

Eingereicht von
Helga Sterrer
Matrikelnummer: 0657752

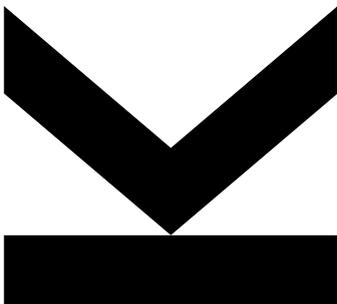
Angefertigt am
**Institut für Kanonistik,
Europäische Rechtsge-
schichte und Religionsrecht**

Beurteiler
**Priv.-Doz. Dr. Jürgen
Wallner, MBA**

März 2017

Ethische Fallberatung im extramuralen Bereich der Langzeitpflege

Von der Initiative bis zur Realisierung im Bundesland Oberösterreich



Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

„MASTER OF ETHICS (MEDICAL ETHIC)“

PM.ME.

für den Universitätslehrgang

„Aufbaustudium Medizin- und Bioethik“

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Masterarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Linz, März 2017

Abstract

Ethische Fragestellungen und Konflikte stellen sich in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Das medizinisch Machbare wird auf den Prüfstand gestellt und erzeugt in unklaren Situationen Handlungsunsicherheiten beim Fachpersonal, aber auch Entscheidungsdilemmata bei den betroffenen Menschen selbst und ihren Angehörigen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den theoretischen Grundlagen der Ethikberatung, den Besonderheiten im Alten- und Pflegeheim im Vergleich zum Krankenhaus und den Möglichkeiten der Durchführung einer ethischen Fallberatung im extramuralen Bereich der Langzeitbetreuung. Gerade in der geriatrischen Langzeitpflege stehen Pflegende und Mediziner besonderen Herausforderungen gegenüber. Hohe Bedeutung haben Fragen der Alltagsroutine sowie Ernährung, Sterben zulassen und Therapiefortsetzung, Desorientierung und Freiheitsbeschränkung oder auch Unstimmigkeiten mit Angehörigen.

In der Arbeit werden die Strukturen der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime und die gesetzlichen Gegebenheiten dargestellt. Die medizinisch-pflegerische Berufspraxis und die Gesellschaft fordern kompetente und ethisch reflektierte gut begründete Entscheidungen. Die Arbeit eines Ethikkomitees greift diese Fragen auf und bietet Entscheidungshilfe für die verantwortlichen Personen an. Die vorgestellten Modelle der Ethikberatung METAP und das Klinisch-ethische Interaktionsmodell zeigen, wie Ethik in Organisationen strukturiert werden kann, um nachhaltig im Gesundheitssystem zu bestehen.

Die Implementierung der ethischen Fallberatung wird anhand eines Projekts des oberösterreichischen Landesverbands Hospiz, das mit Oktober 2016 in die Umsetzungsphase gestartet ist, dargestellt. Dies beinhaltet den konkreten Projektplan und eine erste Analyse der Probefallbesprechungen.

Abschließend plädiert die Autorin für eine Kultur der Ethik in Gesundheitseinrichtungen zum Wohle der Betreuten und der Professionisten in Betreuung und Begleitung.

Vorwort

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der ethischen Fallberatung im Kontext der Langzeitpflege in Oberösterreich. Der Landesverband Hospiz Oberösterreich hat sich dieser Thematik mit einem Projekt gewidmet, das seit Oktober 2016 umgesetzt wird. Gesellschaftliche und medizinisch-pflegerische Entwicklungen stellen die Gesundheitsberufe sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor Herausforderungen, die immer öfter eine Entscheidung von hoher Tragweite notwendig machen. Ein Instrument für eine „gute Entscheidung“, die nachvollziehbar, umfassend argumentiert, rechtlich korrekt und von breiter Akzeptanz getragen ist, steht den Beteiligten mit der Möglichkeit der ethischen Fallberatung zur Verfügung. Albert Einstein könnte es nicht treffender ausdrücken, wenn er meint *„Inmitten der Schwierigkeit liegt die Möglichkeit“*.

Die Arbeit beschreibt die theoretischen Grundlagen zur ethischen Fallberatung, die Projektplanung und die Projektumsetzung. Das Verfassen hat das letzte halbe Jahr in Anspruch genommen, die eigene Mitarbeit im Ethikkomitee führte zu einer Faszination für das Thema der praxisbezogenen Ethik und zu persönlicher Bereicherung.

Ich möchte an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, mich bei meinem Betreuungsprofessor Priv. Doz. Dr. Jürgen Wallner zu bedanken, der mich immer motivierend durch das Studium begleitet hat. Mein besonderer Dank gilt auch Hrn. Universitätsprofessor Dr. Kurt Lenz, der mir stets wichtige Projektinformationen zukommen ließ. Für die Einladung zur Mitarbeit im Ethikkomitee möchte ich mich bei Dr. Helmut Mittendorfer bedanken. Die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Ethikkomitees war stets von Wertschätzung und Konstruktivität geprägt.

Zuletzt verdient meine Familie höchste Anerkennung. Nur durch die Unterstützung meines Ehemanns Bernhard und die Rücksichtnahme meiner Söhne Severin und Tobias konnte ich die notwendige Zeit und Energie für das Studium der Medizin- und Bioethik aufbringen.

Helga Sterrer

Linz, März 2017

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	II
Abstract	III
Vorwort	IV
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrundbeschreibung	1
1.1 Problemdarstellung.....	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Methodik.....	2
1.4 Hypothese	3
2 Ethikberatung im österreichischen Gesundheitswesen	4
2.1 Definition Ethische Fallberatung.....	4
2.2 Entwicklung der Ethikberatung in Österreich im internationalen Vergleich	5
2.3 Ethische Konfliktfelder im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung	8
2.4 Einrichtungen der Altenpflege in Oberösterreich.....	11
3 Theoretische Grundlagen der Ethikberatung in Einrichtungen der Langzeitpflege.....	16
3.1 Aufgaben und Ziele einer Ethikberatung.....	16
3.2 Chancen einer Ethischen Fallberatung	19
3.3 Grenzen und Widerstände einer Ethischen Fallberatung	21
3.3.1 Ressourcenknappheit.....	21
3.3.2 Instrumentalisierung.....	22
3.3.3 Offener Widerstand	23
3.3.4 Entscheidungskompetenz	23
3.4 Zusammensetzung und Kompetenzen eines Ethikkomitees.....	24
3.4.1 Zusammensetzung.....	24
3.4.2 Kompetenzen.....	25
3.5 Die Rolle des Bewohners und seiner Angehörigen in der Ethischen Fallberatung... 27	

3.6	Ethikberatung und Recht	30
4	Modelle der Ethikberatung.....	32
4.1	Strukturmodelle für den Beratungsprozess.....	32
4.1.1	Expertenmodell	32
4.1.2	Delegationsmodell.....	32
4.1.3	Prozessmodell.....	33
4.1.4	Offene Modelle	33
4.2	METAP- Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett.....	34
4.3	Klinisch-ethisches Interaktionsmodell mit der Nimwegener Methode zur ethischen Fallbesprechung von Gordjin und Steinkamp.....	39
4.4	Ein Vergleich von METAP und Klinisch-ethischem Interaktionsmodell.....	44
5	Implementierung einer Ethikberatung in Einrichtungen der Altenpflege am Beispiel Oberösterreich	46
5.1	Erste Schritte- wie alles begann.....	46
5.2	Projektplan „Ethische Fallberatung im extramuralen Bereich“	47
5.2.1	Ziel	47
5.2.2	Aufgaben und Nicht-Aufgabe	47
5.2.3	Organisation	47
5.2.4	Anforderung einer ethischen Fallberatung.....	47
5.2.5	Durchführung einer ethischen Fallberatung.....	48
5.2.6	Dokumentation	48
5.2.7	Verschwiegenheit	48
5.2.8	Fortbildung	48
5.2.9	Interne und externe Nachbesprechungen	49
5.2.10	Tätigkeitsbericht.....	49
5.2.11	Kosten.....	49
5.3	Projektumsetzung	49
5.3.1	Mitglieder des Ethikkomitees und zusätzliche Berater	49

5.3.2	Finanzielle Unterstützung und Politik.....	50
5.3.3	Public Relation	50
5.3.1	Probefallbesprechungen	51
5.3.2	Beratungsanfrage.....	54
5.3.3	Erstkontakt und Fallannahmeentscheidung.....	54
5.3.4	Koordination.....	55
5.3.5	Durchführung	55
5.3.6	Ergebnis.....	55
5.3.7	Evaluierung und Qualitätssicherung	55
6	Resümee und Ausblick.....	57
7	Literaturverzeichnis.....	59
8	Abbildungsverzeichnis	67
9	Tabellenverzeichnis.....	67
10	Anhang	68
10.1	Anhang 1: Identifikation des ethischen Problems (METAP)	68
10.2	Anhang 2: Checkliste zur Vorbereitung einer EFB (METAP)	69
10.3	Anhang 3: Checkliste zur Informationssammlung (METAP)	70
10.4	Anhang 4: Ethische Evaluation der Therapieoption (METAP).....	71
10.5	Anhang 5: Anforderungsformular zur ethischen Fallberatung	72
10.6	Anhang 6: Formular der Dokumentation über die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung	73

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen
ASBH	American Society for Bioethics and Humanities
DNR	Do-not-resuscitate. Eine DNR-Verfügung ist eine Weisung an medizinisches Personal, Maßnahmen der Reanimation bei einem Patienten zu unterlassen
EFB	Ethische Fallberatung
EKA	Ethikkomitee im Altenheim, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Frankfurt am Main
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
OBGAM	Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin
Oö. APH-VO	Oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung
Oö.	Oberösterreich, Oberösterreichische, Oberösterreichischer
PE	Personaleinheiten
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie, künstlich angelegter Zugang von außen durch Haut und Bauchwand in den Magen zum Zweck der Ernährung mit Sondennahrung
SOP	Standard Operating Procedure, übersetzt Standardarbeitsanweisung
ZEKO	Zentrale Ethikkommission der deutschen Bundesärztekammer
ZEM	Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main

1 Einleitung

1.1 Hintergrundbeschreibung

Fachpersonal, das in der Langzeitpflege und -betreuung arbeitet, sieht sich im Alltag häufig mit ethischen Fragestellungen konfrontiert (Maier et al 2012). Die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts stellen das Fachpersonal, aber auch den betroffenen Menschen selbst und seine Angehörigen vor Entscheidungen, die weitreichende Folgen für die Beteiligten haben und äußerst belastend sein können (Fröhlich 2014). Gerade in der geriatrischen Langzeitpflege stehen Pflegende und Mediziner vor allem Fragen am Lebensende gegenüber. Fast 12.000 Langzeitpflegeplätze stehen mit Ende 2014 der oberösterreichischen Bevölkerung zur Verfügung (Oö. Sozialbericht 2015). 2011 haben fast 37% der Bewohner der Oö. Alten- und Pflegeheime weniger als ein Jahr im Heim gelebt. 19,3% sind bereits in den ersten drei Monaten nach ihrer Übersiedlung verstorben (Abteilung Soziales 2012). Entscheidungen sind umso schwieriger, je eingeschränkter die Selbstbestimmung eines Menschen ist. 2011 wird der durchschnittliche Prozentsatz der an Demenz erkrankten Heimbewohner mit 42,5% angegeben, der Maximumwert eines Oö. Heimes beträgt sogar 83,3% (Abteilung Soziales 2012). Die Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen stellt die betreuenden Personen ebenso vor ethische Herausforderungen vor allem in Fragen der Autonomie und Gerechtigkeit. 2014 werden in Oberösterreich 4.628 Menschen mit Beeinträchtigungen in Langzeiteinrichtungen betreut (Oö. Sozialbericht 2015). Eine Ethikberatung soll eine Orientierung für das Handeln darstellen. Jox definiert 2014 als primäres Ziel der Ethikberatung „...*die ethisch am besten begründete und verantwortete Handlung und damit die Verbesserung ethischer Qualität in der Patientenversorgung.*“ Als sekundäres Ziel gibt er die Verbesserung moralischer Urteilkraft und ethischer Begründungskompetenz, die Lösung und Prävention sozialer Konflikte sowie die Verhinderung von moral distress bei Patienten, Angehörigen und Behandelnden an (Jox 2014).

1.1 Problemdarstellung

Zunehmende interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderungen in Entscheidungsfindungsprozessen in Einrichtungen der Langzeitpflege erfordern eine etablierte Struktur zur ethischen Unterstützung der Betreuungsteams und der Angehörigen für die Patientenversorgung. Die Durchführung einer Ethischen Fallberatung erfordert

kompetente externe Expertise. Bis zum Jahr 2016 hatten extramurale Institutionen für die Langzeitbetreuung keine Möglichkeit diese Unterstützung anzufordern.

1.2 Fragestellung

Welche Möglichkeiten der Umsetzung einer ethischen Fallberatung gibt es und wie kann diese im extramuralen Bereich in Oberösterreich nachhaltig implementiert werden?

1.3 Methodik

Da die Implementierung ethischer Fallberatung in Oberösterreich erfolgen soll, wird durch die Ähnlichkeit der Gesundheitsstrukturen im deutschsprachigen Raum die Literatursuche auf Deutschsprachigkeit beschränkt. Publierte Werke mit einem Erscheinungsdatum vor 2005 werden aufgrund fehlender Aktualität ausgeschlossen. Die Literatursuche zum Themenbereich wird mit dem Springer Link begonnen. Dabei können Literatur und Zeitschriftenartikel mit den Suchwörtern „Ethikberatung“ (306 Treffer) und „Ethische Fallberatung“ (79 Treffer) gefunden werden. Vor allem das Fachjournal „Ethik in der Medizin“ (impact Faktor 2015 0,463), erschienen im Springer Verlag, liefert wertvolle Beiträge (64 Treffer „Ethikberatung“, 19 Treffer „Ethische Fallberatung“). Die Literatursuche in der Onlinebibliothek der Johannes-Kepler-Universität Linz ergab nur einen verwertbaren Treffer. In der Bioethics Research Library mit dem Keyword „Ethikberatung“ können von acht erzielten Treffern vier verwendet werden. Eine hohe Trefferanzahl wird in der Datenbank der europäischen Website „ethicsweb“ erzielt. Mit dem Keyword „Ethikberatung“ können 153 Treffer erzielt werden, eine weitere Einschränkung auf acht Treffer kann mit dem zusätzlichen keyword „Altenpflege“ erreicht werden. Aus dieser Suche kristallisieren sich letztendlich fünf literarische Hauptwerke heraus, die in allen Datenbanken erschienen. Die Ergebnisse von drei österreichischen Masterarbeiten zum Thema der Ethikberatung (Ransmayr 2010, Abraham 2011, Neuböck 2015) wurden ebenso verwendet. Zur Erhebung von österreichischen Fakten und rechtlichen Grundlagen werden Daten der Statistik Austria, der Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich und unter anderem die Oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung herangezogen. Da die Implementierung einer ethischen Fallberatung in Oberösterreich durch den Landesverband Hospiz seit Herbst 2016 umgesetzt wird, können der Prozess und die bereits erworbenen Erkenntnisse des Projekts in die Arbeit aufgenommen werden.

1.4 Hypothese

Diese Arbeit soll eine Implementierung einer ethischen Fallberatung in Oberösterreich abbilden.

2 Ethikberatung im österreichischen Gesundheitswesen

In diesem Kapitel wird eingangs eine Begriffsdefinition der Ethischen Fallberatung vorgenommen, anschließend wird die Entwicklung der Ethikberatung in Österreich im internationalen Vergleich dargestellt. Einen Schwerpunkt setzt ein Unterkapitel mit der Thematik der ethischen Konfliktfelder in der Langzeitpflege und der Differenzierung zum Krankenhaus. Abschließend wird die Situation der Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich, ihrer Bewohner/Bewohnerinnen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen beschrieben.

2.1 Definition Ethische Fallberatung

„Die ethische Fallberatung (EFB) ist ein explizit strukturiertes Beratungs- und Entscheidungsverfahren im interprofessionellen Team unter der Leitung/Moderation einer Person, die diesem Team nicht angehört.“ (Wallner 2015a)

Die EFB ist ein Instrument der klinischen Ethik, dessen Einführung und Umsetzung als zentrale Aufgabe eines etablierten Ethikkomitees zu sehen ist (Bruns 2012). Die Ethikberatung befasst sich mit der Klärung akut zu lösender ethischer Fragestellungen, dazu kann man sich unterschiedlicher Formen bedienen. Eine Abgrenzung muss einerseits zur Supervision erfolgen, die zwar durchaus auch Themen mit ethischer Dimension im Fokus haben kann, aber allein schon organisatorisch nicht mit der Struktur von EFB vergleichbar ist. Supervision erfordert beispielsweise eine langfristige Terminplanung und einen kontinuierlichen Prozess in fester Gruppe (Bannert 2012). Andererseits muss hier auch auf eine Abgrenzung zwischen Ethikkommissionen und einem Ethikkomitee hingewiesen werden. Die beiden Begriffe werden in der Praxis häufig synonym verwendet und werden daher folgend erläutert.

Die Errichtung einer Ethikkommission ist im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz §8c für jede öffentliche Krankenanstalt vorgeschrieben. Deren Aufgabe sind die Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Anwendung neuer medizinischer Methoden und angewandter medizinischer Forschung an Menschen. Neben der ethischen Vertretbarkeit überprüfen die Ethikkommissionen auch die wissenschaftliche Qualität und die rechtliche Zulässigkeit von eingereichten Forschungsvorhaben (May 2012, Körtner 2012).

Für die Gründung von Ethikkomitees gibt es hingegen keine gesetzliche Grundlage. Es bedarf einer Initiative zur Gründung eines Ethikkomitees. Diese kann von den Mitarbeitern selbst ausgehen (bottom-up Start), meist ausgelöst durch eine problematische und belastend erlebte Behandlungssituation. Die Geschäftsführung oder Unternehmensleitung kann ebenso

impulsgebend wirken (top-down Start), beispielsweise im Zuge einer Zertifizierung des Unternehmens (Neitzke 2015). Ethikkomitees sind nicht gedacht, um ad-hoc Konsilien durchzuführen, sondern haben als beständige Einrichtung das Ziel Einzelfallentscheidungen zu professionalisieren, die Ethik im Alltag zu integrieren und ethische Entscheidungen interprofessionell mitvollziehbar zu machen (Körtner 2012). Je nach Zielsetzung der Institution muss eine entsprechende Schwerpunktsetzung für die Arbeit von Ethikkomitees getroffen werden. Dies kann von Mitarbeiterschulungen über Ethikfallberatung bis zu Leitlinienentwicklung gehen (Neitzke 2015).

Zusammenfassend ist also zu betonen, dass die Ethische Fallberatung eine Form der Einzelfallberatung ist. Der effektive Aufbau des Instruments der Ethischen Fallberatung ist *eine* Aufgabe von vielen des Klinischen Ethikkomitees. Die Mitglieder des interprofessionell zusammengesetzten Ethikkomitees sind nicht zwingend in der direkten Fallberatung tätig, sie sind aber für die Etablierung und für das Schaffen der Rahmenbedingungen verantwortlich (Wallner 2015a).

2.2 Entwicklung der Ethikberatung in Österreich im internationalen Vergleich

Über die Anfänge der klinischen Ethikberatung in Österreich gibt es leider keine Informationen aus offizieller Quelle. Österreich hat jedenfalls keine Vorreiterrolle im Ländervergleich. Während in den USA bereits in den 1920-er Jahren die Einrichtung von „medizinisch-moralischen Komitees“ in katholischen Krankenhäusern von statten ging und als Folge des Rechtsstreits des Falls Karen Ann Quinlan (1983) die Einschaltung von Ethikkomitees empfahl, hatte man in Österreich noch keine Intentionen Ethik in die Gesundheitsversorgung zu implementieren.

Auch in Deutschland zeigten sich schon in den 1980-er Jahren punktuell Initiativen und kleinere Gruppen, die sich mit klinischer Ethik befassten. 1986 wurde die Akademie für Ethik in der Medizin als medizinethische Fachgesellschaft gegründet. Konfessionelle Krankenhausträger gaben auch in Deutschland den Impuls für die Entwicklung der institutionalisierten Ethikberatung (1997). Ende des letzten Jahrhunderts erlebten viele Institutionen im Gesundheitsbereich eine Zertifizierung. Das KTQ-System (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) beinhaltet folgende Frage:

„Durch welche organisatorischen Maßnahmen ist die Berücksichtigung ethischer Problemstellungen im Krankenhaus gewährleistet (z.B. durch die Einrichtung eines

Ethikkomitees im Krankenhaus oder anderer Gruppen mit der gleichen Zielsetzung, ggf. unter Einbeziehung der Krankenhauseelsorge)?

Diese Fragestellung kann auch als Impulsgeber für Ethikkomitees gewertet werden. (May 2010, Wallner 2015a). Internationale Organisationen hoben die Bedeutung von Ethikberatung hervor. 2005 verfasste die UNESCO die „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“. Artikel 19 fordert die Etablierung von Ethikkomitees:

„Independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees should be established, promoted and supported at the appropriate level“.

Im Artikel 22 nimmt sie auch die Staaten in die Pflicht dies zu unterstützen:

„States should take all appropriate measures...to give effect to the principles... Such measures should be supported by action in the spheres of education, training and public information. States should encourage the establishment of independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees.“

Schließlich wurde in Deutschland 2006 von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) eine Empfehlung zur Einrichtung von Ethikberatungsstrukturen in Kliniken ausgesprochen. Diese Aufforderung an die Einrichtungen des Gesundheitswesens war mitverantwortlich für eine fortschreitende Entwicklung in Deutschland (Bruns 2012).

Dörries veröffentlichte 2007 Ergebnisse einer Umfrage über den Implementierungsprozess von klinischer Ethikberatung in Deutschlands Krankenhäusern. Ca. 14% konnten damals auf irgendeine Form der Ethikberatung verweisen. In Krankenhäusern mit konfessionellem Träger war der Anteil eines Klinischen Ethikkomitees signifikant höher. Als interessantes Ergebnis kann auch der Zusammenhang zwischen der Größe eines Krankenhauses und dem Anteil der Klinischen Ethikberatung gewertet werden: Je größer ein Krankenhaus, desto höher die Wahrscheinlichkeit für eine Klinische Ethikberatung.

In Österreich hingegen wurde bisher keine Empfehlung offizieller Stellen (z.B. Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes) publiziert. Die Etablierung von systematisch organisierter ethischer Beratung steckt noch in den Kinderschuhen.

Als erstes österreichisches Krankenhaus richtete im Jahr 2006 das Universitätsklinikum Graz ein eigenes Komitee zu ethischen Fragen ein. Im Auftrag der Anstaltsleitung wurde ein weisungsfreies permanentes Gremium gegründet. Als Hauptaufgaben wurden Ethikberatung im klinischen Alltag in Grenzsituationen, Aus- und Fortbildungen der Klinikmitarbeiter im Sinne einer „ethischen Kulturbildung“ und Leitlinienentwicklung als Basis für medizinethische Entscheidungen definiert (KAGes 2006).

Es folgte 2007 die Implementierung eines Ethikkomitees im St. Josef-Krankenhaus Wien (seit 2004 in der St. Vinzenz Holding) unter der Leitung von Dr. Christian Metz (St. Josef-Krankenhaus 2016, Ransmayr 2010). Die Vinzenz Gruppe entwickelte für den gesamten Spitalsverbund, dazu gehören sieben Krankenhäuser, eine Ethikstruktur um die Fragen der Ethik systematisch zu bearbeiten. Ethik-Beirat, Klinische Ethik-Komitees, Klinisches Ethik-Konsil, Ethik-Kommission und ein eigener Ethik-Kodex der Vinzenzgruppe wurden als Instrumente initialisiert.

Als weiterer konfessioneller Träger spielen die Barmherzigen Brüder Österreich in der österreichischen Ethiklandschaft eine Vorreiterrolle. Seit 2010 wird in der Organisation an einer Struktur der Ethikarbeit gearbeitet. Es besteht ein Zentrum für Ethik, das für klinische Ethik, Organisationsethik und Sozialethik für alle Einrichtungen der Barmherzigen Brüder in Österreich zuständig ist und auch über eine Provinzethikkommission verfügt. Auf Krankensebene verfügen die Einrichtungen über multiprofessionell zusammengesetzte Klinische Ethikkomitees, die wiederum für die Durchführung der individuellen Fallberatungen verantwortlich sind (Barmherzige Brüder Österreich 2016).

Die drei vorgestellten Beispiele aus Österreich stammen alle aus Ethikberatungen in Krankenhäusern. Für die Kliniken gibt es also mittlerweile Organisationen mit Vorbildcharakter.

Anders präsentiert sich die Lage im Bereich der österreichischen Alten- und Pflegeheime. Bewohner und Bewohnerinnen des Langzeitpflegebereichs sowie ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen konnten bisher auf keine Struktur zurückgreifen, um sich mit ethischen Fragestellungen auseinanderzusetzen.

Deutschland versucht in den letzten Jahren eine professionelle Ethikberatung in extramuralen Bereichen aufzubauen. Wieder sind es die Verantwortlichen der konfessionellen Träger von Einrichtungen der Altenpflege (Dr. Friedrich und Dr. Markert für die Evangelisch-Lutherische Kirche und das Diakonische Werk in Bayern), die 2009 dazu aufrufen die „*Ethikberatung als integralen Bestandteil des Gesamtkonzepts*“ zu betrachten (Bockenheimer-Lucius, Dansou & Sauer 2012). Aufgrund einer bereits 2008 beschlossenen Forderung am 111. Deutschen Ärztetag, Maßnahmen für eine ambulante Ethikberatung zu entwickeln (Bundesärztekammer 2016), entstanden daraufhin zahlreiche Initiativen und Pilotprojekte dazu, einen Überblick zum derzeitigen Status quo gibt es auch in Deutschland nicht (ZEM 2016). Als positives Beispiel kann das EKA (Ethikkomitee im Altenheim) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Frankfurt am Main genannt werden, da dieses

Projekt vom Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin wissenschaftlich begleitet und ausgewertet wird.

Mit welchen ethischen Problemstellungen sich der Langzeitpflegebereich derzeit prioritär konfrontiert sieht, wird im nächsten Unterkapitel erläutert.

2.3 Ethische Konfliktfelder im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung

Ein Fallbeispiel soll die Komplexität des Langzeitbereichs darstellen:

Die 91-jährige Fr. S. ist seit drei Monaten Bewohnerin eines Pflegeheims. Sie leidet an Demenz vom Typ Mb. Alzheimer mit typischen Folgen wie Inkontinenz, Verlust der Sprach- und Merkfähigkeit und Tag-Nachtumkehr. Eine Tochter, die sie bisher zu Hause betreute, besucht sie regelmäßig, sie wird von Fr. S. zunehmend nicht erkannt. Fr. S. fühlt sich noch immer nicht wohl im Heim, ständig ist sie am Suchen, will hinausgehen und hält das Pflegepersonal auf Trab. Der Hausarzt versucht mit Medikamenten die persönliche Unruhe von Fr. S. in den Griff zu bekommen. Obwohl die Medikamente Fr. S. Unruhezustände verbessern, verweigert sie die Einnahme und wird aggressiv, wenn man ihr mit dem Löffel zu nahekommt. Die Mitbewohner zeigen kein Verständnis mehr für gestörte Nachtruhen und sind eifersüchtig, da Fr. S. besonders viel Aufmerksamkeit erhält.

Um nun bestehende „ethische Konflikte“ aus diesem Fallbeispiel zu eruieren, muss zunächst eine Klärung dieses Begriffs vorgenommen werden. Nach Wallner (2015b) definiert sich ein ethischer Konflikt folgendermaßen

„Wenn man Ethik als Kombination von Sollens- und Strebensethik versteht, dann zeichnet sich ein ethischer Konflikt dadurch aus, dass in ihm in einer Situation unterschiedliche, miteinander nicht ohne Widerspruch vereinbare moralische und außermoralische Wertungen existieren.“ (Wallner 2015b, S.2)

Zu differenzieren sind hier noch der moralische Konflikt und der außermoralische Konflikt. Von einem moralischen Konflikt spricht man, wenn es im Hinblick auf eine Situation unterschiedliche, miteinander nicht ohne Widerspruch vereinbare moralische Sollensanforderungen gibt. Beim außermoralischen Konflikt sind es nicht ohne Widerspruch vereinbare außermoralische Sollensanforderungen.

Im Zusammenhang mit ethischen Konflikten kommt es in der Folge zu Urteilen (Bewertungen). Ethische Urteile sind immer „gemischte Urteile“, da sie sich aus moralischen und außermoralischen Faktoren ergeben.

Nun zurück zum Beispiel der Fr. S.:

Fr. S. ist durch ihre Krankheit von Funktionsverlusten im somatischen, psychischen und sozialen Bereich betroffen, sie entwickelt dadurch eine zunehmende Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. Da auch ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt sind, kann Fr. S. nur eingeschränkt autonomes Handeln durchsetzen. Die besondere Verletzlichkeit und der Autonomieverlust führen zur Verpflichtung von Angehörigen und dem Betreuerteam von notwendiger Fürsorge und Entscheidungsübernahme im Sinne von Fr. S. Wenn Fr. S. also das Pflegeheim verlassen will, befinden sich das Personal und die Angehörigen in einem Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor der Autonomie der Bewohnerin (moralische Sollensanforderung) und andererseits der Verpflichtung sie vor Schaden/Gefahren zu bewahren. Eine Begleitung von Fr. S. auf all ihren Wegen würde ihrem Wunsch nach Bewegung und dem notwendigen Schutz vor Gefahren nachkommen, die personellen Rahmenbedingungen (außermoralische Sollensanforderung) lassen dies allerdings nicht zu. Gleichzeitig taucht dann auch die Frage auf, ob diese Betreuung nicht auch den anderen Heimbewohnern angeboten werden muss, um Diskriminierung zu vermeiden.

Eine weitere Handlungsunsicherheit ergibt sich aus der Tatsache, dass Fr. S. das Medikament verweigert. Die Pflegefachkraft weiß, dass die Einnahme des Medikaments die Unruhe von Fr. S. verbessern würde, außerdem obliegt ihr nach ärztlicher Anordnung die Durchführung der Medikamentenverabreichung (außermoralische Sollensanforderung). Gleichzeitig will sie Fr. S. aber auch nicht anlügen und es ihr unter die Nahrung mischen oder es ihr gar unter Zwang einflößen (moralische Sollensanforderung).

Frühwald (2012) hat die Gründe für die Beschäftigung mit Fragen der Ethik in der Geriatrie folgendermaßen zusammengefasst:

- Geriatrie Menschen sind eine vulnerable Gruppe, das Risiko Funktionsverluste zu erleiden ist höher als in anderen Altersgruppen
- Selbständigkeit und Autonomie sind zunehmend eingeschränkt, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit steigt
- Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens
- Betreuung von Menschen in einem Umfeld, welches oft nicht freiwillig von ihnen gewählt wurde

Beispielhaft führt auch Körtner (2012) Bereiche an, die ethische Fragen aufwerfen. Für die Langzeitbetreuung haben vor allem Fragen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (PEG-Sondenernährung, Nahrungsverweigerung), Fragen der Reanimierung bzw. Nichtreanimierung von Bewohnern, Sterben zulassen und Therapiefortsetzung, finanzielle und personelle Engpässe einen hohen Stellenwert. Besondere Herausforderungen und

Handlungsunsicherheiten zeigen sich in der Praxis im Umgang mit „unkooperativen“ Bewohnern und Angehörigen, im Umgang mit desorientierten Menschen, bei der Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen wie Fixierungen, bei sexuellen Bedürfnissen im Bereich der Geriatrie und bei Menschen mit Beeinträchtigung, Aggression und Gewalt in der Betreuung und bei transkulturellen Besonderheiten. Heinemann (2010) hebt die Wichtigkeit der Balance zwischen Übertherapie und Untertherapie hervor. Fragen der Verlegung von sterbenskranken Bewohnern ins Krankenhaus würden dabei in die Übertherapie fallen. Genauso laufen Bewohner aber Gefahr untertherapiert zu werden, beispielsweise durch eine mangelhafte Schmerztherapie, eine Vernachlässigung antidepressiver Behandlung oder durch den Verzicht lebensverlängernder Maßnahmen.

Es sind also nicht nur die großen medizinischen Fragen, die im Langzeitpflegebereich ethische Dilemmata hervorrufen, sondern vor allem Probleme in der Alltagsroutine. Diese Besonderheit weist nun auf die Notwendigkeit einer Differenzierung zur Klinischen Ethikberatung hin. Heinemann beschreibt die „Komplexität von Entscheidungen und die Verschiedenheit der Entscheidungsträger“ als institutionsspezifisches Problem der Altenpflegeeinrichtungen. Er sieht zwischen der ärztlichen Entscheidungsverantwortung und der pflegerischen Durchführungsverantwortung im Vergleich zum Krankenhaus ein verstärktes Konfliktfeld, interpersonelle Konflikte können die Folge sein. Ebenso kann aber auch ein intrapersoneller Konflikt zu Ratlosigkeit des Betreuungspersonals führen (häufig eine Kollision zwischen der Fürsorgepflicht und dem Respekt vor der Autonomie). Die dritte Konfliktebene befindet sich zwischen der einzelnen Person und der Institution (z.B. nachvollziehbare Bedürfnisse können nicht erfüllt werden, da sie im Widerspruch zur Hausordnung stehen). Die spezifischen Eigenschaften von Altenpflegeheimen haben Bockenheimer-Lucius et al (2012) dem Krankenhaus gegenübergestellt. Die Unterschiede weisen auf besondere moralische Herausforderungen des jeweiligen Settings hin.

<i>Krankenhaus (KH)</i>	<i>Altenpflegeheim (AH)</i>
<i>Aufenthalt vorübergehend</i>	<i>Aufenthalt von Dauer</i>
<i>Ort der Akutversorgung</i>	<i>Lebensraum und Ort der Langzeitpflege</i>
<i>Kein Anspruch, ein „Zuhause“ zu bieten</i>	<i>Anspruch, ein „Zuhause“ zu bieten</i>
<i>Es gibt ein Leben außerhalb des KH</i>	<i>Es gibt kein (oder kaum) Leben außerhalb des AH</i>
<i>Es gibt ein „Danach“</i>	<i>Es gibt kein „Danach“</i>
<i>Alltag ist bestimmt von medizinischen Fragestellungen</i>	<i>Alltag ist bestimmt von pflegerischen und sozialen Problemen</i>
<i>Überwachung des Kranken nur vorübergehend</i>	<i>Überwachung des Heimbewohners auf Dauer</i>

<i>umfassend</i>	<i>umfassend</i>
<i>Der sogenannte „natürliche Wille“ spielt bei Entscheidungsproblemen nur begrenzt eine Rolle</i>	<i>Der „natürliche Wille“ spielt bei Entscheidungsproblemen häufig eine große Rolle</i>
<i>Keine längerfristigen intensiven Beziehungen zwischen Kranken und Pflegenden</i>	<i>Langfristige, intensive Beziehungen zwischen Heimbewohnern und Pflegenden; von Seiten der Heimbewohner oftmals als „private“ Beziehungen interpretiert</i>
<i>Selten enge Beziehungen zwischen Angehörigen und Pflegenden, immer zeitlich begrenzt</i>	<i>Enge, nicht selten auch konfliktreiche und langjährige Beziehungen zwischen Pflegenden und den Angehörigen</i>
<i>Beziehungen zwischen den Patienten untereinander auf Krankheit und Information bezogen</i>	<i>Beziehungen zwischen den Heimbewohnern auf Gemeinschaft bezogen, u.U. konfliktreich</i>
<i>Beziehungen zwischen Angehörigen verschiedener Patienten untereinander kurzzeitig und auf Information bezogen</i>	<i>Beziehungen zwischen Angehörigen oftmals langfristig, auf gemeinsame Problembewältigung bezogen, u. U. konfliktreich</i>

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Krankenhaus und Altenpflegeheim (Bockenheimer-Lucius et al, 2012, S. 51)

Bockenheimer-Lucius et al (2012, S. 14) definieren fünf Punkte, die als Grundlage für die Arbeit der Ethikberatung in Altenpflegeheimen notwendig sind:

Ethikberatung im Altenpflegeheim...

- *verlangt Sensibilität und Kompetenz im Umgang mit der Lebenswirklichkeit alter Menschen.*
- *verlangt eine Vernetzung der Disziplinen.*
- *verlangt einen interdisziplinären Austausch.*
- *muss die Spannung zwischen den Generationen akzeptieren und das gegenseitige Verständnis fördern.*
- *ist mitverantwortlich für Sozialmoral.*

Ein interessantes Anagramm bilden die beiden Wörter „Altenheim“ und „Teilnahme“. Für die Autoren stellt dies eine weitere Grundlage für die Arbeit der Ethikberatung dar.

Da die Masterthesis die Implementierung der Ethikberatung im Langzeitpflegebereich in Oberösterreich darstellen soll, wird nun die Struktur der Versorgung in Oberösterreich vorgestellt.

2.4 Einrichtungen der Altenpflege in Oberösterreich

Laut Oö. Sozialbericht der Abteilung Soziales vom Februar 2016 gab es mit Stichtag 31.12.2014 11.989 Plätze in den 124 Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs, mit Oktober 2016 werden 12.590 Plätze angegeben. Als Träger fungieren in fast 71% der

Sozialhilfeverband bzw. Städte, in 16% konfessionelle Trägern bzw. Vereinen, die restlichen 13% werden von den Gemeinden finanziert. Das kleinste Heim verfügt über 12 Plätze (Haus Abendfrieden in Gallneukirchen), das größte über 260 (Seniorenzentrum Spallerhof in Linz) (Abteilung Soziales 2016).

Die angeführten Heime verfügen über eine Anerkennung gemäß §64 des Oö. Sozialhilfegesetzes. Daneben gibt es noch andere, insbesondere gewinnorientierte gewerbliche Heime, die nicht der Aufsicht der Oö. Landesregierung unterliegen. Die Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung (Oö. APH-VO) regelt die Errichtung, den Betrieb sowie die zur Sicherung einer fachgerechten Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen erforderlichen sonstigen Voraussetzungen. Die Normplätze eines Heimes werden hier mit 120 Plätzen begrenzt (§6). Ebenso gibt die Verordnung vor, dass 90% der Normplätze als Ein-Personen-Wohneinheiten geführt werden sollen. 2011 wird diese Norm bereits zu 82% erfüllt, laut eigenen Berechnungen anhand der Angaben in der Broschüre der Abteilung Soziales beträgt der Anteil der Ein-Personen Wohneinheiten 2016 91%.

Lt. Oö. APH-VO §22, Abs. 1

„haben Heime die Aufgabe, 1. Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) sowie 2. Betreuungs- und Pflegeleistungen (einschließlich tagesstrukturierende Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen zu erbringen. Dabei ist eine durchgängige Präsenz von Betreuungs- und Pflegekräften zu gewährleisten.“

Abs. 2 führt noch andere Berufsgruppen außerhalb der Pflege und Betreuung an *„Leistungen von Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Psychologen und dergleichen sind bei Bedarf sicherzustellen.“*

Für die ärztliche Betreuung und Behandlung wird der Heimträger in §18 lediglich aufgefordert dies durch freie Arztwahl zu ermöglichen.

Die Leitung von Alten- und Pflegeheimen obliegt der Heimleitung und der Pflegedienstleitung. Diese Funktionen dürfen nicht in einer Person vereint sein. Während die Heimleitung für den gesamten Heimbetrieb zuständig ist, nimmt die Pflegedienstleitung die Führungsaufgaben der Organisation, der fachlichen Anleitung und der Aufsicht des Betreuungs- und Pflegedienstes wahr (Oö. APH-VO §§11 und 14a). §16 regelt seit 2008 den Mindestpersonalschlüssel und die prozentuelle Aufteilung nach Berufsgruppen wie folgt:

- 20-25% Personaleinheiten (PE) aus der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- 60-70% PE aus den Berufsgruppen der Fach- oder Diplom-Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit oder Behindertenarbeit

- 10-15% aus der Berufsgruppe der Heimhilfe

Der Mindestpersonalschlüssel wird nach den Pflegestufen des Pflegegeldgesetzes der Bewohner berechnet. Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Verhältnis von Betreuungs- und Pflegepersonal zu Bewohnern.

Pflegestufen nach den Pflegegeldgesetzen	Personal	Bewohner
kein Pflegegeld	1	: 24
Stufe 1	1	: 12
Stufe 2	1	: 7,5
Stufe 3	1	: 4
Stufe 4	1	: 2,5
Stufe 5	1	: 2
Stufe 6	1	: 1,5
Stufe 7	1	: 1,5

Tabelle 2: Mindestpersonalschlüssel lt. Oö. APH-VO §16

Die Verordnung sieht auch vor, dass lediglich von 7:30 bis 12:30 Uhr und 15 bis 18 Uhr eine Pflegeperson aus der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes anwesend sein muss.

Die Pflegeintensität stagnierte in den letzten Jahren bei einem Landesdurchschnittswert von 1:2,4. Dies bedeutet, dass für statistische 2,4 HeimbewohnerInnen eine vollbeschäftigte Pflegeperson vorzusehen war.

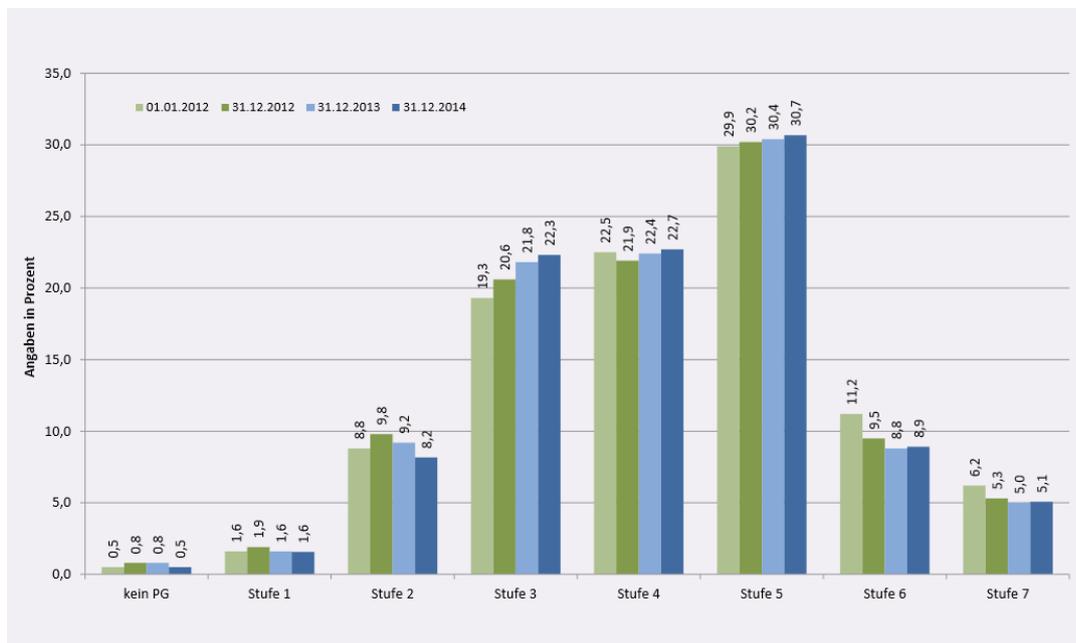


Abbildung 1: Pflegebedarf der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen in Oö. (Oö. Sozialbericht 2015)

Abbildung 1 zeigt den Verlauf von 2012-2014 bei der Entwicklung des Pflegebedarfs der HeimbewohnerInnen. 2014 sind drei Viertel der HeimbewohnerInnen in den Pflegestufen 3-5 eingestuft. Dies bedeutet pro Person einen Hilfs- und Betreuungsbedarf von mindestens 120-180 Stunden monatlich je nach Stufe (Bundespflegegeldgesetz §4).

Der Oö. Sozialbericht 2015 spiegelt auch die demografische Entwicklung Österreichs wider. 2014 sind 77,2% älter als 81 Jahre, der Anteil der Hochbetagten über 85 steigt kontinuierlich an. Der Frauenanteil in den Heimen ist mit 77% überwältigend hoch.

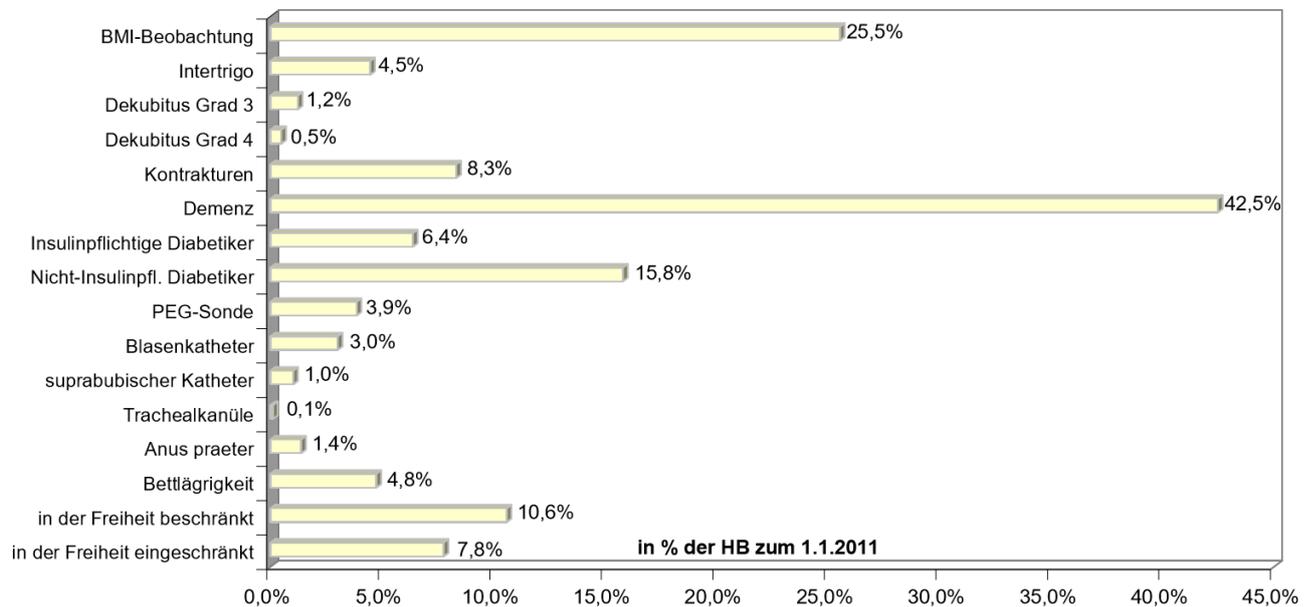


Abbildung 2: Besondere Pflegesituationen der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen (Abteilung Soziales 2012)

Abbildung 2 zeigt pflegerische Besonderheiten der HeimbewohnerInnen Oberösterreichs. Die Zahl der an Demenz Erkrankten wird mit einem Anteil von durchschnittlich 42,5% angegeben. Der Maximumwert eines Heimes 2011 beträgt sogar 83,3%. Im Anbetracht dessen, welche Einschränkungen der Autonomie eine Demenzerkrankung mit sich bringt, ist dies ein relevanter Faktor für ethische Problemstellungen. Fast 5% der Betroffenen können das Bett gar nicht mehr verlassen und sind somit in einer völligen Abhängigkeitssituation gegenüber dem Betreuungspersonal. 10,6% sind in der Freiheit beschränkt, auch dies ein Faktor für häufige ethische Dilemmasituationen.

Noch ein paar statistische Zahlen, die die Bedeutung der Fragen am Ende des Lebens hervorheben: 2010 sind 21,7% aller in den Heimen lebenden Personen verstorben. Mehr als ein Drittel dieser Verstorbenen haben weniger als ein Jahr im Heim gelebt. Ein Fünftel verstarb bereits in den ersten drei Monaten nach Heimeinzug. Erfreulich ist, dass das Sterben bereits 2010 für 68,2% aller verstorbenen Heimbewohner/Heimbewohnerinnen in ihrer gewohnten Umgebung im Heim ermöglicht werden konnte. Insgesamt starben 27,2% der gesamten Verstorbenen Oberösterreichs, nämlich 3378 Personen, in den Alten- und Pflegeheimen (Abteilung Soziales 2012, Statistik Austria 2016). Palliative Versorgung und Sterbebegleitung sind somit wesentliche Bestandteile der Aufgaben im interprofessionellen Betreuungsteam im Heim.

Interessant für die Thematik der Autonomie im Heim ist der Abschnitt IV. §§19-22a „Bewohnerrechte“ in der Oö. APH-VO. Reglementiert ist die Nachtruhe von 21-6 Uhr, den Bewohnern/Bewohnerinnen wird ein jederzeitiges Besuchsrecht zugestanden und es wird darauf hingewiesen, dass eine Heimordnung vom Träger erlassen werden muss, um das Zusammenleben zwischen Bewohnern/Bewohnerinnen, Besuchern und Personal zu regeln. Ein Heimforum bestehend aus gewählten Bewohnervertretern, einem Vertreter des Heimträgers, dem Heimleiter und der Pflegedienstleitung, dient *„der Förderung eines partnerschaftlichen Heimbetriebes und hat Probleme allgemeiner oder besonderer Art zu erörtern und nach einvernehmlichen Lösungsmöglichkeiten zu suchen.“* Ergebnisse dieses Gremiums haben Empfehlungscharakter. Der Heimträger hat außerdem mindestens einmal im Jahr eine Angehörigenversammlung abzuhalten (§22). Seit 2013 ist §22a in Kraft getreten, er fordert die Heimleitung auf

„bei schwerwiegenden Interessenskonflikten, die unmittelbar die Bewohnerin bzw. den Bewohner betreffen oder mittelbar Auswirkungen auf die Bewohnerin bzw. den Bewohner haben“

einen Koordinationsbeirat zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung einzuberufen. Für die Sitzung des Koordinationsbeirats sind der betroffene Bewohner/die betroffene Bewohnerin, vertretungsbefugte Personen, Vertretung des Heimträgers und die Pflegedienstleitung in jedem Fall zu laden. Zusätzlich können bei Bedarf noch andere Personen geladen werden, wie Bezugspflegeperson, Angehörige, behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin und Bewohnervertretung nach dem Heimaufenthaltsgesetz.

Der Gesetzgeber hat also zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte und bei Interessenskonflikten mit dem Heimforum, der Angehörigenversammlung und dem Koordinationsbeirat durchaus Instrumente geschaffen, die zur Konfliktlösung beitragen können. Kritisch ist anzumerken, dass die Leitung des Koordinationsbeirats die Heimleitung selbst wahrnehmen muss, bei ethischen Konflikten kann dies ein Nachteil sein.

3 Theoretische Grundlagen der Ethikberatung in Einrichtungen der Langzeitpflege

In diesem Kapitel wird konkret auf die Ethikberatung im Langzeitbereich eingegangen. Aufgrund geringer Literaturergebnisse für diesen Spezialbereich wird auch auf die Literatur der klinischen Ethikberatung zurückgegriffen, um daraus Schlüsse für den Langzeitbereich ziehen zu können.

3.1 Aufgaben und Ziele einer Ethikberatung

Die Aufgaben für eine Ethikberatung müssen sich an den Zielen für die jeweilige Organisation orientieren. May (2012) formuliert für die Gesamtheit der Gesundheitseinrichtungen allgemeine Ziele:

- Sensibilisierung für ethische Fragestellungen
- Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen
- Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten

Konkret wird damit das strukturierte Vorgehen bei ethischen Konflikten angesprochen, weiters die Bedeutung der kommunikativen Kompetenz und die systematische Reflexion bei ethischen Fragestellungen hervorgehoben. May sieht es auch als essenziell die allgemeinen moralischen Werte in Beziehung zu den spezifischen Werten der jeweiligen Einrichtung zu setzen und zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen.

Drei zentrale Aufgaben der Ethikberatung werden in der Literatur einstimmig genannt:

1. Ethik-Fallberatung: Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen bei ethischen Problemen, Konflikten und strittigen Entscheidungssituationen im Einzelfall
2. Ethik-Leitlinien: Erstellung von internen Leitlinien für die Entscheidungsfindung bzw. Empfehlungen
3. Ethik-Fortbildung: Organisation von Fort- und Weiterbildung in Medizin- und Pflegeethik (Bockenheimer-Lucius et al 2012, May 2012, Neitzke 2010, Neitzke 2015, Simon, Burger & Goldenstein 2010, Wallner 2016)

Ad 1: Die ethische Fallberatung und ihre Implementierung werden als zentrale Aufgabe gesehen um Konflikte zu entschärfen und die Entscheidungsfindung zu unterstützen. Neitzke (2010) weist auf die notwendige Differenzierung zwischen prospektiver und retrospektiver Beratung hin. *Prospektiv* (lat.) bedeutet laut Duden „a. auf das Zukünftige gerichtet;

vorausschauend; b. möglicherweise zu erwarten, voraussichtlich; c. die weitere Entwicklung betreffend.“ Von einer prospektiven Beratung spricht man demnach, wenn der Konflikt aktuell besteht und das Beratungsergebnis zur Entscheidungsfindung beiträgt. Eine retrospektive (*lat., zurückschauende, rückblickende*) Falldiskussion hat eine andere Zielsetzung, da der Behandlungs- und Entscheidungsverlauf bereits stattgefunden hat. Für die Beteiligten bietet sich die Chance, Entscheidungen zu bewerten und zu argumentieren und diese Reflexion für zukünftig ähnlich gelagerte Fälle zu nutzen. Retrospektive Fallberatungen können ebenso gut als Weiterbildungen dienen.

Ad 2: Die Erstellung von Leitlinien, auch Policyarbeit genannt, soll eine ethisch relevante Orientierungshilfe darstellen, die für einen bestimmten Themenbereich gelten soll. Konkrete Behandlungsfälle stellen häufig den Grund dar, warum eine Organisation das tätige Ethikkomitee zur Policyarbeit beauftragt. Die Leitlinie muss sich aber allgemein, losgelöst vom Fall, orientieren (Wallner 2016). Eine Ethikleitlinie gibt nicht die Entscheidung vor, sondern strebt eine Qualitätssicherung des Entscheidungsprozesses an. Bei der Entwicklung müssen juristische und ethische Aspekte beachtet werden, sie dienen als Handlungsempfehlungen. Da von einer Empfehlung gesprochen wird, sind Abweichungen möglich, diese sollten aber individuell begründbar sein (Neitzke 2010). Typische Beispiele für Policythemen sind DNR-Verfügungen, Begrenzung und Abbruch kurativer Maßnahmen bei terminalen Erkrankungen, Umgang mit entscheidungs- und urteilsunfähigen Menschen, Umgang mit Patientenverfügungen, usw. (Wallner 2016, Neitzke 2010).

Ad 3: Die Bildungsaufgabe kann in Form von Weiterbildungen, Fortbildungen oder Podiumsdiskussionen stattfinden. Anzustreben sind hier interprofessionelle Settings, um möglichst realitätsnahe Situationen nachempfinden zu können. Die Sensibilisierung von ethischen Themen findet vor allem im Austausch untereinander statt, daher sollte Ethikveranstaltungen, die dies ermöglichen, der Vorzug gegeben werden (Neitzke 2010). Beispiel dafür sind Ethikcafés, sie eignen sich besonders für Laien von Analysen von aktuellen ethischen oder philosophischen Themen. Die Idee dazu kam aus Paris, dort traf man sich in den 90-er Jahren zu „Cafés philosophiques“, um über Menschenrechte- und pflichten und die Freiheit zu debattieren. Das Ethikcafé fordert dazu auf, eigene Handlungsweisen zu hinterfragen und neue Perspektiven zu gewinnen. Maier & Kälin haben 2015 die Wirkung von Ethikcafés auf die ethische Kompetenz der Teilnehmer untersucht und konnten eine signifikante Steigerung von Analysefähigkeit, Argumentierfähigkeit und ethischer Sensibilität feststellen.

Neuböck führte 2015 sieben Interviews mit Mitarbeiterinnen der Pflege von Alten- und Pflegeheimen durch um die Forschungsfrage „*Welcher Inhalte müsste sich die Ethikberatung annehmen, um die Bediensteten in Langzeitpflegeeinrichtungen hinsichtlich ethischer Fragen und Problemfelder zu unterstützen?*“ (S. 46) zu beantworten. Das Treffen von Entscheidungen kristallisierte sich dabei als große Herausforderung im Alltag der Pflegepersonen heraus. Als Aufgabe sieht sie es daher, dass in Schulungen die Anwendung der Prinzipienethik vermittelt und geübt wird, weiters muss die kommunizierte Unsicherheit zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe geklärt werden. Die Unterstützung der Pflegeprofessionisten in der Entscheidungsfindung wird als elementare Aufgabe der Ethikberatung formuliert. Es wird dafür das Instrument der Fallbesprechung (spezifisch oder retrospektiv) empfohlen. In der ethischen Fallbesprechung gemeinsam getroffene Vorgehensweisen geben Orientierung und nehmen den individuellen Druck vom Einzelnen. Als weitere Aufgabe der Ethikberatung empfiehlt sie bei konkreten Konfliktsituationen rasch zu handeln, da ein Aufschieben die Entscheidungsfindung immer schwieriger macht. Wichtig ist, dass alle Beteiligten sich selbst einbringen können und gemeinsam zu einer Entscheidung kommen. Die Verantwortlichen der Ethikberatung übernehmen bei den Fallbesprechungen sowohl Moderationsaufgabe als auch die Dokumentation der Ergebnisse mit den jeweiligen Begründungen. Neuböck empfiehlt sich im Ablauf an eine fixe Struktur zu halten, z.B. an das Nimwegener Modell. Als dritte Aufgabe analysiert Neuböck in ihrer Arbeit die Ethikberatung als Beitrag zur Qualitätssicherung der Pflege in der jeweiligen Einrichtung. Sie sieht Fallbesprechungen und Stärken-Schwächenanalysen als Möglichkeiten, um Rahmenbedingungen einer Organisation sichtbar zu machen. Die Kommunikation von erkannten Stärken und Defiziten in der Struktur an die Heimleitung sollte auch durch die Ethikberater erfolgen. Hervorgehoben wird außerdem der Wunsch nach externer Beratung. Besonders im Zusammenhang mit Angehörigen stellt die Autorin die Bedeutung einer externen Ethikberatung positiv dar. Rechtfertigungen des Pflegepersonals erübrigen sich, wenn Angehörige Entscheidungen mittragen (Neuböck 2015).

Als grundsätzliche Voraussetzung für eine Ethikberatung im Altenpflegeheim sehen es Bockenheimer-Lucius et al (2012) als notwendig allen Beteiligten an einem Fall als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Sie warnen vor dem „moralischen Zeigefinger“ ebenso wie vor der Einmischung in Beziehungen zwischen Heimbewohnern, Pflegenden und Ärzten. Bei Konsultationen gilt die absolute Schweigepflicht für alle Mitglieder des

Ethikkomitees und schließlich weisen sie noch darauf hin, dass ein Beratungsergebnis nie das individuelle Gewissen ersetzen könne.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für ethisch komplexe Entscheidungen in Organisationen Unterstützungs- und Bildungsbedarf besteht. Aus der Theorie ist eine Vielfalt an Möglichkeiten bekannt. Die Organisationen sind gefordert konkrete Ziele nach jeweiligen Bedürfnissen und Ressourcen zu formulieren, damit die verantwortlichen Personen des Ethikkomitees geeignete Instrumente der Ethikberatung implementieren können. Um die Ziele der Ethikberatung zu erreichen, ist es notwendig die drei Hauptaufgaben zu verzahnen und diese nicht nur isoliert einzusetzen.

3.2 Chancen einer Ethischen Fallberatung

„Für die Pflegenden bietet die Beteiligung an ethischen Fallbesprechungen die Chance, ihre spezifische pflegfachliche Werteorientierung und pflegfachliche Expertise in die Ethische Reflexion des Falls einzubringen... Gerade bei komplexen Entscheidungen kann die ethische Fallbesprechung zur Qualität des pflege-beruflichen Handelns ganz sicher aber zur moralischen Orientierung beitragen und die Bürde der Verantwortung für einen Einzelnen reduzieren.“ (Riedel, Stolz, Bühler 2012, S.19)

Im Zitat werden vor allem die Pflegenden als Profiteure ethischer Fallberatung angesehen, dies ist aber zu eng gefasst. Von einer Etablierung der Ethikberatung und der gelebten Praxis profitiert das gesamte Betreuungsteam (pflegerisch/medizinisch/therapeutisch) ebenso wie das soziale Umfeld mit den An- und Zugehörigen und die Heimbewohner/Heimbewohnerinnen selbst (Bockenheimer-Lucius 2007). Die Bremer Heimstiftung hat in Kooperation mit dem Hospiz Horn bereits 2005 ethische Fallbesprechungen angeboten. Die Moderatoren ziehen aus ihrer Arbeit ein Resümee und zählen dabei viele positive Effekte auf, die sich durch die Beschäftigung mit ethischen Fragen in der stationären Altenpflege ergeben haben:

- *Stärkere Individualisierung der Pflege und der medizinischen Behandlung*
- *Bewusstere Markierung des Übergangs von kurativer zu palliativ-geriatrischer Pflege und Behandlung, mehr Sterbebegleitung und gelebte Hospizkultur*
- *Stärkere Wahrung der Autonomie des alten Menschen*
- *Verbesserte Kooperation der Mitarbeiter mit Angehörigen und Ehrenamtlichen*
- *Verbesserte Fähigkeit zur Konfliktlösung, vermehrte Bereitschaft zur Konsensbildung*

- *Stärkung der Reflexionsfähigkeit und Zuwachs an ethischer Kompetenz bei den Einrichtungsmitarbeitenden: Neues Wissen entsteht, Haltungen werden überprüft, bestätigt, verändert*
- *Abnahme der Bereitschaft zur Delegation, bei gleichzeitigem Anstieg der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung*
- *Entlastung durch die gemeinsame Suche nach Lösungen und die gemeinsam getragene Verantwortung (Scholz 2010, S. 207)*

Betont wird auch, dass sich das gegenseitige Miteinander im Alltag positiv verändert zu einem wertschätzenden, achtsamen Umgang.

Ethikberatung bietet die Chance Entscheidungen

„auf interpretativem Weg, durch explizites Artikulieren der ethischen Werte und Konflikte; auf analytischem Weg, durch die Betrachtung der Konsistenz von Argumenten und Optionen und auf konstruktivem Weg, durch Vorschlagen von ethischen Kriterien anhand von Fragen und durch sorgfältiges Ausarbeiten der Argumente“ (Reiter-Theil 2009 in Riedel et al 2013, S. 63)

zu finden. Vereinfacht ausgedrückt bietet die Ethikberatung eine Möglichkeit wegzukommen von beliebigen Individualentscheidungen hin zu ethisch reflektierten gut begründeten Entscheidungen, die alle mittragen können. Professionisten und Laien, die an diesem Entscheidungsprozess beteiligt sind, werden dadurch offen für andere Standpunkte und der Boden für eine partnerschaftliche Kultur wird aufbereitet. Es kann nicht behauptet werden, dass sich der berufliche Alltag durch ethische Fragen einfacher gestaltet, aber ethische Fragen nicht zu beachten, führt zwingend in unbewusste Entscheidungen ohne Fundament (Riedel & Lehmeier 2013).

Auf der Organisationsebene birgt die Ethikberatung durch die verschiedenen Anwendungen von „ethischem Lernen“ eine Kulturveränderungschance bzw. die Notwendigkeit einer Kulturveränderung. Sichtbar im Tragen von Verantwortung, in der Schaffung von Handlungsspielräumen, in der konsequenten Umsetzung statt hehren Absichten, im respektvollen und fördernden Umgang mit Bewohnern/Bewohnerin bzgl. ihrer Freiheit und Autonomie und schließlich im inter- und intraprofessionellen Umgang (Riedel & Lehmeier 2013). Auch Heinemann sieht vielfältige Vorteile der Ethikberatung für die Einrichtungen der Altenbetreuung. Ein Zugewinn an Schnelligkeit, Produktivität und Qualität wird durch sichere und effektive Gestaltung der Arbeitsprozesse erzielt. Ein Leitbild, das gelebt wird, fördert die Mitarbeiterbindung und die Identifikation mit der Einrichtung. Die Mitwirkung an Entscheidungen vermittelt den Mitarbeitern Wertschätzung für ihre Menschlichkeit und ihre fachlichen Kompetenzen (2010).

Jox (2014) erlebt unsere Gesellschaft in einem Zustand zunehmender moralischer Orientierungsbedürftigkeit. Als Gründe dafür nennt er unter anderem fortschreitende Individualisierung und einen Wertpluralismus. Medizinisch-wissenschaftlich-technologische Fortschritte machen Unmögliches möglich und fordern von hochprofessionellen Dienstleistern im Gesundheitssystem Grenzsetzungen und kompetente Begründungen. Eine Verbesserung der moralischen Urteilskraft durch Ethikberatung kann sozialen Konflikten vorbeugen und „moral distress“ bei den Behandelnden verhindern.

Die Ethikberatung bietet also sowohl auf der Individualebene als auch auf der Strukturebene klare Vorteile und Chancen für die Entwicklung und das ethische Lernen der Organisation als Ganzes. Trotzdem wird in unterschiedlichen Projekten von einem Mangel der Inanspruchnahme ethischer Fallbesprechungen berichtet. Das folgende Unterkapitel setzt sich nun mit den beobachteten Problemen auseinander.

3.3 Grenzen und Widerstände einer Ethischen Fallberatung

Ethische Reflexion heißt die eigene Routine zu unterbrechen und das Handeln zu hinterfragen. Das wird nicht immer als bequem erlebt. Die ZEKO zeigt bereits 2006 Problem- und Konfliktfelder auf. Bockenheimer-Lucius & May zählen 2007 vier Haupthindernisse von Ethikberatung auf:

- Alltagsroutinen in der Einrichtung
- Macht- und Hierarchiegefälle
- Kommunikationsbarrieren
- Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit

Welche Widerstände und Grenzen sich bei der Implementierung ergeben können, haben Heinemann (2010) und auch Bannert (2012) wie folgt erhoben, sie können bei genauerer Betrachtung den oben genannten Hindernissen zugeordnet werden:

3.3.1 Ressourcenknappheit

In Zeiten von Effizienzsteigerung und Kostendämpfung ist die Einführung von neuen Projekten eine wahre Herausforderung. Selbst wenn die Fallbesprechungen kostenlos angeboten werden, so binden sie doch Personal. Während die Besprechung abgehalten wird, muss ein anderer die Routinearbeit erledigen. Vier bis sechs Teilnehmer sind für ca. eine Stunde für eine Fallbesprechung blockiert. Werden Fortbildungen besucht und arbeiten Mitarbeiter des Ethikkomitees engagiert bei einer Leitlinienentwicklung mit, so erfordert dies

sowohl zeitliche als auch finanzielle Mittel. Die Vorteile für alle Beteiligten (siehe voriges Kapitel) sind zwar belegt, ob es aber einen materiellen Mehrwert gibt, ist schwer messbar. Deshalb muss der Einsatz gut begründet argumentiert werden. Beispielsweise wird eine ethische Fallbesprechung nur bei schwierigen Entscheidungssituationen einberufen. Würde dies unterlassen werden, kann von einem Mehraufwand von Ressourcen ausgegangen werden. Ungelöste Konflikte beeinträchtigen außerdem die Arbeitsfähigkeit und führen zu zwischenmenschlicher und emotionaler Anspannung. Schließlich können die Folgen dem Ansehen der Einrichtung schaden.

Betreuungspersonal strebt grundsätzlich nach dem Umsetzen seines Verständnisses von Pflege oder ärztlicher Begleitung. Gelingt dies nur mehr selten, da das Erledigen von anstehenden Aufgaben es bereits an die Grenzen des Möglichen führt, so ist es nicht verwunderlich, dass sich gegen die ethische Fallbesprechung ein Widerstand entwickelt. Thematisierte ethische Fragen bringen ja die unterdrückten Impulse erst wieder zum Vorschein und halten den Professionisten den Spiegel vor. Grundsätzlich ist die „Frage nach dem Guten“ eine Unterbrechung der Alltagsroutine. Eine Sensibilisierung für ethische Konflikte fördert die Nachdenklichkeit und führt zunächst zur Entschleunigung des Handlungsflusses. Daher ist es durchaus berechtigt zu fragen, ob diese Unterbrechung gerechtfertigt ist und abzuwägen, ob es nicht leichter ist einfach standardmäßig weiterzuarbeiten!

3.3.2 Instrumentalisierung

Wenn Ethikkomitees von der Einrichtungsleitung gegründet werden, um eine positive Bewertung bei Zertifizierungsprozessen zu erlangen, dann wird dies von den Mitarbeitern in der Regel rasch durchschaut.

„Die persönliche Glaubwürdigkeit, Ernsthaftigkeit und Unabhängigkeit der Mitglieder des klinischen Ethikkomitees und der klinischen Ethikberatung sind unverzichtbare Voraussetzungen für die Akzeptanz.“ (ZEKO 2006)

Vorteile im Wettbewerb können durchaus erreicht werden durch eine vorgelebte Praxis der ethischen Werte. Finden sie sich aber nur im Leitbild der Einrichtung und werden zu Marketingzwecken missbraucht, so wirkt sich das sogar kontraproduktiv aus und Unglaubwürdigkeit ist die Folge. Eine Gefahr des Missbrauchs stellt auch die Praxis dar, wenn eine ethische Fallbesprechung einberufen wird, um eine Rechtfertigung für eine getroffene Entscheidung zu erhalten.

3.3.3 Offener Widerstand

Die Literatur berichtet von Vorbehalten in der Ärzteschaft gegenüber ethischen Fallbesprechungen. Diese geben an zu wenig Zeit zu haben, sie kommunizieren eine generelle Skepsis gegenüber neuen Gremien, sie vermuten eine Störung der vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung. Vor allem in hierarchischen Systemen kann die Implementierung an der Vorab-Abwertung durch die Leitung scheitern. Mit Aussagen wie „sowas brauchen wir bei uns nicht“ wird es kein Mitarbeiter wagen, eine ethische Fallbesprechung anzufordern.

Beim Nachfragen, warum denn keine Ethische Fallbesprechung angefordert werde, argumentiert man häufig damit, dass „bei uns sowieso alles besprochen wird“. Damit stellt sich die Frage, ob denn die Teamkommunikation besonders gut sei, wenn keine Fallbesprechung angefordert werde. Interessanterweise lässt sich genau das Gegenteil beobachten: Teams mit gut funktionierender Kommunikation nutzen besonders häufig das Instrument der Fallbesprechung!

3.3.4 Entscheidungskompetenz

In Organisationen mit stark ausgeprägten Hierarchien scheitern Implementierungsversuche an den patriarchalischen Kommunikationsstrukturen und an der fehlenden Anerkennung der verschiedenen Kompetenzen. Die Ethik wird überschätzt, wenn von ihr erwartet wird, Kommunikationsstörungen oder überzogene hierarchische Strukturen auflösen zu können. Auch entbindet das Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung nicht von der individuellen Entscheidungsverantwortung für den Einzelnen. Die Ärzteschaft äußert oft die Sorge sich dem Gruppenkonsens beugen zu müssen, das Ergebnis einer Fallbesprechung kann aber immer *nur* eine Empfehlung sein. Die Indikationsstellung obliegt dem Mediziner, für ein sachgemäßes Abwägen von Nutzen und Schaden für eine Behandlungsempfehlung im individuellen Fall ist aber ein Mehr an Wissen notwendig als nur die medizinischen Fakten. Die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme trifft der Betroffene schlussendlich selbst bzw. bei Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sein gesetzlicher Vertreter nach dem mutmaßlichen Willen, wenn keine Patientenverfügung vorliegt.

An ihre Grenzen kann eine ethische Fallbesprechung ebenso stoßen, wenn es zu keinen kontroversen Diskussionen kommt. Dies kann einerseits dem Gruppendenken geschuldet sein, andererseits dem Wunschdenken unbedingt Einigkeit aller Beteiligten zu erreichen. Dem ist entgegen zu halten, dass gerade ethische Probleme sehr komplex und vielschichtig sind und dass es nur selten eine perfekte Lösung gibt. Ziel muss sein, die verschiedenen Standpunkte transparent darzustellen und möglichst nachvollziehbare Ansätze herauszuarbeiten.

Bei einer Implementierung der Ethikberatung in eine Einrichtung für Altenbetreuung ist das Wissen um Fallstricke und Widerstände notwendig, um die möglichen Gründe eines eventuellen Scheiterns möglichst vorab auszuräumen.

3.4 Zusammensetzung und Kompetenzen eines Ethikkomitees

Um die vielfältigen Aufgaben der Ethikberatung bewältigen zu können, braucht es mehr als nur ein engagiertes Initiativteam. Bei der Gründung eines Ethikkomitees spielen die Zusammensetzung der Mitglieder und deren Fähigkeiten eine bedeutende Rolle. Damit die Arbeit des Komitees gelingen kann, müssen die Mitglieder eine breite Akzeptanz in der Einrichtung haben, sowohl die Unterstützung der Leitungen als auch der Mitarbeiter sind Voraussetzung. Es stellt sich nun also die Frage, welche Zusammensetzung von Vorteil ist und welche Kompetenzen der Mitglieder notwendig sind, um eine Ethikberatung einführen und durchführen zu können.

3.4.1 Zusammensetzung

Eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Ethikkomitees wird in allen Literaturquellen als ein unabdingbares Muss vorausgesetzt. Es gilt möglichst viele Aspekte in den ethischen Diskurs einzubringen. Die ethischen Fragestellungen in Langzeitpflegeeinrichtungen machen es daher notwendig Professionen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie, Therapie und Sozialarbeit als aktive Mitglieder im Ethikkomitee zu haben. (ZEKO 2006, Welsch 2012, Körtner 2012). Die AEM empfiehlt 2010, dass die Mitglieder aus verschiedenen Bereichen und auch Hierarchieebenen kommen sollen, um auch die Repräsentativität zu gewährleisten. Sie sieht es als erforderlich, dass Mitglieder mit medizinethischer und pflegeethischer Ausbildung Teil des Komitees sind. Da häufig rechtliche Fragen auftreten, ist auch ein Mitglied mit juristischen Kenntnissen sinnvoll. Um ein Expertengremium zu vermeiden, das möglicherweise praxisfern oder einschüchternd wirken könnte, ist darauf zu achten auch die Bewohnerperspektive abzubilden. Dies könnten beispielsweise Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder Bewohnervertretungen übernehmen. Über die Anzahl der Mitglieder gibt es keine fixe Festlegung, man orientiert sich an der Größe der Einrichtung, für die das Ethikkomitee tätig werden soll. Mindestens fünf Mitglieder werden genannt, um die Multidisziplinarität zu gewährleisten, höchstens zwanzig Mitglieder, damit das Gremium auch noch arbeitsfähig bleibt.

Neitzke (2015) zählt Kriterien auf, die bei der Auswahl der Komiteemitglieder berücksichtigt werden sollen: ausreichende zeitliche Verfügbarkeit, weisungsungebunden und unabhängig in

der Ethikarbeit, hohe kommunikative Kompetenz und ethische Sensibilität sowie Bereitschaft zur ethischen Weiterbildung.

3.4.2 Kompetenzen

Eine Gründung eines Ethikkomitees sollte mit einer schriftlich verfassten Regelung (Satzung/Geschäftsordnung) für die Arbeit der Mitglieder einhergehen (ZEKO 2006). Geregelt sind darin unter anderem Ziele und Aufgaben, Zusammensetzung, Modus der Anfrage, Berichts- und Dokumentationspflichten und Struktur des Gremiums (AEM 2010). Je nach festgelegten Aufgaben in der Geschäftsordnung müssen also die Mitglieder allgemeine und spezielle Qualifikationen mitbringen, um die Ethikberatung erfolgreich zu implementieren. Für eine Leitlinienentwicklung braucht es beispielsweise Mitglieder mit breiter Repräsentation und Fachübergreifung, während es für die Fallberatung erforderlich ist Mitglieder mit einer Sensibilität für ethische Bedürfnisse und Kompetenz in Wertediskussionen bei Konfliktfällen zu finden (Neitzke 2015).

Da sich diese Masterthesis mit der Ethischen Fallberatung beschäftigt, wird nun folgend auf erforderliche Kompetenzen für diesen Bereich eingegangen.

Die AEM hat eine Arbeitsgruppe beauftragt ein Curriculum zu entwickeln, um Menschen aus unterschiedlichen Professionen zu „*eigenverantwortlichen und kompetenten Ethikberatern/Ethikberaterinnen auszubilden*“ (2005), da der Bedarf an qualifizierter Ethikberatung zunahm. Nach Bockenheimer-Lucius & May 2007 müssen die in der Ethikberatung Tätigen in der Lage sein:

- *„ein ethisches Problem zu erkennen und zu reflektieren*
- *den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung zu moderieren und*
- *praktische Hilfestellung bei der Lösung eines ethischen Problems zu leisten,*
- *den Bedarf und die Bedeutung von Ethikberatung für die eigene Organisation zu erkennen und zu reflektieren, sowie*
- *am Aufbau und der Weiterentwicklung geeigneter Strukturen mitzuwirken.“ (Bockenheimer-Lucius, May 2007, S. 334)*

Die Qualifizierung kann nur über eine Ausbildung erfolgen, um Grundkenntnisse in Ethik, Organisation und Beratung zu erlangen. Bockenheimer-Lucius & May (2007) empfehlen im entwickelten Curriculum für die Ethikberatung für den Basiskurs 30-40 Lehreinheiten in mehreren Modulen aufgeteilt, zwischen den Modulen soll eine Praxisphase stattfinden. Eine einmalige Ausbildung wird allerdings nicht reichen, um dauerhaft die gewünschte Qualität sicherzustellen, regelmäßige Updates in Form von Weiterbildungen oder Aufbaumodulen müssen folgen.

Wallner (2015a) führt die Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz genauer aus (Abb. 4), die für die Moderation einer ethischen Fallbesprechung notwendig sind. Er betont aber, dass diese nicht in einer Person vereint sein müssen, sondern als Gesamtheit bei den Komiteemitgliedern oder auch bei den Teilnehmern einer ethischen Fallbesprechung zu finden sein sollen.

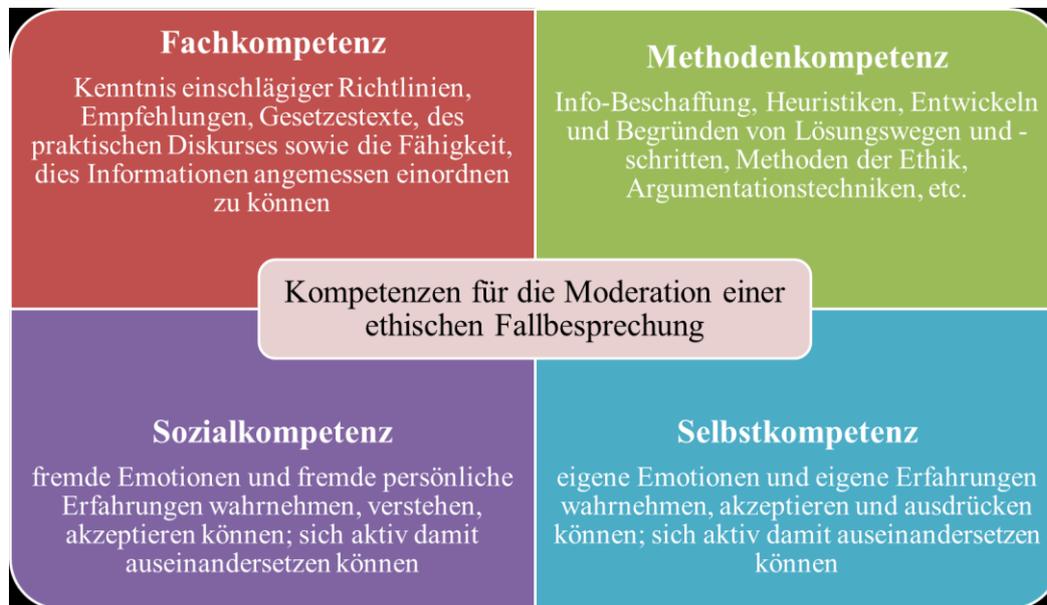


Abbildung 3: Kompetenzen für die Moderation einer ethischen Fallbesprechung (Wallner 2015a)

Abschließend lässt sich noch auf die American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) hinweisen. Diese hat bereits 1998 die Kernkompetenzen der klinischen Ethikberatung formuliert und sie 2011 in einer überarbeiteten Version veröffentlicht. Die ASBH nimmt eine Unterteilung in Wissenskompetenz einerseits und Fähigkeitskompetenz andererseits vor. Zusätzlich führt sie an, welche Kompetenzen auf grundlegendem oder fortgeschrittenem Level ausgebildet sein sollen und ob nur einzelne Komiteemitglieder darüber verfügen müssen oder alle. Neun Items wurden für das „Kernwissen“ gewählt, z.B. Moralphilosophie und ethische Theorien, Wissen über bioethische Themen, Gesundheitssysteme und – Gesundheitseinrichtungen, Richtlinien und SOP's, Ethik-Kodizes, Rechtsgrundlagen. Interessant sind die angeführten Fähigkeitskompetenzen, die in drei Teilbereiche aufgeteilt wurden:

1. Ethical assessment skills
2. Process skills
3. Interpersonal skills

Unter Ethical assessment skills sind Analyse- und Identifikationsfähigkeit von ethischen Konflikten ebenso gemeint wie die Fähigkeit Ethikliteratur zu überprüfen. Die Process skills

fassen die typischen Moderationsfähigkeiten zusammen, um den Reflexionsprozess und bei der Lösungsfindung unterstützen zu können. Dazu gehören unter anderem effektive Kommunikation von allen Beteiligten, Zusammenfassen, Dokumentieren und Evaluieren und eine strukturierte Vorgehensweise. Der letzte Teilbereich, die interpersonal skills, wird als grundlegend beschrieben und soll von allen Teammitgliedern des Ethikkomitees beherrscht werden. Man könnte den Begriff der „Haltung“ als Überschrift wählen, erwartet werden Toleranz, Geduld, Mitgefühl, Ehrlichkeit, Mut, Klugheit, Demut und Integrität. Aktives Zuhören und Gehört werden, Empathiefähigkeit, das Erkennen und Bearbeiten von Kommunikationshindernissen und schließlich ein Herausarbeiten der moralischen Sichtweisen der Beteiligten sind noch weitere angeführte interpersonal skills. (Wallner 2015a, Fölsch 2015)

Der Erwerb von Wissen und Methoden kann gut strukturiert in Studien- und Lehrgängen vermittelt werden. Um eine ethische Kompetenz zu erlangen, braucht es aber vor allem auch ein mehrjähriges Erfahrungswissen, das mit der Theorie verknüpft werden kann. Körtner hat 2012, angelehnt an das Pflegekompetenzmodell von Benner („From Novice to Expert“), ein Stufenmodell für die pflegeethische Kompetenz entwickelt. Im fünfstufigen Modell wird die Mitarbeit im Klinischen Ethikkomitee erst in der letzten Stufe „Pflegeethik-Experte“ ausgewiesen.

Das Anforderungsprofil, das Mitglieder eines Ethikkomitees bzw. Ethikberater erfüllen sollen, ist laut Literaturangaben also ein sehr umfassendes. Es braucht einerseits Wissen, Fähigkeiten und Erfahrung mit ethischen Fragestellungen und ebenso Systemwissen, andererseits eine gewisse Distanziertheit zur betroffenen Abteilung und zum Fall. In Einrichtungen, in denen es noch keine Ethikberatung gibt, fehlt auch das Lernen an Vorbildern. Dennoch kann sich ethisch reflektiertes Handeln nur dort entwickeln, wo der Stein einmal ins Rollen gebracht wird. Mutige Idealisten mit den geforderten Qualifikationen könnten ein Anfang sein um diese Vorbilder zu schaffen.

3.5 Die Rolle des Bewohners und seiner Angehörigen in der Ethischen Fallberatung

Die ethische Fallbesprechung hat zum Ziel eine differenzierte Wahrnehmung und Beurteilung einer Behandlungssituation sicherzustellen. Unterschiedliche Berufsgruppen haben unterschiedliche Meinungen zum weiteren Vorgehen in einem individuellen Fall. Medizin

und Pflege sind aber meist sehr fokussiert auf die Krankengeschichte, medizinische Fakten und Prognosen. Um eine Reduktion auf diese Sichtweise zu vermeiden und eine vielseitige Wahrnehmung zu garantieren, müssen andere Aspekte, die für Entscheidungen relevant sind, hereingeholt werden. Fragen über das Zuhause (wie und wo), den Lebensentwurf, die Prioritäten, Zukunftsperspektiven, soziales und informelles Netzwerk, Glauben etc. können Mitglieder des Betreuungsteams nicht beantworten. Es braucht also für eine ethisch korrekte Entscheidung unabdingbar ein möglichst umfassendes Bild des Patientenwillens (Heinemann 2010). Ist der Betroffene selbst in der Lage seinen Willen zu kommunizieren, dienen der „Informed Consent“ oder der derzeitige Goldstandard „Shared decision-making“ Prozess als Instrumente für oder gegen eine Heilbehandlungsmaßnahme bei vorliegender medizinischer Indikation als Voraussetzung (Wallner 2014). Anders bei Menschen mit fehlender Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und gleichzeitiger Absenz von rechtlich bindenden Willensbekundungen, wie der beachtlichen Patientenverfügung. Hier treten nun Angehörige zur Erhebung des mutmaßlichen Willens in den Vordergrund. Dabei ist es unerheblich, was Angehörige *wünschen*, dadurch könnte der Eindruck für die Angehörigen entstehen, sie müssten Therapieentscheidungen treffen und verantworten. Es geht vielmehr darum durch Erhebung von früheren Aussagen oder Handlungen des Betroffenen eine Vorstellung vom Lebensentwurf zu bekommen und den Patientenwillen zu erraten (Heinemann 2010). Würde man diesen elementaren Aspekt außer Acht lassen, *so „kann auch ein ethisches Entscheidungsmodell Gefahr laufen, ungerechtfertigt (zu) paternalistisch zu agieren“ (Krones 2015, S.46).*

Die persönliche Anwesenheit von Betroffenen und Angehörigen bei der ethischen Fallberatung hat sowohl Vor- als auch Nachteile, die folgend formuliert werden.

Vorteile:

- Die Sichtweise zu einer Problemstellung kann von keinem so authentisch vermittelt werden wie von der betroffenen Person selbst
- Angehörigen wird die Möglichkeit eröffnet, sich selbst zu äußern. Es wird deutlich gemacht, dass Entscheidungen nicht aus der Willkür eines Einzelnen entstehen, sondern reflektiert und dann gut begründet argumentiert werden können. Gemeinsam getragene Entscheidungen können nur durch Beteiligung der Angehörigen entstehen.
- Vermittlung von Wertschätzung und Anerkennung im Sinne von „Du bist uns wichtig“ (Welsch 2012)

Nachteile:

- Unmittelbare Beteiligung an der Besprechung wird als emotionale Überforderung von den Angehörigen empfunden
- Patiententeilnahme kann hinderlich für eine offene oder kontroverse Auseinandersetzung über das Behandlungskonzept sein (Heinemann 2010)
- Gefahr, dass durch die Darstellung der Angehörigen die Selbstbestimmtheit des Heimbewohners verzerrt oder gar missachtet wird. Dies gilt besonders bei besonderer Fürsorglichkeit und Zuwendung (Bockenheimer-Lucius 2007)

Nun stellt sich die Frage, wie die wichtigen Sichtweisen von Betroffenen und/oder Angehörigen in die Fallberatung getragen werden und wie eine effektive Beteiligung aussehen könnte.

Die AEM empfiehlt 2010, dass Bewohner selbst oder die stellvertretenden Angehörigen eine ethische Fallberatung anfordern können sollen. Eine Einbeziehung ist anzustreben, auch eine Zustimmung zur Durchführung kann in einzelnen Fällen sinnvoll sein.

Heinemann (2010) nennt ebenso die Information über die Durchführung, darüber hinaus die Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens im Vorfeld der Fallberatung und die Mitteilung des Ergebnisses. Welsch (2012) führt als Ergänzung die Möglichkeit an, den Besuch des Patienten am Krankenbett wahrzunehmen, um einen Eindruck der aktuellen Situation zu gewinnen. Dies kann von einzelnen Besprechungsteilnehmern oder dem gesamten Gremium gemacht werden. Um die Angehörigen im Rahmen der Faktensammlung und Informationsweitergabe zu beteiligen, plädieren Janssens & Graf (2010) für eine Angehörigenkonferenz. Der Hinweis, dass Diskussionen über Therapiefortführung bzw. Therapieminimierung unter den Betreuenden bei Angehörigenanwesenheit nichts zu suchen haben, findet sich auch in diesem Instrument wieder. Als Beispiel der Angehörigenbeteiligung schlägt Welsch folgende Vorgangsweise bei ethischen Fallbesprechungen vor:

„Die ethische Fallbesprechung beginnt zunächst ohne Angehörige durch das Behandlungsteam mit der Darstellung der Diagnose, des aktuellen Zustands und der Prognose...Der Fall wird diskursiv erörtert, so dass jedes Mitglied des KEK [klinischen Ethikkomitees] seine Perspektive einbringen und die Situation nachvollziehen kann. Sodann werden die Angehörigen miteinbezogen.“ (Welsch 2012, S.107).

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist auf eine klare Abgrenzung zu den Bedürfnissen der Angehörigen zu achten. Zu bedenken ist, dass Angehörige gerade in „end of

life“ Situationen aufgrund ihrer emotionalen Beteiligung zum Willen des Patienten selbst nur bedingt gültige Aussagen treffen können (Albisser Schleger et al 2012).

Die Form der Beteiligung von Bewohnern und Angehörigen an einer ethischen Fallbesprechung wird in der Literatur also kontrovers diskutiert. Außer Frage steht hingegen, dass die Beteiligung am Entscheidungsprozess positiv ist. Wie und wann die Beteiligung am sinnvollsten ist, muss im individuellen Konfliktfall vom Betreuungsteam entschieden werden. Zusammenfassend muss man sagen, dass eine ethische Entscheidung ohne umfassende Informationen von Betroffenen und sozialem Umfeld wohl keine ethische sein kann.

3.6 Ethikberatung und Recht

Ein geltender Grundsatz für die Ethikberatung wird 2006 von der ZEKO formuliert:

„Eine ethische Beratung und Leitlinienentwicklung kann nur innerhalb des rechtlichen Rahmens erfolgen. [...] Es muss allen Beteiligten bewusst sein, dass die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden durch die ethische Fallberatung nicht aufgehoben werden.“

Welche Bedeutung hat nun diese Aussage für die Praxis der ethischen Fallberatung? Es stellt sich auch die Frage, ob sich das Ergebnis einer ethischen Fallberatung nicht in der Bedeutungslosigkeit verliert, wenn es keine Verpflichtung gibt, das Ergebnis durchzusetzen.

Die Literatur bietet dazu nun folgende Antworten:

1. Die ethische Fallberatung hat eine konsiliarische Funktion. D.h., dass auch das Ergebnis immer nur eine Empfehlung sein kann. Diese Tatsache hat einen enormen Vorteil: der Vorwurf des Übergriffes in die ärztliche Entscheidungskompetenz fällt weg (Heinemann 2010). Gleichzeitig hat sie aber auch einen Nachteil: Die Empfehlung entbindet den Entscheidungsträger nicht von der Eigenverantwortung und auch nicht von gegebenenfalls haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen (ZEKO 2006).
2. Die ethische Fallberatung dient dem Betreuungsteam als Unterstützung in schwierigen Situationen. Wenn in Ethikberatungen Handlungen empfohlen werden, die gar nicht erlaubt sind, ist dem Anfrager natürlich nicht geholfen. Bei vielen Fragestellungen müssen zunächst die Rechtsgrundlagen geklärt werden. Mangelnde Kenntnisse über aktuelle Rechtsvorschriften schüren die Angst vor strafrechtlichen Sanktionen. In manchen Fällen kann dies dazu führen eine ethisch notwendige Handlung zu unterlassen. Dies gilt vor allem bei Entscheidungen am Lebensende und bei Therapiezieländerungen. Der Palliativmediziner Borasio hat es treffend auf den Punkt

gebracht. „*Rechtsunsicherheit erzeugt Angst, Angst behindert den Dialog und ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen.*“ (2007). Ethikberater müssen also sehr gute Grundkenntnisse in Medizinrecht haben und in Spezialfragen die Möglichkeit wahrnehmen können, Juristen zu Rate zu ziehen, die bei der Klärung behilflich sein können.

Ethikberatung fungiert auch als Rechtsberatung und präventives Instrument im Risikomanagement- gelöste Konflikte brauchen keine gerichtliche Klärung (Rothärmel 2010).

3. Der Vorwurf der Bedeutungslosigkeit wird folgend entkräftet: es ist als äußerst positiv zu werten, wenn es die Möglichkeit gibt, eine gemeinsame Empfehlung zu erarbeiten. Auch wenn diese nicht so umgesetzt wird, so werden die Gründe für eine etwaige andere Entscheidung transparent und verständlich gemacht (Heinemann 2010). Qualitativ hochwertige Ethikberatung fördert die Kommunikation im Team und zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und trägt dadurch zu einer verbesserten Fehlerkultur bei (Rothärmel 2010).

Weitere Rechtsaspekte sind die Schweigepflicht und die Einwilligung des Betroffenen.

Alle Beteiligten einer ethischen Fallberatung sollen zur Schweigepflicht verpflichtet werden, wenn sie dieser nicht ohnehin durch berufsrechtliche Regelungen unterliegen.

Die Dokumentation über die Fallberatung ist ausschließlich im Bewohnerakt aufzubewahren (ZEKO 2006). Lt. Österreichischer Patientencharta Art. 19 ist den Patienten und Patientinnen die Einsichtnahme in die geführte Dokumentation zu gewähren.

Zur Einwilligung gibt es keine gesetzliche Verpflichtung. Nach Empfehlung der ZEKO 2006 sollte diese aber von Betroffenen oder seinen Vertretern eingeholt werden.

4 Modelle der Ethikberatung

Ethikberatung wird in der Praxis in unterschiedlichen Formen angeboten und durchgeführt. Eine Anfrage kann von einer Expertengruppe („Teammodell“) oder einem Ethikberater („Solomodell“) bearbeitet werden. Für eine nachvollziehbare und transparente Vorgehensweise in der Ethikberatung ist es notwendig, dass sich die Mitglieder eines Ethikkomitees für eine Form des Handelns entscheiden. In diesem Kapitel werden im ersten Teil die Möglichkeiten der Strukturen der Ethikberatung vorgestellt. Der zweite Teil befasst sich mit Entscheidungsfindungsmodellen, die einen Leitfaden für die Durchführung einer ethischen Fallberatung geben sollen.

4.1 Strukturmodelle für den Beratungsprozess

Neitzke (2010) differenziert zwischen Expertenmodell, Delegationsmodell, Prozessmodell und offenen Modellen, die in der Folge kurz vorgestellt werden.

4.1.1 Expertenmodell

Bei diesem Modell wird eine schwierige Entscheidung an das Ethikkomitee herangetragen. Die Komiteemitglieder führen eine Besprechung durch, um zu einer ethisch korrekten Antwort zu kommen, die dann dem Anfrager präsentiert wird. Der klare Vorteil für den Anfrager liegt vorwiegend darin, dass er schwierige Entscheidungen quasi an die Experten abgeben kann. Dass bei diesem Modell viele Defizite im Sinne einer Beratung auftauchen, liegt auf der Hand: an erster Stelle ist das Fehlen einer Nachfragemöglichkeit zu nennen, das Ethikkomitee kann sich nur auf vorliegende Fakten stützen, dies widerspricht dem Grundsatz, aufgrund eines umfassenden Gesamtbildes der Situation eine Entscheidung zu treffen. Ein weiterer Nachteil ist die fehlende Beteiligung der direkt Betroffenen an der Lösungsfindung. Für eine prospektive Fallberatung ist das Expertenmodell deshalb als ungeeignet zu qualifizieren (Neitzke 2010). Durchaus berechtigt erscheint es in der Politikberatung, wie der Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes.

4.1.2 Delegationsmodell

Sehr ähnlich dem Expertenmodell definiert sich das Delegationsmodell. Es bindet eine Person in die Beratung unter Experten mit ein. Diese wird aus dem Personenkreis der Anfragenden als Delegierter geschickt und kann somit Informationen beisteuern bzw. steht für Rückfragen zur Verfügung. Eine optimale Darstellung des Gesamtbildes bietet auch dieses Modell nicht. Für ein noch unerfahrenes Beratungsteam bietet dieses Modell allerdings den Vorteil im geschützten Rahmen über ethische Konfliktfälle zu beraten, auch ist es organisatorisch

einfacher zu bewerkstelligen als die Fallbesprechung auf der Abteilung. Vordergründig eignet sich dieses Modell für eine Leitlinienentwicklung in einer Gesundheitseinrichtung (Neitzke 2010, Bockenheimer –Lucius et al 2012).

4.1.3 Prozessmodell

In den Prozessmodellen werden jene Strukturen zusammengefasst, die eine ethische Entscheidungsfindung am Ort des Geschehens ermöglichen. Dies kann durch ein Teammodell oder auch im Solomodell durchgeführt werden. Das Ziel einer ethischen Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern kann nur durch dieses Modell erreicht werden (Neitzke 2010).

Um dem Ethikteam den Tribunalcharakter zu nehmen, zeigt die Praxis, dass auf keinen Fall mehr als drei Mitglieder des Ethikkomitees an einer Fallberatung teilnehmen sollen. Besonders gefordert ist in diesem Modell die Leitungsfunktion (Moderation), da diese alle Perspektiven der Beteiligten sichtbar machen muss und gleichzeitig sich selbst als Ethikexperte einzubringen hat.

Als Sonderform werden an dieser Stelle noch die Ethik-Konsildienste vorgestellt. Hierbei führt eine ethisch kompetente Person mit breiter Akzeptanz in der Gesundheitseinrichtung als Einzelperson Beratungen auf Anfrage durch. Abgedeckt wird dies in Form eines organisierten Bereitschaftsdienstes. In der Literatur hat sich auch der Begriff des Ethik-Liaison-Dienstes durchgesetzt. Dieser ist direkt im Team tätig und präsent, eine Anfrage im Anlassfall ist also nicht notwendig, ein niederschwelliger Zugang ist gewährleistet. Damit besteht die Chance ein ethisches Handeln in den Alltag zu integrieren (Wallner 2016).

4.1.4 Offene Modelle

Nach Neitzke (2010) sind damit andere Formen der Ethikberatung gemeint, die auch ohne institutionalisierte Organisation auskommen. Exemplarisch werden Ethik-Cafés, Ethik-Salon, Arbeitskreis Ethik, Ethik-Forum, usw. genannt. Sie dienen hauptsächlich der Diskussion von ethischen Themen zur Sensibilisierung und Weiterbildung.

Aufgrund der dargestellten Einsatzgebiete der einzelnen Strukturmodelle ist für eine prospektive ethische Fallberatung das Prozessmodell zu favorisieren. Es ermöglicht durch die diskursive Entscheidungsfindung vor Ort die aktive Einbindung der beteiligten Personen und fördert die ethische und moralische Kompetenz der Mitarbeiter.

Für die Organisation Alten- und Pflegeheim hat die Vergangenheit gezeigt, dass die Einrichtung eines Ethikkomitees und der damit verbundene Ressourcenaufwand im Verbund besser zu organisieren ist als an jedem einzelnen Standort (Bockenheimer-Lucius et al 2012). Die sogenannten „Joint Committees“ entstanden in den USA und bieten Vorteile in Bezug auf finanziellen und personellen Aufwand, effektive Ausbildung der Berater/Moderatoren, höhere Anzahl von Anfragen, dadurch bessere Qualität durch Erfahrungsreichtum. Kritisch muss angemerkt werden, dass durch die Verbund-Komitees allerdings der Zugang nicht mehr so niederschwellig ist, da die Ethikberater in der Einrichtung selbst nicht unbedingt bekannt sind. Andererseits könnte auch eine Hemmschwelle der Anfrage entstehen durch den Denkansatz eigene Probleme lieber selbst zu lösen als die Einmischung Dritter zu gewähren und somit den Einblick von Fremden zuzulassen (Bockenheimer-Lucius et al 2012).

Für den Ablauf und die Vorgangsweise einer ethischen Fallberatung wurden für diese Masterthesis das Praxismodell der METAP und die Nimwegener Methode ausgewählt, die nun inhaltlich kurz vorgestellt und anschließend gegenübergestellt werden.

4.2 METAP- Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett

Die Leitlinie wurde 2012 publiziert, für die Zusammenfassung der Inhalte in diesem Kapitel wurde das Handbuch „Klinische Ethik-METAP“ von Albisser Schleger, Mertz, Meyer-Zehnder und Reiter-Theil (2012) als Literaturgrundlage herangezogen.

METAP ist eine Abkürzung, die für folgende Schlüsselwörter steht:

- **Modular:** meint eine Anordnung der Übersichtskapitel im Baukastensystem. Eine Anwendung ist je nach Patientensituation einzeln oder auch kombiniert möglich.

Die vier Begriffe

- **Ethik**
- **Therapieentscheide**
- **Allokation und**
- **Prozess**

beziehen sich auf den medizinethischen Entscheidungsprozess. Die ethisch reflektierte Zuteilung medizinischer und pflegerischer Ressourcen rückt dabei in den Mittelpunkt.

Die medizinethische Leitlinie wurde von einem Expertenteam nach international gültigen Standards entwickelt und dient als Entscheidungshilfe für klinische Fachleute. Ziel jeder

Leitlinie ist es das aktuellste verfügbare Wissen in die Praxis zu transportieren, das macht eine regelmäßige Überarbeitung von METAP notwendig. Für viele ethische Themen existieren bereits Leitlinien, aber mit METAP ist der Projektgruppe in Basel (CH) etwas gelungen, das es bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht gab. Mit dem Handbuch und der beigelegten Kitteltasche (Leporello) ist ein Werkzeug für die Praktiker entstanden, das die Akteure im Gesundheitswesen durch schwierige Entscheidungssituationen leiten und die Entwicklung in ethischer Kompetenz fördern soll. METAP umfasst in ihrem Stufenmodell verschiedene ethische Unterstützungsmöglichkeiten und stützt diese auf eine wissenschaftliche Grundlage. Als zentrales Ziel wird die ethische Angemessenheit von Therapieentscheidungen genannt. Wie in Abbildung 4 dargestellt, werden dazu explizit formulierte Werte und Prinzipien bearbeitet. Die Vermeidung von Über-, Unter- und Ungleichversorgung steht im Vordergrund, ebenso die Perspektivenbreite und die Berücksichtigung von möglichen Folgen. Eine ethisch angemessene Entscheidung kann nur gerechtfertigt sein, wenn sie auf solidem Wissen beruht.

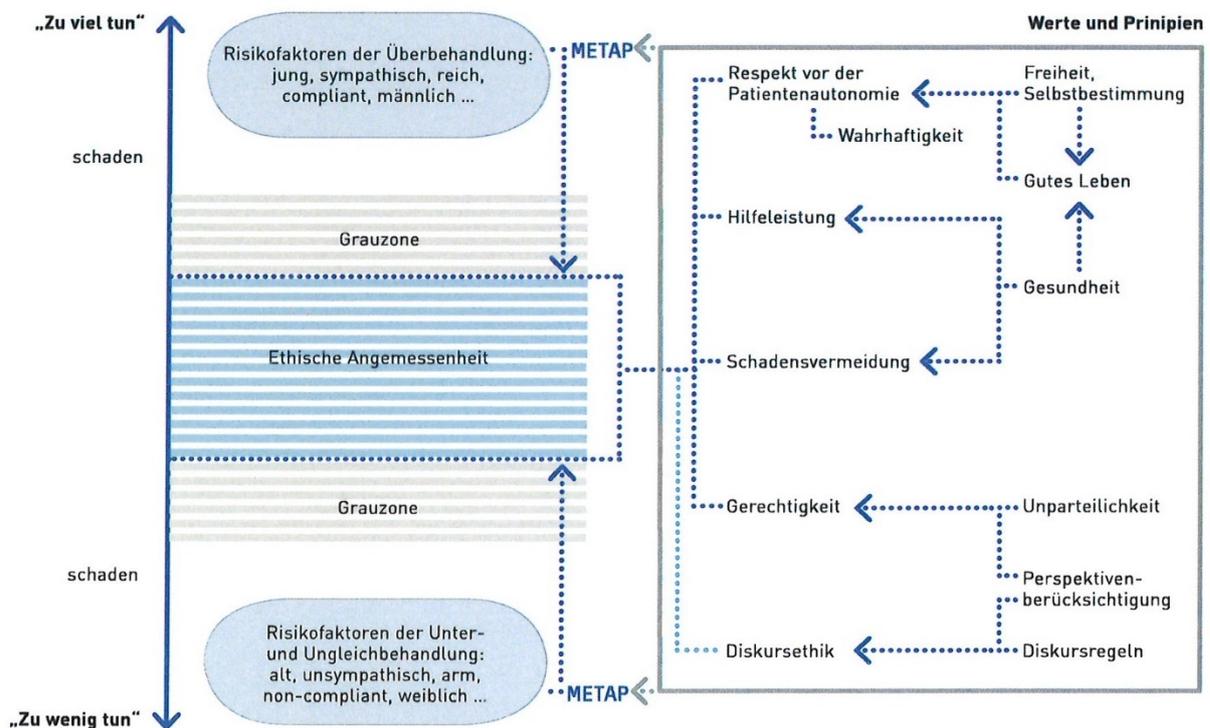


Abbildung 4: Ethische Angemessenheit durch METAP (Albisser Schleger et al 2012, S. 103)

Das Handbuch der Herausgeber gliedert sich in drei Teile. Im Teil I werden die Grundlagen der Entscheidungsfindung dargelegt. Es wird auf rechtliche, ethische, medizinische, psychologische und interaktive Rahmenbedingungen des Therapieentscheidungsprozesses

eingegangen. Teil II befasst sich schwerpunktmäßig mit Themen der praktischen Umsetzung, hier rücken Bedeutung der Selbstbestimmung und Gerechtigkeit in Zusammenhang mit urteils- und nicht urteilsfähigen Patienten in den Vordergrund. Auch die Rolle der Angehörigen wird erläutert. Teil III beschreibt die Vorgangsweise bei schwierigen Entscheidungen anhand des vierstufigen „Eskalationsmodells“ von METAP (Abbildung 5). Die Anwendung dieses Modells wird in der Folge nun genauer beschrieben.



Abbildung 5: Eskalationsmodell METAP (eigene Darstellung)

Das Eskalationsmodell von METAP soll keine Rezeptethik sein, viel mehr stellt es einen Rahmen für die Problemanalyse und -klärung dar. Grundsätzlich beginnt das Eskalationsmodell mit dem Auftreten bzw. mit der Wahrnehmung eines ethischen Problems. Stufe 1 und Stufe 2 streben individuelle Lösungen an, ohne ethische Berater zu konsultieren bzw. eine Fallbesprechung durchzuführen. METAP bietet dazu ein Hilfsmittel an, um das ethische Problem zu identifizieren (siehe Anhang 1). Durch dieses Instrument kann die Fachperson das Problem lokalisieren und mit Hilfe des „Leporellos“ selbständig nach Lösungen suchen (Stufe 1). Bei Unsicherheiten wendet sich die Fachperson sodann an ein vertrautes Mitglied der Steuergruppe (Stufe 2). Um METAP anzuwenden, ist es also notwendig motivierte Mitarbeiter zu schulen, damit diese im Alltag ihren Kollegen und Kolleginnen unterstützend zur Verfügung stehen. Kann das Problem trotz Klärungsversuch mit dem Steuergruppenmitglied unter Zuhilfenahme der vorgegebenen Literatur nicht gelöst werden, wird in Stufe 3 eine ethische Fallbesprechung im interprofessionellen Team organisiert, eine Ethikberatung ist in Stufe drei noch nicht vorgesehen.

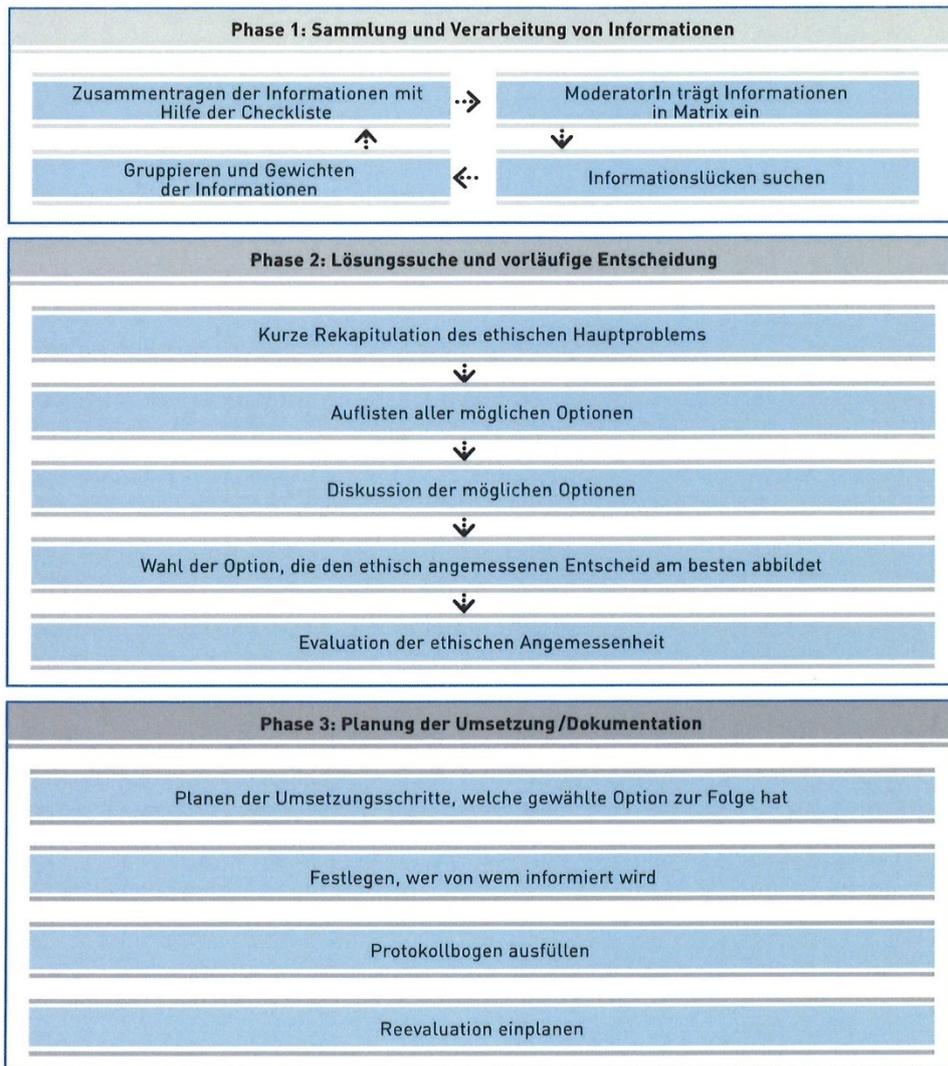


Abbildung 6: Ablaufschema einer ethischen Fallbesprechung (Albisser Schleger 2012, S. 252)

Zur Vorbereitung und Durchführung einer ethischen Fallbesprechung wird bei METAP ein Mitglied der Steuergruppe vorgesehen. Als Hilfsmittel stellt es eine eigene Checkliste zur „Vorbereitung einer ethischen Fallbesprechung“ zur Verfügung (siehe Anhang 2). Um die Durchführung zu unterstützen, bietet METAP eine weitere Checkliste zur Informationssammlung an und einen Bogen zur ethischen Evaluation der Therapieoptionen (Anhang 3-4). Der dreiphasige Ablauf einer Fallbesprechung im Behandlungsteam wird in Abbildung 6 dargestellt.

Wenn in Stufe 3 kein Ergebnis erzielt werden kann, wird in Stufe 4 eine Fachperson mit expliziter Ethikkompetenz hinzugezogen. Sie soll erweiterte Lösungsmöglichkeiten in den Prozess bringen. Beispielhaft werden Interessenskonflikte, eine schwierige Teamdynamik, kontroverse Wertvorstellungen oder Meinungsverschiedenheiten und institutionelle Konflikte als Gründe für die Stufe 4 genannt. Bei dringend zu klärenden ethischen Fragestellungen ist es mitunter notwendig sofort in den Beratungsprozess der Stufe 3 oder 4 einzusteigen und die

Stufen 1 und 2 zu überspringen. In der Stufe 4 des Eskalationsmodells wird von den klinischen Akteuren ein Ethikkommission angefordert. Meist ist das Problem sehr komplex und hat bereits eine Vielzahl an Personen beschäftigt. Die Fachpersonen haben das Gefühl alles versucht zu haben, und trotzdem sind die Meinungsunterschiede zu groß oder die Ergebnisse für die Betroffenen nicht annehmbar. Wenn das Ethikkommission angefordert wird, gibt es also meist schon eine lange Geschichte dahinter. Für dieses Kommission hat METAP ein „*integratives Modell der Ethikberatung*“ entwickelt. Werte und Prinzipien sind darin angelehnt an den Vier-Prinzipien-Ansatz nach Beauchamp & Childress, eine weitere ethische Orientierung bietet der „*systematische Wechsel der Perspektiven*“ nach Reiter-Theil. Dadurch eröffnet das Ethikkommission die Möglichkeit eine umfassende Zusammenschau über die Gesamtsituation zu erlangen und in der Folge zu einer ethisch angemessenen Entscheidung zu kommen. Auch wenn die Beteiligten nach einer raschen Lösung streben, so muss der Fokus in der Beratung stets auf das *Wie* gelegt werden. Ein prozesshaftes, partizipatives und lösungsorientiertes Vorgehen ist anzustreben, ein autoritärer und direkter Stil zu vermeiden. Eine zentrale Aussage für die Form der Ethikberatung findet sich im Handbuch auf S. 273:

„Ebenso wenig genügt es aber, in der Runde nur Positionen auszutauschen oder sich auf eine x-beliebige Mehrheitsmeinung zu einigen; ein solches Prozedere hätte mit Ethik und professioneller Beratung wenig gemeinsam. Ein vermeintlich neutraler Ansatz, nach dem die Ethikfachperson „nur moderierend tätig“ wird... mag zunächst verführerisch klingen, bleibt aber wichtige Aufgaben schuldig: Die Ethikfachperson soll nämlich Verantwortung für die Qualität des Prozesses übernehmen und dafür einstehen können, dass das Ergebnis ethisch gut vertretbar und auf einer soliden Bewertung der Argumente pro und contra beruht.“

Um dieser Anforderung gerecht zu werden, bedarf es gezielter Ausbildung und Begleitung. Jeder Fall ist anders gelagert und jedes Betreuungsteam handelt nach eigenen Regeln. Die Balance zwischen neutralem Konfliktlöser und urteilendem Schiedsrichter zu finden, stellt für die Ethikberater eine überaus fordernde Aufgabe dar. Das integrative Modell nach METAP versucht den Ethikberatern/Ethikberaterinnen Orientierung zu geben, indem es ein „Inventar der Aktivitäten und Stufenmodell“ (Abbildung 7) präsentiert.

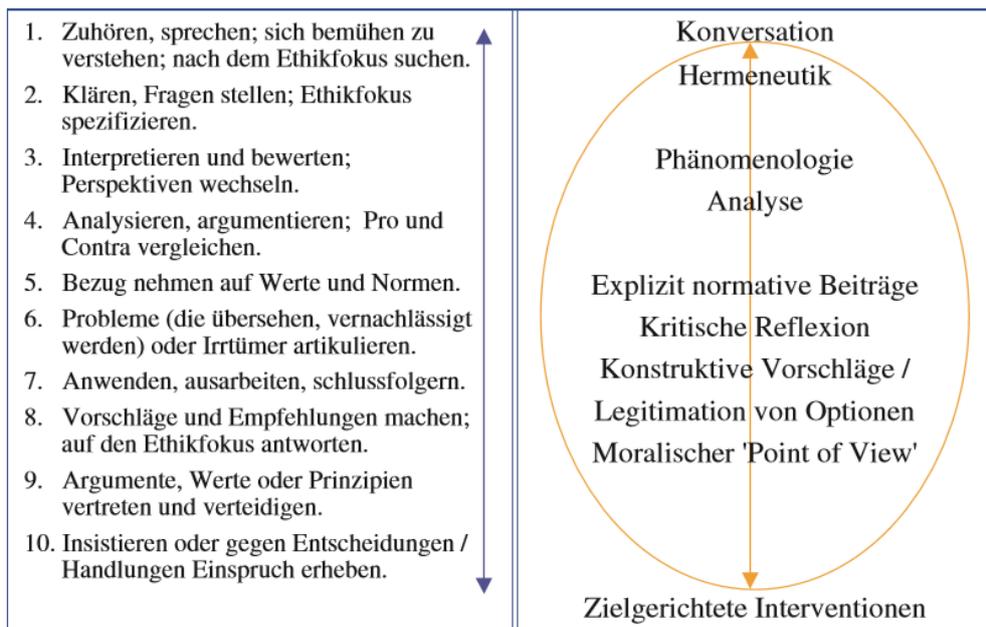


Abbildung 7: Inventar der Aktivitäten und Stufenmodell (Reiter-Theil 2008, S. 361)

Auf der linken Seite der Abbildung werden von eins bis zehn Aktivitäten formuliert, wobei mit dem Ansteigen der Nummer auch die Intensität auf moralische Werte, ethische oder rechtliche Normen zunimmt. Die theoretischen Rahmenkonzepte auf der rechten Seite sollen Orientierung geben und darauf hinweisen, dass eine einzelne ethische Theorie die Bedürfnisse der Praxis nicht abdecken kann. Die Punkte eins bis drei sind besonders hervorzuheben, da sie die Grundlage zur Klärung und zum Verstehen des ethischen Problems darstellen. Ohne die lückenlose Bearbeitung dieser ersten drei Punkte ist die weitere Analyse und ein Ergebnis ein unmögliches Unterfangen. Die Autoren weisen darauf hin, dass dabei nicht nur die Fachpersonen beteiligt werden sollen, sondern dass vor allem die Betroffenen und ihre Angehörigen in den Fokus der Aufmerksamkeit rutschen müssen.

4.3 Klinisch-ethisches Interaktionsmodell mit der Nimwegener Methode zur ethischen Fallbesprechung von Gordjin und Steinkamp

Gordjin und Steinkamp sind Medizinethiker an der Medizinischen Fakultät der Universität Nimwegen in den Niederlanden und haben bereits 2003 die Nimwegener Methode zur Durchführung einer Fallbesprechung veröffentlicht. Die Begründer der Nimwegener Methode haben diese in ihr „klinisch-ethisches Interaktionsmodell“ eingebettet. Seit der Veröffentlichung wurde das Ursprungsmodell in vielen Einrichtungen angewendet und von

Praxisanwendern angepasst (beispielsweise Malteser Trägergesellschaft Köln, Evangelische Heimstiftung in Baden-Württemberg oder Bremer Heimstiftung).

Die Grundidee des Klinisch-ethischen Interaktionsmodells ist die Behandlung ethischer Fragen sowohl auf Organisationsebene als auch auf Stationsebene. Die Schwerpunktsetzung liegt an der Erarbeitung von Empfehlungen für spezielle ethische Fragestellungen durch ein Ethikkomitee und der Schaffung von Rahmenbedingungen für eine moderierte ethische Fallbesprechung auf der Station. Die Bereitstellung einer Gruppe von ausgebildeten Mitarbeitern, die dann diese Fallbesprechung moderieren, obliegt organisatorisch dem Ethikkomitee. Dass das Komitee selbst Fallbesprechungen durchführt, ist eher nur in Ausnahmen vorgesehen. Das Modell will die Stärken des Top-down Modells und des Bottom-up-Modells (siehe Kap. 2.1) miteinander verbinden und so den Veränderungsprozess in einer Gesundheitseinrichtung in Gang setzen. Es soll also die Teilhabe der Gesundheitsberufe an ethischen Entscheidungen fördern und das ethische Nachdenken auch zur Verantwortlichkeit der Leitung werden lassen (Steinkamp & Gordijn 2005).



Abbildung 8: Das klinisch-ethische Interaktionsmodell (eig. Darstellung nach Gordijn & Steinkamp 2005, S. 139)

Auf 118 Seiten stellen die Autoren das äußerst praxisorientierte Interaktionsmodell vor. Umfassend wird auf die Aufgaben und die Implementierung eines Ethikkomitees eingegangen. Konkret sieht das Modell die Arbeit des Ethikkomitees als unabhängig an. Implementiert in der Organisation entwickelt es systematisch Empfehlungen in folgenden vier Schritten:

1. *Entscheidung für ein Thema und Entwicklung einer Fragestellung*
2. *Sammeln von Informationen*
3. *Entwickeln und Abwägen ethischer Argumente*
4. *Antwort auf die Ausgangsfrage (Steinkamp & Gordijn 2005, S. 190).*

Die Autoren sehen es als unabdingbar in Punkt 2 eine umfassende Faktensammlung durchzuführen, um dem Bezug und dem Kontext zum Alltag in der betroffenen Gesundheitseinrichtung ausreichend Gewicht zu geben. In der Führungsebene wird dann die Entscheidung getroffen, ob die erarbeitete Empfehlung als Leitlinie herausgegeben wird.

Im Aufgabenbereich des Ethikkomitees liegt auch die Organisation von Fort- und Weiterbildungen. Hier wird die Zusammenarbeit mit den Fortbildungsbeauftragten der Einrichtung als relevant gesehen. Angeboten sollen sowohl berufsgruppenspezifische als auch teambezogene Fortbildungen werden (Steinkamp & Gordijn 2005).

Für die Fallbesprechung werden je nach Zielsetzung differenzierte Formen angeboten. Die Methode der hermeneutischen Fallbesprechung wird vorzugsweise für die retrospektive Besprechung zur Analyse und Evaluierung genutzt. Um in einer Einrichtung auf ethische Grundsätze zu bestimmten Themen hinzuweisen, kommt das Sokratische Gespräch zum Einsatz. Bei Fortbildungen oder in Ethik-Cafés kann so eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Die Nimwegener Methode wird für die prospektive Besprechung aktueller ethischer Problemsituationen angewendet (Steinkamp & Gordijn 2005). Auf diese wird in der Folge näher eingegangen.

Drei Grundsätze definieren die Fallbesprechung im Interaktionsmodell:

1. Durchführung der Fallbesprechung von den Verantwortlichen des betroffenen Teams, Rahmenbedingungen werden vom Ethikkomitee erfüllt.
2. Moderator ist nicht aus der Abteilung, aber vertraut mit den Institutionsgegebenheiten.
3. Gesprächsdurchführung nach einer Fallbesprechungsmethode, Zusammenfassung in einem Protokoll.

Die Nimwegener Methode zur Gesprächsführung ist für eine multidisziplinäre Teambesprechung konzipiert. Beim ersten Hinsehen findet man in den Gesprächsleitfäden außerordentlich viele Fragen (siehe Abbildung 9). Diese sind vier Bereichen zuordenbar:

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

Zunächst geht es darum die ethische Frage situationsbezogen, klar und deutlich zu formulieren, mit dem Ziel, zu einem konkreten aussagekräftigen Ergebnis zu gelangen.

Steinkamp & Gordijn gehen davon aus, dass die Beteiligten mit unterschiedlichen Fragestellungen in die Fallbesprechung kommen und dies auch häufig der Ursprung eines Behandlungskonflikts bzw. Anlass einer ethischen Fallbesprechung ist. Mit der Bestimmung des ethischen Problems rückt der Patient/Bewohner selbst mit seiner Lebens- und Krankengeschichte in den Mittelpunkt, vorliegende Untersuchungsergebnisse werden erst nachher in den Blickpunkt genommen. Gleichzeitig können gleich zu Beginn rein medizinische oder ausschließlich pflegerische Probleme ausgeschlossen werden. Die Formulierung der ethischen Frage ist kein leichtes Unterfangen. Sie soll sich auf die Handlungsorientierung beziehen und darüber hinaus auch bereits die Handlungsziele im Fokus haben. In der praktischen Umsetzung gelingt eine gemeinsame ethische Fragestellung dann, wenn zunächst die unterschiedlichen Fragen gesammelt werden und dann eine Priorisierung vorgenommen wird. Durch diesen Prozess wird bereits zu Beginn intuitives Wissen verbalisiert und eine bewusste, argumentative Auseinandersetzung mit dem Handeln im klinischen Alltag sowie die Reflexion der eigenen moralischen Überzeugungen in Gang gesetzt. Als Beispiel zum Thema Behandlungsabbruch könnte eine Ausgangsfrage folgendermaßen formuliert sein: „*Welche von beiden Handlungsweisen verdient ethisch gesehen den Vorzug: die Fortsetzung oder die Begrenzung der kurativen Behandlung des Patienten?*“ (Steinkamp & Gordijn 2005)

Nun kann zur Analyse der Fakten übergegangen werden. Durch die Unterteilung in medizinische, pflegerische, weltanschaulich-soziale und organisatorische Dimension soll die Komplexität der Situation dargestellt werden. Die Fragen sollen unterstützend für den Moderator genutzt werden, aber nicht nacheinander abgearbeitet werden. Die Autoren warnen vor einer voreiligen Problemlösung, dies wäre kontraproduktiv und würde die Komplexität der Situation stark vereinfachen und auch die verschiedenen Perspektiven der Berufsgruppen untergraben. Durch diese Vorgehensweise wird auch erkannt, ob evt. wichtige Fakten/Informationen zum Fall noch fehlen.

In Schritt drei gelangt man auf die Ebene der ethischen Bewertung. Werte und Normen werden diskutiert und gegenübergestellt. Wichtig ist hier die Mitglieder dazu zu bewegen, von den eigenen Wertungen Abstand zu nehmen und die Betroffenenperspektive einzunehmen. Fragen nach Wohlbefinden und Autonomie des Patienten stehen im Vordergrund und auch die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten der Betreuenden und Angehörigen.

Nimweger Methode

PROBLEM		
Wie lautet das ethische Problem?		
FAKTEN	BEWERTUNG	
<p>Medizinische Gesichtspunkte</p> <p>Wie lautet die Diagnose des Patienten, und wie ist die Prognose? Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden? Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? In welchem Maße? Wie sieht die Prognose aus, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird? Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung? Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden? Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?</p> <p>Pflegerische Gesichtspunkte</p> <p>Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben? Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen? Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?) Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?</p> <p>Lebensanschauliche und soziale Dimension</p> <p>Was ist über die Lebensanschauung des Patienten bekannt? Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an? Wie sieht er selbst seine Krankheit? Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit? Hat er ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Begleitung? Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus? Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus? Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung? Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden?</p> <p>Organisatorische Dimension</p> <p>Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?</p>	<p>Wohlbefinden des Patienten</p> <p>Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus? (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst usw.)</p> <p>Autonomie des Patienten</p> <p>Wurde der Patient umfassend informiert, und hat er seine Situation verstanden? Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit? Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt? Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung? Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant? Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie? Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?</p> <p>Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden</p> <p>Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll? Kann dieser Konflikt gelöst werden durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung? Gab es genügend gemeinsame Beratung unter Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden? Sind ihre Verantwortlichkeiten deutlich genug abgegrenzt worden? Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Konfidentialität)? Ist der Patient der Wahrheit entsprechend über seine Situation in Kenntnis gesetzt worden (Aufrichtigkeit)? Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles (Kollegialität)? Ist das vorgeschlagene Vorgehen in Hinsicht auf andere Patienten zu verantworten (Gerechtigkeit)? Müssen Interessen Dritter mitberücksichtigt werden? Welche sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung?</p>	
BESCHLUSSFASSUNG		
<p>Wie lautet nun das ethische Problem? Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden? Kann das Problem in Formulierungen miteinander in Konflikt stehender Werte übersetzt werden? Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten des Patienten? Welche weiteren Argumente spielen bei der Entscheidung eine Rolle? Welche Handlungsweise verdient den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente? (Behandlung, Änderung der Pflege, Konsultation, Überweisung, Zuwarten usw.) Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein? Welche Fragen bleiben unbeantwortet? In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?</p> <p style="text-align: center;">WIE KANN MAN DIE ENTSCHEIDUNG UND DIE AUSWERTUNG ZUSAMMENFASSEN?</p>		
BESONDERE SITUATIONEN		
<p>Patienten ohne eigene Willensfähigkeit</p> <p>Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist? In welcher Hinsicht ist er/sie nicht willensfähig? Wird diese Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder als dauerhaft angesehen? Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit? Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden? Was weiß man über die Werte des Patienten? Gibt es einen guten Vertreter der Interessen des Patienten?</p>	<p>Kinder</p> <p>Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt? Kann das Kind in Hinsicht auf die Behandlung selbst entscheiden? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Eltern? Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird?</p>	<p>Lange andauernde Behandlung</p> <p>In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden? Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen des Vorgehens in der Pflege?</p>

Abbildung 9: Moderationsanleitung für die ethische Fallbesprechung (Gordijn 2000)

Im letzten Schritt der Nimwegener Methode wird ein Beschluss gefasst. Die Ausgangsfrage wird nach der Analyse und Bewertung der Situation auf ihre weitere Gültigkeit überprüft und muss eventuell verändert werden. Wenn noch wichtige Informationen fehlen, kann die Beschlussfassung verschoben werden. Ein Konsens ist anzustreben, aber nicht immer möglich, da nicht aus allen Dilemmasituationen ein Ausweg gefunden werden kann. Als Abschluss wird die Entscheidung und die Auswertung zusammengefasst (Steinkamp & Gordijn 2005).

Wie eingangs erwähnt, wurde die Nimwegener Methode bereits vielfach in der Praxis erprobt und erweitert. In der Ursprungsversion, wie sie hier dargestellt wird, kommt außer dem abgebildeten Leitfaden für die Moderatoren kein methodisches Instrument zur Anwendung. Für die Evangelische Heimstiftung in Baden-Württemberg haben Riedel/Lehmeyer (2013) ein Praxisprojekt für 80 Pflegeeinrichtungen und 16 Mobile Dienste wissenschaftlich begleitet und angelehnt an die Nimwegener Methode hilfreiche ergänzende Instrumente konzipiert. Besonders wertvoll für die Mitarbeiter sind dabei die Identifikation einer ethischen Fallbesprechung und die Formulierung der ethischen Fragestellung. Bei der Durchführung der ethischen Fallbesprechung unterstützt eine Strukturvorgabe, wo die Antworten protokolliert werden können. Für die Dokumentation und Ergebnissicherung wird auch eine Vorlage angeboten.

4.4 Ein Vergleich von METAP und Klinisch-ethischem Interaktionsmodell

Nachdem nun zwei ausgewählte Praxismodelle vorgestellt wurden, wird in diesem Kapitel nun ein zusammenfassender Vergleich anhand ausgewählter Kriterien vorgenommen.

Kriterium/Fragestellung	METAP	Klinisch-ethisches Interaktionsmodell
Eignung für die Anwendung im Krankenhaus	Ja	Ja
Eignung für die Anwendung in Langzeitpflegeeinrichtungen	Konzeptionierung für klinischen Bereich, es finden sich keine Hinweise für andere Bereiche	Konzeptionierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Beispiele in den Erläuterungen sind aber alle aus dem Klinikbereich.
Implementierung des ethischen Denkens in der Gesamtstruktur der Einrichtung	Ja, bietet eine Hilfe zur Selbsthilfe	Ja, wirkt auf Organisations- und

		Stationsebene
Vorgegebene Struktur für die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung	Eskalationsmodell: mit Moderator aus der Steuergruppe oder mit Ethikfachperson	Nimwegener Methode: mit ausgebildetem Moderator
Ethisch begründete evidenzbasierte Argumentationen zu häufig auftretenden Fragestellungen	Ja, in Form eines Handbuchs	Nein, dafür Struktur zur Entwicklung von ethischen Leitlinien
Ethikkomitee vorgesehen	Nicht zwingend notwendig, METAP dient als Arbeitsmittel auf allen Ebenen	Ja, unabdingbar
Instrumente als Unterstützung für die praktische Umsetzung	Ja, insgesamt 8 verschiedene Instrumente	Ja, in der Grundversion nur 1 Instrument, 4 in der erweiterten Version von Riedel/Lehmeyer

Während METAP sich als Leitlinie für eine breite Mitarbeiterschaft präsentiert und als Nachschlagewerk dienen soll, um Verantwortliche zu befähigen ethisch korrekte Entscheidungen zu treffen, bietet das klinisch-ethische Interaktionsmodell eine Struktur für Einrichtungen im Gesundheitswesen, um das ethische Denken Top-down und Bottom-up zu implementieren. Besonderes Augenmerk setzen beide auf die prospektive Fallbesprechung im multidisziplinären Team. Bei der Struktur zur Durchführung der ethischen Fallbesprechung gibt es nur geringfügige Unterschiede.

Grundsätzlich muss betont werden, dass eine Umsetzung der Modelle und eine Anwendung der Instrumente nicht ohne ethisches Basiswissen und Kommunikationsgrundlagen passieren kann. Die Hilfsmittel können bei der Umsetzung unterstützen, aber niemals eine tiefgehende Auseinandersetzung mit den ethischen Fachthemen oder auch spezifische Aus- und Weiterbildungen ersetzen.

Nachdem nun auf regionale und strukturelle Besonderheiten der Langzeitpflege in Oberösterreich eingegangen wurde und auch die Voraussetzungen, Anforderungen und Modelle einer ethischen Fallbesprechung dargelegt wurden, widmet sich das nächste Kapitel 5 der konkreten Umsetzung in Oberösterreich.

5 Implementierung einer Ethikberatung in Einrichtungen der Altenpflege am Beispiel Oberösterreich

Ethische Fragen stellen sich vor allem bei Menschen in außergewöhnlichen Situationen wie in der letzten Lebensphase. Die Pflegebedürftigkeit und die Abhängigkeit von betreuenden Personen ist meist hoch in diesem Abschnitt, Entscheidungen mit weitreichenden Folgen stellen sich und müssen getroffen werden. Die Hospizbewegung hat von Anbeginn ihres Wirkens zum Ziel Schwerkranken und Sterbende und ihre Familien medizinisch, pflegerisch, sozial und spirituell zu unterstützen. Bei Betrachtung der Entwicklung der Sterbeorte der letzten drei Jahrzehnte ist ein deutlicher Anstieg des Sterbens in Alten- und Pflegeheimen zu beobachten (Statistik Austria 2014). Während die prozentuellen Werte für das Sterben zu Hause nahezu gleich bleiben (27,4%), verzeichnet das Heim einen Anstieg von 5% (1988) auf 17,4% (2014), das Sterben im Krankenhaus nimmt korrelierend zu diesen Zahlen ab (1988: 61%, 2014: 49,8%). Es ist also nicht verwunderlich, dass sich gerade der Hospizverband der Thematik der ethischen Entscheidungsfindung im extramuralen Bereich angenommen hat. Im Folgenden wird die bisherige Entwicklung dazu in Oberösterreich dargestellt.

5.1 Erste Schritte- wie alles begann

Bei der jährlichen Klausur des Vorstands des Hospizverbands OÖ im Oktober 2014 wurde die zunehmende Problematik der Unsicherheit im Umgang mit ethischen Problemen diskutiert. Vor allem bei Entscheidungen am Lebensende in extramuralen Gesundheitseinrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen, bei Hausärzten und mobilen Anbietern von Pflege und Betreuung wird diese beobachtet. Im Rahmen der Klausur wird das „Kompetenzteam Ethik und Recht“ unter der Leitung von Dr. Helmut Mittendorfer mit der Ausarbeitung eines Konzepts zur ethischen Fallberatung im extramuralen Bereich beauftragt. Das „Kompetenzteam Ethik und Recht“ beginnt seine Arbeit mit einer Sitzung im Jänner 2015. Der Landesverband des Oö. Roten Kreuzes stellt die Räumlichkeit für die Sitzungen zur Verfügung. Die multidisziplinäre Gruppe aus dem Vorstand mit Vertretern aus Medizin, Pflege, Recht und Theologie erarbeitet auf Grundlage eines von Dr. Kurt Lenz erstellten Diskussionspapiers einen ersten Konzeptvorschlag. Dr. Dr. Hans Popper nimmt Kontakt mit der damaligen Landesrätin für Soziales, Fr. Gertraud Jahn, auf und stellt das Konzept in seinen Grundzügen vor, dieses wird wohlwollend zur Kenntnis genommen.

Das erarbeitete Konzept wird am 18. Mai 2015 dem Vorstand des Landesverbands Hospiz Oö. vorgelegt und als Projekt genehmigt. Am 28. Mai 2015 beginnt mit einer Sitzung die Planung der Projektumsetzung.

5.2 Projektplan „Ethische Fallberatung im extramuralen Bereich“

Der folgend vorgestellte Projektplan ist eine Zusammenfassung des Originals, das im Mai 2015 vom Landesverband Hospiz Oö. genehmigt und für diese Masterthesis zur Verfügung gestellt wurde.

5.2.1 Ziel

Durch die ethische Fallberatung im Rahmen eines ethischen Konsils soll dazu beigetragen werden, dass von den Verantwortlichen eine gute, nachvollziehbare, umfassend argumentierbare, rechtlich korrekte und von breiter Akzeptanz getragene Entscheidung herbeigeführt wird.

5.2.2 Aufgaben und Nicht-Aufgabe

- Durchführung eines ethischen Konsils auf Anfrage im extramuralen Bereich (Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, niedergelassene Ärzte,...)
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der klinischen Ethik im extramuralen Bereich
- Nicht Aufgabe: Das Ethikkomitee ist ein Beratungsgremium und kein Entscheidungsgremium. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen liegt innerhalb der jeweiligen Institution bzw. medizinischen Entscheidungsträgern.

5.2.3 Organisation

Die Fallberatung wird von Mitgliedern des Ethikkomitees unter Leitung eines ausgebildeten Moderators aus diesem Ethikkomitee durchgeführt. Angestrebt wird eine Zahl von sechs ausgebildeten Moderatoren für die Umsetzung des Projekts. Die Mitglieder des Ethikkomitees handeln eigenverantwortlich und sind nicht weisungsgebunden.

Die Multidisziplinarität und Multiprofessionalität soll mit Mitgliedern aus folgenden Bereichen gewährleistet werden: Palliativmedizin, Intensivmedizin, Pflege, Recht, Religionsgemeinschaften, Seelsorge aus dem Altenbereich, Moraltheologie. Die Ernennung der Mitglieder des Ethikkomitees erfolgt durch den Vorstand des Hospizverbands Oö. auf Vorschlag des Kompetenzteams Ethik und Recht ohne zeitliche Bindung. Die Wahrnehmung der Aufgaben der Mitglieder erfolgt ehrenamtlich. Bei speziellen Fragestellungen sollen zusätzliche Berater des Komitees mit ihrer Expertise fungieren.

5.2.4 Anforderung einer ethischen Fallberatung

Die Anfrage kann von niedergelassenen Ärzten, Verantwortlichen einer Bereichsleitung und Pflegedienstes im Altenheim oder von mobilen Diensten erfolgen. Sie soll per Mail an den

Landesverband Hospiz OÖ und an die Moderatoren des Ethikkomitees gehen. Von einem Moderator wird eine telefonische Kontaktaufnahme mit der anfragenden Institution vorgenommen und die Entscheidung für oder gegen ein ethisches Konsil gefällt. Bei positiver Entscheidung werden die Teilnehmer, Zeitpunkt und Dauer der Besprechung festgelegt. Relevante Details über die Situation sollen vorab schriftlich in einem ausgearbeiteten Formular festgehalten werden.

5.2.5 Durchführung einer ethischen Fallberatung

Die Leitung der Fallberatung erfolgt durch den Moderator, ein weiteres Mitglied des Ethikkomitees soll die Rolle des Schriftführers übernehmen. Eine Expertise durch zusätzliche Berater kann vorab geschehen, es besteht aber auch die Möglichkeit diese direkt für die Fallberatung einzuladen. Eine Pflegeperson sollte fix dabei sein, entweder als Moderator, Schriftführer oder als zusätzlicher Teilnehmer. Auf eine Ausgewogenheit der Geschlechter und der Altersdurchmischung ist zu achten. Von Seiten der Antragsteller müssen der medizinische Entscheidungsträger und die involvierten Mitarbeiter zur Besprechung geladen werden. Betroffene und ihre Angehörigen können eingeladen werden bzw. ist die Klärung von offenen Fragen auch vorab möglich. Die Fallberatung findet in der anfragenden Einrichtung statt. In den Besprechungen werden die ethischen Fragen des jeweiligen Falles im Lichte medizinischer, pflegerischer, psychologischer, sozialer und seelsorgerischer Umstände und Optionen diskutiert. Dabei wird ein standardisiertes Vorgehen angestrebt, Formblätter sollen verwendet werden. Auf Wunsch des Antragstellers kann nach der Fallberatung ein Gespräch mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen geführt werden.

5.2.6 Dokumentation

Das Beratungsergebnis wird vom Schriftführer oder Moderator zusammengefasst und an den Antragsteller übermittelt.

5.2.7 Verschwiegenheit

Über die Beratung im klinischen Ethikkomitee (Verlauf und Ergebnis) wird absolute Verschwiegenheit gegenüber Dritten bewahrt.

5.2.8 Fortbildung

Fortbildungen sollen retrospektiv oder durch Konstruktion eines Falles durchgeführt werden.

5.2.9 Interne und externe Nachbesprechungen

Zumindest einmal jährlich sollen die durchgeführten Fallbesprechungen im Ethikkomitee nachbesprochen werden. Mit den Antragstellern sollte nach einem gewissen zeitlichen Abstand die Situation nachbesprochen werden, um eine Prozessevaluierung durchzuführen.

5.2.10 Tätigkeitsbericht

Im Rahmen der Generalversammlung des Landesverbands Hospiz Oö. soll der jährlich verfasste Tätigkeitsbericht vorgetragen werden.

5.2.11 Kosten

Die Durchführung der Beratung ist kostenlos. Die Tätigkeit der Mitglieder ist ehrenamtlich

5.3 Projektumsetzung

5.3.1 Mitglieder des Ethikkomitees und zusätzliche Berater

In der ersten Phase der Projektumsetzung steht die Rekrutierung von geeigneten Mitgliedern für das Ethikkomitee im Vordergrund. Das Kompetenzteam Ethik und Recht schlägt Personen vor und nimmt Kontakt zu ihnen auf. Diese wurden nach und nach zu den Sitzungen eingeladen und ernannt (bis Oktober 2016).

Aktuell sind folgende Personen Mitglieder des Ethikkomitees:

Bereich Medizin: Dr. Kurt Lenz, Dr. Helmut Mittendorfer, Dr. Dietmar Brunschütz

Bereich Pflege: DGKPⁱⁿ Helga Sterrer, DGKPⁱⁿ Sabine Leitner

Bereich Recht: Dr. Dr. Hans Popper

Bereich Psychologie: Mag. Michaela Linek

Bereich Seelsorge: Mag. Walter Lamplmayr

Bereich Theologie: Dr. Michael Rosenberger, Prälat Josef Mayr

Als Moderatoren werden zunächst drei Personen genannt: Dr. Lenz, Dr. Mittendorfer, Dr. Dr. Popper. Sie sollen an einer zweitägigen Schulung, veranstaltet von den Barmherzigen Brüdern Österreich, teilnehmen.

Für die zusätzlichen Berater werden die Vertreter der Religionsgemeinschaften zu einer Projektpräsentation und Diskussion am 31. Mai 2016 eingeladen. Gefolgt sind der Einladung Vertreter der Kirche Jesu Christi der Heiligen letzten Tage, Buddhistische Glaubensgemeinschaft, Israelitische Kultusgemeinde, Evangelisch methodistische Kirche, Freie Christengemeinde, Islamische Glaubensgemeinschaft, Altkatholische Kirche. Es erfolgt ein persönliches Kennenlernen und ein Wissensaustausch über Besonderheiten der jeweiligen

Glaubensrichtungen in ethischen Fragestellungen zu Themen wie Therapiebegrenzung, Euthanasie, Obduktion. etc. Die Anwesenden stellen auch weiterhin ihre Fachexpertise in Anlassfällen zur Verfügung.

5.3.2 Finanzielle Unterstützung und Politik

Im Gespräch mit Soziallandesrätin Gertraud Jahn (Frühling 2015) wird die Thematik der Finanzierung angesprochen. Fr. Jahn kann keine zusätzliche finanzielle Unterstützung seitens des Landes Oberösterreich für das Projekt zusichern. Für die organisatorische Umsetzung wird von ihr der Leiter des Bereichs Soziales (Mag. Wall) in der Abteilung Gesundheit und Soziales beauftragt, eine Besprechung mit Dr. Dr. Popper findet im Februar 2016 statt. Das Projekt wird positiv aufgenommen und um Kontaktaufnahme mit den Linzer Heimen durch das Ethikkomitee wird gebeten. Ebenso erfolgt eine Information an den Direktor der Abteilung, Dr. Palmisano (durch Dr. Mittendorfer).

Dr. Lenz führt ein Informationsgespräch mit der Vorsitzenden der Bezirkshauptleute, Fr. Mag. Altreiter, in Steyr im Herbst 2015. Das Projekt wird begrüßt und von ihr im Rahmen der Bezirkshauptleutekonferenz im Februar 2016 vorgestellt, dort erfolgt ebenso eine Zustimmung zum Projekt.

Bei der Vorstandssitzung im Oktober 2016 wird vom Hospizverband die Finanzierung der Fahrtkosten der Ethikkomitee-Mitglieder für die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen beschlossen.

5.3.3 Public Relation

Um das Projekt bekannt zu machen, wird bereits in den ersten Monaten der Projektvorbereitung intensiv diskutiert, wer wann und von wem kontaktiert und informiert werden soll. Konkret können folgende Informationsflüsse genutzt werden:

Den Kontakt zur Verantwortlichen für die Alten- und Pflegeheime der Caritas, Fr. Mag. Anderlik, wird im Jänner 2016 durch Prälat Mayr Josef hergestellt. Das Projekt wird im Rahmen einer Heimleitersitzung der Caritas von Dr. Lenz vorgestellt. Die Caritas steht dem Projekt sehr positiv gegenüber und initiiert die ersten Probefallbesprechungen.

Die Träger der Alten- und Pflegeheime werden Anfang des Jahres 2016 über das Projekt per Mail informiert. Eine begeisterte Antwort und die Bitte um Zusammenarbeit darauf kommt beispielsweise von Fr. Dr. Siegel (Heimleitung Franziskusheim Linz der Barmherzigen Brüder).

Die verantwortlichen Heim- und Pflegedienstleitungen der Alten- und Pflegeheime werden über den Obmann der ARGE Alten- und Pflegeheime, Hrn. Hatheier Bernhard, durch Dr.

Lenz informiert. Die ARGE ist eine übergeordnete Gruppe mit allen Trägern, die vierteljährlich eine Zeitschrift herausgibt. In der Ausgabe vom März 2016 wird das Projekt in einem zweiseitigen Artikel angekündigt. Das Ethikkomitee erhält die Möglichkeit im Herbst 2016 bei den sieben Regionalsitzungen den Heim- und Pflegedienstleitungen das Projekt vorzustellen (eine Stunde Zeitrahmen). DGKPⁱⁿ Helga Sterrer erstellt dazu eine Präsentation, die im Layout des Landesverbands Hospiz von allen präsentierenden Ethikkomitee-Mitgliedern benutzt wird.

Als Vertreter der Ärzte kann mit Dr. Ziegler in der Funktion als Vertreter für Altersmedizin in der Oö. Ärztekammer Kontakt aufgenommen werden. Der Obmann der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (=OBGAM), Dr. Hockl, wird durch Dr. Lenz ebenso im Herbst 2015 informiert. Durch ihn ergeht eine Information an die Ärzte in der Bezirksärztesitzung und durch den Newsletter der OBGAM.

Ein Artikel wird in der Zeitschrift des Landesverbands Hospiz im Herbst 2016 veröffentlicht. Die Bekanntmachung erfolgt auch auf der Homepage des Landesverbands.

Ein Informationsfolder für die Pflegeheime wird andiskutiert. Allerdings muss vor der Umsetzung noch die Finanzierung mit dem Hospizverband abgeklärt werden.

Der Landesverband Hospiz Oö. lädt am 14.10.2016 zu einer Pressekonferenz in Linz zum Thema "Neues Beratungsmodell für schwierige Entscheidungen am Lebensende". Vorgestellt wird das Projekt dort von Dr. Grebe (Vorsitzende des Landesverbands) und drei Mitgliedern des Ethikkomitees (Dr. Mittendorfer, Dr. Lenz, DGKPⁱⁿ Sterrer). Daraufhin erscheint in vielen oberösterreichischen Medien ein Bericht (Oberösterreichische Nachrichten, Kronen Zeitung, Volksblatt, Rundschau, Kirchenzeitung).

5.3.1 Probefallbesprechungen

Ziele von diesen Probefallbesprechungen sind Erfahrungen mit der geplanten Vorgehensweise zu sammeln und ein Feedback von den involvierten Personen zu erhalten. Die Erkenntnisse werden noch vor dem offiziellen Start im Oktober 2016 evaluiert und notwendige Veränderungen eingebaut. Von Februar – September 2016 werden insgesamt acht Fallbesprechungen in vier verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt. Träger sind die Caritas für Betreuung und Pflege (4), Sozialhilfverband Steyr-Land (2), Stadt Wels (1), SZL Seniorenzentren Linz GmbH (1).

- Erhobene Daten zu den acht betroffenen Bewohnern/Bewohnerinnen:
 - Geschlecht: 5 weiblich, 3 männlich

- Alter: zwischen 49 und 87 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 74,5 Jahre. Die Bewohner bzw. die Bewohnerin unter 65 Jahren haben eine chronisch progrediente neurologische Erkrankung (Multiple Sklerose) bzw. eine geistige Behinderung.
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit: bei 2 gegeben; 6 werden als nicht entscheidungs- und urteilsfähig eingestuft, davon haben 2 einen Sachwalter und 4 keine gesetzliche Vertretung.

Angelehnt an die Typisierung von Bockenheimer-Lucius et al (2012) können die acht Fälle nach der Sichtung der Dokumentationen sechs unterschiedlichen Typen zugeordnet werden.

- Inhaltlicher Falltypus:
 - I. „Noncompliance“ und Frage der Zwangsmedikalisierung bei bestehender Demenz vom Typ Mb. Alzheimer (1)
 - II. Gewalt, Belästigung und Würdeverletzung bei bestehender Demenz (1)
 - III. Medizinische Nutzlosigkeit- Futility (1)
 - IV. Künstliche Ernährung (2)
 - V. Erklärter Wille (1)
 - VI. Strukturelle Problemstellung (2)

Ad I. In diesem Fall wird die Körperpflege und Medikamenteneinnahme verweigert, zunehmende Verwahrlosung, Mitbewohner meiden den Kontakt.

Ad II. Durch erhöhten Sexualtrieb kommt es zu Übergriffen auf Mitbewohner und Handgreiflichkeiten bei weiblichen Mitarbeitern.

Ad III. Sacraldekubitus Grad 3 würde einen operativen Eingriff mit Spalthautdeckung notwendig machen, gleichzeitig besteht kein Leidensdruck und die Diagnose Mb. Alzheimer.

Ad IV. In diesen beiden Fällen geht es entweder um die Anlage einer PEG-Sonde bei unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten bzw. um Weiterverwendung einer liegenden PEG-Sonde.

Ad V. Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist gegeben, Dysphagie als Folge einer chronisch progredienten neurologischen Erkrankung. Sondenernährung wird verweigert, orale Nahrungszufuhr führt zu Aspirationspneumonien.

Ad VI. Damit sind Forderungen von Betroffenen gemeint, die das Heim aus finanziellen oder personellen Ressourcen nicht leisten kann.

Um die Anforderungen an eine repräsentative, multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammensetzung zu erfüllen, werden auch die Teilnehmer der Fallbesprechungen evaluiert. Tabelle 3 stellt eine Übersicht dar, die anschließend erläutert wird.

Fall	Ethikkomitee	Pflege	Medizin	Bewohnervertretung	Angehörige/Bew.
1	3	4	1	1	0/0
2	3	2	Telefonisch	0	0/1
3	3	1	0	0	0/1
4	3	3	1	0	0/0
5	3	3	0	0	0/0
6	3	3	0	0	0/0
7	3	3	1	0	4/0
8	3	3	1	0	1/0

Tabelle 3: Teilnehmer an den Probefallbesprechungen

Aus Übungszwecken haben aus dem Ethikkomitee drei Personen teilgenommen, um einen Tribunal Charakter zu vermeiden, wird die Zahl auf drei begrenzt. Die Rollenübernahme des Moderators und des Schriftführers werden erst kurz vorher abgesprochen. Aus der Betreuung und Pflege sind meist die Teilnehmer in Form der Bezugsperson und der Bereichsleitung beteiligt. Der Bereich Medizin kann in einem Fall nur telefonisch kontaktiert werden, bei der Hälfte der Fallberatungen ist der betreuende Arzt persönlich anwesend. Bei den strukturellen Fragestellungen ist die Anwesenheit eines Mediziners zur Ergebnisfindung nicht notwendig. Als bereichernde Expertise zu Fragestellungen der Freiheitseinschränkung wurde die Bewohnervertretung empfunden. Betroffene selbst nehmen bei zwei Fallbesprechungen persönlich teil. Die Anwesenheit von Angehörigen ist in zwei Fällen gegeben. Die Anforderung der Multiprofessionalität wird also durchgängig erfüllt.

Die Fallbesprechungen dauern eine bis maximal zwei Stunden, eine Fallsituation konnte erst nach dem dritten Termin zu einem Ergebnis kommen.

Nach den Fallberatungen wird das Ergebnis schriftlich zusammengefasst und der anfragenden Person elektronisch übermittelt.

Um eine Rückmeldung betreffend Zufriedenheit, weiteren Verlauf und Verbesserungsvorschläge wird gebeten. Die Ergebnisse der Rückmeldungen sind in Tabelle 4 aufgelistet. Bis Dezember 2016 sind leider nur vier schriftliche Rückmeldungen eingetroffen.

Fall	Durchführung	Dauer	Praxisrelevanz	Verbesserungsvorschläge
1	1	1	2	keine
2	Noch keine Rückmeldung			

3	1	1	1	keine
4	1	1	1	Miteinbezug der Angehörigen
5	Noch keine Rückmeldung			
6	1	1	1	keine
7	Noch keine Rückmeldung			
8				

Tabelle 4: Rückmeldungen der anfordernden Institution

Die Bewertung über Durchführung, Dauer und die Praxisrelevanz fällt einhellig sehr positiv aus. Die Bedeutung der Angehörigen ist vor allem bei den Fallbesprechungen mit Urteils- und Entscheidungsunfähigkeit eine sehr hohe, ein Miteinbezug wird gerade im Altenpflegebereich unerlässlich sein.

Die Evaluierung der Probefallbesprechungen im Oktober 2016 ergibt nur mehr wenige Änderungen für den Ablauf. Die weitere Vorgangsweise wird unter Miteinbezug der erworbenen Erkenntnisse konkret festgelegt und in den Kapiteln 5.3.2. - 5.3.7 beschrieben.

5.3.2 Beratungsanfrage

Im Frühling 2016 wird eine offizielle E-Mail-Adresse vom Landesverband eingerichtet, an die Beratungsanfragen gesendet werden. Sie lautet ethische.fallberatung@gmx.at. Die drei Moderatoren erhalten ein Passwort für den Zugang und bearbeiten die Anfrage. Es gibt einen Hauptverantwortlichen, Dr. Lenz, der die Anfragen entgegennimmt. Sollte dieser verhindert sein, wird Dr. Mittendorfer diese Aufgabe wahrnehmen. Das Anfrageformular wird absichtlich einfach gehalten, um die Hemmschwelle zum Zugang möglichst klein zu halten (siehe 10.5. Anhang 5). Der Download für das Formular ist auf der Homepage des Landesverbands zu finden (<http://www.hospiz-ooe.at/wp-content/uploads/2016/05/Anforderung-eines-ethischen-Konsils.pdf>).

Um die Möglichkeit eines persönlichen Gesprächs zur Klärung nicht auszuschließen, ist auch eine Telefonnummer angegeben. Da die Zahl der Anforderungen nicht eingeschätzt werden kann und eine Überforderung des ehrenamtlich tätigen Ethikkomitees ausgeschlossen werden muss, wird die Bekanntmachung vorerst auf die Alten- und Pflegeheime beschränkt, auch die Anfragemöglichkeit durch Angehörige wird vorerst nicht forciert.

5.3.3 Erstkontakt und Fallannahmeentscheidung

Sobald die Anfrage eingelangt ist, hält der Verantwortliche telefonischen Kontakt mit der anfordernden Person. Eine Konkretisierung der Situation, Dringlichkeit der Fallberatung und die Abklärung der Rahmenbedingungen stehen dabei im Vordergrund. Ebenso entscheidet das

verantwortliche Mitglied des Ethikkomitees zu diesem Zeitpunkt über eine Ablehnung der Anfrage bei fehlender ethischer Relevanz.

5.3.4 Koordination

Ein Mail mit dem ausgefüllten Anforderungsformular und Terminvorschlägen ergeht an alle Komiteemitglieder. Innerhalb von 48 Stunden wird über Zeitpunkt und durchführende Komiteemitglieder eine Entscheidung getroffen, ebenso über die Funktion (Moderator, Schriftführer). Aus den Probestfallbesprechungen hat sich ergeben, dass jeweils ein Mitglied aus Medizin und Pflege dabei sein soll, maximal drei Ethikkomiteemitglieder sollen bei der Fallberatung anwesend sein.

5.3.5 Durchführung

Der Zeitrahmen von maximal zwei Stunden soll nicht überschritten werden, bei fehlenden Informationen für ein Ergebnis soll ein weiterer Termin festgelegt werden. Für die Dokumentation wird ein vorgefertigtes Formular verwendet (siehe 10.6 Anhang 6). Aufgrund der Erfahrungen mit Angehörigen wird festgelegt, dass die Besprechung vorerst ohne Angehörige stattfindet, um die Situation und Optionen im multiprofessionellen Team abzustimmen. Dann aber sollen die Angehörigen involviert werden. Ob die Angehörigen zur Besprechung dazu stoßen oder ob das Ethikkomitee ein Gespräch mit ihnen separat führt, muss individuell entschieden werden.

5.3.6 Ergebnis

Das Ergebnis der Fallbesprechung wird vom Schriftführer zusammengefasst und sobald als möglich mitgeteilt. Die Übermittlung an die Teilnehmer übernimmt das Sekretariat des Landesverbands Hospiz. Das Ergebnisdokument ist Teil der Krankenakte des betroffenen Bewohners/der betroffenen Bewohnerin.

5.3.7 Evaluierung und Qualitätssicherung

Drei Monate nach der Fallberatung wird eine schriftliche Rückmeldung von der anfordernden Stelle an das Ethikkomitee gesendet. In den Probestfallbesprechungen war es notwendig, die Verantwortlichen per Mail um eine Rückmeldung zu bitten, dies soll nun durch das Sekretariat des Landesverbands Hospiz erfolgen. Wenn keine Rückmeldung innerhalb von 14 Tagen eingeht, wird vom Sekretariat noch telefonisch nachgefragt. Inhaltlich ändert sich an den Fragestellungen in der Rückmeldung nichts.

Die Dokumentation des Ergebnisses sowie die Rückmeldungen werden den Mitgliedern des Ethikkomitees verschlüsselt per Mail übermittelt. Einmal jährlich findet eine Sitzung statt, um alle Fallberatungen im Ethikkomitee zu evaluieren.

Eine Besprechung zum Erfahrungsaustausch mit den anfordernden Personen trägerübergreifend soll einmal jährlich angeboten werden.

Der offizielle Start für das Projekt wird mit Oktober 2016 festgelegt.

6 Resümee und Ausblick

Die vorliegende Masterthesis setzt sich mit ethischen Problemstellungen im österreichischen Gesundheitswesen der geriatrischen Langzeitpflege auseinander. Als eine Handlungsorientierung für die Praktiker bietet sich die Ethische Fallberatung an. Es wird aufgezeigt, wie eine EFB vorbereitet und durchgeführt werden muss, um das Ziel eines ethisch korrekten, rechtlich konformen und gut argumentierten Ergebnisses zu erreichen. Es zeigt sich, dass die EFB alleine nur wenig ausrichten kann, wenn sich die Kultur und das Denken in einer Organisation nachhaltig verändern sollen. Vielmehr muss diese eingebettet sein in die Organisation der Gesundheitseinrichtung und von der Führungsebene ebenso befürwortet werden wie von der Mitarbeiterebene. Die Rahmenbedingungen zur Durchführung einer EFB werden am wirkungsvollsten durch ein multiprofessionelles, multidisziplinäres Ethikkomitee organisiert. Dieses Ethikkomitee hat nun auch die Aufgaben der Sensibilisierung für ethische Fragestellungen, Wissensvermittlung und Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Themen wahrzunehmen. Die Entwicklung von Leitlinien und die Organisation von Ethik-Fortbildungen sind neben der EFB Haupttätigkeiten. Die EFB kann nur einen Teil der ethischen Fragen abdecken und sie ist allein zu wenig, um die alltäglichen ethischen Herausforderungen zu bewältigen. Schulungen und Fortbildungen für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu häufig gestellten ethischen Fragen können diese in ihrer ethischen Kompetenz fördern und somit „moral distress“ vermeiden und Berufszufriedenheit erhöhen. Die Vermittlung von ethischem Wissen durch Ethikkomitee-Mitglieder senkt die Hemmschwelle, um diese für eine EFB anzufragen, gleichzeitig sensibilisiert sie, um ethische Fragen selbst zu erkennen und selbständig zu diskutieren und wenn möglich zu lösen. Die vorgestellten Modelle der Ethikberatung METAP und das Klinisch-ethische Interaktionsmodell zeigen, wie Ethik in Organisationen strukturiert werden muss, um nachhaltig im Gesundheitssystem zu bestehen.

Um auf die spezifischen Anforderungen im Altenpflegebereich einzugehen, zeigt die Arbeit die grundlegenden Differenzen zwischen Altenheim und Krankenhaus auf. Als Ergebnis kann gewertet werden, dass die Ethikorganisation eines Klinikbetriebs nicht einfach auf den Altenpflegebereich übergestülpt werden kann. Altenheime in Oö. weisen eine völlig andere Struktur auf, sie haben zwischen 12 und 260 Bewohner/Bewohnerinnen und in der Leitungsebene finden sich der pflegerische und der kaufmännische Schwerpunkt. Eine ärztliche Leitung ist im Gegensatz zum Krankenhaus nicht vorgesehen. Und auch die Themen der Ethik sind nicht nur die großen medizinischen Fragen, sondern häufig Themen der

Alltagsroutine, sowie Ernährung, Sterben zulassen und Therapiefortsetzung, Desorientierung und Freiheitsbeschränkung oder auch Unstimmigkeiten mit Angehörigen.

Um eine Ethikberatung in der oberösterreichischen Struktur der geriatrischen Langzeitpflege zu etablieren, braucht es also eine spezifische Vorgangsweise. Das Projekt der „Ethischen Fallberatung im extramuralen Bereich“, initiiert vom Oö. Landesverband Hospiz, versucht dies mit dem Angebot einer ethischen Entscheidungshilfe durch eine moderierte interdisziplinäre Fallberatung in den Oö. Einrichtungen der geriatrischen Langzeitpflege. Als Modell des Ethikkomitees hat man in Oö. die Einrichtung eines Joint-Comitees (Ethikkomitee für einen Verbund von Trägern) für die Gesamtheit der Alten- und Pflegeheime gewählt. D.h., dass es zuständig ist für 124 Alten- und Pflegeheime oder anders ausgedrückt 12.590 Plätze. Das Ethikkomitee arbeitet ehrenamtlich und hat deshalb auch nur beschränkte Zeitressourcen. Es vereint mit seinen Mitgliedern die erforderlichen multiprofessionellen und ethischen Kompetenzen für die Projektumsetzung. Drei Moderatoren sollen die Anfragen bewältigen. Es wird sich zeigen, wie das Projekt angenommen wird und wie häufig tatsächlich Anfragen gestellt werden. Wenn die zeitlichen Ressourcen der Ethikkomitee-Mitglieder nicht ausreichen, wird an eine Erweiterung des Komitees gedacht. Anfragen sollen in Zukunft auch von Bewohnern/Bewohnerinnen und ihren Angehörigen getätigt werden können. Ebenso soll das Angebot in Behinderteneinrichtungen und Anbietern von mobilen Diensten präsentiert werden. Dazu wird es aber vermutlich eine regionale Struktur brauchen.

Die Weiterentwicklung der Ethik im Langzeitpflegebereich in Oberösterreich wird mit Spannung erwartet und setzt bereits jetzt Maßstäbe, um als Vorbild für andere Bundesländer zu dienen.

7 Literaturverzeichnis

Abteilung Soziales (2012). *Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich - Bericht*. Eine Information der Abteilung Soziales beim Amt der Oö. Landesregierung. Abrufbar unter: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/so_aph_bericht2011.pdf [Letzter Zugriff: 15.7.2016]

Abteilung Soziales (2016). *Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich. Stand: Oktober 2016*. Eine Broschüre der Abteilung Soziales am Amt der Oö. Landesregierung. Abrufbar unter: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/so_altenpflegeheime.pdf [Letzter Zugriff: 28.10.2016]

AEM. Akademie für Ethik in der Medizin (2010). *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. In: *Ethik Med* 2010/22: 149-153, DOI 10.1..7/s00481-010-0053-4. Abrufbar unter: <http://ethikkomitee.de/downloads/aem-standards.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2016]

Albisser Schleger, Heidi; Mertz, Marcel; Meyer-Zehnder, Barbara; Reiter-Theil, Stella (2012). *Klinische Ethik-METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Bannert, Regina (2012). *Ethische Fallbesprechung und Supervision*. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T. (Hrsg.) (2012). *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 45-63

Barmherzige Brüder Österreich (2016). *Über Ethikarbeit. Organisation*. Abrufbar unter: <http://barmherzige-brueder.at/unit/ethik/de/ueberethikarbeit/organisation> [Letzter Zugriff: 8.10.2016]

Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007). *Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA). Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur*. In: *Ethik in der Medizin* 2007/19: 320-330. DOI 10.1007/s00481-007-0540-4. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. Abrufbar unter: <http://ethikkomitee.de/downloads/bockenheimer2007.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2016]

Bockenheimer-Lucius, Gisela; Dansou, Renate; Sauer, Timo (2012). *Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH

Bockenheimer-Lucius, Gisela; May, Arnd T. (2007). *Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA). Eckpunkte für ein Curriculum*. In: *Ethik in der Medizin*. 2007/19: 331-339. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Borasio, Gian Domenico (2007). „Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen.“ *Deutsches Ärzteblatt* 104: A-224. Abrufbar unter: <http://data.aerzteblatt.org/pdf/104/5/a224.pdf> [Letzter Zugriff: 20.11.2016]

Bruns, Florian (2012). *Ethikberatung und Ethikkomitees in Deutschland*. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T.; (Hrsg.) (2012). *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 19-29

Bundesärztekammer (2016). *Beschlussprotokoll des 11. Deutschen Ärztetags 2008*. Abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/111-daet-2008/punkt-vi/ambulante-versorgung/5-ambulante-ethikberatung/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016]

Bundespflegegeldgesetz-BPGG. BGBl. 1993, Nr. 110, idgF BGBl. I Nr. 116/2016. Abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> [Letzter Zugriff: 28.10.2016]

Dörries, Andrea. (2007). *Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnis einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern*. In: *Ethik in der Medizin*. 2007/19: 148-156. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.) (2010). *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag,

Duden (2017). Abrufbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/prospektiv> [Letzter Zugriff: 3.3.2017]

Fölsch, Doris (2015). *Ethische Fragen in Pflegeeinrichtungen und Behinderten-Pflegeeinrichtungen*. Lehrveranstaltungsunterlage für das Aufbaustudium Medizin- und Bioethik an der Johannes-Kepler-Universität Linz

Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T.; (Hrsg.) (2012). *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Fröhlich, Günter (2014). *Theorie der Ethischen Beratung im Klinischen Kontext. Philosophische Grundlegung eines anwendungsbezogenen Modells zur Falldiskussion und Lösung wertbasierter Konflikte*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH

Frühwald, Thomas (2012). *Ethik in der Geriatrie*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2012/45: 545-557. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Gordijn, Bert (2000). *Ethische Diskussionen im Team- Nimweger Modell der multidisziplinären ethischen Fallbesprechung*. In: Die Schwester/Der Pfleger. 39. Jahrgang, 2/00: 114-117. Melsungen: Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Heinemann, Wolfgang (Hrsg) (2010). *Ethik in Strukturen bringen: Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen*. Freiburg: Verlag Herder

Hick, Christian (Hrsg) (2007). *Klinische Ethik*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Hofmann, Irmgard (2011). *Ethik- ein Kompass für den Pflegealltag?* In: Heilberufe. 2011.1: 50-51. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Janssens, Uwe; Graf J. (2010). *Angehörigenkonferenz*. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2010/47: 35–42. DOI 10.1007/s00390-009-0135-z. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Jox, Ralph J. (2014). *Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?* In: Ethik in der Medizin. 2014/26: 87–90. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

KAGes Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (2006). *Neu gegründetes Ethikkomitee am LKH-Univ.Klinikum Graz*. Abrufbar unter: <http://www.gesund.net/cms/beitrag/10062186/2504864/> [Letzter Zugriff: 8.10.2016]

Körtner, Ulrich H.J. (2012). *Grundkurs Pflegeethik*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Wien: Facultas Verlag

Krones, Tanja (2015). *Beziehungen zwischen Patienten und Behandlungs-/Betreuungsteams und gemeinsame Entscheidungsfindung*. In: Marckmann, Georg (Hrsg). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 43-51

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG (2016). BGBl. 1957, Nr. 1 idgF BGBl. I Nr. 3/2016. Abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40179630/NOR40179630.html> [Letzter Zugriff: 5.3.2017]

Maier, Marcel; Eigler, Monika; Püschel, Monika; Koller, Stefan. (2012). *Frust, Ärger und Schuldgefühle. Strukturierte und institutionalisierte Bearbeitung ethischer Fragen in der stationären geriatrischen Langzeitpflege*. In: *Pflegezeitschrift*. 2012/65/Heft 1: 46-50. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Maier, Marcel; Kälin, Sandra (2015). *Ethik-Cafés in der geriatrischen Langzeitpflege: halten sie, was sie versprechen? Über ihre wahrgenommene Wirkung beim Personal und die Effekte auf verschiedene Berufsgruppen*. In: *Ethik in der Medizin*. DOI 10.1007/s00481-015-0358-4. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Marckmann, Georg (Hrsg) (2015). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

May, Arnd T. (2010). *Ethikberatung- Formen und Modelle*. In: Heinemann, Wolfgang; Maio, Giovanni (Hrsg.). *Ethik in Strukturen bringen*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH. S. 80-102

May, Arnd T. (2012). *Professionalisierung und Standardisierung der Ethikberatung*. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T. (Hrsg.). *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 65-74

Neitzke, Gerald (2010). *Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung*. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.). *Klinische Ethikberatung - Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 56-73

Neitzke, Gerald (2015). *Ethikberatung und Ethikkomitees als Instrumente der Entscheidungsunterstützung*. In: Marckmann, Georg (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 23-33

Neuböck, Waltraud (2015). *Ethische Entscheidungsfindung in Langzeitpflegeeinrichtungen. Zum Bedarf an Ethikberatung in Alten- und Pflegeheimen*. Masterarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz am Institut für Philosophie an der Kath.-Theol. Fakultät. Abrufbar unter: <http://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/845666?originalFilename=true> [Letzter Zugriff: 2.11.2016]

Oö. APH-VO (2015). *Oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung*. LGBI. 1996, Nr. 29, idgF LGBI. Nr. 74/2015. Abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000507> [Letzter Zugriff: 28.10.2016]

Oö. *Sozialbericht* (2015). Amt der OÖ. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales. Abrufbar unter: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_So/04_Leistungen_Beeintrachtigungen_Sozialbericht_An_sicht_100216.pdf [Letzter Zugriff: 18.9.2016]

Oö. Sozialhilfegesetz (2013) - OÖ SHG. LGBL. 1998, Nr. 82, idGF LGBL. Nr. 90/2013.
Abrufbar unter:
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000617>
[Letzter Zugriff: 27.12.2016]

Österreichische Patientencharta (2006). *Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)*. NR: GP XXII RV 1268 AB 1294 S. 139. Abrufbar unter:
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.htm
1 [Letzter Zugriff: 20.11.2016]

Ransmayr, Sara (2010). *Entwicklung und Implementierung klinischer Ethikkomitees: Erfahrungen aus Deutschland und ihr Lernpotential für Österreich*. Diplomarbeit Pflegewissenschaften der Universität Wien. Abrufbar unter:
http://othes.univie.ac.at/10764/1/2010-07-15_0606471.pdf [Letzter Zugriff: 8.10.2016]

Reiter-Theil, Stella (2008). *Ethikberatung in der Klinik – ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion*. In: *Therapeutische Umschau*. 2008/65: 359–365; DOI 10.1024/0040-930.65.7.359. Abrufbar unter: https://www.unispitalbasel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Patienten_Besucher/Klinische_Ethik/Volltexte/Reiter-Theil__2008__Ethikberatung_in_der_Klinik.pdf [Letzter Zugriff: 11.12.2016]

Riedel, Annette; Lehmeyer, Sonja; Elsbernd, Astrid (2013). *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren*. 3. Auflage. Düsseldorf: Jacobs Verlag

Riedel, Annette; Stolz, Konrad; Bühler, E. (2012). *Entscheidungen am Lebensende. Zwischen Recht und Ethik*. In: *Heilberufe/Das Pflegemagazin*. 2012/64 (6): 17-19

Rothärmel, Sonja (2010). *Rechtsfragen Klinischer Ethikberatung*. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg). *Klinische Ethikberatung - Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 178-185

Scholz, Petra (2010). *Beispiel einer Implementierung*. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.). *Klinische Ethikberatung - Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 196-207

Simon, Alfred; Burger, Leopold; Goldenstein, Sigrid (2010). *Ethikberatung in der Altenpflege*. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.). *Klinische Ethikberatung - Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 186-195

Simon, Alfred; May, Arnd T; Neitzke, Gerald (2005). *Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus*. In: *Ethik Med* 2005/17: 322–326. DOI 10.1007/s00481-005-0397-3 Abruflbar unter: <http://ethikkomitee.de/downloads/curriculum.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2016]

St. Josef-Krankenhaus (2016). *Geschichte bzw. Ethik*. Abruflbar unter: <http://www.sjk-wien.at/ueber-uns> [Letzter Zugriff: 8.10.2016]

Statistik Austria (2014). *Demografisches Jahrbuch 2014*. Abruflbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html [Letzter Zugriff: 5.3.2017]

Statistik Austria (2016). *Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2005*. Abruflbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/022911.html [Letzter Zugriff: 28.10.2016]

Steinkamp, Norbert; Gordijn, Bert (2005). *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch*. 2. überarbeitete Auflage. Neuwied, Köln, München: Verlag Luchterhand

UNESCO (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. 19. October 2005. Abruflbar unter: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [Letzter Zugriff: 23.10.2016]

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010). *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. In: Ethik in der Medizin. 2010/22: 149-153. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Wallner, Jürgen (2014). *Klinische Entscheidungsfindung*. Lehrveranstaltungsunterlage für das Aufbaustudium Medizin- und Bioethik an der Johannes-Kepler-Universität Linz

Wallner, Jürgen (2015a). *Ethikberatung: Grundlagen der ethischen Fallbesprechung*. Lehrveranstaltungsunterlage für das Aufbaustudium Medizin- und Bioethik an der Johannes-Kepler-Universität Linz

Wallner, Jürgen (2015b). *Konflikte*. Lehrveranstaltungsunterlage für das Aufbaustudium Medizin- und Bioethik an der Johannes-Kepler-Universität Linz

Wallner, Jürgen (2016). *Institutionalisierung der Ethikberatung*. Lehrveranstaltungsunterlage für das Aufbaustudium Medizin- und Bioethik an der Johannes-Kepler-Universität Linz

Welsch, Beate (2012). *Klinisches Ethikkomitee Düsseldorf-Gerresheim. Exemplarische Analysen zu sieben Jahren Fallbesprechungen*. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T.; (Hrsg.). Ethikberatung in der Medizin. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 93-114

ZEKO (2006). *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin*. Abrufbar unter: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/Ethikberatung.pdf> [Letzter Zugriff: 8.10.2016]

ZEM (2016). *Ambulante Ethikberatung in Deutschland-Aktueller Stand und künftige Entwicklung*. Abrufbar unter: <http://zem.ekhn.de/startseite/einzelansicht/news/kultur.html> [Letzter Zugriff: 23.10.2016]

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedarf der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen in Oö. (Oö. Sozialbericht 2015).....	13
Abbildung 2: Besondere Pflegesituationen der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen (Abteilung Soziales 2012).....	14
Abbildung 3: Kompetenzen für die Moderation einer ethischen Fallbesprechung (Wallner 2015a).....	26
Abbildung 4: Ethische Angemessenheit durch METAP (Albisser Schleger et al 2012, S. 103)	35
Abbildung 5: Eskalationsmodell METAP (eigene Darstellung).....	36
Abbildung 6: Ablaufschema einer ethischen Fallbesprechung (Albisser Schleger 2012, S. 252)	37
Abbildung 7: Inventar der Aktivitäten und Stufenmodell (Reiter-Theil 2008, S. 361)	39
Abbildung 8: Das klinisch-ethische Interaktionsmodell (eig. Darstellung nach Gordijn & Steinkamp 2005, S. 139)	40
Abbildung 9: Moderationsanleitung für die ethische Fallbesprechung (Gordijn 2000)	43

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Krankenhaus und Altenpflegeheim (Bockenheimer-Lucius et al, 2012, S. 51).....	11
Tabelle 2: Mindestpersonalschlüssel lt. Oö. APH-VO §16	13
Tabelle 3: Teilnehmer an den Probestfallbesprechungen	53
Tabelle 4: Rückmeldungen der anfordernden Institution.....	54

10 Anhang

10.1 Anhang 1: Identifikation des ethischen Problems (METAP)

Albisser Schleger et al 2012, S. 310

Identifikation des ethischen Problems

Respekt vor der Autonomie

- Ist der (direkte oder mutmaßliche) Patientenwille angemessen berücksichtigt worden?
Welche Werte sind dem Patienten wichtig?
- Urteilsfähigkeit vorhanden: Konnte der Patient, die Patientin seinen/ihren Willen auf Grund vollständiger Informationen und ohne äußeren Zwang bilden?
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Wurde der mutmaßliche Patientenwille sorgfältig erhoben?

Hilfeleistung/Nutzen

- Weisen die bisherigen oder geplanten Maßnahmen einen medizinischen/ pflegerischen Nutzen für den Patienten, die Patientin auf, helfen sie ihm bzw. ihr?
- Dienen die bisherigen oder geplanten Maßnahmen dem Patientenwohl?

Schaden und Nebenwirkungen vermeiden

- Verursacht die aktuelle Situation für den Patienten Leiden/Schaden/Nebenwirkungen in unverhältnismäßigem Umfang?
- Liegen Hinweise auf eine mögliche Überversorgung vor (siehe Hinweise rechts)?

Risikokriterien für Überversorgung

- Mangelnde Effektivität der Maßnahme
- Fragliche Verhältnismäßigkeit von physischen und psychischen Belastungen oder Schmerz durch Intervention, auch bei Erreichen des therapeutischen Ziels
- Keine nennenswerte Zustandsverbesserung durch die Intervention zu erwarten
- Die Behandlung erzeugt einen Effekt, aber es werden dabei nicht die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind.

Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Liegen Hinweise auf eine mögliche Unter- oder Ungleichversorgung vor und wurden diese Hinweise sorgfältig berücksichtigt? (siehe Hinweise rechts)?
- Haben Sie den Eindruck, dass der Patient, die Patientin aufgrund persönlicher Wertvorstellungen oder einseitigen ökonomischen Überlegungen benachteiligt wird?
- Hat die aktuelle Situation ungerechte Folgen gegenüber anderen Patienten?

Risikokriterien für Unter-/ Ungleichversorgung

- Fortgeschrittenes Lebensalter
- Weibliches Geschlecht
- Tiefer sozioökonomischer Status
- Ethnische Minderheit
- Alleinstehend
- Chronische Krankheit
- Multimorbidität
- Hohe Pflegeintensität
- Urteilsunfähigkeit
- Psychische Erkrankung
- Demenz
- Terminale Erkrankung

Wahrnehmung und Interaktion

- Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
- Können Sie Ihre Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und allenfalls Kritik frei äußern?

Informationsgrundlage

10.2 Anhang 2: Checkliste zur Vorbereitung einer EFB (METAP)

Albisser Schleger et al 2012, S. 313

To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung

Informationssammlung vor der Fallbesprechung	Checkliste zur Informationssammlung konsultieren: <ul style="list-style-type: none">- Welche Informationen liegen bereits vor?- Welche Informationen fehlen noch?- Wer holt fehlende Informationen ein?
Einschätzen der Risikokonstellation	<ul style="list-style-type: none">- Überprüfen, ob Hinweise für Unter- oder Ungleichbehandlung vorliegen- Überprüfen, ob Hinweise für Überversorgung bestehen
Organisation	Zeit und Ort der Fallbesprechung: <ul style="list-style-type: none">- Zeitpunkt festlegen- Raum reservieren Teilnehmende: <ul style="list-style-type: none">- Wer soll an der Fallbesprechung teilnehmen?<ul style="list-style-type: none">• Pflege• Ärzte• Andere Fachpersonen, wie zum Beispiel Seelsorger, Therapeut- Teilnehmer informieren über:<ul style="list-style-type: none">• Zeitpunkt• Ort- Ablösung für Teilnehmer organisieren, wenn notwendig Moderation: <ul style="list-style-type: none">- Moderator bestimmen Protokoll: <ul style="list-style-type: none">- Festlegen, wer Protokoll schreibt Material bereitlegen: <ul style="list-style-type: none">• Flipchart oder Tafel• Protokollbogen• Patientenunterlagen

10.3 Anhang 3: Checkliste zur Informationssammlung (METAP)

Albisser Schleger et al 2012, S. 311

Checkliste zur Informationssammlung

Medizinische Informationen	Pflegerische /therapeutische Informationen	Prognose(?)
Was sind aktuell die größten medizinischen Probleme?	Was sind aktuell die größten pflegerischen Probleme?	Wie ist die kurzfristige Prognose?
Sind alle sinnvollen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt worden?	Welche Unterstützung braucht der Patient?	Wie ist die langfristige Prognose?
Wie ist der therapeutische Nutzen des aktuellen Therapieplans zu beurteilen?	Wieviel Unterstützung braucht der Patient?	Wie ist die Prognose ohne Behandlung?
Wie groß ist das Komplikationsrisiko dieser Maßnahmen?	Bestehen spezielle Vereinbarungen mit den Angehörigen?	Welche Erfahrungen wurden bei ähnlich gelagerten Fällen gemacht?
Wie groß ist die Belastung für den Patienten?	Gibt es spezifische Informationen, über die nur Mitarbeitende der therapeutischen Disziplinen verfügen?	Welche Einschränkungen der Selbstständigkeit des Patienten sind zu erwarten? Wie ist die zu erwartenden Lebensqualität?
Werte – Bisheriger Lebensentwurf	Patientenwille	Risikokriterien
Was ist wichtig für den Patienten?	Ist der Patient urteilsfähig? Ist der Patient eingeschränkt oder unsicher urteilsfähig?	a. Für Unter- und Ungleichversorgung
Hat er irgendwelche Hobbys, die ihm viel bedeuten?	Gibt es Äußerungen aus der unmittelbaren Vergangenheit, z.B. vor einer Operation während des Aufklärungsgesprächs?	— Fortgeschrittenes Lebensalter?
Wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt: Wie ist der Patient bisher mit seiner Krankheit umgegangen?	Gibt es eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht? Wenn ja, wie aktuell ist sie und lässt sie sich auf die aktuelle Situation anwenden?	— Weibliches Geschlecht?
Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt?	Gibt es Hinweise, dass sich der Patientenwille in der Zwischenzeit geändert haben könnte?	— Tiefer sozioökonomischer Status?
Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?	Gibt es Äußerungen zum Patientenwillen vor der aktuellen Hospitalisation?	— Ethnische Minorität?
Besteht ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Betreuung oder werden der Patient bzw. die Angehörigen aktuell von einem Seelsorger betreut?	Wie zuverlässig sind die Aussagen von Angehörigen zum mutmaßlichen Patientenwillen?	— Alleinziehend?
Wie waren die Lebensqualität und die Selbstständigkeit des Patienten vor der jetzigen Erkrankung?	Wurde klar zwischen den Wünschen des Patienten und denjenigen der Angehörigen unterschieden?	— Chronische Erkrankung?
Soziales Umfeld	Strukturelles	— Multimorbidität?
Wie sieht das soziale Umfeld aus?	Werden mögliche Therapien in diesem Krankenhaus angeboten?	— Hohe Pflegeintensität?
Wie weit sind die Angehörigen informiert?	Herrscht aktuell Personalmangel?	— Urteilsunfähigkeit?
Wie weit sind die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen?	Gibt es für allenfalls zur Verfügung stehende Therapieoptionen genügend Zeitrressourcen?	— Psychische Erkrankung?
Wie ist die Haltung der Angehörigen?	Bestehen Anreize für eine Übersversorgung in einer solchen Situation?	— Demenz?
Bestehen besondere Probleme mit den Angehörigen?		— Terminale Erkrankung?
Rahmenbedingungen	Andere wichtige Informationen	b. Für Übersversorgung
		— Schätzen Sie die Situation so ein, dass für diesen Patienten, diese Patientin ein Risiko für Übersversorgung besteht?

10.4 Anhang 4: Ethische Evaluation der Therapieoption (METAP)

Albisser Schleger et al 2012, S. 316

Ethische Evaluation der Therapieoption

Respekt vor der Autonomie/Respekt vor dem Patientenwillen

- Der erhobene Patientenwille wurde in der Therapieoption berücksichtigt.
- Urteilsfähigkeit vorhanden: Die Entscheidung wurde durch den Patienten, die Patientin auf Grund vollständiger und verständlicher Aufklärung und ohne äußeren Druck getroffen.
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Der mutmaßliche Patientenwille wurde sorgfältig erhoben (z.B. der mutmaßliche Patientenwille wurde von Willensäußerungen Dritter unterschieden).

Hilfeleistung/Nutzen

- Die Therapieoption weist einen medizinischen/pflegerischen Nutzen für den Patienten, die Patientin auf.
- Die Therapieoption dient dem Patientenwohl.

Nicht Schaden/Nebenwirkungen vermeiden

- Die Therapieoption verursacht möglichst wenig Leiden/Schaden/Nebenwirkungen für den Patienten.
- Die Therapieoption schließt Überversorgung aus (siehe Hinweise rechts).
- Die Folgen für die direkt Beteiligten (Patient, Angehörige, Betreuungsteam) wurden besprochen und berücksichtigt.

Risikokriterien für Überversorgung

- Mangelnde Effektivität der Maßnahme
- Fragliche Verhältnismäßigkeit von physischen und psychischen Belastungen oder Schmerz durch Intervention, auch bei Erreichung des therapeutischen Ziels
- Keine nennenswerte Zustandsverbesserung durch die Intervention zu erwarten
- Die Behandlung erzeugt einen Effekt, aber es werden dabei nicht die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind.

Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Die Therapieoption schließt Unter- oder Ungleichversorgung aus (siehe Hinweise rechts).
- Die Therapieoption hat keine ungerechten Folgen gegenüber anderen Patienten.
- Die an der ethischen Fallbesprechung Beteiligten haben den Ablauf und das Ergebnis als gerecht wahrgenommen.

Risikokriterien für Unter-/Ungleichversorgung

- Fortgeschrittenes Lebensalter
- Weibliches Geschlecht
- Tiefer sozioökonomischer Status
- Ethnische Minderheit
- Alleinstehend
- Chronische Krankheit
- Multimorbidität
- Hohe Pflegeintensität
- Urteilsunfähigkeit
- Psychische Erkrankung
- Demenz
- Terminale Erkrankung

Diskurs

- Alle Teilnehmenden konnten sich frei äußern und trugen zu einer Lösung bei.
- Ethische Einwände gegen die Therapieoption, die von anderen Personen eingebracht werden könnten, wurden so gut als möglich berücksichtigt.

Informationsgrundlage

- Wesentliche Informationen wurden anhand der Checkliste in Erfahrung gebracht.

10.5 Anhang 5: Anforderungsformular zur ethischen Fallberatung

Anforderung eines ethischen Konsils

Datum der Anforderung:

Wer fordert das ethische Konsil an?	
Name:	
Einrichtung:	
Telefon:	
email Adresse	

Wer wird am ethischen Konsil teilnehmen?				
	Behandlungsteam	Patient/Patientin	Angehörige	

Fragestellung

Terminvorschlag:	
Raumvorschlag:	
Voraussichtliche Dauer	

Zusätzliche Anmerkungen:

10.6 Anhang 6: Formular der Dokumentation über die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung

Dokumentation über die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung						
Achtung: Nicht jedes Feld ist bei jeder Fallbesprechung relevant bzw. auszufüllen.						
Patient: Name: Geburtsdatum:		Geschlecht		Religion	Ethni- zität	Beruf (früherer Beruf) Sonstige Personendaten
			M			
			W			
Arzt/Ärztin:		Weitere Behandelnde				
Pflegeverantwortliche(r):						
Anforderung der ethischen Fallbesprechung						
Name der anfordernden Stelle:					Adresse:	
Name der anfordernden Person:					E-mail:	
					Telefon:	
Grund der Anforderung (Worin bestehen Fragen/Probleme/Konflikte?)						
Stichwortartige Zusammenfassung zur Situation des Patienten (medizinisch/pflegerisch)						
Geschichte						
Diagnose						
Prognose						
Bestehende Therapien						
Therapie- optionen						
Code Status						

Informationen zum Patientenwillen											
Entscheidungsfähig:	Ja		Nein		Patientenverfügung:	verbindlich:		beachtlich:		keine:	
Kommentar:					Vorsorgevollmacht Name, Kontaktdaten						
					Sachwalter: Name Kontaktdaten						
					Datum der Ausstellung der Verfügung						
Inhaltliche Angaben zum Patientenwillen (Quelle angeben):											
Familie, Angehörige											
Wer ist involviert? In welcher Beziehung steht diese Person zum Patienten? Welche Sichtweise hat diese Person auf das Problem? Welche Zielsetzungen und Werte liegen dieser Sichtweise zugrunde? Sind sie zustimmend oder ablehnend?											
Name			Beziehung			Sichtweise					
Behandlungsteam (Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.)											
Wer ist involviert? Wie sieht die professionelle Bewertung und Prognose des Problems aus? Welche Zielsetzungen und Werte liegen dieser Sichtweise zugrunde? Sind sie zustimmend oder ablehnend?											
Name			Beziehung			Sichtweise					

Ergebnis der ethischen Fallbesprechung

Empty space for the results of the ethical case discussion.

Ergebnis mitgeteilt an:	Patient		am:		von:	
	Vertreter		am:		von:	
	Angehörige		am:		von:	
	Team		am:		von:	

Weitere Besprechung nötig:		Wann?	
Weitere Informationen nötig:		Was?	

Besprechung moderiert durch:			
Weitere Teilnehmer aus dem Ethikkomitee:			
Unterschrift Moderator:		Datum/Zeit:	
Bestätigung durch Anforderer:		Datum/Zeit:	

Das Ergebnis wird als Kopie der anfordernden Stelle überlassen