



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

www.icep-berlin.de