

Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung

Empfehlung

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.



INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	3
Allgemeine Anforderungen	5
Ethischer Hintergrund	8
Konturen	11
Schaubild	14
Empfehlungen	16
Glossar	20
Literatur	21
Veröffentlichungen des Diözesanen Ethikrates	22
Mitglieder des Diözesanen Ethikrates	23
Kurzfassung des integrativen Modells	24

IMPRESSUM

**Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband für das
Erzbistum Paderborn e. V.**

Am Stadelhof 15
33098 Paderborn

Telefon 05251 209-0
Telefax 05251 209-202

ethikrat@caritas-paderborn.de
www.caritas-paderborn.de

VERANTWORTLICH

Dr. Horst Luckhaupt
Vorsitzender des Diözesanen Ethikrates

Josef Lüttig
Diözesan-Caritasdirektor

GESTALTUNG, HERSTELLUNG

Mues + Schrewe GmbH
www.mues-schrewe.de

Paderborn, 1. Auflage, November 2015

EINLEITUNG

Der erfolgreiche Aufbau einer nachhaltigen ethischen Reflexionskultur in kirchlich getragenen Einrichtungen der Gesundheitspflege – wie z. B. Krankenhäusern oder stationären wie ambulanten Diensten der Alten- und Behindertenhilfe – stellt eine anspruchsvolle Herausforderung dar. Neben einer dafür geeigneten Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter¹ sowie der Entwicklung zentraler Strukturen auf der Trägerebene gehört dazu auch die Nutzung verschiedener dezentraler Instrumente in den einzelnen Bereichen oder Einrichtungen. Diese sollen sicherstellen, dass die ethische Reflexion des eigenen Handelns in den alltäglichen Arbeitsabläufen überall dort zeit- und ortsnah erfolgen kann, wo dies aufgrund der gestiegenen Anforderungen an die Urteils- und Begründungsfähigkeit der Mitarbeiter notwendig ist.

Ein in diesem Zusammenhang besonders wichtiges Instrument ist die sog. *ethische Fallbesprechung*. Sie unterscheidet sich von anderen kommunikativen Methoden der Konfliktbearbeitung (wie z. B. Streitschlichtung, Supervision, Beschwerdemanagement etc.) dadurch, dass sie die *moralische* Dimension des Handelns in den Mittelpunkt stellt. Das heißt, sie fragt danach, ob die jeweilige Handlungsweise Einzelner oder ganzer Teams auch einer ethischen Reflexion standhält und sich somit als *wohlbegründet* und folglich *richtig* erweist. Das heißt, die ethische Fallbesprechung ist das Instrument zur Bearbeitung *moralischer* und nicht kommunikativer, organisatorischer oder sozialer Konflikte.

In den letzten Jahren ist die Zahl moralisch schwieriger, konfliktreicher und belastender Entscheidungen aus verschiedenen Gründen deutlich gewachsen. Daher überrascht es kaum, dass mittlerweile auch verschiedene *Modelle* erarbeitet worden sind, nach denen ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden können.

Es besteht weithin Einigkeit darüber, dass das *Ziel* solcher Fallbesprechungen vor allem darin besteht,

1 In der Empfehlung wird aus Gründen der Lesbarkeit auf eine zusätzliche Nennung der weiblichen Form verzichtet.

- das Verhältnis zwischen den jeweils betroffenen moralischen Gesichtspunkten zu klären,
- die Transparenz und Akzeptanz der zu treffenden Entscheidungen durch nachvollziehbare Güterabwägungen zu erhöhen,
- die interdisziplinäre Kommunikation innerhalb der jeweiligen Einrichtung zu verbessern,
- den Entscheidungsträgern (Arzt, Pflegekraft, Leitung, Patient/Bewohner, Bevollmächtigter) eine Handlungsempfehlung zu geben und ihnen nicht die Entscheidung abzunehmen
- und damit das Konfliktpotenzial unter den Betroffenen zu minimieren.

Die derzeit verfügbaren Fallbesprechungsmodelle weisen jedoch sowohl *strukturell* als auch *inhaltlich* erhebliche Differenzen auf. Es ist darum in der Praxis oft schwierig, ein für die jeweilige Einrichtung geeignetes Modell auszuwählen.

Es gibt verschiedene Ursachen für die Entstehung dieser verwirrenden Vielzahl von Modellen: Zum einen resultiert sie aus unterschiedlichen ethischen Theorietraditionen, die im Hintergrund solcher Fallbesprechungsmodelle stehen und für die unbefangenen Nutzer oft nicht sofort durchschaubar sind.² Zum anderen verdankt sie sich aber auch dem praktischen Umstand, dass viele dieser Modelle noch in der Erprobungsphase stecken und oftmals nur für einen eingeschränkten Anwendungsbereich (z. B. für die Altenhilfe) entwickelt worden sind.

Diese unübersichtliche Ausgangssituation hat in einigen katholischen Einrichtungen mittlerweile dazu geführt, entweder mit Fallbesprechungsmodellen zu arbeiten, die für die jeweilige Einrichtung nur bedingt tauglich sind, oder aber selbst ein neues, den Bedürfnissen der eigenen Einrichtung besser angepasstes Modell zu entwickeln. Das kann vor allem dann leicht zu verschiedenen Folgeproblemen führen, wenn vor Ort nicht die dazu erforderliche ethische Expertise in ausreichendem Maße vorhanden ist.

² So stehen sich nicht nur sog. *prinzipienethische* (d. h. auf allgemeinen Grundsätzen basierende) und sog. *kasuistische* (d. h. am jeweiligen Einzelfall orientierte) Ansätze innerhalb der zeitgenössischen Medizin- und Pflegeethik gegenüber, sondern auch pflichtenorientierte, folgenorientierte Ansätze und tugendethische Denkmodelle.

Die folgenden Überlegungen wollen die kirchlichen Einrichtungen dadurch entlasten, dass sie ein Modell der ethischen Fallbesprechung vorstellen und zur eigenen Nutzung empfehlen. Seit 2009 ist es vom Diözesanen Ethikrat in vielfältigen Fortbildungsmaßnahmen mit katholischen Krankenhäusern und Diensten der stationären Altenhilfe erprobt und erfolgreich angewandt worden. Es handelt sich um ein integratives Modell der ethischen Fallbesprechung, das die auf diesem Gebiet bislang geleistete Arbeit kritisch berücksichtigt und weiterentwickelt hat.³ Integrativ heißt dieses Modell deswegen, weil es die Stärken verschiedener anderer Modelle in einer Art und Weise zusammenführt, die nicht nur *theoretisch überzeugend* und in der Praxis *gut anwendbar* ist, sondern auch Rücksicht auf den *speziellen Wertehorizont* katholischer Einrichtungen nimmt. Dabei versteht sich das integrative Modell als ein aus der Praxis lernendes, für Weiterentwicklung offenes Modell.

Diese Empfehlung möchte in einem ersten Schritt einige *allgemeine Anforderungen* an ein überzeugendes Modell der ethischen Fallbesprechung benennen. Ein zweiter Schritt skizziert den *moralphilosophischen Hintergrund* des hier vorgeschlagenen Modells, dessen *besondere Eigenschaften* dann in einem dritten Schritt ausführlich dargelegt werden. Einige konkrete *Empfehlungen zur Implementierung* des Instruments der ethischen Fallbesprechung sowie zu ihrer praktischen Durchführung beschließen diese Überlegungen.

ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN

An ein praxistaugliches Modell der ethischen Fallbesprechung für kirchliche Einrichtungen sind wenigstens die folgenden *fünf Anforderungen* zu stellen: Es muss erstens *einfach*, zweitens *vollständig*, drittens *ethisch geordnet*, viertens *pluralismus-* und *leitbildkompatibel* und fünftens *sensibel* für Belange der *Organisationsentwicklung* sein.

³ Vgl. die Erstveröffentlichung: F.-J. Bormann: Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59 (2013), 117-127; sowie F.-J. Bormann: Aussagekräftig und nachvollziehbar. In: Neue Caritas 114 (2013), 14-18.

- 1.** Die Forderung der *Einfachheit* ergibt sich aus der Notwendigkeit, in einem begrenzten Zeitraum (von ca. 45-60 Minuten) eine komplexe Fallsituation zu analysieren. Das kann nur gelingen, wenn das den Gesprächsverlauf steuernde Modell eine klare und logische Struktur besitzt, die in wenigen Schritten zum Ziel kommt.⁴
- 2.** Die *Vollständigkeit* verlangt, dass das Modell alle moralisch relevanten Aspekte der jeweiligen (oft konflikthaften) Situation umfassend zur Sprache bringt. Neben Sachinformationen sind dabei auch der Kontext (z. B. eine besondere gesellschaftliche Relevanz oder Aufmerksamkeit für ein Thema) sowie emotionale Verstrickungen und (un)ausgesprochene Bedürfnisse oder Interessen der beteiligten Akteure in die Situationsanalyse einzubeziehen. Denn diese üben in aller Regel einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesprächsführung und die zu treffenden Handlungsentscheidungen aus.
- 3.** Besonders wichtig ist die Forderung der *ethischen Geordnetheit*. Moralische Konfliktsituationen zeichnen sich aufgrund ihrer Vielschichtigkeit in der Regel dadurch aus, dass *mehrere* abwägungsrelevante Gesichtspunkte (Güter, Rechte, Pflichten und Werte) zu berücksichtigen sind. Ein überzeugendes Fallbesprechungsmodell muss daher einen *plausiblen Beurteilungsmaßstab* angeben. Mit dessen Hilfe können die verschiedenen Gesichtspunkte auf schlüssige Weise in ihrem jeweiligen moralischen Gewicht geordnet und damit hinsichtlich ihrer Rangfolge bestimmt werden. Die meisten Modelle⁵ leiden daran, dass sie einfach eine Vielzahl von Gütern und Werten aufzählen. Sie reflektieren dabei nicht ausdrücklich die jeweils möglichen Konkurrenzen und Konflikte zwischen einzelnen Gesichtspunkten (z. B. zwischen der Selbstbestimmung einerseits und der Schadensvermeidung andererseits), geschweige denn dass sie damit das gegebene *Vorrang*-Problem einer Lösung zuführen.

4 Modelle mit zu vielen kleinteiligen Einzelschritten verwirren die Gesprächsteilnehmer und führen in der Regel dazu, dass der Gesprächsprozess durch Vorgriffe, Wiederholungen oder unzusammenhängende Redebeiträge behindert und damit zeitlich in die Länge gezogen wird.

5 Dies gilt für den prinzipienethischen Ansatz von T. L. Beauchamp und J. F. Childress (*Principles of Biomedical Ethics*. Oxford 2001) und die davon inspirierten Fallbesprechungsmodelle ebenso wie für die relativ weit verbreitete sog. Nimwegener Methode (vgl. N. Steinkamp / B. Gordijn: *Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch*. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied 2003).

4. Die Forderung der gleichzeitigen *Pluralismus- und Leitbild-Kompatibilität* erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich. Oft wird unterstellt, beide Gesichtspunkte ließen sich nicht miteinander vereinbaren. Eine solche Annahme übersieht jedoch, dass es moralische Überzeugungen unterschiedlicher Konkretion und verschiedene Spielarten des Pluralismus gibt.

Pluralismus darf nicht vorschnell mit Relativismus gleichgesetzt werden. Eine moralische Überzeugung kann grundsätzliche normative Fragen betreffen oder sich auf sehr konkrete Vorstellungen eines idealen Lebens beziehen. So ergeben sich nicht nur ganz unterschiedliche Anforderungen an die Begründung, sondern auch vielfältige Spielräume für die persönliche Gestaltung.

Auch das christliche Ethos ist eine vielschichtige Größe: Neben sehr grundlegenden normativen Forderungen, die rein rational begründet werden können (z. B. Lebensschutz oder Respekt vor der Selbstbestimmung), enthält es auch anspruchsvollere Weisungen, die auf bestimmten religiösen Voraussetzungen beruhen (z. B. Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe bis hin zur Feindesliebe).

Zwar gibt es bestimmte Wertvorstellungen in unserer Gesellschaft, die mit dem christlichen Ethos unvereinbar sind (z. B. Annahme einer grenzenlosen Selbstbestimmung im Sinne einer Totalverfügung über das eigene Leben). Doch schließt dies keineswegs die Möglichkeit aus, dass auch die christliche Sicht eines gelingenden Lebens dem Einzelnen legitime Freiräume für die individuelle Ausgestaltung der jeweiligen persönlichen Lebensführung eröffnet. Daher muss ein christlich profiliertes Leitbild keineswegs als einengendes Zwangskorsett verstanden werden, das auf Uniformität ausgerichtet ist und damit Pluralismus und Individualität ausschließt.

5. Von großer praktischer Bedeutung für eine lernende Institution ist die Forderung der *Sensibilität für organisatorische Belange* innerhalb der jeweiligen Einrichtung. Im Zuge einer ethischen Fallbesprechung werden nicht selten auch Erkenntnisse über schlechte Routinen bzw. über Verbesserungspotenziale hinsichtlich bestimmter standardisierter Handlungs- und Kommunikationsabläufe der jeweiligen Einrichtung gewonnen.

Daher sollte das Modell auch Anweisungen dazu enthalten, wie mit diesem wertvollen Wissen so umzugehen ist, dass es nicht wieder verloren geht, sondern durch eine geeignete Anschlusskommunikation der nachhaltigen Qualitätsentwicklung der Einrichtung zugutekommt.

ETHISCHER HINTERGRUND

Das hier vorgestellte Modell der ethischen Fallbesprechung basiert auf drei *moralphilosophischen Grundannahmen*, die tief in der Tradition der abendländischen Ethik verwurzelt sind:

1. auf der Überzeugung, dass moralische Wertungen wahrheitsfähige Urteile sind, die objektiv richtig oder falsch sein können (*kognitiver Ansatz*).
2. auf der Annahme, dass es zur Begründung solcher Urteile über formale Aspekte hinaus auch inhaltlicher moralischer Gesichtspunkte bedarf (*materialer Ansatz*).
3. auf der Einsicht, dass es angesichts der Vielzahl moralisch relevanter Gesichtspunkte (Güter, Rechte, Pflichten etc.) eines komplexen obersten moralischen Prinzips bedarf, um das Verhältnis dieser Parameter zueinander angemessen bestimmen zu können (*prinzipienethischer Ansatz*).

Die traditionelle Medizin- und Pflegeethik erblickte den Anknüpfungspunkt für den gesuchten obersten moralischen Beurteilungsmaßstab gewöhnlich in der Kategorie des „*Wohles*“ des Patienten bzw. Pflegebedürftigen.⁶ Angesichts verschiedener Schwierigkeiten bezüglich der näheren Bestimmung dieses Begriffs und der latenten Gefahr einer schleichenden Entmündigung von Patienten und Schutzbefohlenen hat sich dieser Ansatz seit einiger Zeit den berechtigten Vorwurf der ungerechtfertigten Bevormundung (*Paternalismus*) zugezogen. Daher wird nachfolgend ein weniger voraussetzungsreicher Weg beschritten, der sich bewusst nicht

6 Vgl. den lateinischen Grundsatz: *salus aegroti suprema lex*, dt.: „Das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz!“

an einer bestimmten konkreten Gestalt des „guten Lebens“ orientiert, sondern wesentlich allgemeiner die Entfaltung der *charakteristischen Fähigkeiten des Menschen* zur Grundlage der Bestimmung eines obersten handlungsleitenden Prinzips macht.

Unter diesen für das Mensch- und Personsein charakteristischen Fähigkeiten nimmt die *Handlungsfähigkeit*⁷ aus zwei Gründen einen besonders wichtigen Rang ein: Zum einen kann niemand von uns der Situation, handeln und entscheiden zu müssen, in dem Sinne entgehen, dass er dauerhaft nicht-handeln könnte. Auch die bewusste Entscheidung, etwas zu unterlassen, ist eine Handlung. Zum anderen stellt die Entfaltung der eigenen Handlungsfähigkeit (ungeachtet der Besonderheit der jeweils persönlichen Glücksvorstellung) ein notwendiges Element jeder individuellen Selbstverwirklichung dar. Der Schutz und die Entfaltung der Handlungsfähigkeit sind kein rein subjektives Ziel, auf das der Handelnde begründeterweise verzichten könnte. Vielmehr ermöglicht die Handlungsfähigkeit dem Menschen, sich überhaupt bestimmte Handlungsziele setzen und diese durch eigenes planvolles Handeln auch tatsächlich erreichen zu können. Daher gilt, dass *jeder*, der überhaupt irgendetwas wirklich will, zwangsläufig auch die Entwicklung, Förderung und Verteidigung der *eigenen* Handlungsfähigkeit wollen muss. Dies gilt für *jeden* Menschen. Daher muss jeder gleichzeitig neben der eigenen auch die Handlungsfähigkeit aller *anderen* Menschen berücksichtigen, die von seinem Handeln betroffen sind. Ein *oberstes moralisches Prinzip* könnte deshalb folgendermaßen lauten:

Handle so, dass du die Handlungsfähigkeit der von deinem Handeln Betroffenen sowie deine eigene Handlungsfähigkeit nach Möglichkeit umfassend entfaltest und nicht ohne zwingenden Sachgrund beeinträchtigst oder gar zerstörst.

7 Vgl. zur Handlungsfähigkeit: A. Gewirth: Reason and Morality. Chicago 1978; K. Steigleder: Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. Freiburg/München 1999; F.-J. Bormann: Handlungsfähigkeit und gutes Leben. In: M. Hoesch / S. Muders / M. Rüter (Hrsg.): Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben. Berlin/Boston 2013, 177-194.

Eine Orientierung der ethischen Reflexion am Begriff der Handlungsfähigkeit hat mehrere Vorteile, die auch für die ethische Fallbesprechung von großer Bedeutung sein dürften:

- 1.** Es handelt sich bei der Handlungsfähigkeit um eine dynamische und daher auch *lebenslagen-* bzw. *lebensaltersensible* Fähigkeit, die eng mit der biografischen Entwicklung eines Menschen verwoben ist. Der Mensch ist nicht zu allen Zeiten seiner Existenz gleich handlungsfähig. Vielmehr verläuft der Auf- und Abbau der individuellen Handlungsfähigkeit in vielen kleinen Schritten, denen vor allem für den persönlichen Umgang mit krankheits- und altersbedingten Einschränkungen große existenzielle Bedeutung zukommt.
- 2.** Aufgrund der Vielschichtigkeit der Handlungsfähigkeit lässt sich eine begründete Abwägung der jeweils relevanten einzelnen Güter und Werte vornehmen und damit das zentrale Vorrangproblem lösen. Die Handlungsfähigkeit schließt verschiedene kognitive, emotionale und soziale Teilkompetenzen ein, die wiederum in bestimmten *Bedingungs-* bzw. *Abhängigkeitsbeziehungen* zueinander stehen. Darum lassen sich die jeweiligen Handlungsalternativen danach *priorisieren*, wie sich die jeweils betroffenen Güter auf den Schutz und die Entfaltung der Handlungsfähigkeit des Patienten oder Bewohners auswirken. Vorzuziehen ist jeweils diejenige Handlungsweise, die letztlich die weitere Entwicklung der Handlungsfähigkeit insgesamt am meisten befördert bzw. am wenigsten einträchtigt.
- 3.** Die für jedermann geltende moralische Forderung der „möglichst optimalen Entfaltung der eigenen Handlungsfähigkeit“ ist offen für unterschiedliche individuelle Ansichten und Werte, ohne deswegen in eine bloße Beliebigkeit abzugleiten.
- 4.** Es handelt sich bei der Kategorie der Handlungsfähigkeit um einen moralisch gehaltvollen Begriff, der gerade im interdisziplinären Gespräch gut empirisch überprüft werden kann. Denn wie sich eine bestimmte Handlungsweise auf die weitere Entwicklung der Handlungsfähigkeit aus-

wirkt, ist letztlich eine Frage, die sich – unabhängig von allen möglichen Theoriestreitigkeiten – anhand empirischer Daten und Fakten eindeutig beantworten lässt.

5. Eine Orientierung am Grundsatz der Handlungsfähigkeit ermöglicht die notwendige Verschränkung von *individual-* und *institutionsethischer* Reflexion, die aufgrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen nicht nur im klinischen Kontext von wachsender Bedeutung ist. Eine gute Unternehmensführung zeichnet sich dadurch aus, dass sie einen Ausgleich zwischen der Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter und der Handlungsfähigkeit der Einrichtung insgesamt herbeiführt. Um zu verhindern, dass die moralische Verantwortung einseitig individualisiert und damit auf den einzelnen Mitarbeiter abgewälzt wird, bedarf es eines Modells der ethischen Fallbesprechung, das neben den verschiedenen moralischen Rechten und Pflichten individueller Akteure auch die Trägerverantwortung für die Implementierung des einrichtungsspezifischen Leitbildes in die Betrachtung einbezieht.

KONTUREN

Das hier vorgeschlagene integrative Modell der ethischen Fallbesprechung zeichnet sich durch folgende Eigentümlichkeiten aus:

1. Der Einstieg erfolgt dadurch sehr niederschwellig, dass nicht sofort nach dem *Problem*, sondern nach dem *Anlass* der Fallbesprechung gefragt wird. Dieser Anlass kann entweder in einem akuten Konflikt bestehen, auf den zeitnah zu reagieren ist, oder in einer sog. *definierten Situation*, die bereits im Vorfeld einer drohenden konflikthafter Zuspitzung der Lage angesiedelt ist und weitere Eskalationen frühzeitig verhindern soll. Ein möglichst niederschwelliger Gesprächseinstieg entlastet nicht nur diejenige Person, die die Initiative zu einer Fallbesprechung ergreift, sondern entspricht auch der Erfahrung, dass sich die Wahrnehmung des eigentlichen Problems bei den Beteiligten im Zuge der schrittweisen Situationsanalyse oftmals erheblich verändert bzw. vertieft.

2. Das Modell bemüht sich insofern um eine *umfassende Situationsanalyse*, als es zunächst einmal die näheren *Umstände* der auslösenden Situation sowie möglicherweise bestehende besondere *emotionale* Belastungen, Bedürfnisse und Interessen der beteiligten Akteure in den Blick nimmt. Erst auf dieser Grundlage werden dann in einem zweiten Schritt all diejenigen *Sachinformationen* über die biografische Situation, die medizinisch-pflegerischen Fakten sowie die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen erfragt, die für den weiteren Umgang mit dem Patienten bzw. Heimbewohner zu berücksichtigen sind. Treten bei der Situationsbeschreibung mehrere Problemlinien zutage, ist am Ende dieser Gesprächsphase ausdrücklich zu klären, welcher moralische Aspekt nachfolgend *vorrangig* zu bearbeiten ist, um eine klare Fokussierung des weiteren Gesprächsverlaufs sicherzustellen.

3. Besondere Aufmerksamkeit verdient die *Struktur der ethischen Analyse*, die insgesamt vier Teilschritte umfasst:

3.1. Zunächst wird danach gefragt, welche *allgemein* für alle verbindlichen, d. h. von speziellen sozialen oder beruflichen Rollen der betroffenen Akteure unabhängigen moralischen Standards in der einschlägigen Situation betroffen sind (z. B. Respekt vor der Menschenwürde, Recht auf Selbstbestimmung, Lebensschutz etc.).

3.2. Im Anschluss daran wird nach den zusätzlichen *berufs- und standesethischen* Verpflichtungen gefragt, denen etwa Ärzte und Pflegekräfte in der Ausübung ihrer spezifischen beruflichen Funktion unterliegen (z. B. Fürsorgepflichten, Sorgfaltspflichten oder Verschwiegenheit).

3.3. In einem dritten Schritt wird ausdrücklich danach gefragt, welche speziellen moralischen Vorgaben aus dem *Leitbild* der jeweiligen Einrichtung resultieren. Das Leitbild katholischer Einrichtungen ist zu verstehen in Übereinstimmung mit verbindlichen Vorgaben des jeweiligen Bistums, der Deutschen Bischofskonferenz sowie der Gesamtkirche.

3.4. Der abschließende vierte Schritt hat die wichtige Aufgabe, die zuvor herausgearbeiteten moralischen Gesichtspunkte dadurch in eine klare

Rangordnung zu bringen, dass die einzelnen Elemente auf ihre Relevanz für den Erhalt und die Entfaltung bzw. Schädigung der Handlungsfähigkeit der betroffenen Personen befragt und die einschlägigen Handlungsalternativen entsprechend priorisiert werden.

4. Eine weitere Besonderheit dieses Modells besteht darin, dass zum Abschluss der eigentlichen Fallbesprechung nicht nur danach gefragt wird, ob sich die Situation durch die schrittweise Analyse geklärt hat und sich die Teilnehmer auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen können. Vielmehr werden ausdrücklich auch noch einmal die *Gründe* für die erarbeitete Empfehlung genannt, um Dritten gegenüber die getroffene Güterabwägung transparent machen zu können. Auf diese Weise wird nicht nur die *Urteilsfähigkeit* der Teilnehmer in moralischen Konfliktsituationen, sondern auch ihre *Begründungskompetenz* gegenüber anderen trainiert. Im Falle eines bleibenden Dissenses innerhalb der Gesprächsgruppe sollten die jeweiligen Argumente für bzw. gegen ein bestimmtes Vorgehen festgehalten werden.

Im Anschluss an die eigentliche Fallbesprechung stellen sich für den jeweils verantwortlichen Moderator noch zwei wichtige Aufgaben: Zum einen ist sicherzustellen, dass der Gesprächsverlauf angemessen *protokolliert* und *archiviert* wird und die gemeinsam erarbeitete Empfehlung zeitnah in geeigneter Form ihre(n) Adressaten erreicht. Zum anderen ist zu prüfen, ob es einer darüber hinausgehenden *Anschlusskommunikation* hinsichtlich möglicherweise aufgedeckter organisatorischer oder kommunikativer Defizite der Einrichtung bedarf, um die gewonnenen Erkenntnisse den dafür zuständigen Stellen (Ethikkomitee, Qualitätsmanagement, Führungsebene etc.) in geeigneter (anonymisierter) Form zugänglich zu machen.

Die fünf Hauptschritte der Fallbesprechung umfassen jeweils eine Reihe verschiedener Einzelaspekte, die mittels geeigneter Fragen je nach Bedarf vertieft werden können. Das folgende ausführliche Schaubild enthält dazu einige exemplarische Hinweise.

1. Anlass

- Überprüfung der Anwesenheit aller beteiligten Personen
- Bestimmung des Anlasses bzw. der auslösenden Situation für die Fallbesprechung (und seiner möglichen Vorgeschichte in der Institution)

2. Situationsanalyse

- Abklärung der *Umstände*:
 - In welchem Kontext steht die auslösende Situation (individuell, institutionell, gesellschaftlich)?
 - Gibt es eine besondere emotionale Betroffenheit oder psychische Belastung bei den Akteuren?
 - Gibt es im Hintergrund der Situation besondere (unausgesprochene) Bedürfnisse und Interessen der Akteure, die zu berücksichtigen sind?
 - Gibt es besondere ökonomische Faktoren, die das Verhalten der verschiedenen Akteure beeinflussen?
- Analyse der *personenspezifischen Merkmale* des Patienten/Bewohners:
 - Welche Informationen über die biografischen Faktoren (Alter, Lebensumstände, soziales Umfeld, Wertüberzeugungen, religiöse und spirituelle Einstellungen) des Patienten/Bewohners sind bekannt?
 - Welche medizinischen und pflegerischen Fakten sind zu berücksichtigen?
 - Welche rechtlichen Aspekte sind relevant (z. B. Existenz bestimmter Vorsorgeinstrumente wie z. B. Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung)?
- Wo verlaufen folglich die *zentralen Problemlinien*?

3. Ethische Reflexion

Schritt 1 Welche allgemein verbindlichen moralischen Standards sind betroffen (z. B. Menschenwürde, Lebensschutz, Respekt, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Fürsorge etc.)?

Schritt 2 Gibt es darüber hinaus bestimmte bereichs- oder standesspezifische moralische Regeln und Standards (z. B. Sorgfalt, Vertrauenswürdigkeit, Verschwiegenheit, Vertragstreue etc.), die aufgrund der beruflichen Rolle der beteiligten Akteure zu berücksichtigen sind (z. B. ärztliches Standesethos)?

Schritt 3 Welche zusätzlichen moralischen Vorgaben ergeben sich aus dem speziellen Leitbild der jeweiligen Einrichtung (im kirchlichen Bereich auch bestimmte lehramtliche Vorgaben und Orientierungen)?

Schritt 4 Bestimmung der Rangordnung der einschlägigen moralischen Gesichtspunkte:

- Wie sind die verschiedenen moralischen Gesichtspunkte im Blick auf die Sicherung, den Erhalt oder die Verbesserung bzw. Verschlechterung der Handlungsfähigkeit der involvierten Personen zu gewichten?
- Welcher Gesichtspunkt verdient den Vorrang?
- Wie sind die bestehenden Handlungsalternativen folglich zu bewerten?

4. Empfehlung und Begründung

- Hat sich die Situation durch die schrittweise Analyse geklärt?
- Können sich alle Beteiligten auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen?
- Wie sollte die erarbeitete Empfehlung für das weitere Handeln konkret lauten?
- Welche Gründe sprechen für, welche gegen diese Empfehlung?
- Wie lässt sich die getroffene Abwägung zwischen den verschiedenen moralischen Standards Dritten gegenüber rechtfertigen (Regeln der Güterabwägung)?

5. Dokumentation und Anschlusskommunikation

- Schriftliche Dokumentation und Archivierung der erarbeiteten Empfehlung nach den von der Institution vereinbarten Regeln
- Klärung, wer in welcher Form über die erarbeitete Empfehlung besonders informiert werden muss
- Sicherung des gewonnenen Wissens über organisatorische bzw. strukturelle Defizite und Verbesserungsbedarf der Einrichtung:
 - Enthält die Empfehlung Hinweise zu Verbesserungspotenzialen in den organisatorischen Abläufen und kommunikativen Routinen der Einrichtung?
 - Wie sollten die gewonnenen Einsichten über solche Verbesserungspotenziale an die zuständigen Entscheidungsinstanzen kommuniziert werden?

EMPFEHLUNGEN

Bei der Einführung und Anwendung des Instruments der ethischen Fallbesprechung in katholischen Krankenhäusern und in der Alten- und Behindertenhilfe sind die jeweiligen besonderen Gegebenheiten der einzelnen Einrichtungen stets angemessen zu berücksichtigen. Dennoch lassen sich einige allgemeine Hinweise dazu geben, wie das hier vorgestellte und empfohlene integrative Modell ethischer Fallbesprechung erfolgreich in der Praxis anzuwenden ist:

- Generell gilt, dass die ethische Fallbesprechung kein Heilmittel zur Lösung aller ethischen Probleme ist. Sie stellt nur ein einzelnes – wenn auch besonders wichtiges – Element innerhalb einer umfassenden ethischen Reflexionskultur dar, das nicht mit unrealistischen Erwartungen überfrachtet werden sollte. Daher sollte die ethische Fallbesprechung stets in einen Prozess der gezielten ethischen Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter eingebunden sein.
- Eine Einrichtung, deren Träger bzw. Leitung sich zur Nutzung des Instruments der ethischen Fallbesprechung entscheidet, sollte dies offen innerhalb der Belegschaft kommunizieren und diese für ethische Themen und Fragestellungen kontinuierlich sensibilisieren. Sie muss sich auch darüber im Klaren sein, dass sie dafür geeignete Personen (möglichst aus *sämtlichen Hierarchieebenen und allen relevanten Professionen*) als Moderatoren gewinnen muss, um eine breite Akzeptanz zu erreichen.
- Die Leitung einer ethischen Fallbesprechung stellt eine anspruchsvolle Aufgabe dar, die dem jeweiligen Moderator sowohl im Blick auf das nötige ethische Fachwissen als auch bezüglich seiner Befähigung zur Neutralität und zur emotionalen Distanzierung von seiner sonstigen beruflichen Rolle einiges abverlangt. Daher sollten die für diese Aufgabe eingesetzten Personen durch eine sorgfältige *ethische Schulung* – also nicht nur durch eine allgemeine kommunikationstheoretische oder supervisorische Ausbildung – angemessen auf ihren Einsatz vorbereitet werden. Hierzu führt der Diözesane Ethikrat Seminare durch und bietet Begleitung bei der Implementierung

an. Denn unzulänglich ausgebildete Moderatoren fühlen sich nicht nur rasch selbst überfordert, sondern untergraben auch das Vertrauen der Mitarbeiter in die ethische Fallbesprechung als solche. Nur wenn die als Moderatoren tätigen Personen berechtigterweise davon ausgehen können, dass sie die für ihren Einsatz notwendige Unterstützung sowohl des Trägers als auch ihrer Kollegen innerhalb der Einrichtung erfahren, ist davon auszugehen, dass die ethischen Fallbesprechungen sich nachhaltig positiv auf die Handlungssicherheit aller Akteure und die Qualität der Einrichtung insgesamt auswirken.

■ Der Einwand, ethische Fallbesprechungen könnten nicht durchgeführt werden, da die Mitarbeiter angesichts der permanenten Arbeitsverdichtung nicht die nötige *Zeit* dafür hätten, vermag nicht zu überzeugen. Der erforderliche Zeitaufwand für die ethische Fallbesprechung wird insofern ausgeglichen, als ungeklärte moralische Konflikte viel mehr Zeit kosten und das Arbeitsklima schwerwiegend stören können. Von daher ist die Einführung ethischer Fallbesprechungen eine auch aus wirtschaftlicher Perspektive sinnvolle Investition. Sie kommt nicht nur den direkt betroffenen Mitarbeitern selbst, sondern der ganzen Einrichtung zugute und ist daher als klarer *Wettbewerbsvorteil* zu betrachten.

■ Das Instrument der ethischen Fallbesprechung kann unterschiedlich eingesetzt werden, wobei die beiden Begriffspaare *reaktiv* und *prospektiv* (d. h. im Vorhinein) bzw. *intern* und *extern* die wichtigsten Alternativen bezeichnen:

Obwohl es immer wieder unvorhersehbare Konfliktsituationen gibt, auf die möglichst zeitnah zu reagieren ist, lehrt die Erfahrung, dass solche Situationen relativ selten auftreten. Einrichtungen, die das Instrument der ethischen Fallbesprechung ausschließlich in dieser *reaktiven* Form einsetzen und womöglich noch an ein zentrales Gremium wie z. B. ein Ethikkomitee delegieren, müssen berücksichtigen, dass die Schwelle für die Beantragung einer Fallbesprechung für viele Mitarbeiter außerordentlich hoch ist und eventuell abschreckend wirkt. Fallbesprechungen bleiben dann zumeist seltene Ereignisse, die allein schon wegen ihrer geringen Häufigkeit kaum einen nennenswerten Einfluss auf die alltäglichen Arbeitsabläufe ausüben oder nur in geringem Maße die Mentalität der Mitarbeiter nachhaltig prägen.

Wünschenswert dürfte es sein, wenn die ethischen Fallbesprechungen auch prospektiv bei Vorliegen sog. definierter Situationen (d. h. im Vorhinein festgelegt) durchgeführt werden. Bereits der dazu auf den jeweiligen Stationen bzw. Abteilungen notwendige Prozess der Einigung und Festlegung auf jene vorab definierten Konstellationen, bei deren Eintreten automatisch eine ethische Fallbesprechung durchgeführt werden soll, wirkt sich positiv auf die Kommunikationskultur im Team aus und stärkt das Vertrauen zwischen den Mitarbeitern. Weitere Vorteile bestehen darin, dass auf diese Weise keine hohen Barrieren bei der Initiierung einer Fallbesprechung entstehen und herausfordernden Situationen frühzeitig in einer Weise begegnet werden kann, die eine Eskalation latenter Konflikte bereits im Vorfeld verhindert. Bei der Festlegung der definierten Situationen ist darauf zu achten, dass sie zwar aus der alltäglichen Routine herausragen, aber doch mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten und dabei ein erhebliches moralisches Konfliktpotenzial enthalten. Durch einen Rückblick auf vergleichbare Fälle in der Vergangenheit sind diese meistens unschwer zu ermitteln.

Im Blick auf die *Teilnehmer* ethischer Fallbesprechungen ergibt sich eine weitere Alternative, die durch das Begriffspaar *intern* und *extern* markiert wird. Während sich eine interne Nutzung dadurch auszeichnet, dass ausschließlich Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung an den Fallbesprechungen teilnehmen, ist der Kreis der potenziellen Gesprächsteilnehmer bei der externen Variante ungleich größer: Neben dem Patienten bzw. Bewohner selbst und seinen Angehörigen können verschiedene weitere Personen (wie z. B. Hausärzte, Betreuungsrichter, Betreuer bzw. Bevollmächtigte) zu der Fallbesprechung eingeladen werden. Vor allem in der ersten Phase der Nutzung dieses Instruments ist es sinnvoll, sich auf eine interne Fallbesprechung zu beschränken. Denn nicht nur die Zahl der Gesprächsteilnehmer ist hierbei meistens geringer, sondern auch die Risiken einer möglichen emotionalen Eskalation. Die Empfehlung, ethische Fallbesprechungen zunächst intern durchzuführen, soll nicht zu einer Bevormundung der Patienten bzw. Bewohner und deren Angehöriger führen, sondern das Einüben des Instruments erleichtern. In diesem Zusammenhang ist noch

einmal zu betonen, dass das Ziel einer ethischen Fallbesprechung eine *Handlungsempfehlung* ist, die im Entscheidungsprozess angemessen berücksichtigt werden soll. Sobald eine gewisse Vertrautheit im Umgang mit diesem Instrument entstanden ist, kann dann in einem zweiten Schritt auch die externe ethische Fallbesprechung in Angriff genommen werden.

- Ethische Fallbesprechungen sind grundsätzlich zu *protokollieren*, wobei das vom Moderator anzufertigende Protokoll allen Teilnehmern sowie weiteren möglichen Adressaten zeitnah zuzuleiten ist.
- Unter Umständen zeigt sich im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung, dass bestimmte organisatorische oder kommunikative Defizite innerhalb der Einrichtung bestehen, die der weiteren Bearbeitung bedürfen. In dem Fall ist durch eine geeignete Anschlusskommunikation sicherzustellen, dass die nötigen Informationen unter Wahrung der jeweiligen Datenschutzerfordernisse in dafür geeigneter (anonymisierter) Form an zuständige Personen (Qualitätsmanagement) bzw. Gremien (z. B. Ethikkomitee) weitergegeben werden.
- Die Einrichtung sollte zudem sicherstellen, dass die durchgeführten ethischen Fallbesprechungen in regelmäßigen Abständen *ausgewertet* und *evaluiert* werden, um zum einen notfalls bestehenden weiteren Fortbildungsbedarf seitens der Moderatoren oder der Belegschaft rechtzeitig identifizieren zu können und zum anderen ggf. allgemeingültige Handlungsempfehlungen zu erstellen.

GLOSSAR

Ethik | fragt nach der Begründetheit moralischer Überzeugungen und will allgemeingültige Aussagen darüber abgeben, warum Handlungsweisen gut oder schlecht bzw. sittlich richtig oder falsch sind. Es geht ihr um vernünftige Gründe. Sie kann dabei als Individualethik das Handeln einzelner Personen in den Blick nehmen oder als Institutionenethik die Moralität von Organisationen.

Güter | bezeichnen erstrebenswerte Ziele menschlichen Handelns, z. B. Gesundheit oder Leben.

Güterabwägung | meint die begründete Verhältnisbestimmung zwischen mehreren moralisch relevanten Gütern, die aufgrund bestimmter ungünstiger Umstände nicht alle in gleichem Maße verwirklicht werden können. Bei der Realisierung eines Gutes oder der Bewahrung eines Wertes kann unter Umständen ein anderes Gut / ein anderer Wert beeinträchtigt werden, beispielsweise durch massive negative Begleiterscheinungen einer an sich guten Therapie. Dies macht eine Güterabwägung notwendig, um die moralisch richtige Handlungsweise zu ermitteln.

Moral (dt. „Sitte“) | bezeichnet die Gesamtheit von Handlungsmustern, Regeln und Übereinkünften einer Gesellschaft, Kultur oder Kleingruppe, z. B. einer Familie, im Hinblick auf das Sittliche. Der Begriff kann sowohl beschreibend (neutral) als auch wertend („etwas ist unmoralisch“) verwendet werden.

Normen | sind moralische Handlungsanweisungen, die sich an alle richten, um Güter und Werte zu schützen. So besteht der Sinn des Tötungsverbot im Schutz des fundamentalen Gutes Leben.

Pluralismus | beschreibt die bestehende und zunehmende Vielfalt von Wertüberzeugungen und Lebensweisen, die gleichzeitig in ein und derselben Gesellschaft anzutreffen sind.

Relativismus | bezeichnet ethische Positionen, die die Existenz universal gültiger moralischer Normen und Werte bestreiten und deren Geltung nur auf einen bestimmten Kulturraum oder Zeitabschnitt begrenzen wollen.

Werte | sind Standards oder Vorstellungen, die menschlichem Handeln Orientierung geben, z. B. Autonomie oder Nachhaltigkeit.

LITERATUR

- T. L. Beauchamp / J. F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. Oxford 2001.
- F.-J. Bormann: Aussagekräftig und nachvollziehbar. In: Neue Caritas 114 (2013), 14-18.
- F.-J. Bormann: Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59 (2013), 117-127.
- F.-J. Bormann: Handlungsfähigkeit und gutes Leben. In: M. Hoesch / S. Muders / M. Rüter (Hrsg.): Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben. Berlin/Boston 2013, 177-194.
- A. Gewirth: Reason and Morality. Chicago 1978.
- K. Steigleder: Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. Freiburg/München 1999.
- N. Steinkamp / B. Gordijn: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied 2003.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES DIÖZESANEN ETHIKRATES

- Empfehlung:
Umgang mit Vorsorgevollmachten
(2. Auflage 2015)

- Empfehlung:
Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz
(2. Auflage 2015)

- Empfehlung:
Umgang mit Patientenverfügungen
(2. Auflage 2013)

- Positionierung:
Gerechter Lohn für hauptberufliche Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen und Diensten
(2011)

MITGLIEDER DES DIÖZESANEN ETHIKRATES

Vorsitzender

Dr. Horst Luckhaupt
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Stellvertreter

Prof. Dr. Günter Wilhelms
Theologische Fakultät, Paderborn

Geschäftsführung

Max Niehoff
Diözesan-Caritasverband,
Paderborn

Mitglieder

Margret Backhove
Caritas-Altenhilfe
Dortmund GmbH

Brigitte von Germeten-Ortmann
Diözesan-Caritasverband,
Paderborn

Klaus Bathen
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft
Dortmund gGmbH

Josef Lüttig
Diözesan-Caritasverband,
Paderborn

Thomas Becker
Caritasverband für den Kreis
Soest e. V., Soest

Dr. Gerhard Markus
ehem. St. Vincenz-Krankenhaus,
Paderborn

Prof. Dr. Franz-Josef Bormann
Eberhard Karls Universität
Tübingen

Krankenhauspfarrer Thomas Müller
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Judith Brüggemann
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Dr. Werner Sosna
Liborianum, Paderborn

Dr. Ulrich Dickmann
Katholische Akademie Schwerte

Domkapitular Dr. Thomas Witt
Diözesan-Caritasverband,
Paderborn

1. Anlass

- Überprüfung der Anwesenheit aller beteiligten Personen
- Bestimmung des Anlasses (und seiner möglichen Vorgeschichte)

2. Situationsanalyse

- Abklärung der *Umstände*
- Analyse der *personenspezifischen Merkmale* des Patienten/Bewohners
- Identifikation der *zentralen Problemlinien*

3. Ethische Reflexion

- *allgemein verbindliche* moralische Standards
- *bereichs- oder standesspezifische* moralische Standards
- Relevanz des *Leitbildes* der Einrichtung
- *Rangordnung* der moralischen Gesichtspunkte

4. Empfehlung und Begründung

- Situation geklärt?
- Verständigung auf gemeinsame Empfehlung möglich?
- Gründe *für* und Gründe *gegen* die Empfehlung
- Rechtfertigung der getroffenen Abwägung

5. Dokumentation und Anschlusskommunikation

- Bestimmung der Adressaten der Empfehlung
- Dokumentation und Archivierung
- Sicherung des Wissens über organisatorische bzw. kommunikative Defizite und Verbesserungsbedarf

www.caritas-paderborn.de

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.

