



# Ethisches Monitoring

**Bericht zur 2. Meilensteinkonferenz des Forschungs- und  
Entwicklungsprojekts SEVERAM**

**Ethische Fallbetrachtung – Beispiel Herr Paul**

**03. März 2011, SJK Potsdam**



- 1. Warum ethische Fallbetrachtung?**
- 2. Was ist der Fall? // Wie lautet das ethische Problem?**
- 3. Bewertung // Autonomie und Nicht-Schaden**
- 4. Handlungsfolgen aus ethischer Perspektive // professionelle Verantwortung**
- 5. Zusammenfassung**



### 1. Warum ethische Fallbetrachtung?

- Unbehagen / Unklarheiten / Konflikte / Dilemmata klären (Buchstabierung **moralischer Erfahrung**, die immer konkret ist, allerdings häufig undeutlich bleibt)
- Systematisierung des Falls // Bestimmung ethischer Probleme
- Analyse des Versorgungshandelns anhand der Fakten
- Analyse von **Haltungen** (Werte und Normen aller [!] Akteure)
- Retrospektiver Blick auf die „**guten Gründe**“ von Handlungsentscheidungen (Rationalisierungsgewinn!)
- **Ethische Verpflichtung** und Berufsbild (Kodizes der unterschiedlichen Berufe als Herausforderung)
- Kritisches Nachdenken über Strukturen (Diversifizierung von Verantwortung // Entlastung!)



### 2. Was ist der Fall? // Ethisches Problem?

- Ethisches Problem stellt sich dann, „wenn in einer Handlungs- bzw. Entscheidungssituation eine Unsicherheit oder Uneinigkeit hinsichtlich der Bewertung des Handelns unter den Aspekten der Gutheit oder Richtigkeit entsteht“ (Steinkamp/Gordijn 2005, 225) > **nicht immer Dilemma / life-death-decision !!**
- Im Fall Herr Paul: **Unbehagen / Unzufriedenheit** bei/mit der derzeitigen Versorgungssituation wird formuliert durch den Patienten selbst, den **SD** sowie Angehörigen // unklar, ob andere Akteure (Sozialstation, stationäre Pflege und Medizin) die Versorgungsprobleme in ähnlicher Weise beurteilen
- scheinbar **Unstimmigkeiten** in der professionellen Einschätzung „Patient ist nicht compliant“ / „schwierig“



### Herr Paul // Selbstaussagen – empirische Hinweise

(nach Entlassung 1. KH): „Schmerzen“ // „kann mich nicht selbst kümmern“ // „falsche Anwendung der Verbände“ // „Fühle mich hilflos“ // „Furcht vor erneuter Einweisung“ // Unsicherheit durch drohende Amputation // „Kinder verstehen mich nicht“ (Kontakt zu einem Kind abgebrochen)

(2. KH Aufenthalt) Verlegung zur Diagnostik „wusste nicht warum“

(nach Entlassung 2. KH): kann sich nicht selbst versorgen // / (unpassendes Schuhwerk, Schmutz, kalte Wohnung, Schmerzen, Nichtanerkennung der Pflegebedürftigkeit / Überlegungen zur Einschränkung der Rechtsfähigkeit (Betreuung) > **subjektive Einbuße von Lebensqualität**



### Moralische Intuitionen // Einschätzungen professioneller Akteure

**Pflege:** „schwieriger Patient“ // „nicht compliant“

**SD:** „hilflos“ // Eingeschränkte materielle Ressourcen // Herr Paul möchte Selbstständigkeit erhalten / wieder erlangen > ist allerdings durch Erkrankung und fehlende Unterstützungsstrukturen begrenzt

**Medizin:** Lt. SD Fehleinschätzung bzgl. der Pflegebedürftigkeit > keine Unterstützung bei Antragstellung für Pflegestufe // Keine Schmerzbehandlung trotz Beschwerden durch Dialyse

- > **Ethisches Problem oder medizinisches / pflegerisches Problem?? // Defizite in der interprofessionellen Kommunikation? // Verletzung berufsethischer Normen?**
- >> **Schritt für Schritt und sorgfältig das Ethische freilegen**

(Steinkamp/Gordijn, 2005, 232.)



### 3. Bewertung

drei Arten moralischer Probleme:

- a) fehlende „**Erfahrungsbedingungen von Würde**“ durch massive Einschränkungen von subjektiver Lebensqualität des Herr Paul // > Gründe liegen im Schicksal des Zusammenspiels verschiedener Erkrankungen (Krankheitsfolgen) und wenig hilfreicher sozialer Strukturen (zwar moralisch relevant, aber i. d. R. kein Problem der Ethik)
- b) **Einschränkung der Autonomie** und Würdeverletzung von Herr Paul durch nicht ausreichendes oder ausbleibendes (inter-) professionelles Handeln
- c) **Verletzung des Nicht-Schadens-Prinzips** fehlerhaftes Handeln (z.B. suboptimale Schmerzbehandlung)



#### a) Erfahrungsbedingungen menschlicher Würde

- Verständnis von Würde an subjektive Erfahrungen geknüpft („ob und in welchem Maße meine Menschenwürde verletzt wird entscheide ich selbst [Beispiel Verwahrlosung]“)
- **Aber:** es gibt normative Kernbestandteile menschenwürdigen Lebens, die als so elementare Erfahrungsbedingungen menschenwürdigen Lebens gelten können, z. B. keinen Hunger, Durst oder Schmerz leiden zu müssen, frei von Zwang zu sein // als Rechtssubjekt behandelt zu werden „das Recht, Rechte zu haben“ [H. Arendt], die Möglichkeit sozialen Austausches zu haben (Be- / Geachtet werden, Anerkennung erfahren, „tägliche Dosis Bedeutung für Andere“ [K. Dörner]), nicht gedemütigt zu werden // Erfahrungsbedingungen finden sich in den Abwehr- und Anspruchsrechten, wie sie z.B. die AEMR formuliert





### b) Aspekte von Autonomie im medizinisch-pflegerischen Bereich

- **Informed Consent** (informierte Zustimmung als moralisches und juridisches Prinzip) // Herr Paul: „Unsicherheit durch drohende Amputation“ / Verlegung Diagnostik „wusste nicht warum“
- **Nicht als Mittel** oder Instrument beruflicher oder anderer Interessen **angesehen und behandelt werden** (Selbstzwecklichkeit = Menschenwürde nach I. Kant)
- **selbstbestimmte Entscheidung** darüber, was als *eigene Wohl* zu gelten hat „*Sorge vor Einrichtung einer Betreuung*“ // später jedoch Einwilligung >> Prozess ist ethisch relevant !!!“
- **Wahlrecht** in Bezug auf unterschiedliche Handlungsoptionen
- Recht auf den **größtmöglichen Handlungsspielraum** zur Durchsetzung einer selbstbestimmten Lebensführung / „habe erst kur vorher erfahren, dass ich am selben Tag entlassen werde“



#### b) Autonomie-Erfahrungen / Autonomie-Wünsche // Herr Paul

- Hoher Grad von Autonomie (beinahe Autarkie): durch eigenes Haus, Selbstversorgung (Eigenproduktion), teilweise alleinerziehend; klares Verständnis von „ungerechter Behandlung“ / guter, selbstbestimmter Kontakt zu sozialen Netzwerken (Nachbarschaft / Familie (Schwester pflegt ihn, eigene Kinder weit weg))
- „Ick will keen Krüppel sein“
- Ambivalent: „Aleene komm ick nich‘ klar“, aber „ick will mein eijenes Zuhause“
- > SD berichtet: P. solle das Haus verlassen, es sei ihm Geld geboten worden
- „Wie ein König, der von seinem Land vertrieben wird“ (Zitat im Rahmen einer internen Fallbesprechung im Projekt)



### c) Nichtschadens-Prinzip

- insbesondere ältere, teils multimorbide und/oder gerontopsychiatrisch erkrankte Patienten sind im „System Krankenhaus grundsätzlich in einer ohnmächtigeren Position“ (LS, Abs. 48)
- Fall Herr Paul: // „falsche Anwendung der Verbände“ / „HKP 7 hat Bauch zerstoichen“ > „starke Blutung“/ Schmerzen durch Shunt, Hämatome >> etc.) / Bewertung der Behandlung im KH hat sich verändert / ist ambivalent von *negativ* im Sep. 2010 (SD: Patient berichtet, dass er häufig von der Pflege abgewiesen würde // P. verweigere Thrombose Spritze = nicht compliant“) bis *positiv* (Dez. 2010) „haben gehalten, was sie gesagt haben“ (Paraphrase Patienteninterview)



### 4. Handlungsfolgen aus ethischer Perspektive

- **Autonomie:** kritische Problemfelder, die im Klinikkontext auftauchen können, systematisch besprechen (Team!) > häufige ethische Problemfelder nach Bockenheimer-Lucius/Sappa (2009) > „Verweigerung medizinischer Hilfeleistung“; „Respekt vor Patientenentscheidung vs. Fürsorge“; „Aufklärung und Information“; „Freiwilligkeit“ „Privatheit“, Selbstbestimmtheit“
- **Nicht-Schaden:** ethisches Erfordernis, **Tendenzen** und **Faktoren**, die eine Einschränkung körperlicher Unversehrtheit, Fehlversorgung, Pflegemängel oder Aggression und Gewalt begünstigen können, besonders aufmerksam in den Blick zu nehmen > im Fall Hr. Paul scheint insbesondere das Verhältnis Patient vs. HKP / Pflege kritisch
  - Ist interprofessioneller Kommunikationsmangel Ursache mangelhafter Versorgung? > Strukturen umstellen



## Compliance (zentrales ethisches Problemfeld) > über den Fall P. hinaus

- > Übereinstimmung zwischen der vom Patienten und dem Professionellen vereinbarten medizinischen Behandlung und dem tatsächlichen Verhalten des Patienten (vgl. Wallner 2007, 85)
- Kooperation als „vertragliche Nebenpflicht des Patienten“ (vgl. Ebd., S. 86)
- Aber: Entscheidend ist die Frage, wie der Begriff der Compliance interpretiert wird! > ist die Verweigerung der Kooperation nicht das **gute Recht des Patienten**? (bei Vorliegen subjektiv guter Gründe)? Oder ist Non-Compliance ein **nicht hinnehmbarer Verstoß** gegen eine gemeinsam geschlossene Behandlungsvereinbarung, der nicht zuletzt zu haftungsrechtlichen Folgen für den Arzt führen kann?



- Compliance ist einerseits Voraussetzung für eine effiziente Versorgung; auf der anderen Seite kann es Teil professioneller Grundhaltung sein kann, Non-Compliance zuzulassen, auch wenn es aus Sicht der Professionellen negative Folgen für die Versorgung haben kann.
- Langfristig lässt sich Compliance nur dann erreichen, wenn es durch eine **gleichberechtigte und verständigungsorientierte Übereinkunft** (Informed Consent) zustande kommt. Voraussetzung: strukturelle Bedingungen, die eine informierte Zustimmung des Patienten auch tatsächlich ermöglichen
- >> Informationen zu Diagnose, Prognose, Chancen, Risiken und Belastungen bestimmter Handlungsoptionen sollten nicht nur ausreichend und umfassend sein, sie müssen auch wirklich **verstanden** werden, damit eine Person die Folgen ihrer Entscheidung absehen kann.



### Selbstbestimmung

- Die **Einbeziehung von Patienten/-innen** in den Prozess der Entlassung und Nachversorgung ist in hohem Maße relevant für ihre subjektive Zufriedenheit sowie für ihr Autonomiebestreben und insofern ethisch relevant (vgl. Hartwig et. al. 2008)
- Die **strikte Beachtung des selbstbestimmten Willens** eines Patienten ist fachlicher Standard in der klinischen Praxis (ärztl. Ethos), in ambulanten Settings (z.B. HKP o. ä.) jedoch noch nicht besonders wirkmächtig
- Selbstbestimmungsfähigkeit in gerontopsychiatrischen Grenzbereichen.....



## Selbstbestimmung (in gerontopsychiatrischen Grenzbereichen)

.....

>> Plädoyer für gründliche Erhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit auf einer breiten methodologischen Basis (kognitiv / biografisch / Werte) im Rahmen einer psychosozialen Diagnostik (Klinischen Sozialarbeit / KH Sozialdienst), damit die Entscheidung über die Behandlungsplanung, über medizinische und pflegerische Maßnahmen nicht allzu schnell an die rechtliche Betreuung delegiert wird.

**psychosoziale Diagnostik** ist gleichzeitig immer auch eine Form der Intervention im Sinne einer Stärkung der Selbstbestimmungsfähigkeit.





### Implementierung / Organisation

- Ethische Leitlinien / Ethik-Komitee gut, aber *nicht hinreichend (Zweilagigen-Modell Nijmegen)*
- Ethische Moderatoren
- Ethische Fragen in Teambesprechungen
- **Retrospektive Fallberatung** (z.B. Fall Herr Paul) > um daraus verallgemeinerbare Schlüsse zu ziehen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken
- Bei medizinischen Entscheidungen > nicht abweisbare Verantwortungspflicht (Entscheidungskompetenz ) des Arztes, aber: Perspektive des Patienten und interprofessionelle Gesichtspunkte stärken (Advokatorische Funktion insbesondere des Sozialdienstes / der Klinischen Sozialarbeit) > Entlastung durch Teilung der Verantwortung



## Zusammenfassung

### Fall Herr Paul



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)