

Interprofessioneller Ethikunterricht

Interprofessional education in clinical ethics

• Gerald Neitzke¹

Zusammenfassung:

Interprofessioneller Ethikunterricht verfolgt das Ziel, die Berufsgruppen, die in der Patientenversorgung zusammen arbeiten, auf eine am Patienten orientierte, gemeinsame Entscheidungsfindung professionell vorzubereiten. Zu den praktischen und affektiven Lehrzielen gehören interprofessionelle und kommunikative Kompetenz, Teamfähigkeit, professionelle Haltung, Verantwortung und Gewissenhaftigkeit. Das Programm eines fallbezogenen Ethikseminars für Medizinstudierende und Auszubildende der Krankenpflege wird vorgestellt und anhand einer im Unterricht verwendeten Fallgeschichte erläutert. Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen das gewählte Seminarkonzept und die didaktische Methodik. Die Seminare leisten einen Beitrag dazu, dass ethische Aspekte und Probleme in der Patientenversorgung von beiden Berufsgruppen gemeinsam wahrgenommen und auf moralisch akzeptable Weise gelöst werden können.

Schlüsselwörter: Multiprofessionelle Ausbildung, Ethikunterricht, Interprofessionelle Kompetenz, Teamwork, Klinische Ethik

Abstract:

Interprofessional ethics education means: a) teaching together students from those professions, that in future will be working together on the ward, and b) teaching them patient-centred, shared clinical decision-making. Teaching goals include practical and affective aspects, such as interprofessional competencies and communication skills, morally 'good' teamwork, professional attitudes, responsibility and conscientiousness. A case-based ethics seminar for both medical and nursing students will be introduced and described, following the outline of a case-scenario, used in the course. Results from the evaluation of the seminar support the concept of the course and the teaching methods applied. The seminars contribute to the preparedness and capabilities of future physicians and nurses, to jointly address ethical aspect and problems of patient care in a morally sound manner.

Keywords: multiprofessional education, ethics teaching, interprofessional competency, teamwork, clinical ethics

Einleitung

Inter- oder multiprofessioneller Unterricht im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen [10], [4], [41]. Auf den Jahrestagungen der „Association for Medical Education in Europe“ (AMEE) findet seit einigen Jahren regelmäßig mindestens ein Workshop zu dem Thema statt [22]. Die Grundidee oder pädagogische Überzeugung, die hinter multiprofessionellen Lehrveranstaltungen steht, ist einfach zu formulieren: Wer nach der Ausbildung - etwa auf einer Station - zusammen arbeitet, soll bereits während der Ausbildung gemeinsam lernen können. Wenn die Ausbildung auf die spätere Berufstätigkeit vorbereiten soll, dann ist die derzeit vorherrschende Trennung der Berufsgruppen während der Ausbildung eher künstlich und verhindert eine Auseinandersetzung mit der eigenen Professionalität, mit den professionellen Grenzen, mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Berufsgruppen. Gemeinsames Lernen bereitet das zukünftige gemeinsame Arbeiten inhaltlich und methodisch vor. Arbeiten im Team wird erleichtert, wenn es bereits in der Ausbildungsphase beginnt [14].

Es gibt unterschiedliche Modelle, in welcher Form die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu Lernzwecken zusammengebracht werden können. In klassischen „Praktika“ können Lernende der einen Berufsgruppe das Arbeitsfeld einer anderen Profession kennenlernen. Das Krankenpflegepraktikum im Medizinstudium stellt ein Beispiel für ein solches konventionelles Praktikum dar. Allerdings verläuft dies in Deutschland vollständig unstrukturiert, so dass hier die Chance verpasst wird, einen interprofessionellen Dialog anzustoßen. Eine Konkretisierung dieser

Art von Praktika stellt das sogenannte „Nesting“ dar, bei dem die Lernenden mit jeweils einer einzelnen Person einer anderen Berufsgruppe deren Arbeitstag kennenlernen. Sie folgen ihrem Mentor den ganzen Tag und erleben dessen Ausübung seiner Professionalität. Durch den sehr engen Kontakt entstehen zwangsläufig - wenn auch ebenfalls unstrukturiert - Fragen nach den jeweiligen professionellen Kompetenzen und nach der Art der Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

Deutlicher strukturiert verlaufen gemeinsame Lehrveranstaltungen, also etwa Übungen oder Seminare. Solche Veranstaltungen werden derzeit vor allem eingesetzt, wenn für die verschiedenen Berufsgruppen dieselben Lehrinhalte relevant sind. An einem Kursus „Klinische Chemie“ können etwa Medizinstudierende ebenso teilnehmen wie MTA-Schülerinnen und -Schüler. Auch in der Geburtshilfe können Hebammenschülerinnen mit Medizinstudierenden denselben Kurs besuchen [39]. Das weiter unten vorgestellte interprofessionelle Ethikseminar (vgl. auch die ähnlich angelegten Programme in [5], [8], [6] lässt sich ebenfalls in diese Gruppe der multiprofessionellen Lehrveranstaltungen einordnen. Die umfassendste Form gemeinsamen Lernens stellt jedoch die gemeinsame, praktische Stationsarbeit von Lernenden verschiedener Berufsgruppen dar. Dies wird in einem Modellprojekt an der Universität Linköping/Schweden bereits verwirklicht [36]: Medizinstudierende, Krankenpflegeschülerinnen und -schüler, sowie Auszubildende für Physiotherapie führen gemeinsam eine postoperative, orthopädische Station. Hier wird Stationsarbeit konkret eingeübt. Die Lernenden erwerben neben der Ausübung ihrer professionellen Tätigkeit ein Verständnis von Teamwork. Sie lernen, berufsgruppenspezifische von gemeinsamen Belangen zu unterscheiden. Wechselseitiger Respekt für die übrigen Professionen wächst. In

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

den professionell begleiteten und supervidierten Stationsrunden wird Teamwork nicht nur implizit, sondern auch explizit thematisiert (vgl. auch ein ähnliches Programm in [26]).

Interprofessioneller Unterricht stößt - bei Lehrenden wie bei Lernenden - auf starke Vorbehalte. Trotz vieler ermutigender Hinweise bedarf die Richtigkeit der skizzierten pädagogischen Grundideen nach wie vor einer empirischen Überprüfung. Multiprofessionelle Lehrveranstaltungen sind daher ein relevanter und ergiebiger Gegenstand für die Ausbildungs- und Lehrforschung. Die Begriffe „inter-“ und „multiprofessionell“ werden dabei in der Literatur nicht scharf getrennt. „Interprofessionalität“ betont stärker den Aspekt des Binnenverhältnisses zwischen den beteiligten Berufsgruppen, also die explizite Frage der Interdisziplinarität. Der Terminus „Multiprofessionalität“ wird eher verwendet, wenn eine größere Zahl von Berufsgruppen beteiligt ist [25], ohne dass notwendig die Gestaltung des Verhältnisses dieser Gruppen zueinander thematisiert werden muss. Welche konkreten Konsequenzen lassen sich nun aus dem Dargestellten für das Unterrichtsfach „Klinische Ethik“ ableiten?

Ethikseminare

• Ethikseminare in Medizin und Krankenpflege

Ethikseminare im Medizinstudium sind international fest etabliert [11], [33], [32], [15]. Auch im Bereich der Krankenpflege wird der Ethikdiskurs professionell und engagiert geführt [28], [35]. Die Frage, ob es eine eigenständige Pflegeethik gibt, oder ob sie Teil einer umfassenden Medizinethik ist, wird dabei ebenso kontrovers diskutiert wie die Frage, ob es eine eigene Medizinethik gibt (Ethik der Medizin), oder ob diese als Bereichsethik der allgemeinen Ethik verstanden werden kann (Ethik *in* der Medizin). Aus Sicht der Ausbildungsforschung berühren diese Fragen vor allem den Gegenstandsbereich und die Inhalte des Unterrichts. Ungeachtet der offenen Fragen soll an dieser Stelle jedoch eine Vorbemerkung zur Unterrichtsmethodik gemacht werden [27]: Die Gestaltung von Unterrichtsveranstaltungen im Fach Ethik muss Lehrziele auf drei verschiedenen Ebenen berücksichtigen (vgl. Abbildung 1 in [19]): Neben kognitiven sind auch affektive und praktische Lehrziele zu erreichen (siehe Tabelle 1).

Ein interprofessionelles Ethikseminar sollte die *praktischen* Fähigkeiten und Fertigkeiten („skills“, vgl. [15], [16]) der Berufsgruppen unterstützen, mit ethischen Konflikten umzugehen, entscheidungskompetent zu handeln, mit kommunikativer Kompetenz [34], [17] zu agieren und im multidisziplinären Team zu kooperieren. Unter die *affektiven* Lehrziele lassen sich Einstellungen, Haltungen und Gefühle der Lernenden subsumieren (siehe Tabelle 1). Eine interprofessionelle Lehrveranstaltung sollte also methodisch geeignet sein, das Gefühl der Verantwortlichkeit und das persönliche Engagement zu befördern, außerdem Empathie, Mitgefühl und Respekt wachsen zu lassen, sowie die Lernenden zu befähigen, ihre eigene Werteordnung zu reflektieren und zu überprüfen [3], [13]. Auf diese Weise leisten Ethikseminare einen Beitrag, die Lernenden zu verantwortungsvoller Handlungskompetenz zu befähigen [18]. Die Realisierung des Selbstbestimmungsrechts, also die gemeinsame Befähigung der Patienten zu einer autonomen Entscheidung, stellt dabei ein vorrangiges und berufsgruppenübergreifendes Ziel dar [2]. Dies sind Voraussetzungen dafür, dass Menschenwürde in der Patientenversorgung in professioneller Weise geachtet wird.

Mit dem Erreichen der genannten praktischen und affektiven Lernziele entsteht ethische Kompetenz. In einem multiprofessionellen Stationsteam kann ethische Kompetenz aber nur wirksam werden, wenn zusätzlich interprofessionelle Kompetenz vorhanden ist und die Teammitglieder entsprechend aus- und weitergebildet wurden. Dies wurde als Ausgangspunkt für das Pilotprojekt eines interprofessionellen Ethikseminars aufgegriffen, das im Folgenden dargestellt wird.

Tabelle 1: Praktische und affektive Lernziele

Ebene	Lehrziel	
praktisch	Umgang mit ethischen Konflikten Sensibilität für ethische Aspekte in der Krankenversorgung alle am Konflikt Beteiligten erkennen Handlungsalternativen erkennen eigene Werte / Überzeugungen wahrnehmen und kommunizieren Präferenzen anderer wahrnehmen und respektieren argumentieren / begründen Argumente / Positionen abwägen Konsensfindung	Ethische Kompetenz
	Entscheidungskompetenzen (entscheiden, Entscheidung umsetzen...)	
	Kommunikative Kompetenz Gesprächsführung mit ärztlichen oder pflegenden Mitarbeiter/innen, Patienten, Angehörigen, Vorgesetzten	
	Kooperation im Team	
affektiv	Verantwortung, Verantwortlichkeit, Gewissen(haftigkeit)	
	Empathie / Mitgefühl / Respekt	
	Vertrauen / Vertrauenswürdigkeit	
	Umgang mit Würde	
	eigene Werteordnung / Einstellungen / Menschenbild	
	professionelle Haltung (ärztlich / pflegerisch)	
persönliches Engagement / eigenes emotionales Beteiligtsein		

• Interprofessionelle Ethikseminare an der Medizinischen Hochschule Hannover

Seit dem Wintersemester 2001/02 werden an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) interprofessionelle Ethikseminare gemeinsam für Medizinstudierende und Auszubildende der Krankenpflege angeboten. Inhaltlich und methodisch folgen die interprofessionellen Ethikseminare dabei im Wesentlichen dem Modell der „Ethischen Falldarstellungen“, die seit 1997 im Medizinstudium an der MHH im Rahmen des Wahlpflichtfaches „Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin“ angeboten werden [24], [21]. Jeweils zehn Studierende und zehn Krankenpflegeschülerinnen und -schüler bilden eine Kleingruppe, die ein gemeinsames Blockseminar von acht Unterrichtsstunden belegt. Die Stunden werden als optionales Modul im Rahmen des 24-stündigen Seminars „Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin“ oder des 20-stündigen Kurses „Ethik in der Krankenpflege“ angerechnet. Die Gruppe wird unterrichtet von einem Dozentenpaar aus Medizin und Krankenpflege. Pro Seminar wird ein realer Fall aus dem Stationsalltag vorbereitet und in Form der sequentiellen Falldarstellung präsentiert [30], [31]. Die Verwendung realer Fälle stellt sicher, dass die Seminarsituation so realitätsnah wie möglich erlebt werden kann. Die chronologische, sequentielle Aufarbeitung des Falles trägt ebenfalls dazu bei, dass in der jeweils geschilderten Situation des Falles keine Beeinflussung oder Lenkung der mora-

lischen Urteilsbildung durch Vorab-Kenntnis des Ausgangs möglich ist.

Für die Unterrichtsmethodik sind folgende Vorgehensweisen grundlegend: Ein offener Moraldiskurs entwickelt sich nur, wenn alle Teilnehmenden integriert werden können. Deshalb ist es essentiell, die Hierarchien im Seminar zu minimieren. Alle Teilnehmenden haben gleiches Rederecht und keine moralische Überzeugung wird marginalisiert. Die Dozierenden sind dafür verantwortlich, dass insbesondere Minderheitenmeinungen im Seminar respektiert werden. Außerdem unterwirft sich das Dozierendenpaar einer weitreichenden Zurückhaltung in moralischen Wertungen. Dies ist erforderlich, damit nicht automatisch eine Beeinflussung der Einstellungen der Teilnehmenden im Sinne der Moral der Dozierenden erfolgt. Lehrziel des Seminars ist nicht, eine bestimmte (wenngleich wohl durchdachte) Moral zu vermitteln, sondern die Lernenden in die Lage zu versetzen, selbständig moralische Konfliktsituationen lösen zu können. Didaktische Grundregel hierfür ist, dass die Lehrer-Auszubildenden-Beziehung als Modell für die spätere Helfer-Patient-Beziehung dient. So, wie die Lehrenden sich gegenüber ihren Lernenden verhalten, werden diese sich in einer zukünftigen Situation auf einer Station den Patientinnen und Patienten zuwenden [18], [1], [38]. Das Lernen am Modell ist ein gewichtiger Faktor in Medizin und Pflege.

Falldarstellung

Der 68-jährige ehemalige Landwirt, Herr ST (Fall ist anonymisiert), konsultiert wegen Oberbauchschmerzen und Gewichtsverlusts seinen Hausarzt. Nach einigen Blutuntersuchungen wird er zur gründlicheren Diagnostik ins örtliche Krankenhaus überwiesen. Die Ergebnisse (Labor, Ultraschall, CT) zeigen ein großes, auf die Leber begrenztes Leberzellkarzinom. Die Bestätigung durch eine histologische Untersuchung steht noch aus. Die Operation eines so umfangreichen Tumors ist in dieser Klinik nicht möglich, eine Überweisung in die Universitätsklinik erscheint aussichtsreich. An dieser Stelle werden die Seminarteilnehmer gebeten, in Form eines Rollenspiels das Aufklärungsgespräch mit Herr ST nachzustellen. Je nach Teilnehmerzahl finden parallel vier bis fünf Rollenspiele statt, damit alle Teilnehmenden in einer Rolle aktiv sind (als Patient, als aufklärende/r Ärztin/Arzt, als Pflegenden/r oder als Ehefrau des Patienten). Das Überbringen einer schlechten Nachricht („Ja, es ist Krebs!“) wird eingeübt [29], [40], [37]. Das Feedback durch die gespielten Patienten ist hilfreich beim Erwerb von kommunikativer Kompetenz. Patienten, Ärzte und Pflegenden des Rollenspiels werden ermutigt, sich darüber auszutauschen, wie sie sich in der Gesprächssituation gefühlt haben und welche Bedürfnisse sie hinsichtlich einer Optimierung des Gesprächs hatten. Aus Sicht der Rollenspieler wird analysiert, was das Gespräch voran gebracht, und was es eher gehemmt oder blockiert hat. Daraus lassen sich konkrete Verbesserungsvorschläge für Aufklärungsgespräche generell ableiten.

Im Seminar wird in einer anschließenden Diskussionsrunde allgemein die Funktion und das Ziel der Aufklärung eines Patienten besprochen. Die Lernenden erfahren, dass sie stets eine der Situation angemessene Mischung wählen müssen, bestehend aus den Komponenten Informationsübermittlung, Hilfe bei der Entscheidungsfindung des Patienten, Herstellen einer Beziehung zum Patienten, Geben einer realistischen Hoffnung und Werben um Vertrauen, um so die Mitwirkungsbereitschaft des Patienten („com-

pliance“) sicherzustellen. In der Fallgeschichte wird dem „echten“ Patienten nach weiteren Untersuchungen der Universitätsklinik vorgeschlagen, eine OP durchzuführen. Auch hier wird das Aufklärungsgespräch in einem Rollenspiel nachgestellt, in diesem Fall, um die Einwilligung von Herrn ST zur Operation zu erhalten. Im „echten“ Fall ergab sich daraus ein besonderer Wunsch des Patienten. Er wollte vor einer so risikoreichen OP noch einmal nach Hause entlassen werden. Im Stationsteam entstand der Eindruck, dass er sich von seinem Hof verabschieden wollte, auch wenn er vorgab, noch die Hofnachfolge mit seinem Sohn klären zu müssen. Angesichts der Tatsache, dass Herr ST bereits auf dem OP-Plan des Folgetages steht, stellt sein Wunsch eine Herausforderung an das Stationsteam dar.

Dies wird im Seminar in einer Kleingruppendiskussion geklärt. Jede Kleingruppe besteht aus maximal fünf Lernenden. Es stellt eine Erfahrungstatsache dar, dass sich bei dieser Anzahl *alle* Gruppenmitglieder aktiv einbringen und an der Diskussion beteiligten. Dadurch wird das angestrebte Lehrziel des Engagements und der individuellen Urteilsbildung erreicht. In Form eines Planspiels soll jede Kleingruppe entscheiden, wie sie auf die Präferenz des Patienten reagieren würde. Auch diese Situation ist im Stationsalltag realistisch und bezieht beide Berufsgruppen mit ein. Im „echten“ Fall wurde Herr ST tatsächlich für zwei Tage beurlaubt und die Operation verschoben. Während der OP stellte sich dann heraus, dass der Tumor sich im Bauchraum weiter ausgebreitet hatte, als anhand der bildgebenden Diagnostik erwartet worden war. Die jetzt sichtbare Peritonealkarzinose macht eine Heilung unmöglich, eine befristete Besserung wäre durch eine sehr lange, belastende und fast schon experimentelle Operation immerhin denkbar. Die Seminarteilnehmer entscheiden jetzt wieder in einem Planspiel: erstens, wer die Entscheidung über den Fortgang der Operation trifft (Operateur, Chefarzt, OP-Team, herbeigeholte Ehefrau, Patient nach Aufwecken aus der Narkose?) und zweitens, welches aus ihrer Sicht die beste Entscheidung in dieser Situation wäre. An dieser Stelle des Seminars betreiben alle Teilnehmenden klinische Ethik als praktische Philosophie in dem Sinn, dass sie ein Abwägen der berührten ethischen Güter (Überlebenschance, Lebensqualität, Patientenwille/Autonomie, ärztliche Verantwortung, Schadensverbot) vornehmen müssen. Da dem OP-Team auch Pflegenden angehören, ist dies eine realistische Situation für einen interprofessionellen Ethikdiskurs.

Im „echten“ Fall wurde die Operation abgebrochen, und zwar hauptsächlich unter Berufung auf den vom Patienten geäußerten Willen: Er hatte im Aufklärungsgespräch gesagt, dass er die Operation zwar wolle, da er sie als seine letzte Chance verstehe, dass er sie aber *nicht um jeden Preis* wolle. An dieser Stelle wird im Seminar noch einmal die Bedeutung eines gründlichen Aufklärungsgesprächs deutlich. Direkt nach der OP wurde die Ehefrau verständigt, dass der Tumor nicht entfernt werden konnte. Sie bat darum, dem Patienten die Wahrheit nicht mitzuteilen, da er diese Nachricht nicht verkraften könne. Dieser Wunsch der Ehefrau wird im Seminar diskutiert, da beide Berufsgruppen davon betroffen sind („Wahrheit am Krankenbett“): Falls sich das Team entscheidet, über den Ausgang der OP zu lügen, müssten das alle gemeinsam durchhalten; falls Herr ST aufgeklärt wird, muss das Team ihn in seinem Leid unterstützen und möglicherweise den Unmut der Ehefrau ertragen. Die Seminarteilnehmer werden ermutigt, eine für sie als Teammitglieder tragfähige Lösung zu finden. In der Fallgeschichte wurde der Patient voll aufgeklärt und wollte

nun so schnell wie möglich heim. Doch wenige Tage später verschlechterte sich sein Zustand, die Befunde deuteten u.a. auf eine beginnende Pneumonie hin. Da Herr ST bereits komatös und nicht mehr einwilligungsfähig war, wurde die weitere Behandlung mit den Angehörigen abgesprochen.

Im Seminar werden Fragen von Therapiebegrenzung und Therapieverzicht diskutiert, außerdem können juristische Informationen über Stellvertreter-Entscheidungen vermittelt werden. Das *moralische* Problem von Stellvertreter-Entscheidungen wird wiederum in Kleingruppen besprochen. Die medizinische Situation des Patienten und der Rat seiner Familie hinsichtlich seines mutmaßlichen Willens geben in der Fallgeschichte letztlich den Ausschlag, von einer weiteren Behandlung abzusehen. Für die Seminarteilnehmer stellt sich nun die Frage einer angemessenen Palliativmedizin und Sterbebegleitung: „Was können wir jetzt noch für Herrn ST und seine Angehörigen tun?“ Auch die Beantwortung dieser Frage setzt eine gemeinsame ethische Orientierung der Berufsgruppen innerhalb des Stationsteams voraus und ist weniger eine reine Frage an die Fachkompetenz von Medizin und Pflege. Die Darstellung der Fallgeschichte endet damit, dass Herr ST wenige Tage danach im Beisein der Familie und des Gemeindepastors starb.

In einer abschließenden Seminardiskussion wird Interprofessionallität in Bezug auf Ethik explizit thematisiert. Die Kursleitung fragt, welche Erfahrungen die beiden Berufsgruppen mit einer gemeinsamen Fallbearbeitung gemacht haben. Welche Vor- und Nachteile resultieren daraus, dass Ärzte und Pflegenden die Aufklärungsgespräche gemeinsam geführt haben? Welche Probleme der Patientenversorgung möchten die Seminarteilnehmer in Zukunft gemeinsam besprechen? Gibt es für das Stationsteam gemeinsame Pflichten, eine gemeinsame Verantwortung, und wenn ja, worauf genau bezieht sie sich? Welche Aufgaben und Pflichten erscheinen im Nachhinein eher als berufsgruppen-spezifisch? Wie wurde die eigene professionelle Rolle im Stationsteam wahrgenommen? Hat sich dies durch das Seminar verändert? Was ist aus Sicht der Beteiligten eine „gute Entscheidungsfindung“ in der Patientenversorgung? Was wurde über die (fachlichen, vor allem aber ethischen) Kompetenzen der anderen Berufsgruppe gelernt? Was denken die Seminarteilnehmer über die grundsätzliche Ausrichtung der Medizin zwischen den Polen von Heilen und Begleiten („cure“ vs. „care“)? In welchem Bereich liegt die eigene Motivation, den jeweiligen Beruf zu erlernen[23]? Wie viel Nähe oder Abgrenzung der Berufsgruppen lässt sich anhand ihrer Grundmotivationen erkennen? Durch diese expliziten Nachfragen werden die Teilnehmenden angeregt, ihr eigenes Berufsverständnis innerhalb des multidisziplinären Teams zu finden. Interdisziplinäre Kompetenz entsteht durch die gemeinsame Suche nach einer moralisch angemessenen Lösung der Fallgeschichte und durch das gemeinsame Ringen um eine medizinisch und ethisch akzeptable Versorgung des Patienten.

Evaluation der Seminare

Die Seminare werden fortlaufend evaluiert. Die Evaluation dient einerseits den Lehrenden als Feedback und Qualitätskontrolle, andererseits bezeugt es den Respekt der Lehrenden gegenüber den Lernenden, da deren Meinung gefragt ist und in der weiteren Kursgestaltung berücksichtigt wird. Dadurch können die Teilnehmenden Respekt zunächst im Seminar selbst erfahren, um ihn dann als Wert für sich anzunehmen und in ihr eigenes professionelles

Tun zu integrieren [38]. An den Seminaren nahmen bislang 106 Personen teil. Der Rücklauf der Evaluationsbögen betrug 97,2% (n = 103). Wegen der (noch) geringen Anzahl an Evaluationsbögen werden für die Antworten jeweils nur prozentuale Anteile und Mittelwerte berechnet und aufgeführt, eine detailliertere statistische Auswertung erscheint derzeit nicht sinnvoll. Unter den Antwortenden waren 51,5% Medizinstudierende und 48,5% Auszubildende der Krankenpflege. 69,9% aller Teilnehmenden waren weiblich. 100% wünschten sich, dass die Seminare in dieser Form weiter angeboten werden. 43,7% meinten darüber hinaus, dass die Seminare für alle Medizinstudierenden und Auszubildenden der Krankenpflege verpflichtend im Curriculum vorgesehen werden sollten. Die übrigen Fragen waren anhand einer 10-Punkte-Skala zu beantworten, wobei 1 = volle Ablehnung und 10 = volle Zustimmung bedeuten (siehe Tabelle 2). Große Zustimmung gab es aus beiden Berufsgruppen für die Aussagen: „Das Seminar hat mir gefallen“ (Mittelwert = 8,8 Pkt.), „Seminar ist für spätere Berufstätigkeit relevant“ (MW = 8,8 Pkt.) und „Seminar war informativ“ (MW = 8,4 Pkt.). Das Seminar scheint das Verständnis für ethische Fragen der eigenen Berufsgruppe etwas stärker zu schulen (MW = 8,1 Pkt.) als für die Probleme der jeweils anderen Berufsgruppe (MW = 7,8 Pkt.).

Tabelle 2: Evaluation der Interprofessionellen Ethikseminare

Aussage	Mittelwerte der Bewertungen auf einer Skala von 1 – 10 Pkt. (1: volle Ablehnung; 10: volle Zustimmung)		
	Gesamt (n = 103)	Medizin- studierende	Pflege- schüler/innen
Das Seminar hat mir gefallen.	8,8	8,6	9,1
Seminar ist für spätere Berufstätigkeit relevant.	8,8	8,6	8,9
Seminar war informativ.	8,4	7,7	9,0
Seminar hat mein Interesse für Ethik vergrößert.	8,0	7,5	8,5
Ethik sollte nur nach Berufsgruppen getrennt unterrichtet werden.	1,6	1,8	1,5
Seminar verbessert mein Verständnis ethischer Probleme der eigenen Berufsgruppe.	8,1	8,0	8,3
Seminar verbessert mein Verständnis der ethischen Fragen der anderen Berufsgruppe.	7,8	7,6	7,9
Interprofessionelle Seminare helfen, die Zusammenarbeit auf Station zu verbessern.	9,1	8,8	9,5

Die Interpretation der Antworten auf die Frage, ob sich das Interesse an Ethik vergrößert habe, sollte mehrschichtig vorgenommen werden. Sowohl Antwortende, die kontinuierlich geringes Interesse an Ethik haben, als auch solche, die bereits vor dem Seminar großes Interesse hatten, müssen hier niedrige Zustimmung signalisieren. In der Gruppe der Medizinstudierenden, die einen niedrigeren Mittelwert (MW = 7,5 Pkt.) aufweisen als die Pflegeschüler/innen (MW = 8,0 Pkt.), besteht möglicherweise bereits vor dem Seminar ein größeres Interesse an klinischer Ethik, so dass eine Zunahme des Interesses nicht angegeben wurde. Die Frage, ob Ethik lieber getrennt in den Berufsgruppen unterrichtet werden sollte, wurde von allen deutlich verneint (MW = 1,6 Pkt.). Die von allen Fragen größte Zustimmung (MW = 9,1 Pkt.) gab es aus beiden Berufsgruppen für die Aussage, dass „interprofessionelle Seminare helfen,

die Zusammenarbeit auf Station zu verbessern". Die Seminarinhalte werden also nicht nur als relevant und interessant bewertet, sondern ihnen wird eine konkrete Veränderung des späteren Berufsalltags zugetraut. Da die Teilnehmenden selber Träger dieser Veränderungen sein werden, ist die Aussage eine sich selbst erfüllende Prognose. In einer weiteren, offenen Frage wurde nach den Aspekten gefragt, die den Teilnehmenden besonders gut gefallen haben. Hier wurden genannt: gute Atmosphäre, Offenheit, Toleranz, Akzeptanz von Meinungen, Diskussionen, Kennenlernen (der anderen Personen und Positionen), Rollenspiele, Praxisnähe und Gleichbehandlung aller in den Diskussionen. Als Verbesserungsvorschläge wurden genannt: Pflichtkurs für alle, Fallgeschichten aus anderen Fachbereichen (Neonatologie, Psychiatrie, Transplantation etc.), Fortführung in späteren Ausbildungsjahren, Angebot in der beruflichen Weiterbildung.

Fazit

• Resümee und klinische Bedeutung

Interprofessionelle Ethikseminare sind in der dargestellten Weise durchführbar und werden von den Teilnehmenden sehr gut angenommen. Die Seminare sind geeignet, den Moraldiskurs zwischen den Berufsgruppen anzustoßen. Gerade der Bereich der Ethik in der Krankenversorgung lässt sich nicht auf die Fachkompetenz einer einzelnen Berufsgruppe zurückführen [9]. Die moralische Urteilsbildung, das moralische Erleben und die zu verantwortenden Entscheidungen betreffen alle Beteiligten auf der Station. Teamkompetenzen werden in den Seminaren entwickelt und eingeübt. Das gemeinsame Lernen wird von den Teilnehmenden als ein positiver Beitrag zum späteren gemeinsamen Arbeiten gewertet. Ethik wird als relevanter Bestandteil der eigenen Professionalität verstanden. Interprofessionelle Kompetenz stellt auch eine der Voraussetzungen dar für den sich in Deutschland neu etablierenden Bereich der Ethikberatung [7], [20]. Die Nachfrage nach und das Gelingen von ethischen Fallberatungen, z.B. durch Klinische Ethik-Komitees (KEK), hängt entscheidend von der interprofessionellen Kommunikation und den auf der Station gewählten Formen der Zusammenarbeit ab [12]. Die langfristige Erwartung ist, dass interprofessionelle Seminare zu einer besseren Kooperation der Berufsgruppen auf den Stationen führen werden. Dies kommt zum einen der Qualität der Krankenversorgung zugute, zum anderen aber auch der Zufriedenheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen mit ihrer eigenen Berufsausübung.

Danksagung

Die interprofessionellen Ethikseminare werden in Zusammenarbeit mit der Krankenpflegeschule der MHH durchgeführt. Der Autor dankt Frau Dipl. päd. Dörte Gloy und Frau Kerstin Bugow für ihre Mitwirkung bei der Gestaltung und Durchführung der Seminare.

Korrespondenzadresse:

• Dr. Gerald Neitzke, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland, Tel.: 0511-532-4271, Fax: 0511-532-5650
neitzke.gerald@mh-hannover.de

Literatur:

- [1] Ashcroft RE. Teaching for patient-centred ethics. *Med Health Care Philos.* 2000;3:87-295.
- [2] Banks S, Janke K. Developing and implementing interprofessional learning in a Faculty of Health Professions. *J Allied Health.* 1998;27:132-136.
- [3] Biller-Andorno N, Neitzke G, Frewer A, Wiesemann C. Lehrziele "Medizinethik im Medizinstudium". *Ethik Med.* 2003;15:117-121.
- [4] Bligh J, Parsell G. Multiprofessional working: learning from experience. *Med Educ.* 1999;33:632-633.
- [5] Browne A, Carpenter C, Cooledge C, Drover G, Ericksen J, Fielding D, Hill D, Johnston J, Segal S, Silver J, Sweeney V. Bridging the professions: an integrated and interdisciplinary approach to teaching health care ethics. *Acad Med.* 1995;70:1002-1005.
- [6] Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ.* 1995;29:265-272.
- [7] Christ G, Lipinski C, Schaefer K. Wie kann eine ethische Fortbildung im Krankenhaus gestaltet werden?. *Med Klin.* 1997;92:753-756.
- [8] Cotton P, Smith P, Lait M. The ethics of teamwork in an interprofessional undergraduate setting. *Med Educ.* 2002;36:1084-1110.
- [9] Edward C, Preece PE. Shared teaching in health care ethics: a report on the beginning of an idea. *Nurs Ethics.* 1999;6:299-307.
- [10] Finch J. Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers. *BMJ.* 2000;321:1138-1140.
- [11] Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med.* 1995;70:761-769.
- [12] Frader JE. Political and interpersonal aspects of ethics consultation. *Theor Med.* 1992;13:31-44.
- [13] Glen S. Educating for interprofessional collaboration: teaching about values. *Nurs Ethics.* 1999;6:202-213.
- [14] Herzberg J. Tribes or teams? The challenge of multiprofessional education. *Hosp Med.* 1999;60:516-518.
- [15] Hope T, Fulford KWM. The Oxford Practice Skills Project: teaching ethics, law and communication skills to clinical students. *J Med Ethics.* 1994;20:229-234.
- [16] Kahlke W, Reiter-Theil S. Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen. In: Kahlke W, Reiter-Theil S, editors. *Ethik in der Medizin.* Stuttgart: Enke; 1995. p. 17-22.
- [17] Kraft M, Neitzke G. Communication in medical education: Students' demands. *Med Health Care Philos.* 2000;3:185-190.
- [18] Neitzke G, Fehr F. Teachers' responsibility: a Socratic dialogue about teaching medical ethics. *Med Teacher.* 2003;25:92-93.
- [19] Neitzke G, Möller M. Zur Evaluation von Ethikunterricht. *Med Ausbildung.* 2002;19:190-195.
- [20] Neitzke G. Ethik im Krankenhaus: Funktion und Aufgaben eines Klinischen Ethik-Komitees. In: Wiesing U, editor. *Diesseits von Hippokrates. 20 Jahre Beiträge zur Ethik in der Medizin im Ärzteblatt Baden-Württemberg.* Stuttgart: Gentner; 2003. p. 399-405.
- [21] Neitzke G. Ethik im Medizinstudium. Erfahrungen und innovative Entwicklungen an der Medizinischen Hochschule Hannover. *Z Med Ethik.* 2004;50:61-70.
- [22] Neitzke G. Internationale Trends der medizinischen Aus- und Weiterbildung. *DMW.* 1998;123:A10.
- [23] Neitzke G. Motivation und Identitätsbildung in den medizinischen Professionen. Konsequenzen für die Praxis. In: von Engelhardt D, von Loewenich V, Simon A, editors. *Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität.* Münster: LIT-Verlag; 2001. p. 48-61.
- [24] Neitzke G. Teaching medical ethics to medical students: moral, legal, psychological and philosophical aspects. *Med Law.* 1999;18:99-105.
- [25] Parsell G, Spalding R, Bligh J. Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. *Med Educ.* 1998;32:304-311.
- [26] Reeves S, Freeth D, McCrorie P, Perry D. 'It teaches you what to expect in future ...': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. *Med Educ.* 2002;36:337-344.

- [27] Reiter-Theil S. Moral lernen - Ethik lehren. In: Kahlke W, Reiter-Theil S, editors. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Enke; 1995. p. 10-16.
- [28] Riesch SK, von Sadvovsky V, Norton S, Pridham KF. Moral reasoning among graduate students in nursing. *Nurs Outlook*. 2000;48:73-80.
- [29] Schildmann J, Ortwein H, Herrmann E, Schwarz C, Klambek A, Brunklaus A. Wahrheit am Krankenbett - schlechte Nachrichten mitteilen: Evaluationsergebnisse von fünf Workshops zum Diagnosegespräch. *Med Ausbild*. 2002;19:9-12.
- [30] Sponholz G, Allert G, Keller F, Meier-Allmendinger D, Baitsch H. Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre - sequenzierte Falldiskussion für die praxisnahe Vermittlung von medizinethischer Kompetenz (Ethikfähigkeit). Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik; 1999. *Medizinethische Materialien*; Bd. 121.
- [31] Sponholz G, Baitsch H, Allert G. Das Ulmer Modell der diskursiven Fallstudie. Entwicklungen und Perspektiven der Lehre in Ethik in der Medizin. *Z Med Ethik*. 2004;50:82-87.
- [32] Teachers of medical ethics and law in UK medical schools. Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. *J Med Ethics*. 1998;24:188-192.
- [33] ten Have HA. Ethics in the clinic: a comparison of two Dutch teaching programmes. *Med Educ*. 1995;29:34-38.
- [34] Van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, van Thiel J, Rethans JJ, Scherpier AJJA, van der Vleuten CPM. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Med Teacher*. 2001;23:245-251.
- [35] van der Arend A, Gastmans C. Ethik für Pflegende. Bern: Huber; 1996.
- [36] Wahlström O, Sanden I, Hammar M. Multiprofessional education in the medical curriculum. *Med Educ*. 1997;31:425-429.
- [37] Wakefield A, Cooke S, Boggis C. Learning together: use of simulated patients with nursing and medical students for breaking bad news. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9:32-38.
- [38] Williams GC, Deci EL. The importance of supporting autonomy in medical education. *Ann Intern Med*. 1998;129:303-308.
- [39] Wilson T, Mires GJ. A comparison of performance by medical and midwifery students in multiprofessional teaching. *Med Educ*. 2000;34:744-746.
- [40] Wimmer H. Information und Beratung von Krebspatienten. In: Löning P, Rehbein J, editors. *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter; 1993. p. 403-418.
- [41] Yarborough M, Jones T, Cyr TA, Phillips S, Stelzner D. Interprofessional education in ethics at an academic health sciences center. *Acad Med*. 2000;75:793-800.