



MODERATION ETHISCHER FALLBESPRECHUNG

INHALTSVERZEICHNIS

3	Geleitwort
4	Die Moderation von 66 Fragen
13	Die ethische Frage in der Fallbesprechung – Stolperstein oder Steigbügel
21	Manual für Moderatoren
33	Die Instrumentarien: Köln-Nimweger-Leitfragen
33	– Bereich Krankenhaus
38	– Bereich Psychiatrie
44	– Bereich Altenheime
49	Materialien auf unserer Homepage
50	Ethikberater im Gesundheitswesen

GELEITWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Sorge um die Würde des Menschen angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin bedarf ethischer Reflexion. Die ethische Fallbesprechung kann dabei eine sachgerechte Hilfe leisten.

Das Team der Ethikberater des Erzbistums Köln fühlt sich dieser Herausforderung verpflichtet und bildet seit bald 20 Jahren Moderatoren für ethische Fallbesprechung aus. Grundlage dieser praxisorientierten Moderatorentrainings ist dabei das Instrumentarium für ethische Fallbesprechung mittels der Köln-Nimweger Leitfragen.

Dem Moderator einer ethischen Fallbesprechung kommt dabei eine gewichtige Rolle zu. Nicht selten fragen sich Moderatoren in der Anwendung des Instrumentariums: Wie gehe ich mit der Vielzahl der Fragen um? Wie kann ich die Fragen gewichten, Prioritäten setzen, Relevanzen einschätzen? Wie bringe ich die Zielorientierung und die Prozessbegleitung in einen Einklang? Wie unterstütze ich die Beteiligten in der Formulierung der ethischen Frage am Anfang? Wie kommen die Beteiligten zu einem klaren und eindeutigen Votum?

Das vorliegende Manual formuliert Antworten auf diese Fragen und unterstützt Moderatoren in der souveränen, praktischen Anwendung des Instrumentariums. Die Fokussierung ethischer Fragestellungen wird reflektiert, ebenso das notwendige Einschränken von Fragen. Vor allem bietet es detaillierte und umfängliche Hintergrunderklärungen zu einzelnen Fragen und rhetorische ‚Werkzeuge‘, um die Beteiligten in den Dialog zu bringen.

Damit möchte das Manual gerne die beratenden Kompetenzen fördern und die Moderatoren in der Entfaltung ihrer Rollenidentität unterstützen.

Ihnen, liebe Interessierte, möge das Manual von daher eine praktische Hilfe und Ermutigung für Ihre Ethische Fallbesprechung sein; und auf diese Weise das Instrumentarium der Ethischen Fallbesprechung für Ihre Einrichtungen handhabbarer machen – auch und gerade zum Wohle Ihrer Patienten und Bewohner.

Dies wünscht Ihnen herzlichst
Msgr. Rainer Hintzen

Abteilungsleiter Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen

DIE MODERATION VON 66 FRAGEN

Herausforderung – Ballast – Entlastung

Anja Sickmann

Das Instrumentarium der Köln-Nimweger Methode Bereich Klinik

Grundlage für die Moderation Ethischer Fallbesprechungen ist das Instrumentarium für Ethische Fallbesprechung. Dieser Moderationsleitfaden ist in vier inhaltliche Bereiche untergliedert: Ethische Frage, Fakten, Bewertung, Votum. Zur Moderation der komplexen Inhalte werden dem Moderator insgesamt 66 Fragen angeboten.

Im Detail ergibt sich folgendes Bild:

Ethische Frage

- 1 Frage zur ethischen Frage

Zur Erhebung der Fakten

- 9 Fragen zur Medizinischen Dimension
- 8 Fragen zur Pflegedimension
- 11 Fragen zur lebensanschaulichen und sozialen Dimension
- 5 Fragen zur organisatorischen, ökonomischen und juristischen Dimension

Für die Bewertung

- 11 Fragen zu Wohl tun – Schaden vermeiden
- 10 Fragen zu Autonomie bei uneingeschränkter Einwilligungsfähigkeit eines Patienten
(9 Fragen, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist)
- 2 Fragen zu Gerechtigkeit
- 3 Fragen zum Blick auf das Team / die Institution

Zur Feststellung des Votums

- 6 Fragen zum Votum

Die Nutzung des Instrumentariums unter Einhaltung der vier Schritte Ethische Frage, Fakten, Bewertung, Votum und der sorgfältige Umgang mit den Fragen sind zugleich Herausforderung und Entlastung für den Moderator, den Protokollanten und die Teilnehmenden der ethischen Fallbesprechung. Grundsätzlich gilt: Die Form ist für den Inhalt da. Die Schrittfolge und alle Fragen dienen dazu, dass sich die Teilnehmenden der ethischen Fallbesprechung unter Leitung des Moderators am Ende der ethischen Fallbesprechung ein argumentativ begründetes Votum erarbeiten können.

Für die Moderatorentätigkeit und die Anwendung des Instrumentariums sind verschiedene Ressourcen und Aspekte in den Blick zu nehmen:

Ressource: Kenntnis des Instrumentariums

Eine wesentliche Voraussetzung für die Moderation einer ethischen Fallbesprechung ist die institutionelle Einführung dieses Arbeitsinstrumentes in der Einrichtung. Das heißt, die Teilnehmenden einer ethischen Fallbesprechung haben in der Regel nach einer Einführungsveranstaltung im Haus und auf Station ein ungefähres Bild davon, worauf sie sich in der ethischen Fallbesprechung einlassen, und was auf sie zukommt. Es ist ihnen bekannt, dass anhand des Instrumentariums durch Fragen unter Leitung eines Moderators strukturiert gearbeitet wird.

Die Kenntnis des Instrumentariums wird bei den Teilnehmenden sehr unterschiedlich

sein, abhängig davon, wie lange die Teilnahme an der Einführungsveranstaltung her ist, ob sie zum ersten Mal an einer ethischen Fallbesprechung teilnehmen, oder bereits über praktisches Wissen und Erfahrungen durch Mehrfachteilnahme an ethischen Fallbesprechungen verfügen.

Für den Moderator bedeutet das, zu Beginn der ethischen Fallbesprechung in der Vorbereitungsphase (siehe Manual) den Teilnehmenden das Instrumentarium noch einmal kurz vorzustellen oder in Erinnerung zu rufen. Das Instrumentarium mit seinen Fragen stellt kein „Geheimwissen“ des Moderators dar. Seine Bekanntheit dient der institutionellen Transparenz in der Weise, dass öffentlich ist, worüber und wie in einer ethischen Fallbesprechung gearbeitet wird. Das Instrumentarium dient den Teilnehmenden zur Orientierung und Nachvollziehbarkeit des ethischen Diskurses in der ethischen Fallbesprechung. Es ist darum gegebenenfalls allen Teilnehmenden noch einmal in Form eines Handouts zugänglich zu machen, so dass alle den Bogen vor sich liegen haben.

Moderation in der Praxis:

Mögliche Formulierungen: „Sie und ich arbeiten heute nach dem Instrumentarium. Es liegt vor Ihnen. Schauen Sie noch einmal darüber. Dann können Sie sich orientieren, wann Sie „dran“ sind und zu welchen Fragen Sie sich äußern möchten“ oder „Wir arbeiten heute in der Schrittfolge: Erarbeitung Ihrer ethischen Frage, Faktenerhebung, Bewertung, Votum.“

Der Moderator selber ist gut beraten, sich im Bogen mit den vier Schritten und den dazugehörigen Fragen sehr gut auszukennen, das Instrumentarium nahezu auswendig parat zu haben. Es erleichtert ihm, Informationen, die von den Teilnehmenden quer zur Schrittfolge in das Gespräch eingebracht werden, zu ordnen und sichern zu können. (In ähnlicher Weise gilt dieses für den Protokollanten.)

Die Kenntnis des Bogens bringt für den Moderator das Wissen mit sich, dass es eine nahezu gleiche Anzahl der Fragen für Ärzte und Pflegende gibt. Im Stationsalltag gilt, dass die Letztverantwortung für die Durchführung oder das Unterlassen einer Behandlung dem Arzt obliegt. Von daher gibt es eine klare Entscheidungshierarchie. In der multiprofessionellen Fallbesprechung werden die Gesprächspartner aus Medizin, Pflege, Sozialdienst, weiteren therapeutischen Diensten und der Seelsorge gleichrangig behandelt. Das ist zunächst ungewohnt und ungeübt. Es geht um die fachliche Expertise aller Professionen. Dieses spiegelt sich zum Beispiel in einem ähnlichen Aufbau des medizinischen und pflegerischen Fragenkataloges und einer ähnlichen Anzahl von Fragen: Medizinische Dimension 1.1–1.9 und pflegerische Dimension 2.1–2.8. Es ermöglicht ausgewogene Redeanteile aller Professionen.

Im Bereich Bewertung dienen die Fragen dazu, die Prinzipien in ihrer Mehrschichtigkeit deutlich und besprechbar zu machen. In der Anzahl der Fragen

kommen die unterschiedlichen Facetten des jeweiligen Prinzips zum Ausdruck und zur Sprache. Damit wird die ethische Seite der Fallbesprechung focussiert und unterstrichen. Geht es im Bereich Faktensammlung/Medizinische Dimension um eine körperbezogene Maßnahme, wird im Bereich Bewertung der Blick von der somatischen Behandlung hin zum Menschen in seiner Ganzheit geöffnet. Das Doppelprinzip Wohl Tun – Schaden vermeiden ist ein ganzheitlich anthropologisches Prinzip. Dieses wird durch die Fragen zum Lebenserhalt, körperlichen, geistigen, seelischen, spirituellen Wohl und der sozialen Integration und persönlichen Entfaltung des Patienten erschlossen (5.1.1 – 5.1.7). Deutlich sichtbar wird der Perspektivwechsel ebenfalls an der Frage 5.4 Ist die „medizinische Indikation“ auch als „ärztliche Indikation“ zu bewerten?

Auch die Prinzipien Autonomie und Gerechtigkeit, mit den korrelierenden Perspektiven Individuum und Gemeinschaft, sind in dieser Absicht mehrfach aufgefaltet (siehe Manual unter den Punkten 6 und 7).

Moderation in der Praxis:

- *Seien Sie gut mit dem Instrumentarium vertraut.*
- *Moderieren Sie so, dass alle Teilnehmenden und Professionen zu Wort kommen. Wenn am Ende einer Fallbesprechung ein Teilnehmender nichts gesagt hat, stimmt mit der Moderation etwas nicht.*
- *Sorgen Sie dafür, dass sich alle Teilnehmenden mit ihrer Fachlichkeit*

*einbringen. Sprechen Sie zurückhalten-
de Teilnehmende direkt an.*

- *Beachten Sie, dass es für Pflegekräfte (und Teilnehmende anderer Dienste) vielleicht ungewohnt und ungeübt ist, sich in solch einer Gesprächsrunde auf Augenhöhe Raum zu nehmen, von sich aus das Wort zu ergreifen oder sich länger zu äußern. Fordern Sie sie ausdrücklich dazu auf, und/oder bitten Sie sie, sich differenzierter zu äußern. (siehe Manual z.B. unter Punkt 2.3.) Ärzte sind darin qua Rolle geübter.*
- *Mögliche Formulierungen: „Darf ich Sie bitten, etwas dazu zu sagen“ oder „Ich würde dazu gerne Ihre Ansicht hören“ und „Könnten Sie das etwas genauer darlegen“.*

Ressource: Zeit

Bei manchen Moderatoren entsteht angesichts des Fragenkataloges und der zur Verfügung stehenden Zeit anfangs ein enormer Druck. Beim Einführungstraining `Moderation ethischer Fallbesprechungen` beschreiben die angehenden Moderatoren ihren Ersteindruck vom Blick auf das Instrumentarium oft mit Bemerkungen wie „Viel zu viele Fragen!“, „Wie soll das in 60 min gehen?“, „Das schafft man nicht“. In der Folge führt das – meist unreflektiert – zu einem kreativen Umgang mit den 66 Fragen unter der Vorstellung, damit vermeintlich Zeit zu sparen:

- Es werden auf Gutdünken Fragen weggelassen. Das führt bei den Teilnehmenden der ethischen Fallbesprechung eher zu

Verwirrung als dass es entlastet. Zum einen, weil sich jemand zu einer Frage, die nicht gestellt wurde, äußern wollte und zum anderen, weil nicht erkenntlich ist, warum sie weggelassen wurde. Das führt dann in ethischen Fallbesprechungen oft zu Diskussionen, die zusätzlich Zeit kosten.

- Die Fragen werden nicht so gestellt, wie sie im Bogen stehen: Es werden unwillkürlich Änderungen an der Wortwahl vorgenommen, oder die Fragen werden in die eigene Sprache des Moderators umformuliert. Damit verschwindet der Wiedererkennungswert. Jetzt braucht es bei den Teilnehmenden innerlich Zeit, die umformulierte Frage mit der des Bogens abzugleichen. Zudem kann die Umformulierung zu einer Sinnverschiebung des Frageinhaltes führen. Im besten Fall ist sich der Moderator dessen bewusst. Ansonsten geschieht dieses unbemerkt. Eventuell muss der Moderator dann mit der Frage von Teilnehmenden rechnen, worauf denn jetzt genau geantwortet werden soll? Auf die Frage, die im Instrumentarium steht, oder auf die Frage des Moderators? Damit geht Zeit für die sachliche Beantwortung der eigentlichen Frage verloren. Stattdessen muss Zeit aufgebracht werden, um sich über das Verfahren zu verständigen. Zudem gerät der patientenorientierte Sachinhalt aus dem Focus, weil über die neu formulierte Frage diskutiert wird. Änderungen in der Wortwahl und Umschreibungen irritieren die Teilnehmenden und kosten somit Zeit.

– Moderatoren und Einrichtungen gehen dazu über, eigene Fragebögen zu kreieren: Manche Fragen tauchen dann von vorne herein nicht mehr auf. Die Fragen werden nicht mehr als Fragen formuliert, sondern sind zu Stichworten geschrumpft. Die Schrittfolge – Ethische Frage, Fakten, Bewertung, Votum – ist aufgeweicht. Bei letzterem geht es dann nicht mehr nur um den zeitlichen Aspekt. Hier wird die Grundkonstruktion der ethischen Fallbesprechung aufgelöst.

Moderation in der Praxis:

- *Werden Sie sich klar darüber, wie Sie mit (Zeit-)Druck umgehen.*
- *Vergewissern Sie sich, ob Sie die Bedeutung und das Zusammenspiel der einzelnen Fragen des Instrumentariums verstanden haben. Stellen Sie lieber eine Frage zu viel, die sich im Nachhinein als irrelevant herausstellt, als dass Sie nach eigenem Ermessen Fragen weglassen, ohne abschätzen zu können, was sie bedeuten.*
- *Machen Sie sich bewusst, was Umformulierungen bewirken und vergewissern Sie sich Ihrer eigenen Motivation hierzu. Eine Anmerkung sei erlaubt: Im Zeitalter von Autonomie, in dem Wissen um die eigene erworbene berufliche Ausdrucksfähigkeit und die Vorlieben des persönlichen Sprachstils, stellt das Bestreben die Formulierungen der Fragen des Instrumentariums genau einzuhalten durchaus eine Herausforderung an das eigene Ego dar. Mancher Moderator mag den Bogen nahezu als Kränkung, Einengung oder Begrenzung erleben. Es ist eine Anstrengung, sich um der Sache*

und der Transparenz willen selbst zurückzunehmen und ganz in den Dienst eines Teams zu stellen.

- *Stellen Sie die Fragen wortwörtlich so, wie sie im Instrumentarium vorgegeben sind.*

Ressource: Strukturierte Moderation

Die strukturierte Moderation ist ein multifunktionales Geschehen mit Wechselwirkungen.

In einer ethischen Fallbesprechung wird die zu beratende Situation eines Patienten oftmals von widerstrebenden Gefühlen und hoher Emotionalität seitens der Teilnehmenden begleitet. Das systematische Durchgehen des Instrumentariums dient in hochemotionalen Entscheidungsfindungsprozessen dazu, das Gespräch zu versachlichen. Desweiteren trägt dieses Vorgehen zur Entemotionalisierung der Teilnehmenden bei.

Individuelle Gefühle sind eine Realität, sie helfen in einem ethischen Diskurs aber nicht weiter. Gefühle sind u.a. mit Werthaltungen verknüpft, sie sind Ausdruck der moralischen Intuition und als solche sind sie zu achten. Manchen Teilnehmenden ist oft nicht bewusst, was ihr Aufgebrachtsein über eine Maßnahme oder Behandlung ausmacht. Die hinter den Gefühlen liegenden Werte ins Bewusstsein zu heben und in Sprache zu bringen, ist eine Aufgabe des Moderators. Durch die verschiedenen Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven wird es möglich, von den Gefühlen in die Sachebene zu gelangen. Aus diesem Grund sind Anzahl und Vielfalt der Fragen nicht entbehrlich. Ebenfalls führt

der Weg von der moralischen Intuition zur ethischen Argumentation über Fragen. Um der Intuition auf die Spur zu kommen, muss diese durch Nach-Fragen ausgeleuchtet und erkundet werden.

Das konsequente Abarbeiten der Schrittfolge Ethische Frage, Fakten, Bewertung, Votum und der dazugehörigen Fragen von Anfang bis Ende bietet ein hohes Maß an Orientierung für:

Die Teilnehmenden:

Voraussetzung ist, dass alle Teilnehmenden Bogen vorliegen haben und mitleesen können. So wissen alle Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen, wann sie „dran“ sind, und wann die Fragen, zu denen sie berufsspezifisch etwas mitzuteilen haben oder sich mit ihrer Ansicht/Überzeugung äußern möchten, aufgerufen werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich die Teilnehmenden auch darauf verlassen können müssen, dass der Moderator alle Fragen stellt. Denn nur, wenn durch die Moderation gewiss ist, dass der Teilnehmer Informationen, die er jetzt schon „auf der Zunge“ hat, später noch bei der dafür vorgesehenen Frage loswerden kann und deshalb jetzt zurückhält, macht es für den Teilnehmer Sinn, seine Beiträge zu filtern und an geeigneter Stelle zu benennen. Letzteres ist anfangs ungeübt und wird von den Beteiligten als holprig erlebt, spielt sich aber ein.

Den Protokollanten:

Da sich der Dokumentationsbogen und das Instrumentarium in der Fragefolge 1:1 entsprechen, erleichtert es die Arbeit

des Protokollanten deutlich, wenn sich der Moderator an die Fragefolge hält. Springt der Moderator in der Schrittfolge und den Fragen hin und her, kommt der Protokollant schnell an seine Grenzen. Eine folgerechte Moderation ermöglicht es dem Protokollanten die Teilnehmerbeiträge direkt in den Dokumentationsbogen einzutragen, ohne lange suchen zu müssen, wo diese hingehören. Eine geordnete Moderation ist umso bedeutsamer, da der Moderator den Protokollanten zur Rückversicherung nach den einzelnen Bereichen der Schrittfolge einsetzen kann, um den jeweiligen Bereich abzuschließen. Der Protokollant ist aber nur in der Lage einen Abschnitt für die Teilnehmenden zusammenzufassen, wenn die Informationen, die zu dem Abschnitt vorhanden sind, bereits dokumentiert sind.

Moderation in der Praxis:

- *Moderieren Sie konsequent Frage für Frage.*
- *Springen Sie nicht in den Fragen und Bereichen. Steuert ein Teilnehmer mittendrin eine Information bei, die nicht zur aktuellen Frage gehört, verweisen Sie auf einen späteren Fragepunkt im Instrumentarium, und bleiben Sie bei der jetzt zu bearbeitenden Frage.*
- *Mögliche Formulierungen: „Dazu kommen wir später.“ oder „Wir sind jetzt in der Pflegedimension. Patientenverfügungen werden später genau gesichtet.“*
- *Führen Sie die Teilnehmenden immer wieder zum Bogen zurück. Dabei am besten genau benennen zu welcher Frageziffer. Das sorgt für Klarheit. Dieses ist auch*

ein probates Mittel, wenn Sie sich selber verheddert haben. Es schafft wieder Ordnung und Orientierung.

- *Mögliche Formulierung: „Bitte zurück zum Bogen, Punkt ...!“*
- *Begrenzen Sie inhaltliche Wiederholungen, Vielredner und Wichtigtuere.*
- *Rechnen Sie damit, dass Sie um des Anliegens willen mitunter Durchsetzungskraft brauchen.*
- *Mögliche Formulierungen: „Das, worauf Sie hinweisen, ist bereits dokumentiert.“; „Ich möchte Sie eindringlich bitten, sich kurz zu fassen!“*

Für den Moderator ist wichtig, sich nicht lange dort aufzuhalten, wo es keine Antworten auf eine Frage gibt. Teilnehmende tun sich manchmal schwer damit, einfach zu sagen, dass es keine Information gibt. Vor allem da nicht, wo es berufsspezifisch Informationen geben müsste. Dann ist Beschämung zu spüren. Es wird sich ratlos angeschaut, die Teilnehmenden suchen nach Vortragbarem. Der Moderator hat im Hinterkopf, dass es unter „Votum“ die Frage gibt: „Sind wichtige Fakten unbekannt – Welche?“ Wenn wichtige Informationen fehlen, kann nachgearbeitet werden. Dieses ist am Ende des Bogens unter Votum 9.2 „Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche?“ gesichert! Deshalb braucht der Moderator keine Zeit zu investieren, um auf Antworten zu warten, wenn es zu einer Frage keine Information gibt. In der ethischen Fallbesprechung ist es hilfreich, das schnell zu wissen und unaufgeregt damit umzugehen, um nicht unnötig Zeit zu vergeuden.

Moderation in Praxis:

- *Moderieren Sie zügig. Ist für Sie erkennbar, dass es keine Antwort gibt, gehen Sie zum nächsten Punkt weiter.*
- *Mögliche Formulierung: „Gibt es zu dieser Frage (zum jetzigen Zeitpunkt) Informationen. Nein. Ok, dann bitte weiter.“*

Das Durchmoderieren aller Fragen leistet zudem einen Beitrag zur psychischen Entlastung einzelner Personen oder Teams. Es entstehen manchmal Entscheidungssituationen, die den Professionellen, auch langjährig erfahrenen Kollegen schwer fallen und bei allen Beteiligten viel Betroffenheit auslösen. Zum Beispiel: In einer ethischen Fallbesprechung ging es um das Versterben einer jungen Mutter, die zwei kleine Kinder und ihren Ehemann hinterlassen hat. In der Erinnerung sagte die behandelnde Ärztin: „Ich bin beruhigt, wir haben alles geprüft.“ Zudem bemerkte sie von sich, dass sie im Verlauf der ethischen Fallbesprechung ruhiger wurde. Denn alle Fragen und Antworten nahmen noch einmal in konzentrierter Form die Gesamtsituation der Patientin in den Blick.

Ressource: Intelligentes Weglassen von Fragen

Bereits der Grundaufbau des Instrumentariums lässt den Moderator erkennen, dass es geboten ist, Fragen wegzulassen, wenn sie nicht sachdienlich sind. Die Struktur des Bogens zeigt, dass das Auslassen von Fragen ein inhärentes Vorgehen ist. Das Instrumentarium fordert

es sogar. Ausdrücklich betrifft es den Bereich Autonomie. Dort heißt es:

6. Autonomie des Patienten

6.1 „Ist der Patient uneingeschränkt einwilligungsfähig?“ (Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur eingeschränkten Willensfähigkeit)

Soweit das Instrumentarium. Der Satz in Klammern fordert für den Fall, dass ein Patient nicht uneingeschränkt einwilligungsfähig ist, ausdrücklich dazu auf, die ethische Fallbesprechung mit 6.2 weiterzuführen. Das heißt, die Fragen 6.1.1 - 6.1.9 sind auszulassen.

Wählt der Moderator den Weg des Weglassens, muss er sich immer wieder in Erinnerung rufen, dass die Expertise für den Patienten durch die Teilnehmenden der ethischen Fallbesprechung gestellt wird und nicht von ihm als Moderator. Das Weglassen bzw. Übergehen von Fragen sollte von daher benannt und mit den Teilnehmenden abgestimmt werden. Um auf das oben genannte Beispiel 6.1. zurückzukommen: Die Praxis zeigt, dass aus einem als nicht einwilligungsfähig geltenden Patienten bei Nennung der Fragen ein doch einwilligungsfähiger ‚entstand‘. Der Patient war jedoch bis zu diesem Zeitpunkt gar nicht in ein Arzt-Patienten-Gespräch einbezogen worden. Erst die Fragen 6.1.1 „Ist der Patient über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt?“ und 6.1.6 „Wurde der Patient bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit einbezogen?“ führten darüber zur Klärung. Manchmal

kommt also einem Teilnehmenden erst bei der Stellung der Frage zu Bewusstsein, dass der Sachverhalt anders ist, als bisher angenommen. Von daher sollte sich der Moderator bei den Teilnehmenden vergewissern, ob er recht in der Annahme gehe, dass Fragen ausgelassen werden können.

In geübten Konstellationen, ist es durchaus sinnvoll, einzelne Fragen fallrelevant auszuwählen und Fragen wegzulassen. Dieses Vorgehen erfordert vom Moderator Erfahrung und Sicherheit in der Moderation.

Ein Beispiel:

Vorgetragen wird die Situation eines Patienten, der beatmet und sediert auf der Intensivstation liegt. Für den Bereich Faktensammlung / Pflegedimension bedeutet das, dass sich die Fragen des Instrumentariums unter den Nummern 2.2 „Inwieweit ist der Patient in der Lage, sich selbst zu versorgen?“ und 2.3 „Bei welchen ATL braucht er Unterstützung?“ erübrigen. Beide könnten aufgrund der Offensichtlichkeit der Tatsachen wegfallen. Ähnliches gilt für ausgewählte Fragen aus dem Bereich Bewertung/Autonomie: Nach Beantwortung der Frage 6.2.1 „Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?“ bietet sich an, die Fragen 6.2.2 „In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?“ und 6.2.3 „Ist die Willenseinschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Patient die Situation klar erfassen kann?“ auszulassen und je nach Situation mit 6.2.4. „Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des

Patienten, die seinen Willen erkennen lassen?“ fortzufahren.

Es muss im Einzelfall immer wieder neu abgewogen werden, welche Frage(n) weggelassen werden können. Andererseits sollte sich der Moderator bewusst sein, welche Fragen nicht weggelassen werden können, sondern besonders zu gewichten sind:

Es gibt Fragen, die auf jeden Fall gestellt werden sollten. Dazu gehört aus dem Bereich Bewertung/Wohl tun – Schaden vermeiden die Frage 5.3 „Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?“ Der Moderator hat hier die Aufgabe eine Gesamtbetrachtung der Effekte zu ermöglichen, damit das Team feststellen kann und deutlich wird, in welcher Relation die Effekte zueinanderstehen. Es geht um das Einordnen der zu treffenden Maßnahme, um Abwägung und die ethische Positionierung: Wohin schlägt die Waage aus? Überwiegt bei der angestrebten Maßnahme das ethische Prinzip ‚Wohl tun‘, oder fällt das ethische Prinzip ‚Schaden vermeiden‘ stärker ins Gewicht?

Moderation in der Praxis:

- *Stimmen Sie das Weglassen von Fragen mit den Teilnehmenden ab.*
- *Mögliche Formulierung: „Sehe ich das richtig, dass die folgenden Fragen (kurz nennen) in diesem Fall weggelassen werden können?“*
- *Ist für Sie klar erkennbar, dass sich die nächste Frage erübrigt, gehen Sie unter Angabe der Ziffer zur nächst möglichen weiter und lesen Sie diese vor.*

- *Mögliche Formulierung: „Ich schlage vor, dass Sie sich nun der Frage XY zuwenden.“*
- *Visualisieren Sie im Bereich Bewertung/Wohl tun – Schaden vermeiden die Effekte mit Plus- und Minuszeichen. Nutzen Sie zur Sichtbarmachung der Gewichtung der ethischen Prinzipien das Bild der vierarmigen Waage.*

Schlussbemerkung

Eine ethische Fallbesprechung ist ein lebendiges Geschehen. Der Blick auf den Patienten, die Auseinandersetzung und das Ringen der Professionellen um die bestmögliche Behandlung für einen Patienten zu diesem Zeitpunkt stehen im Vordergrund der Besprechung. Der Hintergrund wird von der strengen Form des Instrumentariums gebildet. Die Form unterstützt also den Inhalt. Der Moderator lotst das Team mit Hilfe der Fragen durch die Höhen, Tiefen und Klippen der Situation. Seine Moderationsicherheit und ethische Kompetenz bilden die Basis für die Tätigkeit. Der Bogen trägt Sie als Moderator durch die Ethische Fallbesprechung. Vertrauen Sie Ihrem Arbeitsinstrument.

DIE ETHISCHE FRAGE IN DER FALLBESPRECHUNG

Stolperstein oder Steigbügel

Hildegard Huwe

Nicht selten ist in ethischen Fallbesprechungen zu beobachten, dass sich die Teilnehmenden schwer dabei tun, die ethische Frage zu formulieren. Auch für Moderatoren erweist sich dieser erste Punkt der Fallbesprechung nach Köln-Nimweger Methode zuweilen als Stolperstein. Das hat dazu geführt, dass andere Modelle ethischer Fallbesprechung auf diesen Arbeitsschritt verzichten. Dabei hat die Klärung der Arbeitshypothese zu Beginn eines ethischen Beratungsprozesses wichtige Funktionen:

Mit Einigung auf die ethische Frage kommen die Teilnehmer miteinander auf Augenhöhe über die aktuelle Fallsituation und den nächsten anstehenden medizinischen oder pflegerischen Handlungsschritt.

Nach Klärung der Frage tritt im Prozess ein kurzer Moment der Erleichterung ein. Dieser Schritt sorgt für eine erste Ausrichtung des Prozesses und gibt dem Kreis Orientierung im emotionalen Chaos.

Die ethische Frage sorgt dafür, dass sich die Teilnehmenden stärker fokussieren können. Damit wird bei der Benennung der Fakten bereits eine innere Strukturierung möglich: nicht alle Fakten sind gleich bedeutsam. Die Teilnehmer können sich besser konzentrieren und dem Denkweg der Ethik folgen.

Hier ist der Einwand durchaus berechtigt, dass die Einigung auf die ethische Frage zu Beginn der Fallbesprechung den weiteren Denkprozess einschränken könne. Diese Gefahr ist tatsächlich gegeben, wenn man im nächsten Schritt die ethische Frage sofort beantwortet. Der nächste Schritt sieht aber vor, den Blick auf den Patienten oder Bewohner weit zu öffnen und aus verschiedenen Perspektiven die wichtigsten Informationen zusammenzutragen. Erfahrungsgemäß gerät dabei die ethische Frage zunächst in den Hintergrund.

Was macht es eigentlich so schwer, eine ethische Fragestellung aufzuwerfen? In Fallbesprechungen konnte ich

beobachten, dass Teilnehmende nicht über Begriffe verfügten, um zu erklären, was eine ethische Frage ist. Dennoch hatten sie – bewusste und unbewusste – Vorstellungen von dem, was eine „ethische Frage“ ausmacht:

- Das Ethische im Pflegealltag ist etwas Schwieriges und etwas Besonderes. Also kann die ethische Frage keine einfache Frage sein. Je komplizierter man die Frage formuliert, desto mehr steigen die Chancen, dass es eine ethische Frage werden könnte.
- Man kann die ethische Frage am Wort „ethisch“ erkennen. Es gibt zu jeder Fallsituation nur „die eine ethische Frage“. Diese eine richtige ethische Frage muss gefunden werden.
- Ohne „die“ eine richtige ethische Frage können wir gar keine ethische Fallbesprechung machen. Und wenn wir mit der falschen ethischen Frage weiter nach dem Instrumentarium vorgehen, ist dieses Bemühen umsonst.

Dieser Artikel möchte helfen zu klären, was eine ethische Frage von anderen Fragen unterscheidet,

- wie man ethische Fragen voneinander unterscheiden kann und
- wie man die ethische Frage auch methodisch mit ungeübten Teilnehmern entwickeln kann.

Damit könnte die ethische Frage vom Stolperstein zum Steigbügel werden, der den Einstieg in das fokussierte Arbeiten

mit dem Instrumentarium der ethischen Fallbesprechung nach Köln-Nimweger Modell unterstützt.

Zunächst eine Vorbemerkung: Was ist das Geschäft der Ethik?

Die Moral regelt das Zusammenleben von Menschen. Gruppen haben sich auf Regeln und Werte geeinigt und damit festgelegt, was richtig und gut und was böse und falsch ist. Damit gibt die Moral vor, was getan werden soll und was zu unterlassen ist. Alle Menschen stehen also unter dem Anspruch, das Gute tun zu sollen.

Die Ethik denkt über die Regeln der Moral nach und befasst sich mit ihrer Rechtfertigung. Dabei stellt sie Fragen und sucht nach Argumenten. Konkret geht es dabei um Handlungen, z.B. wie das Halten von Versprechen, die Verpflichtung zu helfen oder die Wahrheit zu sagen. Gleichzeitig setzt sie voraus, dass alle, die sich auf diese Fragen einlassen, das als gut und richtig Erkannte zum Maßstab ihres Handelns machen. Sie sucht nach Wegen, um allgemein gültige Aussagen über das gute und gerechte Handeln zu machen und erarbeitet Argumente. Die Ethik trifft allerdings nicht stellvertretend für Individuen Entscheidungen¹. Im Gesundheitswesen knüpft die Ethik als das Nachdenken über das richtige und gute Handeln an unterschiedlichen Ebenen an:

- der einzelnen Pflegekraft/des einzelnen Arztes/Sozialarbeiters/Therapeuten/Seelsorgers, der bzw. die einen

konkreten Patienten/Bewohner versorgen (*Individualebene*);

- des Teams, das sich gemeinsam um einen Patienten/Bewohner bemüht (*kollektive Ebene*);
- der Ebene der Einrichtung/des Trägers, auf der über die ethisch verantwortete Gestaltung der Strukturen und Abläufe der Patientenversorgung nachgedacht wird (*Organisationsethik*).

So wird die ethische Fallbesprechung nach Köln-Nimweger Modell auf Stations- oder Wohnbereichsebene durchgeführt, wenn es um die Behandlung eines Patienten oder die Versorgung eines Bewohners geht.

Die Bedeutung der Unterscheidung zwischen Faktenanalyse und Bewertung

Das Köln-Nimweger Modell geht in vier Schritten vor:

Zuerst wird die ethische Frage erarbeitet, dann werden die Fakten zusammengetragen, die im dritten Schritt einer Bewertung mit den vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress unterzogen werden. Im vierten Schritt wird die Empfehlung als Antwort auf die ethische Frage formuliert.

Von großer Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen dem zweiten Schritt, der Faktenanalyse, und dem dritten Schritt, der Bewertung der Fakten.

In der Faktenanalyse werden aus verschiedenen Perspektiven alle wichtigen

Informationen über den Patienten bzw. Bewohner, seine bisherige Behandlung und Versorgung gesammelt. Hier ist der Moderator gefordert, für Klarheit zu sorgen. Vermutungen und Deutungen zu Fakten darf er nicht zulassen. Es geht rein um das, was ist und um das, was Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter tun bzw. tun können.

Im dritten Schritt wird die Bewertung der gesammelten Fakten vorgenommen. Dies geschieht auf einer anderen Ebene: Jetzt geht es mit Blick auf das, was ist und was man tun kann, um das, was sein soll und was getan werden soll. Aus dem Sein kann kein Sollen abgeleitet werden. Deshalb müssen in diesem Arbeitsschritt Werte und ihre Anwendung reflektiert werden. In der ethischen Fallbesprechung geschieht dies durch die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress. Sie verpflichten die Handelnden darauf, das Gute tun zu sollen, nämlich den anvertrauten Patienten oder Bewohnern wohl zu tun (*beneficence*), ihnen keinen Schaden zuzufügen (*maleficence*), deren Autonomie (*respect for autonomy*) zu achten und gerecht zu sein (*justice*).

Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

Aus den Blutgaswerten eines Patienten kann abgeleitet werden, dass eine Beatmung eine geeignete Maßnahme ist, diese Situation zu verbessern. Diese Argumentation erfolgt auf der Ebene der Fakten und der Fachlichkeit: was ist und

was kann getan werden. Sie ist in der Fallbesprechung unentbehrlich. Die Frage, ob die Beatmung tatsächlich auch durchgeführt werden soll, bewegt sich auf der Ebene ethischer Reflexion. Dazu muss der Handelnde auch der Überzeugung sein, dass die Beatmung das Gute ist, das in dieser Situation getan werden soll. Etwa weil sie geeignet ist, die schwierige Situation der Atemnot für diesen Patienten kurzfristig zu überbrücken und ihn am Leben zu erhalten. Wie würde aber die Antwort lauten, wenn der Patient nicht in diese Maßnahme einwilligt?

Diese zwei Denkschritte, das fachliche Entscheiden über das medizinisch wirksame Handeln (was der Arzt tun kann) zum einen und das ethische Entscheiden (was

der Arzt tun soll) zum anderen werden im ärztlichen und auch im pflegerischen Alltag freilich oft in einem Schritt vollzogen. Das Geschäft der Ethik ist also das Reflektieren über das Handeln, indem sie diese beiden Ebenen der Argumentation voneinander trennt.

Weitere Unterscheidungen ethischer Fragen:

Beispiele:

- a) Soll die Beatmung bei Herrn W. begonnen werden?
- b) Ist es ethisch vertretbar, dem Patienten F. einen Hüft-TEP-Wechsel zu empfehlen?
- c) Sollen wir bei Frau T. nachts die Fixierung unterlassen?

Die Struktur ethischer Fragen

Bei ethischen Fragen lässt sich folgende Struktur erkennen:

Einleitung der ethischen Frage	Benennen der konkreten Maßnahme	Benennen der zu entscheidenden Handlung
Ist es ethisch vertretbar, ...	Dialyse, PEG, OP,	zu beginnen
Sollen wir...	Katecholamine,	zu unterlassen
Ist es gut, ...	Reanimation,	auszuweiten
Ist es ethisch zu rechtfertigen, ...	Fixierung,	zu begrenzen
Sind wir ethisch verpflichtet, ...	Blutkonserven,	zu reduzieren
	Flüssigkeitsgabe,	zu beenden
	Ernährung,	
	Beatmung,	
	Antibiotika,	
	Positionierung,	
	...	

- d) *Wie können wir Frau M. bei der Ausübung ihrer Autonomie unterstützen?*
- e) *Ist es ethisch zu rechtfertigen, der Selbstbestimmung gegenüber dem Schaden vermeiden stets den Vorrang einzuräumen?*

fallbezogen oder allgemein

Fallbezogene Fragen (a, b und c) suchen eine Antwort mit Blick auf die individuelle Situation eines Patienten oder Bewohners. Allgemeine bzw. theoretische ethische Fragen (e) suchen nach Argumenten, ohne Verweis auf einen konkreten Fall und erarbeiten Argumentationslinien, allerdings um in konkreten Fallsituationen zu einer guten Begründung kommen zu können.

geschlossen oder offen

Die drei ersten Fragen sind im Unterschied zu Frage d) geschlossene Fragen, auf die mit Ja oder Nein geantwortet wird. Diese Fragen sind besonders gut für die Fallbesprechung nach Köln-Nimweger Modell geeignet.

Die Frage d) ist eine offene ethische Frage. Sie zielt weniger auf eine ethische Argumentation des Pro und Contra. Da man sich hier schon auf die Autonomie als wichtigstes Ziel (mithilfe ethischer Argumentation) geeinigt hat, steht die Suche nach Wegen der Zielverwirklichung im Vordergrund.

Das Verhältnis von ethischen und juristischen Fragen

In Kontexten der pflegerischen und

medizinischen Versorgung treten oft im Zusammenhang mit Fragen der Einwilligung juristische Fragestellungen in Konkurrenz mit ethischen Fragen. Damit scheint die Fallbesprechung an ihr Ende zu kommen. Die Antwort ist dann nicht mehr eine Empfehlung, die aus der Abwägung der vier bioethischen Prinzipien erwächst, sondern ein Verweis auf Paragraphen z. B. des Betreuungsrechts.

„Darf der Arzt bei einem komatösen Patienten ohne Einwilligung einen HIV-Test durchführen?“

„Darf ein Seelsorger eine im vertraulichen Gespräch erhaltene Information an das Stationsteam weitergeben?“

Zwei Fragen, die in ihrer Struktur nach ethische Fragen sind, sich aber mit juristischer Fachkenntnis eindeutig beantworten lassen. Ist nun mit der Antwort der Juristen die ethische Dimension der Frage obsolet? Die ethische Fallbesprechung findet nicht außerhalb des geltenden Rechts statt. So weist das Instrumentarium den rechtlichen Aspekten einen Platz innerhalb der Faktenanalyse zu: *„Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht rechtliche Konsequenzen zu erwarten?“* Genau wie die pflegerischen und medizinischen, werden auch die juristischen Fakten einbezogen. Wie Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Seelsorger und Sozialdienst benennt auch der Jurist aus seiner Expertise heraus, was ist und was getan werden kann. So wie medizinische und pflegerische Fragen kann auch eine juristische Frage eine ethische Dimension besitzen. Die Ethik lässt

es sich deshalb nicht nehmen zu fragen, ob es tatsächlich Situationen geben könnte, in denen ein Seelsorger verpflichtet ist, Vertrauliches weiterzugeben und ob eine solche Situation in diesem Fall gegeben ist bzw. ob gerechtfertigt werden kann, einen HIV-Test ohne Einwilligung des Betroffenen durchzuführen.

Wichtige Hinweise zur Formulierung ethischer Fragen

Teilnehmer sind oftmals versucht, bereits in der ethischen Fragestellung Informationen oder eigene Bewertungen „unterzubringen“:

„Ist es gerechtfertigt, die Patientin gegen ihren Willen zu fixieren, obwohl eine Selbstgefährdung besteht?“ oder

„Ist es ethisch vertretbar, bei Frau P. die Möglichkeit eines Sturzes durch selbstständiges Durchführen der Grundpflege bei Ablehnung der Hilfe durch Pflegekräfte zuzulassen?“.

Dies lässt die Fragen schnell unübersichtlich werden, so dass der Kern der Frage für die Teilnehmenden einschließlich des Moderators im Verlaufe der Besprechung nicht mehr gut zu erfassen ist. Außerdem besteht die Gefahr, dass Bewertungen (z.B. „Selbstgefährdung“) wie Fakten behandelt werden, statt sie erst einmal zu überprüfen. Hier möge sich der Moderator zutrauen, die Formulierung der ethischen Frage auf die wichtigsten Aspekte, nämlich die betreffende Person, die zur Diskussion

stehende Maßnahme und die Handlung zu beschränken.

Teilnehmer von Fallbesprechungen vermuten häufig, dass mit der Formulierung der ethischen Frage bereits die Entscheidung über die Antwort gefallen sei. Wenn bspw. in der Frage das Verb „beenden“ verwendet wird, sei auch schon klar, dass die Empfehlung auch auf das Beenden hinauslaufe. Hier kann es hilfreich sein, auf den Prozess der Fallbesprechung hinzuweisen: Das Votum am Ende der Fallbesprechung ist zwar die Antwort auf die zu Beginn formulierte Frage, die Pro- und die Contra-Argumente entstehen aus der Analyse der Fakten und deren Bewertung mithilfe der ethischen Prinzipien sowie der eigenen moralischen Intuitionen der Teilnehmenden. Die ethische Frage ist dabei „nur“ der methodisch notwendige rote Faden, der sicherstellt, dass alle einen gemeinsamen Ausgangspunkt haben und behalten.

Und wenn man – vielleicht weil man zu Anfang die Fülle der Fakten und die Zusammenhänge nicht überblickt – die falsche ethische Fragestellung auswählt? Die zu Beginn aufgeworfene ethische Frage stellt lediglich eine Arbeitshypothese dar: Zu Beginn der Fallbesprechung scheint diese Befürchtung nahe zu liegen. Vor der Formulierung des Votums leitet das Instrumentarium den Blick noch einmal auf die ethische Fragestellung vom Anfang und stellt ausdrücklich die Frage, ob sich die ethische Fragestellung verändert hat. Die Gruppe befindetet dann darüber, ob die

Frage ergänzt oder ganz verändert wird. Die Fallbesprechung ist deshalb nicht vergeblich, sondern kann dennoch fruchtbar werden. Um diesbezügliche Bedenken zu entlasten, ist es ratsam, auf das Instrumentarium und seine Logik zu verweisen. Teilnehmer, die vertraut mit dieser „Tagesordnung“ der Beratung sind und den Denkweg verstanden haben, können sich in der Beratung meist besser auf den Fall konzentrieren und aktiver mitarbeiten. Eine gründliche Einführung in den Bogen ist von daher nicht nur für den Moderator, sondern auch für alle Teilnehmenden eine enorme Hilfe.

In einer Fallbesprechung im Altenheim mit einer Gruppe, die schon geübt war, ethische Fragen zu formulieren, schlug jemand aus der Runde die Fragestellung vor: „Soll die PDL veranlassen, den Bewohner R. ins Hospiz zu verlegen?“ Die PDL war bei dieser Fallbesprechung weder anwesend noch hatte sie um Beratung gebeten. In einem Gespräch ließ sich schließlich eine ethische Frage mit Bezug zum Handeln des Teams erarbeiten, die lautete: „Ist es vertretbar, die Nierenspülung bei Herrn R. unter den Bedingungen der stationären Altenhilfe weiter durchzuführen?“ Mit dem erarbeiteten Votum konnte das Team dann im weiteren Prozess das Gespräch mit der PDL suchen. Bei ethischen Fragen, die nichts mit dem Handeln der Beteiligten zu tun haben, besteht die Herausforderung des Moderators darin, den Anteil des Teams an der als schwierig erlebten Situation herauszuarbeiten.

Es kann durchaus vorkommen, dass die Teilnehmer nicht nur eine, sondern mehrere ethische Fragen zu einer Situation aufwerfen. Der Moderator kann in solchen Situationen nach Intuition des Teams die Fragestellung festhalten, die die meiste Zustimmung findet oder diejenige, die den nächsten Schritt der Pflege oder Therapie enthält. Mehrere Fragen nebeneinander stehen zu lassen und gleichzeitig zu bearbeiten, wäre durchaus die schlechtere Entscheidung, weil der stringente Prozess der Falldiskussion dann immer wieder unterbrochen würde und die Konzentration der Teilnehmer leiden würde.

Methodische Vorschläge

- *Bei der Einführung in die Methode der ethischen Fallbesprechung üben Teilnehmende mithilfe der Skizze zur ‚Struktur ethischer Fragen‘ (s. S. 18), ethische Fragen zu selbst erlebten Fallsituationen zu formulieren.*
- *Der Moderator bittet um eine kurze Falldarstellung und erfragt, was die Anwesenden bei dem Patienten/Bewohner am meisten beschäftigt. Aus den genannten Informationen schlägt er eine Fragestellung vor.*
- *Jeder Teilnehmer erhält ein Blatt Papier und soll auf dieses Blatt alle Fragen aufschreiben, die ihn zu diesem Patienten/Bewohner beschäftigen. Dann soll er die wichtigste Frage markieren. Diese eine Frage wird von allen reihum vorgelesen. Dann erarbeitet der Moderator aus*

den Statements die in Frage stehende Maßnahme und bittet einen Anwesenden, eine ethische Frage vorzuschlagen.

- *Jeder Teilnehmer erhält eine Karte, auf der er seine wichtigste Frage zum Patienten/Bewohner notiert. Diese Fragen werden vorgelesen und aus ihnen die in Frage stehende Maßnahme herausgearbeitet. Der Moderator bittet einen oder mehrere Teilnehmende um einen Vorschlag zur ethischen Frage.*

Schlussbemerkung

Ich hoffe, dieser Artikel konnte erhellen,

- dass das Ethische im Alltag von Kliniken und Pflegeheimen im Tun und Denken der Handelnden immer schon da ist und ethische Fragen eine ganz einfache Struktur haben.
- dass man eine ethische Frage nicht allein am Wort „ethisch“ erkennen kann. Man kann sie daran erkennen, dass sie von der Ebene der Fakten auf die Ebene des Sollens führt, das eigene Handeln reflektiert und die Verpflichtung ausdrückt, das als gut Erkannte zum Maßstab des Handelns zu machen.
- dass es zu jeder Fallsituation durchaus mehrere ethische Fragen geben kann: allgemeine, fallbezogene, offene und geschlossene.
- dass die ethische Fragestellung zu Beginn lediglich eine Arbeitshypothese

ist und das Instrumentarium die Änderung der Fragestellung als Arbeitsschritt vorsieht, so dass die ethische Fallbesprechung auch in diesem Fall zu einer Empfehlung kommen kann.

Ich hoffe sehr, diese Gedanken und Hinweise tragen dazu bei, dass Moderatoren und Teams in ethischen Fallbesprechungen die ethische Frage, die sie zusammenführt, gut miteinander klären und gemeinsam in einen konstruktiven Beratungsprozess einsteigen können. Und damit unterstützen sie das Ziel aller in Einrichtungen des Gesundheitswesens Tätigen, Patienten und Bewohner in fachlicher und in ethischer Hinsicht optimal zu versorgen.

MANUAL FÜR MODERATOREN

Sabine Brüninghaus, Ulrich Fink ¹

Regina Bannert, Peter Bromkamp, Ulrich Fink, Hildegard Huwe,

Günter Heimermann, Anja Sickmann ²

Die vorliegenden Praxishilfen verstehen sich als Manual für Moderatorinnen und Moderatoren, die eine ethische Fallbesprechung im Krankenhaus, Psychiatrischer Klinik oder Altenheim begleiten.

Die Hinweise sind in den vergangenen Jahren durch Fragen von Moderatoren und Erfahrungen aus der Praxis mit den Instrumentarien entstanden.

Da nicht bei allen Fragen der Bedarf nach weiterführenden Erklärungen besteht, finden sich diese auch nicht zu allen Punkten.

Die Nummerierungen sind dem Instrumentarium bzw. dem Dokumentationsbogen, wie er im Klinikbereich Anwendung findet, entsprechend.

Für den Bereich Kinderklinik ist, ähnlich wie für die Altenheime und Psychiatrien,

ein eigenes Instrumentarium in der Entwicklung. Aus diesem Grund sind Hinweise zu diesem Bereich ausgelassen.

Vorbereitung

Stellen Sie sich der Runde vor und bitten Sie die Teilnehmenden, sich mit ihrer Funktion vorzustellen.

Geben Sie eine kurze Einführung in das Instrumentarium und die Schritte, ggfs. teilen Sie das Instrumentarium aus.

Fragen Sie ab, ob folgendes vorliegt:

Dokumentation (Patient-/Bewohnerakte/Arztbriefe), Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung etc. Vergewissern Sie sich, ob ein Flip-Chart oder andere Möglichkeiten zur Visualisierung (Moderationskarten) vorhanden sind.

¹ Autorenteam, Fassung 2020

² Autorenteam, Fassung 2016

Ethische Frage

Fallvorstellung

Bitte Sie eine Person, den Fall kurz vorzustellen. Diese soll sich daran orientieren, was Sie wissen müssen, um sich ein erstes Bild von der derzeitigen Patientensituation machen zu können. Es ist darauf zu achten, dass möglichst keine Patientenvorstellung, wie sie in einer Arztbesprechung üblich ist, erfolgt.

Es geht in dieser Gesprächsphase nicht darum, bereits einen detaillierten Überblick über Fakten zu geben. Von Ihrer Seite sollte auf die weiteren Gesprächsteile hingewiesen werden, falls zu ausführlich in die Faktenbesprechung eingestiegen wird.

Was ist die ethische Frage

Aus dem ersten Überblick ist nun die ethische Frage zu identifizieren. Zur Fokussierung helfen Fragen wie:

„Welche Maßnahme steht zur Debatte?“

Welcher Handlungsschritt steht an?“

Welche Entscheidung steht im Raum?“

Es ist günstig, wenn Formulierungsvorschläge von den Teilnehmern selbst kommen. Sollte das Team von sich aus keine Vorschläge machen, können Sie diese formulieren und auf einem Flipchart oder auf Moderationskarten festhalten. Sollte das Team mehrere Fragestellungen aufwerfen, kann die Gruppe prüfen, welche Frage für das konkrete Handeln des Teams in dieser Situation die größte Relevanz hat. Dabei können zunächst durchaus verschiedene Fragen oder Formulierungen notiert werden. Sollte sich eine Gruppe nicht auf

eine Frage einigen können, machen Sie einen Vorschlag und weisen darauf hin, dass die Frage später verändert werden kann.

Es empfiehlt sich, mit einer positiv formulierten Frage zu arbeiten und vermeiden Sie Verneinungen. (*Beispiel: Ist es richtig, die PEG fortzuführen? Statt: Ist es richtig, die Ernährung einer PEG nicht fortzuführen?)*

Fakten

In diesem Arbeitsschritt sollen die Fakten fokussiert werden, die im Zusammenhang mit der ethischen Frage stehen. Deshalb dürfen Sie weitschweifige Ausführungen begrenzen und immer wieder auf die ethische Frage zurückführen.

Die einzelnen Dimensionen der Faktensammlung sollten klar voneinander getrennt werden, z.B. indem die einzelnen Dimensionen deutlich benannt werden.

Die Fallbesprechung arbeitet mit der Kompetenz, die in der Gruppe präsent ist. Bei den einzelnen Dimensionen sprechen Sie zuerst die jeweils korrespondierende Berufsgruppe an. Danach die anderen Berufsgruppen in der Fallbesprechung, die etwas zu der Faktensammlung innerhalb dieser Dimension beitragen können. In einem multiprofessionellen Team kann es zu unterschiedlichen Diagnosen, Prognosen und Therapiezielen kommen. Der Moderator kann hier benennen, dass es dadurch möglicherweise nicht zu einem einstimmigen Votum kommen kann.

Interpretation oder Bewertungen sollen als solche benannt und auf die Faktenebene zurückgeführt werden:

z.B.: Arzt: „Die Patientin ist beatmungspflichtig.“ – Moderator/in: „Welche Fakten liegen denn vor?“ Daraufhin kann der Arzt als Fakt den Wert der Blutgasanalyse benennen.

Auch Folgerungen, die jemand aus einem Verhalten eines Patienten zieht, sollen auf Beobachtungen zurückgeführt werden.

z.B.: Eine Teilnehmerin sagt:

„Bewohner zieht an seiner PEG-Sonde. Vermutung: Er will sie nicht?“

hierbei trennen Sie die Beobachtung und die Bewertung. Gegebenenfalls konkretisieren Sie die Beobachtungen mit W-Fragen: Wann, wann nicht, wie oft.

Kennzeichnen Sie Ihren Ausstieg aus der Moderatorenrolle, wenn Sie eigenes Fachwissen einbringen und den Wiedereinstieg in diese Rolle:

z.B.: „Ich setze jetzt meinen Moderatorenhut ab und erkläre Ihnen kurz den Unterschied zwischen Patientenverfügung und Betreuungsverfügung... Jetzt bin ich wieder Ihr Moderator.“

Es ist nicht so hilfreich, den Bogen mechanisch Frage für Frage abzarbeiten. Halten Sie eher bei den Fragen mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen im Blick. (siehe dazu den Beitrag ‚Die Moderation von 66 Fragen‘)

1. Medizinische Dimension

1.1 Welche Diagnosen sind bekannt?

Mit dieser Frage weiten Sie den Blick auf den Patienten und seine Diagnosen. Welche Diagnostik ist noch notwendig? Z.B. Die

Pflegenden oder Angehörigen beobachten Schmerzen, der Arzt hat aber noch keine Schmerzen diagnostiziert. Sie sollten grundsätzlich die Verknüpfung zu anderen Fragestellungen im Bogen im Kopf haben: Beachten Sie hier den Zusammenhang zur Patientenbeobachtung – Schmerzen. Bei der Diagnose Demenz sollten Sie hier auch auf eine Differenzierung mit Angabe des Stadiums achten. Denn abhängig von der Maßnahme ist unter 6.2.2 die Autonomie unterschiedlich zu bewerten.

1.2 Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund?

Hier wird der Blick wieder engegeführt. Fragen Sie als Moderator nach der Differentialdiagnose. (z.B.: „Können Sie sagen um welche Form/bzw. Stadium von Demenz es sich handelt.“)

1.4 Wie lautet die medizinische Indikationsstellung für die Behandlung?

Hier werden alle die Fakten gesammelt, die medizinisch wissenschaftlich gesichert vorliegen. Es geht nicht darum ärztliche Einschätzungen aufgrund von Erfahrungen zu notieren.

1.5 Wie lautet das Therapieziel?

Laden Sie die Teilnehmer ein im Hinblick auf die formulierte Maßnahme in der ethischen Frage das angestrebte Therapieziel zu benennen. Sie können hier nach dem minimalen und maximalen Therapieziel fragen. (z.B. nach dem Grad der Mobilität: „Geht es um die Mobilität vom Bett in den Stuhl oder um eine angestrebte sportliche Aktivität?“)

1.6 Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich?

Lassen Sie hier die Beteiligten eine Unterscheidung treffen, ob bei diesen alternativen Behandlungen jeweils ein kuratives oder palliatives Therapieziel verfolgt wird.

1.7 Wie sieht die medizinische Prognose aus?

Fordern Sie die Teilnehmer auf, die Prognose möglichst konkret zu benennen (z.B. „Infaust – was heißt das genau?“ „Kann man Zeiträume annähernd benennen? Geht es eher um Tage, Wochen oder Monate?“).

Wenn es schwierig ist, eine Aussage über die Prognose zu treffen, ist zu unterscheiden, ob dies aufgrund der fachlichen Kompetenz der Teilnehmer oder evidenzbasiert nicht möglich ist. Eine möglichst differenzierte Einschätzung der Prognose ist eine wichtige Grundlage für die Wohltun-Schadens-Abwägung.

Stellen Sie eventuell die „surprise“-Frage: „Wären Sie überrascht, wenn der Patient in den nächsten Wochen/Monaten verstirbt?“

1.8 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?

Mit Wahrscheinlichkeit ist hier eine mögliche benennbare statistische Häufigkeit (valide Daten möglichst nach Studienlage) gemeint. Sie gibt aufgrund vieler Erfahrungen an, wie das Behandlungsergebnis dieser Maßnahme sein kann.

1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von der Maßnahme abgesehen wird?

In Situationen, in denen der Patient versterben wird, ist es wichtig, den Sterbeprozess präzise zu beschreiben.

Fordern Sie die Teilnehmer auf, die zu erwartenden Symptome zu benennen.

2. Pflegedimension

Achten Sie darauf, dass sich auch die pflegerischen Maßnahmen an die ethische Frage zurückbinden lässt.

2.3 Bei welchen ATL braucht er/sie Unterstützung?

Die Einrichtungen bzw. Teams arbeiten nach unterschiedlichen Konzepten der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Ungeachtet verschiedener Pflegeatheorien fragen Sie nach:

*Wach sein und schlafen; Sich bewegen; Sich waschen und kleiden; Essen und Trinken; Ausscheiden; Körpertemperatur regulieren; Atmen; Für Sicherheit sorgen; Raum und Zeit gestalten, Arbeiten und spielen; Kommunizieren; Sinn finden; Im Werden sein; Vergehen; Kind, Frau Mann sein.*³

Lassen Sie den Unterstützungsgrad jeweils beschreiben.

2.4 Welche Fakten aus der Patientenbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund?

Greifen Sie hier z.B. auf die eben beschriebenen ATLs zurück, lassen Sie sich beschreiben, was die Teilnehmer im Umgang mit dem Patienten beobachten

³ Seit dem Erscheinen der 4. Auflage des Lehrbuches „Krankenpflege“ von Liliane Juchli hat das ATL-Modell im deutschen Sprachraum Verbreitung gefunden. Mit Stand 2020 sollte das 3. Geschlecht auch in den Blick genommen werden.

und lassen Sie sich schildern, was in der Pflegeplanung dokumentiert ist.

2.6. Welche pflegerischen Maßnahmen sind indiziert?

Hier werden alle Maßnahmen benannt, die aus pflegewissenschaftlicher Sicht relevant sind im Unterschied zu erfahrungsbezogenen Einschätzungen.

2.8 Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?

Diese Frage ist vor allem dann wichtig, wenn aufgrund hohen pflegerischen Aufwandes mehrere Pflegekräfte in die Versorgung einzubinden sind.

(z.B. bei der Positionierung durch Lagerung oder Transfer Bett-Stuhl, Versorgung durch eine bestimmte Bezugspflegekraft; Wunsch nach einem bestimmten Geschlecht der Pflegekraft)

3. Lebensanschauliche und soziale Dimension

Machen Sie deutlich, ob der Patient eine Aussage selber gemacht hat oder jemand Drittes seine Aussage zitiert. Klären Sie auch, ob eine Interpretation, eine Vermutung oder eine Beobachtung benannt wird.

3.4 Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt?

Diese Frage bedarf der besonderen Aufmerksamkeit, wenn der kulturelle Hintergrund des Patienten Einfluss auf die, in der ethischen Frage benannten

Maßnahme hat. Die Werte von Kultur könnten damit im Konflikt stehen. *(z.B. Wahrheit am Krankenbett, Infusionen, Therapiezieländerung).*

3.7 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidungen wichtig/relevant?

Diese Aspekte werden in Ergänzung zu Punkt 3.4. hier gesondert in den Blick genommen, um einer differenzierten Sicht gerecht zu werden.

4. Organisatorische, ökonomische und juristische Dimension

4.4 Was liegt vor:

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung?

Unter der Frage 4.4 wird nur das Vorliegen der benannten Dokumente festgestellt. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt (unter Punkt 6 Autonomie des Patienten) ausführlich zur Kenntnis genommen und dann in die Bewertung mit einbezogen.

Fragen Sie, ob die Faktensammlung hier abgeschlossen werden kann oder ob es noch Nachträge gibt. Dann kennzeichnen Sie, dass jetzt die gesammelten Fakten der Bewertung unterzogen werden.

Bewertung

Die bisherige Faktensammlung ist unabdingbare Grundlage für die nun folgende ethische Bewertung. Sie besteht darin, die Fakten aus der Perspektive der vier

medizinethischen Prinzipien zu analysieren. Die Ergebnisse werden gegeneinander abgewogen und gewichtet. Dabei können einzelne Punkte stärker ins Gewicht fallen und den Ausschlag geben. In der Gewichtung kommt das Wertesystem der einzelnen Teilnehmer zum Tragen, ebenso wie Leitbilder der Institution. Das Bild der Waage bringt diesen Prozess gut zum Ausdruck.

Im Bewertungsprozess ist es wichtig, die Darstellung und Klärung der Position eines jeden einzelnen Teilnehmers zu fördern.

Dabei ist es Ihre Aufgabe, alle Teilnehmer einzubeziehen, die Unterschiede und das Gemeinsame zu benennen, Konsens und Dissens sichtbar zu machen und zum gegenseitigen Verstehen zu verhelfen. Es geht nicht primär um das Herbeiführen eines Konsenses.

5. Wohltun/Schaden vermeiden aus der Sicht der Pflegenden und Behandelnden

Hier sind die Perspektive und die Bewertung der Versorgenden gefragt, bevor die Autonomie des Patienten geklärt wird.

Es soll geklärt werden, welche Vorgehensweise aus der fachlichen Perspektive der Teilnehmer der Ethischen Fallbesprechung zu empfehlen ist. Dabei geht es darum, ob die vorgeschlagene Maßnahme effektiv ist, d.h. welches Ziel anzustreben ist und ob es erreicht werden kann.

Dazu werden die fachlich erhobenen Fakten gerade auf diese Person in dieser konkreten Situation hin gewichtet. Was aus fachlicher Sicht dem Wohl des Patienten

dient, kann sich unterscheiden von dem, was der Patient für sich selbst als gut erachtet. Letzteres wird unter dem Stichwort Autonomie geprüft. Das entbindet die Teilnehmenden aber nicht davon, erst einmal zu ihrer eigenen Empfehlung für den Patienten in dieser Situation zu kommen. So ist z.B. eine Maßnahme, die voraussehbar schaden wird, ohne ein erkennbares Wohl hervorzubringen, ethisch nicht vertretbar. Wohl ist nach ethischem Verständnis das „Gute“ und nicht zu verwechseln mit Wohlbefinden.

5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Patienten?

Das Stichwort Wohl ist untergliedert in verschiedene Aspekte. Darin findet der ganzheitliche Blick auf den Menschen Ausdruck.

Beim Wohl wird die fachlich messbare Lebensqualität in Betracht gezogen. Dies ist keine Entscheidung über den Lebenswert. Diese unterliegt allein der Bewertung des Patienten und wird unter dem Prinzip Autonomie in den Blick genommen.

5.1.1 Lebenserhalt

Leben, und damit Lebenserhalt ist ein hohes Gut, aber selbst in der christlichen Ethiktradition nicht das höchste Gut. Entscheidungen, die den Verzicht auf Lebenserhalt bedeuten, können daher durchaus gerechtfertigt sein.

5.1.2 körperliches Wohl

5.1.3 geistiges Wohl (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)

5.1.4 seelisches Wohl

(z.B. Angstminderung, Lebensfreude)

5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben)

5.1.6 soziale Integration

(soziale Kontakte pflegen können, eingebunden sein in Familie und Bekannten- und Freundeskreis, Alltagsarbeiten verrichten können)

5.1.7 persönliche Entfaltung

(z.B. Hobbies und Talente ausüben können)

5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Patienten schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)?

Hier sollen die möglichen Nebenwirkungen noch einmal ausdrücklich benannt werden, auch wenn sie bekannt sind, um eine Bagatellisierung zu vermeiden.

5.3 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?

An diesem Punkt der Fallbesprechung sollen Sie von den Teilnehmenden eine konkrete Stellungnahme einfordern.

Methodisch legt sich eine Visualisierung der Aspekte nahe. (Tabelle, Waage, etc.)

5.4 Ist die „medizinische Indikation“ auch als „ärztliche Indikation“ zu bewerten?

Medizinische und ärztliche Indikation unterscheiden sich voneinander: Die medizinische Indikation stellt einen Behandlungsvorschlag dar, der sich rein an Zahlen, Fakten und Studienergebnissen orientiert und eine allgemeine Prognose abgibt. Die ärztliche Indikation hingegen bezieht auch individuelle Aspekte des Patienten wie Lebenssituation,

Komorbiditäten und Therapieadhäsion (Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten, sich therapiekonform zu verhalten) mit ein. Damit stellt die ärztliche Indikation eine Nutzen-Risiko-Abwägung auf den individuellen Patienten hin dar und spiegelt somit ein realistischeres Bild von dem zu erwartenden Outcome für den Patienten wieder.

5.5. Soll die Maßnahme vorgeschlagen werden?

Mit dieser Frage klären die Teilnehmenden, ob die vorgeschlagene Maßnahme dem Patienten empfohlen werden kann. Wenn die Teilnehmenden zu dem Schluss kommen, dass eine Maßnahme nicht vorgeschlagen werden soll, liegen mit diesem Erarbeitungsschritt Argumente vor, die im beratenden Gespräch mit dem Patienten (bzw. Angehörige/Betreuer) wichtig sein können.

6. Autonomie des Patienten

6.1 Ist der Patient uneingeschränkt einwilligungsfähig?

(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur eingeschränkten Willensfähigkeit, siehe 6.2)

Fragen Sie die Teilnehmenden nach ihren Positionierungen und nach den Kriterien, an denen die einzelnen ihre Bewertung der Einwilligungsfähigkeit festmachen. Sollte es über die Einwilligungsfähigkeit keine eindeutige Bewertung geben, wird dies dokumentiert. In diesem Zweifelsfall soll von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten

ausgegangen werden bis sich im weiteren Verlauf (6.1.1 - 6.1.9) das Gegenteil erweist. Bei den folgenden Fragen ist zu beachten, dass unter Einwilligungsfähigkeit nicht die juristische Geschäftsfähigkeit verstanden wird. Ein Patient kann nicht mehr geschäftsfähig, aber durchaus noch einwilligungsfähig in gesundheitlichen Belangen sein. D.h., er kann die anstehende medizinische oder pflegerische Handlungsoption überblicken und entsprechend entscheiden. Für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit gibt es keine klaren, vom Gesetzgeber definierten Kriterien.

6.1.1 Ist der Patient über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt?

Es ist mit dem Team zu klären, ob der Patient umfassend und aus seiner Sicht verständlich informiert ist.

6.1.2 Wie bewertet der Patient selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?

Der Fokus liegt auf der Perspektive des Patienten und seinen Gewichtungen: welche Belastungen und welcher Nutzen sind für ihn relevant – im Unterschied zur Perspektive der Pflegenden, Angehörigen, Ärzte usw.

6.1.7 Was ist der (aktuell geäußerte) Wille des Patienten bzw. gibt es eine Patientenverfügung?

Es ist darauf zu achten, dass der aktuell

geäußerte Wille über dem vorausverfügten Willen der Patientenverfügung steht.

6.1.8 Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung?

Der Widerruf zu Willensäußerungen, die in der Patientenverfügung festgehalten sind, ist an keine Form gebunden. Fragen Sie das Team bei sprachbehinderten Patienten auch nach nonverbalen Äußerungen, die einen solchen Widerruf zum Ausdruck bringen. Bei nonverbalen Äußerungen oder Gesten soll unterschieden werden, ob diese Ausdruck des autonomen Willens darstellen oder als „natürlicher Wille“ bewertet werden sollen und somit eher dem Ausdruck des Wohlbefindens zuzurechnen sind.

6.1.9 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Patienten sind zusätzlich relevant?

Bei dieser Frage können nicht nur individuelle Haltungen, sondern auch religiöse Zugehörigkeiten und kulturelle Prägungen des Patienten und seiner Angehörigen relevant sein.

6.2 Ist der Patient in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt?

Prüfen Sie kritisch mit dem Team die Annahme, der Patient sei nicht oder nur eingeschränkt willensfähig.

6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?

Lassen Sie das Team entsprechende Diagnosen benennen. Ansonsten gibt es in der Regel kein festgeschriebenes Verfahren, die eingeschränkte Willensfähigkeit eines Patienten festzustellen.

6.2.2 In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?

Der Umfang der Willensunfähigkeit muss nicht alle Fähigkeiten zur Willensbildung gleichermaßen betreffen (Verstehen und Sammeln der Informationen, Abwägung vornehmen und eine Entscheidung treffen, die Entscheidung mitteilen). Die Willensfähigkeit muss zudem nicht umfassend sein und alle Lebensbereiche abdecken; sie bezieht sich in diesem Kontext vielmehr auf die Entscheidungsfähigkeit bezüglich der konkreten Behandlungsmaßnahme. Eine willensfähige Entscheidung kann getroffen werden, wenn der Patient in der Lage ist die Konsequenzen einer Behandlungsoption zu überblicken, Vor- und Nachteile abzuwägen und seinen Willen bezüglich der Behandlung mitzuteilen. Erfragen Sie, ob u.U. für den Bereich der Gesundheitspflege relevante und beachtliche Willensäußerungen möglich sind.

6.2.3 Ist die Willenseinschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Patient die Situation klar erfassen kann?

Vor allem bei dementiell erkrankten Patienten kann es Phasen geben, in denen sie ihre Situation klar verstehen und sich adäquat äußern können. Diese Äußerungen sollen als Willensäußerungen ernst

genommen werden. Oft werden nur einzelne Mitarbeiter Zeugen solcher Äußerungen. Diesen soll in der Fallbesprechung eine Stimme gegeben werden.

Ebenso wichtig ist hier die Unterscheidung zwischen wesentlicher Autonomie, die auch einem dementiell veränderten Patienten zugesprochen werden soll und der aktuellen Autonomie (Selbstbestimmung), die eingeschränkt sein kann.

6.2.5 Ist eine Betreuung eingerichtet oder muss sie eingerichtet werden? Gibt es einen Vorsorgebevollmächtigten?

Kann der Patientenwille nicht vom Patienten selbst zum Ausdruck gebracht werden, weisen Sie an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hin, vorhandene Bevollmächtigte einzuschalten oder ein Betreuungsverfahren einzuleiten.

6.2.6 Gibt es eine Patientenverfügung? Welche Relevanz hat sie für die zu planenden Maßnahmen?

Um das Team auf einen gemeinsamen Informationsstand zu bringen und die Bedeutung der Patientenverfügung herauszustellen, lassen Sie sich u.U. die Patientenverfügung an dieser Stelle vorlegen bzw. vorlesen oder sichten Sie diese mit dem Team.

7. Gerechtigkeit

Dieses Prinzip bedeutet, dass das Handeln mit Blick auf alle, die von dieser Entscheidung betroffen sind, zu rechtfertigen sein muss.

7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Patienten, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Klinikmitarbeiter, Angehörige) zu verantworten?

Nehmen Sie eine Unterscheidung zwischen emotionaler, organisatorischer Belastung oder ethischer Verantwortung (gegen die eigenen Werte und Haltungen) vor. Die Äußerungen von Gewissensentscheidungen der Mitarbeiter können hier Raum bekommen.

7.2 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand angesichts des zu erwartenden Therapieerfolgs gerechtfertigt?

Fragen Sie, in welchem Verhältnis der Aufwand zur Verbesserung der Situation des Patienten steht. Wird z.B. mit maximalem Aufwand eine kleine, aber entscheidende Verbesserung erreicht?

8. Blick auf das Team / die Beteiligten / die Institution

8.1 Welche Werte und Einstellungen werden jetzt vertreten?

An diesem Punkt der Fallbesprechung gilt es, die Bewertungen zu verdichten. Dazu dient die Einladung, jetzt Werte und Einstellungen der Besprechungsteilnehmer zu benennen, die in dieser Fallsituation eine wichtige Rolle spielen und bisher noch nicht genannt wurden. Der Einschätzung des Patienten kommt höchste Priorität zu. Gegen seinen Willen darf niemand behandelt und gepflegt werden. Dennoch gibt es Grenzen der Selbstbestimmung, die ggf. vom Moderator herauszustellen sind: Die Prinzipien der Gerechtigkeit und

des Nicht-Schadens können so ins Gewicht fallen, dass dem Wunsch eines Patienten nicht nachgekommen werden kann.

8.2 Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen?

Erfragen Sie richtungsweisende Orientierungsgrundlagen, die für diese Entscheidung von Relevanz sein könnten. Dazu gehören u.a. die bereits in Kraft gesetzten Richtlinien des Ethikkomitees im betreffenden Haus, Berichte des Qualitätsmanagements und sonstige Leitlinien.

Besondere Situationen

Kinder

Für die Ethische Fallbesprechung, insofern es sich um die Behandlung von Kindern handelt, ist ein gesondertes Instrumentarium in Entwicklung.

Votum

9.1 Wie lautet nun die ethische Frage?

Die Fallbesprechungsgruppe vergewissert sich darüber, ob die Ausgangsfrage unverändert bleibt. Eventuell kann die Frage nach der Analyse und Bewertung nun noch differenzierter formuliert; ggf. um einen speziellen Aspekt (z.B. zeitliche Begrenzung einer Maßnahme) ergänzt werden. Möglich ist aber auch eine komplett andere Frage zu formulieren, die eine andere Handlungsweise in den Mittelpunkt stellt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die zuerst gestellte Frage „falsch“ gewesen ist.

9.2 Sind wichtige Fakten unbekannt?

Welche?

Wenn die Teilnehmer mehrere Punkte benennen, die sie nicht wissen, könnte das ein Hinweis darauf sein, dass ein Votum vermieden werden soll.

Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Adjektiv „wichtige“ in dem Sinne, dass ohne Wissen um dieses Faktum ein Votum nicht zu verantworten wäre.

9.3 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgegeben werden?

Es können auch wichtige Fakten unbekannt bleiben, die jedoch keine Auswirkung auf das Votum haben.

9.4 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

Ein Überdenken der Entscheidung kann notwendig sein, wenn:

9.4.1 Sich die Prognose ändert, was bei bestimmten Krankheitsverläufen mehr oder weniger wahrscheinlich sein kann.

9.4.2 Kenntnisse über neue Fakten gewonnen werden. In diesem Fall kann mit dem Team ein Entscheidungsbaum entwickelt werden. *Beispiel: „Wenn der Hausarzt Faktum „A“ benennt, dann lautet unser Votum „B“; sollte er Faktum „C“ benennen, dann ist das Votum „D“...“*

9.5 Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert und begründet?

Auf die hilfreiche Formulierung des Votums sollte ausreichend Zeit verwendet werden (ca. 10-15 Minuten).

Das Votum antwortet konkret auf die in der Frage gestellte Handlungsoption. Für den Adressaten und andere Personen, die nicht an der Fallbesprechung teilgenommen haben, sollte die Begründung genannt und aus dem Prozess nachvollziehbar sein.

In den meisten Fällen ergibt sich die Begründung konsequent aus der Gewichtung der Bewertung:

Wohltun > Schaden:

Die in der ethischen Frage benannte Handlung soll empfohlen werden. Ausschlaggebend für die Entscheidung ist jedoch die Autonomie des Patienten bzw. Aspekte der Gerechtigkeit (z.B. Schaden anderer).

Wohltun < Schaden:

In dieser Konstellation soll die erfragte Maßnahme abgelehnt werden. Dies ist auch unabhängig von der autonomen Entscheidung des Patienten resp. seines Vertreters, da bei fehlender Indikation kein ethischer Rechtfertigungsgrund für die Durchführung vorliegt. Die verantwortliche Person kann nicht durch Patientenwunsch zu einem rein schädigenden Verhalten ‚gezwungen‘ werden. Auch Aspekte der Gerechtigkeit stellen hier keinen Rechtfertigungsgrund dar.

Wohltun =± Schaden:

Halten sich Wohltun und Schaden die Waage kann die Maßnahme bedingt empfohlen werden. Ebenfalls kann ein Therapieversuch für eine fest benannte Zeit und eine Re-Evaluation durch

festgelegte Personen die Entscheidung sein. Dies jedoch nur in Abhängigkeit von der Autonomie des Patienten resp. seines Vertreters. Auch Aspekte der Gerechtigkeit können dieses Votum stützen.

9.6 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein?

Klären Sie mit den Teilnehmern: Wer macht Was mit Wem bis Wann?

Die Instrumentarien: Köln-Nimweger-Leitfragen

Bereich Krankenhaus

Ethische Frage

Was ist die ethische Frage?

Fakten

1. Medizinische Dimension

-
- 1.1 Welche Diagnosen sind bekannt?
-
- 1.2 Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund?
-
- 1.3 Wie sieht die aktuelle Behandlung aus?
-
- 1.4 Wie lautet die medizinische Indikationsstellung für die Behandlung?
-
- 1.5 Wie lautet das Therapieziel?
-
- 1.6 Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich?
-
- 1.7 Wie sieht die medizinische Prognose aus?
-
- 1.8 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?
-
- 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von der Maßnahme abgesehen wird?
-

2. Pflegedimension

-
- 2.1 Wie ist die pflegerische Situation des Patienten?
-
- 2.2 Inwieweit ist der Patient in der Lage, sich selbst zu versorgen?
-
- 2.3 Bei welchen ATL braucht er Unterstützung?
-
- 2.4 Welche Fakten aus der Patientenbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund?
-
- 2.5 Gibt es besondere Pflegeprobleme bzw. sind sie zu erwarten?
-

-
- 2.6 Welche pflegerischen Maßnahmen sind indiziert?
-
- 2.7 Inwieweit haben diese Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf den Verlauf?
-
- 2.8 Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?
-

3. Lebensanschauliche und soziale Dimension

-
- 3.1 Welche Aussagen des Patienten gibt es zu Krankheitsdeutung, lebensbedrohlicher Krankheit, Sterben und Tod?
-
- 3.2 Welche Aussagen gibt es, dass die Situation und die Maßnahmen die Kräfte des Patienten übersteigen?
-
- 3.3 Was ist der Patient bereit, in Kauf zu nehmen?
-
- 3.4 Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt?
-
- 3.5 Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?
-
- 3.6 Hat er/sie ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?
-
- 3.7 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant?
-
- 3.8 Welches soziale Umfeld hat der Patient? Wie gestaltet er sein soziales Leben?
-
- 3.9 Welche Auswirkungen haben die benannten Maßnahmen auf sein soziales Leben?
-
- 3.10 Welche Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld sind dazu bekannt?
-
- 3.11 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Patienten?
-

4. Organisatorische, ökonomische und juristische Dimension

-
- 4.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?
-

-
- 4.2 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten?

 - 4.3 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten?

 - 4.4 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung?

 - 4.5 Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Bewertung

aus der Sicht der Pflegenden und Behandelnden auf die konkrete Person

5. Wohltun / Schaden vermeiden

-
- 5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Patienten:
 - 5.1.1 Lebenserhalt

 - 5.1.2 körperliches Wohl
(z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit)

 - 5.1.3 geistiges Wohl
(z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)

 - 5.1.4 seelisches Wohl (z.B. Angstminderung, Lebensfreude)

 - 5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben)

 - 5.1.6 soziale Integration

 - 5.1.7 persönliche Entfaltung?

 - 5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Patienten schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)?

 - 5.3 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?

 - 5.4 Ist die „medizinische Indikation“ auch als „ärztliche Indikation“ zu bewerten?

 - 5.5 Soll die Maßnahme vorgeschlagen werden?

6. Autonomie des Patienten

6.1 Ist der Patient uneingeschränkt einwilligungsfähig?

(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur eingeschränkten Willensfähigkeit)

6.1.1 Ist der Patient über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt worden?

6.1.2 Wie bewertet der Patient selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?

6.1.3 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht werden und eventuell revidiert werden?

6.1.4 Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernder Intensivtherapie?

6.1.5 Wie bewertet der Patient die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)?

6.1.6 Wurde der Patient bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit einbezogen?

6.1.7 Was ist der aktuell geäußerte Wille des Patienten?

6.1.8 Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung?

6.1.9 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Patienten sind zusätzlich relevant?

6.2 Ist der Patient in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt?

6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?

6.2.2 In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?

6.2.3 Ist die Willenseinschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Patient die Situation klar erfassen kann?

6.2.4 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Patienten, die seinen Willen erkennen lassen?

6.2.5 Ist eine Betreuung eingerichtet oder muss sie eingerichtet werden? Gibt es einen Vorsorgebevollmächtigten?

6.2.6 Gibt es eine Patientenverfügung? Welche Relevanz hat sie für die zu planenden Maßnahmen?

6.2.7 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell revidiert werden?

7. Gerechtigkeit

7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Patienten, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Klinikmitarbeiter, Angehörige) zu verantworten?

7.2 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand angesichts des zu erwartenden Therapieerfolges gerechtfertigt?

8. Blick auf das Team/ die Beteiligten/ die Institution

8.1 Welche Werte und Einstellungen im Team sind deutlich geworden? Ergeben sich daraus Wertekonflikte?

8.2 Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen?

8.3 Gibt es vom Patienten mitgeteilte Informationen, die bisher noch nicht bedacht, aber für die Entscheidung relevant sind?

Votum

9.1 Wie lautet nun die ethische Frage?

9.2 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche?

9.3 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgegeben werden?

9.4 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

9.5 Wie wird das Votum (einschließlich Minderheitenvotum) formuliert?

9.6 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein?

Die Instrumentarien: Köln-Nimweger-Leitfragen

Bereich Psychiatrie

Ethische Frage

Was ist die ethische Frage?

Fakten

1. Diagnostische und therapeutische Dimension

-
- 1.1 Wie lautet die psychiatrische Diagnose des Patienten? Wie ist die Prognose?

 - 1.2 Welche Erkenntnisse über die psychiatrische Vorgeschichte liegen vor?

 - 1.3 Wie sicher ist die Diagnose? Gibt es möglicherweise Differentialdiagnosen?

 - 1.4 Gibt es zusätzliche relevante körperliche Erkrankungen des Patienten?

 - 1.5 Liegt eine Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht und/ oder der Behandlungswilligkeit vor? Kann dies krankheitsbedingt sein?

 - 1.6 Welche Behandlung oder Maßnahme ist möglich/ geplant und mit welchem Behandlungsziel?

 - 1.7 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Behandlungsziel und mit welcher Nachhaltigkeit erreicht wird? Wovon wird ein möglicher Effekt noch abhängig sein?

 - 1.8 Hat die Behandlung oder Maßnahme u.U. auch unerwünschte Effekte?

 - 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von dieser Behandlung oder Maßnahme abgesehen wird?

Hinweis: Wenn krankheitsbedingt eine Beeinträchtigung der Willensfähigkeit besteht, dann auch Punkt 4 bearbeiten.

2. Pflegedimension

-
- 2.1 Konnte im Rahmen der Bezugspflege ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden?

 - 2.2 Welche Fakten aus der Patientenbeobachtung stehen im Vordergrund?

 - 2.3 Welches sind die in Bezug auf die ethische Fragestellung relevanten pflegerischen Probleme?

 - 2.4 Welche relevanten Pflegeziele wurden festgelegt? Wurden die Ziele gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet/vereinbart?

 - 2.5 Welche Pflegeinterventionen wurden mit dem Patienten in Bezug auf die Ziele geplant? Kennt der Patient die Maßnahmen?

 - 2.6 Welche Pflegeprobleme sind zu erwarten, wenn die Behandlung oder Maßnahme durchgeführt wird – auch für die nachstationäre Phase?

 - 2.7 Welches sind die noch zu erwartenden Pflegeprobleme wenn die Behandlung oder Maßnahme nicht umgesetzt wird – auch in der nachstationären Phase?

3. Lebensanschauliche und soziale Dimension

-
- 3.1 Welche Aussagen über die Lebensanschauung (z.B. Kultur, Biographie, soziale Prägung) des Patienten gibt es?

 - 3.2 Über welche Bewältigungsstrategien verfügt der Patient?

 - 3.3 Gehört der Patient einer Glaubengemeinschaft an; wie wichtig ist dies ggf. für ihn?

 - 3.4 Welche Aussagen des Patienten gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?

 - 3.5 In welchem sozialen Umfeld lebt der Patient?

 - 3.6 Wie haben sich soziale, arbeitsfeldbezogene, finanzielle und rechtliche Faktoren auf die Gesundung/Erkrankung des Patienten ausgewirkt und umgekehrt?

 - 3.7 Welche Auswirkungen haben diese Faktoren auf das psychosoziale Umfeld?

 - 3.8 Gibt es Hinweise darauf, dass diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seines Umfeldes übersteigen?

-
- 3.9 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen die persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten fördern?
-
- 3.10 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zu den Therapeuten oder dem sozialen Umfeld nachhaltig stören?
-
- 3.11 Wurde die vorgeschlagene Maßnahme (z.B. Zwangsmaßnahme) in der Vergangenheit schon einmal durchgeführt? Gibt es Hinweise darauf, wie der Patient diese Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt hat?
-

4. Juristische Dimension und Aspekte der freien Willensbildung

- 4.1 Auf welcher Rechtsgrundlage findet die aktuelle stationäre Behandlung statt?
-
- 4.2 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten?
-
- 4.3 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? Gibt eine gesetzliche Betreuung mit welchem Betreuungsumfang? Wer ist der Betreuer?
-
- 4.4 Ist die freie Willensbildung beeinträchtigt?
-
- 4.5 Wie und durch wen wird oder wurde festgestellt, dass der Patient in seiner freien Willensbildung beeinträchtigt ist?
-
- 4.6 Wodurch wird die freie Willensbildung konkret beeinflusst?
-
- 4.7 Ist dieser Zustand als zeitlich begrenzt oder als permanent zu betrachten? Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der freien Willensbildung?
-
- 4.8 Ist der Patient in der Lage, eine Entscheidungsalternative zu erkennen und nach dieser Erkenntnis eine freie Entscheidung zu treffen?
-
- 4.9 Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden?
-
- 4.10 Was ist über den mutmaßlichen Willen des Patienten bekannt?
-
- 4.11 Hat sich der Patient über mögliche Maßnahmen (z.B. Zwangsbehandlung) zu einem früheren Zeitpunkt, als die Willensbildung nicht als eingeschränkt eingestuft wurde, geäußert (z.B. durch eine Behandlungsvereinbarung)?
-

5. Organisatorische und ökonomische Dimension

-
- 5.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege nachgekommen werden?
-
- 5.2 Sind genügend Ressourcen (Personal, Heilmittel, Raum etc.) da?
-
- 5.3 Wird die geplante Maßnahme oder deren Nichtdurchführung vom Kostenträger anerkannt?
-
- 5.4 Sind andere Institutionen bereits involviert?
-

Bewertung

6. Wohltun / Schaden vermeiden

-
- 6.1 Wie wirken sich Krankheit und Behandlung bzw. geplante Maßnahme aus der Sicht der Behandelnden auf das Wohl des Patienten aus?
-
- 6.1.1 Lebenserhalt
-
- 6.1.2 körperliches Wohl (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit)
-
- 6.1.3 geistiges Wohl (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)
-
- 6.1.4 seelisches Wohl (z.B. Angstminderung, Lebensfreude)
-
- 6.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben)
-
- 6.1.6 soziale Integration
-
- 6.1.7 persönliche Entfaltung?
-
- 6.2 Handelt es sich dabei um langfristige oder vorübergehende Auswirkungen?
-
- 6.3 Welche Auswirkungen hat es auf den Patienten, wenn die Behandlung oder Maßnahme unter Zwang angewendet werden muss?
-
- 6.4 Inwiefern können die Maßnahmen dem Patienten schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)?
-
- 6.5 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?
-

7. Autonomie des Patienten

(unter Berücksichtigung der Aspekte zur freien Willensbildung)

-
- 7.1.1 Ist der Patient weitestgehend und fachlich korrekt über die Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken sowie über den Nutzen der Behandlung informiert worden?
-

-
- 7.2 Was ist der aktuell geäußerte, vorausverfügte oder mutmaßliche Wille des Patienten (z.B. aus einer Patientenverfügung, oder aufgrund der bisher gesammelten Fakten)?
-
- 7.3 Wie urteilt der Patient über die Belastungen und den Nutzen der Krankheit bzw. der Behandlung und in den Behandlungsprozess einbezogen worden?
-
- 7.4 Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant?
-
- 7.5 Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber der geplanten Behandlung oder Maßnahme?
-
- 7.6 Wurde der Patient bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit einbezogen?
-
- 7.7 Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?
-
- 7.8 Welche Auffassung vertritt der Betreuer/Bevollmächtigte zu o.g. Fragen?
-
- 7.9 Wäre die Einrichtung einer Betreuung hilfreich zu dieser Fragestellung und kann sie vor Gericht ausreichend begründet werden?
-

8. Gerechtigkeit

-
- 8.1.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf Andere (Patienten, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Klinikmitarbeiter, An- und Zugehörige) zu verantworten?
-
- 8.1.2 Können andere Menschen durch krankheitsbedingte Verhaltensweisen des Patienten gefährdet werden? Wird diese Gefährdung durch die geplante Maßnahme verändert?
-
- 8.2.1 Ist der personelle und räumliche Aufwand angesichts des zu erwartenden Therapieerfolges gerechtfertigt (z.B. Verhinderung einer Fixierung durch Einzelbetreuung oder Blockierung eines Zimmers bei Überbelegung)?
-
- 8.2.2 Ist der wirtschaftliche Aufwand gerechtfertigt (z.B. langfristige Kosten, verlängerte oder wiederholte Krankenhausaufenthalte, Unterbringung in einem Wohnheim)?
-

9. Blick auf das Team/ die Beteiligten/ die Institution

- 9.1 Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Beteiligten, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was unternommen werden soll? Welche Werte stehen dahinter?
-
- 9.2 Entsteht ein Wertekonflikt aufgrund von relevanten Richtlinien (z.B. Trägergrundsätze, Leitlinien) der Einrichtung zu den geplanten Maßnahmen?
-
- 9.3 Wurden alle Beteiligten berücksichtigt, die für die Umsetzung des Votums und dessen möglichen Konsequenzen Verantwortung tragen?
-

Votum

-
- 10.1 Hat sich die ethische Fragestellung geändert; wenn ja, wie lautet sie nun?
-
- 10.2 Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortliches Votum gefasst werden?
-
- 10.3 In welchen Fällen müsste die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?
-
- 10.4 Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?**
-
- 10.5 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein?
-

Die Instrumentarien: Köln-Nimweger-Leitfragen

Bereich Altenheime

Ethische Frage

Was ist die ethische Frage?

Fakten

1. Medizinische Dimension

-
- 1.1 Welche Diagnosen sind bekannt?
-
- 1.2 Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund?
-
- 1.3 Wie sieht die aktuelle Behandlung aus?
-
- 1.4 Wie lautet die medizinische Indikationsstellung für die Behandlung?
-
- 1.5 Wie lautet das Therapieziel?
-
- 1.6 Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich?
-
- 1.7 Wie sieht die medizinische Prognose aus?
-
- 1.8 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?
-
- 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird?
-

2. Pflegedimension

-
- 2.1 Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners?
-
- 2.2 Inwieweit ist der Bewohner in der Lage, sich selbst zu versorgen?
-
- 2.3 Bei welchen ATL/AEDL braucht er/sie Unterstützung?
-
- 2.4 Welche Fakten aus der Bewohnerbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund?
-
- 2.5 Gibt es besondere Pflegeprobleme bzw. sind sie zu erwarten?
-

-
- 2.6 Welche pflegerischen Maßnahmen sind indiziert?
-
- 2.7 Inwieweit haben diese Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf den Verlauf?
-
- 2.8 Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?
-

3. Lebensanschauliche und soziale Dimension

-
- 3.1 Welche Aussagen des Bewohners gibt es zu Krankheitsdeutung, lebensbedrohlicher Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod?
-
- 3.2 Welche Aussagen gibt es, dass die Situation und die Maßnahmen die Kräfte des Bewohners übersteigen?
-
- 3.3 Was ist der Bewohner bereit, in Kauf zu nehmen?
-
- 3.4 Welche wichtigen Lebensereignisse sind zu bedenken?
-
- 3.5 Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt?
-
- 3.6 Gehört der Bewohner einer Glaubensgemeinschaft an?
-
- 3.7 Welche Aussagen gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?
-
- 3.8 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant?
-
- 3.9 Welches soziale Umfeld hat der Bewohner? Wie gestaltet er sein soziales Leben?
-
- 3.10 Welche Auswirkungen haben die benannten Maßnahmen auf sein soziales Leben?
-
- 3.11 Welche Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld sind dazu bekannt?
-
- 3.12 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners?
-

4. Organisatorische, ökonomische und juristische Dimension

-
- 4.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners nachgekommen werden?
-

-
- 4.2 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten?

 - 4.3 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten?

 - 4.4 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung?

 - 4.5 Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Bewertung

aus der Sicht der Pflegenden und Betreuenden auf die konkrete Person

5. Wohltun / Schaden vermeiden

-
- 5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:
 - 5.1.1 Lebenserhalt

 - 5.1.2 körperliches Wohlbefinden
(z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit)

 - 5.1.3 geistiges Wohlbefinden
(z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)

 - 5.1.4 seelisches Wohlbefinden
(z.B. Angstminderung, Lebensfreude)

 - 5.1.5 spirituelles Wohlbefinden (z.B. Sinn erleben)

 - 5.1.6 soziale Integration

 - 5.1.7 persönliche Entfaltung?

 - 5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)?

 - 5.3 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander?

 - 5.4 Ist die „medizinische / pflegewissenschaftliche Indikation“ auch als „ärztliche / pflegerische Indikation“ zu bewerten?

 - 5.5 Soll die Maßnahme vorgeschlagen werden?

6. Autonomie des Bewohners

6.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig? *(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur eingeschränkten Willensfähigkeit)*

- 6.1.1 Ist der Bewohner über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt?

 - 6.1.2 Wie bewertet der Bewohner selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt?

 - 6.1.3 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell revidiert werden?

 - 6.1.4 Welche Haltung vertritt der Bewohner gegenüber lebensverlängernder Intensivtherapie?

 - 6.1.5 Wie bewertet der Bewohner die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)?

 - 6.1.6 Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit einbezogen?

 - 6.1.7 Was ist der aktuell geäußerte Wille des Bewohners?

 - 6.1.8 Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung?

 - 6.1.9 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Bewohners sind zusätzlich relevant?
-

6.2 Ist der Bewohner in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt?

- 6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?

 - 6.2.2 In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?

 - 6.2.3 Ist die Willenseinschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Bewohner die Situation klar erfassen kann?

 - 6.2.4 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Patienten, die seinen Willen erkennen lassen?

 - 6.2.5 Ist eine Betreuung eingerichtet oder muss sie eingerichtet werden? Gibt es einen Vorsorgebevollmächtigten?

 - 6.2.6 Gibt es eine Patientenverfügung? Welche Relevanz hat sie für die zu planenden Maßnahmen?

 - 6.2.7 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell revidiert werden?
-

7. Gerechtigkeit

-
- 7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pflegende, An- und Zugehörige) zu verantworten?
-
- 7.2 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand angesichts des zu erwartenden Therapieerfolges gerechtfertigt?
-

8. Blick auf das Team und die Institution

-
- 8.1 Welche Werte und Einstellungen im Team sind deutlich geworden? Ergeben sich daraus Wertekonflikte?
-
- 8.2 Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen?
-
- 8.3 Gibt es vom Bewohner mitgeteilte Informationen, die bisher noch nicht bedacht, aber für die Entscheidung relevant sind?
-

Votum

-
- 9.1 Wie lautet nun die ethische Frage?
-
- 9.2 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche?
-
- 9.3 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgegeben werden?
-
- 9.4 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?
-
- 9.5 Wie wird das Votum (einschließlich evt. Minderheitenvotum) formuliert?**
-
- 9.6 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein?
-

MATERIALIEN AUF UNSERER HOMEPAGE

Auf der Homepage www.ethik-medizin-pflege.de finden Sie:

Download

Instrumentarien „Köln-Nimweger-Leitfragen“

- Bereich Krankenhaus
- Bereich Psychiatrie
- Bereich Altenheime

Dokumentationsbögen

- Bereich Krankenhaus
- Bereich Psychiatrie
- Bereich Altenheime
- Vorträge zu Themen der Ethischen Fallbesprechung

Informationen

Weiterbildung „Moderator Ethische Fallbesprechung“

- Kompaktkurs: Termine und Hinweise
- Modulkurs: Termine und Hinweise
- Ethikberater: Hinweise zum Antrag bei der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Veranstaltungen

- Ethikforen
- Trainings
- Seminare
- Coachings
- Praxisseminare

ETHIKBERATER IM GESUNDHEITSWESEN



Ulrich Fink

Dipl. Theol., Pastoralreferent, Supervisor/Coach (DGSv),
Diözesanbeauftragter für Hospiz-/Palliativseelsorge,*
Telefon 02233 922 847
ulrich.fink@erzbistum-koeln.de



Hildegard Huwe

Dipl. Theol., Pastoralreferentin, Mediatorin, Supervisorin (SG),*
Telefon 0221 599 955 5
hildegard.huwe@erzbistum-koeln.de



Dr. Thomas Otten

Dr. rer. medic., Dipl. Theol., Pastoralreferent,
Supervisor/Coach (DGSv), Krankenhausseelsorger,*
Telefon 0221 965 288 5
thomas.otten@erzbistum-koeln.de



Anja Sickmann

Dipl. Theol., Pastoralreferentin, Supervisorin/Coach (DGSv),
Systemaufstellerin, Ausbildungsleiterin für Krankenhausseelsorge,*
Telefon 02244 9020 298
anja.sickmann@erzbistum-koeln.de



Sabine Brüninghaus

Dipl. Rel. Päd., Gemeindeferentin, Supervisorin/Coach (DGSv)
Telefon 0173 784 1396
sabine.brueninghaus@erzbistum-koeln.de



Pauline Mantell

Dipl. Gesundheitsökonomin, Koordinatorin Ethikberatung AEM
Telefon 0178 329 8051
pauline.mantell@erzbistum-koeln.de

**Trainer/in für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM)*

ethik-beauftragte@erzbistum-koeln.de
www.ethik-medizin-pflege.de

Impressum

Herausgeber:

Erzbistum Köln Generalvikariat
Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen

Verantwortlich:

Msgr. Rainer Hintzen
Leiter der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen

© Erzbistum Köln 2021

Layout, Satz:

Petra Kretzschmar, www.grafikbild.com

Bildnachweis:

Titelfoto: [istock.com/skynesher](https://www.istock.com/skynesher)
Fotos S.50: jochen rolfes phothographers, MedizinFotoKöln



Bezugsquelle:

**Erzbistum Köln | Generalvikariat
Hauptabteilung Seelsorge
Abteilung Seelsorge im
Sozial- und Gesundheitswesen**

Marzellenstraße 32
50668 Köln

Telefon 0221 1642 1549
petra.beckers@erzbistum-koeln.de