

ETHIK UND RECHT IM GESUNDHEITSWESEN

Informationen für Lehrpersonen

Version 5
August 2010

Interregionale Arbeitsgruppe Pflege HF
Basel, Solothurn, Thurgau, Zentralschweiz, Glarus

Autorin

Marita Leichtle
Rektorin
Bildungszentrum für Gesundheit, Kanton Thurgau
Falkenstrasse 2
8570 Weinfelden

marita.leichtle@tg.ch

Konzept Ethik und Recht

Vorwort

1	Einführung	2
1.1	Fachdidaktische Einführung	2
1.2	Inhaltliche Einführung.....	2
2	Grundlagen (Ethik als Disziplin)	2
2.1	Begriffsklärungen	2
2.2	Verschiedene Ebenen ethischen Nachdenkens	2
2.4	Gewissen und Gewissenskonflikte	2
3	Ethische Prinzipien im Gesundheitswesen	2
3.1	Ethische Prinzipien des International Council of Nurses (ICN)	2
3.2	Die 4 Grundprinzipien der beiden Bioethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress (1979/2001)	2
4	Institutionen und Organisationen in der Schweiz, die sich mit ethische Richtlinien befassen	2
4.1	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW	2
4.2	Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (SBK).....	2
4.3	Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen "Dialog Ethik"	2
4.4	Gründungen von Ethik Foren in Institutionen des Gesundheitswesens	2
4.5	Nationale Ethikkommission (NEK).....	2
5	Menschenwürde und Autonomieanspruch	2
5.1	Würdeverständnis	2
5.2	Unterscheidungen im Würdebegriff	2
5.3	Bedeutung dieser Unterscheidungen im Würdebegriff	2
5.4	Würde- und Autonomieanspruch eines jeden Menschen	2
	Heute stellt sich die Frage, wie wird das Postulat des Rechts auf unantastbare Menschenwürde respektiert und wie ein solcher Respekt aussehen kann.	2
5.5	Vom Paternalismus zur Autonomie (Paradigmawechsel in der ärztl. Medizin).....	2
5.6	Wichtige internationale Dokumente.....	2
5.7	Interdisziplinärer Dialog.....	2
6	Ethische Entscheidungsfindungsprozesse	2
6.1	Modell Tschudin, 1986 (SRK-Journal, Dezember 4/1998, Seite 10 und 11)	2
6.2	Modell van den Hofen und Tenwolde, 1988 (SRK-Journal Dezember 4/1998, Seite 11).....	2
6.3	SBK: Ethische Überlegungen (Dokumentationsmappe des Schweizerischen Berufsverbandes für Krankenpflege, Ethik und Pflege, Seite1, 1999)	2
6.4	Modell von Dialog Ethik: 7 Schritte ethischer Urteilsbildung	2
6.5	Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung.....	2
7	Ausgewählte spezifische ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen	2
7.1	Ethische und rechtliche Fragen am Ende des Lebens (speziell auch in der Langzeitpflege und in der Geriatrie)	2
7.2	Ethische und rechtliche Fragen in der Psychiatrie	2
7.3	Ethische und rechtliche Fragen bei Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Geriatrie und Langzeitpflege	2

7.4	Ethische und rechtliche Fragen in der Intensivpflege und Intensivmedizin	2
7.5	Ethische und rechtliche Fragen der Forschung am Menschen	2
7.6	Ethik und Gesundheitsökonomie (Rationierung)	2
7.7.	Ethische und rechtliche Fragen am Anfang des Lebens	2
	Literaturhinweise (teils mit Bemerkungen der Verfasserin dieses Themenordners)	2
	Übersicht Beilagen	2
	Bezugsquellen für Patientenverfügungen	2

Vorwort zur Version 5 (August 2010)

Kapitel 1.2: Inhaltliche Einführung: In diesem Kapitel wird neu Bezug genommen zum Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur dipl. Pflegefachfrau HF/zum dipl. Pflegefachmann HF, welcher auf 01.01.2008 in Kraft gesetzt wurde. Auszüge aus diesem Rahmenlehrplan zeigen die geforderten Kompetenzen im Bereich der Ethik auf.

Kapitel 6.4: Modell von Dialog Ethik: 7-Schritte Ethische Urteilsbildung. Hier wurde die letzte Fassung 3.0 aufgenommen.

Kapitel 7.1.7: Neu aufgenommen wurde die SAMW-Richtlinie „Patientenverfügung“ von 2009.

Kapitel 7.1.9: Gibt Informationen zum aktuellen Stand der bundesrätlichen Diskussion zur Beihilfe zum Suizid.

Kapitel 7.3: Entgegen des Hinweises des Vorwortes zur Version 4 wird das Erwachsenenschutzgesetz frühestens 2012 oder 2013 in Kraft gesetzt.

Kapitel Literaturhinweise: Unter Allgemeine Ethik und unter Ethik und Recht wurden neu erschienene Bücher aufgenommen.

Vorwort zur Version 4 (Juni 2008)

Kapitel 7.3. Entgegen des Hinweises des Vorwortes zur Version 3 vom Juni 2007 wird das Erwachsenenschutzgesetz frühestens 2009 oder 2010 in Kraft gesetzt.

Kapitel 7.7. Neu aufgenommen wurden ethische und rechtliche Fragestellungen am Anfang des Lebens. Der Inhalt wurde von Frau Christine Gleicher, Diplomtheologin, Hebamme und Berufsschullehrerin für Pflege HFGZ Luzern, zur Verfügung gestellt.

Vorwort zur Version 3 (Juni 2007)

Kapitel 5 ist neu bearbeitet unter der Überschrift "Menschenwürde". Inhaltlich wurde das Kapitel neu strukturiert und Aussagen zur Unterscheidungen im Würdebegriff gemacht ebenso zur Autonomie des Menschen und dem heutigen Autonomieanspruch, welche von grosser Bedeutung für das eigene Pflegeverständnis sind.

Kapitel 6 wurde um das Nimwegener-Modell von Norbert Steinkamp erweitert. Dieses Modell erfährt derzeit eine zunehmende Verbreitung im Gesundheitswesen in der Schweiz (vor allem durch die Weiterbildungsveranstaltungen und den im Jahr 2007 gestarteten Weiterbildungskurs am Bestesta Basel).

Kapitel 7.1. Das Thema "Sterbehilfe" wurde aktualisiert aufgrund neuer politischer Entwicklungen, z.B. den Aussagen des Bundesrates in Bezug auf die Gesetzgebung betreffend die Artikel 114 und 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches.

Kapitel 7.3 enthält Hinweise und Quellenangaben zum Entwurf des neuen Erwachsenenschutzgesetzes, welches das derzeit gültige Vormundschaftsgesetz ersetzen soll und voraussichtlich noch 2007 in Kraft gesetzt werden wird.

Rückmeldungen, Hinweise oder sonstige Bemerkungen bitte an marita.leichtle@tg.ch

Vorwort zur Version 2 (30.August 2006)

Das gesamte Konzept wurde überarbeitet, aktualisiert und ergänzt.

Das Kapitel 1 "Einführung" ist inhaltlich neu strukturiert und ergänzt worden.

Das Kapitel 3 „Ethische Prinzipien im Gesundheitswesen“ wurde inhaltlich ergänzt.

Im Kapitel 4 wurde neu unter 4.4 Gründungen von Ethik-Foren und unter 4.5 die Nationale Ethikkommission aufgenommen.

Im Kapitel 5 „Der Autonomieanspruch des modernen Menschen“ wurde neu unter 5.4 der Würde- und Autonomieanspruch eines jeden Menschen mit Literaturangaben eingefügt.

Im Kapitel 6.1 wurde die neueste Version des 7 Schritte Modells zur ethischen Urteilsbildung von Dialog-Ethik eingefügt, Version 2.0.1. Hinweise und Bemerkungen wurden erweitert und aktualisiert.

Das Kapitel 7.1 "Ethische und rechtliche Fragen am Ende des Lebens" hat die umfangreichsten Veränderungen erfahren. Mehr Gewicht bekam die Rechtslage:
Unter 7.1.2 wurden die verschiedenen Formen der Sterbehilfe aufgenommen, so wie sie im eidgenössischen Bundesamt für Justiz definiert werden.
Unter 7.1.3 wurde das Thema Patientenverfügungen überarbeitet.
Unter 7.1.4 wurden die aktuellen Berichte, Stellungnahmen und Entscheide aus dem Jahr 2006 des Bundesrates und des Bundesparlamentes betreffend der Gesetzgebung zum Thema Sterbehilfe aufgenommen.

Das Kapitel 7.4 „Ethische und rechtliche Fragen in der Intensivpflege und Intensivmedizin“ wurde leicht überarbeitet.

Zu den Literaturhinweisen:

Viele Ergänzungen wurden gemacht, zu vielen Büchern sind von mir Bemerkungen und Kommentare hinzugefügt worden, die hilfreich sein könnten.

Vor allem die Literaturhinweise zur allgemeinen Ethik und zu Ethik und Sterben wurden ergänzt.

Neu hinzu kamen die Literaturhinweise zu Ethik und Recht.

1 Einführung

1.1 Fachdidaktische Einführung

Zum **Thema Ethik** gibt es eine Fülle an Literatur aus den Disziplinen der Philosophie, der Theologie, der Psychologie und in den letzten Jahren auch aus dem Bereich der Pflege. Das vorliegende Konzept hält sich an Literatur und Quellen, welche sich auf ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen und den zugehörigen gesetzlichen Grundlagen bezieht.

Zum **Thema Recht** sind die Quellen bei den UNO-Menschenrechten bis hin zum Schweizerischen Strafgesetzbuch, den kantonalen Gesundheitsgesetzen und deren Ausführungsbestimmungen zu finden.

Zu der aufgeführten Literatur sind unter dem **Kapitel Literaturhinweise** teilweise Bemerkungen der Autorin zum Inhalt oder zur Verwendung im Unterricht gemacht.

Zielsetzung

Die Studierenden zu befähigen, Kompetenz im Umgang mit ethischen und rechtlichen Fragestellungen zu erlangen, ethische Entscheidungsprozesse anzuregen, mitzugestalten, Entscheidungsfindungsmodelle anzuwenden, für Entscheidungen im eigenen Bereich Verantwortung und Mitverantwortung im interdisziplinären Team zu übernehmen.

Die ethische Kompetenz der Studierenden beinhaltet die Fähigkeit zur Reflexion, Formulierung und Begründung der eigenen Wertvorstellungen, Fähigkeit des Erkennens ethischer Probleme in der eigenen Praxis, Urteilsfähigkeit, Diskursfähigkeit und die Entschiedenheit auch ethisch zu handeln.

Nahtstellen zu anderen Themenbereichen/Kompetenzfeldern

Jeder Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten und jede Pflegesituation hat eine ethische Dimension. So liegt es auf der Hand, dass in allen anderen Pflegekonzepten wie z.B. der Palliative Care, Aggression, Macht, usw. sich die Frage nach dem richtigen Sollen und Handeln stellt. Im Unterricht Ethik und Recht erarbeiten sich die Studierenden die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und reflektieren ihre Einstellungen.

Relevante ethische Richtlinien

Die ethischen Richtlinien der nachfolgend genannten Organisationen bzw. Berufsverbände sind für die Beteiligten im Schweizerischen Gesundheitswesen von massgebender Bedeutung. Sie bilden die Basis ethischen Handelns, sind moralische Richtlinien und dienen als Referenz in der konkreten moralischen Argumentation.

- Ethische Richtlinien des ICN und des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenpflege (SBK)
- Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
- Ethische Richtlinien der SGAG und der Curaviva

Rechtsgrundlagen

- die Bundesverfassung und die Kantonsverfassungen
- das Schweizerische Strafgesetzbuch
- die kantonalen Gesundheitsgesetze und deren Verordnungen
- die kantonalen Patientenrechte

Der Unterricht in Ethik und Recht bedarf einer vertieften vorgängigen Auseinandersetzung der Lehrperson mit Inhalt, Wissen und Einstellungen betreffend ethische Grundkenntnisse, ethischen Werthaltungen und ethischen Entscheidungsfindungsprozessen. Betreffend den Rechtsfragen sind ausreichende Kenntnisse nötig, um die verbindlichen gesetzlichen Grundlagen zu kennen, welche Gültigkeit haben in Bezug auf die Bewältigung ethischer Entscheidungsprozesse und die Verantwortung für die daraus resultierenden Handlungen.

Im Bereich der Rechtsgrundlagen muss beachtet werden, dass viele Gesetzgebungen kantonale Unterschiede aufweisen. Es müssen daher die jeweiligen lokalen Gesetze überprüft und einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für kantonale Gesundheitsgesetze und Patientenrechte.

1.2 Inhaltliche Einführung

Der Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur diplomierten Pflegefachfrau HF / zum diplomierten Pflegefachmann HF 2007 wurde vom Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT am 01.01.2008 in Kraft gesetzt.

Im darin beschriebenen Berufsprofil mit den zu erreichenden Kompetenzen steht unter 2.

Die Kompetenz umfasst folgende Komponenten:

- *Kognitive Kompetenz: Anwendung von Theorien/Konzepten sowie implizites Wissen (tacit knowledge), welches durch Erfahrung gewonnen wird*
- *Funktionale Kompetenz: Fertigkeit und Know-how, welche zur Ausübung einer konkreten Tätigkeit erforderlich sind*
- *Personale Kompetenz: Verhalten in und Umgang mit Arbeitssituationen*
- *Ethische Kompetenz: persönliche und soziale Werte*

Unter 2.1 Arbeitsfeld und Kontext

*Die dipl. Pflegefachperson HF trägt die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und für die Ausführung der organisatorischen und medizinisch-technischen Aufgaben, welche ihr delegiert wurden. Sie arbeitet effizient, analytisch, systematisch, evidenzbasiert und reflektiert. Sie **berücksichtigt ethische und rechtliche Prinzipien**, den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse, das Alter, das Geschlecht, die Biografie, den Lebensstil und die soziale Umgebung der Patientinnen/Patienten sowie das kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld.*

Unter 2.3 Arbeitsprozesse und Kompetenzen

*Pflegeprozess: Die dipl. Pflegefachperson HF nimmt die klinische Beurteilung vor und trifft die ihr zustehenden Entscheidungen. Sie gestaltet die Pflege so, dass **die Werthaltung**, die Rechte und die Interessen der Patientinnen/Patienten berücksichtigt werden.*

*Pflegeergebnisse und Pflegedokumentation: Die dipl. Pflegefachperson HF respektiert und reflektiert die rechtlichen und beruflichen Normen sowie **die ethischen Grundsätze**. Sie setzt sich mit **ethischen Dilemmata** auseinander und bezieht Stellung.*

Grundsätzlich geht es um ethische Fragen in 2 Bereichen:

- **Auswirkungen des Wertewandels und Folgen des medizinisch-technischen Fortschrittes**

Der schnelle medizinisch-technologische Fortschritt beschert uns allen eine noch nicht gekannte Steigerung der Lebenserwartung. Die zunehmende Globalisierung der Welt bewirkt beim Einzelnen, bei der Familie und bei ganzen Gesellschaften eine massive Veränderung, Verunsicherung und Infragestellung bisher gültiger Werthaltungen und Einstellungen. Neue Fragen, wann das Leben wirklich seinen Anfang nimmt und ab wann es schützenswert ist und neue Fragen, wann das Leben tatsächlich endet, beschäftigen Staat und Gesellschaft und das Individuum. Der Wertewandel vom Paternalismus hin zur absoluten Achtung der Autonomie des Individuums führt zu neuen ungeklärten Fragen und ethischen Dilemmas. Das Wissen, wie die neuen Möglichkeiten in der Medizin ethisch verantwortet werden können, konnte nicht Schritt halten mit den Folgen, die sich aufgrund des medizin-technischen Fortschritts ergaben, sondern bedürfen einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung, eines neuen "Reifeprozesses", der seinem eigenen Tempo folgt.

- **Ethische Fragestellungen in der Pflegepraxis und deren Bewältigung**

Im Bereich der alltäglichen Pflegepraxis beinhaltet jegliche berufliche Begegnung mit einem Patienten auch eine ethische Dimension. In diesem täglichen Arbeitsfeld geht es nicht um die Erarbeitung und Lösung grosser gesellschaftlicher, ethischer Fragestellungen, sondern um die Bewältigung des täglichen Arbeitsalltags mit Menschen und Pflegesituationen, in welchen konkrete ethische Fragestellungen auftreten und in der Situation von den Beteiligten, oft situativ und unmittelbar zu lösen sind. Fachpersonen müssen dabei auf fundierte ethische Konzepte zurückgreifen können und die Rechtslage kennen.

Die Liste der Gründung von ethischen Organisationen, Institutionen, Kommissionen und Ethikforen in der Schweiz und die Anzahl herausgegebener Richtlinien zu den verschiedensten ethischen Themen in den letzten 10-15 Jahren zeugen von der Dringlichkeit, ethische und rechtliche Problemstellungen anzugehen, um auf breiter Basis neue Lösungen und Entscheidungswege zu finden.

2 Grundlagen (Ethik als Disziplin)

Die Inhalte der Punkte 2.1 bis 2.4 sind grösstenteils Abschriften aus dem Basistext des NDK Baustein 1 von Dialog-Ethik

2.1 Begriffsklärungen

Die nachfolgenden Begriffe müssen definiert und diskutiert werden, um sich auf eine gemeinsame Begriffsklärung zu einigen. Diese Klärung ist Voraussetzung, um ethische Diskussionen führen, ethische Dilemmas beschreiben und an ethischen Entscheidungsprozessen mitwirken zu können. Natürlich können dazu verschiedene Quellen bzw. Definitionen verwendet werden, entscheidend ist das Finden einer gemeinsamen Verständigungsbasis. Im Ethikunterricht selbst kann es natürlich sehr spannend sein, verschiedene Definitionen zunächst miteinander zu vergleichen, um sich dann auf eine Definition wie sie beispielsweise innerhalb einer Gruppe, Klasse oder in einem Ethikforum verwendet werden kann, zu einigen.

Begriffsgeschichte von Ethik, Ethos, Moral und Sitten

Der Begriff "Ethik" stammt vom griechischen Begriff "äthos" ab, was unter anderem der "gewohnte Sitz" (im Sinne von Wohnsitz oder Sitzplatz) und "Heimat" heisst. Er kann sowohl den äusseren Rahmen einer Handlung (Sessel, Platz, Tempel), als auch das Tun selbst (Sitzen) bezeichnen.

Mit der Zeit setzte sich die übertragene Begrifflichkeit von "äthos" als "ethos" als dem "Herkommen", dem "Gebrauch" und der "Sitte" durch. Das griechische Wort "ethos" bezeichnet danach all das, was an gesellschaftlichen Umgangsformen in einer bestimmten Gesellschaft gilt, in der man zu Hause ist.

Als Bezeichnung für eine philosophische Disziplin geht der Begriff Ethik auf den griechischen Philosophen Aristoteles zurück. Sobald menschliches Handeln seine Selbstverständlichkeit verliert, sucht die Ethik nach Aristoteles – geleitet von der Idee eines sinnvollen, menschlichen Lebens – nach neuen Verbindlichkeiten, welche selbstverständliches Handeln wieder ermöglichen.

Sitten, Ethos und Moral

Sitten und Ethos bezeichnen das überlieferte normative Regelwerk und Ordnungsgefüge einer bestimmten Gruppe von Menschen. Sie besitzen für diese selbstverständliche Gültigkeit. Auch Moral wird oft in diesem Sinne verstanden.

Bei den ursprünglichen indogermanischen Wurzeln des Begriffs "Moral" handelt es sich im Gegensatz zur Sitte aber um Selbstreflexion im Sinne einer Innenschau ("Introspektion"), d. h. der Handelnde verhält sich kritisch zu der ihm vorgegebenen Sitte oder Ethos. Der Handelnde bildet sich eine eigene Moral als einen persönlichen Lebensentwurf, der festlegt, welche Handlungen für ihn selbstverständlich sind. Im Gegensatz zur Sitte trifft er diesbezüglich einen Entscheid; die Sitte hingegen wird unkritisch übernommen.

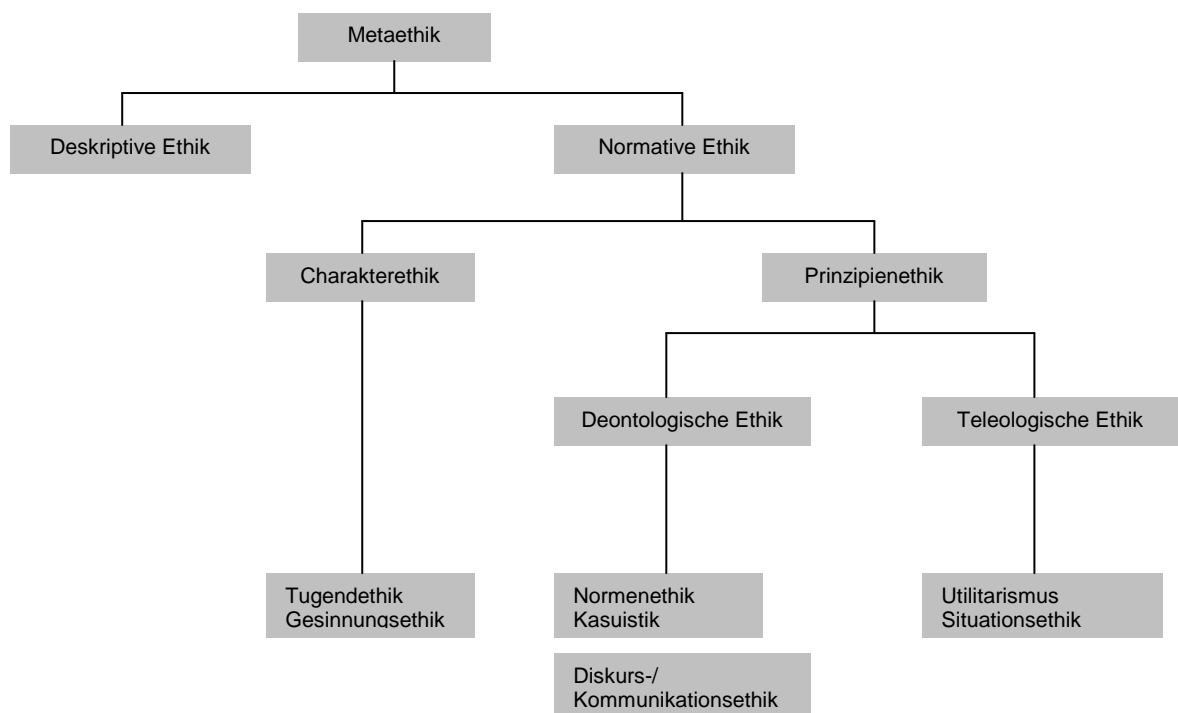
Werte und Prinzipien/Normen

Inhaltliche Werte und Prinzipien/Normen sind konkrete Ausdrucksformen von Moral: Werte sind bewusste oder unbewusste Orientierungsstandards und Leitvorstellungen, von denen sich Individuen und Gruppen in ihrem Handeln leiten lassen. Prinzipien/Normen sind Handlungsregeln, welche für eine Gruppe von Menschen Geltung beanspruchen.

Werte und Prinzipien/Normen sind Instrumente, mit denen die normative Ethik (s. u.) eine Moral einerseits und neue Handlungsmöglichkeiten andererseits analysiert und im Hinblick auf das "gute Handeln" kritisch hinterfragt.

2.2 Verschiedene Ebenen ethischen Nachdenkens

Überblickshalber kann man die verschiedenen Ebenen ethischen Nachdenkens mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen ethischen Argumentierens folgendermassen darstellen:



Quelle: siehe Kapitel 2

2.2.1 Metaethik

Metaethik: Überlegungen, welche sich mit den theoretischen Fragen des Erkennens und Wollens im Hinblick auf das "gute Handeln" beschäftigen, sind Gegenstand der Metaethik. Sie bedenkt die Voraussetzungen der Ethik als Wissenschaft des "guten Handelns".

2.2.2 Deskriptive Ethik

Die sogenannte deskriptive Ethik beschränkt sich auf die Beschreibung der verschiedenen Moralvorstellungen einer Gruppe von Menschen und ist deshalb ein rein empirisches Unterfangen. Sie erhebt keinen Anspruch auf ein Kriterium oder einen Massstab, mittels dessen über gut oder schlecht, richtig oder falsch entschieden werden kann.

2.2.3 Normative Ethik

Demgegenüber reflektiert die normative Ethik die Moral kritisch daraufhin, inwieweit diese das "gute Handeln" zum Ausdruck bringt. Normative Ethik kann in diesem Sinne als die Wissenschaft vom "guten Handeln" bezeichnet werden.

2.2.4 Charakterethik

Unter diesem (von Dialog-Ethik geprägten) Begriff werden zwei ethische Argumentationsmodelle subsumiert, die sog. Tugendethik und die sog. Gesinnungsethik, die das entscheidende Kriterium für alles Handeln im Charakter einer Person liegen sehen. Im Zentrum des Interesses steht die Person der Handelnden mit ihrem Charakter und ihrer Motivation. Es geht um den "guten Menschen", nicht um die "gute Handlung" als solche. Massstab des Handelns ist im Falle der Tugendethik die persönliche Tugendhaftigkeit des Handelnden (z. B. Ehrlichkeit, Mitgefühl, Verantwortungsbewusstsein). Tugend ist eine, durch fortgesetzte Übung, erworbene Lebenshaltung, die einen Menschen von selbst zum richtigen Handeln führt. Im Falle der Gesinnungsethik ist der entscheidende Massstab letztlich die persönliche Gesinnung oder Motivation des Handelnden, unabhängig von den daraus resultierenden Folgen. Tugend- und Gesinnungsethik orientieren sich am persönlichen Gewissen der Handelnden und nicht an einer äusseren Norm.

2.2.5 Prinzipienethik

Prinzipienethik beschäftigt sich mit Werten, Normen und Regeln, die das Handeln steuern sollen. Hier steht nicht die "gute Person", sondern das "gute Handeln" im Zentrum aller Überlegungen. Innerhalb der Prinzipienethik wird grundsätzlich zwischen deontologischen und teleologischen Argumentationsmodellen unterschieden.

2.2.6 Deontologische Argumentationsmodelle

Deontologische Modelle (gr. to deon: das Erforderliche, die Pflicht) orientieren sich an allgemeinen Prinzipien/Normen und den daraus resultierenden Pflichten, die in jeder Situation unbedingte Geltung beanspruchen, unabhängig von den sich daraus ergebenden Konsequenzen. Klassischerweise spricht man hier von Normenethik. Auch die Kasuistik (Gesetzesethik) ist diesem Argumentationsmodell zuzuordnen: Sie versucht, ethische Orientierung durch Bestimmung von normativen Prinzipien für möglichst viele konkrete Einzelfälle zu gewinnen.

2.2.7 Teleologische Argumentationsmodelle

Die teleologische (gr. to telos: das Ziel) Argumentationsführung misst die Qualität einer Handlung an deren Zielen und Folgen. Weder die Handlung an sich, noch die Motivation/Gesinnung der Handelnden ist ausschlaggebend; alles hängt davon ab, was für Konsequenzen sich aus einer Handlung ergeben. Klassisch ist dies im sog. Utilitarismus formuliert, der als ethisches Kriterium das Prinzip der Nützlichkeit nennt: eine Handlung ist dann gut, wenn sie das grösste Glück der grössten Anzahl Menschen bewirkt. Eine Extremform teleologischer Argumentationsführung stellt die Situationsethik dar. Sie verzichtet auf allgemeingültige Werte und Normen, auch auf zum Voraus feststehende Kriterien der Nützlichkeit, um allein aus einer gegebenen Situation heraus entscheiden zu können, welches Handeln in der konkreten Situation geboten ist. z. B. Eine Person opfern, um 20 zu retten (passiv geschehenlassen, kann der Mensch besser aushalten als aktiv einen Menschen zu töten, um andere zu retten).

2.2.8 Diskurs-/Kommunikationsethik

Dieses Modell geht von einer idealen Kommunikationssituation aus: alle Betroffenen haben als Gesprächsteilnehmende gleiche Rechte und Pflichten und können frei ihrer Meinung Ausdruck geben (es herrscht ein herrschaftsfreier Diskurs). Als ethisch verbindlich gilt, was sich im gemeinsamen Beraten vernünftiger und gesprächswilliger Menschen als konsensfähig erweist. In diesem Sinne argumentiert sie weder von feststehenden Normen noch von bestimmten Tugenden her, sondern fokussiert rein formal-prozedural auf dem Prozess einer rationalen, konsensorientierten Problemlösung. Diskursethische Anliegen werden im Rahmen der Angewandeten Ethik durch verfahrensethische Konzepte wahrgenommen.

2.2.9 Integrative Verantwortungsethik (Dialog Ethik)

Die genannten Ausprägungen ethischen Denkens machen deutlich, dass Ethik – wie das bei jeder anderen Disziplin auch der Fall ist – auf unterschiedliche Weise, mit unterschiedlichen Zugängen und methodischen Wegen betrieben werden kann. Es empfiehlt sich allerdings, obige Ansätze und Typen nicht als strenges Entweder-Oder zu betrachten. Alle diese Ansätze richten ihr Augenmerk auf bedenkenswerte Gesichtspunkte, haben ihre Stärken und ihre Schwächen. Wer sich ideologisch nur auf einen Ansatz, nur auf ein Modell fixiert, läuft Gefahr wichtige Aspekte zu übersehen, die in einem anderen Ansatz stärker akzentuiert werden.

Darum ist sich Dialog-Ethik einem Modell verpflichtet, das sie als integrative Verantwortungsethik bezeichnet. Damit ist ein Zugang zu ethischen Fragen gemeint, der sich nicht auf einen einzigen Ansatz oder ein einziges Argumentationsmodell beschränkt, sondern der Berechtigung (und zugleich Begrenztheit!) unterschiedlicher Sichtweisen Rechnung trägt und das konstruktiv-kritische Gespräch zwischen ihnen für hilfreich erachtet, um zu einem verantwortlichen, im interdisziplinären Dialog erarbeiteten, ethischen Urteil zu gelangen. Insbesondere betont dieses Modell einer integrativen Verantwortungsethik die sachnotwendige Verbindung von Aspekten

- *einer Tugendethik,*
- *einer normativen Ethik (deontologischer und teleologischer Ausprägung!),*
- *einer auf Einsichten der Diskursethik basierenden Verfahrenstechnik.*

Nur im Miteinander dieser drei Aspekte kommt es nach diesem Verständnis zu wohl begründeten, in der Praxis greifbaren Entscheidungen auf den Themenfeldern Angewandter Ethik.

Im Verlaufe solcher strukturierter Entscheidungsfindungsprozesse spielen immer mehrere Faktoren eine Rolle, damit sich eine Handlungsoption als evident herausstellt. Es braucht:

- *die Kenntnisnahme von vorgegebenen Fakten der Situation,*
- *das Erkennen der relevanten Werte und Prinzipien,*
- *moralische Intuitionen.*

Keiner dieser drei Faktoren führt isoliert zu einer verantwortlichen Entscheidung. Nur im Zusammenspiel und in der gegenseitigen kritischen Befragung und Ergänzung wird sich eine Entscheidung als plausibel erweisen. In der Fachdiskussion nennt man dieses Zusammenspiel der drei Faktoren zuweilen ethischer Kohärentismus.

2.2.10 Interdisziplinarität

Die Angewandte Ethik reflektiert das Handeln innerhalb der verschiedenen Praxisfelder im Hinblick auf seine normativen Voraussetzungen und Konsequenzen. Die Naturwissenschaften produzieren in kaum einholbarer Schnelligkeit neues Wissen, was zu einer ausgeprägten Spezialisierung und zu einem hochstehenden Expertentum in den jeweiligen Bereichen geführt hat. Das Können innerhalb der Einzeldisziplinen weitet sich ständig aus. Angesichts des hohen Spezialisierungsgrades der einzelnen Disziplinen ist ethische Entscheidungsfindung nur im Rahmen interdisziplinären Nachdenkens möglich. Das fragmentarische Fachwissen der Spezialisten fliesst im interdisziplinären Prozess zusammen. Einzelprobleme können so in einem grösseren Kontext und aus einer umfassenderen Perspektive analysiert, reflektiert und gemeinsam gelöst werden. Angewandte Ethik wird in der Folge als ein interdisziplinärer Entscheidungsfindungsprozess verstanden, in dem gemeinsam Verantwortung wahrgenommen wird.

2.3 Ethische Dilemmas

Wenn sich in einer gegebenen Situation eine Person mehreren gleichermassen verpflichtenden ethischen Forderungen gegenüber sieht, die sich aber gegenseitig ausschliessen, spricht man von einem sogenannten "ethischen Dilemma".

Ethische Dilemmas können auch dort entstehen, wo in einer pluralistischen Gesellschaft im Zusammenleben unterschiedlich, miteinander nicht vereinbare Wertvorstellungen aufeinander prallen.

2.4 Gewissen und Gewissenskonflikte

2.4.1 Gewissen und Identität

In der moralischen Ausrichtung unseres praktischen Handelns werden wir, ohne uns das immer bewusst zu machen, durch das Gewissen geleitet. Unter Gewissen versteht man ein Selbstverständnis des Menschen, in dem er sich dem unbedingten Anspruch unterstellt weiss, das Gute zu tun und das Böse zu unterlassen. Es ist diejenige Instanz unseres Personseins, die unser Handeln daraufhin prüft, ob es mit dem übereinstimmt, was wir als Werte und Moral internalisiert haben (lat. con-scientia bedeutet Mit-Wissen).

Das Gewissen gehört zum Kern einer Person und ist identitätsstiftend. Es zeigt an, wann jemand Gefahr läuft, gegen die eigenen moralischen Werte zu verstossen und dadurch mit sich selbst in Widerspruch zu geraten. Insofern verhilft das Gewissen dazu, in Einklang mit sich selbst zu leben. Es ist gewissermassen der "Ruf der menschlichen Existenz zur Einheit mit sich selbst" (Dietrich Bonhoeffer) und insofern Garant der personalen Identität eines Menschen. Das Gewissen stellt deshalb den Schnittpunkt von Ethik und Psychologie dar.

Das Gewissen hat einen doppelten Aspekt:

Es ist einerseits absolut in seiner Verpflichtung, das objektiv Gute zu wollen und zu tun. In diesem Sinne sind Gewissensurteile für die betreffende Person Urteile "in letzter Instanz". Darum ist in einem demokratischen Rechtsstaat der Schutz des individuellen Gewissens ein so hohes Anliegen.

Es ist andererseits relativ, insofern dem Gewissen geschichtlich bedingte Sitten und eigene Moralvorstellungen zugrunde liegen, die jemand im Laufe seiner Biografie internalisiert hat. Diese Vorstellungen können sich ändern. Im Rückblick kann man sogar zur Einsicht gelangen, dass sich das eigene Gewissen geirrt hat.

Nach dem Entwicklungspsychologen Lawrence Kohlberg verläuft die moralische Entwicklung im Sinne der Gewissensbildung beim Menschen in sechs Stufen: Die höchste Stufe ist die des autonomen Gewissens, das sich am moralischen Prinzip einer universalen Gerechtigkeit orientiert. Die feministische Ethikerin Carol Gilligan hat diese Sicht dahingehend ergänzt, dass es Kennzeichen eines reifen Gewissens ist, sich auf Beziehungen zu Mitmenschen einzulassen und im Blick auf das eigene Handeln und Urteilen auch den Standpunkt der jeweils betroffenen Anderen sowie die konkreten lebensweltlichen Verhältnisse angemessen zu berücksichtigen.

2.4.2 Gewissenskonflikte

Wenn jemand in eine Situation gerät, in der er in einer bestimmten Funktion (z. B. als Staatsbürger oder als Mitarbeiter einer Institution) Handlungen vollziehen muss, die mit seinem Gewissen nicht vereinbar sind, entsteht ein Gewissenskonflikt. Er zeichnet sich dadurch aus, dass die Befolgung der aus dem eigenen Gewissen erwachsenden Verpflichtung nur um den Preis des Verstosses gegen geltendes Recht, gegen berufliche Verpflichtungen oder geltende Moralvorstellungen möglich ist, oder umgekehrt: dass das vom Recht, vom Arbeitgeber oder der vorherrschenden Moral erwartete Handeln nur um den Preis schwerer Gewissensnöte, d. h. um den Preis der Beeinträchtigung personaler Identität geschehen kann. Beispiele: Der Wehrpflichtige, der den Waffengebrauch mit seinem pazifistischen Gewissen nicht vereinbaren kann; oder die Hebamme, die aus Gewissensgründen nicht bereit ist, an einer Abtreibung mitzuwirken.

Nun ist es so, dass Menschen in gesellschaftlichen Ordnungen leben, die auf ethischen Grundlagen beruhen, die in einer demokratischen Gesellschaft durch politische Mehrheitsentscheide beschlossen werden. Dabei ist es unumgänglich, dass gewisse Aspekte solcher Ordnungen dem Gewissen eines Individuums bloss mehr oder weniger entsprechen. Die Tatsache etwa, dass jemand ein aktuell gültiges asylpolitisches Verfahren für ethisch bedenklich und mit seinem Gewissen für nur schwer vereinbar hält, berechtigt noch lange nicht, einen Teil der Steuern zu verweigern, durch die eben dieses asylpolitische Verfahren kollektiv finanziert wird. Oder wer bewaffneten Militärdienst mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, ist damit ethisch nicht schon legitimiert, auch einen entsprechenden Prozentsatz der Steuern zurückzubehalten, durch die er oder sie sich an der Finanzierung der Militärausgaben beteiligen muss. Wer bloss eine gewisse Mühe mit von ihm verlangten Handlungen empfindet oder sich damit schwer tut, kollektiv-gesellschaftlich in Ordnungen oder Handlungsweisen eingebunden zu sein, die ihm oder ihr vom eigenen Gewissen her zuwider sind, ist grundsätzlich noch nicht befugt, ein Recht auf Verweigerung aus Gewissensgründen einzufordern. Ein reifes, mündiges Gewissen lernt, dass es zum Menschsein gehört, in fragwürdige Handlungs-Zusammenhänge, u. U. auch in Schuldzusammenhänge, hineinverflochten zu sein und sich ihnen nicht "mit sauberen Händen" entziehen zu können.

Die Situationen, in denen ein ethisches Recht auf Verweigerung aus Gewissensgründen gefordert werden muss, sind immer als Ausnahme-Situationen zu verstehen: als Situationen, in denen von einer Person

- a) eine unmittelbare Handlung verlangt wird, die sie
- b) in so gravierendem Masse und
- c) in einer so zentralen Sache in Widerspruch zu ihrem Gewissen versetzen würde, dass ihr
- d) ein solcher Widerspruch zu sich selbst nicht zumutbar erscheint, weil dadurch ihre Identität auf schwerwiegende Weise Schaden nehmen würde. Es muss also eine schwere, unüberwindbare Gewissensnot vorliegen und glaubhaft gemacht werden können, damit eine Verweigerung aus Gewissensgründen ethisch legitim erscheint. Wer bei freiwilliger Übernahme gewisser Funktionen (etwa beruflicher Art) antizipieren kann, dass Aufgaben auf ihn oder sie zukommen könnten, die zu schweren Gewissenskonflikten mit daraus resultierender Handlungsverweigerung führen werden, ist verpflichtet, dies vor Übernahme der entsprechenden Aufgabe klar zu deklarieren und nach einer für alle Beteiligten fairen Regelung zu suchen.

3 Ethische Prinzipien im Gesundheitswesen

3.1 Ethische Prinzipien des International Council of Nurses (ICN)

In der Präambel des ICN-Ethik-Kodex für Pflegende (neueste Überarbeitung von 2000) sind die grundlegenden Prinzipien formuliert. www.icn.ch/ethics.htm

Pflegende haben 4 grundlegende Aufgaben

- Gesundheit zu fördern
- Krankheit zu verhüten
- Gesundheit wieder herzustellen
- Leiden zu lindern

Der ICN-Ethik-Kodex, erstmals verabschiedet 1953, wurde in den nachfolgenden Jahren mehrmals überprüft und bestätigt. Die nationalen Berufsverbände leiten aus diesem Kodex ihre ethischen Richtlinien ab (siehe SBK Publikationen zur Ethik).

Die 4 Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen sind:

- Pflegende und ihre Mitmenschen
- Pflegende und die Berufsausübung
- Pflegende und die Profession
- Pflegende und ihre Kollegen

3.2 Die 4 Grundprinzipien der beiden Bioethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress (1979/2001)

In Ihrem Buch "Principals of Biomedical Ethics", ein Standardwerk der modernen Medizin-Ethik, zeigen die beiden Autoren den Wechsel von der vorherrschenden Tugend zur Normenethik in der medizinisch-ethischen Urteilsbildung auf. Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress sind heute in den pflegerischen und medizinischen Fachkreisen international anerkannt.

Die vier Prinzipien:

Autonomie	the principle of respect for autonomie
Nicht Schaden	the principle of non-maleficence
Gutes tun	the principle auf beneficence
Gerechtigkeit	the principle of justice

Hinweis

Eine Auswahl an Broschüren und Büchern in denen anhand dieser 4 Prinzipien ethisch reflektiert wird:

SBK, "Ethik in der Pflegepraxis 2004", SBK Broschüre 2004

SIBP, WBZ, (Hrsg) "Ethik heute", Weiterbildungsmaterialien für Lehrpersonen der Sekundarstufe II; Sauerländer, 2004

Fry Sara, "Ethik in der Pflegepraxis": Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung, DBFK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 1995, ISBN 3-927944-08-4

WBZ und SIBP, Ethik heute, Weiterbildungsmaterialien für Lehrpersonen der Sekundarstufe II, 2004

Arbeitsgruppe "Pflege und Ethik" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., „Für alle Fälle“, Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Brigitte Kunz Verlag, 2005

4 Institutionen und Organisationen in der Schweiz, die sich mit ethische Richtlinien befassen

4.1 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW

Interdisziplinär zusammengesetzte Kommissionen erarbeiten Standards der ethischen Richtlinien, welche jeweils einer breiten Vernehmlassung unterzogen werden. Seit 1979 besitzt die SAMW eine ständige Zentrale Ethikkommission (ZEK). Zudem hat die Akademie eine Reihe von Richtlinien zu aktuellen ethischen Fragen erarbeitet. **Der Stellenwert dieser Richtlinien besitzen quasi Gesetzescharakter** für die Mediziner, d. h. sie sind nicht nur moralische Verpflichtung, sondern deren Einhaltung professionelle Verpflichtung. In jüngster Zeit öffneten sich die Subkommissionen auch für andere Berufsgruppen, vor allem auch für Fachpersonen aus der Pflege. Der SBK empfiehlt seinen Mitgliedern, die Richtlinien der Akademie zu beziehen. www.samw.ch

Bemerkung

Ein ausgezeichnete Artikel über die Geschichte und Zukunft der Zentralen Ethikkommission ist nachzulesen in der Schweizerische Ärztezeitung 2004, 85: Nr 37, "Die Zentrale Ethikkommission: glaubwürdig, effizient und flexibel".

Zu aktuellen ethischen Themen veröffentlicht die SAMW ihre Stellungnahmen, die unter www.samw.ch bezogen werden können.

4.2 Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (SBK)

Der SBK hat folgende Richtlinien herausgegeben:

- 1990 Ethische Grundsätze für die Pflege
- 1999 Dokumentationsmappe, Ethik und Pflege, inkl. Prozess der Entscheidungsfindung
- 2000 Pflegenden und Forschung: Ethische Grundsätze
- 2002 Zusammen mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH die Richtlinien "Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens: Eine gemeinsame Erklärung".
- 2003 Ethik in der Pflegepraxis
- 2006 Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags

www.sbk-asi.ch (unter Publikationen zu bestellen)

In der SAMW ist der SBK mit 2 Mitgliedern vertreten

4.3 Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen "Dialog Ethik"

1999 ist Dialog Ethik entstanden, eine gemeinnützige Vereinigung in Zürich, die das interdisziplinäre Institut für Ethik im Gesundheitswesen betreibt. Diese neue Organisation arbeitet an einer Kultur bewussten, interdisziplinären, ethischen Urteilsbildung im Gesundheitswesen. Es entstand ein Entscheidungsfindungsmodell, welches in Schweizer Kliniken in den letzten fünf Jahren erprobt wurde, ständig weiterentwickelt wird und derzeit eine rasche Verbreitung findet. In den Institutionen wird das Modell meist für die eigenen Bedürfnisse verändert, angepasst, und weiterentwickelt. Die 7 Schritte dieses Entscheidungsfindungsmodell von Frau Dr. Baumann Hölzle sind unter 6.4 beschrieben.

www.dialog-ethik.ch

4.4 Gründungen von Ethik Foren in Institutionen des Gesundheitswesens

1989 wurde am Universitätsspital Zürich auf Initiative der Pflegewissenschaftlerin Frau Dr. Dr. Sylvia Käppeli das "Ethik-Forum" USZ ins Leben gerufen, mit der erklärten Absicht einer interdisziplinär Zusammenarbeit. Die Leitung des Projektes wurde Frau Dr. Ruth Baumann-Hölzle übertragen, Leiterin des Instituts Dialog Ethik Zürich. Zwischenzeitlich wurden an einer grossen Anzahl von Kliniken/Organisationen weitere Ethikforen gegründet. Diese Ethik-Foren sind Angebote mit dem Ziel, in den Spitälern, Heimen, Kliniken und ambulanten Institutionen des Gesundheitswesens, eine Kultur bewusster ethischer Urteilsbildung zu etablieren. Die stetig anwachsende Anzahl an Organisationen und die Institutionen, welche Ethikforen haben oder derzeit aufbauen, können auf der Homepage von Dialog Ethik nachgelesen werden.

4.5 Nationale Ethikkommission (NEK)

Am 3. Juli 2003 hat der Bundesrat die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin eingesetzt. Sie hat ein beratendes Mandat und ist interdisziplinär und gesellschaftsübergreifend als Fachkommission zusammengestellt. Die NEK hat die Aufgabe übernommen, ethische Fragen in der Entwicklung der Medizin und der biomedizinischen Wissenschaften vorausschauend zu identifizieren und zu ihnen richtungweisend Stellung zu nehmen. Die Kommission kann vom Bundesrat, dem Parlament und von den Kantonen um Beratung ersucht werden und selbständig Themen aufgreifen, die ihr wichtig erscheinen.

(Auszug aus dem Auftrag der NEK www.nek-cne.ch)

Unter dieser Adresse sind weitere Informationen zu finden, z. B. Zusammensetzung der Mitglieder, Stellungnahmen, Berichte.

5 Menschenwürde und Autonomieanspruch

5.1 Würdeverständnis

In Schriften aus der philosophischen und theologischen Tradition ist nachzulesen, wie sich das Würdeverständnis im Wandel der Zeiten verändert hat.

Im Laufe der Geschichte, wahrscheinlich seit es überhaupt Menschen gibt, hat sich der Mensch immer wieder die Frage nach sich, seiner Herkunft, seiner Stellung in der Welt gestellt; hat nachgedacht über sich als Einzelnen im Verhältnis zu seinen Mitmenschen und anderen Wesen, die mit ihm auf diesem Planeten wohnen. Immer schon wollte der Mensch Ziel und Sinn seines Daseins ergründen. Immer schon ging es dabei auch um Bewertungen, z. B. welchen Wert die Menschen sich untereinander geben, aber auch wie viel ein Tier oder etwa eine Pflanze galt und wie diese wiederum zueinander standen. Auf diese Fragen fanden die Menschen im Laufe der Zeit immer wieder neue Antworten. Lange Zeit sah der Mensch die Bewertungen, die er den Dingen gab, als gottgegeben, also von einer höheren Instanz gesetzt. Dem Menschen kam nur die Aufgabe zu, die Setzung dieser Instanz anzuerkennen.

Die christliche Tradition sagt: Würde ist allen Menschen durch ihre Gottesebenbildlichkeit eigen. Und die Welt ist ein Haus, das von Gott so gestaltet wurde und von den Menschen als gegeben und als Geschenk angenommen wurde.

Zu Beginn der Aufklärung verschieben sich die tradierten christlichen Denkformen. Seit der Neuzeit herrscht nun die Erkenntnis, dass der Mensch selbst Instanz für die Schöpfung seiner Werte ist. Der Mensch entscheidet selbst, welchen Wert er für höher setzt und was er zurückstellt.

Es wird heute davon ausgegangen, dass nur der Mensch dank seinem Denken, welches ihm Selbstreflexion und Selbstbewusstsein ermöglicht, Willensfreiheit besitzt.

5.2 Unterscheidungen im Würdebegriff

a) wesensmässige (inhärente) Würde

Als eine transkulturelle Verbindlichkeit für die ganze Weltgemeinschaft gilt (entsprechend der Erklärung der allgemeinen Menschenrechte von 1948): Die Würde des Menschen ist unantastbar. Die Würde des Menschen ist per se gegeben. Es handelt sich um eine wesensmässige (inhärente) Würde. Die Erkenntnis, dass der Mensch nicht Mittel zum Zweck ist, ist durch Immanuel Kant gesetzt worden. Die wesensmässige Würde, die mit dem Menschsein gegeben ist, die allen gleich zukommt und nach unserer Anerkennung und Respektierung ruft. Vor allem die wesensmässige, inhärente Würde, muss nicht errungen, kann nicht verloren werden und kommt allen gleich zu.

b) abhängige (kontingente) Würde

Diese Form von Würde muss errungen und kann auch wieder verloren werden. Sie ist ungleichmässig verteilt. Sie ist von zufälligen Merkmalen abhängig und ist eine Form von Würde, welche als Eigenschaft, als Qualität, beziehungsweise als Errungenschaft bezeichnet werden kann. Diese Form der Würde ruft unsere Hochschätzung und Bewunderung hervor.

5.3 Bedeutung dieser Unterscheidungen im Würdebegriff

Dass dem Menschen die Würde per se gegeben ist und er sie somit auch durch äusserliche Umstände nicht verlieren kann, öffnet eine ganz andere Dimension ethischer Fragestellungen.

Zum Beispiel Menschen, welche eine Demenzerkrankung haben und kein selbstständiges Leben führen können, nicht mehr zu ihrer Person, zu Ort und Zeit orientiert sind und nicht mehr den sogenannten Normen bei der Ausführung ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen, Menschen mit geistigen und psychischen Erkrankungen, die kein selbstbestimmtes Leben mehr führen können, Menschen, die gefoltert, gedemütigt, geschlagen und vergewaltigt werden, können nach dieser Definition ihre Würde per se nicht verlieren. Sie können entwürdigend behandelt werden, doch ihre wesensmässige Würde bleibt ihrem Menschsein gegeben.

Jedoch Menschen, welchen durch Geburt eine bestimmte Stellung in der Gesellschaft zugebilligt wurde, können diese Stellung verlieren. Sogenannten Würdenträgern wurden Würden verliehen und können ihnen somit auch wieder genommen werden. Auch bestimmte berufliche Stellungen verleihen "Amt und Würde" und können wieder verloren gehen.

Definiert der Mensch seinen Selbstwert und seine Würde über diese "Kontingente", so kann er mit dessen Verlust auch seinen Selbstwert verlieren.

5.4 Würde- und Autonomieanspruch eines jeden Menschen

Die ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege **basiert auf dem Würde- und Autonomieanspruch jedes Menschen**, welcher als wertsetzende Vorgegebenheit respektiert wird. Diesem grundsätzlichen Autonomieanspruch auf der normativen Ebene stehen die oft beschränkten Autonomiefähigkeiten eines Menschen auf der empirischen Ebene gegenüber. Im Vollzug des Entscheidungsfindungsprozesses wird beides miteinander in Beziehung gesetzt und nach Lösungen gesucht, die dem Patientenwillen entsprechen (Güterabwägung).

Das Vermögen des Menschen zur Willensfreiheit, welches er seiner kritischen Vernunft verdankt, ist das Grundaxiom moderner westlicher Ethik und prägt auch das Selbstverständnis des Menschen der Moderne. Diese Willensfreiheit wurde vom Philosophen Immanuel Kant zum ersten Mal in Verbindung mit den Begriffen der Würde und der Autonomie verwendet.

"Der Autonomieanspruch des modernen Menschen" wird beschrieben, wie Willensfreiheit im Sinne von Selbstbestimmung als Selbstgesetzgebung gegen Willkür abgegrenzt wird. Der Auszug aus dem Ordnungsgefüge wie das Lebenshaus als selbstverständliche Vorgegebenheit und dann als gestaltbares Material des menschlichen Willens beschrieben wird, zeigt auf, wie sehr sich das Selbstverständnis des Menschen gewandelt hat. Neue, ungeahnte Freiräume haben sich für den Menschen in Form von Wissen und Handlungsmöglichkeiten geöffnet. Die Menschen konnten sich aus vielen natürlichen und sozialen Zwängen befreien.

Der Mensch erhebt aber nun nicht nur Anspruch auf Selbstbestimmung, sondern auch auf Instrumentalisierung der nichtmenschlichen Natur. Aus Vorgegebenem wird zuerst Gegebenes und schliesslich Material.

Kann daraus nun die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die unantastbare Würde des Menschen, wie sie in den Menschenrechten, der UNO, im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und in der Bundesverfassung der Schweiz etc. steht, nun antastbar geworden ist?

Heute stellt sich die Frage, wie wird das Postulat des Rechts auf unantastbare Menschenwürde respektiert und wie ein solcher Respekt aussehen kann.

5.5 Vom Paternalismus zur Autonomie (Paradigmawechsel in der ärztl. Medizin)

In der 2. Hälfte des letzten Jahrhunderts ergab sich ein Wandel bei der ethischen Urteilsbildung und daraus folgend ein Wandel bei den zuständigen Instanzen.

Ausgelöst durch den zunehmenden Autonomieanspruch des heutigen Menschen, der über das was mit ihm geschieht informiert sein will und sein Recht auf Selbstbestimmung einfordert. Dieser Anspruch bedeutet für die Akteure im Gesundheitswesen, für alle Handlungen am Patienten einen sogenannten "informed consent" (informierte Zustimmung) zu bewirken.

5.6 Wichtige internationale Dokumente

1947 wurde das Konzept der informierten Zustimmung auf dem Hintergrund der Ereignisse der menschenverachtenden Forschungsuntersuchungen durch Ärzte während dem 2. Weltkrieg implizit im sogenannten Nürnberger Kodex formuliert (explizit taucht der Begriff erstmals 1957 auf). Darin werden die Ärzte erstmals in der Geschichte verpflichtet, von ihren Patienten und Probanden deren freie und informierte Zustimmung zu einem Forschungsvorhaben einzuholen. 1964 kam es zur "Deklaration von Helsinki", welche den Forderungen des Nürnberger Kodex Nachdruck verlieh und diese weiter ausbaute.

1975 hatte der Weltärztebund diese weiter bearbeitet und als "Helsinki-Tokio-Deklaration" verabschiedet.

1982 formulierte die Weltgesundheitsorganisation WHO auf dem Hintergrund der "Helsinki-Tokio-Deklaration" internationale Richtlinien zur biomedizinischen Forschung am Menschen. Am 4. April 1997 schlug der Europarat allen Mitgliedstaaten des Europarates, der Europäischen Gemeinschaft, den Nichtmitgliedstaaten, die an der Ausarbeitung dieses Übereinkommens beteiligt waren und allen zum Beitritt zu diesen eingeladenen Staaten ein "Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" vor, welches bis heute viel zu reden gibt (das Dokument ist abgedruckt im Sammelband von Alberto Bondolfi und Hansjakob Müller, 573 - 587).

5.7 Interdisziplinärer Dialog

Heute finden ethische Auseinandersetzungen mit medizinisch-pflegerischen, ethischen Fragen disziplinenübergreifend statt. An verschiedenen Orten kam es weltweit zu interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften, Konferenzen und Gesellschaften. In den USA erlangte das 1969 gegründete "Hastings-Center" in New York und das 1971 entstandene "Kennedy-Institut of Ethics" in Washington, weltweit die ersten Zentren dieser Art überhaupt, eine besondere Bedeutung. In Deutschland bildete die 1968 eröffnete Akademie für Ethik in der

Medizin eine Plattform, die medizin-ethisch engagierte Forschende und Institutionen miteinander vernetzt. In all diesen Instituten werden medizin-ethische Fragen interdisziplinär von Fachleuten aus der Medizin, der Pflegewissenschaft, der Philosophie, der Theologie und der Rechtswissenschaft behandelt.

Beilage

Auszüge aus NDK Basistext Baustein 2, Geschichtlicher Überblick über die medizin-ethische Urteilsbildung, welcher auf den Paradigmenwechsel vom Paternalismus zur Güterabwägung eingeht und den Stellenwert des "informed consent" des Patienten beschreibt (welcher sich heute in den Rechtsgrundlagen wie z. B in den Patientenrechten niederschlägt)

Literatur

Unterlagen aus dem Nachdiplomkurs

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, "Ethische Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen" Dialog Ethik

Wo bleibt die Würde beim Leiden und Sterben

Vortrag von Dr. theol. Heinz Rüegger an der Generalversammlung der Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker

Menschenwürde

Arbeitsbuch von Edgar Bein, Verlag Moritz Diesterweg, 1986 Frankfurt a. Main
Menschenwürde-Abschied von einer Illusion

Kälin, Müller, Das Bild der Menschenrechte, Wittenbach (2004)

Gross Jost NR, "Mutmasslicher Patientenwille und stellvertretende Entscheide", Parlamentarische Initiative, 2004

Rehbock Theda, Achtung der Autonomie gegenüber „nicht-einwilligungsfähigen“ Patienten? - Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen, Pflege 2005, 18:381-388

Rehbock Theda, Autonomie-Fürsorge-Paternalismus. Zur Kritik (medizinisch) ethischer Grundbegriffe. Zeitschrift für Ethik in der Medizin 14.3.2002, 131-150

Wetz Franz Joseph, Illusion Menschenwürde, Klett-Cotta (2005)

Sienknecht Dieter, Menschenrechte, Eva Wissen Europäische Verlagsanstalt, Hamburg 2005

6 Ethische Entscheidungsfindungsprozesse

Einführung

Die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts macht Güterabwägungen mit menschlichem Leben unausweichlich, wenn beispielsweise die Zumutbarkeit von lebenserhaltenden Massnahmen abgewogen werden muss. Durch diese neue Situation ist ein enormer Bedarf an bewusster medizinisch-pflegerischer ethischer Urteilsbildung entstanden. Zur Kompetenz von Pflegenden gehört die Fähigkeit, ethische Entscheidungsfindungsprozesse innerhalb der eigenen Berufsgruppe zu leiten, in der interdisziplinären Zusammenarbeit bewusst mitvollziehen und mitverantworten zu können. Dazu braucht es entsprechende Rahmenbedingungen von Zeit und Raum innerhalb der Institution. Ethische Kompetenz setzt die Bereitschaft und die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Fachbereichen voraus. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht ein umfassendes Patientenassessment, bei dem die unterschiedlichen Perspektiven in den gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess einfließen. Es gehört zur Verantwortung jedes Mitglieds eines Behandlungs-/Pflegeteams, die eigene berufliche Perspektive und Haltung in den Entscheidungsfindungsprozess einzubringen.

Die ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege basiert auf dem **Würde- und Autonomieanspruch** jedes Menschen, welcher als wertsetzende Vorgegebenheit respektiert wird. Diesem grundsätzlichen Autonomieanspruch auf der normativen Ebene stehen die oft beschränkten Autonomiefähigkeiten eines Menschen auf der empirischen Ebene gegenüber. Im Vollzug des Entscheidungsfindungsprozesses wird beides miteinander in Beziehung gesetzt und nach Lösungen gesucht, die dem Patientenwillen entsprechen.

In der Folge werden 4 Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung vorgestellt und didaktische Hinweise zum Einsatz des jeweiligen Modells gegeben.

6.1 Modell Tschudin, 1986 (SRK-Journal, Dezember 4/1998, Seite 10 und 11)

Das Modell besteht aus folgenden Teilen:

Phase 1: Die Situation beschreiben

- Geht es um ein faktisches oder akutes Problem?
- Wie ist das Problem entstanden?
- Warum lässt sich das Problem nicht auf einfache Weise lösen?
- Welche Tatsachen sind wichtig, welche unwichtig?
- Um welche Werte geht es?
- Gibt es Aspekte, die einen Beteiligten in Gewissensnot bringen?
- Was meint der Patient und was wünscht er?
- Wer ist unmittelbar von dem Problem betroffen?
- Welche Rolle spielt jeder Betroffene?
- Was meint jeder Betroffene zu dem Problem?
- Welche Erwartungen hegt jeder Betroffene in Bezug auf das Ergebnis?
- Was sind die Schlüsselqualifikationen?
- Welche pflegerische, medizinische und gesellschaftliche Position haben die Schlüsselqualifikationen?
- Gibt es Aspekte, die sich beeinflussen oder nicht beeinflussen lassen?
- Wie stellt sich das Problem im Vergleich zu anderen oder ähnlichen Fällen dar?
- Gibt es weitere wichtige Gesichtspunkte?

Phase 2: Planung

- Welche Verhaltensweisen sind möglich?
- Welche Möglichkeiten gibt es kurzfristig und langfristig?
- Welche möglichen Folgen hat jede Verhaltensweise?
- Wer profitiert besonders davon?
- Wie wahrscheinlich ist jede mögliche Folge?
- Wird jemand durch eine dieser Folgen geschädigt? Wenn ja, wie?
- Lässt sich das Problem durch eine einzige Entscheidung lösen oder sind mehrere Entscheidungen notwendig?
- Gibt es ein zeitliches Limit?
- Welches ist unser grösstes Anliegen?
- Machen wir uns über ein Persönlichkeitsrecht Gedanken oder über die Handlung selbst?
- Machen wir uns Gedanken über den Respekt vor den Wünschen des Patienten?
- Machen wir uns Gedanken über die berufliche Verantwortung?
- Welche ethischen Grundsätze stehen zur Diskussion (Beispiele: der Wert des Lebens, Gerechtigkeit, Billigkeit, Ehrlichkeit, individuelle Freiheit)?
- Überschneiden sich diese Grundsätze oder widersprechen sie sich?
- Welcher Grundsatz ist der Wichtigste?
- Machen wir uns vor allem über die Folgen eines Handelns Sorgen?
- Machen wir uns Sorgen, weil eine weitere Behandlung sinnlos wäre?
- Machen wir uns Sorgen, weil Werte sich gegenüberstehen?
- Welche Werte sind am wichtigsten und warum?
- Machen wir uns Sorgen über das berufliche oder kollegiale Verhalten?
- Sind Regeln des Berufscodex anwendbar?
- Verändern oder beeinflussen sie die Situation?
- Ist ein Kompromiss möglich oder muss das Problem durch eine bestimmte Handlung bereinigt werden?

Phase 3: Durchführung

- Welche Handlung muss erfolgen?
- Wer führt welche Handlung aus? Wann? Wie?

Phase 4: Evaluation

- Löste die Entscheidung das Problem? Wenn nicht, warum?
- Inwieweit beeinflusste die Lösung eines Teilproblems das eigentliche Problem?
- Waren die Erwartungen realistisch, was die Ergebnisse betrifft?
- Wenn nicht, warum?
- Waren nur bestimmte Aspekte realistisch? Welche?
- Warum waren andere Aspekte unrealistisch?
- Würden wir die gleiche Entscheidung noch einmal treffen? Wenn nicht, warum?
- Haben wir einem vorrangigen Wert Geltung verschafft?
- Haben auch andere Personen von der ursprünglichen Entscheidung profitiert?
- Hat diese Entscheidung spätere Entscheidungen erleichtert?
- Hat ein Aspekt dieser Entscheidung jetzt allgemeine Gültigkeit?

Hinweise

Einsatz: Dieses Entscheidungsmodell kann sehr früh in der Ausbildung eingesetzt werden und mit aktuell erlebten Fallbeispielen geübt werden. Die sehr detaillierte Schrittabfolge zwingt Schritt für Schritt vorzugehen und trägt zur Einsicht bei, dass nur durch möglichst umfangreiche Informationssammlung und sorgfältige Analyse die bestmöglichen Lösungen gefunden werden können. Die Phase 4 zeichnet dieses Modell aus.

Grenzen: Natürlich muss und darf dieses Modell, nicht wie eine Checkliste abgehakt werden.

6.2 Modell van den Hofen und Tenwolde, 1988 (SRK-Journal Dezember 4/1998, Seite 11)

Das Modell besteht aus folgenden Teilen:

Phase 1: Die Situation beschreiben

Sie beschreiben den Kern des Problems so knapp wie möglich.

Phase 2: Einen Überblick gewinnen

Sie untersuchen, welche Möglichkeiten zum Handeln Sie haben und wen das Problem betrifft.

Phase 3: Ergänzende Informationen sammeln

Sie versuchen, das Bild durch zusätzliche Informationen zu vervollständigen.

Phase 4: Persönliche und berufliche Werte und Interessen benennen

Nun stellen Sie fest, welche Meinungen im Team vertreten werden, was das weitere Vorgehen betrifft.

Phase 5: Werte und Interessen von Schlüsselpersonen benennen

Sie versuchen, sich Klarheit über die Einstellung der unmittelbar Beteiligten zu verschaffen.

Phase 6: Moralische Prinzipien, Werte und Normen benennen

Jetzt versuchen Sie herauszufinden, um welche moralischen Prinzipien, Werte und Normen es im konkreten Fall geht.

Phase 7: Konflikte benennen

In den Phasen 4, 5 und 6 werden Pflichten erkennbar, die einander widersprechen. Sie versuchen nun, sie zu ordnen.

Phase 8: Feststellen, wer die Verantwortung übernimmt

Es muss klar sein, wer letztlich die Verantwortung für die zu treffende Entscheidung trägt.

Phase 9: Alternativen nebst ihren Konsequenzen zusammenstellen

Nun stellen Sie die übriggebliebenen Alternativen samt ihren Konsequenzen zusammen. Folgende Entscheidungen sind möglich.

Phase 10: Sich für ein bestimmtes Handeln entscheiden und es ausführen

Sie müssen unter den möglichen Alternativen eine auswählen und in die Tat umsetzen.

Phase 11: Die Ergebnisse bewerten

Wir können aus jeder Situation lernen, indem wir prüfen, ob unsere Entscheidung richtig war. Das kann zu einer bestimmten Handlungsweise führen, aber auch Richtlinien für unser Vorgehen in künftigen Fällen liefern.

Hinweise

Einsatz: Brauchbares Instrument, klare Führung durch den Entscheidungsprozess.

Grenzen: Kein interdisziplinärer Ansatz. Die Analyse ist wenig strukturiert.

6.3 **SBK: Ethische Überlegungen (Dokumentationsmappe des Schweizerischen Berufsverbandes für Krankenpflege, Ethik und Pflege, Seite1, 1999)**

Die Phase des Verstehens einer Situation

Was geschieht? Handelt es sich tatsächlich um ein ethisches Problem? Welches sind die Gegebenheiten, die sich hinter diesem Wertkonflikt befinden?

Die Phase des Verstehens des Umfeldes

Welche Personen sind direkt oder indirekt an der Situation beteiligt? Welches sind ihre Werte, und welche Strategien nehmen sie ein? Welches sind die zu berücksichtigenden technischen, juristischen, deontologischen und kulturellen Aspekte?

Die Phase des Verstehens der Werte

Welche Werte stehen auf dem Spiel? Stehen sie im Widerspruch, im Konflikt zueinander? Welches ist die Bedeutung dieser Werte für sämtliche beteiligte Personen?

Die Phase der Suche nach Lösungen

Was kann getan werden? Welche Lösungen, welche Alternativen sind möglich? Wer kann, wer muss die Verantwortung übernehmen?

Die Phase der Prüfung der vorgeschlagenen Lösungen

Welche Auswirkungen haben diese Lösungen für sämtliche beteiligte Personen und für die Gesellschaft? Sind sie realisierbar und können sie akzeptiert werden? Von wem? Welche Prinzipien/Werte werden dabei bevorzugt? Wer ist bereit, die Verantwortung zu übernehmen?

Die Phase der Entscheidung und der Ausführung

Welches ist die "beste" Lösung? Wer wird sie, wann und wie anwenden? Wer wird sie auswerten? Welche Hilfe ist dazu nötig?

Die Liste von Fragen ist unvollständig.

Hinweise

Einsatz: Brauchbares Instrument, gibt klare Anhaltspunkte durch den Entscheidungsprozess, erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Grenzen: Kein interdisziplinärer Ansatz. Vor allem fehlt der Einbezug rund um die medizinischen Aspekte und trägt somit von ärztlicher Seite zum formulierten Vorurteil gegenüber den Pflegenden bei, dass diese zu einseitig nur die psychosoziale Seite betrachten.

Dieses Problemlösungsverfahren wird vom SBK nicht als Modell deklariert, sondern als "Ethische Überlegungen".

6.4 Modell von Dialog Ethik: 7 Schritte ethischer Urteilsbildung

(© Stiftung Dialog Ethik, Konzept Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Version 3.0)

1. Schritt : Erfahrung des Sachverhaltes als ethisches Problem

A) Die verschiedenen an der Besprechung beteiligten Personen stellen nacheinander ihre Problemwahrnehmung dar. Alle berücksichtigen dabei:

- a). ihre wissenschaftliche Erfahrung, welche quantifizierend den medizinischen und pflegerischen Sachverhalt feststellt,
- b). ihre Lebenserfahrung, welche qualifizierend die bisherigen Erfahrungen mit Menschen mit dem vorliegenden körperlichen bzw. psychischen Zustand reflektiert und
- c). ihre Du-Erfahrung mit der aktuellen Patientin oder dem Patienten, welche ebenfalls qualifizierend diese Begegnung in die medizinisch-ethischen und pflegeethischen Güterabwägungen einbezieht.

B) Die Beteiligten diskutieren, welches die grösste Schwierigkeit der Situation ist. Diese wird als ethische Fragestellung in einen Satz gefasst: " Unser gemeinsames ethisches Problem ist, ... "

2. Schritt : Kontextanalyse

A) Was wissen wir noch nicht, was wir für die Klärung des ethischen Problems wissen müssten? Für die Beantwortung dieser Frage können die folgenden (zeitlichen, biographischen, institutionellen und personellen) Teilfragen hilfreich sein:

- a) Wie ist unser, unter Schritt 1 formuliertes Problem entstanden und wie war sein Verlauf?
- b) Gibt die Lebensgeschichte des Patienten oder der Patientin wichtige Hinweise in Bezug auf das Problem?
- c) Wo findet das Problem statt? (Art der Institution, Station, Abteilung, etc.)
- d) Wer ist am Problem beteiligt? (Und: Wer hat welche Verantwortlichkeiten und Kompetenzen?)

B) Überprüfung: Wird auch nach dieser Kontextanalyse die obige Formulierung des ethischen Problems noch als eine gute Fassung der Hauptschwierigkeit empfunden?

Wenn nein: Neuformulierung des ethischen Problems und entsprechende Anpassung der Kontextanalyse.

3. Schritt : Wertanalyse

War Schritt 2 die Vertiefung auf der deskriptiven Ebene, so ist Schritt 3 die Vertiefung auf der normativen Ebene. Ziel ist es, die konfligierenden Werte besser zu verstehen und einordnen zu können.

Für diese Vertiefung können die folgenden Fragen hilfreich sein:

- a) Was für Werthaltungen der Involvierten stehen auf dem Spiel?
- b) Können wir den Wertekonflikt typisieren, indem wir ihn als Spannung zwischen allgemeinen ethischen Werten fassen?

Für Fragen im medizinischen und/oder pflegerischen Kontext können für diese Typisierung die vier bioethischen Prinzipien herangezogen werden (z.B. "Autonomie versus Gutes tun"):

- Autonomieprinzip: Selbstbestimmung und Würde der Patientin bzw. des Patienten respektieren
- Prinzip "nicht schaden": Nicht mit der Behandlung Schädigungen oder Leiden zufügen
- Prinzip "Gutes tun": Tun, was in unseren Augen für die Patientin bzw. den Patienten gut ist
- Gerechtigkeitsprinzip: Ressourcen fair verwenden (auch: nicht bestimmte Patientengruppe diskriminieren)

4. Schritt : Entwurf von mindestens drei Handlungsmöglichkeiten

Ausser in Notfallsituationen gibt es fast immer drei und mehr Handlungsoptionen. Damit wird die Entscheidungsbildung aus der Situation des "Entweder-Oder" herausgeführt und können Machtkämpfe vermieden werden.

In diesem Arbeitsschritt geht es um eine möglichst ungewertete und vielfältige Aufzählung. Dabei werden nicht einmal die rechtlichen Grenzen beachtet, um die kreative Entdeckung von Handlungsvarianten maximal zu fördern.

5. Schritt : Analyse der Handlungsmöglichkeiten

A) Zuerst werden die rechtlich nicht zulässigen sowie alle praktisch nicht möglichen Handlungsmöglichkeiten weggestrichen.

B) Die Handlungsvarianten werden nach Argumentationsmustern geordnet, um allfällige eigene Tendenzen zu Einseitigkeiten erkennen zu können. Oft genügt es, nach folgenden Typen zu sortieren:

Argumentationsmuster

wenn überwiegend, Warnlampe

- Deontologischer Ansatz der konsequenten „**Lebenserhaltung**“
Priorität: Lebenserhaltung ohne Leidensabwägungen

"technizistischer Imperativ":
Wird zu viel gemacht?

- Deontologischer Ansatz des absoluten "**Autonomieanspruchs**"
Priorität: Selbstbestimmung ohne Fürsorgepflichten des Behandlungsteams

"Ist die Patientin oder der Patient in der anstehenden Frage autonomiefähig, d.h. entscheidungsfähig?"

- Teleologischer Ansatz der "**fremdbeurteilten Lebensqualität**"
Priorität: Fremdbestimmte Lebensqualitätsbeurteilung ohne vertiefte Beschäftigung mit dem Einzelfall

"Erhält die Patientin oder der Patient das, was ihrer Situation angemessen ist?"

6. Schritt : Konsensfindungsprozess und Handlungsentscheid

A) Verallgemeinerung

- Fallverallgemeinerung: 1. Welche Handlungsmöglichkeiten können wir verallgemeinern? 2. Welche Verallgemeinerungen führen zu welchem Klima in der Zusammenarbeit? 3. Welches Klima wollen wir?
- Systemverallgemeinerung: Was für Fragen wirft diese Problemstellung im Hinblick auf die Institution auf?
- Erwachsen aus diesen Überlegungen noch weitere Handlungsoptionen?

B) Hierarchisierung der Handlungsoptionen

- Eingriffstiefe: Mit welchem Entscheid beschneiden wir den Autonomieanspruch der Patientin bzw. des Patienten am stärksten? Mit welchem am geringsten?
- Regel für die Konsensfindung: Ausschöpfen der niederschweligen Handlungsoptionen

C) Güterabwägung

Vor- und Nachteile jeder Handlungsmöglichkeit werden im Hinblick auf die damit verwirklichten und die damit nur teilweise oder nicht verwirklichten Werte in einer Tabelle aufgelistet.

Achtung: Die Abwägung soll den unterschiedlichen Charakter dieser Güter (wertebezogene Vor- und Nachteile) berücksichtigen.

D) Handlungsentscheid

Falls keine Einigkeit zustande kommt, wird die folgende Frage bearbeitet: „Was fehlt uns noch, damit wir zu einem Handlungsentscheid kommen können?“

7. Schritt : Kommunikation und Überprüfung des Handlungsentscheids

A) Umsetzung und Kommunikation

- Allgemein: Was ist, dem getroffenen Entscheid entsprechend, nun zu tun? Wie ist es zu tun und wer tut es?
- Spezifisch: Wer kommuniziert den Entscheid wie mit der Patientin bzw. dem Patienten? Wie ist im Falle deren bzw. dessen Kommunikationsunfähigkeit allenfalls mit deren bzw. dessen Bezugspersonen zu kommunizieren? (Achtung: Ist die Schweigepflicht tangiert?)
- Wird der Entscheid schriftlich festgehalten (Akte) und eventuell unterzeichnet?

B) Überprüfung

- Braucht der Entscheid ein "Verfallsdatum", da sich die Situation wesentlich verändern kann? Wird der Entscheid (eventuell gemeinsam mit anderen, ähnlichen Entscheiden) zu einem bestimmten Zeitpunkt evaluiert, damit wir daraus für weitere Dilemmasituationen lernen können?
- Gibt es Dinge, die bei der nächsten Fallbesprechung besser gemacht werden können?

Hinweise

Einsatz: Eventuell erst in höherem Semester sinnvoll. Verlangt interdisziplinäres Denken, hoher Anspruch in Bezug auf Kenntnisse medizinischer, rechtlicher und pflegerischer Grundlagen. Vertiefte Kenntnisse in Ethik sind erforderlich. Das beste Ergebnis zur Lösung ethischer Dilemmas wird bei interdisziplinärer Zusammensetzung der Beteiligten erzielt. Dies ist den Unterrichtsstunden (normalerweise) nicht möglich, ausser es könnte nachträglich eine Situation mit beteiligten Personen, auch aus anderen Fachdisziplinen, reflektiert werden. Methodisch könnte aber die Verteilung verschiedener Rollen, um die Interdisziplinärität mit einzubeziehen sehr lehrreich im Sinne eines Perspektivenwechsels sein. Hilfreich ist sicher, wenn im Unterricht die Lehrperson die Moderationstechnik anwendet und die Rolle der Moderatorin allmählich auch an die Studierenden abgibt. Diese sind in HF Schulen, die mit der PBL-Methode arbeiten, vertraut mit dieser Rolle.

Grenzen

Wenn in der Praxis die unterschiedlichen Berufsgruppen für einen interdisziplinären Entscheidungsprozess nicht fähig oder willens sind, kann das Modell nicht in seinen weitreichenden Möglichkeiten ausgeschöpft bzw. angewendet werden.

Im Unterricht ist das Besprechungsteam nicht interdisziplinär zusammengesetzt und in der Regel kennt nur eine Studierende die Situation. Die Analyse ist deswegen immer sehr einseitig. Trotzdem kann an diesem Modell anhand eines erlebten Falles sehr gut geübt werden, wenn die Grenzen bewusst sind, das heisst es kann nicht der Anspruch erhoben werden den Fall zu lösen, sondern es soll geübt werden strukturiert zu reflektieren und Ideen für Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Bemerkungen

Dieses Modell findet derzeit in der Schweiz bei den verantwortlichen Personen des Gesundheitswesens grosse Beachtung und Verbreitung. Das Modell wird ständig weiterentwickelt. Der Nachdiplomkurs "Ethische Entscheidungen im Gesundheitswesen" wurde erstmals 2003 durchgeführt und war ein voller Erfolg. Die Besonderheit und sicher Grund des Erfolgs ist die Bedingung, dass dieser Kurs interdisziplinär zusammengesetzt ist, gleichwertiger Anteil von Ärzten, Pflegenden, anderen Sozialberufen, Theologen etc. Ausgewiesene Referenten und verantwortliche Entscheidungsträger in wichtigen Institutionen des Gesundheitswesens haben zwischenzeitlich ethische Entscheidungsfindungsmodelle für ihre jeweiligen Betriebe entwickelt, in Zusammenarbeit mit den Fachleuten des Instituts Dialog Ethik. Diese Konzepte werden zurzeit umgesetzt, ausprobiert und laufend verbessert. Entstanden ist dieser Bedarf aufgrund der zunehmenden Problemstellungen, beispielsweise auf Intensivstationen, in der Neonatologie, in der Geriatrie etc. Überall dort, wo zentrale Fragestellungen am Anfang und am Ende des Lebens entstehen.

In den meisten der grossen Spitälern in der Deutschschweiz sind Ethikforen gegründet worden unter der Leitung oder Begleitung von Dialog-Ethik und es werden Moderatorinnen ausgebildet, welche ethische Fallbesprechung auf den Abteilungen durchführen können. Die Studierenden müssen in der Ausbildung auf das Mitwirken als künftig dipl. Pflegefachfrau bei Reflexion und Besprechen von ethischen Fragestellungen vorbereitet werden, um dann auch aktiv Ethikforen in ihrer Institution zu nutzen oder gegebenenfalls mitzuwirken.

Weitere sehr wichtige und gute Erläuterungen zu diesem 7-Schritte-Modell und dessen Handhabung können bei der Autorin dieses Modells angefragt werden.

Zusatzinformation

Im nachfolgend genannten 2005 erschienen Buch, wird ein weiteres ethisches Entscheidungsfindungsmodell vorgestellt. Die Autorin dieses spezifischen Kapitels, Frau Marianne Rabe, beschäftigt sich vor allem auch mit der Didaktik der Ethik in Pflege. Im Buch hat es sehr wertvolle Tipps und auch Stellungnahmen zu den Entscheidungsfindungsmodellen von Verena Tschudin, Sara T. Fry und Marianne Arndt.

„Für alle Fälle“, Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Brigitte Kunz Verlag 2005, Arbeitsgruppe "Pflege und Ethik" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

6.5 Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung

(Drs. Norbert Steinkamp, Dr. Bert Gordijn, Abteilung Ethik, Philosophie und Geschichte der Medizin Universität Medizinisches Zentrum Nimwegen)

6.5.1 Problem

Wie lautet das ethische Problem?

6.5.2 Fakten

Medizinische Gesichtspunkte

Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist die Prognose?

Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?

Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? In welchem Masse?

Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?

Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?

Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden?

Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

Pflegerische Gesichtspunkte

Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben?

Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen?

Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?)

Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?

Lebensanschauliche und soziale Dimension

Was ist über die Lebensanschauung des Patienten bekannt?

Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?

Wie sieht er selbst seine Krankheit?

Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit?

Hat er ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?

Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus?

Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus?

Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung?

Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden?

Organisatorische Dimension

Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?

6.5.3 Bewertung

Wohlbefinden des Patienten

Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst, etc.)?

Autonomie des Patienten

Wurde der Patient umfassend informiert und hat er seine Situation verstanden?

Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit?

Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt?

Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung?

Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant?
Welche Handlung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Massnahmen und Intensivtherapie?
Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?

Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden

Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?
Kann dieser Konflikt gelöst werden durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung?
Gab es genügend gemeinsame Beratung unter Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden?
Sind ihre Verantwortlichkeiten deutlich genug abgegrenzt worden?
Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Konfidentialität)?
Ist der Patient der Wahrheit entsprechend über seine Situation in Kenntnis gesetzt worden (Aufrichtigkeit)?
Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles (Kollegialität)?
Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere Patienten zu verantworten (Gerechtigkeit)?
Müssen Interessen Dritter mitberücksichtigt werden?
Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung?

6.5.4 Beschlussfassung

Wie lautet nun das ethische Problem?
Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden?
Kann das Problem in Formulierungen miteinander im Konflikt stehender Werte übersetzt werden?
Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten des Patienten?
Welche weiteren Argumente spielen bei der Entscheidung eine Rolle?
Welche Handlungsweise verdient den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente (Behandlung, Änderung der Pflege, Konsultation, Überweisung, Zuwarten evt.)?
Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein?
Welche Fragen bleiben unbeantwortet?
In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

WIE KANN MAN DIE ENTSCHEIDUNG UND DIE AUSWERTUNG ZUSAMMENFASSEN'

6.5.5 Besondere Situationen

Patienten ohne eigene Willensfähigkeit

Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?
In welcher Hinsicht ist er/sie nicht willensfähig?
Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder dauerhaft angesehen?
Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit?
Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden?
Was weiss man über die Werte des Patienten?
Gibt es einen guten Vertreter der Interessen des Patienten?

Kinder

Wurde dem Kind ausreichen Gehör geschenkt?

Kann das Kind in Hinsicht auf die Behandlung selbst entscheiden?

Welche Behandlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Eltern?

Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird?

Lange andauernde Behandlung

In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden?

Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen des Vorgehens in der Pflege?

Literatur

Steinkamp Norbert/Gordijn Bert, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch, 2005

Bemerkungen

Im oben genannten Buch von Norbert Steinkamp sind nebst der Beschreibung der Anwendung des Nimwegener Modells weitere Kapitel zu konkreten Fallbesprechungen, Aufgaben von Ethikkomitees, klinisch-ethische Interaktionsmodelle sowie grundsätzliche wertvolle Ausführungen zu Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

7 Ausgewählte spezifische ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen

7.1 Ethische und rechtliche Fragen am Ende des Lebens (speziell auch in der Langzeitpflege und in der Geriatrie)

7.1.1 Würde- und Autonomieverständnis (siehe bereits Kapitel 5)

Beilagen

Rüegger Heinz, Wo bleibt das Würdeverständnis beim Leiden und Sterben

Literatur

Rüegger Heinz, In Würde sterben?, Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis, 2003

Mettner Matthias & Schmitt-Mannhart Regula (Hg.) (2003), Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zürich

SAMW:

Hinweis: Nahtstelle zu den Unterrichtskonzepten Wahrnehmungsstörungen, Schmerz, Sterbebegleitung, Palliative Care, Stressbewältigung, Burn out usw.

Bemerkung: Das Konzept der palliative Care ist in der HF-Ausbildung ein expliziter Schwerpunkt. Das Lehrbuch von Cornelia Knipping steht seit 2006 zur Verfügung.

7.1.2 Rechtslage zum Thema Sterbehilfe

Gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch:

Art. 111 Vorsätzliche Tötung

Art .114 Tötung auf Verlangen

Art. 115 Verleitung und Hilfe zum Selbstmord, zum Suizid

Verschiedene Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung (Quelle Bundesamt für Justiz)

- **Direkte aktive Sterbehilfe**

Gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Der Arzt oder ein Dritter verabreicht dem Patienten absichtlich eine Spritze, die direkt zum Tod führt.

Diese Form der Sterbehilfe ist heute nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) StGB strafbar.

- **Indirekte aktive Sterbehilfe**

Zur Linderung von Leiden werden Mittel (z.B. Morphin) eingesetzt, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Der möglicherweise früher eintretende Tod wird in Kauf genommen.

Diese Art der Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt. Auch die Richtlinien über die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW-Richtlinien) betrachten diese Form der Sterbehilfe als zulässig.

- **Passive Sterbehilfe**

Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. (Beispiel: Ein Sauerstoffgerät wird abgestellt.)

Diese Form der Sterbehilfe ist ebenfalls gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird aber als erlaubt angesehen; eine entsprechende Definition ist in den SAMW-Richtlinien enthalten.

- **Beihilfe zum Selbstmord (auch Suizidhilfe genannt)**

Nur wer "aus selbstsüchtigen Beweggründen" jemandem zum Selbstmord Hilfe leistet (z.B. durch Beschaffung einer tödlichen Substanz), ist nach Artikel 115 StGB mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis strafbar.

Bei der Suizidhilfe geht es darum, dem Patienten die tödliche Substanz zu vermitteln, die der Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt.

Organisationen wie EXIT leisten Suizidhilfe im Rahmen dieses Gesetzes. Sie ist nicht strafbar, solange ihnen keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können.

Nach den SAMW-Richtlinien ist die Beihilfe zum Suizid "kein Teil der ärztlichen Tätigkeit".

Entsprechend dem ethischen Standpunkt des SBK "Beihilfe zum Suizid" (2005) wird eine klare Aussage gemacht: Suizidbeihilfe ist nicht Teil des pflegerischen Auftrages.

- **Palliativ-medizinische Betreuungsmassnahmen**

Palliative Medizin und Betreuung umfassen medizinische Behandlungen, körperliche Pflege, aber auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung des Patienten sowie seiner Angehörigen.

Sie können die Lebensqualität Schwerkranker und Sterbender deutlich erhöhen und damit auch Sterbewünsche verhindern.

Hinweis

Genauere Erläuterungen, Beschreibung der ethischen Problemfelder, die heutige Unsicherheit in der Rechtsprechung und der Wunsch nach Reform der Paragraphen zum Thema Sterbehilfe sowie die Argumente der Gegner sind im Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Volksdepartement unter 7.1.4 aufgeführt.

Rechtsfrage: Patientenwille/mutmasslicher Patientenwille

Die Rechte sind in den jeweiligen kantonalen Patientenrechten festgeschrieben aufgrund des Bundesgesetzes über das Gesundheitswesens § 33a - 33h.

Bemerkungen

Die neueren kantonalen Patientenrechte respektieren den Wunsch und die zunehmende Forderung des Patienten, mehr Rechte zu besitzen, mehr Respekt gegenüber seinem Willen und seiner freien Entscheidung. Diese Rechte verlangen aber auch vom Patienten, die Verantwortung für seine Entscheidung zu tragen und fordern für die Akteure im Gesundheitswesen, dem Patienten soviel verständliche Informationen zu geben, dass der Patient seine Entscheidung zu einem informierten Einverständnis oder einer informierten Ablehnung treffen kann.

Beispielsweise zeigt sich die zunehmende rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung in den kantonalen Patientenrechten und in der aktuellen Rechtsprechung. Die Inanspruchnahme der Dienste von Patientenorganisationen, um das Patientenrecht einzuklagen, hat zugenommen. In Stellungnahmen der SAMW wird auf diese Veränderungen in der Rechtsprechung hingewiesen.

In einzelnen Kantonen sind im jeweiligen Gesundheitsgesetz, Patientenverfügungen als rechtlich verbindlich geregelt. Im Kanton Thurgau wurden 2010 Patientenverfügungen als rechtlich verbindlich erklärt.

Rechtsfrage: Einschränkungen der Urteilsfähigkeit (Rechtsfragen)

Literatur

SAMW: Ethische Richtlinie Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung von 2005

Beilage

Instrumente zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit: "Werkzeugkiste Urteils- und Entscheidungsfähigkeit" (Ruth Baumann-Hölzle, Max Baumann, Christof Arn und Sonja Hug)

Bemerkung

Es wird die juristische, wie die ethische Perspektive dieser Problemstellung beschrieben, Generelles zur Terminologie, zu altem Recht, zu neuen Begriffen, zur prinzipiellen Urteilsfähigkeit und was dazu im Gesetz steht und was dazu nicht im Gesetz steht.

7.1.3 Patientenverfügungen

In der zunehmenden Rechtsverbindlichkeit zeigt sich der Paradigmawechsel in Medizin und Pflege. Das Autonomieprinzip, welches die Respektierung des geäusserten Patientenwillens verlangt, das ernsthafte Suchen nach dem mutmasslichen Patientenwillen, wenn der Patient nicht mehr befragt werden kann, oder Angehörige widersprüchliche Aussagen machen, führen zunehmend zum Wunsch auf Patientenverfügungen zurückgreifen zu können. Aber auch Patientenverfügungen lösen nicht alle ethischen Fragen, da Situationen auftreten können, die nicht vorhersehbare ethische Fragen aufwerfen.

Inhalte von Patientenverfügungen

- Wichtigste Bezugspersonen, Namen, Befugnis, Entbindung vom Berufsgeheimnis, ggf. Personen, die keinesfalls miteinbezogen werden sollen
- Umschriebene Situation, in welcher die festgehaltenen Massnahmen anzuwenden sind
- Schmerzlinderung/Sedierung, grosszügig mit Risiko der indirekten Sterbehilfe oder minimal
- Lebensverlängernde Massnahmen, nein, ja, welche, zeitliche Begrenzungen
- Organspende, ja, nein, alle Organe oder nur bestimmte
- Obduktion/Autopsie
- Einsicht, Weitergabe der Krankengeschichte
Religiöse Begleitung, Wünsche, Rituale
Art der Bestattung

Umgang mit Patientenverfügungen

Aufbewahrung
Datum der Abfassung
Unterschrift und 2-jährliche Wiederbestätigung

Respektierung von Patientenverfügungen

Dazu bedarf es noch viel Aufklärungsarbeit bei den Verantwortlichen und Beteiligten. Die zunehmende Anzahl an Ethik-Foren, welche von Kanton oder Spitalleitung initiiert wurden, lassen eine Qualitätssteigerung erwarten.

Die SAMW Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren und pflegebedürftigen Patienten gehen nicht nur von der grundsätzlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen aus, sondern machen es Ärzten und Pflegenden zur Pflicht, sie auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung und deren Aktualisierung aufmerksam zu machen.

Beilage

Bezugsquellen von Patientenverfügungen

Die Liste ist unvollständig und bezieht sich nur auf die Schweiz. Alle aufgeführten Bezugsquellen verfolgen ihre eigenen ethischen Werthaltungen und sind auch in der Konstruktion unterschiedlich. Dadurch stehen den interessierten Personen verschiedenste Varianten zur Verfügung, unter denen sie auswählen können, welche Form und/oder welcher Inhalt ihnen am ehesten entspricht oder es ergeben sich gute Anhaltspunkte, um daraus eine eigene Patientenverfügung abzufassen.

7.1.4 Bericht der Arbeitsgruppen an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement EJPD, im März 1999 Arbeitsgruppe Sterbehilfe und Mai 2006 Arbeitsgruppe Sterbehilfe und Palliativmedizin

Bemerkungen zum Bericht von 1999

Dieser klar strukturierte Bericht ermöglicht eine umfassende Information über diese komplexe Thematik. Die grundlegenden Argumente für und gegen aktive Sterbehilfe sind aufgezeigt. Sämtliche Begrifflichkeiten rund um die Sterbehilfe sind definiert. Das geltende Schweizerische Strafrecht ist beschrieben. Die rechtlichen Lücken sind aufgezeigt, auch im Zusammenhang mit den eigentlich nicht rechtlich bindenden Richtlinien der SAMW, welche Ende 2004 überarbeitet worden sind. Ein ausführlicher Ländervergleich, wie dort die Handlungen rechtlich und ethisch aussehen. Es werden völkerrechtliche und verfassungsrechtliche Aspekte beschrieben. Ein ausführlicher Teil umschreibt die Bedeutung der Palliativ Care, auch im Zusammenhang mit der Verminderung des Suizidwunsches von Menschen in der letzten Lebensphase. Ein ausführliches Kapitel beschreibt die Erwägungen der Arbeitsgruppe, ihre Vorschläge zum umstrittenen Regelungsbedarf, Vorschläge zur neuen gesetzlichen Regelung betreffend die passive und indirekte aktive Sterbehilfe der Schweiz. Der Bericht gibt zwar eine umfassende Information und zeigt die ethischen Dilemmata auf, er zeigt aber auch die Grenzen (das Nichtkönnen oder den Nichtwillen oder die derzeitige Unfähigkeit von Fachleuten, von Gesellschaft und Staat), dieses Problem rechtlich klarer zu formulieren. www.ejpd.admin.ch

Bemerkungen zum Bericht Februar 2006 und Antwort des Bundesrates Mai 2006

Im Februar 2006 hat das Bundesamt für Justiz dem Bundesrat einen Berichtsentwurf vorgelegt. Der Bundesrat hat 31. Mai 2006 zustimmend davon Kenntnis genommen und empfiehlt dem Parlament, das Gesetz nicht zu revidieren, da kein ausgewiesener Bedarf vorhanden sei und die gültigen Gesetze ausreichend seien. Sollte das Parlament diesem Vorschlag ebenfalls zustimmen wird in Kauf genommen, dass in der Schweiz ein gewisser Sterbetourismus bestehen bleibt, weil die Beihilfe zum Suizid nur dann unter Strafe steht, wenn niedrige Beweggründe nachzuweisen sind. Die ausführlichen Berichte sind unter www.ofj.admin.ch unter der Rubrik gesetzgebende Projekte, Thema Gesellschaft, Thema Sterbehilfe zu finden.

7.1.5 Erklärung SBK und FMH: Gemeinsame Erklärung vom 2001 "Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens"

Bemerkungen:

Im Jahr 2001 wurde diese Erklärung als ein wichtiger Fortschritt in der Zusammenarbeit beider Disziplinen gewertet, indem zu dieser elementaren ethischen Frage erstmals eine gemeinsame Erklärung ausgearbeitet wurde.

Der SBK hat in einer schriftlichen Stellungnahme (2005) ebenfalls klargestellt, dass Beihilfe zum Suizid nicht Teil des pflegerischen Auftrags ist.

Hinweis für Veranstaltungen zum Thema Sterbehilfe

Zwingend vorher Begriffe klären bzw. Definitionen vorlegen, damit für die Diskussion nicht von vornherein von verschiedenen Begrifflichkeiten geredet wird und somit Missverständnisse programmiert bzw. geschürt werden.

7.1.6 Erklärungen der SAMW "Betreuung von Patienten am Lebensende" (2004)

Bemerkung:

Ein Paradigmawechsel hat stattgefunden. Erstmals wird es den Gewissensentscheid des Arztes überlassen und ihm ein Handlungsspielraum eingeräumt, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Die Richtlinien sagen aber klar, dass Beihilfe zum Suizid kein ärztlicher Auftrag ist.

SAMW: www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf

7.1.7 Erklärungen der SAMW "Patientenverfügung" (2009)

SAMW: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>

7.1.8 SBK Ethische Standpunkte 1 "Beihilfe zum Suizid" (2005)

Bemerkung:

Nachdem die SAMW in ihren Ethischen Richtlinien "Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom November 2004 den Ärzten freistellt, eine Suizidbegleitung durchzuführen, hat auch der SBK eine neue Stellungnahme herausgegeben, da sich die gemeinsame Erklärung von FMH und SBK unter 7.1.6 sich überholt hat. Die zentrale Aussage des SBK ist, dass die Suizidbeihilfe nicht Teil des pflegerischen Auftrages ist.

7.1.9 Stellungnahme des Bundesrates Mai 2006 (Auszug)

Bern. Der Bundesrat hat am Mittwoch den Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ zur Kenntnis genommen, der die von einer Motion der Rechtskommission des Ständerates aufgeworfenen Fragen abklärt. Der Bericht kommt zum Schluss, dass mögliche Missbräuche in der Suizidhilfe durch die konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts insbesondere von Seiten der Strafverfolgungsbehörden verhindert werden müssen. Im Bereich der Sterbehilfe sind prinzipiell keine weiteren gesetzlichen Regelungen notwendig. Gestützt auf den Bericht des Eidg. Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) empfiehlt er dem Parlament, auf eine Revision der einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches sowie auf den Erlass eines Gesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen zu verzichten.

http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2006/ref_2006-05-311.html

Stand Juni 2008

Frau Bundesrätin Eveline Widmer-Schlumpf, Vorsteherin des eidg. Departements für Justiz hat Anfang 2008, kurz nach ihrem Amtsantritt angekündigt, dass sie das Dossier zu diesem Thema wieder aufnehmen wird.

Stand Juli 2010

Frau Bundesrätin Eveline Widmer-Schlumpf, hat 2009 zwei Vorschläge für eine Gesetzesänderung vorgelegt und in einschlägigen Kreisen und in den Kantonen in die Vernehmlassung gegeben. Im Sommer 2010 ergab diese, dass beide Vorschläge zu verwerfen sind, weil nicht umsetzbar, weil diese Vorlagen eine viel strengere Handhabung vorsieht als es die jetzt noch gültige Gesetzgebung vorsieht. Die Vorschläge sowie die unterschiedlichen Stellungnahmen sind auf der Homepage des Eidg. Justiz- und Polizeidepartementes EJPD nachzulesen.

7.2 Ethische und rechtliche Fragen in der Psychiatrie

Die nachfolgend genannten Begriffe sind Schlüsselbegriffe speziell in der Pflege in der Psychiatrie. In den unten genannten Literaturangaben sind Grundsätze zu finden. Sämtliche ethische und rechtliche Grundlagen, welche für die Langzeitpflege und in der Geriatrie Gültigkeit haben, gelten genauso auch in der Pflege in der Psychiatrie.

- Verantwortungsfähigkeit, Rechtsfähigkeit
- Geschäftsfähigkeit, Vollmacht
- Grenzen von Autonomie und Urteilsfähigkeit
- Autonomieanspruch
- Suizidprävention
- Umgang mit Gewalt
- Patientenrechte
- Zwangsmassnahmen (inkl. fürsorgerischer Freiheitsentzug)

Literatur

Lehrbuch Psychiatrische Krankenpflege, Ian Needham, Chris Abderhalden, Dorothea Sauter, Stephan Wolff, Hans Huber Verlag, 2004

Pro mente sana aktuell, FFE, Hilfe wider Willen, 4/02

Schneider P., Recht im Pflegealltag, Sauerländer, 1984

Abderhalden Chris, Needham Ian, Umgang mit Gewalt, Antiaggressionstraining

Kanton Thurgau, Gesundheitsgesetz, Ethikkommissionen in der Psychiatrie

Kanton Thurgau, Patientenrechte, Massnahmen der Freiheitsbegrenzung, Zwangsbehandlung und fürsorgerischer Freiheitsentzug, 1996

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien bei Zwangsmassnahmen in der Medizin (2005)
(www.samw.ch/content/Richtlinien/d_ZMMnachZEK25_5_05.pdf)

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien betreffend Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (2005)

Bundesamt für Justiz: Botschaft und Gesetzesentwurf für das neue Erwachsenenschutzgesetz
http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2006/ref_2006-06-280.html

Beilage

Instrumente zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit: Werkzeugkiste "Urteils- und Entscheidungsfähigkeit" (Ruth Baumann-Hölzle, Max Baumann, Christof Arn und Sonja Hug)

7.3 Ethische und rechtliche Fragen bei Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Geriatrie und Langzeitpflege

Literatur

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien bei Zwangsmassnahmen in der Medizin (2005)
(www.samw.ch/content/Richtlinien/d_ZMMnachZEK25_5_05.pdf)

SGG, Freiheit und Sicherheit, Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen, Ersterscheinung Januar 1994, aktualisiert im August 2003
(www.sgg-ssg.ch/deutsch/publikationen/index.html), E-Mail: info@sgg-ssg.ch

(www.ethikdiskurs.ch/pflegeethik/projekte/demenzethik)

Herausgabe eines Lehrbuches ist geplant, Mitautorin A. Kesselring

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien betreffend Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (2005)

Baumann-Hölzle Ruth, Baumann Max, Arn Christof und Hug Sonja, Instrumente zur Einschätzung der Urteilsurteilsfähigkeit, "Werkzeugkiste Urteils- und Entscheidungsfähigkeit"

Bundesamt für Justiz: Botschaft und Gesetzesentwurf für das neue Erwachsenenschutzgesetz
http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2006/ref_2006-06-280.html

Hinweis

Fallbearbeitungen mit ethischen Entscheidungsfindungsmodellen lehrt, strukturiert die notwendigen Fakten etc. zusammenzutragen, um Lösungsansätze zu finden, die ethisch und rechtlich abgestützt sind. Nahtstellen zu den Unterrichtskonzepten Wahrnehmungsstörungen, Aggression, Macht, Geriatrie, Sterbebegleitung, Stressbewältigung, Burn out usw.

7.4 Ethische und rechtliche Fragen in der Intensivpflege und Intensivmedizin

Literatur

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin (1999)

SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien betreffend Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation (2005)

SAMW: (www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Intensivmedizin.pdf)

Ethische Entscheidungsfindungsprozesse

Am Beispiel Intensivstationen am Unispital Zürich:

Konzepte interdisziplinärer ethischer Entscheidungsfindungsverfahren wurden nach aufwändigen Vorbereitungsarbeiten verabschiedet. Das Fachpersonal wurde interdisziplinär geschult und ethische Entscheidungsfindungsprozesse in Pilotprojekten erprobt (Neonatalogie und Intensivstation).

Hinweis

Unterlagen zu den Konzepten können am Unispital Zürich angefordert werden.

Bemerkung

Zukunftweisende Entwicklung, in welcher die Pflegenden gefordert sind, ethische Verantwortung in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu übernehmen.

Bemerkungen zu Patientenrechten:

Die aktuelle und gültige Rechtslage ist in den jeweiligen kantonalen Patientenrechten festgelegt. Eine ganze Anzahl an Richtlinien der SAMW geben Auskunft zu spezifischen ethischen Problemstellungen, wie zum Beispiel Zeugen Jehovas, die den Einsatz lebenserhaltender Massnahmen verhindern. Siehe auch unter 7.1.7

Kostenproblematik

Bemerkungen

Aussagen zu Anspruch oder Begrenzung einer kostenintensiven Behandlung sind teilweise in den kantonalen Gesundheitsgesetzen bzw. Patientenrechten zu finden. Wie es weiter geht, wenn sich die Frage nach Gerechtigkeit bei der Verteilung knapper Ressourcen stellt, ist noch unklar. Derzeit müssen die Akteure im Gesundheitswesen ohne klaren Auftrag und Kriterien vor Ort Entscheidungen treffen.

Die Diskussion ist im Gange und wird sehr kontrovers geführt. Gewisse Fälle, die an die Öffentlichkeit gelangen machen Schlagzeilen und zwingen Gesellschaft und Politik vermehrt Stellung zu beziehen.

7.5 Ethische und rechtliche Fragen der Forschung am Menschen

Beilage

Auszug aus dem Basistext des NDK Kurses vom Institut Dialog Ethik Baustein 5

- internationale Dokumente und Richtlinien zur Forschung am Menschen
- ethische Dilemmas beim Formulieren von Forschungszielen
- Probleme beim Forschungserfolg
- Probleme im Zusammenhang mit den Einwilligungen
- Fragen der Legitimität gestellt werden
- Probleme bei der Verteilung der Forschungsressourcen benannt werden

Literatur

Deklarationen von Helsinki (Erstvorlage 1964 und dann 1996)

SAMW Medizinisch-ethische Richtlinien zu Forschungsuntersuchungen am Menschen (1997)

SBK Mappe: Pflegende und Forschung, Ethische Grundsätze, 1998

Hinweis

Forschung am Menschen im deutschen Nationalsozialismus:

Literatur, welche die systematische und umfassende Aufarbeitung betreffend Beteiligung und Mitschuld deutscher Krankenschwestern an medizinischen Versuchen an Menschen in der Zeit von 1933 bis 1945 beschreibt, sind von Frau Prof. Dr. Hilde Steppe erforscht und publiziert worden.

Kantonale Ethikkommissionen überprüfen Forschungsanträge in Bezug auf Einhaltung ethischen Richtlinien

7.6 Ethik und Gesundheitsökonomie (Rationierung)

Hinweis

Am 30. September 2005 fand ein Kongress der Uni Basel Pflegewissenschaft statt zum Thema Rationierung im Gesundheitswesen, in welchem die RICH Studie vorgestellt wird (Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses).

Literatur

Manifest für faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen (Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung 45/1999)

Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen Teil 1 und Teil 2. Zusammenfassung der Befunde und Empfehlungen. Fakten und Analysen. Entscheidungsmechanismen und Handlungsoptionen am Beispiel der Kantone Basel und Zürich. Studie in Zusammenarbeit Dialog Ethik und Schweizerisches Tropeninstitut, 2001

7.7. Ethische und rechtliche Fragen am Anfang des Lebens

(Von Frau Christine Gleicher, Diplomtheologin, Hebamme und Berufsschullehrerin für Pflege HFGZ Luzern)

7.7.1 Schwangerschaftsabbruch

Mit der eidgenössischen Abstimmung vom 02. Juni 2002 und dem Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung im Schweizerischen Strafgesetzbuch bezüglich Schwangerschaftsabbruch (§§ 118 und 119 StGB) auf den 01. Oktober 2002 gilt in der Schweiz die Fristenregelung (Frist 12 Wochen p.m.). Entgegen anderslautender Befürchtungen hat seit diesem Zeitpunkt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche weiter abgenommen, so dass die Schweiz im internationalen Vergleich mit 6,8 Abbrüchen pro 1000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren (im Jahr 2006) die weltweit niedrigste Rate an Schwangerschaftsabbrüchen aufweist.

Abgesehen von diesen nüchternen Zahlen stellt jede Schwangerschaftskonfliktsituation für die betroffene Frau/das betroffene Paar und ihr persönliches Umfeld wie auch für die Beratungspersonen eine Herausforderung in ethisch-moralischer Hinsicht dar.

- Zu aktuellen Zahlen bezüglich der Situation in der Schweiz (u.a. auch zum interkantonalen Vergleich oder bezüglich bestimmter Altersgruppen) vgl. www.bfs.admin.ch (11.06.08 > für das Jahr 2006)
- Zur internationalen Situation vgl. u.a. www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/ (11.06.08) oder www.who.int/entity/rhl/fertility/abortion/en/ (11.06.08)

Literatur

- Minelli, Michèle (2000): Tabuthema Abtreibung. Informationen, Fakten, Adressen, Bern (Verlag Paul Haupt).
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2002): Zur Fristenregelung. Stellungnahme Nr. 2/2002. (Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08)
- Wiesing, Urban (Hrsg.) (2004): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart (Verlag Reclam) > mehrere Artikel unter Kapitel 6 zum Thema Schwangerschaftsabbruch.

Websites mit unterschiedlicher Einstellung zu einer liberalen Regelung des SS-Abbruchs:

- www.aktion-leben.de (11.06.08)
- www.fiapac.org (11.06.08)
- www.svss-uspda.ch (11.06.08)

7.7.2 Pränataldiagnostik (PND / PD)

Seit den 1970er Jahren haben die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik enorme technische Fortschritte gemacht und mittlerweile (nicht-invasive wie auch invasive Techniken und Methoden) eine breite gesellschaftliche Akzeptanz erreicht, die oft nicht mehr hinterfragt wird. Da in den meisten Fällen bei allfälligen positiven Befunde keine Therapie zur Verfügung steht (bzw. die „Therapie“ im Schwangerschaftsabbruch besteht), setzt sich PD / PND einer grundsätzlichen Kritik aus.

Dabei sind die Themen und Problemfelder auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Bereichen verortet, was die Komplexität enorm erhöht:

- Veränderung der Integrität und des Erlebens der Frau während der Schwangerschaft, technische Aufspaltung der symbiotischen Einheit Frau/Mutter – ungeborenes Kind
- Grenzen menschlicher Entscheidungsfähigkeit und Autonomie, starke (emotionale/psychische und soziale) Belastung/Überforderung der schwangeren Frauen und Paare in dieser Entscheidungssituation
- Qualität der Begleitung und Beratung der schwangeren Frau/des schwangeren Paares
- Lebensqualität des Kindes und Leidenszumutbarkeit für das betroffene Kind bzw. seine Eltern
- Recht auf Nicht-Wissen
- Verändertes Selbstverständnis von ärztlichen GeburtshelferInnen und Hebammen bzw. Pflegenden, wachsender gesellschaftlicher Druck auf die Fachpersonen im Bereich Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe (analog der Debatte im Bereich der Suizidbeihilfe)
- (Grenzen der) Machbarkeit in der Medizin, in der medizinisch-geburtshilflichen Diagnostik
- Eugenische Tendenzen in der Gesellschaft, Veränderungen der Normvorstellungen von „gesund“ und „glücklich“, von Lebensqualität und Wohlbefinden, Behinderung und Leiden > Selektionsdruck
- Veränderung der gesellschaftlichen Solidarität mit Menschen mit einer Behinderung/ Beeinträchtigung (bis hin zu versicherungsrechtlichen und finanziellen Fragen)

Literatur:

- Ensel, Angelica (2002): Hebammen im Konfliktfeld der pränatalen Diagnostik. Zwischen Abgrenzung und Mitleiden, HGH Schriftenreihe 10, Karlsruhe.
- Feldhaus-Plumin, Erika (2005): Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik. Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit, Göttingen (V & R unipress).
- Hürlimann, Denise C., und Baumann-Hölzle, Ruth (2004): Beratung in der pränatalen Diagnostik: Eine Nationalfondsstudie über Entscheidungsunterstützungssysteme, in: Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) 8/2004, 407-411.
- Hürlimann, Denise C., und Baumann-Hölzle, Ruth (2006): Der Beratungsprozess in der pränatalen Diagnostik. Bericht über eine Intervention in der Beratung, in: Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) 22:2006, 978-980.
- Kind, Christian et.al. (1993): Behindertes Leben oder verhindertes Leben? Pränatale Diagnostik als Herausforderung, Bern u.a. (Verlag Hans Huber).
- Nationaler Ethikrat (2003): Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. (Download: www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf (10.06.08))
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2006): Leitfaden für vorgeburtliche Untersuchungen. Gesprächs- und Informationskonzept für den Arzt und die Ärztin

tin zur Begleitung der schwangeren Frau und ihres Partners.

(Bestellung: www.sggg.ch (11.06.08))

- Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik (2008): !schwanger?. Broschüre für werdende Eltern
(Bestellung über: www.praenatal-diagnostik.ch oder beratung@smile.ch) –guter Überblick über pränataldiagnostische Methoden.

7.7.3 Präimplantationsdiagnostik (PID), Stammzellen und Saviour Babies

Spätestens seit dem „Fall Elodie“, dem Mädchen, das am 10. Januar 2005 zur Welt kam, um (in vitro gezeugt und mittels PID als kompatible Knochenmarkspenderin ausgewählt) seinen fünf Jahre älteren Bruder Noah zu retten, hat die Debatte um sogenannte „Design-Babies“ oder korrekt formuliert „Retter-Babies (Saviour Babies)“ oder „Bébés médicaments“ eine grosse und kontroverse Resonanz verursacht.

Neben der inhaltlichen Diskussion zeigt sich an diesem Thema auch hervorragend die Veränderung und Bewegung in einem ethischen Diskurs, Entwicklungen innerhalb der Argumentation einer Ethikkommission (hier am Beispiel der NEK). Ebenso eignet sich dieses Thema, um in einem internationalen Vergleich verschiedene Standards und Argumentationen von nationalen Ethikgremien darzustellen – in ihrem jeweiligen historischen Kontext.

Literatur

- Ackermann, Sibylle (2005): Ethische Diskussion der Präimplantationsdiagnostik. Eine Darstellung ihrer Entwicklung, der ethischen Haupt- und Nebenargumente und der anstehenden Fragen. Gutachten im Auftrag der NEK.
(Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08))
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2002): Zur Forschung mit embryonalen Stammzellen. Stellungnahme Nr. 3/2002.
(Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08))
- Skorupinski, Barbara (2002): Die nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin und ihre Rolle im öffentlichen Meinungs- und Willensbildungsprozess zur Forschung an Embryonen und embryonalen Stammzellen. Studie im Auftrag der NEK.
(Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08))
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2005): Präimplantationsdiagnostik. Stellungnahme Nr. 10/2005
(Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08))
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2007): Präimplantationsdiagnostik II: Spezielle Fragen zur gesetzlichen Regelung und zur HLA-Typisierung. Stellungnahme Nr. 14/2007.
(Download: www.nek-cne.ch oder www.bag.admin.ch (10.06.08))
- Nationaler Ethikrat (2007): Zur Frage einer Änderung des Stammzellgesetzes. Stellungnahme
(Download: www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stn_Stammzellgesetz.pdf (10.06.08))
- Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (Hrsg.) (2008): Präimplantationsdiagnostik: Zeit für ein Umdenken?, in: SAMW-Bulletin 1/08, 1-3.
(Download: www.samw.ch/docs/SAMWbulletins/SAMW_Bulletin_1_08_D.pdf (10.06.08))

7.7.4 Frühgeburtlichkeit

Die Überlebensraten von immer kleineren Frühgeborenen steigen – um welchen Preis? Wie die Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie in ihren „Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (2002) darstellt, sind die zu treffenden Entscheidungen „komplex und von weitreichender Bedeutung“ (ebd.:1589), erfordern eine hohe Kompetenz in interdisziplinärer Kommunikation, aber auch im Dialog mit den betroffenen Eltern.

Die „eingeschränkte Präzision der Bestimmung des Gestationsalters als auch die biologische Variabilität“ (ebd.:1589), ebenso die oft unklaren Prognosen im Hinblick auf Mortalität und Morbidität erhöhen die Komplexität im je einzelnen Fall und erfordern nach einer intensivmedizinischen neonatologischen Erstversorgung im Gebärsaal oft eine spätere wiederholte und kontinuierliche Beurteilung des kindlichen Zustandes – auch im Kontext einer explizit ethischen Argumentation.

Literatur

- Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (2002): Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (Gestationsalter 22-26 SSW), in: Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) 29/30:2002, 1589-1595.
- Medizinisch-ethischer Arbeitskreis Neonatologie des Universitätsspitals Zürich (Hrsg.) (2003): An der Schwelle zum eigenen Leben. Lebensentscheide am Lebensanfang bei zu früh geborenen, kranken und behinderten Kindern in der Neonatologie, in: Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen, Band 3, Bern u.a. (Verlag Peter Lang).

Literaturhinweise (teils mit Bemerkungen der Verfasserin dieses Themenordners)

Allgemeine Ethik

Arbeitsgruppe "Pflege und Ethik" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., „Für alle Fälle“, Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Brigitte Kunz Verlag 2005

Bemerkungen:

Gibt umfangreiche methodische und didaktische Tipps, wie die Fallbearbeitung moderiert werden kann, geschrieben von Pflegepersonen die damit viel praktische Erfahrung haben. Vor allem im Teil 2 des Buches erläutern verschiedene Autorinnen ethische Konzepte auf eine lesbare interessante Art. Es werden Themen beschrieben wie z.B. Bedeutung des Perspektivenwechsels in Falldarstellungen, Falldiskussion als Reflexion eigener Praxis sokratischer Weg bei der Arbeit mit Falldiskussionen, Supervision und Falldiskussionen, Rolle der Moderatorin. Die Arbeitsgruppe entwickelte ein Matrix, anhand derer Fallgeschichten für den Unterricht aufbereitet wurden.

Sehr empfehlenswert für Lehrpersonen

Arndt Marianne, Ethik denken - Massstäbe zum Handeln in der Pflege, Georg Thieme Verlag, 1996, ISBN 3-13-106661-X

Bemerkungen:

Zählt zu den Standardwerken in der Pflege Ethik,
Gehört in die Bibliothek

Fry Sara, Ethik in der Pflegepraxis: Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung, DBFK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 1995, ISBN 3-927944-08-4

Bemerkungen:

Man merkt, dass die Autorin eine welterfahrene Pflegende ist. Sehr detailliert beschreibt sie verschiedene Arten von Werten und deren Bedeutung für den Einzelnen, die Bedeutung des Kontextes, die Bedeutung des Konfliktes für die Beteiligten etc. Das Buch regt zur Reflexion der eigenen moralischen Orientierung an.

Gehört in die Bibliothek

Höffe Otfried, Lexikon der Ethik, Beck, 2002, 6. neu bearb. Aufl.

Bemerkungen:

Gehört in die Bibliothek

ICN Ethik-Kodex für Pflegende, 2002 (bei SBK erhältlich)

Bemerkungen:

Dieser Kodex gilt weltweit für alle Pflegende, in welchem Land oder in welcher Kultur sie auch ihren Beruf ausüben. Die Umsetzung, bzw. Einhaltung dieser Richtlinien in anderen Kulturen gelingt, kann dem Unterricht noch eine bereichernde Perspektive geben.

Pieper Annemarie, Einführung in die Ethik, 5. Aufl., Francke UTB, 2003, ISBN 3-8252-1637-3 (UTB)

Bemerkungen:

Kompakte Einführung. Eignet sich für eine Vertiefung im Bereich der allgemeinen Ethik.

Gehört in die Bibliothek

Rehbock Theda, Autonomie-Fürsorge-Paternalismus. Zur Kritik (medizinisch) ethischer Grundbegriffe. Zeitschrift für Ethik in der Medizin 14.3.2002 131-150

Rüegger Heinz, Zur Rolle der Ethik in der medizinischen Debatte, in: Rote Revue Nr. 3/2002

Bemerkung:

Kurzer, prägnanter Aufsatz auf wenigen Seiten, der aufzeigt, welche ethischen Aufgaben heute anstehen.

SBK, Ethik in der Pflegepraxis, 2004

Bemerkungen:

Die neu überarbeitete Broschüre zeigt sich als ein Multipack. Einleitend mit Fallbeispielen aus dem Pflegealltag werden die 4 Prinzipien von Beauchamp und Childress erläutert und erhalten den ihnen zustehenden Stellenwert. Der ICN Ethik-Kodex für Pflegende ist abgedruckt, ebenso die allgemeine

Erklärung der Menschenrechte. Das Glossar ist zwar reichhaltig aber in seinen Beschreibungen zu knapp.

Tschudin Verena, Ethik in der Krankenpflege, Basel RECOM, 1988, ISBN 3-315-00048-4

Bemerkungen:

Zählt zu den Standardwerken in der Pflege Ethik.

Gehört in die Bibliothek

WBZ und SIBP, Ethik heute, Weiterbildungsmaterialien für Lehrpersonen der Sekundarstufe II, 2004

Bemerkungen:

Dieses Lehrerhandbuch erläutert anhand der 4 Prinzipien der Bioethiker Beauchamp und Childress die gesellschaftlich relevanten Ethik Themen (z.B. Organtransplantation, Schwangerschaftsabbruch etc.).Für Lehrpersonen der HF Pflege kann eine Orientierung interessant sein, da dieses Buch Auskunft geben kann, welche Inhalte bei der FAGE Ausbildung vermittelt wurde (insgesamt bereits mit hohem Anspruch).

Gehört in die Lehrerbibliothek

SBK: Ethische Überlegungen (Dokumentationsmappe des Schweizerischen Berufsverbandes für Krankenpflege, Ethik und Pflege, Seite 1, 1999)

SRK-Journal: Stufenpläne zur ethischen Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen, Das Modell Tschudin, Dezember 4/1998, Seite 10-11

SRK-Journal: Stufenpläne zur ethischen Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen, Das Modell von Van den Hoven und Tenwolde (1988), Dezember 4/1998, Seite 11

Steinkamp Norbert/Gordijn Bert, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch, 2005

Neuhaus Ursula, Ethisch-moralische Kompetenzprofile im Beruf der Pflege. Was kann von einer Pflegeanfängerin (dipl. Pflegefachperson kurz nach der Diplomierung) in ethisch-moralischen Situationen erwartet werden, Lizentiatsarbeit 2005

Meier-Allmendinger Diana, Baumann-Hölzle Ruth (Hrsg.) Der selbstbestimmte Patient, Basel Schwabe, 2009

Arn Christof, Weidmann-Hügler Tatjana (Hrsg.), Ethikwissen für Fachpersonen, Basel Schwabe, 2009

Baumann-Hölzle Ruth, Arn Christof (Hrsg.), Ethiktransfer in Organisationen, Basel Schwabe, 2009

Christen Markus, Baumann Max (Hrsg.), Verantwortung im politischen Diskurs, Basel Schwabe, 2009

Weidmann-Hügler Tatjana, Christen Markus (Hrsg.), Ethikdialog in der Wissenschaft, Basel Schwabe, 2009

Recht und Ethik

Baumann Max, Recht Ethik Medizin, Eine Einführung ins juristische Denken - nicht nur für Ethiker und Mediziner, Band 5 Interdisziplinärer Dialog - Ethik im Gesundheitswesen, Peter Lang AG, 2005

Bemerkung:

Ein sehr lesefreundliches Buch über das Recht, interessant und verständlich.

Schneider Peter, Recht im Pflegealltag, Sauerländer 1984 (im Auftrag von SBK, VPOD, ISB Zürich)

Bemerkung:

Das einzige Rechtsbuch, das sich mit rechtlichen Fragen für Pflegenden beschäftigt.

Wagner Pierre-André, Pflege und Recht: Ein Reiseführer für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Schweiz. Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2009

Bundesamt für Justiz, Verschiedene Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung, www.ofj.admin.ch/bj/de/home/themen/gesellschaft/gestezgebung/sterbehilfe

Bundesamt für Justiz: Botschaft und Gesetzesentwurf für das neue Erwachsenenschutzgesetz

http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2006/ref_2006-06-280.html

Ethik und Alter

Baumann-Hölzle Ruth, Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde, Theologische und sozialetische Erwägungen zum Altwerden und Sterben, in Mettner

Mathias (Hg.): Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung, Zürich, 71-82

Bemerkung:
Sehr empfehlenswert.

Ethische Richtlinien für die Altersheime der Stadt Zürich, (2003), hrsg. von der Direktion der Altersheime der Stadt Zürich

Mindestanforderungen zur Bewilligung von Heimen für Menschen im AHV Alter im Kanton Thurgau, Verordnung des Regierungsrates 1999

Schwert Ruth, Eine Ethik für die Altenpflege, Bern, Hans Huber Verlag, 1999

SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, (2004), hrsg. von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_AeMiA_2004.pdf

SAMW, Medizinische Richtlinien Patientenverfügung (2009)
<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>

Ethik und Sterben

Faisst K., Fischer S., Bosshard G., Zellweger U., Bar W., Gutzwiller F. (2003), Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 32/33, 1676-1678

Knellwolf Ulrich, Rüeegger Heinz, In Leiden und Sterben begleiten, 2004

Bemerkungen:

Ein ausgezeichnetes kleines Buch mit 23 Kurzgeschichten, 1-2 Seiten pro Geschichte, höchst eindrücklich real, komplex, provoziert Fragen und persönliche Stellungnahmen. Es hört nicht bei den Geschichten auf, die Autoren verknüpfen die Fragestellungen mit den 4 ethischen Prinzipien, stellen Leitfragen und nehmen Bezug zu den ethischen Erläuterungen, die in eigenen Kapiteln beschrieben sind.

Für den Unterricht sehr geeignet.

Gehört in Bibliothek

Knipping Cornelia, Palliative Care, 2006, Hans Huber Verlag

Bemerkung:

Die Pionierin und Koryphäe der Pflegenden zum Thema Palliativ Care in der Schweiz hat ein Buch herausgegeben. Mit Spannung und Vorfreude wurde darauf gewartet. Wissen, Können, Einstellung und vor allem auch die ethische Grundhaltung der Autorin und ihr zentrales Anliegen stets auf der Suche nach dem moralisch richtigen Sollen und Handeln zu sein, zeichnet diese erfahrene Masterin in Palliativ Care und in der persönlichen Begegnung beeindruckende Frau aus. Für den Pflegeunterricht und den spezifischen Ethikunterricht ist dieses Buch eine wertvolle und wichtige Ergänzung sein.

Mettner Matthias & Schmitt-Mannhart Regula (Hrsg.) (2003), Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zürich

Bemerkungen:

Ausgezeichnete Aufsätze von Annemarie Kesselring, Friedrich Stiefel, Ruth Baumann-Hölzle, Settimio Monteverde und nebst vielen anderen wertvollen Beiträgen ein Pastoralschreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung.

Gehört in Bibliothek

Rehbock Theda; Achtung der Autonomie gegenüber „nicht-einwilligungsfähigen“ Patienten? - Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen, Pflege 2005 18:381-388

Bemerkungen:

Sehr informativer, wichtiger und wertvoller Aufsatz, welcher die Problematik der Patientenverfügung genauer aufzeigt.

Rüeegger Heinz, In Würde sterben? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis, 2003

Bemerkungen:

Das Verständnis was Würde ist, ob man sie als Mensch einfach hat, oder ob sie einem von anderen gegeben wird oder auch wieder weggenommen werden kann, diesen Unterscheidungen geht der Autor mit Engagement nach.

Sehr empfehlenswert

SAMW Medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende (2004)
www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf

SAMW Medizinisch-ethische Richtlinien zur Palliativ Care von 2006

Bemerkungen

Ein „Muss“ im Ethikunterricht, sich auf diesen Richtlinien abzustützen und die Studierenden mit den SAMW Richtlinien vertraut zu machen.

Christoph Rehmann-Sutter, Alberto Bondolfi, Johannes Fischer, Margrit Leuthold (Hrsg);
Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Band 6, Interdisziplinärer Dialog- Ethik im Gesundheitswesen, Peter Lang Verlag

Ethik und Psychiatrie

Kanton Thurgau, Gesundheitsgesetz, Ethikkommissionen in der Psychiatrie

Kanton Thurgau, Patientenrechte, Massnahmen der Freiheitsbegrenzung, Zwangsbehandlung und fürsorglicher Freiheitsentzug, (1996)

Needham Ian, Abderhalden Chris, Sauter Dorothea, Wolff Stephan, Lehrbuch Psychiatrische Krankenpflege, Hans Huber Verlag, 2004

Bemerkungen:

Das aktuellste, evidenzbasierte und beste Pflegelehrbuch das die Schweiz nach Juchli wieder zu Verfügung hat, auch für Pflegende die nicht direkt in der Psychiatrie arbeiten. Ideale pflegespezifische Ergänzung, gerade zu Themen, welche ethisch reflektierte Handlungen erfordern.

Pro mente sana aktuell, FFE, Hilfe wider Willen, 4/02

Schneider P., Recht im Pflegealltag, Sauerländer, 1984

SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für Zwangsmassnahmen in der Medizin (2005)
www.samw.ch/content/Richtlinien/d_ZMMnachZEK25_5_05.pdf

Bemerkungen.

Ein „Muss“ für Pflegende in der Psychiatrie.

Ethik und Forschung

Deklarationen von Helsinki (Erstvorlage 1964 und dann 1996)

SAMW, Richtlinien zur Forschung am Menschen

SBK Mappe: Pflegende und Forschung, Ethische Grundsätze, 1998

Übersicht Beilagen

Allgemein

- NDK Bausatz 2 (Kap. 3), Geschichtlicher Überblick über die Medizinisch-ethische Urteilsbildung (2003)
- Übersicht der Themen zu den gültigen Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW (Stand: Juni 2008)

Ethik und Recht

- Patientenrechte/Verordnung über die Rechtstellung der Patientinnen und Patienten im Kanton Thurgau
- Werkzeugkiste "Urteils- und Entscheidungsfähigkeit" (Ruth Baumann-Hölzle, Max Baumann, Christof Arn und Sonja Hug) mit Hinweisen was im Gesetz steht und was das Gesetz eben leider auch nicht regelt
- Der Begriff des Rechts (Verschiedenste Definitionen, zusammengestellt von M. Baumann, Ethik-Dialog 2004)

Ethik und Sterben

- Wo bleibt das Würdeverständnis beim Leiden und Sterben (Artikel Heinz Rüegger)
- Wie ich sterben will (Auszug aus Buch von Matthias Mettler, Regula Schmitt-Mannhart)
- Sterbehilfe (Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz-Polizeidepartement 1999)
- Nurses Experiences with Hospice Patients who Refuse Food and Fluids to Hasten Death, The New England Journal of Medicine, 2003
- Zukunft Medizin Schweiz (Werner Stauffacher, Johannes Bircher, EMH, FMH)
- Bezugsquellen für Patientenverfügungen

Ethik und Psychiatrie

- Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch (G. Ebner, Psychiatriezentrum Schaffhausen)

Ethik und Forschung

- Ethische Grundsätze für die Forschung am Menschen (Erstdeklaration des Weltärztebundes von Helsinki)
- Bundesrat, Verordnung über klinische Versuche mit Heilmitteln von 17. Okt. 2001, 812.212.2
- Freiheit der Forscher und Bewahrung der Menschenrechte in der klinischen Forschung (Dr. A. Bondolfi, Institut für Sozialethik Universität Zürich)

Ethik und Gesundheitsökonomie

- Manifest für eine faire Mittelverteilung (FMH)

Bezugsquellen für Patientenverfügungen

Sämtliche Varianten berücksichtigen das geltende Recht in der Schweiz.

Ärzeschaft und Evang.-Ref. Landeskirche des Kantons Glarus

Sekretariat der Evangelisch-Reformierten Landeskirche

Wiesli 7, 8750 Glarus

Tel. 055 640 26 09, Fax 055 640 67 02

E-Mail: landeskirche.glarus@bluewin.ch

→ Wie ich sterben möchte, Glarner Patientenverfügung (Mappe mit 5 Doppelseiten, je eine Doppelseite Formular <Patientenverfügung> und <Sterbebegleitung>)

Beobachter

Karin von Flüe, Im Reinen mit den letzten Dingen

Ratgeber für den Todesfall, Beobachter-Buchverlag, Zürich 2002, S. 118-123:

→ Patientenverfügung

Caritas Schweiz

Löwenstrasse 3, Postfach, 6002 Luzern

Tel. 041 419 22 22, Fax 041 419 24 24

E-Mail: info@caritas.ch

→ Persönliche Verfügung: Menschlich sterben können (1 doppelseitige Karte A5 und 4 Seiten Kommentar)

Christen im Dienst an Kranken (CDK)

Zelglistrasse 1, 8344 Bäretswil

Tel. 01 979 13 66

→ Patientenverfügung (2 Seiten A4 + Kärtchen mit Umschlag in Kreditkartenformat)

Dachverband Schweizerische Patientenstellen (DVSP)

Posthaus, Schaffhauserplatz, Postfach, 8042 Zürich

Tel. 01 361 92 56

→ Patientenverfügung (4 Seiten A5)

DIALOG ETHIK

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen

Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich

Tel. 01 252 42 01, Fax 01 252 42 13

E-Mail: info@dialog-ethik.ch

→ HumanDokument - Erweiterte Patientenverfügung (14 Seiten, Möglichkeit einer elektronischen Erfassung/Hinterlegung und Erhalt eines Plastikausweises; Telefon-Hotline; persönliche Beratung möglich. Das HumanDokument ist zugleich die offizielle Patientenverfügung des Schweizerischen Senioren- und Rentner-Verbandes SSRV)

- Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Kanton Zürich gibt in Zusammenarbeit mit Dialog Ethik eine neue PatientInnenverfügung heraus. Diese ist erweitert um Entscheidungen im Zusammenhang mit der Ernährungsautonomie.

- In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Herzstiftung hat Dialog Ethik eine erweiterte Version des HumanDokuments mit Reanimationspassus herausgegeben.

DIGNITAS

Dignitas. Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben

Postfach 9, 8127 Forch

Tel. 01 980 44 59, Fax 01 980 14 21

E-Mail: dignitas@dignitas.ch

→ Patientenverfügung (4 Seiten, nur für Mitglieder)

EXIT

EXIT - Deutsche Schweiz
Mühlezelgstrasse 45, 8047 Zürich
Tel. 043 343 38 38, Fax 043 3434 38 39
E-Mail: info@exit.ch

→ Patientenverfügung (1 Seite, zugleich Mitgliederausweis, nicht identisch mit Freitoderklärung!)

FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Elfenstrasse 18, Postfach 293, 3000 Bern 16
Tel. 031 359 11 11, Fax 031 359 11 12
E-Mail: fmh@hin.ch

→ Patientenverfügung (1 Seite)

Pflegezentrum am Limmattalspital Schlieren

Karin Wilkening & Roland Kunz, Sterben im Pflegeheim, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
2003, S. 238 - 239:

→ Patientenverfügung

Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261, Postfach, 8031 Zürich
Tel. 01 361 82 72, Fax 01 361 82 16
E-Mail: kontakt@promentesana.ch

→ Patientenverfügung (3 Seiten)

Schweizer Radio DRS 1

Radiokiosk DRS, 8401 Winterthur
Tel. 0848 840 800
E-Mail: edel@radiokiosk.ch

→ "Wenn ich sterbe". Vertrauliche Anweisungen für meine Angehörigen (24 Seiten)

Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation (SPO)

Häringstrasse 20, 8001 Zürich
Tel. 01 252 54 22, Fax 01 252 54 43
E-Mail: patienten-organisation@bluewin.ch

→ Patientenverfügung (2 Seiten, 4 Seiten Kommentar, Ausweis)

Schweizerisches Weisses Kreuz

Lindhübelstrasse 45, 5724 Dürrenäsch
Tel. 062 767 60 00 Fax 062 767 60 01

→ Patientenverfügung (4 Seiten A5)

Stadtärztlicher Dienst und Amt für Krankenhäuser der Stadt Zürich

Walchestrasse 31, 8035 Zürich

→ Was mir wichtig ist. Vereinbarungen und Verfügungen (Mappe mit 8 Blättern A4)

Voluntas (GGG)

Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige Basel
Kohlenberggasse 20, 4051 Basel
Tel. 061 225 58 38, Fax 061 225 58 99

→ Patientenverfügung (Wegleitung zum Erstellen einer eigenen Patientenverfügung und persönliche Beratung, Möglichkeit zur Hinterlegung der Patientenverfügung bei der Medizinischen Notrufzentrale MNZ MedGes und Erhalt einer Ausweis-Card)

Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker (ZVBS)

Zürichbergstrasse 86, 8044 Zürich
Tel. 0878 80 30 15

→ Patientenverfügung (1 Seite A5 = letzte Seite des vierseitigen Faltblatts: Wegleitung im Todesfall)

Curaviva (www.curaviva.ch)

Verschiedenste Kantonsspitäler und Pflegeheime haben eigene Patientenverfügungen entworfen (z. B. Kantonsspital Münsterlingen, Palliativstation des Kantonsspitals St. Gallen u.s.w.)