

Mobile Ethikberatung im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung: Merkmale, Kompetenzen, Konzept, Ausblick

Roland Martin Hanke

Inhaltsangabe

1.	Einleitung	2
2.	Merkmale der SAPV	2
2.1.	Versorgungskonzept	2
2.2.	Ethisch relevante Themen in der SAPV	3
2.2.1.	Patientenbezogene Themen	4
2.2.2.	Teambezogene Themen	4
3.	Ethikkompetenzen des SAPV-Teams	5
3.1.	Mobile Ethikberatung	5
3.1.1.	Anfragemodi	5
3.1.2.	Ethik-Assessment	5
3.1.3.	Ethische Fallbesprechung	5
3.1.3.1.	Ermittlung Ethikfokus	6
3.1.3.2.	Ethische Analyse	6
3.1.3.3.	Ethische Maxime / Prinzipien	6
3.1.3.4.	Systematischer Perspektivwechsel	7
3.1.3.5.	ethische Handlungsempfehlung	7
3.1.3.6.	Dokumentation	7
3.1.3.7.	Evaluation	7
3.2.	Ethikdiskurs im Team	7
3.3.	Implementierung des Ethikdiskurses im AH, Pflegediensten und bei Fortbildungsmaßnahmen	7
4.	Diskussion	8
4.1.	Primärer Nutzen	8
4.2.	kollateraler Nutzen	10
5.	Schlussfolgerung Ausblick	11

Mobile Ethikberatung im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung: Merkmale, Kompetenzen, Konzept, Ausblick

1. Einleitung

Die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)** ist eine junge Disziplin im deutschen Gesundheitssystem.

Eigene Beobachtungen als ärztlicher Leiter eines ambulanten Palliative-Care Teams¹ seit 2009 verweisen auf eine hohe Dichte von ethisch bedeutsamen Fragestellungen und Konflikten während der Leistungserbringung im Rahmen der SAPV.

Dies impliziert die Notwendigkeit, die Teammitglieder für die Formulierung eines Ethikfokus, zu ethisch kompetenten Interventionen und Beratungen zu befähigen.

Hierfür wird ein Konzept für eine mobile Ethikberatung vorgestellt, das die Besonderheiten der Anfragen und potentiellen Beratungsfelder berücksichtigt.

Die diskutierten ethisch relevanten Interaktionen zwischen Patient und Bezugssystem und die dabei zu erzielenden Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass ein SAPV-Team aufgrund seiner Teamgröße, Struktur, Homogenität und multidimensionalen Einbindung in vielfältiger Weise zur Analyse ethischer Probleme und zu Handlungsempfehlungen prädestiniert ist.

Der ganzheitliche Versorgungsansatz trägt zudem dazu bei, dem Sterbenden die spezifische Formung der Qualitäten von Raum und Zeit zu ermöglichen und bei den Weiterlebenden ein geordnetes biografisches Gedächtnis zu induzieren.

Das macht die Implementierung einer mobilen Ethikberatung im Rahmen der SAPV sinnvoll und erfolgsversprechend.

2. Merkmale der SAPV

2.1. Versorgungskonzept

„Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen“ (§ 37b SGB V) genießen seit 1.4.2007 Rechtsanspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, SAPV².

¹ Palliativ-Care Team Fürth gemeinnützige GmbH, www.pct-fuerth.de

² im weiteren Text findet die Abkürzung SAPV Verwendung

Das Gesetz ist als eine Reaktion auf erkannte medizinisch-pflegerische Defizite bei der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten in Deutschland im Vergleich zum europäischen Raum zu verstehen, aber auch als alternatives Angebot auf die vorangegangene, intensive Diskussion um das Töten auf Verlangen. Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von“ SAPV definiert die Anforderungen an die Erkrankung und die Anhaltspunkte für eine besonders aufwendige Versorgung. Sie ist erfüllt bei dem „Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische ... Kenntnisse und Erfahrungen ... voraussetzt“. (G-BA 2010) Diese Anforderungen sind bei den zugelassenen Versorgungsteams umgesetzt, deren Teammitglieder sich durch Kompetenzen ausweisen, die die Ganzheitlichkeit der Versorgung in ihren medizinischen, pflegerischen, psychosozialen, ethischen und rechtlichen Aspekten sicherstellen. (Autorenteam DGP 2002), (Fittkau-Tönnemann B 2005), (Kern M 2009) Sie sind in einer sowohl ärztlichen, als auch palliativpflegerischen 24-Stundenbereitschaft mit sofortiger Interventionsmöglichkeit bereit zu stellen. (ARGE der Krankenkassenverbände in Bayern Stand: 2010)

2.2. Ethisch relevante Themen in der SAPV

Palliative Interventionen finden per definitionem in der hochsensiblen Zeit des Sterbens statt und beschränken sich in der Regel nicht auf körperliche, psychische oder soziale Beschwerden. Zusätzlich zu den Eskalationen des Symptomgeschehens beim Betroffenen und seinem Bezugssystem sind die Teammitglieder regelmäßig auch mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Das Spektrum ethisch relevanter Konsultationsthemen im Rahmen der SAPV ist denen der klinischen Ethikberatungen dabei nicht unähnlich. Sie lassen sich in vier Kategorien gliedern: (Reiter-Theil Stella 2005b) „1. Unsicherheit in der ethischen Beurteilung einer klinischen Frage“, z.B. Therapiezieländerung und/oder Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten; „2. Wahrnehmung eines Konfliktes zwischen ethischen Verpflichtungen – z.B. einerseits, die Selbstbestimmung ... eines Patienten zu respektieren, andererseits, die bestmögliche Behandlung zu realisieren (welche der/die Kranke ablehnt)“, z.B. vom Patienten geforderter Therapieverzicht und/oder freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit; „3. Schwierigkeiten mit einem Dissens“ ... im Team ... „über eine klinisch relevante ethische Frage im Kreis der Behandelnden und Betreuenden“, z.B. Beginn und Fortführung einer palliativen Sedierung oder Patientenaufklärung gegen den Willen der Angehörigen oder künstliche Zufuhr von Wasser und Kalorien am Lebensende (Kobert K 2011) und „4. Probleme, die sich aus der Haltung bzw. Kooperation des Kranken oder der Angehörigen für das klinische Team

ergeben“ z.B. ein Festhalten aus übermäßigem Liebesverständnis oder Forderung nach nicht indizierten Maßnahmen.

Die Erfahrungen des Palliativ-Care Teams Fürth gGmbH aus den Versorgungen von 491 Patienten nach SAPV-Kriterien innerhalb von 36 Monaten bestätigen dieses Spektrum der vorgefundenen ethischen Konflikte.

2.2.1. Patientenbezogene Themen

In der Rangfolge spontanen Erinnerns und der Intensität emotionaler Einbindung der Teammitglieder wurden acht freiwillige Verzichte auf Nahrung und Flüssigkeit begleitet, eine Beatmungsbeendigung im Rahmen der Umsetzung einer Patientenverfügung, zahlreiche Konfliktberatungen als Interventionen bei unangemessen handelndem Bezugssystem, eine große Anzahl von palliativen Sedierungen so wie Vermittlungen und Erörterungen von Therapiezieländerungen und –begrenzungen.

Weitere Beratungen waren erforderlich bei Therapieverzichten gegen den Willen der Patienten wegen fehlender Indikation so wie bei mangelnder oder fehlender Aufklärung des Patienten und seines Bezugssystems (informed consent). Wünsche nach einer Tötung auf Verlangen wurden in keinem Fall als nachhaltig oder darauf beharrend geäußert. Sie mussten als Hilferufe nach einer umfassenden Aufklärung verstanden werden. Es musste bei etlichen ethische Konflikten beraten werden, die infolge unangemessener Verteilung von Ressourcen bezüglich begonnenen, im Regelfall jedoch nicht gewünschten Chemotherapien und künstlichen Ernährungen durch den stationären oder ambulanten Versorgungsbereich im Finalstadium entstanden waren. Sie berührten oftmals auch die Werte und das Selbstverständnis der Teammitglieder.

2.2.2. Teambezogene Themen

Ethische Haltung und Kompetenz kann nicht allein nach Außen gelebt werden. Es ist zu erwarten, dass für das Team die bewusste Beschäftigung mit ethischen Reflektionen auch eine Verbesserung der Qualität von Fallbesprechungen im Sinn des Respekts vor anderen Ansichten, der Wahrhaftigkeit untereinander und der Wertoffenheit mit sich zieht. (Erbguth Frank 2011) Dies fördert den vorurteilsfreien Austausch von Informationen, die von außen an die Teammitglieder herangetragen werden und die Reflektion von Vorurteilen.

Idealerweise erlaubt die Teamgröße zudem einen herrschaftsfreien Diskurs um die Dominanz von charismatischen Meinungsbildnern zu vermeiden. (Habermas Jürgen 1981)

3. Ethikkompetenzen des SAPV-Teams

3.1. Mobile Ethikberatung

Der Ablauf einer Ethikberatung im Rahmen der SAPV wird in vielen Schritten dem einer im klinischen Bereich ähneln. (Walter-Sack I 2006)

3.1.1. Anfragemodi

Bisherige Erfahrungen des Palliativ-Care Teams Fürth zeigen, dass die Initiative für eine Erstberatung auf einen wahrgenommenen ethischen Konflikt in erster Linie vom Team ausgeht und nur in geringem Maß von den Patienten oder deren Bezugssystem. Das mag daran liegen, dass das betroffene System durch die Heftigkeit des Erkrankungsablaufs erschöpft oder sich in demütiger Haltung nicht bewusst ist, dass es von wichtigen Entscheidungen für zu treffende Maßnahmen ausgeschlossen wurde. Primärer Ansprechpartner ist im Regelfall ein Teammitglied, das den ethischen Konflikt wahrnimmt³. Auslösend sind die hohe rationale wie auch intuitive Informationsdichte während des palliativen Eingangsassessments sowie das widergespiegelte verbale, körpersprachliche und bildhaft vermittelte Missempfinden der jeweiligen Lebenssituation. Im Sinn eines hermeneutischen Ethikansatzes kann das Teammitglied sich auch verpflichtet fühlen, die Betroffenen in deren Wertekanon verstehen zu lernen und deren persönliche „moralische Erfahrungen“ (Porz 2010) zur Sprache bringen zu wollen.

3.1.2 Ethik-Assessment

Für das ethische Eingangsassessment stehen eine Reihe von bereits bewährten Arbeitsmitteln zur Verfügung, die ein strukturiertes Arbeiten am Fall ermöglichen. (Sass und Viefhues 1987), (Viefhues 2005), (Eichner Eckhard 2011), (Leporello in: Reiter-Theil 2010)

Im einfachsten Fall kann ein strukturiertes Ethik-Assessment bereits zur Beantwortung und Lösung des Konflikts führen. Ansonsten zeichnet es sich durch die Gewinnung ergänzender oder bisher verborgen gebliebener Informationen aus und die Hinzuziehung weiterer, auch von außerhalb des Teams kommender Beratungspartner.

3.1.3. Ethische Fallbesprechung

Das detailliert ausgeführte Ethik-Assessment ist Grundlage für die sich anschließende strukturierte und moderierte ethische Fallbesprechung. Dieser Diskurs kann teamintern oder im Lebensraum des Betroffenen stattfinden und sollte, wenn möglich, unter

³ im Sinne der ersten Eskalationsstufe nach METAP Reiter-Theil 2010

Einschluss des Bezugssystems und Hinzuziehung der versorgenden Einrichtungen geführt werden („best interest standards“). (Reiter-Theil 2011a), (Stanley JM 1989), (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010), METAP Eskalationsstufe 3 / 4 (Reiter-Theil S 2010) Die Anforderungen an die Diskursdisziplin und die konsequente Vermeidung von Gesprächshierarchien (Habermas J 1981) bleiben bestehen.

3.1.3.1. Ermittlung Ethikfokus

Primäre Aufgabe ist die Formulierung des Ethikfokus. Er basiert auf der Summe aller wahrgenommenen ethischen Fragen und Konflikte. Der Ethikfokus dient in hervorragender Weise der Disziplinierung des Fallgesprächs und fasst den Beratungsbedarf in thematischen Fragestellungen zusammen.

3.1.3.2. Ethische Analyse

Es bietet sich im deutschen Versorgungsgebiet an, jede sich ergebende Fragestellung aus dem Ethikfokus zuerst nach den aktuellen Grundsätzen der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2011) zu prüfen. Aufgrund der Unterscheidung in ärztliche Pflichten bei Sterbenden, bei infausten Prognosen oder bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen erschließen sich voneinander differierende Handlungsmöglichkeiten und –gebote. Diesen wiederum haben in jedem Fall sowohl eine gerechtfertigte medizinische Indikation als auch der frei geäußerte oder gemutmaßte Patientenwille zugrunde zu liegen. (Zwei-Säulen-Modell) (Neitzke Gerald 2011) Alternativ steht ein weiterer, noch differenzierterer Kodex für medizinische Handlungsempfehlungen mit den Vorschlägen des *Appelton Consensus* zur Verfügung. (Stanley JM 1989)

3.1.3.3. Ethische Maxime / Prinzipien

Nach übereinstimmendem Verständnis werden medizin- und bioethische Fragen an vier ethischen Maximen gemessen: 1. ist die Entscheidung aus freiem Willen getroffen worden? (Autonomie) 2. nutzt die Maßnahme dem Betroffenen? 3. schadet sie mehr als dass sie nutzt? 4. steht sie einer gerechten Ressourcennutzung entgegen? (Gerechtigkeit) (Beauchamp TL 2001) Die Beurteilung der gefundenen Ethikfoki anhand dieser vier Maximen bringt Aufschluss darüber, welche Handlungsmöglichkeiten nach ethischen Gesichtspunkten weiter verfolgt werden können.

3.1.3.4. Systematischer Perspektivwechsel

Nachdem ein Großteil der ethischen Fallbesprechungen nicht in Gegenwart des Betroffenen stattfindet, empfiehlt sich eine wiederholte Reflektion der getroffenen Handlungsempfehlungen aus dem Blickpunkt des Betroffenen (Systematischer Perspektivwechsel). (Reiter-Theil 2011b)

3.1.3.5. ethische Handlungsempfehlung

Die auszusprechenden Handlungsempfehlungen haben in Übereinstimmung aller an der Entscheidung Beteiligten verabschiedet zu werden. Sie sind dem Betroffenen und seinen Bezugspersonen unmittelbar mitzuteilen. Ein Mehrheitsbeschluss entgegen den Bedenken Einzelner ist nicht zulässig. In diesem Fall empfehlen sich eine Vertagung und das Einholen weiterer, möglicherweise bisher übersehener Informationen.

3.1.3.6. Dokumentation

Sowohl die schriftliche Aufzeichnung der besprochenen Entscheidungsschritte, als auch eine externe Dokumentation als Ergebnisbericht (Fahr et al. 2011), (Fahr 2009) ist durch die Stellungnahme der Bundesärztekammer geboten. (Walter-Sack I 2006)

3.1.3.7. Evaluation

Zur Vermeidung von Systemfehlern, sich einschleichenden Bewertungsketten und einer denkbaren großzügigen heuristischen Interpretation der Problematik scheint es empfehlenswert, eine Evaluationsmöglichkeit zu schaffen und regelmäßig zu nutzen.

3.2. Ethikdiskurs im Team

Die Entwicklung von Ethikkompetenzen hat auch für die beratenden Teams unschätzbare Vorteile. Dazu zählt die stetige Einübung und Reflektion der persönlichen ethischen Haltung und die Entwicklung einer moralischen Organisationsstruktur (Parboteeah et al. 2010), (Tarzian Anita J. et al. 2009) Seite 36

Des Weiteren kann die Entwicklung von ethischen Leitlinien zu den Aufgaben der SAPV-Teams zählen (Boo und Koh 2001).

3.3. Implementierung des Ethikdiskurses im AH, Pflegediensten und bei Fortbildungsmaßnahmen

1. Sensibilisierung für Fragen um Pflegeethos, Pflegeethik, eigene Normen und Werte

2. Umgang mit Fragen zur PEG
3. Flüssigkeits- und Nahrungsverweigerung
4. erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen
5. Therapiezieländerung
6. Nutzung von Ressourcen
7. Ungleichbehandlung von Betroffenen.

4. Diskussion

Die Komplexität der Aufgaben und die Fülle an Interaktionen bei schwerst Erkrankten erlaubt zu hinterfragen, ob ein SAPV-Team überhaupt noch in der Lage ist, sich einer weiteren Facette komplexen Leistungsangebots zu widmen. Welchen Nutzen hätte darüber hinaus eine mobile Ethikberatung für den Patienten, sein Bezugssystem und die sie tragende Gesellschaft?

4.1. Primärer Nutzen

Das geforderte hohe Aus- und Weiterbildungsniveau und die nachzuweisende Qualifikation der SAPV-Teammitglieder befähigen diese zu einem vierdimensionalen Denken im Sinne des „Total-pain-Konzeptes“ der Palliative-Care. (Richmond Caroline 2005) Folgerichtig ist jeder Arzt-Palliativpflege-Patienten-Angehörigenkontakt auch ein ethisches Kurz-Assessment.

Die Wahrnehmung und Interpretation der ethischen Bedürfnisse des Patienten und seines Bezugssystems geschehen primär im Sinn einer hermeneutischen Ethik. (Porz 2010) Evaluierbare Selbstkontrollmechanismen der SAPV-Teams haben dabei zu gewährleisten, dass diese nicht der rationalen Bewertung entgleiten. Überhaupt ist gelebte Wahrhaftigkeit nach außen und im Inneren tragendes Element der SAPV-Teamarbeit⁴. Sie gestattet es ihm, >wahr-genommene< ethische Konflikte und Fragestellungen zu thematisieren (Brombacher Lilo 2008). Der Wahrheit verpflichtet und niemals Teil des zu versorgenden Bezugssystems existieren diesem gegenüber zudem keine subjektiven Verpflichtungen und machen ein schützendes Verschweigen nicht notwendig (Erbguth Frank 2011). Im Sinne des „informed consent“ (Beauchamp TL 2011) dient das Wahrheitsversprechen auch einer De-Eskalation des multifaktoriell überinformierten Patientensystems. Als Richtschnur kann gelten, dass Informationen sehr wohl gefiltert und stets in dem Maß mitgeteilt werden sollten, wie sie genau zu diesem Zeitpunkt notwendig sind, verlangt und

⁴ siehe Parallelen im Krankenhaus bei Brombacher Lilo 2008

abgerufen werden (Borasio GD 2000). Die Mitglieder von SAPV-Teams wie auch anderer Professionen dienen oftmals lediglich zur Bestätigung selbst erkannter Fakten. Sie geben jedoch dem Patienten in einer hochsensiblen Phase seines Lebens die Möglichkeit für eine Reflektion seines Lebenskonzepts, seiner Werte und Normen. In besonderem Maße stabilisierend wirkt dabei das aus gelebter ethischer Team-Haltung belastbare Sicherheitsversprechen (Schneider Werner 2011a).

Vorhandene Ethikkompetenz und ggf. ein frühzeitiges Ethik-Kurzassessment unter Beachtung des „Total-pain-Konzepts“ erleichtern die ethisch fundierten Entscheidungsfindungen und ermöglichen eine vorausschauende Versorgungsplanung (advanced care planning) (Detering et al. 2010). Ein davon nicht unwesentlicher Teil ist die Restlebensplanung in einer am Patienten orientierten Qualität, die Priorisierung der noch vorhandenen Wünsche und eine Strukturierung der zu erwartenden Ereignisse (Schneider Werner 2011b), wie auch Entscheidungshilfen zur Sinnhaftigkeit von Therapien unter Berücksichtigung von definitiv formulierten Patientenverfügungen.

Eine Reihe von ethischen Fragestellungen und vorgefundenen Konflikten heben sich von den bisher geschilderten Situationen in ihrer Tragweite ab. Hier empfiehlt es sich, die Rolle der SAPV-Teammitglieder für eine erweiterte ethische Reflektion bewusst von der eines „ethic mediators“ in die eines Ethik-Konsensushelfers („ethics facilitators“) zu verändern. (Reiter-Theil Stella 2011) Als Beratungsnotfälle sollten verstanden werden die Konfrontation mit dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen, die fremdbestimmte (Gillon Raanan 1994) oder freiwillige Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung (Chabot Boudewijn 2010), eine Therapiebegrenzung/ -verzicht (Winkler 2010), ggf. gegen den Willen des Patienten (Jox Ralf und Winkler Eva 2010), die Beendigung der Beatmung als Erfüllung der Patientenverfügung (Windisch 2009), (Kreß Hartmut), die Medikamentengabe auf Wunsch des oder gegen den Patientenwillen (Stanley JM 1989) und die Einleitung einer reversiblen oder palliativen Sedierung (Virt 2010), (Neitzke Gerald 2010). Sie alle erfordern die Vermittlung von palliativen Therapieoptionen unter ethischer Bewertung im Konsens mit allen involvierten Ärzte, Pflegenden und des Bezugssystems.

Therapiezieländerungen sind nach eigenen Beobachtungen in der SAPV selten Grund für eine Ethikberatung, da über die palliative Maßnahme bereits entschieden wurde; notwendig wurde oftmals jedoch die Vermittlung der Entscheidung zur Änderung oder Beendigung der Therapie.

Verpflichtend sollte ab diesem Beratungsniveau ein strukturiertes Assessment, ein schrittweises Erarbeiten des Ethikfokus z.B. nach dem Eskalationsmodell METAP (Reiter-

Theil 2010) und eine evaluierbare Dokumentation sein z.B. (Reiter-Theil 2010) oder (Viefhues 2005) oder (Reiter-Theil Stella 2005a). Durch das Erkennen weiterer potentieller ethischen Konflikte und eine vorbeugende Planung zur späteren Bearbeitung lassen sich Zeit-Ressourcen am Lebensende einsparen.

Ökonomischen Zwangshandlungen (Bartsch und Maio 2011) bestimmen das Lebensende sowohl mit überbordenden, als auch verweigerten Therapieangeboten. Die Frage der Allokation von Ressourcen (Schockenhoff Eberhard 2010) verschiebt sich jedoch eher in Richtung von gutmeinenden, polypragmatischen Hilfeleistungen als Reaktion auf die empfundene Hilflosigkeit. Die SAPV kann daher auch als eine Maßnahme verstanden werden, eine ökonomischere Therapigestaltung zu realisieren. Sie bewegt sich auf dem schmalen Pfad, sich hierzu instrumentalisieren zu lassen und dennoch ethisch tragbare Konzepte zu gestalten.

Auffällig bei verzögerten oder emotional eskalierenden Sterbeprozessen ist das unangemessen handelnde Bezugssystem, das aus falsch verstandener Liebe entweder nicht loslassen oder nicht gehen will (Hellinger 2001). Hier ist eine besondere, ethisch-spirituelle Sensitivität und Kompetenz gefragt, die aufgrund der Nähe zum Sterbenden gerade durch SAPV-Teams umgesetzt werden können.

Alle Maßnahmen im Rahmen der SAPV-Leistungserbringung, seien sie ärztlich, pflegerisch, psychosozial oder ethischen begründet, orientieren sich primär am Wohl des Betroffenen. Dennoch zeigt der große Unterstützungsbedarf des Bezugssystems (Schneider Werner 2011b), (Macdonald RC 2011), dass auch die Weiter-leben-müssenden-Angehörigen Berücksichtigung suchen. Dies darf nicht allein durch die ethische Selbstverpflichtung der Teams gewährleistet sein und ohne Anerkennung von Seiten der Krankenkassen bleiben.

Insgesamt nimmt die SAPV-Tätigkeit einen Einfluss auf die Entwicklung eines „prospektiven Gedächtnisses“ (Kliegel Matthias 2006), (N.N. 2005), (MacLeod 2005), indem sie das Lebenskonzept des Bezugssystems auf die Zukunft ausrichten und an positiven Erinnerungen festmachen hilft.

4.2. kollateraler Nutzen

zu diskutieren sind: Die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen und die daraus resultierende intensivere Wahrnehmung bestehender Konflikte hat einen Einfluss auf die Teamarbeit: sie bringt achtsameren Umgang untereinander (Einübungsethik Hammacher Klaus 2005); Verbesserung der Teamarbeit und –gesamtleistung durch gleichberechtigtes Miteinander und Vermeidung des „doctor-nurse-game“ (Hibbeler Birgit 2011), (Stein LI

1967); Vermeidung von zu schnellen Vorverurteilungen oder Abstumpfung gegenüber wiederkehrenden, eigenen leidvollen Einbeziehungen; Förderung der ethischen Sensibilität und Urteilskompetenz der Mitarbeiter (Marckmann Georg 2011); Sensibilisierung des Teams für alle Aspekte des „total pain“ Konzepts; heuristische Teamdynamik: aus den unterschiedlichen Perspektiven der Teammitglieder zusammengesetzte Gesamtinformationen ist größer als die von Einzelnen erhobene (Musahl Hans-Peter 2001); Cave: die Vertrautheit der Teammitglieder untereinander fördert eine unkritische Wertung der Informationen; kritisch reflektierte Informationsverarbeitung: Kontrolle und Vermeidung systemischer Denkfehler (Albisser Schleger H 2011) durch regelmäßige und in kurzen Intervallen stattfindende Gesamt-Teamgespräche.

5. Schlussfolgerung - Ausblick

Ambulant im Rahmen einer spezialisierten Palliativ-Versorgung erbrachte ethische Beratungen unterscheiden sich von der bisherigen, vor allem im häuslichen Bereich geübten Praxis, ethische Fragen aus spirituellem, seelsorgerischem, psychologischem oder juristischem Blickwinkel beantworten zu lassen. Für eine qualifizierte Ethikberatung sind die SAPV-Teams aufgrund gegebener Strukturen jedoch geradezu prädestiniert: kleine, entscheidungskompetente Teamgrößen (Reiter-Theil 2010, S.139) ausschließliche Tätigkeit während eskalierter Erkrankungs- und Systemsituationen; stets nahe am Geschehen der ethischen Konflikte stehend; breit gefächerter Ausbildungsstandard und hohe hermeneutische Kompetenzen bei gleichzeitig vorhandenen multikompetent-wissenschaftlichen Befähigungen (Thiel Volker 2001); verpflichtende ganzheitliche Assessments mit Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte. Die gegebenen Voraussetzungen begünstigen eine primär prozessuale, lösungsorientierte Herangehensweise an ethische Fragestellungen im Gegensatz zu einer alleinigen normativen Beurteilung (Marckmann Georg 2011).

SAPV-Teams fühlen sich in ethischen Konfliktsituationen sicher nicht generell überfordert, dennoch können sie sich ihr professionelles Auftreten erleichtern und ihre eigene psychophysische Teamgesundheit durch Erwerb und Implementierung von Kompetenzen zu ethischen Fallanalysen fördern.

Dies darf auch unter der heutigen Gesetzeslage gelten. Es ist für Revisionen jedoch zu wünschen, dass „ärztliche und pflegerische Leistungen“⁵ eine Würdigung erfahren, die

⁵ Padé 2011 die Randnotiz 38 schließt die „psychosoziale oder spirituelle Begleitung des Sterbens“ aus

ihre, auch im psychosozialen, ethischen und spirituellen Kontext erbrachten Tätigkeiten anerkennen⁶ und diese nicht per se in den ehrenamtlich zu leistenden, hospizlichen und seelsorgerischen Bereich verschoben werden (GKV Spitzenverband 2010).

Adresse des Verfassers:

Dr. Roland Martin Hanke
c/o Palliativ-Care Team Fürth gGmbH
Jakob-Henle Straße 1 PWG II/5
90766 Fürth

⁶ G-BA Stand: 01.02.11 siehe Glossar: Palliativmedizin

Literaturverzeichnis

- § 37b SGB V: § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) m.W.v. 01.01.2012. Hg. v. dejure.org GmbH. Online verfügbar unter http://dejure.org/gesetze/SGB_V/37b.html, zuletzt geprüft am 31.01.2012.
- Albisser Schleger H, Oehninger NR Reiter-Theil S. (2011): Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychology research. In: *Med Health Care Philos.* (14(2)), S. 155–162. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20652416>, zuletzt geprüft am 29.01.2012.
- ARGE der Krankenkassenverbände in Bayern (Stand: 2010): Muster-Vertrag über die Erbringung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V im Freistaat Bayern. Arge Bayerische Krankenkassenverbände. Online verfügbar unter <http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/Bayern/SAPVBayern.pdf>, zuletzt aktualisiert am 15.09.2010, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Autorenteam DGP (2002): Curriculum DGP Basiskurs für Ärzte. Erarbeitet und empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP). Online verfügbar unter http://www.pzbb.de/pdf/Curriculum_DGP_Basiskurs.pdf, zuletzt aktualisiert am 02.10.2002, zuletzt geprüft am 24.01.2012.
- Bartsch, H.H; Maio, G. (2011): Die Therapieentscheidung als ökonomische Zwangshandlung (3). Online verfügbar unter <http://www.springermedizin.de/spmblob/346170/pdfPrintArticle/3252089/die-therapieentscheidung-als-oekonomische-zwangshandlung.pdf>, zuletzt geprüft am 26.12.2011.
- Beauchamp TL (2011): Informed Consent: Its History, Meaning, and Present Challenges. In: *Camb Q Healthc Ethics* 20 (04), S. 515–523.
- Beauchamp TL, Childress J. F. (2001): Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York City, NY: Oxford University Press.
- Boo, E. H.Y; Koh, Hian Chye (2001): The Influence of Organizational and Code-Supporting Variables on the Effectiveness of a Code of Ethics. In: *Teaching Business Ethics* 5 (4), S. 357–373.
- Borasio GD, Voltz R. (2000): Aufklärung und Palliativmedizin in der Neurologie am Beispiel der amyotrophen Lateralsklerose. In: *Der Internist* 41 (7), S. 627–632. Online verfügbar unter <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=m4l24hxbjgvtvq01&size=largest>, zuletzt geprüft am 12.01.2012.
- Brombacher Lilo (2008): Wahrhaftigkeit im Krankenhaus. Grundsätze und praktische Aspekte für die Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher Diakonie. Online verfügbar unter http://www.ethikberatung.uni-goettingen.de/pdfs/leitlinie_kd_wahr.pdf, zuletzt aktualisiert am 18.01.2008, zuletzt geprüft am 11.01.2012.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.02.2011, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Chabot Boudewijn, Walther Christian (2010): Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. München, Basel: Reinhardt.
- Detering, K. M.; Hancock, A. D.; Reade, M. C.; Silvester, W. (2010): The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. In: *BMJ* 340 (mar23 1), S. c1345, zuletzt geprüft am 21.01.2012.
- Eichner Eckhard, Fischer Josef Strauß Michael (2011): Einführung eines ethischen Basis-Assessments in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung in Augsburg. In: *Ethik in der Medizin* (online first).
- Erbguth Frank (2011): Ethikberatung II: Entscheidungen am Lebensende. in: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Nürnberg (2), 15.11.2011 (11), S. 15ff, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Fahr, Uwe (2009): Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung. In: *Ethik Med* 21 (1), S. 32–44. Online verfügbar unter <http://www.springermedizin.de/spmblob/434406/pdfPrintArticle/3252089/klinische-ethik-als-partnerschaft--oder-wie-eine-ethische-leieinsatz-von-ressourcen-entwickelt-und-implementiert-werden-kann.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2011.
- Fahr, Uwe; Herrmann, Beate; May, Arnd T.; Reinhardt-Gilmour, Antje; Winkler, Eva C. (2011): Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen. In: *Ethik Med* 23 (2), S. 155–159. Online verfügbar unter <http://www.springermedizin.de/spmblob/434400/pdfPrintArticle/3252089/empfehlungen-fuer-die-dokumentation-von-ethik-fallberatungen.pdf>, zuletzt geprüft am 26.01.2012.

- Fittkau-Tönnemann B, Nauck F. et al (2005): Kursbuch "Palliativmedizin". Hg. v. Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/WB%20Kursbuch%20Palliativmedizin%20%28Stand%2041126%29.pdf>, zuletzt aktualisiert am 15.02.2005, zuletzt geprüft am 24.01.2012.
- G-BA (Stand: 01.02.11): Glossar: Palliativmedizin - Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <http://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/100/>, zuletzt aktualisiert am 01.02.2011, zuletzt geprüft am 30.01.2012.
- G-BA (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. vom 20. Dezember 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911, zuletzt geändert am 15. April 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger, S. 2 190, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. Bundesanzeiger. Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.06.2010, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Gillon Raanan (1994): Palliative care ethics: non-provision of artificial nutrition and hydration to terminally ill sedated patients. In: *Journal of Medical Ethics* 2000;26:198–203 (20), S. 131-132, 187, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- GKV Spitzenverband (2010): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13.03.1998 i. d. F. vom 14.04.2010. §3 (2), 19.05.2010. Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.2_Satz7_14042010_13592.pdf, zuletzt geprüft am 30.01.2012.
- Habermas Jürgen (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. 2 Bände: Suhrkamp.
- Hammacher Klaus (2005): Einübungsethik: Überlegungen zu einer freimaurerischen Verhaltenslehre. Festschrift zum 75. Geburtstag des Autors. Ausgabe 45 von Schriftenreihe der Forschungsloge Quatuor Coronati, Bayreuth. Bayreuth: Freimaurerische Forschungsgesellschaft. Online verfügbar unter http://books.google.de/books/about/Ein%C3%BCbungsethik.html?id=Qp35MQAACAAJ&redir_esc=y, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Hellinger, Bert (2001): Ordnungen der Liebe. Ein Kursbuch ; [das Grundlagenbuch zur Familienaufstellung]. Vollst. Taschenbuchausg. München: Droemer Knaur.
- Hibbeler Birgit (2011): Ärzte und Pflegekräfte: chronischer Konflikt. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (41), S. 2138–2144. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/109162>, zuletzt geprüft am 08.01.2012.
- Jox Ralf und Winkler Eva (2010): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen. Langfassung. Hg. v. Peter Jacobs RD Jürgen Weber) Am AK Patientenverfügungen Klinikum der Universität München (Leitung: G.D. Borasio. Klinikum Großhadern. München, zuletzt aktualisiert am 24.11.2010, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Kern M, Aurnhammer K. Müller M. (2009): Basiscurriculum palliative care. Eine Weiterbildung für Pflegenden in Palliative Care. 3. Aufl. Bonn: Pallia-Med-Verlag.
- Kliegel Matthias, Jäger Theodor (2006): Die Entwicklung des prospektiven Gedächtnisses über die Lebensspanne. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38 (4), S. 162–174.
- Kobert K (2011): Klinische Ethik - Jahresbericht 2011. Hg. v. Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH. Bielefeld. Online verfügbar unter http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/2010_Jahresbericht_Klinische_Ethik_2010.pdf, zuletzt aktualisiert am 25.08.2011, zuletzt geprüft am 08.01.2012.
- Kreß Hartmut: Abstract des Statements zum Thema "Ethische Aspekte in der Beatmungsmedizin". am 04.06.2005 (auf der 13. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung in Celle 02. bis 04. Juni 2005); Hg. v. Evangelisch-Theologische Fakultät. Online verfügbar unter <http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/beatmungsmedizin>, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Macdonald RC, Weeks Lori McInnis-Perry Gloria (2011): End-of-life healthcare decision-making: The intermediary role of the ethicist in supporting family caregivers and health professionals. Hg. v. researchgate.net (DOI: 10.3233/WOR-2011-1207). Online verfügbar unter http://www.researchgate.net/publication/51579022_End-of-life_healthcare_decision-making_The_intermediary_role_of_the_ethicist_in_supporting_family_caregivers_and_health_professionals, zuletzt geprüft am 26.12.2011.
- MacLeod, A. K. (Hg.) (2005): Prospective Cognitions. in Handbook of Cognition and Emotion (eds T. Dalgleish and M. J. Power), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. doi: 10.1002/0470013494.ch14 (Handbook of Cognition and Emotion (eds T. Dalgleish and M. J. Power)).

- Marckmann Georg (2011): Ethikberatung im Krankenhaus: Was bringt sie in der Praxis?, 26.06.2011. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37b.html, zuletzt geprüft am 30.12.2011.
- Musahl Hans-Peter (2001): Eher schlau als klug – psychologische Hemmnisse vorausschauenden Handelns. Beitrag in: Instandhaltung. XIX. Sicherheitswissenschaftliches Kolloquium der GfS, 6.-7.November 2000 in Wuppertal. Unter Mitarbeit von S. & Vorath B.-J Radandt. Online verfügbar unter http://fogs.uni-duisburg.de/texte/gfs_beitrag2000.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.08.2001, zuletzt geprüft am 10.01.2012.
- N.N. (2005): Prospektive Kognitionen und prospektives Gedächtnis. Westfälische Wilhelms-Universität Münster Psychologisches Institut. Online verfügbar unter http://wwwpsy.uni-muenster.de/imperia/md/content/psychologie_institut_1/ae_dejong/vl_ws_0506/vl08.pdf, zuletzt aktualisiert am 14.12.2005, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Neitzke Gerald (2011): Ethikberatung III: Ein klinisch orientiertes Modell für Ethik-Fallberatungen. in: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Nürnberg (3), 12.11.2011, S. 9–14, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Neitzke Gerald, Oehmichen Frank Schliep Hans Joachim Wördehoff Dietrich (2010): Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). In: *Ethik Med* 22 (2), S. 139–147.
- Padé (2011): SGB V § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Fassung vom 17.07.2009, gültig ab 23.07.2009 (jurisPK-SGB V). Online verfügbar unter http://www.juris.de/jportal/portal/page/homerl.psml?cmsuri=/juris/de/nachrichten/zeigenachricht.jsp&feed=jpk-sgbv&wt_mc=rss.jpk-sgbv&nid=jpk-SGBESR0420, zuletzt aktualisiert am 23.11.2011, zuletzt geprüft am 30.12.2011.
- Parboteeah, K. Praveen; Chen, Hsien Chun; Lin, Ying-Tzu; Chen, I-Heng; Lee, Amber Y-P; Chung, Anyi (2010): Establishing Organizational Ethical Climates: How Do Managerial Practices Work? In: *J Bus Ethics* 97 (4), S. 599–611, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Porz, Rouven Widdershoven Guy (2010): Verstehen und Dialog als Ausgangspunkte einer hermeneutischen Ethik. In: *Bioethica Forum / 2010 / Volume 3 / No. 1* 2010, 03.06.2010 (Volume 3 / No. 1). Online verfügbar unter http://www.bioethica-forum.ch/docs/10_1/Focus_Porz_Widdershoven_S8-11.pdf, zuletzt geprüft am 01.01.2012.
- Reiter-Theil Stella (2005a): Basler Leitfaden und Protokoll zur klinisch-ethischen Fallbearbeitung. in: Ethikberatung III: Praktische Umsetzung der ethischen Fallanalyse: Nürnberg, S. 22 ff, zuletzt geprüft am 28.01.2012.
- Reiter-Theil Stella (2005b): Klinische Ethikkonsultation ... eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (6), S. 346–351. Online verfügbar unter <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-06/2005-06-091.PDF>, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Reiter-Theil Stella, Schuster Sandra (2011): Ethikberatung III: Praktische Umsetzung. Aufbau — Elemente — Kompetenzprofil. in: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen, 12.11.2011, S. 7ff, zuletzt geprüft am 28.01.2012.
- Reiter-Theil, Stella (2010): METAP - Leitfaden für die ethische Entscheidungsfindung in schwierigen klinischen Situationen. Berlin: Springer Berlin.
- Reiter-Theil, Stella (2011a): Ethikberatung II: Patientenbetreuung in der Intensivmedizin. in: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Schuster Sandra. Nürnberg (cekib im Klinikum Nürnberg), 12.11.2011, S. 17, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Reiter-Theil, Stella (2011b): Ethikberatung III: Praktische Umsetzung der ethischen Fallanalyse. in: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Nürnberg (cekib im Klinikum Nürnberg), 12.11.2011, S. 10 ff, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Richmand Caroline (2005): Dame Cicely Saunders. Founder of the modern hospice movement. In: *BMJ* (331), S. 238. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1179787/pdf/bmj33100238.pdf>, zuletzt geprüft am 27.01.2012.
- Sass, Hans-Martin; Viefhues, Herbert (1987): Bochumer Arbeitsbogen zur medizinischen Praxis. 2. Aufl. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.
- Schneider Werner (2011a): Was brauchen Menschen am Lebensende – Ergebnisse der bay. SAPV-Forschung 2009-2011, zuletzt aktualisiert am 18.07.2011, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Schneider Werner (2011b): Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – Eine explorative Begleitstudie Ergebnisbericht. Unter Mitarbeit von Thoms Ursula Eichner Eckart Stadelbacher Stephanie Eschenbruch Nicholas. Augsburg, 02.09.2011, zuletzt geprüft am 06.01.2012.

- Schockenhoff Eberhard, Losinger Anton (2010): Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. Allokation im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht - Stimmen der Zeit (2), S. 95–103. Online verfügbar unter http://www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&k_produkt=2268208, zuletzt geprüft am 28.01.2012.
- Stanley JM (1989): The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decision The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment medical treatment. In: *Journal of medical ethics*, 1989, 15, 129-136 (15), S. 129–136. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375803/pdf/jmedeth00270-0019.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Stein LI (1967): The doctor-nurse game. In: *Arch Gen Psychiatry* (16(6)), S. 699–703. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6027368?dopt=Abstract>, zuletzt geprüft am 08.01.2012.
- Tarzian Anita J. et al. (2009): Core competencies for health care ethics consultation. The Report of the American Society for Bioethics and Humanities, S. 36. Online verfügbar unter <http://www.asbh.org/uploads/files/pubs/CCUpdateNov09.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- Thiel Volker (2001): Der Pflegeprozess - ein Instrument professioneller Pflege. In: *Die Schwester / Der Pfleger* (40), S. 338–342. Online verfügbar unter <http://www.volkerthiel.de/pflproz/pflproz.pdf>, zuletzt geprüft am 30.01.2012.
- Viefhues, H. und und Sass H.-M (2005): Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis. Online verfügbar unter <http://www.betreuungen-krueger.de/Bochumer%20Arbeitsbogen.htm>, zuletzt aktualisiert am 26.02.2005, zuletzt geprüft am 03.01.2012.
- Virt, Günter Hunstorfer Karl (2010): Ethische Überlegungen zur palliativen Sedierung. In: *Wien Med Wochenschr* 160 (13-14), S. 331–337.
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: *Ethik Med* 22 (2), S. 149–153, zuletzt geprüft am 10.12.2011.
- Walter-Sack I, Wiesing U. (2006): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (24), S. A 1707-1703. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/103/24/a1703.pdf>, zuletzt geprüft am 26.01.2012.
- Windisch, Wolfram (2009): S2 ... Leitlinie der DGP zur außerklinischen Beatmung. 12. Außerklinische Beatmung bei CRI - Ethische Betrachtungen. Unter Mitarbeit von Jörg Brambring Stephan Budweiser Dominic Dellweg Jens Geiseler Frank Gerhard Helmut Sitter Helmut und Thomas Köhnlein Uwe Mellies Bernd Schönhofer Bernd Schucher Karsten Siemon Stephan Waltersbacher Martin Winterholler. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. Online verfügbar unter http://www.heimbeatmung.de/pdf/DGP_S2_LL_NIV@Home_final.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.12.2009, zuletzt geprüft am 11.01.2012.
- Winkler, Eva C. (2010): Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? In: *Ethik Med* 22 (2), S. 89–102.