

Organisierte Verantwortung für ein Altern in Würde



Ethikberatung in der stationären Altenhilfe



Malteser

...weil Nähe zählt.

1	Einführung	3
2	Die gesellschaftliche Situation der stationären Altenpflege	5
3	Ethische Konfliktfelder in der stationären Altenpflege	6
4	Auf dem Weg zur Ethik-Beratung in der Altenhilfe	9
5	Ethische Fallbesprechung als Entscheidungshilfe im Einzelfall	10
6	Ethikkomitee Altenhilfe	15
7	Widerstände, Grenzen und Bedenken	18
8	Chancen und Potenziale	19
	Anlage 1: Mustergeschäftsordnung für ein Ethikkomitee Altenhilfe (EKA)	21
	Anlage 2: Verfahrensanweisung zur Durchführung einer Ethischen Fallbesprechung	22
	Anlage 3: Frage- und Protokollbogen für Ethische Fallbesprechungen	24
	Anlage 4: Erstellung einer ethischen Leitlinie für die Altenhilfe	27
	Quellen und Literatur	29

Impressum

Herausgeber: MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH

Kalker Hauptstraße 22-24, 51103 Köln

Telefon: 0221/9822-500

Email: mtg@malteser.de

Autor: Lic. theol. Wolfgang Heinemann

Verantwortlich für den Inhalt: Ethik und Seelsorge der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH

Bilder:

1. Auflage

© MTG, Köln 2009



Der andere Blick

Persona – Non Persona

Hier bin ich – siehst du mich? – Eine Person.

Teil 1:

Schwester, Doktor, weißt du, wer ich bin, wer ich war? Ich – ich war Schneiderin, liebte, mit Stoffen umzugehen, Spitzen, delikate und weiß, wie Löwenzahnlichter. Weißt du, dass meine Augen beim Anblick von Farben trunken wurden? Die Vorhänge dort am Fenster – vergilbt, zerrissen. Könnte ich neue nähen – neue für jedes Fenster. Eine spitze Nadel, bunten Faden – könntest du mir das anvertrauen? Ich zupfe Fäden aus meinem Kleid, fühle den Stoff – Erinnerung wird Gegenwart. „Seht sie an, sie zupft wieder an ihrem Kleid herum – gebt ihr eine Pille.“

Teil 2:

Schwester, Doktor, weißt du, wer ich bin, was ich war? Ich – ich war Athlet, liebte meinen Körper, meine Kraft. Meine Muskeln gehorchten meinem Willen, meinen Befehlen. Jetzt aber gehorchen sie anderen Befehlen – unkoordiniert, sinnlos. Könnte ich einem Ball entgegen springen, meine Arme ausstrecken, ihn auffangen, seinen harten Aufprall an den Händen spüren – prickelnder Schmerz. Einen Ball, einen harten Ball – könntest du mir den anvertrauen? Ich springe und schwinde meine Arme, er-

fühle mich – Erinnerung wird Gegenwart. „Der dort gebärdet sich wieder gefährlich – gebt ihm eine Pille.“

Teil 3:

Schwester, Doktor, weißt du, wer ich bin, was ich war? Ich – ich war Gärtner. Meine Hände – für dich niemals sauber genug – Schwielen, Schmutz. Die gute kühle Erde. Ich hätschelte sie – viele Jahre lang. Die Erde – sie gehört mir, sie ist ein Teil meiner selbst. Ich liebte den feuchten, modrigen Duft exotischer Blumen – den scharfen, harzigen Geruch von Föhren. Die Blumenbeete dort draußen – verwildert, verwaist ... Könnte ich hingehen, sie hegen und pflegen, mich bücken, dort knien. Eine Hacke, eine Schaufel – könntest du mir das anvertrauen? Ich gehe auf die Knie, betaste den kühlen Boden mit meinen Händen – Erinnerung wird Gegenwart. „Der alte Mann benimmt sich wieder verworren – gebt ihm eine Pille.“

Hier bin ich – siehst du mich? – Eine Person.

Schwester, Doktor, weißt du, wer ich bin, was ich war? Alles ist jetzt anders. Ich – ich nähe mit spitzer Nadel mit buntem Faden – Vorhänge fürs Fenster dort. Ich – ich springe dem Ball entgegen, fange ihn auf – zeige anderen wie. Ich – ich hacke die gute kühle Erde – Blumen für deinen Tisch.

Alles ist jetzt anders ... weil du weißt, was ich war, wer ich bin.

Autor unbekannt

Vielleicht wirken diese drei Szenen gestellt, klischeehaft, polarisierend, sentimental. Aber sie können nachdenklich machen. Die ausführlichen, um Verständnis flehenden Gesten demenzerkrankter Menschen, ihre (unausgesprochenen) Bitten um die Nadel, den Ball, die Erde werden zu einem Symbol für den verzweifelten Versuch, Kontinuität zu wahren und die vertraute Lebenswelt vor dem Untergang zu retten, für die Sehnsucht nach Heimat, für den Wunsch nach Verständnis.

Die stereotype Reaktion: „Gebt ihm eine Pille!“ klingt dagegen sachlich kalt, routiniert, standardisiert. „Siehst du mich – eine Person?“, ist die entscheidende ethische Frage. „Was siehst du? Welches Gesicht nimmst du wahr? Welches Ansehen habe ich bei dir? Bin ich einer unter dutzend anderen, nur ein weiterer Pflegefall, der sich selbst und seine Geschichte überlebt hat – oder bin ich eine Person.“

Ethik ist Unterbrechung dieser Routine und einer Pragmatik, die alles Störende anpassen oder ruhig stellen will. Sie gibt der Störung Raum. Sie öffnet einen anderen Blick: auf die Person, ihre unverlierbare Würde. Sie lässt sich bewegen von der Lebensgeschichte und dem Lebensentwurf des Einzelnen und von den oft verborgenen leisen Willensbekundungen. Sie strebt nach dem guten Handeln, das der Situation und der Person gerecht wird. Sie gibt sich nicht mit der erstbesten Handlungsmöglichkeit ab, sondern sucht und prüft Alternativen, inwieweit diese dem Betroffenen mehr nutzen oder weniger schaden und wie sie im Verhältnis zum Allgemeinwohl einer Einrichtung oder einer Gesellschaft stehen.

Der *andere Blick* der Ethik bedeutet ein Zweifaches: Eine Person, eine Situation anders zu sehen: achtsamer, vielschichtiger, verständnisvoller. Im Vordergrund steht dann nicht mehr die Perspektive auf die Defizite einer Person, auf die mentalen Einbußen und körperlichen Einschränkungen. Der vorrangige Aspekt gilt der inneren Welt des Einzelnen, zeigt Respekt vor der Bedeutung von Gefühlen und dem Wert von zwischenmenschlichen Beziehungen. Er weitet die Betrachtung von einer biologischen auf eine biographische Perspektive, sieht den Menschen in seiner physischen, sozialen, psychischen und spirituellen Dimension.

Der andere Blick der Ethik fordert aber auch heraus, in einer Situation anderes zu finden: alternative Erklärungen, verschiedene Handlungsmöglichkeiten,

verantwortete Entscheidungen. Dieser andere Blick ist angesichts des Zeitdrucks und der Personalknappheit in Altenhilfeeinrichtungen nicht selbstverständlich. Er kann immer wieder verloren gehen, muss immer wieder erinnert werden, darf nicht dem Zufall überlassen bleiben. Er muss systematisch geschult und gefördert werden. Dazu ist nicht nur eine gute Personalentwicklung notwendig. Um Ethikberatung in einer Organisation wirksam zu implementieren, müssen auch Strukturen und Prozesse in der Organisation entwickelt sein, die ethische Reflexion, verantwortliche Entscheidungen und deren Evaluation sichern.

Organisationen, auch im sozialen Bereich, sind – auch wenn sie es anders verkünden – nicht selbstverständlich auf den „Kunden“ bezogen. Organisationen haben eine starke Tendenz, sich auf sich selbst zu beziehen (Selbstreferenz) und sich selbst zu erhalten (Autopoietik). Daher braucht die programmatische Sicht: „Bei uns stehen die Bewohner/innen im Mittelpunkt“ eine starke Absicherung in der Organisation selbst: Die Organisation von Ethik ist ein wirksamer Schutz (wenn auch keine Garantie), dass Ethik nicht in der Organisation untergeht oder ein Schatten- und Scheindasein in Festreden oder im Einrichtungsprospekt führt.

Die MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH (MTG) führt insgesamt rund 50 Einrichtungen im Gesundheitswesen, darunter 22 Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Seit zehn Jahren verfolgt die MTG in verschiedenen Projekten, Ethikberatung im Krankenhaus, in der stationären Altenhilfe und in der ambulanten Pflege eine tragfähige Struktur zu geben und Entscheidungsprozesse durch eine systematische ethische Reflexion zu prägen.

Gemäß der 900-jährigen Ordenstradition der Malteser, dem Auftrag „Tuitio fidei et obsequium pauperum“ (Bezeugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen) sucht die MTG fortlaufend nach einer zeitgemäßen Übersetzung und der Suche nach praktikablen organisatorischen Umsetzungen, um den gewandelten Herausforderungen gerade ethisch reflektiert und verantwortet zu begegnen.

Wir sind dankbar für die guten Erfolge und auch für die Widerstände, die wir nicht zuletzt aufgrund des hohen Engagements vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfahren konnten und die die Erstellung dieser Broschüre möglich machten. Wir fühlen uns

bestätigt von den vielen positiven Rückmeldungen, die wir von anderen Trägern bezüglich der ethischen Entwicklung unserer Organisation erhalten haben. Am meisten freuen wir uns aber für und über die Bewohner, Angehörigen und Mitarbeitern, die von Ethischen Fallbesprechungen, der Arbeit der Ethikkomitees oder ethischen Fortbildungen profitieren und den „anderen Blick“ einüben und leben.



Die gesellschaftliche Situation der stationären Altenhilfe

Nicht nur das Alter, sondern auch die stationäre Altenhilfe leidet an einem schwierigen Image in der Gesellschaft. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen stehen in dem Ruf, Elend, Fremde und Isolation zu organisieren. Sie sind für viele mehr Aufenthaltsort oder Endstation denn Heimstatt. Altenheime „können noch so freundlich und spannend sein, sie werden immer noch mit Linoleum und Langeweile verbunden“ (Krancke 2007).

„Eine derart extreme Kumulierung von Abhängigkeiten wird man schwerlich anderswo in der Gesellschaft finden“ (Eicken 1990). Die Machtstrukturen und das Machtgefälle sind häufig deutlich spürbar, aber wenig transparent.

Medienberichte unterstützen immer wieder ein Zerrbild von unhaltbaren Zuständen, Vernachlässigung, Entmündigung, Ausbeutung und Gewalt gegenüber alten Menschen. Auch wenn in manchen Fällen die Berichte über katastrophale Verhältnisse zutreffen mögen und zu Recht anprangern, so besteht doch die Gefahr einer Verallgemeinerung, die die vielen Men-

schen, die sich täglich mit großer Sorgfalt und gewissenhaftem Einsatz um eine gute Versorgung bemühen, entwertet und diskriminiert und die Bewohner und deren Angehörige, die sich mit der meist ungeliebten Übersiedlung in ein Heim schweren Herzens abzufinden versuchen, verunsichert und entmutigt.

Für viele Bewohner selbst und ihre Angehörigen ist das Erleben der Heimrealität mehrschichtiger: Es kann ein Ort der Rettung vor der Vereinsamung sein, aber auch ein Ort der Einsamkeit. Es kann einen Ort der Sorglosigkeit und Geborgenheit bedeuten, aber auch einen Ort der Fremde und des Zwangs. Der Umzug geschieht meist eher notgedrungen als freiwillig, unter Aufgabe der vertrauten Umgebung, der selbstbestimmten Zeitgestaltung, der finanziellen Unabhängigkeit, des sozialen Netzes.

Das verordnete Zusammenleben mit anderen, oft auf engem Raum mit eingeschränkter Privatsphäre, fordert viel Anpassung. Menschen aus unterschiedlichen Milieus, mit abweichendem weltanschaulichen oder ethnischen Hintergrund, verschiedenen Einschränkungen und Gebrechen, Lebensgewohnheiten und Lebensgeschichten müssen dauerhaft miteinander auskommen. Individuelle Bedürfnisse können schnell in Konflikt mit Gemeinschaftsbedürfnissen geraten, die eigene Lebensordnung in Konkurrenz mit der Hausordnung. Das Ziel, dass das Heim zur Heimat wird, die Leidensgenossen zu Gefährten, die individuelle Selbstbestimmung zu einer „Autonomie in Gemeinschaft“ (Bockenheimer-Lucius, May), gelingt nur mühsam und kann häufig scheitern.

Erschwert wird die Situation durch den hohen Anteil demenzerkrankter Bewohner, die den Kontakt zu ihrem Umfeld und fortschreitend auch zu sich selbst verlieren und damit zu der notwendigen Anpassungsleistung in der neuen Umgebung nicht mehr in der Lage sind.

Organisatorisch sind Pflegeeinrichtungen komplexe Realitäten: Die Interessen der Einzelnen stimmen nicht immer mit denen der Hausgemeinschaft überein; die Bedürfnisse der Bewohner können von denen der Angehörigen abweichen. Die Ansprüche an die Pflege, Sozialdienste und Seelsorger (sofern es überhaupt solche gibt) sind vielfältig und hoch. Hinzu kommen Ärzte und gesetzliche Betreuer als professionelle externe Dienstleister – und Entscheidungsträger, oft eine spannungsreiche Partnerschaft. Kostenträger, Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Kran-

kenkassen, aber auch der Heimbeirat bringen je eigene Perspektiven und Kriterien ein, die nach Berücksichtigung verlangen. Auf allem lastet verstärkt ein wirtschaftlicher Druck, der eine immer schnellere Versorgung von immer stärker Pflegebedürftigen mit immer knapperen Zeitressourcen verlangt.

Der Blick in die zukünftige Entwicklung verspricht keine Entlastung. Ohne das Horrorszenarium mancher Demografen unterstützen zu wollen, ist es wichtig, sich nüchtern mit der Prognose auseinanderzusetzen: Die absolute Zahl der alten Menschen steigt bekanntlich, ebenso die relative Zahl alter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Innerhalb der Gruppe der über 60-Jährigen werden der Anteil der Frauen und der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund zunehmen. Mit der wachsenden Lebenserwartung steigt die Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz, besonders bei den Hochaltrigen. Herkömmliche soziale Netze, die eine ambulante Versorgung unterstützen oder eine stationäre Übersiedlung abfedern könnten, werden zunehmend ausgedünnt.

Die wachsende Nachfrage und die zunehmende Knappheit der Mittel wird auf Dauer eine Rationierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen immer spürbarer werden lassen. Es wird viel daran liegen, Verteilungskriterien und Umschichtungsprozesse gerecht und transparent zu bestimmen. Einer impliziten oder expliziten Vorenthaltung von gesundheitlichen Leistungen aufgrund des Kriteriums „Lebensalter“ gilt es mit Aufmerksamkeit und Widerspruch zu begegnen.

Das Wort „Heim-Weh“ kann so einen doppelten Sinn erhalten: In seiner ersten Bedeutung ist es eine Zielbestimmung und drückt die Sehnsucht nach dem Daheim, nach einer Heimat aus. In einem zweiten Sinn ist das Heim aber nicht Ziel, sondern Ursache des Wehs, ein Grund des Leidens, an dem es zu arbeiten gilt. Ethik hat es mit beiderlei Heimweh zu tun: kritisch mit den Bedingungen, die den Aufenthalt und die Arbeit im Heim leidvoll sein lassen – und visionär mit den Bedingungen, die das Heim zur Heimat werden lassen.



Ethische Konfliktfelder in der stationären Altenhilfe

Das Spektrum ethischer Konfliktfelder scheint in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe breit gestreut: Neben den medizinethischen Problemen, die auch in der klinischen Ethikberatung bekannt sind, gibt es eine ganze Reihe von sozialetischen Fragestellungen, die durch das dauerhafte und oft unfreiwillige Zusammenwohnen zunehmend pflegebedürftiger Personen und dadurch verursachte Interessenskonflikte entstehen.

Exemplarisch seien hier einige medizinethische und sozialetische Konfliktfelder benannt:

Zwischen Übertherapie und Untertherapie

Die Erkenntnis ist nicht neu, dass nicht alles, was medizinisch machbar ist, ethisch verantwortlich ist: Diagnosen, die keine therapeutische Konsequenz haben, maximale Therapien im Finalstadium, Behandlungen, bei denen die mutmaßliche Einwilligung des Patienten unklar ist, stellen einige Beispiele dar. Viele ethische Fallbesprechungen sind in der Vergangenheit im Krankenhaus durch die Frage ausgelöst worden, ob eine geplante oder laufende Therapie nicht eine bedenkliche Übertherapie darstellt, die nicht mehr dem Leben dient, sondern einen unaufhaltsamen Sterbeprozess qualvoll verlängert.

In der stationären Altenhilfe stellen sich ähnliche Fragen: die Verlegung ins Krankenhaus bei sterbenskranken Bewohnern, der Beginn einer dauerhaften künstlichen Ernährung bei Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz und deutlichen Abwehrsignalen,

die Verabreichung von Mitteln zur Verzögerung einer dementiellen Entwicklung (Antidementiva), obwohl der Nutzen umstritten und ein Schaden für den Patienten möglich ist.

Allerdings weisen erste Erfahrungen mit ethischen Fallbesprechungen in der Altenhilfe darauf hin, dass auch Formen von Untertherapie Gegenstand der Besprechung sein können: mangelhafte Schmerztherapie, Vernachlässigung antidepressiver Behandlung oder der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, weil ein Bewohner (von außen betrachtet) keine Lebensqualität mehr zu besitzen scheint. Hier kann die ethische Reflexion ein voreiliges Urteil, dass eine Bewohnersituation nicht mehr „lebenswürdig“ sei, kritisch hinterfragen.

Die Bestimmung des rechten Maßes und dessen, was zu viel und was zu wenig ist, ist in der Praxis oft schwer. Nicht immer ist klar zu unterscheiden, wo es sich um erlaubte passive Sterbehilfe (als Zulassen und palliative Behandlung eines fortschreitenden irreversiblen Sterbeprozesses) oder um indirekte Sterbehilfe (zum Beispiel durch medikamentöse Linderung von Schmerzen unter billiger Inkaufnahme einer nicht-intendierten Lebensverkürzung) handelt und wo der Bereich der aktiven Sterbehilfe beginnt, wenn zum Beispiel durch das Unterlassen von lebenserhaltenden Maßnahmen der Eindruck entsteht, dass der Tod kausal herbeiführt wird.

Das Problem der Selbstbestimmung

Das Thema „Selbstbestimmung“ stellt im Altenhilfebereich angesichts einer Vielzahl dementiell erkrankter Menschen ein großes Problem dar: Definiert man als Voraussetzung von Selbstbestimmung

- das Verstehen wesentlicher Informationen,
- die Möglichkeit, diese Informationen im Licht eigener Werte zu beurteilen,
- die Fähigkeit, das Ergebnis einer Entscheidung zu antizipieren,
- die Fertigkeit, eine Entscheidung frei zu äußern
- ein Erinnerungsvermögen, das die Stabilität einer Entscheidung ermöglicht,

so wird man bei einem großen Teil der Bewohner auf den ersten Blick kein Potenzial entdecken, über sich selbst zu bestimmen.

Eine erhöhte Achtsamkeit und Sensibilität, Wohlwollen und Geduld sowie der Verzicht auf emotionalen

und zeitlichen Druck können jedoch zu der Erkenntnis führen, dass auf jeder Stufe einer dementiellen Entwicklung – wenn auch zunehmend eingeschränkt – Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und des Selbstäußerns vorhanden sind (Wunder 2008). Zwischen einem Grad uneingeschränkter Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit und dem vollständigen Verlust der Fähigkeit zur Selbstäußerung gibt es viele Stufen eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit – mit diversen Formen von Mitwirkungsmöglichkeiten.

Auch Menschen mit schwerer Demenz können auf unterschiedliche Weise ihre Präferenzen signalisieren: mimische und gestische Äußerungen der Zufriedenheit, Freude, Angst und Abwehr können Ausdruck eines spontanen „natürlichen Willens“ sein. Um eine solche „Autonomie des Augenblicks“ (Schwerdt 2005) entfalten zu können, brauchen demenzerkrankte Menschen jedoch ein angemessen anregendes Milieu und eine adäquate pflegerische Betreuung. Die Verantwortung zur Wahrnehmung von Selbstbestimmung liegt dann mit fortschreitender Demenz zunehmend weniger bei der Person, die ihren Willen bekundet, als im sozialen Umfeld, das auch rudimentäre Spuren von Selbstbestimmung sucht und wertschätzt.

Eine andere Möglichkeit, mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit umzugehen, besteht in einer Differenzierung, welche Gewichtigkeit das Ergebnis einer Entscheidung für den Betroffenen hat. Dabei wird es leichter fallen, die Entscheidung eines eingeschränkt orientierten Menschens zu akzeptieren,

- wenn er einer medizinischen Maßnahme zustimmt, die risikoarm ist und Vorteile für ihn verspricht
- wenn er eine medizinische Maßnahme ablehnt, die risikoreich ist oder nur einen zweifelhaftem Nutzen für ihn bringt.

Schwerer wird es fallen, eine Entscheidung zu akzeptieren,

- wenn der Betroffene einer Maßnahme zustimmt, die ein hohes Risiko für seine Gesundheit bedeutet,
- wenn der Bewohner eine Maßnahme ablehnt, obwohl sie ihm deutliche Vorteile bei einem überschaubaren Risiko bringen würde.

In den beiden letzten Fällen ist gut abzuwägen, inwieweit ein Bewohner tatsächlich in der Lage ist, die Tragweite seiner Entscheidung abzusehen – und ob es unter Umständen besser sein kann, dem Wohl des Bewohners einen höheren Rang zu geben als einer Willensäußerung, die auf einer sehr eingeschränkten Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit beruht.

Zwischen Patientenverfügung und natürlicher Willensäußerung

Die meisten Patientenverfügungen benötigen im Anwendungsfall eine sorgfältige Interpretation, ob die Situation, die der Autor beschrieben hat, eingetreten ist, welche Maßnahmen er für diese Situation wünscht oder ablehnt und ob es Hinweise auf eine aktuelle Widerrufung dieser Patientenverfügung gibt. Denn die Erstellung einer Patientenverfügung ist notwendigerweise mit dem Problem der Antizipation verbunden: Kann ich zum Zeitpunkt der Abfassung tatsächlich einschätzen, welche Werte mir in der vorgestellten Krankheits- oder Pflegesituation tatsächlich wichtig sind? Oder handelt es sich nicht mehr um eine Projektion aktueller Werte in eine fiktive Zukunft, von der ich nicht weiß, was mir dann wichtig ist.

Zum Konflikt kann es kommen, wenn ein dementiell erkrankter Mensch in früheren Tagen für eine fortgeschrittene Demenzerkrankung zum Beispiel eine künstliche Ernährung abgelehnt hat, jetzt aber durch Gesten oder Mimik äußert, dass er aktuell an seinem Zustand nicht leidet, vielleicht sogar ganz zufrieden ist. Hier entsteht die Frage, ob ein dementiell erkrankter Mensch durch seinen spontanen „natürlichen Willen“ eine Verfügung wirksam widerrufen kann, die er in Zeiten einer uneingeschränkten Selbstbestimmung festgelegt hat; oder ob der früher geäußerte Willen Vorrang vor einer intuitiv zustande gekommenen Präferenzentscheidung im Stadium einer fortgeschrittenen Demenz besitzt.

Diese Frage wird in der politischen Diskussion derzeit kontrovers beantwortet.

Das Problem der Lebensqualität

Im Einzelfall ist es nicht leicht, bei Bewohnern, die anscheinend „nur noch vegetieren“ und keinen Kontakt mehr zu Angehörigen, Bezugspersonen, zu ihrer Lebensgeschichte und zu sich selbst zu haben scheinen, aus einer Außenperspektive heraus Lebensqualität zu erkennen. Werden als Kriterien für Qualität zum Beispiel Aktivität, soziale Teilhabe, Kreativität

gesetzt, besteht eine große Gefahr, Menschen, die sich weder verbal noch motorisch äußern können, Lebenswert oder Lebensqualität abzusprechen. Es werden häufig nicht nur die Ressourcen demenzkranker Bewohner unterschätzt, sondern auch die Möglichkeiten eines subjektiven Wohlbefindens. Wo kognitive Fähigkeiten als Voraussetzung für Persönlichkeit betrachtet werden, kann es nahe liegen, demenzerkrankten Menschen die Persönlichkeit abzusprechen und sie zu depersonalisieren.

Auch wenn es schwer fällt, ist es notwendig, auch gegen den äußeren Anschein, die Würde des Menschen als einer Person auch in einer Situation fortgeschrittener Demenz zu wahren. „Die im Verlauf einer Demenz auftretenden Einbußen sind als Grenzen unseres Lebens zu deuten, nicht als Verlust des Menschseins“ (Kruse 2005).

Und selbst wenn offenbar kein aktiver Bezug mehr zu erkennen ist, den ein Bewohner zu seiner Umwelt oder zu sich selbst wahrnimmt, gibt es eine „passive Relationalität“, die Beziehung, die die Umwelt zu dem Betroffenen aufrechterhält: „Selbst in der extremen Hilflosigkeit der Demenz kann die Würde des Menschen von anderen wahrgenommen werden“ (Wetzstein 2005). Eine solche Ethik der Relationalität wird im Altenhilfebereich vielleicht stärker gefragt sein als eine Ethik der Autonomie. Lebensqualität wird subjektiv empfunden und intersubjektiv, durch Beziehung, gefördert – oder durch Beziehungslosigkeit vernichtet. So formulierte bereits 1982 Norbert Elias: „Das ist das Schwierigste: die stillschweigende Aussonderung der Alternden und der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden, das allmähliche Erkalten der Beziehung zu Menschen, denen ihre Zuneigung gehörte, der Abschied von Menschen überhaupt, die ihnen Sinn und Geborgenheit bedeuteten.“

Einige Konkretionen für ethische Problemsituationen in der stationären Altenhilfe:

Im Alltag einer Altenhilfeeinrichtung findet sich eine Fülle von Konfliktsituationen, die die oben genannten Spannungsfelder konkretisieren:

- Umgang mit problematischem Bewohnerverhalten (zum Beispiel Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, depressive Verstimmung, Umtriebigkeit/Unruhe, Umkehr Schlaf-/Wachrhythmus, Schreiattacken/Hypersexualität)
- Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

men (Fixierungen, Einsperren, Sedierung, Wegnahme von Hilfsmitteln, psychischer Druck, zum Beispiel Zwang und Drohungen)

- Verweigerung der Einnahme von notwendigen (psychopharmazeutischen) Medikamenten
- Einsatz von Psychopharmaka ohne medizinische Indikation oder regelmäßige Kontrolle (Studien weisen auf signifikante Zusammenhänge hin zwischen der Anwendung von Psychopharmaka und Alter, Geschlecht, Bewohnerverhalten, aber auch institutionellen Merkmalen wie Personalschlüssel und Mehrbettzimmer (Bockenheimer-Lucius 2008))
- Umgang mit Macht und Gewalt: zwischen Bewohnern, von Bewohnern gegenüber Pflegenden, von Pflegenden gegenüber Bewohnern
- Umgang mit Depression und Suizidalität
- Umgang mit Suchtverhalten
- Umgang mit Nahrungsverweigerung
- Konflikte mit Angehörigen (überhöhte Ansprüche, enttäuschte Erwartungen, Schuldgefühle, Vorwürfe, Übergriffigkeit, Rückzug)
- Unbefriedigendes Engagement von gesetzlichen Betreuern
- Umgang mit sterbenden Bewohnern
- Umgang mit verstorbenen Bewohnern

Komplexität der Entscheidungslage

Im Umgang mit diesen Problemen stellt sich in der stationären Altenhilfe im Vergleich zum Krankenhaus ein institutionsspezifisches Problem: die Komplexität von Entscheidungen und die Verschiedenheit der Entscheidungsträger.

Bei medizinethischen Fragen sind Arzt und Patient Entscheidungsträger: Der Arzt entscheidet über die Indikation einer medizinischen Maßnahme, der Patient, ob er der angebotenen Maßnahme zustimmt oder sie ablehnt. Ist – wie in vielen Fällen in der Altenhilfe – die Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt oder nicht gegeben, entscheidet ein Vertreter (zum Beispiel ein Vorsorgebevollmächtigter oder rechtlicher Betreuer) gemäß dem mutmaßlichen Patientenwillen.

Dieser Wille ist aber nicht immer leicht zu ermitteln: Undeutliche, mehrdeutige, widersprüchliche Äußerungen des Bewohners und unterschiedliche Wahrnehmungen, Interpretationen (und Interessen) der Umgebung lassen ein vielschichtiges Bild entstehen. Ist zusätzlich die medizinische Nutzen-Risiko-Abwägung einer Maßnahme nicht eindeutig, fällt es schwer, zu einer Entscheidung zu kommen.

Bei „sozialethischen“ Problemen spielt die medizinische Perspektive eine weniger gewichtige Rolle – obwohl sie wichtige Aspekte und Lösungsideen beitragen kann. Entscheidungsträger sind hier jedoch häufig die Leitungskräfte der Einrichtung und der Bewohner beziehungsweise sein Vertreter.

Für ein Gespräch aller Beteiligten und eine systematische Analyse einer ethisch komplexen Problemsituation mangelt es in der Regel vordergründig an Zeit, oftmals aber auch an vorhandenen fairen Kommunikations- und transparenten Entscheidungsstrukturen.



Auf dem Weg zur Ethikberatung in der Altenhilfe

Ausgangslage

Im Krankenhausbereich haben sich im vergangenen Jahrzehnt in Deutschland vor allem nach der Empfehlung der evangelischen und katholischen Krankenhausverbände von 1997 unterschiedliche Formen einer strukturierten Ethikberatung entwickelt und in circa zehn Prozent der Krankeneinrichtungen etabliert. 2006 hatte die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer den Ärzten empfohlen, in komplexen Entscheidungssituationen interdisziplinäre und berufsübergreifende Beratung wahrzunehmen. Sie rät den Hausärzten/innen, sich an institutionalisierten Ethikberatungen zu beteiligen.

Im Bereich der stationären Altenhilfe steht die Entwicklung organisierter Formen von Ethikberatung dagegen noch am Beginn. Erste Ethikkomitees in Pflegeeinrichtungen finden sich in den 80er Jahren

in den USA, zunächst selten und auf freiwilliger Basis. Sie folgen meist den Empfehlungen des President's Commission Reports von 1983, der die Einrichtung von interdisziplinären Ethikkomitees in Krankenhäusern und in Einrichtungen der Langzeitpflege anregt.

In Deutschland gibt es seit 2006 Initiativen zur Bildung von Ethikkomitees in der Altenhilfe in den Einrichtungen der Armen Dienstmägde Jesu Christi (ADJC Dernbach) und der Chervier-Schwestern in Frankfurt sowie der Bremer Heimstiftung. Das erste Ethikkomitee Altenhilfe (EKA) in den Einrichtungen der Malteser Trägergesellschaft konstituierte sich im Januar 2007 in Sachsen; ihm folgten das EKA Eifel im September 2007 und die EKA Duisburg und Hamm im Herbst 2008.

Diese relativ späte Entwicklung bedeutet jedoch nicht, dass es bislang in der stationären Altenhilfe an Sensibilität für ethische Konfliktsituationen gemangelt hätte. Auch gibt es seit längerem verschiedene einzelne Ansätze, ethische Fragestellungen mit zu berücksichtigen (zum Beispiel bei Pflegevisiten, moderierten Angehörigen-Treffen, Biografiearbeit mit Bewohnern, Überleitungsbogen bei Verlegung in ein Krankenhaus, Arbeitskreis mit Hausärzten). In den meisten Einrichtungen fehlen aber bislang strukturierte Instrumente zur systematischen Erfassung und Bearbeitung, sowohl auf der Einzelfallebene als auch bei der Entwicklung von einrichtungsbezogenen ethischen Leitlinien für konkrete Problemsituationen.

Anforderungen an eine Ethikberatung

Aufgabe der Ethikberatung ist es, einmalige oder wiederkehrende ethische Konfliktsituationen in einer Einrichtung zu identifizieren, zu analysieren, die unterschiedlichen Aspekte der Beteiligten zusammen zu tragen, mögliche Maßnahmen zu finden und diese unter ethischen Kriterien zu bewerten. Ziel ist es, dem Einzelnen, einem Team oder der Einrichtung Instrumente zu verschaffen, mit denen sie zu einer argumentativ begründeten Entscheidung gelangen und handlungsfähig bleiben können. Dazu ist ein fairer hierarchieflacher Diskurs der Beteiligten notwendig, in dem Wahrnehmungen und Intuitionen der einzelnen gesammelt und Verständnis für Entscheidungsgründe und Werthintergründe gesucht werden. Diese partizipative Struktur fordert die Berücksichtigung der unterschiedlichen beteiligten Personen, Professionen und Institutionen.

Im Bereich der stationären Altenhilfe stellt sich im Vergleich zum Krankenhaus ein verstärktes Konfliktfeld zwischen der ärztlichen Entscheidungsverantwortung und der pflegerischen Durchführungsverantwortung dar. Da der Hausarzt in der Regel kein Heimarzt ist und deutlich weniger präsent ist als etwa ein Arzt im Krankenhaus, ist er sehr angewiesen auf die Beobachtung und Einschätzung der Pflegenden, etwa über „problematisches Verhalten“ alter Bewohner. Mängel in der Kommunikation und Transparenz können zu Spannungen bis hin zur Verweigerung der Ausführung einer ärztlichen Anordnung führen. Damit Ethikberatung Bestand und Wirkung in einer Einrichtung gewinnt und nicht abhängig vom Belieben einzelner wird, bedarf es transparenter Regelungen, zum Beispiel in Form von Satzungen, Geschäftsordnungen und Verfahrensanweisungen.



Ethische Fallbesprechung als Entscheidungshilfe im Einzelfall

Das Basisinstrument der Ethikberatung stellt die ethische Fallbesprechung dar. Nach einem vorgegebenen Verfahren werden konkrete Probleme mit intern und extern Beteiligten in einem moderierten und strukturierten Gespräch besprochen, um eine ethisch verantwortete Lösung zu finden.

Zweck und Ziel der Ethischen Fallbesprechung

Das Ziel der Ethischen Fallbesprechung ist es, ein Gesprächsforum zu organisieren, damit

- die moralische Intuition einzelner oder eines Teams darüber, dass ein ethischer Konflikt besteht oder ansteht, einen Rahmen findet.
- die einzelnen Personen und Professionen ihre Wahrnehmungen und Bewertungen der Situation systematisch artikulieren können.
- der mutmaßliche Wille des Bewohners ermittelt werden kann.
- Lösungsmöglichkeiten gesammelt und unter ethischen Kriterien bewertet werden.
- dem Entscheidungsträger eine ethisch begründete Empfehlung gegeben werden kann.
- ein koordiniertes und kooperatives zielgerichtetes Vorgehen zur Lösung des ethischen Problems geplant wird.

Aber auch wenn kein Konsens über den zugrundeliegenden Sachverhalt oder die ethische Bewertung der einzelnen Maßnahmen erreicht werden kann, ist eine Ethische Fallbesprechung nicht direkt gescheitert. Der zu Tage getretene ungelöste Dissens kann ein Zeichen der Komplexität des zugrunde liegenden ethischen Problems sein. In vielen Fällen wird es ohnehin nicht eine perfekte Lösung geben, die von allen gleichermaßen für gut befunden wird, sondern allenfalls eine relativ beste Handlungsoption. Aber auch wenn ein Konsens ganz ausbleibt, kann es ein wertvoller Gewinn sein, wenn verschiedene Sichtweisen sachlich und begründet diskutiert werden und dadurch ein Verständnis für andere Positionen entsteht.

Initiative für eine ethische Fallbesprechung

Anlass für eine Ethische Fallbesprechung ist häufig eine moralische Intuition: ein Gefühl von Ratlosigkeit oder Unstimmigkeit, was in einer medizinischen oder pflegerischen Situation gut ist zu tun. Dabei lassen sich drei Konfliktebenen unterscheiden, die auch ineinander greifen können:

- **intrapersonelle Konflikte**, bei denen in einer konkreten Situation verschiedene Wertvorstellungen, die eine Person für sich anerkennt, nicht widerspruchsfrei realisiert werden können (zum Beispiel wenn der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht eines Bewohners mit der Fürsorgepflicht ihm gegenüber kollidiert).
- **interpersonelle Konflikte**, bei denen die Wertvorstellung verschiedener Personen miteinander in Konflikt geraten (zum Beispiel wenn ein Arzt zum Schutz vor Selbstgefährdung eines Bewohners eine

freiheitsentziehende Maßnahme verordnet, die nach Ansicht einer Pflegekraft zu stark in das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners eingreift).

- **Konflikte zwischen einem einzelnen und der Institution** (wenn zum Beispiel das individuell nachvollziehbare Bedürfnis einzelner Bewohner oder Mitarbeiter in Widerspruch zur Hausordnung oder zu Leitlinien oder geltenden Standards gerät).

Inhaltlich können alle oben genannten Konfliktfelder aus dem medizin-ethischen und sozial-ethischen Bereich zu einer Fallbesprechung führen.

Initiatoren können alle Personen sein, die diesen Konflikt empfinden: Bewohner und ihre Angehörigen, Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung (Pflegekräfte, Sozialdienst, therapeutische Dienste, Seelsorge, Verwaltung, Ehrenamtliche), und extern in die Versorgung eingebundene Personen (Hausarzt, Betreuer).

Vorbereitung auf die Fallbesprechung

Nach dem Malteser Ethik-Modell ist in jeder Altenhilfeeinrichtung ein Ethik-Team benannt, das aus zwei bis vier (leitenden) Mitarbeitern besteht. Diese sind Ansprechpartner für die Ratsuchenden, die ein moralisches Problem empfinden. Sie kennen das Verfahren der Ethischen Fallbesprechung und sind durch spezielle Schulungen auf die Durchführung und Moderation dieser Gespräche vorbereitet. Ihre erste Aufgabe besteht darin, zu prüfen, ob das Anliegen durch eine Ethische Fallbesprechung bearbeitbar scheint. Steht ein anderes, nicht-ethisches Problem im Vordergrund (zum Beispiel ein Teamkonflikt, fachliche Informationsdefizite), sollte ein anderes Instrument (zum Beispiel eine Konfliktmoderation, eine Supervision, ein fachliches Informationsgespräch) empfohlen werden. Erscheint die Ethische Fallbesprechung als geeignetes Mittel, ist es die Aufgabe des Ethikteams oder des Ethikmoderators, für die Organisation, Einberufung und Durchführung Sorge zu tragen.

Der nächste Schritt besteht in der Identifikation des Teilnehmerkreises. Der Initiator oder Fallbringer sollte anwesend sein, ebenso Mitarbeiter aus der Pflege, aus dem Sozialdienst, dem therapeutischen Dienst und der Seelsorge, die die Situation kennen. In konfessionellen Einrichtungen kann es die Regelung geben, dass die Seelsorge qua Amt regelmäßig an einer Ethischen Fallbesprechung teilnimmt. Je nach

Fragestellung ist die Anwesenheit des Hausarztes von hoher Relevanz – aber nicht immer leicht zu organisieren. Auch die Anwesenheit des Betreuers kann von Vorteil sein.

Es lohnt sich darüber nachzudenken, wie der Bewohner und eventuell Angehörige an der Ethischen Fallbesprechung beteiligt werden können. Eine Form der Beteiligung besteht darin, diese Personen vorher zu informieren, dass eine Besprechung geplant ist und relevante Informationen zu ermitteln. Nach der Durchführung kann der Moderator oder der Entscheidungsträger diesen Personenkreis dann über Verlauf und Ergebnis in geeigneter Form informieren.

Die Alternative zu diesem sequentiellen Modell ist die unmittelbare Teilnahme des Bewohners und/oder seiner Angehörigen an der Fallkonferenz. Für dieses zweite Modell scheint zu sprechen, dass für ein höheres Maß an Partizipation und Transparenz gesorgt ist und Informationen zum Beispiel aus der Biografie direkt ermittelt werden können.

Allerdings gibt es auch Bedenken gegen dieses Modell: Die Anwesenheit von Bewohnern und Angehörigen kann dazu führen, dass kontroverse Diskussionen innerhalb der Mitarbeiter vermieden werden, um nicht das Vertrauensverhältnis zur Einrichtung zu beschädigen. Auch kann es sein, dass ein erhöhtes Maß an Emotionalität, die je nach Fragestellung gleichsam vorprogrammiert und sicher gut verständlich ist, einem sachlich-argumentativen Diskurs entgegenlaufen kann. Es ist grundsätzlich bei einem Votum von Angehörigen auch außerhalb der Ethischen Fallbesprechung darauf zu achten, dass sie die Präferenzen des Bewohners und nicht ihre eigenen vertreten. Schwierig kann es auch werden, wenn bestehende familiäre Spannungen durch die Anwesenheit verschiedener Angehöriger in die Fallbesprechung hineingetragen werden.

In einer Fallbesprechung können eine Fülle von sensiblen medizinischen, biografischen, sozialen, psychischen, spirituellen Daten ausgesprochen werden, die ausdrücklich eines besonderen Schutzes bedürfen. Grundsätzlich ist daher, auch gegenüber Ehrenamtlichen und Externen, immer gut zu bedenken, inwieweit ein Datenschutz gewährt und eine Schweigepflicht noch einmal ausdrücklich zu vereinbaren ist.

Ist der Teilnehmerkreis geklärt, sind Ort und Zeitpunkt der Besprechung zu vereinbaren. Die Durch-

führung sollte binnen Wochenfrist geschehen, je nach Dringlichkeit der Fragestellung auch früher.

Zur Vorbereitung sollte der Moderator die „Stammdaten“ schon einmal zusammen tragen, um die Fallbesprechung zu entlasten. Zu diesen Daten können gehören (siehe Anlage 3):

- Name des/der Bewohners/in
- Geburtsdatum
- Familienstand
- Religion/Konfession
- Pflegestufe
- Vollmacht/Rechtliche Betreuung für welche Bereiche
- Vorlage einer Patientenverfügung: ja/nein
- Datum des Einzugs in die Einrichtung

Alle Teilnehmer werden zur Vorbereitung gebeten, sich mit vorliegenden Informationen und Dokumentationen zu dem entsprechenden Bewohner vertraut zu machen.

Durchführung

Bei der Durchführung der Fallbesprechung kann es für den Moderator sehr hilfreich sein, einen Fragebogen als Moderationsleitfaden zu benutzen (siehe zum Beispiel Anlage 3).

Die Struktur des Fragebogens lehnt sich im Groben an das Nijmwegener Modell an, ist aber in den einzelnen Kategorien und Fragestellungen stark modifiziert und auf die Bedürfnisse der stationären Altenhilfe angepasst. Nach Benennung von Anlass und Problemstellung (Teil 1) werden Fakten zu biografischen, pflegerischen und medizinischen Aspekten, zur Kommunikationsfähigkeit, zu sozialen, psychischen und spirituellen Fragen zusammengetragen (Teil 2). Dieser Part der Fallbesprechung bedarf einer eher straffen Moderation, um zeitlich nicht zu umfangreich zu werden. Vor allem ist wichtig, dass sich in die Faktensammlung, die der Klärung des Sachverhaltes dient, nicht schon Maßnahmenplanungen und Bewertungen einschleichen.

Ist die Faktensammlung abgeschlossen, beginnt mit dem dritten Teil das Kernstück der Fallbesprechung: die Planung und ethische Bewertung von Maßnahmen. Hier sind die Teilnehmer eingeladen, vor dem Hintergrund der Ausgangsfragestellung und der gesammelten Fakten Ideen für Maßnahmen zusammenzutragen, auch wenn sie zunächst abwegig erscheinen.

Dadurch kann das Handlungsspektrum zunächst deutlich ausgeweitet werden.

Bei der anschließenden Beurteilung der Maßnahmen wird zunächst die Vereinbarkeit mit juristischen Vorgaben oder dem Leitbild geprüft. Anschließend werden die Maßnahmen anhand von sieben Kriterien diskutiert.

In der Praxis hat es sich bewährt, die genannten Maßnahmen zunächst unbewertet und möglichst konkret für alle Beteiligten sichtbar auf einer Tafel oder einem Flip-Chart aufzuschreiben. Danach prüft die Gruppe, inwieweit die jeweiligen Maßnahmen die einzelnen ethischen Kriterien erfüllen:

1. **Kriterium Autonomie:** Entspricht die Maßnahme dem (mutmaßlichen) Willen oder den aktuell erkennbaren Präferenzen des Bewohners?
2. **Kriterium biografische Integrität:** Entspricht die Maßnahme dem bisherigen Lebensentwurf des Bewohners?
3. **Kriterium Fürsorglichkeit:** Kommt die Einrichtung mit der Maßnahme ihrer Fürsorgepflicht für den Bewohner nach?

4. **Kriterium Nutzen:** Profitiert der Bewohner von der Maßnahme?
5. **Kriterium Schadensvermeidung:** Welche Risiken birgt die Maßnahme? Ist das Risiko vertretbar? Wird Schaden für den Bewohner vermieden?
6. **Kriterium Nachhaltigkeit:** Stellt die Maßnahme eine langfristige oder dauerhafte Lösung dar?
7. **Kriterium Gerechtigkeit:** Wird die Balance zwischen individuellem und allgemeinem Wohl gewahrt?

Die Ergebnisse der Gruppe werden vom Moderator schriftlich festgehalten: Wo die Gruppe sich einig ist, dass eine Maßnahme das jeweilige Kriterium erfüllt, wird in die Matrix ein Plus-Zeichen eingetragen; wo Einigkeit besteht, dass das Kriterium nicht erfüllt ist, ein Minus-Zeichen; wo Uneinigkeit oder Unklarheit besteht, ein Fragezeichen.

Am Ende der Prüfung kann der Moderator auf der Tafel oder dem Flip-Chart die Anzahl der jeweiligen Plus-, Minus- oder Fragezeichen hinter der jeweiligen Maßnahme notieren. Die Erfahrung zeigt, dass anhand dieser Matrix relativ deutlich wird, welche Maßnahme die Gruppe unter ethischen Kriterien priorisiert (vergleiche Abbildung 1).

Beurteilung der Maßnahme							
Gibt es Maßnahmen, die nicht mit juristischen Vorgaben vereinbar sind?							
Gibt es Maßnahmen, die nicht mit den Zielen des Trägers/der Einrichtung vereinbar sind?							
Prüfen Sie die verbleibenden einzelnen Maßnahmen nach den folgenden Kriterien und notieren Sie die dazugehörigen Bewertungssymbole: + Maßnahme erfüllt das Kriterium. - Maßnahme verstößt gegen das Kriterium. ? Es ist unbekannt/unklar/umstritten ist, ob die Maßnahme das Kriterium erfüllt.							
Maßnahme-Nr.	Autonomie Entspricht die Maßnahme dem (mutmaßlichen) Willen des Bewohners?	Biografische Integrität Entspricht die Maßnahme dem bisherigen Lebensentwurf des Bewohners?	Fürsorglichkeit Kommt die Einrichtung mit der Maßnahme ihrer Fürsorgepflicht für den Bewohner nach?	Nutzen Profitiert der Bewohner von der Maßnahme?	Schadensvermeidung Welche Risiken birgt die Maßnahme? Ist das Risiko vertretbar? Wird Schaden vermieden?	Nachhaltigkeit Stellt die Maßnahme eine langfristige oder dauerhafte Lösung dar?	Gerechtigkeit Wird die Balance zwischen individuellem und allgemeinem Wohl gewahrt?
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Abbildung 1: Matrix zur Beurteilung ethischer Maßnahmen

Exkurs: Ethische Prüfkriterien

Die Kriterien, an denen die möglichen Maßnahmen unter ethischem Aspekt geprüft werden, enthalten die vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress.

Das Prinzip der *Autonomie* steht am Anfang der Prüfkriterien: Der Respekt vor der Selbstbestimmung und dem Willen des Bewohners oder seinen individuellen Präferenzen ist ein bleibender Prüfstein jeglichen medizin- und sozialetischen Handelns.

Allerdings führt die Frage nach der Selbstbestimmung bei dementiell erkrankten Menschen schnell an Grenzen, weil in vielen Fällen nicht ermittelbar ist, was der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille eines Bewohners ist. Daher ist hier das Prinzip der *biografischen Integrität* ergänzt: Wie passt eine vorgeschlagene Maßnahme zur lebensgeschichtlichen Identität eines Bewohners – steht sie in einer Kontinuität zu seinem Lebensentwurf?

Die *Fürsorglichkeit* wird als nächstes Kriterium geprüft – fokussiert auf die Frage des institutionellen Auftrags: Wird die Einrichtung bei der jeweiligen Maßnahme ihrer Fürsorgepflicht und Garantenfunktion gegenüber dem Bewohner gerecht? Möglicherweise bedarf es im Umgang mit Pflegebedürftigen und mit Menschen an der Grenze ihres Lebens einer stärkeren Gewichtung des Fürsorgeprinzips – und dabei sollte man sich vor einem entmündigenden Paternalismus hüten. Die einseitige Betonung des Prinzips der Autonomie birgt ansonsten die Gefahr, dass die Relationalität eines Menschen, seine konstitutive Verwiesenheit auf die Beziehung zu anderen Menschen, aus den Augen zu verloren wird.

Auch dieses Prinzip erfährt in der Matrix eine Ergänzung durch die Frage nach dem *Nutzen* für den Bewohner: Profitiert dieser medizinisch, psychisch, sozial von der Maßnahme? Wird diese dazu dienen, seine subjektive Lebensqualität zu verbessern? Jede wirksame Maßnahme wird jedoch auch mit Nebenwirkungen und Risiken verbunden. Daher ist das Prinzip der *Schadensvermeidung* und die Einschätzung des möglichen Risikos die logische und notwendige Folge der Frage nach dem Nutzen. Der Aspekt der *Nachhaltigkeit* stellt ebenfalls eine Ergänzung zu den vier bekannten bioethischen Prinzipien dar. Da alle Maßnahmen Kräfte binden, ist es angesichts knapper Ressourcen ein Teilaspekt von Verteilungsgerechtigkeit, ob der Einsatz von Zeit, Energie

und Kosten gerechtfertigt ist durch das Erreichen einer dauerhaften Lösung. Ethisch verantwortliches Handeln erweist sich auch in der effizienten Nutzung der begrenzt vorhandenen zeitlichen, personellen, institutionellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen, unter dem Gebot der Gerechtigkeit (Schwerdt, 2005, 63).

Das Prinzip der *Gerechtigkeit* ist noch einmal unter einem anderen Blickwinkel aufgegriffen: Wird eine Maßnahme dem Wohl des Einzelnen und dem Gemeinwohl einer Einrichtung gerecht – oder stellt sie eine fragwürdige Bevorzugung (oder Benachteiligung) im Hinblick auf die anderen Bewohner der Einrichtung dar? Wie stellt sich eine Maßnahme unter dem Aspekt der Zumutbarkeit für Mitbewohner, Angehörige, Mitarbeiter dar? Insofern beinhaltet die ethische Reflexion auch den Anspruch, „alle im Interaktionsfeld des Pflegeprozesses beteiligten Personen-gruppen in den Blick zu nehmen“ (Trost, 281).

Evaluation des Ergebnisses

Die emotionale Spannung, die manche Ethische Fallbesprechung prägt, die Erleichterung über das Finden eines Weges, vielleicht auch die Erschöpfung über die Komplexität einer Besprechung bergen die Gefahr, dass die Gruppe rasch auseinander geht, ohne zu klären, wie die Wirksamkeit des Besprochenen überprüft wird. „Bis wann und wie überprüft das Ethikteam den Erfolg der Maßnahme?“ Diese letzte einfache Frage kann, obwohl so wichtig, leicht übersehen werden.

Auch wenn das Ergebnis im Protokoll festgehalten und in der Bewohnerakte dokumentiert ist, wenn die nächsten Schritte und die Verantwortlichen benannt sind, ist noch nicht gesichert, dass die Umsetzung wirklich erfolgt. Daher ist es sehr sinnvoll, sich vor Abschluss noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass in der Ethik ein faires Gespräch viel bedeutet, aber nicht alles. Es ist ebenso wichtig, Fristen zu vereinbaren, in denen die Umsetzung überprüft wird. Sind die Betroffenen bei dieser späteren Evaluation mit dem Ergebnis zufrieden, kann die Besprechung als abgeschlossen gelten. Gibt es jedoch weitere oder neue Unzufriedenheit, sollte eine Nachbesprechung folgen. Diese wird in der Regel kürzer ausfallen, da der aufwändige Teil der Faktensammlung entfällt (außer wenn neue Sachverhalte aufgetreten sind). Der Schwerpunkt wird eher darauf liegen, warum Maßnahmen nicht ergriffen wurden oder nicht gegriffen haben und welche Konsequenz diese Erkenntnisse für die weitere Planung besitzen.



Ethikkomitee Altenhilfe

Aufgaben

Über die kasuistischen ethischen Reflexionen hinaus macht es – ähnlich wie im Krankenhausbereich – Sinn, für Fragestellungen, die den Einzelfall über-

greifen, ein Gremium mit einrichtungswinteren und einrichtungswertern Mitgliedern zu installieren, das sich regelmäßig trifft.

Die Aufgaben dieses Komitees bestehen darin,

- die Anwendung des Instruments Ethische Fallbesprechung in den Einrichtungen zu beobachten, die Themen, auf die sich diese Besprechungen beziehen, zu sammeln, etwaige Schwierigkeiten bei der Durchführung zu erkennen und geeignete unterstützende Gegenmaßnahmen zu entwickeln;
- bei ethischen Fragestellungen, die den Einzelfall übergreifen, eine ethische Position zu entwerfen, diese zur Diskussion zu stellen und eine ethische Leitlinie zu formulieren;
- ethische Fortbildungen zu organisieren, die aktuelle ethische Themenstellungen aufgreifen und Lösungsansätze implementieren.

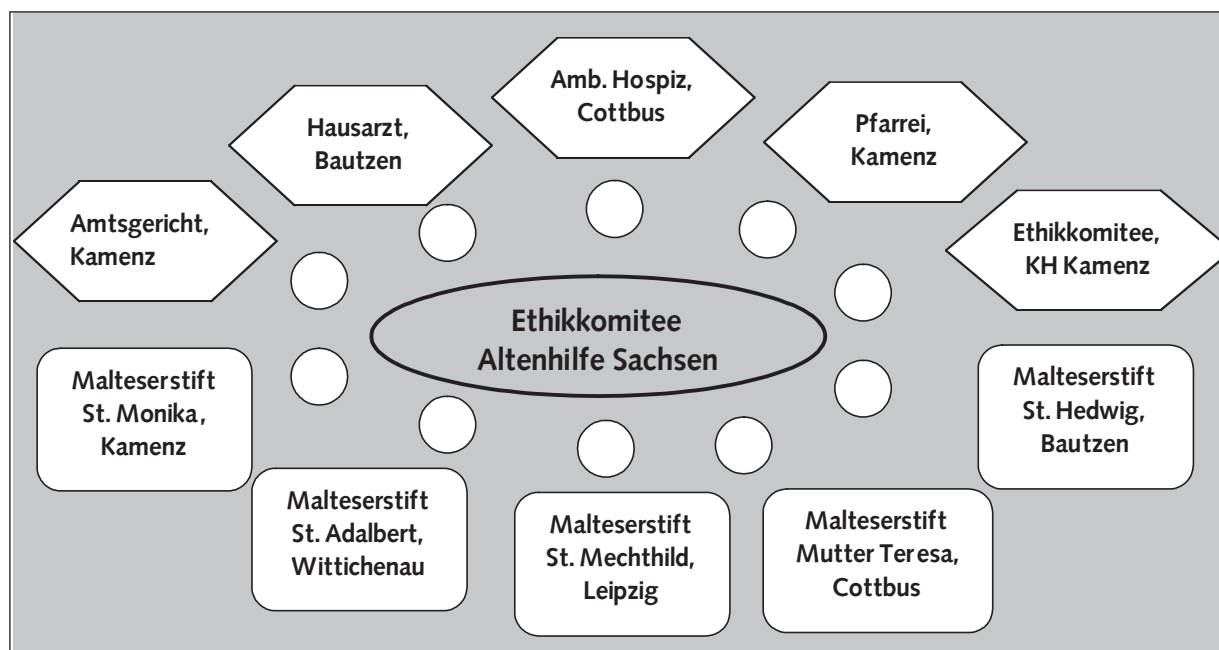


Abbildung 2: Beispiel Zusammensetzung EKA Sachsen

Zusammensetzung

Da viele Altenhilfeeinrichtungen eine eher überschaubare Anzahl von Mitarbeitern beschäftigen, kann es eine Überforderung darstellen, wenn jede Einrichtung ein eigenes Ethikkomitee organisiert. In der Malteser Trägergesellschaft haben sich zwei bis sechs Einrichtungen, die sich in regionaler Nähe befinden, zu einem Ethikkomitee zusammen gefunden. Mindestens eine Person aus dem einrichtungswinteren Ethikteam ist Mitglied im Ethikkomitee Altenhilfe (EKA), das sich mindesten viermal jährlich trifft. Dem EKA können außerdem mehrere externe Perso-

nen angehören: zum Beispiel ein Hausarzt, ein Vertreter des Amtsgerichts, ein Koordinator eines ambulanten Hospizdienstes, ein Vertreter der Kirchengemeinde und ein Mitglied eines Klinischen Ethikkomitees aus einem benachbarten Krankenhaus.

Die einrichtungswertreffende Zusammensetzung des Ethikkomitees Altenhilfe bietet verschiedene Vorteile:

- **Nutzung von Synergieeffekten:** kleinere Einrichtungen können mit überschaubarem Personalaufwand an Erfahrungen anderer

Einrichtungen und der Entwicklung von ethischen Leitlinien partizipieren;

- **Vernetzung:** Einrichtungen bilden untereinander und mit anderen Leistungserbringern im Bereich der Altenhilfe ein übergeordnetes Netzwerk und haben damit die Möglichkeit, regionalpolitischen Einfluss zu nehmen;
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Einrichtungen desselben Trägerverbandes können sich einheitlich in ideellen Fragen entwickeln und nach außen und innen darstellen.

Aufgaben und Arbeitsweise

Einstimmung

Die ethische Reflexion stellt häufig einen Kontrast zur Kommunikation und zum Handeln im Alltag dar, die oft unter Zeit- und Entscheidungsdruck stehen. Dieser Charakter einer Unterbrechung des Alltagsgeschäfts kann durch eine entsprechende Einstimmung bewusst werden: durch ein Gedicht, eine Bildbetrachtung, einen meditativen Impuls oder auch durch ein Gebet.

Rückblick auf Ethische Fallbesprechungen

Ein regelmäßiger Tagungsordnungspunkt in der EKA-Sitzung kann der Bericht über Ethische Fallbesprechungen sein, die in der Zeit nach der vorangegangenen Sitzung stattgefunden haben. Dabei sollte es nicht die Aufgabe sein, die inhaltliche Qualität des Gesprächsergebnisses zu kontrollieren, wohl aber wahrzunehmen, wo Ethische Fallbesprechungen zu welchen Themen angeregt worden sind und ob es im Prozess der Einberufung oder Durchführung Störungen gegeben hat. Möglicherweise entsteht durch eine solche Sichtung auch der Eindruck, dass weitere Informationen oder Schulungen für die Mitarbeiter in der Einrichtung zum Thema Ethische Fallbesprechung notwendig sind.

Ethische Leitlinien

Bei der Betrachtung Ethischer Fallbesprechungen kann auffallen, dass bestimmte Fragen wiederholt thematisiert werden. Dies kann ein Impuls sein, eine ethische Leitlinie zu entwickeln, die wiederkehrende ethisch problematische Situationen im Umgang mit Bewohnern und Angehörigen aufgreift, die im Problemfeld enthaltene Werte und Wertekonflikte analysiert und exemplarisch gestufte Maßnahmen zum Umgang mit dem Problem beschreibt.

Aber nicht nur sich wiederholende Fragen in der Ethischen Fallbesprechung, sondern auch Eingaben

von Bewohnern, Angehörigen oder Mitarbeitern, Geschäftsführung, Beirat und einzelnen Mitgliedern des EKA können Impulse für die Entwicklung ethischer Leitlinien geben (vergleiche Anlage 4).

Das EKA sollte, bevor es mit der Arbeit an einer Leitlinie beginnt, die Eingaben unter den Kriterien prüfen, ob das Thema ethisch relevant, aktuell dringlich, den Einzelfall übergreifend und durch eine Leitlinie regelbar ist. Das EKA ist frei zu entscheiden, ob und wie es eine Eingabe bearbeitet. Eine unbearbeitete Zurückweisung einer Eingabe sollte begründet sein.

Die Erarbeitung eines ersten Entwurfes geschieht im EKA oder in einem Arbeitsausschuss, der auch durch externe Experten ergänzt werden kann. Quellen – neben der eigenen Reflexion – können sein:

Fachliteratur und Fachzeitschriften (zum Beispiel Ethik in der Medizin, Zeitschrift für medizinische Ethik, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie), kirchenamtliche Quellen (zum Beispiel Verlautbarungen der Deutschen Bischofskonferenz, des Apostolischen Stuhls, gemeinsame Texte der Deutschen Bischofskonferenz und der evangelischen Kirche in Deutschland), trägerspezifische Quellen (Leitbild, Leitlinien), Gesetzestexte und Rechtsprechungen, Verlautbarungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände (zum Beispiel Bundes-/Landesärztekammer, Pflegeverbände) oder Monografien zum Thema.

Als Gliederung bietet sich an, (1) die Ausgangslage zu beschreiben: Was ist der Anlass für die Behandlung, welche Regelungen bestehen, welche Fragen sind offen. Danach sollte (2) der Geltungsbereich benannt sein: Für welche Situationen, für welche Personen, für welche Einrichtungen/Abteilungen gilt die Leitlinie. Darauf kann eine Reflexion (3) der von der Fragestellung betroffenen Werte folgen. Als nächster Schritt sollten gestuft (4) Maßnahmen genannt werden, die eine Art Leitpfad zum Umgang mit dem Problem darstellen und dem Leser eine Hilfestellung zur Bewältigung geben. Sollten Minderheitsvoten vorhanden sein, können diese unter (5) abweichende Meinungen festgehalten werden. Schließlich können auch (6) verwendete Quellen aufgeführt werden. Der erste Textentwurf sollte im EKA und gegebenenfalls mit Experten aus der Einrichtung noch einmal beraten und falls notwendig modifiziert werden. Kann das EKA zu einem Beschluss gelangen, wird der Text der Geschäftsführung zur Prüfung und Freigabe vorgelegt. Nach der Genehmigung ist es ein eigener

Schritt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung mit der neuen Leitlinie durch Informations- oder Fortbildungsveranstaltungen vertraut zu machen.

Organisation von ethischen Fortbildungen

Es ist wohl eine romantische Vorstellung zu glauben, moralische Kompetenz sei bei Menschen in Sozialberufen ungefragt vorhanden. Das gilt erst recht hinsichtlich der Fähigkeit, die eigene Moral, die der anderen Beteiligten und die der Einrichtung ethisch zu reflektieren. Werthaltungen können aber auch nicht wie anderes Wissen über kognitive Aneignung vermittelt werden. Daher müssen ethische Fortbildungsveranstaltungen Praxiserfahrungen und theoretisches Wissen in kritischer und selbstkritischer Reflexion und Kommunikation miteinander verknüpfen (Schwerdt 2005, 64).

Wichtige Ziele ethischer Fortbildung sind:

- die Entdeckung der eigenen moralischen Position,
- die Einübung des Perspektivwechsels,
- das Erlernen von Argumentieren,
- das Erkennen (und Überwinden) von Stereotypen und Routinen,
- das Erfahren der Vorteile kooperativer Entscheidungsfindungen,
- die Einsicht in die Grenzen des Machbaren und der Verantwortung,
- die Bereitschaft zum Kompromiss,
- die Erkenntnis, dass es in ethischen Konflikten keine perfekte Lösung gibt.

Jedes Jahr organisiert daher das EKA für die Mitarbeiter einer jeden Einrichtung mindestens ein Fortbildungsangebot zu einem ethisch relevanten Thema. Hier ergibt sich unter anderem die Möglichkeit, abgeschlossene ethische Leitlinien vorzustellen und zu diskutieren und damit die Arbeit des EKA in die Einrichtung zurückzukoppeln, so dass sich der Zirkel schließt: Ethische Fallbesprechungen führen – wenn sich Fragestellungen wiederholen – zur Erstellung ethischer Leitlinien im Ethikkomitee, die wiederum in Fortbildungen kommuniziert werden und entsprechend das Qualitätsmanagement unterstützen (siehe Abbildung 3).

Die ethischen Fortbildungen sind daher durch große Praxisnähe gekennzeichnet. Sie haben nicht nur das Ziel, ethische Standards zu implementieren. Sie fördern auch die Sensibilität für künftige ethisch be-

denkliche Situationen und die Bereitschaft, Bedenken argumentativ in Ethische Fallbesprechungen einzubringen. Sie geben damit einen Impuls zur weiteren Entwicklung der Organisation in ethischen Fragen.

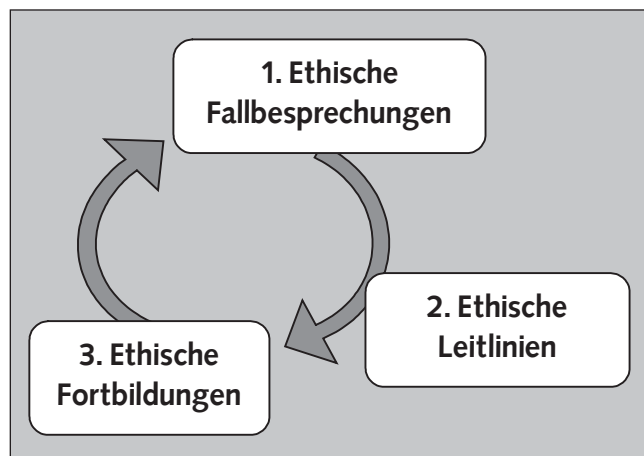


Abbildung 3

Qualifikation der EKA-Mitglieder

Für ihre Mitarbeit im EKA sollten die Mitglieder hinreichend qualifiziert sein. Im Jahr 2005 hatte die Arbeitsgruppe „Ethikberatung im Krankenhaus“ unter dem Dach der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) in Göttingen ein erstes Curriculum für Mitglieder Klinischer Ethikkomitees vorgelegt. 2007 hatten Mitglieder eines Arbeitskreises von Ethik-Beauftragten bei kirchlichen Trägern im Gesundheitswesen ein „Curriculum zur Qualifikation von Ethikkomitee-Mitgliedern in kirchlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ erstellt. Sie ergänzen darin inhaltliche Aspekte, die sich aus dem christlichen Menschenbild und der christlichen Sozialethik ergeben, und beziehen ausdrücklich die Einrichtungen in der Alten- und Behindertenhilfe mit ein. Das Curriculum wurde 2008 in einem fünftägigen Kurs, der von den Barmherzigen Brüdern Trier (BBT), der Caritas Trägergesellschaft Trier (CTT), der Malteser Trägergesellschaft, Köln, (MTG) und der Marienhaus GmbH, Waldbreitbach, veranstaltet wurde, erstmalig umgesetzt. Im selben Jahr legten Gisela Bockenheimer-Lucius und Arnd T. May curriculare Eckpunkte für ein Curriculum der Ethikberatung und Ethikkomitee-Arbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe vor.

Zur Sicherung der Qualität der Arbeit der EKA erscheint allerdings über diesen Basiskurs hinaus eine regelmäßige Weiterqualifikation in Form von Aufbau-modulen notwendig.



Widerstände, Grenzen und Bedenken

Ethikberatung bietet nicht nur Vorteile: Sie fordert auch ihren Preis und wird nicht immer als bequem empfunden. Einige Widerstände und Grenzen sind:

Ressourcenknappheit

Angesichts der knappen Zeit stehen neue Projekte immer unter Legitimationsdruck. Umso mehr, wenn sie, einmal in die Regelorganisation übernommen, weitere Energie fordern: Ethische Fallbesprechungen binden alleine in der Durchführung vier bis sechs Mitarbeiter für etwa eine Stunde; regelmäßige Ethikkomitee-Sitzungen und Fortbildungen fordern ebenfalls zeitliche und personelle Investitionen.

Der materielle Mehrwert, den Ethikberatung bringt, ist dagegen schwer messbar, so dass bei einer betriebswirtschaftlicher Betrachtung gute Argumente den Mitteleinsatz rechtfertigen müssen: zum Beispiel, dass eine vermiedene Ethische Fallbesprechung viel mehr Zeit und Energie bindet, weil Konflikte ungeklärt bleiben und dem Bewohner, den Mitarbeitern, dem Ansehen der Einrichtung schaden können; dass ethische Leitlinien die Findung von verantwortlichen Entscheidungen erleichtern und dadurch Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit steigern können. Garantien gibt es für diesen Ausgleich jedoch nicht.

Entschleunigung und Unterbrechung

Ethik als ein Innehalten und Reflektieren unterbricht Alltagsroutine. Die Frage, was wirklich gut zu tun ist, kann pragmatisches Denken entschleunigen. Diese Unterbrechung ist nicht immer willkommen, sondern kann als Störung erlebt werden. Eine Kultivierung der moralischen Intuition und die Sensibi-

lisierung für ethische Konflikte fördern eine Nachdenklichkeit, die zunächst den Handlungsfluss unterbricht. Auch hier stellt sich die Frage, was diese Unterbrechung berechtigt und ob es sich nicht leichter arbeiten lässt, wenn man standardmäßig arbeitet und sich vermeintlichen Sachzwängen fügt.

Überforderung der Ethikberatung

Ethik ist kein allgemeines Konfliktlösungsmodell für zwischenmenschliche Konflikte, bietet kein Patentrezept gegen Kommunikationsstörung oder überzogene hierarchische Strukturen. Mit der Lösung eines ethischen Konflikts lassen sich nicht gleichzeitig Teamkonflikte und grundlegende Kommunikationsstörungen lösen. Auch darf die prinzipielle Gleichheit der Teilnehmer einer Ethischen Fallbesprechung nicht darüber täuschen, dass es außerhalb der Besprechungen unterschiedliche Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse gibt.

Konsens-Orientiertheit und Perfektionismus

Ethische Diskussionen entstehen an Kontroversen, leben von ihnen – und enden manchmal auch mit ihnen. Wer eine Fallbesprechung nur dann für gelungen hält, wenn am Ende Einigkeit aller Beteiligten steht, könnte mitunter enttäuscht sein. Aber auch wenn kein Konsens erreicht werden kann, kann ein ethischer Diskurs sehr sinnvoll sein, weil zum Beispiel verschiedene Standpunkte deutlich und transparent geworden sind. Die Komplexität ethischer Probleme bringt es mit sich, dass es selten eine perfekte Lösung gibt, sondern immer mehr oder weniger gute Ansätze und relative Einigkeiten.

Delegation von ethischer Verantwortung

Die Bildung von Ethikteams oder eines EKA darf kein Ersatz für die eigene ethische Verantwortlichkeit werden – weder für den einzelnen Mitarbeiter noch für die Organisation. Die formale Berufung auf eine Leitlinie oder das Votum einer Fallbesprechung entbindet nicht davon, eine Entscheidung auch inhaltlich verantworten zu müssen. Eine Unternehmensleitung, die zum Beispiel meint, eine Organisation dadurch „ethisch“ zu machen, dass sie viele Mitarbeiter zu Fortbildungen schickt und Ethik auf der Ebene der Personalentwicklung betreibt, greift zu kurz: Ohne eine entsprechende ethische Organisationsentwicklung ist die Ethik im Unternehmen nicht stabil organisiert.

Missbrauch als Marketing-Instrument

Die Betonung ethischer Werte kann ökonomische Wettbewerbsvorteile bieten, aber die Werte müssen dann auch spürbar von Mitarbeitern und Kunden gelebt und erfahren werden können. Wo sie nur als Marketinginstrument benutzt werden, sind sie missbraucht, unglaubwürdig und am Ende wirkungslos oder sogar kontraproduktiv.



Chancen und Potenziale

Trotz der genannten Widerstände und Grenzen ist eine organisierte und qualifizierte Ethikberatung in der Altenhilfe nutzbringend und auf längere Sicht gesehen auch notwendig. Im Einzelnen sind verschiedene Vorteile und Chancen erkennbar:

Vorteile für Bewohner und Angehörige

Ethikberatung kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Begleitung von Bewohnern und Angehörigen leisten. Sie fördert einen multiperspektivischen Blick auf die Biografie und die aktuelle, physische, soziale und spirituelle Situation des Bewohners. Sie sucht nach verschiedenen Lösungsmöglichkeiten, die individualethisch und sozialetisch ausbalanciert sind. Sie ignoriert ethische Konflikte nicht und erklärt sie auch nicht von vorneherein als unlösbar, sondern nimmt sie als eine Herausforderung an. Sie bezieht den Bewohner und seine Angehörigen und deren Präferenzen in Entscheidungen mit ein und sorgt für argumentativ begründete und transparente Entscheidungsprozesse.

Vorteile für die Mitarbeiter

Auch für die Mitarbeiter gibt es eine Reihe von Gewinnen durch Ethikberatung:

- Es gibt einen Ort, ethische Konflikte anzusprechen und systematisch nach Lösungen zu suchen, anstatt sie lediglich auszuhalten oder sie zu verdrängen.
- Entscheidungsträger stehen trotz bleibender juristischer Verantwortung nicht allein da und können sich bei der Entscheidungsfindung beraten lassen. Sie können ihre Entscheidungen unter Umständen sicherer und authentisch vertreten.
- Lösungsstrategien, die gemeinsam diskutiert und erarbeitet werden, erfahren eine stärkere Identifikation der am Prozess Beteiligten, als wenn sie vorgegeben oder verordnet sind.
- Durch diskursive Prozesse werden Sensibilität, Argumentationsvermögen, Konsens- und Kompromissbereitschaft gefördert und die interne und externe Kooperation sowie die Kommunikationskultur insgesamt in Richtung Offenheit, Sachlichkeit, Respekt vor der eigenen moralischen Intuition und den Ansichten anderer verbessert.
- Leitlinien geben Orientierung und Handlungssicherheit im Umgang mit wiederkehrenden ethischen Problemen.
- Ethische Reflexion kann zum Beispiel in retrospektiven Fallbesprechungen einen konstruktiven Umgang mit Pannen und Fehlern fördern.
- Die Evaluation von Ergebnissen Ethischer Fallbesprechung sichert eine Überprüfung der erreichten Ziele und die Reflexion über notwendige Alternativen oder Modifikationen.

Vorteile für die Einrichtung

Für die Einrichtung bietet sich ebenfalls ein vielfältiger Nutzen:

- Ethik stellt, wenn sie sich nicht nur auf die ethische Fortbildung der Mitarbeiter beschränkt, sondern auch in Entscheidungsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen verankert ist, einen wichtigen Teil der Organisationsentwicklung dar. Sie unterstützt den Prozess der Umsetzung der Mission oder des Leitbildes eines Unternehmens im Alltag und fördert die Identität eines Unternehmens auch im Hinblick auf die Unternehmenstradition.

- Partizipation an Entscheidungen bedeutet eine Wertschätzung der Fachlichkeit und Menschlichkeit der einzelnen Mitarbeiter. Mitarbeiter fühlen sich mit ihrer je eigenen Moralität ernst genommen und zur verantwortlichen Beteiligung an Entscheidungsprozessen eingeladen.
- Eine attraktive und authentische Wertekultur stärkt die Mitarbeiterbindung und die Identifikation mit dem Unternehmen. Möglichkeiten der gemeinsamen Findung und Entwicklung von Werten fördern die Verbundenheit mit der Organisation.
- Arbeitsprozesse können sicherer und effektiver gestaltet werden: „Wenn ein bestimmter Geist in einem Unternehmen herrscht, dann bedeutet dies auch, dass für bestimmte Alltagssituationen keine Grundsatzentscheidung mehr nötig ist, sondern dass im gegebenen Wertekorridor schnell und kompetent gehandelt werden kann“ (Hemel, 12). Das bedeutet einen Zugewinn an Schnelligkeit, Produktivität und Qualität.
- Die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Arztpraxen, ambulanten Diensten, Betreuungsvereinen und -behörden kann gestärkt werden, sensible Nahtstellen zwischen den Einrichtungen (zum Beispiel bei Übernahme eines Patienten aus dem Krankenhaus, Verlegung eines Bewohners ins Krankenhaus) können personen- und institutionengerecht gestaltet werden.
- Ethikberatung kann schließlich das Profil einer Einrichtung deutlich machen und einen positiven Marketingeffekt für Bewohner, Angehörige, Hausärzte, Krankenhäuser und das gesamte Umfeld bieten. Transparenz in den Werthaltungen und den entsprechenden Leistungen und Strukturen kann in einem schärfer werdenden Wettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen klare Marktvorteile erschließen.



Anlage 1:

Mustergeschäftsordnung für ein Ethikkomitee Altenhilfe (EKA)

Geschäftsordnung des Ethikkomitees in der/n Altenhilfeeinrichtungen XY

1. Ziel und Aufgabe

Diese Geschäftsordnung regelt die Zusammensetzung, den Aufgabenbereich und die Arbeitsweise des Ethikkomitees in der stationären Altenhilfe (EKA) in der/den Altenhilfeeinrichtung/en XY. Das EKA hat im Wesentlichen drei Aufgaben:

- (1) Erfahrungen mit Ethischen Fallbesprechungen in der Einrichtung/den Einrichtungen zu sammeln, Protokolle auszuwerten und gegebenenfalls Hilfestellungen zu leisten;
- (2) ethische Fragestellungen, die wiederholt in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe (zum Beispiel in Ethischen Fallbesprechungen) thematisiert werden, zu sammeln und Lösungsangebote zu entwickeln, zum Beispiel durch Erstellung von Entwürfen entsprechender ethischer Leitlinien. Dadurch sollen wiederkehrende ethische Problem-situationen identifiziert, analysiert und bewältigt werden. Damit soll Mitarbeitern in den Einrichtungen für solche Situationen Orientierung und Sicherheit vermittelt und das ethische Profil auch nach außen hin (Bewohner, Angehörige, Betreuer, Hausärzte, Krankenhäuser) erkennbar werden. Insbesondere sollen Aspekte der Seelsorge und der palliativen Versorgung Berücksichtigung finden. Den Prozess der Erstellung einer ethischen Leitlinie regelt die gleichnamige Verfahrens-anweisung.
- (3) mindestens einmal jährlich eine ethische Fortbil-dung zu organisieren, die sich an konkreten ethi-schen Themen aus den Fragestellungen der Fall-besprechungen oder den ethischen Leitlinien orientiert. Die Mitarbeit im EKA ist eine dienst-liche Angelegenheit.

2. Zusammensetzung des Gremiums

Das EKA besteht aus etwa zehn Mitgliedern: den Leitern der zwei- bis dreiköpfigen Ethikteams in den jeweiligen Einrichtungen und vier externen Mitglie-dern (Seelsorger in der Altenpastoral auf Dekanats-ebene, Vertreter des Amtsgerichts, Arzt mit Bezug zur Altersmedizin, einem Vertreter eines Klinischen Ethik-komitees eines Krankenhauses in der Region). Alle

Mitglieder werden von der Geschäftsführung berufen. Die Amtszeit aller Mitglieder beträgt drei Jahre, eine Verlängerung ist in Absprache mit der Geschäftsfüh-rung möglich. Bei Ausscheiden eines Mitglieds schlägt das EKA der Geschäftsführung eine Neubesetzung vor; die Geschäftsführung entscheidet, ob sie die vor-geschlagene Person beruft oder ein Veto einlegt.

3. Vorsitz des Gremiums

Die Mitglieder des EKA wählen einen Vorsitzenden und eine Vertretung, die sie den Geschäftsführern der Betriebsgesellschaften vorschlagen. Der Geschäfts-führer ernennt den Vorsitzenden für drei Jahre; eine Verlängerung ist möglich. Die Aufgabe des Vorsitzen- den besteht darin, zu den Sitzungen einzuladen, die Tagesordnung zusammenzustellen, die Sitzung zu lei-ten, für das Protokoll zu sorgen und sich an der Er-stellung des Ethik-Jahresberichts zu beteiligen. Er ist Sprecher und Ansprechpartner des EKA nach außen bzw. von außen.

4. Sitzungen

Das EKA tagt jährlich drei- bis viermal rund zwei bis drei Stunden. Es ist beschlussfähig, wenn mindes-tens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Be-schlüsse werden mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit gefasst. Jede Sitzung wird in einem Ergebnisprotokoll dokumentiert. Die Protokolle werden von einem (auf Zeit) benannten Schriftführer innerhalb von vier Wochen nach der Sitzung erstellt, vom Vorsitzenden freigegeben und an alle Mitglieder und den MTG-Geschäftsbereich Ethik verteilt.

5. Eingabeverfahren

Eingaben an das EKA können aus der/n Einrich-tung/en, aus der Geschäftsführung, von den Vorsit-zenden der Beiräte, aus dem Qualitätsmanagement und dem Beschwerdemanagement oder aus dem Kreis der Mitglieder gemacht werden. Eingaben sind grundsätzlich schriftlich zu stellen. Das EKA ist sou-verän, Eingaben anzunehmen und zu bearbeiten oder sie zurückz weisen. Zurückweisungen geschehen schriftlich und unter Angabe von Gründen. Kriterien für die Annahme oder Ablehnung einer Eingabe sind: ethische Relevanz, Zuständigkeit des EKA, der einzel-fallübergreifende Charakter einer Anfrage, die zeitli-che und inhaltliche Priorität (Für Fragen der Zusam-menarbeit der Mitarbeiter untereinander oder mit Leitungskräften ist das EKA nicht zuständig!).

6. Aufbewahrungsfristen

Korrespondenzen (zum Beispiel Eingaben, Antwortschreiben etc.), Protokollkopien Ethischer Fallbesprechungen und Sitzungsprotokolle werden fünf Jahre beim Vorsitzenden aufgehoben, thische Leitlinien unbefristet.

Anlage 2: Verfahrensanweisung zur Durchführung einer Ethischen Fallbesprechung

1. Ziel und Aufgabe

Diese Verfahrensanweisung regelt den Prozess, wie ein in einem Einzelfall aufgetretenes ethisches Problem identifiziert, analysiert und bewältigt wird.

Dabei werden möglichst viele an der Einzelsituation beteiligte Personen und Berufsgruppen unter einer neutralen Moderation zu einem Gespräch gebeten. Ziel des Gesprächs ist es, unter Beachtung verschiedener Sichtweisen Ziele und Maßnahmen zu entwickeln, ethisch zu beurteilen und eine bestmögliche und transparente Entscheidung oder/und Empfehlung zu finden. Insbesondere sollen auch palliative und seelsorgliche Aspekte Berücksichtigung finden. Ethische Fallbesprechungen bezwecken, möglichst allen Beteiligten Handlungssicherheit zu vermitteln.

2. Geltungs- und Verantwortungsbereich

Geltungsbereich:

Altenhilfeeinrichtung/en XY

In jeder Einrichtung sind zwei bis drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von der Hausleitung als Ethikteam benannt; diese Personen sind Ansprechpartner, wenn eine Ethische Fallbesprechung (EF) angeregt



3. Ablauf

Nr.	Beschreibung	Verantwortlich	Dokumentation	Bemerkungen
1	<p>Problem erkennen und benennen</p> <p>Begründete Zurückweisung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ehren- und hauptamtl. Mitarbeiter externe Dienste Ärzte Bewohner Bezugspersonen Betreuer/ Bevollmächtigter 		Die Fallbringer wenden sich an das Ethikteam.
2	<p>Prüfen, ob EF</p> <p>nein</p> <p>ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ethikteam 	Elektronische Dokumentation im Bereich Pflegeberichte in der Kategorie EF <ul style="list-style-type: none"> angeregt zurückgewiesen einberufen 	Das Ethikteam prüft anhand der Kriterien <ul style="list-style-type: none"> ethische Relevanz Einzelfall oder grundsätzliches Problem, ob der Fall Gegenstand einer EF sein kann, und benennt, wenn ja, möglichst aus seiner Mitte einen Moderator, der behandlungsextern und neutral ist.
3	<p>EF einberufen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Moderator Wohnbereich 		Der Moderator stimmt mit dem Wohnbereich ab, welche Personen zur EF eingeladen werden. Je nach Person und Situation können das ein: <ul style="list-style-type: none"> interne Mitarbeiter (Pflege, Sozialdienst, Seelsorger, Therapeuten, Ehrenamtliche) externe Mitarbeiter und Dienste (Hausarzt, Therapeuten, Seelsorger, sozial-psychiatrischer Dienst) in besonderen Situationen: Bewohner/ Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte
4		<ul style="list-style-type: none"> Moderator Teilnehmer 		<ul style="list-style-type: none"> EF findet möglichst innerhalb von vier Werktagen nach Einberufen statt. EF dauert in der Regel 45 bis 60 Minuten. Der Moderator verwendet den Frage- und Protokollbogen für eine EF. Die Bedingungen für die Teilnahme an EF: <ul style="list-style-type: none"> Gleichberechtigung transparente Mitteilung von Informationen Authentizität bei der Bewertung Diskretion Kompromissbereitschaft
5	<p>EF durchführen</p>	Protokollant aus dem Teilnehmerkreis	Protokollbogen in Bewohnerakte, Ergebnis der EF im Bereich Pflegeberichte in der Kategorie EF.	Das Protokoll wird simultan erstellt, am Ende des Gesprächs vorgelesen, mit der Gruppe abgestimmt und von Protokollant und Moderator unterschrieben. Es wird festgehalten, wer was bis wann unternimmt.
6	<p>Protokoll erstellen, vorlesen, genehmigen</p>	im Protokoll benannte Personen	Elektronische Dokumentation im Bereich Pflegeberichte in der Kategorie EF.	
7	<p>besprochene Maßnahmen umsetzen</p> <p>Greifen die Maßnahmen?</p> <p>nein</p> <p>ja</p> <p>Problemlösung dokumentieren</p>	Ethikteam	Elektronische Dokumentation im Bereich Pflegeberichte in der Kategorie EF.	Das Ethikteam überprüft nach dem im Protokoll festgesetzten Zeitraum, ob die Maßnahme durchgeführt worden ist und zur Lösung des Problems geführt hat.

4. Wichtige Dokumente

Frage- und Protokollbogen Ethische Fallbesprechung

Anlage 3:

Frage- und Protokollbogen für Ethische Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen – Frage- und Protokollbogen	
Datum: Fallbringer: Protokoll: Moderator: Teilnehmer/innen:	Name des/der Bewohners/in Geburtsdatum: Familienstand: Religion/Konfession Pflegestufe: Vollmacht /Rechtliche Betreuung für welche Bereiche: Vorlage einer Patientenverfügung: ja/nein Datum des Einzugs in die Einrichtung:
1. Ausgangssituation	
Was ist der Anlass des Gespräches?	
Was sind die Probleme?	
Wie lauten die Fragestellungen?	
2. Bestandsaufnahme	
Biografische Gesichtspunkte	
Was ist über die familiäre Herkunft des Bewohners bekannt?	
Sind besondere einschneidende Lebensereignisse des Bewohners bekannt?	
Bildungsstand/ehemaliger Beruf des Bewohners	
Wie hat der Bewohner den Einzug in die Einrichtung verarbeitet?	
Gibt es aktuelle (positive oder negative) Erlebnisse, die den Bewohner stark bewegt haben?	
Pflegerische Gesichtspunkte	
Über welche körperlichen Ressourcen verfügt der Bewohner?	
Was ist der tägliche Pflegebedarf?	
Gibt es besondere/aktuelle Pflegeprobleme?	
Wie wird sich der Pflegebedarf voraussichtlich entwickeln?	
Medizinische Gesichtspunkte	
Welche Diagnosen sind bekannt?	
Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund?	
Wie sieht die aktuelle Therapie aus?	
Wie sieht die medizinische Prognose aus?	
Kommunikationsfähigkeit	
Wie teilt sich der Bewohner mit?	
Ist die Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt – und wenn ja, wodurch?	
Kann der Bewohner adäquat reagieren?	
Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen?	
Liegt eine Patientenverfügung vor und welche Relevanz besitzt sie für die zu planenden Maßnahmen?	
Stimmt die Patientenverfügung mit dem aktuellen mutmaßlichen Patientenwillen überein?	

Psychische Gesichtspunkte	
Wie ist die psychische Befindlichkeit des Bewohners?	
Wie geht der Bewohner mit Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit um?	
Soziale Gesichtspunkte	
Gibt es Vertrauenspersonen des Bewohners innerhalb/außerhalb der Einrichtung?	
Gibt es Personen innerhalb/außerhalb der Einrichtung, die der Bewohner ablehnt?	
Wie ist die Beziehung des Bewohners zur Einrichtung und zum Personal?	
In welchem Verhältnis steht der Bewohner zu seinen Mitbewohnern?	
Wie ist der Kontakt des Bewohners zu seiner Familie?	
Wie ist der Kontakt des Bewohners zum Hausarzt?	
Welchen Kontakt hat der Bewohner zu seinem Betreuer?	
Spirituelle Gesichtspunkte	
Welche Bedeutung hat Religion für den Bewohner?	
Wie lebt der Bewohner seinen Glauben?	
Wie geht der Bewohner mit Sterben und Tod um?	
Abschluss der Bestandsaufnahme:	
Sind alle zur Planung notwendigen Fakten bekannt? Welche Fakten fehlen?	
3. Maßnahmensammlung und -beurteilung	
Sammlung möglicher Maßnahmen	
Notieren Sie spontan alle Maßnahmen, die zur Lösung des Problems beitragen könnten, auch solche, die Ihnen zunächst abwegig und kaum umsetzbar erscheinen. Denken Sie auch an die Möglichkeit, externe Dienste oder Personen hinzu zu ziehen.	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Beurteilung der Maßnahme							
Gibt es Maßnahmen, die nicht mit juristischen Vorgaben vereinbar sind?							
Gibt es Maßnahmen, die nicht mit den Zielen des Trägers/der Einrichtung vereinbar sind?							
Prüfen Sie die verbleibenden einzelnen Maßnahmen nach den folgenden Kriterien und notieren Sie die dazugehörigen Bewertungssymbole: + Maßnahme erfüllt das Kriterium. - Maßnahme verstößt gegen das Kriterium. ? Es ist unbekannt/unklar/umstritten ist, ob die Maßnahme das Kriterium erfüllt.							
	Autonomie Entspricht die Maßnahme dem (mutmaßlichen) Willen des Bewohners?	Biografische Integrität Entspricht die Maßnahme dem bisherigen Lebensentwurf des Bewohners?	Fürsorglichkeit Kommt die Einrichtung mit der Maßnahme ihrer Fürsorgepflicht für den Bewohner nach?	Nutzen Profitiert der Bewohner von der Maßnahme?	Schadensvermeidung Welche Risiken birgt die Maßnahme? Ist das Risiko vertretbar? Wird Schaden vermieden?	Nachhaltigkeit Stellt die Maßnahme eine langfristige oder dauerhafte Lösung dar?	Gerechtigkeit Wird die Balance zwischen individuellem und allgemeinem Wohl gewahrt?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
4. Ergebnis und Empfehlung							
Welche Maßnahme hat nach der Beurteilung die meisten Vorzüge?							
Macht es Sinn, Maßnahmen miteinander zu kombinieren?							
Was sind die nächsten Schritte?							
Wie lautet die Empfehlung?							
Bis wann und wie überprüft das Ethik-Team den Erfolg der Maßnahme?							

Protokoll wurde vorgelesen und genehmigt.

Für die Richtigkeit:

Moderator: _____

Protokollant: _____

Anlage 4: Erstellung einer ethischen Leitlinie für die Altenhilfe

1. Ziel und Aufgabe

Ethische Leitlinien greifen wiederkehrende ethisch problematische Situationen im Umgang mit Bewohnern und Angehörigen auf, analysieren die im Problemfeld enthaltenen Werte und Wertekonflikte und beschreiben Maßnahmen zum Umgang mit dem Thema. Ethische Leitlinien geben Handlungsempfehlungen mit einem mittleren Verbindlichkeitsgrad, das heißt Abweichungen sind, sofern begründet, möglich. Ethische Leitlinien der Einrichtungen bezie-

hungsweise Betriebsgesellschaften können Grundlage für die Entwicklung von ethischen Grundpositionen des Trägers werden.

2. Prozessverantwortliche und Geltungsbereich

Prozessverantwortlicher:

Ethikkomitee Altenhilfe (EKA)

Geltungsbereich:

alle Mitarbeiter in den Altenhilfeeinrichtungen der Betriebsgesellschaft



3. Beschreibung des Ablaufs

	Ablaufschritte/Bemerkungen	Verantwortlich
<p>1. Eingabe zur Erstellung einer ethischen Leitlinie</p>	<p>1. Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter einer Altenhilfeeinrichtung, machen über das Ethikteam der Einrichtung formlos eine schriftliche Eingabe an das EKA. Geschäftsführung, Beirat und einzelne Mitglieder des EKA können sich unmittelbar an das EKA wenden.</p>	<p>Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter, Geschäftsführung, Beirat, EKA-Mitglieder</p>
<p>2.1. Begründete Zurückweisung</p>	<p>2. Das EK prüft, ob die Eingabe für die Entwicklung einer ethischen Leitlinie geeignet ist. Prüfungskriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ethische Relevanz des Themas • Aktualität/Dringlichkeit • den Einzelfall übergreifendes Thema • Zuständigkeit des EKA • Regelbarkeit/Komplexität des Themas • Regelungsbedarf/Prüfung evtl. bestehender Regelungen in der Einrichtung, BG oder MTG <p>Bei Ablehnung gibt das EKA eine Begründung an.</p>	<p>EKA</p>
<p>2. Annahme ?</p> <p>nein</p> <p>ja</p>		
<p>3. Diskussion im EKA</p>	<p>3. Das EKA diskutiert – nach Möglichkeit unter Einbezug des Autors der Eingabe – das Problem; es ermittelt die ethischen Werte und den Wertekonflikt, die in der Fragestellung enthalten sind, sammelt Handlungsmöglichkeiten und wägt sie ab.</p>	<p>EKA Autor der Eingabe</p>
<p>4. Ausschuss-Arbeit</p>	<p>4. Bildung eines Arbeitsausschusses, ggf. unter Einbeziehung des Autors der Eingabe und Experten außerhalb des EKA . Recherchieren von Vorgaben, zum Beispiel in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachliteratur • kirchenamtlichen Quellen • trägerspezifischen Quellen • Gesetzestexte/Rechtssprechung • Fachliteratur 	<p>Arbeitsausschuss aus: EKA-Mitgliedern, Autor der Eingabe, EKA-externe Experten</p>
<p>5. Erstellung eines Textentwurfs</p>	<p>5. Der Arbeitsausschuss erstellt einen Textentwurf anhand folgender Gliederung:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Benennung der Ausgangslage (Anlass, bestehende Regelungen, Klärungsbedarf) (2) Benennung des Geltungsbereiches (für welche Personen und welche Situationen) (3) Benennung von betroffenen Werten und gegebenenfalls Priorisierung (4) Benennung von konkreten Maßnahmen und Prozessen (5) Evtl. abweichende Meinungen (6) Verwendete Quellen 	<p>Arbeitsausschuss</p>
<p>6. Beratung und Beschluss im EKA</p>	<p>6. Das EKA berät die Vorlage, ergänzt oder korrigiert sie gegebenenfalls und beschließt sie.</p>	<p>EKA</p>
<p>7. Vorlage bei der Geschäftsführung</p>	<p>7. Der beschlossene Text wird der Geschäftsführung zur Prüfung vorgelegt und zur Freigabe empfohlen.</p>	<p>Vorsitz EKA</p>
<p>8. Freigabe ?</p> <p>nein</p> <p>ja</p>	<p>8. Die Geschäftsführung prüft, ob sie der Freigabe zustimmt; bei Einwänden gibt sie den Entwurf an das EKA zur Überarbeitung zurück.</p>	<p>Geschäftsführung</p>
<p>9. Ethische Leitlinie</p>	<p>9. Die ethische Leitlinie wird freigegeben.</p>	<p>Geschäftsführung</p>
<p>10. Publikation</p>	<p>10. Die ethische Leitlinie wird in den Einrichtungen bekannt gegeben, zum Beispiel durch Einstellung im Intranet, durch Vorstellung in Abteilungskonferenzen oder Fortbildungsangebote.</p>	<p>Ethikteam</p>

4. Prozesskennzahlen

Je Kalenderjahr wird eine ethische Leitlinie erstellt oder eine bestehende ethische Leitlinie revidiert.

5. Aufbewahrungsfristen

Schriftliche Eingaben: Ein Jahr, Ethische Leitlinie: alle drei Jahre Revision und ggf. Überarbeitung

Hinweis in eigener Sache:

Wir bieten Ihnen gerne unsere Hilfe durch Beratung und Fortbildung an:

- bei der Gründung und Begleitung von Ethik-Projektgruppen
- bei der Einführung Ethischer Fallbesprechung
- bei der Erstellung einer Geschäftsordnung für das Ethikkomitee
- bei der exemplarischen Entwicklung von ethischen Leitlinien
- bei der Durchführung von Fortbildungen

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH

Ethik und Seelsorge

Wolfgang Heinemann

Von-Hompesch-Str. 1

53123 Bonn

Telefon: 0228 6481-13523

Telefax: 0228 6481-560

ethik.seelsorge@malteser.de

www.malteser-traegergesellschaft.de

Quellen und Literatur:

Beckers, Donata:

Dasein, wenn es still wird. Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe, München 2006

Berghmans, Ron L. P.:

Ethische Aspekte der medikamentösen Behandlung dementer Patienten, in: Ethik in der Medizin 15 (2003), 7-14

Bockenheimer-Lucius, Gisela/Arnd T. May:

Ethikberatung – Ethikkomitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA) – Eckpunkte für ein Curriculum, in: Ethik in der Medizin 19 (2007), 331-339

Bockenheimer-Lucius, Gisela:

Ethikberatung und Ethikkomitee im Altenpflegeheim (EKA) - Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur, in: Ethik in der Medizin 19 (2007), 331-339

Blonski, Harald:

Ethik in Gerontologie und Altenpflege, Hagen 1998.

Bundesärztekammer:

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 07.04.2004

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP):

Grundposition „Ethische Aspekte der Alterspsychiatrie“, ohne Ort, ohne Jahrgang

Eicken, Barbara von/Ernst, E./Zenz, G.:

Fürsorglicher Zwang, Freiheitsbeschränkung und Heilbehandlung in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen. Bundesanzeiger Köln 1990

Elias, Norbert:

Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt/M. 1982

Ethikkommission der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel:

Zum Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen bei schwer kranken und sterbenden Menschen, Bethel 2007

Fukerider, Reinhard:

Ethische Fallberatung in der ambulanten Altenhilfe. Ideen für die Implementierung von ethischer Fallberatung im Verein NADel (Netzwerk ambulanter Dienst) e.V. in Minden Lübbecke, ohne Ort und ohne Jahr

Heller, Andreas:

Wie kommen wir zu guten Entscheidungen? Ethikberatung, eine Intervention in Organisationen, in: Bartosch, Hans u.a.: Leben ist kostbar. Der Palliative-Care- und Ethik-Prozess in der Kaiserswerther Diakonie, Freiburg/Br., 12-25

Helmchen, Hanfried/Kanowski,

Siegfried/Lauter, Hans:

Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart 2006

Hemel, Ulrich:

Ohne Werte geht es nicht, in: Neue Caritas 3/2008, 9-12.

Hoffmann-Gabel, Barbara:

Ethik in der Altenhilfe, Hannover 1997

Korff, Wilhelm/Beck, Lutwin/Mikat, Paul:

Lexikon der Bioethik, Gütersloh 1998

Krancke, Klaus:

Aktuelle Entwicklungen der Altenhilfe – Auswirkungen auf Wohnen und Pflege. Vortrag zum Fachtag „Ethische Entscheidungen in der Pflege und Versorgung alter und kranker Menschen“, Bremen 2007

Kruse, Andreas:

Lebensqualität demenzkranker Menschen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51 (2005), 41-57

Marckmann, Georg:

Geriatric im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie, in: Geriatric Journal (2007), 11-17

Oehmichen, Frank:

Klinische Ethikberatung, in: Ärzteblatt Sachsen 4/2008, 155-157

Schottky, Hans:

Ethik und Moral in Medizin und Pflege – Entwicklungen, Forderungen und Perspektiven. Vortrag zum Fachtag „Ethische Entscheidungen in der Pflege und Versorgung alter und kranker Menschen“, Bremen 2007

Schottky, Hans/Nola, Erika/Scholz, Petra:

So geht es nicht weiter. Die Ethische Fallbesprechung – eine Methode zum Umgang mit Konflikten im Gesundheitsbereich und in der Altenhilfe, Bremen 2007.

Schwerdt, Ruth:

Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51 (2005), 59-76

Synofzik, Matthis/Maetzler, Walter:

Wie sollen wir Patienten mit Demenz behandeln? Die ethisch problematische Funktion der Antidementiva, in: Ethik in der Medizin 19 (2008), 270-280

Tebruck, Barbara:

Ethik im Alltag der stationären Altenpflege. Vortrag zum Fachtag „Ethische Entscheidungen in der Pflege und Versorgung alter und kranker Menschen“, Bremen 2007

Trost, Bernd:

Ethische Probleme der Pflegenden im Altenpflegeheim. Nachdenkliches zur Psychopharmakaverordnung aus der Sicht eines Heimleiters, in: Ethik in der Medizin 19 (2007), 281-288

Walter, Guy:

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege, in: Ethik in der Medizin 19 (2007) 289-300

Wetzstein, Verena:

Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51 (2005), 27-40

Wunder, Michael:

Demenz und Selbstbestimmung, in: Ethik in der Medizin 20 (2008), 17-25

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer:

Stellungnahme „Ethikberatung in der klinischen Medizin, 24.01.2006



Malteser

...weil Nähe zählt.

MTG Malteser

Trägersgesellschaft gGmbH

Ethik und Seelsorge

Von-Hompesch-Str. 1

53123 Bonn

Telefon: 0228 6481-13523

Telefax: 0228 6481-560

ethik.seelsorge@malteser.de

www.malteser-

traegergesellschaft.de