



# Ethisches Monitoring

## **Bericht zur 1. Meilensteinkonferenz des Forschungs- und Entwicklungsprojekts SEVERAM**

### Grundlagen und Erste Ergebnisse der Datenauswertung

04. März 2010, SJK Potsdam



- I. Informationen zum Teilprojekt „Ethisches Monitoring“**
- II. Hypothesen und Ausgangsfragen**
- III. Datenauswertung – Erste Ergebnisse und Tendenzen**
- IV. Ausblick**



## 1. Was ist Ethisches Monitoring?

Zwei Säulen:

- *Systematisierung der normativen Infrastrukturen verschiedener Versorgungssettings* > Analyse moralischer Deutungsmuster und Klärung ethischer Problemanzeigen
  - *Entwicklung und Erprobung von Implementierungsstrategien ethischer Diskurse* > *Qualitätssicherung in ethischer Perspektive*
- > Ethik als Querschnittsperspektive



## 1. Was ist Ethisches Monitoring?

- Welche Ursachen führen zu moralischen Konfliktsituationen und ethisch relevanten Problemen an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung?
- Begründung der Notwendigkeit ethischer Reflexionsformen als Instrumente der Qualitätssicherung
- Ethische Qualität auf *struktureller Ebene* / *Organisationsethik* sowie auf der Ebene der *Kommunikation* insbesondere zwischen Professionellen und Patienten und ihren Angehörigen



## 2. Ethik als Forschungsperspektive

- a) Ethik als Reflexionstheorie der Moral
- b) Grund- und Menschenrechte



## a) Ethik als Reflexionstheorie der Moral

- > praktische Wissenschaft vom moralischen Handeln (Theorie der Moral)
- > Reflexion der moralischen Optionen und normativen Implikationen des (professionellen) Handelns
- > Ethik systematisiert und „kritisiert“ das moralische Alltagsverständnis (Kritik der Moral im Namen der Moral)
- > Auffinden *gerechtfertigter Gründe* für moralisches Verhalten/ Handlungsoptionen



## a) Ethik als Reflexionstheorie der Moral

- > Reflexions- und Verständigungsbedarf über die normativen Grundlagen, moralischen Grundhaltungen und moralischen Dilemmata
- > Institutionen (KH, HKP, Pflegeheime etc.) als wertgebundene Systeme / Med.-pflegerische und sozialarbeiterische Praxis als *wertvolles* Handeln
- > Beratungsbedarf wächst durch medizinischen Fortschritt (folglich: Fragen der Therapie [-begrenzung]), Ressourcenverknappung etc.
- > Systemlogiken vs. individuelle Handlungslogiken



## **b) Grund- und Menschenrechte**

- > Subjekte des Handelns vs. Objekte der Fürsorge / Pflege / Versorgung
- > individuelle Autonomie, Recht auf Selbstbestimmung; Recht auf gesellschaftliche Teilhabe
- > MR werden gewährleistet durch den Staat und in subsidiärer Erweiterung > Akteure des Gesundheitswesens

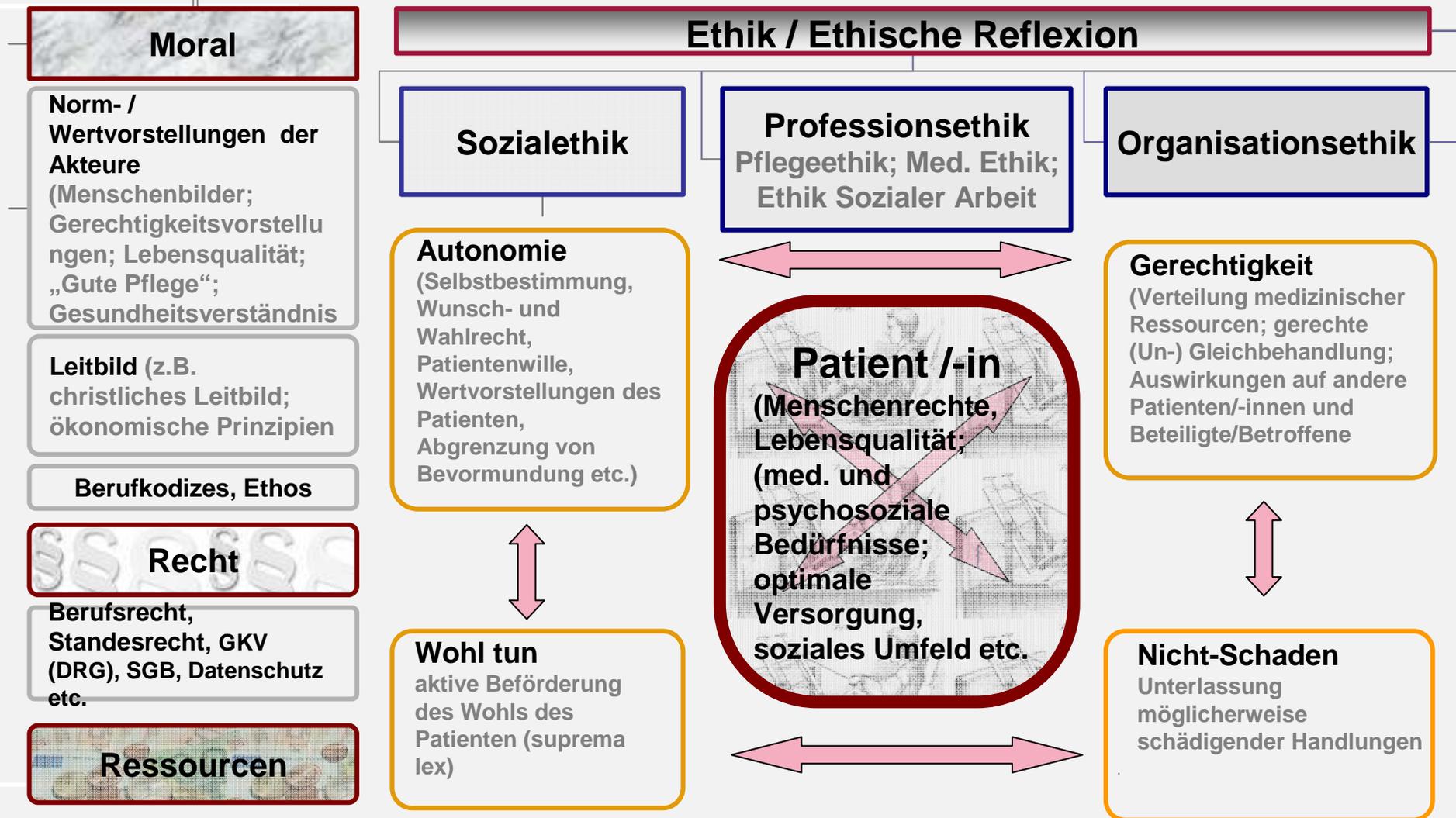


## II. Hypothesen und Ausgangsfragen

- Methodisches Vorgehen /Erkenntnisinteresse
- Material / Sample



- a) **Methodisches Vorgehen /Erkenntnisinteresse**
- >> Welche ethisch relevanten Probleme existieren in der Versorgung älterer Menschen an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Pflege? <<**
- > „Lebens- und Versorgungsqualität“
  - > Selbstbestimmung
  - > Informed Consent
  - > Moralische Semantiken / Deutungsmuster
  - > Berücksichtigung (medizin-) ethischer Prinzipien
  - > Leitbilder / „Verflüssigung“ von Normen





### b) Material / Sample

- 15 leitfadengestützte Interviews aus der ersten Erhebungsphase
- 7 mit Professionellen in der Pflege und im Sozialdienst (auf unterschiedlichen Hierarchieebenen) in einem christlichen Krankenhaus
- 4 mit Professionellen aus dem Bereich der amb. Pflege
- 4 mit Mitarbeiter/-innen aus Beratungsorganisationen und Interessenverbänden („Außenperspektive“)



- 1. Professionsethik (Ethisch relevante Probleme im Nahbereich der Pflege/ Versorgung)**
  - 1.1. Professionelle Verantwortung
  - 1.2. Autonomie
  - 1.3. Nicht-Schaden



## 1.1. Professionelle Verantwortung

- differenzierte Sicht auf die Frage der Verantwortung
- Problem: Kommunikationsdefizite und unklare Verantwortungszuordnungen?
- Rechtlich: nicht abzuweisende und auch moralisch nicht delegierbare Verantwortungspflicht des Arztes
- Institutionelle Verpflichtung, moralisch herausfordernde Situationen, diskursiv zu klären?
- Habitus



„(...) das heißt, das [die gute Versorgung und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen einer bestimmten Fachabteilung, SKM] funktioniert aus sich selbst heraus, aber natürlich geprägt auch von der Haltung des Chefarztes mit diesem multiprofessionellen Blick und [der] auch die ethische Grundhaltung einfach per se mitbringt“ (s0., Abs. 136).





## 1.2. Aspekte von Autonomie

- Informed Consent
- Nicht als Mittel oder Instrument beruflicher oder anderer Interessen angesehen und behandelt werden (Selbstzwecklichkeit)
- selbstbestimmte Entscheidung darüber, was als das *eigene Wohl* zu gelten hat
- Wahlrecht in Bezug auf unterschiedliche Handlungsoptionen
- Recht auf den größtmöglichen Handlungsspielraum zur Durchsetzung einer selbstbestimmten Lebensführung (vgl. Bobbert 2003, S. 76ff.)



## 1.2. Autonomie

- a) Patientenwille, Informed Consent und Compliance
- b) Selbstbestimmung und Betreuung
- c) Wunsch- und Wahlrecht



„(...) oftmals entscheidet sich das (..) auch aus dem Verlauf, was sich jetzt wohl als schwierig entpuppt. Leichte Fälle ist z.B. ganz klassischer Fall, ganz klare Reha, Indikation, du leitest ein, Kostenzusage kommt ohne Probleme, du hast Kontakt zu den Angehörigen zeitgleich Patient ist compliant, Verlegung funktioniert *schnurstracks*“ (s.2, Abs. 10).





„Wir können diese Versorgung nicht sicherstellen, (..) weil die Patientin sich nicht compliant verhält, ja und wir sie nicht erreichen, ja. Und wir waren da alle an unseren Grenzen (...) wir haben alle (..) versucht zu erreichen, die den Zugang zu der Patientin bekommen können oder schon haben, (...) um dann gemeinsam zu überlegen, inkl. auch Kostenträger, was tun wir gemeinsam?. Und dann wurde eben gemeinsam die Entscheidung getroffen: (...) wenn die Patientin (..) weiter so fährt, [dann] (..) müssen wir [das] gemeinsam so weiter tragen“ (s0., Abs. 86)





„Wir haben dann mit viel Geschick und so weiter dann noch einen gefunden, die Patientin einmal dort rüber gebracht, dass sie einmal in der Praxis war und jetzt durch Hausbesuche doch versorgt wird. Nimmt immer noch keine Medikamente, muss sie ja auch nicht. Aber ich will damit nur sagen, das ist sehr, sehr, sehr schwierig“ (A.hkp.sa, Abs. 38).





„Und dann (..) werden die Anträge manchmal nicht bearbeitet, weil eben noch irgendwelche Zuarbeiten fehlen, weil (..) aber Klient gar nicht in der Lage ist, das zu machen. Sie können auch nicht für alle eine Betreuung beantragen, nur weil er seine Dinge (..) nicht raus gibt“ (a.hkp.sa, Abs. 133).





„Die [alten Menschen, SKM] sind zum Teil sehr hilfe- und pflegebedürftig und entscheiden sich aber trotzdem, zu Hause zu wohnen unter widrigsten Umständen. Also mit Gefahr von Vereinsamung, Verwahrlosung und allem drum und dran. Aber sie haben sich entschieden, ‚ist mir völlig wurscht, lieber verdreck ich, lieber bin ich schlecht versorgt, aber ich bin zu Hause und hab mein Rest an Autonomie‘“ (LFAM, Abs. 79).





### 1.3. Nicht-Schaden

- Das Nicht-Schadens-Prinzip wird dann verletzt, wenn Versorgungsabbrüche, Fehldiagnosen und anschließende Fehlbehandlungen das psychische und/oder physische Wohlbefinden beeinträchtigen.

*„Ja dann kam er Freitag nach Hause und dann gibt's ja diesen Entlassungsbrief für den Arzt (...) und da stand auf einmal drin Clexane-Spritze sollte der Mann kriegen. Blutverdünner. (...) Er hat keine Spritzen mitbekommen, er hatte keine Verordnung mitbekommen (...) Hab' ich dann auf der Station angerufen und gesagt, die sollen das jetzt mal klären. Und dann hieß es: ‚Naja, wenn der Mann mobil ist, dann braucht er die Spritzen nicht.‘ Das war dann die Antwort. Ja. Und wir hätten ihm auch nichts spritzen können, wir hatten ja keine Spritze.“*



## **2. Sozialethische Aspekte – Perspektivenweitung**

1.1. Wohl tun – der Sozialraum

1.2. Gerechtigkeit



## 3. Zusammenfassung

### Datenbasierte Thesen / Desiderate



## Datenbasierte Thesen / Desiderate

- Medizinische Entwicklung, die an Technisierung, Spezialisierung und einen „hohen Patientendurchlauf“ orientiert ist > Bedürfnisse insbesondere älterer, häufig multimorbider Patienten werden zuwenig berücksichtigt
- Diskontinuitäten, Versorgungsabbrüche und Versorgungsdefizite > Erhöhung der Kosten im Gesundheitssystem



## Datenbasierte Thesen / Desiderate

- Spannung zwischen *Bedürfnissen* (menschenwürdige Pflege, die psychosoziale Aspekte, Selbstbestimmung etc.) und *Ressourcen* (gedeckelte Budgets; Personalschlüssel, mangelnde Vernetzung von Versorgungsstrukturen)
  - > *ein* zentraler Konflikt: Abwägung von ökonomischen Aspekten (positive „Erlösbilanz“) und den Bedürfnissen eines Patienten
- Entscheidungsdruck



## Datenbasierte Thesen / Desiderate

- (strukturell vorgesehene) und faktische Möglichkeiten der Patienten, ihr prinzipielles Wunsch- und Wahlrecht durchzusetzen (auch unter erschwerten Bedingungen)
- Kurative / rehabilitative Hilfe vs. Palliative Care ?
- Organisationsethik I: Konkretisierung von Leitlinien
- Organisationsethik II: Daten
- Umsetzung menschenrechtlicher Ansprüche



## 4. Diskussion



ICEP · Berliner Institut für  
christliche Ethik und Politik

---

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**ICEP**

**Dipl. SozArb. Stefan Kurzke-Maasmeier**

Telefon 030 - 50 10 10 913

[kurzke-maasmeier@icep-berlin.de](mailto:kurzke-maasmeier@icep-berlin.de)

[www.icep-berlin.de](http://www.icep-berlin.de)