

Bachelorarbeit

Theoretische Grundlagen von ethischen Entscheidungsfindungsmodellen Unter besonderer Berücksichtigung von zwei Entscheidungsfindungsmodellen

eingereicht von
Vanessa Aspäck

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Mag. Dr. Eleonore Kemetmüller

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Gössendorf, 02.04.2016

Vanessa Aspäck, eh.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Methode	3
3. Grundlagen	4
3.1 Wissen, Meinen, Glauben	4
3.2 Moral und Ethik.....	4
3.3 Ethik in der Pflege	5
3.3.1 Ethische Prinzipien.....	6
4. Ethische Probleme	9
4.1 Definition	9
4.2 Ethische Probleme in der Pflege	9
4.2.1 Moralische Intuition	10
4.3 Ethische Konflikte im klinischen Alltag – Ergebnisse einer empirischen Studie	10
4.3.1 Definition eines ethischen Konflikts	11
4.3.2 Ergebnisse	11
5. Fallbesprechungen	15
5.1 Definition.....	15
5.2 Ziele einer Fallbesprechung	15
5.3 Ethische Fallbesprechungen in der Pflegepraxis	16
5.3.1 Bedeutsamkeit von Fallbesprechungen	17
5.4 Voraussetzungen für eine Fallbesprechung.....	17
5.4.1 Definition und Grundlagen einer Ethikberatung	19

5.5 Ablauf einer Fallbesprechung	19
5.5.1 Vorbereitung	20
5.5.2 Durchführung.....	20
6. Entscheidungsfindungsmodelle.....	22
6.1 Definition.....	22
6.2 Nutzen von Entscheidungsfindungsmodellen	22
6.3 Der Nutzen eines Supervisors in ethischen Entscheidungsfindungsmodellen	23
7. Nimwegener Methode	25
7.1 Definition.....	25
7.2 Beschreibung der Nimwegener Methode.....	25
7.2.1 Gesprächsphasen.....	26
8. Reflexionsmodell von Marianne Rabe	30
8.1 Definition.....	30
8.2 Beschreibung des Reflexionsmodells nach Marianne Rabe ..	30
8.2.1 Schritte des Reflexionsmodells.....	31
9. Schlussfolgerung	34
10. Literaturverzeichnis	37

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ethische Prinzipien	6
Abb. 2: Kurzfassung der Nimwegener Methode	26
Abb. 3: Modell für ethische Reflexion	31

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Konfliktursachen der Pflege	13
--	-----------

Zusammenfassung

Ethik gewinnt im pflegerischen Alltag immer mehr an Bedeutung und Pflegepersonen stoßen fortlaufend auf Situationen, die eine ethische Entscheidungsfindung erfordern. Hierbei ist es von Bedeutung, dass das Pflegepersonal darüber Bescheid weiß, wie mit einem ethischen Problem am besten umzugehen ist, um eine Handlung moralisch vertreten zu können. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, theoretische Grundlagen von ethischen Entscheidungsfindungsmodellen aufzuzeigen, vor allem im Hinblick auf zwei Instrumente, die als Hilfsmittel für Fallbesprechungen dienen. Zu Beginn werden Grundbegriffe beschrieben, die zum Verständnis der Arbeit behilflich sind. In weiterer Folge wird ein ethisches Problem definiert und auf theoretische Grundlagen von Fallbesprechungen eingegangen. Die Nijmegen Methode und das Reflexionsmodell von Marianne Rabe sollen aufzeigen, dass es verschiedene Hilfsmittel für bestimmte Situationen gibt, welche individuell ausgewählt werden. Belegt wird, dass durch ethische Entscheidungsfindungsmodelle eine Handlung nachvollziehbar für alle Beteiligten dargestellt wird, jedoch ist dies keine Sicherheit für ein „gutes“ und „richtiges“ Handeln.

Abstract

Ethics in everyday nursing is becoming more and more important and nursing staff continuously come across situations which require ethical decision-making. Therefore, it is very important for them to know how to deal best with an ethical problem in order to be able to justify an action morally. The aim of this bachelor thesis is to show theoretical basics of ethical decision-making models, in particular with regard to two instruments which serve as facilities in case reviews. At first, fundamentals which are helpful in understanding the thesis are described. Subsequently, an ethical problem is defined and theoretical basics of case reviews are discussed. The Nijmegen method and the reflection model of Marianne Rabe are supposed to show that there are different tools which are individually selected for specific situations. It is attested that an action becomes understandable for all people involved with the help of ethical decision-making models, yet they don't give you certainty for a "good" or "right" action.

1. Einleitung

Ethik ist schon immer ein wesentlicher Teil des täglichen Umgangs mit den Patienten und Patientinnen (Kemetmüller 2013, S. 11). Der Begriff Ethik kommt aus dem Griechischen und beschäftigt sich mit dem Nachdenken über Handlungen und auch Sitten. Zum einen geht die Ethik davon aus, dass der Mensch entscheidungsfähig und daher auch vernünftig ist. Daraus lässt sich schließen, dass selbstbestimmt entschieden werden kann. Zum anderen jedoch ist für den Menschen die Gemeinschaft von wesentlicher Bedeutung. Überdies lässt sich daraus ableiten, dass es wichtig ist, Verantwortung für den Umgang mit der jeweiligen Umwelt zu übernehmen, zur Gestaltung für ein Miteinander in der Gesellschaft (Kostka, Riedl 2009, S. 15).

Immer wieder treten ethische Probleme auf, die für Pflegepersonen belastend sind und eine große Herausforderung mit sich bringen (Kemetmüller 2013 S. 11). Pflegekräfte haben täglich die Verantwortung in schwierigen Situationen, gegenüber den Patienten und den Patientinnen und auch der Familie, ethisch zu entscheiden (Milton 2010, S. 115). Jedoch sollen dabei Prinzipien wie Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und Verantwortung berücksichtigt werden. Des Weiteren ist nicht immer klar, was richtig bzw. falsch ist, deswegen versuchen Pflegepersonen diesen Entscheidungen oft aus dem Weg zu gehen, doch auch dies ist eine Entscheidung. Für solche Situationen gibt es Unterstützungen in Form von ethischen Entscheidungsfindungsmodellen, in welchen individuelle Fallbesprechungen behandelt werden. Daher können ethische Probleme objektiv und strukturiert bearbeitet werden. Das Ziel ist es, eine passende Lösung für alle Beteiligten zu finden (Ruppert 2013, S. 95–96).

Es gibt viele verschiedene Entscheidungsfindungsmodelle, um ein ethisches Problem zu eruieren (Ruppert 2013, S. 95, 96, 98). Die Nimwegener Methode einer ethischen Fallbesprechung ist ein vierstufiges Modell, insbesondere für prospektive ethische Falldiskussionen im multidisziplinären Team (Steinkamp 2012, S. 179). Auf deren Ablauf und Nutzen wird in weiterer Folge jedoch noch eingegangen. Ein weiteres Entscheidungsfindungsmodell wäre das

Reflexionsmodell von Marianne Rabe, welches aus drei Schritten besteht (Ruppert2013, S. 99). Ebenso dieses Entscheidungsfindungsmodell soll im weiteren Verlauf näher erläutert werden.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es mit Hilfe einer Literaturrecherche, Grundlagen von ethischen Entscheidungsfindungsmodellen aufzuzeigen und dabei auch auf zwei wesentliche Modelle in der Pflege einzugehen.

Aus dem Ziel dieser Arbeit leiten sich folgende Forschungsfragen ab:

- Wie wird der Begriff Entscheidungsfindungsmodell definiert?
- Wie wird ein ethisches Problem definiert bzw. wie kommt es dazu?
- Wie schauen die theoretischen Bedingungen einer Fallbesprechung aus?
- Was sind theoretische Grundlagen des Nimweger Modells?
- Was sind theoretische Grundlagen des Reflexionsmodells nach M. Rabe?

2. Methode

Um die Forschungsfragen ausreichend beantworten zu können, wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt. Ebenfalls wurde ausführlich per Handsuche in Bibliotheken und auch im Internet gesucht.

In Bezug auf die Datenbanksuche waren die Keywords:

- decision making [MeSh]
- models, nursing [MeSh]
- ethics [MeSh]

Diese Keywords wurden mit dem Operator AND verbunden. Limitiert wurde die systematische Suche zuerst auf die letzten 5 Jahre, dann jedoch auf die letzten 10 Jahre erweitert.

Ohne Limitationen erschienen 105 Studien und mit der Einschränkung auf die letzten 10 Jahre 27 Studien. Zuerst wurde nach Titel, dann nach Abstract und schließlich nach Volltext ausgeschlossen. Übrig blieben ein Artikel und eine Studie, die relevant für die Arbeit erschienen.

Die Studie konnte heruntergeladen werden und beschreibt den Nutzen eines Supervisors in unterschiedlichen ethischen Entscheidungsfindungsmodellen. Aus diesem Grund kann diese in den Hauptteil der Bachelorarbeit mit einbezogen werden.

Der Artikel konnte nicht heruntergeladen werden und musste daher bestellt werden. Hierbei geht es um die Schwierigkeit für Pflegekräfte, richtige Entscheidungen zu treffen, die moralisch und ethisch vertretbar sind. Dieser kann teilweise in die Arbeit mit einbezogen werden.

3. Grundlagen

In diesem Kapitel werden theoretische Grundlagen beschrieben, da diese Thematik sehr umfangreich ist und zu einem besseren Verständnis dient (Kemetmüller 2013, S. 5).

3.1 Wissen, Meinen, Glauben

„Wissen“, „Meinen“, „Glauben“ sind wesentliche Begriffe in der Ethik. Diese drei Begriffe sind geistige Tätigkeiten eines Menschen, welche subjektiv sind. Die Resultate dieser Tätigkeiten sind jedoch objektiv. Bei dem Begriff „Wissen“ handelt es sich um intersubjektive Tätigkeiten, jedoch unabhängig eines jeden Menschen. „Wissen“ wird als eigene Erkenntnis einer Person dargestellt. Die Meinung gilt als Erkenntnis für jene Person, die sie ausspricht. Somit ist auch dieses Resultat subjektiv. Unter dem Begriff „Meinen“ gibt es auch den „Meinungsstreit“, welcher zu drei unterschiedlichen Resultaten führen kann. Zum einen kann er zu einem Kompromiss führen, wo zwei unterschiedliche Meinungen auftreten. Jedoch entsteht dabei kein Streit, da aufgrund des Friedens nachgegeben wird. Zum anderen kann er auch zu einem Konsens kommen, indem mehrere Menschen dieselbe Meinung teilen. Weiteres kann der „Meinungsstreit“ aber auch zu einer Klärung führen, wobei es um die objektive Sicht einer Meinung geht. Das Ziel ist es zu einer Erkenntnis zu kommen, wo Meinung zu Wissen wird. „Glauben“ bedeutet etwas zu bekennen und nicht zu erkennen, das wissenschaftlich nicht beweisbar ist (Kemetmüller 2013, S. 12–13).

3.2 Moral und Ethik

Auch die Schlüsselbegriffe „Moral“ und „Ethik“ gehören zum Grundverständnis. Dabei ist es von Bedeutung „ethisch“ und „moralisch“ unterscheiden zu können (Monteverde 2012, S. 22).

Moral wird als die Gesamtheit der Werte, Normen und Tugenden bezeichnet, welche als gültig angesehen werden müssen. Dieser Begriff kann sich auf die Gesellschaft, eine Organisation oder auch auf eine Berufsgruppe beziehen. Im Lateinischen wird von einer Sitte, aber auch von einer Gewohnheit gesprochen. Aus der Moral kann das Wissen als gut und böse, aber auch als richtig oder falsch

gesehen werden. Hinzu kommt, dass die Moral ein Zusammentragen von Erziehung, Erfahrung, Sozialisation, Ausbildung und von eigenen Charaktereigenschaften ist. Daraus lässt sich schließen, dass der Mensch eigene Moralvorstellungen hat, da jeder andere Lebenserfahrungen durchlebt. Auch das Handeln spielt dabei eine große Rolle, denn es entsteht dabei eine Wechselwirkung zwischen den Erfahrungen und dem Handeln eines jeden Menschen. Deshalb liegt es nahe, dass sich unterschiedliche Moralvorstellungen nicht nur auf eine Person beziehen können, sondern auch auf Berufsgruppen und Organisationen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 43–46).

Unter dem Begriff „Ethik“ wird das methodische Nachdenken über die Moral verstanden. Die deskriptive Ethik beschreibt die Moral und in der präskriptiven oder auch normativen Ethik werden Moralvorstellungen kritisch bewertet. Aristoteles meint jedoch, dass der Mensch sich nicht mit Ethik beschäftigt, um das eigene Wissen zu erweitern, sondern um ein guter Mensch in der Gesellschaft zu werden (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 43, 54).

Des Weiteren ist zu sagen, dass die Moral und die Ethik sich gegenseitig ergänzen, da diese Begriffe, wenn sie für sich alleine stehen würden keinen Sinn ergeben. Ethik schließt an der Moral an und ist quasi eine Erweiterung. Bei einer Moral ohne Ethik, gäbe es keine Veränderungen mehr im Leben (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 54).

3.3 Ethik in der Pflege

Diese Disziplin beruht auf wissenschaftlichen Grundlagen und hat ebenso eigene Berufsgesetze. Des Weiteren müssen Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege für diese Profession gut ausgebildet werden und sollten im Laufe der Berufslaufbahn immer wieder Fort- und Weiterbildungen besuchen, da dieser Beruf sich im Sinne von neuen Standards, Richtlinien, Anweisungen und auch gesetzlichen Bestimmungen immer weiterentwickelt. Daraus lässt sich schließen, dass Angehörige von Pflegeberufen verantwortliche Entscheidungen treffen und auch dementsprechend „gut“ handeln (Peter 2013, S. 48).

Für Pflegekräfte scheint die Ethik in der Pflege oft als etwas Theoretisches. Darüber hinaus wird geglaubt, dass Ethik Unmögliches abverlangt, das in der Praxis nicht umsetzbar ist. Dies ist der Grund warum die Ethik als Teil beziehungsweise als Aufgabe der Praxis übermittelt werden soll. Im Pflegealltag ist eine ethische Reflexion notwendig, wenn die Praxis Fragen und Konflikte in den Raum stellt (Rabe 2009, S.84–85).

3.3.1 Ethische Prinzipien

Um verantwortlich handeln zu können, gibt es ethische Prinzipien in der Pflegepraxis. Diese sechs Prinzipien, welche sich gegenseitig ergänzen und korrigieren sind die Grundlage für ein moralisches Arbeiten im Pflegealltag (Rabe 2009, S. 125).

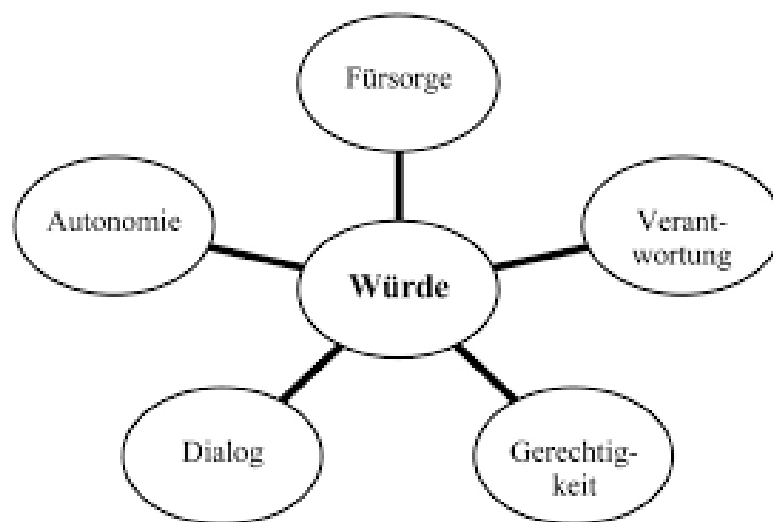


Abb. 1: Ethische Prinzipien (Rabe 2009, S. 125)

Mit der Würde beginnend, steht diese im Mittelpunkt, da dieses Prinzip die oberste Priorität in der Pflege hat und alle anderen Prinzipien indirekt enthält (Rabe 2009, S. 125). Aufgrund des Menschseins, wird die Menschenwürde als eine Würde bezeichnet, die auf jeden Menschen zutrifft. Darüber hinaus wird über die Fähigkeit des Denkens und des Urteils verfügt und dies ist der Grund warum der Mensch allen Lebewesen überlegen ist. Diese besondere Würde wird einem nicht

bei der Geburt mitgegeben, sondern muss durch eine moralische Lebensweise erarbeitet werden. Immanuel Kant geht davon aus, dass die Würde für sich allein steht, durch nichts ersetzt werden kann und für jeden im Leben notwendig ist. Würde besitzt jeder Mensch in gleichem Maße und bringt moralische Anforderungen mit sich (Kemetmüller 2013, S. 26–27).

Unter dem Begriff Autonomie wird „Selbstgesetzlichkeit“ verstanden. In der Ethik bedeutet dieses Prinzip die menschliche Freiheit (Rabe 2009, S. 129–130). Jeder Mensch hat das Recht über das eigene Leben selbst zu bestimmen und eigene Entscheidungen treffen zu können. Angehörige der Pflege und auch der Medizin müssen dies in ihrem beruflichen Handeln respektieren und darauf Rücksicht nehmen. Darüber hinaus ist es von Bedeutung, dass Patienten und Patientinnen ausreichend über Diagnosen, Therapien und auch über den weiteren Krankheitsverlauf aufgeklärt werden. Nur so kann der Patient oder die Patientin eine passende Entscheidung für sich selbst treffen und somit produktiv am Therapieablauf mithelfen (Kambiz 2010, o. S.).

Auf die Fürsorge kann in der Pflege nicht verzichtet werden, da die Gesellschaft es für moralisch gut ansieht, wenn für Kranke gesorgt wird. Bei diesem Prinzip der Ethik wird von einer „Grundform der menschlichen Praxis“ gesprochen und bringt zugleich auch eine moralische Orientierung mit sich (Rabe 2009, S. 134).

Auch die Gerechtigkeit ist im Pflegealltag nicht wegzudenken. Jeder Mensch verdient es gerecht behandelt zu werden. Hierbei ist es von Bedeutung niemanden zu diskriminieren, auch wenn keine Sympathie vorhanden ist. Jedoch auch bei einem großen Zeit- und Arbeitsdruck ist es für Pflegepersonen wichtig zu beachten, dass jeder Patient und Patientin den gleichen Pflegeaufwand erhält (Rabe 2009, S. 137–138).

Mit der Verantwortung verpflichten sich Pflegepersonen zur Rechenschaft für den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Auch für Anordnungen, die ausgeführt werden, müssen Pflegende Mitverantwortungen übernehmen. Darüber hinaus ist es hierbei wichtig, Kollegen und Kolleginnen auf ein Fehlverhalten hinzuweisen (Rabe 2009, S. 139–140).

Das letzte Prinzip, welches ebenso bedeutsam für die Pflege ist, ist der Dialog. Darunter wird das Medium von Unterhaltung und Streit, Verständigung und Konflikte zwischen zwei oder mehreren Menschen verstanden. Als Pflegeperson ist die Fähigkeit erforderlich, nonverbale und auch emotionale Signale der Patienten und Patientinnen zu erkennen. Ein typisches Beispiel wäre die Verweigerung von Essen und Trinken. In diesem Fall gibt es zwei Arten von Pflegekräften. Die einen nehmen dies zur Kenntnis und dokumentieren es zur eigenen Absicherung. Die anderen suchen einen Grund für dieses Verhalten und suchen eine Lösung. Hierbei kommt der Dialog zur Fürsorge zum Vorschein. Ein weiterer Aspekt wäre eine schlechte Kommunikation im interdisziplinären Team, denn dabei kann es zu moralischen Problemen kommen und zugleich auch zu einer Arbeitsunzufriedenheit führen (Rabe 2009, S. 142–143).

4. Ethische Probleme

Ethische Probleme kommen überall zustande und es kann auch jedem passieren, in so eine Situation zu kommen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 75).

4.1 Definition

Im täglichen pflegerischen Handeln verfügen Pflegepersonen über ein intuitives Wissen. Es wird spontan gehandelt, da viele Tätigkeiten in Fleisch und Blut übergehen, ohne darüber nachzudenken. Ethische Intuitionen, die durch Erziehung, Bildung und Erfahrungen im Leben geprägt sind, übermitteln Sicherheit in der Entscheidungsfindung. Von einem ethischen Problem wird gesprochen, wenn Pflegendе immer wieder auf Situationen stoßen, in denen die Intuition keine Orientierung findet (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 22). Darüber hinaus soll ein solches Problem aus einer moralischen Sichtweise begründet werden (Kemetmüller et al. 2014, o.S.).

4.2 Ethische Probleme in der Pflege

Pflegepersonen bekommen die Aufgabe solche Situationen mit Vorsicht zu betrachten und nicht als Routine zu sehen (Milton 2010, S. 115). Wenn es beispielsweise um ein ethisches Problem in der letzten Lebensphase geht, müssen folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Wie kann trotz Kommunikationseinschränkung die persönliche Freiheit und Würde bewahrt werden?
- Wie können Wertvorstellungen in Entscheidungen mit einbezogen werden?
- Wie kann der Patient oder die Patientin trotz der schwierigen Situation der Hilfslosigkeit nach den entsprechenden Wertvorstellungen leben und behandelt werden (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 75)?

Mit solchen Fragestellungen können ethische Probleme deutlicher wahrgenommen werden und sind somit auch schwerwiegender (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 75). Eine ethische Problemstellung befasst sich immer mit der Frage: „Was ist richtig?“. Diese Fragestellung ist wesentlich für eine Entscheidung, die stabil, vollständig und plausibel sein soll (Kemetmüller 2013, S. 30–31).

Darüber hinaus treten Problemsituationen in der Pflege nicht nur auf der Mikroebene auf, sondern auch auf der Meso- und Makroebene. Zur Erklärung spielt sich die Mikroebene auf einer persönliche Begegnung zwischen dem Patient oder der Patientin und dem Arzt oder der Ärztin in Zusammenhang mit sozialen Beziehungen ab. Die nächsthöhere Ebene ist die Mesoebene, die sich auf ein Krankenhaus oder auf ein Pflegeheim bezieht. Die Makroebene bezieht sich allein auf politische Verordnungen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 75).

4.2.1 Moralische Intuition

Die moralische Intuition spielt bei der Entstehung eines ethischen Problems in der Pflege zusätzlich eine wesentliche Rolle. Dabei geht es um spontane Handlungen und auch Bewertungen. Hierbei kann es dazu kommen, dass in einer Entscheidungssituation moralische Intuitionen in Konflikt miteinander geraten. Jedoch kann es auch dazu führen, dass diese unklar erscheint (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 47).

4.3 Ethische Konflikte im klinischen Alltag – Ergebnisse einer empirischen Studie

Durch die technische Entwicklung von medizinischen Möglichkeiten können Patienten und Patientinnen am Leben erhalten werden. Eine Lebensverlängerung soll im Sinne des Patienten beziehungsweise der Patientinnen sein, was jedoch oft nicht der Fall ist. Nicht jeder hat die Vorstellungen im Leben, an einem Beatmungsgerät hängen zu müssen. Hierbei kommt die moralische Entscheidungsebene zum Einsatz, wobei das Recht zur Selbstbestimmung und die Autonomie zu berücksichtigen sind (Neitzke 2011, S. 59).

Es gibt kaum empirische Daten in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich ethischer Konflikte im Klinikalltag. Dies ist die Ausgangssituation dieser Studie (Neitzke 2011, S. 61).

Es wurde eine Umfrage an Mitarbeitern der Medizinischen Hochschule in Hannover durchgeführt, die einen direkten Kontakt zum Patienten beziehungsweise zu Patientinnen haben. Das Ziel dieser Studie ist es,

aufzuzeigen welches Engagement bezüglich Ethik im klinischen Alltag besteht (Neitzke 2011, S. 62).

Es wurden insgesamt 3940 Mitarbeiter angeschrieben und mittels eines Fragebogens wurden die Ergebnisse ausgearbeitet. Die Rücklaufquote betrug 20,15% (n=794) (Neitzke 2011, S. 62).

4.3.1 Definition eines ethischen Konflikts

Von einem ethischen Konflikt wird gesprochen, wenn mindestens zwei ethisch vertretbare Optionen zu einer passenden Entscheidung aufeinander stoßen (Kliemt 2006, S. 3).

4.3.2 Ergebnisse

Der erste Fragenblock bezieht sich auf die Häufigkeit von ethischen Konflikten und auf die daraus entstehende Belastung. Dabei gaben 90,1% an, im letzten Jahr auf ethische Probleme gestoßen zu sein. 93,4% derjenigen Mitarbeiter, die im letzten Jahr ethische Probleme erlebt haben, gaben zusätzlich an, dass diese persönlich belastend waren (Neitzke 2011, S. 62–63).

Eine weitere Frage nimmt Bezug auf die Bedeutsamkeit von ethischen Aspekten am Arbeitsplatz. Die Befragung wurde mit einer Skala von 1–10 Punkten durchgeführt und der Mittelwert betrug 5,95 Punkte. Auf die darauffolgende Frage, wie wichtig ethische Aspekte im Patientenumgang sind, betrug der Mittelwert 8,63 Punkte (Neitzke 2011, S. 65).

Im nächsten Fragenkomplex geht es um den Inhalt von ethischen Konflikten. Es wurden dazu verschiedene Beispiele genannt, die durch eine Fachliteratur und durch Erfahrungen der Mitglieder zusammengestellt wurden. Zu jedem Aspekt wurden drei Fragen gestellt. Nämlich ob diese vorgegebenen Konflikte erlebt wurden, welche dieser Konflikte am häufigsten vorkommen und ob sie das jeweilige Problem selbst als schwerwiegend hielten oder nicht (Neitzke 2011, S. 66).

An der Spitze lag die „Qualität der medizinischen Versorgung“ mit 87,8%. Danach folgte die „Wahrung der Menschenwürde“ mit 83,9%, die „Aufklärung von Patienten und Patientinnen“ mit 83,7%, die „Aufklärung von Angehörigen“ mit 83,3%, die „Selbstbestimmung“ mit 82,2%, der „alltägliche Umgang mit dem Patienten oder den Patientinnen“ mit 80,4%, das „Sterbenlassen“ mit 78,5%, der „Umgang mit psychisch kranken Menschen“ mit 75,6%, die „medizinische Forschung und auch Studien“ mit 75,3%, die „Aufteilung knapper Mittel“ mit 72,4%, das „Leben künstlich verlängern“ mit 71,7%, „ethische Probleme in der Pflege“ mit 63,7%, die „Schweigepflicht“ mit 60,6%, die „Apparatemedizin“ mit 59,1%, „Transplantationen“ mit 55,5%, „Probleme der Humangenetik“ mit 24,6%, ein „Schwangerschaftsabbruch“ mit 16,5% und „Fortpflanzungsmedizin“ mit 11,6% (Neitzke 2011, S. 66–67).

Diese Probleme wurden erlebt, jedoch empfanden die Mitarbeiter diese nicht gleichzeitig als häufig und schwerwiegend. Als häufig wurde die „Aufklärung von Patienten“ mit 42,5% eingeschätzt, gefolgt von der „Wahrung der Menschenwürde“ mit 37,8%. Das „Sterbenlassen“ wird mit 31,7% als nicht häufig eingestuft. Als schwerwiegend jedoch ist „das Leben künstlich verlängern“ mit 66,9% an erstem Platz und auch das „Sterbenlassen“ mit 62,7% wird als schwerwiegend eingestuft. Der „Schwangerschaftsabbruch“ liegt mit 37,1% an letztem Platz (Neitzke 2011, S.68–69).

Eine weitere Frage lautet mit welchen Personengruppen am häufigsten ethische Konflikte entstehen. Die Pflegenden gaben am häufigsten Konflikte mit Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen mit 51,5% an, folgend mit den Vorgesetzten anderer Berufe mit 49,0% (Neitzke 2011, S. 69–70).

Des Weiteren wurden auch die Konfliktursachen in dieser Studie untersucht, welche in der folgenden Tabelle ersichtlich dargestellt werden (Neitzke 2011, S. 70).

Konfliktursache	Leitung	Übrige
	%	%
1. Zeitmangel	58,7%	56,0%
2. Hierarchiekonflikte	41,3%	54,3%
3. Mangelnde Sensibilität	30,4%	53,1%
4. Unklare Entscheidungsfindung	50,0%	49,1%
5. Unterschiedliche Wahrnehmung der Situation	60,9%	37,1%
6. Organisationsprobleme	43,5%	34,3%
7. Kommunikationsprobleme mit Patienten/Angehörigen	37,0%	37,7%
8. Kommunikationsprobleme im Team	47,8%	46,3%
9. Umstrittene Folgen von Entscheidungen	26,1%	32,6%

Tab. 1: Konfliktursachen der Pflege (Neitzke 2011, S. 71)

In der oben angeführten Tabelle ist ersichtlich, dass für die Leitung der Pflege die „unterschiedliche Wahrnehmung der Situation“, der „Zeitmangel“ und die „unklare Entscheidungsfindung“ die häufigsten Konfliktursachen darstellen. Für die übrigen Pflegenden steht der „Zeitmangel“ an erster Stelle, gefolgt von „Hierarchiekonflikten“ und „mangelnde Sensibilität“ (Neitzke 2011, S. 70–71).

Die letzte Frage befasst sich damit, mit wem die Befragten ihre ethischen Probleme besprechen. Hierbei kam heraus, dass Kollegen und Kolleginnen der eigenen Berufsgruppe am häufigsten herangezogen werden mit 74,5%. Jedoch auch die Familie und Freunde haben mit 65,6% einen großen Stellenwert. Am seltensten werden Gespräche aus den Bereichen der Psychologie, Seelsorge und Supervision aufgesucht mit 14,6% (Neitzke 2011, S. 72).

Diese angeführten Ergebnisse zeigen, dass ethische Probleme alltäglich vorkommen und eine moralische Verbesserung nur durch eine kontinuierliche

Kommunikation im interdisziplinären Team möglich ist. Dadurch steigt die Qualität der ethischen Entscheidungsfindung (Neitzke 2011, S. 76).

5. Fallbesprechungen

Um ein ethisches Problem behandeln zu können, kommt es zur Anwendung von Fallbesprechungen im Team, die eine ethische Entscheidungsfindung erleichtern (Ruppert 2013, S. 96).

5.1 Definition

Eine ethische Fallbesprechung ist ein strukturiertes Gespräch, welches von einem Moderator geleitet wird und innerhalb des multidisziplinären Teams stattfindet. Wichtig ist dabei auch, dass dieses Gespräch innerhalb eines begrenzten Zeitraums abgehalten wird, um an eine ethisch begründbare Entscheidung zu kommen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 256).

Fallbesprechungen werden mit der Hilfe eines Entscheidungsfindungsmodells durchgeführt. Des Weiteren dienen diese Besprechungen dazu, ein ethisches Problem in der Pflegepraxis lösen zu können (Ruppert 2013, S. 96).

5.2 Ziele einer Fallbesprechung

- Es muss eine Verbesserung der Pflege- und Versorgungsqualität gewährleistet werden.
- Die Förderung des Wohls des Patienten und der Patientin steht im Vordergrund.
- Ethisch begründete Entscheidungen müssen in der Pflege gefördert werden.
- Solche wichtigen Entscheidungen sollen nicht mehr die Individuen belasten. Dabei kann es zu einer Entlastung der Entscheidungsträger, der Pflegenden und zu einer Reduktion von moralischem Stress kommen.
- Durch eine Fallbesprechung soll die Entscheidungsfindung nachvollziehbar erscheinen.
- Ein weiteres Ziel ist, dass sensibel mit moralischen Fragen umgegangen wird und dass dabei das moralische Bewusstsein und Verantwortungsgefühl gestärkt wird.

- Die moralische Orientierung soll mit einer ethischen Fallbesprechung verbessert werden.
- Darüber hinaus soll der gemeinsame Lernprozess gefördert werden. Zu einer Entwicklung von Kompetenzen zur Analyse und auch Reflexion von ethischen Fragestellungen.
- Die moralische Unsicherheit soll ebenfalls verbessert werden.
- Eine ethische Reflexion kann Angehörige der Pflege ermutigen über eigene Wertvorstellungen zu sprechen und Handlungen selbstkritisch zu bewerten.
- Ein wichtiges Ziel ist es, dass es zu einer Verbesserung der Entscheidungsqualität, der Reflexionstiefe und der Wertereflexion im Pflegealltag kommt.
- Verschiedene Sichtweisen sollen behandelt und akzeptiert werden, um einen Respekt gegenüber anderen im multidisziplinären Team zu schaffen.
- Unterschiedliche Berufsgruppen sollen an Entscheidungsprozessen mitwirken.
- Bei einem begründeten Konsens geht es nicht darum, dass alle Beteiligten die gleiche Meinung vertreten, sondern dass der Konsens von den Beteiligten mitgetragen und vertreten werden kann (Riedel, Lehmeier 2013, S. 84–85).

5.3 Ethische Fallbesprechungen in der Pflegepraxis

Angehörige der Pflege geraten oft in Situationen, in denen sie an ihre persönlichen Grenzen stoßen, in Bezug auf das berufliche Handeln. Des Weiteren ist es für Pflegekräfte demotivierend, wenn moralische Vorstellungen einer individuums- und wertorientierte Pflege nicht verwirklicht werden können. Genau aus solchen Gründen sind ethische Fallbesprechungen von großer Bedeutung in der Pflegepraxis, denn solche Situationen lassen die Frage „Was sollen wir tun?“ aufkommen. Jedoch ist diese Fragestellung für Pflegepersonen sehr belastend und auch herausfordernd. Das Ziel ist es, sobald diese Frage auftritt, gemeinsam eine ethische begründbare Antwort zu finden, um als Pflegekraft zu wissen: „Wir tun folgendes, weil ...“ (Riedel, Lehmeier 2013, S. 171–172).

5.3.1 Bedeutsamkeit von Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen unterstützen, leiten und strukturieren das ethisch begründete Handeln im Pflegealltag. Folgende Argumente bestätigen die Bedeutsamkeit von Fallbesprechungen:

- Immer wieder treten Pflegende in Konflikt mit komplexen Entscheidungssituationen, welche mit einer gewissen Arbeitsroutine nicht angemessen bewältigt werden können.
- Moralische Irritationen und Unsicherheiten begleiten Angehörige der Pflege immer wieder.
- Fragestellungen im pflegerischen Handeln haben oft den Bedarf reflektiert zu werden, doch werden von Pflegenden nicht immer erkannt. Dies wiederum beeinflusst die Professionalität und die Qualität.
- Ethische Fragestellungen haben einen großen Stellenwert im Pflegealltag, doch die konsequente kritische Reflexion spielt keine große Rolle.
- Das Reflektieren von ethischen Fragen ist in der Praxis nicht ausreichend integriert. Somit beeinflusst die ethische Reflexion die Zielperspektive einer qualitativ hochwertigen und werteorientierten Pflege beziehungsweise Begleitung (Riedel, Lehmeier 2013, S. 166–167).

5.4 Voraussetzungen für eine Fallbesprechung

Um eine ethische Fallbesprechung unter Anleitung eines Entscheidungsfindungsmodells durchführen zu können, müssen einige Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Dazu gehören ethische, kommunikative und fachliche Kompetenzen aller Beteiligten beziehungsweise auch Beschränkungen, die die Organisation betreffen (Ruppert 2013, S. 105).

Ethische Fähigkeiten in der Pflege sind Präsenz, Zuwendung und Verantwortung gegenüber den Patienten und der Patientin, natürlich aber auch moralische Sensibilität und Reflexion des eigenen Handelns. Jedoch ist es von Bedeutung, dass sich Pflegepersonen im Bereich der Ethik weiterbilden und ein Gefühl zu einer moralischen Entscheidungsfähigkeit entwickeln. Des Weiteren kommen noch die fachlichen Kompetenzen und Berufserfahrungen im Fachgebiet oder auch Spezialgebiet dazu, denn diese sind für eine Diskussion in Bezug auf eine

Entscheidungsfindung von Bedeutung. Eine Pflegekraft muss zu diesen Kompetenzen auch noch kommunikative Fähigkeiten mitbringen, um eine gute Diskussion führen zu können (Ruppert 2013, S. 105).

Wenn Patienten und Patientinnen oder auch Angehörige in eine ethische Entscheidungsfindung eingebunden werden, so kann kein Entscheidungsfindungsmodell angewendet werden, welches nur im interdisziplinären Team durchführbar ist. Dies ist nicht möglich, da in diesen Fällen die Emotionalität und auch die verschiedenen Kompetenzen eine große Rolle spielen. Deswegen ist darauf zu achten, dass keine Fachausdrücke und eine verständliche Redeweise in einer Diskussion verwendet werden (Ruppert 2013, S. 105).

Es wäre von Vorteil, dass diese Kompetenzen für Angehörige der Pflege in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu erlernen sind. Darüber hinaus wäre es auch wichtig, dass Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen eine Bereitschaft zur Diskussion mit Mitgliedern verschiedener Gesundheitsberufe mit sich bringen (Ruppert 2013, S. 105).

Zu allerletzt müssen zu den oben genannten Fähigkeiten auch die organisationsethischen und die organisationellen Voraussetzungen erwähnt werden. Hierbei ist es von Bedeutung, dass Ressourcen wie Zeit, Räumlichkeiten und die dazu notwendigen Personen zur Verfügung gestellt werden. Es wäre dabei auch von Vorteil eine Richtlinie für eine klinische Ethikberatung für eine Institution zu erstellen. Auf den Begriff „Ethikberatung“ wird in weiterer Folge näher eingegangen. In solch einer Richtlinie könnte festgelegt werden, wer eine Entscheidungsfindung einberufen darf, wann und wo diese stattfindet, wer der Moderator oder die Moderatorin ist, wer daran teilnimmt, wo das Ergebnis dokumentiert wird, ob eine Evaluation stattfindet und welche Kompetenzen die Beteiligten mitbringen müssen. Es wäre von Nutzen, wenn eine Richtlinie bzw. ein Konzept für die jeweilige Institution abgestimmt wird, denn auch das Pflegemodell und das Pflegeleitbild der Abteilung muss dafür berücksichtigt werden (Ruppert 2013, S. 106).

5.4.1 Definition und Grundlagen einer Ethikberatung

Eine Fallbesprechung kann ein Bestandteil einer Ethikberatung sein (Ruppert 2013, S. 96).

Dieser Begriff besteht aus zwei wesentlichen Elementen. Zum einen handelt es sich hierbei um eine Beratung und zum anderen handelt es sich um Urteile, die praktisch und moralisch vertretbar sind (Fahr 2008, S. 78).

Eine Ethikberatung ist ein Prozess, in dem ein oder mehrere dazu ausgebildete Berater oder Beraterinnen einem oder mehreren Ratsuchenden zu diesem Urteil über eine moralische Handlung verhelfen (Fahr 2008, S. 79).

Ethikberatung ist transitiv oder reflexiv. Die eine Art der Beratung, in der eine Person X eine Person Y über eine Situation informiert, wird transitiv genannt. Eine Beratung in der sich mehrere Personen hinsichtlich einer Situation informieren beziehungsweise gemeinsam beratschlagen, ist reflexiv (Fahr 2008, S. 78).

Des Weiteren kann eine Ethikberatung in einer direktiven oder nichtdirektiven Form vorkommen. Direktiv bedeutet, dass darauf geachtet wird, sich nach einem vorgegebenen normativen Rahmen zu orientieren, wie beispielsweise einem Ratschlag. Nichtdirektiv hingegen bedeutet, dass stärker auf Vorstellungen die den Ratsuchenden betreffen geachtet wird (Fahr 2008, S. 78).

Wie schon oben erwähnt, bezieht sich eine Ethikberatung auf moralische und praktische Urteile. Wichtig ist dabei, dass die Ratsuchenden die Situationen und die dazu erforderlichen Handlungen unter einem moralischen Gesichtspunkt wahrnehmen können (Fahr 2008, S. 79).

5.5 Ablauf einer Fallbesprechung

Fallbesprechungen werden auf Station innerhalb eines Stationsteams abgehalten. Es müssen alle teilnehmen, die für den bestimmten Fall von einem Patienten oder einer Patientin selbst die Verantwortung tragen. Diese werden durch einen Moderator oder durch eine Moderatorin geleitet, der oder die neutral ist. Dies

bedeutet, dass dieser oder diese nicht zur Abteilungshierarchie gehören darf, jedoch aber mit den Gegebenheiten vertraut sein soll. Des Weiteren wird ein Gespräch nach einer Fallbesprechungsmethode geleitet und muss in einem Protokoll dokumentiert und zusammengefasst werden (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 251).

5.5.1 Vorbereitung

Eine Fallbesprechung braucht eine gute Vorbereitung, die von einer Bezugspflegekraft oder von einer Pflegedienstleitung durchgeführt wird. Unter anderem muss dabei auch der Moderator oder die Moderatorin ausgewählt werden. Die Bezugspflegekraft oder auch die Pflegedienstleitung sind dafür verantwortlich, dass alle Unterlagen, die für die Besprechung notwendig sind, bereit liegen. Des Weiteren muss festgelegt werden, ob externe Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Betreuer und Betreuerinnen teilnehmen sollten. Im Vorfeld muss auch bestimmt werden, wer das Protokoll verfasst (Thomsen 2011, o. S.).

Es gibt keine bestimmte Richtlinie für die Dauer einer Fallbesprechung, denn diese hängt vom Fall ab. Im Schnitt dauert eine Besprechung 30–60 Minuten. Jedoch sollte eine ethische Fallbesprechung nicht länger als 90 Minuten dauern (Thomsen 2011, o. S.).

5.5.2 Durchführung

- Fallpräsentation

Eine Fallpräsentation dauert maximal 10 Minuten. Nachdem der auserwählte Moderator oder die auserwählte Moderatorin alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen begrüßt hat, wird der Grund für diese ethische Fallbesprechung genannt. Danach stellt die Bezugspflegekraft den Patienten oder die Patientin, um den oder die es sich handelt vor. Dabei sind wesentliche Fakten zu beachten, wie das Verhaltensmuster, Diagnosen, die momentane Pflegesituation und natürlich auch die soziale Situation (Thomsen 2011, o. S.).

- Verständnis- und Klärungsfragen

Diese Phase dauert maximal 5 Minuten. Dabei werden unklare Fragen behandelt und klargestellt (Thomsen 2011, o. S.).

- **Kommentierung**

Dieser Schritt zu einer erfolgreichen Fallbesprechung dauert ca. 10 Minuten. Jeder Teilnehmer beziehungsweise jede Teilnehmerin ergänzt zusätzliche Erfahrungen und Eindrücke, die den Patienten oder die Patientin betreffen. Hierbei bietet sich das „Blitzlichtverfahren“ an, welches bedeutet, dass jeder über den Patienten oder der Patientin etwas sagen darf, ohne dabei unterbrochen zu werden (Thomsen 2011, o. S.).

- **Perspektivwechsel**

Die Phase des Perspektivwechsels dauert ca. 10–15 Minuten. Dabei schlüpfen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in die Rolle des Patienten oder der Patientin und äußern mögliche Eindrücke und Wahrnehmungsmöglichkeiten. Dies hat den Zweck, dass die Situation von einer anderen Sicht wahrgenommen wird und vielleicht dadurch auf mehr Informationen stößt (Thomsen 2011, o. S.).

- **Lösungsangebote / Umgangsempfehlungen**

Diese Phase soll ca. 10 Minuten dauern. Teilnehmer oder Teilnehmerinnen geben Lösungsvorschläge und Umgangsempfehlungen. Darüber hinaus werden diese zur Diskussion gebracht und darüber abgestimmt (Thomsen 2011, o. S.).

- **Dokumentation des Maßnahmenplans und Festlegung**

Die letzte Phase für eine Fallbesprechung dauert ca. 5 Minuten. Hierbei müssen die Ergebnisse dokumentiert werden. Auf diesem Protokoll muss ebenfalls ersichtlich sein, von wem welche Maßnahmen zur Durchführung dienen. Des Weiteren muss auch protokolliert werden wann eine Evaluation stattfindet (Thomsen 2011, o. S.).

6. Entscheidungsfindungsmodelle

Zu einer strukturierten Durchführung von Fallbesprechungen werden ethische Entscheidungsfindungsmodelle benötigt, um eine moralische Entscheidung, die für alle Beteiligten passend ist, zu treffen (Ruppert 2013, S. 96).

Moralische Probleme kommen in der Behandlung, Pflege und in der Versorgung von Patienten und Patientinnen vor. Hierbei geben Entscheidungsfindungsmodelle eine Struktur vor, diese zu analysieren (Steinkamp 2012, S. 175).

6.1 Definition

Entscheidungsfindungsmodelle sind keine Checklisten. Um diese anwenden zu können, wird Einfühlungsvermögen und Erfahrung benötigt. Solche Modelle werden verwendet, um Einzelfälle im pflegerischen Alltag strukturiert zu bewerten. Ganz wichtig zu beachten ist, dass dabei nicht nach einem bestimmten Schema vorgegangen wird, sondern individuell auf die Situation des Patienten oder der Patientin eingegangen wird (Ruppert 2013, S. 96–97).

6.2 Nutzen von Entscheidungsfindungsmodellen

Eine ausführliche Beratung und Diskussion, in der alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen gemeinsam zu einem Konsens kommen, ist die Grundlage für eine ethische Entscheidung. Ein Entscheidungsfindungsmodell wird dabei als Hilfsmittel eingesetzt, jedoch gibt es dabei keine Garantie für ein ethisch vertretbares Handeln (Ruppert 2013, S. 97).

Das Ziel eines solchen Modells ist es, eine Fallbesprechung strukturiert und orientiert durchführen zu können. Dabei handelt es sich oft um emotionale Probleme, die mit Konflikten bestückt sind. Deswegen ist es von Vorteil ein Schema zur Bearbeitung vor sich liegen zu haben, um keine wichtigen Aspekte außer Acht zu lassen. Darüber hinaus berücksichtigen Entscheidungsfindungsmodelle Normen und Werte, geben die Möglichkeit die Situation von anderen Gesichtspunkten zu beobachten und beziehen sich auf alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fallbesprechung. Um ethische Entscheidungsmodelle hiermit zu veranschaulichen, bilden diese einen roten

Faden durch die Diskussion und bringen somit Ordnung mit sich (Ruppert 2013, S. 97).

Ein wesentlicher Nutzen ist die Nachvollziehbarkeit für alle, die an der Diskussion nicht teilgenommen haben. Es kann im Nachhinein nachgelesen werden, was besprochen wurde mit allen Details (Ruppert 2013, S. 97).

6.3 Der Nutzen eines Supervisors in ethischen Entscheidungsfindungsmodellen

Das Lösen von Problemen und ethische Entscheidungsfindungen gehören zum Alltag einer Pflegeperson. Klinische Supervisionen erweisen sich dabei als erfolgreich, weil damit ethische Probleme reflektiert werden können und somit gemeinsam eine Entscheidung getroffen werden kann. Dafür wird ein Supervisor benötigt, der eine Supervision leitet. Dieses Thema bedarf mehr an Wissen und deshalb wurde eine Studie in Schweden durchgeführt, um die Wichtigkeit eines Supervisors beziehungsweise einer Supervision in ethischen Entscheidungsfindungsmodellen aufzuzeigen (Berggren, Severinsson 2006, S. 637–638).

Ein Supervisor muss Sicherheit für die Patienten, die Patientinnen und für allen anderen Beteiligten überbringen. Durch Wissen und Reflektion des eigenen Handelns innerhalb einer Supervision wird mehr Sicherheit im Umgang mit den Patienten und den Patientinnen geschaffen. Dabei ist es auch von Bedeutung in die Rolle des betroffenen Patienten oder der Patientin zu schlüpfen (Berggren, Severinsson 2006, S. 639).

Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre das Einbeziehen von theoretischem Wissen. Durch das Wissen aller Beteiligten kann eine Sicherheit im Umgang mit Patienten und Patientinnen ebenfalls unterstützt werden (Berggren, Severinsson 2006, S. 639).

Darauffolgend wird das Thema zur Bereitschaft auftretender Fragen zu klären, beleuchtet. Für Pflegepersonen haben Fragen, die die Versorgung des Patienten

oder der Patientinnen betreffen, den größten Stellenwert. Danach folgen erst Fragen, die Probleme im Team betreffen oder die beispielsweise den Pflegeprozess anbelangen (Berggren, Severinsson 2006, S. 639).

Auch die Gefühlsebene wird dabei nicht außer Acht gelassen, denn die Emotionalität aller Beteiligten ist wichtig, um alle Aspekte aufarbeiten zu können. Gefühle der Machtlosigkeit und Empfindungen, nicht verstanden zu werden treten am häufigsten auf (Berggren, Severinsson 2006, S. 639).

Eine weitere Aufgabe eines Supervisors ist es, Angehörige der Pflege herauszufordern, um die eigene Persönlichkeit und Arbeit zu stärken und zu verbessern. Das Ziel ist es, den Pflegepersonen den Umgang mit ethischen Problemen näher zu bringen (Berggren, Severinsson 2006, S. 639– 640).

Respekt gegenüber allen Beteiligten ist wertvoll, um den anderen zu achten und gleichzeitig zu stärken und somit einen Fortschritt in der Arbeit zu erkennen (Berggren, Severinsson 2006, S. 640).

Die letzte wichtige Herausforderung eines Supervisors ist es eine Beziehung zu den Mitgliedern herzustellen. Dabei ist es von Bedeutung, wenn dieser oder diese ein gutes Gespür für Gefühle von anderen Mitgliedern mitbringt und ihnen Vertrauen schenkt. Darüber hinaus soll auch eine Beziehung zwischen den Pflegepersonen und den Patienten beziehungsweise den Patientinnen aufgebaut werden. Dadurch werden Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit, der Pflege und der Behandlung erleichtert (Berggren, Seberinsson 2006, S. 642).

Abschließend ist ein Supervisor sehr hilfreich in ethischen Entscheidungsfindungen, da somit mehrere Aspekte in den Vordergrund geraten, die sonst vielleicht untergegangen wären (Berggren, Seberinsson 2006, S. 637– 638).

7. Nimwegener Methode

Die Nimwegener Methode wurde in den Niederlanden am Krankenhaus Nijmegen von einem klinischen Ethikkomitee entwickelt (Ruppert 2013, S. 100). Dieses Modell ist ein mögliches Instrument, welches für eine ethische Fallbesprechung eingesetzt werden kann. Darüber hinaus wurde es für die Bedürfnisse in der klinischen Praxis erstellt (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 22–23).

7.1 Definition

Die Nimwegener Methode ist ein Modell, welches aus vier Stufen besteht und bei moralischen Problemen in der klinischen Praxis angewendet wird. Dieses Instrument ist besonders für Fallbesprechungen im multidisziplinären Team geeignet, um eine ethische Entscheidung zu treffen. Das Ziel dieser Methode ist es, eine Fallbesprechung strukturiert aufzubauen (Steinkamp 2012, S. 178–179). Eine weitere Aufgabe liegt darin, die ethische Frage „Was sollen wir tun?“ zu beantworten (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 255).

7.2 Beschreibung der Nimwegener Methode

Diese Methode wurde für Akut- und Langzeitbereiche, wie neonatologische Intensivstationen, Pflegeheime und für psychiatrische Stationen entwickelt (Ruppert 2013, S. 101). Mittlerweile wird dieses Modell auch außerhalb der Niederlande verwendet, wie zum Beispiel in Deutschland und in anderen europäischen Ländern (Steinkamp 2012, S. 178).

Die Leitung für eine Fallbesprechung wird dabei entweder von einer Ethikfachperson, die dafür ausgebildet wurde, oder von einer Person, die für eine Moderation eingeschult wurde übernommen (Steinkamp 2012, S. 179). Wesentlich ist dabei, dass das Gespräch so neutral wie möglich geleitet wird, um alle Fragen und Aspekte miteinbeziehen zu können. Überdies hat jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin die gleichen Rechte, Sichtweisen und Meinungen zu äußern (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23).

In weiterer Folge beruht die Nimwegener Methode auf fünf Grundannahmen.

- Der erste Aspekt befasst sich damit, dass ethische Fragen mit der klinischen Praxis zusammenhängen und das Handeln als moralisch angesehen wird.
- In der zweiten Grundannahme geht es darum, dass ein ethisches Problem bedachtsam formuliert wird. Dies sollte am Beginn einer Fallbesprechung stattfinden.
- Der dritte Punkt beschäftigt sich mit dem detaillierten Verständnis eines ethischen Problems. Dabei ist es von Bedeutung, dass Analyse, Interpretation und Argumentation miteinander in Verbindung stehen.
- In der vierten Annahme wird beschrieben, dass ein Konsens unter den Mitgliedern zwar bedeutsam, jedoch nicht notwendig ist. Erforderlich ist dabei, dass die Argumente in sich schlüssig sind und ein Zusammenhang ersichtlich ist.
- Der letzte Standpunkt beruht darauf, dass die Moderation von jemandem übernommen werden soll, der in das zu besprechende ethische Problem nicht mit involviert, jedoch in der Vorgehensweise von Fallbesprechungen geschult ist. Außerdem soll diese nicht der Hierarchie der Station angehören (Steinkamp 2012, S. 179).

7.2.1 Gesprächsphasen

Die Nimwegener Methode beruht auf vier Gesprächsphasen (Steinkamp 2012, S. 179).

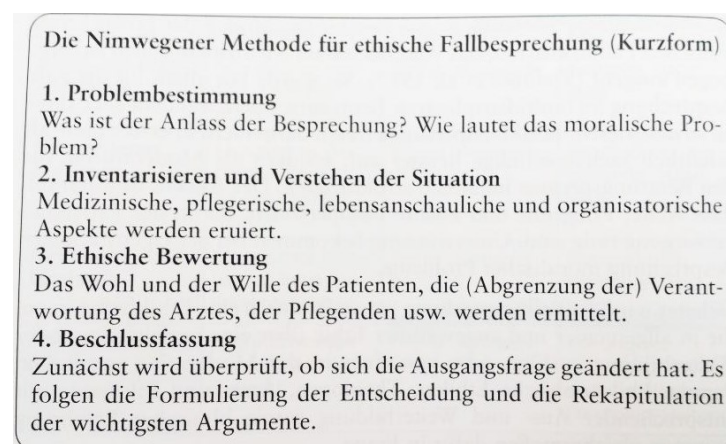


Abb. 2: Kurzfassung der Nimwegener Methode (Steinkamp 2012, S. 180)

- Problembestimmung

In der ersten Phase ist es wesentlich, dass ein ethisches Problem so präzise wie möglich beschrieben wird. Dies ist der Grundstein für den Beginn dieser Methode, denn sonst kann es passieren, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen von verschiedenen Fragestellungen ausgehen (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23). Darüber hinaus spielt auch die Argumentation eine wesentliche Rolle. Es muss Klarheit darüber geschaffen werden, dass es sich um ein ethisches Problem und nicht um ein medizinisches beziehungsweise pflegerisches Problem oder um Unklarheiten in der Kommunikation handelt. Eine weitere Herausforderung besteht darin, herauszufinden was das bedeutendste Problem in einer bestimmten Situation ist. Die Frage soll so eindeutig wie möglich formuliert werden, sodass im Rahmen einer Teambesprechung in etwa einer Stunde eine passende Antwort erarbeitet werden kann (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 261).

Ein ethisches Problem entwickelt sich dann, wenn Unsicherheiten und Unklarheiten in Bezug auf Handlungs- und Entscheidungssituationen auftreten. Das Ziel soll darin liegen, einen ethisch vertretbaren Handlungsvorgang zu entwickeln und dies auch begründen zu können. Dies ist der Grund warum sich eine Fragestellung direkt an der Handlung orientieren sollte, in der sich das Problem widerspiegelt (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 261–262).

In der ersten Gesprächsphase kommen meist mehrere Fragestellungen zustande. Dabei ist es wichtig diese zu benennen und zu ordnen. In weiterer Folge muss herausgefiltert werden, welche Fragestellung für das bestimmte ethische Problem am wichtigsten erscheint (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 262–263).

- Inventarisieren und Verstehen der Situation

In dieser Gesprächsphase liegt der Fokus darauf, dass alle Fakten zusammengetragen werden. An dieser Stelle müssen pflegerische und auch medizinische Aspekte berücksichtigt werden, denn sonst könnten Fakten, die für die Problemlösung wesentlich wären, verloren gehen (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23).

Dieser Schritt zu einer erfolgreichen Problemlösung darf nicht unterschätzt und überflogen werden, denn dies wäre im Laufe des Gesprächs kontraproduktiv. Die komplexe Problematik würde zu sehr vereinfacht dargestellt werden. Bei den ersten beiden Gesprächsphasen ist es wesentlich, diese in ihren ethisch relevanten Dimensionen wahrzunehmen. Deswegen dürfen diese nicht unter Zeitdruck stehen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 268).

- Ethische Bewertung

Hierbei werden Fragestellungen nach dem Wohlbefinden, der Autonomie des Patienten oder der Patientin und der Verantwortlichkeit der zuständigen Berufsgruppen bewertet und diskutiert. An dieser Stelle ist es erforderlich, Normen und Werte mit einzubeziehen, denn diese müssen bei der Problemlösung verglichen werden (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23). Dabei soll die Sichtweise des Patienten oder der Patientin berücksichtigt werden und die persönlichen Meinungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen immer mehr in den Hintergrund rücken (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 271).

Normen und Werte müssen relevant für die entsprechende Situation sein. Darüber hinaus sollen diese diskutiert und abgewogen werden. Im Wesentlichen geht es darum, wichtige Aspekte für die Problemstellung herauszufiltern (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 271).

In diesen ersten drei Gesprächsphasen der Nimwegener Methode geht es darum, dass von einer Intuition zu einer Reflexion übergeleitet wird. Dieser Übergang kann niemals auf einmal geschehen, denn dieser benötigt Zeit und besteht aus vielen kleinen Schritten. Das endgültige Ziel soll jedoch die Reflexion sein, um zu einer Beschlussfassung übergreifen zu können (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 272).

- Beschlussfassung

Der Einstieg der letzten Gesprächsphase ist es, das anfangs genannte ethische Problem beziehungsweise die Fragestellung zu wiederholen, um zu überprüfen, ob bei dieser eine Änderung erforderlich ist (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23).

Anschließend werden die besprochenen Ergebnisse zusammengetragen und es wird darauf geachtet, ob im Laufe des Gesprächs aufkommende Fragen noch unbeantwortet sind. Nun, wenn alles beantwortet und für das gesamte Team klar erscheint, kann eine Entscheidung getroffen werden. Dafür müssen Argumente gefunden werden, um eine entscheidende Handlung ethisch vertreten zu können. Hierbei ist es nicht zwingend notwendig in der Entscheidungsfindung einen Konsens zu finden, wesentlich ist jedoch nur, dass jede Handlung begründet werden kann (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 274–275).

Es gibt auch Situationen, in denen Patienten oder Patientinnen keine eigene Willensfähigkeit vorweisen, oder in denen es sich um Kinder oder langanhaltende Untersuchungen handelt. Diese Besonderheiten befinden sich auf der Rückseite des Formulars, wo Fragen für Personen gestellt werden, die dazu befugt sind eine stellvertretende Meinung für den jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin zu äußern (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 23).

8. Reflexionsmodell von Marianne Rabe

Das Reflexionsmodell von Marianne Rabe ist ein weiteres Hilfsmittel für eine Fallbesprechung. Dieses Modell unterscheidet sich von anderen, da es keine fix vorgegebenen Fragen beinhaltet, sondern mit einzelnen Schritten individuell auf eine bestimmte Situation eingeht (Rabe 2009, S. 152).

8.1 Definition

Dieses Instrument beinhaltet drei Schritte und wird ebenfalls zur Lösung eines ethischen Problems angewendet (Ruppert 2013, S. 99). Marianne Rabe setzt das Augenmerk darauf, dass dieses Reflexionsmodell nach keinem bestimmten Schema vorgeht, denn sonst könnten wichtige Aspekte, die die Fragestellung betreffen verloren gehen (Rabe 2009, S. 152, 158).

8.2 Beschreibung des Reflexionsmodells nach Marianne Rabe

Eine Reflexion des eigenen Handelns ist deswegen ein wesentlicher Bestandteil in der Pflege, da Pflegepersonen sehr viel Zeit am Patienten und an der Patientin verbringen. Die Reflexionsfähigkeit gehört zu einem wesentlichen Teil ethischer Kompetenzen, die Angehörige der Pflege mit sich bringen sollten (Rabe 2009, S. 145).

Nach Marianne Rabe besteht der Zweck eines Entscheidungsfindungsmodells darin, alle Aspekte, welche zu einer reflexionsorientierten Fallbesprechung führen, zu strukturieren. Darüber hinaus werden ethische Betrachtungsweisen mit einbezogen und somit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen näher gebracht (Rabe 2009, S. 145, 152). Jedoch meint sie, ein großes Kriterium anderer Modelle, die viele Fragen beinhalten ist es, dass diese einfach nur abgearbeitet werden und dabei nicht auf wichtige Details geachtet wird (Ruppert 2013, S. 99).

Wenn Personen über eine Ethikkompetenz verfügen, bedeutet dies nicht, dass diese auch ethisch handeln. Es ist von großer Bedeutung, dass Angehörige der Pflege sich immer wieder mit ethischen Grundsätzen beschäftigen in Form von Fort- und Weiterbildungen. Nur so können sich die Qualität und die Zufriedenheit der eigenen Arbeit steigern. Zusätzlich muss dafür das eigene Handeln und auch

Situationen reflektiert werden können. Dafür eignet sich das dreistufige Reflexionsmodell nach Marianne Rabe (Meriaux-Kratochvila 2010, S. 70).

Da dieses Modell zur Reflexion von Situationen keine fixe Vorgehensweise vorgibt, werden Teilnehmer und Teilnehmerinnen dadurch angeregt selbstständig zu formulieren und zu begründen (Rabe 2009, S. 152). Des Weiteren werden alle Beteiligten aufgefordert, sich über Werte und Prinzipien Gedanken zu machen, die das weitere Vorgehen in einer Problemsituation beeinflussen (Meriaux-Kratochvila 2010, S. 70). Das Ziel dieses Hilfsmittels ist es also, individuell auf eine Fragestellung eingehen zu können, ohne dass der Moderator oder die Moderatorin sich an einen Fragenkatalog halten muss (Rabe 2009, S. 152).

8.2.1 Schritte des Reflexionsmodells

1. Situationsanalyse
Persönliche Reaktionen
Die Sicht der anderen: Perspektive aller am Fall beteiligten Personen
Alternative Handlungsmöglichkeiten und ihre Folgen für die Betroffenen
2. Ethische Reflexion
Benennung des ethischen Problems
Formulierung der normativen Orientierungen und übergeordneten Prinzipien, ¹ die für diese Situation von Bedeutung sind
Verantwortungsebenen: persönlich institutionell gesellschaftspolitisch
3. Ergebnisse
Ethisch begründete Beurteilung
Konsens/Dissens
Nötige praktische Konsequenzen und ihre Durchsetzung

Abb. 3: Modell für ethische Reflexion (Rabe 2009, S. 153)

- Situationsanalyse

Der erste Schritt dient zur Schilderung der Situation. Wie diese Phase erfolgt, obliegt dem Vorwissen aller Beteiligten. Dabei können beispielsweise Selbsterfahrungen mit einbezogen werden. Danach wird auf Gefühle und Reaktionen aller Teilnehmer und Teilnehmerinnen geachtet. Diese geben Auskunft darüber, ob noch ein Klärungsbedarf vorliegt. Diese müssen am Anfang besprochen werden, da sie das Tor zum Fall öffnen. Wenn sie außer Acht gelassen werden, könnten sie die Diskussion stören und somit in die Länge ziehen. In weiterer Folge sollen alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen in die Rolle der betroffenen Person schlüpfen, um die Gesamtsituation wahrnehmen zu können. Diese Handlung ist moralisch angesehen und bedeutsam für die Ethik in der Pflege. Ebenso ist es wichtig wie die Beteiligten zueinander stehen. Es kann vorkommen, dass nicht alle Fragen, die den Fall betreffen geklärt werden können. Deswegen dürfen auch Vermutungen aufgestellt werden, jedoch müssen diese begründet werden. Die letzte Phase des ersten Schrittes befasst sich damit, Handlungsmöglichkeiten zu sammeln. Dies hat den Sinn, dass es immer mehrere Lösungen für ein Problem in der gegebenen Situation gibt. Pflegepersonen werden leider oft „betriebsblind“ und arbeiten nach Gewohnheiten. Moralische Phantasie kann dazu führen, neue Handlungsmöglichkeiten zu entdecken, um das Handlungsfeld zu erweitern (Rabe 2009, S. 154).

- Ethische Reflexion

Die ethische Reflexion definiert die Frage in Bezug auf das ethische Problem. „Anschließend sollen diejenigen Grundsätze, Prinzipien oder Werthaltungen benannt und diskutiert werden, die in dieser Situation verletzt werden oder bei ihrer Beurteilung zur Orientierung dienen können.“ (Rabe 2009, S. 155) Die Schwierigkeit in diesem Schritt ist es, dass die übergeordneten Prinzipien mit den Normen, die auf Station geltend sind, in Konflikt geraten könnten und es somit zu einer Verletzung der Moral kommt. Am Ende kommt die Frage auf, wer Verantwortung für die entsprechende Situation übernimmt, mit dem Ziel eine ethische Reflexion zu vollenden und somit zu einer Beurteilung über zu gehen (Rabe 2009, S. 155).

- Ergebnisse

Im letzten Schritt liegt das Augenmerk darauf, alle Aspekte aus den ersten beiden Phasen zusammenzutragen. Hierbei kann es zu Meinungsverschiedenheiten kommen, jedoch aber auch zu einem Konsens. Alle Erläuterungen dürfen nicht außer Acht gelassen werden, um zu einem Ergebnis zu kommen. Es steht nicht im Vordergrund, dass durch eine Reflexion eine einheitliche Lösung eruiert wird, sondern dass neue Erkenntnisse aufkommen, die ebenfalls einer Diskussion bedürfen (Rabe 2009, S. 155).

Schlussendlich ist zu sagen, dass Entscheidungsfindungsmodelle im klinischen Alltag ethische Entscheidungsfindungen erleichtern. Durch verschiedene Modelle ist es möglich eine Fallbesprechung strukturiert besprechen zu können, da nach einem bestimmten Schema vorzugehen ist. Dabei handelt es sich oft um emotionale ethische Probleme und durch eine bestimmte Vorgabe in der Entscheidungsfindung, können alle wichtigen Aspekte berücksichtigt und behandelt werden (Ruppert 2013, S. 96–97).

Ein weiterer Grund ein ethisches Entscheidungsfindungsmodell zu verwenden, ist die Nachvollziehbarkeit eines Entscheidungsprozesses für jene die bei der Besprechung nicht teilgenommen haben (Ruppert 2013, S. 96–97).

9. Schlussfolgerung

Pflegepersonen haben die Aufgabe, sich fast täglich mit ethischen Entscheidungen zu befassen (Ruppert 2013, S. 95). Mit den vielen Möglichkeiten in der Medizin und der zusätzlich verstärkten Autonomie der Patienten und Patientinnen, treten ethische Probleme verstärkt auf (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 88). Für Angehörige der Pflege ist es eine große Herausforderung, die richtigen Entscheidungen zu treffen, die ethisch und moralisch zu vertreten sind. Aufgrund des medizinischen Fortschritts verlängert sich die Lebensdauer der Menschen. Hierbei entstehen schwierige Situationen und dadurch haben Pflegekräfte die ethische Verantwortung gegenüber Patienten, Patientinnen und deren Angehörigen im Zusammenhang mit einer Entscheidungsfindung (Milton 2010, S. 113–115).

Pflegepersonen verlassen sich oft auf das intuitive Wissen und handeln spontan. Jedoch wird darüber nicht nachgedacht, welche Folgen unüberlegte Entscheidungen mit sich bringen. Es handelt sich um ein ethisches Problem, wenn durch Intuition keine passende Entscheidung getroffen werden kann (Gordijn, Steinkamp 2000, S. 22). Wichtig ist dabei, dass Angehörige der Pflege schwierige Situationen im täglichen pflegerischen Alltag nicht als Routine sehen, sondern mit Behutsamkeit behandeln (Milton 2010, S. 115).

Fallbesprechungen geben eine Struktur vor, um zu einer Lösung eines ethischen Problems zu kommen (Gordijn, Steinkamp 2010, S. 256). Ein Gespräch besteht dabei aus einer Fallpräsentation, Verständnis- und Klärungsfragen welche behandelt werden, aus einer Kommentierung, aus einem Perspektivwechsel, aus Lösungsangeboten und aus einer Dokumentation der Maßnahmen, zur Festlegung (Thomsen 2011, o. S.).

Für eine Fallbesprechung werden verschiedene ethische Entscheidungsfindungsmodelle verwendet, um einer Struktur als Moderator oder als Moderatorin folgen zu können (Ruppert 2013, S. 96). Diese werden als Hilfestellung benötigt, denn durch die Anwendung solcher Modelle wird vermieden, dass durch eine bestimmte Reihenfolge von Fragen wichtige Aspekte

außer Acht gelassen werden (Rabe 2009, S. 145). Darüber hinaus ist es von Bedeutung, dass alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Diskussion miteinbezogen werden und auch emotionale Gesichtspunkte berücksichtigt werden (Ruppert 2013, S. 97). Jedoch ist dabei zu beachten, dass diese nicht blind abzuarbeiten sind, denn jede Situation ist mit Sensibilität zu behandeln. Ein weiterer wesentlicher Vorteil solcher Hilfsmittel ist die Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses für alle Nichtbeteiligten an der Besprechung (Ruppert 2013, S. 96–97).

Eine zusätzliche Möglichkeit ist es, Supervisoren einzusetzen, um eine ethische Entscheidungsfindung noch genauer begründen und auf ethische Probleme noch gründlicher eingehen zu können. Durch eine Supervision in ethischen Entscheidungsfindungsmodellen kann das eigene Handeln reflektiert werden und somit die Sicherheit im beruflichen Handeln bestärken. Darüber hinaus müssen alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen in die Rolle des Patienten oder der Patientin schlüpfen, um die Situation noch genauer beleuchten zu können (Berggren, Severinsson 2006, S. 637).

Ein Beispiel für ein ethisches Entscheidungsfindungsmodell ist die Nimwegener Methode. Dieses Hilfsmittel für eine Fallbesprechung besteht aus vier Stufen und ist im multidisziplinären Team anzuwenden. Des Weiteren beruht dieses Modell auf fünf Grundannahmen, welche oben genau beschrieben werden. Die Durchführung besteht aus einer Problembestimmung, aus dem Inventarisieren und dem Verstehen einer Situation, aus einer ethischen Bewertung und aus einer Beschlussfassung. Dieses Instrument wird in Bereichen der Akut- und Langzeitpflege und ebenfalls auf psychiatrischen Stationen verwendet (Steinkamp 2012, S. 178–179).

Marianne Rabe entwickelte ein Reflexionsmodell, welches aus drei Schritten besteht. Dabei wird die Situation analysiert und eine ethische Reflexion durchgeführt. Diese zwei Phasen führen zum dritten Schritt, in dem Ergebnisse zusammengetragen werden. Marianne Rabe kritisiert an anderen ethischen Entscheidungsfindungsmodellen, dass diese strikt nach einem gewissen Schema ablaufen (Ruppert 2013, S. 99–100). Deswegen hat sie ein Instrument entwickelt,

in dem die Reflexion im Mittelpunkt steht und keine fixen Fragen vorgegeben sind (Rabe 2009, S. 152).

Abschließend ist zu sagen, dass ethische Entscheidungsfindungsmodelle in der Pflege für eine Entscheidungsfindung herangezogen werden sollen, da diese eine große Hilfestellung sind und dadurch keine wichtigen Eckpunkte, welche für eine moralisch und ethisch vertretbare Entscheidung wesentlich erscheinen außer Acht gelassen werden (Ruppert 2013, S. 96).

10. Literaturverzeichnis

Berggren Ingela, Severinsson Elisabeth (2006): The significance of nurse supervisors' different ethical decision-making styles. In: Journal of Nursing Management. Vol. 14. No. 8. pp. 637–643.

Fahr Uwe (2008): Philosophische Modelle klinischer Ethikberatung. Ihre Bedeutung für Praxis und Evaluation. In: Frewer Andreas, Fahr Uwe, Rascher Wolfgang (Hg) (2008): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann. S. 75–98.

Gordijn Bert, Steinkamp Norbert (2010): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtungen. 3., überarbeitete Auflage. Deutschland: Hermann Luchterhand Verlag.

Gordijn Bert, Steinkamp Norbert (2000): Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2000.05.022.pdf> (25. Februar 2016).

Kambiz Rahbar (2010): Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin. <http://www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/> (23. März 2016).

Kemetmüller Eleonore, Gschwandtner Gabriele, Maier Nicola (2014): Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung Folder. Krems: NÖGUS Departement für Pflegewissenschaft.

Kemetmüller Eleonore (2013): Philosophische Grundlagen. In: Kemetmüller Eleonore, Fürstler Gerhard (Hg.) (2013): Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Wien: Facultas Verlag. S. 11–45.

Kliemt Hartmut (2006): Ethische Konflikte im Gesundheitswesen. <https://www.socialpolitik.de/docs/oldtag/2005/Kliemt%20Vortrag.pdf> (4. März 2016).

Kostka Ulrike, Riedl Anna Maria (2009): Ethisch entscheiden im Team. Ein Leitfaden für soziale Einrichtungen. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Meriaux-Kratochvila Silvia (2010): Ethik im Praxisalltag: Handeln und Entscheiden.

https://www.cornelsen.de/bgd/97/83/06/45/03/20/5/9783064503205_x1SE_S069-076.pdf (2. März 2016).

Milton Constance (2010): Doing the right thing with families during critical life events. In: Nursing science quarterly. In: Nursing Science Quarterly. Vol. 23. No. 2. pp. 113–116.

Monteverde Settimino (2012): Das Umfeld pflegeethischer Reflexion. In: Monteverde Settimino (Hg.) (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisches denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 19–41.

Neitzke Gerald (2011): Ethische Konflikte im klinischen Alltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Stutzki Ralf, Ohnsorge Kathrin, Reiter-Theil Stella (Hg.) (2011): Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis. Wien, Zürich, Berlin: LIT Verlag. S. 59–77.

Rabe Marianne (2009): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Riedel Annette, Lehmeier Sonja (2013): Konzeptentwicklung: Theoretische Fundierung und Prämissen zur Konzeptualisierung ethischer Fallbesprechungen. In: Riedel Annette, Lehmeier Sonja, Elsbernd Astrid (2013): Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Lage: Jacobs Verlag. S. 39–157.

Ruppert Sabine (2013): Entscheidungsfindungsmodelle in der Ethik. In: Kemetmüller Eleonore, Fürstler Gerhard (Hg.) (2013): Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Wien: Facultas Verlag. S.95–108.

Steinkamp Norbert (2012): Methoden ethischer Entscheidungsfindung im Pflegealltag. In: Monteverde Settimino (Hg.) (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisches denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S.175–192.

Thomsen Michael (2001): Fallbesprechung. Tipps zur Vorbereitung und Durchführung. <http://www.experto.de/pflege/fallbesprechung-tipps-zur-vorbereitung-und-durchfuehrung.html> (17. Februar 2016).