

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

**Ethische Fallbesprechung in der Klinik:
Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julia Veronika Heiland
aus Garmisch-Partenkirchen

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Ralf J. Jox

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Claudia Bausewein
Prof. Dr. Elisabeth Mützel

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 19.04.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Ethik und Medizinethik.....	5
1.2. Klinische Ethikberatungsstrukturen	6
1.3. Klinisch-ethische Fallbesprechungen.....	8
1.4. Evaluation und Qualitätsverbesserung.....	13
1.5. Fragestellungen	15
2. Methodik	16
2.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung.....	16
2.1.1. Identifizierung der Modelle.....	16
2.1.2. Kriterien	16
2.2. Fragebogenstudie	17
2.2.1. Fragebogenentwicklung	17
2.2.2. Fragen.....	17
2.2.3. Datenerhebung	17
2.2.4. Auswertung	18
2.3. Fallbesprechungsstudie	18
2.3.1. Studiendesign	18
2.3.2. Auswahl des Falls.....	19
2.3.3. Auswahl der Modelle und der Moderatoren.....	21
2.3.4. Rekrutierung der Schauspieler	22
2.3.5. Rollenprofile und Instruktionen	23
2.3.6. Rahmen und Ablauf der Fallbesprechungen	26
2.3.7. Aufzeichnung	27
2.3.8. Nachbesprechungen	27
2.3.9. Transkription	27
2.3.10. Gesprächsanalyse	27
3. Ergebnisse	30
3.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung.....	30
3.1.1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz	30
3.1.2. Zielsetzungen	31
3.1.3. Form	31
3.1.4. Prozessregeln.....	32

3.1.5. Teilnehmer.....	33
3.1.6. Methode der Informationssammlung.....	33
3.1.7. Ermittlung von Handlungsoptionen.....	34
3.1.8. Normative Abwägung.....	34
3.2. Fragebogenstudie.....	35
3.3. Fallbesprechungsstudie.....	48
3.3.1. Zusammenfassung der Fallbesprechungen.....	48
3.3.2. Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung.....	51
3.3.3. Ethische Deliberation.....	55
3.3.4. Typisierung der Moderatoren.....	62
4. Diskussion.....	68
4.1. Analyse der Modelle.....	68
4.2. Anwendung der Modelle.....	72
4.3. Beziehung zwischen Modell und Gesprächsergebnis und Einfluss des Moderators.....	76
4.4. Qualität in der Ethikberatung.....	79
4.5. Limitationen.....	82
4.6. Ausblick.....	82
5. Zusammenfassung.....	84
6. Literaturverzeichnis.....	87
7. Anhang.....	91
7.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung.....	91
7.2. Fragebogen.....	103
7.3. Transkription Fallbesprechungsstudie.....	105
7.3.1. Transkriptionsregeln.....	105
7.3.2. Transkript Fallbesprechung A.....	106
7.3.3. Transkript Fallbesprechung B.....	133
7.3.4. Transkript Fallbesprechung C.....	154
8. Danksagung.....	185
9. Eidesstattliche Versicherung.....	186

1. Einleitung

1.1. Ethik und Medizinethik

Die Ethik ist eine philosophische Disziplin, die sich mit der methodischen Reflexion über die Moral befasst. Letztere bezeichnet die Gesamtheit der Normen und Ideale einer Gesellschaft bezüglich des menschlichen Handelns.

Auf Basis der Ethik als Grundlagendisziplin hat sich die angewandte Ethik mit verschiedenen Bereichsethiken entwickelt. Dazu gehört die Medizinethik, die sich mit den moralischen Fragen der Medizin beschäftigt. Prominentester theoretischer Ansatz zum Umgang mit diesen Fragestellungen ist die von den Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelte Prinzipienethik [9]. Diese benennt Grundregeln, die in wertpluralen Gesellschaften überwiegend zustimmungsfähig sind [23].

Tabelle 1: Prinzipien der biomedizinischen Ethik nach T. L. Beauchamp und J. F. Childress

Respekt vor der Autonomie	Schadensvermeidung
Fürsorge	Gerechtigkeit

Quelle: [9]

Die Beschäftigung mit medizinethischen Fragen ist so alt wie die Medizin, soweit diese als schriftliche Disziplin bekannt ist. Stets wurden auch die ethischen Aspekte medizinischen Handelns normiert [23]. Ein Zeugnis davon ist der hippokratische Eid, der etwa 400 v. Chr. entstand und als erste grundlegende Formulierung einer ärztlichen Ethik angesehen wird [6].

Eine neue Entwicklung in der Medizinethik begann in der zweiten Hälfte des 20.

Jahrhunderts, als eine Institutionalisierung einsetzte und medizinethische Themen nicht mehr nur innerhalb der Profession, sondern öffentlich diskutiert wurden [23]. Die Gründe für die zunehmende Relevanz dieser Themen und das Interesse der Gesellschaft daran sind unter anderem wissenschaftliche Innovationen, ökonomische Zwänge und die gesellschaftliche Entwicklung hin zu mehr Pluralismus und einer zunehmenden Bedeutung der Selbstbestimmung.

Der klinische Alltag in der Medizin ist derzeit geprägt von komplexen Entscheidungen mit ethischer Relevanz. Häufige ethische Fragen, mit denen im Gesundheitswesen Tätige konfrontiert werden, sind Therapieentscheidungen für nicht einwilligungsfähige Patienten, Uneinigkeit im Behandlungs- und Pflorgeteam, Therapiebegrenzung am Lebensende und der Umgang mit begrenzten Ressourcen [27]. Weitere relevante ethische Fragen, die häufige

Themen der Ethikberatung sind, ergeben sich in den Bereichen der Reproduktionsmedizin, der Spätabtreibung und bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

1.2. Klinische Ethikberatungsstrukturen

Die klinische Medizinethik gewann in den 1960er Jahren zunehmend an Bedeutung. Durch neu entwickelte Techniken wie die Dialyse oder die künstliche Beatmung entstand vielerorts die Situation, dass die Kapazitäten weit geringer waren als die Zahl der Patienten, die dieser Techniken bedurften. In amerikanischen Kliniken bildeten sich daraufhin Gremien, die eine gerechte Zuteilung der Ressourcen unterstützen sollten. Diese waren die Vorläufer der ab den 1970er Jahren an vielen Kliniken gegründeten *Health Care Ethics Committees (HEC)* [55]. Der Aufgabenbereich der Ethikkomitees hat sich mittlerweile enorm erweitert auf eine große Bandbreite an medizinethischen Fragestellungen. Mittlerweile müssen in den USA alle Krankenhäuser für ihre Akkreditierung eine Struktur zum Umgang mit ethischen Konflikten nachweisen [61].

An diese Entwicklung knüpften in Deutschland der evangelische und der katholische Krankenhausverband an. 1997 empfahlen sie in einer gemeinsamen Stellungnahme die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees an konfessionellen Krankenhäusern [16]. Dadurch wurde die Institutionalisierung klinischer Ethik in Deutschland vorangetrieben [55] und inzwischen empfiehlt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer allen Einrichtungen des Gesundheitswesens die Einrichtung klinischer Ethikberatungsstrukturen [63].

Gremien zur Ethikberatung werden häufig von der Führungsebene einer Gesundheitseinrichtung gegründet, mitunter im Rahmen von Zertifizierungsprozessen, da institutionalisierte Ethikberatungsstrukturen in verschiedenen Zertifizierungsverfahren positiv bewertet werden. Bei dieser Initiative „von oben“ (Top-down-Prinzip) ist vorteilhaft, dass initial schon die strukturellen Voraussetzungen für die entsprechenden Gremien geschaffen werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Bildung von Gremien zur Ethikberatung auf Anstoß der Mitarbeiter hin (Bottom-up-Prinzip), die Bedarf an Austausch über und Beratung zu medizinethischen Themen haben. Dieser Ansatz bietet den Vorteil, dass die Strukturen von vorneherein besser in der Mitarbeiterschaft verankert sein können und möglicherweise größere Akzeptanz erfahren. Für eine erfolgreiche Tätigkeit ethischer Beratungsstrukturen ist sowohl eine Beteiligung der Mitarbeiter als auch die Unterstützung durch die Leitungsebene notwendig. Die häufigste Form des Ethikberatungsgremiums, das Ethikkomitee, besteht aus

5-20 Mitgliedern aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Fachdisziplinen und Hierarchieebenen. Es sollten ärztliche, pflegerische und medizinisch ausgebildete Mitarbeiter beteiligt sein. Letztere können hauptberufliche Medizinethiker sein oder auch klinisch tätige Fachkräfte mit medizinischer Zusatzausbildung. Außerdem ist die Beteiligung von Fachkräften aus dem juristischen, administrativen, psychosozialen und seelsorgerischen Bereich wünschenswert. Das Ethikkomitee legt eine Geschäftsordnung oder Satzung fest. Es haben sich verschiedene Modelle herausgebildet, wie die Komitees Einzelfallbesprechungen durchführen. Häufig wird die Besprechung durch eine Untergruppe des Komitees oder eine mobile Ethikberatungsgruppe moderiert. Außerdem gibt es die Möglichkeit, dass speziell beauftragte, medizinisch ausgebildete Personen an der Visite teilnehmen. Neben dem Ethikkomitee gibt es das Modell des einzelnen Ethikberaters, der an einer Klinik angestellt ist. Außerdem haben sich weitere, informellere und offenere Strukturen zum Austausch über medizinische Themen entwickelt wie Ethik-Cafés, Ethik-AGs und Ethikforen, an denen sich interessierte Mitarbeiter beteiligen können [63], [1].

Von klinischen Ethikkomitees zu unterscheiden sind Ethikkommissionen. Diese werden von deutschen Bundesländern, Universitäten und Ärztekammern eingesetzt und haben den Auftrag, Wissenschaftler, die Forschung im klinisch-medizinischen Bereich betreiben, in ethischen und rechtlichen Belangen zu beraten und zu kontrollieren [17].

In Deutschland hat die klinische Ethikberatung bereits weite Verbreitung gefunden. In einer Umfrage von 2014 gaben 75% der Krankenhäuser an, mindestens eine Struktur der klinischen Ethikberatung eingerichtet zu haben [52]. Wahrscheinlich ist diese Schätzung allerdings überbewertend, da nur ein Teil der angefragten Kliniken an der Umfrage teilnahmen. Die Krankenhäuser, die bisher keine Strukturen implementiert hatten, gaben als Begründung an, dass ethische Probleme ausschließlich im Behandlungsteam gelöst würden, es an der Priorität für Ethikberatung mangle oder bisher keine relevanten moralischen Konflikte bekannt worden seien. Weitere Begründungen waren ein hoher Zeitaufwand und mangelnde Akzeptanz. Die häufigste Struktur klinischer Ethikberatung war das klinische Ethikkomitee, gefolgt von der Durchführung von Ethik-Fallberatungen in anderen Strukturen, Konsiliardiensten und Arbeitsgruppen. Ärzte, Pflegedienstmitarbeiter und Theologen bzw. Seelsorger waren an allen Krankenhäusern an der Ethikberatung beteiligt. An einigen Krankenhäusern nahmen außerdem Sozialdienstmitarbeiter, Psychologen, Vertreter der Klinikleitung, Juristen und Ethiker bzw. Philosophen teil. Die Implementierung klinischer Ethikberatungsstrukturen begann in Deutschland in der Breite bis auf wenige Ausnahmen ab dem Jahr 2000. In 71% der

teilnehmenden Krankenhäuser wurde die Ansicht vertreten, dass durch die klinische Ethikberatung ethische Grenzsituationen und Probleme umfassend gelöst würden.

Hauptaufgabe klinischer Ethikkomitees ist die Durchführung klinisch-ethischer Fallbesprechungen. Die ethischen Entscheidungsprozesse sollen transparent gestaltet und an akzeptierbaren moralischen Prinzipien ausgerichtet werden. Das übergeordnete Ziel der Komitees ist eine ethisch gut begründete klinische Praxis, also das Treffen „guter Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ [1].

Tabelle 2: Ziele und Aufgaben von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens nach der Akademie für Ethik in der Medizin

Allgemeine Ziele von Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Sensibilisierung für ethische Fragestellungen
Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen
Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten
Spezifische Ziele von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Unterstützung eines strukturierten Vorgehens bei ethischen Konflikten
Verbesserung der Sprachfähigkeit und kommunikativen Kompetenz bei ethischen Konflikten
Systematische Reflexion über ethische Fragestellungen und Konflikte
Umsetzung allgemeiner moralischer Werte (z. B. Menschenwürde, Autonomie, Verantwortung, Fürsorge, Vertrauen) und spezifischer Werte der jeweiligen Einrichtung, die u. a. in Leitbildern und professionsspezifischen Traditionen verkörpert sind, in reflektiertes Handeln
Lösungswege bei Konflikten zwischen unterschiedlichen individuellen und/oder institutionell gefassten Werten und Moralvorstellungen zu suchen und durch gemeinsame Reflexion zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen und diese umzusetzen.
Aufgaben der Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung)
Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien)
Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung).

Quelle: [1]

1.3. Klinisch-ethische Fallbesprechungen

In einer klinisch-ethischen Fallbesprechung werden meist anstehende Therapieentscheidungen für individuelle Patienten diskutiert. Das Beratungsangebot ist freiwillig und soll die

Beteiligten in ethisch schwierigen medizinischen Entscheidungssituationen unterstützen. Weder die Entscheidungsfreiheit des Patienten noch die Verantwortung und Therapiefreiheit des Behandlungsteams sollen durch die Fallbesprechung eingeschränkt werden. Die Verantwortlichen verlieren durch die Fallbesprechung weder ihre Verantwortung, noch sollen sie zu Entscheidungen gedrängt werden, die sie aufgrund beruflicher oder persönlicher Verantwortung nicht tragen können [1]. Das Ziel der Beratung ist nicht ein Mehrheitsvotum, es sollte vielmehr ein Konsens angestrebt werden, sodass alle Beteiligten die Entscheidung mittragen und zusammen verantworten können [63]. Entscheidend ist die fundierte Analyse und Diskussion des ethischen Problems um zur ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen [57]. Ethikberater können dazu durch Moderationskompetenz, ethische Expertise und ihre Sicht von außen einen wichtigen Beitrag leisten [1]. Bezüglich der Rolle, die der Ethikberater einnehmen sollte, koexistieren verschiedene Ansichten, die sich vor allem hinsichtlich der normativen Aktivitäten des Ethikberaters unterscheiden [45]. Eine mögliche Rolle ist beispielsweise die eines Unterhändlers, dessen Ziel eine stabile Übereinkunft ist und der neutral ist hinsichtlich normativen Inhalts. Weiterhin ist die Rolle eines Mediators möglich, der eine Konfliktlösung oder einen Ausgleich zwischen den Parteien anstrebt und möglicherweise auf minimalen moralischen Standards bestehen muss. Ein weiterer Ansatz ist der eines Schlichters, der wie ein Richter von einer unabhängigen ethischen Perspektive aus auf Kriterien berufen muss um zu entscheiden, was richtig ist.

Die Anfrage für eine Besprechung kann aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten oder seinen Angehörigen kommen [63]. Daraufhin wird die Anfrage vom Ethikkomitee zunächst dahingehend beurteilt, ob es sich tatsächlich um eine ethische Fragestellung oder beispielsweise eher um ein organisatorisches oder juristisches Problem handelt. Erscheint eine ethische Fallbesprechung angemessen, wird diese organisiert, die Personen, die teilnehmen sollen, werden eingeladen und gegebenenfalls werden von Mitgliedern des Ethikkomitees schon im Vorhinein weitere Informationen über den Fall gesammelt. Es sollte geregelt sein, in welchen Fällen die Zustimmung des Patienten zur Fallbesprechung eingeholt werden muss [1].

Ethische Fallbesprechungen können hinsichtlich der Gesprächssituation, in der sie durchgeführt werden, in einerseits prospektive, also vorausschauende, problemlösende und andererseits retrospektive, also zurückblickende, verstehende Besprechungen eingeteilt werden. Prospektive Beratungen sind die weiter verbreitete und praxisrelevantere Form der ethischen Fallbesprechung. Sie wird angewendet bei anstehenden Behandlungsentscheidungen individueller Patienten. Retrospektive Besprechungen haben

eher Fortbildungscharakter. Bei ihnen liegt der Fokus weniger auf der Problemlösung sondern mehr auf der Analyse und dem Verstehen von moralischem Unbehagen im Behandlungsteam bei einem zurückliegenden Fall. Aus einem besseren Verständnis der Situation können Schlussfolgerungen gezogen werden auf einen künftigen Umgang mit ähnlichen Situationen [57].

Von der *Akademie für Ethik in der Medizin* wird die Orientierung an einem Moderationsleitfaden empfohlen [1]. Diese in den Fallbesprechungen genutzten Leitfäden haben den Zweck, das Gespräch zu strukturieren, alle relevanten Aspekte abzudecken und eine ethisch fundierte Analyse zu fördern. Die Akademie macht jedoch keine Vorgabe oder Empfehlung, welcher Leitfaden verwendet werden soll und es werden keine Qualitätskriterien für einen Leitfaden angegeben.

Vielen Modellen der klinisch-ethischen Fallbesprechung liegt ein Prinzipien-basierter Ansatz zugrunde, es werden also ethische Prinzipien genannt, die als Grundlage für eine ethische Bewertung des Konflikts dienen sollen. Andere Modelle haben beispielsweise einen hermeneutischen oder narrativen Ansatz. Der grundsätzliche Aufbau ist bei den meisten Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung ähnlich. Zu Beginn werden die relevanten Informationen zum Fall gesammelt und der der Fallbesprechung zugrundeliegende Konflikt dargestellt. Es folgt eine strukturierte ethische Analyse des Konflikts, ein Abwägen der Handlungsoptionen und eine Entscheidung.

Im Folgenden werden die Grundzüge der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* [38] und des *Basler Leitfadens* [46] dargestellt. Diese beiden Modelle stehen exemplarisch für die Modelle der ethischen Fallbesprechung und sind zentral für die experimentelle Fallbesprechungsstudie dieser Arbeit.

In der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer werden stufenweise die ethischen Verpflichtungen untersucht, die aus den vier medizinethischen Prinzipien folgen [36]. Ethische Schwierigkeiten zeigen sich vor allem, wenn in den Schritten zwei und drei des Modells ethische Verpflichtungen konkretisiert werden und bei einem Konflikt zwischen Verpflichtungen, der in der Synthese, also Schritt vier, deutlich wird [37].

Tabelle 3: Prinzipienorientierte Falldiskussion nach G. Marckmann und F. Mayer

1. Analyse: medizinische Aufarbeitung des Falls a) Information über den Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen etc.) b) (Be-)Handlungsoptionen mit ihren Chancen und Risiken (Prognose)
2. Bewertung I: ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten a) Wohl des Patienten fördern, nicht schaden b) Autonomie respektieren
3. Bewertung II: ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten: Familienangehörige, andere Patienten, Versicherungsgemeinschaft (Gerechtigkeit)
4. Synthese: konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen? Im Konfliktfall → begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion: a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option? b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?

Quelle: [38]

Der *Basler Leitfaden* ist im deutschsprachigen Raum sehr bekannt und findet schon seit langem in Fallbesprechungen Verwendung. Der *Systematische Perspektivenwechsel* ist ein charakteristisches Element des *Basler Leitfadens* und hat zum Ziel, die relevanten Bedürfnisse, Rechte und Pflichten der Beteiligten zu ermitteln [46]. Als Ideal wird dabei ein Modell der Unparteilichkeit oder wechselnden Mehrparteilichkeit angestrebt, das auf dem Gerechtigkeitsprinzip von John Rawls basiert. Demzufolge ist eine Entscheidung dann als gerecht anzusehen, wenn alle Beteiligten mit ihr einverstanden sein können, unabhängig von der Position, aus der sie tatsächlich von den Folgen der Entscheidung betroffen sein würden. Der *Systematische Perspektivenwechsel* unterstützt die Teilnehmer also dabei, die Voreingenommenheit ihrer eigenen Sichtweise zu reduzieren und die Situation ausgeglichener und umfassender einschätzen zu können. Dieses Element des *Basler Leitfadens* sieht den systematischen, schrittweisen Übergang von der individuellen zur institutionellen Perspektive vor. Mit diesem Übergang vom einzelnen zum allgemeinen korrespondieren eine Differenzierung des moralischen Urteils und eine größere Verallgemeinerbarkeit der Handlungsmaxime.

Tabelle 4: Basler Leitfaden zur Klinischen Ethikkonsultation nach S. Reiter-Theil

1. Vorbereitung <ul style="list-style-type: none">– Klärung des Rahmens und des Vorgehens (soweit nötig)– problemzentrierter Bericht aus dem klinischen Team– Gelegenheit für Rückfragen und Ergänzungen
2. Spontane Falldiskussion der direkt Beteiligten (nach Bedarf) <ul style="list-style-type: none">– Gemeinsame Formulierung eines Ethikfokus für die weitere Bearbeitung
3. Methodische Ethikanalyse <ul style="list-style-type: none">– Ethische Prinzipien, Werte, Normen– systematischer Perspektivenwechsel– Pro und Kontra der Optionen– ggf. Identifikation und Schließen von Lücken oder Korrektur von Fehleinschätzungen
4. Fokussierte Ergebnisse – explizite Formulierung <ul style="list-style-type: none">– Entscheidung(en) und ethische Begründung– weiteres Vorgehen– Dokumentation
5. Feedback, Evaluation, Begleitforschung (wenn möglich)

Quelle: [46]

Tabelle 5: Systematischer Perspektivenwechsel des Basler Leitfadens nach S. Reiter-Theil

<p>Ich-Perspektive</p> <p>Bedürfnisse der beteiligten Individuen, persönliche Werte, professionelles Selbstverständnis, Grenzen der Belastbarkeit u.a.; Rechte des Patienten</p>
<p>Ich-Du-Perspektive</p> <p>Beziehungsebene zwischen Patient und Arzt/Betreuer bzw. Bezugsperson: Erwartungen, Versprechen, Vertrauen, Überforderung u.a.</p>
<p>Persönliche Wir-Perspektive</p> <p>Beziehungskontext des Patienten, vor allem Familie und Angehörige; Beziehungskontext des Arztes / Betreuers, hier vor allem das Team</p>
<p>Institutionelle Perspektive</p> <p>Leitbild, Wertorientierung, Hierarchie, Entscheidungs- und Handlungsraum, Gewissensfreiheit des einzelnen in der Institution, Einschränkungen, z. B. durch Rationierung</p>
<p>Professionelle Perspektive</p> <p>Standards des Fachgebietes, rechtliche Rahmenbedingungen, professionelle Ethik; z. B. Sorgfaltspflichten</p>
<p>Kollektive Perspektive</p> <p>Wertehorizont, z.B. durch Mitgliedschaft in einer religiösen oder politischen Gemeinschaft; persönliche Verantwortung als Mitglied der Gesellschaft; Frage: welche Medizin und welche Gesellschaft wollen wir?</p>

Quelle: [46]

Mittlerweile wurde eine Vielzahl an Modellen entwickelt, die sich in Umfang, Struktur und Inhalt beträchtlich unterscheiden. Zu den ersten Modellen in Europa gehörten das *Nimwegener Modell* und das *Marburger Modell*. Die Diversität der Modelle für die Ethikberatung ist problematisch in Bezug auf Evaluation, Standardisierung und Qualitätsverbesserung [21].

1.4. Evaluation und Qualitätsverbesserung

Im vergangenen Jahrzehnt wurden hinsichtlich der Professionalisierung der Ethikberatung einige Fortschritte erreicht. Die *Veterans Health Administration*, die größte Einrichtung für Gesundheitsversorgung der USA, entwickelte das *Integrated Ethics* – Programm. Es enthält Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung auf drei Ebenen der Gesundheitseinrichtungen: der ethischen Führung, präventiven Ethik und Ethikberatung [25]. Mit der Ethikberatung im speziellen befasste sich auch die *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* und veröffentlichte den Leitfaden *Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen*. Die

Autoren stellen eine Wissensbasis und ein Reihe von Fähigkeiten dar, die Ethikberater besitzen sollten [4]. Darauf basierend entwickelte die *ASBH* ein zweistufiges Modell zur Qualitätsbescheinigung für klinische Ethikberater [31]. Dabei wird ein Portfolio zu den Bildungsvoraussetzungen und der Fallbesprechungserfahrung des Beraters gefordert und eine mündliche Prüfung durchgeführt, um Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, in der Ablaufgestaltung und in der ethischen Analyse zu bewerten.

In Deutschland erarbeitete die *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)* ein Curriculum zur Qualifizierung von Ethikberatern [54]. Die Zielsetzung des Lehrplans ist es, Menschen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund im Bereich der Patientenversorgung zu kompetenten und eigenverantwortlichen Ethikberatern auszubilden. Das Curriculum besteht aus einem Grundkurs mit den Lehreinheiten Ethik, Organisation und Beratung und Aufbaukursen. Es werden jedoch keine inhaltlichen Qualitätskriterien der Kurse genannt oder bestimmte Modelle für die Fallbesprechungen vorgegeben. Des Weiteren entwickelte die *AEM* ein Modell zur Zertifizierung von Ethikberatern. Dieses sieht die Zertifizierung in den drei Kompetenzstufen Ethikberater, Koordinator für Ethikberatung und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen vor [2].

In den USA erarbeiteten namhafte Bioethiker im Rahmen des *Clinical Ethics Credentialing Project (CECP)* einen strukturierten Ansatz, die Qualität einer Ethikberatung anhand der Aufzeichnungen zur Beratung zu bewerten und entwickelten eine Checkliste zur Standardisierung der Dokumentation [21]. Während sich das *CECP* darauf konzentriert, ob bestimmte Schritte in der Beratung stattfanden, wird bei dem ebenfalls in den USA entwickelten *Ethics Consultation Quality Assessment Tool (ECQAT)* der Fokus auf die Qualität dieser Schritte gelegt, indem ihr Inhalt anhand der Aufzeichnungen strukturiert untersucht und bewertet wird und darauf basierend Rückmeldung und Fortbildung für die Ethikberater angeboten wird [44].

Es wurden also Maßnahmen entwickelt zur Qualitätsmessung und -verbesserung auf der Ebene der Organisation, des individuellen Ethikberaters und der Dokumentation von Ethikberatungen. Weiterhin besteht jedoch Bedarf an Standards für die Praxis der Ethikberatung, vor allem für die normative Abwägung, die ja das Kernelement der Ethikberatung darstellt, zumindest soweit sie prospektiv lösungsorientiert ist. Außerdem werden Standards für Maßnahmen benötigt, um die Qualität und Wirksamkeit des Beratungsprozesses zu messen. Dies zeigt sich auch darin, dass die jährliche *internationale Konferenz über klinische Ethikberatung (ICCEC)* 2015 in New York City zum Thema

“Qualitätsverbesserung und Professionalität der Ausbildung und Beratung in der klinischen Ethik” stattfand. Unter anderem gibt es bisher kaum Untersuchungen und Empfehlungen zur Verwendung von Ablaufmodellen, Leitfäden und Protokollen für die klinische Ethikberatung.

1.5. Fragestellungen

Das übergreifende Ziel der Arbeit ist ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung von Ethikberatung durch Identifikation von Bezügen zwischen Modellen ethischer Fallbesprechung und den Ergebnissen.

Tabelle 6: Fragestellungen

<p>Welche Modelle der ethischen Fallbesprechung werden verwendet?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Auf welchen philosophischen bzw. theoretischen Ansätzen basieren die Modelle? – Werden ethische Prinzipien zur normativen Abwägung genannt und gibt es Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei einem Konflikt zwischen diesen? – Welche Form haben die Modelle und welche Angaben werden zum Ablauf der Fallbesprechung gemacht?
<p>Wie werden diese Modelle verwendet?</p>
<p>Als wie nützlich werden diese Modelle eingeschätzt?</p>
<p>Welche sind die wesentlichen Ziele der Modelle?</p>
<p>Wie wirken sich die Modelle und die Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Gespräche aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Führen verschiedene Modelle bei einer Besprechung zum selben klinischen Fall mit standardisierten Rollenträgern zu unterschiedlichen Diskursen? – Zu welchen Ergebnissen führen die Besprechungen und was beeinflusst die Ergebnisse? – Wie läuft die ethische Bewertung ab und inwiefern werden ethische Prinzipien berücksichtigt? – Welche Rolle spielt die Person des Moderators dabei und auf welche Weise unterscheiden sich die Moderatoren in ihrer Art, das Gespräch zu leiten?

Fragestellungen

2. Methodik

Als methodische Grundlage der gesamten Studie wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, es wurden also die qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden der drei Teilstudien miteinander verzahnt. Zunächst wurden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung identifiziert und nach qualitativen Kriterien charakterisiert. Zur Untersuchung der Fragen nach der Verwendung der Modelle, ihren Zielen und ihrem Nutzen wurde eine Fragebogenstudie mit quantitativer Auswertung durchgeführt. Die Fallbesprechungsstudie mit qualitativem Studiendesign diente der Analyse der Auswirkungen der Modelle und Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Gespräche.

2.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

2.1.1. Identifizierung der Modelle

Zur Identifizierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung wurde zunächst Literatur zur klinischen Ethikberatung analysiert. Darüber hinaus wurden die Modelle in die Charakterisierung eingeschlossen, die in der im Rahmen dieses Forschungsprojektes durchgeführten Fragebogenstudie zu Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung von den teilnehmenden Ethikberatern genannt wurden.

2.1.2. Kriterien

Nach Analyse der Literatur zur klinischen Ethikberatung wurden Kriterien definiert, nach denen die Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung charakterisiert wurden.

Tabelle 7: Kriterien zur Charakterisierung von Fallbesprechungsmodellen

1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz
2. Form
3. Prozessregeln
4. Teilnehmer
5. Methode der Informationssammlung
6. Ermittlung von (Be-) Handlungsoptionen
7. Normative Abwägung <ul style="list-style-type: none">- Nennung ethischer Prinzipien oder anderer Kriterien zur normativen Abwägung- Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei Konflikten

Kriterien zur Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

2.2. Fragebogenstudie

In der Umfrage wurden die Fragen untersucht, welche Modelle in klinisch-ethischen Fallbesprechungen angewendet werden und wie und mit welchen Zielen und welchem Nutzen sie verwendet werden. Um eine internationale Expertenbefragung durchzuführen wurde die Umfrage unter Teilnehmern des *ICCEC*, dem *Internationalen Kongress über klinische Ethikberatung*, durchgeführt, einer seit vielen Jahren etablierten und mittlerweile jährlich stattfindenden Tagung.

2.2.1. Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde hypothesengetrieben auf Basis der Literatur zur klinischen Ethikberatung entwickelt. Es erfolgte eine interne Pilotierung, indem der Fragebogen Ethikberatern vorgelegt wurde, die an der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig sind und selbst ethische Fallbesprechungen leiten.

2.2.2. Fragen

Der Fragebogen gliedert sich in drei Teile. Zunächst werden Fragen nach den verwendeten Modellen gestellt, anschließend Fragen zum Nutzen und den Zielen der Modelle und schließlich werden demographische Daten abgefragt. Der Fragebogen besteht aus 15 Fragen und enthält Ja/Nein-Fragen, Ratingskalen, Fragen mit Einfach- und Mehrfachwahl und mit Ergänzungsoption und offene Fragen. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang abgedruckt.

Tabelle 8: Fragebogen

1: Verwendete Modelle Fragen zu bisher durchgeführten Fallbesprechungen, deren institutionellen Rahmen, den verwendeten Modellen, Art der Verwendung der Modelle, Bereitstellung eines Modells durch den Arbeitgeber
2: Nutzen und Ziele der Modelle Fragen zur Nützlichkeit der Modelle, den Zielen der Modelle und der Beeinflussung des Besprechungsergebnisses durch das Modell
3: Demographische Fragen

Aufbau des in der Studie verwendeten Fragebogens

2.2.3. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte sowohl in Papierform als auch in digitaler Form. Beim *ICCEC* 2014 wurde der Fragebogen in Papierform ausgelegt. Um eine größere Zahl an Datensätzen zu erzielen, wurde eine Datenerhebung in digitaler Form angeschlossen. Dafür wurde mit dem Programm *Unipark* eine Online-Umfrage erstellt, die inhaltlich exakt dem ursprünglichen

Fragebogen in Papierform entsprach. Ende Februar 2015 wurden 209 Teilnehmer des *ICCEC* 2013 per E-Mail zu der Online-Umfrage eingeladen. Diese Teilnehmer wurden gewählt, um eine größere Zahl von Experten zu adressieren, die an einem der beiden Kongresse teilgenommen hatten. Die Kongressteilnehmer des Jahres 2013 wurden gewählt, da deren Adressen vorlagen, weil der Kongress in München stattfand und das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität an der Organisation des Kongresses beteiligt war. Ein weiterer Grund war, dass im Gegensatz zu 2013 und 2014 der Kongress im Mai 2015 nicht mehr in Europa, sondern in New York stattfand, jedoch vor allem europäische Experten angesprochen werden sollten. Die Teilnehmer wurden in einem Informationstext zu Beginn der Umfrage hingewiesen auf die Inhalte des Fragebogens, auf die Freiwilligkeit und Anonymität der Umfrage und auf die Möglichkeit, das Ausfüllen des Fragebogens abzubrechen oder ihn nur teilweise auszufüllen. Die informierte Einwilligung zur Teilnahme an der Umfrage wurde angenommen, wenn eine Person den Fragebogen ausfüllte. Nach drei Wochen wurde per E-Mail an die Teilnahme an der Umfrage erinnert. Ende März 2015 wurde die Erhebung der Daten abgeschlossen.

2.2.4. Auswertung

Die Daten aus der Umfrage in Papierform und der Online-Umfrage wurden zusammengefügt. Die statistischen Analysen erfolgten mit *Microsoft Excel*. Es wurde eine Datenanalyse mithilfe deskriptiver Statistik durchgeführt.

2.3. Fallbesprechungsstudie

2.3.1. Studiendesign

Für die Fallbesprechungsstudie wurde eine innovative Methode ausgearbeitet, da bisher keine Methode entwickelt und etabliert worden war, die zu diesem Zweck einsetzbar gewesen wäre. Das Studiendesign war eine sozioempirische Methode der simulierten Gesprächsanalyse mit experimentellen Anteilen. Die qualitative und experimentelle Herangehensweise wurde gewählt, da eine offene und flexible Methode notwendig war, um dem jeweils unterschiedlichen Gesprächsverlauf gerecht zu werden. Außerdem ermöglicht die qualitative Methode eine tiefere Exploration der Diskurse und Ergebnisse.

Es wurde in drei simulierten Fallberatungen derselbe Fall von standardisierten Rollenträgern besprochen. Jedes Gespräch wurde von einem unterschiedlichen Moderator geleitet, die anderen drei Rollenträger waren in jeder Besprechung dieselben. Zwei der Moderatoren wendeten die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer an, die dritte

Moderatorin verwendete das *Basler Modell* nach Reiter-Theil. Ziel der Studie war festzustellen, inwiefern die unterschiedlichen Modelle und Moderatoren beim selben klinischen Fall zu verschiedenen Diskursen und Ergebnissen führten.

Ein Ethikvotum der Ethikkommission wurde für diese Studie nicht eingeholt, da für sozialempirische Studien unter Experten ohne Patienten, Angehörige oder medizinisches Personal gemäß den wissenschaftlichen Regeln der Ludwig-Maximilians-Universität kein Ethikvotum erforderlich ist.

Tabelle 9: Konstanten und Variablen der Fallbesprechungen

	Fallbesprechung A	Fallbesprechung B	Fallbesprechung C
Fall	Fall Anna Wolf		
Rollenträger	Dieselben Rollenträger für Psychiater, Pflegekraft und Vater		
Moderatoren	Moderator A	Moderatorin B	Moderatorin C
Modelle	<i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i>	<i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i>	<i>Basler Modell</i>

Konstanten und Variablen der drei Fallbesprechungen

2.3.2. Auswahl des Falls

In jeder der drei experimentellen Fallbesprechungen wurde derselbe Fall besprochen. Es wurde eine anonym veröffentlichte Fallvignette aus der *Zeitschrift Ethik in der Medizin* [10] verwendet.

Einige Details wurden dabei verändert. So wurde das Alter der Patientin von 18 auf 19 Jahre erhöht, um ihre Einwilligungsfähigkeit, die in dem Fall einen entscheidenden Punkt darstellt, zu unterstützen. Im Rollenprofil des Psychiaters wurde der Hinweis ergänzt, dass dieser die Patientin als klar einwilligungsfähig einschätze und ein forensischer Psychiater die Einwilligungsfähigkeit bestätigt habe. Außerdem wurde in der Fallvignette die Anmerkung, sie sei sehr kindlich und abhängig von den Eltern, entfernt. Des Weiteren wurde der Patientin der volle Name Anna Wolf gegeben, damit die Teilnehmer im Gespräch ihren Namen nennen können. In der veröffentlichten Fallvignette wurde sie lediglich Frau W. genannt. Außerdem wurde als Hinweis auf die problematische Dynamik innerhalb der Familie hinzugefügt, dass zu Beginn der Erkrankung eine ambulant behandelnde Psychotherapeutin zu einer stationären Therapie geraten habe, um Anna aus dem Umfeld, das mit zur Erkrankung beigetragen habe, herauszunehmen. Zur Verbesserung der Verständlichkeit wurden die Fachbegriffe Sedierung und Compliance ersetzt durch die Ausdrücke „sie erhielt bewusstseinsdämpfende Medikamente“ und „sie kooperierte kaum“. Die Erwähnung dreier bereits stattgefundenener

Fallberatungen wurde nicht übernommen, da die Fallbesprechungen der Studie als erste klinisch-ethische Beratungen in dem Fall durchgeführt werden sollten.

Der Fall wurde ausgewählt aufgrund seiner Komplexität und der Dilemmasituation mit zwei Entscheidungsoptionen, die zunächst gleichwertig erscheinen. Außerdem handelt sich es um einen realen Fall, der den Teilnehmern jedoch mit hoher Sicherheit nicht bekannt beziehungsweise nicht präsent war, da seine Veröffentlichung zum Zeitpunkt der Fallbesprechungen schon circa vier Jahre zurücklag. Des Weiteren eignet sich der Fall für die Teilnahme von Angehörigen an der Besprechung.

Unten ist die Fallvignette dargestellt, wie sie in der Studie verwendet wurde.

Box 1: Fallvignette Anna Wolf

Die 19-jährige Anna Wolf ist seit zwei Monaten Patientin auf einer offenen Station in einer psychiatrischen Universitätsklinik. Sie leidet an schwerer Magersucht. Ihr Körpergewicht liegt momentan bei 24 kg, ihr BMI beträgt damit 11. Ihr Körper hat sich so gut an das Untergewicht angepasst, dass keine akute Lebensgefahr besteht. Aber eine deutliche Gewichtszunahme und Stabilisierung ihres Allgemeinzustandes sind bisher nicht eingetreten. Anna wünscht nun die Verlegung in eine palliative Einrichtung. Da außerdem eine Depression und eine Zwangsstörung diagnostiziert sind, bestehen gewisse Zweifel an ihrer Urteilsfähigkeit.

Mit 11 Jahren erkrankte Anna an Magersucht. Zusammen mit seiner Ehefrau sorgte ihr Vater Herr Wolf schnell für eine ambulante Behandlung bei einer Psychotherapeutin. Diese riet ihnen jedoch nach wenigen Wochen dazu, eine Therapie in einer Klinik zu organisieren, denn Anna müsse aus dem Umfeld, das mit zur Erkrankung beigetragen habe, herausgenommen werden. Es folgten mehr als 10 Klinikaufenthalte. Drei davon fanden in Spezialkliniken statt, mehrfach wurde Anna wegen akuter Lebensgefahr auch zwangsernährt. Teilweise erhielt sie mit ihrer Einwilligung auch bewusstseinsdämpfende Medikamente und wurde auf diese Weise künstlich ernährt. Trotz verschiedener Therapieansätze trat jedoch keine dauerhafte Besserung ein.

Obwohl Anna als herausragend intelligent gilt, schied sie nach der 11. Klasse aus der Schule aus, da sie bei den langen Klinikaufenthalten den Lernstoff irgendwann nicht mehr nachholen konnte. Einen Freundeskreis oder Hobbys hat sie nicht. Ihrer eigenen Aussage nach dreht sich ihr Leben seit Jahren nur noch um die Überwindung der Anorexie.

Herr Wolf ist einflussreicher Politiker und sehr besorgt um die Tochter. Die Mutter hat ihren Beruf aufgegeben, um sich ganz ihrer Tochter widmen zu können. Anna gibt an, zu

intelligent für die Therapeuten zu sein, keiner habe es bisher geschafft, sie zu durchschauen. Vor dem derzeitigen Aufenthalt war sie 8 Monate in einer Klinik, welche über einen Langzeitpflegebereich für psychiatrische Patienten verfügte. Ihr Gewicht stieg dort von 21 auf 24 kg. Dennoch war es zu einem Behandlungsstillstand gekommen, weil Anna die meisten therapeutischen Maßnahmen verweigerte. Nach wochenlangen Therapieversuchen verhielt sich Anna zunehmend schwierig. Sie wurde dem Klinikpersonal gegenüber aggressiv und ausfallend, so dass sie in die Universitätsklinik verlegt wurde. Hier wurde zunächst ein Ernährungsprogramm aufgestellt, außerdem wurde die Behandlung der Zwangserkrankung und Depression versucht. Anna kooperierte aber kaum und trickste, um höhere Werte auf der Waage zu erreichen. Nach langen Gesprächen mit ihren Eltern willigte Anna in eine Ernährung über eine Magensonde ein. Zehn Tage später entschied sie sich dann jedoch gegen eine Fortführung der Sondenernährung. Es wurde überlegt, Anna zu sedieren und auf der Überwachungsstation zu ernähren, bis ein stabiler Allgemeinzustand erreicht wäre. Doch die Ärzte verwarfen diese Möglichkeit schließlich, da die Patientin nicht in einem körperlichen Zustand sei, der eine Lagerung unter Sedierung zugelassen hätte. Anna selbst sprach sich nach ihren bisherigen Erfahrungen gegen eine Ernährung unter Bewusstseinsdämpfung (Sedierung) aus.

Anna hielt keine der stets konsequent formulierten Absprachen der Ernährungstherapeuten und der Ärzte ein. Sie sagte, sie wolle lieber sterben, als sich weiterhin den Therapien zu unterziehen. Sie wolle unter keinen Umständen mehr zum Essen gezwungen werden, sondern sie wolle endlich einmal ihre Ruhe haben, selbst wenn sie dafür den Tod in Kauf nehmen müsse. Annas Eltern hingegen sind sich einig, dass dies nicht der richtige Weg wäre. Herr Wolf führt oft die Gespräche mit dem Team auf der Station und vertritt dabei auch seine Frau.

In der Studie verwendete Fallvignette

2.3.3. Auswahl der Modelle und der Moderatoren

Entscheidend bei der Wahl der Moderatoren waren die Modelle, die sie in den Fallbesprechungen, die sie leiten, üblicherweise anwenden. Zur Anonymisierung werden die drei Ethikberater Moderator A, B und C genannt. Mit Moderator A wurde ein Ethikberater ausgewählt, der in der Anwendung der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* erfahren ist. Moderatorin B legt den von ihr geleiteten Fallbesprechungen ebenfalls die *Prinzipienorientierten Falldiskussion* zugrunde. So konnte in den beiden Fallbesprechungen der Einfluss des Moderators bei Anwendung desselben Modells untersucht werden. Um außerdem möglichst disparate Modelle vergleichen zu können, wurde Moderatorin C

ausgewählt, die langjährige Erfahrung in der Anwendung des *Basler Modells* hat.

Die Moderatoren unterscheiden sich unter anderem in ihrer beruflichen Ausbildung, der Erfahrung in der Ethikberatung, dem institutionellen Tätigkeitsbereich und dem Geschlecht. Moderator A studierte Humanmedizin, Philosophie und Public Health, ist Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und Vorstand eines gleichnamigen universitären Instituts und hat jahrelange Erfahrung in klinischen Ethikkomitees. Moderatorin B studierte Humanmedizin und ist als Fachärztin für Anästhesiologie in einer Klinik und seit mehreren Jahren als Ethikberaterin tätig. Moderatorin C studierte Psychologie und Philosophie, leitet als Professorin den Bereich Klinische Ethik an einer Universitätsklinik und hat jahrelange Erfahrung in der klinischen Ethikberatung, insbesondere im psychiatrischen Bereich.

Tabelle 10: Moderatoren

	Moderator A	Moderatorin B	Moderatorin C
Geschlecht	Männlich	Weiblich	Weiblich
Ausbildung	Studium der Humanmedizin, Philosophie und Public Health	Studium der Humanmedizin	Studium der Psychologie und Philosophie
Institutioneller Kontext	Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Vorstand eines gleichnamigen universitären Instituts	Fachärztin für Anästhesiologie in einer Klinik	Professorin für angewandte Ethik, Leiterin des Bereichs klinische Ethik an einer Universitätsklinik

Merkmale der Moderatoren der Fallbesprechungen

2.3.4. Rekrutierung der standardisierten Rollenträger

Für die Rolle der Pflegekraft und des Vaters der Patientin wurden professionelle Schauspieler eingesetzt, da es für das Studiendesign entscheidend war, dass die Gesprächsteilnehmer ihre Rolle eng am vorgegebenen Rollenprofil orientieren und sie möglichst konsistent in den drei Gesprächen beibehalten. Die beiden Schauspieler hatten außerdem eine lange Erfahrung mit standardisierten Situationen im medizinischen Kontext, da sie aus einer Gruppe von Berufsschauspielern rekrutiert wurden, die im Studentenunterricht des Medizinstudiums der Ludwig Maximilians Universität München bereits seit mehreren Jahren als Schauspielpatienten aktiv waren.

Da für die Rolle des behandelnden Psychiaters Dr. Frei ärztliche Fachkenntnis mit

psychiatrischen Kenntnissen notwendig war und aufgrund der in den Besprechungen nötigen spontanen Interaktionen Instruktionen an einen Schauspieler nicht praktikabel gewesen wären, übernahm diese Rolle ein Facharzt für Neurologie mit Erfahrung in der Psychiatrie einschließlich der Behandlung von an Anorexie erkrankten Patienten und in der Palliativmedizin.

2.3.5. Rollenprofile und Instruktionen

Basierend auf der Fallbeschreibung wurde jeweils ein Rollenprofil für den behandelnden Arzt Dr. Frei, die Pflegekraft Frau Fischer und den Vater der Patientin, Herrn Wolf, entworfen. Alle Namen der Gesprächsteilnehmer sind Pseudonyme.

Box 2: Rollenprofil Dr. Frei

Der Psychiater ist Oberarzt auf der Station für Essstörungen an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität. Er ist 45 Jahre alt und behandelt schon seit 8 Jahren Patienten mit Essstörungen schwerpunktmäßig. Anna kennt er seit ihrer Klinikaufnahme vor inzwischen 5 Wochen. Er führt auch selbst die Einzel-Psychotherapie nach dem Modell der Kognitiven Verhaltenstherapie mit ihr durch.

Anna gehört für ihn zu einer Untergruppe von Anorexiepatientinnen, die therapierefraktär sind und letztlich ein schlechtes Outcome haben (25-30%, bis zu 6% aller Patienten sterben). Das mangelnde Therapieansprechen liegt nach neuesten Daten einerseits an genetischen Risikofaktoren, andererseits bei Anna auch an der langen bisherigen Behandlungsdauer ohne signifikanten Therapieeffekt, dem extrem niedrigen Gewicht, an den Komorbiditäten der Depression und Zwangsbehandlung sowie vor allem an der mangelnden Therapiemotivation von Anna.

Der bisherige Behandlungsverlauf in den 5 Wochen auf seiner Station war ebenfalls enttäuschend. Zwar waren gewisse Erfolge bei den ohnehin eher leichtgradigen Begleiterkrankungen zu verbuchen (die depressive Verstimmung hellte sich durch ein Antidepressivum etwas auf, der Waschzwang besserte sich durch ein Neuroleptikum etwas, die Zwangsgedanken an den Körper kaum), aber das Ernährungsprogramm selbst und die störungsspezifische Psychotherapie hatten keinen nennenswerten Effekt: weder konnte sie zur Kooperation motiviert werden noch konnte das Gewicht oder der BMI angehoben werden. Die zehntägige Sondenernährung hatte einen leichten Gewichtanstieg von 1,5 kg zur Folge, der sich aber bald danach wieder verflüchtigte.

Ihr aktueller Zustand ist stabil und nicht unmittelbar lebensbedrohlich, kann aber innerhalb von Tagen oder Wochen unmittelbar lebensbedrohlich werden. Anna hat durch die lange

Anorexie eine Wachstumsminde- rung (168 cm), eine primäre Amenorrhoe und eine Osteoporose. Nach starkem Erbrechen tritt gelegentlich eine gefährliche Hypokaliämie auf, außerdem hatte sie bereits gefährliche hypoglykämische Krisen. Nieren- und Leberwerte sind zwar einigermaßen im grünen Bereich, aber im Knochenmark sind eine Thrombozytopenie mit Blutungsneigung und eine Anämie festzustellen. Die Gefahr, dass sie an einer kardialen Arrhythmie, einer Blutung oder einer hypoglykämischen Krise stirbt, schätzt Dr. Frei auch bei fortgesetzter Therapie als relativ hoch ein, ca. 25-50% innerhalb des folgenden Jahres. Ihr psychischer Zustand ist nicht akut krisenhaft. Sie ist nicht suizidal. Kognitiv sind bis auf gelegentliche Zwangsgedanken keine Einschränkungen festzustellen, der Gedankengang ist klar, sie hat keine Halluzinationen, keinen Wahn, keine formalen Denkstörungen. Sie wirkt gepflegt, tritt im Gespräch durchaus selbstbewusst und selbstbestimmt auf. Affektiv ist sie leicht niedergestimmt und etwas ambivalent, ohne übermäßige Ängste.

Dr. Frei schätzt Anna trotz gewisser kognitiver Auswirkungen der Krankheit klar als einwilligungsfähig ein: sie ist bestens über die Krankheit und alle Therapiemöglichkeiten informiert, nimmt Informationen auf und kann sie adäquat wiedergeben, kann Vor- und Nachteile nachvollziehbar abwägen und ist sich der Tragweite bewusst. Sie sieht die Lage so, dass sie an einer unheilbaren Form der Anorexie erkrankt ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem frühen Tod führen wird. Sie leidet stark unter der Krankheit, der Hospitalisierung, sieht für sich in absehbarer Zeit keine Perspektive auf ein normales eigenständiges Leben mit Beruf, Freunden und vielleicht Familie. Sie hat von der Palliativmedizin gehört und zieht Trost daraus, in einem Hospiz noch eine Zeitlang gut leben zu können, in Ruhe gelassen, ohne Verdächtigungen und Kontrollen. Dort möchte sie noch gerne ihren kleinen Lebensbericht abschließen, den sie begonnen hat.

Ein Psychiater der forensischen Klinik hat die Einwilligungsfähigkeit von Anna bestätigt. Eine Zwangstherapie ist in Anbetracht des Allgemeinzustandes hochriskant und könnte zu Verletzungen und Komplikationen führen. Außerdem haben bisherige Zwangstherapien keinen dauerhaften Effekt gehabt, sondern eher die Reaktanz erhöht. Dasselbe gilt für die Sedierung.

Dr. Frei hält zwar eine stationäre Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung und Teilremission (nicht Heilung) für indiziert, kann aber Annas Gedanken auch nachvollziehen und respektiert ihren Entschluss. Er hat bereits mit einem Hospiz telefoniert, das sich vorstellen könnte, Anna aufzunehmen.

Rollenprofil des Psychiaters Dr. Frei

Box 3: Rollenprofil Frau Fischer

Frau Fischer ist eine erfahrene Fachkrankenschwester für Psychiatrie, die seit Jahren auf der Station arbeitet. Sie hat große Sympathie für Anna und kann deren Resignation durchaus nachvollziehen. Wenn sie selbst solch eine Odyssee mitmachen müsste, würde sie sich womöglich ganz ähnlich äußern. Dennoch hält sie es für ihre professionelle Aufgabe, Annas Krankheit bestmöglich zu behandeln. Anna einfach sterben zu lassen käme für sie einer Bankrotterklärung der Medizin gleich. Sie berichtet von Besprechungen im Pfllegeteam, auf denen deutlich wurde, dass Anna auf vielfältige Weise manipuliert, etwa vor dem morgendlichen Wiegen heimlich Wasser trinkt und sich kleine Metallplättchen in die Kleidung einnäht. Das Pfllegeteam diskutiert seit langem sehr emotional und kontrovers über den richtigen Umgang mit Anna – manche sind strikt gegen eine Verlegung in eine Palliativeinrichtung, andere könnten das mittragen. Frau Fischer ist der Meinung, Annas Wunsch, die Behandlung abzubrechen, sei in erster Linie eine Auswirkung der Magersucht und es sei deshalb nicht richtig, diesem Wunsch nachzugeben. Allerdings ist Anna für das ganze Pfllegeteam sehr anstrengend und eine baldige Verlegung in eine andere Klinik wäre zur Entlastung des Teams sehr wünschenswert. Die Patientin binde extrem viel Zeit, Energie und Zuwendung, die daher anderen Patientinnen und Patienten fehle.

Rollenprofil der Pflegekraft Frau Fischer

Box 4: Rollenprofil Herr Wolf

Herr Wolf wirkt reflektiert und verantwortungsbewusst, aber auch sehr belastet und angespannt. Er kämpft an der Seite seiner Frau mit großem Einsatz für das Leben und die Gesundheit ihres einzigen Kindes. Beide haben schon sehr viel in diesen Kampf investiert und wollen nicht, dass dies alles umsonst war. Das Ehepaar hat die Hoffnung noch nicht aufgegeben, dass Anna bei ihren Talenten und ihrer Intelligenz eine gute Zukunft haben könnte, wenn die Krankheit endlich einmal unter Kontrolle gebracht werden könnte. Er berichtet, dass Anna bei höheren Gewichtswerten auch weniger depressiv sei und besser mit den Therapeuten kooperiere. Deshalb bittet er das Behandlungsteam inständig darum, der Tochter zu höherem Gewicht zu verhelfen, damit überhaupt wieder eine therapeutische Beziehung möglich sei – notfalls mit Zwangsernährung bzw. Sedierung. Die Äußerungen ihrer Tochter stufen sie als Zeichen der Krankheit ein. Sollte man seine Tochter einfach so sterben lassen, deutet er sogar juristische Schritte an.

Rollenprofil des Vaters der Patientin, Herr Wolf

Die Schauspieler bekamen diese Skripte einige Tage im Vorhinein zur Vorbereitung. Sie wurden angewiesen, ihre Rollen möglichst in jeder Besprechung konsistent entsprechend den Rollenprofilen zu spielen. Kleinere fiktive Ergänzungen je nach Gesprächsverlauf waren

erlaubt, aber zentrale Aussagen und Einstellungen sollten zwischen den Gesprächen nicht im Widerspruch stehen.

Die Moderatoren bekamen erst unmittelbar vor der Fallbesprechung eine kurze schriftliche Information zu der Besprechung, da eine Vorbereitung der Moderatoren ausgeschlossen werden sollte. Zwar ist es bei der realen Ethikberatung meist so, dass die Moderatoren ein paar Tage zur Vorbereitung haben, doch für diese Studie hätte bei einer Vorbereitung das Risiko bestanden, dass ein zusätzliches Bias eingeflossen wäre. Untersucht werden sollte lediglich der Einfluss des persönlichen Moderationsstils jedes Moderators. In der Information für die Moderatoren wurden der Fall knapp skizziert und die Gesprächsteilnehmer genannt. Außerdem wurden vor den Fallbesprechungen kurze mündliche Instruktionen und Erläuterungen zum Gesprächsablauf gegeben.

Box 5: Information für Moderatoren

Sie leiten als Geschäftsführer die Klinische Ethikberatung eines großen Klinikums und werden von Herrn Dr. Frei, einem Oberarzt der Psychiatrischen Klinik gebeten, ein ethisches Fallgespräch zu moderieren. Es geht um die Patientin Anna Wolf, die seit 8 Jahren an einer schweren Form von Anorexia nervosa erkrankt ist. Seit 5 Wochen befindet sie sich in stationärer Behandlung auf einer Station für Essstörungen. Zuvor hatten bereits zahlreiche Klinikaufenthalte und verschiedene Therapieansätze keine dauerhafte Besserung bewirkt. Auch beim aktuellen Klinikaufenthalt konnte bislang kein therapeutischer Effekt erzielt werden; ihr Gewicht ist wie bei Aufnahme immer noch bei 24 kg, was einem extrem niedrigen BMI von 11 entspricht. Dr. Frei berichtet nun, dass die Patientin ihn vor wenigen Tagen bei der Visite gebeten habe, sie in eine palliative Einrichtung, eine Palliativstation oder ein Hospiz, zu verlegen. Das Team ist verunsichert und weiß nicht, wie es darauf reagieren soll. Deshalb hat Dr. Frei eine ethische Fallbesprechung angeregt. Anna selbst möchte bei dem Gespräch nicht dabei sein, hat jedoch ihr Einverständnis zu der Besprechung gegeben und den Arzt und die Krankenschwester von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Vater und dem Moderator entbunden.

Information für die Moderatoren zu den Fallbesprechungen

2.3.6. Rahmen und Ablauf der Fallbesprechungen

Fallbesprechung A und B fanden im November 2014 statt, Fallbesprechung C im Januar 2015. Sie wurden im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München durchgeführt. Die Teilnehmer saßen jeweils im Halbkreis, der Moderator bekam die Anweisung, über die Sitzordnung zu entscheiden. Es kam in allen Gesprächen zu einer

identischen Anordnung der vier Gesprächsteilnehmer.

Der Zeitrahmen betrug jeweils 120 Minuten. Dabei waren 30 Minuten für Begrüßung, Information zur Studie und Instruktionen an die Teilnehmer vorgesehen, 60 Minuten für die Fallbesprechung und 30 Minuten für die Nachbesprechung und Verabschiedung.

Fallbesprechung A dauerte 65 Minuten, Fallbesprechung B 44 Minuten und Fallbesprechung C 73 Minuten.

2.3.7. Aufzeichnung

Für die spätere Auswertung wurden von den Fallbesprechungen Video- und Tonaufnahmen, von den Nachbesprechungen Tonaufnahmen gemacht. Während den Besprechungen wurde dabei die gleiche Kameraeinstellung beibehalten, die Gesamtansicht der vier Gesprächsteilnehmer.

2.3.8. Nachbesprechungen

Eine kurze Nachbesprechung fand jeweils direkt im Anschluss an die Gespräche statt. Zunächst wurde der Moderator gefragt, wie er das Gespräch erlebt hatte und wie gut er seinen Leitfaden anwenden konnte. Anschließend wurden die übrigen Teilnehmer danach befragt, wie sie ihre eigene Rolle erlebt hatten und wie sie die Moderation und die Strukturierung der Entscheidungsfindung erlebt hatten.

2.3.9. Transkription

Unter Verwendung der Videoaufzeichnungen wurden die Gespräche wörtlich transkribiert. Es wurde ein Transkriptionssystem verwendet, das die Sprache zugunsten der Lesbarkeit leicht glättet und den Schwerpunkt auf den Inhalt des Redebeitrags legt [20].

2.3.10. Gesprächsanalyse

Hinsichtlich der Analyse der Fallbesprechungen wurde zunächst die Methode des *Coding* nach Johnny Saldaña geprüft [48]. In dieser Methode werden Texte in mehreren Zyklen analysiert. Zunächst werden sie in Sinnabschnitte gegliedert und mit Codes, also zusammenfassenden und die Essenz des Abschnitts erfassenden Attributen, versehen. Anschließend werden in weiteren Zyklen die Codes überarbeitet und gegebenenfalls neu arrangiert und klassifiziert, um Muster aufzudecken und immer tiefere Einsichten in den Inhalt der Daten zu gewinnen. Für die vorliegende Studie wurde die Methode des *Coding* jedoch verworfen, da sie auf inhaltliche Sinnabschnitte fokussiert ist und in der Studie viele der Inhalte schon durch die Fallvignette und die Rollenprofile vorgegeben waren. Die Methode schien nicht geeignet, die relevanten Zusammenhänge und Abläufe innerhalb der Besprechungen adäquat zu analysieren. Deshalb wurde die im Folgenden beschriebene

qualitative Auswertung angewandt.

Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung

Die Gespräche wurden dahingehend untersucht, welche Handlungsalternative am Ende der Gespräche jeweils als Ergebnis festgehalten wird, durch wen und in welchem Kontext des Gesprächs diese Option eingebracht wird und warum diese Option sich durchsetzt.

Ethische Deliberation

Außerdem wurde analysiert, wie die ethische Bewertung in den Gesprächen verläuft. Fallbesprechung A und B wurden beide nach dem Modell der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* geleitet. Sie wurden bezüglich der Berücksichtigung der vier biomedizinischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit analysiert, da das Modell eine ethische Bewertung nach diesen Prinzipien fordert. Es wurde untersucht, von wem und in welchem Kontext das Prinzip in das Gespräch eingebracht wird und wie ausführlich das Prinzip besprochen wird, also ob die Standpunkte der Gesprächsteilnehmer zur Sprache kommen und inwiefern diese Ansichten diskutiert werden, wenn sie sich unterscheiden. Des Weiteren wurde analysiert, inwiefern in der Synthese am Ende der Gespräche bei Konflikten zwischen den Prinzipien abgewogen wird.

Die Moderation der Fallbesprechung C basierte auf dem *Basler Leitfaden*. Diesem dient neben dem Vier-Prinzipien-Ansatz der *Systematische Perspektivenwechsel* als theoretische Grundlage. Die systematische Variation der Sichtweisen, bei der unter anderem die persönlichen Bedürfnisse der beteiligten Personen, verschiedene Beziehungsebenen, professionelle und institutionelle Perspektiven betrachtet werden, hat zum Ziel, die Voreingenommenheit der eigenen Sichtweise zu verlassen und eine vielseitigere und ausgeglichene Beurteilung der Situation zu erreichen. Fallbesprechung C wurde deshalb ebenfalls dahingehend untersucht, inwiefern der Konflikt nach ethischen Prinzipien bewertet wird. Darüber hinaus wurde die Umsetzung des *Systematischen Perspektivenwechsels* untersucht.

Typisierung der Moderatoren

Schließlich wurde das Gesprächsverhalten der Moderatoren analysiert und jeweils ein Typ definiert. Dazu wurden, basierend auf kommunikationstheoretischen Grundlagen [53], Kriterien bestimmt, nach denen das Verhalten der Moderatoren beschrieben wurde. Bezüglich des paraverbalen Gesprächsverhaltens waren dies Redeanteil, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit und Sprachstil, hinsichtlich des nonverbalen Verhaltens Sitzposition, Körperhaltung, Gestik, Mimik und Augenkontakt und in Bezug auf die verbalen Äußerungen

Strukturiertheit, Verständlichkeit, Rolle und Kommunikationsstil. Hinsichtlich des paraverbalen und nonverbalen Gesprächsverhaltens einerseits und der verbalen Äußerungen andererseits wurde dann jeweils ein Typ definiert und schließlich zu einer Typisierung des Moderators verbunden. Um die Interrater-Reliabilität zu erhöhen, wurde die Typisierung von zwei unterschiedlichen Personen vorgenommen, die Ergebnisse verglichen und zu einer gemeinsamen Typisierung zusammengefügt.

3. Ergebnisse

Zuerst wird die Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung dargestellt. Es folgt die Erläuterung der Ergebnisse der Fragebogenstudie und anschließend werden die Resultate der Fallbesprechungsstudie beschrieben.

3.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

Im Folgenden werden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung charakterisiert hinsichtlich ihres philosophischen bzw. theoretischen Ansatzes, den Zielsetzungen der Modelle, der Form, den Prozessregeln, den Angaben zu den Teilnehmern, der Methode der Informationssammlung, der Ermittlung von Handlungsoptionen und der normativen Abwägung.

3.1.1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz

Ein philosophischer Ansatz, der in Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung weite Verbreitung findet, ist die Zugrundelegung der vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress [9]. In diesen Modellen wird eine ethische Bewertung der zu besprechenden Problematik anhand der Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit vorgeschlagen. Häufig verwendete Modelle, die darauf basieren, sind beispielsweise die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] und die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38].

Außerdem gibt es Modelle, die für die Bewertung ebenfalls die Orientierung an den bioethischen Prinzipien empfehlen und einen zusätzlichen theoretischen Fokus haben wie das Modell *METAP (Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams)* nach Albisser Schleger et al. [3]. Das Modell ist eine Weiterentwicklung des *Basler Leitfadens* nach Reiter-Theil [46]. Es enthält unter anderem ein vierstufiges Eskalationsmodell zur schrittweisen Problemlösung, wobei die Stufen je nach Schwere der Fragestellung ausgewählt werden und unterschiedliche Maßnahmen und Personen miteinschließen. Somit bietet jede Stufe zusätzliches Potenzial zur Problemlösung an. Die Autoren bezeichnen das Modell als „*pädagogisch-basiertes Entscheidungsfindungsmodell*“, da der Schwerpunkt des Modells auf der Verbesserung der ethischen Kompetenz des klinischen Personals liegt.

Es bestehen weiterhin hermeneutische Modelle wie die *Moral Case Deliberation* nach Molewijk et al. [40], die *Hermeutic Method* nach Dekkers [15] und das Modell *A Narrative*

Ethics of Care nach Paulsen [43]. Ein Modell mit induktivem, kasuistischem Ansatz ist beispielsweise die modifizierte Version des *Karolinska model for ethical analysis* nach Bartholdson et al. [5]. Einem ebenfalls induktiven Ansatz folgt der *Klinische Pragmatismus* des *Marburger Modells* nach Gerdes und Richter [47]. Bei dieser Methodik wird die klinische und moralische Entscheidungsfindung integriert, indem induktiv moralisch argumentiert und ein moralischer Konsens gesucht wird. Der *Sokratische Dialog*, vorgestellt von Steinkamp und Gordijn [56], hat neben der philosophischen Reflektion über ein praktisches Problem die Klärung grundlegender Konzepte und Prinzipien zum Ziel.

Des Weiteren bestehen viele Modelle ohne einen spezifischen theoretischen oder philosophischen Hintergrund. Das *CASES-*Modell der Amerikanischen *Veterans Health Administration* [25] beispielweise schlägt verschiedene theoretische Ansätze vor, wie eine Prinzipien-basierte, Fallbasierte oder narrative Methodik, ähnlich dem *SME-Modell* des Zentrums für Medizinethik in Oslo [24].

3.1.2. Zielsetzungen

Methoden der klinisch-ethischen Fallbesprechungen können mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingesetzt werden [56]. In nur wenigen Modellen wird jedoch das Ziel der Methode dargestellt. Viele Modelle wie beispielsweise die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] oder die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38] haben den Zweck, eine ethisch möglichst gut begründete Entscheidung treffen zu können. Ansätze wie der *Klinische Pragmatismus* des *Marburger Modells* nach Gerdes und Richter [47] und weitere [7] dagegen zielen auf einen Konsens der beteiligten Personen ab. Hermeneutische Methoden wie die *Hermeneutic Method* nach Dekkers [15] zielen auf Reflektion, Einsicht und Interpretation ab. Bei der Methode des *Sokratischen Dialogs*, wie von Steinkamp und Gordijn vorgestellt [56], wird philosophische Reflektion genutzt, um praktische Probleme zu beraten und in darauf folgenden Abstraktionsschritten Einsicht in grundlegende philosophische Konzepte und Prinzipien zu gewinnen.

3.1.3. Form

Eine Vielzahl der Modelle wurde als Leitfaden veröffentlicht, der meist in einem begleitenden Text erläutert wird. Die Leitfäden enthalten Leitfragen oder konkrete Schritte des Gesprächs zur Strukturierung der Fallbesprechung. Zu einigen Modellen wurden außerdem Protokolle publiziert, die zur Orientierung während der Fallbesprechung oder zur Unterstützung bei der Dokumentation dienen können, beispielsweise das *Basler Protokoll zur Klinischen*

Ethikkonsultation [46] oder der Frage- und Protokollbogen zum Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26].

Manche Modelle wurden ohne Leitfaden oder Protokoll in einem Text veröffentlicht wie die *Hermeneutische Methode* nach Dekkers [15] oder das *Lille-Modell* nach Cadore et al. [13].

3.1.4. Prozessregeln

In manchen Modellen werden Angaben zur Initiative zur ethischen Fallbesprechung gemacht. Das Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26] beschreibt, dass die Fallbesprechungen über zwei unterschiedliche Wege initiiert werden können, entweder durch die Anregung von Mitarbeitern, Angehörigen oder Patienten oder durch den Eintritt einer definierten Behandlungssituation, die nach vorheriger Vereinbarung in der Institution regelmäßig eine Fallbesprechung nach sich zieht. Daraufhin sieht das Modell eine verbindliche Einforderung der Fallbesprechung und die Suche eines Moderators vor.

Die meisten Modelle enthalten Angaben zu den Schritten, nach denen die Fallbesprechung gegliedert werden sollte. Wenige Modelle, wie die *Hermeneutic Method* nach Dekkers [15] beschreiben nur den grundsätzlichen Gesprächsablauf.

In einigen Modellen finden sich Angaben zu den Aufgaben des Moderators. Die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] beispielsweise beschreibt, dass der Moderator in der Besprechung eine möglichst neutrale Haltung einnehmen und dafür sorgen sollte, dass alle relevanten Fragen und Sichtweisen zur Sprache kommen. Außerdem wird empfohlen, dass der Moderator nicht von der Abteilung selbst kommen sollte, sondern aus einer Gruppe ausgebildeter Moderatoren für ethische Fallbesprechungen.

In manchen Modellen wird darauf eingegangen, wie sie anzuwenden sind bei prospektiven und retrospektiven Fallbesprechungen, wie im *SME-Modell* des Zentrums für Medizinethik in Oslo [24]. In prospektiven Besprechungen werden ethische Probleme bezüglich anstehender Entscheidungen in der Behandlung eines Patienten beraten. Retrospektive Fallbesprechungen werden durchgeführt, nachdem eine Entscheidung gefällt wurde oder ein Fall abgeschlossen wurde, um im Nachhinein aus dem Fall zu lernen.

Einige Modelle machen außerdem Vorschläge zur Dokumentation der Fallbesprechung. Das *Basler Modell* nach Reiter-Theil [46] beispielsweise sieht vor, dass in einer kurzen Mitschrift zunächst das weitere Vorgehen festgehalten wird und eine ausführliche Version später der

Patientenakte beigelegt wird, auch um im Nachhinein die Argumentation und Entscheidungsfindung nachvollziehen zu können.

3.1.5. Teilnehmer

In vielen Modellen werden Angaben dazu gemacht, wer an der Fallbesprechung teilnehmen sollte. Häufig ist die Leitung des Gesprächs durch einen geschulten Moderator vorgesehen. Außerdem empfehlen viele Modelle die Teilnahme von Mitgliedern des interdisziplinären Behandlungsteams. Dabei beziehen sich viele Modelle nicht nur auf ärztliche und pflegerische Mitarbeiter. Die modifizierte Version des *Karolinska model for ethical analysis* nach Bartholdson et al. [5] beispielsweise empfiehlt außerdem die Teilnahme von weiterem Fachpersonal wie Psychologen oder Sozialarbeitern.

Nur in wenigen Modellen wird die mögliche Teilnahme von Angehörigen oder des Patienten selbst erwähnt. Das Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26] stellt verschiedene Möglichkeiten vor, den Patienten an der Fallbesprechung dennoch zu beteiligen, unter anderem die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens im Vorfeld des Gesprächs und die partielle Teilnahme des Patienten an der Besprechung im Rahmen der Faktensammlung.

3.1.6. Methode der Informationssammlung

Im überwiegenden Teil der Modelle werden Angaben dazu gemacht, welche Informationen für die Fallbesprechung gesammelt werden sollen. Viele Modelle betonen die Bedeutung der Sammlung von Informationen zum Patienten aus den unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Berufsgruppen, vor allem aus ärztlicher und pflegerischer, aber auch aus psychologischer, rechtlicher, spiritueller oder ökonomischer Perspektive [5], [12], [26], [38], [46], [49], [58].

In einigen Modellen wird auch angegeben, wie die Informationssammlung ablaufen soll. Manche Modelle enthalten beispielsweise den Vorschlag, dass zunächst eine Person den Fall präsentiert und anschließend Fakten von anderen Teilnehmern hinzugefügt werden [5]. Es gibt auch Modelle, nach denen vor der Fallbesprechung zur Informationssammlung die Patientenakte durchgesehen werden soll und Gespräche geführt werden sollen mit dem Behandlungsteam, anderen beteiligten Berufsgruppen, dem Patienten und seinen Angehörigen [42]. Andere Modelle sehen eine Checkliste vor, die zur Informationssammlung vor der Fallbesprechung genutzt werden soll [51].

3.1.7. Ermittlung von Handlungsoptionen

Die meisten Modelle enthalten einen Schritt, in dem die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen ermittelt werden. Meist steht dieser Schritt am Ende der Informationssammlung vor der Bewertung der Optionen. Einige Modelle, insbesondere die mit hermeneutischer Methodik, einhalten jedoch keinen solchen Schritt [15], [43].

3.1.8. Normative Abwägung

Zur normativen Abwägung der Handlungsoptionen und deren Gründe und Argumente werden in vielen Modellen ethische Prinzipien oder andere Kriterien genannt. Die Modelle machen unterschiedlich konkrete Angaben, wie diese Kriterien anzuwenden sind und wie bei einem Konflikt zwischen ihnen vorgegangen werden soll.

Nennung ethischer Prinzipien oder anderer Kriterien zur normativen Abwägung

Die Modelle, die eine Prinzipien-basierte ethische Bewertung vorsehen, stützen sich auf die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress. Auch andere, nicht explizit Prinzipien-basierte Modelle nennen Prinzipien oder Kriterien zur ethischen Abwägung. Der *4-Step-Approach* nach Dörries [18] erwähnt neben den vier bioethischen Prinzipien andere oft relevante Werte wie Wahrhaftigkeit oder Verantwortung. Das *So Far No Objections-* Modell nach Dubois [22] nennt neben den vier Prinzipien weitere, je nach Fall möglicherweise relevante Prinzipien, Normen und Werten.

Daraus ergibt sich das Problem, dass sich aus der alleinigen Nennung von Prinzipien noch keine Angaben zur Abwägung und Anwendung der Prinzipien bei Konflikten ergibt.

Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei Konflikten

Nur wenige Modelle machen Angaben zur Anwendung der Prinzipien oder anderen Kriterien der normativen Abwägung beziehungsweise zum Vorgehen bei Konflikten zwischen diesen. Die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38] sieht bei einem Konflikt zwischen den Prinzipien eine begründete Abwägung vor, da es keine Hierarchie zwischen den Prinzipien gebe. Zu der Abwägung, welche ethische Verpflichtung Priorität habe, sollen fallbezogene Gründe herangezogen werden. In dem *Integrativen Modell für die ethische Fallbesprechung* nach Bormann [12] werden moralische Gesichtspunkte des Falls in eine Rangordnung gebracht, die sich an dem obersten normativen Beurteilungsmaßstab der „möglichst umfassend entfalteteten Handlungsfähigkeit“ orientiert. Das *Lanza Foundation Protocol* nach Viafora [60], sieht eine ethische Beurteilung in zwei Phasen vor, einer

deontologischen Phase mit Beurteilung der Entscheidung hinsichtlich der relevanten Prinzipien und eine teleologische Phase, in der die Entscheidung in Bezug auf ihre möglichen Konsequenzen hin bewertet wird. In dem Modell *So Far No Objections* nach DuBois [22] wird ein Rahmen für die Rechtfertigung ethischer Entscheidungen dargestellt, der auf einer Veröffentlichung von Childress et al. [14] basiert. Danach können Handlungen, die mit bestimmten Werten oder Normen im Konflikt stehen, trotzdem gerechtfertigt werden, wenn sie folgende Kriterien erfüllen: Notwendigkeit der Einschränkung von Werten oder Normen, um das beabsichtigte Ziel zu erreichen und Wirksamkeit der Handlung hinsichtlich des Ziels. Als weitere Kriterien werden die Verhältnismäßigkeit des Hinwegsetzens über Normen oder Werte einerseits und der Wichtigkeit des Ziels andererseits genannt, außerdem die minimale Verletzung von Normen oder Werten und ein angemessener Prozess der Entscheidungsfindung.

3.2. Fragebogenstudie

Da die Fragebogenstudie teils online, teils auf einem Kongress durchgeführt wurde, kann eine exakte Rücklaufquote für die gesamte Fragebogenstudie nicht berechnet werden. Auf dem Kongress wurden 18 Fragebögen beantwortet. Im Rahmen der online durchgeführten Fragebogenstudie füllten 78 der 209 angeschriebenen Personen den Fragebogen aus, was eine Rücklaufquote von 37% ergibt.

Die Hauptherkunftsländer der Teilnehmer sind Deutschland, die USA und die Schweiz. Bei der Angabe des Berufs waren Mehrfachantworten möglich. Die am häufigsten vertretenen Berufsgruppen sind Ärzte, Philosophen und Pflegekräfte. Es haben etwas mehr weibliche als männliche Personen teilgenommen. Das Medianalter liegt bei 50 Jahren.

Tabelle 11: Demographische Daten

Herkunftsland	Anzahl
Deutschland	37
USA	10
Schweiz	9
Norwegen	7
Dänemark	6
Schweden	3
Frankreich	3
Italien	2
Brasilien	2
Kanada	2
Weitere Herkunftsländer	10
Keine Angabe	5
Beruf	Anzahl
Arzt	40
Philosoph	26
Pflegekraft	15
Ethiker	9
Psychologe	4
Theologe/Seelsorger	4
Soziologe	2
Weitere Berufe	7
Keine Angabe	8
Geschlecht	Anzahl/Prozent
Weiblich	50/52%
Männlich	41/43%
Keine Angabe	5/5%
Alter	Jahre
Mittelwert	49,9
Median	50

Demographische Daten der Teilnehmer, n=96

Weitere Berufe (jeweils eine Nennung): Biochemiker, Diplompädagogin, Ethikberaterin für das Gesundheitswesen/Personalentwicklerin, Fachkraft im öffentlichen Gesundheitswesen, Jurist, Manager, Sozialarbeiter

Weitere Herkunftsländer (jeweils eine Nennung): Australien, Bulgarien, Finnland, Japan, Kroatien, Niederlande, Österreich, Russland, Taiwan, Vereinigtes Königreich

Der Rahmen im Gesundheitswesen, in dem die Teilnehmer weitaus am häufigsten ethische Fallbesprechungen durchführen, ist das Krankenhaus, gefolgt von Langzeitpflegeeinrichtungen und dem ambulanten Bereich (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: In welchem Rahmen im Gesundheitswesen führen Sie ethische Fallbesprechungen durch?

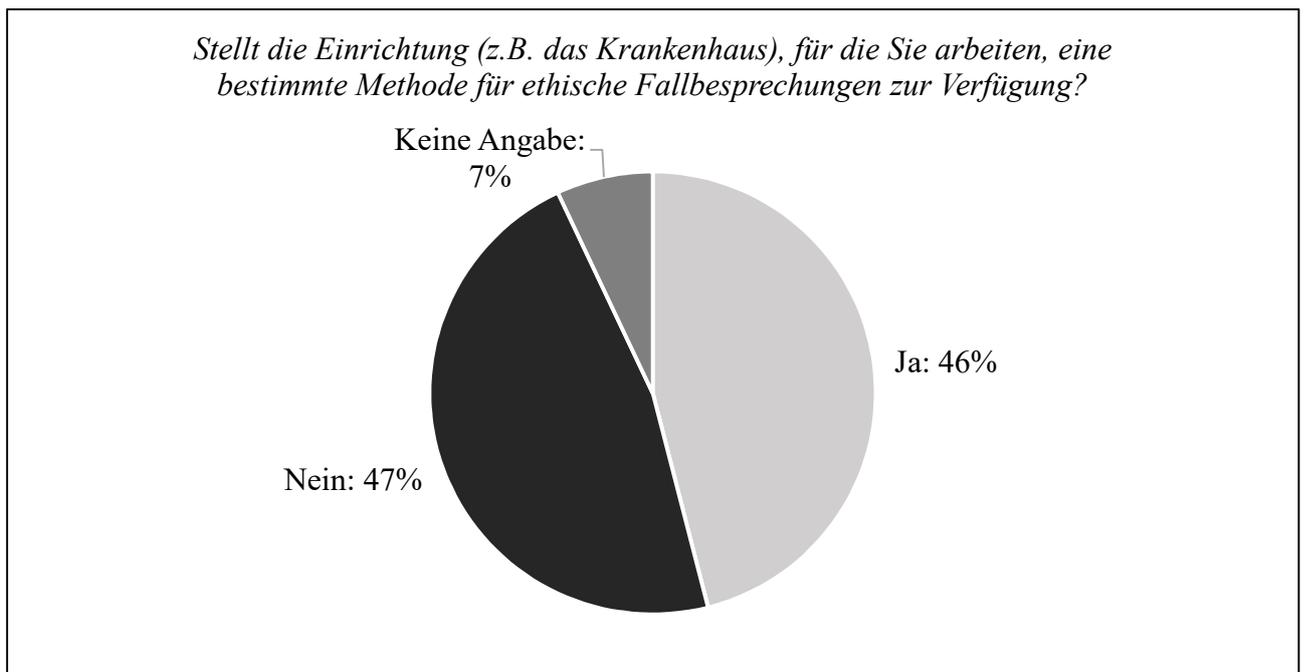
Antwort	Anzahl
In einem Krankenhaus	82
In einer Langzeitpflegeeinrichtung (z.B. Pflegeheim)	21
In einem ambulanten Rahmen	22
In der gemeindenahen Gesundheitsversorgung	3
In der Pflege psychisch kranker Menschen	2
Andere	5

Rahmen der ethischen Fallbesprechungen, n=96, Mehrfachantworten möglich

Andere: Auf eine philosophische Weise, quer durch alle Gesundheitseinrichtungen, in der Versorgung alter Menschen, Beim Unterricht für Medizinstudenten, in dem Fallbeispiele verwendet werden, in einer Vielzahl weiterer Einrichtungen einschließlich körperlicher und psychischer Gesundheitsversorgung (sowohl ambulant als auch stationär), Pädiatrie und Palliativmedizin

Einrichtungen, in denen die Teilnehmer arbeiten, die für ethische Fallbesprechungen eine bestimmte Methode zur Verfügung stellen, halten sich mit jenen, die dies nicht tun, in etwa die Waage (s. Abbildung 1).

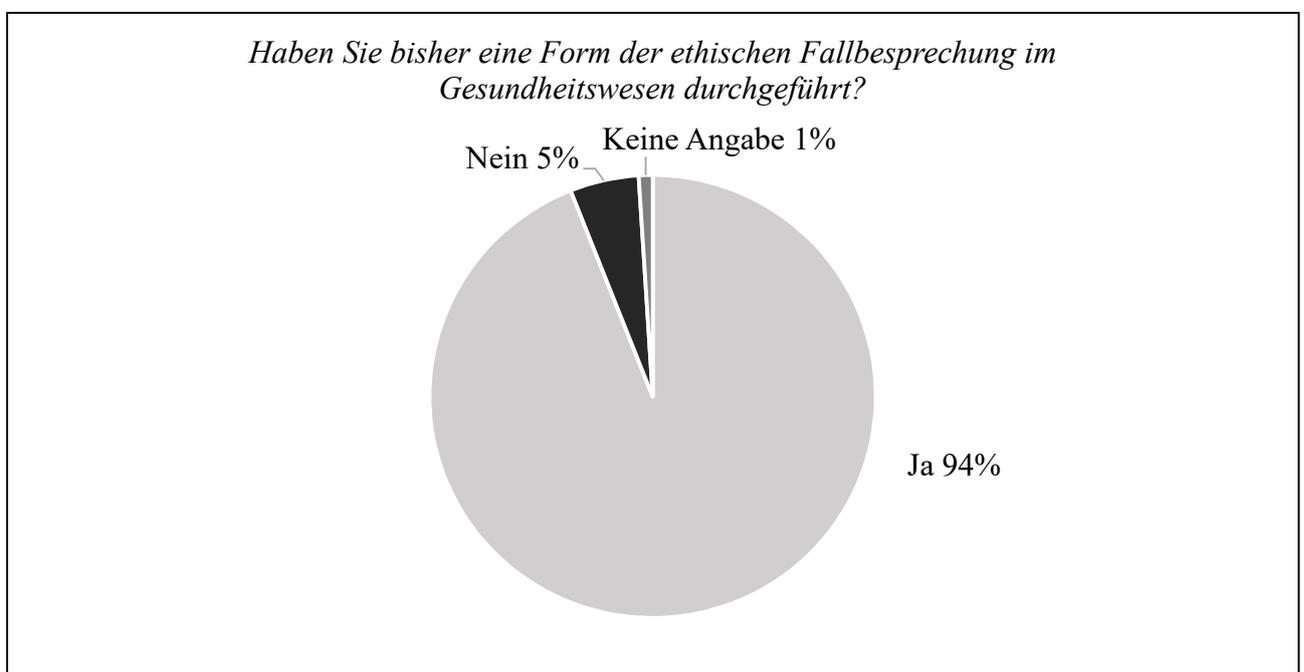
Abbildung 1: Bereitstellung von Methoden



Bereitstellung von Methoden für ethische Fallbesprechungen, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

90 der 96 Teilnehmer, also 94% der Teilnehmer, haben bisher eine Form der ethischen Fallbesprechung im Gesundheitswesen durchgeführt (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Durchführung ethischer Fallbesprechungen

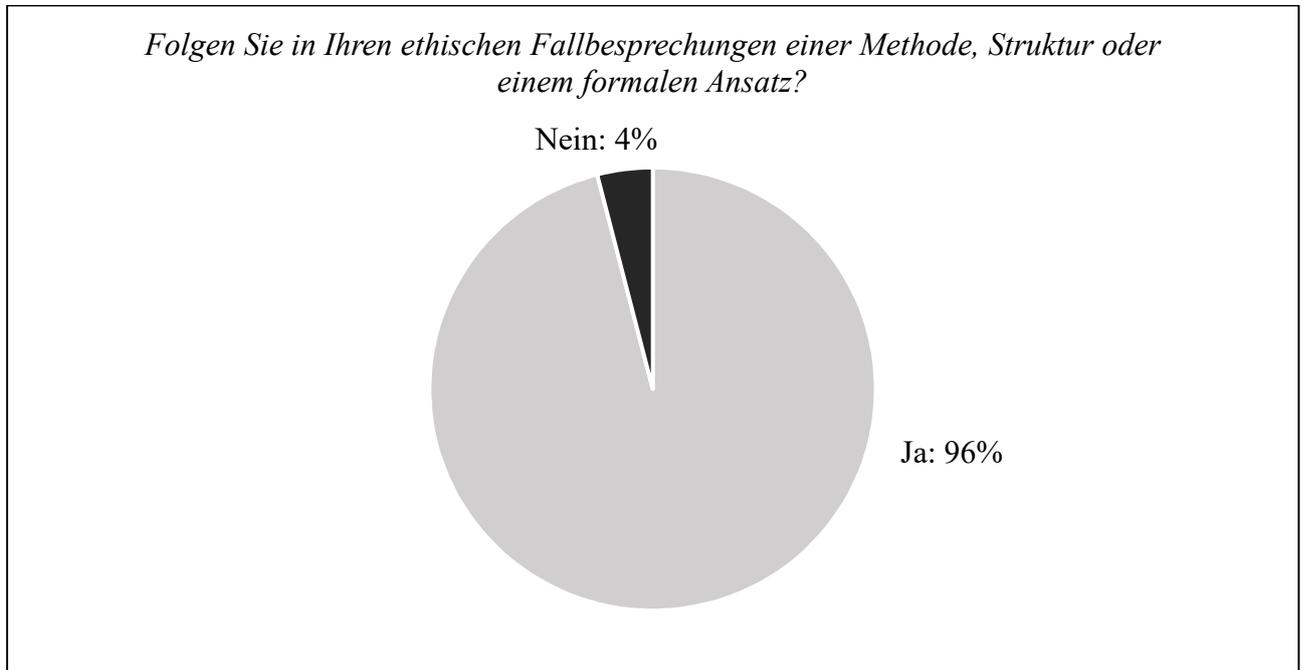


Bisherige Durchführung ethischer Fallbesprechungen, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Bei den folgenden beiden Fragen wurden nur die Antworten dieser 90 Personen berücksichtigt, da sich diese Fragen an Personen richten, die selbst schon ethische Fallbesprechungen im Gesundheitswesen durchgeführt haben. 96% dieser Personen folgen in

ihren ethischen Fallbesprechungen einer Methode, Struktur oder einem formalen Ansatz (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Verwendung von Methoden



Verwendung von Methoden in ethischen Fallbesprechungen, n=90, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Die Methoden, die die 90 Personen anwenden, die selbst ethische Fallbesprechungen durchgeführt haben, sind unten dargestellt. Am häufigsten verwendet werden die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer, die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn und der *Basler Leitfaden* nach Reiter-Theil. 18 Personen gaben an, eine selbst erstellte Methode zu verwenden (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Welche Methoden haben Sie bisher in ethischen Fallbesprechungen angewandt?

Methode	Anzahl
<i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i> (Marckmann/Mayer) [38]	23
<i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]	20
<i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]	19
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	15
<i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]	12
<i>SME¹-Modell/Norwegische nationale Leitlinien</i> (Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24]	12
<i>CASES²</i> (Fox et al.) [25]	6
<i>Bochumer Arbeitsbogen</i> (Sass et al.) [50]	5
<i>Karolinska model for ethical analysis</i> (Bartholdson et al.) [5]	3
<i>7 Schritte Dialog</i> (Baumann-Hölzle) [7]	2
<i>METAP³</i> (Albisser-Schleger et al.) [3]	2
<i>A Process and Format for Clinical Ethics Consultation</i> (Orr/Shelton) [42]	1
<i>BMC⁴ Ethics Work-Up</i> (Baylor College of Medicine, Center for Medical Ethics) [8]	1
<i>Clinical pragmatism</i> (Fletcher/Miller/Fins) [39]	1
<i>Hermeneutic Method</i> (Dekkers) [15]	1
<i>Lanza Foundation Protocol</i> (Viafora et al.) [60]	1
<i>Lille Model</i> (Cadoré et al.) [13]	1
<i>Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft</i> (Malteser Trägergesellschaft) [26]	1
<i>Marburger Modell</i> (Richter) [47]	1
<i>MEFES⁵</i> (Scheule) [51]	1
<i>Narrative Ethics of Care</i> (Paulsen) [43]	1
<i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp and Childress) [9]	1
<i>Socratic Dialogue</i> (Steinkamp/Gordijn) [56]	1

¹ Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

² Clarify the Consultation Request, Assemble the Relevant Information, Synthesize the Information, Explain the Synthesis, Support the Consultation Process

³ Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

⁴ Baylor College of Medicine

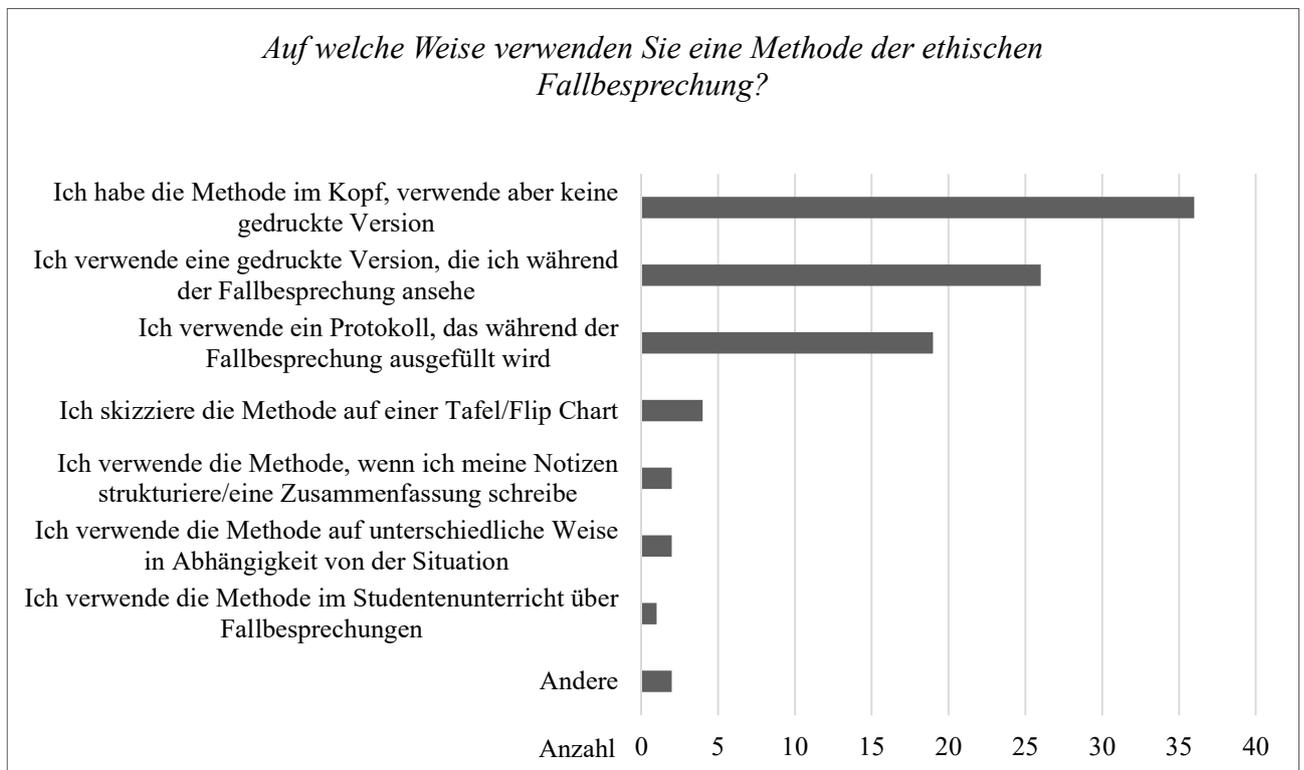
⁵ Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen

<i>So Far No Objections</i> (DuBois) [22]	1
Selbst erstellte Methode	18

Bisher durch die Teilnehmer in ethischen Fallbesprechungen verwendete Modelle, n=90, Mehrfachantworten möglich, in Klammern sind die Autoren genannt, die das Modell entwickelt und publiziert haben

Am häufigsten verwenden die Teilnehmer Methoden der ethischen Fallbesprechung, indem sie diese verinnerlicht haben und keine gedruckte Version nutzen, gefolgt von der Verwendung einer gedruckten Version, die während der Fallbesprechung angesehen wird (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Weise der Verwendung einer Methode



Weise der Verwendung der Methoden, n=96, Mehrfachantworten möglich, bei Antwortoption „Ich verwende die Methode auf eine andere Weise“ Freitextantworten möglich

Andere: Wir verwenden unsere Methode als Rahmen für die Mitglieder unseres Ethikkomitees, die an der Besprechung teilnehmen, Auszubildende haben die Möglichkeit, eine gedruckte Version der Methode zu verwenden und alle verwenden ein Protokoll in der Vorbereitung des späteren Beratungsprotokolls

Unten ist dargestellt, welche Methoden in welchen Ländern am häufigsten angewendet werden. Dabei geht es im Gegensatz zu obiger Frage nicht darum, welche Modelle die Teilnehmer selbst verwenden, sondern welche Modelle gemäß der Einschätzung der Teilnehmer in ihrem jeweiligen Herkunftsland am meisten verwendet werden. In Deutschland werden nach Angaben der Teilnehmer am häufigsten die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn und die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer verwendet. In den USA überwiegen der *4-Boxes-Approach* nach Jonsen, Winslade und

Siegler und in der Schweiz der *7 Schritte Dialog* von Dialog Ethik und *METAP* nach Albisser-Schleger et al. In Norwegen und Dänemark werden das *SME*-Modell, also die norwegischen nationalen Leitlinien für klinische Ethikkomitees, am häufigsten verwendet (s. Tabelle 14)

Tabelle 14: Welche Methoden der ethischen Fallbesprechung werden in Ihrem Land am häufigsten verwendet?

Antwort	Anzahl
Deutschland	
<i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]	9
<i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i> (Marckmann/Mayer) [38]	6
<i>Bochumer Arbeitsbogen</i> (Sass et al.) [50]	2
<i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]	1
<i>Klinische Methode</i> (Neitzke) [19]	1
Prinzipienorientierte Ansätze	1
USA	
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	6
<i>CASES</i> ⁶ (Fox et al.) [25]	3
Prinzipienorientierte Ansätze	2
<i>So Far No Objections</i> (DuBois) [22]	1
<i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp/Childress) [9]	1
Kasuistik	1
Schweiz	
<i>7 Schritte Dialog</i> (Dialog Ethik) [7]	3
<i>METAP</i> ⁷ (Albisser-Schleger et al.) [3]	2
<i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]	1
<i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]	1
<i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]	1
Prinzipienorientierte Ansätze	1
Selbst erstellte Zusammensetzungen von Methoden	1
Norwegen	
<i>SME</i> ⁸ -Modell/Norwegische nationale Leitlinien	7

⁶ Clarify the Consultation Request, Assemble the Relevant Information, Synthesize the Information, Explain the Synthesis, Support the Consultation Process

⁷ Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

⁸ Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

(Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24]	
Andere	3
Schweden	
<i>Actors Model</i> (Hermerén)	2
<i>Karolinska model for ethical analysis</i> (Bartholdson et al.) [5]	2
Andere	1
Finnland	
<i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]	1
Dänemark	
<i>SME⁹</i> -Modell/Norwegische nationale Leitlinien (Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24]	3
<i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]	1
Niederlande	
<i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]	1
<i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]	1
<i>Utrecht Method</i> (Bolt et al.) [11]	1
Frankreich	
<i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp/Childress) [9]	1
<i>Lille Model</i> (Cadoré, Boitte et al.) [13]	1
Italien	
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	1
<i>Lanza Foundation Protocol</i> (Viafora et al.) [60]	1
<i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]	1
Andere	3
Bulgarien	
<i>METAP¹⁰</i> (Albisser-Schleger et al.) [3] adaptiert	1
Russland	
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	1
Japan	
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	1
<i>Sheet for case-examination in clinical ethics</i> (Tetsuro Shimizu) [59]	1

⁹ Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

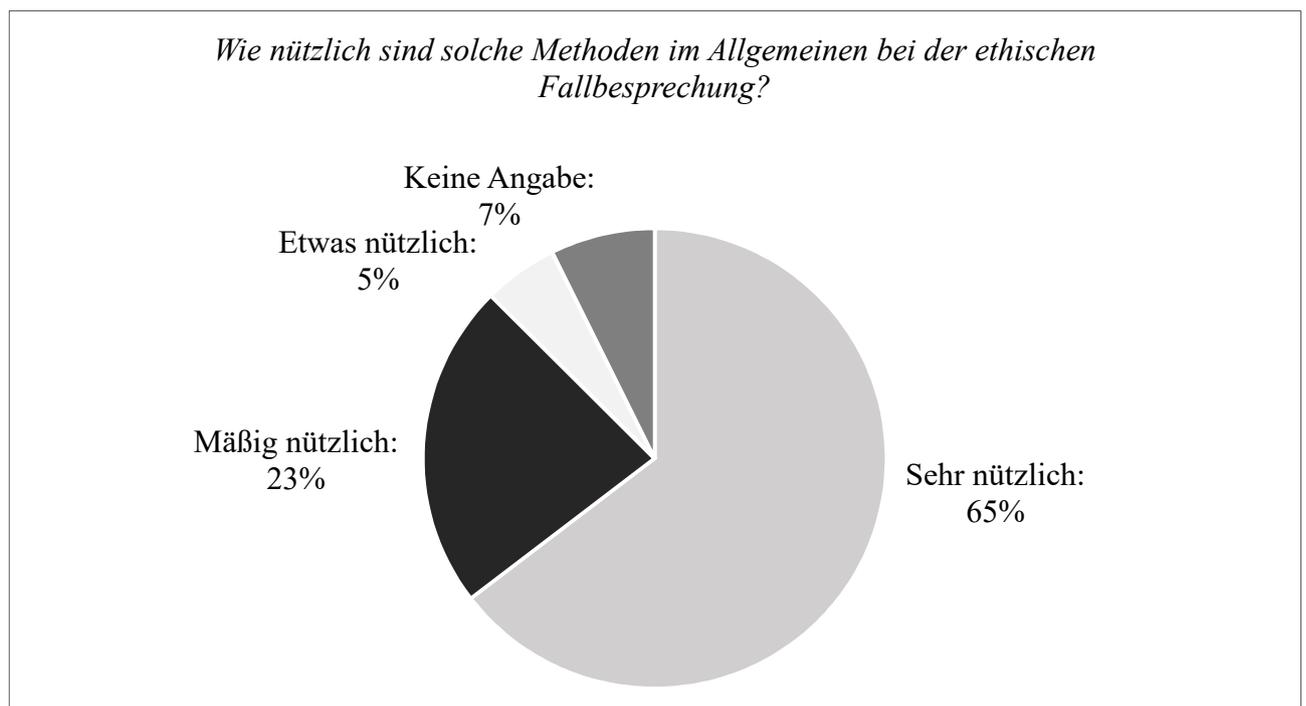
¹⁰ Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

Prinzipienorientierte Ansätze	1
Taiwan	
<i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]	1
Prinzipienorientierte Ansätze	1
Brasilien	
Fallstudien	1
Prinzipienorientierte Ansätze	1
Personenbezogene Ansätze	1

In den Herkunftsländern der Teilnehmer nach deren Einschätzung am häufigsten verwendete Modelle, n=96, Mehrfachantworten möglich, in Klammern sind die Autoren genannt, die das Modell entwickelt und publiziert haben

Die Mehrzahl der Teilnehmer beurteilt Methoden der ethischen Fallbesprechung als sehr nützlich (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Nützlichkeit der Methoden



Nützlichkeit der Methoden für die ethische Fallbesprechung, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Die wesentlichen Ziele der Methoden der ethischen Fallbesprechung sind für die Teilnehmer die Strukturierung der Diskussion und die Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte und Perspektiven vergessen wurden (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Welche sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Ziele der Methoden?

Antwort	Anzahl
Strukturierung der Diskussion	83
Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte oder Perspektiven vergessen werden	67
Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse	52
Ausbildung von Ethikberatern unabhängig von spezifischen Fallbesprechungen	25
Vorbereitung des Ethikberaters auf eine spezifische Fallbesprechung	21
Freitextantworten, kategorisiert:	
- Unterstützung von Reflexion und Dialog	5
- Vergleichbarkeit ethischer Beratungsgespräche und Transparenz	5
- Strukturierung der Dokumentation	2
- Sicherheit für die Teilnehmer	2
- Fokussierung auf den Patienten	1

Wesentliche Ziele der Methoden, n=96, Mehrfachantworten und Freitextantworten möglich

Unten werden die zu der Frage nach den wesentlichen Zielen der Methoden gegebenen Freitextantworten nach Kategorien gegliedert dargestellt (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Freitextantworten zu wesentlichen Zielen der Methoden nach Kategorien

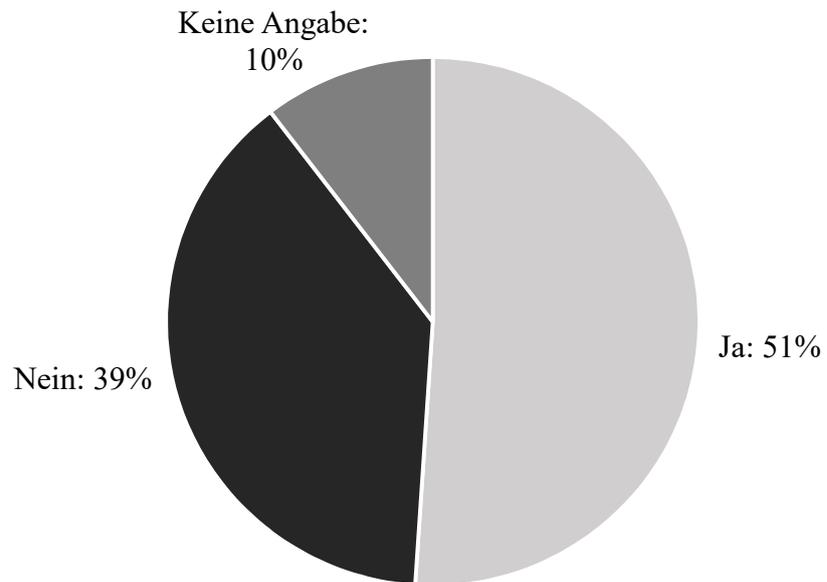
Unterstützung von Reflexion und Dialog
- „Die Reflexion von und den Dialog zwischen den Fachkräften fördern“
- „Ethisches Denken erkunden und erklären“
- „Menschen die eigenen Werte und die Werte anderer bewusst machen“
- „Das ethische Denken, das in einem Fall wirkt, offenlegen in einem dialogischen Format zwischen den subjektiven und objektiven Polen einer ethischen Fragestellung“
- „Die Qualität einer ethischen Beratung sicherstellen“
Vergleichbarkeit ethischer Beratungsgespräche und Transparenz
- „Zur Transparenz beitragen, das heißt das Denken für andere zu artikulieren“
- „Transparenz herzustellen, sowohl bezüglich der Struktur der Beratung als auch bezüglich gegenseitiger Erwartungen der Teilnehmer“
- „Dazu beitragen, Ethikberatungen vergleichbarer zu machen, z.B. für begleitende Forschung, Evaluation und Bildung“
- „Mit ethischen Fragen umgehen unabhängig von Kultur und Religion in einer zunehmend ethnisch und religiös unterschiedlichen Umgebung“
- „Ein gemeinsames Verständnis des Komitees darstellen über den Ablauf und die Wichtigkeit von Werten und Prinzipien“
Strukturierung der Dokumentation
- „Bereitstellung einer Struktur, um Notizen zu machen und die Evaluation vorzubereiten“
- „Dokumentation des Ergebnisses“
Sicherheit für die Teilnehmer
- „Der relativ festgelegte Ablauf einer Methode gibt neben der Struktur eine größere Sicherheit für den Moderator in einer (nicht alltäglichen) Situation“
- „Den Teilnehmern ein sichereres Gefühl geben, indem eine autorisierte Methode verwendet wird“
Fokussierung auf den Patienten
- „Den Patienten/Klienten in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen“

Freitextantworten zu wesentlichen Zielen der Methoden nach Kategorien; die Antworten wurden jeweils einmal genannt

Für die Mehrzahl der Teilnehmer hängt das Ergebnis einer Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab (s. Abbildung 17).

Abbildung 17: Abhängigkeit des Ergebnisses von der Methode

Hängt Ihrer Meinung nach das Ergebnis (die Entscheidung) einer ethischen Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab?



Abhängigkeit des Ergebnisses der ethischen Fallbesprechung von der Methode, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

3.3. Fallbesprechungsstudie

Zunächst wird der Ablauf der drei Fallbesprechungen zusammengefasst. Es folgt eine Darstellung der Gesprächsergebnisse und ihrer Entstehung und der ethischen Deliberation in den Gesprächen. Schließlich werden die drei Moderatoren der Besprechungen typisiert.

3.3.1. Zusammenfassung der Fallbesprechungen

Box 6: Zusammenfassung Fallbesprechung A

- Vorstellung der Ziele des Gesprächs und des geplanten Gesprächsablaufs durch Moderator A
- Dr. Freis, Frau Fischers und Herrn Wolfs Berichte über Annas Situation
- Besprechung der Handlungsoptionen (weitere stationäre Therapie, Betreuung zuhause mit ambulanter Behandlung, Aufnahme in ein Hospiz)
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit und Bewertung aus der Autonomieperspektive
- Abwägung der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive
- Einigung auf Bevorzugung der weiteren intensiven stationären Therapie, Angebot der ambulanten Behandlung, falls dies nicht möglich sein sollte und erneute Besprechung, wenn weiterhin der Wunsch nach Betreuung in einem Hospiz im Vordergrund stehen sollte

Zusammenfassung der Fallbesprechung A

Box 7: Zusammenfassung Fallbesprechung B

- Einleitung des Gesprächs durch Moderatorin B

- Herrn Wolfs Verlassen des Besprechungsraumes auf Bitte der Moderatorin
- Dr. Freis und Frau Fischers Berichte über Annas Situation
- Besprechung der Handlungsoptionen (weitere stationäre Therapie, Betreuung zuhause mit ambulanter Behandlung, Aufnahme in ein Hospiz)
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch Dr. Frei und Frau Fischer
- Besprechung des Verhältnisses zu den Eltern der Patientin
- Herrn Wolfs erneutes Betreten des Besprechungsraumes auf Bitte der Moderatorin
- Zusammenfassung des bisherigen Gesprächsverlaufs durch die Moderatorin und Hinweis auf den Konsens der Beteiligten bezüglich des weiteren Vorgehens
- Diskussion der Option, Anna zuhause zu betreuen und Ablehnung aufgrund des damit verbundenen Risikos für Anna
- Besprechung der Möglichkeit einer Betreuung Annas in einer Tagesklinik
- Ansprechen der Autonomieperspektive der Patientin durch Dr. Frei
- Anregung zur Entwicklung eines Konzepts von Angeboten an die Patientin
- Ansprechen der Autonomieperspektive der Patientin durch Dr. Frei
- Erwähnung der Hoffnung auf Therapieerfolg durch Frau Fischer
- Zusammenfassung der besprochenen Handlungsideen durch Moderatorin B
- Dr. Freis Bitte um Besprechung des Vorgehens im Fall, dass die Patientin bei dem Wunsch nach palliativer Versorgung bleibt
- Moderatorin Bs Darstellung der Problematik einer Zwangsernährung und Vorschlag einer erneuten Besprechung
- Diskussion von Ideen für Angebote an die Patientin durch Frau Fischer und Herrn Wolf
- Zusammenfassung der besprochenen Handlungsideen durch Moderatorin B
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit
- Vereinbarung, eine passendere, möglicherweise offenere Betreuungsform für die Patientin zu finden, ihr Angebote für die Einbindung in ein unterstützendes Umfeld zu machen und sich erneut zu einer Besprechung zu treffen um zu sehen, wie die Patientin auf die Maßnahmen reagiert hat

Zusammenfassung der Fallbesprechung B

Box 8: Zusammenfassung Fallbesprechung C

- Vorbesprechung mit Moderatorin C und Dr. Frei, Moderatorin Cs Frage an Dr. Frei nach der Auswahl der Teilnehmer

- Dr. Freis Erläuterung der Auswahl der Teilnehmer
- Besprechung, ob Frau Fischer und Herr Wolf von Beginn an an der Beratung teilnehmen sollen
- Hinzuholen von Frau Fischer und Herrn Wolf, Vorstellung
- Vorstellung der Ziele des Gesprächs und des geplanten Gesprächsablaufs durch Moderatorin C
- Dr. Freis Bericht über Annas Situation
- Frau Fischers Bericht über Annas Situation und Meinungsverschiedenheiten unter den Pflegefachleuten
- Darstellung von Annas Psychopathologie durch Dr. Frei auf Nachfrage von Moderatorin C
- Herr Wolfs Bericht über Annas Situation und den Zugang der Eltern zu Anna
- Moderatorin Cs Ansprechen der Autonomieperspektive und Urteilsfähigkeit der Patientin
- Dr. Freis Darstellung der Option, Anna in einer palliativen Einrichtung betreuen zu lassen
- Diskussion von Ideen für Angebote an die Patientin durch Frau Fischer und Herrn Wolf
- Moderatorin Cs Anregung , Anna mehr Selbstbestimmung zu geben und ihr die Verfassung einer Patientenverfügung anzubieten
- Diskussion eines möglicherweise passenden Wohn- und Behandlungsumfelds für Anna
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit und Bewertung aus der Autonomieperspektive
- Abwägung der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive
- Einigung auf das Angebot einer Patientenverfügung an Anna und Suche nach einer passenden Wohnform, dabei weiterhin intensive Begleitung und therapeutische Betreuung

Zusammenfassung der Fallbesprechung C

3.3.2. Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung

Die hinsichtlich der Gesprächsergebnisse untersuchten Fragestellungen sind, welche Handlungsalternative als Ergebnis festgehalten wurde, durch wen und in welchem Kontext des Gesprächs diese Option eingebracht wurde und warum sich diese Option durchsetzte.

Tabelle 18: Übersicht über Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung

	Fallbesprechung A	Fallbesprechung B	Fallbesprechung C
Was ist das Gesprächsergebnis?	Versuch, die stationäre Behandlung fortzusetzen, alternativ ambulante Behandlung	Finden einer passenderen Betreuungsform und Verbesserung des Umfelds der Patientin	Angebot der Patientenverfügung, Suche nach einer geeigneteren Wohnform
Wer bringt das spätere Ergebnis zuerst in das Gespräch ein?	Moderator A	Moderatorin B	Moderatorin C
In welchem Kontext im Gespräch geschieht das?	Ermittlung der Handlungsalternativen durch Moderator A	Eruierung einer „mittleren“ Option durch Moderatorin B	Vorausgehende Schilderung der Wünsche der Patientin durch Dr. Frei und Frau Fischer
Warum setzt sich diese Option durch?	Ergebnis einer strukturierten Abwägung durch alle Gesprächsteilnehmer	Konsens der Gesprächsteilnehmer, knappe Abwägung	Zustimmung der Teilnehmer zu Moderatorin Cs Vorschlägen

Übersicht über die Gesprächsergebnisse der Fallbesprechungen und ihre Entstehung; Moderator A und B verwendeten als Moderationsgrundlage die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer, Moderatorin C verwendete den *Basler Leitfaden*

Fallbesprechung A

Das Ergebnis der von Moderator A moderierten Falldiskussion ist, sich für Annas Wohlergehen einzusetzen, jedoch nicht mit allen Mitteln. Insbesondere solle kein Zwang angewendet werden, da dies nicht Annas Willen entspreche. Es werden zwei Handlungsoptionen beschlossen: zunächst soll versucht werden, Anna für eine Fortsetzung

der stationären Therapie zu gewinnen. Falls das nicht möglich wäre, würde Anna eine ambulante Therapie angeboten.

Die erste Handlungsoption wird auf Moderator As Frage nach maximaler Therapie (TA, Z.337-339) hin erstmalig besprochen (TA, TB und TC bezeichnen die Transkripte der Fallbesprechungen A, B und C, gefolgt von der Zeilenangabe im jeweiligen Transkript).

Dr. Frei erklärt die Möglichkeit der weiteren stationären Behandlung und die Aussichten auf Therapieerfolg, die bei dieser Option zu erwarten wären (TA, Z.373-380, 384-388, 392-407, 411, 417-425), Frau Fischer ergänzt mögliche zusätzliche Angebote an Anna (TA, Z.465-493). Auch die zweite Handlungsoption wird auf die Initiative von Moderator A hin besprochen. Er fragt, ob es einen Zwischenweg gebe und ob Anna nach Hause gehen könne (TA, Z. 533f., 537, 568). Dr. Frei antwortet, bei dieser Option wäre die Gefahr größer, dass sich Annas Situation verschlechtert (TA, Z.539-543). Herr Wolf erwidert, es sei kein Problem, wenn Anna nach Hause komme (TA, Z.570). Moderator A erklärt daraufhin: „(...) das ist natürlich möglicherweise nicht die Handlungsoption, die wir bevorzugen würden. Aber man muss natürlich auch mal durchspielen, was macht man denn, wenn man sie in der stationären Behandlung, das wäre die erste Option, nicht halten kann? Und solange sie einwilligungsfähig ist, dürfte es schwer sein mit Zwangsernährung und Zwangsunterbringung. Das heißt wir haben dann möglicherweise gar keine Option, sie tatsächlich dort mit Zwang zu halten und dann müsste man auf die zweite Option, nämlich diese ambulante Betreuung eventuell ausweichen (...)“ (TA, Z.572-578).

Das Besprechungsergebnis ist schließlich die Konsequenz eines strukturierten Abwägungsprozesses. In der Bewertung aus der Fürsorgeperspektive sind sich Dr. Frei, Herr Wolf und Frau Fischer einig, dass aus ihrer Sicht eine Fortsetzung der stationären Therapie zu bevorzugen wäre (TA, Z.595-622). Das Ergebnis der Bewertung aus der Autonomieperspektive ist, dass die palliative Versorgung am ehesten Annas Willen entsprechen würde (TA, Z.725-735). Nachdem sich in der Abwägung zwischen Wohlergehens- und Autonomieperspektive Frau Fischer und Herr Wolf für den Wohlergehensaspekt aussprachen und Dr. Frei für eine Unterbrechung der stationären Therapie plädierte, schlägt Moderator A das oben genannte Ergebnis vor (TA, Z.843-854, 885-897). Herr Wolf, Frau Fischer und Dr. Frei stimmen dem zu (TA, Z.899, 901, 903).

Fallbesprechung B

In dem von Moderatorin B geleiteten Gespräch besteht wird als Ergebnis festgehalten, dass Anna weiter psychotherapeutisch betreut wird, möglicherweise ambulant, und versucht wird, ihr Umfeld besser zu gestalten.

Einen mittleren Behandlungsweg zwischen maximaler Therapie und palliativer Versorgung spricht Moderatorin B erstmalig an und fragt nach Einrichtungen für Anna und Möglichkeiten, ihr Lebensumfeld zu ändern (TB, Z.158-163). Frau Fischer erwähnt daraufhin die Idee, dass Anna mit Kindern arbeiten könnte, um gefordert zu werden (TB, Z.176-189) und Dr. Frei spricht über die Option einer Betreuung in einer Tagesklinik (TB, Z.200f., 207-211).

Nachdem Moderatorin B zu der Überzeugung gelangt ist, dass sich die Gesprächsteilnehmer einig seien, was das Beste für Anna sei, spricht Moderatorin B bereits von einem Ergebnis: „Also ich sehe, es gibt eigentlich gar keinen Konflikt in dem Weg, was für Ihre Tochter das Beste ist, zwischen den Ärzten, den Krankenschwestern und Ihnen (Hr. Wolf, Anm.). Und es ist jetzt wichtig, dass wir an einem Strang ziehen für das Ziel. Und dazu brauchen wir jetzt, also Sie haben schon gemeint, vielleicht sogar eine offene Betreuung, wo sie eine Aufgabe hätte und vielleicht mal eine Stunde oder wie auch immer, wie es ihre Belastung zulässt, auch mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten. Dass sie eine Aufgabe hat, dass man sie sozial besser einbindet in irgendein Netz.“ (TB, Z.327-333).

Moderatorin B ist zwar bewusst, dass Anna ein anderes Vorgehen wünscht (TB, Z.214) und Dr. Frei weist mehrfach auf den Autonomieaspekt hin (TB, Z. Z.426-430, 536-548, 570-572, 577f.). Diese Perspektive wird jedoch kaum diskutiert. Im weiteren Verlauf des Gesprächs geht es vor allem darum, ein Konzept auszuarbeiten, welche Vorschläge man Anna machen und wie man ihre Umgebung besser gestalten könne.

Fallbesprechung C

In Fallbesprechung C wird als Ergebnis formuliert, Anna anzubieten, eine Patientenverfügung zu verfassen und eine passende Wohnform für sie zu finden, um einen neuen Kommunikations- und Nachdenkprozess mit ihr anzustoßen und ihr den Respekt vor ihrer Selbstbestimmung zu demonstrieren (TC, Z. 689-704, 713-751, 964-981, 985-993).

Die Handlungsoption, für Anna eine passende Wohnform, möglicherweise außerhalb des medizinischen Bereichs, zu finden, erwähnt Moderatorin C erstmalig. Zuvor spricht Frau Fischer davon, dass Anna ihre Ruhe haben wolle und sie Anna vorgeschlagen habe, in einem

Kindergarten zu arbeiten (TC, Z.542-558, 579-586) und Dr. Frei erwähnt, Anna stelle sich vor, in einem Hospiz die Ruhe zu haben, ihren Lebensbericht zu schreiben (TC, Z.593-596). Daraufhin äußert Moderatorin C die Vermutung, dass Anna sich einen Ort wünsche, an dem sie nicht bedrängt werde, sie selbst sein und etwas leisten könne. Eine medizinische Einrichtung sei dafür möglicherweise nicht der richtige Ort (TC, Z.598-606).

Auch die Patientenverfügung wird von Moderatorin C in das Gespräch eingebracht. Sie spricht darüber, dass Anna möglicherweise nicht mehr das Gefühl habe, ihr Leben selbst steuern zu können und schlägt eine Patientenverfügung zusammen mit einem Gesprächsangebot an Anna vor, um ihr mehr Selbstverantwortung zu geben und ihr zu zeigen, dass ihr Wille respektiert werde (TC, Z.651-685, 689-704, 713-751). „Wenn wir uns einen kurzen Moment damit beschäftigen würden, glaube ich, kommen wir in den Kern der Ambivalenz rein. Weil Patientenverfügung klingt ja normalerweise so wie ach, da will jemand sein Ende festlegen und das ist genau das, was Sie nicht wollen. Genau wie Sie auch sagen: „Hospiz, nein, also so ein Ende wollen wir auf keinen Fall“. Aber eine Patientenverfügung erlaubt ja auch, in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der Patientin zu kommen (...)“ (TC, Z.689-694), „Ob man ihr nicht vielleicht doch ein bisschen mehr Kapitänswürde zusprechen kann, und dann aber auch bei ihr bleiben, nicht einfach nur ein Formular hinlegen und so weiter.“ (TC, Z.699-701).

Dr. Frei befürwortet den Vorschlag der Patientenverfügung und Beratung (TC, Z.787-790) und auch Herr Wolf spricht sich für das Angebot aus, eine Patientenverfügung zu verfassen (TC, Z.946-951).

Zusammenfassung

Jedes der drei Gesprächsergebnisse liegt zwischen den beiden Polen der „maximalen Therapie“ und der palliativen Behandlung. In allen Besprechungen wird versucht, einen Mittelweg zwischen diesen beiden Extremen zu finden.

Dabei ist es in jedem der Gespräche der Moderator, der die später als Ergebnis festgehaltene Option zuerst formuliert.

3.3.3. Ethische Deliberation

Fallbesprechung A

In dem von Moderator A geleiteten Gespräch werden die Verpflichtungen, die sich aus der Fürsorge- und der Autonomieperspektive ergeben, von allen Beteiligten strukturiert und ausführlich besprochen.

a) Bewertung

Fürsorge, Schadensvermeidung

Nachdem drei Handlungsalternativen (Fortsetzung der stationären Therapie, ambulante Therapie und palliative Versorgung) entworfen wurden, bittet Moderator A alle Gesprächsteilnehmer um eine Bewertung aus der Fürsorgeperspektive (TA, Z.583-593). Daraufhin erklären Dr. Frei, Frau Fischer und Herr Wolf, dass aus ihrer Sicht die Fortsetzung der stationären Therapie zu bevorzugen wäre (TA, Z.595-622).

Respekt vor der Autonomie

Im späteren Gesprächsverlauf spricht Moderator A die Autonomieperspektive an und merkt an, Anna lehne offenbar weitere Therapieversuche ab und wolle Zeit gewinnen, um ihren Lebensbericht zu schreiben. Er stellt Dr. Frei und Frau Fischer die Frage, wie Anna den Wunsch, in ein Hospiz zu gehen, begründet habe (TA, Z.696-700). Offenbar strebt Moderator A an, zu einer fundierten Analyse der Autonomieperspektive der Patientin nicht nur ihre Aussagen in Betracht zu ziehen, sondern auch den Willen zu ergründen, der dahinter steht. Dr. Frei erklärt, Anna wolle in Ruhe gelassen werden und sehe keinen Sinn mehr in der Therapie. Sie könne die Erkrankung, die Therapiemöglichkeiten und ihre Heilungschancen gut reflektieren und würde den Rest ihrer Zeit gerne in angenehmer Umgebung im Hospiz verbringen (TA, Z.703-718). Auf Moderator As Nachfrage bestätigt Dr. Frei, dass Anna verstehe, dass sie sterben wird, wenn sie sich der Therapie in der Psychiatrie entzieht und in ein Hospiz geht (TA, Z.720-723). Moderator A stellt daraufhin fest, dass man die dritte Handlungsoption wählen müsse, wenn man Annas Willen berücksichtigen wolle, insbesondere da sie als einwilligungsfähig angesehen werde und ihre Lage reflektieren könne (TA, Z.725-734).

Gerechtigkeit

Den Gerechtigkeitsaspekt spricht Frau Fischer in einem früheren Abschnitt des Gesprächs kurz an, als sie von Kollegen erzählt, die lieber mehr Zeit für andere Patienten als Anna aufwenden würden, da sie diesen besser helfen könnten und ihnen Annas schwankende Haltung zur Therapie missfalle (TA, Z.170-174).

b) Synthese

Nach der Bewertung der Handlungsoptionen unter verschiedenen Aspekten wird der Konflikt, der durch die unterschiedlichen Verpflichtungen aus der Fürsorge- und der Autonomieperspektive entsteht, beschrieben. Die Gesprächsteilnehmer diskutieren, wie sie eine begründete Abwägung treffen können und einigen sich auf das weitere Vorgehen.

Zunächst fasst Moderator A die Bewertung zusammen (TA, Z.746-755), macht den Konflikt zwischen den Verpflichtungen aus der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive (TA, Z.755-759) deutlich und stellt dann die Frage, ob man dabei zu einer begründeten Abwägung kommen könne. Er erklärt, dass man seiner Meinung nach Anna die Verlegung in ein Hospiz verweigern könne. Dr. Frei bestätigt, dass man in der Hinsicht nicht aktiv werden müsse (TA, Z.768). Erläutert, dass, wenn Anna selbst ein Hospiz um ihre Aufnahme bitten würde, die Behandelnden gefragt werden würden, ob sie dies für sinnvoll hielten. Wenn die Behandelnden dies verneinten, würde Anna wahrscheinlich nicht aufgenommen (TA, Z.774f., 781-787).

Daraufhin zeigt Moderator A die Gegenposition auf und stellt die Frage, ob es nicht andererseits vertretbar wäre, Annas Willen zu folgen, da sie entscheidungsfähig und reflektiert sei, einen langen Krankheitsverlauf hatte und die Prognose bei der fortgesetzten stationären Therapie schlecht sei. Frau Fischer entgegnet, sie könne dies nicht zulassen (TA, Z.801-807) und Dr. Frei schlägt vor, Anna zumindest vorübergehend nach Hause zu entlassen (TA, Z.809f.). Herr Wolf äußert Bedenken gegenüber einer Pflege zuhause (TA, Z.813f., 818-820), sagt aber, er würde Anna nach Hause holen, wenn sie es wünsche (TA, Z.820-822, 826-828).

Moderator A erklärt, er habe den Eindruck, Frau Fischer und Herr Wolf würden sich eher für die Fürsorgeperspektive entscheiden und fragt Dr. Frei nach seiner Meinung (TA, Z.830-833). Dieser spricht sich dafür aus, die stationäre Therapie zu unterbrechen und Anna in ein Hospiz oder nach Hause gehen zu lassen (TA, Z.835-841).

Moderator A schlägt schließlich vor, für Annas Wohlergehen zu kämpfen, jedoch nicht mit allen Mitteln, da dies nicht Annas Willen entspreche. Man könne also versuchen, Anna für eine Fortsetzung der stationären Therapie zu gewinnen und falls sie das ablehne, sie nach Hause gehen zu lassen (TA, Z.843-853, 885-890). Die Aufnahme in ein Hospiz werde Anna zunächst nicht angeboten, sondern dies würde bei einem weiteren Treffen besprochen werden, falls beide anderen Optionen nicht möglich seien (TA, Z.890-896). Herr Wolf, Frau Fischer und Dr. Frei stimmen diesem Vorgehen zu (TA, Z.899-903).

Fallbesprechung B

In der Fallbesprechung B wird die Fürsorgeperspektive von allen Gesprächsteilnehmern besprochen. Der Autonomieaspekt wird von Dr. Frei mehrfach angesprochen, es kommt jedoch zu keiner Diskussion darüber. Die Gerechtigkeitsperspektive wird kurz angesprochen.

a) Bewertung

Fürsorge, Schadensvermeidung

Moderatorin B bittet Dr. Frei und Frau Fischer um eine Bewertung aus der Fürsorgeperspektive (TB, Z.222-224). Dr. Frei antwortet, er sei sich unsicher und verstehe Annas Wunsch nach einem Therapieende, halte es aber für medizinisch indiziert, sie störungsspezifisch weiter zu behandeln und glaube, man solle dies noch einmal versuchen (TB, Z.227-231). Auf Moderatorin Bs Nachfrage spricht sich Dr. Frei gegen eine Zwangsernährung Annas aus (TB, Z.240). Frau Fischer befürwortet, Anna weiter stationär zu behandeln mit der Aussicht auf eine spätere ambulante Therapie und einer Arbeit mit Kindern, um Anna zu fordern (TB, Z.244-252).

Später im Gespräch spricht Herr Wolf davon, dass seine Frau entschieden dagegen sei, Anna palliativ zu behandeln (TB, Z.356-360) und vorgeschlagen habe, Anna nach Hause zu holen (TB, Z.373f.). Herr Wolf, und auf Moderatorin Bs Nachfrage auch Dr. Frei, erklären, dass sie diese Option für gefährlich halten (TB, Z.374-388). Moderatorin B schließt diese Handlungsoption daraufhin aus (TB, Z.391).

Anschließend fragt Moderatorin B die Gesprächsteilnehmer nach Ihrer Meinung zur Tagespflege. Dr. Frei erklärt, die Behandlung in einer Tagesklinik sei ein Zwischenweg, Frau Fischer und Herr Wolf stimmen der Option zu (TB, Z. 391-406).

Respekt vor der Autonomie

Moderatorin B spricht Annas Willen und ihre Lebensmüdigkeit kurz an, stellt dem dann aber gegenüber, was aus Sicht der Behandler für Annas Lebenswillen spräche: sie habe Lebensqualität und Ziele wie die Beendigung ihres Lebensberichts oder die Arbeit mit Kindern. Weiter geht Moderatorin B auf die Autonomieperspektive nicht ein, sondern spricht darüber, dass man kreative Vorschläge zu Annas Unterstützung sammeln müsse (TB, Z.320-334).

Im späteren Gesprächsverlauf erklärt Dr. Frei, dass die Problematik, die zu der Fallbesprechung geführt habe, darin bestehe, dass Anna volljährig, entscheidungsfähig und reflektiert sei und Unsicherheit darüber bestehe, wie mit ihrem Willen umzugehen sei (TB, Z.426-430). Moderatorin B geht auf den Autonomieaspekt nicht ein, sondern wiederholt, dass man ein Konzept für Angebote an Anna brauche (TB, Z.432-443). Sie erwähnt kurz, dass Annas Wille nicht unbeachtet bleiben könne: „Natürlich kommen wir um Ihren Willen nicht herum“ (TB, Z.443f.). Dann spricht sie aber von Zwangsbehandlung und erwähnt Annas Wunsch nach palliativer Versorgung nicht (TB, Z.444-446).

Dr. Frei geht später erneut ausführlich auf die Autonomieperspektive ein. Anna sei erfahren in Bezug auf ihre Krankheit, reflektiert und entscheidungsfähig, und ihr Wille müsse respektiert werden (TB, Z.536-548). Die Gesprächsteilnehmer greifen diesen Aspekt nicht auf; Frau Fischer spricht über Annas Sturheit (TB, Z.550-558) und Moderatorin B fasst das geplante Vorgehen zusammen (TB, Z.560-568).

Daraufhin erklärt Dr. Frei, dass er gerne besprechen würde, was zu tun sei, wenn Anna bei ihrer Meinung bleibe (TB, Z.570-572, 577f.) und dass eine Lösung über ein Gericht wohl sehr lange dauern würde (TB, Z.578-581). Moderatorin B antwortet, dass eine Behandlung gegen Annas Willen nicht zielführend sei und man nun „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594) müsse und sich von alternativen Handlungsoptionen wie einer gerichtlichen Entscheidung oder palliativer Versorgung nicht beirren lassen solle (TB, Z.583-586, 590-594). Moderatorin B schlägt ein Folgetreffen vor, um zu besprechen, wie Anna auf die verschiedenen Maßnahmen reagiert habe (TB, Z.600-602).

Gerechtigkeit

Moderatorin B fragt nach Verpflichtungen gegenüber Dritten, insbesondere nach dem Verhältnis zu den Eltern (TB, Z.262-264, 268-272). Dr. Frei und Frau Fischer erwidern, die

Eltern spielten eine große Rolle, der Vater sei häufig präsent und trete dominant auf (TB, Z.274-279).

b) Synthese

Schon früh im Gespräch nimmt Moderatorin B das Ergebnis vorweg, ohne die verschiedenen Verpflichtungen, die sich aus der Autonomie- und aus der Fürsorgeperspektive ergeben, gegeneinander abzuwägen (TB, Z.327-329). Nachdem Frau Fischer (TB, Z.220, 244-252), Dr. Frei (TB, Z.227-231) und Herr Wolf (TB, Z.291-299) sich für andere Handlungsoptionen als die Verlegung in ein Hospiz ausgesprochen haben, schließt Moderatorin B die palliative Versorgung aus (TB, Z.257f., 317f., 362, 367). Aus Moderatorin Bs Sicht sind sich Arzt, Krankenschwester und Vater einig, wie sie mehrfach betont (TB, Z. 255, 327f., 420, 524-527), was das Beste für Anna sei: Aufgaben, eine andere Gestaltung ihres Umfelds und psychotherapeutische Begleitung (TB, Z.255-257). Moderatorin B legt dies somit als Ziel fest (TB, Z.327-329) und sagt, es gehe darum, dass alle „an einem Strang ziehen“ (TB, Z.329), „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594) und kreativ nach Lösungen suchen, um Anna Angebote machen zu können (TB, Z.446-451). Dr. Frei bringt mehrfach den Autonomieaspekt in das Gespräch ein (TB, Z. 426-430, 536-548, 570-572, 577f.), es kommt jedoch nicht zu einer Diskussion dieses Aspekts oder zu einer Abwägung zwischen Autonomie- und Fürsorgeperspektive. Wenn Moderatorin B auf Annas Willen eingeht, dann meist im Hinblick auf Zwangsernährung gegen ihren Willen und nicht auf Annas Wunsch nach palliativer Versorgung (TB, Z.443-446, 583-586, 590-592).

Fallbesprechung C

In der Fallbesprechung, die von Moderatorin C geleitet wurde, kommen in der Bewertung aus der Fürsorgeperspektive alle Beteiligten zur Sprache. Der Autonomieaspekt nimmt sehr großen Raum ein, die Gerechtigkeitsperspektive wird kurz angesprochen.

a) Bewertung

Fürsorge, Schadensvermeidung

Zuerst geht Frau Fischer auf die Bewertung aus der Fürsorgeperspektive ein. Sie äußert Verständnis dafür, dass Anna in Ruhe gelassen werden wolle. Jedoch erklärt Frau Fischer, dass sie versuche, Anna von dem Wunsch nach palliativer Versorgung abzubringen, da Frau Fischer nicht davon überzeugt sei, dass Anna keinen Lebenswillen mehr habe (TC, Z.258-

278). Später spricht sich Frau Fischer dafür aus, dass Anna eine Aufgabe bekommt, wie die Arbeit in einem Kindergarten (TC, Z.553-558, 579-586).

Dr. Frei sagt, er sei sich in seiner Position etwas unsicher. Er sehe eine Indikation für weitere Psychotherapie, würde es jedoch respektieren, dass Anna sich palliativ behandeln lasse, wenn dies ihr fester Wille sei (TC, Z.336-340).

Herr Wolf lehnt eine palliative Versorgung ab und spricht sich dafür aus, Annas Umfeld zu verändern und ihre Talente zu fördern (TC, Z.367-394). Er spricht sich dagegen aus, Anna nach Hause zu bringen, da dies zu gefährlich sei und Anna durch ihre kranke Mutter zu stark belastet würde (TC, Z.856, 860, 865-869).

Respekt vor der Autonomie

Moderatorin C bringt den Autonomieaspekt in das Gespräch ein indem sie zu bedenken gibt, Anna sei erwachsen, urteilsfähig und intelligent. Man könne ihren Willen nicht einfach ignorieren, sondern müsse genau überlegen, inwieweit man ihre Entscheidungen ernst nehmen müsse und abwägen zwischen dem Respekt vor ihrer Autonomie und anderen Verpflichtungen (TC, Z.463-465, 469-470, 474-478, 482-488, 492-496).

Dr. Frei erklärt zu Annas Wunsch nach palliativer Versorgung, dass Anna das Ziel habe, ihren Lebensbericht zu schreiben und sich vorstelle, dass sie im Hospiz genug Ruhe dazu hätte (TC, Z.593-596).

Moderatorin C äußert daraufhin die Vermutung, dass Anna sich einen Ort wünsche, an dem sie nicht bedrängt werde, sie selbst sein und etwas leisten könne. Eine medizinische Einrichtung sei dafür möglicherweise nicht der richtige Ort. In einer anderen Einrichtung würde Anna vielleicht ausreichend Nahrung zu sich nehmen, um ihr Buch schreiben zu können (TC, Z.598-606). Frau Fischer (TC, Z.608, 612-617, 621) und Herr Wolf (TC, Z.623-625) äußern sich positiv zu diesem Vorschlag.

Moderatorin C merkt an, durch das intensive Betreuungsregime könne das Gefühl, sich als selbststeuernd zu erleben, was anorektischen Patientinnen ohnehin schwerfalle, abhandenkommen. Sie spricht sich dafür aus, Anna mehr Selbstverantwortung zu geben (TC, Z.646-685). Deshalb schlägt sie vor, Anna das Verfassen einer Patientenverfügung anzubieten, um in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit Anna zu kommen und ihr mehr Eigenverantwortung zu geben, damit sie sich als weniger fremdbestimmt erlebt und um ihr

den Respekt vor ihrer Selbstbestimmung zu demonstrieren. So könnten auch neue Denkprozesse bei Anna in Gang gesetzt werden (TC, Z.689-704, 713-751, 810-821).

Zu Annas Wunsch nach palliativer Versorgung erklärt Moderatorin C, es wäre nicht einfach, Anna diesen Wunsch abzuschlagen, man müsste eine rechtliche Grundlage finden und sich die Frage nach der Urteilsfähigkeit erneut stellen (TC, Z.825-836). Sie äußert jedoch Verständnis dafür, dass man Anna von dem Wunsch abbringen wolle und sagt, man könne genauer untersuchen, welche Vorgehensweise umsetzbar wäre (TC, Z.836-843).

Gerechtigkeit

Auf den Gerechtigkeitsaspekt geht Herr Wolf ein, als er über die Verpflichtungen gegenüber seiner Frau spricht. Sie sei krank und leide sehr unter Annas langer Krankheit. Herr Wolf habe ihr versprochen, er werde alles tun für die Gesundheit und das Leben der Tochter (TC, Z.370-373, 417f., 865f.).

b) Systematischer Perspektivenwechsel

Moderatorin C geht intensiv auf die Perspektiven der Beteiligten ein. Sie fragt den Arzt zu Beginn des Gesprächs, welches aus seiner Sicht das hauptsächliche Problem sei (TC, Z.114f) und spricht den Vater auf die Sicherheit in seiner Vorgehensweise an (TC, Z.426-430).

Außerdem fragt sie Frau Fischer nach Ihrer Perspektive bezüglich Annas Lebenswillen (TC, Z.249-251, 282-285) und geht auf unterschiedliche Ansichten und möglicherweise Konflikte im Behandlungsteam (TC, Z.289-295) und die Beziehung der Eltern zu Anna ein (TC, Z.435-439, 454f). Die kollektive Perspektive bezüglich der Aufgaben des Gesundheitssystems (TC, Z.899-901) und die professionelle Perspektive hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlungsphilosophie (TC, Z.906-910) kommen außerdem zur Sprache. Des Weiteren wird die institutionelle Perspektive eines Hospizes, das Anna eventuell aufnehmen würde, besprochen (TC, Z.499-513). Sehr ausführlich geht Moderatorin C auf die Perspektive der Patientin ein, insbesondere ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung (TC, Z.463-465, 469 f., 474-478, 598-600, 651-685, 689-704, 713-751, 811-821) und nimmt an einer Stelle im Gespräch selbst explizit die Perspektive der Patientin ein (TC, Z.891-895).

c) Ergebnisse

Moderatorin C fasst zusammen, sie sehe keine Rechtfertigung, gegen Annas Wunsch zu verstoßen (TC, Z.899-902), man könne aber versuchen, Annas Lebenswillen zu unterstützen und ihr eine Haltung des Respekts deutlich zum Ausdruck bringen (TC, Z.902-906). Mit diesem Ziel könne man ihr anbieten, eine Patientenverfügung zu verfassen und eine passende Wohnform für sie zu finden (TC, Z.964-981, 985-993).

3.3.4. Typisierung der Moderatoren

Im Folgenden werden paraverbales und nonverbales Gesprächsverhalten sowie verbale Äußerungen der Moderatoren dargestellt. Darauf basierend wurden die Moderatoren abstrahierend typisiert.

Moderator A – moderierender Ethikexperte

a) Paraverbales Gesprächsverhalten

Moderator A hat in dem von ihm moderierten Gespräch einen zeitlichen Redeanteil von 32 Prozent. Er spricht in einem überwiegend gleichbleibenden Lautstärkeniveau, in einer mittleren Sprechgeschwindigkeit. Überwiegend verwendet Moderator A Alltagssprache und die Bedeutungen der wenigen verwendeten Fachbegriffe werden durch ihn erklärt.

b) Nonverbales Gesprächsverhalten

Moderator A behält während des Gesprächs die gleiche Sitzhaltung mit übereinander geschlagenen Beinen bei. Die Körperhaltung wird gelegentlich variiert, indem die Hände, die meist im Schoß liegen, neben den Beinen auf den Stuhl gelegt werden oder der Kopf auf die Hände gestützt wird. Häufig setzt Moderator A illustrierende Gesten ein, beispielsweise eine Abwärtsbewegung der Hand wenn er von Annas Ablehnung der Magensonde spricht und sagt „dann hatte man das Gefühl, es geht wieder runter“ (TA, Z.327) und eine Auf- und Abbewegung der Hand, wenn er ausführt, dass Anna „schwankend ist (...) in ihrer Fähigkeit, Dinge an sich ranzulassen und Dinge aufzunehmen“ (TA, Z.329, 333). Augenkontakt hält Moderator A gleichmäßig zu allen Gesprächspartnern. Die Mimik ist lebhaft mit Hochziehen der Augenbrauen bei Betonung und gelegentlichem Lächeln und Lachen, beispielsweise wenn Herr Wolf andeutet, dass er versehentlich im Gesprächsverlauf schon vorgegriffen und die Bewertung angesprochen hat (TA, 317-322).

c) Verbales Gesprächsverhalten

Moderator As Moderationsstil ist klar strukturiert und auf Verständlichkeit ausgerichtet.

Die klare Struktur erhält das Gespräch durch die Darstellung des geplanten Gesprächsablaufs zu Beginn der Besprechung (TA, Z.11-14, 18-34) und insbesondere durch Einleitungen zu Beginn (TA, Z.333-339, 590-593, 696-700, 759-762) und Zusammenfassungen am Ende von Gesprächsabschnitten (TA, Z.322-329, 333, 583-589, 725-735, 746-755, 843-849, 849-854, 885-897).

Die Verständlichkeit wird unterstützt, indem die Gesprächsschritte der Bewertung aus der Fürsorge- (TA, Z.23-26), Autonomie- (TA, Z.26-28) und Gerechtigkeitsperspektive (TA, Z.30-32) und der Synthese (TA, Z.32-34) erklärt werden und die Gelegenheit für Rückfragen gegeben wird (TA, Z.34). Außerdem wird zu Beginn des Gesprächs dessen Ziel dargestellt (TA, Z.6-11) und nach der Bewertung der Konflikt zwischen sich widersprechenden Verpflichtungen verdeutlicht: „Das heißt, wir haben jetzt einen ethischen Konflikt zwischen unseren Fürsorgeverpflichtungen auf der einen Seite und den Autonomieverpflichtungen auf der anderen Seite. Also wir haben die Verpflichtung, das Beste für sie zu tun, das wäre Option eins und wir haben die Option, aber auch ihre Selbstbestimmung zu respektieren. Die Frage ist: wie können wir hier jetzt zu einer Abwägung kommen? Also welche Verpflichtung, Autonomie oder Wohlergehen, soll denn jetzt den Vorrang einnehmen? Die Frage ist, ob wir das noch begründen können, ob wir sozusagen gute Gründe angeben können.“ (TA, Z.755-762).

Die Handlungsoptionen werden systematisch von Moderator A abgefragt (TA, Z.337-339, 498-504, 528-533) und ausführlich besprochen, ebenso die Bewertungsaspekte (TA, Z.590-593, 696-700).

Moderator As Rolle ist sowohl die des Moderators, der das Gespräch strukturiert und sicherstellt, dass die Ansichten aller zur Sprache kommen, als auch des Ethik-Experten, der Wissen beiträgt und für eine fundierte ethische Analyse, Bewertung und Synthese sorgt.

Moderatorin B – klinisch-pragmatische Konsenssucherin

a) Paraverbales Gesprächsverhalten

Der zeitliche Redeanteil von Moderatorin B beträgt in der von ihr geleiteten Besprechung 40 Prozent. Moderatorin B spricht leise und langsam mit häufigen Pausen. Ihre Sprechweise wirkt monoton, da ihre Intonation in einem eingeschränkten Tonhöhenbereich bleibt. Sie verwendet einen von medizinischen Fachausdrücken (TB, Z.2, 146, 271) geprägten Sprachstil.

b) Nonverbales Gesprächsverhalten

Moderatorin Bs nonverbales Verhalten wirkt insgesamt sehr zurückgenommen und ruhig.

Sie behält während der Besprechung überwiegend dieselbe Körperhaltung bei. Eine Änderung erfolgt, als der Vater hereingeholt wird. Moderatorin B hält dann das Klemmbrett, das bis dahin auf ihrem Schoß lag, vor den Oberkörper, was den Eindruck eines Schutzschilds gegenüber dem aufgebrauchten Vater erzeugt.

Die Mimik bleibt abgesehen von gelegentlichem Lächeln unverändert und die Gestik ist relativ zurückhaltend. Meist sind es kleinere Bewegungen der Hand und selten raumgreifendere Gesten wie ein nach vorne Beugen des Oberkörpers und ein Ausstrecken des Arms Richtung Pflegekraft, als Moderatorin B sie unterbrechen möchte. Augenkontakt hält Moderatorin B überwiegend zu Arzt und Pflegekraft.

c) Verbales Gesprächsverhalten

Moderatorin B verzichtet darauf, die Besprechung zu Beginn durch eine Darstellung des geplanten Gesprächsablaufs zu strukturieren. Lediglich vor den jeweiligen Gesprächsabschnitten nennt sie die Gliederungspunkte: „Faktendarstellung des Krankheitsverlaufs“ (TB, 22f.), „patientenspezifische Bewertung“ (TB, Z.127), „Patientenwohl“ (TB, Z.223), „Verpflichtung gegenüber Dritten“ (TB, 262).

Moderatorin Bs Moderationsstil ist pragmatisch, minimalistisch und Kliniker-nah.

Ihr Fokus liegt nicht darauf, dass ethische Prinzipien eingehend diskutiert werden. Da sie den Konflikt zwischen Autonomie- und Fürsorgeperspektive kaum thematisiert und zwischen den

Gesprächsteilnehmern aus ihrer Sicht Einigkeit besteht, liegt ihr Hauptaugenmerk auf dem kreativen Finden von Lösungen.

Minimalistisch ist Moderatorin Bs Moderationsstil in der Hinsicht, dass sie mehrfach Handlungsoptionen kurz anspricht, jedoch kaum eingehendere Diskussionen dazu anregt (TB, Z.2213-220, 378-391, 391-406). Entsprechend sind die Empfehlungen und Gesprächsergebnisse, von denen sie spricht, überwiegend sehr vage gehalten und durch Phrasen beschrieben: „Das heißt, wir müssen ja lösungsorientiert schauen“ (TB, Z.509), „ziehen alle an einem Strang“ (TB, Z.561), „Sie setzen sich zusammen, machen da eine Linie, wer spricht mit der Patientin, was bietet man ihr an“ (TB, Z.562f.), „lösungsorientiert den Weg wirklich mit vereinten Kräften zu gehen“ (TB, Z.593), „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594), „mit einer Zunge sprechen“ (TB, Z.663), „nehmen das auch in die Hand, das Ganze“ (TB, Z.664), „jeder hier ein bisschen und da ein bisschen“ (TB, 664f.). Es gibt nur wenige Gesprächsergebnisse oder Empfehlungen, die Moderatorin B etwas konkreter formuliert, etwa wenn sie davon spricht, eine „offene Betreuung“ und eine „Aufgabe“ (TB, Z.330) wären gut für Anna, beispielsweise „mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten“ (TB, Z.332), oder Selbsthilfegruppen (TB, Z.469,566).

Moderatorin Bs formelhafte Sprechweise führt bisweilen auch zu einer beeinträchtigten Verständlichkeit für die anderen Gesprächsteilnehmer. Als sie beispielsweise die „Verpflichtung gegenüber Dritten“ als nächsten Gliederungspunkt des Gesprächs anspricht, diesen jedoch nicht genauer erklärt, stellt der Psychiater die Rückfrage, was damit gemeint sei (TB, Z.262-266). Außerdem bricht Moderatorin B häufig selbst ihre Sätze ab (TB, Z.145, 149, 163, 257, 287, 289, 451, 642), wodurch die Verständlichkeit ihrer Aussagen zusätzlich eingeschränkt wird.

Moderatorin B nimmt eine Kliniker-nahe Rolle ein, sie agiert also tendenziell eher wie ein Teil des Behandlungsteams als wie eine hinzugezogene Expertin. Darauf deutet beispielsweise hin, dass sie den Vater der Patientin zu Beginn des Gesprächs aus dem Raum bittet, um sich zuerst mit Arzt und Krankenschwester zu besprechen. Manche Formulierungen lassen ebenfalls darauf schließen, wie „wir untereinander“ (TB, Z.349), womit Dr. Frei, Frau Fischer und sie selbst gemeint sind. Weiterhin deutet auf diese Position hin, dass sie in der Besprechung die Ausarbeitung eines Handlungskonzepts betont und das Abwägen ethischer Verpflichtungen wenig Raum einnimmt.

Moderatorin C – empathische Orientierungsgeberin

a) Paraverbales Gesprächsverhalten

Moderatorin C hat in dem von ihr geleiteten Gespräch einen zeitlichen Redeanteil von 53 Prozent und damit den höchsten Redeanteil aller Moderatoren in den jeweils von ihnen geleiteten Gesprächen. Sie spricht in einem mittleren Geschwindigkeitsniveau und variabler Lautstärke. Diese ist beispielsweise geringer, als es um den möglicherweise abnehmenden Lebenswillens der Patientin geht.

Moderatorin Cs Sprachstil ist überwiegend Alltagssprachlich mit der gelegentlichen Verwendung von Fachbegriffen insbesondere aus dem psychologischen Bereich (TC, Z.343f., 360, 662).

b) Nonverbales Gesprächsverhalten

Moderatorin C interagiert sehr intensiv mit den Gesprächsteilnehmern.

Sie hört sehr aktiv zu. Wenn ein anderer Gesprächsteilnehmer spricht und Moderatorin C nicht Notizen anfertigt, hält sie Blickkontakt zum Sprecher und signalisiert ihr Zuhören durch verbale („ja“, „mhm“) und nonverbale (Nicken) Reaktionen. Außerdem wiederholt Moderatorin C mehrfach Äußerungen anderer Gesprächsteilnehmer nach deren Redebeiträgen (TC, Z.74, 403, 442). Ihre Mimik wirkt lebhaft und freundlich mit häufigem Lächeln und Hochziehen der Augenbrauen zur Betonung des Gesagten. Die Gestik ist besonders von illustrierenden Bewegungen geprägt wie einem Hin- und Herbewegen des Oberkörpers als sie mögliche Meinungsverschiedenheiten im Team anspricht und einem Vor- und Zurückbewegen der Hände vor dem Körper, als es um den Zugang der Eltern zur Tochter geht.

Die Körperhaltung variiert Moderatorin C häufig. Beispielsweise wird der Oberkörper nach vorne gebeugt bei Äußerungen der Gesprächsteilnehmer, die ihr Interesse besonders zu wecken scheinen und wenn sie diffizile Themen anspricht wie die Beziehung der Eltern zur Patientin.

c) Verbales Gesprächsverhalten

Moderatorin C strukturiert das Gespräch klar, indem sie zu Beginn der Besprechung ausführlich den geplanten Gesprächsverlauf und die Ziele der Besprechung erklärt (TC, Z.76-

114) und während des Gesprächs häufig gezielte Nachfragen stellt (TC, Z. 174, 182, 236f., 249-251, 289-295, 411, 434-438).

Moderatorin C nimmt in dem von ihr moderierten Gespräch die Rolle einer Ethik-Expertin ein, die selbst Position bezieht und mit ihren Denkanstößen und vielen kreativen Vorschlägen den Gesprächsverlauf und das Ergebnis entscheidend beeinflusst. Mit einer gewissen Autorität zeichnet sie Wege vor, die im Wesentlichen auch in das Gesprächsergebnis münden.

Alle Gesprächsteilnehmer haben zu Beginn der Besprechung Gelegenheit, ihre Sicht des Falls ausführlich darzulegen und Moderatorin C unterstützt durch Zwischenfragen die Analyse der Krankheitsgeschichte. Moderatorin C positioniert sich daraufhin selbst eindeutig und misst der Autonomieperspektive große Bedeutung zu: „Aber der springende Punkt, der mich hier jetzt noch beschäftigt, ist, noch mal zurückkommend auf die Frage, welchen Respekt schulden wir ihr, der erwachsenen Person, die über ihr eigenes Leben verfügen darf“ (TC, Z.651-653). Sie bringt ihre Erfahrungen mit ähnlichen Fällen ein (TC, Z.666-678) und gibt den Gesprächsteilnehmern Denkanstöße, beispielsweise, dass anorektischen Patientinnen durch die Therapie das Gefühl, sich als selbststeuernd zu erleben, abhandenkommen könne und es deshalb notwendig sei, Anna mehr Selbstverantwortung zu geben (TC, Z.667-677).

Moderatorin C macht im Wesentlichen zwei Vorschläge, die beide die Autonomie der Patientin stärken. Zum einen empfiehlt Moderatorin C, Anna anzubieten, dass sie eine Patientenverfügung verfasst, um „in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der Patientin zu kommen“ (TC, Z.693-694). Zum anderen schlägt sie vor, für Anna eine passende Wohnform zu finden, möglicherweise außerhalb des medizinischen Bereichs, „wo sie nicht bedrängt wird, wo sie sie selber sein oder werden kann und wo sie etwas leisten kann“ (TC, Z.599-600). Beide Anregungen werden auch als Gesprächsergebnis festgehalten.

4. Diskussion

4.1. Analyse der Modelle

Viele Modelle der klinisch-ethischen Fallbesprechung folgen einem prinzipienorientierten Ansatz, ihnen liegen also als theoretische Basis die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress zugrunde [9]. Dieser Ansatz hat international weite Verbreitung gefunden. Er ist gut geeignet für ergebnisoffene ethische Fallbesprechungen in der Klinik und ist weltanschaulich nicht begrenzt [46]. Darüber hinaus hat sich eine Vielfalt an Modellen mit einer großen Bandbreite an theoretischen Grundlagen entwickelt. Dies spiegelt die jahrzehntelange internationale Entwicklung klinisch-ethischer Fallbesprechung und ihrer Methodik wider, zu der Experten aus verschiedenen Fachbereichen und mit unterschiedlicher Affinität zu philosophischen Richtungen beigetragen haben. Die Hermeneutik ist eine weitere theoretische Basis für Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung. Während die Entwicklung prinzipienorientierter Methoden vor allem von angelsächsischen Ländern ausging, entstanden hermeneutische Modelle häufiger in Kontinentaleuropa. Dabei wurde Kritik geübt am „Prinzipalismus“, der als simplistisch abqualifiziert wurde [62]. Des Weiteren wurden Modelle mit beispielsweise dem *Klinischen Pragmatismus* oder dem *Sokratischen Dialog* als methodische Grundlage entwickelt. Die Modelle können für unterschiedliche Anwendungszwecke eingesetzt werden [56]. Einige Modelle sind nicht an einen bestimmten theoretischen Ansatz gebunden. Insbesondere Modelle, die für einen großen Anwendungsbereich gedacht sind wie das *SME*-Modell des Zentrums für Medizinethik Oslo, das Teil der norwegischen nationalen Leitlinien für klinische Ethikkomitees ist, oder das *CASES*-Modell der *Veterans Health Administration*, der größten Einrichtung für Gesundheitsversorgung der USA, nennen verschiedene theoretische Ansätze, die in ihr Modell integriert werden können.

Dieser methodische Pluralismus spiegelt den moralischen Pluralismus in der Gesellschaft wider. Dabei stellt sich die Frage, ob dieser methodische Pluralismus gerechtfertigt ist, oder ob es Qualitätskriterien gibt für die Auswahl der Methodik. Es wurden verschiedene Lösungsansätze erarbeitet, mit dem Pluralismus der ethischen Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen umzugehen. Steinkamp und Gordijn forderten eine begründete methodologische Pluralität [56]. Eine bestimmte Methode solle in Abhängigkeit von der Art des zu beratenden moralischen Problems ausgewählt werden. Beauchamp und Childress schlugen die Integration unterschiedlicher normativ-ethischer Theorien zu einem umfassenden Ansatz vor [9]. Sie betonen die Konvergenz ethischer Theorien auf der Ebene

der Prinzipien und ihre Ausrichtung auf alltägliche moralische Normen. MacIntyre dagegen vertrat die These der Inkommensurabilität ethischer Theorien [33]. Er ging also davon aus, dass die Begriffe und Konzepte, die von unterschiedlichen ethischen Traditionen eingesetzt werden, auf so unterschiedlichen Grundlagen basieren, dass die Argumente, die sich aus diesen verschiedenen ethischen Theorien ergeben, nicht kombiniert oder verglichen werden können. Einen möglichen Umgang mit dieser Inkommensurabilität, den MacIntyre vorschlägt, ist die Idee der „imaginierten Perspektiven“ [34]. Statt unterschiedliche Konzepte aus verschiedenen ethischen Theorien zu verbinden, solle der klinische Ethiker bei der Beratung zu einem ethischen Problem die Sichtweise einer philosophischen Schule vollständig einnehmen.

Zur normativen Abwägung verweisen die prinzipienorientierten Modelle auf die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress [9]. Zur Anwendung der Prinzipien stellen Beauchamp und Childress zwei Schritte vor. Im ersten Schritt der Spezifizierung sollen die Prinzipien auf den zu beratenden Fall bezogen werden, damit die zunächst abstrakten Normen mit handlungsleitendem Inhalt versehen werden können. Der zweite Schritt der Abwägung beinhaltet die Gewichtung der Normen in dem bestimmten Fall. Auch andere Modelle, die nicht klar auf dem prinzipienorientierten Ansatz basieren, verweisen neben anderen Kriterien auf die vier Prinzipien als Abwägungskriterien [18], [22]. In den meisten prinzipienorientierten Modellen werden keine Angaben zur Anwendung der Prinzipien bei Konflikten zwischen diesen gemacht. Dies geht vermutlich darauf zurück, dass die Prinzipien grundsätzlich nicht hierarchisch geordnet sind [46]. Es ist nicht im Vorhinein festgesetzt, welches Prinzip Vorrang hat. Deshalb muss bei jeder Entscheidung neu durchdacht werden, welches Prinzip Priorität haben soll und wie bei einem Konflikt zwischen den Prinzipien abgewogen werden kann. Andere Modelle bringen die ethischen Aspekte des Falls in eine hierarchische Ordnung. Ein Beispiel ist das *Integrative Modell für die ethische Fallbesprechung* nach Bormann [12], das eine Rangordnung nach dem obersten normativen Beurteilungsmaßstab der „möglichst umfassend entfalteteten Handlungsfähigkeit“ erstellt.

Nur wenige Modelle wurden in Form eines reinen Textes veröffentlicht, meist wurde zusätzlich ein Leitfaden oder ein Protokoll vorgelegt. Die Leitfäden und Protokolle unterstützen die Moderatoren in der Anwendung der Methode, indem sie die Thematisierung und Klärung des ethischen Problems sichern. Außerdem können die Leitfäden und Protokolle gewährleisten, dass die Sichtweisen der Beteiligten zur Sprache kommen und die Entwicklung einer begründeten Entscheidung erleichtern [57]. Die Leitfäden beinhalten die

Besprechungsschritte oder Leitfragen des Gesprächs, während die Protokolle noch detaillierter eine Struktur vorgeben und oft als Formular vorliegen, das während der Fallbesprechung ausgefüllt werden kann. Die Form des Protokolls eines Fallbesprechungsmodells beinhaltet Vor- und Nachteile.

Tabelle 19: Vor- und Nachteile der Protokolle für Fallbesprechungen

Vorteile	Nachteile
Orientierung für weniger erfahrene Ethikberater	Eingeschränkte Praktikabilität durch zu große Ausführlichkeit vieler Protokolle
Integration von Gesprächsleitfaden und Dokumentationshilfe	Störung der Kommunikation im Gespräch durch zu starke Fokussierung des Ethikberaters auf das Protokoll

Vor- und Nachteile der Protokolle für ethische Fallbesprechungen

Nur wenige Modelle sehen vor, dass Angehörige oder die Patienten selbst teilnehmen. Ein möglicher Grund ist, dass ethische Fallbesprechungen in erster Linie als interdisziplinäre Beratung des Behandlungsteams in einer schwierigen Entscheidungssituation gesehen werden und gefürchtet wird, dass eine offene und kontroverse Diskussion möglicherweise das Vertrauensverhältnis des Patienten und seiner Angehörigen zum Behandlungsteam belasten würde [26]. Es wurden verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, den Patienten an der Fallbesprechung dennoch zu beteiligen, unter anderem die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens im Vorfeld des Gesprächs und die partielle Teilnahme des Patienten an der Besprechung im Rahmen der Faktensammlung [26].

Tabelle 20: Vor- und Nachteile der Teilnahme von Angehörigen oder Patienten an der Fallbesprechung

Vorteile	Nachteile
Stärkung der Zufriedenheit der Angehörigen und Patienten durch direktere Einbindung in Entscheidungen	Mögliche Belastung des Vertrauensverhältnisses der Angehörigen oder des Patienten zum Behandlungsteam
Vermeidung von Missverständnissen	Möglicherweise weniger freie Diskussion, wenn Angehörige teilnehmen, die emotional intensiv involviert sind
Notwendigkeit einer allgemeinverständlichen Darstellung von Sachverhalten durch Fachpersonal	Fehlende Möglichkeit der präziseren und knapperen Kommunikation durch die Verwendung von Fachsprache

Vor- und Nachteile der Teilnahme von Angehörigen oder Patienten an der ethischen Fallbesprechung

In der Mehrheit der Modelle wird die Leitung des Gesprächs durch einen Moderator empfohlen. Dies deckt sich mit den Forderungen der *Akademie für Ethik in der Medizin* [1], dass die Beratungsgespräche von einem Mitglied des Ethikberatungsgremiums moderiert werden sollten. Die meisten Modelle geben außerdem vor, dass der Moderator geschult sein sollte, was mit den Forderungen der *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* nach Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen [4] korrespondiert, die eine Wissensbasis und ein Set an Fähigkeiten der Ethikberater beinhalten. In vielen Modellen wird außerdem die Teilnahme des Behandlungsteams mit allen seinen unterschiedlichen Berufsgruppen vorgeschlagen. Dies erscheint sinnvoll, um die Perspektiven der verschiedenen Berufsgruppen im Team und damit die professionelle Expertise zur Sprache zu bringen [57].

Als Ziele der Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung werden unter anderem genannt, eine ethisch möglichst gut begründete Entscheidung treffen zu können, einen Konsens der beteiligten Personen zu finden oder auch durch philosophische Reflexion praktische Probleme zu beraten und in einem Abstraktionsprozess Einsicht in grundlegende philosophische Konzepte und Prinzipien zu erlangen [56]. Es ist anzunehmen, dass die Diversität der Ziele der Fallbesprechungsmodelle auf die unterschiedlichen Begriffe von Ethik zurückgeht, die der jeweiligen Methodik zugrunde gelegt wird. Oft werden die Modelle auch für mehr als ein Ziel eingesetzt, folgen jedoch unterschiedlichen Prioritäten. Außerdem kann vermutet werden, dass eine Ursache für die Diversität die große Bandbreite an unterschiedlichen Einsatzbereichen der Modelle ist. Diese erstreckt sich unter anderem auf die prospektive, also

auf anstehende Entscheidungen bezogene, und retrospektive, das heißt getroffene Entscheidungen beziehungsweise abgeschlossene Fälle betreffende Besprechung. Außerdem können die Modelle eingesetzt werden bei internen, also die an der Entscheidung beteiligten Personen mit einschließende Fallbesprechungen, und externen, also von nicht an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen durchgeführten Besprechungen von Fällen im Nachhinein, beispielsweise zu Lehrzwecken [26].

4.2. Anwendung der Modelle

In den Ergebnissen der Fragebogenstudie ist der am häufigsten genannte Rahmen für die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen das Krankenhaus. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich Intensivstationen in Krankenhäusern befinden und ethische Entscheidungskonflikte substantiell mit der Intensivmedizin verbunden sind [49].

Intensivmedizin befasst sich mit dem umfassenden Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von menschlichem Leben. Deshalb sind Intensivstationen Bereiche im Gesundheitswesen, in denen ethisch schwierige Entscheidungssituationen durch die häufigen Grenzsituationen zwischen Leben und Tod eine besonders große Bedeutung haben. Außerdem besteht womöglich unter Intensivmedizinern eine besonders große Sensibilität für ethische Fragen, was eine besonders starke Repräsentation dieser Fachrichtung bei beispielsweise der Erstellung von Leitlinien oder bei Kongressen zu entsprechenden Themen nahelegt. Als mögliche Ursache kann angesehen werden, dass die Intensivmedizin als Fachrichtung nicht durch ein Organ definiert wird, sondern der gesamte Mensch in einer lebenskritischen Situation im Zentrum steht. Weitere anzunehmende Ursachen sind zum einen die besondere Herausforderung in der Intensivmedizin, in kurzer Zeit Entscheidungen zu treffen, die substantielle Bedeutung für das Leben des Patienten haben können und zum anderen die Ressourcenknappheit, die unter anderem aufgrund der besonders kostenintensiven Intensivbehandlung in dieser Fachrichtung bisweilen noch stärker als in anderen Bereichen relevant ist.

Ein Anteil von 46% der Teilnehmer gab an, dass die Einrichtung, in der sie arbeiten, eine Methode der ethischen Fallbesprechung bereitstellen, 47% der Teilnehmer zufolge sei dies nicht der Fall (7% der Teilnehmer machten keine Angabe). Die Bereitstellung der Methode durch die Einrichtungen könnte darin begründet sein, dass manche Länder, beispielsweise Norwegen, nationale Leitlinien für klinische Ethikkomitees entwickelt haben, die Fallbesprechungsmodelle enthalten [24] und die Einrichtungen sich an diesen einheitlichen Methoden orientieren. Ethikberatungsstrukturen an Universitätskliniken richten sich häufig an

Modellen aus, die an der jeweiligen Universität entwickelt wurden und Ethikberatung an kirchlichen Krankenhäusern orientiert sich meist an Leitfäden mit kirchlichem Hintergrund. Außerdem gibt es Trägerorganisationen im Gesundheitswesen wie die Malteser Trägergesellschaft, die eigenen Modelle für die Fallberatung entwickelt haben [26].

Dass viele Einrichtungen kein Modell für die Fallbesprechung anbieten, könnte daran liegen, dass sie ihren Mitarbeitern die Wahl der Methode offen lassen wollen und außerdem Institutionen wie die *Akademie für Ethik in der Medizin* in Deutschland in ihren „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ [1] oder die *ASBH* in ihren „Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen“ [4] keine Vorgaben für ein bestimmtes Modell machen.

Der Anteil der Teilnehmer, der angab, bereits eine Form der ethischen Fallbesprechung im Gesundheitswesen durchgeführt zu haben, betrug 94%. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Fragebogenstudie unter Teilnehmern des *ICCEC* durchgeführt wurde und die Kongressteilnehmer zu einem großen Anteil selbst Ethikberater sind. Durch dieses Ergebnis wird bestätigt, dass für die Fragebogenstudie, die sich an Experten für ethische Fallbesprechung richtete, die richtige Zielgruppe ausgewählt wurde.

Die Verwendung einer Methode der ethischen Fallbesprechung gaben 96% der Befragten an. Eine Begründung hierfür ist vermutlich der inhaltliche Bedarf der Ethikberater an den Modellen zur Orientierung in den Fallberatungen, insbesondere unter weniger erfahrenen Ethikberatern. Eine weitere mögliche Erklärung ist die Empfehlung der Verwendung von Modellen durch Organisationen wie die *Akademie für Ethik in der Medizin* [1] oder durch nationale Leitlinien, beispielsweise in Norwegen [24].

Ein großer Anteil der Methoden, die Teilnehmer gemäß den Umfrageergebnissen in ihren Fallbesprechungen anwenden, folgt einem prinzipienethischen Ansatz. Als möglicher Grund kann angenommen werden, dass diese Methoden zum Ziel haben, eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen [56] und dies ein zentrales Ziel klinisch-ethischer Fallbesprechungen ist [38]. Andere Modelle wie die *Hermeneutic Method* oder der *Socratic Dialogue* werden von den Teilnehmern wohl seltener genannt, da sie anderen Zielen dienen wie der Einsicht in theoretische philosophische Konzepte [56] und damit weniger in klinisch-ethischen Fallbesprechungen in akut anstehenden Entscheidungssituationen verwendet werden, sondern eher in anderen Bereichen wie der theoretischen philosophischen Reflexion über einen Fall oder in der Lehre. Außerdem haben die *Hermeneutic Method* und der *Socratic Dialogue* eine retrospektive Sichtweise, wohingegen prinzipienorientierte Modelle wie beispielsweise die

Nimwegener Methode prospektiv ausgerichtet sind [56]. Dies könnte ein zusätzlicher Grund für die weitere Verbreitung der prinzipienorientierten Methoden sein, denn im klinischen Alltag sind Modelle für die prospektive Beratung anstehender Entscheidungen die am weitesten verbreiteten und praxisrelevantesten Modelle für ethische Fallbesprechungen [33]. Des Weiteren besteht unter klinisch tätigem Fachpersonal vermutlich der Wunsch nach einer Struktur und Logik in der Fallbesprechung, die in prinzipienorientierten Modellen direkter ersichtlich wird als beispielsweise in der hermeneutischen Methodik. Außerdem ist anzunehmen, dass hermeneutische Modelle durch ihren großen zeitlichen Aufwand bei dem meist sehr begrenzten Zeitkontingent ethischer Fallbesprechungen weniger praktikabel sind.

Zur Verwendung der Modelle durch die Teilnehmer war die am häufigsten (36 Nennungen) gewählte Angabe, dass sie die Methode im Kopf haben und keine gedruckte Version davon verwenden. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass viele Ethikberater wahrscheinlich in der Anwendung der Methoden so erfahren sind, dass die Unterstützung durch eine gedruckte Version während der Fallbesprechung nicht mehr notwendig ist und diese außerdem hinderlich wäre, da sie möglicherweise die Konzentration auf die Gesprächspartner stört. Dementsprechend ist eine geringere Erfahrung und eventuell der Bedarf an einer Gedankenstütze womöglich ein Grund für die Auswahl der zweithäufigsten (26 Nennungen) Antwort, nämlich die Verwendung einer gedruckten Version, die während der Fallbesprechung angesehen wird. Die am dritthäufigsten (19 Nennungen) angegebene Art der Verwendung eines Modells ist die Nutzung eines Protokolls, das während der Fallbesprechung ausgefüllt wird. Dies rührt wahrscheinlich daher, dass sowohl zu einigen Modellen bereits ein Protokoll veröffentlicht wurde, als auch, dass viele Ethikberater sich möglicherweise eigene Protokollformen für ihre Fallbesprechungen erstellt haben. Diese können Notizen, die während der Besprechung angefertigt werden übersichtlicher machen und bei der abschließenden Dokumentation Zeit sparen.

Bei den Antworten auf die Frage, welche Methode im jeweiligen Herkunftsland der Ethikberater am häufigsten verwendet wird, ist eine Bevorzugung von Methoden, die ihren Ursprung im jeweiligen Land haben, zu erkennen, beispielsweise bei der Angabe des *Lille Modells* [13] als eines der in Frankreich am häufigsten verwendeten Modelle oder des *Lanza Foundation Protocol* [60] als eine häufige Methode in Italien. Vermutlich ist eine Begründung hierfür, dass viele Modelle nur in einer Sprache veröffentlicht wurden. Außerdem ist eine Tendenz zu erkennen zu Modellen mit einfacherer Struktur und zu seit längerem bestehenden Modellen wie dem 1982 erstmals veröffentlichten *4-Boxes-Modell* [28], das von Teilnehmern

aus den USA als dort am häufigsten verwendete Methode angegeben wurde. In Norwegen wurde das *SME*-Modell [24] deutlich am häufigsten genannt, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass es in den nationalen Leitlinien empfohlen wird.

Methoden der ethischen Fallbesprechung werden von 65% der Teilnehmer als sehr nützlich, von 23% als mäßig nützlich und von 5% als etwas nützlich eingestuft. Aus dieser deutlichen Nützlichkeit der Modelle wird die Notwendigkeit ersichtlich, die Methoden wissenschaftlich zu untersuchen, sie weiterzuentwickeln und zu lehren. Die Begründungen, warum die Teilnehmer die Methoden insgesamt deutlich als nützlich wahrnehmen, ergeben sich wahrscheinlich zumindest teilweise aus den Antworten auf die nächste Frage des Fragebogens nach den Zielen der Methoden. Vermutlich nutzen die Methoden den Teilnehmern, da sie viele dieser Ziele erfüllen.

Am häufigsten (83 Nennungen) wurde das Ziel der Strukturierung der Diskussion genannt. Dieses Ziel wird dadurch unterstützt, dass zu den meisten Methoden ein Leitfaden entwickelt wurde oder zumindest Angaben zur Abfolge der einzelnen Schritte des Gesprächs gemacht wurden. So helfen die Modelle bei der formalen Gliederung der Besprechung. Die Strukturierung der Diskussion wurde auch von Steinkamp und Gordijn als eine der zentralen Funktionen der Protokolle zu den Methoden genannt [56]. Die am zweithäufigsten (67 Nennungen) gewählte Antwort war das Ziel der Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte vergessen wurden. Dies entspricht auch der Forderung der *Akademie für Ethik in der Medizin*, alle für die Beurteilung des Falls notwendigen Aspekte offenzulegen und den Beteiligten die ausreichende Möglichkeit zu geben, sich einzubringen [1]. Das am dritthäufigsten (52 Nennungen) genannte Ziel der Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse erscheint schlüssig, da das allgemeine Ziel der ethischen Fallbesprechung darin besteht, die ethisch am besten begründbare Option zu erarbeiten [38]. Magelssen, Pedersen und Førde [35] stellten vier Rollen ethischer Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen vor.

Tabelle 21: Vier Rollen ethischer Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen nach Magelssen et al.

1. Bewusstsein für und Identifikation von moralischen Herausforderungen
2. Analyse von und Argumentation über moralische Herausforderungen
3. Gestaltung des Beratungsprozesses und des moralischen Dialogs
4. Anregung zu Reflexivität und Interpretation

Quelle: [35]

Die erste Rolle nach Magelssen et al. findet in den Antworten der Umfrageteilnehmer keine

direkte Entsprechung. Das in der Umfrage genannte Ziel der Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse entspricht im Allgemeinen der zweiten Rolle ethischer Theorien nach Magelssen et al. Das Ziel der Strukturierung der Diskussion ist der dritten Rolle ähnlich. Die vierte Rolle wurde ähnlich in den Freitextantworten zu der Frage nach den Zielen der Methoden widergespiegelt; dort wurde angegeben (fünf Nennungen), die Methoden hätten das Ziel der Unterstützung von Reflexion und Dialog.

Laut 51% der Teilnehmer der Fragebogenstudie hängt das Ergebnis einer Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab, 39% verneinten dies und 10% machten keine Angabe. Die Abhängigkeit des Ergebnisses von der verwendeten Methode erscheint schlüssig, da die unterschiedlichen Methoden verschiedene Ziele haben [56]. Die Teilnehmer, die nicht von dieser Abhängigkeit ausgehen, gewichten vermutlich andere Einflussfaktoren auf das Ergebnis stärker als die verwendete Methode. Dies kann in Zusammenhang mit der von Newson et al. [41] vorgestellten These gesehen werden, dass ethische Theorie in den Fallbesprechungen nützlich sein könne, aber nicht essentiell sei, wichtiger sei „critical engagement“. Damit ist ein bestimmtes Set an Fähigkeiten gemeint wie ein Problem zu identifizieren, es auf relevante und produktive Weise zu analysieren und eine Position fundiert zu begründen. Die Einstellung der Teilnehmer, die keine Abhängigkeit des Besprechungsergebnisses vom verwendeten Modell sehen, passt zu dieser These insofern, als dass danach der Grad der Ausprägung der genannten Fähigkeiten entscheidender wäre als die ethische Theorie, die dem angewandten Modell zugrunde liegt.

4.3. Beziehung zwischen Modell und Gesprächsergebnis und Einfluss des Moderators

Das Ergebnis der Fallbesprechung A ist zusammengefasst, dass die Teilnehmer versuchen wollen, die Patientin zu einer Fortsetzung der stationären Therapie zu bewegen und falls das nicht möglich sein sollte eine ambulante Therapie anzubieten. In Fallbesprechung B wird als Ergebnis die Fortsetzung der Therapie festgehalten, möglicherweise in einer Tagesklinik, und Angebote an die Patientin zur Verbesserung ihres Umfelds. Die beiden Ergebnisse sind ähnlich, besitzen jedoch unterschiedliche Nuancierung. In Fallbesprechung A wird die Fortsetzung der Therapie als ein Versuch gesehen und es wird in der Besprechung bereits eine Alternative entwickelt für den Fall, dass die Patientin dem nicht zustimmen würde. Außerdem wird besprochen, dass die Fortsetzung der Therapie nicht mit allen Mitteln versucht werden solle. In Fallbesprechung B wird der Fokus darauf gelegt, dass alle Gesprächsteilnehmer an einem Strang ziehen, um eine Weiterführung der Therapie zu erreichen. Die Erarbeitung alternativer Optionen wird auf ein mögliches Folgegespräch verlegt. Es kann vermutet

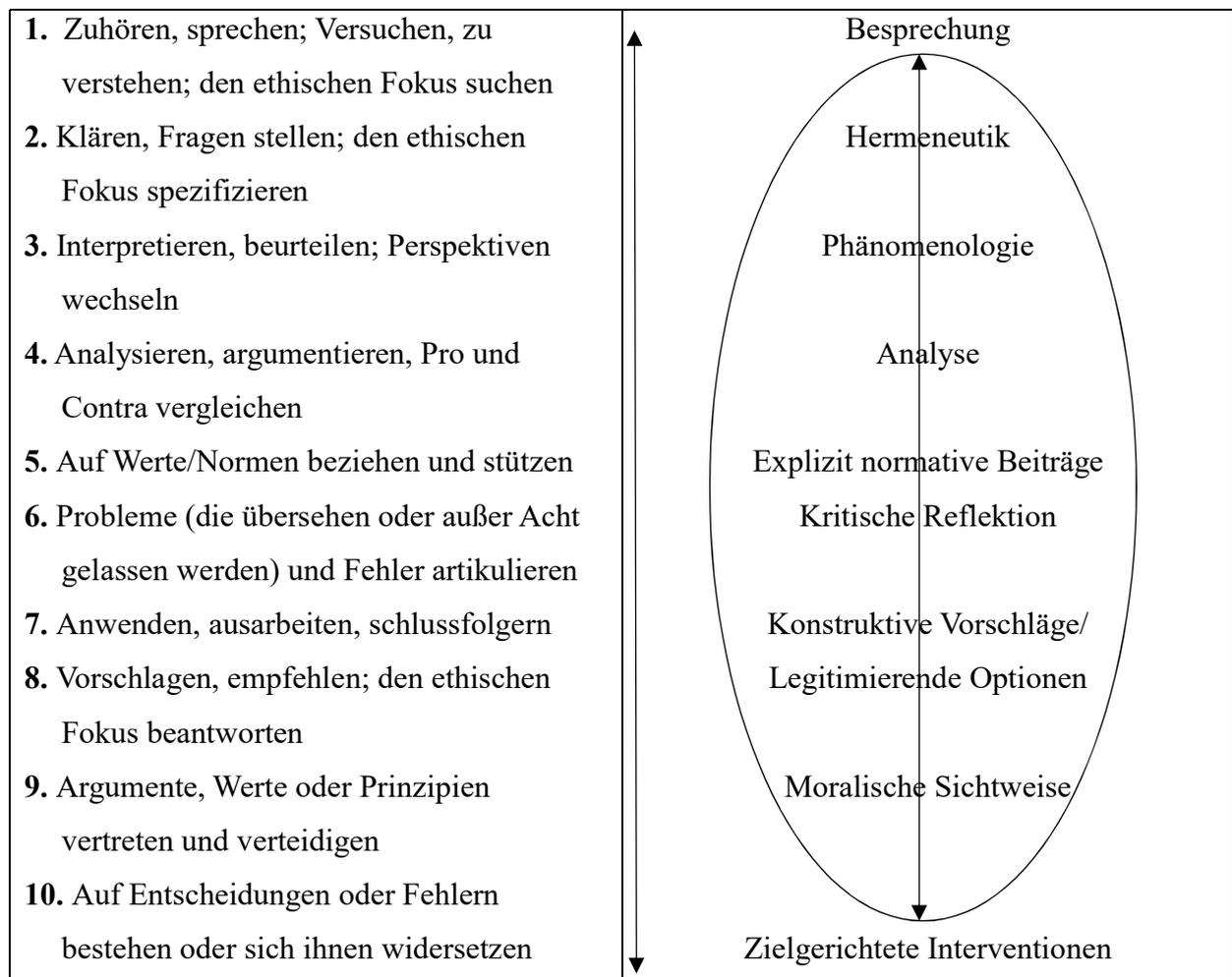
werden, dass die Ähnlichkeit der Ergebnisse dieser beiden Fallbesprechungen darin begründet ist, dass beide grundsätzlich nach dem Modell der *Prinzipienorientierten Fallbesprechung* [38] moderiert werden. Der verschiedene Fokus der Ergebnisse könnte daher rühren, dass die Moderatoren unterschiedlich strikt den Schritten des Modells folgen und im Allgemeinen in der unterschiedlichen Leitung der Gespräche durch die Moderatoren. In Fallbesprechung A ist das Gesprächsergebnis das Resultat einer ausführlichen ethischen Analyse und Bewertung der in dem Fall relevanten ethischen Prinzipien und einer strukturierten, begründeten Abwägung durch alle Gesprächsteilnehmer. Moderatorin B konzentriert sich auf einen Konsens der Gesprächsteilnehmer und gibt der Autonomieperspektive der Patientin wenig Gewicht, was ein Grund für die unterschiedlichen Akzentuierungen der Gesprächsergebnisse sein könnte. Deutlich unterschiedlich als die Ergebnisse dieser beiden Gespräche ist das Resultat der Fallbesprechung C. Hier wird der Autonomieperspektive der Patientin intensiv Rechnung getragen und festgehalten, dass man der Patientin das Angebot machen will, in einem begleiteten Prozess eine Patientenverfügung zu verfassen, um ihr mehr Selbstbestimmung zurückzugeben. Außerdem wird die Suche nach einer geeigneteren Wohnform geplant. Ein möglicher Grund für das Zustandekommen dieses Ergebnisses ist das *Basler Modell* [46], das als methodische Grundlage für die Moderation des Gespräches diene und beispielsweise Elemente wie den *Systematischen Perspektivenwechsel* enthält, der eine ausgewogene Berücksichtigung der Sichtweisen aller von der diskutierten Problematik Betroffenen unterstützt.

Auffallend ist, dass es in allen drei Fallbesprechungen die Moderatoren sind, die die spätere Lösung in das Gespräch einbringen. Daraus wird die Notwendigkeit ersichtlich, dass die Ethikberater mit den Gegebenheiten der klinischen Praxis vertraut sind, um praktikable Handlungsoptionen, in dem hier besprochenen Fall beispielsweise die Möglichkeit der Verfassung einer Patientenverfügung oder die Anbindung an eine Tagesklinik, vorschlagen zu können. Insbesondere für Ethikberater mit eher theoretischem Hintergrund, beispielsweise aus dem philosophischen Bereich, ist es notwendig, dass sie sich in dieser Hinsicht fortbilden.

Die Moderatoren sind in den Fallbesprechungen in unterschiedlicher Intensität normativ tätig. Reiter-Theil [45] schlug hinsichtlich der normativen Dimension in klinischen Ethikberatungen den Ansatz der „minimal effektiven Intensität der Normativität“ vor, das heißt so viele normative Aktivitäten wie notwendig auszuführen um ein ethisch akzeptables Ergebnis zu erreichen. Dazu wurde ein Inventar an Aktivitäten des Ethikberaters mit zunehmender Normativität vorgestellt. Die folgende Box zeigt in ihrem linken Teil diese Inventar und im

rechten Teil verschiedene konzeptuelle Rahmen, in denen die Aktivitäten des Ethikberaters verstanden werden können. Beide Teile folgen einem graduellen Ansatz im Umgang mit der Intensität der Normativität, illustriert durch die beiden Doppelpfeile.

Box 9: Inventar für den Umgang mit der normativen Dimension nach S. Reiter-Theil



Quelle: [45]

Während die Moderatoren A und C das Inventar in großen Teilen anwenden, wird in Fallbesprechung B wird die Problematik ersichtlich, die sich ergibt, wenn der Moderator sich zu früh auf einen Konsens der Gesprächsteilnehmer hinsichtlich des weiteren Vorgehens fokussiert. Die ethische Bewertung droht dann abgekürzt zu werden und wichtige Aspekte werden außer Acht gelassen, wie in diesem Fall die Autonomie der Patientin. In Bezug auf Reiter-Theils Inventar für den Umgang mit der normativen Dimension in klinischer Ethikberatung kann festgestellt werden, dass in Fallbesprechung B schon der erste Schritt nicht vollständig ausgeführt wurde und keine eingehendere Suche nach dem ethischen Fokus erfolgte.

Ein weiterer möglicher Grund, warum der Autonomie-Aspekt in Fallbesprechung B weniger

Beachtung fand, könnte in der Person der Moderatorin begründet sein, insbesondere in ihrer beruflichen Ausbildung und ihrem institutionellen Tätigkeitsbereich. Dass Moderatorin B in einer Klinik als Ärztin arbeitet führt möglicherweise zu einem anderen Fokus in den von ihr moderierten Besprechungen als das beispielsweise bei einer in der universitären Forschung tätigen Ethikerin der Fall wäre. Moderatorin Bs beruflicher Hintergrund bedingt womöglich eine eher praxis- als philosophieorientierte Perspektive. Aspekte wie das Lösen von Konflikten im Behandlungsteam oder rechtliche Absicherung spielen im klinischen Alltag vermutlich eine größere Rolle als ethische Theorien.

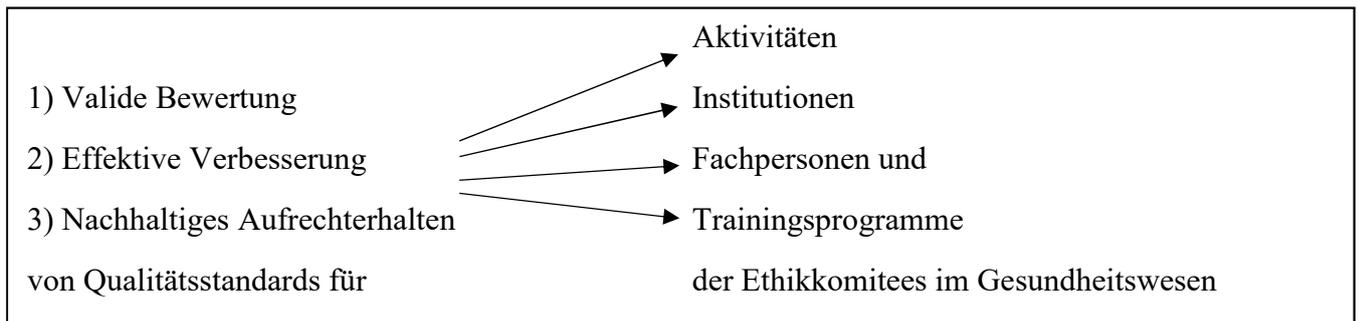
Bezüglich aller drei Gespräche kann vermutet werden, dass der Autonomieaspekt intensivere Beachtung gefunden hätte, wäre die Patientin selbst anwesend gewesen.

Allerdings tragen folgende Aspekte zur Respektierung der Autonomie der Patientin bei: die Gesprächsergebnisse werden als Angebote an Anna formuliert. Außerdem wird in den Gesprächen nicht eine definitive Lösung, vor allem in Hinblick auf die palliative Versorgung der Patientin, festgelegt. Vielmehr einigen sich die Teilnehmer auf eine prozedurale Lösung. Diese sieht vor, zunächst die als Ergebnis festgehaltenen Vorgehensweisen umzusetzen, also insbesondere Anna die besprochenen Angebote zu unterbreiten, dann zu sehen, zu welchen Effekten dies geführt hat, und sich möglicherweise zu einem Folgegespräch zu treffen.

4.4. Qualität in der Ethikberatung

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zu Qualitätsverbesserung der Ethikberatung zu leisten. Der Bedarf an Qualitätsstandards für Ethikberatung im Gesundheitswesen ergibt sich unter anderem daraus, dass die Qualität der Ethikberatung Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung und damit auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten hat. Außerdem sind Qualitätsstandards wichtig für die Rechtfertigung des Ressourcenverbrauchs durch die Ethikberatung und sie sorgen für Gerechtigkeit zwischen den Nutzern der Ethikberatung [29]. Die Qualitätssicherung setzt auf verschiedenen Ebenen der Ethikkomitees an.

Box 10: Qualitätssicherung von Ethikkomitees im Gesundheitswesen nach R. J. Jox



Quelle: [29]

Hinsichtlich der Qualifizierung und Zertifizierung von Ethikberatern hat die *Akademie für Ethik in der Medizin* Angebote entwickelt. Zur Zertifizierung bestehen Empfehlungen, die sich auf drei Kompetenzstufen beziehen [2].

Tabelle 22: Kompetenzstufen für die Zertifizierung von Ethikberatern nach der Akademie für Ethik in der Medizin

Kompetenzstufe	Zielgruppe
K1: Ethikberater im Gesundheitswesen	Mitglieder eines Ethikberatungsgremiums
K2: Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitswesen	Vorsitzende eines Ethikgremiums, Leiter/innen von Stabstellen für Ethik
K3: Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen	Personen, die Schulungen für Ethikberatung durchführen

Quelle: [2]

Diese Arbeit bezieht sich auf die Qualitätsverbesserung auf Ebene der Aktivität der Ethikkomitees im Gesundheitswesen, im speziellen die klinisch-ethische Fallbesprechung. Diesbezüglich kann Qualität in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet werden. Die Strukturqualität bezieht sich dabei unter anderem auf die Einbettung des Ethikkomitees in die Einrichtung des Gesundheitswesens und ihre Unterstützung sowohl durch die Mitarbeiter als auch durch die Führungsebene. Die Prozessqualität wird durch Kriterien definiert wie die Vorgaben zur Initiierung der Fallbesprechung, Einladung der Teilnehmer, Dokumentation des Besprechungsergebnisses etc. Die Ergebnisqualität ist dabei am schwierigsten zu definieren. Sie bezieht sich auf das Zustandekommen und den Inhalt des Besprechungsergebnisses. Ein Bewertungsansatz für Fallbesprechungen, der diesbezüglich erstellt wurde, ist das *Assessing Clinical Ethics Skills (ACES)*- Bewertungssystem, entwickelt an der Loyola Universität Chicago [32]. Dieses kann verwendet werden, um die Leistung von klinischen Ethikberatern in simulierten Fallbesprechungen zu bewerten, indem die in

verschiedene Rubriken gegliederten Anforderungen an Ethikberater als „erledigt“, „nicht erledigt“ oder „fehlerhaft erledigt“ eingestuft werden können.

Tabelle 23: System zur Bewertung von Fähigkeiten in klinischer Ethik, entwickelt an der Loyola Universität Chicago

<p>1. Leite die Formalitäten des Treffens (z.B. Länge, Ziel, Struktur, Teilnehmer)</p> <ul style="list-style-type: none">1.1. Stelle dich und deine Rolle als Ethikberater vor1.2. Lasse alle Beteiligten sich einander vorstellen1.3. Erkläre das Ziel der Beratung
<p>2. Sammle relevante Informationen (z.B. Medizinische Fakten, Präferenzen und Interessen des Patienten und anderer Teilnehmer)</p> <ul style="list-style-type: none">2.1. Eruiere die relevanten Fakten des Falls (medizinische, pflegerische und den Patienten betreffende Informationen)2.2. Kläre wenn nötig
<p>3. Äußere die Grenzen der Rolle des Ethikberaters und bleibe innerhalb dieser Grenzen während Treffen und Begegnungen</p> <ul style="list-style-type: none">3.1. Fachkräfte aus dem Gesundheits- oder Verwaltungsbereich sollten nach Bedarf ihre klinischen von ihren ethischen Rollen unterscheiden3.2. Korrigiere falsche Erwartungen an die Rolle des Ethikberaters nach Bedarf

Quelle: [32]

Dieser Ansatz bezieht sich vor allem auf formale Kriterien der Fallbesprechungen. Es können jedoch auch inhaltliche Kriterien definiert werden, die hinsichtlich der Ergebnisqualität relevant sind. In zahlreichen Fallbesprechungsmodellen wird als Ergebnis die ethisch am besten begründbare Option angestrebt. Dann sind als Bewertungskriterien beispielsweise relevant, ob alle Handlungsoptionen sorgfältig betrachtet werden, ob die Prognose und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten berücksichtigt werden und ob alle relevanten Werte und Prinzipien in dem Fall zur Sprache kommen. Die Ergebnisqualität der Fallbesprechungen schließt auch mit ein, inwieweit die Patientenversorgung verbessert, die Zufriedenheit der Patienten und Behandler erhöht und die Zahl der rechtlichen Auseinandersetzungen reduziert wurde.

Praktische Relevanz hat die Arbeit auch hinsichtlich der Qualitätsoffensive zur Ethikberatung an der LMU München im Rahmen der 2016 erfolgten Gründung eines klinischen Ethikkomitees am Klinikum der Universität München [30].

4.5. Limitationen

Eine wesentliche Limitierung der Arbeit ergibt sich daraus, dass die experimentellen Fallbesprechungen auf wenige Modelle beschränkt waren und dies der Vielfalt der bisher veröffentlichten Modellen der klinisch-ethischen Fallbesprechung nicht vollständig gerecht wird.

Des Weiteren wird die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch eingeschränkt, dass die Fallbesprechungen nur mit drei verschiedenen Moderatoren durchgeführt wurden. Mehrere Fallbesprechungen mit mehreren verschiedenen Modellen und Moderatoren hätten aussagekräftigere Ergebnisse geliefert.

Eine weitere Limitierung ist, dass sich die Gespräche nur in den Moderatoren und den angewendeten Modellen unterscheiden und damit nur der Einfluss dieser beiden Faktoren auf den Gesprächsverlauf und das Besprechungsergebnis analysiert wurde. Andere Faktoren, die das Gesprächsergebnis beeinflussen könnten, wie die weiteren Gesprächsteilnehmer, wurden nicht durch weitere Gespräche und Variation dieser Faktoren untersucht.

Außerdem wurde die Aussagekraft der Ergebnisse der Fallbesprechungsstudie dadurch limitiert, dass die Gesprächsteilnehmer Rollenträger und nicht persönlich in den Fall involviert waren. Es ist anzunehmen, dass dieser Faktor nicht ohne Auswirkung auf Verlauf und Ergebnis der Besprechung bleibt.

Eine Limitierung der Fragebogenstudie ist die fehlende Repräsentativität.

4.6. Ausblick

Weitere zu untersuchende Bereiche in Bezug auf die Fallbesprechungsstudie dieser Arbeit wären die Durchführung einer größeren Zahl an Besprechungen und die Einbeziehung weiterer Moderatoren und Modelle. Außerdem könnten mehrere Besprechungen durchgeführt werden, in denen jeweils derselbe Moderator unterschiedliche Modelle anwendet oder verschiedene Moderatoren dasselbe Modell verwenden, um den Einfluss der Person des Moderators und der Modelle eingehender zu untersuchen.

Eine weitere Fragestellung wäre die Weiterentwicklung der in der Arbeit verwendeten Methodik und damit einer spezifischen Auswertemethode für diese Art von Studien.

Hinsichtlich der Fragebogenstudie wäre eine Erweiterung der Umfrage auf weitere Teilnehmer von Interesse. Da die bisherige Umfrage unter den Teilnehmern des *ICCEC*-

Kongresses durchgeführt wurde und damit eher Ethikberater aus dem akademischen Umfeld angesprochen wurden, wäre beispielsweise eine zusätzliche Befragung eher im klinischen Bereich tätiger Ethikberater interessant.

5. Zusammenfassung

Die gegenwärtige Medizin ist nicht zuletzt dank wissenschaftlicher Innovationen immer stärker geprägt von komplexen Entscheidungen mit ethischer Relevanz. Aus diesem Grund haben sich in den letzten Jahrzehnten Strukturen für die klinische Ethikberatung entwickelt, deren Hauptaufgabe die strukturierende, lösungs- und konsensorientierte Moderation klinisch-ethischer Fallbesprechungen zu anstehenden Therapieentscheidungen für individuelle Patienten ist [1]. Hierfür werden in der Regel Ablaufmodelle genutzt, welche dazu beitragen sollen, die Fallbesprechung zu strukturieren, alle relevanten Aspekte abzudecken und die ethisch am besten begründete Entscheidung zu fördern. Es wurde eine große Vielfalt solcher Modelle entwickelt, die sich in Umfang, Struktur und Inhalt beträchtlich unterscheiden. Bisher wurde nicht wissenschaftlich untersucht, welche Modelle zur Anwendung kommen, wie diese verwendet werden und wie sich Modelle und Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Fallbesprechungen auswirken.

Diese Studie besteht aus drei Teilstudien. Es wurden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung identifiziert und charakterisiert basierend auf den Resultaten einer Literaturanalyse und den Ergebnissen einer Fragebogenstudie. In der Fragebogenstudie wurden internationale Experten zur Verwendung der Modelle für die Fallbesprechung befragt. Schließlich wurden simulierte Fallbesprechungen zum selben Fall mit standardisierten Gesprächsteilnehmern und unterschiedlichen Moderatoren und Ablaufmodellen durchgeführt und analysiert.

Eine Vielzahl verschiedener Modelle der klinisch-ethischen Fallbesprechung wird international verwendet. Methodisch sind viele Modelle an den vier bioethischen Prinzipien der Fürsorge, Schadensvermeidung, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit orientiert. Einige Modelle legen einen hermeneutischen Ansatz zugrunde und zahlreiche Modelle haben keine spezifische theoretische Grundlage. Zur normativen Abwägung geben manche Modelle Kriterien vor, meist sind diese orientiert an den vier bioethischen Prinzipien. Nur wenige Modelle machen jedoch Angaben, wie bei Konflikten zwischen Normen gehandelt werden soll und wie Normen gegeneinander abgewogen werden sollen. Zu einer Vielzahl der Modelle wurden Leitfäden oder Protokolle veröffentlicht. Der Prozess der Ethikberatung wird in den Modellen sehr unterschiedlich detailliert geregelt. Viele Modelle enthalten Angaben zum Ablauf der Fallbesprechung, unter anderem zur Initiierung der Besprechung, den Teilnehmern, den Aufgaben des Moderators und der Dokumentation der Fallbesprechung.

Die überwiegende Mehrheit der Ethikberater in unserer Befragung folgt in den klinisch-ethischen Fallbesprechungen einer bestimmten Methode. Am häufigsten kommen die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38], die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] und der *Basler Leitfaden* nach Reiter-Theil [46] zur Anwendung. Meist verwenden die Ethikberater während der Fallbesprechung keine gedruckte Version der Methode, sondern haben das Modell im Gedächtnis. Der überwiegende Anteil der Ethikberater in unserer Fragebogenstudie empfindet die Modelle als nützlich. Die wesentlichen Ziele der Methoden sind für die Ethikberater die Strukturierung der Diskussion, die Vergewisserung, dass keine relevanten Aspekte vergessen werden und die Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse. Die Mehrzahl der Ethikberater in unserer Befragung geht davon aus, dass das Ergebnis der Fallbesprechung von der verwendeten Methode abhängt.

Die simulierten Fallbesprechungen führten alle zu einem Ergebnis, das zwischen den beiden extremen Handlungsoptionen lag, die sich aus dem Fall ergeben könnten. Die Resultate von Fallbesprechung A und B waren sich ähnlich, unterschieden sich jedoch in der Hinsicht, welche Bedeutung der Autonomie der Patientin beigemessen wurde. Das Ergebnis von Fallbesprechung C unterschied sich von den anderen beiden durch eine noch intensivere Berücksichtigung des Autonomieaspekts. In allen Besprechungen war es der Moderator, der das schließlich festgehaltene Ergebnis in das Gespräch einbrachte. Die Diskurse, die schließlich zu diesen Ergebnissen führten, zeigten jedoch deutliche Unterschiede. So kam in Fallbesprechung A das Ergebnis durch eine strukturierte Abwägung der Beteiligten zustande, in Fallbesprechung B wurde nach einer knappen Abwägung das Resultat als Konsens festgehalten und in Fallbesprechung C kam das Ergebnis zustande als die Gesprächsteilnehmer den Vorschlägen von Moderatorin C zustimmten. Die Diskurse unterschieden sich außerdem dadurch, wie der Respekt vor der Autonomie der Patientin in der ethischen Deliberation gewichtet wurde. Geringer waren die Unterschiede in der Bedeutung, die den Prinzipien der Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit in den Fallbesprechungen beigemessen wurden. Die Moderatoren wurden wie folgt typisiert: Moderator A strukturierte das Gespräch klar und sorgte für eine fundierte ethische Analyse, Bewertung und Synthese. Der Fokus von Moderatorin B lag auf einer pragmatischen Suche nach einem Konsens zwischen den Gesprächsteilnehmern. Moderatorin C zeigte ein äußerst empathisches Gesprächsverhalten und beeinflusste durch ihre Denkanstöße das Gesprächsergebnis maßgeblich.

Die Ähnlichkeit der Ergebnisse von Fallbesprechung A und B könnte darin begründet sein,

dass beide Gespräche nach dem gleichen Modell, der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* [38], geleitet wurden. Es kann vermutet werden, dass der unterschiedliche Fokus der Resultate in der verschiedenen Art der Moderatoren lag, das Gespräch zu leiten. Das von diesen beiden Ergebnissen unterschiedliche Resultat der Fallbesprechung C ist möglicherweise dadurch bedingt, dass die Moderatorin sich mit Vorschlägen intensiv in das Gespräch einbrachte und durch die Orientierung am *Basler Modell* [46].

Ein Forschungsansatz, das sich an diese Arbeit anschließen könnte, wäre beispielsweise die Weiterentwicklung des Untersuchungsansatzes, der in der Fallbesprechungsstudie pilotiert wurde, insbesondere hinsichtlich der Auswertungsmethode.

Klinische Ethikberatung kann wichtige Unterstützung bei drängenden Problemen in der klinischen Arbeit bieten. Da Moderatoren und Ablaufmodelle der Fallbesprechungen Effekte auf das Ergebnis der Besprechungen haben und damit auf die klinische Praxis ist die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die klinische Ethikberatung bedeutend.

6. Literaturverzeichnis

1. Akademie für Ethik in der Medizin. Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin*. 2010;22(2):149-153.
2. Akademie für Ethik in der Medizin. Zertifizierung. http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=66&artikel_id=none. (aufgerufen am 16.10.2015)
3. Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Tanner S, et al. Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum*. 2014;7(1):27-36.
4. American Society for Bioethics and Humanities. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultations*; 2006.
5. Bartholdson C, Pergert P, Helgesson G. Procedures for clinical ethics case reflections: an example from childhood cancer care. *Clinical Ethics*. 2014;9(2-3):87-95.
6. Bauer AW. Der Hippokratische Eid: Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. *Zeitschrift für medizinische Ethik*. 1995;41:141-148.
7. Baumann-Hözl R. *7 Schritte Dialog: Ein Modell ethischer Entscheidungsfindung*. http://dialog-ethik.ch/wp-content/uploads/2013/06/Dok_Schritte7Dialogneu.pdf. (aufgerufen am 19.04.2015).
8. Baylor College of Medicine, Center for Medical Ethics and Health Policy. *Ethics Work-Up*; 2014.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7. Auflage. New York [u.a.]: Oxford Univ. Press; 2013.
10. Behandlungsabbruch bei Anorexie? *Ethik in der Medizin*. 2010;22(2):131-132.
11. Bolt I, van den Hoven, Mariëtte, Blom L, Bouvy M. To dispense or not to dispense? Ethical case decision-making in pharmacy practice. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2015;37(6):978-981.
12. Bormann F. Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung. *Zeitschrift für medizinische Ethik*. 2013;59(2):117-127.
13. Cadoré B, Boitte P, Zorilla S, Jaquemin D. *Pour une bioéthique clinique: Médicalisation de la société, questionnement éthique et pratiques de soins*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2003. Les savoirs mieux; 19.
14. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30(2):170-178.
15. Dekkers W. Hermeneutics and Experiences of the Body: The Case of Low Back Pain. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 1998;19(3):277-293.
16. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV) und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. *Ethik-Komitee im Krankenhaus*. Stuttgart; 1997.
17. Deutsch E, Lippert H. *Ethikkommission und klinische Prüfung: Vom Prüfplan zum Prüfvertrag*. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 1998.

18. Dörries A. The 4-Step Approach – Ethics case discussion in hospitals. *Diametros*. 2009;(22):39-46.
19. Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, Hrsg. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
20. Dresing T., Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 5. Auflage. Marburg: Eigenverlag; 2013.
21. Dubler NN, Webber MP, Swiderdki DM. Charting the Future: Credentialing, privileging, quality, and evaluation in clinical ethics consultation. *Hastings Center Report*. 2009;39(6):23-33.
22. DuBois JM. *Ethics in mental health research: Principles, guidance, and cases*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2008.
23. Düwell M, Hübenenthal C, Werner MH, Hrsg. *Handbuch Ethik*. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart [u.a.]: Metzler; 2011.
24. Førde R, Pedersen R. Clinical Ethics Committees in Norway: What Do They Do, and Does It Make a Difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011;20(03):389-395.
25. Fox E, Berkowitz KA, Chanko BL, Powell T. *Ethics Consultation: Responding to Ethics Questions in Health Care*. Washington, D.C.
26. Heinemann W. *Ethische Fallbesprechung*. 1. Auflage. Köln; 2005.
27. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(1):51-57.
28. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
29. Jox RJ. Certification of Healthcare Ethics Consultants: the German Model; 12th International Conference for Clinical Ethics Consultation; 19.-22.5. 2016; Washington, D.C.
30. Klinikum der Universität München. Klinisches Ethikkomitee. http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das_klinikum/zentrale-bereiche/ethikkomitee/index.html. (aufgerufen am 20.11.2016).
31. Kodish E, Fins JJ, Braddock C, et al. Quality Attestation for Clinical Ethics Consultants: A Two-Step Model from the American Society for Bioethics and Humanities. *Hastings Center Report*. 2013;43(5):26-36.
32. Loyola University Chicago. Assessing Clinical Ethics Skills (ACES) Scoring Rubric. 2014. (aufgerufen am 18.10.2016).
33. MacIntyre AC. *After Virtue: A Study in Moral Theory*. 3rd ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2007.
34. MacIntyre AC. *Whose justice? Which rationality?* Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press; 1988.
35. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation. *The American Journal of Bioethics*. 2016;16(9):26-33.

36. Marckmann G, Hrsg. *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. 1. Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015.
37. Marckmann G. Klinische Ethikberatung und ethische Entscheidungsfindung in der Neuromedizin. In: Jox RJ, Erbguth F, Hrsg. *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017:26-37.
38. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. *Der Onkologe*. 2009;15(10):980-988.
39. Miller FG, Fletcher JC, Fins JJ. Clinical Pragmatism: A Case Method of Moral Problem Solving. In: Fletcher JC, Boyle R, Hrsg. *Fletcher's introduction to clinical ethics*. 3rd ed. Hagerstown, Md: University Pub. Group; 2005:21-38.
40. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*. 2008;34(2):120-124.
41. Newson AJ, McDougall R. Do We Need Ethical Theory to Achieve Quality Critical Engagement in Clinical Ethics? *The American Journal of Bioethics*. 2016;16(9):43-45.
42. Orr RD, Shelton W. A Process and Format for Clinical Ethics Consultation. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(1):79-89.
43. Paulsen JE. A Narrative Ethics of Care. *Health Care Analysis*. 2011;19(1):28-40.
44. Pearlman RA, Foglia MB, Fox E, Cohen JH, Chanko BL, Berkowitz KA. Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *American Journal of Bioethics*. 2016;16(3):3-14.
45. Reiter-Theil S. Dealing with the Normative Dimension in Clinical Ethics Consultation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2009;18(04):347.
46. Reiter-Theil S. Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2005;86(6):346-352.
47. Richter G. Ethics Consultation at the University Medical Center — Marburg. *Health Care Ethics Committee Forum*. 2001;13(3):294-305.
48. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. Second edition. Los Angeles [i.e. Thousand Oaks, Calif]: SAGE Publications; 2013.
49. Salomon F. Leben erhalten und Sterben ermöglichen. *Der Anaesthetist*. 2006;55(1):64-69.
50. Sass H, Viefhues H. *Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis: Wissenschaftliche und ethische Analyse zur Behandlung eines medizinischen Falles*. Bochum; 1987. Medizinische Materialien Bochum; Heft 2.
51. Scheule R. *MEFES: Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen*; 2008.
52. Schochow M, May A, Schnell D, Steger F. Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2014;139(43):2178-2183.

53. Schwitalla J. *Gesprochenes Deutsch: Eine Einführung*. 4. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2012. Grundlagen der Germanistik; 33.
54. Simon A, May AT, Neitzke G. Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. *Ethik in der Medizin*. 2005;17(4):322-326.
55. Simon A, Neitzke G. Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, Hrsg. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010:22-37.
56. Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2003;6(3):235-246.
57. Steinkamp N, Gordijn B. *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch*. 2. Auflage. Neuwied, München [u.a.]: Luchterhand; 2005.
58. Steinkamp N, Gordijn B. Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. *Rheinisches Ärzteblatt*. 2000;(5):22-23.
59. Tetsuro Shimizu. Withdrawal of life-support from ALS patients in so called totally locked in state: from the viewpoint of clinical ethics. *Rinsho Shinkeigaku*. 2010;50(11):1029-1030.
60. Viafora C. Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1999;2(3):283-297.
61. Vollmann J. Ethik in der klinischen Medizin. *Ethik in der Medizin*. 2006;18(4):348-352.
62. Walker T. What principlism misses. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35(4):229-231.
63. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Stellungnahme "Ethikberatung in der klinischen Medizin". *Deutsches Ärzteblatt*. 2006;103(24):A 1703-1704.

7. Anhang

7.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Bochumer Arbeitsbogen (Sass/Viefhues)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten	Keine Angaben	Feststellung der medizinisch- wissenschaftlichen und medizinethischen Befunde	Ja	Ja	Nein
7 Schritte Dialog (Baumann-Hölzle)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, Umsetzung, Kommunikation und Überprüfung der Entscheidung	Keine Angaben	Berücksichtigung von medizinischen und pflegerischen Informationen und der Erfahrung mit ähnlichen Fällen	Ja	Ja	Nein
Nimwegener Methode (Steinkamp/ Gordijn)	Prinzipien-basiert	Text	Angaben zu Besprechungsschri- tten und den Aufgaben des Moderators	Teilnahme eines Moderators, außerdem Ärzte, Pflegepersonal und andere	Berücksichtigung ärztlicher, pflegerischer und lebensanschaulicher Aspekte	Nein	Ja	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Basler Modell (Reiter-Theil)	Prinzipien-basiert	Protokoll, Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, Erstellung des Protokolls und Dokumentation	Keine Angaben	Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, ethischer, rechtlicher, psychologischer und weiterer Aspekte, Systematischer Perspektivenwechsel	Nein	Ja	Nein
Ethische Fallbesprechung (Malteser)	Prinzipien-basiert	Protokoll, Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zur Initiative zur ethischen Fallbesprechung, zu den Aufgaben des Moderators, der Gesprächsstruktur und der Dokumentation	Teilnahme eines geschulten Moderators und des Behandlungstea- ms, Evtl. partielle Teilnahme des Patienten/ eines Vertreters im Rahmen der Fakten- sammlung	Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer, spiritueller, organisatorischer und ökonomischer Gesichtspunkte, Angaben zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens	Ja	Ja	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Weg zur ethisch begründeten Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Therapie (Salomon)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zur Dokumentation, Supervision und Verwendung des Modells für gemeinsame Entscheidungen in Konferenzen/ Visiten oder als Überlegungshilfe für alleine getroffene Entscheidungen des behandelnden Arztes	Keine Angaben	Berücksichtigung der medizinischen Situation, der Interessen und Wertvorstellungen des Patienten und der Pflichten der Behandelnden, Einbeziehung patientenbezogener Informationen von Pflegerinnen und Angehörigen	Nein	Ja	Nein
Prinzipienorientie- rte Falldiskussion (Marckmann/ Mayer)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten	Teilnahme aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen und eines moderierenden Ethikberaters	Integration der unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Berufsgruppen, Sammlung der für die Entscheidung relevanten Informationen über den Patienten	Ja	Ja	Ja

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Providence Model for clinical ethical decision-making (Providence Center for Health Care Ethics)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten und zur Initiative zur Fallbesprechung	Keine Angaben	Identifizierung des ethischen Problems, der involvierten Personen und der relevanten Fakten (medizinische Angaben, Patienten- wünsche, Lebensqualität, Kontext-faktoren)	Ja	Ja	Nein
Integratives Fallbesprechungs modell (Bormann)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zu reaktiven/ prospektiven und internen/ externen Nutzungsmöglichk- eiten des Modells und zur Rolle des Moderators	Keine Angaben	Darstellung biographischer Faktoren des Patienten und medizinischer, pflegerischer, rechtlicher und ökonomischer Informationen	Nein	Ja	Ja

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
EMMA (May et al.)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu konkreten Besprechungsschri tten	Teilnahme eines Leiters der Ethikberatung und der ratsuchenden Gruppe, eventuell Teilnahme von Angehörigen, rechtlichen Betreuern oder Vorsorgebevoll mächtigten	Zuerst intuitiv- emotionale Beschreibung der Problematik durch einen der Teilnehmer, dann systematische Informationserhebung (medizinische, pflegerische, psychosoziale Aspekte, Wille des Patienten, Aspekte der Privatheit und des Lebensstils)	Nein	Ja	Nein
4-Boxes-Approach (Jonsen/Winslade/ Siegler)	Prinzipien-basiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri tten	Keine Angaben	Ermittlung von medizinischen Angaben, Präferenzen und Lebensqualität des Patienten und Kontextfaktoren	Ja	Ja	Nein
METAP (Albisser-Schleger et al.)	Prinzipien-basiert und Pädagogisch basiert	Protokoll, Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri tten, Darstellung eines Eskalationsmodell s zur schrittweisen Problemlösung	Stufe 1-3: klinisches Team, Stufe 4: zusätzlich professioneller Ethiker	Sammlung relevanter Informationen (zu Behandlung, Patient und sozialem Umfeld) durch das Behandlungs-team anhand einer Checkliste	Ja	Ja	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Lanza Foundation Protocol (Viafora)	Integration normativer und hermeneutischer Methodik	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten und zur Verwendung des Modells in der klinischen Ethikkonsultation und in Schulungsprogram- men	Keine Angaben	Berücksichtigung aller für die klinische Situation relevanter Aspekte (biologisch, medizinisch, persönlich und ethisch)	Ja	Ja	Ja
Hermeneutic Method (Dekkers)	Hermeneutisch	Text	Grundsätzliche Angaben zum Gesprächsablauf	Keine Angaben	Keine Angaben	Nein	Nein	Nein
Moral Case Deliberation (Widdershoven et al.)	Pragmatisch- hermeneutischer und dialogischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Nein	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Karolinska model for ethical analysis (modified version) (Bartholdson et al.)	Induktiv, fallbasiert	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zur Initiative zur ethischen Fallbesprechung, zu Vorbereitungen, zur Rolle des Moderators und zur Dokumentation	Teilnahme eines Moderators, des interdisziplinär en Behandlungstea- ms, evtl. auch anderen Fachpersonals wie Psychologen oder Sozialarbeiter, keine Teilnahme von Patienten oder Angehörigen	Kurze Fallpräsentation durch einen der Ärzte, Hinzufügen von Details durch andere Teilnehmer wie medizinische, rechtliche, kulturelle, religiöse oder psychologische Aspekte, Identifizierung des ethischen Problems, der involvierten Parteien, der relevanten Interessen, Werte und moralischen Prinzipien	Ja	Nein	Nein
Narrative Ethics of Care (Paulsen)	Narrativ	Text	Grundsätzliche Angaben zum Gesprächsablauf	Keine Angaben	Keine Angaben	Nein	Nein	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Clinical Pragmatism (Miller/ Fletcher/ Fins)	Klinischer Pragmatismus	Leitfaden	Angaben zur Anwendung des Modells zur prospektiven und retrospektiven Besprechung, Angaben zur Rolle des Moderators	Keine Angaben	Sammlung der medizinischen Fakten, Kontextfaktoren, Fähigkeiten, Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten, Informationen zu stellvertretenden Entscheidungsträgern, konkurrierenden Interessen, institutionellen Faktoren, Machtangelegenheiten	Ja	Nein	Nein
Marburger Modell (Gerdes/Richter)	Klinischer Pragmatismus (Integration der klinischen und ethischen Entscheidungsfindung, induktives Modell)	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschritten	Teilnahme an der Ethik-Visite: Ethik-Konsiliarius, Oberarzt, Stationsärzte, Medizinstudenten, Pflegepersonal	Sammlung von medizinischen Fakten, Informationen zu Präferenzen, Entscheidungsfähigkeit, Glauben, Werte, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten im Kontext der familiären Situation, ggf. Identifikation eines Patientenvertreters, Besprechung der institutionellen Faktoren	Ja	Nein	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
Socratic Dialogue (Steinkamp/Gordijn)	Sokratischer Dialog	Text	Grundsätzliche Angaben zum Gesprächsablauf, Angaben zu den Aufgaben des Moderators und zum Verhalten der Teilnehmer	Teilnahme eines geschulten Moderators	Erörterung aller Aspekte des Falls, die für die diskutierte philosophische Frage relevant sind	Nein	Nein	Nein
SME-Modell (Zentrum für Medizinethik Oslo)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- ften, zur Initiative zur Fallbesprechung, zu Vorbereitungen, prospektiven und retrospektiven Fällen	Angaben zur Teilnahme	Alle beteiligten Personen sollen entweder anwesend sind oder auf andere Weise Informationen zur Diskussion beitragen Unsicherheiten in medizinischen Aspekten sollen identifiziert werden und möglicherweise eine zweite Meinung eingeholt werden	Ja	Nein	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
4-Step-Approach (Dörries)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zum Ablauf der Fallbesprechung, zur Dokumentation und der Rolle des Moderators	Teilnahme eines geschulten Moderators, an der Behandlung und Pflege des Patienten beteiligte Berufsgruppen, eventuell Angehörige	Darstellung medizinischer und pflegerischer Informationen und rechtlicher Verpflichtungen	Ja	Ja	Nein
Ethics Work-up (Baylor College of Medicine, Center for Medical Ethics and Health Policy)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten	Keine Angaben	Identifizierung aller relevanten Fakten	Ja	Nein	Nein
CASES (Fox et al.)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, zur Entscheidung, ob der Fall für eine ethischer Fallbesprechung geeignet ist etc.	Eventuell Teilnahme des Patienten	Sammlung von medizinischen Fakten, Präferenzen und Interessen des Patienten, Präferenzen und Interessen anderer Beteiligter, ethisches Wissen	Ja	Ja	Nein

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
MEFES (Scheule)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri- tten, und zur Initiative zur Fallbesprechung	Teilnahme eines Moderators, Vertreter aller mit dem Patienten befassten Berufsgruppen, evtl. Angehörige	Sammlung relevanter Informationen (zu Entscheidungsproblem, Patientenwille, medizinischen Fakten, berufsspezifischer Verlaufsbeurteilung, lebensweltlichen Bezügen und Sinnperspektive) durch das Behandlungsteam anhand einer Checkliste zur Vorbereitung	Ja	Nein	Nein
Lille Model (Cadoré et al.)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Text	Angaben zu Besprechungsschri- tten	Möglicherweise Teilnahme von Personen aus dem nicht- medizinischen Bereich	Ermittlung der beteiligten Personen und ihrer Beziehungen, der Geschichte und der Beziehungen des Patienten und der entscheidenden medizinischen Faktoren	Ja	Nein	Nein
So Far No Objections (DuBois)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Text	Angaben zu Schritten der Fallanalyse	Keine Angaben	Ermittlung der involvierten Personen und relevanten Fakten und Normen	Ja	Ja	Ja

	Philosophischer/ theoretischer Ansatz	Form	Prozessregeln	Teilnehmer	Methode der Informationssammlung	Ermittlung von (Be-) Handlungs- optionen	Normative Abwägung	
							Nennung ethischer Prinzipien/ anderer Kriterien zur normativen Abwägung	Angaben zur Anwendung der Prinzipien/ Kriterien bzw. zum Vorgehen bei Konflikt zwischen den Prinzipien/ Kriterien
A Process and Format for Clinical Ethics Consultation (Orr/Shelton)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Text	Vor allem Angaben zur Dokumentation der Besprechung, außerdem Angaben zur Initiative zur Fallbesprechung, zur Organisation der Besprechung,	Einbindung des Patienten, seiner Familie, Vertreter aller mit dem Patienten befassten Berufsgruppen	Vor der Besprechung: Durchsehen der Krankenakte, Gespräche mit dem Behandlungsteam und anderen Berufsgruppen, dem Patienten und seiner Familie	Ja	Nein	Nein
EIGER (Porz et al.)	Kein spezifischer philosophischer Ansatz	Leitfaden	Angaben zu Besprechungsschri tten	Keine Angaben	Darstellung der relevanten Fakten, Werte und Emotionen	Ja	Nein	Nein

7.2. Fragebogen



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

INSTITUTE OF ETHICS, HISTORY AND THEORY
OF MEDICINE, UNIVERSITY OF MUNICH, GERMANY

DIRECTOR:
PROFESSOR GEORG MARCKMANN, MD, MPH



Survey on Methods of Ethics Case Consultation

Individual case consultation is a major task of clinical ethicists. When ethically difficult or controversial medical decisions have to be made, ethics consultants may be called to facilitate decision making by moderating case discussions with the clinical team and sometimes also the patients and/or their families. Various models or methods have been published that should help to structure this moderation and assist in the ethical analysis (e.g. 4-Box-Model, Nijmegen Model). Our aims are to identify the most commonly used methods of ethics case consultation, comparatively review them and elicit the ethics consultants' attitudes towards them.

If you work as a health care ethics consultant in any way (regardless of the institution and setting), please take 5-10 minutes to complete this short questionnaire. All data is gathered and processed anonymously. Please deposit the completed questionnaire at the registration desk or hand it in to a member of the ICCEC staff who will pass it on to the Principal Investigator.

If you have any questions, please contact the Principal Investigator:

Ralf J. Jox, MD, PhD

Assistant Professor for Medical Ethics

Institute of Ethics, History and Theory of Medicine

University of Munich, Germany

Phone: +49 163 4201346, E-Mail: ralf.jox@med.lmu.de

1. Have you done **any form of ethics case consultation** in a health care setting so far?

Yes No

2. Do you **follow any method, structure, or formal approach** in your ethics case consultations?

Yes No

3. **Which method(s)** have you applied in ethics case consultation so far? You may mention more than one. Please add any method not listed here and be specific about the name.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4-Boxes-Approach (Jonsen/Winslade/Siegler) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Basel Guideline (Reiter-Theil) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Bochum Model (Sass et al.) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> CASES (Fox et al.) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Moral Case Deliberation (Widdershoven et al.) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Nurses Process Approach | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Nijmegen Model (Steinkamp/Gordijn) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Principle-Oriented Case Discussion (Marckmann) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |

Other: _____

Other: _____

Other: _____

Self-made method

4. If you have used any method(s) that you added in the above question, please specify **how this method(s) can be accessed** by us (e.g. mention book, article, website, name, e-mail address):

Model: _____ → Accessible via: _____

Model: _____ → Accessible via: _____

Model: _____ → Accessible via: _____

Address:
Lessingstrasse 2
80336 Munich

How to reach us:
Bus: 58 Beethovenplatz
Subway: U1, U2 Sendlinger Tor
U3, U6 Goetheplatz

Bayerische Landesbank München
Kto. 24 868 BLZ 700 500 00
USt-IdNr. DE 811 205 325

5. In what way do you use a method of ethics case consultation?

- I use a protocol sheet that is being filled in during the case discussion
 I use a printed version that I look at during the case discussion
 I have the method in my head, but do not use a printed version of it
 I use it in another way: _____

6. Which methods of ethics case consultation are **most commonly used** in your country?

- 1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

7. In general, **how helpful** are such methods in doing ethics case consultation?

- Very helpful
 Moderately helpful
 Slightly helpful
 Not helpful

8. What do you think are the **primary goals** of such methods? (*Multiple answers possible*)

- To structure the discussion
 To make sure that no relevant point or perspective is missed
 To facilitate an ethically sound analysis
 To prepare the ethics consultant for a specific case discussion
 To educate ethics consultants independent of any specific case consultation
 To _____
 To _____

9. Do you think that **the result (the decision)** of an ethics case consultation will depend upon the method that is being used?

- Yes No

→ **Please also answer some questions regarding your work:**

10. In which **health care setting** do you perform ethics case consultation? (*Multiple answers possible*)

- In a hospital
 In a long-term care facility (e.g. nursing home)
 In an outpatient setting
 In another setting: _____

11. Does the institution you work for (e.g. the hospital) **provide any specific method** for ethics case consultation?

- Yes No

12. In which **country** do you work?

In _____

13. What is your original **profession/professional training**?

- Nurse
 Physician
 Philosopher
 Other: _____

14. What is your **gender**: female male other

15. What is your **age**: _____ years

Thank you very much for your participation!

7.3. Transkripte Fallbesprechungsstudie

7.3.1. Transkriptionsregeln

Gesprächsteilnehmer

A	Moderator A
B	Moderator B
C	Moderator C
Fr	Dr. Frei
Fi	Frau Fischer
Wo	Herr Wolf

Angaben im Text

(00:32:43)	Zeitangabe in der Videoaufzeichnung
/	Satzabbruch
(unv.)	Unverständliche Äußerung
(Holt Herrn Wolf herein)	Angaben zur Handlung
[Moderator C]	Austausch der Namen der Moderatoren zur Anonymisierung

7.3.2. Transkript Fallbesprechung A

Teilnehmer:

Moderator A (A)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1 **A:** Einen schönen guten Morgen, ich darf Sie herzlich begrüßen zu dieser ethischen
2 Fallbesprechung. Freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, hier gemeinsam zu besprechen,
3 wie es denn mit Anna weitergehen soll. Sie haben sicher ja schon Gelegenheit gehabt, sich
4 vorzustellen, das heißt eine Vorstellungsrunde brauchen wir jetzt vielleicht nicht mehr, oder?
5 Herr Wolf, Frau Fischer, Herr Frei als behandelnder Psychiater. Bevor wir jetzt wirklich mit
6 der Besprechung der Situation anfangen noch eine kleine Vorbemerkung. Diese Besprechung
7 soll die Entscheidung der Verantwortlichen unterstützen. Sie soll sie nicht abnehmen. Das
8 heißt die Entscheidungsverantwortung verbleibt dann bei dem behandelnden Arzt am Ende,
9 aber wir versuchen, ihn in dieser Entscheidung zu unterstützen. Und wir versuchen dann zu
10 einem Ergebnis zu kommen, was in dieser Situation die ethisch am besten begründete
11 Entscheidung ist. Zweite Vorbemerkung: wir werden versuchen, dieses Gespräch in einer
12 strukturierten Art und Weise zu führen. Und ich würde Ihnen gerne am Anfang ganz kurz
13 aufzeigen, wie das Gespräch ablaufen soll, damit Sie so ein bisschen so einen Fahrplan haben
14 für die nächste Stunde. (00:01:13)

15

16 **Wo:** Ja, wunderbar. (0:01:12)

17

18 **A:** Wir werden zunächst nochmal die Situation uns angucken von Anna, wie die aktuelle
19 Situation ist, da wird Herr Jox berichten, Sie werden von der Pflegeseite her berichten und Sie
20 können natürlich auch als Vater berichten, wie es Ihrer Tochter geht. Wir werden uns dann
21 überlegen, was es überhaupt für Handlungsoptionen in der Situation gibt. Und wir werden
22 auch natürlich genau überlegen, wie denn jeweils der zu erwartende Verlauf ist, wie die
23 Erfolgsaussichten der Behandlung sind und so weiter und so fort. Wir werden dann zunächst
24 aus der Fürsorgeperspektive überlegen, was denn das Beste für Anna ist. Also werden
25 zunächst mal ganz ausblenden, was ihre eigenen Wünsche sind, sondern gucken, wenn wir
26 jetzt alleine entscheiden könnten, was wäre aus unserer Sicht der beste Weg. Wir werden
27 dann im nächsten Schritt natürlich überlegen, ja welche dieser Handlungsoptionen bevorzugt

28 die Anna, auch mit welchen Argumenten, das ist sozusagen ihre Autonomieperspektive. Und
29 wir werden dann natürlich auch, das wär dann die dritte Bewertungsperspektive, noch mal
30 hören, was Sie als Vater für das richtige Vorgehen halten. Eine weitere Perspektive ist noch
31 mal zu gucken, gibt es noch andere Beteiligte, die von dem Fall betroffen ist, deren
32 Bedürfnisse man vielleicht berücksichtigen sollte, und dann versuchen wir nachher in einer
33 Synthese, diese Bewertungsperspektiven zusammenzubinden zu einer ethisch möglichst gut
34 begründeten Entscheidung. Ja? Haben Sie dazu noch Rückfragen? Ne. Ich selber kenn jetzt
35 die Anna nicht persönlich, das heißt alle Informationen müssen Sie mir liefern und ich
36 entscheide ja auch nicht sondern ich werde nur dieses Gespräch moderieren. Ok. Gut,
37 vielleicht starten wir mal, Herr Dr. Frei, dass Sie einfach mal berichten, wie aus Ihrer Sicht
38 sich die Situation von Anna darstellt. (00:03:03)

39

40 **Fr:** Ok. Also ich kenne Anna jetzt seit fünf Wochen, seit sie bei uns in der Klinik ist. Ich leite
41 da die Station für Essstörungen hier in der Klinik für Psychiatrie. Und wir haben sie vor fünf
42 Wochen wie gesagt aufgenommen und seither hatte ich viele Gespräche mit ihr, ich
43 sozusagen mache auch die Gesprächstherapie mit ihr, also die Einzelgespräche, die ich führe
44 auch mit ihr zusammen. Vielleicht aus meiner medizinischen Sicht ist es so: sie hat, die
45 Hauptdiagnose ist die Magersucht, also die Anorexia nervosa, die mit elf Jahren diagnostiziert
46 worden ist, da war sie elf. Also jetzt inzwischen ist sie neunzehn, das heißt seit acht Jahren hat
47 sie diese Erkrankung. Und sie hat einen relativ langen sozusagen Leidensweg oder
48 Krankheitsweg hinter sich, war also in sehr, sehr vielen Kliniken. Zunächst hat man das
49 ambulant versucht, da haben die Eltern auch sehr schnell eine Therapie organisiert, dann hat
50 man es stationär versucht, sie war glaube ich insgesamt in mehr als zehn Kliniken,
51 Krankenhäusern, teilweise Spezialkliniken, wo sie auch immer wieder mal zwangsernährt
52 wurde, ich glaube drei Mal ist sie zwangsernährt worden. Und sie hat jetzt bevor sie zu uns
53 kam hat sie eine lange Phase gehabt, acht Monate glaube ich, wo sie in einer
54 Langzeiteinrichtung für Essgestörte war und dort hat man gewissen Erfolg gehabt, so drei
55 Kilo hat sie zugenommen, von 21 auf 24 Kilo, jetzt ist sie bei 24 Kilogramm, also das ist doch
56 sehr, sehr wenig, das entspricht dann so einem Body-Mass-Index von 11, den sie momentan
57 hat. Das heißt, Sie müssen sich vorstellen, also sie ist schon sehr, sehr abgemagert. Ja und was
58 wir jetzt, also wie gesagt, in dieser Zeit, in dieser langen, achtjährigen Behandlungszeit, gab
59 es leichte Verbesserungen, aber keine wirklich durchschlagenden irgendwie Erfolge oder
60 Zeiten, wo sie wirklich geheilt war, wo man sagen konnte es war es war alles gut. Sie musste
61 die Schule verlassen, in der elften Klasse musste sie raus weil sie einfach sehr viel nicht mehr

62 mitbekommen hat. Sie war viel in Kliniken, hat dann einfach den Stoff nicht mehr sozusagen
63 nacharbeiten können. Und sie ist jetzt eben durch ihre lange Zeit in Krankenhäusern auch, ja
64 wir sagen hospitalisiert. Das heißt sie hat jetzt auch kaum Freunde, oder gar keine Freunde
65 und keine Hobbies, die sie hat. Das heißt beschäftigt sich einfach sehr, sehr viel mit ihrer
66 Krankheit. Was wir jetzt bei der Aufnahme noch festgestellt haben ist eine leichte Depression,
67 leichte depressive Verstimmung, und auch eine leichte Zwangsstörung, also außer den
68 Gedanken an Essen, an ihren Körper, gibt es noch so einen leichten Waschzwang, den sie hat,
69 aber das ist nicht, wirklich nicht im Vordergrund stehend, im Vordergrund steht die die
70 Magersucht. Und vielleicht noch mal kurz für Sie auch die Symptome, oder wie sich die
71 Krankheit äußert: also das eine ist eben, dass sie wenig isst oder wenig Kalorienhaltiges zu
72 sich nimmt und das ist eigentlich das Leitsymptom. Und dann ist es aber auch so, dass sie
73 gelegentlich eben Erbrechen hervorruft oder auch Abführen hervorruft um eben nicht
74 zuzunehmen. Und im Hintergrund steht bei diesen Patienten so eine, wir sagen
75 Körperschemastörung, das heißt sie nehmen ihren Körper eigentlich als zu dick war, obwohl
76 er eben schon sehr, sehr dünn und abgemagert ist und beschäftigen sich eben tagaus tagein
77 auch mit Ernährung und mit ihrem Körper. Und was bei Anna eben durch die lange
78 Krankheitsgeschichte auch noch passiert ist und durch den frühen Beginn natürlich mit
79 Beginn der Pubertät, ist, dass sie gewisse körperliche Folgen hat. Das heißt sie hat wie viele
80 Patientinnen in dem Alter, die das eben früh bekommen, eine gewisse
81 Wachstumsverzögerung, also sie ist nicht so groß geworden, wie sie vielleicht hätte werden
82 können. Und sie hat eine, wir sagen sekundäre Amenorrhö, also sie sozusagen hat eine Form
83 der Unfruchtbarkeit, vorübergehend, dass keine Monatsblutung kommt, das ist auch Ausdruck
84 der Erkrankung. Wir sehen bei ihr weiterhin im Blut, wenn wir Laboruntersuchungen machen,
85 dass sie schon auch gewisse Veränderungen im Blut hat. Die Blutbildung ist etwas reduziert,
86 das heißt die Blutblättchen sind geringer. Da ist ein gewisses Risiko, auch eine gewisse
87 Blutungsneigung da, aber ansonsten sind ihre anderen Organe, sozusagen ja arbeiten normal,
88 also Niere und Leber. Ja jetzt vielleicht weshalb ich Sie gerufen habe/ (00:08:30)

89

90 **A:** Ja genau, der Anlass wäre noch gut zu kennen. (00:08:33)

91

92 **Fr:** Genau. Weshalb ich Sie gerufen habe ist, dass sie eigentlich jetzt in unserer Behandlung
93 keinen Fortschritt gemacht hat. Wir haben eine Zeit lang versucht, mit einem
94 Ernährungsprogramm am Anfang. Das haben wir sehr ausgeklügelt versucht, hat nicht
95 gefruchtet und haben dann gemeinsam ihr, da hat sie wirklich ihr Einverständnis gegeben,

96 eine Magensonde angelegt. Und dann kam es zu einer leichten Verbesserung so ein bisschen,
97 glaube ein-, eineinhalb Kilogramm. Und dann hat sie aber nach zehn Tagen gesagt, sie
98 möchte das nicht mehr. Und hat dann sozusagen gesagt, wir sollen das, ja, wieder
99 wegnehmen. Und jetzt hat sie vor ein paar Tagen bei der Visite zu mir gesagt oder zu uns
100 gesagt, sie möchte eigentlich gar nicht mehr bei uns in der Klinik behandelt werden. Sondern
101 sie möchte in eine Palliativeinrichtung verlegt werden, also in eine Palliativstation oder ein
102 Hospiz, wo man sie sozusagen in Ruhe lässt und sie würde auch durchaus den Tod in Kauf
103 nehmen. Und das ist eine Situation, die wir eigentlich so noch nie hatten, oder die uns
104 ziemlich ratlos macht, und wir haben im Team einfach gesagt, wir brauchen da eine
105 Unterstützung von außen. (00:09:49)

106

107 **A:** Ok, vielen Dank. Also von den Therapien, sie haben die Einzelgesprächstherapie gemacht,
108 sie haben die Ernährung mit der Magensonde versucht. (00:09:58)

109

110 **Fr:** Genau. (00:09:58)

111

112 **A:** Dem hatte sie am Anfang zugestimmt und dann hatte sie aber gesagt nein, will sie nicht
113 mehr und dann hatten Sie die auch beendet. (00:10:06)

114

115 **Fr:** Genau, richtig. (00:10:07)

116

117 **A:** Ok. Gut. Frau Fischer, gibt es von Ihrer Seite noch Ergänzungen dazu, wie Sie die Anna
118 jetzt erlebt haben, aus Pflugesicht. (00:10:18)

119

120 **Fi:** Ja, also, es ist alles wahr, was so gesagt wurde. Aus meiner Sicht ist es so: ich habe ja
121 selber einen Sohn in diesem Alter und ich würde also alles unternehmen, um Anna nicht in
122 diese Palliativstation gehen zu lassen. Ja, ich sehe sie jeden Morgen und sie ist mal so drauf,
123 mal so drauf. Also sie sagt zu mir öfters: ach, ich habe heute Morgen wieder die Therapeuten
124 irgendwie anschwindeln können, ich habe sie hinters Licht führen können. Ich sag ihr, also
125 ich denke mir, dass ich sehr freundlich bin zu ihr, aber ich sage ihr schon auch manchmal
126 direkt: Anna, du bist wirklich in den fünf Wochen, die ich dich erlebe, ein wirklich
127 intelligentes Mädchen. Glaubst du wirklich in deiner Intelligenz, dass wir dich nicht
128 durchschauen, was du machst? Ja und dann kommen wir so in die Diskutiererei und dann
129 schweifen wir wieder ab. Und ja ich kann ihr nur zureden natürlich, also ob sie meine eigene

130 Tochter wäre. Weil ich kann das, also das widerspricht nicht nur meinem Berufsethos,
131 sondern das widerspricht auch meiner Lebenseinstellung, dass man Menschen, auch gerade
132 eben so junge, einfach so dahinschwinden sieht und sie dann in den Tod gehen lässt. Und ich
133 habe mir vorgenommen, zum Beispiel, also ich weiß ja wie das ist, ich habe zwar einen Sohn,
134 aber ich weiß ja wie das ist bei den jungen Mädchen, die gucken sich eine Illustrierte an und
135 finden sich hässlich, dick und alles. Und ich hab mir gedacht, vielleicht sollte ich das mal
136 umgekehrt machen, also nicht diese Sachen fernhalten von ihr, sondern ich habe mal so
137 Sachen mitgenommen und habe gesagt komm, wir schauen uns das jetzt mal an und du sagst
138 mir mal was gefällt dir da und wieso möchtest du so sein. Und dann kommt natürlich das
139 Ganze, ja also die ist doch so hübsch und die hat da nichts und ich hab so viel obwohl sie ist
140 spindeldürr. Und dann versuche ich ihr zu erklären, dass diese Fotos alle gefakt sind. Dass es
141 nicht und ich versuche, ihre Intelligenz anzusprechen und sie versteht das auch. Aber da ist
142 irgendwie ein Schalter in ihrem Kopf, der noch nicht umgelegt wurde. Also sie versteht, dass
143 diese Fotos alle wirklich gefakt sind, das ist ja auch nicht gelogen von mir. Aber sie sagt, ja
144 aber schau mich doch an, wie ich aussehe. Und dann sage ich ja, jetzt bist du gerade gar nicht
145 schön. Also ich sage ihr schon direkt, du bist jetzt gar nicht schön, aber nicht weil du zu dick
146 bist, sondern weil du zu dünn bist. Und du könntest hübsch sein, wenn du ein bisschen
147 gepolsterter wärst und einfach. Das was du zunehmen sollst ist ja noch lange wir kommen ja
148 noch lange nicht in den Bereich wo wir überhaupt. Ja dann was mache ich noch mit ihr, also
149 dann, also sie ist manchmal eigentlich ganz gut drauf. (00:13:25)

150

151 **A:** Wie reagiert sie da? Wenn Sie ihr das so sagen? (00:13:27)

152

153 **Fi:** Also sie scheint es zu verstehen, also ich merke dass sie es versteht, aber dieser Schritt/
154 (00:13:36)

155

156 **A:** Sie setzt das nicht um. (00:13:37)

157

158 **Fi:** Überhaupt nicht. Und manchmal habe ich das Gefühl, sie ist knapp davor, es umzusetzen,
159 weil wir diskutieren ja auch lautstark. So und oder ich sage komm, lass uns doch jetzt mal
160 einen Spaziergang machen, die Leute so auf der Straße anschauen. Oder wollen wir
161 zusammen in dieser Zeit, wo du hier bist, mal rausgehen einfach, ohne diese hier diese
162 Wände. Ich weiß nicht, manchmal denke ich, ich habe sie und dann habe ich sie wieder
163 verloren am nächsten Tag, da fängt das wieder von vorne an. Und manchmal denke ich mir,

164 da sie ja so gewieft ist auch und sagt ah, ich lege euch schon irgendwie rein. Und also sage
165 ich, ja aber weißt du, wenn du solche Gedanken hast, dann bist du doch eigentlich gar nicht
166 im Jenseits. Sondern du hast so, du versuchst uns auszutricksen, du bist eigentlich voll im
167 Leben drin. Also du machst Sachen, wo man sagt, ach, naja, wenn du dich wirklich so
168 aufgegeben hättest, dann. Also da sind so ganz lebhaft, so ja wie so ein kleiner Strolch ist sie
169 manchmal. Wo man denkt ach, da blitzt so Leben auf, und wenn es nur tricksen ist oder so.
170 Also ich würde sagen, also man muss einfach geduldig sein. Das ist, ich weiß, das ist sehr
171 schwierig, weil ich auch Kollegen habe, die sagen, das nervt uns einfach endlos, es gibt hier
172 Patienten, denen könnten wir eher helfen, wenn wir mehr Zeit dafür aufwenden könnten. Und
173 wir haben sie, die mal so und mal so ist, wir können uns doch nicht dauernd nach den Launen,
174 einmal Magensonde, einmal doch nicht. Und mich nervt das natürlich auch, weil ich immer
175 denke, ich möchte sie nehmen und schütteln und rütteln. Und dann denke ich halt, man muss
176 jeden Tag eigentlich von null anfangen. (00:15:44)

177

178 **A:** Das heißt Sie haben auch so ein bisschen das Gefühl, Entschuldigung wenn ich Sie
179 unterbreche kurz, dass es nicht so richtig vorwärts gegangen ist in den letzten fünf Wochen.
180 Das war ja der Eindruck von Herrn Frei. (00:15:54)

181

182 **Fi:** Ja, es geht nicht richtig vorwärts, es blitzt so bisschen auf, es könnte sein, und dann geht
183 es wieder zurück. (00:15:59)

184

185 **A:** Dann entgleitet sie einem. (00:16:00)

186

187 **Fi:** Ja, aber ich würde trotzdem, also ich würde noch, also auf jeden Fall dabei bleiben. Und
188 wieder anfangen und wieder anfangen. (00:16:08)

189

190 **A:** Aber da sind sie jetzt schon sozusagen fast ganz am Ende der Bewertung, dass sie sagen,
191 aber das ist schön, dass Sie das schon mal sagen. Eine Rückfrage hätte ich noch Herr Jox,
192 Herr Frei hatte ja gesagt, dass sie so ein bisschen depressiv gewirkt hätte. Können Sie diesen
193 Eindruck bestätigen? So wie Sie sie erlebt haben? (00:16:28)

194

195 **Fi:** Ja, kann ich schon bestätigen. (00:16:33)

196

197 **A:** Aber so wechselhaft. (00:16:38)

198

199 **Fi:** Aber es ist eben so, ja es ist eben so wechselhaft. Und ich weiß nicht, ich denke mir, da
200 wenn es so, also die guten Tage, wenn ich sie so bezeichnen kann, wenn man mit ihr wirklich
201 so auch lautstark diskutieren kann, da denke ich mir immer, wenn sie so massiv so ihre
202 Position verteidigt, so, dann. Ich weiß, das heißt nicht, dass sie dann nicht gerade depressiv
203 ist. Aber ich denke, ich nehme das einfach dann als wirklich auch als so ein lebhaftes Signal,
204 dass sie überhaupt noch sich nicht vollends aufgegeben hat. Da ist was, so ein Kampfeswillen.
205 Der Kampf richtet sich jetzt gerade nur gegen die Menschen, die ihr eigentlich helfen wollen.
206 (00:17:24)

207

208 **A:** Herr Frei, ist die Depression mal behandelt worden? Oder haben Sie antidepressiv
209 irgendwas versucht? (00:17:30)

210

211 **Fr:** Ja, wir haben Antidepressiva gegeben. Und haben auch, ich denke, einen gewissen Effekt
212 gesehen. Also dass die Stimmung generell sich etwas aufgehellt hat, muss man sagen. Das ist
213 schon wahr. Gerade in den letzten zwei Wochen ist es so ein bisschen besser geworden.
214 (00:17:48)

215

216 **A:** Ja, vielen Dank Frau Fischer. Also die Anna erscheint jetzt sozusagen immer konkreter vor
217 meinem geistigen, wahrscheinlich auch Ihrem geistigem Auge, sie haben sie ja auch wirklich
218 gesehen. Herr Wolf, wie sehen Sie denn Ihre Tochter. Vielleicht auch jetzt zunächst mal
219 Beschreibung der aktuellen Situation, wie das zu bewerten ist. Was wir dann in der Zukunft
220 wollen, da kommen wir dann später noch darauf. (00:18:11)

221

222 **Wo:** Wir haben sie ja erlebt, im Krankenhaus, wie sie sich entschieden hat, die Magensonde
223 zu akzeptieren. Und vorher hatten wir mit ihr ein Gespräch geführt und hatten eigentlich mal
224 gefragt, ob ihre Freundin, die sie vor dem neunten Lebensjahr, mal wiedergesehen hat. Und
225 ob sie sie mal angerufen haben. Und ob sie mal was von sich hören lassen haben. Da ist nichts
226 mehr erfolgt. Die ganzen Freundschaften sind abgebrochen. Dann hab ich sie gefragt, sag mal,
227 warum musst du so dürr aussehen wie jetzt? Du sahst früher viel schöner aus, bist eine
228 hochintelligente Tochter, hast das ganze Leben vor dir. Und jetzt machst du plötzlich einmal
229 das, einmal sprichst du mit dem Psychiater, dann sprichst du mit der Krankenschwester, dann
230 sprichst du mit dem Arzt. Und dann kommen wir, und uns erzählst du wieder was ganz
231 anderes, was wir von den Ärzten und von der Krankenschwester hören. Und wir müssen doch

232 gemeinsam versuchen, dass wir dein Leben retten wollen, und du kannst doch noch so viel in
233 deinem Leben erleben. Und du kannst doch dein Leben, damit, dass du die Magensonde,
234 warum hast du denn die überhaupt abgesetzt? Es ging dir besser, die Depressionen gingen
235 zurück, du konntest dich mit dem Therapeuten unterhalten und alles. Und plötzlich ist alles
236 wieder vorbei. Wer hat denn mit dir danach, wie du die Magensonde abgesetzt hast, wer hat
237 denn da mit dir Gespräche geführt, dass du plötzlich von der ganzen Sache, von dem positiven
238 Aufstieg nach oben, plötzlich so abfällst und alles aufgeben kannst. Du wir sind deine Eltern,
239 wir haben so viel mit dir gemacht. Wir geben vielleicht zu, dass du uns entglitten bist, in
240 deinen Freundeskreis, da hatten wir keinen Einfluss darauf, und vielleicht machen wir uns die
241 Vorwürfe, dass wir bis zum sechsten Lebensjahr nicht das dir die Kraft gegeben haben, die
242 dich vor vielen Gefahren geschützt als wenn du aus dem Elternhaus, aus dem Kinder mit
243 sechs Jahren rauskommst. Aber sage uns doch mal, was haben wir für Fehler gemacht, dass
244 du so diese Gedanken hegst und einfach jetzt einfach aufgeben willst. Du darfst nicht
245 aufgeben. Und wir müssen alles daran setzen, dass du wieder gesund wirst. Deine Eltern, du
246 hast deine Eltern da vor dir. Du hast nicht einen Psychiater vor dir. Du hast keine
247 Krankenschwester vor dir. Du hast den Vater vor dir, der dir helfen will. Und das muss doch
248 in deinen Kopf reingehen. (00:20:53)

249

250 **A:** Wie reagiert sie dann? (00:20:55)

251

252 **Wo:** Und sie blockt ab und sagt/ (00:20:57)

253

254 **A:** Sie lässt das nicht an sich ran. (00:20:58)

255

256 **Wo:** Ich möchte nicht mehr. Ich habe jahrelang mit der Krankheit zu tun. Das ist keine
257 Krankheit, die du hast, das ist eingebildet. Du bildest dir irgendwas ein, was nicht vorhanden
258 ist. (00:21:14)

259

260 **A:** Haben Sie ihr gesagt. (00:21:15)

261

262 **Wo:** Kannst du vielleicht einmal überlegen, ob du wirklich noch in der Lage bist, selbst zu
263 entscheiden, was du jetzt machst. Bist du so klar noch im Kopf? Oder brauchst du Hilfe in der
264 Richtung, dass man sag, dass das Leben noch vor dir ist. Sollen wir nochmal mit dem
265 Psychiater und der Krankenschwester zusammen sprechen. Im Dreiergespräch oder

266 Vierergespräch. Wir müssen eine Lösung finden, dass du am Leben bleibst und dass du aus
267 deinem Leben noch etwas machst! Sie ist so depressiv. Und so abweisend. Das ist für einen
268 Vater, und vor allen Dingen auch für meine Frau, die kommt ja schon gar nicht mehr mit weil
269 sie nicht mehr kann. (00:22:02)

270

271 **A:** Das glaube ich. (00:22:04)

272

273 **Wo:** Ist so erschütternd. Und wenn Sie das als Vater erleben. Eine so kerngesunde Tochter.
274 Hochintelligent. Dann muss sie aus der Schule genommen werden. Weil sie einfach durch
275 ihre Krankheit nicht mehr folgen kann. Dann kriegt sie Privatunterricht. Das spielt ja alles gar
276 keine Rolle, wir können ihr ja helfen! Ich habe gesagt, du brauchst gar nicht in die Schule. Du
277 kommst nach Hause, wir machen es privat! Und bringen dich wieder auf Vordermann. Es ist
278 ja alles noch Zeit! Entscheide dich doch bitte. (00:22:31)

279

280 **A:** Erleben Sie auch so bisschen diese Ambivalenz, die Frau Fischer erzählt hat? (00:22:37)

281

282 **Wo:** Furchtbar. Das geht, zwei Minuten ist sie da, da können wir darüber sprechen. Und
283 schon ist sie wieder/ (00:22:43)

284

285 **A:** Da hat man das Gefühl, sie versteht, was man sagt. Und dann macht sie zu. (00:22:45)

286

287 **Wo:** Dann macht sie zu. Genau das ist es. Ich weiß nicht woher das zu ist. Und woher sie
288 öffnet. Und das mit der Magensonde, das hat ja alles so gut angefangen. Die Depressionen
289 sind nachgelassen. Sie hat gesprochen! Und dann sagt sie, nach zehn Tagen, ich will die
290 Magensonde absetzen. Ich weiß gar nicht, mit wem sie da gesprochen hat in diesen zehn
291 Tagen. Was da, in diesen zehn Tagen, was da passiert ist, dass sie zu dieser Entscheidung
292 gekommen ist, die Magensonde abzusetzen. Da muss was passiert sein. Wir wissen es nicht,
293 wir waren nicht im Krankenhaus, aber da muss ein Gespräch oder irgendwas mit ihr gemacht
294 worden sein, geführt worden sein, oder sie selbst, was weiß ich, telefoniert oder irgendetwas
295 ich weiß es nicht. Wir können es uns nicht vorstellen. Und daran hapern wir als Eltern zurzeit.
296 (00:23:35)

297

298 **A:** Das glaube ich. Das glaube ich. (00:23:36)

299

300 **Wo:** Und das ist für uns einfach richtig stark, das können Sie sich gar nicht vorstellen. Weil
301 einfach, was sollen wir denn machen? Wir sind ja hilflos! (00:23:43)

302

303 **A:** Ja, das geht ja jetzt auch schon so lange in der Situation. Sie kennen ja jetzt die Anna am
304 längsten. Wenn Sie so zurückblicken, im Verhältnis zu den letzten Jahren, geht es ihr im
305 Moment jetzt eher besser oder eher schlechter? Oder war das immer so? (00:23:58)

306

307 **Wo:** Schlechter. (00:23:57)

308

309 **A:** Eher schlechter. (00:23:59)

310

311 **Wo:** Der Lichtblick war eben das mit der Magensonde. Und dass die Depression aus, das hat
312 uns Hoffnung gemacht, dass sie jetzt wieder eigentlich gesund wird und alles und hatten uns
313 große Hoffnungen gemacht. Und wir hatten ja auch noch Tage nach der Magensonde mit ihr
314 gesprochen. Und da hatten wir sie in einem sehr guten Zustand angetroffen. Und dann vier
315 Tage später nachdem wir da waren, da kam dann der Anruf, Ihre Tochter hat sich entschieden,
316 die Magensonde abzusetzen. Sie glauben gar nicht, was das bedeutet. Da sind Sie sprachlos.
317 Da muss man doch irgend/ Ich weiß es nicht was, aber der Vater wühlt, wühlt, wühlt, und er
318 will, er will, er will, er will es muss, es darf kein Urteil sein, dass sie freiwillig dann/ Ach so,
319 jetzt bin ich zu weit. (00:24:56)

320

321 **A:** Nein, dürfen Sie ja auch, Frau Fischer ja auch schon bisschen Ausblicke gegeben darüber,
322 wie die Situation dann zu bewerten ist. Ja, ich glaube wir haben jetzt sozusagen ein ganz gutes
323 Bild von der Patientin, von Anna. Also sie ist aufgenommen worden vor fünf Wochen, man
324 hat verschiedene Therapien versucht, Einzelgesprächstherapie. Man hat Ernährung über eine
325 Magensonde begonnen, dem hat sie zunächst zugestimmt. Das hat uns alle etwas
326 hoffnungsvoll, oder sie alle hoffnungsvoll gestimmt. Und dann hat sie plötzlich gesagt nein,
327 sie will nicht mehr und dann hatte man das Gefühl, es geht wieder runter, sodass die Situation
328 jetzt eher schlechter ist als zuvor. Sehr eindrücklich fand ich, wie Sie geschildert haben, dass
329 sie so schwankend ist. (00:25:41)

330

331 **Wo:** Furchtbar. (00:25:41)

332

333 **A:** In ihrer Fähigkeit, Dinge an sich ranzulassen und Dinge aufzunehmen. Eine Sache, die wir
334 jetzt ja gemeinsam nochmal rekapitulieren müssen, ist ja die Frage, was kann man ihr
335 überhaupt noch anbieten. Was gibt es für weitere Wege für Ihre Tochter beziehungsweise die
336 Anna und dann müssen wir überlegen, sozusagen welche dieser Wege denn tatsächlich
337 insgesamt der Beste ist. Herr Frei, vielleicht können Sie noch mal sagen, wenn man jetzt mal
338 sozusagen maximal noch therapeutisch weiter arbeiten würde, was könnte man noch tun? Und
339 das zweite ist ja, wie wären dann möglicherweise die Aussichten? Ja, Herr Wolf? (00:26:21)

340

341 **Wo:** Ich hab noch eine ganz kleine Frage an Sie. Sie hat ja auch eine Sedierung bekommen.
342 Und dieses Bewusstseinsdämpfung. Die hat sie doch auch schon gehabt. (00:26:31)

343

344 **Fr:** Bei uns in der Klinik nicht. Früher hatte sie das. (00:26:33)

345

346 **Wo:** Früher meine ich. Und warum versucht man das nicht wieder? Wenn Sie das einfach
347 noch mal kurz erläutern, denn da ist mir das nicht mehr ganz klar, warum das auch abgesetzt
348 worden ist. (00:26:44)

349

350 **Fr:** Wir hatten das mit ihr besprochen. Also so eine Sedierung, so eine
351 Bewusstseinsdämpfung, wird manchmal für eine kurze Zeit gemacht, wobei das Bewusstsein
352 nicht komplett ausgeschaltet wird. Aber vielleicht für ein paar Tage kann man das machen,
353 um sozusagen die Ernährung erst mal mit der Sonde natürlich dann zu verbessern. Wir haben
354 das mit ihr besprochen, sie hat sehr schlechte Erfahrungen damit in früheren Kliniken
355 gemacht und wollte das auf keinen Fall. Und sie hatte dann eben die Ernährungssonde auch
356 akzeptiert ohne Sedierung. Und wie gesagt, nach dem bisherigen Verlauf, den Sedierungen,
357 die es ja auch gab, glauben wir, dass es vielleicht einen kurzfristigen Effekt hätte, aber man
358 kann die Sedierung auch nicht jetzt über viele, viele Wochen, Monate durchführen, sondern
359 das ist nur für ein paar Tage. (00:27:42)

360

361 **Wo:** Ach so. Ok. (00:27:44)

362

363 **Fr:** Und dann müsste sie sozusagen von selbst auch mitmachen und kooperieren und dann
364 wirklich auch sagen ok, sei es über Sonde oder ganz normal, ich esse wieder mehr. (00:27:53)

365

366 **Wo:** Ok. (00:27:53)

367

368 **Fr:** Ich meine, Sie haben nach den Möglichkeiten gefragt. (00:27:57)

369

370 **A:** Ja. Also wenn man jetzt sozusagen maximal weiter für das Leben von Anna kämpfen
371 wollte. (00:28:04)

372

373 **Fr:** Genau. Also wenn man das so weitermacht, ist, dass man halt tatsächlich weiter in der
374 Psychotherapie mit ihr weitermacht. Es gibt kein spezielles Medikament für diese
375 Magersucht, das gibt es leider nicht. Wir würden natürlich weiterhin die Depression
376 behandeln, aber ein sozusagen Heilmittel, ein Medikament für die Magersucht gibt es leider
377 nicht. Weiterhin wäre eben der Versuch, dass wir an sie rankommen, dass wir sie überzeugen,
378 mitzumachen, dass wir sie motivieren. Denn ohne ihre Mitarbeit wird es einfach sehr schwer.
379 Sie war schon in verschiedenen Kliniken, wo das auch versucht wurde und mehr
380 Möglichkeiten haben wir nicht. (00:28:51)

381

382 **A:** Könnte man sie denn überhaupt halten? In der Klinik. Das ist ja die Frage. (00:28:55)

383

384 **Fr:** Also sie ist jetzt freiwillig, wir sind eine offene Station, sie ist nicht untergebracht, also
385 sie ist nicht sozusagen durch gerichtlichen Beschluss untergebracht. Und sie ist unserer
386 Ansicht nach auch einwilligungsfähig. Wir haben auch einen forensischen Kollegen dazu
387 geholt, der das so bestätigt. Sie ist nicht suizidal, das heißt sie äußert keine Suizidgedanken,
388 dass sie sich jetzt gleich umbringen möchte. (00:29:20)

389

390 **Fi:** Gott sei Dank. (00:29:20)

391

392 **Fr:** Was man sagen muss zur Prognose ist, es gibt eine große, ja, Vielzahl von Patientinnen
393 mit Magersucht, die tatsächlich geheilt werden, wo man sagen kann, irgendwann, wenn sie
394 älter werden, lassen sie sich überzeugen, auch wieder tatsächlich zu essen und ein anderes
395 Bild von sich zu haben. Es gibt aber so eine Gruppe von insgesamt 25, 30 Prozent, die ein
396 schlechtes Outcome, sozusagen einen schlechten Verlauf haben. Und wir wissen auch bis zu
397 sechs Prozent der Patientinnen sterben letztlich an dieser Erkrankung. Ganz oft gar nicht an
398 Suizid, sondern an körperlichen Komplikationen, dass dann zum Beispiel eine
399 Herzrhythmusstörung auftritt durch Schwankungen der Blutsalze. Und sie ist, das muss man
400 leider sagen, sie ist sicherlich mit in der Gruppe der Patientinnen, die den schwersten Verlauf

401 haben. Was bei ihr schlechte sozusagen Prognosefaktoren oder schlechte Indikatoren sind, ist
402 sicherlich die lange Zeitdauer, die sie schon diese Erkrankung hat, also jetzt acht Jahre. Und
403 in diesen acht Jahren hat man wenig leider an Erfolgen erzielen können. Und es ist sicherlich
404 auch ihre mangelnde Motivation oder Kooperation, dass sie nicht so wirklich mitmacht.
405 Möglicherweise kommen noch genetische Faktoren dazu, das spielt vielleicht auch eine Rolle.
406 Aber das sind alles so Faktoren, die, sagen wir mal, eine relativ schlechte Prognose erwarten
407 lassen. Das muss man leider sagen. (00:31:07)

408

409 **A:** Relativ schlecht heißt? (00:31:09)

410

411 **Fr:** Relativ schlecht heißt, dass wir fürchten, dass jegliche Therapie nicht anschlagen wird.
412 (00:31:17)

413

414 **A:** Und das in einem höheren Prozentsatz als die 25 Prozent oder 30 Prozent, wie das in der
415 Literatur beschrieben ist. (00:31:26)

416

417 **Fr:** Genau. Also ich kann jetzt nicht sagen aber es ist so, dass es durchaus sein kann, also dass
418 bei diesem Gewicht, das sie aktuell hat und dieser Schwere der Erkrankung, dass sie auch
419 relativ überraschend mal tatsächlich eine schwere körperliche Krise haben könnte,
420 Herzrhythmusstörung, Blutungen, sodass sie auch daran versterben kann. Also das kann
421 durchaus innerhalb der nächsten Monate passieren. Ausschließen kann man das in dem Fall
422 nicht. Das ist wirklich eine schwere, das muss man, so hart das klingt, aber man muss sagen,
423 es ist vergleichbar mit einer schweren körperlichen Erkrankung. Die letztlich zu einem
424 gewissen Prozentsatz, das ist auch bei Krebserkrankungen zum Beispiel, manche sind heilbar,
425 andere sind nicht heilbar. Und so ähnlich muss man das auch sehen. (00:32:14)

426

427 **A:** Aber es gibt ja ohnehin nur dann eine Chance, wenn wir sie irgendwie für die Therapie
428 gewinnen können. Und da war ja noch mal die Rückfrage: sie wird ja wahrscheinlich diese
429 Therapie ablehnen. Also wenn man sagt, wir wollen weiter therapieren, wir wollen alles tun,
430 damit sie überlebt. Gibt es denn eine Möglichkeit, gegen ihren Willen weiter zu behandeln?
431 Möglicherweise zwangs zu ernähren oder so was. Ist das eine Option? Weil ich meine, sonst
432 haben wir ja diese Option, die wir gerade diskutieren, gar nicht. Also wenn es keine
433 Möglichkeit gibt, sie im Krankenhaus zu halten. (00:32:53)

434

435 **Fr:** Das ist ja so ein bisschen, wie soll man sagen, auch ein Graubereich. Also sie ist schon
436 mal zwangsernährt worden. Und zwangsernähren könnte man sie jetzt rein rechtlich, wenn sie
437 nicht einwilligungsfähig wäre und wenn man dann auch richterlichen Beschluss hat, und/
438 (00:33:09)

439

440 **A:** Aber sie ist ja einwilligungsfähig. (00:33:11)

441

442 **Fr:** Zum aktuellen Zeitpunkt halten wir sie für einwilligungsfähig. Tatsächlich. Zum aktuellen
443 Zeitpunkt. Sicherlich, das kann man auch noch mal überprüfen, ob das wirklich so ist. Und
444 andererseits medizinisch glauben wir auch, dass eine Zwangsernährung, weil das ja schon
445 gemacht worden ist, vielleicht für eine kurze Zeit einen Effekt haben könnte, dass tatsächlich
446 dann für die Zeit der Zwangsernährung dann ein, zwei, drei Kilo darauf kommen. Wenn man
447 aber dann die Zwangsernährung sozusagen wieder beendet, dann braucht man wieder ihre
448 Mitwirkung, ihre Motivation. Und dann sozusagen geht es wieder runter, geht es den Berg
449 wieder runter. Das heißt, das wäre unsere Befürchtung, dass wir dann nur einen kurzfristigen
450 Effekt haben. (00:34:04)

451

452 **A:** Auch wenn man die Zwangsernährung machen würde. Das heißt, auch wenn man jetzt
453 alles therapeutisch versuchen würde, bleibt die Prognose schlecht. Also mit einer hohen
454 Wahrscheinlichkeit, dass man sie nicht retten kann und dass man ihre Krankheit auch nicht
455 positiv beeinflussen kann. (00:34:20)

456

457 **Fr:** Das ist die Befürchtung. Wobei wir natürlich nicht in die Zukunft sehen können. Das ist
458 auch klar. (00:34:28)

459

460 **A:** Nein, klar, aber wir müssen natürlich, wenn wir jetzt überlegen, was es für
461 Handlungsoptionen gibt, müssen wir ein bisschen gucken, was erreichen wir denn damit.
462 Sonst würde man natürlich sofort sagen, wir müssen alles tun für sie. Aber die Frage ist ja, was
463 bringt das denn oder was können wir denn tatsächlich erreichen? (00:34:41)

464

465 **Fi:** Also ich denke mir auch, der Schlüssel zum Erfolg liegt wirklich in ihrem Kopf. Und ich
466 habe manchmal so das Gefühl, dass ihr auch ihre eigene Intelligenz etwas im Wege steht.
467 Weil sie eben immer wieder so Diskussionen anfängt. Und auch das mit der Magensonde,
468 denke ich mir, da ist in ihren Kopf wahrscheinlich das passiert, ich wurde ja schon mal also

469 sediert, und dann komme ich wieder in diesen Fluss von, ja, Magensonde, sedieren,
470 manchmal ja, manchmal nein. Also und das will sie dann nicht. Sie will dann eigenmächtig
471 doch entscheiden können. Und vielleicht könnte man irgendetwas finden, um sie bei ihrer
472 Intelligenz zu packen, denke ich mir, etwas ganz außergewöhnliches. Weil dann das andere,
473 also ich weiß, dass es dann immer noch ein langer Weg ist, aber das andere käme dann
474 vielleicht automatisch. Also ich würde jetzt was außergewöhnliches, wenn das in meinem
475 Machtbereich stünde, dass ich vielleicht wirklich eine Palliativstation mit ihr besuche und ihr
476 klar sage: weißt du, da sind Fälle, die sind wirklich körperlich krank und die werden
477 irgendwann sterben, willst du denen einfach einen Platz wegnehmen jetzt? Wir wissen ja gar
478 nicht bei dir, wann du wirklich stirbst. Weil auf der Palliativstation wird man dich nicht in ein
479 Kämmerlein sperren und dann einfach auf den Kalender gucken. Man kann dich ja nicht
480 verhungern und verdursten lassen. Auch da wirst du irgendwie mit Ärzten und mit deinen
481 Eltern und mit einer Pflegekraft zu tun haben. Also da wirst du nicht in Ruhe gelassen. Und
482 du nimmst einfach einen Platz weg. Also ich würde da so krass vielleicht sprechen weil ich
483 merke, dass sie so intelligent ist und dass das in ihren Kopf reingeht. Oder ich würde auch,
484 also ich weiß nicht, also das sind nur so vielleicht versponnene Ideen von mir, in einen
485 Kindergarten gehen. Weil sie manchmal, also ich merke, dass sie kinderlieb ist und dass sie
486 den Wunsch mal geäußert hat, ah ja, ich werde das ja nie haben. Und ich habe ihr auch gesagt,
487 eben weil sie körperlich eigentlich so zurückgeblieben ist und mal kommt die Periode und
488 mal kommt sie nicht, dass wir vielleicht da hingehen und sagen, schau mal, arbeite doch mal
489 einen Tag oder gehe mal mit diesen Kindern irgendwie so um. Also ich weiß nicht, ich
490 glaube, dass man sich bei ihr etwas Außergewöhnliches ausdenken müsste, um sie da
491 rauszuholen, damit sie ein bisschen so über das hinweg in das andere hineingleitet, wo sie
492 sagt, nein, ich hab da so ein Ziel, ich möchte jetzt essen, ich möchte die Medikamente, die
493 nötig sind. Also irgendetwas müsste man machen mit ihr. (00:37:41)

494

495 **A:** Ja vielen Dank. Das sind sicher noch wichtige Anregungen, jetzt wenn man weiter
496 sozusagen versucht, sie zu therapieren. Und dann vielleicht noch mal gucken, ob es
497 irgendwelche unkonventionellen Wege gibt, sie zu gewinnen oder irgendwie einen Zugang zu
498 ihr zu bekommen. Die Frage ist jetzt, was gibt es denn für Alternativen oder alternative Wege.
499 Das ist ja auch der Weg, den sie wünscht. Und das sollten wir einfach auch mal durchspielen.
500 Also ist das überhaupt ein gangbarer Weg? Wenn der nämlich gar nicht gangbar ist, dann
501 brauchen wir ihn gar nicht weiter zu diskutieren. Weil dann kann man sagen, ist ja schön und
502 gut, du willst in ein Hospiz, aber ein Hospiz nimmt dich nicht in der Situation. Deswegen

503 wäre sozusagen die Frage als alternative Option, ist das eine Option? Und wenn ja, wie würde
504 sie dann aussehen? Wie würde es weitergehen. (00:38:28)

505

506 **Fr:** Also ganz ausgeschlossen ist es nicht, dass ein Hospiz sie nehmen würde. Wir hatten mal
507 in einen anderen Fall mit einem Hospiz telefoniert und die machen das natürlich schon in
508 seltenen Ausnahmefällen, wenn wir sozusagen bestätigen können, da gibt es tatsächlich
509 überhaupt keine andere Möglichkeit, die Patientin will das so unbedingt. Hospize haben
510 sozusagen die Vorgabe, dass eine Lebenserwartung von geschätzt weniger als sechs Monaten
511 da ist und das wäre bei ihr natürlich, wenn sie jetzt die Ernährung weiterhin so stark ablehnt,
512 tatsächlich der Fall, dass man sagen könnte, das wird wahrscheinlich innerhalb von sechs
513 Monaten tatsächlich so sein, dass sie dann sterben könnte. Natürlich könnte man palliativ,
514 Symptome lindernd begleiten. Sie selber, das ist so ein bisschen ihr Wunsch, sagt, sie möchte
515 Zeit haben, noch ihren Lebensbericht zu Ende zu schreiben, den sie begonnen hat. Ein Hospiz
516 ist ja sozusagen eine pflegerisch geleitete Einrichtung, wo sie natürlich schon weniger
517 Therapien hat als bei uns. Also es ist nicht der Tag von morgens bis abends durchgeplant.
518 Also ausgeschlossen ist es nicht, die Frage ist meiner Ansicht nach hier: ist es wirklich das
519 Richtige für sie? (00:39:55)

520

521 **A:** Aber es wäre zumindest ein gangbarer Weg. Also es ist nicht ausgeschlossen, dass man ein
522 Hospiz findet. Und dann würde sie halt so viel essen, wie sie will, oder wahrscheinlich zu
523 wenig essen und das würde dazu führen, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit dann
524 innerhalb von absehbarer Zeit versterben würde. (00:40:13)

525

526 **Fr:** Mhm (bejahend). (00:40:13)

527

528 **A:** Ok. Gibt es noch einen Zwischenweg, der vielleicht gangbar wäre? Also wenn sie sich
529 jetzt so ein bisschen der Therapie auf der einen Seite entzieht, das wäre so die erste Option,
530 die erste Strategie, und das dritte, sage ich jetzt mal, wenn es noch was zweites gäbe, wäre die
531 Option, sozusagen wirklich alles, die Segel zu streichen und zu sagen, ja, das ist ihr Schicksal,
532 das hat sie selbst gewählt, wir haben viel versucht. Gibt es noch einen Zwischenweg, den man
533 ihr anbieten kann? (00:40:46)

534

535 **Wo:** Es muss einen Zwischenweg geben. (00:40:44)

536

537 **A:** Könnte sie denn nach Hause? (00:40:49)

538

539 **Fr:** Sicherlich, also das ist ja dann natürlich eine Situation, ambulante Therapie zu finden ist
540 nicht so einfach, vielleicht würde man was finden, wo sie gelegentlich hingeht. Das ist
541 natürlich dann nicht so intensiv wie bei uns auf der Station. Es wäre natürlich schon vielleicht
542 die Gefahr größer, dass sie dann, ja, noch mehr trickst, noch weniger, sozusagen, dass sich die
543 Situation noch mehr verschlechtert. (00:41:32)

544

545 **A:** Ja, also die Chancen wären dann sicher geringer, weil man nicht mehr so intensiv mit ihr
546 therapeutisch arbeiten kann. Das ist gar keine Frage. (00:41:39)

547

548 **Fi:** Also ich hätte jetzt auch eine Frage, also ich weiß jetzt nicht, aber wenn man zum
549 Beispiel, sie sagt ja, sie möchte ja in so einen Palliativstation, weil sie endlich ihre Ruhe
550 haben will. Wenn man jetzt sagen würde: Anna, weißt du was, wir haben uns das überlegt
551 jetzt und du willst deine Ruhe haben, die sollst du jetzt haben. Also du wirst jetzt nach Hause
552 entlassen, kannst da essen, so viel du willst und so, aber mit einer Bedingung. Weil ich
553 glaube, das ist vielleicht, um einfach ihren Geist anzusprechen, wir machen das, aber mit der
554 Bedingung, dass du schon natürlich dich ein bisschen kontrollieren lassen musst, wie das so
555 läuft. Aber die Bedingung ist, dass sie einfach eine Aufgabe bekommt. Also ich weiß jetzt
556 nicht, in wie weit sie körperlich so belastbar wirklich für eine Arbeit wäre, aber sie muss eine
557 Aufgabe haben und wenn es meinetwegen, was weiß ich, eine Hospitanz im Kindergarten
558 oder irgendetwas, mir fällt der Kindergarten halt immer so ein weil ich gemerkt habe, dass sie
559 kinderlieb ist. Und ich meine, wenn sie dort umfällt, das glaube ich, da kann man sagen: da
560 kannst du nicht umfallen vor Schwäche, da sind Kinder, die wollen mit dir spielen, du musst
561 dich ein bisschen kümmern um sie. Also dass sie eine Aufgabe hat, aber dass man sagt: dann
562 darfst du auch nach Hause und iss einfach, was du denkst und du musst aber jeden Morgen
563 über einen gewissen Zeitraum da hingehen. Die Hoffnung ist jetzt vielleicht für mich, dass ein
564 Wunder passiert und sie merkt, ich werde da gefordert und die brauchen mich, ich muss ein
565 bisschen zu Hause was essen. Wobei, das ist vielleicht nur so wie Lieschen Müller das denkt,
566 aber/ (00:43:20)

567

568 **A:** Aber die wichtigere Frage ist ja: könnte denn zu Ihnen nach Hause? (00:43:24)

569

570 **Wo:** Gar kein Problem. (00:43:25)

571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603

A: Das ist kein Problem. Das würde gehen. Ich meine, das ist natürlich möglicherweise nicht die Handlungsoption, die wir bevorzugen würden. Aber man muss natürlich auch mal durchspielen, was macht man denn, wenn man sie in der stationären Behandlung, das wäre die erste Option, nicht halten können? Und solange sie einwilligungsfähig ist dürfte es schwer sein mit Zwangsernährung und Zwangsunterbringung. Das heißt wir haben dann möglicherweise gar keine Option, sie tatsächlich dort mit Zwang zu halten und dann müsste man auf die zweite Option, nämlich diese ambulante Betreuung eventuell ausweichen oder man würde sich am Ende entscheiden, doch ihren Wünschen zu folgen und die dritte Option, das heißt nämlich Hospiz oder palliative Therapie, ausweichen. Wir müssen so ein bisschen auf die Uhr gucken, weil wir insgesamt ja nur eine Stunde haben, dann kommen die nächsten Termine. Herr Frei muss dann gleich weg, Sie müssen auch wieder auf Station, sodass wir vielleicht jetzt mal so ein bisschen zur Bewertung übergehen sollten. Also wir haben jetzt diese drei sozusagen Handlungsoptionen herausgearbeitet: die erste wäre wirklich fortgesetzte stationäre Therapie mit den Therapieansätzen, die sie zulässt. Und das zweite wäre, dass man sagt, nein, man wechselt auf den ambulanten Bereich, vielleicht um ihr damit mehr Ruhe zu geben, die sie wünscht, vielleicht auch, dass man versucht, sie mit Aufgaben zu versehen und dass sie so ein bisschen Sinn findet. Wobei man sich da nicht zu große Hoffnungen machen darf wahrscheinlich. Und das dritte wäre die rein palliative Versorgung in einem Hospiz. Wenn wir jetzt mal sozusagen in die Fürsorgeperspektive gehen. Also nicht gucken, was sie will, sondern wenn wir uns überlegen, was wäre denn aus unserer Sicht die beste Strategie, welche dieser drei würden Sie denn dann bevorzugen? Frage in die Runde, jeder darf was sagen. (00:45:12)

Fr: Also ich glaube aus medizinischer Sicht hätte sie die größten Chancen auf eine gesundheitliche Verbesserung in der weiteren stationären Therapie bei uns. Da hätte ich eben die Sorge, dass es ambulant zu wenig Therapie ist. Auch wenn es natürlich sein kann, dass ein Wechsel des Umfelds mal kurzfristig etwas bringt. Auf der anderen Seite ist es natürlich auch ein, ja, Umfeld, was sie natürlich seit vielen Jahren auch kennt und wo wir ja über die Jahre hinweg auch gesehen haben, dass es auch nicht besser geworden ist. Also ich glaube, die größten Chancen sind nach wie vor bei der stationären Therapie auf einer psychiatrischen Station, dass das für die das Beste wäre. (00:46:01)

604 **A:** Ok, genau, ich wollte sie gerade bitten, das noch einmal zuzuspitzen. Weil es ist ja so, wir
605 haben keinen idealen Weg. Der ideale Weg, dass wir sie relativ schnell gesund machen
606 können, der steht uns nicht zur Verfügung. Sondern wir haben im Prinzip drei Wege, wo wir
607 gucken müssen, welcher ist denn von diesen dreien noch der insgesamt am beste. Und da
608 würden sie sagen, doch noch mal der Versuch, stationär weiter zu machen. Frau Fischer/
609 (00:46:23)

610

611 **Fi:** Das ist auch meine Meinung. Das würde ich unter allen Umständen versuchen. Ich habe
612 eben nur die Angst, dass wenn eben so der Zwang, man müsste eigentlich auch
613 Zwangsmaßnahmen oder irgendetwas müsste man machen gegen ihren Willen und dass sie
614 dann absolut abbricht. Aber also ich würde das auch befürworten und erst dann als, ja, zweite
615 Option, das mit der ambulanten Pflege und diesen Aufgaben. Aber das ist also nur wirklich,
616 da hoffe ich auf ein Wunder, es könnte ja klappen. Aber ich würde unter allen Umständen
617 alles jetzt versuchen, mit ihr zu sprechen, immer wieder. Und eine Stabilisierung jetzt auch
618 vielleicht in ihrem Willen irgendwie herzustellen. (00:47:23)

619

620 **A:** Herr Wolf/ (00:47:26)

621

622 **Wo:** Genauso. (00:47:27)

623

624 **A:** Genauso, wahrscheinlich ganz klar, sozusagen mit allen Mitteln noch weiterkämpfen.
625 (00:47:31)

626

627 **Wo:** Aber wenn das nicht klappt, dann muss ich mir einen anderen Schritt noch überlegen.
628 Also ich gebe nicht auf. Ich gebe überhaupt nicht auf. (00:47:39)

629

630 **A:** Haben Sie denn noch was im Hinterkopf, was wir jetzt nicht überlegt haben als
631 Handlungsoption? Wenn Sie sagen, Sie müssen noch weitere Schritte überlegen. (00:47:46)

632

633 **Wo:** Ich würde dann das Vormundschaftsgericht einberufen nach Paragraph bürgerlichem
634 Gesetzbuch, dann kommt die Zwangsernährung und würde dann auch die Zwangseinweisung
635 kriegen. Und wenn der Schritt nicht reicht, würde ich beantragen, dass sie nach USA oder
636 nach England übertragen wird, weil dort das Problem, das es hier in Deutschland gibt, leider
637 nicht gibt, da werden sie zwangsernährt und zwangsgesund gemacht, es gibt da 84 Fälle. Der

638 eine Fall heißt Ramsey und das andere ist der Finn Watson, da sind 84 schwer kranke,
639 aussichtslose kranken Menschen wieder gesund geworden. Aber das ist mein letzter Schritt,
640 den lassen wir mal ganz weg. Ich hoffe, dass wir einfach in der Behandlung/ Wissen Sie, ich
641 weiß nicht, man muss doch vielleicht einen Psychiater finden, einen Kollegen von Ihnen, oder
642 Krankenschwester, oder wen es auch gibt, keine Ahnung, der aber mit unserer Tochter
643 sprechen kann und die ist ja intelligent, die ist ja nicht dumm! Und dass man einfach sagt, wie
644 sie sagten schon, dass man einfach mit ihr mal in den Kindergarten geht oder irgendwas, ich
645 weiß es nicht. Dass man vielleicht nicht nur Behandlung macht, sondern vielleicht mit ihr mal
646 rausgeht, oder ihr eine Aufgabe stellt. Kann man denn ihr keine Aufgabe stellen? Hilf uns
647 doch mal bei der Sache, Sie haben einen Fall, oder irgendwas und helfen Sie dabei, wir sind
648 bisschen ratlos. Und dass man sie ein bisschen fordert und sagt, Mensch, da werde ich
649 gefordert, ich werde gebraucht, mein Leben hat wieder Sinn. Dass man vielleicht von der
650 anderen Seite kommt und da mit ihr arbeitet. (00:49:37)

651

652 **A:** Ja, Sie beide haben sozusagen ganz viele sozusagen gute Ideen, was sozusagen die
653 konkrete Ausgestaltung der Therapie anbetrifft. Das ist nur gar nicht hier jetzt sozusagen der
654 Raum. Das müssen Sie nachher nochmal vielleicht mit Herrn Frei besprechen. (00:49:47)

655

656 **Wo:** Gut. Ok. (00:49:47)

657

658 **Fr:** Wir haben ja schon einiges auch versucht. (00:49:50)

659

660 **A:** Ja, genau. Aber die eine Frage jetzt noch mal, weil Sie jetzt noch mal die
661 Zwangsernährung in den Raum gestellt haben. Ins Ausland zu gehen wäre sozusagen eine
662 Option, ich denke mal, dass wir das jetzt primär nicht in Erwägung ziehen, das kann man im
663 Hinterkopf behalten. Aber die andere Frage wäre das Betreuungsgericht. Ich meine, Sie haben
664 das ja schon prüfen lassen, und das Betreuungsgericht hat gesagt, sie ist einwilligungsfähig.
665 (00:50:11)

666

667 **Fr:** Nein, wir haben das durch einen Kollegen prüfen lassen, einen forensischen Psychiater.
668 Wir haben das Gericht nicht angerufen. Natürlich könnte man es noch mal gerichtlich prüfen
669 lassen. (00:50:22)

670

671 **A:** Aber die würden auch noch mal einen anderen Gutachter bestellen. (00:50:24)

672

673 **Fr:** Aber ich habe meine Zweifel, sozusagen, ob das Gericht die Zwangsbehandlung anordnen
674 wird. Zumal nach dem neuesten Gesetz die Hürden extrem hoch sind. (00:50:33)

675

676 **A:** Ok. Aber gegebenenfalls könnte man versuchen, das noch mal zu überprüfen, ob sie denn
677 wirklich sozusagen nach ärztlichem Urteil einwilligungsfähig ist. Und wenn sie
678 einwilligungsfähig ist, dann sind zumindest dann im deutschen Rechtsraum dann die Hände
679 gebunden. (00:50:48)

680

681 **Wo:** Ich bin da noch nicht ganz sicher. Das Vormundschaftsgericht sagt, wenn die Patientin
682 physisch krank ist und ihre Daseinssituation nicht mehr richtig beurteilen kann, schwankt hin
683 und her, dann kann die Zwangseinweisung erfolgen. (00:51:10)

684

685 **A:** Also das müsste man einfach dann gegebenenfalls noch einmal probieren. Also man
686 könnte dann in dieser ersten Option, wenn wir sagen, das ist der bessere Weg, dann vielleicht
687 noch mal mit einbauen, als eine Option doch noch mal abzuklären, ob es nicht doch einen
688 Weg gibt, sie zwangs zu ernähren. Wobei man sich auch da natürlich keine allzu großen
689 Hoffnungen machen/ Aber es wäre zumindest noch mal eine Möglichkeit, Zeit zu gewinnen.
690 (00:51:30)

691

692 **Wo:** Der Strohalm, der letzte Strohalm/ (00:51:31)

693

694 **A:** Ja, vielleicht Zeit zu gewinnen, also wenn man ein bisschen das Gewicht heben kann. Das
695 heißt, die Wohlergehensperspektive, also wenn wir überlegen, was wäre das Beste für sie. Das
696 Zweite ist ja die Frage: was will sie? Also die Autonomieperspektive. Und da hat sie ja wohl
697 offenbar relativ klar jetzt gesagt, dass sie gar keine weitere therapeutischen Versuchen mehr
698 möchte, sie möchte eher Zeit gewinnen, noch ihren Lebensbericht fertig zu schreiben.
699 Vielleicht können Sie noch mal sagen, Herr Frei, und vielleicht Sie noch mal, Frau Fischer,
700 wie sie sich geäußert hat, wie sie das begründet hat, diesen Wunsch, ins Hospiz zu gehen.
701 (00:52:08)

702

703 **Fr:** Also sie hat davon gehört, von diesen Palliativeinrichtungen, neulich wohl erst. Und das
704 erschien ihr sehr attraktiv, sie wollte schon seit langem, das hat sie mir gesagt, einfach in
705 Ruhe gelassen werden. Diese ganzen Therapien, das Ganze, sozusagen, immer wiegen jeden

706 Morgen, Ernährung und so weiter, da sieht sie keinen Sinn mehr darin. Sie ist ja sehr, das
707 muss man sagen, durch ihre Intelligenz und durch ihre jahrelange Erfahrung ist sie schon
708 quasi eine Art Expertin auch für Magersucht. Also sie kennt natürlich auch andere
709 magersüchtige Patientinnen und Patienten im Laufe ihrer Zeit und sie kennt sich gut aus,
710 welche Therapien gibt es und ist auch durchaus reflektiert, kann auch wirklich einschätzen
711 sozusagen, wie die Chancen sind, was es noch für Möglichkeiten gibt, was für sie eine
712 Sondenernährung, was bedeutet eine Sedierung für sie. Also all das kann sie relativ gut
713 verbalisieren und deutlich machen und sie sagt, sie möchte jetzt einen Stopp, sie möchte nicht
714 mehr psychiatrische, psychotherapeutische Therapie haben. Und sie könnte auch durchaus,
715 sagt sie, sie leidet unter einer unheilbaren Erkrankung, die in einem bestimmten Prozentsatz
716 tödlich ist. Und warum soll sie, sagt sie, nach sozusagen ein paar Monaten Elend sterben auf
717 einer Station, warum soll sie nicht den Rest ihrer Zeit noch schön erleben, in einer schönen
718 Umgebung im Hospiz. Das sind so ihre Gedanken. (00:53:52)

719

720 **A:** Das heißt, sie hat durchaus das Bewusstsein, dass wenn sie sich jetzt der Therapie in der
721 Psychiatrie entzieht und ins Hospiz geht, dass sie dann sterben wird. (00:54:00)

722

723 **Fr:** Das versteht sie. (00:54:02)

724

725 **A:** Ok. Gut. Das heißt, wenn man jetzt ihren Willen respektieren wollte, müsste man ganz klar
726 die Option drei wählen. Das wäre sozusagen geboten. Und im Moment ist der aktuelle Stand,
727 nehmen wir mal so an, dass sie einwilligungsfähig ist, das heißt der Respekt ihrer
728 Selbstbestimmung würde das gebieten. Ich finde es interessant, dass Sie jetzt noch mal gesagt
729 haben ja, sie reflektiert auch über ihren Krankheitsverlauf. Das heißt, sie ist ja intelligent, sie
730 kann darüber reflektieren, sie weiß, dass sie viele verschiedene Therapieversuche gemacht
731 hat, sie weiß, dass die nicht erfolgreich waren. Sodass man nicht sagen kann, das ist nur so
732 eine plötzliche Laune aufgrund einer depressiven Verstimmung, sondern das ist schon so ein
733 bisschen vor dem Hintergrund einer längeren Erfahrung und Auseinandersetzung mit der
734 Erkrankung. Also bitte korrigieren Sie mich, wenn ich jetzt zu stark das uminterpretiert habe,
735 aber so würde ich das sehen. (00:54:55)

736

737 **Fi:** Wobei man ihr noch deutlich machen müsste, dass es eben nicht eine bösartige
738 Erkrankung ist, die irgendwie da so gottgewollt oder wie auch immer, sondern das hat sie
739 immer noch in der Hand. Jetzt geht sie ihren Weg weil sie einfach so, ja, auch durch die

740 Intelligenz sagt sie: das ist jetzt mein Weg und den gehe ich jetzt zu Ende. Aber den Weg hat
741 sie ja eingeschlagen. Man muss ihr noch deutlicher machen, das hat sie einfach so gewählt.
742 (00:55:27)

743
744 **A:** Ja, wobei man das ja natürlich auch schon gemacht hat, man hat ja therapeutisch mit ihr
745 jahrelang gearbeitet. Aber ich denke, dass wir jetzt eigentlich so weit sind, dass wir zu
746 Synthese kommen können, beziehungsweise auch müssen, so schwer das ist. Und ich fasse
747 noch einmal zusammen: wir hatten drei Handlungsoptionen versucht zu unterscheiden, das
748 eine wäre die fortgesetzte stationäre, wo weit sie es zulässt intensive Therapie. Das zweite
749 wäre, sie nach Hause zu entlassen, so weit wie es geht noch ambulant weiter zu behandeln.
750 Und das dritte wäre die Verlegung in ein Hospiz. Und dann hatten wir uns überlegt, was wäre
751 aus unserer Sicht für sie am besten, und da waren Sie relativ einig, dass es die Option eins
752 wäre, also die fortgesetzten therapeutischen Bemühungen, weil das, was ihr als Alternative zu
753 Verfügung steht, letztendlich vom Ergebnis her eher schlechter ist. Also man wird sie dann
754 einfach mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verlieren. Und dann aus der
755 Autonomieperspektive muss man aber sagen, relativ klar, wäre die Option drei geboten. Das
756 heißt, wir haben jetzt einen ethischen Konflikt zwischen unseren Fürsorgeverpflichtungen auf
757 der einen Seite und den Autonomieverpflichtungen auf der anderen Seite. Also wir haben die
758 Verpflichtung, das Beste für sie zu tun, das wäre Option eins und wir haben die Option, aber
759 auch ihre Selbstbestimmung zu respektieren. Die Frage ist: wie können wir hier jetzt zu einer
760 Abwägung kommen? Also welche Verpflichtung, Autonomie oder Wohlergehen, soll denn
761 jetzt den Vorrang einnehmen? Die Frage ist, ob wir das noch begründen können, ob wir
762 sozusagen gute Gründe angeben können. Und das was wir tatsächlich, glaube ich, machen
763 können, wir können sagen, nein, die Verlegung in ein Hospiz ist keine Option. Ich glaube, das
764 könnte man ihr schon verweigern, oder? Also die Frage ist ja immer: kann man es überhaupt
765 verweigern? Weil wenn man es ihr nicht verweigern kann, dann brauchen wir gar nicht weiter
766 zu reden. Aber ich glaube, das könnte man schon machen. (00:57:12)

767
768 **Fr:** Ja, wir müssen da ja sozusagen nicht aktiv werden. (00:57:17)

769
770 **A:** Genau. Also insofern hätten wir schon diese Option. (00:57:21)

771
772 **Wo:** Wenn sie entscheidet, was dann? Sie ist ja volljährig. (00:57:27)

773

774 **Fr:** Also wenn sie sozusagen beim Hospiz anklopft und sagt: kann ich aufgenommen werden?
775 Dann wäre es die Entscheidung des Hospizes, ob sie sie aufnimmt. (00:57:34)
776

777 **A:** Genau. Aber man würde ihr ganz klar entgegenreten und sagen: nein, also wir haben das
778 jetzt abgewogen, sozusagen ihre Wünsche und das, was wir für sie am besten erachten und
779 sind zu dem Schluss gekommen: nein, diesen Weg unterstützen wir nicht. (00:57:45)
780

781 **Fr:** Also es ist zumindest so, dass natürlich ein Hospiz mit uns sprechen würde und sagen
782 würde: halten sie das für sinnvoll? Und wenn wir dann sagen: nein/ (00:57:54)
783

784 **A:** Nein, wir halten es nicht für sinnvoll, ist die Frage, ob sie dann aufgenommen würde.
785 (00:57:57)
786

787 **Fr:** Genau, richtig. (00:57:57)
788

789 **A:** Also wir haben da so/ Es ist ganz schwierig in diesem Fall, dass sozusagen es unklar ist,
790 was wir überhaupt für Möglichkeiten haben, sozusagen aktiv zu werden. Wenn man jetzt
791 beide Perspektiven abwägt, sie sagen natürlich sofort, Herr Wolf, klar, natürlich für das
792 Wohlergehen sich entscheiden. Aber wenn man wieder die Autonomie stark macht, muss man
793 natürlich sagen: naja, aber sie hat sich das überlegt, sie ist einwilligungsfähig, sie hat den
794 langen Krankheitsverlauf gehabt. Und die Prognose bei dem ersten Weg ist schlecht, muss
795 man leider sehen, wäre es da nicht vielleicht auch vertretbar ihrem Willen zu folgen? Also ich
796 stelle das nur als Frage in den Raum, ohne mich da selber positionieren zu wollen. (00:58:38)
797

798 **Fr:** Oder wir sprechen noch mal mit ihr und versuchen, den dritten Weg, den Zwischenweg,
799 zu gehen. (00:58:43)
800

801 **Fi:** Also wenn Sie mich jetzt sowohl als Fachpflegekraft oder als Mutter fragen, würde ich
802 sagen, es gibt einfach Situationen, da muss man auch die Autonomie außer Kraft setzen. Gut,
803 ob es die reine Objektivität auf der Welt gibt, weiß ich nicht, aber objektiv gesehen ist das
804 eigentlich eine gesunde Person, die sich über die Jahre krank gemacht hat und jetzt praktisch,
805 ja, auf der kranken Seite ist. Und jetzt krank ist. Und das würde ich einfach nicht zulassen
806 können. Also gut, jetzt ist sie in unserer Obhut, wir müssen was finden, ich weiß, einfach so
807 drüber hinweg zu wischen, aber/ (00:59:26)

808

809 **Fr:** Also was wir natürlich tun könnten wäre sozusagen die Entlassung nach Hause, wenn Sie
810 sagen, Sie nehmen sie mit nach Hause, als Zwischenweg, zumindest für eine Zeit lang.
811 (00:59:37)

812

813 **Wo:** Aber das muss man ja genau überlegen. Wenn sie nach Hause kommt. Wie die Pflege
814 wird. (00:59:41)

815

816 **Fr:** Genau. Man muss dann eine ambulante Therapie organisieren. (00:59:43)

817

818 **Wo:** Richtig. Und ob wir dann den Richtigen finden und also da ist doch das Risiko enorm
819 hoch, das können wir, glaube ich, als Eltern gar nicht verantworten. Da würden wir
820 wahrscheinlich/ Ach, ich weiß es nicht. Ich meine, wenn es sein müsste, wenn es die zweite
821 Option ist und sie sagt: dann lasst mich nach Hause gehen, Ok. Dann ist es klar, dann kommt
822 sie nach Hause. (01:00:10)

823

824 **Fr:** Lieber nach Hause als in ein Hospiz. (01:00:11)

825

826 **Wo:** Ja ja, also wenn man das ihr sagt, bevor sie dann ins Hospiz geht, gehe doch nach Hause.
827 Da hast du es bequemer und besser und so und dass man da die Chance hat, sie doch wieder
828 zurückzuführen ins Leben, das wäre/ (01:00:28)

829

830 **A:** Also ich höre so ein bisschen sowohl bei Ihnen, Frau Fischer, also auch bei Herrn Wolf
831 raus, dass man jetzt in dieser Abwägung zunächst doch eher für das Wohlergehen entscheiden
832 sollte. Herr Frei, sie haben sich jetzt noch gar nicht sozusagen positioniert in dieser
833 Abwägung. Wie würden Sie das sehen? (01:00:45)

834

835 **Fr:** Also ich kann es schwer so abstrakt sagen. Also ich kann das nachvollziehen, sozusagen
836 ihren Wunsch und sei es in einem Hospiz oder zuhause eben zu sein und mal rauszugehen,
837 zumindest aus der stationären Therapie. Und insofern würde ich eher dazu tendieren,
838 tatsächlich sie da ernst zu nehmen ihrer Selbstbestimmung auch. Und zu sagen: ok, wir
839 machen jetzt mal zumindest eine Pause. Und wenn wir dazu bringen können, dass sie lieber
840 nach Hause geht, das wäre sicherlich auch besser, aber dazu würde ich eher tendieren. Als
841 jetzt sozusagen einfach fortzusetzen mit der stationären Therapie. (01:01:34)

842

843 **A:** Also so ein bisschen habe ich das Gefühl, dass man vielleicht noch mal versuchen sollte,
844 für das Wohlergehen zu kämpfen, aber das vielleicht nicht mit allen Mitteln. Und zwar nicht
845 mit allen Mitteln, weil das ja eigentlich nicht ihren Wünschen entspricht. Das heißt, also ich
846 könnte mir vorstellen, also Anwendung von Zwang oder so was würde sich wahrscheinlich
847 aus guten Gründen eigentlich verbieten. Weil das sozusagen doch eine relativ, soweit man das
848 jetzt sagen kann, überlegte Entscheidung ist von einer einwilligungsfähigen neunzehnjährigen
849 Frau. So muss man das einfach sehen. Sodass man ja vielleicht sagen könnte, Sie versuchen
850 noch mal, auch mit den Anregungen, die Frau Fischer gegeben hat, zunächst mal, sie noch
851 mal für eine Verlängerung der stationären Betreuung, Option eins, zu gewinnen. Und wenn
852 sie dann aber sagt: nein, das kommt überhaupt nicht in Frage, dann die Option zwei
853 anzubieten, also sozusagen nach Hause zu gehen. Da müsste man gucken, wie man das
854 Setting so macht, dass Sie alle das einigermaßen ertragen können. Und dann wäre nur noch
855 die Situation vor auszudenken, was machen wir, wenn sie dann sagt: nein, ich gehen nicht
856 nach Hause, ich will ins Hospiz. Würde man dann sagen: ja ok, wir unterstützen das? Oder
857 würden Sie dann/ Weiß nicht, ob man das jetzt schon vorhersehen kann oder ob man das dann
858 noch mal neu entscheiden muss. (01:02:54)

859

860 **Wo:** Ich glaube, das muss man erst abwarten, wie die beiden Möglichkeiten sind und dann
861 entscheiden, wenn sie beides ablehnt. (01:03:00)

862

863 **Fi:** Und vielleicht vor dem dritten Weg, dem Hospiz, sich, weiß ich nicht, auch irgendwie
864 einen Trick einfallen lassen, aus unserer Sicht. Einen Trick zu Abschreckung oder so.
865 (01:03:14)

866

867 **A:** Eine gute Idee ist, dass man sie wirklich damit konfrontiert, was dieser Weg bedeuten
868 würde. Dass es nicht so eine abstrakte Überlegung ist und sie denkt, das wird doch alles ganz
869 schön. (01:03:26)

870

871 **Wo:** Ich glaube, dass man vielleicht ihr einfach klar machen muss, was du da vor hast und
872 was du gehen willst. (01:03:31)

873

874 **Fr:** Was Sie gesagt haben, ist gar nicht schlecht, dass man mit ihr mal da hingehet in so ein
875 Hospiz und zeigt/ (01:03:35)

876

877 **Fi:** Also das würde ich jetzt als Trick bezeichnen. (01:03:38)

878

879 **A:** Man kann auch sagen, das hilft ihr zu einer informierten Entscheidung. Und das sollte eine
880 Selbstverständlichkeit sein und kein Trick. (01:03:46)

881

882 **Fi:** Ja, also weil sie ja auch rumtrickst mit uns so ein bisschen, dass man sagt, wir versuchen
883 zwei Schritte voraus zu denken. (01:03:55)

884

885 **A:** Aber dann würde ich doch vorschlagen, jetzt auch mit Blick auf die Uhr, dass wir so
886 verfahren. Dass wir noch mal versuchen, sie für die Option eins, die stationäre, intensivere
887 therapeutische Betreuung zu gewinnen. Wenn das nicht möglich ist, würden wir dann ihr
888 anbieten, dass sie den zweiten Weg, die ambulante Betreuung, vielleicht akzeptiert, als ein
889 Weg, wo sie vielleicht das, wonach sie Sehnsucht hat, eben doch ein bisschen mehr Ruhe zu
890 haben und mehr Zeit für sich zu haben, das vielleicht eher findet. Und wir würden ihr
891 zunächst mal nicht das Hospiz anbieten. Sondern das würden wir im Hinterkopf behalten und
892 dann können wir uns vielleicht auch noch mal zu einer Folgebesprechung treffen, wenn die
893 Situation eintritt, dass sie die stationäre Betreuung ablehnt, das ambulant auch nicht
894 funktioniert, oder sie das ablehnt, und dann noch mal die Situation mit dem Hospiz. Da würde
895 man sicher vorher noch mal mit ihr hingehen und dann könnten wir uns noch mal
896 zusammensetzen und dann noch mal besprechen. Wäre das so ein Vorgehen, mit dem Sie alle
897 leben könnten? (01:04:55)

898

899 **Wo:** Können wir, ja (01:04:51)

900

901 **Fi:** Ja. (01:04:55)

902

903 **Fr:** Ok. (01:04:57)

904

905 **A:** Ok, sehr schön. Dann danke ich Ihnen für das Gespräch. Wir machen ein kleines Protokoll,
906 werden wir Ihnen zukommen lassen, liegt dann der Krankenakte bei. Und wenn sich
907 irgendwas aktuell verändert, dann stehe ich jederzeit zur Verfügung. Wir können auch gerne
908 telefonieren, Herr Frei und gegebenenfalls uns auch noch mal in dieser Runde treffen. Vielen
909 Dank. (01:05:18)

7.3.3. Transkript Fallbesprechung B

Teilnehmer:

Moderator B (B)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1 **B:** Ja guten Tag, ich darf Sie ganz herzlich begrüßen. Wir treffen uns heute für eine ethische
2 Fallbesprechung von einer jungen Patientin, die schon seit acht Jahren an Anorexia nervosa
3 erkrankt ist, schwer erkrankt ist, mit der Fragestellung, ob eine palliative Versorgung für die
4 Patientin der richtige Weg ist. Genau. Ich wollte sagen, unser Gespräch sollte ungefähr 45 bis
5 60 Minuten dauern, das ist mal angesetzt dafür. Vorstellung hatten wir schon, der Herr Frei ist
6 der behandelnde Arzt, Sie sind die Krankenschwester, Sie sind der Vater der Patientin, ich bin
7 die Moderatorin. Meine Rolle in dem Gespräch ist, das Gespräch zu leiten, zu führen, nach
8 ethischen Prinzipien, um für die Patientin das bestbegründetste Ergebnis zu erreichen. Genau.
9 Kurz noch zu Gesprächsregeln, wenn Ihnen das recht ist. Also hier hat jeder die gleiche
10 Stimme, jeder darf gleich viel sprechen, hat gleich viel Redezeit. Auf menschlicher Ebene gibt
11 es hier auch keine Unterschiede, obwohl klar ist, dass der behandelnde Arzt die
12 Behandlungsverantwortung hat. Jeder darf gleich viel sprechen und trotzdem verlieren wir das
13 Zeit- Ziel nicht aus den Augen. Genau. Jetzt, Herr Wolf, Sie sind der Vater der Patientin und
14 es ist so, dass hier im Behandlungsteam wir alle mal auf den gleichen Stand noch gebracht
15 werden müssen, rein medizinisch, wie der Verlauf ist. Ihre Meinung ist ganz wichtig auch in
16 dem Fall. Aber ich würde Sie trotzdem bitten, ob sie zehn Minuten, Viertelstunde draußen
17 warten könnten, dass wir hier untereinander auf den gleichen Stand gebracht werden, das
18 wäre sehr nett. Ist Ihnen das recht? (00:02:03)

19

20 **Wo:** Ja, ok. (Verlässt den Raum) (00:02:02)

21

22 **B:** Dankeschön. Genau. Herr Frei, ich würde Sie bitten, kurz mal die Faktendarstellung des
23 Krankheitsverlaufs uns zu erzählen. Also wie der Krankheitsverlauf war und wie der
24 Istzustand momentan der Patientin ist, ohne so sehr auch den Willen schon mal reinzubringen.
25 (00:02:32)

26

27 **Fr:** Ok. Es geht ja um die Anna Wolf, die jetzt 19 Jahre alt ist. Sie hat diese Anorexia nervosa,
28 seit sie elf war, es war so die Diagnose zum Zeitpunkt des elften Jahres gestellt worden. Dann
29 wurde zunächst eine ambulante Psychotherapie begonnen, relativ schnell, das hat aber nichts
30 gebracht, sodass sie dann auch schon relativ schnell stationär behandelt werden musste. Sie
31 hat jetzt in den acht Jahren seither, glaube ich, zehn stationäre Aufenthalte gehabt. Sie war
32 drei Mal auch in Spezialkliniken. Sie wurde unter anderem auch zwangsernährt mehrmals,
33 auch teilweise mit Sedierung. Und die Erfolge waren sehr bescheiden, also es ist kein wirklich
34 nachhaltiger Therapieerfolg, muss man sagen. Sie musste die Schule verlassen, so, glaube ich,
35 in der elften Klasse, weil sie einfach nicht mehr nachkam aufgrund dieser vielen Fehlzeiten.
36 Hat wohl auch keine besonderen Hobbies oder Freunde, sie ist also wirklich sozusagen viel in
37 Kliniken. Und jetzt war sie acht Monate lang in einer Spezialklinik gewesen, wo das Gewicht
38 ein bisschen angehoben werden konnte, von 21 auf 24 Kilo. Und da kam sie aber jetzt zu uns,
39 weil sie dort dann am Schluss schwierig wurde und nicht mehr mitmachte bei der Therapie
40 und wohl auch etwas aggressiv wurde. Und wir haben sie jetzt seit fünf Wochen bei uns, also
41 auf einer offenen Station der psychiatrischen Klinik. Und ich selbst sozusagen mache die
42 Psychotherapie mit ihr, also kognitive Verhaltenstherapie. Und wir haben zu Beginn ein
43 Ernährungsprogramm aufgelegt. Also wie gesagt, sie war 24 Kilogramm, als sie kam, mit
44 einem BMI von elf, also schon sehr extrem. Wir haben das Ernährungsprogramm begonnen,
45 haben dann auch versucht, so Begleiterkrankungen zu behandeln, die sie hat. Also sie hat eine
46 leichte Depression, sie hat eine leichte Zwangserkrankung mit einem leichten Waschzwang.
47 Das ist uns auch relativ gut gelungen, medikamentös diese Begleiterkrankungen zu
48 verbessern. Die eigentliche Anorexie, da haben wir jetzt keinen wirklichen Erfolg gehabt. Sie
49 hat dann im Verlauf zugestimmt, dass wir eine Sondenernährung machen. Dann ist sie zehn
50 Tage über Sonde ernährt worden, hat so eineinhalb Kilo zugenommen, hat dann aber gesagt,
51 sie möchte das nicht mehr. Also von einem Tag auf den anderen, sie möchte diese Sonde nicht
52 mehr haben. Und jetzt sind wir sozusagen im Grunde so weit, wie wir vorher waren. Sie hat
53 immer noch diese 24 Kilogramm, ist immer noch so abgemagert. Vielleicht kann man noch
54 kurz dazu sagen, zum körperlichen Zustand, ist sie eigentlich jetzt nicht unmittelbar
55 lebensgefährlich bedroht, aber sie hat natürlich gewisse Auswirkungen der Erkrankung. Das
56 heißt, sie hat eine Wachstumsverzögerung, sie hat eine sekundäre Amenorrhö, sie hat gewisse
57 Blutbildveränderungen, eine leichte Thrombozytopenie, die natürlich schon auch, ja,
58 bedenklich sind, klar. Also das ist ihr aktueller Zustand. Habe ich irgendwas vergessen vom
59 medizinischen her? (00:06:01)

60

61 **Fi:** Nein, eigentlich nicht. (00:06:02)

62

63 **B:** Genau. Jetzt würde ich vom pflegerischen Standpunkt Sie gerne fragen. Wie lang kennen
64 Sie denn die Patientin schon? (00:06:08)

65

66 **Fi:** Auch seit fünf Wochen. (00:06:10)

67

68 **B:** Seit fünf Wochen, genau. Also wie sehen Sie den pflegerischen Verlauf von Ihrer
69 Perspektive her, wie ist der Zustand momentan? (00:06:21)

70

71 **Fi:** Ja, also ich habe mit der Anna wirklich so meine guten und meine schlechten Tage. Die
72 guten Tage, würde ich sagen, sind diejenigen, wo sie einfach offen ist und man mit ihr auch
73 wirklich reden kann. Meistens sind wir jetzt so angefreundet, kann ich sagen. Dass sie mich
74 so als Bezugsperson einfach so akzeptiert und wir auch lautstark diskutieren, wieso sie so weit
75 gekommen ist, wie das weiter gehen soll, das sind also die guten Tage. Und die schlechten
76 Tage, wie jetzt zuletzt, ist eben so, dass sie abblockt. (00:07:03)

77

78 **B:** Das heißt jetzt, wo sie die abbricht, die Sondenernährung, das sind die schlechten Tage?
79 (00:07:07)

80

81 **Fi:** Nein und wo sie einfach, die schlechten Tage, wo auch ich, wo ich mir eben einbilde, ich
82 habe ein bisschen Zugang zu ihr, wo sie auch mich so abblockt, und da ist überhaupt nichts
83 möglich. Und das sind so für mich die schlechten Tage. Weil, ich glaube, alle haben
84 inzwischen gemerkt, dass sie hochintelligent ist. Und das ist zwar sehr gut, aber manchmal ist
85 es fast ein Hindernis, weil sie einen halt so in Gespräche verwickelt und in Diskussion. Aber
86 ich habe einfach gemerkt, dass das eigentlich die guten Tage sind, weil sie da was aufmacht
87 und da kann man einfach zu ihr vordringen. Und das ist im Augenblick gerade wieder alles
88 zu. Und ich versuche, mit viel Geduld, auch mit viel Wut manchmal, das versteht sie auch,
89 weil wir jetzt, glaube ich, auf so einer Ebene sind, wo wir uns gegenseitig schon auch einiges
90 an den Kopf schmeißen, aber ich empfinde das eben als Vertrauensbeweis. Und mal schauen,
91 es kann durchaus sein, dass sie in einer Stunde oder morgen schon wieder aufmacht und man
92 wieder weiter machen kann. (00:08:24)

93

94 **B:** Also sie haben jetzt vorhin schon erzählt, sie hat also Schule dann abgebrochen, wie lebt
95 sie denn momentan? (00:08:36)
96

97 **Fr:** Also wie gesagt, im Grunde ist sie jetzt seit neun Monaten oder so in Kliniken. (00:08:43)
98

99 **B:** Durchgehend. (00:08:45)
100

101 **Fr:** Genau, also vor unserer Klinik war sie eben sehr lange in auch längerfristigen
102 Einrichtungen. Ja, und davor lebte sie bei ihren Eltern. Und nach allem, was wir wissen, hat
103 sie keine Freunde und auch keine Hobbies. Also sie beschäftigt sich sehr viel mit, wie es zur
104 Krankheit gehört, eben mit ihrem Gewicht, mit dem Essen, das ist so ihr Inhalt. Und sie ist
105 sicherlich sehr intelligent, das sehe ich auch so. Aber klar, sie trickst dann auch rum mit dem
106 morgendlichen Wiegen. Und dann kommt es auch mal vor, dass sie natürlich erbricht, all das,
107 was eben zur Krankheit gehört. (00:09:28)
108

109 **B:** Ja, genau. Also was weiß man denn sonst von ihren Einstellungen so zum Leben und wie
110 sieht sie sich denn in dieser Erkrankung? (00:09:37)
111

112 **Fr:** Also sie hat mir gesagt, das ist ja auch der Grund, weshalb ich Sie geholt habe, sie hat vor
113 kurzem einen Bericht über Palliativmedizin gesehen, gehört und das hat sie angesprochen. Sie
114 sieht ihre Erkrankung als eine unheilbare Erkrankung, also sie kann das durchaus auch
115 reflektieren und verbalisieren, dass sie sagt, sie hat so einen langen Leidensweg hinter sich,
116 das ist nicht heilbar, das ist ähnlich wie eine Krebserkrankung. Und sie weiß auch durchaus,
117 dass da die Wahrscheinlichkeit oder das Risiko besteht, dass sie daran verstirbt in nächster
118 Zeit. Und sie möchte jetzt einfach in Ruhe gelassen werden, würde gerne noch ihren
119 Lebensbericht zu Ende schreiben, den sie begonnen hat. Und sie würde am liebsten in ein
120 Hospiz vielleicht gehen, hat sie gesagt. (00:10:30)
121

122 **B:** Also hat sie so die Aufgabe ihres Lebensberichts momentan? (00:10:34)
123

124 **Fr:** Das ist so das, was sie macht zurzeit, genau. (00:10:36)
125

126 **B:** Ok. Ja gut, also wir haben jetzt ganz gut die Analyse ihrer Krankheit, denke ich,
127 besprochen. Jetzt wollen wir mal in die patientenspezifische Bewertung gehen. Was gibt es
128 denn für Therapieoptionen grundsätzlich für diese Patientin? (00:10:57)

129

130 **Fr:** Es gibt natürlich einfach die Option, dass man weiter versucht, sie bestmöglich
131 psychiatrisch, psychotherapeutisch zu behandeln, was wir tun, wobei jetzt wir nichts weiter
132 aus dem Ärmel schütteln können. Also wir würden eben weiter versuchen, mit
133 Psychotherapie, mit Gesprächen, mit medikamentöser Unterstützung,
134 Ernährungsprogrammen, sie zu behandeln. Die Frage der Zwangsbehandlung stellt sich
135 meiner Ansicht nach eher nicht. Weil das hat auch in der Vergangenheit nicht wirklich zum
136 Effekt geführt und wir halten sie auch für einwilligungsfähig. Da hatten wir auch einen
137 Kollegen aus der forensischen Psychiatrie zur Einschätzung gebeten, der hat das auch
138 bestätigt. (00:11:44)

139

140 **B:** Was hat er genau bestätigt? (00:11:45)

141

142 **Fr:** Dass sie einwilligungsfähig ist momentan. Ja und ansonsten wäre natürlich die Alternative
143 mit dieser palliativen Zielsetzung. (00:11:57)

144

145 **B:** Jetzt würde ich ganz gern noch einmal diese drei Möglichkeiten, die wir haben/ Also wir
146 haben einmal die Möglichkeit der Maximaltherapie. Sie war schon mal zwangsbehandelt, das
147 heißt, sie hat Erfahrungen damit, unter Sedierung haben Sie am Anfang sogar auch erzählt,
148 war schon mal. Das heißt, man würde sie wie lange zwangsbehandeln? Wenn man sich für
149 diesen Schritt entscheiden würde, wie lange würden Sie es denn/ (00:12:27)

150

151 **Fr:** So kurz wie nötig. Man würde eben ein bestimmtes Zielgewicht vereinbaren von ein paar
152 Kilogramm, was man dann eben innerhalb von vielleicht einigen Tagen oder ein, zwei
153 Wochen erreicht. Und dann würde man eben tatsächlich versuchen, wieder mit ihrer
154 Kooperation, mit ihrer Mitwirkung, weiter zu machen. Und da war eben in der Vergangenheit
155 das Problem, dass sie dann nach einer gewissen Gewichtszunahme wieder zurück ging und
156 eben nicht mehr mitmachte, nicht mehr kooperierte. (00:12:59)

157

158 **B:** Jetzt wenn man diesen mittleren Behandlungsweg sich einmal anschaut. Sie war ja schon
159 in verschiedenen Einrichtungen, da waren ja wohl auch Einrichtungen dabei, die sehr gut

160 waren. Jetzt ist die Kreativität ein bisschen vielleicht gefragt. Gibt es denn so Einrichtungen?
161 Oder könnte sie vielleicht da auch wieder hin, oder was könnte man an ihrem Lebensumfeld
162 ändern, oder so, dass sie da/ Gibt es da Möglichkeiten, an Selbsthilfeorganisationen, an
163 anderen Kureinrichtungen? (00:13:33)

164

165 **Fi:** Also so, wie ich sie jetzt ein bisschen kennen gelernt habe, habe ich den Eindruck, also
166 dieser Wunsch nach Palliativmedizin, einem Hospiz, das ist so auch aus einer gewissen so
167 intelligenten Sturheit auch geboren. Also sie hat diesen Weg jetzt beschritten/ (00:13:56)

168

169 **B:** Darf ich Sie kurz unterbrechen? (00:13:57)

170

171 **Fi:** Ja. (00:13:57)

172

173 **B:** Und zwar, der mittlere Weg, wenn wir das einfach nur als theoretische Option nehmen, ja,
174 und da unsere Fantasie spielen lassen, was könnten wir denn für sie tun? (00:14:08)

175

176 **Fi:** Also ich könnte mir vorstellen, wenn ich jetzt also kreativ denke irgendwie, dass diese
177 Einrichtungen, also wie eine Spezialklinik, sie hat ja einige schon hinter sich. Und die haben,
178 obwohl sie eine Spezialklinik sind, nur diese Krankheit gesehen. Und ich habe so den leisen
179 Verdacht, dass sie also irgendwie gefordert werden will, obwohl sie es einfach noch nicht
180 zugibt. Und ich denke mir, wenn, also ich habe einfach bei unseren Spaziergängen draußen,
181 da ist ja ein Park, also nicht nur unser Garten hier, sondern auch ein Park, und ich beobachte,
182 wie sie kleine Kinder beobachtet zum Beispiel. Und dann manchmal sagt: „Ja, das werde ich
183 auch nicht haben“ und so. Und ich sage: „Warum denn nicht?“. Und ich habe das Gefühl,
184 wenn man ihr eine Aufgabe geben würde, obwohl das vielleicht völlig jetzt illusorisch ist,
185 dass sie irgendwie in einem Kindergarten ein paar Tage oder sogar Wochen so verbringt und
186 sich da nützlich macht. Oder ein ganz krasses Beispiel, dass man sie an die Hand nimmt und
187 sagt: „Jetzt besuchen wir mal so ein Hospiz, damit du mal siehst, wie das wirklich ist. Weil du
188 immer sagst, du willst deine Ruhe haben und ich habe dir so oft gesagt, in einem Hospiz wirst
189 du keine Ruhe haben, weil“/ (00:15:34)

190

191 **B:** Bleiben wir, Entschuldigung, gerade noch mal bei dem mittleren Weg. Also sie sagen
192 Perspektive da anbieten. (00:15:40)

193

194 **Fi:** Zum Beispiel, ja. (00:15:41)

195

196 **B:** Mit Kindern und so weiter, therapeutische Einrichtungen dazu, gibt es da was in Ihrer
197 Kreativität, wo sie sagen, da könnte man das auch vielleicht verbinden miteinander, oder wo
198 man sie hin tun könnte? (00:15:57)

199

200 **Fr:** Klar, man könnte natürlich versuchen, dass man sozusagen irgendwie Tageskliniken
201 findet, sozusagen wo sie angebunden ist, oder wenn man so in der Richtung denkt, dass man/
202 (00:16:11)

203

204 **B:** Da gibt es auch Konzepte, wo schon Erfolg war in der Vergangenheit, wo sie zugenommen
205 hat? (00:16.17)

206

207 **Fr:** Also nicht bei ihr, muss man sagen. Also das wird eben manchmal bei leichteren Fällen
208 gemacht, dass man sagt, man macht eher eine halbstationäre oder ambulante Betreuung. Sie
209 war eben sehr viel stationär, das war bei ihr eigentlich immer für notwendig erachtet worden.
210 Aber klar, es gibt schon, natürlich gäbe es die Möglichkeit, über die Tagesklinik das zu
211 versuchen zum Beispiel. (00:16.51)

212

213 **B:** Gut, vielleicht können wir hinterher das noch mal, falls das in Frage kommt, noch mal
214 mehr ausarbeiten. Jetzt die palliative Versorgung, also das wäre ihr Wunsch im Grunde.
215 Palliative Versorgung wäre auch eine Behandlungsmöglichkeit. Ja, kann man eigentlich an
216 Kreativität nicht viel sagen dazu, oder? (00:17:17)

217

218 **Fr:** Naja, also ich habe mit ihr ja auch schon/ (00:17:21)

219

220 **Fi:** Also würde ich nicht dafür plädieren. Auf keinen Fall. (00:17:26)

221

222 **B:** Genau. Das ist jetzt der nächste Schritt, für welchen Weg sind Sie denn? Was haben Sie als
223 Ziel eigentlich für die Patientin, was ist für das Patientenwohl, das was Sie persönlich am
224 besten halten, ohne, dass sie jetzt das in Betracht ziehen, was die Patientin gesagt hat.
225 (00:17:41)

226

227 **Fr:** Ich bin mir natürlich auch ein bisschen unsicher, deshalb habe ich Sie ja geholt. Aber ich
228 glaube, dass es schon medizinisch indiziert wäre, sie weiter zu behandeln, spezifisch auf die
229 Störung bezogen. Und natürlich kann ich nachvollziehen, dass sie diesen Wunsch nach Ruhe
230 hat, dass sie diesen Wunsch hat, quasi aufzuhören. Aber ich glaube, auch wenn die Chancen
231 sehr gering sind, dass man doch noch mal das versuchen sollte. (00:18:17)

232

233 **B:** Ja, genau. Also Sie sind im Prinzip für diesen mittleren Behandlungsweg, dass man
234 versucht, ihre Umgebung so zu gestalten, dass sie/ (00:18:25)

235

236 **Fr:** Entweder das, oder tatsächlich noch mal stationär, genau. (00:18:29)

237

238 **B:** Zwangsernährung? (00:18:30)

239

240 **Fr:** Nein, Zwangsernährung nicht, das, glaube ich, ist nicht sinnvoll. (00:18:35)

241

242 **B:** Genau. Wie ist es denn bei Ihnen? (00:18:36)

243

244 **Fi:** Das würde ich eigentlich genauso sehen. Natürlich wäre es, glaube ich, jetzt aus ärztlicher
245 Sicht auch besser, wenn sie eine Zeit lang einwilligen würde, bei uns stationär noch behandelt
246 zu werden, um noch ein gewisses Gewicht so zu bekommen. Und mit der Aussicht, wenn sie
247 sich darauf natürlich einlässt, dass sie dann ambulant nur dann behandelt wird. Aber eben mit
248 dieser Kombination ambulant, wo immer das ist, ob das jetzt eine solche Klinik ist, oder, ich
249 wage kaum zu hoffen, bei den Eltern vielleicht. Mit gleichzeitigem Fordern, dass sie
250 irgendetwas macht. Und wenn sie, also mit Kindern, vielleicht sogar mit Jugendlichen, könnte
251 ich mir vorstellen, dass sie, also gut, sie hat die elfte Klasse jetzt eben abgeschlossen,
252 irgendwie/ (00:19:27)

253

254 **B:** Vielleicht kann man das dann mit dem Vater sogar noch ein bisschen entwickeln dann das
255 Ganze. Aber es ist jetzt für sie beide, zumindest da ist kein Dissens da, so, dass man im
256 Grunde ihre Umgebung noch mal ein bisschen anders gestalten muss, ihr Aufgaben geben
257 muss, sie psychotherapeutisch begleiten, um sie da auf den Weg da/ Und weder palliativ, noch
258 Zwangsernährung, außer sie ist einverstanden, sind eigentlich ein Weg. (00:19:50)

259

260 **Fi:** Ja. (00:19:51)

261

262 **B:** Genau. Wenn man jetzt kurz mal fragt noch mit Verpflichtung gegenüber Dritten, gibt es
263 da irgendwas, also den Eltern gegenüber, die Beziehung, was man da beachten müsste, wenn
264 man jetzt gerade den Vater dann auch reinholt? (00:20:06)

265

266 **Fr:** Wie meinen Sie, was wir dem Vater gegenüber/ (00:20:10)

267

268 **B:** Ja, genau, dass wenn man jetzt sagt, man macht palliativ oder so, gibt es da in der
269 Umgebung irgendwie was, wo man auf die Eltern einfach Rücksicht nehmen müsste? Oder
270 bei der Patientin selber, dass sie bei der Maximalversorgung überversorgt ist, beim
271 Therapieabbruch unterversorgt oder so, dass man das einfach ein bisschen sich durchdenkt.
272 Verhältnis ist gut? (00:20:34)

273

274 **Fr:** Also die Eltern spielen natürlich eine große Rolle. Sie sind viel präsent, also die Mutter
275 hat ihren Beruf aufgegeben und der Vater, der kommt viel, sozusagen, tritt auch sehr imposant
276 in Erscheinung. (00:20:44)

277

278 **Fi:** Er ist schon dominierend, das denken wir schon, aber das ist ja verständlich auch, und ich
279 glaube mit palliativ oder so brauchen wir ihm gar nicht zu kommen. (00:20:53)

280

281 **B:** Brauchen wir jetzt auch nicht. (00:20:56)

282

283 **Fi:** Also könnte ich mir vorstellen, dass da was hochgeht vielleicht bei ihm. Aus
284 verständlichen Gründen, aber/ (00:21:03)

285

286 **B:** Ok. Genau, gut. Jetzt würde ich sagen, holen wir den Vater rein, dass er noch einmal sagen
287 kann/ (Holt Herrn Wolf herein) Herr Wolf, kommen Sie bitte rein. Jetzt hat es recht lang
288 gedauert, oder geht es? So, Herr Wolf, wir haben jetzt eigentlich ganz gut Klarheit über den
289 Fall bekommen. Wollten Sie vorab irgendwas sagen zu der Sache, oder sollen wir/ (00:21:41)

290

291 **Wo:** Ja, also, ich meine, was wir jetzt hier erleben, ist das typische im Krankenhaus. Der Vater
292 wird rausgeschickt, um ja nicht bei einem Gespräch zu sein, was Sie führen, um meine
293 Tochter ins Elend zu bringen. Und das kann ich nicht dulden. Ich dulde es überhaupt in keiner
294 Form. Ich kämpfe, Sie wissen zufällig, dass ich ein sehr mächtiger Politiker bin und

295 wahnsinnige Macht an der Hand habe um alles durchzusetzen. Wenn meine Tochter mir
296 erzählt, und das ist das ganz entscheidende, Anna gibt an, zu intelligent für die Therapeuten
297 zu sein, keiner habe es bis jetzt geschafft, sie zu durchschauen. Und das ist das entscheidende.
298 Es geht nicht um die Krankheit, es geht darum, Talente von ihr zu fördern. Sie ist
299 hochintelligent. (00:22:31)

300

301 **B:** Herr Wolf, darf ich Sie mal kurz unterbrechen? (00:22:34)

302

303 **Wo:** Ja. (00:22:34)

304

305 **B:** Also wir verstehen hier alle Ihre Emotionen, es geht um Ihr Kind. Dass Sie da mit Herzblut
306 drankommen ist wichtig und was wir hier ja machen wollen, deswegen hat das ja der Arzt
307 auch einberufen, ist, lösungsorientiert zu dem besten Weg zu kommen für Ihre Tochter. Ja,
308 was für Ihre Tochter realisierbar ist und wo wir ihr am besten nützen, für ihr Wohl nützen, wie
309 sie am besten von der Fürsorge her, trotzdem ihren Willen respektieren. Und da müssen wir
310 irgendwie gucken, dass auch Sie natürlich hören, was die Meinung der Behandler ist und die
311 Behandler müssen natürlich auch hören, was Ihre Meinung zu dem Fall ist. Vielleicht fange
312 ich jetzt wirklich selber an und erzähle, zu welchem Ergebnis wir gekommen sind.
313 (00:23:25)

314

315 **Wo:** Ja, das wäre sehr gut. (00:23:26)

316

317 **B:** Genau. Also die Behandler hier sind der Meinung, dass der palliative Weg erst einmal für
318 Ihre Tochter kein Weg ist. Den wollen die eigentlich auch nicht mitgehen. Sie sind eher der
319 Meinung, dass Ihre Tochter noch anders gefördert, anders begleitet, anders mitgenommen
320 werden muss, damit sie sozusagen weiter leben kann. Und genau. Die Frage ist jetzt, was
321 machen wir mit dem Willen ihrer Tochter? Sie hat ja auf der einen Seite gesagt, sie will nicht
322 mehr. Auf der anderen Seite, sagen Sie und auch die Behandler, ist es durchaus sinnvoll und
323 sie hat Lebensqualität und hat auch ein Ziel vor Augen, ich habe gehört, dass sie noch über ihr
324 Leben schreiben will, ein Buch und so weiter. Also sie hat Ziele. Es ist hier zwar auch gesagt
325 worden, dass sie auch gerne mit Kindern vielleicht sogar auch arbeiten würde und da wäre es
326 wirklich super, wenn Sie uns noch helfen könnten, in dieser Kreativität, wie können wir Ihre
327 Tochter unterstützen. Also ich sehe, es gibt eigentlich gar keinen Konflikt in dem Weg, was
328 für Ihre Tochter das Beste ist, zwischen den Ärzten, den Krankenschwestern und Ihnen. Und

329 es ist jetzt wichtig, dass wir an einem Strang ziehen für das Ziel. Und dazu brauchen wir jetzt,
330 also Sie haben schon gemeint, vielleicht sogar eine offene Betreuung, wo sie eine Aufgabe
331 hätte und vielleicht mal eine Stunde oder wie auch immer, wie es ihre Belastung zulässt, auch
332 mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten. Dass sie eine Aufgabe hat, dass man sie
333 sozial besser einbindet in irgendein Netz. Haben Sie denn dazu Vorschläge noch, was man
334 machen könnte? (00:25:27)

335

336 **Wo:** Ja, ich meine, meine Frau hat ja ihren Beruf aufgegeben und alles, um die Tochter zu
337 pflegen und sie wieder gesund zu machen. Und wir glauben einfach, dass wir mit der Anna,
338 wenn wir uns mit ihr sprechen und unterhalten, dass da ein Lebensfunken ist, dass es
339 funktionieren kann. Aber immer wieder sagt sie: „Die Ärzte verstehen mich nicht.“ Und das
340 ist ein Kernpunkt bei der ganzen Sache. Und sie ist ja auch, wie sie Gewichtszunahme hatte,
341 ging ja die Depression zurück. Und sie konnte mit den Therapeuten sich unterhalten. Und ich
342 weiß nicht, warum sie eigentlich immer wieder so schwankt. Einmal sagt sie Magensonde,
343 zehn Tage später sagt sie, die Magensonde raus, nein, ich will nicht mehr. Warum? Das kann
344 doch ein hochintelligentes Mädchen, und sie ist nun mal hochintelligent, das wissen wir ja
345 alle. Aber da muss man doch andere Möglichkeiten haben, als über die Krankheit sie zu
346 behandeln, sondern andere Impulse bei ihr zu wecken. (00:26:33)

347

348 **B:** Genau bei dem Punkt sind wir. Es ist ganz gut, was Sie jetzt hier sagen. Und bei dem
349 Punkt waren wir untereinander ja auch schon, dass man im Grunde für sie was findet, wo sie
350 mehr Sinn und Aufgabe dann auch findet und sie Lebensqualität rausbringt. (00:26:49)

351

352 **Wo:** Ich meine, das Problem ist insofern/ (00:26:50)

353

354 **B:** Was schlagen Sie denn vor? (00:26:52)

355

356 **Wo:** Also meine Frau sagte mir, also noch bevor ich hierher zu Ihnen kam, weil sie einfach
357 nicht mitgehen wollte und sie verkräftet das auch nicht mehr, weil sie ja jahrelang schon an
358 der Tochter, und sie wissen ja, ein Kind, das intelligent ist, das eigentlich gesund ist, einfach
359 physisch krank ist und dass man mit aller Gewalt sie nicht in den palliativen Weg gehen
360 lassen darf. (00:27:16)

361

362 **B:** Ist ja auch kein Thema. (00:27:17)

363

364 **Wo:** Weil das wäre eigentlich zu leicht für alle Leute, ob sie Ärzte sind, ob sie Eltern sind, das
365 ist der zu einfachste Weg. (00:27:24)

366

367 **B:** Das ist kein Thema. (00:27:24)

368

369 **Wo:** Es muss einen anderen Weg geben. (00:27:26)

370

371 **B:** Genau. Was würden Sie denn vorschlagen? (00:27:27)

372

373 **Wo:** Und jetzt ist die Frage, sagte meine Frau mir noch gestern Abend: „Holen wir sie nach
374 Hause.“ Und ich sage: „Wenn wir sie nach Hause holen, weißt du, was wir uns da auf tun? Wir
375 sind keine Ärzte, wir sind keine Fachleute, wir haben sie zu Hause, und dann gleitet sie uns
376 aus.“ (00:27:45)

377

378 **B:** Gut. Also haben wir den Weg eigentlich schon mal, was halten Sie von dem Weg?
379 (00:27:49)

380

381 **Fr:** Es wäre natürlich ein Risiko, wie Sie auch schon ansprechen, dass, wenn dann irgendwas
382 körperlich passiert, aufgrund der doch schweren Magersucht, dass sie eine
383 Herzrhythmusstörung bekommt oder dass andere körperliche Dinge aus dem Ruder laufen.
384 (00:28:09)

385

386 **B:** Also es wäre im Grunde gefährlich für sie. (00:28:10)

387

388 **Fr:** Es wäre gefährlich, da könnte sie sozusagen tatsächlich Schaden nehmen oder sterben.
389 (00:28:13)

390

391 **B:** Dann ist das jetzt mal kein Weg. Dann haben Sie mal gemeint, die Tagespflege, was könnte
392 man da anbieten? (00:28:20)

393

394 **Fr:** Also Tagesklinik wäre eben so ein Zwischenweg, dass sie doch zumindest jeden Tag
395 Anbindung an Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten hätte. (00:28:28)

396

397 **B:** Sie stimmen da zu. (00:28:30)

398

399 **Fi:** Ja. (00:28:30)

400

401 **Fr:** Und vielleicht mit einer Kombination, mit irgendeiner, ja, gewissen sozialen Tätigkeit, in
402 der sie Sinn sieht. Also das wäre eine Möglichkeit. (00:28:41)

403

404 **B:** Was halten Sie da von dem Weg? (00:28:42)

405

406 **Wo:** Ja sehr gut sogar. (00:28:44)

407

408 **B:** Sehr gut sogar. (00:28:44)

409

410 **Wo:** Ich glaube, wenn man ihre Talente fördert und dass man ihr beweisen kann, dass sie noch
411 gebraucht wird, dass das Leben für sie einen Sinn hat und gar nicht so viel auf der Krankheit
412 arbeitet, sondern mehr das Gespräch in eine ganz andere Richtung lenkt. Du wirst gebraucht,
413 die Menschen brauchen dich, komm, wir gehen mal in eine Station oder wo sie das sieht, wo
414 sie bewusst wird, geistig das aufnimmt, o Gott, wie kann ich den Menschen helfen, da kann
415 ich doch mich einsetzen. Dass sie einfach, ich weiß nicht, wie man diese Therapie nennt, aber
416 dass man einfach das Talent fördert und nicht jeden Tag über Krankheit spricht,
417 Körpergewicht spricht, und das und jenes. Es muss doch eine Möglichkeit geben, einen
418 anderen Weg zu gehen. (00:29:28)

419

420 **B:** Da sind Sie sich ja alle ganz einig eigentlich, also da/ (00:29:32)

421

422 **Wo:** Ja, ich glaub schon, also ich finde das auch toll, dass das passiert, dass man einfach nicht
423 sagt, man gibt nach, sondern versucht, ein Menschenleben zu retten und ihr später ein schönes
424 Leben zu ermöglichen. (00:29:44)

425

426 **Fr:** Das Problem, also weshalb wir ja auch Sie gerufen haben, ist, dass wir aber hier eine
427 Patientin haben die 19 Jahre, also die volljährig ist und die sozusagen sehr reflektiert und
428 entscheidungsfähig sagt, sie möchte das aber nicht. Sie möchte sozusagen einen anderen Weg
429 gehen. Und deshalb haben wir sie ja eigentlich auch gerufen, also dass wir da so ein bisschen
430 in der Zwickmühle sind, dürfen wir das überhaupt. (00:30:07)

431

432 **B:** Genau. Also ich denke mal, dass es wichtig ist, dass Sie als Behandler und als Vater oder
433 Eltern ein Konzept haben, was machen wir in Zukunft, das Sie anbieten können. Weil
434 momentan gab es ja noch kein so richtiges Konzept. Genau. Und mit diesem Konzept, glaube
435 ich, können Sie mit der Patientin vielleicht auch noch mal auch anders sprechen. Sie sagen,
436 Sie haben Einfluss auf sie, als Arzt hat man natürlich auch Einfluss, als Vater natürlich auch,
437 vielleicht fällt, also Sie sagen, sie hat keine Freunde, aber vielleicht fällt einem ja noch
438 jemand ein, der Einfluss hat im Rahmen des Behandlungsteams, von der Ergotherapie, oder
439 ich weiß nicht, ob sie da momentan was machen kann. Dass man mit ihr da noch mal spricht
440 und ihr was anbietet. Weil von der Biographie sieht man ja schon, dass sie immer wieder
441 Angebote angenommen hat auch. Dass sie zwar immer wieder Tiefs hat, wo sie dann das
442 abbricht, aber dann auch Angebote wahrnimmt. Vielleicht, ja, also erarbeiten wir jetzt ein
443 Konzept, wie man vorgehen möchte am besten. Natürlich kommen wir um ihren Willen nicht
444 herum. Zwangsernährung, in dem Sinn, kann man eigentlich mit ihr nur machen, wenn sie so
445 lebensbedrohlich erkrankt ist, dass sie nicht mehr wüsste, was sie tut, oder/ Und das ist auch
446 noch die Frage, ob man ihr wirklich nützt damit und ob das zu ihrem Wohl auch dient. Ich
447 denke, es ist rausgekommen, dass man Gespräche mit ihr noch mal suchen muss und ihr
448 Angebote machen muss. Genau. Wer könnte denn das übernehmen? Oder wollen Sie sich
449 noch einmal Gedanken machen und dann untereinander zusammensetzen und ihr Angebote
450 machen? Dass Ihre Frau und Sie noch mal kreativ werden und sagen, das wäre was. Sie
451 schauen im Rahmen der Klinik an angebundenen/ (00:32:16)

452

453 **Fi:** Ich mache das auf jeden Fall, nur lasse ich mir noch irgendwie etwas einfallen. Ich weiß
454 jetzt nicht inwieweit sie überhaupt noch befreundet oder ist mit ihren ehemaligen/ (00:32:29)

455

456 **Wo:** Nein, die hat sie abgebrochen. Da ist alles weg. Da kommt gar nichts mehr. (00:32:35)

457

458 **Fi:** Also die andere Seite hat abgebrochen, da kommt kein/ Weil ich meine so lang ist das ja
459 auch nicht her. (00:32:37)

460

461 **Wo:** Die sind ja alle wieder gesund. Und sie ist ja durch die gerade zu dieser Magersucht
462 gekommen. (00:32:43)

463

464 **Fi:** Und da ist auch kein Interesse. (00:32:45)

465

466 **Wo:** Und die haben gar kein Interesse mit ihr, weil die sagen, wir kriegen Schwierigkeiten,
467 mit ihr wieder in Kontakt zu kommen, weil sie so down ist. (00:32:52)

468

469 **B:** Also geht es eher um Beziehungsaufbau? Also vielleicht auch über Selbsthilfegruppen, die
470 das manchmal auch so anbieten. (00:32:58)

471

472 **Fr:** Das Problem ist natürlich, dass von uns, auch von den verschiedenen Pflegekräften, quasi
473 immer verschiedenes berichtet wird. Das heißt, die Frau Wolf erzählt auch jedem etwas
474 anderes und dann ist es natürlich manchmal schwer, rauszufinden, was ist jetzt wirklich
475 richtig. (00:33:15)

476

477 **Wo:** Das ist das Problem. (00:33:13)

478

479 **B:** Vielleicht könnten Sie sich da ja noch mal zusammensetzen und dann mit einer Zunge
480 sprechen, beziehungsweise einen Hauptansprechpartner vielleicht finden, der das mit ihr dann
481 auch bespricht, aber alle auch informiert sind, was wollen wir für sie. Dass sie, im Rahmen
482 ihrer Erkrankung, die ja eine chronische Erkrankung ist und viele Sachen typisch sind dafür
483 auch, ein bisschen mehr Orientierung hat für das Ganze. (00:33:42)

484

485 **Fr:** Also wir übernehmen das natürlich gerne, dass wir noch mal im Team sprechen und dass
486 wir diese Option, ja, sozusagen mal abklopfen mit der Tagesklinik, das natürlich ein gewisses,
487 höheres Risiko hat, aber vielleicht dann auch auf der anderen Seite eben tatsächlich die
488 Chance noch mal birgt, dass sie irgendwie einen anderen Weg findet, da raus zu kommen.
489 (00:34:06)

490

491 **B:** Wird ja von allen als realistisch eingeschätzt im Grunde. (00:34:10)

492

493 **Fr:** Die Chancen sind sicherlich gering, aber es ist noch mal ein anderer Versuch, ja.
494 (00:34:14)

495

496 **B:** Genau. Ich würde sagen, Sie probieren das und wenn die Patientin immer noch der
497 Meinung ist, sie möchte auf eine Palliativstation, das ist für sie kein Weg, dann treffen wir uns
498 noch mal. Oder was sagen Sie dazu? (00:34:33)

499

500 **Wo:** Bevor man alle Wege, die anderen Wege, die juristischen Wege, außer Acht lässt, aber sie
501 dann ergreift. Weil ich ergreife sie garantiert. Wenn das entschieden wird, dass sie in die
502 palliative, gehe ich den juristischen Weg. Und schalte das Vormundschaftsgericht ein und alles
503 Mögliche. Also ich gehe die Konsequenz durch. (00:34:56)

504

505 **B:** Genau, jetzt sind wir ja momentan noch gar nicht so weit, oder? (00:34:59)

506

507 **Wo:** Nein, ich sag ja nur. (00:35:00)

508

509 **B:** Das heißt, wir müssen ja lösungsorientiert schauen, ja, genau. (00:35:03)

510

511 **Wo:** Also ich bin bereit, alles zu machen. Aber ich will meine Tochter, dass sie wieder ein
512 anständiges Leben führen kann und in ihrer Entscheidung, dass sie diesen Weg einschreitet,
513 nicht einverstanden bin. Und ich gehe so weit, zu sagen, sie ist dann physisch nicht mehr in
514 der Lage, ihre weitere Existenz beurteilen zu können. Und dann ist es so. Ich weiß nicht,
515 wissen Sie, wir kriegen ja keine Antwort darüber, warum sie zum Arzt hü sagt, zur
516 Krankenschwester hott sagt, und zum Vater Ypsilon sagt. Sie hat immer andere Argumente.
517 Das ist da der Kern. (00:35:47)

518

519 **B:** Herr Wolf, aber ich denke, wir haben jetzt ganz gut besprochen, wie man doch an einem
520 Strang ziehen muss. (00:35:54)

521

522 **Wo:** Ja, absolut. (00:35:54)

523

524 **B:** Gibt es denn da unter Ihnen noch was, was geklärt werden muss? Weil Sie waren sich ja
525 einig über die Behandlung, sie waren sich einig, dass sie alle aktiv werden und so weiter. Gibt
526 es denn da untereinander noch was, was geklärt werden müsste? Weil eigentlich sind Sie alle
527 der gleichen Meinung. (00:36:11)

528

529 **Wo:** Ja, ja. Wir haben ja auch schon mal besprochen dass sie/ Sie ist ja wahnsinnig kinderlieb.
530 Und hat wahnsinnige Bezüge zu Kindern. Dass man sie einfach mal, weiß ich nicht, in einen
531 Kindergarten nimmt oder/ (00:36:23)

532

533 **B:** Nein, ich wollte jetzt noch mal fragen, untereinander die Kommunikation über das Ganze/
534 (00:36:27)

535

536 **Fr:** Naja, also ich glaube, wir sind einig sozusagen, dass es Möglichkeiten gibt, es noch mal
537 zu versuchen, auf der anderen Seite muss man, glaube ich, auch sehen, dass man sie auch als
538 Person respektieren sollte. Und wie ich sie zumindest erlebe oder wie auch Ihr sie teilweise
539 erlebt, ist sie schon eine sehr/ Sie hat eine unglaubliche Erfahrung von acht Jahren mit dieser
540 Erkrankung, mit verschiedenen anderen Patientinnen und sie ist wirklich Expertin in dieser
541 Erkrankung. Und sie kann es sehr gut reflektieren, sie weiß ganz genau, auch wie gering die
542 Chancen sind, dass sie von dieser Erkrankung wieder los kommt und wie groß auch wirklich
543 das Risiko ist, dass sie tatsächlich diese Erkrankung nicht überlebt. Man muss ganz klar
544 sagen, ich glaube, man sollte auch jetzt nicht versuchen, sozusagen ihr sozusagen etwas
545 aufzuoktroieren, was sie nicht will. Also sie hat einen ganz, würde ich sagen, reif
546 entwickelten Willen, den man schon auch respektieren muss. Also wir können versuchen,
547 noch mal mit ihr zu sprechen, aber ich glaube, man muss sehen, dass sie eine sehr, eigentlich
548 auch reflektierte, entscheidungsfähige junge Frau ist. (00:37:37)

549

550 **Fi:** Und da, obwohl das so ist, habe ich trotzdem diese leise Hoffnung, weil sie so reflektiert
551 ist, dass sie sich so eben das vorgenommen hat: „Da habe ich noch Gewalt über mein Leben,
552 ich mache jetzt diesen Weg und wenn es eben das Ziel ist, das Hospiz. Aber ich gehe meinen
553 Weg, weil das ist so mein sturer Weg, den gehe ich.“ Und wenn man ihr wirklich ganz
554 bewusst mal die, natürlich, ich weiß es nicht, wie sie reagieren wird, aber ihr bewusst macht:
555 „Da geht um nach links oder nach rechts gehen, sondern das ist dann, entweder lebst du dann,
556 oder, die Alternative ist das Sterben, der Tod.“ Und da habe ich eben die leise Hoffnung, dass
557 sie diese Sturheit, die ich jetzt so als Sturheit empfinden würde, es ist zwar reflektiert, aber
558 man könnte die Reflektion vielleicht auf wirklich was anderes lenken. (00:38:40)

559

560 **B:** Also sind Sie einverstanden, wenn man es jetzt beendet? Weil ich glaube, es wiederholt
561 sich teilweise so ein bisschen an dem Ganzen. Sie ziehen alle an einem Strang, was ganz toll
562 ist. Ich würde vorschlagen, Sie setzen sich zusammen, machen da eine Linie, wer spricht mit
563 der Patientin, was bietet man ihr an. Dass man schaut, dass es eben dann ein guter Moment
564 ist, wo sie, weil sie hat ja diese Aufs und Abs, da haben Sie ja berichtet und so weiter. Genau.
565 Dass man so die Umgebung noch einmal wirklich jeder für sich schaut, dass man das besser
566 für sie organisiert und macht. Und wie gesagt, diese Selbsthilfegruppen sind ja wirklich auch

567 manchmal sehr gute Beispiele, dass wir diese chronische Krankheit in Griff kriegen und dass
568 man da vielleicht auch noch was macht. Ist Ihnen das recht? (00:39:39)

569

570 **Fr:** Ja klar, wir werden das machen, genau. Nur natürlich kann das nur sein, dass sie
571 sozusagen bei ihrer Ansicht bleibt und dann stehen wir sozusagen auch wieder vor dem
572 Problem. Dann müssen wir noch mal sprechen. (00:39:51)

573

574 **B:** Also entweder machen wir noch mal, oder wollen sie es jetzt noch mal sprechen, wie es/
575 (00:39:54)

576

577 **Fr:** Also ich wäre natürlich schon dankbar, wenn wir auch so einen Weg noch hätten, was ist,
578 wenn sie bei ihrer Meinung bleibt, was machen wir dann? Also ich meine, Sie haben
579 vorgeschlagen, zum Gericht zu gehen. Das Problem ist halt, das kann ewig dauern, das kann
580 sehr lange dauern und ich weiß nicht, ob das für alle sozusagen das Beste wäre und wie der
581 Richter dann entscheidet, wissen wir auch nicht. (00:40:18)

582

583 **B:** Also wenn man wirklich alles sehr gegen ihren Willen macht, ist es sehr traumatisierend
584 für Patienten und auch nicht so zielführend natürlich. Und wenn man mit ihr jetzt sprechen
585 würde, dass man sagt, wenn du es nicht machst, dann lasse ich dich zwangsernähren über das
586 Gericht, man braucht den Patienten für diese Erkrankung. Es geht nicht ohne. (00:40:43)

587

588 **Wo:** Das ist richtig. (00:40:44)

589

590 **B:** Und da können Sie vielleicht auch mit Ihrer Frau noch mal darüber nachdenken, inwieweit
591 man ihr wirklich auch schadet, wenn man sie zwangsernähren lässt gegen ihren Willen. Sie
592 hat es ja bis jetzt mit ihrem Willen geschehen lassen, wenn es war. Dass man jetzt versucht,
593 lösungsorientiert den Weg wirklich mit vereinten Kräften zu gehen, ohne immer daran zu
594 denken, eigentlich Gericht oder eigentlich palliativ, sondern auf der Linie bleiben.

595 (00:41:11)

596

597 **Wo:** Nein nein, das sollte man abschalten lassen. Ist schon richtig. Da bin ich auch dafür.

598 (00:41:13)

599

600 **B:** Und ich würde eher vorschlagen, man trifft sich wirklich noch mal, wir wissen ja jetzt alle
601 um den Fall, es wird dann vielleicht auch ein bisschen besser gehen, und schaut, wie hat sie
602 denn reagiert auf die verschiedenen Maßnahmen. (00:41:24)
603

604 **Wo:** Es kommt vielleicht darauf an, dass man den passenden Moment findet, das Gespräch zu
605 führen, in welcher Verfassung sie ist. (00:41:32)
606

607 **Fi:** In welcher Verfassung, ja/ (00:41:33)
608

609 **Wo:** Dass man genau den guten Punkt passt, wo sie sich öffnet, wo sie vielleicht sich dann
610 öffnet und dann ja sagt. Aber die Frage ist natürlich immer wieder: das ja ist für vier Tage
611 oder das ja ist für drei Tage. Und das ist, was mich einfach ein bisschen sprachlos macht.
612 (00:41:50)
613

614 **B:** Ja, das ist auch schwer bestimmt. (00:41:52)
615

616 **Wo:** Warum sie ständig hin- und hergeht. Also wie kann das sein? (00:41:59)
617

618 **Fr:** Das gehört zur Erkrankung. Das ist sozusagen Teil der Erkrankung, ja, diese Ambivalenz,
619 wie wir sagen, also dass sie sozusagen mal einsieht, „Das ist nicht der richtige Weg“,
620 sozusagen, „Ich müsste mehr essen, oder ich müsste mitmachen“, und dann aber sozusagen
621 wieder übermannt wird von den Gedanken „Ich bin zu dick, ich darf das nicht machen, ich
622 muss mich kontrollieren.“ Das ist dieses Hin und Her, das sehen wir bei allen Patienten
623 letztlich. (00:42:26)
624

625 **Wo:** Oh je. (00:42:27)
626

627 **Fi:** Man müsste fast ein bisschen auch zu einem Trick greifen, so, wie sie uns ja auch
628 austrickst und denkt, dass wir das nicht herausfinden, wenn sie sich da irgendwas einnäht, um
629 ein bisschen schwerer zu sein oder Wasser trinkt, bevor sie sich wiegen lässt. Dass man sie,
630 also es ist vielleicht sehr romantisch gedacht von mir, aber wirklich an die Hand nimmt und
631 sagt eben: „Wir gehen jetzt mal heute da hin, in den Kindergarten oder irgendwas.“ (00:42:57)
632

633 **Wo:** Das finde ich gut. Das finde ich sehr gut. Raus aus dem Krankenhaus. (00:43:00)

634
635 **Fi:** Also einfach, man nimmt sie und sagt: „Heute schaut unser Tag mal ganz anders aus.“ Ob
636 sie sich auf diesen Trick/ Also wo man einfach den Patienten, ihm was Positives überstülpt
637 und sagt: „Komm, mach jetzt mit!“ (00:43:15)
638
639 **B:** Ich würde es jetzt vielleicht gar nicht so viel Trick nennen, weil wir wollen ja offen und
640 ehrlich sein. Aber ich finde Ihre Idee super, dass Sie sagen, ich probiere es einfach mal anders.
641 Und ich weiß nicht, wie Sie das als behandelnder Arzt sehen und Sie als Vater haben ja schon
642 gesagt/ (00:43:29)
643
644 **Wo:** Ich finde das positiv, absolut. Genau mein Gedanke. (00:43:31)
645
646 **Fi:** Also ich weiß nicht, ob das zu vorpreschend ist. (00:43:32)
647
648 **Fr:** Nein, das können wir versuchen, ja. (00:43:34)
649
650 **Fi:** Ich habe nur eben die Angst, dass wenn man es ihr vorher ankündigt, „Wir haben heute
651 das und das vor, um dich da rauszuholen“, dass sie da schon wieder zu macht, anstatt dass
652 man sagt, einfach kommt und geht und so. (00:43:44)
653
654 **Wo:** Wenn man reinkommt morgens und „Hallo, komm mit, wir gehen heute raus“ (00:43:45)
655
656 **Fi:** Also dieses etwas übertölpeln etwas. (00:43:48)
657
658 **Wo:** Phantastisch. Genau so, das finde ich richtig. Super. (00:43:52)
659
660 **Fi:** Also das also Trick empfinde ich. Also einen Versuch wäre es wert vielleicht. (00:43:54)
661
662 **B:** Also Sie setzen sich im Team zusammen, Sie haben ja regelmäßig Teambesprechungen
663 und schauen, dass Sie da mit einer Zunge sprechen, alle das gleiche. Die, die den besten
664 Zugang zur Patientin haben, nehmen das auch in die Hand, das Ganze, dass jeder hier ein
665 bisschen und da ein bisschen und genau und ok? (00:44:11)
666
667 **Wo:** Prima, ja, ganz toll. (00:44:12)

668

669 **Fr:** Ok. Danke schön. (00:44:13)

670

671 **B:** Also, danke. (00:44:14)

672

673 **Fi:** Vielen Dank auch, ja. (00:44:16)

7.3.4. Transkript Fallbesprechung C

Teilnehmer:

Moderator C (C)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1 **C:** Ja vielen Dank, Ralf, für deine Anfrage. Wir kennen uns ja seit langem, aber noch nie hat
2 es die Gelegenheit gegeben, dass wir eine Ethikkonsultation zusammen machen in dieser
3 Konstellation. Ist also für uns beide neu. Und bevor wir loslegen, ich habe ja gesehen, dass
4 die vorgesehenen Teilnehmer schon in Reichweite sind, eine Frage an dich. Und zwar: was
5 war deine Wunschvorstellung, wer sich hier beraten soll? Und wie kommt die Auswahl der
6 Teilnehmer zustande? (00:00:32)

7

8 **Fr:** Also wir haben sozusagen bei den Teambesprechungen auf Station eben das Problem
9 gehabt, dass wir nicht weiter wussten, es gab auch in der Pflege unterschiedliche Stimmen
10 und in der Ärzteschaft. Und dann fand ich es naheliegend eben sozusagen eine Ethikberatung
11 einzuschalten, weil ich auch darum weiß, welche Hilfe das sein kann. Und wir fanden es
12 wichtig, in diesem Fall jetzt, also neben der ärztlichen Perspektive jemanden von der Pflege
13 auf jeden Fall dabei zu haben und eben die Bezugspflegerin, die am meisten Kontakt zu der
14 Patientin hatte, die sie am besten kennt. Wir haben dieses Bezugspflegesystem. Und dann
15 auch, in diesem Fall ist es, glaube ich, auch wichtig, jemanden angehörigen, insbesondere den
16 Vater, der sich da sehr engagiert, der natürlich die Patientin schon sehr lange begleitet in
17 dieser Krankheitsphase. Die Patientin selber, die Frau Wolf, wollte nicht teilnehmen. Ich habe
18 sie gefragt und zumindest zum jetzigen Zeitpunkt wollte sie es nicht, wollte sie eigentlich,
19 dass wir das machen. Sie ist schon einverstanden, dass wir miteinander sprechen, das weiß
20 sie, aber sie möchte nicht teilnehmen. (00:01:53)

21

22 **C:** Ja, danke. Also ich bin natürlich ganz einverstanden mit der Vorauswahl, ich wollte mich
23 nur orientieren und zwar hat das folgenden Hintergrund: es macht immer einen gewissen
24 Unterschied aus, ob eine Ethikkonsultation startet, weil sich die Behandelnden untereinander
25 oder aber mit Angehörigen oder Patienten eventuell uneinig sind. Und vor diesem
26 Hintergrund versuche ich immer gleich am Anfang herauszufinden: braucht eine bestimmte
27 Personengruppe, wie zum Beispiel das interdisziplinäre Behandlungsteam, die Möglichkeit,

28 frei heraus über ihre Uneinigkeit zu sprechen, mit dem Ziel, sich vielleicht einigen zu können,
29 um dann mit den Angehörigen oder Patienten zusammen zu kommen. Und auf der anderen
30 Seite, ist es Patienten oder Angehörigen zuzumuten, dass sie dieses sozusagen bewegte
31 Miteinander und Gegeneinander, dass sie das miterleben. Und da würde ich dich einfach um
32 deine Einschätzung bitten, weil ich es ja nicht beurteilen kann. Es besteht sehr wohl die
33 Möglichkeit, dass wir zuerst das Interdisziplinäre intern versuchen, zu einer gemeinsamen
34 Linie zu besprechen und dann den Angehörigen dazu bitten. Oder aber, wenn es darum geht,
35 Uneinigkeit oder Orientierungsbedürfnis mit dem Vater gleich von Anfang an zu besprechen,
36 habe ich gar keine Einwände, dass er von Anfang an teilnimmt. Es ist eigentlich eure
37 Entscheidung. (00:03:20)

38

39 **Fr:** Ja. Also es gibt jetzt keinen großen Konflikt im Team. Es ist eher so, dass es eine gewisse
40 Unsicherheit gibt, in welche Richtung es gehen soll. (00:03:31)

41

42 **C:** Und der Vater? (00:03:35)

43

44 **Fr:** Der Vater hat, soweit ich weiß, schon eine bestimmte, klare Position, die sich sozusagen
45 eher etwas reiben könnte an manchen unserer Positionen. Also wir haben auch eigentlich die
46 Gepflogenheit, dass wir da bei verschiedenen Fallgesprächen auch über medizinische Fragen
47 eigentlich mit den Angehörigen immer recht offen sprechen, sodass ich glaube, dass es kein
48 Problem wäre, mit dem Vater gleich von Anfang an zu sprechen. (00:04:03)

49

50 **C:** Ja, also da bin ich völlig einverstanden und dann würde ich sagen, wir starten und wenn du
51 die Teilnehmenden reinholen könntest. (00:04:11)

52

53 **Fr:** Ja. Grüße Sie. Bitte nehmen Sie Platz. (00:04:22)

54

55 **C:** Guten Tag. (00:04:27)

56

57 **Fi:** Guten Tag. (00:04:27)

58

59 **Wo:** Guten Tag. (00:04:29)

60

61 **Fr:** Ja, das ist [Moderator C], sie ist [der Ethikberater], die das Gespräch jetzt moderieren
62 wird, und Sie sind der Vater der Patientin, Herr Wolf, und Frau Fischer ist die
63 Bezugspflegekraft. (00:04:43)

64

65 **Fi:** Und wir kennen uns ja sowieso. (00:04:44)

66

67 **C:** Genau, Sie kennen sich, und ich nehme an, Sie haben schon allerhand miteinander
68 gesprochen. (00:04:49)

69

70 **Fr:** Wir hatten schon ein bisschen gesprochen. (00:04:53)

71

72 **Wo:** Teilweise. (00:04:52)

73

74 **C:** Mehrfach, ach, teilweise. Also ich bin dann auf jeden Fall diejenige, die am Wenigsten
75 weiß. Und für mich wäre es natürlich hilfreich, wenn wir jetzt damit starten könnten, dass Sie
76 mich ein bisschen darüber aufklären, wo Sie alle miteinander stehen. Und bevor wir das
77 machen möchten Sie vielleicht gerne wissen, wie ich das Gespräch ordnen möchte, oder?
78 Dann sage ich Ihnen mal kurz, was ich vorhabe: also jetzt befinden wir uns gerade in dem,
79 was ich die Vorbereitung nenne, wer nimmt teil, was machen wir, und so weiter. Die
80 Anfragenden, das ist in dem Fall unser Oberarzt hier, der bekommt die Mitschrift kann ich
81 heute leider nicht sagen, weil ich heute leider keinen Protokollanten dabei habe, was sonst
82 sehr nützlich ist, aber das, was ich dann nachher noch zusammenfasse, das wird in einer sehr
83 übersichtlichen Form an ihn gehen mit der Bitte, es, wir sagen in der Schweiz
84 Vernehmlassung, auszulösen, nämlich, dass andere, die auch etwas davon sich erwarten, es
85 lesen dürfen und sagen, ich habe teilgenommen und mir fehlt da noch was, oder ich will noch
86 was ändern oder so. Und dann natürlich, wenn das Protokoll finalisiert ist, wenn es
87 beschlossen ist, es dann in die richtigen Wege zu bringen, damit beschlossene weitere Schritte
88 auch umgesetzt werden können. Also dass es nicht einfach nur irgendwo verschwindet. Das
89 ist der Aspekt des Arbeitsergebnisses. Und daraus merken Sie schon, dass das Gespräch
90 natürlich Ziele braucht, die es dann auch erreichen soll, und die besprechen wir zusammen.
91 Ich möchte gerne eben wie gesagt damit anfangen, dass Sie mich auf den neuesten Stand
92 bringen und mir Gelegenheit geben, Rückfragen zu stellen, vielleicht gibt es auch gegenseitig
93 noch mal Rückfragen. Und diese Frage- und Antwortsituation ist für mich etwas sehr
94 wichtiges und intensives und mag vielleicht der Eindruck entstehen, dass das ein bisschen

95 lange dauert, aber das ist halt das Fundament. Und wahrscheinlich mischt sich dann schon
96 hinein, und wenn nicht, dann würde ich Sie gerne dazu einladen, dass wir daran anschließend
97 auch schon so was wie eine erste, vorläufige Position jeder sagen. Das, was wir so die
98 Intuition, die moralischen Intuitionen nennen beim ersten Zuhören. Oder meine Position ist
99 primär die und die, und aber ich bin offen, darüber zu reden oder ich bin nicht offen, je nach
100 dem. Also so eine Art wer steht wo. Und dann würde ich halt Schritt für Schritt versuchen,
101 das Ganze ein bisschen mehr zu analysieren, das heißt nicht unbedingt, dass ich da sehr
102 theoretisch werde, aber Sie werden vielleicht merken oder auch nicht, dass ich versuche, auf
103 bestimmte Begriffe hinaus zu fragen, damit ich dann hinterher die Begründungen für das eine
104 oder andere Vorgehen gut nachvollziehen kann. Es kommt nicht darauf an, dass wir hier
105 irgendwie in Ethikbegriffen reden, aber es kommt darauf an, dass ich Sie nachher zur Sprache
106 bringen kann in der schriftlichen Fassung. Und dann, hoffentlich, kommen wir zu klaren
107 Ergebnissen, idealerweise natürlich einvernehmlich, wobei dann die Frage ist, ob andere, die
108 jetzt nicht teilnehmen, auch damit einverstanden sind. Da ist aber dann der Punkt, wo meine
109 Zuständigkeit endet und wo dann Sie vom interdisziplinären Team wieder dran sind. Und
110 natürlich besteht immer die Möglichkeit, wenn dann noch erneuter Beratungsbedarf auftritt
111 oder wenn die Patientin sich es anders überlegt, dass man dann noch mal zusammen kommt
112 und die Sache weiterverfolgt, verbessert, anpasst. Ja, das wäre so ungefähr mein Fahrplan und
113 wenn Sie zwischendurch irgendwas ganz anderes auf dem Herzen haben, dann sagen Sie es
114 einfach. Ja? Gut! Dann würde ich mal vielleicht einfach anfangs dich bitten, zu sagen, was ist
115 jetzt das Hauptproblem oder die Hauptunsicherheit. (00:09:00)

116

117 **Fr:** Also soll ich noch mal kurz das rekapitulieren, welche medizinische Situation jetzt bei
118 Anna Wolf besteht? (00:09:09)

119

120 **C:** Also das, was hier steht, Body-Mass-Index von elf und achtjährige Krankengeschichte, das
121 weiß ich jetzt, aber es würden mich natürlich einige Dinge interessieren, nach denen ich gern
122 fragen möchte, aber ich möchte doch lieber gerne, dass du zuerst aus freien Stücken
123 berichtest, was dir wichtig ist. (00:09:26)

124

125 **Fr:** Also ich kann es ganz kurz zusammenfassen. Sie hat mit elf, soweit ich weiß, eben diese
126 Diagnose bekommen, mit elf Jahren. Dann wurde sie zunächst ambulant behandelt, dann aber
127 auch sehr schnell bereits in einer Klinik. Und in diesen acht Jahren, jetzt ist sie ja 19 schon, in
128 diesen acht Jahren war sie in vielen Kliniken, insgesamt, glaube ich, zehn Kliniken. Darunter

129 waren auch Spezialkliniken für Essgestörte, wo sie mehrere Monate verbracht hat und wo sie
130 teilweise auch zwangsernährt wurde, drei Mal, und auch sedierende Mittel bekommen hat. Sie
131 hat quasi so viel Zeit in Krankenhäusern verbringen müssen leider, dass sie die Schule
132 beenden musste. (00:10:16)

133

134 **Wo:** Mit elf Jahren. (00:10:17)

135

136 **Fr:** Genau, da sie einfach nicht mehr mitgekommen ist. Und sie hat auch wenig, soweit ich
137 weiß, wenig sozusagen Freundeskreis und Hobbies, weil sie einfach viel sich in Kliniken
138 befindet, in letzter Zeit zumindest. Sie war jetzt zuletzt, und der ganze Verlauf, nach dem, wie
139 ich es jetzt weiß, hat sich in diesen acht Jahren kaum verbessert. Immer wieder so bisschen
140 wellenhaft. Sie war zuletzt acht Monate in einer Langzeiteinrichtung, Spezialeinrichtung für
141 Essgestörte, dort war es so, dass es ein bisschen eine Gewichtszunahme gab. (00:10:55)

142

143 **Wo:** Richtig, war es besser. Absolut, ja. (00:10:57)

144

145 **C:** Acht Monate? (00:10:57)

146

147 **Fr:** Zuletzt jetzt, bevor sie zu uns kam. (00:10:59)

148

149 **Wo:** Bevor sie in die Klinik kam. (00:11:01)

150

151 **C:** Acht Monate am Stück. (00:11:01)

152

153 **Fr:** Genau. Da war sie, glaub ich, von 21 auf 24 Kilo, ist die quasi hochgegangen. Sie musste
154 aber dann dort, wurde dort entlassen weil sie eben zum Schluss nicht mehr kooperierte und
155 auch wohl teilweise aggressiv wurde. Sie kam zu uns vor fünf Wochen. Und wir haben jetzt,
156 wir sind ja eben als Universitätsklinik auch natürlich mit schwierigen Fällen befasst oder mit
157 sehr langwierigen Fällen, haben jetzt begonnen mit einem Ernährungsprogramm, haben
158 natürlich eine Psychotherapie, eine Einzelpsychotherapie begonnen, die ich auch mit ihr
159 führe, also kognitive Verhaltenstherapie. Die Bezugspflegekraft, die Pflegekräfte arbeiten mit
160 ihr. Es ist so, dass die Erfolge sehr bescheiden sind. Wir hatten eine Phase, wo es ganz gut
161 aussah, da hat sie dann auch akzeptiert, dass sie über Sonde ernährt wird, das ging zehn Tage,
162 sie hat ein bisschen Gewicht zugenommen, eineinhalb Kilo, und dann hat sie aber gesagt, sie

163 möchte das nicht mehr. Wobei wir nicht genau verstanden haben, was ihre Gründe dafür
164 waren. (00:12:09)
165
166 **Fi:** Warum sie es nicht mehr wollte, ja. (00:12:09)
167
168 **Fr:** Sodass man sagen muss, jetzt/ (00:12:12)
169
170 **C:** Entschuldigung, sie hat dann gesagt, sie möchte die Sonde nicht mehr. (00:12:15)
171
172 **Fr:** Richtig. (00:12:15)
173
174 **C:** Und was hat man dann gemacht? (00:12:16)
175
176 **Fr:** Dann hat man sie wieder entfernt. (00:12:19)
177
178 **C:** Man hat ihren Wunsch umgesetzt. (00:12:20)
179
180 **Fr:** Genau. (00:12:20)
181
182 **C:** Und wie alt war sie da? (00:12:22)
183
184 **Fr:** Das ist jetzt erst vor/ (00:12:24)
185
186 **C:** Weil jetzt ist sie 18. (00:12:25)
187
188 **Wo:** 19 ist sie. (00:12:25)
189
190 **C:** 19, das heißt, sie war schon/ (00:12:27)
191
192 **Wo:** Das ist acht Jahre her. (00:12:29)
193
194 **Fr:** Genau, das ist vor zwei Wochen gewesen, also das ist in unserem quasi Aufenthalt
195 passiert, vor zwei Wochen, da war sie schon 19. (00:12:35)
196

197 **C:** Also sie war volljährig. (00:12:35)

198

199 **Fi:** Sie ist volljährig, ja. (00:12:37)

200

201 **Fr:** Genau. Dazu muss man ja auch sagen, also wir halten sie für einwilligungsfähig, wir
202 haben einen Kollegen aus der forensischen Psychiatrie hinzugebeten, also, dass er das
203 überprüfen sollte, der hat das dann auch bestätigt. Und jetzt vielleicht noch zur allgemeinen
204medizinischen Situation ist es so, dass sie nicht unmittelbar lebensbedrohlich erkrankt ist,
205aber sie ist natürlich sehr schwer erkrankt und sie hat bestimmte Folgeerscheinungen, eben
206dass das Wachstum verzögert ist, dass sie eben auch keine Monatsblutung hat und dass sie
207bestimmte Veränderungen im Labor hat, also eine leichte Knochenmarksschädigung, weniger
208Blutblättchen, so ein paar Veränderungen körperlicher Art hat sie. Ja, und weshalb ich jetzt
209sozusagen auch die Ethikberatung einberufen habe, der Auslöser, kann man sagen, ist, dass
210sie vor ein paar Tagen uns sagte, sie hat sich informiert, sie hat gehört von der
211Palliativmedizin, von Hospizen, im Fernsehen irgendwo, und das wäre für sie eigentlich eine
212gute, ja, Option, sie hält ihre Krankheit für unheilbar, sie hält ihre Situation für austherapiert
213und sie möchte gern in ein Hospiz verlegt werden. Das ist der Wunsch, der von ihr kam, und
214deshalb haben wir jetzt eigentlich auch, ja, viel diskutiert im Team und auch mit den
215Angehörigen schon mal und deshalb sind wir jetzt hier. (00:14:15)

216

217 **C:** Ok. Vielen Dank. Es ist wahrscheinlich immer wieder schwer anzuhören. Wie wollen wir
218weiter vorgehen? Möchten Sie zuerst, oder Sie, etwas ergänzen? (00:14:26)

219

220 **Wo:** Wie sie möchten. (00:14:27)

221

222 **Fi:** Ja, also ich kann gerne jetzt sagen, also ich verbringe ja sehr viel Zeit am Tag mit ihr und
223also wir haben so unsere, wie ich sage, unsere guten und schlechten Zeiten. Die guten Zeiten
224sind die, wo man überhaupt zu ihr vordringt. Wo wir normal miteinander sprechen, man kann
225sagen, sie hat irgendwie so akzeptiert, dass wir ein bisschen so, vielleicht, wie soll ich sagen,
226angefreundet haben, weiß nicht, wie sie mich sieht, ob sie mich so quasi auch als Mutter sieht
227oder, weil ich habe einen Sohn, der unwesentlich älter ist, also ich erzähle natürlich auch von
228ihm viel, oder ob sie mich als ältere Freundin, aber das ist egal. Die guten Seiten sind auch
229die, wo ich wirklich Streitgespräche mit ihr führe, also wir sind irgendwie auf einem Level,
230wo ich ihr auch sehr direkt und knallhart auch oft unangenehme, für sie unangenehme

231 Wahrheiten, mich traue ihr zu sagen, sie akzeptiert das auch und dann kommen wir eben auch
232 in ein Streitgespräch, das sind also die guten Tage. Das kann aber eben auch, ja, von einer
233 Stunde zur anderen wechseln und dann also sich ins schlechte verkehren und das ist dann, wo
234 sie wirklich zu macht und man kann überhaupt nichts machen. Nichts sagen/ (00:15:54)

235

236 **C:** Entschuldigung, eine Zwischenfrage: dieses Zumachen, kommt das nur als Reaktion nach
237 Ihrer Beobachtung, oder ist das auch manchmal unabhängig davon, was Sie getan haben?
238 (00:16:01)

239

240 **Fi:** Es ist unabhängig davon. Also da ist sie in ihrer Welt so und will also keinen Spalt mehr
241 aufmachen. Ich glaube nicht, dass es als unbedingt Reaktion ist, wenn ich ihr jetzt was sehr
242 hartes oder so/ Es ist auch nach guten Gesprächen, oder wo wir uns einfach nur so unterhalten
243 oder einen Spaziergang machen, kann es sein, dass gar nichts mehr geht. Ja, aber ich lasse
244 eben, aber ich versuche eben nicht locker zu lassen also ich greife sie immer an, also ich
245 baggere immer und versuche eben, sie auch von dieser Option, die sie sich jetzt in den Kopf
246 gesetzt hat, sie davon abzubringen. (00:16:52)

247

248 **C:** Wie ist denn das, also sie haben ja wahrscheinlich die meiste Kontaktmöglichkeit rein
249 quantitativ und vielleicht auch von der Intensität her zurzeit unter den Behandelnden. Spüren
250 Sie so was wie einen Lebenswillen, der eventuell weg geht oder abnimmt? Können Sie dazu
251 was sagen? (00:17:12)

252

253 **Fi:** Ich glaube eben nicht, dass sie keinen Lebenswillen mehr hat. Also sie sagt es zwar,
254 indem sie diesen Wunsch/ (00:17:22)

255

256 **C:** Dass sie keinen mehr hätte? (00:17:22)

257

258 **Fi:** Das hat sie jetzt mir gegenüber noch nie so als Satz gesagt. Sie mir gegenüber das mit der
259 eben Hospiz oder palliativ, also dass das was für sie wäre, aus dem einfachen Grund, sie
260 möchte einfach in Ruhe gelassen werden. Sie hat jetzt so eine Odyssee hinter sich und ich
261 sage ihr dann: „Natürlich, das verstehe ich, da würde ich auch gerne in Ruhe gelassen werden
262 nach diesem Ganzen“. Mal soll sie ernährt werden, also zwangsernährt, dann, sie hat ja auch
263 eben in ihrer Vita ja mehrmals auch zugestimmt, jetzt hat sie eben auf einmal gesagt: „Nein,
264 ich möchte das auch nicht mehr“. Also ich sage ihr, dass ich sie verstehe, aber sie hat diesen

265 Satz noch nie so gesagt, „Ich habe keinen Lebenswillen mehr“. Sondern ich merke an so
266 Kleinigkeiten, ich hoffe, dass ich mir das nicht nur einbilde, dass sie einfach da noch nicht so
267 richtig rausgekommen ist aus dieser Spirale, wo sie sagt: „Nein, das hat alles keinen Sinn“,
268 weil ich an Kleinigkeiten merke, dass sie interessiert ist an dieser Außenwelt auch. Ob wir
269 jetzt spazieren gehen und ich animiere sie: „Lass uns doch mal außerhalb der Parkanlage, da
270 sind so Cafés, lass uns doch mal da sitzen, du siehst junge Leute“. Wir haben hier auch in
271 unmittelbarer Nähe einen Kindergarten, den sie sich sehr gerne anschaut, die Kinder, wenn sie
272 draußen spielen. Und merke, sie hat Interesse und sie guckt so auf die Kinder und sagt auch
273 mal: „Naja, das kann ich auch wohl nicht haben“. Weil sie ist sehr intelligent, das muss man
274 sagen, und weiß, dass ihre beginnenden körperlichen, also es ist noch nicht, ich kann das jetzt
275 nicht so beurteilen, aber ich glaube, man kann das, wenn sie gesund werden würde, es in Griff
276 bekommen, dass sie ihre Periode wieder bekommt, dass sie eine Aussicht hat, doch auch mal
277 Kinder zu haben. Und manchmal merke ich, dass sie das schon erwischt irgendwie. Dass man
278 da irgendwie rankommt. (00:19:31)

279

280 **C:** Ja, also das ist sehr aufschlussreich, was Sie da sagen, auch in Ergänzung. Und das mit
281 dem Thema Lebenswillen, da werden wir sicherlich noch daran knabbern. Sie haben sich ja in
282 gewisser Weise jetzt schon zu erkennen gegeben, wo sie stehen. Das heißt, sie wollen sie
283 eigentlich von ihrem jetzigen Anliegen abbringen, weil Sie nicht davon überzeugt sind, dass
284 die Patientin keinen Lebenswillen mehr hätte. Obwohl das vielleicht aus der Patientensicht ein
285 bisschen schwankend sein mag oder so, wenn ich es richtig verstanden habe. (00:20:04)

286

287 **Fi:** Richtig, ja. (00:20:04)

288

289 **C:** Und jetzt würde ich gern noch was fragen und zwar: mir leuchtet sofort ein, dass in einem
290 Team da unterschiedliche Aspekte vielleicht bewertet werden. Gibt es denn auch richtige
291 Meinungsunterschiede? Jetzt wenn Sie Ihre Kolleginnen und Ihr das zusammen mal kurz
292 überlegt. Also ein Klärungsbedarf, ein Orientierungsbedarf, das leuchtet mir sofort ein. Mir
293 kommt es jetzt nicht darauf an, einen handfesten Streit zu identifizieren. Aber gibt es so was
294 wie unterschiedliche Akzentuierungen von Betrachtungsweisen, die sich schon ausgesprochen
295 haben im Team? (00:20:44)

296

297 **Fi:** Also ich denke, also im Pflegepersonal auf jeden Fall. Es gibt die Meinungen, natürlich
298 glaube ich nicht, dass meine Kollegen das wirklich ernst meinen, aber wo sie einfach sagen:

299 „Wir können auch nicht mehr“. Also wir haben hier auch andere Patienten und sie ist
300 eigentlich so fordernd in ihrer Art, vielleicht auch weil sie so, das werden Sie wahrscheinlich
301 dann auch bestätigen, einfach so intelligent ist und auch einen immer fordert, dass sie sagen:
302 „Wir können eigentlich nicht mehr. Uns fällt nichts mehr ein, es hat doch keinen Sinn,
303 vielleicht wäre es ja ganz gut, wenn sie so ein Erlebnis hätte, in einem Hospiz oder so“, also
304 sie sind ein bisschen mit ihrem Latein am Ende. Und es gibt aber eben Kollegen und ich
305 würde mich auch eher in dieser Gruppe sehen, wo wir sagen: „Dann müssen wir vielleicht
306 noch mal ganz kreativ denken und uns diese Mühe machen und in ganz winzigen Schritten
307 irgendwie vorwärts kommen“. Weil ich das auch nicht einsehe, wieso man das, man kann
308 dieses Mädchen nicht so lassen. Also man kann gar keinen so lassen. Aber man sie nicht/
309 (00:22:04)

310

311 **C:** Nicht aufgeben? (00:22:05)

312

313 **Fi:** Ja, man kann sie nicht aufgeben und auch nicht, in dem Fall, es akzeptieren, dass sie ihren
314 Willen durchsetzt. (00:22:13)

315

316 **C:** Ja, verstehe. Ja, danke. (00:22:16)

317

318 **Fr:** Ja, in der Ärzteschaft gibt es, sind jetzt natürlich auch nicht so viele Ärzte mit ihr befasst,
319 aber, ich würde sagen, keine dramatischen Meinungsunterschiede, aber schon natürlich
320 unterschiedliche Akzentuierungen. Ich glaube, wir sind uns darin einig, dass es eben eine der
321 schwersten Verlaufsformen von der Anorexie ist und wir wissen natürlich, dass auch ein
322 gewisser Prozentsatz von Anorexiepatientinnen tatsächlich eben nicht überlebt. Und
323 bestimmte körperliche Komplikationen sozusagen können dazu kommen, die eben
324 lebensgefährlich auch sind. Wir haben weiterhin, glaube ich, da sind wir uns auch einig, dass
325 zumindest die Behandelbarkeit, dass wir da fast am Ende unserer Möglichkeiten sind. Also
326 uns fällt jetzt nichts weiter, muss ich sagen, mehr ein, als eben das sozusagen weiter zu
327 machen, was wir bisher gemacht haben. Wir haben natürlich versucht, medikamentös
328 Begleiterkrankungen zu behandeln, das ist auch ganz gut gelungen, eine leichte Depression,
329 ganz leicht nur gehabt, leichte Zwangsgedanken, die sind eigentlich weg. Aber die eigentliche
330 Problematik sozusagen der Körperschemastörung, sozusagen da sind wir eher skeptisch, dass
331 das besser werden wird. Und es gibt durchaus Kollegen, da gehöre ich auch dazu, die sagen,
332 die Anorexie kann eben tatsächlich einen unheilbaren/ (00:23:44)

333

334 **C:** Verlauf nehmen. (00:23:48)

335

336 **Fr:** Sozusagen auch tödlichen Verlauf nehmen. Und insofern würde ich, also wenn du jetzt
337 nach meiner Position fragst, tatsächlich auch sagen: ich bin zwar etwas mir unsicher, ich
338 glaube, dass es schon eine Indikation gibt für die weitere Psychotherapie, für die medizinische
339 Behandlung. Ich würde es aber auch respektieren, sozusagen, dass sie den palliativen Weg
340 einschlagen würde. Also wenn das ihr fester Wille ist. (00:24:20)

341

342 **C:** Verstehe, ok, danke. Damit ist gleichzeitig noch etwas beantwortet, was ich auch fragen
343 wollte, nämlich: die zugrundeliegende Psychopathologie, das scheint ja nicht sehr ausgeprägt
344 zu sein oder gewesen zu sein, leichte Depression, Zwangsgedanken, die weg sind, also/
345 (00:24:38)

346

347 **Fr:** Also es ist richtig, sie hat jetzt keinen Wahn, keine Halluzinationen, sie ist kognitiv jetzt
348 irgendwie völlig klar, sie ist sehr intelligent, wie gesagt, und sie kann sehr gut alles verstehen,
349 was man ihr auch sagt, die Informationen über die Krankheit, sie ist eigentlich Expertin über
350 ihre Erkrankung, sie guckt auch im Internet, sie weiß sehr viel. Und sie kann es auch sehr gut
351 sozusagen verbalisieren, auch die Vor- und Nachteile der Therapie, sie weiß, was passieren
352 wird. Sie weiß durchaus, dass eben Hospiz bedeutet, dass sie da sterben kann
353 beziehungsweise was passiert, wenn man eben, ja, wenn es nicht behandelt wird, dass es
354 schlechter werden kann. Also sie kann das alles sehr gut reflektieren. Und psychopathologisch
355 muss ich sagen: es gibt natürlich die Einengung ihres sozusagen Geistes auf Körper und auf
356 Essen, das ist natürlich, das gehört zur Erkrankung, also alles was mit Essen zu tun hat,
357 sicherlich pathologisch, aber wir haben jetzt keine schwere Depression, wir haben jetzt keine
358 Psychose oder irgendwelche anderen Angsterkrankungen oder so was. (00:25:52)

359

360 **C:** Keine Persönlichkeitsstörung? (00:25:53)

361

362 **Fr:** Keine wesentliche Persönlichkeitsstörung. (00:25:56)

363

364 **C:** Ja das ist ja ganz wichtig. Ja, Herr Wolf, sie haben so geduldig zugehört. Ihre Sichtweise
365 ist natürlich enorm wichtig. (00:26:07)

366

367 **Wo:** Tja. Also ich finde es auf jeden Fall sehr gut, dass man dieses Gespräch jetzt offen führt
368 und nicht immer nur hinter verschlossenen Türen. Und wir sprechen mit der Tochter, und die
369 Ärzte sprechen mit ihr, da gibt es unterschiedliche Meinungen und die hört man immer stärker
370 heraus. Und ich glaube einfach, meine Frau ist am Ende. Sie ist jetzt über elf Jahre, hat sie
371 ihren Beruf aufgegeben und ist nur noch für die Tochter da. Und sie kann nicht mehr, sie ist
372 fast krank. Und ich habe ihr versprochen, dass ich alles tun werde, dass die Tochter gesund
373 wird und lebend wird. Es gibt keine Möglichkeit, und wenn die Medizin versagt, muss es
374 einen anderen Weg geben. Meine Tochter wird nicht sterben und wird nicht auf eine palliative
375 Station kommen. Das ist für mich keine Lösung. Sie ist intelligent, hochintelligent, sie hat
376 wahnsinnig viele Talente. Und was sie uns immer wieder sagt, ist, dass sie von den Ärzten
377 nicht verstanden wird. Weil sie sprechen nur über Krankheiten und über keine Lösungen. Und
378 das kapiert sie nicht. Und wenn eine Tochter verzweifelt ist, weil sie nicht verstanden wird,
379 dann müssen wir eine andere Lösung finden. Und wir haben ja nun gerade schon gehört, dass
380 sie talentiert ist. Vielleicht muss man das Umfeld, ein anderes Umfeld wählen, dass sie nicht
381 von lauter Krankheiten umgeben wird. Damit sie befreit wird. Damit man nicht ständig mit
382 ihren Krankheiten und Therapien konfrontiert wird. Wir müssen doch irgendwo einen Schritt
383 nach vorne machen können, wenn das vielleicht auch gar nicht möglich ist, aber wenigstens
384 versuchen. Der Strohhalm muss so nah sein, dass wir einfach das Leben der Tochter erhalten
385 und dafür kämpfen. Und mit keinen Methoden, normalen Methoden arbeiten. Wir müssen
386 einen anderen Weg finden. Wir müssen vielleicht die Talente von ihr fördern, dass sie merkt,
387 dass sie gebraucht wird, dass es einen Sinn hat, zu leben, dass man ihr diesen Gedanken gibt,
388 du bist ja gar nicht krank. Du bist ja gesund. Und diesen Weg zu gehen ist vielleicht ein
389 atypischer Weg. Aber, ich weiß es auch nicht, aber es muss was geben, dass sie auf keinen
390 Fall in die palliative Station kommt. Und damit eigentlich dem Ende entgegensieht. Das kann
391 es nicht sein. Bei einer solchen talentierten und intelligenten Tochter, die ja auch dann, wenn
392 sie, die hat ja schon mal, war ja aus dem depressiven Charakter war sie ja heraus, wie sie
393 Gewichtszunahme hatte. Da konnte man sich ja unterhalten. Das fällt ja alles wieder rück.
394 Warum bricht sie die Magensonde ab? (00:29:23)

395

396 **C:** Ja, warum? (00:29:26)

397

398 **Wo:** Warum bricht sie Behandlungen ab? Aus was für einem Grund? (00:29:28)

399

400 **C:** Wissen Sie es? (00:29:29)

401

402 **Wo:** Und den Grund wissen wir nicht. (00:29:31)

403

404 **C:** Sie wissen es nicht. (00:29:32)

405

406 **Wo:** Das ist das Entscheidende. Man muss vielleicht das Gespräch anders führen oder
407 irgendetwas, dass man an den Talenten von ihr arbeitet, vielleicht ist das eine Möglichkeit.
408 Bevor wir uns selbst einen ganz harten Schritt erwägen, dass wir die Akupathie machen, die
409 in den USA ist, und sie nach USA schicken. Weil das in Deutschland noch nicht möglich ist.
410 (00:29:58)

411

412 **C:** Was wäre das? (00:29:59)

413

414 **Wo:** Das ist eine palliative Behandlung, wo sie einfach gegen ihren Willen gesund gepflegt
415 wird. Da gibt es zwei große Partien, das ist Watson und (unv.), das sind Untersuchungen, wo
416 das dort gemacht wird, und das sind Zwangssachen, da muss man das Vormundschaftsgericht
417 einschalten, aber so weit sind wir noch gar nicht. Aber ich möchte nicht, ich habe meiner Frau
418 versprochen, dass wir unsere Tochter am Leben erhalten und dafür kämpfen! Und dieser
419 Kampf muss aufgenommen werden! Und deswegen sitzen wir ja zusammen. Ich freue mich,
420 dass wir heute zusammen sitzen und eine mögliche Möglichkeit finden, und wenn wir es nicht
421 heute schaffen, dann beim nächsten Gespräch. Wir müssen einfach eine Lösung gemeinsam
422 finden, dass wir die Tochter wieder in ein normales Leben führen. (00:30:49)

423

424 **C:** Ja, vielen Dank. Das ist natürlich jetzt sehr aus dem Herzen gesprochen und verfehlt auch
425 nicht seine Wirkung auf mich, wir haben uns ja noch nie unterhalten. Jetzt habe ich einiges zu
426 verarbeiten erst mal. Weil ich natürlich mit solchen Fragen schon öfter zu tun hatte, aber ich
427 bin doch beeindruckt von der Sicherheit, mit der Sie diese Linie jetzt hier vorgetragen haben.
428 Und was ich sofort verstehe ist: wenn man sich selber so gebunden hat in ein Versprechen,
429 dann macht einen das natürlich ganz fest und man kann dann auch gar nicht mehr Schwanken,
430 gibt einem sehr viel Kraft, aber ich weiß nicht, ob man dann auch noch beweglich sein kann.
431 (00:31:33)

432

433 **Wo:** Ja, das ist richtig. (00:31:36)

434

435 **C:** Also das ist vielleicht ein bisschen schwierig auch jetzt. Denn, was mir die ganze Zeit
436 gekommen ist, und also ich bitte Sie sehr, das nicht als Kritik oder Infragestellung zu
437 verstehen, wie schaut es denn aus mit dem Zugang, den Sie und Ihre Frau, die ja anscheinend
438 krank ist, den Sie jetzt zurzeit zu Ihrer Tochter haben. Haben Sie Zugang zu Ihrer Tochter?
439 Können Sie mit ihr/ (00:31:57)

440

441 **Wo:** Teilweise. Nur teilweise. (00:31:59)

442

443 **C:** Teilweise. Geht es Ihnen ähnlich wie Frau Fischer? (00:32:01)

444

445 **Wo:** Das ist der ähnliche Fall wie da. Manchmal ist sie ansprechbar, manchmal spricht sie
446 ganz normal, und manchmal will sie nichts hören. Sie sagt ja immer wieder, und das, was
447 mich wundert, sagt sie: „Ich werde nicht verstanden“. (00:32:16)

448

449 **C:** Von allen nicht? (00:32:18)

450

451 **Wo:** Die wissen nicht, ich spreche mit denen und ich kriege kein, ich werde einfach nicht
452 verstanden. Sie sagt, sie ist einfach zu intelligent dafür. (00:32:25)

453

454 **C:** Ganz ehrlich, ist das etwas, das Ihre Tochter auch mit Ihnen erlebt, dass sie manchmal
455 nicht verstanden wird, oder ist das nur bei den Profis? (00:32:35)

456

457 **Wo:** Nein, bei uns eigentlich, wenn wir sie haben und wenn wir uns mit ihr unterhalten, ist sie
458 natürlich anders ausgerichtet zu den Eltern, sie wird bei uns nicht so aggressiv, aber teilweise
459 wird sie auch aggressiv. Das bricht bei ihr auch raus. Das sind Schwankungen. Was wir ja alle
460 festgestellt haben. Sie ist mal sehr aufgeschlossen und dann macht sie plötzlich zu, aus dem
461 heiteren Himmel. (00:33:00)

462

463 **C:** Weil was mich so beschäftigt und weswegen ich auch diese Rückfrage jetzt gestartet habe,
464 ist: Ihre Tochter ist ja erwachsen vor dem Gesetz. Es hat auch eine Fachperson gesagt, sie ist
465 urteilsfähig. (00:33:14)

466

467 **Wo:** Ja ja, sie ist ja 19 Jahre alt. (00:33:14)

468

469 **C:** Sie ist ja nicht nur intelligent, sondern sie ist offensichtlich auch in der Lage, von ihrer
470 Intelligenz Gebrauch zu machen, das ist ja nicht immer dasselbe. (00:33:23)

471

472 **Wo:** Richtig. (00:33:24)

473

474 **C:** Und von da her, wenn sie dann sagt: „Das will ich auf keinen Fall und das will ich schon“,
475 dann ist das ja für uns schon nicht so ganz beliebig, zu sagen: „Naja, also das machen wir jetzt
476 nicht“. Mit anderen Worten: wir haben schon den Auftrag, sie als eine Erwachsene auch zu
477 behandeln. Mit Kindern, mit erwachsenen, ist das ja manchmal so eine Sache, zu realisieren,
478 dass sie jetzt eigene Leute geworden sind. (00:33:48)

479

480 **Wo:** Richtig. Ja ja, klar. (00:33:47)

481

482 **C:** Und gerade, wenn die Tochter so schwankend ist, wenn der Lebenswille mal spürbar ist
483 und sie dann wieder sagt: „Ich will nicht mehr“ und so weiter, da würde ich sagen, ist es eine
484 sehr große Schwierigkeit, anzuerkennen, dass sie einen Willen hat und dass man sich nach
485 dem richten sollte. Und von daher eben müssen wir uns, glaube ich, noch mal genauer
486 anschauen, was kann das bedeuten für die Eltern und für die Fachpersonen, für die
487 Behandelnden, diese junge Frau als Entscheidungsträgerin ihres Lebens ernst zu nehmen, und
488 wo ist davon die Grenze. (00:34:28)

489

490 **Wo:** Ja, ist richtig, ja. (00:34:30)

491

492 **C:** Sprich, wo ist die Grenze und wo habe ich vielleicht eine andere Pflicht, die mir sagt:
493 „Also den Willen kann ich jetzt auf keinen Fall respektieren“, weil sie in diesem Moment
494 nicht bei sich ist, oder irgendeinen anderen Grund würde ich dafür dann suchen und wir
495 müssen ihr einen Zwang antun, damit sie am Leben bleibt, was ja auch schon so geschehen
496 ist. Also dieses Thema müssen wir uns ganz sicher noch mal angucken. Und bevor wir das
497 machen habe ich noch eine Frage an alle. Und zwar, ich höre die ganze Zeit: „Ja, die Anna hat
498 gesagt, sie hat sich informiert, sie will in die Palliativstation oder Hospiz oder so und jetzt ist
499 da ein Problem“. Und ganz ehrlich, ich meine, was bedeutet denn das, wenn sie in eine
500 Palliativstation kommt? Sie stirbt nicht sofort, ja? Was passiert dann mit ihr, wenn sie dort
501 ist? Ich sage Ihnen mal meine Vorstellung. Eine Palliativstation sollte eine sehr freundliche
502 Umgebung sein, mit ganz freundlichen Fachleuten, die sich Zeit nehmen und kümmern, die

503 Menschen ganz sicherlich keine Zwangsmaßnahmen aufdrängen, die aber auf keinen Fall
504 jemanden vorzeitig in das Jenseits befördern, das tun sie ganz bestimmt nicht. Und die
505 möglicherweise sogar selber sagen: „Ja, mit welchem Ziel sollen wir denn die junge Frau
506 aufnehmen? Zu uns kommen ja normalerweise Personen, bei denen das Lebensende
507 vorgezeichnet ist und wir begleiten sie liebevoll bis zum Ende“. Würden die die überhaupt
508 nehmen? Würden sie vielleicht sich über die Ziele ganz andere Gedanken machen? Und
509 könnte das vielleicht ein Milieu sein, in dem sich noch was bewegt bei Ihrer Tochter? Weil
510 nämlich, glaube ich, selbst Palliativmediziner und Pflegefachleute und Hospizmitarbeitende
511 keineswegs auf dieser Straße zum Tod so unbeweglich unterwegs sind. Und deswegen denke
512 ich mal, wir müssten erst mal klären, was bedeutet das, wenn sie in so eine Station kommt?
513 Und gibt es überhaupt eine, die sie nehmen würde? Weiß man das schon? (00:36:44)

514

515 **Fr:** Ich glaube, man muss auch unterscheiden zwischen der Palliativstation, die es ja an
516 unserem Klinikum auch gibt, und dem Hospiz. Die Station ist ja wirklich eher eine
517 kurzfristige Geschichte. Da liegen die Patienten so im Durchschnitt zwei Wochen und da
518 wäre ich skeptisch, ob die die wirklich nehmen. Weil in der Regel nehmen sie Patienten, die
519 irgendwelchen schweren körperlichen Beschwerden, Symptome haben, die man lindern kann.
520 Also es müssen jetzt nicht unbedingt Schmerzen sein, aber irgendwelche anderen Dinge. Oder
521 dass man, ganz selten vielleicht mal, dass man noch irgendwie das soziale Umfeld irgendwie
522 verbessern kann, aber das haben wir ja auch schon gemacht. Ich glaube, wenn, dann wäre es
523 eher realistisch, dass sie in ein Hospiz geht. Die Hospize haben ja die Möglichkeit, bis zu
524 sechs Monate jemanden zu behandeln. Allerdings nehmen sie nur Menschen eben mit einer
525 Lebenserwartung unter sechs Monaten. Und die Hospize, da kann das durchaus sein, dass sie
526 einen Platz bekommt, die sind ja überwiegend pflegerisch geleitet, da kommt dann ein Arzt
527 mal hin. Es gibt ganz selten, soweit ich weiß, schon auch Patienten, die dann wieder entlassen
528 werden aus dem Hospiz, wenn es ihnen besser geht. Also es ist in dem Fall auch keine
529 Einbahnstraße, wie du sagst, man sozusagen muss da nicht/ (00:38:00)

530

531 **C:** Man muss nicht sterben. (00:38:01)

532

533 **Fr:** Ich könnte mir allerdings vorstellen, das ist halt die Frage, wie sie dann damit umgeht, die
534 Anna. Ob sie dann das Essen und Trinken ganz einstellt, und wenn sie es ganz einstellt, dann
535 haben wir natürlich eine Situation, wo man sagen muss, ohne zu Trinken lebt man vielleicht/
536 (00:38:19)

537

538 **C:** Sind die Aussichten beschränkt. (00:38:20)

539

540 **Fr:** Vielleicht eine Woche oder/ Also da wird es dann schon lebenskritisch. (00:38:25)

541

542 **Fi:** Also ich habe genau das, was Sie gesagt haben, habe ich ihr schon gesagt. Und zwar war
543 das in dem Fall, wo ich eben vorhin erwähnte, ich sage ihr auch mal so wirklich ganz
544 knallhart, wie ich es sehe. Und ich sehe es so wie Sie, weil ich ihr wirklich direkt gesagt habe,
545 du gibst ja zu erkennen und sagst ja auch sehr oft, dass du intelligent bist und alles
546 durchschaust. Ich habe ihr gesagt, was glaubst du, was du in diesem Hospiz eigentlich machen
547 wirst? Du nimmst eigentlich einem, der das wirklich nötig hat, den Platz weg. Weil du wirst
548 nicht da reingehen und einfach, man kann nicht auf den Kalender gucken, wann du dann
549 endlich verstirbst, was du dir da so wünschst. Und ich habe ihr gesagt, wenn du wirklich nur
550 dahin willst, um deine Ruhe zu haben, weil du denkst, da lässt man dich in Ruhe, dann glaube
551 ich, A, dass du dich eigentlich täuschst, dass man dich wirklich in Ruhe lässt, und B, wenn du
552 wirklich deine Ruhe haben willst von uns oder von dieser Art der Behandlung, dann gibt es
553 eigentlich, würde ich sagen, andere Möglichkeiten. Ich habe ihr wirklich vorgeschlagen:
554 „Eben diesen Kindergarten, den wir da so oft beobachten, wenn du deine Ruhe haben willst
555 und irgendwie so gern auch die Kinder anschaut, ab und zu sagst, ach ja, das würde mir
556 vielleicht mal gefallen mit Kindern zu arbeiten, dann, warum machen wir das nicht? Wieso
557 gehen wir nicht hin und fragen, ob du dich irgendwie nützlich wirst. Da hast du auch Ruhe
558 von uns“. (00:40:01)

559

560 **C:** Das würde ja sehr dem Vorschlag des Vaters entsprechen, sich nützlich, oder sagen wir
561 mal, gebraucht zu werden. (00:40:08)

562

563 **Wo:** Ja, das ist diese andere außerhalb des Krankenhauses. (00:40:11)

564

565 **Fi:** Das ist das andere Extrem. (00:40:12)

566

567 **C:** Ist sie denn fit genug für so was? (00:40:14)

568

569 **Fi:** Sie ist, würde ich sagen, nicht fit genug. (00:40:16)

570

571 **Wo:** Ja aber ob das möglich ist, das ist ja alles/ (00:40:17)
572
573 **C:** Wie bitte? (00:40:17)
574
575 **Fi:** Ich würde nicht sagen, dass sie jetzt fit genug ist so. (00:40:20)
576
577 **C:** Aber sie könnte es. (00:40:21)
578
579 **Fi:** Ob sie jetzt wirklich ein Kind wirklich hochheben und so, aber ich habe gesagt, dann lass
580 uns doch mal da fragen, ob du mal einen Tag, ich würde ja mitgehen, und dass du mal siehst,
581 was macht eine Kinderpflegerin erst mal. Gibt ja immer die Kinderpfleger und Kindergärtner
582 und wenn dir das gefällt, also versuche, dich nützlich zu machen, vielleicht gefällt es dir. Und
583 dann wirst du sehen, wie du gebraucht wirst, und dann wirst du einfach merken, dass du
584 körperlich fitter werden musst, um da mitzuhalten. Und sie irgendwie so auf eine Art so
585 bisschen Finte oder so eine Schleichweg, oder einfach das extreme Gegenteil von einem
586 Hospiz. Also es ist vielleicht nur Illusion von mir, aber/ (00:41:04)
587
588 **Fr:** Also ich meine, es ist natürlich auch die Frage, ob so ein Kindergarten dann eben sie
589 nehmen würde. (00:41:08)
590
591 **Fi:** Ja, natürlich. (00:41:08)
592
593 **Fr:** Was sie mir in der Therapie gesagt hat, ist, dass sie gerne, sozusagen sie hat ein großes
594 Ziel, sie möchte ihren Lebensbericht schreiben. Und da stellt sie sich vor, das wäre sozusagen
595 in einem Hospiz hätte sie die Ruhe, so eine Art Autobiographie, Bericht zu schreiben, also sie
596 schreibt ja auch Tagebuch, das ist so ein großes Ziel, was sie mir gesagt hat. (00:41:30)
597
598 **C:** Bei mir bewegt sich da jetzt allerhand in der Phantasie. Und Hospiz, Palliativstation,
599 Kindergarten, das sind ja, glaube ich, Metaphern für einen Platz, wo sie nicht bedrängt wird,
600 wo sie sie selber sein oder werden kann und wo sie etwas leisten kann, oder? Und da liegen
601 Sie mit Ihrer Idee, Talente zu fördern, ja genau auf derselben Linie. Nur glaube ich
602 persönlich, aber das wisst Ihr besser, ob da wirklich eine medizinische Einrichtung der
603 richtige Platz ist, ich meine, da fällt mir ein der Zauberberg, oder? Thomas Mann, also ich
604 meine, Sanatorium, für Betuchte. Und da wäre ja dann keine PEG-Sonde. Aber man würde

605 Essen und Trinken angeboten bekommen und sie würde ja, damit sie ihr Buch schreiben kann,
606 schon etwas zu sich nehmen müssen, weil sonst wird das Buch nicht fertig. (00:42:30)

607

608 **Fi:** Das könnte man ihr natürlich auch als Schmankerl hinlegen. (00:42:35)

609

610 **Wo:** Das könnte man zum Beispiel, ja. (00:42:35)

611

612 **Fi:** „Du willst doch das Buch schreiben“. Das wäre natürlich toll, wenn sie sich auf diesen
613 Weg, dass sie da nicht so eine Art Testament hinterlässt, sondern so eine Art Buch hinterlässt,
614 was andere Jugendliche, oder, ja, lesen und es dann/ das wäre natürlich die positive
615 Ummünzung und nicht das Testament, das hinterlegen, sondern: „Ich schreibe mal über meine
616 abenteuerliche Reise durch diese Krankheit“. Also das sind natürlich, hoffentlich, nicht nur
617 schöne Fantasien. (00:43:07)

618

619 **Wo:** Ja, das weiß man eben nicht. (00:43:10)

620

621 **Fi:** Aber man müsste es versuchen. (00:43:12)

622

623 **Wo:** Aber das ist einfach ein Weg, den man vielleicht gehen sollte. Man sollte einfach die
624 Möglichkeit versuchen, sie auf andere Wege zu leiten, damit sie erkennt, dass sie gebraucht
625 wird und dass das Leben noch einen Sinn hat. (00:43:24)

626

627 **Fr:** Aber ich höre jetzt so ein bisschen raus, sozusagen, also dass sie das Buch schreiben soll
628 und dass das eben außerhalb eines medizinischen oder streng akutmedizinischen Kontext ist.
629 (00:43:34)

630

631 **Wo:** Es kann ja auch ein Sanatorium sein. (00:43:34)

632

633 **C:** Wenn Sie eines finden. (00:43:37)

634

635 **Fr:** Was man natürlich berücksichtigen muss, ist, dass es natürlich auch ein Risiko darstellt.
636 (00:43:41)

637

638 **C:** Risiko für? (00:43:44)

639

640 **Wo:** Wieso Risiko? (00:43:45)

641

642 **Fr:** Naja, Risiko eben, weil sich das ja auch dann verschlechtern kann, es gibt sozusagen
643 keine medizinische Kontrolle, es gibt keine Ansprache, was ist, wenn sie irgendwelche
644 körperlichen Komplikationen bekommt. (00:43:57)

645

646 **C:** Entschuldigung, bevor du das ausarbeitest, ich denke, das wäre etwas, was davon abhinge,
647 wie man den Plan mit ihr macht. Also ich kenne jetzt kein Sanatorium, das geeignet ist,
648 außerhalb der Literatur. Also der Zauberberg steht nicht zur Verfügung. Aber ich meine,
649 wenn man so ein Etablissement fände, dann könnte man ja auch austüfteln, wie man sich um
650 sie kümmert und woran man merken würde, dass es kritisch wird und so weiter und so weiter.
651 Aber der springende Punkt, der mich hier jetzt noch beschäftigt, ist, noch mal
652 zurückkommend auf die Frage, welchen Respekt schulden wir ihr, der erwachsenen Person,
653 die über ihr eigenes Leben verfügen darf, obwohl sie da eine Menge Leute unglücklich macht
654 und hin und her reißt emotional. Was schulden wir ihr an Respekt und wie viel
655 Selbstbestimmung. Und an dem Punkt möchte ich gern noch mal ansetzen, ohne
656 wegzuwischen, dass Sie ja um sie kämpfen wollen, dass Sie ja auch den Lebenswillen
657 abtasten, dass du keine fahrlässigen Unterlassungen verantworten willst und darfst, nämlich,
658 was könnte man tun, dass Anna in das Gefühl reinkommt, dass sie wieder an der Steuerung
659 ihres Lebens beteiligt wird, nicht, dass sie damit alleine gelassen wird, sozusagen als
660 schwacher Kapitän auf einem großen Segler, den sie nicht steuern kann, sondern so, dass sie
661 am Wind spürt: „Ich kann den Kurs beeinflussen, aber ich bin nicht allein“. Das ist schon
662 bisschen was anderes. Aber von der Philosophie her ist es eine gewisse kleine Provokation an
663 die etablierte Psychotherapeutenphilosophie, die ja sagen, anorektische Patientinnen, die
664 mögen auf dem Papier urteilsfähig sein, aber sie sind so verändert, dass sie ja gar nicht wissen
665 können, was sie wollen. Und ich habe jetzt da keine empirische Grundlage, ich habe nur
666 Einzelfälle. Aber die Erfahrungen, die ich in den letzten paar Jahren gemacht habe mit
667 solchen Ausgangslagen, die haben mich auf die Hypothese gebracht, mehr ist es nicht. Es ist
668 kein Wissen, es ist nur eine Annahme, dass in dieser, ja, hochdifferenzierten
669 Betreuungsphilosophie die Patientinnen das, was ihnen ohnehin so schwer fällt, nämlich sich
670 als selbststeuernd zu erleben, noch weiter abhandenkommen kann. Weil sie diese Regime mit
671 dem Wiegen und mit dem Essen und Trinken und so weiter, das empfinden sie ja als fremd
672 und als aufgedrückt. Und gleichzeitig ist es aus der Sicht der Behandelnden unbedingt

673 notwendig, weil sie sonst vielleicht sterben könnte und so weiter. Und dass man trotzdem
674 versucht, sie ein Stück weit wieder in die Selbstverantwortung mit rein zu bringen und auch
675 ein bisschen Risiko mit aushält, das ist auch für Sie dann vielleicht schwierig, weil man dann
676 von der Rettungsidee etwas Abstand nehmen muss, denn die Rettung erfolgt dann durch die
677 Patientin selber. Man sieht sich dann weniger als Retter, sondern als Begleiter auf einem Weg,
678 selber wieder auf die Füße zu kommen, das ist ja ein bisschen was anderes. Und von daher
679 habe ich ein paar sehr technische Fragen. Es ist jetzt wirklich zu dem Ganzen, was wir
680 besprochen haben, ein bisschen wie eine kalte Dusche, aber ich muss es trotzdem einfach mal
681 fragen. Die Patientin ist urteilsfähig. Sie ist mündig. Aber sie thematisiert ja die ganze Zeit ein
682 mögliches Ende. Sie bringt die Eltern in Wallung, sie bringt die Teams in Bewegung. Hat sie
683 denn unter Umständen schon mal über eine Patientenverfügung was gesagt? Dass sie
684 aufschreiben möchte, was im Fall X geschieht und was nicht. Weil das würde ja eigentlich zu
685 diesem Denken sehr gut passen. (00:48:15)

686

687 **Fr:** Mir ist nichts bekannt. (00:48:18)

688

689 **C:** Wenn wir uns einen kurzen Moment damit beschäftigen würden, glaube ich, kommen wir
690 in den Kern der Ambivalenz rein. Weil Patientenverfügung klingt ja normalerweise so wie
691 ach, da will jemand sein Ende festlegen und das ist genau das, was Sie nicht wollen. Genau
692 wie Sie auch sagen: „Hospiz, nein, also so ein Ende wollen wir auf keinen Fall“. Aber eine
693 Patientenverfügung erlaubt ja auch, in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der
694 Patientin zu kommen und zu sagen: „Wenn du kreislaufmäßig oder stoffwechselfähig in
695 einen kritischen Zustand kommst, sollen wir dich dann auf die Notfallstation bringen? Sollen
696 wir dich am Leben erhalten, damit du es dir noch mal neu überlegen kannst, oder ist das der
697 Tag, an dem du sterben willst? Verpflichtest du uns, dich dann sterben zu lassen?“. Da gehen
698 Sie ein Risiko ein als Vater und Mutter. Weil es könnte ja sein, die Anna sagt: „Genau!“. Ja,
699 aber ich bin mir gar nicht sicher, ob sie das sagen würde. Ja? Ob man ihr nicht vielleicht doch
700 ein bisschen mehr Kapitänswürde zusprechen kann, und dann aber auch bei ihr bleiben, nicht
701 einfach nur ein Formular hinlegen und so weiter. Dass man dann sagt: „Ja, aber was ist jetzt
702 mit dem Buch? Das würde ja dann alles nicht mehr stattfinden“ und so weiter. Und ich würde
703 gerne, also ich kann es nicht entscheiden für Sie, aber ich würde Ihnen gerne diese
704 Denkmöglichkeit ein bisschen/ (00:49:46)

705

706 **Fr:** Also wenn ich das richtig verstehe hast du so ein bisschen die Hoffnung auch, dass sie
707 sozusagen diese Beschäftigung mit, ganz konkret mit Sterben und was sein kann bei
708 verschiedenen körperlichen Komplikationen, also Herzstillstand ist natürlich durchaus
709 denkbar im Rahmen einer Elektrolytentgleisung, und dass diese Beschäftigung sie sozusagen
710 eher wieder zurückbringt zum Leben oder sie so ein bisschen abschreckt von diesem
711 Gedanken, oder? (00:50:15)

712
713 **C:** Meine Hypothese, und mehr ist es nicht, ist, dass, wenn sie wirklich erleben würde, die
714 Leute, die ich vorher vielleicht als Phalanx von Fremdbestimmung abgetan habe, bei aller
715 Sympathie, ja, aber doch als Leute, die versuchen, ihren Stiefel auch durchzuziehen, ob ich
716 will oder nicht, so ungefähr. Wenn die jetzt kommen und glaubwürdig sagen: „Es kommt ja
717 auf dich an. Natürlich leugnen wir nicht, dass wir dich bei uns haben wollen und nicht im
718 Jenseits. Aber wir wollen dir gerne die Möglichkeit bieten, deine Ziele, Klammer auf,
719 Talente, Klammer zu, auszuleben, ohne, dass wir da Druck darauf ausüben. Und das zeigen
720 wir dir, indem wir dir sogar vorschlagen, eine Patientenverfügung aufzustellen, an die wir
721 versprechen, uns zu halten, damit du siehst, wir nehmen dich ernst und du darfst wirklich
722 selbst bestimmen“. Und sie darf dann auch sagen: „Wenn ich mal im Koma bin, dann will ich
723 das und das nicht mehr“ und wir würden versprechen, das auch zu respektieren bei aller
724 Trauer oder so. Aber dann würde ein wahrscheinlich größerer Bereich auf der Seite des
725 Lebens vielleicht erschlossen werden. Also ich würde es vielleicht mal versuchen, oder
726 zumindest überlegen. Und wir machen uns ja jetzt lauter Gedanken ohne die Anna. Also ich
727 denke mal, da wäre doch dann eine Gesprächsstrategie, die sie sich zusammen überlegen
728 können, ob Sie sie da ein bisschen in Bewegung bringen können. Was mir eben wichtig ist,
729 der Begriff Patientenverfügung bezieht sich meistens auf körperlich todkrank oder
730 Menschen, die das antizipieren und festlegen wollen. Auch zum Beispiel um ihre
731 Angehörigen zu unterstützen, dann für sie zu entscheiden und so weiter. Wo man dann auch
732 einen Stellvertreter benennen kann, der einem wichtig ist. Und wenn man jetzt sagt, in der
733 Psychiatrie spricht man ja eher von Verhandlungsvereinbarungen, wenn jemand
734 vorübergehend sich nicht entscheiden kann, dass man die Therapie trotzdem weitermachen
735 darf und so weiter. Und mir ist es eigentlich völlig gleich, wie sie das nennen. Aber ich halte
736 es für keine schlechte Idee, mal zu überlegen, ob man der Anna vorschlagen will, wer sollte,
737 falls sie im Moment nicht urteilsfähig wäre, an ihrer Stelle entscheiden, wen möchte sie da.
738 Das ist ein Akt der Selbstbestimmung, dass sie sich jemanden aussucht. Und das zweite wäre,
739 dass sie sich überlegt, in welchen Fällen will sie medizinische Hilfe, um am Leben zu bleiben,

740 Stichwort Ziele verfolgen, und in welchen Fällen verbietet sie es. Und sie darf das! Und das
741 ist praktisch geben und nehmen. Sie würden vielleicht zähneknirschend und vielleicht mit
742 Trauergefühlen ihr einräumen, dass sie auch Schluss machen darf. Aber Sie würden sie doch,
743 ja, mobilisieren, dass sie sich überlegt, wie viel sie an Medizin noch bereit ist zu tolerieren,
744 damit das Flämmchen nicht erlischt. Und vielleicht hat sie es auf die Weise sich noch nicht
745 überlegt. Die Schwierigkeit scheint mir darin zu liegen, dass sie so eine lange
746 Krankengeschichte hat. Und ich glaube schon, dass sie anständig behandelt worden ist und
747 das glaube ich alles. Aber ich vermute halt, dass es ungewollte Nebeneffekte gibt, dass eine
748 Patientin mit so einer Krankengeschichte sich sehr, sehr fremdbestimmt oft gefühlt hat. Vom
749 System, von den Regeln, von dem Ganzen. Und dass sie vielleicht auch kein Gefühl mehr hat
750 dafür, dass die Therapieziele eigentlich ihre sein sollten. Deswegen würde ich eben
751 vorschlagen, mit ihr über Ziele zu sprechen. (00:54:07)

752

753 **Fi:** Also ich empfinde das auch als ein positives, so, austricksen. Weil ich mir denke, dass
754 wenn sie so, was wir ja gar nicht verstehen, wenn sie immer sagt, die Ärzte verstehen sie
755 nicht. Da habe ich auch manchmal so die Vermutung gehabt, sie möchte ein bisschen auch
756 ausreizen, wie weit sie irgendwie gehen darf oder, also vielleicht versteht sie unter nicht
757 verstehen eben, dass wir ihr natürlich ihr alles aufstülpen, dass Sie sagen, sie kann nicht selber
758 entscheiden und fühlt sich seit sie ein Kind ist wahrscheinlich fremdbestimmt, zuerst durch
759 vielleicht das Schönheitsideal, was auf die kleinen Mädchen schon, da fühlen sie sich
760 fremdbestimmt, weil wir auch darüber gesprochen haben, wieso du nicht denn, bei deiner
761 Intelligenz, diese Wahrnehmung, du siehst, du bist nicht/ Also es würde jetzt mir sehr
762 gefallen, weil ich denke dann sehen wir vielleicht, was sie uns vorwirft, dass wir
763 wahrscheinlich nicht intelligent genug sind, dass wir noch zwei Schritte voraus sind und ihr
764 praktisch dieses Angebot machen. (00:55:22)

765

766 **C:** Darf ich Sie mal ganz kurz unterbrechen? Es ist so, sie sagen jetzt schon zum, weiß nicht,
767 zweiten Mal oder so, diese Wort austricksen. Und ich muss darauf irgendwie reagieren. Es ist
768 so, ich könnte mir vorstellen, dass diese Wort austricksen von Ihnen benützt wird, weil Sie
769 etwas bezeichnen wollen, wovon ich eigentlich denke, ich würde es anders nennen. Das ist
770 eine Metastrategie. Sozusagen, wir lassen uns nicht im Detail mit ihr auf einen Kampf ein,
771 sondern wir distanzieren uns, also jetzt gedanklich, man weiß ja nicht, ob es geht und ob Sie
772 das überhaupt so beschließen würden. Aber man würde da aufhören, mit ihr im Clinch zu
773 arbeiten. Sondern man ihr ganz einfach sagen: „Es kommt ja auch dich an! Und lass uns doch

774 mal dir dabei helfen, herauszufinden, was du möchtest“ und so weiter und so weiter. Und
775 dann diese Punkte durchzugehen, was machen wir, wenn du einen Kollaps kriegst et cetera, et
776 cetera. Und ich würde das eigentlich nicht als Trick ansehen, aber es ist natürlich ein Schritt.
777 Und dieser Schritt wäre praktisch der Weg, um aus diesem etwas unproduktiven Festgehängt
778 sein in dem, ja, so/ Weil ich einfach dieses mit dem Trick, das kann ich für mich jetzt nicht
779 übernehmen, sagen wir so. (00:56:49)

780

781 **Fi:** Klar. Es ist leichtfertig, so ein, aber/ (00:56:53)

782

783 **C:** Ich würde es auch nicht als Trick verkaufen. (00:56:56)

784

785 **Fi:** Nein. Das würde ich ihr nie so sagen, also das ist ja klar. (00:56:59)

786

787 **Fr:** Wobei ich schon dazusagen muss, also ich finde auch die Idee mit der Patientenverfügung
788 gut, dass wir das Angebot machen, dass wir ihr sagen, das wäre eine Möglichkeit, sozusagen
789 noch mal tatsächlich Selbstbestimmung, ja, zu praktizieren und wir bieten ihr an, sie zu
790 beraten. Ich bin aber doch etwas skeptisch. Ich meine, wir arbeiten schon lange mit ihr
791 natürlich auch ressourcenorientiert. Wir arbeiten sozusagen, wir versuchen natürlich, sie
792 einzubeziehen. Es ist ja nicht so, dass wir, oder dass auch in der Therapie sozusagen immer
793 nur konfrontativ gearbeitet wird. Sondern natürlich haben wir auch, und das wurde auch
794 vorher schon versucht, sozusagen immer die Kooperation sozusagen mit ihr, also kooperativ
795 vorzugehen. Ich könnte mir vorstellen, sozusagen, dass sie auch sagt, werden wir sehen,
796 entweder sie möchte die Patientenverfügung ganz alleine machen, ohne natürlich im Kontakt
797 mit uns zu sein, oder sie lehnt das komplett ab. Oder sie macht das, und dann sind wir aber
798 immer noch vor der Frage, wenn sie immer noch in das Hospiz will, wie gehen wir damit um.
799 (00:58:00)

800

801 **C:** Auf jeden Fall, also die Frage ist noch nicht geklärt. (00:58:02)

802

803 **Fr:** Die Frage ist noch nicht gelöst. (00:58:03)

804

805 **C:** Nein, das ist schon richtig. (00:58:04)

806

807 **Fr:** Genau. Ich glaube, wir sollten das versuchen, als ein Angebot, aber es könnte ja sein, dass
808 sozusagen die eigentliche Frage noch nicht gelöst ist. (00:58:14)

809

810 **C:** Ich notiere nur mal ganz kurz, weil wir das ja dann auch geordnet haben wollen, das
811 bekommen Sie ja dann auch zum Lesen. Eine Option wäre, aber ob die Option verfolgt wird,
812 das entscheiden Sie, nicht ich, eine Option, an der wir jetzt rumexperimentiert haben, ist, ihr
813 so was anzubieten, eine Patientenverfügung mit Gesprächsangebot, so. Und zwar unter dem
814 Titel, dass es ein Ausdruck des Respekts von Ihrer, unserer Seite für ihre Selbstbestimmung
815 ist. Und in der Patientenverfügung sollte dann eigentlich auch thematisiert sein, wie mit
816 Zwang umgegangen wird. Ob Sie das zum Beispiel kategorisch ausschließt, oder ob sie selbst,
817 wenn sie nachdenkt, sagt: „Ich könnte mir vielleicht vorstellen, dass es Situationen gibt, wo
818 ich doch froh bin, dass das angewendet wird, aber nicht länger als, oder nicht, ohne mich das
819 und das zu fragen“ und so weiter und so weiter. Also die ganzen heißen und kontroversen
820 Fragen, die sollte sie sich vorlegen und festlegen, woran sie Sie binden will. Und das hat sie ja
821 noch nie tun dürfen. (00:59:27)

822

823 **Wo:** Das ist richtig, ja. (00:59:29)

824

825 **C:** Ja, und das ist sozusagen die Idee, aus dem Clinch auszusteigen mit ihr, weil sie ja nun
826 auch erwachsen ist und sie ist Expertin, wie du gesagt hast. Sie will zwar nicht immer, was
827 die Eltern möchten, aber das ist nun mal so. Also das wäre die Option. Und das andere ist ja,
828 dass man auf die Anfrage der Anna jetzt irgendwie eine Haltung findet, wie man darauf
829 antworten will, ob man sagt, ja, also wir sind voll begeistert von der Idee, oder wir sind
830 vollkommen dagegen, oder niemand kann sich einigen, das heißt praktisch nein. Und dann ist
831 natürlich die Frage: auf welcher Rechtsgrundlage kann man ihr denn so einen Wunsch
832 abschlagen? Ich meine, natürlich kann die Palliativstation sagen, sie kommt für uns nicht in
833 Frage. Und das Hospiz kann auch sagen, nein. Aber auf welcher Rechtsgrundlage kann man
834 einer erwachsenen Person einen Wunsch abschlagen, weil man ihn unvernünftig oder falsch
835 findet? Ja, da müsste man sich dann schon was überlegen. Da müsste man dann noch mal über
836 die Urteilsfähigkeit reden, das ist dann schon nicht so einfach. Trotzdem verstehe ich
837 natürlich, dass man einen Weg sucht, sie davon abzubringen. Und da wäre jetzt eigentlich, ja,
838 unser Exkurs mit dem Sanatorium, Kindergarten und so weiter, der wäre ganz interessant. Ich
839 glaube, dass in diesem, das ist ja eine Mischung aus Plänen und Fantasien, die zum Teil nicht
840 sehr realistisch sind, aber wo man doch mal nachforschen könnte, was könnte vielleicht

841 umsetzbar sein. Gibt es einen Ort, wo jemand wie sie Ruhe findet, um etwas zu tun, wo man
842 trotzdem die Möglichkeit hat, nach ihr zu gucken. Nicht? Damit auch deine ärztliche Seele
843 beruhigt werden kann und die väterliche. (01:01:22)

844

845 **Fr:** Ich meine, es gibt natürlich solche Langzeiteinrichtungen, auch für Essgestörte, wo sie
846 natürlich dann wiederum mit anderen zusammen ist, wo sie auch schon drinnen war.

847 (01:01:34)

848

849 **Fi:** Sie kommt ja praktisch aus so einer Einrichtung. (01:01:33)

850

851 **C:** Da kennt sie sich schon aus. (01:01:32)

852

853 **Fr:** Ich glaube, das wäre eher nicht so ideal und andere, sozusagen komplett außerhalb des
854 medizinisch-therapeutischen Kontextes, ist natürlich die Frage, zu Hause/ (01:01:46)

855

856 **Wo:** Geht nicht. (01:01:47)

857

858 **Fr:** Oder, was sagen Sie, geht nicht? (01:01:50)

859

860 **Wo:** Die Gefahr ist zu groß. Weil, wenn da was passieren sollte, das kann man ja gar nicht/

861 (01:01:54)

862

863 **Fr:** Ja, ich meine, Sie müssen ja auch arbeiten und genau. (01:01:56)

864

865 **Wo:** Richtig. Meine Frau ist zu Hause und die ist krank und die ist einfach nicht mehr in der
866 Lage. Also das wäre, wir würden es gerne machen, auch wenn wir mit einer Station arbeiten
867 Tag und Nacht, das Geld ist nicht das entscheidende, sondern es geht hier einfach darum, dass
868 sie einfach physisch bei uns durch meine Frau selbst zu stark belastet wird, dass wir es nicht
869 machen können. (01:02:18)

870

871 **Fr:** Was natürlich vielleicht möglich ist, es gibt bestimmte Wohngruppen, die sozusagen dann
872 eine gewisse Betreuung haben durch die Sozialarbeiter oder Pflegekraft, dass man sagt, eine
873 Wohngruppe mit anderen zusammen/ (01:02:33)

874

875 **C:** Das ist mir gerade auch durch den Kopf geschossen und normalerweise ist es so, dass ich
876 da nicht versuche, herum zu dilettieren, weil das nicht mein Fach ist, sondern, dass wir da den
877 Sozialdienst fragen. (01:02:43)

878

879 **Fr:** Genau, das können wir noch mal/ (01:02:44)

880

881 **C:** Intensivst befragen, oder vielleicht sogar mehrere, weil die ja unterschiedliche Felder
882 kennen, und jetzt im Moment habe ich nur Fantasien, vielleicht geht es Ihnen auch so, aber
883 man müsste das so mit Realität füllen. Und dann wäre aber erst recht wieder das Gespräch mit
884 der Anna, noch mal einen Schritt zurück zu gehen und zu sagen, willst du in das Hospiz, weil
885 du Todessehnsucht hast? Oder geht es wirklich um das in Ruhe gelassen werden und etwas
886 Positives zu tun? Natürlich ist Ihnen das zweite lieber und uns auch. Aber ich glaube, ein
887 ehrliches Gespräch darüber würde sich angesichts der Patientenverfügungsdiskussion leicht
888 ermöglichen lassen und wenn man jetzt den Mut aufbringt, mit ihr ehrlich zu reden und diesen
889 Respekt auch zu leisten, dann würde ich halt hoffen, nach dem, was Sie von Anna erzählt
890 haben, dass sie dann selber nicht trickst, sondern dass sie dann erstens ins Nachdenken kommt
891 und dann auch bereit ist, diese Gedanken zu teilen. Da muss die Anna, wenn ich mich mal
892 experimentell in Ihre Lage versetze, oder das zumindest versuche, muss natürlich auch den
893 Vertrauensvorschuss haben, dass das jetzt kein Trick ist. Also dass der Respekt echt ist und
894 dass dann die ganzen anteilnehmenden Personen von ihrem therapeutischen Eifer dann auch
895 mal ein bisschen Abstand nehmen, weil sonst ist es ja nicht ganz echt. Also das ist schon auch
896 für Sie jetzt natürlich eine schwierige Aufgabe. Aber ich würde sagen, wir haben jetzt so viele
897 Überlegungen angestellt, wie gesagt. Also um noch mal darauf zurück zu kommen, wir haben
898 hier eine Patientin besprochen, die erwachsen ist, man kann ihr die Autonomie nicht
899 absprechen, auch wenn sie noch so unvernünftig oder sinnlos scheinende Wünsche hat. Und
900 das Medizinsystem ist nicht dafür da, gegen Patientenwünsche zu verstoßen im Auftrag von
901 irgendwelchen höheren Wertvorstellungen. Dafür braucht man eine richtig anstrengende
902 Rechtfertigung, die ich hier im Moment nicht sehe. Und um aus dieser kniffligen Lage
903 herauszukommen, weil ja viel dafür spricht, „alles“ klingt so dumm, aber möglichst alles
904 Mögliche zu versuchen, damit sie selber wieder besser am Leben festhalten kann, dass man
905 versucht, wirklich die Haltung des Respekts noch deutlicher ihr zum Ausdruck zu bringen,
906 damit sie eben nicht aus „nein sagen müssen“ diese Verweigerung fortsetzt. Und die
907 therapeutische Philosophie, die seit Jahrzehnten etabliert ist, geht halt im Prinzip davon aus,
908 dass man null Risiko eingehen sollte und dass die Patienten erst autonom werden, wenn sie

909 zugenommen haben. Und da hat die psychotherapeutische Zunft sich so ein bisschen selber
910 sehr eingeschränkt, sagen wir mal so. (01:06:03)

911

912 **Fr:** Klar, es würde natürlich bedeuten, wir gehen ein Risiko ein und sozusagen trauen ihr
913 Autonomie zu oder geben ihr sozusagen einen Vorschuss und hoffen einfach, dass es dann in
914 die richtige Richtung geht. Wenn ich das so richtig verstehe. (01:06:17)

915

916 **C:** Ja, ich meine, ehrlich, ich habe leicht reden, ja, Sie haben jetzt die Folgegespräche.
917 (01:06:23)

918

919 **Wo:** Ich glaube, es ist ein Weg, der richtig ist. (01:06:25)

920

921 **C:** Und Sie stehen ja auch existenziell in der Situation, was wir jetzt gar nicht besprochen
922 haben, war sozusagen der verzweifelte Appell: „Und sonst gehen wir nach Amerika“. Und ich
923 glaube ganz ehrlich, das schaffen wir jetzt in dieser Sitzung nicht mehr, nicht nur, weil die
924 Zeit fortgeschritten ist, sondern ich glaube, wir haben so viele Inhalte gehabt, wenn es dazu
925 kommen müsste, dann glaube ich, dann sollte man das noch mal separat geordnet besprechen,
926 statt jetzt so/ (01:06:52)

927

928 **Wo:** Ja, das steht auch nicht zu Diskussion. Haben wir gar kein Interesse daran, nur wir
929 sagen, der letzte Strohalm, dann greifen wir dazu. (01:06:59)

930

931 **C:** Gut. (01:07:00)

932

933 **Wo:** Das ist einfach, wir wollen sie nicht sterben lassen. (01:07:04)

934

935 **C:** Haben Sie jetzt das Gefühl, wenn Sie überlegen, wir haben irgendwas vergessen? Das
936 haben wir vertagt, für den Notfall. Haben wir irgendetwas vergessen? Haben wir uns über
937 etwas getäuscht? Oder haben wir uns irgendwo missverstanden? Oder gibt es eine Lücke? Ich
938 gucke selber auch noch mal. (01:07:25)

939

940 **Wo:** Ich glaube fest, dass, wenn wir sie in dem Moment erwischen, wo sie richtig spricht und
941 aufnimmt und wir dann das Gespräch führen in diesem Moment, nur weiß nicht, wann der
942 Moment ist, das ist eben das schwierige bei der ganzen Sache. Wenn man wüsste, dass, wenn

943 sie voll da ist und wir das Gespräch führen dann mit ihr, dass sie dann auch voll dahintersteht
944 und es erkennt. Ich glaube einfach, dass sie schwankt. Sie weiß nicht wohin und sieht ihren
945 Strohalm nicht. Und ich glaube einfach, wenn man tatsächlich mit ihr spricht, was Sie auch
946 schon (unv.) gemacht haben, ihr genau das aufzuzeigen. Aber gerade diese
947 Patientenverfügung, ein Weg der Ehrlichkeit, der Offenheit, zu bekennen, das ist die
948 Situation, da muss ich mich jetzt zu entscheiden. Und da muss ich hingehen. Und da hab ich
949 das oder das oder jene Möglichkeiten. Dann kann ich einen Weg sehen und einen Nutzen.
950 Und vielleicht, auch wenn das Risiko groß sein sollte, sollte man diesen Weg gehen, bevor
951 man alles andere macht. (01:08:42)

952

953 **Fr:** Also ganz konkret hieße das jetzt sozusagen, wir bieten ihr an, tatsächlich über eine
954 Patientenverfügung zu sprechen, ihr auch sozusagen die Materialien zu geben, die
955 Information zu geben, und würden sozusagen den Wunsch nach Hospiz erst mal
956 zurückstellen. Oder sollen wir sozusagen das gleich, sollen wir das erkunden oder wie? Jetzt
957 praktisch gesehen. (01:09:11)

958

959 **C:** Es liegt mir völlig fern, mich in deine Gesprächsleitung einzumischen. Aber meine Vision
960 wäre ein so bisschen anders. Also im Inhalt nicht, sondern nur in der Art, wie man das bringt.
961 Ich würde mir vorstellen, jemand, oder Sie, oder alle, oder jeder einzeln gehen zur Patientin,
962 wird ja irgendwie neugierig sein, was haben die da geredet, oder? Wird ja wissen wollen, wie
963 es gelaufen ist. Und ich würde aus dem Gespräch rausgehen zur Patientin und würde sagen:
964 „Also mir ist noch mal klargeworden, wie wichtig das ist, dass wir den Respekt doch noch
965 mal ganz deutlich machen, den wir für dich haben. Und du weißt ja, dass es uns furchtbar
966 schwer fällt weil wir nicht immer einer Meinung sind und so weiter, aber das ist eigentlich das
967 Hauptergebnis und daraus folgt das folgende. Nämlich, dass wir dir sagen wollen, du hast ja
968 noch mehr Möglichkeiten, deinen freien Willen uns gegenüber zu bekunden, als nur durch
969 Worte oder Handlungen, sondern du kannst uns auch schriftlich festlegen und wir würden uns
970 wünschen und hoffen, dass dir das dann mehr Sicherheit in dieser Freiheit gibt. Und dass dann
971 auch wirklich das geschehen kann, was du willst, und unterbleibt, was du nicht willst. Das ist
972 ja mehr. Weil das ist das, was nicht geht. Man kann sich viel wünschen und man kann es
973 trotzdem nicht. Aber man kann Grenzen ziehen. Und deswegen wollten wir anregen, das mit
974 einem Schriftstück mal aufzusetzen und da können wir darüber sprechen und mehrere können
975 sprechen und so weiter. Und gleichzeitig haben wir uns natürlich die Frage mit dem Hospiz
976 überlegt. Und was uns daran überzeugt hat, ist, offenbar willst du doch dort hin, haben wir das

977 richtig verstanden, dass du da Ruhe finden möchtest, du hast ja vor, Dinge zu tun. Und wir
978 befürchten halt, dass das Hospiz jemanden wie dich eventuell nicht aufnehmen würde und
979 dass die Aufenthaltszeit auch begrenzt wäre und dass die anderen Patienten, die dort sind,
980 vielleicht nicht gerade so die einzig mögliche Gesellschaft/

981 (01:11:24)

982

983 **Fr:** Nicht das richtige Umfeld/ (01:11:24)

984

985 **C:** Das weiß man nicht, ja, aber deswegen ist uns noch was anderes eingefallen. Und zwar
986 haben wir fantasiert und man bräuchte eigentlich einen angenehmen Ort, da fiel uns dann
987 Sanatorium ein und jetzt sind wir dabei, zu gucken, ob es vielleicht eine Wohnform gibt, wo
988 du nicht dir selber überlassen bist, wo man dich aber auch in Ruhe lässt im Sinne von nicht
989 malträtiert mit irgendwelchen medizinischen Sachen. Gleichwohl würden wir gerne auf der
990 Basis der Patientenverfügung und dessen, was du uns erlaubst, nach dir gucken. Und schauen,
991 geht es dir gut, hast du alles, was du brauchst oder brauchst du irgendwelche Elektrolyte oder
992 sonst irgendwas. Wenn du das erlaubst und so.“ Und ich stelle mir vor, das würde anders
993 ankommen, als wenn man zurückgeht und sagt, da, wie wäre es mit einer Patientenverfügung.

994 (01:12:16)

995

996 **Fr:** Nein, schon klar, schon klar. (01:12:17)

997

998 **C:** Und ich bin ganz sicher, dass du das eh so hättest machen wollen, aber, so ähnlich. Und
999 ich kann mir gut vorstellen, dass Sie das so machen. Und die Frage ist halt, ob Ihre Frau das
1000 auch sich von Ihnen so vermitteln lassen würde. (01:12:32)

1001

1002 **Wo:** Ich glaube schon, ja. (01:12:32)

1003

1004 **C:** Ja dann sind wir aber einen weiten Weg gekommen, muss ich sagen. Ja, wenn dann nichts
1005 mehr ist für den Moment, dann machen wir so weiter wie verblieben. Also ich halte noch mal
1006 fest, das ist die Entscheidung von Ihnen, und letzten Endes von Anna, wie der Kurs ist. Die
1007 Beratungsergebnisse sind nicht bindend für Sie, aber ich werde versuchen, das so
1008 aufzuschreiben, dass wir uns an unsere Einigung erinnern auf diesem Weg. (01:13:00)

1009

1010 **Wo:** Ok. (01:13:01)

1011
1012 **C:** Ja? (01:13:01)
1013
1014 **Fr:** Ok. (01:13:02)
1015
1016 **C:** Und das Schriftstück kann dann natürlich Anna auch gegeben werden. Und vielleicht
1017 überzeugt sie das dann auch, dass wir wirklich ernsthaft versucht haben, ihre Autonomie
1018 wieder in Kraft zu setzen. Ja gut. (01:13:18)
1019
1020 **Fr:** Ja vielen Dank, ok. (01:13:19)
1021
1022 **C:** Vielen Dank, alles Gute. (01:13:21)
1023
1024 **Fi:** Danke. (01:13:20)
1025
1026 **Wo:** Ok, ja, danke schön. (01:13:22)

8. Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München danke ich für die Möglichkeit der Durchführung dieser Arbeit. Den Mitarbeitern des Instituts möchte ich danken für die wertvollen Hilfestellungen.

Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Dr. Ralf Jox für die ausgezeichnete Betreuung. Die profunde wissenschaftliche Unterstützung, die zahlreichen Anregungen und die wertvollen Ratschläge bei der Abfassung der Dissertation haben maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ich danke den Teilnehmern der Fragebogenstudie und den Ethikberatern und Schauspielern, die an den Fallbesprechungen mitwirkten.

Abschließend möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken für die großartige Unterstützung und fortwährende Motivation.

9. Eidesstattliche Versicherung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 19.02.2017

Julia Heiland