

Manuskript zur Publikation in der Zeitschrift «Palliative Geriatrie»

*Accepted version*

Heftnummer 2/2019: "Warum tun wir uns so schwer miteinander?"

## **Ethische Entscheidungen: Vielfalt der Blickwinkel ermöglicht ein ganzes Bild**

Ralf J. Jox

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox

(1) Professur für Geriatrische Palliative Care,  
Abteilung für Palliative und Supportive Medizin

(2) Einheit für Klinische Ethik

(3) Institut für Medical Humanities

Universitätsspital Lausanne und

Fakultät für Biologie und Medizin, Universität Lausanne

Avenue Pierre-Decker 5

CH-1011 Lausanne

Schweiz

Umfang: 9790 Zeichen

Eine der größten Herausforderungen für alle, die in der Palliativen Geriatrie arbeiten, liegt in der Notwendigkeit, gewichtige Entscheidungen über die Pflege und Behandlung älterer Menschen zu treffen und diese Entscheidungen ethisch angemessen zu rechtfertigen – vor dem eigenen Gewissen, vor den Kolleginnen und Kollegen, vor den Betroffenen und ihren Angehörigen [1]. Erschwert werden diese Entscheidungen nicht nur durch die existenzielle Tragweite der Entscheidungen, sondern auch durch die oft lange entstandenen emotionalen Bindungen an die Betroffenen und durch die Tatsache, dass die Betroffenen selbst kognitiv vielfach nicht mehr in der Lage sind, solche Entscheidungen in voller Selbstbestimmung und Eigenregie zu treffen [2].

Vor dem Hintergrund meiner Erfahrung sowohl in der palliativen Geriatrie als auch in der klinischen Ethikberatung möchte ich in diesem Text die Frage erörtern, welche Rolle die Kommunikation im Team bei diesen ethisch anspruchsvollen Entscheidungen spielt. Die Medizinethik und das Medizinrecht haben längst etabliert, dass die angemessene Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen selbst bzw. der sie vertretenden Personen unabdingbar ist. Das Ideal der gemeinsamen (oder partizipativen) Entscheidungsfindung, auf Englisch *Shared Decision Making*, ist die allgemein anerkannte Richtschnur im Gesundheitswesen [3]. Dabei ist jedoch üblicherweise nur die Teilhabe des Betroffenen im Blick, nicht die Frage, ob auf Seiten des Behandlungs- und Betreuungsteam wirklich alle gleichermaßen an der Entscheidungsfindung beteiligt werden. In anderen Worten: *Shared Decision Making* muss sich auch innerhalb des Behandlungsteams verwirklichen, und gerade hier ist noch einiges im Argen. Denn erstens werden nichtärztliche Fachkräfte oft unzureichend an der Entscheidungsfindung beteiligt und zweitens werden sie, wenn sie denn daran beteiligt sind, in der berufsübergreifenden Kommunikation benachteiligt.

Im Folgenden möchte ich daher zwei Thesen zu begründen suchen: 1) Ethisch komplexe Entscheidungen müssen im Regelfall von allen an der Patientenversorgung Beteiligten gemeinsam getroffen werden. 2) Dabei müssen die berufsgruppenübergreifenden Gespräche ethischen Gütekriterien genügen.

- 1) Ethisch komplexe Entscheidungen müssen von allen an der Patientenversorgung Beteiligten getroffen werden

Viel zu oft ist es noch gang und gäbe, dass Behandlungsentscheidungen einseitig von der mächtigsten Person im Behandlungsteam getroffen werden. Dies können etwa in einer Klinik der Chefarzt oder Oberarzt einer Station sein, im Pflegeheim vielleicht der Heim- bzw. Hausarzt oder die Heimleitung. Dabei klaffen Selbst- und Fremdwahrnehmung mitunter auseinander: in einer Befragung von Teams auf Münchener Intensivstationen gaben die Oberärzte zu knapp 90% an, dass die Behandlungsentscheidungen kooperativ getroffen würden, während dies nur etwa die Hälfte der Assistenzärzte und Pflegepersonen so sahen [4]. Dabei gibt es mindestens sechs gute Gründe, dass diese Entscheidungsprozesse tatsächlich gemeinschaftlich geschehen sollten.

(1) Der erste Grund ist ein epistemischer: Im Gegensatz zu fachlichen Fragen gibt es bei ethischen Entscheidungen keinen überlegenen Standpunkt des Wissens. Was allein zählt, sind die im Gespräch vorgebrachten Argumente, wobei vollkommen unerheblich ist, welche Person die Argumente äußert. Die Sammlung und Analyse der Argumente können umso besser erfolgen, je eher ein echter Dialog auf Augenhöhe erfolgt und je mehr Beteiligte mit ihrer jeweiligen Perspektive daran teilnehmen. Die Philosophen Jürgen Habermas und Karl-Otto Apel haben in ihrer Diskursethik aufgezeigt, dass dies umso besser funktioniert, je mehr der Diskurs die sonst üblichen Strukturen von Herrschaft und Macht verlässt [5,6].

(2) Der zweite Grund ist kulturell bedingt. Die grundlegende Offenheit von Lebensentwürfen, Weltanschauungen und Wertvorstellungen in unserer pluralistischen Gesellschaft bringt es mit sich, dass moralische Positionen in gegenseitigem Respekt und in Toleranz angehört und ernst genommen werden müssen. Gerade in den Gesundheitsberufen finden sich aber immer mehr Migranten und Menschen, die kulturell verschiedene Prägungen haben. Die bosnische Altenpflegerin, die österreichische Ärztin und die niederländische Psychologin müssen miteinander reden und können nicht von vornherein davon ausgehen, dass sie dieselben Wertvorstellungen teilen.

(3) Der dritte Grund ist ein juristischer. Zwar sieht das gegenwärtige Medizinrecht in der Person des behandelnden Arztes noch immer eine Art Letzt- und Höchstverantwortung, doch entbindet das die anderen Beteiligten nicht von einer rechtlichen Mitverantwortung. Zudem darf nicht von der Letztverantwortung des behandelnden Arztes darauf geschlossen werden, dass die Entscheidungsfindung ohne Gespräche im Team ablaufen solle. Im Gegenteil: neuere Gesetze und

Gerichtsurteile betonen immer stärker, dass eine interprofessionelle Abstimmung ein wesentliches Element jener prozeduralen Sorgfalt ist, die auch juristische Sicherheit bietet [7].

(4) Der vierte Grund ist pragmatischer Natur. Behandlungsentscheidungen werden ja getroffen, um in konkrete Behandlungsschritte umgesetzt zu werden. Werden jedoch zentrale Beteiligte übergangen, so kann schon ihre Unkenntnis der Entscheidungsgründe dazu führen, dass die Umsetzung nicht funktioniert. Patienten erfahren dann, dass sie heute so, morgen so behandelt werden, und ihre Angehörigen hören dann nicht selten widersprüchliche Botschaften von den verschiedenen Fachkräften.

(5) Der fünfte Grund ist ein psychologischer. Wenn jemand aus dem Behandlungsteam ignoriert und aus der Entscheidungsfindung ausgegrenzt wird, führt das nicht nur zu Enttäuschung und Frustration durch die Ausgrenzung selbst, sondern kann in der weiteren Folge einen moralischen Stress produzieren, wenn nämlich dieselbe Person etwa als Pflegende eine Entscheidung umsetzen soll, an deren Erörterung sie aber nicht beteiligt war [8].

(6) Der sechste Grund schließlich betrifft die Qualitätssicherung. Es ist bekannt, dass effektive Teamarbeit mit flachen Hierarchien die Patientensicherheit fördert und zu weniger Fehlern führt [9]. Jedes interprofessionelle Gespräch hat einen Fortbildungseffekt und führt dazu, dass die Fachkräfte die Perspektiven und Expertisen der je anderen Profession besser kennenlernen und einschätzen können. Dies sind unschätzbare Kompetenzen für alle weiteren künftigen Behandlungen.

2) Die interprofessionellen Gespräche müssen ethischen Gütekriterien genügen.

Wenn Pflegende, Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen, Therapeuten und alle, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sein mögen, zu Gesprächen über die Therapieziele und ethische Entscheidungen eingeladen werden, bedeutet das aber noch lange nicht, dass sie auch wirklich angemessen *beteiligt* sind. So manche ethische Falldiskussion läuft so ab, dass der behandelnde Arzt über weite Strecken einen Monolog hält, die Entscheidung schon zu Beginn des Gesprächs unverrückbar getroffen hat und die anderen quasi nur darüber informiert. Solche Gespräche können daher die oben genannten Vorteile einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung nicht realisieren. Interprofessionelle Kommunikation zu

ethischen Entscheidungen muss daher bestimmten Gütekriterien folgen, die erst einen echten Dialog und damit eine echte gemeinschaftliche Entscheidungsfindung ermöglichen. Drei zentrale Kriterien möchte ich hier erwähnen:

(1) Ein Gespräch über eine schwierige ethische Frage in der Patientenversorgung sollte wenn möglich moderiert stattfinden. Dabei kann der Moderator durchaus aus dem Team stammen, sollte aber für das Gespräch die Rolle eines Moderators annehmen. Im Idealfall ist der Moderator jemand, der die verschiedenen professionellen Rollen aus langer Erfahrung kennt, ohne unbedingt selbst den Hauptberufsgruppen der Ärzte und Pflegenden angehören zu müssen. Eine Seelsorgerin, Sozialarbeiterin oder auch Ethikberaterin kann für die Rolle der Moderation durchaus angemessen sein.

(2) Das Teamgespräch muss nach allgemein anerkannten und explizierten Regeln stattfinden. Dazu gehört, dass jeder dasselbe Recht auf Meinungsäußerung hat, dass in einer allen verständlichen Sprache geredet wird und dass jeder den anderen ernstnimmt und seinen Standpunkt zu verstehen sucht. Hilfreich ist es, wenn die Gesprächsteilnehmer in der Ich-Form sprechen anstatt ihre persönlichen Einschätzungen hinter pseudoobjektiven Floskeln zu kaschieren (also z.B. „Ich halte eine Entlassung nach Hause für gefährlich“ anstatt zu sagen „Eine Entlassung nach Hause ist unmöglich und unverantwortlich“).

(3) Inhaltlich sollten bei so einem Gespräch berufsgruppenspezifische Normen und Grundsätze Berücksichtigung finden. So sollten etwa die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik Berücksichtigung finden [10], welche in der ärztlichen Profession stark verwurzelt sind, aber auch Grundsätze der Care-Ethik, welche eher in der Pflegeprofession beheimatet sind [11,12]. Daher eignet sich ein pluralistisches Konzept klinischer Ethik besonders gut, da es offen ist für die vielfältigen Normen und Prinzipien der beteiligten Berufsgruppen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir den komplexen ethischen Fragen in der Palliativen Geriatrie am ehesten gerecht werden, wenn wir auch als interprofessionelles Team einen echten, fairen, produktiven Gesprächsprozess kultivieren. Die Zeit, die wir dafür einsetzen, ist keineswegs verlorene Zeit, sondern im Gegenteil eine sinnvoll investierte Zeit, die dem Wohl der Patientinnen und Patienten zugutekommt.

## Literatur:

1. Kojer M, Schmidl M. Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer; 2011.
2. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Bula C, Jox RJ. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr* 2018;18:220.
3. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med* 2004;140:54-9.
4. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, et al. Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: a multiprofessional survey. *J Crit Care* 2010;25:413-9.
5. Habermas J. *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1983.
6. Apel K-O. *Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1988.
7. Deutscher Bundestag. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. *Bundesgesetzblatt* 2009;48:2286-7.
8. Tanner S, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Schnurrer V, Reiter-Theil S, Pargger H. Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014;109:354-63.
9. Schrappe M. Patientensicherheit. Ein Thema mit Zukunft, die Zukunft des Themas. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015;58:4-9.
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York Oxford: Oxford University Press; 2013.
11. Gilligan C. In *A Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
12. Tronto J. An ethic of care. In: Cudd AE, Andreasen RO, eds. *Feminist theory: a philosophical anthology*. Oxford, UK Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing; 2005:251–63.