the project is embedded in the course and in the clinic. The dates will be announced on a homepage [<http://www.ethik-first.de>] and in an e-mail list of previous participants.

Since the beginning, the “UKSH Gutes tun!” Foundation of the Schleswig-Holstein University Medical Center has financially supported the project (e.g. for advertising) and remunerated external speakers.

### 2.2. Organization and implementation

Ethik First comprises three pillars:

1. The focus is on monthly case conferences of 1 h duration each. Participants discuss cases that have

been experienced by them and previously submitted for discussion. However, there is the possibility of expressing topic requests, which participants can then discuss using current patient cases or those described in the literature. They should take care, however, to discuss extreme/rare case constellations and regular ethical decisions and moral dilemmas that arise in everyday clinical practice [15]. This includes, for example, changes in therapy goals, the justification of mandatory measures, conflicts because of DRG requirements or difficult communication in the team and/or with relatives.

2. The second pillar relates to current ethical issues that affect society as a whole. These are discussed in the context of the monthly meetings and related in previous meetings, e.g., to non-invasive prenatal diagnostics (NIPD), triage in the pandemic or the resolution of contradictions in the case of post-mortem organ donation. This pillar is secondary to the first pillar, i.e., within the framework of the monthly Ethik First meeting, an issue that affects society as a whole is only discussed if no case has been submitted.
3. The third pillar comprises lectures by external speakers tailored to the focus group (e.g. on moral stress, ethics through the use of serious games). These take place once a year as planned and are open to all clinic employees and students.

### 2.3. Didactic concept

**Pillar 1 (case conferences):** The learning objectives of Ethik First are the knowledge and application of technical and methodological skills and, based on this, the enhancement of the participants' moral judgment. Table 1 shows the learning objectives for Ethik First corresponding to the National Competence-based Catalog of Learning Objectives for Medicine (NKLM) and their correlation to the learning objective taxonomy according to Anderson and Krathwohl [<http://www.nklm.de>] [16]. In line with the advanced training stage of the participants, Ethik First primarily addresses higher taxonomy levels.

Participants determine the professional skills to be separately imparted for each case discussion to align them as closely as possible with the patient case submitted. In terms of content, they use guidelines and position papers published by the professional associations as a basis, e.g., the position paper "Change of therapy goals and therapy limitation in intensive care medicine" of the Ethics section of DIVI [17], as well as the "decision-making aid for extended intensive care treatment needs on the way to organ donation" by DIVI [18].

Through the two methods of problem-based learning [19], [20] and experience-based learning [21] in particular, Pillar 1 promotes the competencies of the participants. In the specific case discussion, the didactic method of consider-ration-oriented deliberation, which aims "to enable responsible, critical-reflexive decision-making skills" [22], supplements these two methods. This should enable the participants to deal with different arguments and al-

ternative positions, considering inter- and intra-disciplinary controversies, to be able to justify their own position as well as possible in ethical case discussions [23]. Participants analyze the moral dilemma, underlying ethical principles and possible communicative hurdles and assess the situation using the principle-oriented case discussion scheme as per Marckmann [23]. Every principle-oriented case discussion takes place discursively against the background of the discourse ethical approach according to Kessler [24] (for the integration of principle and discourse ethics see [25]). This is not only intended to guarantee equality for all participants in the meeting, regardless of the training stage and the relationship to the case brought in. Rather, the participants learn procedural rules for conducting a discourse with the aim of reducing hierarchies and thus power imbalances [25]. According to the Ulm model of ethics seminars [24], the role of the teacher is primarily that of a moderator who provides information on ethical or legal aspects upon request. The mutual, equal recognition in the context of the discourse and the safe space of the small group enable, in addition to the acquisition of discursive skills, an additional development of the willingness for self-reflection. Furthermore, the discourse continuously addresses personal and social-communicative competencies [26].

Last but not least, the case discussions should offer the participants a framework to address the personal perception of moral stress in the respective situation to discuss it within the peer group and to receive support from it and/or the teacher in these situations.

**Pillar 2 (societal medical ethics issue):** Problem-based learning and experience-based learning play a key methodological role in pillar 2. Pillar 2 opens the focus to socially relevant and current ethical issues in medicine. To summarize, the participants are addressed less in their role as medical students or doctors, but rather as participants in the socio-ethical discourse. This opens up an ethical topic discussion that deviates from pillar 1, in which the teacher can also take on a more active role if necessary. On the one hand, these learning units underline the current relevance of medical ethics issues beyond the micro level and are intended to give the participants an insight into the broad professional field of medical ethics.

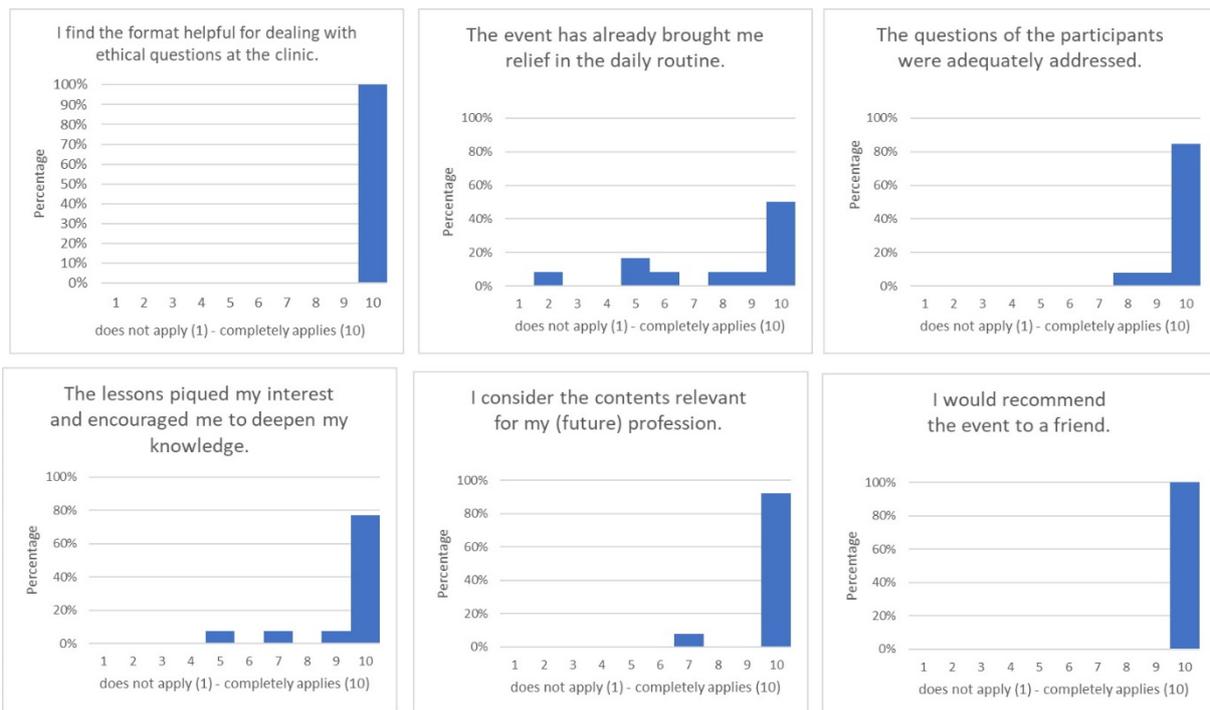
**Pillar 3 (lectures by external speakers):** The third pillar is used for knowledge transfer and discussion of project-relevant aspects by recognized experts such as on the subject of moral stress. Moreover, this should make the project visible to the outside world (in the clinic and university) and recruit new participants.

### 2.4. Evaluation

The project management evaluated the project for the first time in January/February 2020 using a self-developed, web-based short evaluation sheet. Therefore, the results presented in chapter 3 and figure 1 are a snapshot from the corresponding period. The evaluation questionnaire comprises six closed items, which can be

**Table 1: Assignment of learning objectives according to NKLM and taxonomy levels**

Learning objective according to NKLM	Taxonomy level according to Anderson / Krathwohl
Knowledge of the tasks, goals, structure, methods of a CEC and clinical ethics advice (NKLM 18.3.3)	Recall
Knowledge of and consideration of ethical principles and the legal framework for medical practice (NKLM 11.1.2)	Understand and apply
Application of basic ethical principles and argumentation strategies "for dealing with concrete ethical problems" (NKLM 18.2.3.1 & 18.2.3.2) Consideration of ethical concerns in patient care (NKLM 5.1.1.3)	Apply
Processing and critical evaluation of the documented decision-making of a medical history "according to hierarchical, occupational group-dependent, communication-based and medico-legal aspects", including a description of those involved (NKLM 10.10.1.1)	Analyze and evaluate
Critical reflection and justification of your moral position as well as further development of your moral judgment (NKLM 18.2.1.1 & 18.2.3)	Develop

**Figure 1: Presentation of the evaluation results**

answered with a Likert scale from 1 (does not apply at all) to 10 (fully applies) and with “no answer”. The short evaluation ends with two free text fields in which participants can express what they rate as particularly positive and what should be improved.

The aim of this first, low-threshold, anonymous evaluation round is therefore to derive changes and identify potential for improvement.

### 3. Results

Only a round three to eight students/newcomers to the medical profession took part in the group discussions (pillars 1 and 2) such that the group size of ten people previously defined as the maximum number of participants was never reached. The group composition remained relatively constant over the project duration with little fluctuation. Around 30 participants from the clinic and medical faculty attended the lectures by external speakers.

A web-based brief evaluation was performed between January 18 and February 6, 2020. The short evaluation form was sent by e-mail to 17 participants who had voluntarily given their e-mail address to the management of Ethik First or was filled in by 13 participants. The response rate was 76%. These included four students, three PY students and five assistant doctors. One person gave no indication of their level of education.

Figure 1 shows the range of answers for the closed questions. Participants submitted a total of twelve free-text comments. Two comments resulted in specific suggestions for improvement, namely, with regard to the project’s previously lacking awareness level and the request for a more detailed theoretical input on different argumentation methods and/or support. The participants cited the network diagram used for decision-making for the extended intensive care treatment requirement for organ donation as an example [18].

The free text answers to the question of what the participants rated particularly positively at Ethik First can be clustered into three main topics:

1. framework conditions,
2. dealing with each other and with the case, and
3. classification in the larger context.

Regarding the framework conditions (1) they appreciated the “good group size” and the fixed duration of one hour per case conference. (2) Participants mentioned the open atmosphere and the open interaction with one another and with difficult issues five times. Ethik First took place in an atmosphere “in which one dares to ask questions” and can “shed light on the case from all sides”. They highlighted the culture of open discussion positively three times. With a view to the larger context (3) the free text comments rated particularly positively that “cases from one’s own clinical routine can be brought in” and that Ethik First deals with topics “that are neglected in the course of studies”. Finally, they positively emphasized that Ethik First addresses and shows the “topicality and importance of ethics in relation to [the] rapid progress in research and treatment”.

## 4. Discussion

The interdisciplinary project presented complements the curricular teaching in medical ethics and, in addition to conveying learning content, pursues the aim of addressing moral stress when entering patient care.

The interim evaluation for a relatively small group of 13 people demonstrates that the project has been rated very positively to date. The free text evaluation shows that the participants have experienced a guided individual case discussion and ethical analysis of cases they have experienced themselves in a small group as a positive enrichment of the mandatory curriculum.

The voluntary nature of the project with a lack of extrinsically motivating factors can partly explain the low attendance rate of three to eight students and young doctors per session. Finally, “the majority of students only consider activities important [...] if they are assessed in some way” [27]. The in-depth knowledge and the attitude training in Ethik First have no direct relevance for the state examinations or the specialist examination; thus, there is a risk of them getting lost. Issuing certificates should be discussed in this regard to increase motivation. Moreover, it should be considered how the project could reach those who do not identify themselves as interested in ethical issues but who experience moral stress in their training stage and could therefore benefit from support. The access to the “hidden” and “informal curriculum” of everyday academic and clinical life, obtained through the students’ narratives, makes it possible to get closer to the causes of moral stress than through seminars on ethics or ethics consultations or visits [28], [29]. The personal union between the management of the CEC and the management of Ethik First already makes it possible at this point to feed the narratives of the young professionals into the work of the CEC in an anonymized and abstract form and thus to initiate an improvement at the structural level. We envision a widening in the direction

of medical history and ethnology for the critical contextualization and analysis of structures, “cultures” and values. Moreover, we will prioritize the networking of the participants with one another in future and explore opportunities for peer-to-peer mentoring as part of the project’s additional development.

However, both developments clarify that Ethik First, as an extracurricular offer, is only one component in addressing moral stress. To date, there has been no overarching strategy that considers both the university and the clinical setting, their organization and structure as a whole.

Against the background of the diverse and growing ethical implications in medical care, from our point of view there is a desideratum of corresponding advanced education concepts both in medical studies and in medical further education. An expansion and development of a project comparable to the three-pillar concept presented here, e.g., at the state medical associations with student participation, should therefore be discussed at a scientific, educational and political level.

We cannot yet prove the importance of the project for achieving the formulated learning goals and the perception, processing and handling of moral stress. As part of the evaluation, to date only individual and unstructured documented statements have been made that Ethik First has brought relief to the participants in everyday life. For example, we have not yet used the “moral distress thermometer” [30] instrument developed for nursing care in this project. Such a review is made more difficult by the interdisciplinary unresolved question as to what extent - and whether at all - the influence of regular participation in events with an ethical focus (here: Ethik First) for the experience of moral stress, but also the further development of social-communicative and personal competencies can be verified and proven [31], [32]. Schulz et al. have already shown, however, that continuous ethics instruction in small groups in particular has a positive effect on the willingness of doctors to act in moral dilemma situations [33]. As a limitation, it should be mentioned that predominantly those already interested in the subject participated in Ethik First as a voluntary, extra-curricular offer. It can therefore be assumed that there will be a bias in the evaluation.

## 5. Conclusion

Ethik First strengthens the role of ethical aspects in the training of (prospective) doctors and focuses on reflecting on cases they have experienced themselves. The project offers a space to address moral stress and value conflicts, but moves away from small group work because of the three-pillar concept with public events and focuses on societal ethical issues in medicine. First evaluation results show that the support offered is perceived very positively by the participants and that they have benefited from it subjectively. In the long term, Ethik First should be firmly anchored in the university and clinical context, at the interface to the CEC and as a constant in the transition

from medical studies to PY and finally when becoming an assistant doctor.

We formulate a desideratum of corresponding advanced training concepts both in medical studies and in advanced medical training.

## Acknowledgements

This project has become possible thanks to the support of the “UKSH Gutes Tun”-Foundation.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

- Friedberg MW, Chen PG, van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyer J, Mattke S, Pitchforth E, Quigley DD, Brook RH, Crosson FJ, Tutty M. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Q.* 2014;3(4):1. DOI: 10.7249/RB9740
- Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2016.
- Jameton A. *Nursing practice. The ethical issues.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
- Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics.* 2015;29(2):91-97. DOI: 10.1111/bioe.12064
- Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015;314(22):2373-2383. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol.* 2017;22(1):51-67. DOI: 10.1177/1359105315595120
- Sajjadi S, Norena M, Wong H, Dodek P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Can Med Educ J.* 2017;8(1):36-43. DOI: 10.36834/cmej.36639
- Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
- Huijter M, van Leeuwen E, Boenink A, Kimsma G. Medical Students' Cases as an Empirical Basis for Teaching Clinical Ethics. *Acad Med.* 2000;75(8):834-839. DOI: 10.1097/00001888-200008000-00017
- Klingler J. *Moralischer Stress im Medizinstudium: eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr.* Dissertation. München: LMU; 2019.
- Monteverde S. Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nurs Ethics.* 2014;21(4):385-401.
- Thielsch A. Approaching the Invisible Hidden Curriculum and Implicit Expectations in Higher Education. *Z Hochschulentwickl.* 2017;12:167-187. DOI: 10.3217/zfhe-12-04/11
- Davies M. The risks of following the informal and hidden curriculums. *BMJ.* 2017;359:j3287. DOI: 10.1136/sbmj.j3287
- Woellert K. Das Klinische Ethikkomitee: Ziele, Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethik. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz.* 2019;62:738-743. DOI: 10.1007/s00103-019-02948-4
- Langer T, Jazmati D, Jung O, Schulz C, Schnell MW. Medical Students' Development of Ethical Judgment - Exploring the Learners' Perspectives using a mixed methods approach. *GMS J Med Educ.* 2016;33(5):Doc74. DOI: 10.3205/zma001073
- Krathwohl DR. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice.* 2002;41(4):212-218. DOI: 10.1207/s15430421tip4104\_2
- Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Medizinrecht.* 2012;30:647-650. DOI: 10.1007/s00350-012-3247-6
- Neitzke G, Rogge A, Lücking KM, Böll B, Burtchatrdi H, Dannenberg K, Duttge G, Dutzmann J, Erchinger R, Gretenkort P, Hartog C, Jöbges S, Knochel K, Liebig M, Meier S, Michalsen A, Michels G, Mohr M, Nauck F, Salomon F, Seidlein AH, Söffker G, Stopfkuchen H, Janssens U. Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende. Berlin: DIVI; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik>
- Dreier-Wolffgramm A, Homeyer S, Oppermann RF, Hoffmann W. A model of interprofessional problem-based learning for medical and nursing students: Implementation, evaluation and implications for future implementation. *GMS J Med Educ.* 2018;35(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma001160
- Zumbach J. Problembasiertes Lernen: Überlegungen und Ansatz für eine lernerzentrierte Didaktik. In: Krampen G, Zayer H, editors. *Didaktik und Evaluation in der Psychologie.* Göttingen: Hogrefe; 2006. p.245-260.
- Scheller I. *Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie.* 2nd ed. Frankfurt am Main: Scriptor-Verlag; 1987.
- Blanck B. Erwägungsorientiert-deliberative Pädagogik und Didaktik als Grundlage für intra-, inter- und transdisziplinäre Bildung. *Inter Transdizip Bild.* 2019;1:32-44.
- Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologe.* 2009;15:980-988. DOI: 10.1007/s00761-009-1695-z
- Kessler H. Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare. *Ethik Med.* 2003;15:258-267. DOI: 10.1007/s00481-003-0257-y
- Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. Prinzipien und Diskurs - Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikconsultation. *Ethik Med.* 2014;26:91-104. DOI: 10.1007/s00481-013-0243-y
- Erpenbeck J, Heyse V, Meynhardt T, Weinberg J. *Die Kompetenzbiographie: Wege der Kompetenzentwicklung.* 2nd ed. Münster: Waxmann; 2007.
- Thistlethwaite JE. Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma001036
- Singer PA. Strengthening the role of ethics in medical education. *CMAJ.* 2003;168(7):854-855.

29. Gillam L. Teaching Ethics in the Health Professions. In: Kuhse H, editor. A companion to bioethics. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2009. p.584-593. DOI: 10.1002/9781444307818.ch49
30. Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. J Adv Nur. 2013;69(1):167-174. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x
31. Schaefer R, Zoboli EL, Vieira M. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. Nurs Inq. 2016;23(4):346-357. DOI: 10.1111/nin.12156
32. Giesler M, Forster J, Biller S, Fabry G. Development of a questionnaire to assess medical competencies: Reliability and validity of the Questionnaire. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(2):Doc31. DOI: 10.3205/zma000743
33. Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T. How important is medical ethics and history of medicine teaching in the medical curriculum? An empirical approach towards students' views. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(1):Doc08. DOI: 10.3205/zma000778

**Corresponding author:**

Dr. med. Annette Rogge  
Christian Albrechts Universität zu Kiel, Institute for  
Experimental Medicine, Medical Ethics, Arnold-Heller-Str.  
3, D-24105 Kiel, Germany  
annette.rogge@uksh.de

**Please cite as**

Kuhn E, Lunden L, Moysich P, Rogge K, Roscher M, Caning L, Rogge A. Ethik First – extracurricular support for medical students and young physicians facing moral dilemmas in hospital routine. GMS J Med Educ. 2021;38(4):Doc74. DOI: 10.3205/zma001470, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014709

**This article is freely available from**

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001470.shtml>

**Received:** 2020-06-12

**Revised:** 2020-09-04

**Accepted:** 2021-01-09

**Published:** 2021-04-15

**Copyright**

©2021 Kuhn et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Ethik First – extracurriculäre Unterstützung für Studierende und junge Ärzt\*innen bei moralischen Dilemmata im Klinikalltag

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Moralische Wertekonflikte spielen im Klinikalltag immer wieder und zunehmend eine zentrale Rolle. Klinische Ethik ist jedoch nur marginal im Pflichtcurriculum für Humanmedizin und den Weiterbildungsordnungen vertreten. Ziel des Projektes Ethik First am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel ist es daher, diese Lücke mit einem extracurricularen Angebot zu schließen und Medizinstudierende ab dem 5. klinischen Semester sowie im Praktischen Jahr und Assistenzärzt\*innen im Umgang mit moralischen Dilemmata im Klinikalltag zu unterstützen. Die damit einhergehenden Lernziele sind dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin entnommen und adressieren der Zielgruppe entsprechend insbesondere höhere Taxonomiestufen.

**Projektbeschreibung:** Das multimodale Konzept beruht auf drei Säulen: Vorrangig werden in monatlich stattfindenden prinzipienorientierten Fallkonferenzen ethische Reflexion und moralisches Urteilen anhand konkreter von den Teilnehmer\*innen eingebrachter Fälle nach den Methoden des problembasierten Lernens und der erwägungsorientierten Deliberation eingeübt. Wird durch die Teilnehmer\*innen kein Fall eingebracht, werden alternativ ethische Aspekte von aktueller tagespolitischer Relevanz gemeinsam diskutiert. Ergänzend findet jährlich eine öffentliche Veranstaltung eines\*iner Referenten\*in statt.

**Ergebnisse:** Seit Beginn des Angebots im Jahr 2017 nahmen circa 20 Studierende und Assistenzärzt\*innen ein- oder mehrmals an Ethik First teil. In einer webbasierten Zwischenevaluation (N=13) stimmten alle Befragten voll zu, dass sie das Format für hilfreich halten, um ethische Fragestellungen aus der Klinik zu bearbeiten. Die Relevanz für den späteren Beruf wurde hoch eingeschätzt. Es ergeben sich Anhalte für eine Unterstützung bei moralischen Dilemmasituationen.

**Diskussion:** Erste Evaluationsergebnisse des freiwilligen extracurricularen Angebotes zeigen die Akzeptanz des gewählten Formates, das in seiner Konzeption über reine Lehre hinaus geht, indem auch moralischer Stress adressiert wird und die individuelle Resilienz der Teilnehmer\*innen gestärkt werden soll.

**Schlussfolgerung:** Ethik First stärkt die Rolle ethischer Aspekte in der Ausbildung von (angehenden) Ärzt\*innen und stellt die Reflexion selbst erlebter Fälle in den Mittelpunkt.

Wir formulieren ein Desiderat an entsprechenden Fort- und Weiterbildungskonzepten sowohl im Medizinstudium als auch in der ärztlichen Weiterbildung, sodass Aus- und Aufbau vergleichbarer Angebote an medizinischen Fakultäten und auch an den Ärztekammern mit studentischer Beteiligung diskutiert werden sollten.

**Schlüsselwörter:** moralisches Dilemma, moralischer Stress, klinische Ethik, problembasiertes Lernen

Eva Kuhn<sup>1</sup>

Laura Lunden<sup>2</sup>

Penelope Moysich<sup>3</sup>

Kai Rogge<sup>4</sup>

Marijke Roscher<sup>5</sup>

Lotta Caning<sup>3</sup>

Annette Rogge<sup>6</sup>

1 Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Sektion Global Health, Bonn, Deutschland

2 UKSH Kiel, Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin, Kiel, Deutschland

3 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Deutschland

4 Fernuniversität Hagen, Hagen, Deutschland

5 Helios-Klinikum Hildesheim, Pädiatrie, Hildesheim, Deutschland

6 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für experimentelle Medizin, Medizinethik, Kiel, Deutschland

# 1. Einleitung

## 1.1. Problematik

Famulant\*innen, Studierende im Praktischen Jahr (PJ) und ärztliche Berufseinsteiger\*innen treten zumeist mit einem hohen eigenen Anspruch an moralisch korrektes Handeln und Verhalten an. Die medizinische Versorgung konfrontiert jedoch alle Akteure im Gesundheitsbereich immer wieder mit Situationen, die von moralischer Unsicherheit geprägt sind oder die Beteiligten in moralische Dilemmata führen. Strenge Hierarchien, institutionelle Hürden und ökonomische Zwänge des Gesundheitssystems können es dann erschweren oder verunmöglichen, den eigenen Werten in der Patientenversorgung zu folgen oder moralische Konflikte zu verbalisieren [1]. Exemplarisch seien hier Situationen genannt, in denen ökonomische Interessen zum Beispiel durch Fehlanreize des DRG-Systems die Therapie bestimmen. Die Relevanz und das Konfliktpotential ökonomischer Aspekte in deutschen Krankenhäusern wird unter anderem darin deutlich, dass der deutsche Ethikrat die Notwendigkeit sah, sie in der Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab im Krankenhaus“ hervorzuheben und dabei einstimmig äußert, dass durch die „vorrangige Fokussierung auf Ausgabenverringerung der Krankenkassen und Ertragssteigerung auf der Seite der Anbieter Effekte entstanden, die im Hinblick auf das Patientenwohl als maßgeblicher normativer Maßstab Anlass zur Sorge geben“ [2].

Derartige Wertekonflikte verursachen moralischen Stress, ein Begriff, der durch den Philosophen Andrew Jameton zunächst in die Pflegewissenschaften eingeführt wurde [3], mittlerweile aber für verschiedene Gesundheitsberufe intensiv beforscht wird. In einer weiten Definition werden damit psychische Reaktionen auf moralische Herausforderungen bezeichnet [4]. Moralischer Stress ist neben hoher Arbeitsbelastung und/oder mangelnder Wertschätzung ein Faktor, der zu psychischer Überlastung bis hin zu Erschöpfungsdepression bei jungen Ärzt\*innen führen kann [5], [6]. Das Erleben von moralischem Stress kann in der Absicht münden, den Arztberuf aufzugeben [7].

Mit durchschnittlich 2,18 Semesterwochenstunden im Jahr 2014 [8] kann im curricularen Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ (§ 27 Abs. 1 S. 5 Nr. 2 ÄApprO) jedoch in der Regel nicht in einem zeitlich angemessenen Rahmen auf Situationen eingegangen werden, die möglicherweise zu moralischem Stress führen. Strukturelle Bedingungen, die zu Wertekonflikten führen können, sollten im Rahmen des Curriculums adressiert und analysiert werden. Mit dem Eintritt in den Klinikalltag findet dann aber eine persönliche und unmittelbare Konfrontation mit Wertekonflikten statt, die eine zusätzliche retrospektive Reflexion des eigenen Erlebens erforderlich machen [9]. Die starken Emotionen, die moralischen Stress begleiten können, insbesondere Gefühle von Schuld und Scham, machen es außerdem notwendig, Erlebtes in einem geschützten Rahmen reflektieren zu können [10]. Eine vertraute Atmosphäre zu schaffen, ist

in Pflichtveranstaltungen des Querschnittsbereichs aufgrund der geringen Kontaktzeit sowie dem prüfungsbedingt auch notwendigen Fokus auf Wissensvermittlung nur bedingt möglich.

Jenseits von Lehrveranstaltungen des Querschnittsbereichs „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ vermittelt den ärztlichen Berufseinsteiger\*innen auch das sogenannte „hidden“ und das „informal curriculum“ Werte und moralische Standpunkte [11]. Unter „hidden curriculum“ werden implizit weitergegebene soziale Regeln eines Teams oder Klinikums, der Organisations- und Studienstruktur inhärente Werte und unbewusste Einflüsse der Klinikkultur verstanden [12]. Eng damit verwoben und teilweise überlappend ist das „informal curriculum“. Darunter fällt zu einem großen Teil die zwischenmenschliche Kommunikation im Team, mit Patient\*innen und Angehörigen sowie das Abschauen von Verhaltensweisen oder der ärztlichen Haltung Vorgesetzter. Diese Art des Lernens und der Wissensaneignung geht weit über formalisierte Bedside-Kurse und explizite Besprechungen hinaus [13]. Ethik First dient als Plattform, diese im formalen Curriculum bisher wenig berücksichtigten Elemente explizit zu machen, gegebenenfalls als problematisch zu erkennen und zu benennen, sowie in die Falldiskussion einzubringen.

Im Klinikalltag werden moralische Dilemmata bislang insbesondere durch Angebote des Klinischen Ethikkomitees (KEK) in Form ethischer Fallberatungen, Ethik-Konsilen und Ethik-Visiten adressiert [14]. Diese Angebote fokussieren zumeist vorrangig auf Behandlungsentscheidungen und die Patientenversorgung, moralischer Stress von Ärzt\*innen wird dabei in der Regel nicht oder nur implizit thematisiert. Insbesondere ethische Fallberatungen werden häufig von oder auf Anweisung von Oberärzt\*innen angefragt, wenn sie auch formal allen Mitarbeiter\*innen zur Verfügung stehen. In diesen stationsinternen interdisziplinären Besprechungen ist anzunehmen, dass es Famulant\*innen, PJler\*innen und Berufseinsteiger\*innen schwerfällt, eigene Wertvorstellungen zu verbalisieren, insbesondere wenn diese vielleicht nicht mit denen von Vorgesetzten kongruent sind.

## 1.2. Ziel des Projekts

Das Projekt strebt eine Verbesserung der moralischen Urteilsfähigkeit, des ethischen Reflexionsvermögens sowie die Stärkung der individuellen Resilienz in Wertkonflikten an.

Zentrales Element ist dabei, dass Medizinstudierenden höherer klinischer Semester, PJler\*innen und Assistenzärzt\*innen, die Möglichkeit gegeben wird, ein im Klinikalltag selbst erlebtes moralisches Dilemma in geschütztem Rahmen unter Anleitung zu diskutieren und zu reflektieren. Ein solcher Austausch dient der (Selbst-)Reflexion über eigene Werte sowie moralische Pflichten als (angehende) Ärzt\*innen, aber auch der Thematisierung von moralischem Stress und Aspekten des hidden wie informal curriculum.

Außerdem soll eine Vernetzung der Teilnehmenden unterschiedlicher Ausbildungsstadien untereinander ermöglicht und gefördert werden. Ein übergeordnetes und langfristiges Ziel des Projektes ist schließlich, dass die Relevanz medizinethischer Themen und die Arbeit des KEK von Beginn an (angehenden) Ärzt\*innen bekannt gemacht werden.

## 2. Projektbeschreibung

### 2.1. Konzeption

Ethik First wurde im Jahr 2017 auf Initiative der Geschäftsführerin des KEK des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel etabliert und in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus vier Medizinstudentinnen und einer Theologin gemeinsam aufgebaut. Es ist als extracurriculares Unterstützungsangebot und Weiterbildungsformat im klinischen Kontext im Bereich der Ethik verankert. Durch die doppelte Zielgruppe, Medizinstudierende höherer klinischer Semester und Assistenzärzt\*innen, ist das Projekt sowohl im Studium als auch im Klinikum eingebettet. Die Termine werden über eine Homepage [<https://ethik-first.de/>] sowie einen E-Mail-Verteiler bisheriger Teilnehmer\*innen bekanntgegeben.

Eine finanzielle Förderung für Werbung und Honorierung externer Referenten\*innen erhält das Projekt seit Beginn durch die Förderstiftung „UKSH Gutes tun!“ des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein.

### 2.2. Organisation und Durchführung

Ethik First umfasst drei Säulen:

1. Im Zentrum stehen monatliche Fallkonferenzen von jeweils einer Zeitstunde. Vorrangig werden hier von den Teilnehmer\*innen selbst erlebte und zur Diskussion eingereichte Fälle besprochen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Themenwünsche zu äußern, die dann anhand aktueller oder in der Literatur beschriebener Patientenfälle diskutiert werden. Dabei wird darauf geachtet, nicht nur extreme/seltene Fallkonstellationen, sondern vor allem im Klinikalltag regelmäßig anstehende ethische Entscheidungen und moralische Dilemmata zu besprechen [15]. Darunter fallen beispielsweise Therapiezieländerungen, Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen, Konflikte durch DRG-Vorgaben oder schwierige Kommunikation im Team und/oder mit Angehörigen.
2. Die zweite Säule bezieht sich auf gesamtgesellschaftliche, aktuelle ethische Fragestellung. Diese werden ebenfalls im Rahmen der monatlichen Treffen thematisiert und bezogen sich in vergangenen Sitzungen beispielsweise auf nicht-invasive Pränataldiagnostik (NIPD), Triage in der Pandemie oder die Widerspruchslösung bei postmortalen Organspende. Diese Säule steht sekundär zur ersten Säule, d.h. es wird im Rahmen der monatlichen Ethik First Sitzung nur dann

eine gesamtgesellschaftliche Fragestellung besprochen, wenn kein Fall eingereicht wurde.

3. Die dritte Säule bilden auf die Fokusgruppe zugeschnittene Vorträge externer Referent\*innen (z.B. zu Moralischer Stress, Ethiklehre durch Einsatz von serious games). Diese finden planmäßig einmal pro Jahr statt und stehen allen Klinikmitarbeiter\*innen sowie Studierenden offen.

### 2.3. Didaktische Konzeption

**Säule 1 (Fallkonferenzen):** Als Lernziele liegen Ethik First die Kenntnis und Anwendung von Fach- und Methodenkompetenzen sowie darauf aufbauend die Weiterentwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit der Teilnehmenden zugrunde. Tabelle 1 zeigt die dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) entsprechenden Lernziele für Ethik First sowie ihre Zuordnung zur Lernziel-Taxonomie nach Anderson und Krathwohl [<http://www.nklm.de>] [16]. Dem fortgeschrittenen Ausbildungsstadium der Teilnehmenden entsprechend werden durch Ethik First vorwiegend höhere Taxonomiestufen angesprochen.

Die zu vermittelnden fachlichen Kompetenzen werden für jede Fallbesprechung gesondert bestimmt, um sie möglichst nah an dem eingereichten Patientenfall auszurichten. Inhaltlich werden hierfür insbesondere von den Fachgesellschaften veröffentlichte Leitlinien und Positionspapiere zugrunde gelegt, beispielsweise das Positionspapier „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“ der Sektion Ethik der DIVI [17], sowie die „Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende“ der DIVI [18].

Die Kompetenzen der Teilnehmenden sollen insbesondere in der Säule 1 durch die beiden Methoden des problembasierten Lernens [19], [20] und erfahrungsbezogenen Lernens [21] gefördert werden. Diese werden in der konkreten Falldiskussion um die didaktische Methode der erwägungsorientierten Deliberation ergänzt, die „auf Befähigung verantwortbarer kritisch-reflexiver Entscheidungskompetenzen“ zielt [22]. Dadurch sollen die Teilnehmenden befähigt werden, sich unter Berücksichtigung inter- und intradisziplinärer Kontroversen mit unterschiedlichen Argumentationen und alternativen Positionen auseinanderzusetzen, um beispielsweise in ethischen Fallbesprechungen ihre eigene Position möglichst gut begründet verantworten zu können [23]. Das moralische Dilemma, zugrundeliegende ethische Prinzipien und mögliche kommunikative Hürden werden analysiert und die Situation anhand des Schemas der prinzipienorientierten Fallbesprechung nach Marckmann bewertet [23]. Jede prinzipienorientierte Fallbesprechung erfolgt diskursiv vor dem Hintergrund des diskursethischen Ansatzes nach Kessler [24] (zur Integration von Prinzipien- und Diskursethik siehe [25]). Damit soll nicht nur die Gleichberechtigung aller an der Sitzung Teilnehmenden, unabhängig von Ausbildungsstadium und Verhältnis zum eingebrachten Fall, gewährleistet werden. Vielmehr erlernen

**Tabelle 1: Zuordnung von Lernzielen nach NKLM und Taxonomiestufen**

Lernziel nach NKLM	Taxonomiestufe nach Anderson/Krathwohl
Kenntnis der Aufgaben, Ziele, Struktur, Methoden eines KEK und der klinischen Ethikberatung (NKLM 18.3.3)	Erinnern
Kenntnis und Berücksichtigung ethischer Prinzipien und rechtlicher Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns (NKLM 11.1.2)	Verstehen & Anwenden
Anwendung ethischer Grundprinzipien und Argumentationsstrategien „zur Bearbeitung konkreter ethischer Problemstellungen“ (NKLM 18.2.3.1 & 18.2.3.2) Berücksichtigung ethischer Belange in der Patientenversorgung (NKLM 5.1.1.3)	Anwenden
Aufarbeitung und kritische Bewertung der dokumentierten Entscheidungsfindung einer Krankengeschichte „nach hierarchischen, berufsgruppenabhängigen, kommunikationsbasierten und medikolegalen Aspekten“, inklusive Darstellung der Beteiligten (NKLM 10.10.1.1)	Analysieren & Evaluieren
Kritische Reflexion und Begründung ihrer moralischen Position sowie Weiterentwicklung ihrer moralischen Urteilsfähigkeit (NKLM 18.2.1.1 & 18.2.3)	Entwickeln

die Teilnehmenden auch Verfahrensregeln zum Führen eines Diskurses mit dem Ziel, Hierarchien und damit Machtungleichgewichte zu reduzieren [25]. Entsprechend dem Ulmer Modell der Ethikseminare [24] ist die Rolle des Lehrenden dabei vorrangig die eines Moderators, der auf Anfrage über ethische oder juristische Aspekte informiert. Die gegenseitige, gleichwertige Anerkennung im Rahmen des Diskurses und der geschützte Raum in der Kleingruppe ermöglichen über das Erlangen diskursiver Kompetenzen hinaus zudem eine Weiterentwicklung der Bereitschaft zu Selbstreflexion. Zugleich werden dadurch kontinuierlich auch personale und sozial-kommunikative Kompetenzen adressiert [26].

Nicht zuletzt sollen die Falldiskussionen den Teilnehmenden einen Rahmen bieten, das persönliche Empfinden von moralischem Stress in der jeweiligen Situation zu thematisieren, innerhalb der Peergroup zu diskutieren und von ihr und/oder durch den Lehrenden Rückhalt in diesen Situationen zu erhalten.

Säule 2 (Gesamtgesellschaftliche medizinethische Fragestellung): Problembasiertes Lernen und erfahrungsbezogenes Lernen spielen auch in der Säule 2 methodisch eine zentrale Rolle. Säule 2 öffnet den Fokus hin zu gesellschaftlich relevanten und aktuellen medizinethischen Fragestellungen. Die Teilnehmer\*innen werden hierbei in der Regel weniger in ihrer Rolle als Medizinstudent\*in oder Arzt\*Ärztin angesprochen, sondern als Teilnehmer\*in am gesellschaftsethischen Diskurs. Dies eröffnet eine von der Säule 1 abweichende ethische Themendiskussion, in der die\*der Lehrende bei Bedarf auch eine aktivere Rolle einnehmen kann. Diese Lerneinheiten unterstreichen zum einen die aktuelle Relevanz medizinethischer Fragestellungen über die Mikroebene hinaus und sollen den Teilnehmenden auch Einblicke in das breite Berufsfeld Medizinethik geben.

Säule 3 (Vorträge externer Referent\*innen): Die dritte Säule dient der Wissensvermittlung und Diskussion von projektrelevanten Aspekten durch ausgewiesene Expert\*innen, wie beispielsweise zum Thema Moralischer Stress. Darüber hinaus soll hierdurch das Projekt auch nach außen (in Klinik und Universität) hin sichtbar werden und neue Teilnehmer\*innen geworben werden.

## 2.4. Evaluation

Das Projekt wurde erstmals im Januar/Februar 2020 mithilfe eines von der Projektleitung selbst entwickelten webbasierten Kurzevaluationsbogen evaluiert. Die in Kapitel 3 und Abbildung 1 dargestellten Ergebnisse sind somit eine Momentaufnahme aus dem entsprechenden Zeitraum. Der Evaluationsbogen besteht aus sechs geschlossenen Items, auf die mit einer Likert-Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 10 (trifft voll zu) sowie mit ‚keine Antwort‘ geantwortet werden kann. Die Kurzevaluation schließt mit zwei Freitextfeldern, in welchen Teilnehmende äußern können, was sie als besonders positiv bewerten und was verbessert werden sollte.

Ziel dieser ersten, niederschweligen anonymen Evaluationsrunde ist es folglich auch, Veränderungen abzuleiten und Verbesserungspotential zu identifizieren.

## 3. Ergebnisse

An den Kleingruppen-Diskussionen (Säulen 1 und 2) nahmen jeweils etwa drei bis acht Studierende/ärztliche Berufsanfänger\*innen teil, die mit zehn Personen vorab als maximale Teilnehmerzahl definierte Gruppengröße wurde somit nie erreicht. Hierbei zeigte sich über den Verlauf der Zeit eine relativ konstante Gruppengröße mit nur geringer Fluktuation. Die Vorträge externer Referent\*innen wurden von etwa 30 Teilnehmenden aus Klinik und medizinischer Fakultät besucht.

Im Zeitraum vom 18.1. bis zum 6.2.2020 erfolgte eine webbasierte Kurzevaluation. Der Kurzevaluationsbogen wurde per Mail an 17 Teilnehmer\*innen versandt, die der Leitung von Ethik First auf freiwilliger Basis ihre E-Mail-Adresse hinterlassen hatten und wurde von 13 Teilnehmer\*innen ausgefüllt. Der Rücklauf betrug damit 76%. Darunter waren vier Studierende, drei PJler\*innen und fünf Assistenzärzt\*innen. Eine Person machte keine Angabe zu ihrem Ausbildungsstadium.

Die Antwortverteilung für die geschlossenen Fragen ist Abbildung 1 zu entnehmen. Insgesamt wurden zwölf Freitextkommentare abgegeben. Dabei ergaben sich aus zwei Kommentaren konkrete Verbesserungsvorschläge, nämlich in Bezug auf den bislang fehlenden Bekanntheits-

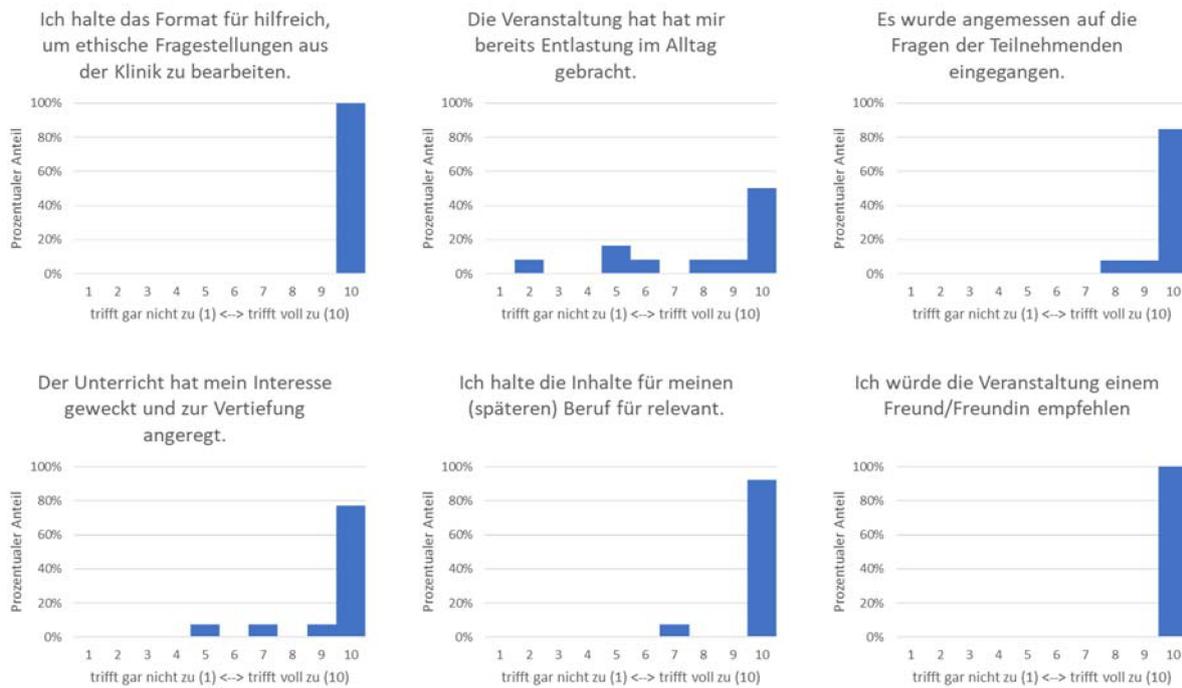


Abbildung 1: Darstellung der Evaluationsergebnisse

grad des Angebots sowie der Wunsch nach ausführlicheren theoretischen Inputs zu unterschiedlichen Argumentationsmethoden und/oder Hilfestellungen. Als Beispiel wurde das Netzdiagramm zur Entscheidungsfindung für den erweiterten intensivmedizinischen Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende genannt [18]. Die Freitextantworten auf die Frage, was die Teilnehmenden an Ethik First besonders positiv bewerten, lassen sich in drei Überthemen clustern:

1. Rahmenbedingungen,
2. Umgang miteinander und mit dem Fall sowie
3. Einordnung in den größeren Kontext.

Bezüglich der Rahmenbedingungen (1) wurde eine „gute Gruppengröße“ erwähnt und die angesetzte Dauer pro Fallkonferenz von einer Zeitstunde positiv hervorgehoben. (2) Fünfmal wurden die offene Atmosphäre bzw. der offene Umgang miteinander und mit schwierigen Fragestellungen erwähnt. Ethik First fände in einer Atmosphäre statt, „in der man sich traut, Fragen zu stellen“ und „den Fall einmal von wirklich allen Seiten“ beleuchten kann. Auch die offene Diskussionskultur wurde dreimal positiv herausgestellt. Mit Blick auf den größeren Kontext (3) wurde in den Freitextkommentaren besonders positiv bewertet, dass „Fälle aus dem eigenen klinischen Alltag eingebracht werden können“ und in Ethik First Themen behandelt werden, „die im Studium viel zu kurz kommen“. Schließlich wurde positiv unterstrichen, dass Ethik First die „Aktualität und Wichtigkeit der Ethik in Bezug auf [den] rasanten Fortschritt in Forschung und Behandlung“ thematisiert und aufzeigt.

## 4. Diskussion

Das hier vorgestellte interdisziplinär entwickelte Projekt ergänzte die curriculare Lehre in der Medizinethik und verfolgt neben der Vermittlung von Lerninhalten auch das Ziel, moralischen Stress bei Eintritt in die Patientenversorgung zu adressieren.

Die erfolgte Zwischenevaluation zeigt für eine relativ kleine Gruppe von 13 Personen, dass das Angebot bislang sehr positiv bewertet wurde. Aus der Freitextevaluation ergibt sich, dass die Teilnehmer\*innen eine angeleitete Einzelfalldiskussion und ethische Analyse selbst erlebter Fälle in einer Kleingruppe als positive Bereicherung des Pflichtcurriculums erfahren haben.

Die Freiwilligkeit des Unterstützungsangebots mit fehlenden extrinsisch motivierenden Faktoren kann in Teilen die geringe Besuchsrate von drei bis acht Studierenden und jungen Ärzt\*innen pro Sitzung erklären. Schließlich erachtet „die Mehrzahl der Studierenden Aktivitäten nur dann als wichtig [...], wenn sie auf irgendeine Weise geprüft werden“ [27]. Das in Ethik First vertiefte Wissen und die eingeübte Haltung haben keine direkte Relevanz für die Staatsexamina oder die Facharztprüfung und drohen damit aus dem Fokus zu geraten. Eine Ausgabe von Zertifikaten wäre diesbezüglich zur Steigerung der Motivation zu diskutieren. Darüber hinaus ist zu überlegen, wie das Angebot auch diejenigen erreichen kann, die sich selbst nicht als an ethischen Fragestellungen Interessierte zu erkennen geben, jedoch in ihrem Ausbildungsstadium moralischen Stress erleben und folglich von Unterstützung profitieren könnten.

Der über die Narrative der Studierenden erlangte Zugang zum „hidden“ und „informal curriculum“ des Studien- wie Klinikalltags ermöglicht es, sich den Ursachen moralischen Stresses mehr zu nähern als dies von Ethiksemi-

naren und Ethik-Konsilen oder -Visiten geleistet werden kann [28], [29]. Die Personalunion zwischen Geschäftsführung des KEK und Leitung von Ethik First erlaubt es bereits zum jetzigen Zeitpunkt, die Narrative der Berufsanfänger\*innen in anonymisierter und abstrahierter Form in die Arbeit des KEK einzuspeisen und so auf struktureller Ebene eine Verbesserung anzustoßen. Denkbar wäre dabei auch eine Weitung in Richtung Medizingeschichte und -ethnologie zur kritischen Kontextualisierung und Analyse von Strukturen, „Kulturen“ und Wertsetzungen. Des Weiteren soll zukünftig die Vernetzung der Teilnehmenden untereinander stärker in den Vordergrund rücken und sind im Rahmen der Weiterentwicklung des Unterstützungsangebots entsprechend Möglichkeiten eines Peer-to-Peer-Mentorings auszuloten.

Beide Weiterentwicklungen machen jedoch auch deutlich, dass Ethik First als extracurriculäres Angebot nur einen Baustein darstellt, moralischen Stress zu adressieren. Bislang fehlt eine übergreifende Strategie, die sowohl die Universität als auch das Klinikum, ihre Organisation und Struktur als Ganzes in den Blick nimmt.

Vor dem Hintergrund der vielfältigen und wachsenden ethischen Implikationen in der medizinischen Versorgung ist für die Aus- und Weiterbildung aus unserer Sicht ein Desiderat an entsprechenden Fort- und Weiterbildungskonzepten sowohl im Medizinstudium als auch in der ärztlichen Weiterbildung zu verzeichnen. Ein Aus- und Aufbau eines mit dem hier vorgestellten 3-Säulen-Konzept vergleichbaren Angebotes zum Beispiel auch an den Landesärztekammern mit studentischer Beteiligung sollte daher auf wissenschaftlicher, pädagogischer wie politischer Ebene diskutiert werden.

Die Bedeutung des Projektes für das Erreichen der formulierten Lernziele und auch die Wahrnehmung, Verarbeitung und Umgang mit moralischem Stress kann bisher nicht nachgewiesen werden. Im Rahmen der Evaluation liegen bislang nur einzelne und nicht strukturiert dokumentierte Aussagen dazu vor, dass Ethik First den Teilnehmenden Entlastung im Alltag gebracht habe. Das für die Pflege entwickelte Instrument des „moral distress Thermometers“ [30] kam beispielsweise im Rahmen dieses Projektes bisher nicht zum Einsatz. Erschwert wird eine solche Überprüfung durch die interdisziplinär ungeklärte Frage, inwieweit – und ob überhaupt – der Einfluss einer regelmäßigen Teilnahme an Veranstaltungen mit ethischem Schwerpunkt (hier: Ethik First) auf das Erleben von moralischem Stress, aber auch die Weiterentwicklung sozial-kommunikativer und personaler Kompetenzen überprüft und nachgewiesen werden kann [31], [32]. Schulz et al. konnten jedoch bereits zeigen, dass sich insbesondere kontinuierlicher Ethikunterricht in Kleingruppen positiv auf die Handlungsbereitschaft von Ärzt\*innen in moralischen Dilemma-Situationen auswirkt [33]. Limitierend ist weiterhin zu erwähnen, dass vorwiegend bereits am Fach Interessierte an Ethik First als freiwilligem, extracurriculärem Angebot teilnehmen. Es ist daher anzunehmen, dass ein Bias in der Evaluation auftritt.

## 5. Schlussfolgerung

Ethik First stärkt die Rolle ethischer Aspekte in der Ausbildung von (angehenden) Ärzt\*innen und stellt die Reflexion selbst erlebter Fälle in den Mittelpunkt. Das Projekt bietet einen Raum, moralischen Stress und Wertekonflikte zu adressieren, bewegt sich aber durch das 3-Säulenkonzept mit öffentlichen Veranstaltungen aus der Kleingruppenarbeit heraus und nimmt auch gesamtgesellschaftliche medizinethische Fragestellungen in den Fokus. Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Unterstützungsangebot von den Teilnehmenden sehr positiv wahrgenommen wird und sie subjektiv davon profitieren. Auf lange Sicht soll Ethik First fest im Universitäts- wie Klinikkontext, an der Schnittstelle zum KEK und als Konstante im Übergang von Medizinstudium zu PJ und schließlich Assistenzarztzeit verankert werden.

Wir formulieren ein Desiderat an entsprechenden Fort- und Weiterbildungskonzepten sowohl im Medizinstudium als auch in der ärztlichen Weiterbildung.

## Danksagung

Dieses Projekt ist auch dank der Unterstützung der Förderstiftung des UKSH möglich geworden.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Friedberg MW, Chen PG, van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyer J, Mattke S, Pitchforth E, Quigley DD, Brook RH, Crosson FJ, Tutty M. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Q.* 2014;3(4):1. DOI: 10.7249/RB9740
2. Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2016.
3. Jameton A. Nursing practice. The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
4. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics.* 2015;29(2):91-97. DOI: 10.1111/bioe.12064
5. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015;314(22):2373-2383. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
6. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol.* 2017;22(1):51-67. DOI: 10.1177/1359105315595120
7. Sajjadi S, Norena M, Wong H, Dodek P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Can Med Educ J.* 2017;8(1):36-43. DOI: 10.36834/cmej.36639

8. Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
9. Huijer M, van Leeuwen E, Boenink A, Kimsma G. Medical Students' Cases as an Empirical Basis for Teaching Clinical Ethics. *Acad Med.* 2000;75(8):834-839. DOI: 10.1097/00001888-200008000-00017
10. Klingler J. Moralischer Stress im Medizinstudium: eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr. Dissertation. München: LMU; 2019.
11. Monteverde S. Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nurs Ethics.* 2014;21(4):385-401.
12. Thielsch A. Approaching the Invisible Hidden Curriculum and Implicit Expectations in Higher Education. *Z Hochschulentwickl.* 2017;12:167-187. DOI: 10.3217/zfhe-12-04/11
13. Davies M. The risks of following the informal and hidden curriculums. *BMJ.* 2017;359:j3287. DOI: 10.1136/sbmj.j3287
14. Woellert K. Das Klinische Ethikkomitee: Ziele, Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethik. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz.* 2019;62:738-743. DOI: 10.1007/s00103-019-02948-4
15. Langer T, Jazmati D, Jung O, Schulz C, Schnell MW. Medical Students' Development of Ethical Judgment - Exploring the Learners' Perspectives using a mixed methods approach. *GMS J Med Educ.* 2016;33(5):Doc74. DOI: 10.3205/zma001073
16. Krathwohl DR. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice.* 2002;41(4):212-218. DOI: 10.1207/s15430421tip4104\_2
17. Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Medizinrecht.* 2012;30:647-650. DOI: 10.1007/s00350-012-3247-6
18. Neitzke G, Rogge A, Lücking KM, Böll B, Burtchatrdi H, Dannenberg K, Duttge G, Dutzmann J, Erchinger R, Gretenkort P, Hartog C, Jöbges S, Knochel K, Liebig M, Meier S, Michalsen A, Michels G, Mohr M, Nauck F, Salomon F, Seidlein AH, Söffker G, Stopfkuchen H, Janssens U. Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende. Berlin: DIVI; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik>
19. Dreier-Wolffgramm A, Homeyer S, Oppermann RF, Hoffmann W. A model of interprofessional problem-based learning for medical and nursing students: Implementation, evaluation and implications for future implementation. *GMS J Med Educ.* 2018;35(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma001160
20. Zumbach J. Problembasiertes Lernen: Überlegungen und Ansatz für eine lernerzentrierte Didaktik. In: Krampen G, Zayer H, editors. *Didaktik und Evaluation in der Psychologie.* Göttingen: Hogrefe; 2006. p.245-260.
21. Scheller I. *Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie.* 2nd ed. Frankfurt am Main: Scriptor-Verlag; 1987.
22. Blanck B. Erwägungsorientiert-deliberative Pädagogik und Didaktik als Grundlage für intra-, inter- und transdisziplinäre Bildung. *Inter Transdiszip Bild.* 2019;1:32-44.
23. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologie.* 2009;15:980-988. DOI: 10.1007/s00761-009-1695-z
24. Kessler H. Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare. *Ethik Med.* 2003;15:258-267. DOI: 10.1007/s00481-003-0257-y
25. Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. Prinzipien und Diskurs - Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation. *Ethik Med.* 2014;26:91-104. DOI: 10.1007/s00481-013-0243-y
26. Erpenbeck J, Heyse V, Meynhardt T, Weinberg J. *Die Kompetenzbiographie: Wege der Kompetenzentwicklung.* 2nd ed. Münster: Waxmann; 2007.
27. Thistlethwaite JE. Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma001036
28. Singer PA. Strengthening the role of ethics in medical education. *CMAJ.* 2003;168(7):854-855.
29. Gillam L. Teaching Ethics in the Health Professions. In: Kuhse H, editor. *A companion to bioethics.* 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2009. p.584-593. DOI: 10.1002/9781444307818.ch49
30. Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *J Adv Nur.* 2013;69(1):167-174. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x
31. Schaefer R, Zoboli EL, Vieira M. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nurs Inq.* 2016;23(4):346-357. DOI: 10.1111/nin.12156
32. Giesler M, Forster J, Biller S, Fabry G. Development of a questionnaire to assess medical competencies: Reliability and validity of the Questionnaire. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(2):Doc31. DOI: 10.3205/zma000743
33. Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T. How important is medical ethics and history of medicine teaching in the medical curriculum? An empirical approach towards students' views. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(1):Doc08. DOI: 10.3205/zma000778

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Annette Rogge  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für experimentelle Medizin, Medizinethik, Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel, Deutschland  
[annette.rogge@uksh.de](mailto:annette.rogge@uksh.de)

**Bitte zitieren als**

*Kuhn E, Lunden L, Moysich P, Rogge K, Roscher M, Caning L, Rogge A. Ethik First – extracurricular support for medical students and young physicians facing moral dilemmas in hospital routine. GMS J Med Educ. 2021;38(4):Doc74. DOI: 10.3205/zma001470, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014709*

**Artikel online frei zugänglich unter**

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001470.shtml>

**Eingereicht:** 12.06.2020

**Überarbeitet:** 04.09.2020

**Angenommen:** 09.01.2021

**Veröffentlicht:** 15.04.2021

**Copyright**

©2021 Kuhn et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.