

INHALTSVERZEICHNIS

	EINFÜHRUNG – DAS WIE, WAS UND WARUM VON METAP	11
I	GRUNDLAGEN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	17
1	EMPIRISCHE GRUNDLAGEN DER ÜBER-, UNTER- UND UNGLEICHVERSORGUNG	19
	Einleitung	20
	Begriffsklärung	20
1.1	Unter- oder Ungleichversorgung am Krankenbett	22
	Einleitung	22
1.1.1	Soziale und krankheitsspezifische Kriterien, die Unter- oder Ungleichversorgung am Krankenbett begünstigen können	22
1.1.2	Institutionelle und politische Einflussfaktoren, welche Unter- oder Ungleichversorgung am Krankenbett begünstigen können	29
1.1.3	Begriffserläuterungen	33
1.1.4	Ausgewählte ethische Fragen bei Unter- oder Ungleichversorgung	34
1.1.5	Ausgewählte rechtliche Fragen bei Unter- oder Ungleichversorgung	40
	Fazit für die klinische Praxis	42
	Literatur	45
1.2	Überversorgung oder das „Futility-Problem“	48
	Einleitung	48
1.2.1	Definition von Futility	49
1.2.2	Überversorgung im klinischen Alltag aus der Perspektive der empirischen Forschung	50
1.2.2.1	Wahrnehmung von Überversorgung im Klinikalltag	50
1.2.2.2	Mögliche Gründe für Überversorgung im Klinikalltag	51
1.2.3	Ethische und rechtliche Probleme bei Überversorgung	53
1.2.3.1	Gibt es ein Recht auf maximale Therapie?	54
1.2.3.2	Gründe, dass Patienten oder Angehörige maximale Therapie verlangen	55
1.2.3.3	Verletzung des Prinzips des Nicht-Schadens	55
1.2.3.4	Soll „Futility“ als normatives Konzept benützt werden dürfen?	55
1.2.3.5	Missbrauch des Futility-Konzepts für unlautere Kosteneinsparung	56
1.2.4	Diagnose „Überversorgung“: Identifikation und Handhabung im beruflichen Alltag	56
	Fazit für die klinische Praxis	58
	Literatur	59

2	ETHISCHE GRUNDLAGEN.....	61
2.1	„Warum überhaupt ethisch handeln?“ – oder: Zum Nutzen einer medizinethischen Leitlinie.....	62
2.1.1	Ethik als verbindliches und vernünftiges Anliegen.....	62
2.1.2	Explizite Werte und Prinzipien als ethische Hilfsmittel.....	64
2.1.3	Wissenschaftlichkeit und professioneller Erfahrungshintergrund in der Ethik.....	66
2.1.4	Ethische Hilfsmittel in METAP.....	69
2.2	Werte, Prinzipien und Normen.....	71
2.2.1	Was ist Moral?.....	71
2.2.2	Was ist Ethik?.....	72
2.2.2.1	Was ist Medizinethik?.....	73
2.2.2.2	Warum brauchen wir (Medizin-)Ethik?.....	74
2.2.3	Werte.....	75
2.2.3.1	Wissenschaftlichkeit und Begründung.....	75
2.2.3.2	Größtmöglichstes Wohlergehen und gutes Leben – Guter Tod.....	76
2.2.3.3	Freiheit und Selbstbestimmung.....	79
2.2.3.4	Gerechtigkeit.....	82
2.2.3.5	Mitgefühl, Fürsorge und Respekt.....	83
2.2.3.6	Konflikt- und Konsensfähigkeit (Kommunikationsfähigkeit).....	84
2.2.4	Prinzipien.....	85
2.2.4.1	Hilfeleistung (Beneficence).....	85
2.2.4.2	Schadensvermeidung (Non-maleficence).....	86
2.2.4.3	Respekt vor der Patientenautonomie.....	86
2.2.4.4	Prinzip Gerechtigkeit.....	86
2.2.4.5	Wahrhaftigkeit.....	87
2.2.5	Normen.....	88
2.2.5.1	Normen im Zusammenhang mit der Patientenautonomie.....	88
2.2.5.2	Normen im Zusammenhang mit der Gerechtigkeit.....	94
2.2.6	Diskursethik.....	97
2.2.6.1	Das diskursethische Moralprinzip.....	98
2.2.6.2	Der praktische Diskurs als Prüfverfahren.....	98
2.2.6.3	Diskursregeln.....	99
2.2.7	Ethische Angemessenheit.....	102
	Fazit für die klinische Praxis.....	104
	Literatur.....	105
3	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN.....	107
3.1	Bestimmung und Bedeutung der Prognose bei schwierigen Therapieentscheiden.....	108
3.1.1	Einführung.....	108
3.1.2	Begriffsklärung.....	108
3.1.3	Nosologische versus individuelle Prognose.....	109
3.1.4	Prognosestellung über die Zeit.....	109
3.1.5	Prognosescores.....	109

3.1.6	Wie stellen Ärztinnen und Ärzte eine Prognose?.....	111
3.1.7	Empfehlungen von Fachdisziplinen.....	112
3.1.8	Schwierigkeiten und Gefahren bei der Prognosestellung.....	113
3.1.9	Umgang mit Unsicherheit in der Medizin.....	115
	Fazit für die klinische Praxis.....	117
	Literatur.....	117
3.2	Definition und Prüfung der Urteilsfähigkeit.....	119
3.2.1	Begriffe.....	119
3.2.2	Wann ist ein Patient, eine Patientin urteilsfähig?.....	119
3.2.3	Wie kann Urteilsfähigkeit in der Praxis überprüft werden?.....	121
3.2.4	Wie kann das Betreuungsteam bei Unsicherheit der Urteilsfähigkeit verfahren?.....	123
3.2.5	Rechtliche Aspekte.....	126
	Fazit für die klinische Praxis.....	127
	Literatur.....	127
3.3	Palliative Care – Übergang von einem kurativen zu einem palliativen Therapieziel.....	128
3.3.1	Was ist Palliative Care?.....	128
3.3.2	Wichtige Prinzipien der Palliative Care.....	128
3.3.3	Aspekte der Mikroallokation im Zusammenhang mit Palliative Care.....	129
3.3.4	Übergang von einem kurativen zu einem palliativen Therapieziel.....	130
3.3.5	Sterbehilfe.....	130
	Fazit für die klinische Praxis.....	132
	Literatur.....	132
4	ENTSCHEIDUNGSPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN – AUSGEWÄHLTE DENKFEHLER BEIM ENTSCHEIDEN.....	133
4.1	Einleitung.....	134
4.2	Merkmale medizinethischer Entscheidungssituationen.....	135
4.3	Systematische Denkfehler bei komplexen medizinethischen Entscheidungsprozessen.....	136
4.3.1	Beispiele ausgewählter systematischer Denkfehler in Gruppen.....	136
4.3.1.1	Prozessverlust: Tendenz von Gruppen sich auf das zu konzentrieren, was alle Gruppenmitglieder wissen.....	136
4.3.1.2	Wann sind Gruppenentscheide den Einzelentscheiden vorzuziehen?.....	138
4.3.1.3	Gruppendenken.....	138
4.3.1.4	Gruppengröße und ihr Einfluss auf die Konsensbildung.....	139
4.3.1.5	Theorie zum sozialen Einfluss (Social Impact Theory).....	139
4.3.2	Beispiele ausgewählter individueller Denkfehler.....	140
4.3.2.1	Gerechte-Welt-Glaube.....	140
4.3.2.2	Stereotypen, Vorurteile.....	142
4.3.2.3	Unterlassungsfehler (Omission-Bias).....	142

4.4	Intuitive versus analytische Entscheidungsstrategie und ihr Einfluss auf die Entscheidungsqualität.....	143
4.4.1	Analytische Entscheidungsstrategie.....	143
4.4.2	Nichtanalytische Entscheidungsstrategie.....	144
4.5	Vorschlag: Wie können Denkfehler bei der Ethikberatung oder ethischen Fallbesprechung verringert werden?.....	147
	Fazit für die klinische Praxis.....	150
	Literatur.....	151
5	AUSGEWÄHLTE RECHTLICHE ASPEKTE IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH UND LUXEMBURG.....	153
5.1	Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, stellvertretende Entscheidung und gesetzliche Betreuung.....	154
5.1.1	Patientenverfügung.....	154
	Deutschland.....	154
	Österreich.....	155
	Luxemburg.....	156
5.1.2	Vorsorgevollmacht.....	158
	Deutschland.....	158
	Österreich.....	159
5.1.3	Stellvertretende Einwilligung.....	160
	Deutschland.....	160
	Österreich.....	161
5.2	Lebensende.....	163
5.2.1	Tötung auf Verlangen/„Sterbehilfe“.....	163
	Deutschland.....	163
	Österreich.....	163
	Luxemburg.....	164
5.2.2	Beihilfe zum Suizid/Assistierter Suizid.....	165
	Deutschland.....	165
	Österreich.....	166
	Luxemburg.....	166
5.3	Chancengleichheit (Mikroallokation, Rationierung).....	167
	Deutschland.....	167
	Österreich.....	167
	Luxemburg.....	168
5.4	Ärztliche Aufklärung des Patienten.....	168
	Deutschland.....	168
	Österreich.....	169
	Luxemburg.....	170
5.5	Umgang mit Behandlungsfehlern.....	171
	Deutschland.....	171
	Österreich.....	172
	Luxemburg.....	173
	Literatur.....	174

II	ASPEKTE DER PRAKTISCHEN UMSETZUNG DER ENTSCHEIDUNG.....	175
6	SELBSTBESTIMMUNG UND GERECHTIGKEIT – PRAKTISCHE BEDEUTUNG FÜR DEN PROFESSIONELLEN AUFTRAG.....	177
6.1	Praktische Bedeutung der Selbstbestimmung.....	178
6.1.1	Inhaltliche Bestimmung des Rechts auf Selbstbestimmung.....	178
6.1.2	Urteilsfähigkeit und Information als Voraussetzung für selbstbestimmte Willensbildung.....	179
6.1.3	Patient, Patientin lehnt Informationen über den Krankheitszustand ab.....	181
6.1.4	Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und den ethischen Prinzipien der Hilfeleistung und der Schadensvermeidung.....	182
6.1.5	Kulturell und historisch geprägtes Autonomieverständnis.....	182
6.2	Praktische Bedeutung der Gerechtigkeit.....	183
6.2.1	Einleitung.....	183
6.2.2	Verfahrensethische Maßnahmen zur Unterstützung der Gerechtigkeit.....	184
	Fazit für die klinische Praxis.....	186
	Literatur	188
7	ERMITTELN DES PATIENTENWILLENS.....	198
7.1	Urteilsfähige Patienten: Ermitteln des direkten Patientenwillens.....	190
7.1.1	Ermittlung des direkten Patientenwillens beim urteilsfähigen Patienten.....	190
7.1.2	Probleme der Adhärenz beim urteilsfähigen Patienten.....	190
7.1.3	Können entmündigte oder unmündige Patienten und Patientinnen urteilsfähig sein?.....	191
7.2	Urteilsunfähiger Patient: Ermitteln des mutmaßlichen Patientenwillens.....	191
7.2.1	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen.....	192
7.2.1.1	Was ist eine Patientenverfügung?.....	192
7.2.1.2	Charakteristika einer „guten“ Patientenverfügung?.....	192
7.2.1.3	Rechtliche Gültigkeit der Patientenverfügung.....	193
7.2.1.4	Widerruf einer schriftlich verfassten Patientenverfügung.....	193
7.2.1.5	Konfliktsituationen.....	194
7.2.1.6	Gesetzliche Vertretungsregelung.....	194
7.2.1.7	Was ist eine Vorsorgevollmacht?.....	194
7.2.1.8	Unterschiede zwischen Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.....	194
7.2.2	Hinweise aus der Biographie und frühere mündliche Äußerungen des Patienten als Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen.....	195
7.2.3	Entscheidung des gesetzlichen Vertreters.....	196
7.2.3.1	Wer ist gesetzlicher Vertreter des Patienten?.....	196
7.2.3.2	Der gesetzliche Vertreter entscheidet gegen das wohlverstandene Patienteninteresse.....	196
7.2.4	Nonverbale Äußerungen des Patienten, der Patientin als Indiz des mutmaßlichen Patientenwillens.....	196

7.3	Handeln im wohlverstandenen Interesse des Patienten.....	197
	Fazit für die klinische Praxis.....	198
	Literatur.....	199
8	GEMEINSAMES ENTSCHEIDEN MIT DEM URTEILSFÄHIGEN PATIENTEN, DER URTEILSFÄHIGEN PATIENTIN.....	201
8.1	Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung.....	202
8.2	Was bedeutet Informed Consent?.....	204
8.3	Was beinhaltet Informed Consent, Shared-Decision-Making, ein gutes Aufklärungsgespräch?.....	205
8.4	Rolle der Pflege beim gemeinsamen Entscheiden.....	208
8.5	Schwierigkeiten beim gemeinsamen Entscheiden.....	208
8.6	Was wollen Patienten?.....	209
8.7	Ausnahmen für den Informed Consent.....	210
8.8	Rechtliche Aspekte des Informed Consent - Aufklärungspflicht.....	210
8.9	Hilfsmittel für einen gemeinsamen Entscheid.....	213
	Fazit für die klinische Praxis.....	214
	Literatur.....	216
9	ANGEHÖRIGE BZW. STELLVERTRETENDE BEZUGSPERSONEN UND IHRE ROLLE BEI SCHWIERIGEN THERAPIEENTSCHEIDEN.....	217
9.1	Wer soll als Angehöriger bezeichnet werden?.....	218
9.2	Rolle von Angehörigen beim Entscheiden.....	218
9.3	Aussagen von Angehörigen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.....	219
9.4	Unterscheidung zwischen Angehörigen und stellvertretender Bezugsperson des Patienten.....	219
9.5	Rolle von Angehörigen bei Therapieentscheiden im neuen Erwachsenenschutzrecht der Schweiz.....	220
9.6	Mögliche Ursachen von Entscheidungskonflikten bzw. Uneinigkeit.....	220
9.7	Merkmale bei der Konfliktlösung.....	222
9.8	Verfahren bei der Konfliktlösung.....	223
	Fazit für die klinische Praxis.....	226
	Literatur.....	227

III	ETHISCHE PROBLEMLÖSUNG MIT DEM ESKALATIONSMODELL VON METAP	229
10	ETHISCHE PROBLEMANALYSE UND LÖSUNGSSTRATEGIEN: DAS ESKALATIONSMODELL VON METAP	231
10.1	Grundlagen des Eskalationsmodells: Hintergrund, Besonderheiten und Ziele	232
10.1.1	Besonderheiten des Eskalationsmodells	232
10.1.2	Ziele des Eskalationsmodells	233
10.1.3	Implementierung – Verankerung bei den Mitarbeitenden durch Bildung einer Steuergruppe	233
10.1.4	Implementierung – Verankerung in bereits bestehende Organisationsstrukturen	234
10.2	Ethische Problemlösung mit dem vierstufigen Eskalationsmodell von METAP	234
10.3	Beschreibung der vier Eskalationsstufen	236
10.3.1	Eskalationsstufe 1: Eigene Orientierung	237
10.3.2	Eskalationsstufe 2: Beratung mit Steuergruppenmitglied	237
10.3.3	Eskalationsstufe 3: Ethische Fallbesprechung im Team	237
10.3.3.1	Wann empfiehlt sich eine Fallbesprechung	237
10.3.3.2	Besonderheiten der ethischen Fallbesprechung	238
10.3.4	Eskalationsstufe 4: Ethikberatung mit zusätzlicher Hilfe einer Fachperson	239
	Fazit für die klinische Praxis	239
	Literatur	240
11	ETHISCHE FALLBESPRECHUNG – STUFE 3 DES ESKALATIONSMODELLS	241
11.1	Grundlagen der ethischen Fallbesprechung	242
11.1.1	Was ist eine ethische Fallbesprechung und wann gelangt sie zur Anwendung?	242
11.1.2	Entwicklung des Verfahrens	242
11.1.3	Entscheidungshilfen von METAP	242
11.1.4	Indikationen für eine ethische Fallbesprechung – Klinische Beispiele	234
11.1.5	Rolle des Patienten bzw. seiner stellvertretenden Bezugsperson während der ethischen Fallbesprechung	244
11.2	Vorbereitung der ethischen Fallbesprechung	245
11.2.1	Aufgaben der Steuergruppe bei der Vorbereitung	245
11.2.2	Informationssammlung	246
11.2.3	Risikokriterien – Einschätzung des Risikos für Über-, Unter- und Ungleichversorgung	247
11.3	Rahmen der ethischen Fallbesprechung	249
11.3.1	Gesprächsteilnehmende	249
11.3.2	Gesprächsmoderation	249
11.3.3	Zeitlicher Rahmen	250

11.4	Durchführung der Ethischen Fallbesprechung im interprofessionellen Team.....	251
11.4.1	Einführung.....	251
11.4.2	Ablauf der ethischen Fallbesprechung im Detail.....	251
11.4.2.1	Phase 1: Sammlung und Verarbeitung von Informationen.....	253
11.4.2.2	Phase 2: Lösungssuche und vorläufige Entscheidung.....	254
11.4.2.3	Phase 3: Planung der Umsetzung und Dokumentation.....	256
11.5	Umgang mit dem erarbeiteten Ergebnis bzw. der Entscheidung.....	258
11.5.1	Verbindlichkeit.....	259
11.5.2	Dokumentationspflicht.....	259
11.5.3	Informationsweitergabe und Schweigepflicht.....	259
11.5.4	Widerruf.....	260
11.5.5	Reevaluation.....	260
11.5.6	Rechtliche Verantwortung.....	260
	Fazit für die klinische Praxis.....	261
	Literatur.....	264
12	ETHIKBERATUNG IN DER KLINIK: EIN INTEGRATIVES MODELL FÜR DIE PRAXIS UND IHRE REFLEXION – STUFE 4 DES ESALATIONSMODELLS.....	265
12.1	Einleitung.....	266
12.2	Formen der ethischen Unterstützung (Ethikberatung) in der stationären Patientenversorgung.....	268
12.3	Was ist eine typische Fallkonstellation für die klinische Ethikberatung?.....	272
12.4	Ein integratives Modell.....	274
12.4.1	Inventar der Aktivitäten und Stufenmodell: Wie gehen wir mit der normativen Dimension um?.....	275
12.4.2	Anwendung auf das Fallbeispiel.....	276
12.5	Diskussion.....	279
	Literatur.....	280
IV	ANHANG.....	283
	GLOSSAR.....	285
	MATERIALIEN.....	309
M1	Identifikation des ethischen Problems.....	310
M2	Hilfsmittel für die Informationssammlung.....	311
	– Checkliste zur Informationssammlung.....	311
	– Diagnose von über-, Unter- oder Ungleichversorgung.....	312
M3	Hilfsmittel für die ethische Fallbesprechung.....	313
	– Checkliste zur Vorbereitung der ethischen Fallbesprechung.....	313
	– Ablaufschema für die ethische Fallbesprechung.....	314
	– Problemmatrix.....	315
	– Ethische Evaluation der Therapieoption.....	316
	– Protokollmaske für die ethische Fallbesprechung.....	317