

Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis

Ethical Case Discussions in Family Medicine: A Practice Guidance

Georg Marckmann¹, Birgitta Behringer², Jürgen in der Schmitt³

Zusammenfassung: In den letzten Jahren entstehen in Deutschland auch im ambulanten Bereich zunehmend ethische Beratungsangebote. Die Unterstützung in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen erfolgt in der Regel in einer strukturierten, von einem entsprechend geschulten Moderator geleiteten ethischen Fallbesprechung, an der Vertreter der beteiligten Berufsgruppen (insbesondere der Hausarzt und die zuständigen Pflegekräfte) und auch die Angehörigen teilnehmen, sofern dies vom Patienten gewünscht oder der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Der vorliegende Beitrag stellt ein Modell zur Strukturierung ethischer Fallbesprechungen vor, das sich bei der Bewertung an den vier klassischen medizinischen Prinzipien Wohltun, Nichtschaden, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit orientiert. Diese prinzipienorientierte Falldiskussion hat sich für die Moderation ethischer Fallbesprechungen im klinischen und außerklinischen Setting bewährt, kann aber auch dem einzelnen Hausarzt als Leitfaden für die strukturierte Bearbeitung schwieriger ethischer Entscheidungssituationen dienen.

Schlüsselwörter: Ethik; Ethikberatung; Allgemeinmedizin; ambulante Versorgung; Altenheim

Abstract: Over the last years, ethical consultation services have been increasingly implemented also in the ambulatory care sector in Germany. Support for difficult ethical decisions is usually offered in structured ethical case discussions, guided by a moderator with specific training. Representatives from all professional groups involved in the care of the patient are invited to join these discussions, in particular the family practitioner and the responsible nurse, as well as the closest family member(s) if so desired by the patient or if the patient has lost decision making capacity. This article presents a model to structure ethical case discussions which bases the evaluation on the four classical principles of biomedical ethics: beneficence, non-beneficial effects, respect for autonomy and justice. This principle-based case discussion can be used both for the moderation of ethical case discussions in the inpatient and outpatient care setting and by family practitioners as guidance for the structured workup of difficult ethical decisions.

Keywords: ethics; ethics consultation; family medicine; ambulatory care; nursing home

Hintergrund

Nachdem Klinische Ethikkomitees inzwischen in vielen deutschen Krankenhäusern etabliert sind [1], entstehen in den letzten Jahren auch im ambulanten Sektor zunehmend ethische Beratungsangebote [2, 3]. Diese Entwicklung trägt der Tatsache Rechnung, dass Ärzte, Pflegendende und Mitglieder anderer Berufsgruppen auch in der ambulanten Ver-

sorgung oft mit ethischen Fragestellungen konfrontiert sind (für eine exemplarische retrospektive Fallanalyse aus hausärztlicher Sicht vgl. [4]). Dabei bietet die Implementierung der Ethikberatung im ambulanten Bereich besondere Herausforderungen, da Mitarbeiter verschiedener regionaler Versorgungseinrichtungen eingebunden werden müssen. Ethikberatung in der Altenpflege [5], Behindertenhilfe [6] oder im Hospiz

[7] ist organisatorisch meist an die Einrichtung oder deren Träger angegliedert. Andere Beratungsangebote entstehen in bereits existierenden regionalen Versorgungsstrukturen, wie z.B. Hospiz- und Palliativnetzwerken [8] oder in eigens geschaffenen Netzwerken (z.B. das Netzwerk Ambulante Ethikberatung Göttingen oder die Ambulante Ethikberatung in Hessen e.V.). Das Ambulante Ethikkomitee Bochum e.V. (AEB) hat sich bspw.

¹ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

² FÄ für Innere und Allgemeinmedizin, Spezielle Palliativmedizin, Hausärztliche Geriatrie; Bochum

³ Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer-reviewed article eingereicht: 13.12.2017; akzeptiert: 19.02.2018

DOI 10.3238/zfa.2018.0116-0120

aus einem Qualitätszirkel des Palliativnetzes entwickelt. Zu seinen Mitgliedern gehören Pflegekräfte, Pfarrer, Leitungen von Hospizdiensten, Pflegeheimen und Behinderteneinrichtungen sowie (Palliativ-)Ärzte aus dem ambulanten und stationären Bereich.

Die ethische Entscheidungsunterstützung erfolgt meist in einer strukturierten, von einem spezifisch qualifizierten Moderator geleiteten ethischen Fallbesprechung, an der Vertreter der jeweils beteiligten Berufsgruppen (insbesondere der Hausarzt und die zuständigen Pflegekräfte) und bei nicht einwilligungsfähigen Patienten auch die Angehörigen teilnehmen. Erlebte Anamnese, familienmedizinische Bezüge zu den Angehörigen, die gute Kenntnis des sozialen Netzwerks, besonders der verfügbaren Ressourcen und seine moderierende Rolle im multi-professionellen Team prädestinieren den Hausarzt für die Moderation einer ambulanten ethischen Falldiskussion. Beim AEB können Pflegekräfte, Ärzte oder Angehörige eine Fallbesprechung beantragen, die dann von entsprechend geschulten Mitgliedern des AEB organisiert und moderiert wird. Abhängig von den Gegebenheiten finden die Gespräche in Pflegeeinrichtungen, Wohnungen oder Arztpraxen statt. Die endgültige Entscheidung zwischen medizinisch vertretbaren Optionen (einschließlich des Unterlassens von Maßnahmen) trifft der Patient bzw. sein Vertreter nach Maßgabe des erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillens, falls der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig ist. Formal ist das Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung nicht bindend; die darin herausgearbeiteten Entscheidungsgrundlagen, wie z.B. die Interpretation des Patientenwillens, sind aber ethisch wie rechtlich maßgeblich zu berücksichtigen.

Der vorliegende Beitrag stellt mit der prinzipienorientierten Falldiskussion ein Modell zur Strukturierung ethischer Fallbesprechungen vor [9]. Das Vorgehen hat sich für die Moderation ethischer Fallbesprechungen im klinischen [10] und außerklinischen Setting [8] bewährt und kann überdies auch dem einzelnen Hausarzt als Leitfaden für schwierige ethische Entscheidungssituationen dienen (vgl. auch [11]). Der Fallbericht in dieser Ausgabe der ZfA bietet hierfür ein Anwendungsbeispiel (s. S. 121–124, die Zitierung finden Sie unter [12]).

Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion

Die zentrale Zielsetzung ethischer Fallbesprechungen besteht darin, in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen herauszuarbeiten, welches Vorgehen ethisch am besten zu begründen ist. Mit der „prinzipienorientierten Medizinethik“ steht ein praxisnaher Ethikansatz zur Verfügung, der weithin Zustimmungsfähig ist und in vielen Bereichen der Medizin Anwendung findet. Er basiert auf den international etablierten vier medizinethischen Prinzipien [13], die die moralischen Verpflichtungen des Gesundheitspersonals definieren: Sie sollen die Selbstbestimmung des Patienten fördern und achten (Prinzip *Respekt vor der Patientenautonomie*, idealtypisch als Ergebnis eines – meist als „gemeinsame Entscheidungsfindung“/„shared decision making“ bezeichneten – Befähigungsprozesses [14]), dem Patienten bestmöglich nutzen (Prinzip des *Wohltuns*) und ihm keinen Schaden zufügen (Prinzip des *Nichtschadens*) sowie verschiedene Patienten und andere Beteiligte gerecht behandeln (Prinzip der *Gerechtigkeit*). Die resultierenden Verpflichtungen gegenüber dem Patienten decken sich mit den rechtlichen Anforderungen der Indikationsstellung (Prinzipien Wohltun und Nichtschaden) und der Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“).

Beim Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion wird schrittweise geprüft, welche der in der medizinischen Analyse herausgearbeiteten Handlungsstrategien gemäß den vier medizinethischen Prinzipien jeweils geboten ist. In der Synthese werden die drei Einzelbewertungen zu einer übergreifenden ethischen Bewertung zusammengeführt. Eine kritische Reflexion schließt die Falldiskussion ab (Tab. 1). Die prinzipienorientierte Falldiskussion ist dabei kein Ersatz für die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient, sondern setzt diese voraus: Nur so können die Behandlungswünsche des Patienten in der Fallbesprechung angemessen berücksichtigt werden. Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten sind vorab entsprechende Gespräche zur Ermittlung des Patientenwillens mit dem gesetzlichen Vertreter und ggf. anderen nahestehenden Personen zu führen. Eine ethische Fall-

besprechung kann dann hilfreich sein, wenn in diesem Entscheidungsprozess die ethischen Verpflichtungen unklar bleiben (z.B. keine oder widersprüchliche Information über den Patientenwillen, fragliche Einwilligungsfähigkeit, schwierige Prognoseabschätzung) oder konfliktieren (z.B. dringender Patientenwunsch nach einer Behandlung mit sehr ungünstigem Nutzen-Schadens-Verhältnis).

Schritt 1: Medizinische Aufarbeitung des Falls

Die medizinische Aufarbeitung der Situation umfasst zwei Teilschritte:

a. Zunächst muss die *medizinische Situation* möglichst genau beschrieben werden, in der sich der Patient aktuell befindet, einschließlich der Vorgeschichte. Ziel ist eine gemeinsam geteilte, umfassende Sicht der Situation des Patienten, unabhängig vom jeweiligen Vorwissen. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit sind auch die psychosozialen Gegebenheiten zu erfassen, die für den Patienten und seine aktuelle Situation Bedeutung haben.

b. Anschließend gilt es, die verfügbaren (*Be-*)*Handlungsstrategien* herauszuarbeiten, die sich aus etwaigen unterschiedlichen Behandlungszielen ergeben oder die – bei gleichem Behandlungsziel – durch unterschiedliche Nutzen-Schadens-Relationen gekennzeichnet sind. Hierbei ist insbesondere auch zu berücksichtigen (und entsprechend vorab zu ermitteln), welches Behandlungsziel der Patient in der vorliegenden Situation anstrebt (bzw. anstreben würde). Für jede einzelne Handlungsstrategie ist dann der zu erwartende weitere *Verlauf* zu klären: Wie groß sind die Überlebenschancen des Patienten? Mit welcher Lebensqualität wird der Patient voraussichtlich weiterleben? Bei unsicherer Prognose kann es helfen, zumindest das *beste* und *schlechteste* zu erwartende Behandlungsergebnis zu beschreiben und die jeweilige Eintrittswahrscheinlichkeit bestmöglich zu schätzen.

Schritt 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

In ethischen Fallbesprechungen hat es sich bewährt, bei der Bewertung der verfügbaren Handlungsstrategien mit der

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falls
a. Situation des Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen, etc.)
b. (Be-)Handlungsstrategien mit ihren Chancen und Risiken (Prognose)
2. Bewertung I: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
a. Wohltun; Nichtschaden
b. Autonomie respektieren
3. Bewertung II: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten: Familienangehörige, andere Patienten, Versicherungsgemeinschaft (Gerechtigkeit)
4. Synthese: Konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen? Im Konfliktfall: begründete Abwägung Planung der Umsetzung der Entscheidung
5. Kritische Reflexion:
a. Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?
b. Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?

Tabelle 1 Übersicht: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion zur Strukturierung ethischer Fallbesprechungen [10, 15]

Wohlergehens-Perspektive zu beginnen, um zunächst unabhängig vom Patientenwillen zu prüfen, welches Vorgehen, also welches Behandlungsziel und welche korrespondierende(n) Maßnahme(n), aus Sicht des Teams für den Patienten am besten ist. Dies ist vor allem dann hilfreich, wenn es widersprüchliche oder wenig verlässliche Informationen über den Patientenwillen gibt. Im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten hat diese Bewertungsperspektive die Funktion, den Patienten in seiner eigenen Entscheidungsfindung zu unterstützen und insbesondere dort zur gründlichen und selbstkritischen Abwägung anregen zu können, wo die Präferenzen des Patienten von der Nutzen-Schadens-Abwägung des Teams abweichen – nicht etwa mit der Zielsetzung, den Patienten umzustimmen, sondern um sich zu vergewissern, dass die Wünsche des Patienten wohlinformiert und im Einklang mit seinen grundlegenden und längerfristigen Wertvorstellungen sind.

a. Wohltun und Nichtschaden:

Bei diesem Bewertungsschritt ist zu überlegen, welche der verfügbaren Handlungsstrategien aus der Fürsorgeperspektive, d.h. aus Sicht des beteiligten Teams, für das Wohlergehen des Patienten insgesamt am besten erscheint. Das betrifft das Therapieziel und die Abwägung des Nutzens und Schadens der entsprechenden Therapieoptionen. So

weit als möglich wird man sich hierbei an allgemein geteilten Wertvorstellungen orientieren („Best-interest-Standard“). Letztere ergeben sich vor allem aus der Einschätzung bzw. Erfahrung, wie Patienten in vergleichbaren Situationen die Therapieziele und das Nutzen-Schadens-Verhältnis verschiedener Handlungsoptionen bewerten würden oder üblicherweise bewerten. Anders ausgedrückt: Welche Behandlungsstrategie würde man einem ratsuchenden Patienten aus Sicht des beratenden Teams empfehlen? Sofern eine eindeutige Bewertung aus der Fürsorgeperspektive heraus nicht möglich ist, sollte man prüfen, ob zumindest *tendenziell* eine Handlungsstrategie zu bevorzugen wäre.

b. Respekt der Autonomie: Anschließend ist zu klären, welche der verfügbaren Handlungsstrategien (Behandlungsziele und korrespondierenden Therapieoptionen) der Patient selbst bevorzugt und wie dies im Kontext seiner persönlichen Werte, Präferenzen und Einstellungen begründet ist. Nach Möglichkeit sollte der Patientenwille bereits vorab im Rahmen eines ihn befähigenden Prozesses gemeinsamer Entscheidungsfindung ermittelt worden sein. Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten ist dafür auf (1) eine vorliegende Patientenverfügung, (2) auf zuvor mündlich geäußerte Behandlungswünsche oder (3) den mutmaßlichen Patientenwillen zurückzugreifen [16]. Eine Patientenver-

fügung, die idealerweise in einem Advance-care-planning-Prozess (deutsch: Behandlung im Voraus planen) entstanden ist [11, 17, 18], muss im Dialog mit dem gesetzlichen Vertreter bzw. den Angehörigen sorgfältig und im Sinne des Patienten interpretiert werden. In diese Interpretation sind auch aktuelle verbale oder nonverbale Äußerungen des Betroffenen einzubeziehen.

Schritt 3: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten

Im dritten Bearbeitungsschritt ist – geboten durch das Prinzip der Gerechtigkeit – zu prüfen, welche Bedürfnisse anderer Personen für die Entscheidungsfindung relevant sind. Neben den Angehörigen und nahestehenden Personen (die z.B. noch etwas Zeit zum Abschiednehmen oder bis zum Eintreffen benötigen) sind hierbei auch die Bedürfnisse anderer Patienten zu berücksichtigen, wenn etwa mehrere Patienten um begrenzte Versorgungskapazitäten konkurrieren. Auch Fragen des Ressourcenverbrauchs wären hier zu diskutieren, sofern sie für die vorliegende Entscheidung relevant sind. Die Verpflichtungen gegenüber Dritten sind dabei den Verpflichtungen gegenüber dem Patienten (vgl. Bearbeitungsschritt 2) prinzipiell nachgeordnet. In der hausärztlichen Praxis dient dieser Schritt vor allem dazu, die Bedürfnisse der Angehörigen bei der Umsetzung der für den Patienten besten Option nicht aus dem Blick zu verlieren.

Schritt 4: Synthese

Im vierten Bearbeitungsschritt sind die vorangehenden Einzelbewertungen zu einer übergreifenden Situationsbeurteilung zusammenzuführen. Wenn die Ergebnisse der drei Bewertungsperspektiven – Wohlergehen des Patienten, Patientenwille und Verpflichtungen gegenüber Dritten – übereinstimmen, spricht aus ethischer Sicht alles dafür, die entsprechende Handlungsoption zu ergreifen. Liegt hingegen ein ethischer Konflikt vor, ist eine *begründete Abwägung* der konfligierenden Verpflichtungen erforderlich. Dabei sind fallbezogene Gründe herauszuarbeiten, welche Verpflichtung Vorrang genießen soll. Im Fall der Ablehnung einer medizinischen Maßnahme durch einen aufgeklärten, einwilligungsfähigen Patienten hat dessen Selbst-

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH ...



... hat Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen sowie Public-Health an der Harvard Universität studiert. 1998–2010 Mitarbeiter am Tübinger Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, 2003 Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin“. Seit 2010 Leiter des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU München, seit 2012 Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin.

bestimmung, aktuell oder durch einen eindeutigen zuvor erklärten bzw. mutmaßlichen Willen, ethisch wie rechtlich ausnahmslos Vorrang vor dem Fürsorgebestreben Dritter. Wünscht ein Patient aus medizinischer Sicht zweitrangige oder gar fragwürdige Maßnahmen, gewinnen die ethischen Fürsorgeüberlegungen dagegen tendenziell an Gewicht, etwa im Fall eines an einem metastasierten Krebsleiden erkrankten, schon moribunden Patienten mit verzweifelter Lebenswunsch, der auf der Durchführung einer aus medizinischer Sicht praktisch aussichtslosen erneuten Chemotherapie besteht. Lässt sich bei einer ethischen Fallbesprechung in der Synthese keine Einigkeit erzielen, sind die unterschiedlichen Positionen jeweils mit ihrer ethischen Begründung zu dokumentieren. Anschließend sollte überlegt werden, welche weiteren Schritte erforderlich sind, um das Ergebnis der Fallbesprechung umzusetzen und ob gegebenenfalls ein erneutes Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll wäre. Das Ergebnis der Fallbesprechung sollte dokumentiert und den an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen und Institutionen mitgeteilt werden. Insbesondere erscheint es sinnvoll, Behandlungsentscheidungen für zukünftige gesundheitliche Krisensituationen entsprechend der ermittelten Patientenpräferenzen im Voraus zu planen [17]. Ein funktionierendes regional implementiertes System der Vorausplanung (Behandlung im Voraus planen, BVP) kann gewährleisten, dass die resultierenden Festlegungen verlässlich über

die verschiedenen Schnittstellen hinweg weitergegeben und beachtet werden.

Schritt 5: Kritische Reflexion

Als letzter Bearbeitungsschritt kann eine kritische Reflexion der Fallbesprechung sinnvoll sein: Worin besteht der stärkste Einwand gegen die favorisierte Handlungsoption? Und: Wie hätte der Entscheidungskonflikt möglicherweise verhindert werden können? Zum einen soll dadurch das Ergebnis der Fallbesprechung noch einmal kritisch geprüft (und ggf. modifiziert) werden, zum anderen ist zu überlegen, ob man aus dem vorliegenden Fall für zukünftige Fälle lernen kann.

Schlussfolgerungen

Ethische Fallbesprechungen bieten auch im außerklinischen Bereich eine gute Möglichkeit, die beteiligten Personen in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen zu unterstützen. Dies fördert nicht nur eine Befähigung des Patienten (bzw. seines Vertreters) zur autonomen Entscheidungsbildung sowie eine konsequente Orientierung der Entscheidung an (mutmaßlichem) Willen, Behandlungswünschen oder dem besten Interesse des Patienten, sondern entlastet zudem das Gesundheitspersonal und die Angehörigen. Eine klare Strukturierung dieser Fallbesprechungen sichert die ethische Qualität und rechtliche Vertretbarkeit des Ergebnisses. Zudem bietet die ethische Fallbesprechung eine gute

Kommunikationsplattform, um alle Beteiligten auf die ethisch gebotene Handlungsstrategie einzustimmen (s.a. Fallbericht in dieser Ausgabe, S. 121–124, die Zitierung finden Sie unter [12]). Dabei ist es wichtig, alle für die Entscheidung relevanten Akteure einzubeziehen, damit das Ergebnis in der Folge von allen mitgetragen und umgesetzt werden kann. Hausärzte sind meist unverzichtbare Akteure in ambulanten ethischen Fallbesprechungen und können der „Motor“ für entsprechende regionale Initiativen und Projekte sein. Wesentliche Herausforderungen liegen vor allem im organisatorischen Setting [3]. Für Hausärzte bleibt offen, wie sie die zeitliche Investition für eine Ethikberatung realisieren und wirtschaftlich abbilden können. Zudem stellt sich den Ethikberatern in manchen Fällen die Frage, wie die Umsetzung der Entscheidung angemessen begleitet werden kann, sofern entsprechende Strukturen wie z.B. SAPV-Teams (Teams in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung), Brückenschwestern, Seelsorge oder Psychologen nicht verfügbar sind [8]. Insgesamt verdeutlicht dies, wie gut aufeinander abgestimmte Angebote an BVP, Ethikberatung und Palliativversorgung eine patientenzentrierte Versorgung im ambulanten Bereich unterstützen können.

Interessenkonflikte: Georg Marckmann arbeitet als Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen und hat Honorare aus Ethikberatungs-Schulungen erhalten. Darüber hinaus geben die Autoren an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und
Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lessingstr. 2, 80336 München
marckmann@lmu.de

Literatur

1. Schochow M, May AT, Schnell D, Steger F. Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? *Dtsch Med Wochenschr* 2014; 139: 2178–2183
2. Coors M, Simon A, Stiemerling M (Hrsg.). *Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung. Modelle und theoretische Grundlagen*. Lage: Jacobs Verlag, 2015
3. Thiersch S, Jox RJ, Marckmann G. Außerklinische Ethikberatung: Unterstützung bei ethischen Fragen in der ambulanten Versorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142: 453–456

4. Bruns F, Noack A, Döpfmer S. Ethik in der Hausarztmedizin: „Wer bin ich eigentlich, eine solche Entscheidung zu fällen?“ *Z Allg Med* 2017; 93: 319–323
5. Bockenheimer-Lucius G, Dansou R, Sauer T. Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2012
6. Schmid B. Ethikberatung in der Behindertenhilfe am Beispiel der Arbeit des Ethikkomitees der Stiftung Liebenau. In: Coors M, Simon A, Stiernerling M (Hrsg.). *Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung Modelle und theoretische Grundlagen*. Lage: Jacobs Verlag, 2015: 173–186
7. Riedel A. Ethikberatung im Hospiz. In: Frewer A, May AT, Bruns F (Hrsg.). *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2012: 167–181
8. Krause-Michel B, Klein A, Thiersch S. Außerklinische Ethikberatung. Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis. *Bayer Arztebl* 2014: 642–644
9. Marckmann G. Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann G (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2015: 15–22
10. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologe* 2009; 15: 980–988
11. Gágyor I, Simon A, in der Schmitten J. Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5. Aufl., Stuttgart: Thieme, 2017: 629–637
12. Marckman G, Behringer B, in der Schmitten J. Beendigung der Sondenernährung in einer Pflegeeinrichtung: eine ethische Falldiskussion. *Z Allg Med* 2018; 94: 121–124
13. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2013
14. in der Schmitten J. Autonomie gewähren genügt nicht – Patienten-Selbstbestimmung bedarf aktiver Förderung durch Ärzte. *Z Allg Med* 2014; 90: 246–250
15. McCullough LB, Ashton CM. A methodology for teaching ethics in the clinical setting: a clinical handbook for medical ethics. *Theoret Med* 1994; 15: 39–52
16. Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 570–574
17. Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J. Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2018; 53: 62–70
18. Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hrsg.). *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2015



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch an Patientinnen und Patienten und Praxismitarbeiter/innen. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Dr. Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

PD Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de