

Inhaltsverzeichnis

FAQ: DAS WIE, WAS UND WARUM VON METAP II	1
I THEORETISCHE GRUNDLAGEN	15
1 ALLTAGSETHIK – THEORETISCHE GRUNDLAGEN FÜR DIE PRAKTISCHE ETHISCHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	17
Heidi Albisser Schleger	
1.1 METAP II – Grundlagen zur Alltagsethik	19
1.1.1 Alltagsethik – Definition und Ziel	19
1.1.2 Definition «ethisches Problem»	20
1.1.3 Entstehungsbedingungen von ethischen Problemen im Einzelfall	20
1.1.4 Wahrnehmung eines ethischen Problems im Einzelfall	21
1.1.5 Bedeutung des individuellen Berufsethos für das alltagsethische Reflektieren und Handeln	21
1.1.6 Alltagsethische Problemlösung mit METAP II	22
– Das Eskalationsmodell von METAP II	22
– Zeitnahe, niederschwellige Bearbeitung ethischer Probleme anhand der Ethik-Hilfsmittel	23
1.2 Sinnvolle, ethisch angemessene Pflege, Behandlung und Betreuung – Ermittlung und Umsetzung	24
1.2.1 Ermittlung der ethisch angemessenen Entscheidung	24
1.2.2 Ethisch angemessene Entscheidung durch systematische Problemlösung	26
– Ethik-Hilfsmittel unterstützen die systematische Problemlösung ..	26
– Formale und inhaltliche Konsistenz	27
1.2.3 Ethisch angemessene Entscheidung durch ethisches und praxisbasiertes Wissen	27
– Ethisches Grundlagenwissen zur praktischen ethischen Problemlösung	27
– Praxisbasiertes Fachwissen (vollständige und valide Informationsbasis)	28
1.2.4 Risiken systematischer ethischer Entscheidungsprozesse	28

1.2.5	Ethisch angemessene Entscheidung durch Berücksichtigung der ethischen Gesprächsregeln	29
	– Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven	29
	– Gleichberechtigung aller Teilnehmenden	29
	– Freie Meinungsäußerung und Kritikmöglichkeit	30
	– Orientierung an Patientenwohl und Patientenwillen	30
	– Glaubwürdigkeit	30
1.3	Quintessenz: Alltagsethik – Theoretische Grundlagen für die praktische ethische Entscheidungsfindung	30
1.4	Literatur	31
2	MEDIZINETHISCHE PRINZIPIEN – BEDEUTUNG UND ANWENDUNG IN DER PRAXIS	33
	Heidi Albisser Schleger	
2.1	Einleitung	35
2.1.1	Interpretation, Konkretisierung und Gewichtung der ethischen Prinzipien	35
2.1.2	Erweiterte Interpretation der ethischen Prinzipien	37
2.2	Respekt vor der Patientenautonomie – Bedeutung und Anwendung in der Praxis	38
2.2.1	Recht auf freie Willensäußerung	39
2.2.2	Autonomie als Idealvorstellung – Risiken	39
2.2.3	Kontextabhängiges Autonomieverständnis	40
2.2.4	Nicht-Befolgen des Patientenwillens als Körperverletzung	40
2.2.5	Widerrufen des Patientenwillens	40
2.2.6	Patientenautonomie ist an professionelle Aufklärung gebunden	41
2.2.7	Autonomiefähigkeit bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit	42
2.2.8	Das Recht, bei Urteilsfähigkeit und professioneller Information sinnvolle Massnahmen abzulehnen	42
2.2.9	Nicht-Wissen- und Nicht-Entscheiden-Wollen	43
2.2.10	Autonomie und Schutz der Privatsphäre	43
2.2.11	Autonomie in der Notfallsituation	44
2.3	Hilfeleistung bzw. Fürsorge – Bedeutung und Anwendung	44
2.3.1	Das gute Leben	44
2.3.2	Das sinnvolle Leben	44
2.3.3	Leiden vorbeugen	45
2.3.4	Sinnvolle, ethische angemessene Pflege, Behandlung und Betreuung	45
2.4	Schadensvermeidung – Bedeutung und Anwendung	46
2.4.1	Schaden vermeiden – Wie?	46

2.4.2	Schadensvermeidung als Schutz vor Zwang	48
2.4.3	Schadensvermeidung als Hilfe zur Selbsthilfe	48
2.4.4	Hilfeleistung und Schadensvermeidung sind an institutionelle Rahmenbedingungen gebunden	48
2.5	Spannungsfelder zwischen medizinethischen Prinzipien	49
2.5.1	Spannung zwischen den medizinethischen Prinzipien der Hilfeleistung, Schadensvermeidung und Autonomie	49
2.5.2	Bestimmung eines angemessenen Verhältnisses der ethischen Prinzipien – Orientierungsfragen	51
2.6	Gerechtigkeit – Bedeutung und Anwendung	51
2.6.1	Gerechtigkeit durch Vermeidung von impliziter Rationierung	51
2.6.2	Gerechtigkeit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Ungleichversorgung	53
	– Gerechtigkeit durch Vermeidung von Unterversorgung	53
	– Gerechtigkeit durch Vermeidung von Überversorgung	54
	– Gerechtigkeit durch Verbot von willkürlichen Unterschieden bzw. Ungleichversorgung	55
	– Gerechtigkeit durch personalisierte Entscheidungen	57
2.7	Quintessenz: Medizinethische Prinzipien – Bedeutung und Anwendung in der Praxis	57
2.8	Literatur	57
3	URTEILSFÄHIGKEIT – BEDEUTUNG FÜR DIE ERHEBUNG DES PATIENTENWILLENS	59
	Heidi Albisser Schleger	
3.1	Einleitung	61
3.2	Urteilsfähigkeit	61
3.2.1	Begriffsdefinition	61
	– Handlungsfähigkeit	61
	– Urteilsfähigkeit	62
	– Urteilsfähigkeit als vernunftgemäßes Handeln	62
3.2.2	Von vorhandener Urteilsfähigkeit ausgehen – Urteilsunfähigkeit immer begründen	62
3.2.3	Urteilsfähigkeit – Keine generelle kognitive Fähigkeit	63
3.3	Prüfung der Urteilsfähigkeit	64
3.3.1	Urteilsfähigkeit wird infrage gestellt – Bedeutung für die betroffene Person	64
3.3.2	Alle Perspektiven berücksichtigen, wozu?	64
3.3.3	Vorläufige, interprofessionelle Prüfung der Urteilsfähigkeit	64

3.3.4	Prüfung der Urteilsfähigkeit – Vier Kriterien zur vorläufigen Beurteilung	65
3.3.5	Definitive, klinische Prüfung der Urteilsfähigkeit	65
3.3.6	Hinweis auf eingeschränkte Urteilsfähigkeit – Voraussetzung und Begründung	66
3.3.7	Urteilsfähigkeit kann fluktuierend sein	66
3.4	Informierte Einwilligung – Bedeutung und Umsetzung bei Patienten oder Stellvertretern	67
3.5	Direkter und mutmasslicher Patientenwille	68
3.5.1	Direkter Patientenwille – Bedeutung	68
3.5.2	Mutmasslicher Patientenwille – Bedeutung	68
3.5.3	Patientenverfügung – Instrument zur Erhebung des mutmasslichen Patientenwillens	69
	– Gültigkeit der Patientenverfügung – Kriterien	69
	– Wann tritt die Patientenverfügung in Kraft?	69
	– Verbindlichkeit	70
	– Was tun, wenn eine Gesundheitsfachperson gegen die Patientenverfügung entscheidet?	70
	– Vertretungsrecht bei Konflikten/Verstössen in der Umsetzung der Patientenverfügung	70
	– Stellvertretende Bezugsperson	70
3.5.4	Keine Patientenverfügung – Vertretungsrecht?	71
3.5.5	Notfallsituation – Handeln im wohlverstandenen Patientenwillen	71
3.6	Quintessenz: Urteilsfähigkeit – Bedeutung für die Erhebung des Patientenwillens	72
3.7	Literatur	73
4	SCHWEIZERISCHE KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZ- BEHÖRDE (KESB) – FÜRSORGERISCHE UNTERBRINGUNG UND GEFÄHRDUNGSMELDUNG	75
	Heidi Albisser Schleger	
4.1	Einleitung	76
4.2	Kindeg- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) – Vertretungsverhältnisse bei Urteilsunfähigkeit	78
	– Vorsorgeauftrag	78
	– Patientenverfügung	78
	– Begleit-, Vertretungs-, Mitwirkungsbeistandschaft und umfassende Beistandschaft	78

4.3	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)	79
4.3.1	Fürsorgerische Unterbringung (FU)	79
	– Wann darf eine urteilsunfähige Person gegen ihren Willen eingewiesen werden?	79
	– Notfälle/Notfallbehandlung	80
	– Wer darf eine Fürsorgerische Unterbringung veranlassen?	80
	– Welche Rechte hat die betroffene Person?	80
4.3.2	Gefährdungsmeldungen an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)	80
	– Wann spricht man von Gefährdung?	81
	– Wer kann eine Gefährdung bei der KESB melden?	81
	– Welche Angaben sollte eine Gefährdungsmeldung enthalten?	81
	– Zu welchem Zeitpunkt sollte die Gefährdungsmeldung erfolgen?	82
	– Unverbindliche Abklärung im Voraus	82
	– Verfahren der KESB bei Gefährdungsmeldung	82
	– Entbindung von der Schweigepflicht	82
	– Meldepflicht bei Gefährdung	83
	– Hat die KESB gegenüber Berufspersonen eine Informationspflicht?	83
4.3.3	Beistandschaft	83
4.4	Quintessenz: Schweizerische Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) – Fürsorgerische Unterbringung und Gefährdungsmeldung	84
4.5	Literatur	85
5	BAUCHENTSCHEIDUNGEN UND DAS RISIKO FÜR DENKFEHLER	87
	Heidi Albisser Schlegler	
5.1	Einleitung	88
5.2	Was ist eine Bauchentscheidung?	88
5.3	Bauchentscheidungen in herausfordernden Patientensituationen als Ursprung von Denkfehlern – Beispiele	89
5.3.1	Denkfehler durch Faustregeln	89
5.3.2	Denkfehler durch konstruierte Wirklichkeit	90
5.3.3	Denkfehler durch Vorurteile, Stereotype	91
5.3.4	Denkfehler durch den Einfluss von Stress	92
5.3.5	Denkfehler durch einseitige Wertvorstellungen	93
5.4	Stoppsignal «Bauchgefühl» – Auslöser der systematischen ethischen Entscheidungsfindung	95
5.5	Quintessenz: Bauchentscheidungen und das Risiko für Denkfehler	95
5.6	Literatur	95

6	ETHIK-HILFSMITTEL ALS SCHUTZ VOR DENKFEHLERN ...	97
	Heidi Albisser Schleger	
6.1	Einleitung	98
6.2	Denkstrategie zu einer fachlich und ethisch angemessenen Entscheidung – Merkmale	98
6.2.1	Ethische Entscheidungsfindung ist methoden-gestützt und systematisch	98
6.2.2	Ethische Entscheidungsfindung ist zielgerichtet	98
6.2.3	Ethische Entscheidungsfindung ist multiperspektivisch und systemisch	99
6.3	Ethik-Hilfsmittel zur Reduktion von Denkfehlern: Wirkmechanismus im ethischen Entscheidungsprozess	101
6.3.1	Ethik-Hilfsmittel strukturieren den ethischen Entscheidungsprozess	102
6.3.2	Ethik-Hilfsmittel unterstützen die strukturierte Analyse während des Entscheidungsprozesses	102
6.3.3	Ethik-Hilfsmittel unterstützen bei zu starker Involviertheit, emotional Distanz zu gewinnen	103
6.4	Widerstand gegenüber dem Gebrauch von Entscheidungshilfen	104
6.5	Quintessenz: Ethik-Hilfsmittel als Schutz vor Denkfehlern	105
6.5	Literatur	106

II	UMSETZUNG IN DER PRAXIS	107
7	ESKALATIONSMODELL – DAS ETHISCHE PROBLEMLÖSUNGSVERFAHREN VON METAP II	109
	Barbara Meyer-Zehnder, Heidi Albisser Schleger	
7.1	Einleitung	110
7.2	Was ist das Eskalationsmodell von METAP II?	110
7.3	Wann gelangt das Eskalationsmodell zum Einsatz?	112
7.4	Die vier Stufen des Eskalationsmodells zur ethischen Problemlösung	112
7.4.1	Stufe 1 – Systematische ethische Kurzanalyse zur eigenen Orientierung	112
7.4.2	Stufe 2 – Systematische ethische Kurzbesprechung	113
7.4.3	Stufe 3 – Ethische Fallbesprechung im Team	114
7.4.4	Stufe 4 – Professionelle Ethikberatung (mobil, online)	114
7.5	Ethische Problemlösung anhand des Eskalationsmodells – Unterstützende Elemente für Berufspersonen	115
7.5.1	Elemente zur Unterstützung: Übersicht	115
7.5.2	Ethik-Hilfsmittel zur Bearbeitung ethischer Probleme	115
	– Warum werden Ethik-Hilfsmittel benötigt?	115
	– Tabelle «Identifikation des ethischen Problems»	116
	– Checkliste «Vorläufige Prüfung der Urteilsfähigkeit»	117
	– Risiko für Über-, Unter- oder Ungleichversorgung	117
	– «Checkliste zur erweiterten Informationssammlung» – «Leere Problemmatrix»	118
	– «Evaluation der ethischen Angemessenheit – Konkretisierung der ethischen Prinzipien»	118
7.6	Quintessenz: Eskalationsmodell – Das ethische Problemlösungsverfahren von METAP II	119
7.7	Literatur	120

8	ETHISCHE FALLBESPRECHUNG IM TEAM – STUFE 3 DES ESKALATIONSMODELLS	121
	Barbara Meyer-Zehnder, Heidi Albisser Schlegler	
8.1	Einleitung	123
8.2	Rahmen der ethischen Fallbesprechung	123
8.2.1	Was ist eine ethische Fallbesprechung?	123
8.2.2	Wann sollte eine ethische Fallbesprechung durchgeführt werden?	124
8.2.3	Rolle der Angehörigen	124
8.2.4	Wer sollte an der ethischen Fallbesprechung teilnehmen?	125
8.2.5	Sollten Klient, Bewohnerin oder Angehörige an der Fallbesprechung teilnehmen?	126
	– Argumente, die <i>für</i> Teilnahme sprechen	126
	– Argumente, die <i>gegen</i> Teilnahme sprechen	126
8.2.6	Wer moderiert die ethische Fallbesprechung, und welche Kompetenzen sind dazu nötig?	127
8.2.7	Wo findet die ethische Fallbesprechung statt?	127
8.2.8	Wie lange dauert eine Fallbesprechung?	128
8.2.9	Welche Gesprächsregeln sollten bei der Fallbesprechung eingehalten werden?	129
8.3	Organisation der ethischen Fallbesprechung	129
8.3.1	Wer ist für die Organisation verantwortlich?	129
8.3.2	Erweiterte Informationssammlung vor der Fallbesprechung	130
8.3.3	Sicherung von Vorwissen	130
8.3.4	Welche technischen Hilfsmittel werden benötigt?	131
8.4	Durchführung der ethischen Fallbesprechung	131
8.4.1	Einführung in die ethische Fallbesprechung	132
8.4.2	Phase 1: Prüfung der Information auf Vollständigkeit und Qualität	132
8.4.3	Phase 2: Zusammenfassung der ethischen Problemstellung	133
8.4.4	Phase 3: Lösungssuche	134
8.4.5	Phase 4: Planung der Umsetzung und Dokumentation	136
8.4.6	Protokoll der ethischen Fallbesprechung	137
8.4.7	Spezialfall: Der behandelnde Arzt kann nicht an der Besprechung teilnehmen	138
8.4.8	Ergebnis oder Entscheidung: Der Klient, die Bewohnerin oder der Stellvertreter nimmt nicht an der Besprechung teil	138
8.5	Quintessenz: Ethische Fallbesprechung im Team – Stufe 3 des Eskalationsmodells	139
8.6	Literaturverzeichnis	141

9	ANWENDUNG DES ESKALATIONSMODELLS AN EINEM FALLBEISPIEL DER AMBULANTEN PFLEGE	143
	Barbara Meyer-Zehnder, Heidi Albisser Schleger	
9.1	Einführung	144
9.2	Ausgangslage	144
9.3	Stufe 1 – Systematische Kurzanalyse zur eigenen Orientierung	145
9.4	Stufe 2 – Systematische ethische Kurzbesprechung	147
9.5	Stufe 3 – Ethische Fallbesprechung im Team	147
9.5.1	Vorbereitung	147
9.5.2	Durchführung der Fallbesprechung	149
	– Phase 1: Prüfung der Patienteninformation auf Vollständigkeit und Qualität	151
	– Phase 2: Zusammenfassung der ethischen Fragestellung	152
	– Phase 3: Lösungssuche	152
	– Phase 4: Planung der Umsetzung und Dokumentation	156
9.6	Schlussbetrachtung	157
9.7	Quintessenz: Anwendung des Eskalationsmodells an einem Fallbeispiel der ambulanten Pflege	158
9.8	Literatur	159
10	THEORETISCHER HINTERGRUND ZUR IMPLEMENTIERUNGSSTRATEGIE VON METAP II	161
	Barbara Meyer-Zehnder	
10.1	Einleitung	162
10.2	Begriffsklärungen	162
10.2.1	Innovation	162
10.2.2	Diffusion und Dissemination	162
10.2.3	Implementierung	162
10.3	Diffusionstheorie nach Rogers	163
10.3.1	Ausbreitung einer Innovation, ein universeller Prozess des sozialen Wandels	163
10.3.2	Einflussfaktoren	163
10.3.3	Adoptertypen	164

10.4	PARIHS – Ein Konzept der Implementierung	164
10.5	Überlegungen bei der Entwicklung von METAP II zur Erleichterung der Anwendbarkeit	165
10.6	Welche Faktoren fördern die Einführung von Alltagsethik in der ambulanten und stationären Langzeitpflege? Welche hemmen sie?	166
10.7	Quintessenz: Theoretischer Hintergrund zur Implementierungsstrategie von METAP II	167
10.8	Literatur	168
11	IMPLEMENTIERUNG VON METAP II IN DER PRAXIS – VARIANTEN UND EMPFEHLUNGEN	169
	Heidi Albisser Schleger	
11.1	Hintergrund	171
11.1.1	Das Wichtigste in Kürze	173
11.1.2	Entwicklungsprozess der Implementierungsstrategie	173
11.1.3	Massgeschneiderte Implementierung – Varianten für die Mikro- und Mesoebene	174
11.1.4	Nutzen von Ethikstrukturen für die Institutionen	175
11.1.5	Qualitätsmanagement und Alltagsethik: Nutzen für die Institutionen	175
11.1.6	Terminologie: Ethikstruktur versus Ethikprozess	176
11.2	Implementierung von METAP II auf der Mikroebene	177
11.2.1	Adressaten bei der Implementierung auf der Mikroebene	177
11.2.2	Ziel	177
11.2.3	Empfehlungen zur Implementierung von METAP II auf der Mikroebene	177
11.2.4	Schulungskonzept zur Unterstützung der Implementierung	180
	– Schulung der Mitglieder der Ethik-Basisgruppe, der Ethikbeauftragten und der Führungskräfte	180
	– Informationsveranstaltung für Mitarbeitende, die in die Pflege und Betreuung involviert sind	181
	– Kurzinformation für die übrigen Mitarbeitenden	181
11.2.5	Fazit: Was ist nötig für ein gutes Gelingen?	181

11.3	Integrierte Ethikstrukturen auf der Mikro- und Mesoebene – Beispiel: Einzelne Pflegeeinrichtung	182
11.3.1	Integrierte Ethikstrukturen auf der Mikro- und Mesoebene – Bedeutung	182
11.3.2	Ethikstruktur auf der Mesoebene: Das Ethikforum	183
	– Ethikforum mit Wirkung auf die Mikroebene: Einzelfallbezogene Aufgaben	183
	– Ethikforum mit Wirkung auf die Mesoebene: Unternehmens- und organisationsethische Aufgaben	184
	– Ethikforum mit Wirkung auf die Mikro- und Mesoebene: Alltagsethische und unternehmens- bzw. organisationsethische Aufgaben	185
	– Nutzen von integrierten Ethikstrukturen auf der Mikro- und Mesoebene	185
	– Ethikforum – Übergeordnete Empfehlungen	186
11.4	Integrierte Ethikstrukturen auf der Mikro- und Mesoebene – Beispiel: Verbund von Pflegeeinrichtungen	187
11.5	Integrierte Ethikstrukturen auf der Mikro- und Mesoebene – Beispiel: Verbund von ambulanten Zentren (Spitex Kantonalverband)	187
11.6	Die Absicht macht den Unterschied	190
11.7	Integrierte Ethikstruktur – Investitionsbedarf für die Institution: Das Wichtigste in Kürze	190
11.8	Quintessenz: Implementierung von METAP II in der Praxis – Varianten und Empfehlungen	191
11.9	Literatur	192
	Unterstützung und Förderung	193
	Affiliation	193
	Unterstützung bei Konzeption, Entwicklung, Organisation	193
	Personen, die an der Entwicklung beteiligt waren	193
	Unterstützung beim Fundraising	195
	Förderung	195