

Die Ethische Fallbesprechung - kein Selbstläufer -

Nachhaltigkeit
durch flankierende Massnahmen

Ruth Hermanns, Krankenhauseelsorgerin,
Integrative Therapie, Supervisorin DGSv, Ethikberatung

Zustand nach Implementierung EFB – im St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind

- 2001 1 Jahr Implementierung mit Erstellen der der Geschäftsordnung f. Intensivstation (
- 2002 Abschluß u. Inkraftsetzung f. Intensivstation
- 2003 - 3 akute ethische Fallbesprechungen
 - **Beginn flankierender Maßnahmen** (nächste Folie)
- 2008 Gründung KEK
- 2010 Einführung EFB auf allen internistischen Stationen(Prof. Pohl)
- 2013 Einführung EFB auf allen anderen Stationen (nach Antrag KEK Beschluss der CA-Konferenz und GF)

Flankierende Massnahmen

Seit 2003 Fortbildungen mit Inhalt EFB

- Demonstration einer EFB
- Erstellen einer Ablaufbeschreibung
„Organisation einer EFB“
- IBF
2x jährlich 4 Stunden f. alle Berufsgruppen
(gehalten von Stationsltg. INT, Seelsorge, Oberarzt)
- PJ-Ethikseminar
2 Tage, später ½ T

Weiterentwicklung EFB

- In der Regel 3-6 Fälle im Jahr (1 Jahr keine)
- Phase von wenigen akuten EFB und mehr Ethischen Fall**nach**besprechungen
- Problematischer Trend:
 - Was hindert MA, es im Akutfall einzubringen?
 - Erledigt sich EFB durch mehr multiprofessionelle Besprechungen?
- EFNB (Eth. Fall-**Nach**besprechung) kann im Einzelfall sinnvoll sein, erzeugt regelhaft aber kontraproduktiven Effekt

weitere Maßnahmen

Interprofessionelle Stationsbesprechung

- Einführung einer multiprofessionellen wöchentlichen Stationsbesprechung (durch Palliativmedizin. Gastarzt auf 1 internist. Station)
- Nach 4 Jahren Einführung auf allen anderen medizinischen Stationen
- 2016 Einführung auf den chirurgischen Stationen
- Inhalt: alle schwerwiegenden Erkrankungssituationen (onkologisch u.a.) und Versorgungssituationen
- TN: OA, Stationsärzte, Stationsleitung, Pflegende, Psychoonkologie, Sozialer Dienst, Physiotherapie, Seelsorge
- **Effekte bzgl. EFB:**
 - auch ethische Aspekte werden frühzeitig thematisiert
 - zunächst Nachlassen EFB
 - Einberufen EFB auch durch behandelnde Ärzte
 - weniger Konflikt, mehr Vergewisserung bzgl. der ethischen Qualität der Behandlung in hochkomplexen Situationen

Weitere flankierende Maßnahmen

- **Jährliche Auswertung** der EFB im Ethikkomitee:
Zahl, Einhaltung Regularium, Themen
- Führt zu **Ableitungen f. KEK**,, z.B.
 - Verfahrensweisung und Handreichung zum Umgang mit Patientenverfügungen u.a.
 - Anpassungen der Geschäftsordnung, z.B. Anwesenheit Behandlungsentscheider o. für Entscheidung autorisierter Oberarzt/-ärztin
 - Einführung der Nachfrage durch Moderator 1 Woche nach EFB: Herausfinden, wie mit der Empfehlung der EFB umgegangen wurde
- Intensivstation: entwickelt **Ethikvisite** alle 2 Wochen, ausführlich zu ausgewählten „Fällen“
- 2017 erstmals Ethikcafé

Weiterentwicklung von EFB begünstigenden Rahmenbedingungen

- Weiterentwicklung interprofessioneller Gespräche z.B. auf Palliativstation, in Q-Zirkeln (Brust-, Darm-/Pankreaszentrum, Gyn. Tumorzentrum...) und Qualitätsmanagement fördert interprofessionelle strukturierte Kommunikation
- QM sorgt für Verschriftlichung und „Durchsetzung“ der Mitarbeiterschaft mit den Regularien zur EFB

Change a running system...

- EFB „geht nur“ mit flankierenden Massnahmen wie interprofessionellen, strukturierten Besprechungen als Ermöglichung ethischer Diskussion
- Vereinbartes Draufschaun auf EFB hält sie im Laufen
- EFB stört – und spart Zeit
- EFB spart Stress (ethische Konflikte als Stressoren)
- EFB ist Platzhalter für Blick auf die kranken Menschen in komplexen Situationen
- EFB ist damit auch Instrument der Mitarbeiterpflege