



**Der Ethik-Jahresbericht –
Ein Instrument zur Evaluation
ethischer Organisationsentwicklung**



Malteser

...weil Nähe zählt.

Ausgangssituation	3
Entstehung eines Messverfahrens	4
Beschreibung des Verfahrens	5
Nutzen	6
Grenzen	7
Resümee	8
Anhang: Fragenkatalog	9

Impressum

Herausgeber: Malteser Deutschland gGmbH

Kalker Hauptstraße 22-24, 51103 Köln

Telefon: 0221/9822-01

Email: malteser@malteser.org

Autor: Lic. theol. Wolfgang Heinemann

Verantwortlich für den Inhalt: Fachbereich Ethik der Malteser Deutschland gGmbH Bereich Medizin und Pflege

Bilder: Malteser, www.biallas.de

1. Auflage

© Malteser, Köln 2012



Ausgangssituation

Ethikberatung hat im vergangenen Jahrzehnt im deutschen Krankenhauswesen eine hohe Konjunktur erlebt. Unterstützt durch die Empfehlung des Evangelischen und Katholischen Krankenhausverbandes¹, durch das Votum der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer² und durch die Berücksichtigung von Ethikstrukturen in der Zertifizierung von Krankenhäusern³ haben etwa 10 % der deutschen Krankenhäuser Formen von Ethikberatung implementiert⁴. Es haben sich vielfältige Formen der Ethikberatung entwickelt⁵; deren jeweiliger Nutzen wie auch der Nutzen von Ethikberatung im Gesundheitswesen insgesamt ist relativ wenig erforscht⁶. Dabei ist der zeitliche, personelle und damit auch der finanzielle Aufwand, um Ethikberatung in einer Einrichtung zu implementieren und zu realisieren, nicht unerheblich⁷.

Die Frage, ob der Aufwand, den organisierte Ethikberatung bedeutet, den Nutzen rechtfertigt, klingt zunächst einmal sehr an ökonomischen und weniger an ethischen Kriterien orientiert. Beurteilt man diese Frage jedoch unter dem Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit, wird ihre ethische Dimension deutlich: Wo finanzielle und zeitliche Ressourcen knapp sind und rationiert werden müssen, da wird die Frage, ob und warum ein bestimmtes Engagement notwendig oder nützlich ist und ob es überflüssig oder sogar schädlich ist, auch ethisch bedeutsam.

Beim Thema „Evaluation von Ethikberatung“ stößt man allerdings auf das Problem, dass beabsichtigte Wirkungen und ungewollte Nebenwirkungen nicht leicht messbar sind. Was im Bereich der Ethik gemessen werden kann, betrifft häufig nur die Oberfläche:

Wie viele ethische Fallbesprechungen in einem Krankenhaus im Jahr stattgefunden haben, wie oft und wie lange das Ethikkomitee getagt und wie viele Leitlinien erstellt wurden, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie häufig an ethischen Fortbildungen teilgenommen haben – das ist zwar nicht unwichtig, gibt aber wenig Auskunft über die Prozessqualität des ethischen Diskurses und die Produktqualität der erarbeiteten Empfehlung oder Leitlinie.

Bei allen Versuchen, Ethik in Kennziffern zu messen und ethische Entwicklungen und die ideelle Durchdringung einer Einrichtung in Zahlen darzustellen, ist zu beachten, dass nicht nur das zählt, was gezählt werden kann. In einer Zeit, in der Personen bei Behörden, Kostenträgern und Einrichtungen über Personalnummern identifiziert, Krankheiten und deren Behandlungen von eigens ausgebildeten Fachkräften kodiert werden und die wirtschaftliche Gesundheit eines Unternehmens in wenigen verdichteten Kennziffern erkennbar wird, trifft der Versuch, auch ethische Werte in Kennziffern zu messen, auf Skepsis.

Literaturhinweise auf Seite 27

Dennoch ist das, was gezählt werden kann, nicht ohne Aussagekraft. Es kommt darauf an, was gezählt wird, wie gezählt wird und welche Bedeutung dem Gezählten zugemessen wird. Das Paradox, das eigentlich nicht Messbare einer ethischen Entwicklung oder den ethischen Durchdringungsgrad in einem Unternehmen messen zu wollen, darf daher nicht in die eine oder andere Richtung aufgelöst werden: dass man aufhört zu zählen, zu wiegen, zu messen – oder dass man sich auf das Zählen, Wiegen und Messen beschränkt.

Ob Ethik in der Einrichtung und in der alltäglichen Praxis spürbar und erlebbar ist, kann erzählt *und* gezählt werden. Wenn Ethik den Anspruch hat, multiperspektivisches und komplementäres Denken⁸ zu fördern, dann darf sie sich selbst nicht von vornherein einer zahlenmäßigen Betrachtung entziehen. Sie kann damit auch im Rahmen einer Balanced-Scorecard⁹ zu einer eigenen benennbaren und messbaren Größenordnung werden, die nicht nur die anderen Bereiche (wirtschaftliche, kunden-, mitarbeiter- und prozessbezogene Betrachtung) durchdringt, sondern ein eigenständiges Steuerungsinstrument darstellt.

Entstehung eines Messverfahrens

Im Jahr 1998 begannen die Malteser, in ihren über 50 Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Formen von organisierter Ethikberatung zu entwickeln. In einem zweijährigen Ethikprojekt bildeten sich in den zehn Krankenhäusern Projektgruppen mit dem Auftrag, die Geschäftsordnung eines Ethikkomitees zu erstellen, ein Verfahren zur Durchführung ethischer Fallbesprechungen einzuführen und ethische Fortbildungen zu unterstützen¹⁰.

Alle Ethikkomitees hatten sich vorgenommen, jährlich einen Tätigkeitsbericht über ihre Arbeit zu erstellen. Beim Vergleich dieser Berichte stellte sich aber bald heraus, dass sie sehr verschieden strukturiert und unvollständig waren und einen Vergleich untereinander nicht erlaubten. Außerdem beschrieben sie, meist einseitig aus der individuellen Sicht des Komitee-Vorsitzenden, lediglich die Tätigkeit des Ethikkomitees und bildeten dadurch nur ein Segment der ethischen Organisationsentwicklung ab.

Dieses Verfahren änderte sich im Jahr 2004. Es ist im Bereich Medizin und Pflege der Malteser Deutschland gGmbH Brauch, jedes Jahr Kuratorien, Direktorien,

Chefärzte, Pflegedirektoren, Seelsorger, MAV-Vorsitzende, Ethikkomitee-Vorsitzende, QM-Beauftragte und andere leitende Mitarbeiter, insgesamt 200 bis 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zu einer Jahrestagung einzuladen. Am letzten Tag dieser Jahrestagungen wird in der Regel nach einem Gottesdienst der wirtschaftliche Geschäftsbericht vorgestellt. Im Jahr 2004 wurde diese Routine unterbrochen. Anlass war die Idee des Veranstalters, dem Bericht über die wirtschaftliche Situation einen Report über die ethische Entwicklung an die Seite zu stellen.

Bei der Vorbereitung dieses Berichtes stand die Überlegung im Vordergrund, dass Ethik sich nicht auf das Ethikkomitee oder dessen Vorsitzende beschränken darf, sondern dass Ethik alle in der Einrichtung angeht und es keine „ethikfreien“ Räume gibt. Daher wurde ein Fragebogen zu fünf Themen (Klinisches Ethikkomitee, Ethische Fallbesprechungen, Ethische Fortbildungen, Therapiezieländerung und Patientenverfügung) erstellt und an die Geschäftsführer der einzelnen Betriebsgesellschaften beziehungsweise Einrichtungen versandt mit der Bitte, die jeweiligen Fragebogenanteile an verschiedene Personen (vorgeschlagen wurden zum Beispiel Mitglieder des Kuratoriums, des Direktoriums, der Ethikkomitees, des QM-Teams) zu verteilen. Es wurden sowohl Beschreibungen der vorhandenen Strukturen und deren Umsetzung erfragt als auch Beurteilungen von Stärken und Schwächen. Die Ergebnisse dieser Befragung flossen in eine Präsentation und in einen schriftlichen Bericht ein – und stießen bei den Anwesenden auf großes Interesse und eine ermutigende Resonanz.

Seither wird neben den Ethikberichten der Einrichtungen jährlich auf der Grundlage einer Befragung ein Trägerbericht erstellt, der die Auskünfte der einzelnen Einrichtungen bündelt, Ergebnisse und Entwicklungen vergleichbar macht, das Erreichte wertschätzt und den weiteren Handlungsbedarf aufzeigt.



Beschreibung des Verfahrens

Der Fragebogen

In einem mehrseitigen Fragebogen (siehe Seite 9ff) sind bis zu acht Themenbereiche abgefragt; einige Themenbereiche werden regelmäßig jedes Jahr untersucht, andere wechseln. Zu den obligatorischen Themen gehören die Bereiche „Klinisches Ethikkomitee“, „Ethische Fallbesprechung“ und „Ethische Fortbildung“; zu den fakultativen zählten in den vergangenen Jahren die Felder „Patientenverfügung“, „Therapiezielwechsel“, „Organspende“, „Pränatale Diagnostik“, „Plastisch-ästhetische Chirurgie“, „Humanitäres Engagement“, „Umgang mit verwirrten und dementiell veränderten Patienten“, „Schmerztherapie“, „Überleitungsmanagement“ sowie „Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen“.

In jedem dieser Themenblöcke werden jeweils quantitative Angaben, qualitative Beurteilungen und Freitextfelder für Anregungen und Verbesserungsvorschläge erfragt.

Bei den *quantitativen Angaben* geht es zum Beispiel darum, wie viele Mitglieder aus welchen Berufsgruppen zum Komitee gehören, wie oft und wie lange das Ethikkomitee getagt hat, welche Kontakte es zum Direktorium und Kuratorium gegeben hat, wie viele Anfragen von Patienten, Angehörigen und Gremien im Haus gestellt wurden, welche Themen mit welchem Ergebnis erarbeitet wurden und einiges Andere mehr.

Die *qualitativen Fragen* beziehen sich in der Regel auf die Zufriedenheit der Befragten mit der konkreten Umsetzung. Im Block „Klinisches Ethikkomitee“ werden zum Beispiel alle Mitglieder des Ethikkomitees befragt, inwieweit sie sich für die Mitarbeit im Komitee genügend qualifiziert fühlen, wie zufrieden sie mit dem Interesse der Geschäftsführung oder des Direktoriums für die Arbeit des Komitees sind und inwiefern sie den Eindruck haben, dass das Komitee von den Mitarbeitern im Haus akzeptiert wird.

Diese Einschätzung wird ergänzt durch komitee-externe Einschätzungen seitens des Geschäftsführers, des Direktoriums, des Kuratoriums, des QM-Teams und der MAV zu den Fragen, inwieweit zum Beispiel das Ethikkomitee und seine Arbeit dem Befragten bekannt sind, wie zufrieden die Befragten mit der Kommunikation zwischen Ethikkomitee und dem

eigenen Arbeitsbereich sind und ob es im eigenen Arbeitsbereich oder in der Einrichtung einen spürbaren Einfluss des Komitees gibt.

Nach den quantitativen und qualitativen Angaben haben die Befragten in jedem Block unter der Überschrift „Ihre Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge für diesen Bereich“ die Möglichkeit, in einem Freitext ihre Beobachtungen und Erwartungen mitzuteilen.

Das „Netzwerk Ethik“, eine regelmäßige Konferenz der Vorsitzenden der Ethikkomitees in den Malteser Krankenhäusern, überarbeitet am Ende eines Jahres den Fragebogen des Vorjahres für die Befragung des laufenden Jahres, benennt die fakultativen Themenbereiche, formuliert die Fragestellungen und bestimmt den Verteilerkreis für die jeweiligen Befragungsteile.

Verteilung in den Einrichtungen

Der Fachbereich Ethik auf der Trägerebene setzt die Modifikationen des Netzwerks Ethik in einen Fragebogen um und verschickt diesen, sortiert nach den jeweiligen Befragungspartnern, an die Komitee-Vorsitzenden einer jeden Einrichtung, die für die weitere Verteilung im Januar des Jahres, das dem Berichtsjahr folgt, sorgen.

In einer einzelnen Einrichtung können das insgesamt bis zu 40 unterschiedliche Personen sein, so dass in der Regel circa fünf Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Befragung beteiligt sind.

Durch einen motivierenden Begleitbrief und gezielte Nachfragen durch die Komitee-Vorsitzenden lässt sich ein relativ hoher Rücklauf der Fragebögen, erfahrungsgemäß im Durchschnitt 70 bis 80 Prozent, erreichen. Die ausgefüllten Bögen – in der Summe können dies bei zehn Krankenhäusern über 250 Exemplare sein – werden an den Fachbereich Ethik beim Träger zurückgeschickt und dort bearbeitet.

Auswertung der Bögen

Die Antworten werden einrichtungsbezogen und trägerbezogen ausgewertet; eine Identifizierbarkeit einzelner Personen wird nach Möglichkeit ausgeschlossen. Es wird eine zusammenfassende Datenquelle für jede einzelne Einrichtung erstellt und eine Bündelung aller Daten für den gesamten Träger. In einer tabellarischen Übersicht kann so jede einzelne Einrichtung

ersehen, wo sie hinsichtlich der Strukturen, der Prozesse und der Zufriedenheit mit der Realisierung von ethischen Vorgaben steht – im Vergleich zu einer anderen Einrichtung, gegebenenfalls zum Vorjahr und zum durchschnittlichen Wert aller Einrichtungen.

Der Fachbereich Ethik nutzt die Datensammlung für einen Ethikbericht des Trägers. Die Klinischen Ethikkomitees erhalten ihn als Grundlage für einen Bericht für die jeweilige Einrichtung.

Aus den gesammelten Daten werden da, wo Defizite erkennbar werden, konkrete Maßnahmen abgeleitet und in einem Maßnahmenkatalog zusammengestellt. Dabei können sich auch Schwerpunktthemen herauskristallisieren, die für die Arbeit des Ethikkomitees und möglicherweise auch für ethische Fortbildungen ein Jahresthema bilden.

Veröffentlichung

Die Einzelberichte werden in den Leitungsgremien des Hauses (zum Beispiel Direktorium, Kuratorium, QM-Team, Chefarztkonferenz, Konferenz der Bereichspflegedienstleiter) vorgestellt und diskutiert. Sie können im Intranet, in Hauszeitschriften oder auch im Qualitätsbericht der Einrichtung veröffentlicht werden. Die Umsetzung der Maßnahmen kann dann im Ethikbericht, der im Folgejahr erstellt wird, geprüft werden, so dass sich der Zirkel von Plan, Umsetzung, Überprüfung und Entwicklung weiterer Maßnahmen schließt.

Nutzen

Der Prüfung, ob, wem und wie Ethikberatung nutzt, muss sich auf Dauer auch das Instrument des Jahresberichts stellen. Die Evaluation des Evaluationsinstrumentes selbst ist zurzeit im Malteser Ethik-Jahresbericht nur rudimentär realisiert in einem letzten selbstreferentiellen Frageblock, in dem die Ethikkomitee-Vorsitzenden und die Geschäftsführer gefragt werden, wie sie die Struktur, die Verständlichkeit, die Vollständigkeit und die Aufwand-Nutzen-Relation des Fragebogens zum Ethik-Jahresbericht beurteilen.

Dennoch gibt es aus der Rückmeldung des Ethik-Netzwerkes sowie eines Workshops einer Ethik-Fachtagung¹¹ Hinweise und Erfahrungen, die den Jahresbericht als ein wertvolles Instrument erkennen lassen, dessen Potential noch nicht hinreichend genutzt wird.



Die folgenden Kriterien sind derzeit noch nicht überprüfte Behauptungen – was aber deren Richtigkeit nicht von vornherein in Frage stellt.

Qualitätssicherung

Das erste Ziel der Befragung besteht darin, den Stand der ethischen Entwicklung einer Einrichtung zu erfassen, indem nicht nur die vorhandenen Strukturen und Ergebnisse beschrieben, sondern auch die Zufriedenheit mit deren Wirkung in der alltäglichen Praxis erfragt wird. Dadurch wird es möglich, die jeweiligen Stärken zu erkennen und Schwächen und Entwicklungspotentiale zu identifizieren. Die Möglichkeit, die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Einrichtungen oder der Vorjahre zu vergleichen, erlaubt es, Aussagen relational zu betrachten und Veränderungen wahrzunehmen.

Rückmeldung und Aufträge für die Arbeit im Klinischen Ethikkomitee

Der Jahresbericht gibt dem Ethikkomitee Rückmeldung über seine Arbeit: Durch die Fragen zur Bekanntheit dieses Gremiums, seine Ergebnisse und deren Akzeptanz innerhalb der Einrichtung wird regelmäßig ein direktes Feedback eingeholt. Aus der Resonanz zu den verschiedenen abgefragten Themenbereichen kann das Ethikkomitee darüber hinaus Maßnahmen für seine zukünftige Arbeit gewinnen.

Vereinzelt klagen Ethikkomitees darüber, dass sie keine oder zu wenige Anfragen oder Arbeitsaufträge aus der Einrichtung erhalten. Der Jahresbericht kann zu einem guten Kommunikations- und Auftragsinstrument werden, wenn das Ethikkomitee zum Bei-

spiel aus der Analyse der Zufriedenheit mit bestimmten ethisch sensiblen Fragen einen Impuls für die weitere Arbeit ableitet. Im Rahmen des PDCA-Zyklus¹² kann der Ethikbericht zum Check-Instrument werden, aus dem konkrete Maßnahmen (Act) resultieren, deren Umsetzung und Wirkung im folgenden Jahr erneut geprüft werden können. Der Ethik-Jahresbericht wird damit nicht nur zu einer nachdenklichen und prüfenden Betrachtung sondern zugleich zu einem vorausdenkenden und planenden Geschehen.

Edukation

Die Befragung einer großen Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verschiedenen exemplarischen Themenfeldern kann das Bewusstsein fördern, dass ethische Reflexion eine Aufgabe aller in der Einrichtung Handelnden (und letztlich auch der „Behandelten“ beziehungsweise mithandelnden „Kunden“) ist – und dass an vielen Stellen in der Einrichtung ethische Reflexion notwendig ist. Diese regelmäßige Erinnerung kann das Anliegen der Ethik wach halten, neben dem pragmatisch und häufig dominanten ökonomischen Blick eine werte-bezogene Perspektive zu üben, die wertschätzend das Erreichte würdigt und kritisch Soll-Ist-Abweichungen und den Zufriedenheitsgrad mit der erlebten Praxis bewertet.

Interner Wettbewerb

Die Vergleichbarkeit des eigenen Entwicklungsstandes mit denen anderer ähnlicher Einrichtungen kann einen fruchtbaren Wettbewerb fördern. Ein Benchmarking im Sinne eines Lernens von den Besten kann einen gesunden Ehrgeiz wecken, die Faktoren, die in einer anderen Einrichtung zum Gelingen beitragen, kennenzulernen und für die eigene Praxis übertragen zu wollen.

Marketing

Ein Bericht erlaubt es auch, in der Öffentlichkeit überprüfbar Ergebnisse vorzustellen und auf den Zustand und die Leistung eines Unternehmens aufmerksam zu machen. Auch wenn Ethik in einer Einrichtung nicht zum Zweck eines besseren Marketings organisiert wird, so bedeutet das nicht, dass die Öffentlichkeitsarbeit über die Ethik eines Unternehmens und deren konkrete spür- und messbare Entwicklungen schweigen muss. Die Darstellung eines regelmäßig überprüften Anspruchs kann das Profil einer Einrichtung verdeutlichen und sie auf dem Gesundheits- und dem Arbeitsmarkt attraktiv machen.

Grenzen

Verschwendung von Ressourcen

Ethik ist auch auf der Ebene der Anwendung eine hauptsächlich reflektierende Tätigkeit. Evaluation von Ethik kann den Eindruck erwecken, dass jetzt zusätzlich eine neue Metaebene der Reflexion, die evaluierende Reflexion der ethischen Reflexion geschaffen wird, die auf ein Neues Ressourcen bindet, die letztlich der Versorgung der Patienten und Bewohner verloren gehen.

Die ohnehin schon deutliche Kritik, dass immer mehr Zeit am Schreibtisch und immer weniger am Bett der Patienten oder Bewohner verbracht wird, erhält möglicherweise neue Nahrung. Administration und Selbstbezüglichkeit stehen zunehmend unter dem Verdacht, überflüssig zu sein. Insofern kommt es immer wieder darauf an, auch beim Ethik-Jahresbericht den Nutzen für die Patienten und Bewohner, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Einrichtung im Blick zu behalten.

Außerdem macht es Sinn zu prüfen, welche Daten bereits erhoben sind, zum Beispiel über die Controlling-Abteilung, um mühsame und überflüssige Doppelerfassungen zu vermeiden. Die jährliche Zahl etwa der Verstorbenen oder der Patienten mit einer dementiellen Veränderung als Haupt- oder Nebendiagnose lässt sich in den meisten Krankenhaus-Informationssystemen leicht ermitteln.

Widerstand der Befragten

Befragungen von Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Einweisern nehmen gegenwärtig in ihrer Häufigkeit zu – und gegenläufig in der Beliebtheit bei den Befragten eher ab. Insofern wird es in Einrichtungen, in denen regelmäßig Patienten- oder Mitarbeiterbefragungen stattfinden, sinnvoll sein, darüber nachzudenken, ob Fragen aus dem Bereich der Ethik in bereits bestehende Befragungsinstrumente implementiert werden können. Dann wird es notwendig werden, in der Auswertung der Befragungen herauszufiltern, welche Ergebnisse ethische Relevanz besitzen und vom Ethikkomitee aufgegriffen werden.

Um dem Widerstand der Befragten zu begegnen, ist es wichtig, dass diesen die Relevanz und Effizienz ihrer Antworten plausibel ist. Die gezielte Zuordnung von bestimmten Themenfeldern an spezielle Abtei-

lungen und Personen und die damit verbundene Reduktion des Gesamtfragebogens kann die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motivieren, den übersichtlichen Teilbereich gründlich zu beantworten. Die Motivation kann auch durch die Erfahrung unterstützt werden, dass die Ergebnisse der Befragung und daraus resultierende Konsequenzen transparent kommuniziert werden und Hoffnung besteht, mit den eigenen Antworten Veränderungsprozesse zu gestalten.

Oberflächlichkeit der Fragen und eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse

Die Ergebnisse von Fragebogenaktionen dürfen nicht überbewertet werden. Die Möglichkeit, dass Fragen oder Standardantworten missverstanden werden, ist bei schriftlichen Befragungen größer als bei Interviews. Auch ist nicht zu unterschätzen, dass in den Antworten Gefälligkeitsaussagen enthalten sein können, um die eigene Abteilung oder Einrichtung in einem möglichst guten Licht vor den anderen Einrichtungen oder dem Träger erscheinen zu lassen.

Grundsätzlich ist in einer zunehmend mathematisierten und digitalisierten Welt¹³ die Skepsis notwendig, dass Zahlen abstrakt und reduktiv die Realität abbilden, dass es hinter oder jenseits der Zahlen eine Wirklichkeit von Individualität und Intersubjektivität gibt, die nicht oder nur oberflächlich in Ziffern gefasst werden kann.

Wirkungslosigkeit

Befragungen und daraus resultierende Berichte sind kein Selbstzweck. Daher kommt viel darauf an, inwieweit durch einen Bericht Freude über das Erreichte und Ehrgeiz bezüglich erkennbarer Veränderungsbedarfe gestiftet werden. Ein Bericht ohne Kommunikation und ohne Ableitung von Maßnahmen ist nicht lebendig und verbrennt die Motivation der Beteiligten. Ein Bericht als ein lebendiges Kommunikationsmittel dagegen kann stolz machen und anspornen, die ethische Entwicklung in der Organisation weiter zu treiben.

Resümee

Wird der Ethikbericht in der beschriebenen Weise geplant, erfragt, erstellt und in neue Maßnahmen umgesetzt, so wird er selbst zu einem Instrument der Ethikberatung. Er realisiert den Anspruch einer komplementären und diskursiven Ethik, die den Dialog möglichst aller an einem Projekt Beteiligten sucht und organisiert. Er macht Ethik damit zu einem kontinuierlichen, auf Dauer gestellten Projekt.

Anhang: Fragenkatalog zum Ethik-Jahresbericht

Der folgende Fragenkatalog unterteilt sich in obligatorische Blöcke (Teile 1 bis 3 und 15), die in jedem Jahr zur Beantwortung vorgelegt werden, und fakultative (Teile 4 bis 14), von denen circa fünf pro Jahr ausgewählt werden. Vor jeder Frage ist jeweils ein

Verteiler notiert, in dem die Person/en genannt wird/werden, die um eine Antwort gebeten wird/werden. Die Fragenblöcke und ihre einzelnen Teile erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und können nach Belieben verändert oder ergänzt werden.

1. Klinisches Ethikkomitee (KEK)

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	KEK-Vorsitzende/r oder Vertreter/in	
1.1. Gesamtzahl der Mitglieder im KEK		
Verteilung nach Professionen (Anzahl)	Ärztinnen/Ärzte	
	Pflegepersonal	
	Seelsorge/Sozialdienst	
	Verwaltung	
	Sonstige Mitarbeiter/innen	
	Externe Mitglieder	
Funktionen (Namen)	Vorsitzende/r:	
	Stellv. Vorsitzende/r:	
	Schriftführer/in:	
	Andere Funktion:	
Zahl der Mitglieder mit einer Einführungsqualifikation		
Zahl der Mitglieder, die im Berichtsjahr an einer weiterführenden ethischen Fortbildung teilgenommen haben		

1.2 Sitzungen/Konferenzen/Netzwerktreffen

Zahl der KEK-Sitzungen im Berichtsjahr	
durchschnittliche Zeitdauer der KEK-Sitzungen	
durchschnittliche Teilnehmerzahl an den KEK-Sitzungen	
Klausurtag im Berichtszeitraum	
Teilnahme an Direktoriumssitzungen/erweiterte KH-Leitung (wie oft?)	
Teilnahme an Kuratoriumssitzungen (wie oft?)	
Teilnahme an der Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz bzw. Zwischenfallkonferenz (wie oft?)	
Teilnahme an den Treffen des Netzwerks Ethik (wie oft?)	
Teilnahme von KEK-Mitgliedern an anderen externen Ethik-Gremien (AEM, AG auf Diözesanebene...) wenn ja, welche?	

1.3 Maßnahmen

Maßnahmen des KEK zur Ethik-Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Einrichtung im Berichtsjahr
Themen:

Maßnahmen des KEK zur Öffentlichkeitsarbeit im Berichtsjahr (Zutreffendes ankreuzen)

Faltblatt/Flyer		
Intranet		
TeamTop/Medizin & Pflege Aktuell		
Allgemeine Presse		
Sonstiges		
Erwähnung des KEK im Qualitätsbericht	ja:	nein:
Beteiligung des KEK in der Krankenpflegeausbildung/im PJ	ja:	nein:

1.4 Anfragen

Zahl der Anfragen an das KEK von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern oder Gremien
aus dem Krankenhaus

Zahl der Anfragen von Patienten oder Angehörigen

1.5 Themen

Bearbeitete Themen

Zurückgewiesene Themen

Im Berichtszeitraum erstellte bzw.
revidierte Leit- oder Richtlinien

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	KEK-Vorsitzende/r				
	alle Mitglieder im KEK				
1.6. Qualitative Einschätzung der Arbeit im Klinischen Ethikkomitee durch die Mitglieder					
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Ich fühle mich für die Arbeit ausreichend qualifiziert.					
Ich nehme regelmäßig an den Sitzungen teil.					
Ich finde den derzeitigen Zeitrahmen für die Arbeit im KEK ausreichend.					
Ich habe das Gefühl, das KEK wird von den Mitarbeitern im Haus akzeptiert.					
Ich habe das Gefühl, dass sich das Direktorium/die Geschäftsführung für die Arbeit des KEKs interessieren.					
Ich finde, dass es genügend geeignete Themen und Aufgaben gibt.					
Freigewordene Stellen im KEK werden zügig nachbesetzt.					
Die Einbindung des KEK-Vorsitzenden im Netzwerk-Ethik finde ich wichtig.					
Die Unterstützung durch den Fachbereich Ethik empfinde ich als hilfreich.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für das KEK:					

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Kaufmännische Direktion				
	Ärztliche Direktion/Klinikdirektion				
	Pflegedirektion/PDL				
	QM-Beauftragte/r				
	MAV-Vorsitzende/r				
	Patientenfürsprecher/in				
	Kuratorium				
1.7 Qualitative Einschätzung der Arbeit des Klinischen Ethikkomitees (KEK) durch Leitungsgremien					
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Das KEK und die Ergebnisse seiner Arbeit sind mir bekannt.					
Die Zusammensetzung des KEK finde ich repräsentativ.					
Die Arbeit des KEK erlebe ich als effektiv.					
Ich habe den Eindruck, dass das KEK in der Einrichtung ein wichtiges und akzeptiertes Gremium ist.					
Der Einfluss des KEK ist in meinem Arbeitsbereich/in der Einrichtung deutlich spürbar.					
Die Kommunikation zwischen dem KEK und meinem Arbeitsbereich ist gut.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für das KEK:					

2. Ethische Fallbesprechung (EF)

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	KEK-Vorsitzende/r oder Vertreter/in		
2.1. Rahmenbedingungen			
Jährliche Fallzahl stationärer Patienten			
Zahl der medizinischen Fachabteilungen			
Zahl der Moderatoren für EF			
Gesamtzahl der EF im Berichtsjahr			
Definierte Behandlungssituationen, in denen routinemäßig eine EF stattfindet <i>Bitte benennen:</i>			
Wie sind die Angehörigen/Patienten in die EF eingebunden?			
Befragung vor der Besprechung	ja:	nein:	
Teilnahme an der Besprechung	ja:	nein:	
Information nach der Besprechung	ja:	nein:	
Wie ist die KH-Seelsorge in die EF eingebunden?			
obligatorisch	ja:	nein:	
fakultativ	ja:	nein:	

2.2 Kurzbericht über die Ethischen Fallbesprechungen

	Antragsteller/in <i>(bitte ankreuzen)</i>	Ärztin/Arzt	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Patient/Patientin/ Angehörige	Sonstige
1	Fachabteilung				intensiv <i>(bitte ankreuzen)</i>	peripher <i>(bitte ankreuzen)</i>
	Fragestellung					
	Ergebnis/ Empfehlung					

2	Antragsteller/in <i>(bitte ankreuzen)</i>	Ärztin/Arzt	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Patient/Patientin/ Angehörige	Sonstige
	Fachabteilung				intensiv <i>(bitte ankreuzen)</i>	peripher <i>(bitte ankreuzen)</i>
	Fragestellung					
	Ergebnis/ Empfehlung					

3	Antragsteller/in <i>(bitte ankreuzen)</i>	Ärztin/Arzt	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Patient/Patientin/ Angehörige	Sonstige
	Fachabteilung				intensiv <i>(bitte ankreuzen)</i>	peripher <i>(bitte ankreuzen)</i>
	Fragestellung					
	Ergebnis/ Empfehlung					

4	Antragsteller/in <i>(bitte ankreuzen)</i>	Ärztin/Arzt	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Patient/Patientin/ Angehörige	Sonstige
	Fachabteilung				intensiv <i>(bitte ankreuzen)</i>	peripher <i>(bitte ankreuzen)</i>
	Fragestellung					
	Ergebnis/ Empfehlung					

5	Antragsteller/in <i>(bitte ankreuzen)</i>	Ärztin/Arzt	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Patient/Patientin/ Angehörige	Sonstige
	Fachabteilung				intensiv <i>(bitte ankreuzen)</i>	peripher <i>(bitte ankreuzen)</i>
	Fragestellung					
	Ergebnis/ Empfehlung					

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	KEK-Vorsitzende/r
	Mitglieder im KEK
	Chefärztinnen/Chefärzte
	Pflegedirektion
	Ärztliche Leitung Intensivstation
	Pflegerische Leitung Intensivstation
	Ärztliche Leitung Onkologie
	Pflegerische Leitung Onkologie
	Ärztliche Leitung Geriatrie
	Pflegerische Leitung Geriatrie

2.3 Qualitative Einschätzung der Ethischen Fallbesprechungen (EF)

<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Das Instrument der EF ist mir bekannt.					
Ich halte die Mitarbeiter/innen zur Durchführung der EF für ausreichend geschult.					
Ich finde, dass EF von den Ärzten geschätzt werden.					
Ich halte den Zeitpunkt der Einberufung einer EF im Behandlungsprozess für rechtzeitig.					
EF werden nach Einberufung fristgerecht durchgeführt.					
Ich halte die zur Verfügung stehenden Moderatoren für geeignet.					
Ich empfinde die Gesprächsatmosphäre in der EF als offen und fair.					
Ich finde den Umgang mit einem möglichen Dissens in der EF konstruktiv.					
Die Empfehlungen der EF werden bei der Therapieumsetzung beachtet.					
Mir ist es wichtig, dass es ein Protokoll gibt und dass ich es einsehen kann.					
Ich halte die EF für ein sinnvolles und empfehlenswertes Instrument.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für die EF:					

3. Fortbildungen im Bereich Ethik

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Beauftragte/r für Innerbetriebliche Fortbildung (IBF) oder Personalentwicklung
--	--

3.1. Setting

Welche Fortbildungsangebote zu ethischen Themen wurden im Berichtszeitraum in der Einrichtung oder der BG angeboten?	
Welche externen Fortbildungsangebote/ Fortbildungsinstitute zu ethischen Themen wurden von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern besucht?	
Wer hat die Kosten für die Teilnahme an diesen Fortbildungen getragen?	
Wer hat geplant, welche Mitarbeiter/innen an welchen Fortbildungen teilgenommen haben?	

3.2. Teilnehmer in Zahlen

Themen	Ärztinnen/ Ärzte	Pflege	Seelsorge/ Sozialdienst	Therap. Dienste	Verwaltung	Sonstige
Einführung Ethische Fallbesprechung						
Moderation Ethische Fallbesprechung						
Qualifikation für die Mitarbeit im KEK						
Ethik und Kommunikation						
Beratung zur Patientenverfügung						
PEG						
Sterbebegleitung						
Andere Themen:						
Summe der Teilnehmer						

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	KEK-Vorsitzende/r				
	Mitglieder im KEK				
	Beauftragte/r für IBF oder Personalentwicklung				
	5 Teilnehmer/-innen an ethischen Fortbildungen				
3.3 Bewertung der Fortbildungssituation für den Bereich Ethik					
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Ich finde, dass geeignete Fortbildungsangebote zu ethischen Themen vorhanden sind.					
Die Mitarbeiter/innen sind zur Teilnahme an ethischen Fortbildungen motiviert.					
Die Teilnahme an ethischen Fortbildungen wird von der Hausleitung unterstützt.					
Die Fortbildung wird als Dienstzeit angerechnet.					
Die Fortbildungskosten werden vom Dienstgeber übernommen.					
Die Fortbildungen sind praxisnah und die Ergebnisse lassen sich gut in den Alltag übertragen.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für den Bereich ethische Fortbildungen:					

4. Umgang mit verwirrten/dementen Patienten

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Controlling
	Seelsorge
	Sozialdienst

3.1 Setting

Fallzahl der verwirrten Patienten vom 01.01. bis zum 31.12. ICD F00 - F06 Haupt und Nebendiagnose	
Anzahl der Anregung einer rechtlichen Betreuung während des KH-Aufenthaltes	
Zahl der (ehrenamtlichen) Mitarbeiter/innen, die für Sitzwachen zur Verfügung stehen	
Gibt es eine VA/einen Standard für den Umgang mit dementiell Erkrankten?	
Gibt es eine VA zum Thema Sedierung und Fixierung?	

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Chefärztinnen/Chefärzte
	Pflegedirektion
	Bereichspflegedienstleitungen
	Seelsorge
	Sozialdienst

4.2 Qualitative Angaben

<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Angehörige und Ehrenamtliche werden hinreichend in die Begleitung von Demenzerkrankten einbezogen.					
Der kommunikative Umgang mit demenzerkrankten Patienten ist personen- und situationsgerecht.					
Das Personal ist für den Umgang mit demenzerkrankten Patienten hinreichend geschult.					
Die Sedierung/Fixierung von Patienten mit Demenzerkrankung wird nur als äußerstes Mittel eingesetzt, wenn alle anderen Mittel versagen.					
Die Anwendung von sedierenden oder fixierenden Maßnahmen wird sorgfältig dokumentiert.					
Die Notwendigkeit einer Fortführung von sedierenden oder fixierenden Maßnahmen wird regelmäßig überprüft.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für den Bereich Umgang mit Demenzerkrankten:					

5. Patientenverfügung

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Ärztliche Direktion/Klinikdirektion	
	Beauftragte/r für Patientenverfügungen	
	Seelsorge	
	Sozialdienst	
	PDL	
5.1 Quantitative Abfrage		
Wird routinemäßig erhoben, ob ein Patient eine Patientenverfügung hat?	ja:	nein:
Von wem wird dies erhoben und wie wird das Ergebnis der Erhebung dokumentiert?		
Welche Informationen/Formulare zur Erstellung einer Patientenverfügung sind vorhanden?		
Wer berät Patienten, die um Unterstützung bei der Erstellung einer Patientenverfügung bitten?		
Gibt es eine Verfahrensanweisung oder eine Leitlinie, die den Umgang mit Patientenverfügungen regelt?	ja:	nein:
Gab es im Berichtszeitraum Schulungen oder Öffentlichkeitsarbeit zum Thema?	ja:	nein:

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Beauftragte/r für Patientenverfügungen				
	Chefärztinnen/Chefärzte				
	Seelsorge				
	Sozialdienst				
	PDL				
5.2 Qualitative Angaben					
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Ich finde, es gibt ausreichend Informationsmaterial und ein personelles Beratungsangebot für Patienten, die eine Patientenverfügung erstellen möchten.					
Ich finde es notwendig, routinemäßig Patienten zu befragen, ob sie eine PV besitzen, und dies zu dokumentieren.					
Wenn eine Patientenverfügung vorliegt, wird sorgfältig geprüft, welche Bedeutung diese für die anstehende Entscheidung hat.					
Ich bin zufrieden, wie die Patientenverfügung nach meiner Einschätzung im Behandlungsgeschehen berücksichtigt wird.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für den Umgang mit Patientenverfügungen:					

6. Schmerztherapie

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Controlling	
	Ärztliche Leitung Anästhesie	

6.1 Quantitative Angaben

Gibt es eine Palliativstation? Wenn ja, wie viele Betten:	ja:	nein:
Gibt es einen palliativmedizinischen Konsiliardienst in der Einrichtung?	ja:	nein:
Wie viele Ärzte/Ärztinnen sind in Palliativmedizin ausgebildet/ in Ausbildung befindlich?		
Wie viele Patienten sind im Berichtszeitraum palliativ-schmerztherapeutisch behandelt worden?		
Gibt es für die Mitarbeitenden der Abteilung Standards zur Schmerzerfassung und Schmerztherapie?	ja:	nein:

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Chefärztinnen/Chefärzte aller Abteilungen
	Mitarbeiter/innen der Palliativstation
	Seelsorge
	Sozialdienst

6.2 Qualitative Angaben

<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Der Anspruch, dass kein Patient unnötige Schmerzen leiden muss, wird bestmöglich realisiert.					
Schmerztherapeutisch ausgebildete Ärzte/Ärztinnen werden im Bedarfsfall rechtzeitig und kontinuierlich in die Behandlung eingebunden.					
Die Möglichkeit einer hausinternen Verlegung auf die Palliativstation (sofern vorhanden) ist gegeben und wird adäquat genutzt.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Thema Schmerztherapie:					

7. Überleitungsmanagement

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:		Sozialdienst	
7.1 Quantitative Angaben			
Wie viele Patienten benötigen im Berichtszeitraum ein Überleitungsmanagement?			
absolut			
prozentual			
Wie viele Mitarbeiter/innen sind im Überleitungsmanagement tätig? (Zahl der Mitarbeiter/innen und der Stellenumfang)			
Wie wird das Überleitungsmanagement dokumentiert			
Gibt es Angebote für pflegende Angehörige?		ja:	nein:

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:		Pflegedienstleitung				
		Sozialdienst				
		Chefärztinnen/Chefärzte aller Abteilungen				
		QM-Beauftragte/r				
7.2 Qualitative Angaben						
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>		++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Die Frage der Überleitung wird zeitnah zur Aufnahme angesprochen/geklärt.						
Patienten werden erst dann entlassen, wenn die Weiterversorgung geregelt ist.						
Angehörige werden angemessen in den Prozess eingebunden.						
Die Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapie, Sozialdienst etc.) funktioniert reibungslos.						
Patienten- und Angehörigenwünsche werden ausreichend berücksichtigt und nach Möglichkeit umgesetzt.						
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Überleitungsmanagement:						

8. Künstliche Ernährung/Flüssigkeitszufuhr

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Gastroenterologe
	Ärztliche Leitung Geriatrie
	Ärztliche Leitung Innere
	Ärztliche Leitung Onkologie
	Pflegerische Leitung Geriatrie

8.2 Qualitative Angaben

<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Ich habe oft Zweifel, ob die Anlage einer PEG in allen Fällen dem Wohl oder dem Willen des Patienten dient.					
Ich empfinde mehr oder weniger Druck von Seiten der Einweiser, der Pflegeeinrichtungen, der Angehörigen, eine PEG anzulegen.					
Ich finde es richtig, den gewollten Verzicht eines Patienten auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu respektieren, auch wenn dadurch der Tod herbeigeführt wird.					
Ich denke, dass in vielen Fällen nicht die medizinische Indikation, sondern andere Motive zur Anlage einer PEG führen.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für den Bereich Umgang mit künstlicher Ernährung/Flüssigkeitszufuhr:					

9. Außerordentliche Initiativen/humanitäre Hilfen

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Geschäftsführung	
	Personalverwaltung	
	Patientenverwaltung	
	Sozialdienst	
	Seelsorge	
9.1 Quantitative Angaben		
Wurden im Berichtszeitraum Patienten aus humanitären Gründen (z.B. Kriegsoffer, Flüchtlinge, Katastrophenopfer) behandelt, bei denen auf eine Kostenerstattung verzichtet wurde?		
Wie hoch war die Zahl der Patienten – und wie hoch werden die entstandenen Kosten geschätzt?	Anzahl:	Kosten:
Wie setzen sich die Kosten zusammen? (Angaben in Euro)		
Behandlung:		
Unterbringung/Verpflegung:		
Zusatzkosten (Telefon, Fernsehen ...):		
Taschengeld		
Gibt es Absprachen mit anderen Krankenhäusern oder Einrichtungen der Umgebung zur Lastenverteilung?		
Gab es Auslandseinsätze von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Krisen- und Katastrophengebieten? Wenn ja, wie viele Mitarbeiter waren für wie lange freigestellt?		
Gab es Einsätze von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Rahmen von Großveranstaltungen? (Lourdes-Wallfahrt ...)	ja:	nein:
Wenn ja, wie viele Mitarbeiter/innen waren für wie lange freigestellt?		

10. Änderung des Therapieziels bei infauster Prognose

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Ärztliche Direktion/Klinikdirektion
	Pflegedirektion
10.1 Quantitative Angaben	
Wie wird (außerhalb einer ethischen Fallbesprechung) die Entscheidung getroffen, dass ein kuratives Therapieziel geändert wird zugunsten einer palliativmedizinischen Behandlung?	
Wie wird (außerhalb einer ethischen Fallbesprechung) die Entscheidung getroffen, dass in einer Notfallsituation keine Reanimation durchgeführt wird?	
Wie werden derartige Entscheidungen im Behandlungsteam kommuniziert und dokumentiert?	
Wie werden derartige Entscheidungen mit dem Patienten oder seinem Vertreter kommuniziert?	
Gibt es eine Verfahrensanweisung oder eine Leitlinie, in der die Entscheidung zur Änderung des Therapieziels beschrieben wird?	

11. Organspende

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Transplantationsbeauftragte/r
	Seelsorge
	Ärztliche Leitung Intensivstation
	Pflegerische Leitung Intensivstation
11.1 Quantitative Angaben	
Wie werden Patienten, Angehörige, Mitarbeiter/innen für das Thema Organspende sensibilisiert?	
Gibt es für Patienten eine Möglichkeit, das Vorhandensein einer Organspendeerklärung dokumentieren oder registrieren zu lassen?	
Sind in der Einrichtung Informationen und Formulare für Organspendeausweise verfügbar?	
Gibt es im Organisationshandbuch eine Verfahrensanweisung oder ein Behandlungsmuster für die Situation eines eingetretenen Hirntodes?	
Welcher Veränderungs-/Handlungsbedarf besteht beim Umgang mit dem Thema Organspende?	

12. Pränataldiagnostik

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Ärztliche Leitung Gynäkologie/Geburtshilfe
	Pflegerische Leitung gynäkologische Ambulanz
12.1 Quantitative Angaben	
Wie werden Frauen/Paare beraten, die eine pränataldiagnostische Untersuchung wünschen?	
Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen werden in der Einrichtung durchgeführt?	
Wie werden Frauen/Paare beraten, bei denen aufgrund einer positiven Diagnose eine Schädigung der Leibesfrucht wahrscheinlich ist?	
Wie werden Frauen/Paare behandelt, die aufgrund einer pränatalen Diagnostik die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft wünschen?	
In wie vielen Fällen kam es im Berichtszeitraum zu solchen Schwangerschaftskonfliktsituationen?	
Ist der Prozess der Handhabung derartiger Schwangerschaftskonfliktsituationen in Ihrer Einrichtung schriftlich geregelt?	

13. Plastische ästhetische Chirurgie

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Ärztliche Leitung allgemeine Chirurgie
	Ärztliche Leitung Gynäkologie
	Ärztliche Leitung HNO
	Ärztliche Leitung Handchirurgie
	Ärztliche Leitung Urologie
13.1 Quantitative Angaben	
Gab es in Ihrer Abteilung Patienten, die aus nicht-medizinischen Indikationen einen chirurgischen Eingriff wünschten? Wie hoch schätzen Sie deren Zahl?	
Wie werden Personen beraten, die nicht-medizinisch indizierte ästhetische Operationen wünschen?	
Gab es im vergangenen Jahr Patienten, bei denen Sie einen plastisch-chirurgischen Eingriff abgelehnt haben – und wenn ja, aus welchen Gründen?	
Werden in Ihrer Einrichtung Circumcisionen aus religiösen Gründen gewünscht – und wie gehen Sie mit diesem Wunsch um?	

14. Sterbebegleitung/Umgang mit Verstorbenen

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Controlling
	IBF-Beauftragte/r
	Pflegedirektion
	Seelsorge
	Sozialdienst

14.1 Quantitative Angaben

Mortalitätsziffer (Wie viele Patienten sind im Berichtszeitraum im Krankenhaus verstorben?)	
Gibt es eine Verfahrensweisung zum Thema Sterbebegleitung bzw. zum Umgang mit Verstorbenen?	
Gab es im Berichtszeitraum Schulungen zum Thema Sterbebegleitung?	
Existiert für Angehörige die Möglichkeit zur Übernachtung im Krankenhaus?	
Gibt es einen psychoonkologischen Dienst?	
Gibt es ambulante Hospizdienste, die in die Sterbebegleitung eingebunden werden?	
Gibt es ein Verabschiedungszimmer für Verstorbene?	

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Chefärztinnen/Chefärzte
	PDL
	Pflegerische Leitung Intensivstation
	Pflegerische Leitung Onkologie
	Palliativstation
	Seelsorge
	Sozialdienst

14.2 Qualitative Angaben

Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Ich finde, die Mitteilung einer infausten Prognose geschieht im geschützten Rahmen und auf einfühlsame Weise.					
Es existiert ein ausreichendes Angebot an psychosozialer und seelsorglicher Betreuung.					
In Abteilungen mit hoher Mortalitätsziffer ist der Stellenschlüssel adäquat angepasst.					
Angehörige und Hinterbliebene werden ausreichend informiert und betreut.					
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten genügend Unterstützung durch Fortbildungen, Supervisionen etc.					
Bei Therapiezieländerungen werden diese frühzeitig eingeleitet, konsequent durchgeführt und transparent artikuliert.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Thema Sterbebegleitung/Umgang mit Verstorbenen:					

15. Angaben und Anmerkungen zum Fragebogen

Verteiler für diesen Berichtsabschnitt:	Geschäftsführung				
	KEK-Vorsitzende/r				
Anmerkungen					
<i>Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, inwieweit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten:</i>	++ 1	+ 2	0 3	- 4	-- 5
Der Fragebogen ist klar strukturiert.					
Die einzelnen Fragen sind verständlich formuliert.					
Wichtige ethische Themen sind berücksichtigt.					
Der Bearbeitungsaufwand für die einzelnen Befragten ist überschaubar.					
Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge für den Fragebogen:					

Quellen und Literatur:

- ¹ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) (1997): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Freiburg 1997
- ² Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2006): Ethikberatung in der klinischen Medizin. Deutsches Ärzteblatt 103, A 1703-1707
- ³ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), KTQ-Manual 5.0; proCum Cert (pCC), pCC-Bewertungstool 5.0; Vgl. Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2006): 1703
- ⁴ Arnd T. May, Ethikberatung - Formen und Modelle. in: Malteser Trägergesellschaft, Gut denken, gut entscheiden, gut handeln. „Wie kommt Ethik in die Organisation - wie kommt Organisation in die Ethik?“, Köln 2007
- ⁵ Ein Überblick ist zu finden bei Klaus Kobert, Margarete Pfäffin, Stella Reiter-Theil, Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hintergrund, Konzept und Strategien zur Evaluation. in: Ethik Med. 20 (2008), 122 - 133
- ⁷ Auch wenn außerhalb der Universitätskliniken (vgl. Jochen Vollmann: Ethikberatung an deutschen Universitätskliniken. Empirische Ergebnisse und aktuelle Entwicklung, in: Dominik Groß, Arnd T. May, Alfred Simon (Hg.): Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, Berlin 2008, 31-48) auf Einrichtungsebene selten Stellen für Ethikberatung eingerichtet sind, erfordert nicht nur die Einführung von Ethikberatung einen hohen Management- und Schulungsaufwand, sondern auch die Umsetzung von Ethikkomitee-Arbeit, Ethischen Fallbesprechungen und kontinuierliche Fortbildungsarbeit und Personalentwicklung erhebliche Ressourcen: so bedeutet alleine der Zeitaufwand für die Sitzungen des Klinischen Ethikkomitees am Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg jährlich ca. 18 Personen-Arbeitstage; die Durchführung einer Ethischen Fallbesprechung ca. 1 Personen-Arbeitstag
- ⁸ Jörge Zink: Ruf in die Freiheit. Entwurf einer zukunftsfähigen christlichen Ethik, Göttingen 2007, 213f
- ⁹ Robert Kaplan, David P. Norton: The Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action. Harvard 1996
- ¹⁰ Bert Gordijn, Norbert Steinkamp: Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH. in: ZME 46 (2002), 305-310. Die Entwicklung von organisierter Ethikberatung im Bereich der stationären Altenhilfe wurde im Jahr 2006 begonnen. Hierzu: Malteser Trägergesellschaft: Ethikberatung in der Stationären Altenhilfe. Organisierte Verantwortung für ein Altern in Würde. Köln 2009. Die Einführung von Ethikberatung im ambulanten Bereich befindet sich derzeit noch im Projektstatus.
- ¹¹ Malteser Trägergesellschaft, Gut denken – gut entscheiden – gut machen. Tagungsband zur MTG Fachtagung Ethik am 16. und 17. November 2007, Köln 2008, 76 f
- ¹² PDCA steht für Plan, Do, Check und Act und stellt ein Verfahren eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dar; vgl. W. Edwards Deming: Out of Crisis. Cambridge 1982
- ¹³ Norbert Schuster: Welche Balanced Scorecard braucht die Kirche? in: ders.: Management und Theologie. Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz. Freiburg/Br. 2008, 241-260

Hinweis in eigener Sache:

Wir bieten Ihnen gerne unsere Hilfe durch Beratung und Fortbildung an:

- bei der Gründung und Begleitung von Ethik-Projektgruppen
- bei der Einführung Ethischer Fallbesprechung
- bei der Erstellung einer Geschäftsordnung für das Ethikkomitee
- bei der exemplarischen Entwicklung von ethischen Leitlinien
- bei der Durchführung von Fortbildungen

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

Malteser Deutschland gGmbH

Fachbereich Ethik
Von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn

Telefon: 0228 6481-493
Telefax: 0228 6481-560
karin.gollan@malteser.org

www.malteser-krankenhaeuser.de
www.malteser-pflegekompetenz.de



Malteser

... weil Nähe zählt.

Malteser Deutschland gGmbH
Fachbereich Ethik
Von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn