



Foto: Superbild

## ETHISCHE FALLBESPRECHUNGEN

# Das Beste für den Patienten

Nicht nur Patienten, sondern auch das Krankenhauspersonal profitiert von interprofessionellen Gesprächen. Ärzte und Ethikberater berichten.

**M**ehrere Tausend Patienten werden jährlich auf der internistischen Intensivstation der Universitätsklinik Köln behandelt. Eine enorme Belastung für Ärzte und Pflegepersonal. Gerade wenn junge Patienten sterben, können Konflikte auftreten, und die Kommunikation mit den Angehörigen ist möglicherweise ebenfalls gestört. „Wir haben sie zwar nach bestem Wissen und Gewissen aufgeklärt, aber häufig zu emotionslos und in Zeitnot“, sagt der Leiter der internistischen Intensivstation der Medizinischen Klinik I, Dr. med. Matthias Kochanek.

„Im Jahr 2004 hatten wir auf unserer Intensivstation mit 24 Betten eine besonders große Fluktuation bei Personal und Patienten gehabt. Es entstand ein hoher emotionaler Druck bei den Pflegekräften, die extrem unzufrieden mit ihrer Situation waren“, berichtet der Oberarzt. Deshalb habe man sich entschlossen, das Instrumentarium einer ethischen

Fallbesprechung zu nutzen. In einem gemeinsam mit Ärzten, Seelsorgern und Psychologen erarbeiteten Konzept wurde festgelegt, dass jeder Mitarbeiter der Station jederzeit eine ethische Fallbesprechung anregen oder einfordern kann. Wer eine Fallbesprechung einberufen möchte, wendet sich in der Regel an den Stations- oder Oberarzt, der dann für die Logistik zuständig ist. Innerhalb von 24 Stunden müsse dieser die Fallbesprechung organisieren. Teilnehmer sind alle Mitarbeiter der Station, die mit dem Patienten Kontakt haben, also Ärzte, Klinikseelsorger, Psychologen, Pflegepersonal, aber auch beispielsweise Krankengymnasten.

### Festlegung des Therapieziels

Es gibt zahlreiche Gründe für die Einberufung einer Fallbesprechung. „Auf Intensivstationen werden häufig Patienten über einen längeren Zeitraum therapiert. Oft haben dann Ärzte oder Pfleger das Gefühl, dass

die Therapie ohne ein vernünftiges Ziel fortgeführt wird. Als Nichtarzt oder als nicht leitender Arzt hat man dann wenig Möglichkeiten. Häufig sind es die Pflegenden, die die Initiative ergreifen und die dann offen ihren Unmut äußern. Da sind dann ethische Fallbesprechungen ein Versuch, dies konstruktiv zu kanalisieren“, sagt Thomas Otten, Klinikseelsorger an der Kölner Uniklinik. In manchen Fällen forderten Patienten eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch, die ein Arzt oder ein therapeutisches Team nur schwer verantworten könne, schreiben die Autoren des Leitfadens der Malteser-Trägergesellschaft „Ethische Fallbesprechung – eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung“. Auch Unstimmigkeiten zwischen Behandlung und Krankheitsverlauf könnten Gründe für die Einberufung einer Fallbesprechung sein. In der Einschätzung, wo ein Patient innerhalb eines Behandlungsverlaufs

steht und welches Ziel realistischerweise erreichbar sei, könne es im therapeutischen Team unterschiedliche Auffassungen geben. „Hier ist es sinnvoll, sich über eine Standortbestimmung zu unterhalten und sich darüber zu verständigen, wie und ob die Therapie weitergeführt wird, wie man sich bei weiteren Komplikationen verhält und welche Reaktion in einem Notfall verantwortbar ist“, heißt es in dem Leitfaden.

Auch im evangelischen Krankenhaus Bielefeld war in den meisten Fällen die zugrunde liegende Problematik die Frage nach dem angemessenen Therapieziel. Aus dem Jahresbericht des Krankenhauses geht hervor, dass im Jahr 2008 das Anlegen einer PEG-Sonde in 15 Prozent der Fälle der Grund für eine Fallbesprechung war. Die Frage nach der künstlichen Zufuhr von Wasser und Kalorien am Lebensende war 2008 erstmalig der Auslöser für strukturierte Fallgespräche. Bei drei Patienten war es die Interpretation einer Patientenverfügung.

### Verlauf der Besprechungen

Der Verlauf der Besprechung folgt einem festgelegten Muster. Am Beginn der jeweiligen ethischen Fallbesprechung stellt der Moderator alle Beteiligten vor. Danach wird der Grund für die Einberufung genannt. Der zuständige Arzt erläutert den Krankheitsverlauf und derzeitigen Stand der Therapie. „Das sollte nüchtern, objektiv und ohne Bewertung stattfinden“, sagt der Kölner Arzt Kochanek. Anschließend wird über die Notwendigkeit einer Therapieverlängerung, Therapieerweiterung oder auch eines Therapieabbruchs diskutiert, und es wird versucht, einen Konsens über das weitere Vorgehen zu erzielen. Jeder der Beteiligten gibt eine persönliche Einschätzung bezüglich der Situation des Patienten ab. „Dabei sind ausdrücklich auch andere als (im engeren Sinne) medizinische Kriterien erlaubt und erwünscht, beispielsweise die Kooperationsbereitschaft (oder Abwehr) des Kranken oder eine Veränderung seines Hautzustandes“, schreibt Otten in einem Leitfaden. Die Entscheidung

solle dann im Einvernehmen erzielt werden. Darauf wird auch in der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (DÄ, Heft 24/2006) ausdrücklich hingewiesen: „Der jeweils Verantwortliche ist durch die ethische Fallberatung weder von seiner Verantwortung entbunden, noch darf er zu Entscheidungen gedrängt werden, die er aus seiner persönlichen beziehungsweise beruflichen Verantwortung heraus nicht tragen kann. Bei einer guten Ethikberatung steht nicht ein Mehrheitsbeschluss in Form eines Votums, sondern eine Verbesserung des Erkennens und der Analyse ethischer Probleme sowie des ethischen Entscheidungsfindungsprozesses im Mittelpunkt.“ Doch auch vor Gericht werde eine Entscheidung ganz anders gewertet, wenn sie nicht nur im stillen Kämmerlein gefallen sei, sondern wenn ihr eine Beratung vorausgegangen sei. Im Endeffekt habe der zuständige Arzt die Verantwortung: „Wenn er sagt, das kann ich

*„Wir versuchen, Schritt für Schritt Therapieziele abzuarbeiten, und fragen: Was machen wir, wenn es dem Patienten besser oder schlechter geht?“*

Matthias Kochanek,  
Onkologe



Foto: tefi

mit meinem Gewissen nicht vereinbaren, dann ist das eben so“, betont Kochanek.

### Beteiligung von Angehörigen

Angehörige sind auf der onkologischen Intensivstation der Kölner Uniklinik von den Besprechungen ausgeschlossen. „Wir sprechen nüchtern und medizinisch über den Fall und vielleicht auch manchmal in einer Art und Weise, die für die Angehörigen aufwühlend sein könnte“, begründet Kochanek diese Entscheidung. „Man kann bestimmte Probleme besser ansprechen, wenn beispielsweise die Ehefrau oder der Ehemann nicht mit am Tisch sitzt“, ergänzt Intensivschwester und Ethikberaterin Marita Kurdts.

Das heißt aber nicht, dass die Angehörigen vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen werden. Im Gegenteil. Sie selbst könnten sogar die Initiative zu einem solchen Ethikrat ergreifen und die Ärzte oder Stationsleitung bitten, eine Fallbesprechung einzuberufen. Es werde den Angehörigen auf jeden Fall immer mitgeteilt, wenn ein solches Gespräch geführt werde. „Ihre Einstellung zur Situation des Kranken und ihre Aussagen über den mutmaßlichen Patientenwillen werden aber in die Überlegungen mit einbezogen“, heißt es im Leitfaden der Kölner Uniklinik. Auch in der Handlungsanweisung der Malteser-Trägersgesellschaft wird dies für sinnvoll gehalten: „Rückmeldungen von Angehörigen bestätigen, dass eine mittelbare Beteiligung als hilfreich erlebt, eine unmittelbare Teilnahme am Gespräch jedoch als emotionale Überforderung befürchtet wird.“

Grundsätzlich sollen nach Auffassung Kochaneks die Angehörigen nicht gefragt werden, wie der Patient therapiert werden soll. Er hält es sogar geradezu für vermessend, wenn Ärzte auf Angehörige zugingen und sagten: „Ihr Familienmitglied ist schwer krank. Jetzt sagen Sie mir bitte, was ich machen soll.“ Im anschließenden Gespräch mit den Angehörigen werde das Handeln transparent gemacht, sie erhielten außerdem Akteneinsicht. ▶

Dr. med. Klaus Kobert, Klinischer Ethiker am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, vertritt dagegen die Auffassung, dass die Angehörigen grundsätzlich an der ethischen Fallbesprechung teilnehmen sollten. Er hält es für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens für unerlässlich, mit ihnen zu sprechen. „Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass bei nicht mehr kommunikationsfähigen Patienten die Angehörigen stellvertretend einen wertvollen Beitrag bei der Entscheidungsfindung leisten können. Zum einen bringen sie Informationen zur Lebensgeschichte des Patienten ein,



Foto: oga

die von keinem anderen Personenkreis beigesteuert werden können. Zum anderen erleben Angehörige ihre Beteiligung an einem solchen Prozess als entlastend,“ geht aus dem Jahresbericht des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld hervor. Auch Kobert räumt ein, dass das Gespräch für die Angehörigen „enorm belastend“ sei. Aber das liege nicht an dem Gespräch selbst, sondern daran, dass es dem nahestehenden Menschen so schlecht gehe.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann, Bochum, sieht einen zunehmenden Trend, den Patienten in den Prozess der Behandlung einzubeziehen. Doch in den meisten Fällen sei der Patient, über den beraten wird, nicht einwilligungsfähig. Dann stellen sich die Fragen: „Soll es ein Vertreter des Patienten sein? Und wenn ja, wer?“ Eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme von Angehörigen seien eine gute Kom-

**„Patientenvertretungen bedürfen immer der Interpretation. Unklarheiten in der Auslegung sind häufig der Grund für die Einberufung einer Fallbesprechung.“**

Klaus Kobert,  
Klinischer Ethiker

munikation und Einvernehmlichkeit. Wichtig sei außerdem die psychische Belastbarkeit der Angehörigen. „Es darf nicht sein, dass keiner Klartext redet, weil die Ehefrau anwesend ist.“

Wichtig sei es, im Anschluss an die ethische Fallbesprechung auch die Angehörigen aufzufangen, betont Kobert. „Es muss bereits vorher klar sein, wer im Anschluss noch Zeit für sie hat.“ Und es gebe auch Gründe, auf die Anwesenheit der Angehörigen zu verzichten. Der eine Grund sei, dass die Angehörigen keine Teilnahme wünschten, der zweite Grund, sie nicht hinzuziehen, sei, wenn es in erster Linie um Konflikte innerhalb eines Teams gehe. Selbst wenn das moderierte, multidisziplinäre Gespräch noch nicht etabliert sei, sollten zunächst erste Erfahrungen im Behandlungsteam ermöglicht werden. In dem Bielefelder Krankenhaus waren im Jahr 2008 bei 13 von 27 Gesprächen die Angehörigen des Patienten beteiligt.

Geleitet wird die ethische Fallbesprechung von einem speziell ausgebildeten Moderator. Am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld setzt man zusätzlich auch noch einen Komoderator ein: „Die multidisziplinären Fallgespräche werden, wenn möglich, von zwei ausgebildeten Ethikberatern unterstützend begleitet. Der Moderator konzentriert sich dabei auf seine Aufgabe der Gesprächsstrukturierung und auf die Herausarbeitung der zur Diskussion stehenden, oftmals gegensätzlichen Werte und Überzeugungen“, heißt es im Jahresbericht.

### Vorurteile abbauen

Die ethische Fallbesprechung hat sich, jedenfalls auf der onkologischen Intensivstation der Kölner Uniklinik, bewährt. Darin ist man sich einig. So werde dem Patienten in all seinen Belangen Rechnung getragen. „Ich glaube, dass keiner an einer ethischen Fallbesprechung mit dem Ziel teilnimmt, die Maschinen abzustellen, sondern es geht darum, die Situation für alle zu verbessern, mit dem Ziel, das Beste für den Patienten zu erreichen“, meint der Kölner Oberarzt. Doch nicht nur der Patient, sondern auch

das Personal profitiert von dieser Einrichtung. „Es wird von allen als entlastend empfunden, dass es auch mal ausgesprochen wird, wenn man keine Hoffnung mehr sieht“, sagt Otten. „Entscheidungen bezüglich eines Patienten oder einer Patientin stehen auf einer breiteren Basis und werden transparenter. Dadurch werden Vorurteile, Schuldzuweisungen und unterschwellige Abwertungen zwischen den Berufsgruppen abgebaut. Anstatt übereinander wird miteinander gesprochen,“ so die Leitlinie der Kölner Uniklinik. Auch „emotionale Hochspannung“ innerhalb des Teams finde auf diese Weise ein Ventil. Die Ärzte würden durch die gemeinsame Entscheidung dann oft entlastet. „Der Bereitschaftsarzt oder die Bereitschaftsärztin wird nicht mit einer Ad-hoc-Entscheidung im Hinblick auf ihm oder ihr fast unbekannte Patienten oder Patientinnen überfordert.“ Die hohe Kompetenz und große Nähe des Pflegepersonals zu dem Patienten werde fruchtbar für die Einschätzung seiner Gesamtsituation. Kobert kommt zu einer ähnlichen Einschätzung: „Im Klinikalltag geschieht es ja leicht, dass man über die Berufsgruppe, zu der man nicht gehört, schnell ein Urteil fällt. Wenn man dann zusammensitzt, erkennt man, dass auch die andere Berufsgruppe gute Gründe für ihre Einschätzung hat.“

Man müsste meinen, dass es auf einer Station mit so vielen Betten wie der internistischen Intensivstation in Köln notwendig sei, häufig solche Gespräche einzuberufen. „Doch erstaunlicherweise haben wir erst dreimal eine ethische Fallbesprechung geführt. Denn schon nach dem ersten Gespräch hatte sich die Stimmung auf der Station deutlich gebessert.“ Dennoch werde nicht auf allen Stationen das Instrumentarium der ethischen Fallbesprechung vorbehaltlos begrüßt, räumt Kochanek ein. Auch Kobert hat diese Erfahrung am Bielefelder Krankenhaus gemacht. Wenn er auf einer Station die ethische Fallbesprechung einführen wolle, seien die Widerstände oft groß. Viele Stationsmitarbeiter befürchteten eine Einmischung von außen in ihre Be-

lange. Sie fragten sich: „Haben wir denn bisher alles falsch gemacht? Haben wir nicht schon immer moralisch verantwortlich gehandelt?“ Wenn man dann aber sieht, dass die Last auf alle Schultern verteilt werde und dass es für alle Patienten und Mitarbeiter vorteilhaft sei, spreche sich der Nutzen der ethischen Fallbesprechung schnell herum, und sie werde immer häufiger nachgefragt.

### Patientenverfügungen

Ob durch Patientenverfügungen, die seit September gesetzlich geregelt sind, die Ethikberatung in Krankenhäusern und damit auch die ethischen Fallbesprechungen häufiger durchgeführt werden, bleibt fraglich. Otten stellt fest, dass das Interesse an Patientenverfügungen größer geworden sei. „In Deutschland haben zehn Prozent der Bevölkerung eine Patientenverfügung. Rund 30 Prozent wollen ein solches Dokument nicht erstellen. Auch das muss man akzeptieren“, sagt Kobert. Er selbst hält eine gute Patientenverfügung für eine Entscheidungshilfe. Sie kann seiner Ansicht nach jedoch nur dann wirklich gut sein, wenn sie nach einer vorherigen Beratung abgefasst wurde. Er bedauert es, dass das sogenannte Patientenverfügungsgesetz keinen Beratungsanspruch vorsieht. „Es bedeutet eben mehr, als nur drei Felder ankreuzen“, meint auch Otten. „Man weiß einfach, dass sich der Patient in irgendeiner Form mit dem Sterben beschäftigt hat. Das ist schon hilfreich“, ergänzt Ethikberaterin Kurds. Der Ethikarbeitskreis setze sich regelmäßig mit der Frage auseinander, wie man den Patientenwillen besser ermitteln könne: „Wir ermutigen dann die Menschen, sich damit auseinanderzusetzen und dies dann schriftlich festzuhalten.“

Auch Vollmann hält die Patientenverfügung für ein wichtiges Instrument zur Ermittlung des Patientenwillens. Aber sie müsse eben im Einzelfall immer interpretiert werden. Er hält deshalb eine medizinische Beratungspflicht für unverzichtbar. Das bedeute aber auch die Notwendigkeit einer entsprechenden Fortbildung der Ärzte. ■

Gisela Klinkhammer

## HEALTHCARE COMPLIANCE

# Klare Regeln schaffen

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Ärzten und Industrie ermöglicht medizinischen Fortschritt, birgt aber auch Risiken. Transparenz ist oberstes Gebot.

**K**orruption ist kein realitätsfernes Konstrukt, sondern eine reale Herausforderung“, betonte Ullrich Ograbeck, Leiter der Stabsstelle Interne Revision und Antikorruptionsbeauftragter der Universitätsklinik Göttingen bei der ersten Med-Tech-Kompass-Konferenz, ausgerichtet vom Bundesverband Medizintechnik (BVMed) in Berlin. Zwei Jahre intensiver Diskussionen habe es gedauert, bis für die Universität Göttingen, eine Stiftung des öffentlichen Rechts, im Jahr 2007 eine Antikorruptionsrichtlinie beschlossen worden sei, berichtete Ograbeck.

Aus seiner Sicht sind in der Universitätsmedizin nahezu sämtliche „Risikobereiche“ vereint: Einkauf, Großgerätebeschaffung, Medizintechnik, Pharmazeutika, Bauen und Technik, Drittmittel, Auftragsforschung, Spenden und Sponsoring. „Ein jährliches Umsatzvolumen von mehr als 800 Millionen Euro weckt durchaus Begehrlichkeiten“, meinte Ograbeck. Er versteht sich als ein „früher Netzwerker“, der nicht nur reagiert, sondern versucht, durch ein dichtes Netz der Früherkennung proaktiv zu intervenieren und über Beratung für das Thema Korruption und Vorteilsannahme zu sensibilisieren. Es gehe darum, „Beinahezwischenfälle“ zu erkennen und Risikokonstellationen konstruktiv aufzuarbeiten, indem man die potenziell involvierten Bereiche an einen Tisch hole, darunter die Finanz-, die Personal- und die Rechtsabteilung, die Universitätsförderung und das Institut für klinische Studien.

In Veranstaltungen, bei Dienstbesprechungen und durch Vorträge wendet sich Ograbeck direkt an die Mitarbeiter und informiert über die Antikorruptionsrichtlinie. „Eine Berufsgruppe erreichen wir bisher aber leider nicht, zumindest nicht direkt: den ärztlichen Dienst, also

die Chef- und Oberärzte“, erklärte der Compliance-Experte. Hier gebe es eine erhebliche Zurückhaltung. Trotzdem nähmen auch die medizinischen Abteilungen das Beratungsangebot an, indem sie den Kontakt auf eher informellem, indirektem Wege suchten.

### Kein Unrechtsbewusstsein

Problemfelder sieht der Experte vor allem in der fehlenden straf- und dienstrechtlichen Aufklärung und im häufig fehlenden Unrechtsbewusstsein und Risikoempfinden. Beispiel Drittmittelinwerbung: Diese sei einerseits ein Erfolgsindikator, andererseits bewege man sich immer wieder innerhalb von Grauzonen. „Vielen ist nicht bewusst, welche Risiken sie durch ihr Verhalten für die Organisation auslösen“, sagte Ograbeck. Gerechtfertigt werde das Ausnutzen von Grauzonen etwa mit der Begründung „alles nur für die Forschung“.

Die Richtlinie kann jedoch Ograbeck zufolge nur den Rahmen vorgeben, es müssen konkrete Ausführungsbestimmungen für die Arbeitsebenen folgen. Dennoch: „Ein Fehlverhalten oder auch das bewusste Umgehen von Vorgaben und Regeln kann nicht gänzlich verhindert werden. Ein Beauftragter allein verändert noch lange nicht die ‚Kultur‘ einer Organisation. Dafür ist Zeit nötig.“ Sein Fazit: Korruptionsprävention bestehe aus vielen gezielten Maßnahmen und erfordere ein Netzwerk.

Für ein breites Netzwerk von Healthcare-Compliance-Experten in Krankenhäusern und Unternehmen setzt sich der BVMed seit Längerem ein. Oberstes Ziel müsse es sein zu vermeiden, dass Mitarbeiter von medizinischen Einrichtungen oder von Unternehmen unter Korruptionsverdacht gerieten, be-