

# Ethikberatung in der Pflege am Beispiel der Bremer Heimstiftung



BIVA e.V.  
Hamburg 1. Mai 2012

Petra Scholz  
Stabsstelle Qualität der Bremer Heimstiftung

## Die BREMER HEIMSTIFTUNG

- ▶ Ca. 1.700 MitarbeiterInnen
- ▶ ca. 1.800 BewohnerInnen
- ▶ Ca. 1.200 MieterInnen
- ▶ 6 Stiftungsresidenzen
- ▶ 8 Stadtteilhäuser
- ▶ 10 Stiftungsdörfer
- ▶ 10 Seniorenwohngemeinschaften
- ▶ Bildungszentrum  
(Aus-Fort und Weiterbildung)

## Die BREMER HEIMSTIFTUNG

Öffnung der Einrichtungen durch:

- ▶ Beteiligung von über 400 Ehrenamtlichen/Freiwilligen/Grünen Damen und Herren
- ▶ Kindergarten im Haus oder auf dem Gelände
- ▶ enger Stadtteilbezug / Quartierskonzepte
- ▶ vielfältige Kooperationen, z.B. Paritätisches Versorgungsnetz, Hospiz-Initiativen etc.

# Hospiz Horn e.V.

*...wenn der Mensch den Menschen braucht*



- ambulant tätiger Hospiz-Verein
- Kooperation mit der Bremer Heimstiftung seit 1997
- Hauptamtliche KoordinatorInnen
- Ca. 60 qualifizierte Ehrenamtliche in der Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung

## Fallbeispiel



### Herr Wiese:

- verwitwet, Einbruch der sozialen Kontakt
- orientierungslos durch Demenz
- Schmerzen durch fortgeschrittenes Prostata-CA
- Abwehrverhalten, Pflege kaum möglich
- Selbst- und Fremdgefährdung

### Pflege und Betreuer:

- Ratlosigkeit, Erschöpfung, jeder fühlt sich allein gelassen
- **Arzt:**
- schlägt Verlegung in die Gerontopsychiatrie vor

## aktuelle Herausforderungen in der stationären Langzeitpflege alter Menschen

- alte Menschen ziehen immer später ins Heim:  
Einzugsalter durchschnittlich 87 Jahre  
durchschnittliche Verweildauer: ♀ 2,4 Jahre ♂ 1,4 Jahre
- Alleinlebende ohne aktives soziales Netzwerk ↑
- 60 bis 80 % der Heimbewohner sind dementiell erkrankt
- chronische Erkrankungen im Spätstadium, Multimorbidität, Schwerstpflegebedürftigkeit ↑
- Sterbebegleitung ↑ → Bedarf an Palliative Care ↑
- emotionale Belastung der Angehörigen und der Mitarbeiter ↑
- hohe Erwartungen an Medizin und Pflege
- vielfältige Wertvorstellungen : Alter, Krankheit und Tod

## Wie wollen wir leben? Wie wollen wir sterben?

- 2/3 aller Todesfälle sind absehbar
- In 23 – 50% aller medizinischen Sterbebegleitungen sind Entscheidungen gegen lebenserhaltende Maßnahmen nötig
- 50-90% aller Tode auf Intensivstationen sind Entscheidungen über Therapieverzicht = Sterben lassen

Nach Dr. med. Ralf Jox: Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin. Uniklinikum München Großhadern (Lehrgang Ethikberatung / Nürnberg, 28.01.2009)

# Futility = Fülle an medizintechnischen Möglichkeiten

## Mögliche Therapieziele:

- Heilung
- Prävention
- Rehabilitation
- Lebensverlängerung
- Linderung von Leiden
- Verbesserung der Lebensqualität
- Ermöglichung des „guten Sterbens“

## Was wird begrenzt oder nicht begonnen?

- Reanimation
- Gabe von Herz- und Kreislaufmitteln
- Nierenersatzverfahren
- Antibiotika-Gabe
- künstliche Beatmung
- künstliche Ernährung
- künstliche Hydrierung

Nach Dr. med. Ralf Jox: Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin. Uniklinikum München Großhadern  
(Lehrgang Ethikberatung / Nürnberg, 28.01.2009)



## ethische Konfliktfelder

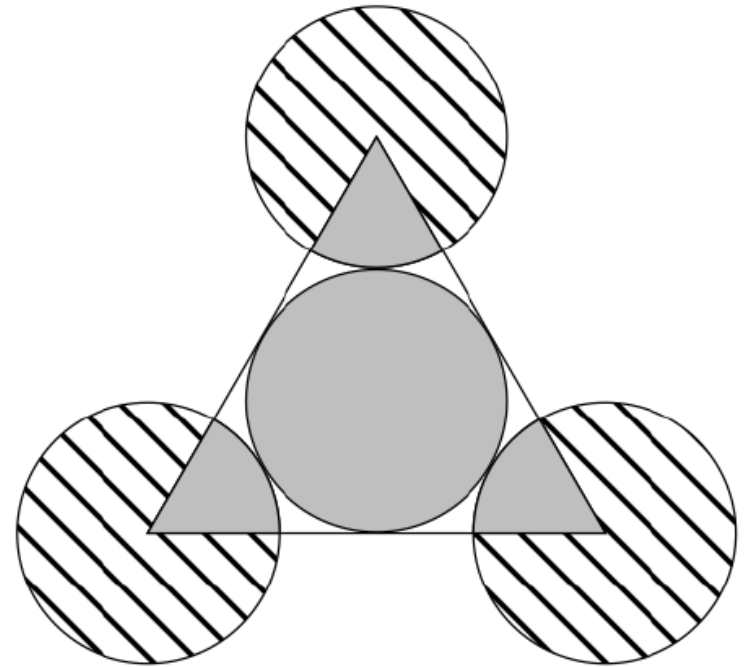
- Achtung des Selbstbestimmungsrechtes und Wahrung der Persönlichkeit des alten Menschen bei zunehmender Abhängigkeit oder Selbstgefährdung
- Entscheidungsunfähigkeit des alten Menschen bei fehlender Kenntnis des Patientenwillens
- Verunsicherung über den Sinn möglicher Behandlungen und widersprüchliche Therapiewünsche
- individuelle Anpassung von Maßnahmen und Therapien
- Kommunikationsprobleme / Konflikte
- divergierende Wert- und Zielvorstellungen
- Allgemeine Rechtsunsicherheit vor allem in Fragen der Therapiebegrenzung am Lebensende

## Ziele von Ethikberatung

- Erhalt von Lebensqualität und Wahrung der Würde des alten Menschen
- Wahrnehmung des Menschen vor dem Hintergrund seiner individuellen Lebensgeschichte
- Unterstützung der MitarbeiterInnen, der Zugehörigen und Betreuungspersonen bei ethischen Konflikten und in komplexen Entscheidungssituationen
- Ethische Fragen stellen!
- Begründete Empfehlungen zu konkreten Fragestellungen vor Ort entwickeln
- Herstellung von Transparenz durch die Dokumentation von Entscheidungswegen
- Steigerung der ethischen Kompetenz in der Pflege

## Methode der moderierten ethischen Fallbesprechung

- Beteiligte (Berufsgruppen, Angehörige / Betreuer / Ehrenamtliche) beraten sich gemeinsam vor Ort
- Moderation durch externe ehrenamtliche ModeratorInnen
- Alle Beteiligten werden gehört, können ihre Fragen und Sichtweisen darlegen
- Darlegung des Konsenses oder Dissenses
- Begründete Empfehlung



# Grundprinzipien ethischen Handelns

medizinische und pflegerische Handlungen sollen

- zum Nutzen des Kranken sein (Prinzip des Wohltuns)
- keinen Schaden zufügen (Nicht-Schadens-Prinzip)
- den Willen des Patienten respektieren (Prinzip der Autonomie)
- gerecht sein (Gerechtigkeitsprinzip)

(Beauchamp und Childress 2001)

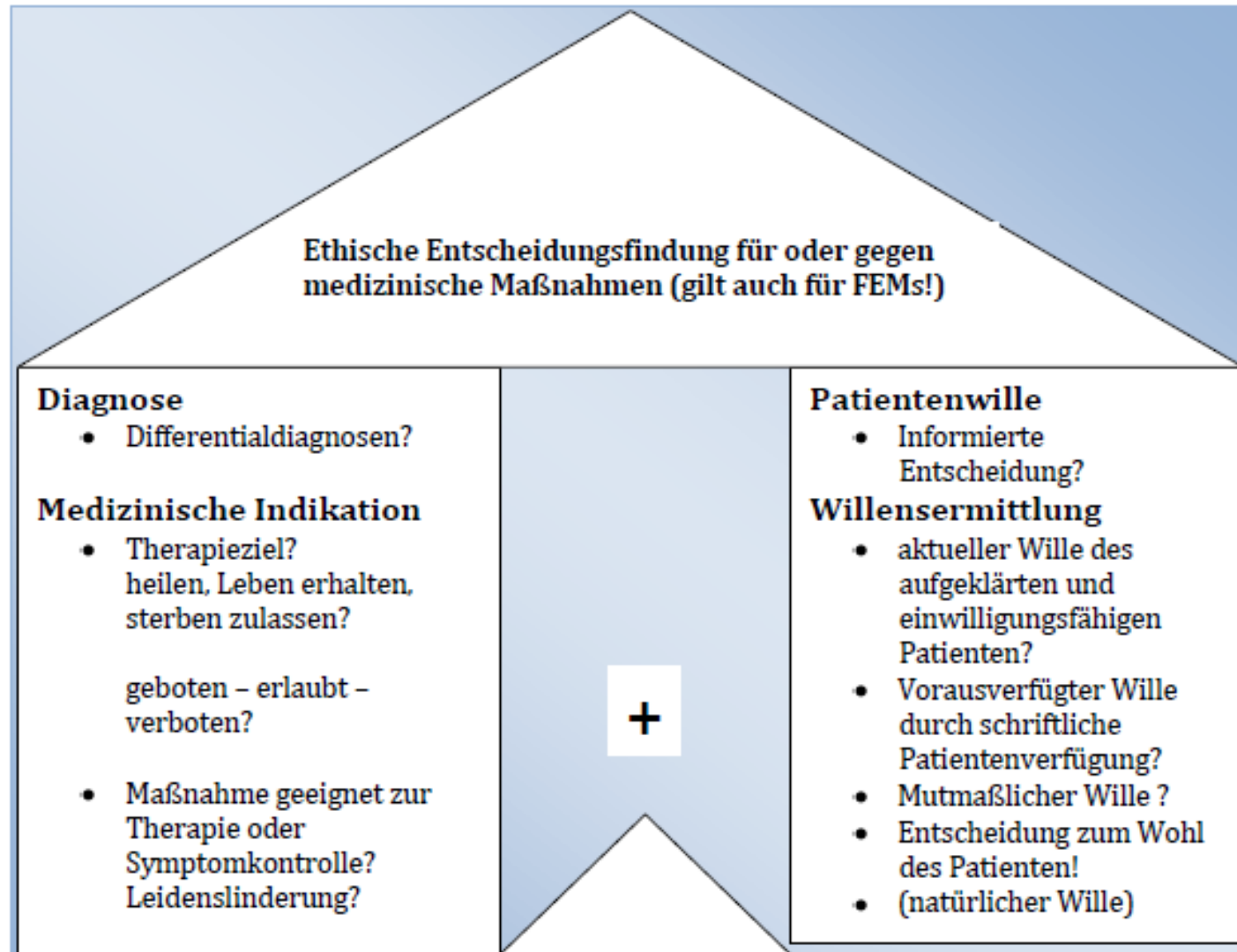


Abb: ©Scholz (nach Jox 2009: Zwei Säulen der ethischen Entscheidungsfindung)

## Protokoll der EFB

- zur allgemeinen Dokumentation
- Zur Erläuterung einer begründeten Empfehlung
- als Grundlage für weitere Gespräche
- zur Vorlage beim Betreuungsgericht
- etc.



## häufige Anlässe für EFB

- Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Anlage einer PEG
- Selbst- und Fremdgefährdung, Suizidgefahr
- Fragen der Schmerztherapie
- Wünsche von Angehörigen, Betreuern oder Ärzten bei Nichteinwilligungsfähigkeit des alten Menschen
- unerträgliche Lebenssituationen, z. B. zerfallendes Gewebe, aufbrechende Tumoren, akute Atemnot, Ängste
- Sinnhaftigkeit invasiver Diagnostik
- Frage nach Therapiebegrenzung / Entscheidung über den Sinn lebensverlängernder Maßnahmen

# Positive Effekte von Ethikberatung

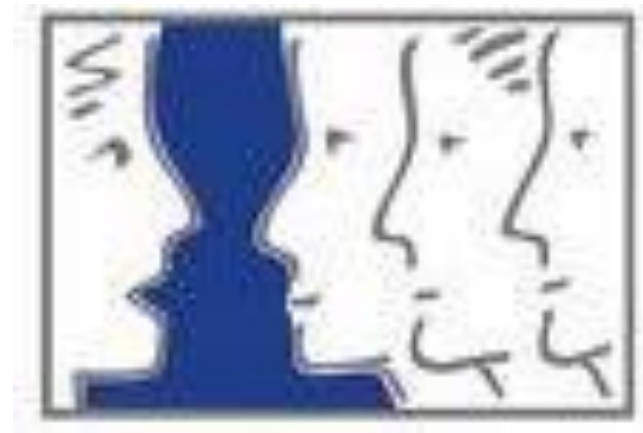


- Verbesserung der Lebensqualität, Beachtung der Selbstbestimmungsrechte und der Fürsorgeerfordernisse, Pflege und medizinische Behandlung werden individualisiert
- Bündelung der sozialen und fachlichen Ressourcen zur Findung eines Votums im Sinne des alten Menschen
- Unterstützung der Mitarbeiterinnen, der Angehörigen, der Ärzte
- Beratung / Gespräche reduzieren emotionalen Stress
- Förderung von Wahrnehmung und Sensibilität für ethische Konflikte
- Kommunikation und Kooperation werden verbessert, ethische Kompetenz steigt
- Bereitschaft zum Konsens und zur Übernahme von Verantwortung steigt, weniger Beschwerden, soziales Klima verbessert sich
- Unnötige Behandlungen und Einweisungen ins Krankenhaus werden vermieden (Humanitäre Aspekte - Kostenreduktion)



# Lösungen im Fallbeispiel Herr Wiese

- Herr Wieses Verhalten wurde aus seiner zunehmenden sozialen Isolation und aus seiner Verzweiflung heraus verstanden
- Besuche eines Ehrenamtlichen führten zu mehr Zuwendung unabhängig von Pflegehandlungen und entlasteten die Mitarbeiter der Pflege
- Verbesserte Schmerztherapie führte zu weniger Abwehrverhalten
- Gemeinsamen Absprachen und Verstärkten des soziale Netzes führten zu Handlungssicherheit der Beteiligten
- Herr Wiese konnte in seiner gewohnten Umgebung bleiben und wurde nicht in die Gerontopsychiatrie verlegt. Er verstarb zwei Monate nach der Fallbesprechung in seiner gewohnten Umgebung im Altenheim



# Erkenntnis

Die Lösung ist nicht dort zu suchen, wo jemand „Recht hat“ oder über Expertenwissen verfügt, sondern sie ergibt sich durch die gemeinsame Suche nach dem Sinn unserer Handlungen für einen bestimmten Menschen und das Anliegen, begründet und verantwortungsvoll zu handeln.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



„So geht es nicht weiter!“

Die Ethische Fallbesprechung

Eine Methode zum Umgang mit Konflikten  
im Gesundheitsbereich und in der Altenhilfe

***[www.hospiz-horn.de](http://www.hospiz-horn.de)***