

Thema

Entscheidungsfindung im ethischen Dilemma

Ausgangslage

Ethik bestimmt mehr oder weniger das Denken und Handeln von jedem sozial-integrierten Menschen. Die Werte und Normen, was richtig und was falsch ist, wird von der Gesellschaft vermittelt. Wer sich nicht an diese Richtlinien hält, läuft Gefahr, von der Gesellschaft ausgeschlossen oder bestraft zu werden. Die ethische Orientierung betrifft also das Berücksichtigen ethischer Werte, Normen und Ziele.

Ethische Werte entstehen im Gefühlsbereich (Wertgefühl), unbewusst. Sie können aber auch bewusst gemacht, beschreiben, durchdacht, geordnet und begründet werden; dann entsteht ein Wertbewusstsein. Werte liegen unseren Normen und Zielen zugrunde.

Ethische Normen sind Sollensrichtlinien und betreffen das Gebotene, das Verbotene und grenzen es gegenüber dem Erlaubten ab. An diesen Normen soll sich der Mensch in Bezug auf sein Handeln, das auch bewusstes Unterlassen einschließt, orientieren.

Ethische Normen sind Regeln, die der Mensch in seiner sozialen Umwelt und deren Kulturtradition vorfindet, mit denen er sich auseinandersetzt und die er schließlich mit jeweils unterschiedlicher Intensität akzeptiert ablehnt oder unbeachtet lässt.

Ethische Ziele sind angestrebte Wertkonzepte unterschiedlicher Reichweite. Handlungsziele sind bei entsprechenden Voraussetzungen und angemessenen Methoden grundsätzlich erreichbar. Idealziele sind Zielorientierungen, die als Orientierungspunkte dienen, aber nur in Annäherungen erreichbar sind.

In der Medizin wird man zwangsläufig irgendwann mit einer speziellen Form der Ethik konfrontiert. Es nimmt einen grossen Teil ein, da immer eine Interaktion zwischen Menschen und den jeweiligen ethischen Vorstellung stattfindet.

Schon frühzeitig in der pflegerischen Ausbildung wurden wir mit den ethischen Prinzipien vertraut gemacht und es wurde uns sehr deutlich gemacht, wie wichtig die Einhaltung für eine gute, korrekte, sichere und ethisch-vertretbare Pflegebeziehung zum Patienten ist.

Die konkrete Anwendung dieser ethischen Prinzipien haben wir auch dargestellt, jedoch ist das in der Theorie meistens leichter als in der Praxis. Ich persönlich habe Mühe, mir jedes Mal, wenn es um eine Entscheidung geht, die der Patient oder ich treffen muss, die ethischen Prinzipien vor Augen zu halten und nach ihnen abzuwägen.

Und der Patient tut dies ebenfalls nicht. Es gibt Patienten, die sich im Spital, bzw. den Pflegenden ganz anders gegenüber verhalten, als sie dies in ihrem privaten Umfeld gewohnt sind. So ist z.B. eine sehr autoritäre Person plötzlich sehr unsicher und kann keine Entscheidungen für sich selbst mehr treffen. Das mag einerseits daran liegen, dass wirklich eine fachliche Unsicherheit vorliegt, andererseits kann das Gefühl des Ausgeliefert-Seins das Autonomie-Gefühl des Patienten ausser Kraft setzen.

Wann ein ethisches Prinzip verletzt wird und wann es zu einem ethischen Dilemma kommt, hängt von der Situation und den beteiligten Personen ab.

Fragestellung

- ◆ Wie erkenne ich ein ethisches Dilemma?
- ◆ Wie handle ich in einem ethischen Dilemma?
- ◆ Gibt es überhaupt eine ethisch vertretbare Lösung?

Motivation

Ich denke, dass ich mich öfter in einem ethischen Dilemma befinde, als mir bewusst ist.

Auch habe ich das Gefühl, dass schwierige Situationen erst sehr spät angesprochen werden, ob mit der Bezugsperson, im Team oder mit dem Patient und den Angehörigen.

Das finde ich falsch. Eventuell könnten ethische Dilemmata verhindert werden oder zumindest frühzeitig erkannt und „entschärft“ werden.

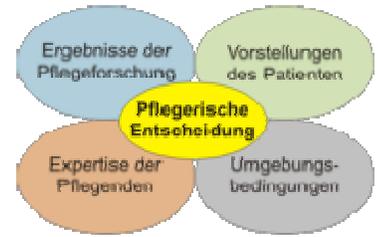
Zielsetzung

- ◆ Ich erkenne die Merkmale eines ethischen Dilemmas und setze mich mit den Auswirkungen auf Patienten und Pflegenden auseinander.
- ◆ Ich formuliere verständliche, anwendbare Richtlinien zum Vorgehen bei ethischen Dilemmata für meine Station.

Methode

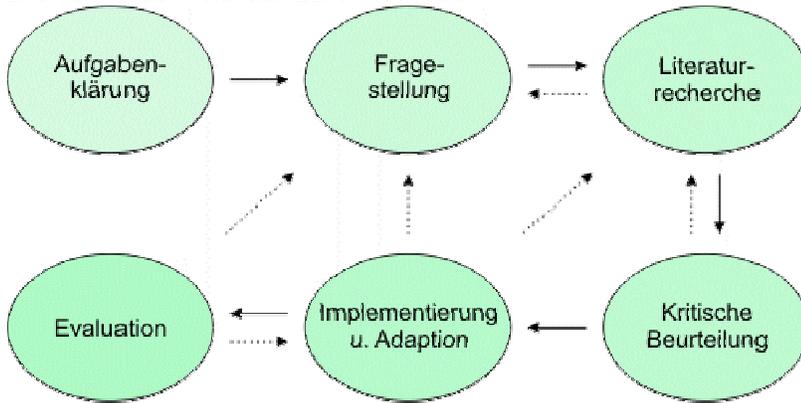
Um eine pflegerische Entscheidung zu treffen, kann man anhand der vier Komponente des EBN vorgehen. Eine Verbindung eigener klinischer Expertise der Pflegenden, Präferenzen (Wünsche, Ziele) der Patienten und der stärksten Beweiskraft aus systematischer Forschung gewährleisten eine sichere Entscheidung.

Bei einem ethischen Konflikt ist diese Vorgehensmassnahme eine Möglichkeit.



Vorgehen nach dem Evidence-based-nursing

Die sechs Schritte der EBN-Methode



1. Klärung der Aufgabenstellung

Zunächst kommt es zu einer Auseinandersetzung mit der Aufgabe der Pflege. Fällt dieses Problem überhaupt in den eigenen Aufgabenbereich?

Diese Frage ist mit Ja zu beantworten, da ich als Pflegendende im direkten Kontakt mit dem Patienten stehe, schwierige Situationen erkennen muss, definieren und untersuchen muss. Ist ein ethisches Dilemma vorhanden, ist es meine Aufgabe, dies zu erkennen und zu benennen. Für die ersten Handlungsschritte bin ich verantwortlich, nicht jedoch für die Lösung.

2. Formulierung einer präzisen Frage nach dem PIKE-Schema

Pflegebedürftiger: allgemein alle Patienten in schwierigen Situationen

Intervention: Handlungsmöglichkeiten suchen, Entscheidungsprozess auswählen

Kontrollintervention: Entscheidung nach Gefühl treffen, Entscheidung dem Patient alleine überlassen

Ergebnismass: ethisch vertretbare Lösung, Zufriedenheit des Patienten, Einhaltung der ethischen Prinzipien

Kann ich durch ein definiertes Vorgehen im Entscheidungsfindungsprozess bei ethischen Dilemmata die Erkennung, Benennung und Lösung positiv beeinflussen und somit das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patienten und der Pflegenden fördern?

3. Literaturrecherche

Das Thema möchte ich anhand von Literaturrecherche erarbeiten. Dazu studiere ich bereits vorhandene Unterlagen aus dem Block 3 des Bildungsgangs HF Pflege, Careum.

Dann möchte ich nach aktuellen Studien suchen, die mir die neusten Erkenntnisse und Erfahrungen aufzeigen.

Schön wäre es auch, wenn ich Erfahrungsberichte finden würde, zum einen von anderen Pflegefachfrauen und -männern, aber auch von Patienten um eine erlebte Situation integrieren zu können.

Eventuell finde ich auch jemanden in meinem Team, der eine für mich interessante Situation erlebt hat. Deshalb werde ich eine Befragung im Team vornehmen.

4. Kritische Beurteilung der Ergebnisse der Recherche

Bewertung der Studien:

- ◆ Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit anhand vordefinierter Kriterien beurteilen
- ◆ Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse in der Pflegepraxis bewerten

Können die Studienergebnisse auf die eigene konkrete Pflegesituation übertragen werden?

Ermöglichen Rahmenbedingungen sowie nötige Ressourcen eine Implementierung?

Projektarbeit „Von der Praxis für die Praxis“

5. Veränderung der Pflegepraxis (Implementierung und Adaption)

Informationsweitergabe, Anpassung eines Standards, Fort- und Weiterbildungen, Struktur- und Prozessveränderungen durch Projekte

6. Evaluation

Hat die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in der Pflegepraxis zum Erfolg geführt?

Methoden der Evaluation nach Donabedian: Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Quellen

Vorhanden: Unterlagen des Block3, HF Pflege, Buch vom Verbund Pflegefachfrauen

Noch zu erarbeiten: Studie, Erfahrungsberichte

Gliederung

1. Definition Ethik und ethisches Dilemma	Seite 5
2. Ethische Grundsätze und Werte in der Pflege	Seite 5 - 9
3. Merkmale von ethischen Dilemmata	Seite 10
4. Auswirkungen auf Patienten und Pflegende	Seite 10 - 11
5. Einstufung von ethischen Dilemmata	Seite 11
6. Beispiele	
a. für schwierige Situationen	Seite 12
b. für ethische Dilemma	Seite 12
7. Entscheidungsfindungsprozess	
a. Nach Thompson & Thompson	Seite 12
b. Nach Nimwegener Fallbesprechung	Seite 12 - 14
c. Nach Tschudin (1986)	Seite 14 - 15
d. Nach van den Hofen und Tenwolde (1988)	Seite 15 - 16
e. Nach SBK, ethische Überlegungen (1999)	Seite 16
8. Auswirkungen des Gesundheitswesens auf die Ethik	Seite 16 - 18
9. Fazit	Seite 18
10. Quellen	Seite 20

Definition Ethik

Sprachliche Abstammung des Wortes Ethik: Altgriechisch von Ethos

Bedeutung: Charakter

Sprachliche Abstammung des Wortes Moral: Lateinisch von moralis

Bedeutung: Sitte, Benehmen, Verhalten

Der Unterschied zwischen Moral und Ethik besteht darin, dass Moral sich auf definierte Themen bezieht, z.B. Sexualität, und Gefahren beschreibt, die abgewendet werden sollen. Ethik hingegen beschreibt das geistige oder objektive Verhalten und Ideale, die angestrebt werden sollen.

Ethik beurteilt die Moral. Ethik ist eine einheitliche Norm für alle, moralische Wertvorstellungen entwickeln sich bei jedem Menschen individuell.

Eine ganz klare Unterscheidung ist jedoch schwierig, da beide Begriffe sich auch den Charakter einer Person und auf menschliche Verhaltensweisen beziehen.

In meiner Arbeit verwende ich das Wort Ethik, da es der übergeordnete Begriff ist und die zwischenmenschlichen Probleme und Konflikte meines Erachtens genauer beschreibt.

Nach Pflege Heute: „Reflexion der Regeln und Normen für das Zusammenleben der Menschen und ein gerechtes, vernünftiges und sinnvolles Handeln.“¹

Die Ethik ist ein großer Teil der Philosophie und befasst sich mit Moral und dem menschlichen Handeln. Sie baut allein auf das Prinzip der Vernunft.

Die Aufgabe ist es, Kriterien für gutes und schlechtes Handeln und die Bewertung seiner Motive und Folgen aufzustellen.

Das Ziel der Ethik ist die Erarbeitung von allgemeingültigen Normen und Werten. Sie soll dem Menschen Hilfen für seine sittlichen Entscheidungen liefern.

Medizinische Ethik beschäftigt sich mit den sittlichen Normsetzungen, die für das Gesundheitswesen gelten sollen.

Als grundlegende Werte gelten das Wohlergehen des Menschen, das Verbot zu schaden und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten (Prinzip der Autonomie), allgemeiner das Prinzip der Menschenwürde.

Ethikkommissionen haben den Status eines beratenden Gremiums und werden nur auf Antrag tätig.

Definition Ethisches Dilemma

Ethische Prinzipien können in Konflikt geraten: Um eines zu erfüllen muss gegen ein anderes verstoßen werden.

Es handelt sich um eine ethisch-moralische Entscheidungssituation, bei der man sich zwischen zwei Handlungsmöglichkeiten entscheiden muss. Beide Möglichkeiten sind indiziert, widersprechen sich jedoch. Es ist also eine Zwangslage, zwischen zwei oder auch mehreren sich ausschliessenden Werten auswählen zu müssen.

Die Befolgung der einen Möglichkeit führt zum Verstoß gegen die andere Möglichkeit, d.h. „die Befolgung des Richtigen führt gleichzeitig zum Verstoß des Richtigen.“²

Ethische Grundsätze und Werte in der Pflege

Ethische Prinzipien des International Council of Nurses (ICN)

In der Präambel des ICN-Ethik-Kodex für Pflegende sind die grundlegenden Prinzipien formuliert.

Pflegende haben 4 grundlegende Aufgaben:

1. Gesundheit zu fördern
2. Krankheit zu verhüten
3. Gesundheit wieder herzustellen
4. Leiden zu lindern

Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

¹ Pflege Heute, S. 86

² http://de.wikipedia.org/wiki/Ethisches_Dilemma

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.

Die nationalen Berufsverbände leiten aus diesem Kodex ihre ethischen Richtlinien ab (z.B. SBK Publikationen).

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

1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.

Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

2. Pflegende und die Berufsausübung

Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegende beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.

Die Pflegende soll in ihrem beruflichen Handeln jederzeit auf ein persönliches Verhalten achten, das dem Ansehen der Profession dient und das Vertrauen der Bevölkerung in sie stärkt.

Die Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

3. Pflegende und die Profession

Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende wirkt aktiv bei der Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Profession mit. Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass gerechte soziale und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kollegen

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Pflege und anderen Professionen.

Die Pflegende greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch einen Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.

4 Grundprinzipien der Bioethiker Beauchamp und Childress (1979/2001)

- ◆ Autonomie (Respekt vor Selbstbestimmung)
- ◆ Schaden vermeiden (Vermeidung von potentiellen Schaden)
- ◆ Gutes tun (Bemühung, Wohlbefinden, Sicherheit, Lebensqualität etc. zu fördern)
- ◆ Gerechtigkeit üben (Suche nach gerechter Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand)

Autonomie

Fähigkeit des Menschen, seine persönlichen Ziele frei zu bestimmen und im Wissen um die Konsequenz zu handeln → persönliche Freiheit, Selbstbestimmung, eigenem Handeln spezifischen Inhalt geben, eigene Meinung und Werte ausdrücken

In der Pflege

- Menschen als Individuen respektieren → d.h. dass ihre Entscheidungen das Resultat ihrer persönlichen Überzeugung und Wertvorstellungen sind, selbst wenn ihre Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt sind
- Die Förderung der Autonomie führt zur Individualisierung der Pflege

Konkret

Recht auf:

- Respekt unabhängig vom physischen oder geistigen Zustand
- ausreichende Information über Diagnose, Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten, Krankheitsentwicklung oder Teilnahme an einem Forschungsprojekt
- Beteiligung an Pflegeentscheidungen
- Privatsphäre und Bewegungsfreiheit
- Äusserung von Neigung, Gefühle, Wertvorstellungen

Begünstigung

- Kommunikation und Beziehung auf Tugenden (Wahrhaftigkeit, Treue, Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit) gründen
- Informationen deutlich/verständlich geben
- spezifische Wünsche respektieren
- Angehörige in die Pflege einbeziehen
- Verletzlichkeit des Patienten Rechnung tragen
- Keinerlei freiheitsbeschränkende Massnahmen anwenden (Ausnahme: klar definierte sicherheitsorientierte Notwendigkeit)

Risiken

- Verwechslung mit Fähigkeit ATL selbstständig durchzuführen (Pat sich selbst überlassen)
- Zwang, Entscheidungen zu treffen und Aufgaben zu übernehmen, denen sie nicht gewachsen sind und auf die sie nicht vorbereitet wurden, aus Zeitgründen
- Eingehen auf unmoralische, unrealistische Wünsche (Drogen, Sex, Tod,...)

Wichtig

Autonomie geht vom Patienten aus, die anderen 3 Prinzipien gehen von der Pflege aus. Sie muss vorhanden sein, damit der Patient zwischen den anderen 3 Prinzipien unterscheiden kann. Die anderen 3 Prinzipien beziehen sich immer auf Autonomie.

Eine unvollständige Autonomie kann zu psychischen Belastungen führen, weil etwas "Gutes tun" (physisch), für den Patienten (psychisch) nicht gut ist. Ohne Autonomie kann keine bedürfnisorientierte Pflege stattfinden.

Die Autonomie ist verankert in den Menschenrechten (Art. 1, 2 und 3).

Schaden vermeiden

Fähigkeit mögliche Risiken zu erkennen, mindern oder zu vermeiden. Physischen oder psychischen Schaden weder zu verursachen noch zuzufügen und das was Schaden verursacht, auszuschalten.

In der Pflege

Patienten oder Gemeinschaften nicht schaden. Potentielle Gefahren erkennen, Risiken eines Schadens so gering wie möglich halten, Eingreifen, wenn eine Gefahr erkannt wird.

Konkret

Recht des Patienten auf:

- eine sichere Umgebung
- als Person respektiert, nicht verletzt zu werden
- die seinem Zustand entsprechende Pflege und Behandlung zu erhalten
- keinem physischen oder moralischen Zwang ausgesetzt zu sein
- keinen physischen, psychischen oder moralischen Schaden zu erleiden
- nicht getötet zu werden
- gegenüber einem bereits entstandenen Schaden geschützt zu sein

Pflicht der Pflegenden

- potentielle Gefahren zu erkennen
- die Risiken eines physischen oder psychischen Schadens, der bei der Ausübung der Pflege oder im Zusammenhang mit der Forschung, der Institution oder der Umwelt entstehen könnte, so gering wie möglich zu halten
- einzugreifen, wenn eine Gefahr erkannt wird

Pflicht jedes Einzelnen

- nicht absichtlich seiner Gesundheit zu schaden, sich gegen das, was der Gesundheit schaden kann, zu schützen.

Begünstigung

- Schaden vermeiden durch ständige Aufmerksamkeit
- Kommunikation und Beziehung auf Tugenden (Wahrhaftigkeit, Treue, Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit) gründen
- Fähigkeit, abzuwägen wo die moralisch richtige Grenze zwischen Gutes tun und Nicht-Schaden ist
- Behandlungs- und Pflegemethoden so wählen, dass sie maximalen Nutzen und minimale Risiken mit sich bringen
- die neusten Ergebnisse der Forschung mit einbeziehen
- Pflege auf die Person des Patienten zugeschnitten ist
- Prävention und Behandlung von vermeidbarem Schmerz und Leid besonders Beachtung schenken
- Umgebung so sicher wie möglich ist
- Vorbeugemassnahmen gegen Nebenwirkungen und Komplikationen getroffen werden
- alle zur Verfügung stehenden Mittel zur Schadenbegrenzung oder -vermeidung einsetzen (z.B. Überwachungssystem)
- Patient und Bezugspersonen = Partner bei der Pflege; ihre Meinungen suchen und ihre Entscheidungen respektiert
- der Patient vor jedem Missbrauch schützen
- keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen anwenden

Risiken

- Anwendung ohne jede Einschränkung lähmt jede Handlung (ohne Risiko keine Entwicklung, man versucht Risiko so gering wie möglich zu halten, was aber teilweise Schäden nicht verhindert)
- routinemässige Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (Gitter, Fixierung, Medikamente) → besonders in Stresssituationen wegen Personal- und Zeitmangel.
- Zurückschrecken vor Pflegemassnahmen, die schmerzhaft oder risikoreich sind, aber langfristig nützen (Medikamente, freiheitsbeschränkende Massnahmen, Chemotherapie)
- Fehleinschätzung der persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten

Gutes tun

Verpflichtung, dem Patienten, das zu gewähren was ihm gut tut, was ihm nützt. Verpflichtung, Interessen des Patienten, sein Leben, seine Sicherheit, seine Gesundheit schützen und verteidigen.

In der Pflege

- Zugang zu einer bestmöglichen Pflege für alle ermöglichen
- gemeinsamen Anstrengung der Patienten und ihrer Bezugspersonen, der Pflegenden sowie der Institution
- Abwägen der Risiken und des Nutzens, der Kosten und der Zweckmässigkeit

Konkret

Recht auf:

- erforderliche Hilfe zum Schutz der Gesundheit
- die Pflege und die Behandlung, die sein Zustand erfordert
- das Ernstnehmen seiner Symptome
- die Sicherheit und das Aufgehobensein in der Pflege
- das Respektieren seiner Entscheidungen

Begünstigung

- gemeinsamen Anstrengung zwischen allen Betroffenen
- Kommunikation und Beziehung auf Tugenden (Wahrhaftigkeit, Treue, Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit) gründen
- auf klare und angepasste Weise über Folgen der Krankheit sowie die verfügbaren
- Behandlungs- und Pflegemethoden informieren
- Entscheidung über Pflege und Planung absprechen
- das familiäre, soziale und kulturelle Umfeld berücksichtigen
- Willen des Patienten herausfinden und respektieren
- Wahl der Behandlung und Pflege: grösstmöglichen Nutzen - den geringsten möglichen Schaden
- neusten Erkenntnisse der Forschung berücksichtigen
- Pflege durch fachliche kompetente Personen ausüben
- Patient vor jedem Missbrauch schützen

Projektarbeit „Von der Praxis für die Praxis“

- Keine physischen oder psychischen freiheitsbeschränkenden Massnahmen anwenden
- (Ausnahme: klar definierte sicherheitsorientierte Notwendigkeit)

Risiken

- Man kann nicht jedem Patienten viel Gutes tun, weil man dann andere Tätigkeiten vernachlässigt.
- „theoretisch Gutes tun“ = schon wissen was gut ist für den Patienten, ohne Rücksicht auf die psychische und physische Lage und Wünsche des Patienten obwohl er andere Bedürfnisse hat → Machtmissbrauch
- Patient wird jeglicher Verantwortung enthoben, erleidet oder akzeptiert Massnahmen, weil „sie gut für ihn sind“, aus Angst nicht mehr gepflegt zu werden, Angst eine Chance zur Genesung zu versäumen

Gerechtigkeit

Anerkennung und Achtung der Rechte, der Interessen, der Stellung einer Person. Bedeutungsgehalt von Gerechtigkeit: Rechte und Pflichten gegenüber der Mitmenschen und Grundprinzip des menschlichen Zusammenlebens in Institutionen.

In der Pflege

- Pflicht die Ressourcen gerecht zu verteilen (austeilende Gerechtigkeit)
- jeden gemäss seinen Bedürfnissen angemessen behandeln (ausgleichende Gerechtigkeit)

Konkret

Recht auf:

- Pflege für alle
- Chancengleichheit bzgl. des Zugangs zu Ressourcen
- Abwägen zwischen Gleichheit und Bedürfnis
- Ergänzung durch die Verantwortlichkeit (jeder hat die Pflicht, die Ressourcen angemessen zu verteilen)
- jede Entscheidung über Zuteilung oder Rationierung von Ressourcen an ethischen Kriterien messen um Machtmissbrauch oder unüberlegte und schlecht geplante Zuteilungen zu vermeiden

Begünstigung

- jeden auf kompetente Weise pflegen unabhängig von Alter, Hautfarbe, Glauben, Kultur, Invalidität, Geschlecht, Nationalität, Politik, Rasse oder sozialem Status
- uneingeschränkte Achtung der Grundrechte und Würde des Menschen
- Kommunikation und Beziehung auf Tugenden (Wahrhaftigkeit, Treue, Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit) gründen
- Information über Recht und Pflichten, über die zur Verfügung stehenden Mittel
- Eingehen auf vernünftige und realistische Wünsche des Patienten
- Pflegende soll nur Kompetenzen, welche sie auch ausführen kann, übernehmen
- Entscheidung über Zuteilung der Ressourcen begründen können
- Einüben der Güterabwägung für den Fall kritischer Situationen

Risiken

- Verwechslung von „Gerechtigkeit im Sinne von Gleichheit“ mit „Gerechtigkeit im Sinne von angemessener Verteilung“ → Verwendung der Ressourcen für einen einzigen Patienten auf Kosten anderer
- Diskriminierung im Namen der Gerechtigkeit
- Vorenthaltung bestimmter Interventionen aufgrund einer Benachteiligung z.B. Unkenntnis der Sprache,
- Kriterien wie z.B. Bedürfnis, Gleichheit, Nutzen, Verantwortlichkeit werden nicht genügend gegeneinander abgewogen.

Zusätzlich:

- ◆ Wahrhaftig sein
- ◆ Verschwiegen sein
- ◆ Glaubwürdig sein
- ◆ Verantwortung tragen
- ◆ Vertrauen herstellen und aufrechterhalten

Merkmale von ethischen Dilemmata

Ein ethisches Dilemma liegt vor, wenn sich der Patient, die Angehörigen, die Pflegenden, der Arzt, etc. nicht ganz konkret für eine Handlung entscheiden kann, ohne dabei eines der vier ethischen Prinzipien zu verletzen.

Objektive Merkmale können sein: Weinen, beleidigtes Wegdrehen, Ablehnung, Entsetzen, Schimpfen

Subjektive Merkmale können sein: Äussern von Unwohlsein, Unzufriedenheit, Hilflosigkeit, Überforderung, Angst, Sorge, Wut, Trauer

Auswirkungen

Bei ethischen Dilemmata allgemein

Ein Patient fühlt sich...

- ◆ unsicher, unwohl, ängstlich, wütend, machtlos

Eine Pflegende fühlt sich...

- ◆ unter Druck gesetzt, unsicher
- ◆ zeigt Mitgefühl

Bei Nicht-Handeln

Ein Patient fühlt sich...

- ◆ wütend, ängstlich, allein gelassen, inkompetent behandelt, unsicher, hoffnungslos, nicht ernst genommen

Eine Pflegende fühlt sich...

- ◆ unwohl, ängstlich, unter Druck gesetzt
- ◆ ist gleichgültig
- ◆ hat ein schlechtes Gewissen

Bei Handeln nach Gefühl

Ein Patient fühlt sich...

- ◆ der Willkür ausgesetzt, unsicher, nicht ernst genommen, inkompetent behandelt

Eine Pflegende fühlt sich...

- ◆ fachlich unsicher
- ◆ zeigt viel Mitgefühl und Partizipation
- ◆ handelt nach Bauchgefühl und Erfahrung

Bei Befolgung einer Entscheidungshilfe

Ein Patient fühlt sich...

- ◆ sicher, fachlich kompetent behandelt, ernst genommen und unterstützt
- ◆ hat das Gefühl nicht alleine mit dem Problem zu sein
- ◆ seine Probleme werden auf rationaler Ebene behandelt
- ◆ nichts wird vergessen

Eine Pflegende fühlt sich...

- ◆ sicher, fachlich kompetent, nicht alleine gelassen mit der Entscheidung,
- ◆ sie handelt rational
- ◆ hat das Gefühl, etwas Gutes getan zu haben

Einstufung von ethischen Dilemmata

Eine Einstufung ist schwierig, da jedes einzelne Dilemma individuell betrachtet werden muss. An und für sich ist jedes Dilemma in sich schwerwiegend für die Beteiligten und kann nicht als „kleines Dilemma“ oder „grosses Dilemma“ bezeichnet werden.

In der Ethik-Diskussion rund um die Gentechnik wurde von Dr. Michael Wunder (Hamburg) und einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Universität München das Eskalationsmodell entwickelt.

In sieben Stufen - angefangen bei der gentechnischen Herstellung von Medikamenten im Sinne einer Substitutionstherapie bis hin zur Keimbahntherapie zur Veränderung der menschlichen Gattung - sei hier die Anwendung der Gentechnologie auf die Humanmedizin prognostiziert worden.

Eine Lobbygruppe von Betroffenen, die diesen Fortschritt fordert, gäbe es bereits auf fast jeder Stufe.

Stufe 1: Behandlung mit gentechnisch hergestellten Medikamenten

Fallbeispiel: Insulin

Ethische Bewertung: Unbedenklich

Stufe 2: Somatische Gentherapie zur Behandlung genetischer Erkrankungen

Fallbeispiel: Mukoviszidose (Cystische Fibrose), eine schwere Lungenkrankheit

Ethische Bewertung: Als Heilversuch ethisch vertretbar

Stufe 3 - Somatische Gentherapie an Ungeborenen

Fallbeispiel: Mukoviszidose (Cystische Fibrose)

Ethische Bewertung: Mit Einschränkungen vertretbar

Stufe 4 - Verhinderung von Erbkrankheiten (Keimbahntherapie)

Fallbeispiele: Mukoviszidose, Chorea Huntington

Ethische Bewertung: Nicht zu rechtfertigen, da eine weniger risikoreiche Methode existiert

Stufe 5 - Einführung eines neuen Gens in die Keimbahn zur Krankheitsprävention

Fallbeispiele: Grippe, Aids

Ethische Bewertung: Nicht zu vertreten

Stufe 6 - Korrektur einer möglichen Normabweichung

Fallbeispiele: Körpergröße, Fettleibigkeit

Ethische Bewertung: Nicht vertretbar

Stufe 7 - Beeinflussung komplexer Eigenschaften

Fallbeispiel: Intelligenz

Ethische Bewertung: Nicht zu vertreten

Beispiele

... für schwierige Situationen

- ◆ Konflikte zwischen Patient und Angehörigen
- ◆ Konflikte zwischen Patient und Pflege
- ◆ Konflikte zwischen Pflege und Angehörigen
- ◆ Kultursensible Pflege – Möglichkeiten und Grenzen
- ◆ Umgang mit "schwierigen" Patienten
- ◆ Kommunikation mit den Angehörigen (insbesondere mit "schwierigen" Angehörigen)
- ◆ Umgang mit geistig verwirrten Personen
- ◆ Pflege bei Inkontinenz

... für ethische Dilemma

- ◆ Kollision der ethischen Prinzipien
- ◆ Grenzsituationen am Ende des Lebens: Leben erhalten oder Sterben zulassen
- ◆ Betreuung von Angehörigen während des Sterbeprozesses und nach Eintritt des Todes
- ◆ Organtransplantation
- ◆ Schwangerschaft: Komplikationen, Abbruch
- ◆ Ressourcenzuweisung: Geld, Organe, Zeit, Personal
- ◆ Forschung
- ◆ Freiheitsentzug und Fixierung von pflegebedürftigen oder kranken Menschen
- ◆ Umgang mit eigenem Ekel in Pflegesituationen
- ◆ Grenzen der aktivierenden, auffordernden Pflege z.B. in Bezug auf Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Mobilisation oder Körperpflege
- ◆ Aggression und Gewalt in der Pflege

Entscheidungsfindungsprozess

Nach Thompson & Thompson

1. Beurteilen
 - Informationssammlung (Welche Entscheidung ist zu treffen?!)
 - Wer ist an Entscheidung beteiligt?!
 - Welche Wertmaßstäbe geraten evt. in Konflikt?! z.B.: Leben erhalten um jeden Preis ↔ Sterben zulassen
2. Entscheiden
 - Zielsetzung: Was soll mit der Entscheidung erreicht werden (welches oberste Ziel)?
 - Planung: Wie lässt sich die Entscheidung begründen? Welche Alternativen zur Entscheidung gibt es?
3. Handeln
 - Die entschiedene Pflegemaßnahme wird durchgeführt.
4. Beurteilen
 - Wurde eine ethisch verantwortbare Handlung erreicht?
 - Wird das Ergebnis von allen Beteiligten akzeptiert?
 - Welche weiteren Maßnahmen sind notwendig?
 - Lassen sich Erkenntnisse auf andere Situationen übertragen?

Nach Nimwegener Fallbesprechung

Der weit ausführlichere Entscheidungsfindungsprozess ist offen für eine neue veränderte Sicht des ethischen Problems. Daher wird vor der Beschlussfassung gefragt: "Wie lautet nun das ethische Problem"

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?

Projektarbeit „Von der Praxis für die Praxis“

- 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?

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?

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?

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?

Nach Tschudin, 1986

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?

Projektarbeit „Von der Praxis für die Praxis“

- 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.

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

Nach van den Hofen und Tenwolde, 1988

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 übrig gebliebenen 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.

Nach SBK: Ethische Überlegungen 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 (Ethik als Pflichtenlehre) 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?

Hinweise

Die Liste von Fragen ist unvollständig.

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.

Auswirkungen des Gesundheitswesens (Kosten, Einsparungen, etc.) auf die Ethik

Gründe für steigende Kosten - Rahmenbedingungen und externe Einflüsse

- ◆ Demographie
- ◆ Technischer und medizinischer Fortschritt: Diagnostik, Behandlung, Pharmazie
- ◆ Steigender Wohlstand
- ◆ Zunehmende Umweltzerstörung
- ◆ Immer grösser werdende Lärmbelastung
- ◆ Ungesunde Lebensweise
- ◆ Zunahme psychosomatischer Gesundheitsstörungen
- ◆ Neue Infektions- und Viruskrankheiten
- ◆ Immer mehr Unfälle in Sport und Freizeit
- ◆ Behinderung / Invalidität

Zu einer enormen Differenzierung der medizinischen Ethik führten schließlich die Herausforderungen durch die neuen Entwicklungen in der Medizin. Auch der Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen ist unter ethischen Aspekten zu diskutieren.

Projektarbeit „Von der Praxis für die Praxis“

Es wird für die Akteure des Gesundheitswesens immer schwieriger, die Ressourcen so zu verteilen, dass sich ein freier und für alle gleicher Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens aufrechterhalten lässt, insbesondere wenn das Wirtschaftswachstum bescheiden ausfällt.

Folgen

Rationalisierungs- und Rationierungsmassnahmen

Die Gesundheit ist ein heikles, emotionsgeladenes Thema. Die Anstrengungen, die Kosten in den Griff zu bekommen, führen unweigerlich zu Spannungen, hat Gesundheit doch mit den Grundbedingungen menschlichen Daseins zu tun – mit Leben, Wohlbefinden, Leiden und Tod. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft gesundheitliche Fragen angeht, widerspiegelt ihre Haltung gegenüber ihren kranken und älteren Mitgliedern. In den Diskussionen werden deshalb politische Fragen rasch zu ethischen Fragen.

Rationalisieren und Rationieren

Rationalisierung ist die Erbringung einer medizinischen Leistung mit weniger Aufwand. Das Ziel der Rationalisierung ist es, Unnötiges abzuschaffen und die vorhandenen Mittel möglichst wirkungsvoll einzusetzen: Weniger unnötige Untersuchungen und wirkungslose Behandlungen, preisgünstigere Medikamente, effizientere Arbeitsabläufe in Spitälern. Rationalisierung wird heute vor allem mit der Arbeitsintensivierung betrieben, also durch Mehrleistungen des ärztlichen und des Pflegepersonals.

Unter Rationierung versteht man den Verzicht auf an sich sinnvolle medizinische Leistungen aus finanziellen Gründen. Es geht hier nicht um überflüssige Behandlungen, sondern um die für eine bestimmte Person «zu teuren» oder «nicht mehr angemessenen» Leistungen – und letztlich um die Frage, was ein Leben kosten darf. Bei einer solchen Sichtweise besteht die Gefahr, dass gerade alte Menschen benachteiligt werden können – etwa mit der Rechtfertigung, dass sie eh schon hohe Kosten verursachen, da sie zum Beispiel öfters chronischkrank sind als jüngere.

Eine Rationierung medizinischer und pflegerischer Leistung ist nur möglich, wenn eine Gesellschaft bereit ist, Menschenleben zu werten. Rationierung bedingt immer, dass bestimmte Menschen einer Gesundheitsleistung für weniger würdig erklärt werden als andere.

Verschlechterung der Pflegequalität

Die unzureichende Anzahl an diplomierten Pflegefachkräften, die aufgrund von Sparmassnahmen zur Verfügung steht, wird von den Befragten als Grund angegeben keine qualitativ hochwertige Pflege mehr leisten zu können. Dadurch besteht die Gefahr, dass das von der Pflege gebildete 24-Stunden-Überwachungssystem nicht mehr auf einem guten Qualitätsniveau gewährleistet werden kann, was sich wiederum negativ auf die Patientenresultate auswirkt. Durch den Personalmangel werden Massnahmen zur Verbesserungen von Pflegeleistungen und zur Steigerung der Qualität verunmöglicht. Dies hat nachteilige Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Weiterentwicklung der Pflegepraxis.

Unvereinbarkeit von Rationierung und Berufsethik

- Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf Würde
- Bei Rationierung vernachlässigen Pflegende grundpflegerischen Tätigkeiten und psychosoziale Betreuung, bevor medizinische Anweisungen verweigert werden → individuelle Bedürfnisse nicht berücksichtigt
- lebensbedrohliche Fehler unter Zeitmangel und Stress möglich
- „Ethikregeln für die Krankenpflege“ nach humanistischem Menschenbild als Massstab für das berufliche Verhalten und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung → Bemühen um eine menschenwürdige Lebens- und Gesellschaftsgestaltung
- Fortschritt / Professionalisierung wird zurückgedrängt, wieder mehr Laienpflege
- Gefahr, dass die ganzheitliche und individuelle Betreuung rationiert wird und sich das Berufsbild der Pflege zur medizinisch-technischen Assistenz Tätigkeit (zurück) entwickelt
- Durch Rationierung kann Pflege in viele ethische Dilemmas geraten → Vertrauen des Patienten gering
- das Gesundheitswesen schliesst die Vernachlässigung von Kranken nicht mehr aus

Sobald Pflegende ärztliche Entscheidungen mit ihrer ethischen Haltung nicht vereinbaren können, geraten sie unter grossen Druck. Es braucht viel Mut, diese Konflikte auszutragen. Sich nicht gegen fragwürdige ethische Entscheidungen am Krankenbett zu wehren muss hingegen als stumme Billigung interpretiert werden.

Die Frage ist daher, ob die Pflegenden Verweigerungen von Massnahmen im Pflegeteam diskutieren oder ob sie sich unter dem Deckmantel des Sparwillens der Haltung anschlossen, dass es sich nicht lohnen würde, eine bestimmte Massnahme durchzuführen.

Konsequenzen für die Pflege

Pflegende müssen sich darüber im Klaren sein, dass sich ihr Wertesystem schleichend und verdeckt dem ethischen Denken der Rationierung anpassen kann.

Diese Gefahren sind ernst zu nehmen und die Pflegenden sollten sich für eine qualitativ hochwertige Betreuung und den Schutz aller Patienten stark machen.

Fazit

Ethik ist ein sehr komplexes, schwer erklärbares und ständig wandelndes System von Werten und Normen, Moral und Verhaltensvorgaben. Ich habe mir einen Überblick verschaffen können und für mich einen sehr wichtigen Punkt hervorheben können.

Mit meiner Arbeit habe ich bei mir und hoffentlich vielen anderen, die Wichtigkeit der ethischen Orientierung, des Erkennens von ethischen Dilemmata, in Erinnerung gerufen. Das Instrument, das ich entworfen habe, soll anwendbar sein und wenigstens einen Denkanstoß geben um eine Situation zu entschärfen und zu bewältigen.

Bei meiner Umfrage ist deutlich geworden, dass 80% eine Entscheidungshilfe nutzen. Niemand hat jedoch angegeben, eine der oben aufgeführten Hilfen zu benutzen. Eventuell sind sie zu wenig bekannt, was schade ist, da sie eine sehr gute Unterstützung darstellen.

In der pflegerischen Ethik gibt es laufend Neuigkeiten. So soll zum Beispiel demnächst die NANDA-Pflegediagnose „ethisches Dilemma“ eingeführt werden. Ich halte es für sehr sinnvoll, dem Thema viel Beachtung zu schenken, es in das Bewusstsein der Pflegenden zu holen und weitere Instrumente zu schaffen, die uns in diesen schwierigen Situationen helfen. Bis dahin sollten wir die Instrumente nutzen, die zur Verfügung stehen.

Quellen

- ◆ „Ethik in der Krankenpflege“ von Verena Tschudin
- ◆ „Ethik für Pflegende“ von Arie van der Arend und Chris Gastmans
- ◆ Wikipedia.de
- ◆ www.hf-pflege.ch
- ◆ http://www.olympheft.ch/seiten/heft10_artikel.html
 - Literatur
 - A. Arend, Ch. Gastmans, Ethik für Pflegende, Mannheim 1996.
 - ICN, Ethische Grundregeln für die Krankenpflege, Genf 1973.
 - S. Käppeli, Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit, Bern 1998.
 - A. Kesselring, Die Lebenswelt der Patienten, Bern 1996.
 - H. Kuhse, P. Singer, Muss dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener, Erlangen 1993.
 - H. Kühn, Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, Berlin 1991.
 - M. Möller, Rationierung im Gesundheitswesen – ein Widerspruch zur Pflegeethik?, Aarau 1998.
 - U. Möller, U. Hesselbarth, Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege: Hintergründe, Analysen, Perspektiven, Hagen 1994. U. Weyermann, Arbeitsplatz im Spital in Gefahr, Bern 1997.
- ◆ http://www.bayern-evangelisch.de/web/engagiert_leben_gentechnik_stufenmodell.php
- ◆ <http://www.rosa-luxemburg-stiftung-sachsen-anhalt.de/html/texte/Perfektion.html>