



„So geht es nicht weiter!“

Die Ethische Fallbesprechung

Eine Methode zum Umgang mit Konflikten
im Gesundheitsbereich und in der Altenhilfe

Die Autoren

Dr. med Hans Schottky, Anästhesist,
Ehrenamtlicher bei Hospiz Horn e.V.

Erika Nola, Vorstand und
Kordinatorin, Hospiz Horn e.V.,

Petra Scholz, pädagogische
Mitarbeiterin, Bremer Heimstiftung



Begleiten

Zu begleiten ist ein Wagnis.
Wenn du begleitest,
veränderst du dich und die
Gesellschaft.
Denn –
die Welt wird durchsichtiger und
erfüllter.
Feineres Gespür läßt Wege finden,
die zu anderen führen.
Frage dich,
ob du diesen ganzen Einsatz
für dich
und andere leisten willst.

Pearl S. Buck

Vorwort

Dieses Heft ist für alle im Gesundheitswesen Tätigen geschrieben worden, die Verantwortung für die würdevolle Pflege und Versorgung alter, kranker und schwerstkranker sowie sterbender Menschen in Bremen tragen.

Angesprochen sind Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen der Pflegeeinrichtungen, der Krankenhäuser und ambulanten Dienste, Therapeuten, Sozialarbeiter/innen, Seelsorger/innen sowie Mitarbeiter/innen der Behörden und Institutionen, die für die Qualität und Rechtmäßigkeit der Gesundheitsversorgung in den ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig sind.

Dieses Heft ist auch für Angehörige gedacht, die in Sorge um ein erkranktes oder sterbendes Familienmitglied sind, das sich selbst nicht für seine Belange einsetzen kann, sowie für Freunde und Ehrenamtliche, die diese Menschen begleiten



und die das Gespräch mit dem behandelnden Arzt und den Pflegekräften suchen.

Die Methode der ethischen Fallbesprechung kann zu einem guten Miteinander und zum Wohl aller Betroffenen beitragen.

Ingelore Rosenkötter

Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales



Ein Fallbeispiel

Hans Wiese¹ ist 90 Jahre alt und lebt seit Jahren in einer Einrichtung der Altenhilfe. Seine Ehefrau ist bereits vor Jahren verstorben. Hans Wiese vermisst sie sehr, sie hat für ihn den Kontakt nach außen aufrechterhalten. Die Ehe blieb kinderlos.

Hans Wiese ist als freundlich und zugänglich bekannt. In letzter Zeit hat sich allerdings gezeigt, dass seine Orientierungsfähigkeit zeitweise eingeschränkt ist. Er hat jetzt keine sozialen Kontakte mehr, außer zu seinem Betreuer, einem langjährigen Bekannten. Seit geraumer Zeit verlässt er auch sein Zimmer nicht mehr.

Er leidet unter einer Prostatavergrößerung, die verhindert, dass die Blase schmerzfrei und vollständig entleert werden kann. Deshalb wurde Hans Wiese eine sogenannte

Suprapubische Fistel* (SPF)² gelegt; ein Katheter, der durch die Bauchdecke in die Harnblase führt, um den Urin daraus in einen Beutel abzuleiten.

Er verweigert zunehmend die notwendige Pflege des Blasenkatheters, was bereits zur Infektion der Haut und des darunter liegenden Gewebes geführt hat. Während des Verbandwechsels ist er mehrmals aggressiv geworden, hat geschrien und nach den Pflegekräften geschlagen. Er versuchte, den Blasenkatheter zu entfernen, was zu großen Schmerzen und Problemen bei der Blasenentleerung geführt hätte.

Sein Verhalten ist so schwierig und unberechenbar, dass es Überlegungen gibt, ihn in eine gerontopsychiatrische Abteilung zu verlegen.

Was ist zu tun?

¹ Name geändert.

² Wörter, die mit einem * versehen sind, finden Sie im Glossar im Anhang erklärt.

Die gesellschaftlichen Anforderungen an die Fürsorge und Pflege schwerkranker und alter Menschen steigen.

Hans Wiese ist kein Einzelfall. Alle, die für ihn sorgen und verantwortlich sind, suchen in dieser schwierigen Situation nach einer Lösung. Sie brauchen dafür Unterstützung und Beratung.

In den modernen Industriestaaten wächst der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung haben chronische Erkrankungen stark zugenommen, und damit steigt die Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter für eine längere Zeit Pflege in Anspruch nehmen zu müssen. Früher übernahmen Angehörige in der Regel die Pflege und Versorgung alter und kranker Menschen.

Familienmitglieder leben heute oft weit voneinander entfernt, viele Menschen leben allein. Eine vertraute Person fehlt dann besonders, wenn schwierige Entscheidungen zu treffen sind und der Kranke oder Pflegebedürftige nicht selbst für sich sprechen kann. Vor allem aber sind viele Angehörige mit der Betreuung und Sorge für ein Familienmitglied überfordert und fühlen sich mit dieser Aufgabe allein.

In der Stadtgemeinde Bremen³ leb-

ten Anfang des Jahres 2004 etwa 542.700 Bewohner. Etwa 141.700 Personen von ihnen waren 60 Jahre und älter. Das entspricht etwa 26 % der Einwohner. 47.350 Menschen waren 75 Jahre und älter. Unter den Bundesländern nimmt Bremen damit eine Spitzenstellung ein. In manchen Stadtteilen beträgt der Anteil der Älteren um die 30 %. Die Zahl der älteren Menschen wird sich in den nächsten 10 Jahren auf ca. 150.000 erhöhen und dann insgesamt 30 % der Wohnbevölkerung Bremens ausmachen.

Rund 43 % der älteren Menschen wohnten im Jahr 2004 in Ein-Personenhaushalten. Von den über 85-jährigen lebten über 60 % allein. Rund 15.000 Menschen waren regelmäßig pflegebedürftig. Die Pflegeheime versorgten fast 5.000 Menschen. Gegenwärtig wohnen ca. 10 % der über 75-jährigen Einwohner in einem Alten- und Pflegeheim. Die Zahl der Wohnheimplätze betrug 1.055 im Jahr 2004 und die der Pflegeheimplätze 4.683.

In Bremen leben ca. 7.500 Menschen, die an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt sind. Es wird eine jährliche Zunahme von rund 1.670 älteren Menschen erwartet, die an einer Demenz erkranken.

³ Zahlen stammen aus dem Altenplan der Stadtgemeinde Bremen 2005/2006.

„Hören wir auf, uns selbst zu belügen; der Sinn unseres Lebens ist in Frage gestellt durch die Zukunft, die uns erwartet; wir wissen nicht, wer wir sind, wenn wir nicht wissen, wer wir sein werden; erkennen wir uns in diesem alten Mann, in jener alten Frau.

Das ist unerlässlich, wenn wir unsere menschliche Situation als Ganzes akzeptieren wollen. Dann werden

wir das Unglück des Alters nicht mehr gleichgültig hinnehmen, wir werden uns betroffen fühlen: wir sind es...

Dass ein Mensch während der letzten 15 oder 20 Jahre seines Lebens nur noch Ausschuss ist, offenbart das Scheitern unserer Zivilisation.“

(Loewi, Ethische Fragen in der Medizin, 1995, S. 8/9)



Die Frage stellt sich: Wie werden wir unseren alten Mitbürgern in ihrer schwierigen Lage gerecht? Was ist jeweils gut und richtig für sie? Die Meinungen dazu sind häufig kontrovers. Es kommt zu Konflikten.

Wie gehen wir mit Konflikten um?

Ethik stellt die Frage nach den Werten und Normen in einer Gesellschaft. Wir orientieren uns bei Entscheidungen daran und richten unser Verhalten danach aus. Ethische Konflikte* sind so alltäglich, dass wir sie manchmal kaum noch wahrnehmen. Wenn wir zum Beispiel eine Entscheidung nicht richtig finden oder meinen, dass eine vorgeschlagene Behandlung nicht durchführbar ist, uns andererseits aber grundsätzlich an unsere Anweisungen oder Prinzipien halten wollen, liegt eine ethische Konfliktsituation vor.

Eine angemessene Bewältigung von Konflikten muss Bestandteil einer professionellen Berufsausübung sein. In ihrer Ausbildung sind die Mitarbeiter/innen der verschiedenen Berufe des Gesundheitswesens oft nicht ausreichend auf die vielfältigen alltäglichen Herausforderungen vorbereitet, die es zu klären gilt. Um schwerwiegenden Konflikten gerecht werden zu können, brauchen sie ergänzende Methoden. Eine solche Methode ist die Ethische Fallbesprechung.

Die Praxis der ethischen Fallbesprechung.

Initiative:

Die Initiative für eine interne ethische Fallbesprechung kann von allen Beteiligten ausgehen, ganz unabhängig von ihrer Stellung in der Hierarchie der Institution, zum Beispiel

- von den Pflegekräften, die eine angeordnete medizinische Maßnahme nicht für sinnvoll halten, mit Angehörigen nicht übereinstimmen oder Zweifel über das weitere Vorgehen in pflegerischer Hinsicht haben;
- vom behandelnden Arzt, der eine Behandlung/Therapie vorschlagen oder einstellen möchte;
- von Angehörigen oder Betreuern, die Maßnahmen wünschen oder nicht wünschen oder die sich mit einer Entscheidung überfordert fühlen.

Möglich wäre auch die *routinemäßige* Einberufung in einer speziellen Behandlungssituation durch einen Arzt oder eine verantwortliche Pflegefachkraft, zum Beispiel vor Anlage einer PEG* oder vor einer geplanten Amputation.

Zeit und Ort:

Die erste Phase zur Durchführung einer ethischen Fallbesprechung ist die Planung und Vorbereitung. Der zeitliche Vorlauf sollte nicht zu lang sein, um die Nähe zum Problem zu

Aufhebung

Sein Unglück
ausatmen können
tief ausatmen
und vielleicht auch
sein Unglück sagen können
in Worten

in wirklichen Worten,
die zusammenhängen
und Sinn haben
und die man selbst noch
verstehen kann
und die vielleicht sogar

irgendwer sonst versteht
oder verstehen könnte
und weinen können.
Das wäre schon
fast wieder
Glück.

Erich Fried
(aus: Erich Fried, Beunruhigungen,
Verlag Klaus Wagenbach, Berlin
1984)



wahren. Langes Zögern und Diskutieren können ein Problem verschärfen. Mit wachsender Erfahrung wird die Schwelle zur Einberufung einer ethischen Fallbesprechung sinken, so dass der Zeitpunkt angemessen gewählt werden kann.

Für die ethische Fallbesprechung selbst muss ausreichend ungestörte Zeit zur Verfügung stehen. Hektik und Störung durch den Dienstbetrieb sind zu vermeiden. Dazu gehört natürlich auch die Wahl eines ungestörten Ortes.

Wer nimmt an einer ethischen Fallbesprechung teil?

- Pflegekräfte, Pflegedienstleitung,
- behandelnde Ärzte,
- Betreuer oder Betreuungsrichter,
- Physiotherapeuten oder andere Mitarbeiter des therapeutischen Teams,
- Seelsorger, Mitarbeiter des sozialen Dienstes,
- Grüne Damen, Hospizbegleiter, andere Ehrenamtliche, Besucher,
- eventuell auch die Angehörigen,
- Moderatoren.

Die Eingeladenen sollten anwesend sein. Abwesende werden leicht zu Sündenböcken gemacht. Besser ist es, wenn die Einwände, Vorwürfe, Argumente persönlich vorgebracht und gehört werden. Die Anwesenheit von ein oder zwei externen Moderatoren ist sinnvoll und nützlich.

Es ist nicht so sehr ihr Expertenwissen, das die Lösung vorantreibt, als der „Blick von außen“ auf das Problem.

Sofern Angehörige nicht an der Ethischen Fallbesprechung teilnehmen, werden sie vor und nach der Fallbesprechung durch ein ausführliches Gespräch in den Entscheidungsprozeß einbezogen.

Wie geht man vor?

Eine strukturierte Sammlung der Fakten anhand eines Fragebogens hat sich bewährt. Dafür gibt es geeignete Vorlagen, die lokal angepasst werden können. Eine möglichst vollständige Sammlung und Darstellung der Voraussetzungen ist wichtig, wobei die Person, um die es geht, stets im Mittelpunkt des Blickfeldes bleibt.

Ein Grundschema sieht in Anlehnung an die Nimwegener Methode wie folgt aus:

- Vorstellung der Person/Situation,
- Anlass und Fragestellung,
- medizinische Gesichtspunkte,
- pflegerische Gesichtspunkte,
- psychosoziale und weltanschauliche Gesichtspunkte,
- organisatorische/ökonomische Gesichtspunkte,
- Bewertung der Fakten.

Zum Schluss wird eine Handlungsempfehlung formuliert. Alle Punkte

Höchste Güte ist wie das Wasser.
Des Wassers Güte ist es,
allen Wesen zu nützen ohne Streit.

...

Beim Wohnen zeigt sich die Güte an dem Platze.
Beim Denken zeigt sich die Güte in der Tiefe.
Beim Schenken zeigt sich die Güte in der Liebe.
Beim Reden zeigt sich die Güte in der Wahrheit.
Beim Walten zeigt sich die Güte in der Ordnung.
Beim Wirken zeigt sich die Güte im Können.
Beim Bewegen zeigt sich die Güte in der rechten Zeit.
Wer sich nicht selbst behauptet,
bleibt eben dadurch frei von Tadel.

Laotse: Tao Te King
(Übersetzung von Richard Wilhelm)



– und das ist wichtig – werden dokumentiert und damit Bestandteil der Kranken- oder Pflegeakte. Die Erfahrung zeigt, dass in aller Regel ein Konsens gefunden wird. Manchmal ist er vorläufig – wenn weitere Fakten oder Entscheidungen eingeholt werden müssen, oder die Entwicklung abgewartet wird. Es kann durchaus sein, dass ein zweiter Termin nötig ist.

Die große Bereitschaft von Gruppen zum Konsens* ist vielleicht erstaunlich, aber zu erklären dadurch, dass es nicht um die Interessen der Anwesenden, sondern um die eines Dritten geht.

Die Handlungsempfehlung ist nicht rechtsverbindlich. Die Handlungskompetenz und -verantwortung bleibt bei den jeweils juristisch Zuständigen: Die medizinische Verantwortung beim Arzt, die pflegerische beim Pflegeteam usw. Trotzdem ist das Besprechungsergebnis richtungsweisend und damit handlungsanleitend für die Beteiligten.

Das Bewusstsein dafür, dass

- es nicht eine einzige Lösung geben muss,
- nicht ich alleine die Lösung finden muss,
- auch andere Recht haben können,
- Irrtümer möglich sind,

- manche Situationen nicht zu ändern sind, entlastet und schafft die nötige Freiheit für kreative Entscheidungen im Sinne der betroffenen Person. Manchmal ist es schon nützlich, die vorhandene Meinungsverschiedenheit klar auszuformulieren, um sie bearbeiten zu können.

Anlässe für eine

Ethische Fallbesprechung

Einige Anlässe für die Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung wurden schon angesprochen. Weitere Anlässe könnten sein:

- Nichteinwilligungsfähigkeit des Patienten oder Unklarheiten über seinen Willen,
 - Wünsche von Angehörigen, Betreuern oder behandelnden Ärzten,
 - unerträgliche Pflegesituation, zum Beispiel aufbrechende Tumore, zerfallendes, übel riechendes Gewebe,
 - Verweigerung von Essen und Trinken,
 - Aggressivität oder grob störendes Verhalten,
 - Entscheidung zwischen palliativem* oder curativem* Behandlungsansatz,
 - Entscheidung über den Sinn lebensverlängernder Maßnahmen.
- Die Aufzählung ist unsystematisch und unvollständig. Sie soll nur einen Eindruck über *häufige* und *typische* Anlässe geben.

geschenk

vielleicht ist
das größte geschenk
das wir einem anderen menschen
geben können
ihm bedingungslos zuzuhören
ohne vorurteile
ohne beurteilung
ohne verurteilung
ihn so anzunehmen
so
wie er sich uns in diesem moment zeigt

diese geschenke sollte man
unter naturschutz stellen

sie sind vom aussterben bedroht

Inge Ittermann



Langfristige Wirkungen

Von einer Ethischen Fallbesprechung profitiert natürlich in erster Linie der Kranke selbst. Aber auch die unmittelbar Beteiligten (Ärzte, Pflegekräfte, Ehrenamtliche, Betreuer/innen, Angehörige) haben von dieser Methode einen Gewinn: Eigene Wertvorstellungen und Ziele können mit denen anderer verglichen werden. Erst die gewonnene Klarheit über den vorhandenen Dissens* und die Ausarbeitung verschiedener Perspektiven erschließen die Möglichkeit der Konfliktbearbeitung. Die gemeinsame Suche nach einer Lösung entlastet die Beteiligten von ihrer Gewissensnot. So bleibt niemand mit seiner Not allein. Aggressionen untereinander werden in der Regel durch das Gespräch gemindert. Die entwickelte Gemeinsamkeit verbessert das Klima und die Fürsorglichkeit – für alle Beteiligten.

Sozusagen am Horizont befindet sich eine ganze Reihe von Institutionen, die häufig unsichtbar am Tisch sitzen, und über deren Einbeziehung nachzudenken ist. Ihre Vertreter können durchaus zu Ethischen Fallbesprechungen hinzugezogen werden:

- die Vertreter der Krankenkassen,
- die Betreuungsrichter,
- die Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen,
- die Mitarbeiter/innen der Heimaufsicht.

Sie alle „sitzen mit im Boot“ und können, sollen oder müssen gelegentlich an konfliktbehafteten Entscheidungen beteiligt werden.

Erfahrungen in der Bremer Heimstiftung

In der Bremer Heimstiftung gibt es seit 2004 Ethische Fallbesprechungen. Nach einführenden Kolloquien in allen Häusern der BHS haben die Mitarbeiter/innen und auch einige Angehörige zunehmend von der neuen Methode Gebrauch gemacht. Bis Juni 2006 wurden 31 ethische Fallbesprechungen durchgeführt. Eine anonymisierte Kurzdarstellung der Fälle wird zentral dokumentiert, um die gemachten Erfahrungen auswerten zu können.

Die Initiative zur ethischen Fallbesprechung ging von Hospiz Horn e.V. aus. Hospiz Horn e.V. ist ein ambulanter Hospizdienst und seit neun Jahren Kooperationspartner der Bremer Heimstiftung. Gemeinsam wurden Konzepte für die Sterbe- und Trauerbegleitung entwickelt, die der Entlastung aller Betroffenen dienen.

Mitarbeiter/innen von Hospiz Horn wurden in der Methode der ethischen Fallbesprechung geschult und konnten sie zusammen mit einer Mitarbeiterin der Bremer Heimstiftung in deren Häusern vorstellen und einführen.

Erfahrungsbericht einer leitenden Pflegekraft

Manchmal werden überraschend einfache Lösungen gefunden.

Hilde Krämer⁴ wohnt seit einem Jahr im Wohnbereich der Bremer Heimstiftung. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich an einem Mittwochnachmittag so sehr, dass sie durch den Notarzt ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Dort wurde die Diagnose Exsikkose* gestellt. Die Tochter sorgte sich sehr um den Gesundheitszustand der Mutter. Im Krankenhaus wurde eine Flüssigkeitszufuhr von zwei Litern in 24 Stunden für notwendig erachtet.

Nach dem Krankenhausaufenthalt schaffte es Hilde Krämer mit viel Unterstützung, einen Liter Flüssigkeit in 24 Stunden zu sich zu nehmen. Es wurde ein Flüssigkeitsprotokoll geführt. Hilde Krämer fühlte sich durch die Kontrollen stark bevormundet und verweigerte das Trinken immer mehr. Die Tochter war sehr verunsichert, ob die Mutter genug zu trinken bekäme. Die Pflegekräfte standen im Konflikt, sowohl mit den Wünschen der Tochter als auch der Verweigerung der alten Dame umzugehen. Der einbezogene Hausarzt stand einer Reduktion der vom Krankenhaus vorgeschlagenen Trinkmenge zustimmend gegenüber.

Eine ethische Fallbesprechung wurde einberufen. Die dokumentierte Handlungsempfehlung schlug, dem Willen der Betroffenen folgend, eine Flüssigkeitsmenge von 1 Liter/24 Stunden vor. Es wurde empfohlen, eine „Flüssigkeitsuhr“ zu konstruieren, die die Flüssigkeitsmenge in 24 Stunden anzeigt und abgelesen war, wie viel Flüssigkeit bereits eingenommen wurde und wie viel noch zu trinken sei. Das war einfach und konnte sofort umgesetzt werden.

Hilde Krämer war mit dem Vorschlag schnell einverstanden und ihr Trinkverhalten besserte sich mit der selbständigen Bedienung der „Trinkuhr“ zusehends. Durch die gemeinsame Absprache des weiteren Vorgehens fühlten sich die Tochter und die Pflegenden sehr erleichtert, alle sahen sich mit ihrem Problem ernst genommen und erhielten Handlungssicherheit für die neue Vorgehensweise.

In der Beurteilung der bisherigen Erfahrungen führt die Anwendung des Instrumentes der ethischen Fallbesprechung zu einer Individualisierung der therapeutischen Maßnahmen und der pflegerischen Betreuung, zur bestmöglichen Wahrung der Autonomie der Bewohner, zu einer Verbesserung der Kooperation mit den Angehörigen, zur kreativen Problemlösung und einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit.

⁴ Name geändert.

Die Bitte um die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung ging bisher überwiegend von den Pflegenden aus. Moderatoren waren im Wechsel zwei Koordinatorinnen und ein ehrenamtlicher Arzt von „Hospiz Horn e. V.“ sowie eine pädagogische Mitarbeiterin der Bremer Heimstiftung – meistens nahmen zwei von ihnen an einer Sitzung teil.

Es zeichnete sich rasch ab, dass es einige typische Konfliktkonstellationen in den verschiedenen Bereichen der stationären Altenhilfe gibt:

- Probleme Angehöriger, zum Beispiel bei Unsicherheit über Ausübung einer Vollmacht oder schwer erfüllbare Wünsche an die Pflege oder Behandlung etc.;
- Essen und Trinken am Lebensende, zum Beispiel nicht erfüllbare Vorgaben;
- unzureichende Palliativmaßnahmen;
- Angst vor Komplikationen der Grundkrankheit, zum Beispiel Krebserkrankungen;
- inakzeptables Verhalten von Bewohnern, zum Beispiel Aggressivität;
- Rechtsunsicherheit.

Im Allgemeinen sind diese Konflikte mit einfachen, beratenden Gesprächen zu lösen. Ist dies nicht der Fall oder sind mehrere Personen an einer Entscheidung zu beteiligen, bietet sich die ethische Fallbesprechung

als geeignetes Instrument der Konfliktlösung an. Die bisherigen Erfahrungen mit der Ethischen Fallbesprechung zeigen: Es wurden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die fast immer zu konkreten Lösungen eines Problems oder Konfliktes beigetragen haben. Die Akzeptanz der Methode ist hoch.

Welchen Lösungsansatz hatte die Ethische Fallbesprechung bei Hans Wiese? Gab es einen Erfolg?

Im Gesprächsverlauf der ethischen Fallbesprechung wurde das Verhalten von Hans Wiese aus seiner zunehmenden sozialen Isolation und seiner damit verbundenen Verzweiflung abgeleitet. Als Empfehlung wurde ausgesprochen, den Versuch zu unternehmen, den alten Herrn durch vermehrte Zuwendung und ehrenamtliche Begleitung zu entlasten.

Durch die häufigen, kurzen Besuche eines Ehrenamtlichen von Hospiz Horn e.V. konnte die soziale Isolation des alten Herrn etwas gemildert werden. Die Anwesenheit des Ehrenamtlichen trug zur Entlastung der Pflegenden bei. Das Pflegeteam konnte nach der ethischen Fallbesprechung mit neuem Blick, mehr Sicherheit und Verständnis auf Hans Wiese zugehen. Sicher trat auch eine Abnahme der Aggression wegen der zunehmenden Schwäche und Apathie des Kranken ein. Hans Wie-

Menschen zu finden,
die mit uns fühlen und empfinden,
ist wohl das schönste Glück,
das diese Welt bereit hat.

Samuel Johnson



se konnte in seiner gewohnten Umgebung verbleiben und wurde nicht in eine gerontopsychiatrische Einrichtung* oder ins Krankenhaus verlegt. Er verstarb zwei Monate nach der Fallbesprechung in seiner Wohnung im Seniorenheim.

Ausblick und Einladung

Unsere Vision ist es, mit dieser Schrift zu einer breiteren Akzeptanz der Ethischen Fallbesprechung in vielen Einrichtungen in Bremen beizutragen.

Eine verstärkte Kooperation und Kommunikation zur Lösung ethischer Konflikte im Gesundheits- und Altenhilfebereich, auch einrich-

tungsübergreifend, ist wünschenswert. Nicht jeder ethische Konflikt lässt sich einfach und einrichtung-intern lösen. Für die langfristige Entwicklung der Methode ethischer Fallbesprechungen ist es empfehlenswert, ein einrichtungsexternes Gremium als Ansprechpartner zu haben. Eine solche Institution ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn dafür Bedarf in vielen Einrichtungen gesehen wird.

Wir kommen gerne mit Ihnen ins Gespräch und bieten Information und Fortbildung zur Einführung und Moderation der ethischen Fallbesprechung an.

Kontakt:

Bremer Heimstiftung
Kundenzentrum
Marcusallee 39
28359 Bremen

Hospiz Horn e.V.
Riekestraße 2
28359 Bremen

Telefon: 0421 – 24 34-0
Mail: Info@bremer-heimstiftung

0421 – 235 235
HospizHorn@aol.com

www.bremer-heimstiftung.de

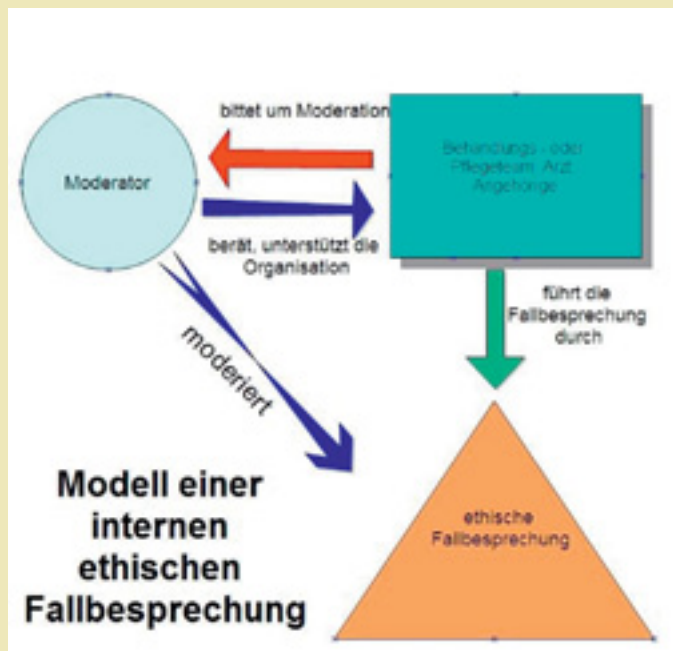
www.hospiz-horn.de

Die Nimwegener Methode

Die heute am meisten eingesetzte Methode der ethischen Fallbesprechung ist die sogenannte Nimwegener Methode, wie sie in Deutschland vor allem in den Einrichtungen der Malteser durchgeführt und gelehrt wird. Es ist eine interne prospektive Fallbesprechung, das heißt die für den Fall Verantwortlichen beraten selbst, sie beraten eine zu fällende Entscheidung, im Gegensatz zur Aufarbeitung eines abgeschlossenen Falles. Der externe Moderator ist ebenso Bestandteil der Nimwegener Methode wie das strukturierte Vorgehen (siehe Abbildung). Die zahlreichen Einzelfragen, wie sie

das Nimwegener Protokoll vorgibt, lassen sich in folgender Weise strukturieren (Steinkamp und Gordijn 2005):

1. Bestimmung des ethischen Problems;
2. die Analyse der medizinischen, pflegerischen, sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten;
3. die Bewertung und Entwicklung von Argumenten aus dem Blickwinkel ethischer Normen;
4. die Beschlussfassung einschließlich der Zusammenfassung der wichtigsten Gründe, die zu ihr geführt haben.



Was ist Ethik?

Ethik bedeutet im Alltag die Antwort auf die schlichte Frage:

Was soll ich tun?

Jeder Mensch trifft jeden Tag hunderte von Entscheidungen. Meistens treffen wir sie in Bruchteilen von Sekunden, ohne großes Nachdenken. Zu entscheiden, was richtig oder falsch ist, fällt uns nicht schwer. Wir haben dies im Umgang mit anderen gelernt und oft geübt.

Diese Alltagserfahrung verführt zu der Vorstellung, dass unsere Entscheidungen immer so gefällt werden müssten. Das ist aber nicht so. Wenn andere abweichende Ziel- und Wertvorstellungen vertreten, sind wir erst einmal ratlos, vielleicht auch in unserem Selbstwertgefühl verletzt und frustriert. Wie soll es nun weitergehen? Das Nachdenken darüber, was wir tun sollen, was wir persönlich für richtig halten und wie wir in der Gemeinschaft verantwortungsvoll handeln können, ist ethisch geleitetes Handeln.

Der Begriff **Ethik** leitet sich vom griechischen Begriff „Ethos“ (gewohnter Lebensort, Charakter) ab. Damit war die Einheit des Guten, dessen, was sich gehört sowie das Gerechte gemeint.

Moral leitet sich vom lateinischen Begriff „moralis“ ab, was „die Sitte betreffend“ heißt. Die Moral besteht aus einem System von Werten und Normen, das im Lauf des Lebens erworben wird. Diese Werte und Normen wirken wie ein Filter, durch den alle unsere Eindrücke und Handlungsabsichten laufen und bewertet werden. Wie wir uns entscheiden und was wir tun, hängt von dieser Bewertung ab.

Ethik als Wissenschaft ist ein Teilgebiet der Philosophie und richtet sich auf die Beobachtung menschlicher Haltungen, des Verhaltens und der Frage nach dem richtigen und guten Handeln.

Aber niemand muss erst Philosophie studieren, um verantwortlich zu handeln oder praktische ethische Probleme zu lösen. Wichtig sind drei Dinge:

- Sich das Problem bewusst zu machen.
- Sich nach kompetenter Hilfe umzuschauen.
- Mit anderen darüber zu reden.

Die ethische Fallbesprechung ist eine bestimmte Form der Kommunikation und gehört zur Gruppe der psychologischen Arbeitsmittel in Einrichtungen, wie etwa das Teamgespräch und die Supervision.

Bremer Heimstiftung
Frage- und Protokollbogen zur
ethischen Fallbesprechung⁵

Datum:

Moderation:

Protokoll:

Teilnehmer/innen:

Name des Bewohners/
der Bewohnerin:

1. Problemstellung

Was ist der Anlass des
Gesprächs?
Wie lautet die Fragestellung?

2. Medizinische Fragen

- 2.1 Was ist aus der medizinischen Vorgeschichte bekannt?
- 2.2 Wie lautet die aktuelle Diagnose?
- 2.3 Welche Maßnahmen sind möglich/geplant?
- 2.4 Wie lautet die Prognose ohne diese Maßnahmen?
- 2.5 Wie verändert sich die Prognose durch die geplanten Maßnahmen?
- 2.6 Können die Maßnahmen schaden?

2.7 Wie verhalten sich positive und negative Auswirkungen zueinander?

3. Pflegerische Gesichtspunkte

- 3.1 Wie sieht die pflegerische Situation des Bewohners aus?
- 3.2 Gibt es besondere Pflegeprobleme?
- 3.3 Welcher Pflegeplan besteht, wie sieht das Ziel aus?

4. Psychosoziale Gesichtspunkte

- 4.1 Was ist über die psychische Befindlichkeit und die Bewältigung der Lebenssituation bekannt?
- 4.2 Was ist über die religiöse oder weltanschauliche Einstellung des Bewohners bekannt?
- 4.3 Wie prägt diese seinen Umgang mit der derzeitigen Lebenssituation?
- 4.4 Hat der Bewohner ein Bedürfnis nach seelsorgerischer oder spiritueller Begleitung?
- 4.5 Was ist über das soziale Umfeld und seine Ressourcen bekannt?
- 4.6 Welche Erwartungen hat der Bewohner an die pflegerische und medizinische Versorgung?
- 4.7 Welche Erwartungen haben die Familie/andere Bezugspersonen an die pflegerische und medizinische Versorgung?
- 4.8 Welchen Einfluss hat der derzeitige Gesundheitszustand auf die Lebensqualität des

⁵ In Anlehnung an: Wolfgang Heinemann: Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Malteser Trägergesellschaft gGmbH (Hrsg.) Köln 2005

Bewohners und sein soziales Umfeld?

- 4.9 Welche Auswirkungen haben die geplanten Maßnahmen auf das Wohlbefinden des Bewohners?

5. Autonomie des Bewohners

- 5.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig?
- 5.2 Wenn nicht: Welche Quellen zur Erschließung des mutmaßlichen Willens haben wir?
- 5.3 Liegt eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht vor? Mit welchem Inhalt?
- 5.4 Wurde ein Gespräch mit dem Bewohner über seinen Gesundheitszustand geführt? Von wem?
- 5.5 Versteht der Bewohner seine Situation? Wie sieht er sie?
- 5.6 Was möchte der Bewohner von den vorgeschlagenen Maßnahmen?
- 5.7 Welche Werte und Auffassungen des Bewohners sind in diesem Zusammenhang wichtig?

6. Findung des Votums/ Absprachen und weiteres Vorgehen

- 6.1 Ist die Ausgangsfrage gleich geblieben oder wie hat sie sich verändert?
- 6.2 Sind alle zur Entscheidung wichtigen Informationen bekannt?
- 6.3 Welche legalen Handlungskonsequenzen entsprechen am ehesten dem (mutmaßlichen) Willen des Bewohners?
- 6.4 Zu welchem Ergebnis kommen die Beteiligten des Gespräches?
- 6.5 Handlungsempfehlung
- 6.6 Konkrete Schritte/
Absprachen?
- 6.7 In welcher Situation muss es ein neues Gespräch geben?

Literaturhinweise

- 1 Wolfgang Heinemann: Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Malteser Trägergesellschaft gGmbH (Hrsg.) Köln 2005
- 2 Harald Blonski (Hrsg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Brigitte Kunz-Verlag, Hagen 1998
- 3 Schröck, Ruth: Zum moralischen Handeln in der Pflege. Drittes Internationales Osnabrücker Symposium Pflegewissenschaft 17./ 18. November 1994, In: Pflege, Band 8, Heft 4/1995, 315-323)
- 4 Hoffmann-Gabel, Barbara: Ethik für die Altenhilfe. Vincentz-Verlag, Hannover 1997
- 5 Körtner, Ulrich, H.J.: Grundkurs Pflegeethik. Facultas UTB, Wien 2004.
- 6 Lay, Reinhard: Ethik in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004.
- 7 Sperl, Dieter: Ethik der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2002
- 8 Norbert Steinkamp, Bert Gordijn: Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. 2. Auflage Luchterhand, Neuwied Köln München 2005
- 9 Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.: „Für alle Fälle...“. Brigitte Kunz Verlag, Hannover 2005

Glossar

curativ = Auf Heilung einer Erkrankung zielend

Dissens = Meinungsverschiedenheit

Exsikkose = Austrocknung, Abnahme des Gesamtkörperwassers durch mangelnde Flüssigkeitsaufnahme oder Wasserverlust

Ethische Konflikte = Wie soll, muss oder darf ich handeln? Widerstreit zwischen persönlichen Werten, gültigen Normen, Rechten und Pflichten. Ethische Konflikte können in einer Person oder durch Interessensgegensätze mehrerer Personen auftreten.

Konsens = Übereinstimmung

gerontopsychiatrische Einrichtung = Psychiatrische Abteilung einer Einrichtung für ältere Menschen mit psychischen oder geistigen Erkrankungen

palliativ = Auf Linderung der Beschwerden zielend, unter Verzicht auf die Heilungsabsicht

PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie, Sonde zur künstlichen Ernährung, die durch die Bauchdecke in den Magen führt

SPF = Blasenfistel, Katheteröffnung oberhalb des Schambeins

Impressum

Herausgeber:
Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
Referat Ältere Menschen
Bahnhofplatz 29
28195 Bremen

In Kooperation mit:
Hospiz Horn e.V. und Bremer Heimstiftung

Fotos:
Frank Pusch, Bremen

Produktion:
Redaktionsbüro Schulz, Bremen

Druck:
Druckerei Schintz, Bremen

Erscheinungsdatum:
Januar 2007

Schutzgebühr:
3,- Euro

Bezugsadresse/Kontakt:
Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
Referat Ältere Menschen
Bahnhofplatz 29
28195 Bremen

Hartmut.Baumann@Soziales.Bremen.de

Die Broschüre steht kostenlos als pdf-Datei
zur Verfügung unter:

www.bremen.de/sozialsenator

www.hospiz-horn.de

www.bremer-heimstiftung.de

Man weiß und macht innerlich
eigentlich immer, was man wissen
und machen will. Diese Handlung
zu fassen ist nur unendlich schwer.

(Novalis)

