

(Reinhard-Verlag)

„Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht“

Ethische Fallbesprechung als Lösungsansatz in der Geriatrie

Abschlussarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care

Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II / 2014-15

Vorgelegt am	15.10.2015
Vorgelegt von	Seiser Johanna
Kontaktdaten	Marktblick 15 4273 Unterweißenbach 0660-4147813 johanna.seiser@ecsystems.at
Vorgelegt bei	Feichtner Angelika, MSc
Modul	Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliativpflege

Inhalt

1	Einleitung	4
1.1	Ausgangssituation.....	4
1.2	Problemdarstellung	5
1.3	Fragestellung	5
1.4	Methodik	5
1.5	Zielsetzung	5
2	Medizinethische Prinzipien:	6
2.1	Das Prinzip der Autonomie.....	6
2.2	Das Prinzip des Nicht Schadens	8
2.3	Das Prinzip der Fürsorge	8
2.4	Das Prinzip der Gerechtigkeit.....	9
2.4.1	Gleichheitsmodell	10
2.4.2	Freiheitsmodell.....	10
2.4.3	Effizienzmodell.....	10
2.4.4	Fairnessmodell.....	11
3	Verhältnis Ethik zur Pflege	11
4	Autonomie trotz Demenz	12
5	Exemplarische Patientengeschichte	13
6	Ethische Entscheidungsfindung am Lebensende	14
6.1	Empfehlungen zur ethischen Entscheidungsfindung:	14
6.2	Zielsetzung ethischer Entscheidungsfindungen.....	15
6.3	Nutzen ethischer Teambesprechungen.....	15
6.4	Das Nimwegener Modell und seine mögliche praktische Anwendung im Seniorenheim Unterweißenbach	16
6.4.1	Problem (angelehnt an die unter Punkt 5.1. angeführte exemplarische Patientengeschichte)	17
6.4.2	Fakten	17
6.4.3	Bewertung.....	18
6.4.4	Beschlussfassung	18
7	Zusammenfassung	19
8	Literaturverzeichnis	20
9	Anhang	21

Abstract

Selbstbestimmung, auch am Lebensende, meinen wir, ist eine Selbstverständlichkeit. Manche wagen sich sogar vor und betiteln es als unantastbares Menschenrecht.

Wenn aber zum Beispiel der betagte Mensch an Demenz leidet, schwerer Epileptiker ist und aufgrund der kognitiven Defizite seine antiepileptischen Medikamente nicht einnehmen will, stellt sich oft die Frage ob hier die Autonomie des Betroffenen oder die Fürsorgepflicht der Betreuenden im Vordergrund steht.

Diese Arbeit hat sich das Ziel gesetzt, ethischem Denken in der Pflege einen Auszug an fundiertem theoretischem Wissen beizustellen. Die medizinethischen Prinzipien stellen am Beginn dieser Arbeit dabei das Fundament dar. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht kommt bei Demenz besonders zum Tragen. Diesem brisanten Thema widmet sich die weitere Arbeit.

1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland werden 31,8 % aller Pflegebedürftigen, besonders schwer Demenzkranke, in stationären Altenpflegeeinrichtungen gepflegt. Ein Drittel der Bewohner/innen stirbt im ersten Vierteljahr, 50 % im ersten Jahr (Grond, 2009, S. 17).

Diese Zahlen machen deutlich, wie brisant das Thema Sterben in den Seniorenheimen ist und wie knapp die Zeitressourcen für die zu Betreuenden und die Pflegenden sind, einander kennen zu lernen. Es gilt in dieser Zeit nicht nur die körperlichen Bedürfnisse des alten Menschen zu berücksichtigen, sondern vor allem die Werte und Vorstellungen auch in Bezug auf die Gestaltung des Lebensendes zu eruieren bzw. richtig zu deuten.

Dazu soll diese Arbeit Hilfestellung und Ermunterung sein. Der erste Teil der Arbeit widmet sich den theoretischen Grundlagen der Ethik, basierend auf die medizinethischen Prinzipien. Dann wird der Bogen zur Pflege gespannt, der Schwerpunkt liegt dabei bei der vorausschauenden Planung der End-of-Life Care von demenzkranken Menschen.

1.1 Ausgangssituation

Steigende Arbeitsverdichtung, höhere Qualitätsansprüche seitens der Behörden, Angehörigen und den zu Pflegenden bei immer knapper werdenden Personalressourcen und der Wunsch der Pflegeperson, genügend Zeit für die Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen zu haben, bringen die Pflegenden oft in ein massives Spannungsfeld (Huber et al., 2005, S. 15).

Laut einer von Goffman durchgeführten Studie verbinden die Menschen den Eintritt in eine Langzeitpflegeeinrichtung mit Anonymität, Autonomie- und Identitätsverlust, Einsamkeit und Abhängigkeit (Huber et al., 2005, S. 15).

1.2 Problemdarstellung

Autonomie und Selbstbestimmung hochbetagter Menschen zuzulassen und zu leben, ist in einem routinierten Pflegealltag keine Selbstverständlichkeit. Starre Arbeitsabläufe, Zeitdruck, zum Teil auch das fehlende Bewusstsein und das fehlende theoretische Wissen der Pflegenden lassen die Selbstbestimmung manchmal auf ein Minimum sinken. Besonders Menschen mit Demenz wird sehr schnell die Entscheidungskompetenz abgesprochen. Oft wird dabei vorschnell auf die Fürsorgepflicht gepocht, und die bestehenden Entscheidungsressourcen des alten Menschen werden übersehen.

1.3 Fragestellung

Aus den angeführten Problemdarstellungen ergeben sich für diese Arbeit folgende zentrale Fragestellungen.

- Welches theoretische Wissen liegt ethischem Handeln zu Grunde?
- Welche sind die großen Herausforderungen bei der Wahrung der Autonomie bei Menschen mit Demenz?
- Welche Möglichkeiten gibt es im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht um zu einer ethisch vertretbaren Entscheidung zu gelangen?

1.4 Methodik

Die Arbeit geht von einer definierten Problemdarstellung von geriatrischen Langzeiteinrichtungen zur Thematik „Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht“ aus. Zur Beantwortung der Fragestellungen wird die Methodik der Literaturliteraturarbeit, zusammensetzend aus Literaturrecherche und Literaturliteraturanalyse gewählt

1.5 Zielsetzung

Diese Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, ethischem Denken in der Langzeitpflege eine Stimme zu geben. Sie soll theoretisches Nachschlagewerk und praxisnahe Hilfestellung bei der Implementierung von ethischen Fallbesprechungen in der Geriatrie sein.

2 Medizinethische Prinzipien:

Die medizinische Ethik stützt sich auf den Hippokratischen Eid. In ihrer Ganzheit zielt sie darauf ab, moralische Wertvorstellungen in die Beratung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen. Auch den Angehörigen kommt ein wichtiger Stellenwert zu (Ethica rationalis, 2010).

Nicht immer fällt es leicht den moralischen Wertvorstellungen in der Praxis den richtigen Stellenwert zu geben. Die Ärzteschaft steht im Alltag vor riesigen Herausforderungen. Budgetknappheit, weniger Personalressourcen und enorme administrative Aufwände lassen oft kaum Spielraum. Die Pharmaindustrie und die Medizintechnik arbeiten auf Hochtouren an neuen Medikamenten und Technologien, um Leben erhalten zu können (Ethica rationalis, 2010).

Zwischen der Verwirklichung moralischer Wertvorstellungen und der minimalistischen Realität am Krankenbett entsteht ein enormes Spannungsfeld, dem die Berufsgruppe der in der Pflege Tätigen noch härter ausgeliefert ist als die Berufsgruppe der Mediziner/innen. Die unmittelbare Nähe zum kranken oder hilfsbedürftigen Menschen macht ein Wegschieben dieser Problematik nahezu unmöglich.

Die Medizinethiker Tom I. Beauchamp und James F. Childress entwickelten vier Prinzipien ethischen Handelns, die sich in der Medizinethik durchgesetzt haben. Sie werden wie folgt beschrieben: (Ethica rationalis, 2010)

2.1 Das Prinzip der Autonomie

Das Prinzip der Autonomie kommt aus der griechischen Antike. Damals verstand man darunter die Selbstgesetzgebung (griech.: *autónomus* - nach eigenen Gesetzen lebend (Knipping, 2007, S. 526).

Einen wesentlichen Grund für die derzeitige Aufwertung der Patientenautonomie sieht Giovanni Maio in seinem Buch „Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin“ darin, dass im 19. und im zeitigen 20. Jahrhundert der Arzt die Rolle des Alleinentscheiders inne hatte. Selbst der damals als weitsichtiger Arzt bekannte Heidelberger Internist Ludolf von Krehl (1861-1937) beschrieb die zunehmende Patientenautonomie und den

zunehmenden Wunsch nach Aufklärung am Krankenbett als Anfang vom Ende der ärztlichen Tätigkeit (Maio, 2012, S. 120 – 121).

Schon Anfang des 20. Jahrhunderts gab es erste Klagen von mündigen Patient/innen, die sich zu wenig über ihre Krankheit und deren Behandlung informiert fühlten. Einen gewichtigen Stellenwert bekam die Patientenautonomie aber erst um 1960. Sie spiegelte vor allem die Ablehnung einer paternalistischen Medizin wieder, die mit dem wachsenden Autonomiebewusstsein der Bürgerinnen und Bürger einherging (Maio, 2012, S. 121).

Der Fokus der Autonomie verschob sich von der Formulierung von Patientenrechten zunehmend auf die Qualität der Information. Die Einwilligung des Patienten aufgrund erhaltener und verstandener Fachinformation wurde zur grundlegenden Voraussetzung der Arzt-Patienten-Beziehung. Dieses Konzept des „informed consent“ (Einverständnis nach Aufklärung) beinhaltet auch das Recht auf Nichtwissen, auf Ablehnung eines Eingriffes oder die Vorausplanung von Entscheidungen (Patientenverfügung...) (Knipping, 2007, S. 52).

Unverzichtbar, um von einem eigenständigen Charakter einer Entscheidung zu sprechen, sind sowohl die Freiheit von fremder Beeinflussung als auch die Handlungsfreiheit. Gerade in der Pflege von Bewusstlosen, Kindern, Menschen mit Demenz und psychisch Kranken wird das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgeethik klar sichtbar (Knipping, 2007, S. 527).

In kaum einem Leitbild eines Pflegeheims fehlt das Wort „Autonomie“. Damit die Autonomie kein leeres rhetorisches Schlagwort bleibt, braucht es Wissen, Haltung, Kreativität und Reflexion des Teams.

Wichtig in der Langzeitpflege von geriatrischen Menschen scheint dabei, sich vor allem an den noch vorhandenen Ressourcen zu orientieren. An ihrer Biografie und an ihrer gelebten Gefühlswelt kann man sich auf die Spurensuche nach Autonomie machen. Gute Beobachtung, Empathie und das Zulassen von Nähe sind Werkzeuge, die dabei gut einsetzbar sind.

2.2 Das Prinzip des Nicht Schadens

Das Prinzip des Nicht Schadens gehört zu den ältesten handlungsleitenden Prinzipien der Medizin. Kant spricht von einer negativen Pflicht, einer Unterlassungspflicht, die eine unmittelbare und konkrete Pflicht darstellt (Maio, 2012, S. 123).

Es setzt die Anerkennung der Grundrechte des anderen voraus. Das Prinzip der Autonomie steht dem Prinzip des Nicht Schadens sehr nahe.

Eine objektive Definition für Schaden gibt es nicht. Eine genauere Definition des Schadens ist unter anderem vom amerikanischen Biothiker Eric M. Meslin vorgenommen worden. Er unterscheidet darin zwischen objektivem (Verletzung, Beeinträchtigung körperlicher Funktionen, Missachtung von Interesse) und subjektivem (Schmerz, Nichterfüllen einer Präferenz, sittlicher Verstoß) Schaden (Maio, 2012, S. 123 - 124).

Im „Lehrbuch für Palliative Care“ weist Knipping auf die folgenden Dimensionen des Nicht-Schadens hin:

- Aktiv keinen Schaden zufügen
- Patienten keinem Risiko aussetzen, Schaden zu erleiden
- Interventionen, deren Nutzlosigkeit erwiesen ist, nicht durchführen (Knipping, 2007, S. 527 -528)

Für die Pflege kann das bedeuten, auf den vielleicht nötigen zweistündlichen Lagewechsel zu Gunsten der Schmerzfreiheit zu verzichten oder die stark ermüdende Mobilisation in den Mobilisationssessel täglich aufs Neue mit dem ganzheitlichen Wohlbefinden des hochbetagten Menschen abzustimmen.

2.3 Das Prinzip der Fürsorge

„Gutes tun und zum Wohle des anderen handeln“, lautet das aus dem Geiste der hippokratischen Tradition entnommene Prinzip der Fürsorge. Wichtig ist zu unterscheiden, ob das Wohl durch eine Zweitperson wahrgenommen wird ohne die Willensäußerung

des Betroffenen (Notfallsituation) oder ob versucht wird, unter Berücksichtigung aller relevanten Wertevorstellungen und Überzeugungen des Betroffenen in dessen Sinne zu handeln (Knipping, 2007, S. 527).

Doch was ist mit dem Prinzip der Fürsorge, wenn es mit dem Prinzip der Autonomie in Konflikt gerät? In dieser Abwägung scheint auf den ersten Blick ein unauflösbares Konfliktpotential zu liegen. Es wäre zu einfach, in einer von schwerer Krankheit gezeichneten Lebensphase, in der der Mensch zwischen Hoffnung, Zorn, Depression und Resignation pendelt, die Verantwortung einer Entscheidung einzig und alleine auf solch schwache Schultern zu legen. Hier würde das Anwenden des Autonomierechtes ohne das Prinzip der Fürsorge zu einem bleichen, automatisiertem Konstrukt verkommen und an Zynismus grenzen (Geisler, 2005, S. 3).

In der Pflege und Betreuung alter Menschen steht oft die Fürsorge im Vordergrund. Es scheint, als hätte der Wunsch nach wohlthuender, fürsorglicher Betreuung Priorität vor autonomen Entscheidungen. Aber Fürsorge und Selbstbestimmung (Autonomie) müssen nicht zwingend im Widerspruch stehen. Eine fürsorgliche Unterstützung der Selbstbestimmung gehört auch zu den Aufgaben der Pflege.

2.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit

Aristoteles formuliert Gerechtigkeit als eine Tugend, die etwas über die sittliche Qualität von Menschen innerhalb einer Gemeinschaft aussagt (Knipping, 2007, S. 528).

Ursprünglich wurde das Gerechtigkeitsprinzip im Zusammenhang mit der Forschung am menschlichen Körper verbunden. Es ging dabei um die Verteilung der Risiken der Forschung und vor allem um die faire Verteilung neu erforschter therapeutischer Möglichkeiten. Heute spielt das Prinzip der Gerechtigkeit bei der Zuteilung der knappen Spenderorgane eine wichtige Rolle. Auch die vermehrte Beteiligung der Medizin an der Marktwirtschaft wirft zahlreiche Fragen auf (Maio, 2012, S. 131).

2.4.1 Gleichheitsmodell

Dieses Modell sagt, dass Gleiches gleich behandelt werden muss (Maio, 2012, S. 132).

Für die Pflege bedeutet dies, dass jeder Mensch mit derselben Krankheit das gleiche Ausmaß an Qualität und Quantität von Pflege und Betreuung bekommen muss. Nur auf die Gleichheit aller Kranken zu setzen, wäre aber auch nicht gerecht. Gibt es doch viele andere Kriterien, die berücksichtigt werden müssen, damit komplexe Situationen vergleichbar werden. Zum Beispiel: Ein kranker Mensch ist stark im Familienverband eingebettet, deshalb ist er nicht so **sehr** auf die Zuwendung des Pflegepersonals angewiesen, wie der obdachlose Bettnachbar/in, der/die keine Angehörigen hat.

2.4.2 Freiheitsmodell

Im Unterschied zum Gleichheitsmodell setzt dieses Konzept nicht auf ein Maximum an Gleichheit, sondern auf ein Maximum an Freiheit (Maio, 2012, S. 133).

Private Krankenkassen funktionieren nach diesem Modell. Der Kranke entscheidet selber über das Maß der Grundversorgung hinaus, welche Leistungen er sich zukaufen will. Das Resultat daraus ist unter anderem unsere Zweiklassenmedizin.

2.4.3 Effizienzmodell

Das Effizienzmodell steht für ein gutes Verhältnis zwischen Nutzen und Kosten (Maio, 2012, S. 133).

In der Praxis der Pflege würde dies zum Beispiel bedeuten, dass eine pflegerische Maßnahme (Mobilisation) bei einem Kranken aus Zeitgründen unterlassen wird, da diese bei einem anderen Menschen effektiver zu sein scheint.

2.4.4 Fairnessmodell

„Nach diesem Modell würde man die am meisten Bedürftigen bevorzugt behandeln und im Interesse der Bedürftigen eine Einbuße an Effizienz, Gleichheit und Freiheit in Kauf nehmen“ (Maio, 2012, S. 134-135).

3 Verhältnis Ethik zur Pflege

Lay führt an: „Die Ethik ist Domäne der Medizin. Sie wird zum Attribut medizinischer Macht. Und auch umgekehrt gilt: Wer die Macht hat, bestimmt auch die Ethik. Ethik-Fragen sind immer auch Machtverteilungsfragen. So ist es ein Unterschied der Positionsmacht, ob im klinischen Alltag ein Krankenpfleger oder ein (promovierter) Psychologe die Behandlung eines Patienten als unverantwortlich bezeichnet, selbst wenn es mit derselben Argumentationsstruktur geschieht“ (Wettreck 2001, S. 133 zit. nach Lay, 2012, S. 65).

Die Auffassung, dass die Pflegeethik ein Teilbereich der Medizinethik sei, leitet sich von der Einstellung ab, Pflege sei ein Teil der Medizin. Diese Ansicht ist bei Ärzt/innen und auch bei Mitarbeiter/innen in der Pflege noch weit verbreitet. Wenn die Pflege diese Unterordnung weiterhin unreflektiert zur Kenntnis nimmt, wird sie auch in Zukunft nur bedingt in wichtige Entscheidungsfindungen einbezogen werden. Dabei hat sie durch ihre Arbeit direkt an den Patientinnen und Patienten sehr wichtige Aspekte einzubringen.

Von Ärzt/innen, Philosoph/innen und Theolog/innen wurde 1986 die Akademie für Ethik in der Medizin gegründet. Inzwischen ist die Pflege ein ausdrücklich gewünschtes Mitglied, mit 5% aber nur eine verhältnismäßig kleine Gruppe. Seit 1995 engagieren sich renommierte Pflegeethikfachkräfte in der neu installierte Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“. Ziel all dieser Bemühungen soll eine anhaltende, fachlich und moralisch hochwertige Zusammenarbeit zweier gleichwertiger Bereichsethiken sein (Lay, 2004, S. 67).

Um in wichtigen Entscheidungsgremien als gewichtete Argumentationskraft auftreten zu können, darf sich die Pflege neben ihrer hohen sozialen und fachlichen Kompetenz,

aber auch nicht dem nötigen Wissen um die Grundlagen ethischen Handelns und Entscheidens verschließen.

4 Autonomie trotz Demenz

Unter Demenz wird der Verlust oder der Zerfall geistiger und körperlicher Kräfte verstanden:

- des Kurz- und später auch des Langzeitgedächtnis,
- der Urteilsfähigkeit,
- der Sprache,
- des räumlichen Orientierungsvermögens (Huwe, 2013, S. 4)

Verlieren wir bzw. zerfällt damit auch unsere Autonomie?

Kognitive Defizite verleiten oft dazu anzunehmen, dass diese Menschen gar nichts mehr verstehen und zu keiner zielführenden Kommunikation mehr fähig sind.

Was die Pflege schon lange gewusst hat und was bei empfindsamen Begegnungen mit dementiell erkrankten Menschen auch immer wieder erlebbar wird, wurde jüngst auch wissenschaftlich belegt. Auch Betroffene, die an einem fortgeschrittenen Stadium von Demenz leiden, sind durchaus in der Lage, positive und auch negative Emotionen zu erleben und nonverbal auszudrücken.

Die große Herausforderung dabei ist es, sich möglichst tief an die emotionale Welt des erkrankten Menschen heranzutasten. Hier muss gelernt werden, mit ihnen kleine Schritte zu machen, in „ihren Schuhen“ zu gehen. Diese Menschen haben oft einen ausgeprägten Sinn für Echtheit und Authentizität. Sie spüren, ob die Betreuenden es gut und ehrlich mit ihnen meinen.

Das ist auch der Anhaltspunkt der Autonomie. Es ist wichtig, die Wünsche und Bedürfnisse von dementiell veränderten Menschen sensibel wahrzunehmen. Wann und wie viel möchten sie essen und trinken? Wann ist die beste Tageszeit für eine Autofahrt in den Garten? Wie reagiert sie/er auf die Anwesenheit vieler Menschen? Gibt es da viel-

leicht ein erhöhtes Ruhebedürfnis, oder hat der Mensch Angst vor dem Alleinsein? Wurden früher Äußerungen über die Gestaltung des Lebensabends gemacht?

Dies stellt keine untergeordnete Form von Autonomie dar. Sie ist vom Grundrecht absolut gleichwertig der Autonomie, die entscheidungs- und urteilsfähigen Menschen ganz selbstverständlich zugestanden wird. Von den Betreuenden verlangt es aber deutlich mehr Kompetenz, sie richtig zu deuten und entsprechend darauf die Pflege und Betreuung abzustimmen. Dabei scheint das verantwortungsvolle, empathische Bemühen, mit dem alten Menschen in Kontakt zu kommen von höherer Priorität als immer die richtigen Schlüsse aus den Begegnungen zu ziehen. Natürlich sollte man von diesem hohen Ziel geleitet sein.

Durch eine empfindsame Kommunikation wird den alten Menschen Autonomie und Würde zugestanden. Sie spüren, dass die Pflegenden ehrlich an ihrem Wohl interessiert sind. Manchmal muss und darf sich auch Fachpersonal vor dem alten Menschen eingestehen, dass die Krankheit auch ihnen ihre Grenzen deutlich macht.

5 Exemplarische Patientengeschichte

Herr K. wohnt in einem Seniorenheim und ist 85 Jahre alt. Er ist seit ca. drei Jahren vollständig auf die Hilfe einer Pflegeperson angewiesen. Wenn es sein Allgemeinzustand zulässt, wird er einmal täglich in einem Mobilisationsstuhl mobilisiert. Das Essen muss ihm angereicht werden. Herr K. leidet an Diabetes Mellitus, einer mittelschweren Demenz vom Alzheimer Typ und an Parkinson. Herr K. hat immer wieder teils heftige epileptische Anfälle. Zu Zeiten, in denen er sich noch verbal äußern konnte, lehnte er die orale Medikamentengabe fast immer ab. Die Anfälle häuften sich damals sehr stark und immer wieder war ein Krankenhausaufenthalt nötig. Dazu ist zu sagen, dass der Patient auch immer wieder versuchte, Krankenhausaufenthalte abzulehnen.

Seitdem Herrn K. das Essen angereicht werden muss, werden ihm von manchen Betreuungspersonen die gemörserten Medikamente unter die Mahlzeiten gemischt. So gelingt es, dass Herr K. zumindest seine Morgenmedikamente zu sich nimmt. Die Zahl der Krampfanfälle hat seither kontinuierlich abgenommen. Die Tatsache, dass der Bewohner nicht über die Medikamentenbeimengung informiert ist, führt im Team zu

Diskussionen. Der wiederholte Versuch, Herrn K. darüber in Kenntnis zu setzen, resultierte jedes Mal in der Ablehnung der gesamten Mahlzeit.

Diese Situation veranlasst uns zu einer ethischen Entscheidungsfindung. Das ethische Problem wird wie folgt benannt: „Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht“.

6 Ethische Entscheidungsfindung am Lebensende

Definition:

„Ethische Fallbesprechung auf Station ist der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen“ (Steinkamp & Gordijn 2010, S. 256 zit. nach Marckmann, 2013, S. 4).

6.1 Empfehlungen zur ethischen Entscheidungsfindung:

Reinhard Lay beschreibt in seinem Buch „Ethik in der Pflege“, dass nicht alles, was Menschen als moralisch gut bezeichnen, automatisch zu entsprechenden Handlungen führt (Lay, 2004, S. 245).

Lay spricht dazu zwei Empfehlungen aus:

- Ethische Einschätzungen möglichst nicht als Einzelner vornehmen, sondern im Gespräch mit anderen Menschen (Lay, 2004, S. 246)

Jede Entscheidung, die man trifft ist, ist neben fundiertem fachlichen Wissen unter anderem auch geprägt von religiösen, kulturellen, wirtschaftlichen, sozialen und persönlichen Prägungen. Um Fallbesprechungen möglichst von vielen Werten aus betrachten zu können, ist es wichtig, Entscheidungen nicht alleine zu treffen. Wünschenswert wäre eine Multiprofessionalität des Beratungsteams. Die Pflege spielt dabei eine sehr

wichtige Rolle. Sehr oft werden Wünsche und Ängste, die die letzten Tage des Lebens betreffen, bei der täglichen Grundpflege geäußert.

- (Teil-)strukturierte multiperspektivische Verfahren zur ethischen Entscheidungsfindung anwenden (Lay, 2004, S. 246)

Je komplexer ein Dilemma ist, je mehr Menschen daran beteiligt sind und je schwerwiegender die Folgen der Entscheidungen sind, desto eher und besser sollte eine Entscheidungsfindung strukturiert sein. Natürlich bietet sich diese Form nicht für Akutsituationen an. Wichtig ist dabei auch, sich an den gegebenen lokalen Ressourcen zu orientieren. Im beruflichen Umfeld der Autorin werden Fallbesprechungen bisher zwischen Bewohnerin/Bewohner, Pflege, Ärzteschaft und Angehörigen abgewickelt. Zu fast 100% ist die Pflegekraft die Person, die ethische Besprechungen thematisiert, organisiert und auch die Moderation übernimmt.

6.2 Zielsetzung ethischer Entscheidungsfindungen

- Primär: Ethisch möglichst gut begründete Entscheidung
- Sekundär: Konsens im Behandlungsteam

6.3 Nutzen ethischer Teambesprechungen

- Bessere Kommunikation
- Interdisziplinarität der Betreuung wird gefördert
- Einseitige Bewertungen werden vermieden
- Entscheidungen müssen vom ganzen Team getragen werden können
- Eine umfassende Einschätzung der Patient/innensituation
- Frühzeitige Deeskalation von Konflikten im Team
- Höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen (Marckmann, 2013, S. 6)
- Ethische Fallbesprechungen können viele Diskrepanzen in der multiprofessionellen Betreuung von Patientinnen und Patienten aus der Welt schaffen.

Unentbehrlich für die erfolgreiche Durchführung solcher Besprechungen ist die Leitung durch einen Moderator oder eine Moderatorin (Steurer et al., 2008, S. 159).

6.4 Das Nimwegener Modell und seine mögliche praktische Anwendung im Seniorenheim Unterweißenbach

Gordijn und Steinkamp vertreten die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. Problem, Fakten, Bewertung und der Beschluss sind die vier Schritte dieses Modells, welches sich speziell in der Geriatrie bewährt hat (Lay, 2004, S. 260).

Das standardisierte Modell findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Wie bereits erwähnt, obliegt es im beruflichen Umfeld der Autorin bisher fast ausschließlich der Pflege, ethische Herausforderungen zu erkennen, zu benennen und ethische Fallbesprechungen einzuleiten. Ethische Themen werden zuerst zwischen den Pflegepersonen im Rahmen der täglichen Übergabegespräche im Beisein der Pflegedienstleitung diskutiert. Je nachdem, wie komplex diese Situationen sind, wird die weitere Vorgehensweise entschieden.

Wenn die Entscheidung weitreichende Konsequenzen für den betroffenen Menschen oder die Mitarbeiter/innen hat, kommt es zu einer (teil-)strukturierten Fallbesprechung. Die Moderation dabei übernimmt meist die Pflegedienstleiterin oder eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS), die mit dem ethischen Problem gut vertraut ist. Wenn es bei der Entscheidung um einen an Demenz erkrankten Menschen geht, wird schon im Vorfeld versucht zu eruieren wie die Person entschieden hätte, wäre sie noch einsichts- und urteilsfähig. Dabei helfen unter anderem Auszüge aus der Biografie, Aussagen nahestehender An- und Zugehöriger, Beobachtungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und nonverbale oder verbale Äußerungen des betagten Menschen. Sehr wichtig ist dabei auch im Vorfeld schon eine gute, nachvollziehbare Dokumentation.

Die Moderatorin spricht dann mit dem Arzt über die Situation, im Anschluss wird ein Gesprächstermin organisiert. Eingeladen werden nahe Angehörige (Sachwalter), Pfl-

gepersonen, der betreuende Hausarzt, gelegentlich auch der Heimleiter, und wenn die Situation die betroffene Bewohnerin oder den Bewohner nicht überfordert oder zusätzlich belastet, selbstverständlich auch diese/n.

Bisher wurde im Anschluss an dieses Gespräch eine mutmaßliche Willenserklärung verfasst, die von allen Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern unterschrieben wurde und regelmäßig zu evaluieren ist. In diesem Formular sind neben den persönlichen Daten der Bewohnerin oder des Bewohners auch der Grund des Gespräches, die anwesenden Personen und die Gesprächsergebnisse und Vereinbarungen dokumentiert.

Die Anwendung der Nimwegener Methode ermöglicht es nun, noch strukturierter an die Problemstellung heranzugehen. Die vorgegebene Gliederung gibt multiperspektiv alle wichtigen und beachtenswerten Aspekte der Besprechung vor. So können diese maßgeschneidert in vier Schritten auf die jeweilige Situation bearbeitet und diskutiert werden. Die sinnvolle Anwendung dieses Modells liegt nicht darin, jeden Punkt abzuarbeiten, sondern individuell die jeweils relevanten Fragen zu berücksichtigen.

6.4.1 Problem (angelehnt an die unter Punkt 5.1. angeführte exemplarische Patientengeschichte)

- Ablehnung der Medikamenteneinnahme, dadurch
- vermehrte epileptische Anfälle
- Spannungen im Team durch teilweise fehlende Wahrhaftigkeit der Pflegepersonen (Medikamente werden heimlich in Nahrung gemischt)

Es ist wichtig, das oder die Probleme genau zu benennen. Oft bestehen im Team verschiedene Auffassungen, wie das zu besprechende Problem genau lautet.

6.4.2 Fakten

Bei der Untergliederung in medizinische und pflegerische Gesichtspunkte, sowie weltanschauliche, soziale und organisatorische Dimension sollen alle bekannten Fakten

ein Gesamtbild des zu bearbeitenden Falles ergeben. Hier kann auch eruiert werden, ob noch wichtige Informationen fehlen.

6.4.3 Bewertung

Hier werden Fragen nach dem Wohlbefinden und der Autonomie des betroffenen Menschen und Fragen nach der Verantwortlichkeit von Ärzt/innen, Pflegenden und anderen Betreuenden gestellt. Normen und Werte, die für die Lösung des Problems von Bedeutung sein können, werden hier festgehalten.

6.4.4 Beschlussfassung

Das zu Beginn benannte ethische Problem wird nochmals beleuchtet. Durch die genaue Fallbesprechung kann es sein, dass sich das Problem nun anders darstellt. Es wird diskutiert, welche Handlungsweise den Vorzug verdient. Unter dem Unterpunkt „Besondere Situationen“ werden Patientinnen und Patienten ohne eigene Willensfähigkeit, Kinder und lange andauernde Behandlungen berücksichtigt.

Nochmals zu betonen ist die Wichtigkeit einer guten, neutralen Moderation. Eine entsprechende Schulung einiger geeigneter Pflegepersonen wird bei der Heimleitung angeregt.

Es ist wichtig, bei der Beschlussfassung einen Weg zu finden, den alle beteiligten Personen mittragen (können). Auch wenn nicht jede Argumentation gleich gewichtet werden kann, ist jede Wahrnehmung und jede Sichtweise der einzelnen Gesprächsteilnehmer/innen ein Schritt in ein gelebtes Bemühen für ein würdevolles Leben und Sterben des uns anvertrauten alten Menschen.

7 Zusammenfassung

Die vier ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress stellen den Ausgangspunkt für die Behandlung moralischer Probleme im Bereich der Medizin und der Pflege dar.

Eine besondere Herausforderung im Bezug auf die Wahrung der Autonomie sind Patient/innen, die an Demenz erkrankt sind.

Bei einem Menschen mit Demenz brauchen die Pflegenden vorbehaltlose Akzeptanz auch auffälligen Verhaltens, Wertschätzung seiner Würde und einführendes Verstehen. Eine möglichst konstante Umgebung und eine Bezugsperson die ehrlich und wahrhaftig ist, wären ideal. Dies würde auch das Verstehen seiner Mimik, Gestik und der non-verbalen Kommunikation erleichtern. Die Orientierung an der Biografie des erkrankten Menschen und die Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit sind sehr wichtig, um einen Zugang zu diesem Menschen zu bekommen und den mutmaßlichen Willen zu eruieren.

Ethische Entscheidungsfindungen können helfen, zu einer gut begründbaren Entscheidung zu gelangen. Das Nimwegener Modell ist ein strukturiertes Modell, um zu einer ethisch gut vertretbaren Lösung zu finden.

Die Pflege als bedeutender gesellschaftlicher Faktor muss sich in Selbstständigkeit üben und eigene pflegerische Werte definieren. Die Abnabelung von der Medizinethik soll dazu führen, dass die Pflegeethik neben der Medizinethik unter dem gemeinsamen Dach der Ethik des Gesundheits- und Sozialwesens steht.

8 Literaturverzeichnis

Ethica rationalis. (4. Oktober 2010). Abgerufen am 1. Juli 2015 von <http://www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/>

Geisler, L. S. (29. Oktober 2005). *Linus S. Geisler: Der Krebskranke zwischen Autonomie und Fürsorge*. Abgerufen am 4. August 2015 von http://www.linus-geisler.de/vortraege/dd/0510mw_autonomie.pdf

Grond, E. (2009). *Palliativpflege bei Menschen mit Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Huber, M., Siegel, S. A., Wächter, C., & Brandenburg, A. (2005). *Autonomie im Alter*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Huwe, H. (9. 10 2013). *Erzbistum Köln*. Abgerufen am 10. Juli 2015 von https://www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/seelsorge_und_glaube/krankheit_und_pflege/.content/galleries/ethik-medizin-pflege/Vortraege_Seminarunterlagen/2013-10-09Huwe_Demenz_und_Autonomie.pdf

Knipping, C. (2007). *Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage*. Bern: Hans Huber Verlag.

Lay, R. (2004). *Ethik in der Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.

Maio, G. (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Marckmann, G. (5. November 2013). *Ethische Falldiskussion - Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin*. Abgerufen am 14. Juli 2015 von http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/vortragsfolien/muenchen-05_11_13.pdf

Steurer, J., Behrens, C., Gerhard, C., Schwermann, M., & Wichmann, C. (2008). *Palliative Care in Pflegeheimen - Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

9 Anhang

Fragenkatalog der Nimwegener Methode

Problem

Wie lautet das ethische Problem?

Fakten

Medizinische Gesichtspunkte:

- Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist die Prognose?
- Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?
- Hat diese Behandlung eine positive Auswirkung auf die Prognose? In welchem Maße?
- Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?
- Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?
- Kann die Behandlung dem Patienten schaden?
- Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

Pflegerische Grundsätze:

- Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben?
- Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen?
- Inwieweit kann sich der Patient selber versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?)
- Welche Vereinbarungen sind über die Aufgabenverteilung in der Pflege getroffen worden?

Weltanschauliche und soziale Dimension:

- Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt?
- Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?
- Wie sieht der Patient selber die Krankheit?
- Wie prägt die Weltanschauung der 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?

Organisatorische Dimension:

- Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?

Bewertung

Wohlbefinden der Patienten:

- Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst, etc.)?

Autonomie des Patienten:

- Wurde der Patient ausreichend informiert und hat er seine Situation verstanden? Wie sieht der Patient selber 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 der Patienten sind relevant?
- Welche Werte vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie?
- Ist es richtig, dem Patient die Entscheidung über seine Behandlung zu überlassen?

Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden:

- Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?
- Kann dieser Konflikt durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung gelöst werden?
- Gibt es genug gemeinsame Beratung zwischen Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden?
- Sind die Verantwortlichkeiten gut genug abgegrenzt worden?
- Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Vertraulichkeit)?
- Ist der Patient wahrheitsgemäß mit seiner Situation vertraut gemacht worden (Aufrichtigkeit)?
- Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles (Kollegialität)?
- Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere Patienten zu verantworten (Gerechtigkeit)?
- Müssen Interessen Dritter berücksichtigt werden?
- Welches sind die relevanten Leitlinien der Einrichtung?

Beschlussfassung:

- Wie lautet nun das ethische Problem?
- Sind wichtige Faktoren unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden?
- Kann das Problem in Formulierung miteinander im Konflikt stehender Werte übersetzt werden?
- Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma? Welche Handlungsalternative stimmt am meisten mit den Werten des Patienten überein?
- 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, Abwarten etc.)?
- Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein? Welche Fragen bleiben unbeantwortet?
- In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

Wie kann man die Entscheidung und die Auswertung zusammenfassen?

Besondere Situationen

Patienten ohne eigene Willensfähigkeit:

- Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?
- In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?
- Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt, oder als dauerhaft angesehen?
- Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit?
- Können die zu treffenden Entscheidungen so lange aufgeschoben werden?
- Was weiß man über die Werte des Patienten?

Kinder:

- Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt?
- Kann das Kind im Hinblick auf die Behandlung selbst entscheiden?
- Welche Behandlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Eltern?
- Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird?

Lange andauernde Behandlung:

- In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell geändert werden?
- Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen in der Pflege?

EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides Statt,
dass ich die vorliegende Arbeit selbst angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt
oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit
wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Johanna Seiser