

# Ethische Fallbesprechung



Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b>	
<b>Formen Ethischer Fallbesprechung</b>	<b>4</b>
<b>Ziele der Ethischen Fallbesprechung</b>	<b>5</b>
<b>Anlässe und Indikationen</b>	<b>7</b>
<b>Initiative zur Ethischen Fallbesprechung</b>	<b>9</b>
<b>Aufgaben des Moderators</b>	<b>10</b>
<b>Gesprächsstruktur</b>	<b>10</b>
<b>Dokumentation</b>	<b>12</b>
<b>Einbindung in die Struktur</b>	<b>12</b>
<b>Bedenken und Einwände</b>	<b>13</b>
<b>Frage- und Protokollbogen</b>	<b>14</b>
<b>In eigener Sache</b>	<b>16</b>
<b>Quellen und Literatur</b>	<b>17</b>
<b>Notizen</b>	<b>18</b>

**Anlage: Kopiervorlage Frage- und Protokollbogen**

## **Impressum**

Herausgeber: MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH  
Kalker Hauptstraße 22-24  
51103 Köln  
Telefon: 0221/9822-500  
mtg@malteser.de  
www.malteser.de

Verantwortlich für den Inhalt:  
Ethik und Seelsorge  
der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH  
Autor: Lic. theol. Wolfgang Heinemann  
Realisation: Karin Szyszka/MTG Unternehmenskommunikation  
Bilder: Malteser  
1. Auflage

© MTG, Köln 2005

*Wenn wir etwas über einen Menschen erfahren wollen, fragen wir: „Wie lautet seine Geschichte, seine wirkliche, innerste Geschichte?“ Denn jeder von uns ist eine Biographie, eine Geschichte. Jeder Mensch ist eine einzigartige Erzählung, die fortwährend und unbewusst durch ihn und in ihm entsteht – durch seine Wahrnehmungen, seine Gefühle, seine Gedanken, seine Handlungen und nicht zuletzt durch das, was er sagt, durch seine in Worte gefasste Geschichte. Biologisch und physiologisch unterscheiden wir uns nicht sehr von einander – historisch jedoch, als gelebte Erzählung, ist jeder von uns einzigartig.*

*Oliver Sachs*

*Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*

**E**s ist nicht selbstverständlich, im Akutkrankenhaus die Geschichte eines Menschen wahrzunehmen. Oft stehen die biologischen und physiologischen Aspekte im Vordergrund, für die Lebens-, Familien-, Leidens- und Hoffnungsgeschichte bleibt wenig Raum. Vielleicht genügt es in vielen Fällen auch, sich dieser Geschichtlichkeit bewusst zu werden, ohne die konkrete Einzelgeschichte zu kennen – mehr ist angesichts des Zeitdrucks und der Konzentration auf Krankheit und Genesung in den meisten Fällen nicht möglich.

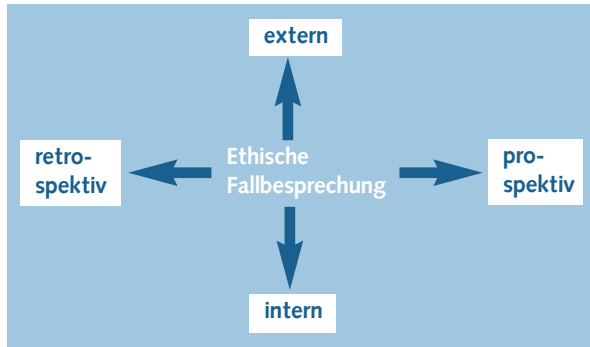
Allerdings gibt es Situationen, in denen es berechtigt und notwendig wird, der Geschichte und dem Lebensentwurf des einzelnen besondere Bedeutung zu geben. Das wird zum Beispiel dann besonders wichtig, wenn eine mögliche Behandlung hinsichtlich des Erfolgs oder Nutzens für den Patienten fraglich wird oder wenn es (vor allem bei nicht einwilligungsfähigen Patienten) unsicher ist, was der Patient selbst mutmaßlich will.

Dann kann es für den Entscheidungsträger, den behandelnden Arzt, sehr hilfreich sein, andere Sichtweisen und Beurteilungen einer Behandlung zur Kenntnis zu nehmen und seine eigene Einschätzung mit anderen in den Dialog zu bringen.



## Formen Ethischer Fallbesprechung

Anhand von zwei Begriffspaaren (extern - intern, prospektiv - retrospektiv) lassen sich vier Typen Ethischer Fallbesprechung unterscheiden:



### Externe retrospektive Fallbesprechung

In der Literatur und in ethischen Fortbildungen finden sich verbreitet Darstellungen und Besprechungen von Behandlungsverläufen, die abgeschlossen sind und als Lehrmittel verwandt werden. Leser oder Seminarteilnehmer werden als externe Beobachter zum Nachdenken oder Besprechen von Szenen eingeladen, ohne die Situation aus eigener Anschauung zu kennen oder Einfluss auf die Entscheidung nehmen zu können.

### Interne retrospektive Fallbesprechung

Es kann sehr sinnvoll sein, eine Behandlung aus ethischer Perspektive im Kreis der Beteiligten rückwirkend zu betrachten und zum Beispiel zu fragen, ob eine Entscheidung zu einem bestimmten Zeitpunkt einer Behandlung sich im Nachhinein als richtig erwiesen hat oder ob man eine uneindeutige Willensäußerung des Patienten richtig gedeutet hat.

Voraussetzung einer solchen Betrachtung ist die Bereitschaft, Fehleinschätzungen oder Fehlentscheidungen als eine Chance zum Lernen zu sehen und darauf zu verzichten, das eigene Verhalten als zwingend notwendig zu verteidigen oder anderen Fehler nachweisen zu wollen.

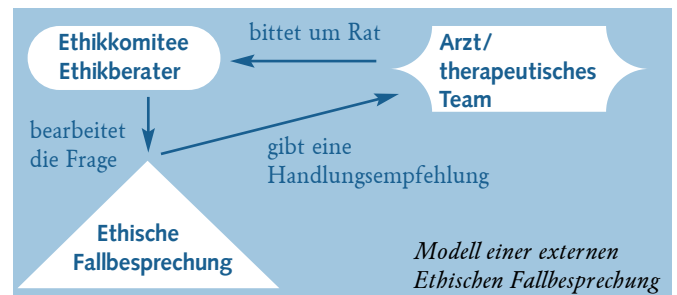
Unter dieser Bedingung kann es sowohl für das Verstehen des abgeschlossenen Falls wie für die Gestaltung zukünftiger ähnlicher Situationen sehr gewinnbringend sein, zurück zu blicken.

### Externe prospektive Fallbesprechung

Bei einer konkret zu treffenden Entscheidung im Verlauf einer Behandlung – wenn es zum Beispiel darum geht, ob eine intensivmedizinische Behandlung fortgesetzt werden soll oder ob die Anlage einer Magensonde dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht – hilft die rückwirkende Betrachtung nicht. Solche Situationen sind dadurch gekennzeichnet, dass eine Entscheidung getroffen werden muss, bei der es ungewiss ist, ob sie sich zu einem späteren Zeitpunkt als stimmig herausstellen wird. Das Risiko, dass sich im Nachhinein ein Weg als Irrtum herausstellt, wird nie ganz ausgeschlossen werden können. Aber die Möglichkeit, die eigenen Wahrnehmungen und Bewertungen einer Situation mit denen anderer ins Gespräch zu bringen, kann bereichern, klären und größere Sicherheit vermitteln.

Viele Modelle von Ethikberatung im klinischen Alltag gehen davon aus, dass eine behandlungsexterne Gruppe (zum Beispiel ein klinisches Ethikkomitee) oder eine qualifizierte Person (zum Beispiel ein Klinischer Ethikberater) eine an sie herangetragene ethische Fragestellung bearbeitet und anschließend eine Handlungsempfehlung ausspricht.

Der Vorteil eines solchen Modells mag darin bestehen, dass die Externalität der Beratenden eine höhere Neutralität verbürgt oder Handlungsideen entwickelt werden können, die innerhalb des Behandlungssystems nicht gesehen worden sind. Ein weiterer Vorzug kann sein, dass bei einer externen Beratung auf inhaltliche und methodische Kompetenz in ethischen Fragestellungen zurückgegriffen werden kann, die im klinischen Alltag in der Regel nicht vorhanden ist.



Dieses Modell besitzt aber auch Nachteile: Eine externe Gruppe oder Person ist in der Bearbeitung eines Falles immer auf die ihr vorgelegten Daten und Fakten angewiesen, die – in der Regel sicher nicht bewusst – Selektionen und Interpretationen des Berichtenden enthalten. Eine



eigene Wahrnehmung und Beurteilung der konkreten Situation ist nicht vorgesehen. Beabsichtigte oder unbeabsichtigte Verkürzungen oder Tendenzen des Fallbringers können dann ungünstig verstärkt werden.

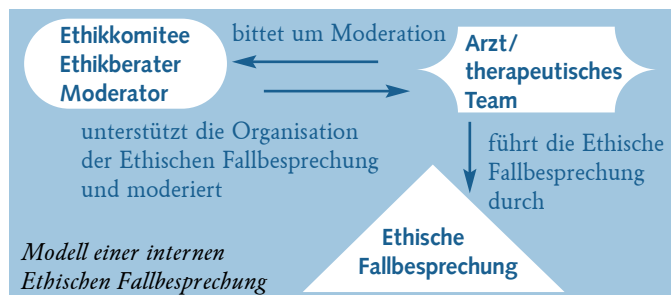
Ein anderes Problem dieses Modells besteht darin, dass der Anschein entsteht, ethische Fragen und deren Reflexion würden aus dem Klinischen Alltag verlagert und an Experten delegiert. Das aber widerspricht dem Anliegen einer Unternehmensethik, die möglichst alle Bereiche einer Einrichtung durchdringen und nachhaltig eigenverantwortliches Handeln unterstützen möchte.

In der Praxis hat sich außerdem als Schwierigkeit herausgestellt, dass das Angebot einer externen Ethikberatung wenig genutzt wird, vielleicht weil keine zeitnahe und kompetente Hilfe erwartet wird oder weil die Entscheidungsträger die Verantwortung selbst tragen möchten oder Beeinflussungen befürchten.

### Interne prospektive Fallbesprechung

Der sozialtherapeutische Ansatz, bei der Bearbeitung eines Problems die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, lässt sich auch auf Ethische Fallbesprechungen anwenden: Alle an einer konkreten Behandlung Beteiligten aus den ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen, seelsorglichen und sozialdienstlichen Berufsgruppen werden eingeladen, sich unter der Leitung eines behandlungsexternen Moderators zusammen zu setzen, um ihre Wahrnehmungen und Beurteilungen zu sammeln und Handlungsempfehlungen zu finden.

Die folgende Darstellung stellt dieses vierte Modell einer Ethischen Fallbesprechung ausführlich vor und diskutiert es.



## Ziele

### Differenzierte Wahrnehmung und Beurteilung einer Behandlungssituation

Unterschiedliche Personen und verschiedene Berufsgruppen nehmen Situationen auf je eigene Weise wahr und können, selbst wenn sie in ethischen Werthaltungen übereinstimmen, zu ganz anderen Handlungskonsequenzen gelangen.

Die Einschätzung, ob ein Patient sterbend ist oder ob noch sinnvolle Behandlungsoptionen gegeben sind, ist in vielen Situationen sehr verschieden und abhängig von vielen Variablen (Persönlichkeitsfaktoren, Berufsgruppe, Fachdisziplin, Erfahrung etc.). Ethische Fallbesprechungen haben das Ziel, diese Sichtweisen gleichberechtigt miteinander ins Gespräch zu bringen. Dabei ist es eine vorrangige Aufgabe der Moderation, darauf zu achten, dass abweichende Sichtweisen eingebracht werden können, ohne unterdrückt oder als falsch abgewertet zu werden.

In einer Studie hatte W. Schweidtmann (1999) 650 Mitarbeiter (150 Ärzte, 500 Pflegekräfte) verschiedener Krankenhäuser zwei Fragen vorgelegt.

Erstens: Wie bereit sind Sie zum Widerstand gegen eine ungerechtfertigte Maximaltherapie im Finalstadium?

68 Prozent der Pflegenden und 77,7 Prozent der Ärzte hatten geantwortet, in einer solchen Situation sich entschieden zu wehren, nur 10,9 Prozent der Pflegenden und 7,5 Prozent der Ärzte gaben an, dass sie dieses tolerieren. Ein deutlicher Hinweis auf eine weitgehende Werte-Übereinstimmung.

Ganz anders bei der Antwort auf die zweite Frage: Wie oft wird in Ihrer Station Maximaltherapie im Finalstadium gehandhabt?

Hier sagten 10,2 Prozent der Pflegenden, das komme selten vor, und 69,6 Prozent meinten, das geschehe häufig. Die Ärzte sahen die Realität genau umgekehrt: 68 Prozent waren der Meinung, Maximaltherapie im Finalstadium komme nur selten vor, und 18 Prozent schätzten, dass dies häufig der Fall sei. Offenbar wird in verschiedenen Berufsgruppen sehr verschieden beurteilt, zu welchem Zeitpunkt ein Patient im Finalstadium ist und was Maximaltherapie bedeutet.



## Wahrnehmung von Herkunft und Zukunft des Patienten

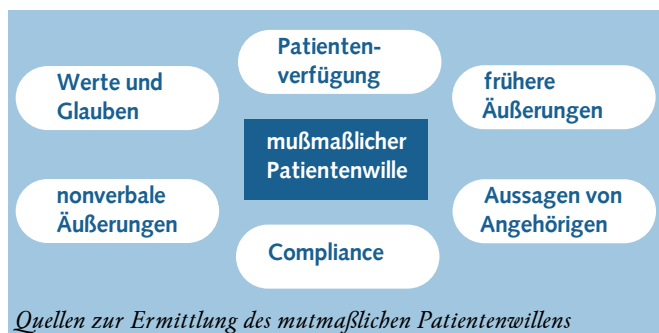
Die Geschichte eines Patienten wird bei der Behandlung oft reduziert – auf seine Krankengeschichte und seine medizinische Prognose. Im Zentrum stehen Zahlen und Fakten, die zum Beispiel das Labor und die bildgebende Diagnostik liefern.

Weniger beachtet, mitunter gar nicht bekannt, sind andere Aspekte: Wo und wie lebte der Patient vor der Aufnahme? Was war, was ist ihm wichtig? Was glaubt er und wie ist sein Lebensentwurf? Was ist seine Perspektive? Wie sieht sein soziales Netzwerk aus? Welche Ressourcen hat der Patient, welche Hilfe benötigt er, welche bekommt er usw.?

Ethische Fallbesprechungen können dazu dienen, das vorhandene Wissen um diese Aspekte zusammen zu tragen – und Nichtgewusstes, wenn es für die Fragestellung relevant ist, zu ermitteln.

## Ermittlung des mutmaßlichen aktuellen Patientenwillens

Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist legitimiert, wenn zwei Voraussetzungen vorliegen: die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten. Viele Ethische Fallbesprechungen finden statt, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, einen eigenen Willen zu bilden oder zu artikulieren – und Zweifel entstehen, ob eine geplante oder laufende Behandlung mit dem mutmaßlichen aktuellen Patientenwillen übereinstimmt. Das Ziel einer Ethischen Fallbesprechung besteht dann darin, diesen mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Dazu können verschiedene Quellen herangezogen werden.



Quellen zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens

## Schriftliche Patientenverfügung

Ist der in einer Patientenverfügung beschriebene Geltungsbereich angesichts der vorliegenden Krankheitssituation gegeben und gibt es keinen Anlass, an der aktuellen Gültigkeit der Verfügung zu zweifeln, muss sie als authentischer Patientenwillen betrachtet werden.

Wenn es jedoch Unklarheit oder Zweifel gibt, kann die Fallbesprechung helfen, eine vorliegende Patientenverfügung authentisch zu interpretieren und die ärztliche Entscheidung zu unterstützen.

## Frühere mündliche Äußerungen

Äußerungen, die ein Patient zu einem früheren Zeitpunkt gemacht hat, etwa bei der Aufnahme, bei der Aufklärung, bei früheren Aufenthalten, können Hinweise auf seinen aktuellen Willen geben. Wo sie konkret und unmissverständlich bestimmte Behandlungsformen gefordert oder ausgeschlossen haben, sind sie als verbindliche Patientenverfügung zu betrachten.

Jedoch ist auch Vorsicht geboten: Eine einmal gegebene Zustimmung zur Operation bedeutet nicht, dass jede anschließende Maßnahme, vor allem bei unerwarteten Komplikationen und Langzeitbehandlungen, selbstverständlich mit dem aktuellen Willen des Patienten übereinstimmt. Diese Vorsicht gilt sicher auch bei vagen oder sehr abstrakten früheren Aussagen eines Patienten über die Ablehnung einer Behandlung.

## Aussagen von Angehörigen

Nicht alle Angehörigen werden Auskunft darüber geben können, was der mutmaßliche Wille eines Patienten ist – zumal wenn sie selbst emotional sehr betroffen sind oder eigene Bedürfnisse nicht von dem trennen, was der Patient will. Dennoch gibt es viele, die eine gute Intuition dafür besitzen, was der Patient vermutlich will oder von Patientenäußerungen zum Beispiel anlässlich eines Krankheits- oder Sterbeerlebnisses in der Familie oder im Freundeskreis berichten können, wo der Patient seine eigenen Vorstellungen mitgeteilt hat.



Angehörige sollten in diesem Zusammenhang allerdings nicht gefragt werden, was sie selbst hinsichtlich der Behandlung wünschen: Nicht ihr eigener Wunsch ist erheblich, sondern der Wille und das Wohl des Patienten. Außerdem könnte der falsche Eindruck entstehen, dass die Angehörigen die Therapieentscheidung treffen und verantworten müssen.

### Compliance

Die bisherige Bereitschaft und Treue eines Patienten, an einer Therapie mitzuwirken, kann ein Signal für seinen mutmaßlichen Willen sein. Ein hohes Engagement für die eigene Gesundheit, In-Kauf-Nahme von strapaziösen Therapien und großen Einschränkungen können ebenso bezeichnend sein wie mangelnde Krankheitseinsicht oder eine gleichgültige oder abwehrende Haltung gegenüber Therapieangeboten.

### Nonverbale Äußerungen

Patienten, die sich nicht mehr mit Worten mitteilen können, sind manchmal in der Lage, nonverbal – über Mimik und Gestik, über die Mitarbeit oder Abwehr bei pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen – zu äußern, was sie wollen und was nicht. Auch solche Reaktionen können – bei aller Vorsicht der Interpretation – einen Hinweis auf den mutmaßlichen Patientenwillen geben.

### Werte und Glauben

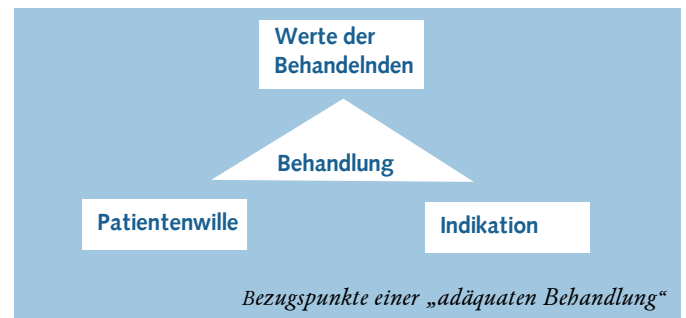
Nicht unerheblich für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist zu wissen, welche Lebenswerte einem Patienten wichtig sind und welche Perspektive er hat, diese Werte zu erhalten oder zu erreichen. Auch die gläubige Bereitschaft, sein Schicksal anzunehmen oder eine sehnüchtige Hoffnung auf ein ewiges Leben oder ein Wiedersehen mit verstorbenen Angehörigen können Aufschluss darüber geben, was ein Patient will.

Alle genannten Quellen sind mit Ungewissheiten verbunden. Dennoch können sie bei genauem Hinschauen in Kombination mehr oder weniger klare Hinweise geben.

## Anlässe und Indikationen

Anlass für eine Ethische Fallbesprechung ist in der Regel die moralische Intuition eines oder mehrerer Mitarbeiter, dass eine Behandlung nicht adäquat ist. Mit „moralischer Intuition“ ist hier ein spontanes Empfinden gemeint, dass „etwas“ in der Behandlung oder im Behandlungsplan stört, ohne dass dem Empfindungsträger rational bewusst sein muss, wodurch diese Störung ausgelöst ist.

Will jemand aber rational begründen, warum er eine Behandlung als „nicht adäquat“, als nicht stimmig empfindet, ist es wichtig, den jeweiligen Bezugspunkt der Stimmigkeit zu nennen. Es lassen sich drei wesentliche Bezugspunkte unterscheiden:



### Unstimmigkeit zwischen Behandlung und Patientenwillen

Bekanntlich erfüllt jede medizinische Behandlung, die nicht mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters geschieht, den Straftatbestand einer Körperverletzung. Ausnahme stellen Situationen dar, in denen weder der ausdrückliche noch der mutmaßliche Patientenwillen ermittelt werden kann und so genannte „allgemeine Wertvorstellungen“ eine Behandlung begründen. Im Zweifelsfall wird die Entscheidung für die Behandlung ausfallen.

Schwierig wird es, wenn ein Patient seinen aktuellen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, aber Zweifel entstehen (zum Beispiel durch die nachträgliche Vorlage einer Patientenverfügung), dass er einer geplanten oder laufenden Behandlung zustimmen würde (siehe: Mutmaßlicher Patientenwillen). Oder wenn postoperativ Komplikationen mit schwerwiegenden Folgen für den Patienten eingetreten sind, über deren Ausmaß er sich, als er der Operation zustimmte,



keine Vorstellung gemacht hatte – und nun eine Behandlung eingesetzt hat, der er mutmaßlich nicht zugestimmt hätte. Hier gilt es, auch die Bedingungen zu beachten, unter denen ein Patient seine Zustimmung zu einer Behandlung gegeben hatte und sich bewusst zu machen, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in einer Aufklärungssituation oft asymmetrisch ist und viele Patienten beeinflussbar sind.

### Unstimmigkeit zwischen Behandlung und Krankheitsverlauf

Die Bestimmung eines Therapieziels hängt sehr davon ab, wie der Behandelnde den Verlauf der Erkrankung oder Heilung und die Prognose einschätzt. Vor allem bei längeren und progredienten Krankheiten muss sich das Therapieziel der Krankengeschichte anpassen. In der Einschätzung, wo ein Patient innerhalb eines Behandlungsverlaufs steht und welches Ziel realistischerweise erreichbar ist, kann es im therapeutischen Team sehr unterschiedliche Wahrnehmungen und Beurteilungen geben. Hier ist es sinnvoll, sich über eine Standortbestimmung zu unterhalten und sich darüber zu verständigen, wie und ob die Therapie weiter geführt wird, wie man sich bei weiteren Komplikationen verhält und welche Reaktion in einem Notfall verantwortbar ist. Auch wenn die Entscheidung über die medizinische Indikation ohne Frage in der ärztlichen Kompetenz liegt, kann eine gemeinsame Nutzen-Schadens-Abwägung für die Entscheidungsfindung sehr hilfreich sein.

### Unstimmigkeit zwischen einer geforderten Behandlung und Wertevorstellungen der behandelnden Personen oder Institution

In manchen Fällen fordern Patienten eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch, die ein behandelnder Arzt oder ein therapeutisches Team nur schwer verantworten können. Das ist vor allem dann schwer, wenn ein Schaden für den Patienten oder für Dritte absehbar ist:

#### Ein Beispiel:

Eine HIV-infizierte äthiopische Patientin steht wenige Tage vor der Entbindung. Aufgrund ihrer kulturellen und religiösen Werte lehnt sie eine Sectio entschieden ab, weil sie diese für widernatürlich hält. Die Gefahr, dass das Kind während des Geburtsvorgangs HIV-infiziert wird, ist bei einer natürlichen Entbindung jedoch zehnmal höher als bei einem Kaiserschnitt. Die Behandelnden geraten in einen Wertekonflikt: einerseits fühlen sie sich dem Willen der Entbindenden und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit verpflichtet, andererseits möchten sie das bislang gesunde Kind bestmöglich vor dem Risiko einer lebensbedrohlichen und unheilbaren Infektion schützen.

Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Patient eine sinnvolle und Erfolg versprechende Behandlung ablehnt oder ob er eine sinnlose oder schädliche Maßnahme vom Arzt fordert. Im ersten Fall ist der Patientenwille zu respektieren, sofern keine erheblichen Einschränkungen nachweisbar sind, dass der Patient nicht willensfähig ist. Das gilt auch dann, wenn der Patient vermeidbar zu Schaden oder sogar zum Tode kommt. Im zweiten Fall jedoch endet die Selbstbestimmung des Patienten an der Autonomie des Arztes: Kein Patient kann einen Arzt zu einer Behandlung nötigen, die dieser für unsinnig oder schädigend hält. So kann der Arzt im oben genannten Beispiel seine Beteiligung an der bevorstehenden Entbindung ablehnen, solange es kein Notfall ist. Das gilt ebenso für die Behandlung von Patienten, die vor einer elektiven Operation mit hohem Blutverlust stehen, aber eine Bluttransfusion ablehnen: Auch sie können einen Arzt nicht zu einer Maßnahme zwingen, deren Folgen er vor sich nicht verantworten kann.

Da derartige Entscheidungen alleine schwer zu treffen und zu tragen sind, kann eine Ethische Fallbesprechung sehr entlastend für den Entscheidungsträger sein.





## Initiative zur Ethischen Fallbesprechung

### Moralische Intuition und Anregung

Jeder an einer Behandlung Beteiligte, Patienten, Angehörige sowie alle Mitglieder im therapeutischen Team, gleich welcher Berufsgruppe oder welcher Position im Organigramm, können im Verlauf einer Therapie die Empfindung haben, dass die Behandlung nicht mehr adäquat ist. Manchmal regen Angehörige, ohne dass es ihnen bewusst ist, eine Ethische Fallbesprechung an, etwa indem sie bei einem stagnierenden Therapieverlauf oder dem Eindruck eines verlängerten Sterbens äußern: „Das ist eine Behandlung, die der Patient selbst sicher nie gewollt hätte.“

### Eintritt einer definierten Behandlungssituation

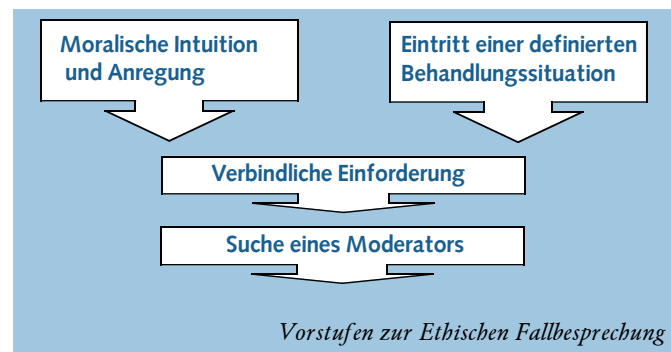
Daneben kann in einem Krankenhaus vereinbart werden, dass die Initiative zur Ethischen Fallbesprechung nicht nur von Personen initiiert wird, sondern durch den Eintritt einer definierten Behandlungssituation. Beispiele für derartige Situationen sind:

- eine künstliche Beatmung auf Intensivstation, die länger als 14 Tage währt;
- Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, der voraussichtlich kausal zum Tode des Patienten führt;
- Anlage einer PEG bei Zweifel an der Zustimmung des Patienten.

### Verbindliche Einfeldorderung

Damit das Instrument Ethische Fallbesprechung nicht durch einen unsachgemäßen Gebrauch (etwa als Machtinstrument oder zur Klärung anderer Probleme, zum Beispiel mangelnde Information) entwertet wird, hat es sich bewährt, für die verbindlich Einberufung eine Schwelle einzurichten. Diese kann darin bestehen, dass man bestimmte Positionen im Organigramm (zum Beispiel leitende Ärzte, leitende Pflegekräfte, Leitungen von therapeutischen Diensten oder der Seelsorge oder Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees) mit der Kompetenz aus-

stattet, verbindlich eine Ethische Fallbesprechung einzuberufen. Hat eine dieser Personen die Ethische Fallbesprechung einberufen, sollte geregelt werden, ob eine Zustimmung der übrigen an der Behandlung beteiligten Personen erforderlich ist, oder ob die Einberufung durch eine Person bindend ist. Auch sollte die Frist zur Durchführung einer Fallkonferenz nach verbindlicher Einfeldorderung definiert sein (zum Beispiel innerhalb von zwei Werktagen).



### Suche eines Moderators

Vielfältige Erfahrungen mit Ethischen Fallbesprechungen haben gezeigt, dass ihr Gelingen sehr von einer kompetenten Moderation abhängt. Der Moderator sollte folgende Kriterien erfüllen:

Er ist

- in der Moderationsaufgabe geschult,
- mit dem Instrument Ethische Fallbesprechung vertraut,
- über allgemeine therapeutische und organisatorische Abläufe des Krankenhauses informiert,
- mit medizinethischen und medizinrechtlichen Fragen im groben vertraut,
- von den Teilnehmern in der Moderatorenrolle akzeptiert.

In der Praxis hat es sich bewährt, eine aktuelle Liste der zur Verfügung stehenden Moderatoren bereit zu halten, auf die eine Station bei Bedarf zurück greifen kann.



## Aufgaben der Moderation

### Organisation der Fallbesprechung

Um ein reibungsloses Zustandekommen einer verbindlich einberufenen Ethischen Fallbesprechung zu fördern, sollte dem Moderator nicht nur die Durchführung, sondern auch die Organisation in Auftrag gegeben werden. Dazu gehört:

- die formale Prüfung, ob die Fallbesprechung ordnungsgemäß eingefordert wurde,
- die Ermittlung, wer zur Besprechung eingeladen werden muss oder soll,
- die Klärung von Ort und Zeit.

Eine Kenntnis des Falles ist nicht notwendig, gegebenenfalls sogar hinderlich für die erwartete Neutralität.

### Exkurs:

#### Die Rolle des Patienten und der Angehörigen

Immer wieder kommt die Frage auf, wie der Patient und seine Vertreter an einer Ethischen Fallbesprechung beteiligt werden sollen. Der Respekt vor Patientenautonomie scheint auf den ersten Blick eine Teilnahme des Patienten oder seines Vertreters zwingend zu fordern. Berücksichtigt man jedoch, dass die Ethische Fallbesprechung in erster Linie eine interdisziplinäre Beratung des behandelnden Arztes in einer schwierigen Behandlungssituation ist, kann die Patiententeilnahme nicht mehr so selbstverständlich, vielleicht sogar hinderlich sein: Eine offene und möglicherweise kontroverse Auseinandersetzung über das Behandlungskonzept wird nur schwer möglich sein, ohne das notwendige Vertrauensverhältnis eines Patienten oder von Angehörigen zum therapeutischen Team zu gefährden.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es überhaupt keine Beteiligung gibt. Mögliche Formen sind:

- die Information des Patienten oder seiner Vertreter, dass eine Ethische Fallbesprechung geplant ist;
- die Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens im Vorfeld des Gesprächs;
- eine partielle Beteiligung des Patienten oder seines Vertreters im Rahmen der Faktensammlung;
- die Information über das Ergebnis der Besprechung durch den behandelnden Arzt.

Rückmeldungen von Angehörigen bestätigen, dass eine derartige mittelbare Beteiligung als hilfreich erlebt, eine

unmittelbare Teilnahme am Gespräch jedoch als emotionale Überforderung befürchtet wird. Dass eine Ethische Fallbesprechung durchgeführt wird, empfinden viele Angehörige als Ausdruck von hoher Sorgfalt für den Patienten.

### Durchführung der Fallbesprechung

Die Rolle der Moderation in der Besprechung besteht im Wesentlichen darin, den Verlauf des Gesprächs zu steuern und bewusst zu machen. Eine inhaltliche Beteiligung oder eine eigene Stellungnahme zur Behandlung widerspricht der geforderten Neutralität.

Im Einzelnen stellen sich für die Moderation folgende Aufgaben:

- Benennung, Beobachtung und gegebenenfalls Erinnerung von fairen Diskursbedingungen (zum Beispiel Gleichberechtigung und Eigenverantwortung der Teilnehmer, Gleichwertigkeit der Beiträge, Anerkennung von unterschiedlichen Wahrnehmungen und Beurteilungen);
- Strukturierung des Prozesses durch Zusammenfassung, Zäsurensetzung, Übergang zu neuen Fragestellungen;
- Bewussthaltung des Unterschieds von Faktensammlung und Faktenbewertung;
- Beachtung des Zeitrahmens;
- Formulierung des Ergebnisses;
- Erstellung beziehungsweise Delegation des Protokolls.

## Gesprächsstruktur

In verschiedenen Modellen für Ethische Fallbesprechungen hat es sich als hilfreich gezeigt, eine grobe Struktur vorzugeben und zu beachten:





## Vorstellung

Zum Einstieg empfiehlt es sich, wenn der Moderator sich und seine Rolle im Gespräch vorstellt und die einzelnen Teilnehmer bittet, ihren Namen, ihre Funktion und kurz den Bezug zum Patienten oder dessen Angehörigen zu benennen. Anschließend sollte er einen groben Überblick über die vier bevorstehenden Schritte geben und die Diskursregeln benennen (zum Beispiel Gleichberechtigung aller Anwesenden, Akzeptanz anderer Wahrnehmung, Konzentration auf den Fall, Verzicht auf Belehrung, Ermahnung, Abwertung, Einhaltung der Struktur).

## Anlass und Fragestellung

Es empfiehlt sich anschließend, den Fallbringer zu bitten, möglichst konkret zu benennen, was ihn bewegt hat, eine Ethische Fallbesprechung anzuregen und eine oder mehrere Fragen zu stellen, die er in diesem Gespräch klären möchte. In vielen Fällen wird es mehrere Fragen geben, vor allem, wenn der Moderator die anderen Teilnehmer auffordert zu prüfen, ob die Frage(n) des Fallbringers mit der/n eigenen übereinstimmt oder ob es Ergänzungen gibt. Dabei empfiehlt es sich, auch mit einer mittelmäßig präzisen Fragestellung einzusteigen und verschiedene Fragen zunächst nicht zu priorisieren.

## Sammlung der Fakten

Dieser Teil der Ethischen Fallbesprechung nimmt erfahrungsgemäß den größten Raum ein: Die Aufgabe besteht darin, möglichst wertfrei und ohne Handlungsdruck sich über den augenblicklichen Sachverhalt zu verständigen. Dabei kann oft erstaunlich viel Wissen über den Patienten zusammen kommen, über das in seiner Fülle kein einzelnes Mitglied des therapeutischen Teams verfügt. Die einzelnen Fragen, die auf dem Fragebogen vorgeschlagen sind, können eine Anregung sein, strukturiert relevante Aspekte zu betrachten und sich bewusst zu machen, welche Fakten bekannt sind und welche fehlen.

Im Schritt der Faktensammlung sind zwei Gefahren zu beachten: Dass vorschnell Fakten bewertet werden unter dem Kriterium: Welche Bedeutung hat ein Detail für die angestrebte Empfehlung? Und dass eine vorschnelle Empfehlung verhindert, dass alle verfügbaren Fakten gesammelt werden.

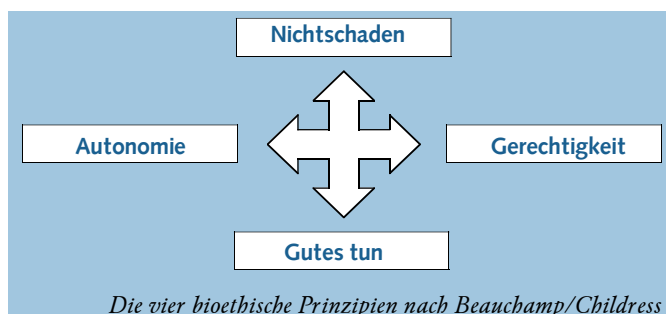
Der Moderator hat eine sensible Balance zu wahren: den Zeitraum zur Faktensammlung zu schützen und zugleich Ausuferungen und Wiederholungen zu verhindern. Da Patienten und Angehörige sich verschiedenen Berufsgruppen oder Personen sehr unterschiedlich präsentieren können, trägt der Moderator dafür Sorge, dass auch abweichende, möglicherweise widersprüchlich scheinende Wahrnehmungen nebeneinander stehen bleiben können.

## Die Bewertung der Fakten

Am Ende der Faktensammlung steht die resümierende Frage, ob alle notwendigen Fakten vorhanden sind oder ob aufgefallen ist, dass wichtige Punkte nicht bekannt sind. Im letzten Fall kann es gut sein, die Besprechung zu vertagen und bis zum nächsten Termin Arbeitsaufträge zu formulieren, um eine bessere Grundlage zu gewinnen.

Besteht jedoch der Eindruck, genügend Wissen über den Patienten zu besitzen, um eine Empfehlung auszusprechen (was in der Regel der Fall ist), ist die erste Frage, welche Handlungsempfehlung nach Erhebung der Fakten der Patient selbst mutmaßlich geben würde. Damit wird das Prinzip der Patientenautonomie an die erste Stelle gesetzt. Erstaunlicherweise gelingt es in diesem Punkt oft, einen begründeten Konsens im Team zu finden, und sei es nur die einheitliche Feststellung, dass keine klare Aussage zum Patientenwillen vorliegt.

Anschließend sind alle Mitglieder der Besprechung einzeln gefragt, was sie zu tun empfehlen. Diese Empfehlungen beziehen sich naturgemäß in erster Linie auf die zukünftige medizinische Behandlung. Sie können aber auch das Handeln anderer Berufsgruppen oder den Einbezug anderer Versorgungseinrichtungen betreffen. Seit den neunziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts haben sich vier bioethische Prinzipien für die Beurteilung einer Handlungssituation heraus entwickelt, die in der Faktenbewertung zu erwägen sind:





In Fragen ausgedrückt berücksichtigen diese Prinzipien folgende Punkte:

- Welche Behandlung entspricht (mutmaßlich) dem Willen des Patienten?
- Welche Behandlung schadet dem Patienten nicht oder am wenigsten?
- Welche Behandlung nutzt dem Patienten am besten?
- Welche Behandlung ist am ehesten gerechtfertigt – hinsichtlich der Prognose und evtl. hinsichtlich der Verteilung begrenzter Ressourcen?

Die Statements der einzelnen Personen und Berufsgruppen werden zunächst angehört und erst anschließend diskutiert. Diese Diskussion sollte nicht zu ausufernd gehalten werden und nicht unter dem Druck stehen, einen Konsens herstellen zu müssen. Ziel ist vielmehr, die vorhandenen Positionen formulieren und begründen zu lassen. Welchen Einfluss sie auf die Behandlungsentscheidung haben, liegt nicht in der Zuständigkeit der Fallbesprechung, sondern beim Entscheidungsträger.

## Ergebnis

Der letzte Teil des Gespräches, die Ergebnissicherung, stellt eine besondere Herausforderung an die Moderation dar.

- Der Moderator erinnert noch einmal an die Ausgangsfrage und stellt zur Diskussion, ob das Gespräch bei ihr geblieben ist oder ob sich die Fragestellung verändert hat.
- Er erinnert gegebenenfalls an die Fakten, die im Gespräch als fehlend benannt wurden, und klärt entsprechende Arbeitsaufträge.
- Er konstatiert, ob es einen Konsens innerhalb der Gruppe über die zukünftige Behandlung gibt, artikuliert Gemeinsamkeiten und eventuelle Abweichungen.
- Er konstatiert, was die Gruppe als (mutmaßlichen) Patientenwillen erarbeitet hat und ob dieser Wille mit der Behandlungsempfehlung übereinstimmt.
- Er hält fest, welche Maßnahmen jetzt anstehen – sowohl bei einem Dissens (zum Beispiel den weiteren Krankheitsverlauf beobachten und sich auf einen späteren Zeitpunkt vertagen) wie auch bei einem Konsens (zum Beispiel wer spricht mit dem Patienten oder dessen Vertreter, wer sorgt bis wann für eine Verlegung oder Weiterversorgung etc.)

Im ganzen Verlauf des Gespräches, aber hier besonders, muss der Moderator darauf achten, lediglich den Gesprächsprozess und die Teilnehmerpositionen zu spiegeln und sich mit einer eigenen Positionierung zurückhalten.

## Dokumentation

Der anliegende Fragebogen dient zugleich als Protokollbogen, in dem stichwortartig und anonym Antworten und Ergebnisse schriftlich festgehalten werden. Das Protokoll gewährleistet während und nach der Fallbesprechung die Möglichkeit, Fragestellungen, Fakten und Argumente zu erinnern oder nachzuvollziehen. Er wird vom Moderator und vom behandelnden Arzt unterschrieben und der Patientenakte beigelegt. Besteht im Krankenhaus ein Klinisches Ethikkomitee, sollte auch dieses eine anonymisierte Fassung erhalten, um darüber informiert zu sein, wo, zu welchen Fragestellungen und mit welchem Ergebnis Ethische Fallbesprechungen stattfinden.

## Einbindung in die Struktur der Organisation

Die beste Voraussetzung für das Gelingen einer Ethischen Fallbesprechung ist, wenn die am Gespräch Beteiligten vom allgemeinen Nutzen des Instruments und der sinnvollen Anwendung im konkreten Fall überzeugt sind. Da es nicht zu unterschätzen ist, dass die Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung auch Widerstände auslösen kann, vor allem, wenn sie als Kritik am augenblicklichen Behandlungsregime verstanden wird, ist eine solide institutionelle Einbindung empfehlenswert. Diese kann darin bestehen,

- eine schriftliche und von der Hausleitung in Kraft gesetzte Verfahrensweisung über Zweck, Anlass, Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation zu verfassen;
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vor allem in der Intensivabteilung, in Fortbildungen mit dem Instrument vertraut zu machen;
- Moderatoren zu schulen und zu beauftragen;
- Implementierung in Behandlungspfade (zum Beispiel bei Anlage einer PEG bei unklarem Patientenwillen, bei Langzeitbeatmung nach dem 14. Beatmungstag) vorzunehmen;
- die Anwendung des Instrumentes regelmäßig zu registrieren (in welcher Abteilung wie oft jährlich aus welchem Anlass mit welchem Ergebnis);
- die Berücksichtigung der Verwendung des Instruments bei der eventuellen Ermittlung einer ethischen Kennzahl der Einrichtung.



## Bedenken und Einwände

### Zeitaufwand

Ethische Fallbesprechungen unterbrechen oft die Routine, sie benötigen Zeit, in der fünf, sechs oder sieben Mitarbeiter für 30 bis 45 Minuten gebunden sind. Allerdings kann die Vermeidung einer solchen Besprechung viel mehr Zeit fordern: etwa wegen Reibungsverlusten im Team, uneinheitlichen Behandlungsstrategien oder Informations- und Verständnisdefiziten.

### Unlautere Kostenersparnis

Der Vorwurf lautet, dass unter dem ideologischen Deckmantel der Ethik die eigentliche Absicht verdeckt sei, kostenintensive Therapien zu begrenzen oder zu vermeiden. Tatsächlich kann es sein, dass durch ethische Reflexion eine Therapie zielgerichteter verläuft als ohne. Eine positive betriebs- oder volkswirtschaftliche (Neben-)Wirkung durch einen ethischen Diskurs darf jedoch nicht verwechselt werden mit der Ursache für die Besprechung: der Unklarheit oder Uneinigkeit über eine adäquate Therapie. Daher ist nichts dagegen einzuwenden, wenn bei Ethischen Fallbesprechungen Lösungen gefunden werden, die dem Patientenwillen und der Situation angemessen und außerdem preiswerter sind. Kostenersparnis ist demnach nicht Ursache, sondern allenfalls Nebenfolge eines ganz anders begründeten Impulses.

### Indikator für Kommunikationsdefizit

Dieser Einwand vertritt die Ansicht, dass Fallbesprechungen nur dann notwendig werden, wenn die Kommunikation im therapeutischen Team gestört ist. Daraus könne man schließen, dass es ein Zeichen gelungener Kommunikation sei, wenn es nur wenige oder gar keine ethischen Besprechungen gibt.

Sicher ist es erfreulich, wenn im therapeutischen Team der Konsens überwiegt und ethische Aspekte die Regelkommunikation bei Visiten und Übergaben bestimmen. Das schließt aber nicht aus, dass es für komplexe Behandlungssituationen auch spezifische Diskursformen geben kann, wodurch die Kommunikation und Kooperation deutlich bereichert wird.

### Übergriffe in die ärztliche Kompetenz

Manche Ärzte halten es für bedenklich, wenn nicht-ärztliche Berufsgruppen sich in Entscheidungen einmischen, für die der behandelnde Arzt, unter Umständen auch vor Gericht, die Verantwortung zu tragen hat.

Hier ist es sinnvoll, die Frage des Entscheidungsträgers zu differenzieren: Der Arzt trägt die Entscheidungsverantwortung für die Indikation; der Patient (sein Vertreter, der sich am Patientenwillen zu orientieren hat) entscheidet über Zustimmung oder Ablehnung einer vom Arzt angebotenen Therapie.

Ethische Fallbesprechungen beraten auf beiden Entscheidungsebenen: Sie versuchen, die Basis, auf der ein Arzt die Indikation stellt, so gut wie möglich zu erweitern und zu fundieren. Das größere Gewicht wird allerdings auf der zweiten Ebene liegen: ein möglichst eindeutiges Bild zu entwickeln, was ein Patient mutmaßlich selber möchte. Der Vorwurf der Einmischung in ärztliche Kompetenzen kann sich daher nur auf die erste Ebene der Indikationstellung beziehen. Hier behält der Arzt seine Entscheidungskompetenz – und er kann selbst entscheiden, inwieweit er Argumenten und Einwände anderer Gesprächsteilnehmer berücksichtigen will.

### Frustration über scheinbare Bedeutungslosigkeit

Manche Pflegenden empfinden es als frustrierend, wenn nach einer Ethischen Fallbesprechung das therapeutische Konzept unverändert ist und die Besprechung „nichts gebracht hat“.

Hier ist zu beachten, dass die Erwartungen an die Ethische Fallbesprechung die Realität nicht überfordern dürfen. Eine Ethische Fallbesprechung hat nicht mehr, aber auch nicht weniger als eine konsiliarische Funktion. Und es ist ein deutlicher Vorteil, wenn es die Möglichkeit gibt, eine Empfehlung zu erarbeiten und auszusprechen (auch wenn diese nicht die vom Ratgeber gewünschte Wirkung hat) als wenn dieser Raum gar nicht vorhanden ist. Außerdem gibt es die Chance, dass der behandelnde Arzt in der Fallbesprechung seine Entscheidung transparent und verständlich macht.

# Ethische Fallbesprechung – Frage- und Protokollbogen

Datum:	
Moderation:	
Protokoll:	
Teilnehmer/innen:	

Patientenaufkleber
--------------------

## 1. Problemstellung

1,0	Was ist der Anlass des Gespräches? Was sind die Probleme? Wie lautet die Fragestellung?	
-----	---	--

## 2. Sammlung von Fakten

<b>2.1</b>	<b>Medizinische Gesichtspunkte</b>	
2.1.1	Was ist aus der medizinischen Vorgeschichte bekannt?	
2.1.2	Wie lautet die aktuelle Diagnose?	
2.1.3	Welche Behandlung ist möglich/geplant?	
2.1.4	Gibt es Behandlungsalternativen?	
2.1.5	Welche medizinischen Folgen sind bei der geplanten Behandlung zu erwarten?	
2.1.6	Welche medizinischen Folgen sind bei einer Unterlassung der Behandlung zu erwarten?	
2.1.7	Kann derzeit etwas über die mittel- oder langfristige Prognose ausgesagt werden?	
<b>2.2</b>	<b>Pflegerische Gesichtspunkte</b>	
2.2.1	Inwieweit kann sich der Patient selbst versorgen? Über welche Ressourcen verfügt er?	
2.2.2	Gibt es besondere Pflegeprobleme?	
2.2.3	Welcher Pflegeplan besteht?	
2.2.4	Kann mittel- oder langfristig etwas über bleibende Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit ausgesagt werden?	
<b>2.3</b>	<b>Psychosoziale und spirituelle Gesichtspunkte</b>	
2.3.1	Was ist über die psychische Befindlichkeit und die Art der bisherigen Krankheitsbewältigung bekannt?	
2.3.2	Inwieweit ist der Patient aufgeklärt und an der Therapieentscheidung beteiligt?	
2.3.3	Gibt es verbale oder nonverbale aktuelle oder frühere Äußerungen des Patienten, die seinen Willen erkennen lassen?	
2.3.4	Liegt eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor?	
2.3.5	Gibt es Zweifel, ob es richtig ist, diesem Patienten die Entscheidung zu überlassen?	
2.3.6	Was ist über das soziale Umfeld bekannt?	
2.3.7	Was erwartet das soziale Umfeld von der Behandlung?	
2.3.8	Wie wird bzw. wie kann die Behandlung sozial, spirituell und psychisch unterstützt werden?	
2.3.9	Welche psychischen und sozialen Folgen sind nach Abschluss der geplanten Behandlung zu erwarten?	

2.4 Organisatorische und ökonomische Gesichtspunkte	
2.4.1	Sind die geeigneten Ressourcen vorhanden (Personal, Betten, Hilfsmittel, Kompetenzen), um die geplante Behandlung durchzuführen?
2.4.2	Gibt es Dienste und Ressourcen, die zusätzlich für die weitere Behandlung eingezogen werden können? (z.B. Sozialdienst, Seelsorge, Angehörige, Ergotherapeuten, Ehrenamtliche, andere Einrichtungen)

### 3. Bewertung der Fakten

3.1	Sind alle zur Entscheidung notwendigen Fakten bekannt?
3.2	Welche Handlungsempfehlung ergibt sich (mutmaßlich) aus der Perspektive des Patienten?
3.3	Welche Handlungsempfehlung ergibt sich unter Berücksichtigung der erhobenen Fakten aus der Perspektive der Ärzte?
3.4	Welche Handlungsempfehlung ergibt sich unter Berücksichtigung der erhobenen Fakten aus der Perspektive der Pflege?
3.5	Welche Handlungsempfehlung ergibt sich unter Berücksichtigung der erhobenen Fakten aus der Perspektive von Seelsorge oder Sozialdienst?
3.6	Ist die Handlungsempfehlung mit dem Leitbild/den ethischen Richt- und Leitlinien des Trägers oder des Krankenhauses vereinbar?
3.7	Gibt es Zweifel, ob die Erfolgsaussicht der Behandlung den personellen, räumlichen oder wirtschaftlichen Aufwand rechtfertigt?

### 4. Ergebnis und Empfehlung

4.1	Wie stellt sich die Fragestellung jetzt unter ethischen Gesichtspunkten dar?
4.2	Wer besorgt bis wann die evtl. fehlenden Fakten oder Informationen?
4.3	Gibt es im therapeutischen Team einen Konsens über das weitere Vorgehen?
4.4	Gibt es einen Konsens zwischen dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten und dem geplanten Vorgehen?
4.5	Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es bei einem Dissens?
4.6	Was lässt sich als Ergebnis oder Beschluss des Gespräches festhalten?

Ort, Datum:

Unterschrift des Moderators:

Unterschrift des behandelnden Arztes:

## In eigener Sache

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

- bei der Entwicklung einer Verfahrensanweisung für Ihre Einrichtung
- bei der Einführung in Ihrer Einrichtung
- bei der Fortbildung von Mitarbeitern zur Ethischen Fallbesprechung
- bei der Schulung von Moderatoren für Ethische Fallbesprechungen

**Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:**

**MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH  
Ethik und Seelsorge  
Wolfgang Heinemann  
Von-Hompesch-Straße 1  
53123 Bonn**

**Telefon: 0228/6481-13523**

**Telefax: 0228/6481/508**

**[ethik.seelsorge@malteser.de](mailto:ethik.seelsorge@malteser.de)**



## Quellen und Literatur

- *Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.):*  
Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg 1997
- *Eibach, Ulrich:*  
Klinisches „Ethik-Komitee“ und „ethisches Konsil“ im Krankenhaus. Empfehlungen zu Einrichtung und Arbeitsweise,  
in: Zeitschrift für medizinische Ethik 50 (2004), 21 - 34
- *Gordijn, Bert/Steinkamp, Bert:*  
Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägergesellschaft,  
in: Zeitschrift für medizinische Ethik 46 (2002) 305-310
- *Illhardt, Franz-Josef:*  
Der Kompromiss – Ethik-Beratung gegen moralischen Rigorismus,  
in: Ethik in der Medizin 11 (1999), 262-273
- *Illhardt, Franz-Josef/Schuth, Walter/Wolf, Rainer:*  
Ethik-Beratung. Unterstützung im Entscheidungskonflikt,  
in: Zeitschrift für medizinische Ethik 44 (1998), 185 - 199
- *Reiter-Theil, Stella:*  
Ethik in der Klinik – Therapie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils,  
in: Ethik in der Medizin 11 (1999) 222-232
- *Sacks, Oliver:*  
Der Mann der seine Frau mit einem Hut verwechselte, 1992
- *Schweidtmann, W.:*  
Das Dilemma klinischer Entscheidungen. Normative und situative Aspekte einer medizinischen Ethik,  
in: gynäkologische praxis 23 (1999) 715-722
- *Steinkamp, Norbert/Gordijn, Bert:*  
Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied/Köln/München 2003



