

Das Jahr 2001



DIALOG ETHIK

Kompetent entscheiden – menschlich handeln!

SCHWERPUNKT ■ Seite 7

**Intensivmedizin:
Im Wettrennen um die Zeit**

HUMANDOKUMENT ■ Seite 9

Es ist nie zu früh!

ETHIK UND MITTELVERTEILUNG ■ Seite 18

Tretet die Debatte los!

Tätigkeitsbericht

Das Wort des Präsidenten

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Anfangshürden sind genommen! DIALOG ETHIK ist es gelungen, sich auf dem Gebiet der praxisorientierten Ethik einen guten Namen zu schaffen. Unser System der 7-Schritte ethischer Urteilsfindung wird heute vielerorts bei schwierigen Therapieentscheiden angewendet, und das Konzept der Ethik-Foren ist heute im Alltag verschiedener Kliniken fester Bestandteil. Eine weiteres Zeichen allgemeiner Anerkennung von DIALOG ETHIK stellen die grösseren finanziellen Zuwendungen der Paul-Schiller-Stiftung in Zürich und der Binding Stiftung in Basel dar. Dieses zweckgebundene Geld dient dazu, ein Konzept einer berufsbegleitenden, praxisorientierten Ausbildung für ethische Entscheide in Medizin und Pflege zu entwickeln und umzusetzen – als Unterstützung im täglichen Ringen um Leben, Leiden und Sterben. Die Ausbildung wird im August 2003 beginnen.

Es lohnt sich, mit dabei zu sein! Ihnen als Vereinsmitglied danken wir für Ihre Unterstützung und hoffen, ihre Erwartungen auch fortan erfüllen zu können. Sind Sie noch nicht Mitglied von DIALOG ETHIK, möchten wir Sie natürlich gerne für eine Mitgliedschaft gewinnen! So oder so, wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.



Mit freundlichen Grüssen

*PD Dr. Johann Steurer
Vereinspräsident*

INHALT

- | | | | |
|----|---|--|--|
| 3 | Editorial | | |
| 4 | Bericht der Institutsleitung | | |
| | Schwerpunkt | | |
| 7 | Intensivmedizin: Im Wettrennen mit der Zeit | | |
| | HumanDokument | | |
| 9 | Es ist nie zu früh | | |
| 10 | Achtung! Nur im Grundsatz verbindlich | | |
| | Ausbildung für Sie | | |
| 11 | Entlastung für den Berufsalltag | | |
| 13 | Schulungen: Theorie und Praxis zusammenführen | | |
| | | | |
| | | | Ethik im Spital |
| 14 | | | Das Ethik-Forum – Qualitätssicherung im Alltag |
| 15 | | | Sterben und Suizid sind keine Privatsache |
| | | | Ethik und Mittelverteilung |
| 17 | | | Mut zur Transparenz |
| 18 | | | Tretet die Debatte los! |
| 19 | | | Kurzlexikon |
| 20 | | | Arbeits- und Projektgruppen |
| 22 | | | Organisation |

«Ich arbeite gerne im Institut DIALOG ETHIK mit, seine interdisziplinäre Gesprächskultur fasziniert mich. Zudem überzeugt die konsequente Verbindung von Theorie und Praxis.»

Editorial

3

DIALOG ETHIK, also der Verein und sein Institut, sind in mancherlei Hinsicht ein Laboratorium, in dem viel experimentiert wird. Da sind zunächst die Sachthemen! Um sie geht es vor allem. Doch für DIALOG ETHIK typisch: Das Institut beschäftigt sich auch immer wieder und ganz praktisch mit Fragen der Methodik.



DR. THEOL.
HEINZ RÜEGGER
MITGLIED
DES INSTITUTSTEAMS

Viele Fachleute arbeiten gerne mono-disziplinär: Mediziner, Juristen oder Philosophen etwa verharren zunächst auf ihrer rein fachspezifischen Binnenperspektive. Das ist legitim und erlaubt sicher ein relativ speditives Vorkommen – allerdings nur gerade in Richtung der eigenen disziplinären Geleise. DIALOG ETHIK setzt hier anders an, fährt auf mehreren Geleisen und verpflichtet sich, grundsätzlich interdisziplinär zu arbeiten. Am Institut arbeiten derzeit Fachleute aus Humanmedizin, Psychiatrie, Veterinärmedizin, Pflege, Biologie, Philosophie, Theologie, Soziologie, Recht und Ökonomie!

Wer ernsthaft versucht, in dieser Breite interdisziplinär zu arbeiten, wird bald merken: das ist sehr viel anspruchsvoller als das Gespräch unter Fachkolleginnen; es braucht mehr Zeit und vor allem die Bereitschaft, die eigene Sicht zu Gunsten einer umfassenderen Perspektive zurückzunehmen. Das Gespräch so umfassend zu pflegen ist ein lehrreiches Unterfangen, regt an und erweitert den eigenen Horizont. DIALOG ETHIK ist der Überzeugung, dass ethische Fragen im Gesundheitswesen letztlich nur in einer solchen interdisziplinären Gesprächskultur sachgerecht angegangen werden können. Das zeigt sich besonders deutlich im Alltag der Intensivmedizin (siehe Seite 7).

Darum über wir von DIALOG ETHIK uns beharrlich in solcher Interdisziplinarität. Wir sind der Meinung, dadurch über die ethische Diskussion im engen Sinne hinaus einen wichtigen Beitrag zur Lebenskultur in unserer Gesellschaft zu leisten – einer Gesellschaft, die immer pluraler wird und dringend auf Menschen angewiesen ist, die eine solche Gesprächskultur selber pflegen und breit bekannt machen wollen.

«Der einzige Mensch, der sich vernünftig benimmt, ist
mein Schneider. Er nimmt jedes Mal neu Mass, wenn er
mich trifft. Die andern legen immer die alten Massstäbe
an und meinen sie gelten heute noch für mich.»

GEDICHT VON G. B. SHAW

Respekt – das Mass aller Dinge

Alltag in der Klinik. Die Lage ist ernst, die Diagnose steht, Ideen und Alternativen gibt's reichlich. Die Therapie kann beginnen. – Wirklich? Soll überhaupt etwas getan werden oder wäre das Gegenteil auch eine ernst zu nehmende Option? Abbruch, aus und fertig? Und dann noch dies: Wer von den Angehörigen oder den Begleitpersonen darf, ja soll mitentscheiden? Und was, wenn gar Kulturen und Religionen aufeinander prallen?



DR. THEOL.
RUTH BAUMANN-HÖLZLE
INSTITUTSLEITERIN

Solche Fragen bedrängen die Menschen im täglichen Ringen um Leben, Leiden und Sterben immer und immer wieder. Patientinnen und Patienten, Pflegende, Ärzte und viele andere Fachleute erarbeiten sich immer neue Optionen, und diese zwingen zur Wahl. Entschieden wird immer, aber nicht immer bewusst!

Im Brennpunkt dieser Entscheide steht die Autonomie der Patienten. Autonomie meint zunächst, was nicht geschehen darf: Niemand darf ungefragt instrumentalisiert werden. Doch Autonomie sagt nichts darüber, ob die einzelne Handlung dem Menschen auch angemessen ist. Dieses Mass ist zusammen mit dem Patienten jedesmal neu zu bestimmen. Ein hartes Stück Arbeit! Und genau hier setzt DIALOG ETHIK mit seinem Engagement ein. Menschen in Not und ihre Angehörigen, die Pflegenden und Ärztinnen und Ärzte sollen mit den zu treffenden Entscheiden auch nach Jahren noch leben können.

Mass nehmen

DIALOG ETHIK unterstützt und fördert die Menschen im Gesundheitswesen in ihrer Kompetenz zu entscheiden. Zum Beispiel mit Instrumenten für verbindliches, strukturiertes Vorgehen, welche unser Team zusammen mit Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen und Fachrichtungen entwickeln. An Kliniken in den Kantonen Zürich, Schaffhausen und St. Gallen betreiben wir so genannte Ethik-Foren.

Gross ist mittlerweile die Nachfrage nach Schulung in Ethik, um die Kompetenz in der Entscheidungsfindung zu stärken. DIALOG ETHIK bietet ab August 2003 eine interdisziplinäre, klar auf die Praxis ausgerichtete Ausbildung für Berufstätige im Gesundheitswesen an. Zunächst will der Lehrgang die allgemeine ethische Entscheidungskompetenz schulen und fördern. In einem zweiten Schritt lernen die Auszubildenden, wie (Team-) Prozesse bis hin zum eigentlichen Entscheid erfolgreich zu leiten und zu moderieren sind.

Möglich wird dieses Projekt dank grösseren finanziellen Zuwendungen der Paul-Schiller-Stiftung in Zürich und der Binding Stiftung in Basel – ein Zeichen dafür, dass es DIALOG ETHIK braucht und dass mit professionellem Fundraising gutes Geld aufzutreiben ist für die wichtige Aufgabe, den Menschen in ethischen Fragen Orientierung zu bieten.

Welche Rolle spielen eigentlich die Pflegenden in diesem ganzen interdisziplinären Prozess ethischer Entscheidungsfindung? Ewald Schorro

untersucht diese Frage zur Zeit im Rahmen seiner Abschlussarbeit für die Fachhochschule Aarau, und zwar am Beispiel einer Intensivstation des Universitätsspitals Zürich. DIALOG ETHIK begleitet und unterstützt ihn dabei mit Kräften.

Mass finden

Am Universitätsspital Zürich, auf der Intensivstation für Neugeborene, hat DIALOG ETHIK zusammen mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Team der Klinik ein neues Modell zur Entscheidungsfindung entwickelt und geprüft. Eine Studie des Nationalfonds bestätigt mittlerweile seine Tauglichkeit für die Praxis. Und die Direktion des Universitätsspitals Zürich hat im Dezember 2001 diese Arbeit mit einem hoch dotierten Preis honoriert. Unter dem Titel «An der Schwelle zum eigenen Leben» publiziert DIALOG ETHIK Anfang Juni dieses Modell des medizin-ethischen Arbeitskreises Neonatologie als drittes Buch seiner Reihe im Peter Lang Verlag. Auch das «HumanDokument», unsere Patientenverfügung, ermächtigt und entlastet die Menschen in all jenen Fällen, in denen Patientinnen und Patienten ihren Willen nicht mehr selbst formulieren können. Das «HumanDokument» ist im vergangenen Jahr auf sehr grosses Echo gestossen und wird diesen Frühling neu lanciert, zusammen mit verschiedensten Partnern.

Mass halten

Stumme Schreie in grossen Lettern: Antinori klonst eine Frau! Menschliche Embryonen helfen Parkinsonpatienten! Die Niederlande erlauben die aktive Sterbehilfe gesetzlich! Die Stadt Zürich ermöglicht die Beihilfe zum Suizid in ihren Alters- und Pflegeheimen! Ein Pfleger im Kanton Luzern tötet Pflegeheimbewohnerinnen! –

Die Liste solcher Schlagzeilen liesse sich beliebig verlängern. DIALOG ETHIK stellt sich diesen Fragen und engagiert sich gesellschaftspolitisch für Freiheit und Fairness im Gesundheitswesen.

Wir haben Einsitz in der Nationalen Ethik Kommission (NEK), in der kantonalen Ethik Kommission (KEK) des Kantons Zürich und in einer Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), welche die Richtlinien für alte Menschen in Heimen überarbeitet. Wir erstellen Gutachten, etwa zuhänden des Bundesamts für Justiz (Gutachten zur Gewissensfreiheit des Personals im Gesundheitswesen). Und zusammen mit dem Schweizerischen Tropeninstitut in Basel haben wir den Bericht zur Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen verfasst und veröffentlicht – eine Arbeit mit schlechten Erinnerungen: Das zunächst mündlich zugesagte Geld floss nicht, was das Institut DIALOG ETHIK finanziell enorm belastete. Doch zurück zum Inhalt: Die Studien unter Leitung von Dr. med. PhD MPH Doris Schopper zeigen viele interessante Aspekte der Leistungs- und Mittelverteilung in den Kantonen Zürich und Basel Stadt auf. Deutlich wird auch, wie unendlich komplex die Problematik und wie schwierig es ist, überhaupt an relevante Daten des schweizerischen Gesundheitswesens heranzukommen.

Gefragt sind also grundsätzliche Überlegungen zur fairen Ressourcen-Verteilung; Tatjana Weidmann-Hügler von DIALOG ETHIK bearbeitet genau diese Fragen in ihrer laufenden Dissertation.

Ausblick

All diese Tätigkeiten müssen koordiniert, organisiert und finanziert werden. Der Organisationsentwicklung und der Beschaffung von Geld

mittels Fundraising habe ich im vergangenen Jahr einen ganz wesentlichen Teil meiner Arbeit als Institutsleiterin gewidmet – wie bereits erwähnt mit Erfolg! Neben den genannten Stiftungen unterstützt uns auch die reformierte Landeskirche des Kantons Zürich für die nächsten drei Jahre finanziell. Weiter stellt uns die Stiftung Diakoniewerk Neumünster den Theologen Heinz Rüegger einen Tag pro Woche als zusätzliche Arbeitskraft zur Verfügung. Nun heisst es dran bleiben und fortfahren mit dem Aufbau in der Geschäftsleitung, der Kommunikation, dem Fundraising und in der politischen Arbeit.

Unsere Engagements packen wir mit Verstand und Herz an! Es ist unser Hauptanliegen, dass alle Menschen im Gesundheitswesen – als Patientinnen und Patienten, als Ärztinnen und Ärzte, als Pflegende und als Angehörige – im Ringen um Leben, Leiden und Sterben ernst genommen werden. Dieser Respekt ist Voraussetzung für menschliches Handeln.

Unser Tätigkeitsbericht gibt Ihnen einen Überblick über unsere Engagements. Möchten Sie mehr wissen, so fragen Sie nach! Wir von **DIALOG ETHIK** jedenfalls sind auf Ihre ideelle und finanzielle Unterstützung angewiesen. Und wir zählen auf Sie!

Herzlichen Dank!



Ihre Ruth Baumann-Hölzle



Im Wettrennen um die Zeit!

Auf einer Intensivstation wird gekämpft, um das Leben mitten im Leiden und Sterben. Wer auf der Intensivstation liegt, bangt um sein Leben. Und jene, die dort arbeiten, ringen um das Leben der ihnen Anvertrauten. Wann aber ist es Zeit, mit diesem Ringen aufzuhören und das Sterben zuzulassen? Wer bemüht sich um eine gute Qualität im Sterben?

Absoluter Bezugspunkt bei diesen Entscheiden ist der Patient mit seinem Lebensentwurf. Doch der Anspruch auf Autonomie wirft im Alltag der Intensivstation vielfältige Probleme auf. Zunächst überwiegt das Moment der Abhängigkeit. Um überhaupt wissen zu können, welche der medizinischen und pflegerischen Handlungsmöglichkeiten die Betroffenen in Anspruch nehmen wollen, müssen gerade in der Not die richtigen Informationen vorliegen und genügend Raum und Zeit zur Verfügung stehen, um selbst zum Entscheid zu gelangen. Das Personal ist gefordert: Es hat den Patienten auf dem Weg seiner Entscheidungsfindung zu beraten und zu begleiten, ohne ihn dabei zu manipulieren – eine Aufgabe vergleichbar mit jener einer Hebamme, die eine Mutter bei der Geburt begleitend unterstützt – und nicht mehr.

Ist der Patient, die Patientin dagegen unfähig zu urteilen und muss stellvertretend ein Entscheid getroffen werden, übernimmt – um beim Bild zu bleiben – das Personal die Rolle der Geburtshelferin, die unter Umständen direkt in den Geburtsprozess eingreift. Können Patienten also nicht selbst eine informierte Zustimmung abgeben, besteht die moralische Ver-

pflichtung, nach ihrem so genannt «mutmasslichen Willen» zu forschen und diesem gemäss eine Entscheidung zu fällen. Die Angehörigen liefern dabei oft die entscheidenden Informationen. Doch oft können sie einen geliebten Menschen nicht oder nur schwer gehen lassen, oder aber sie verfolgen ein persönliches Interesse beim Tod eines Menschen. Die Angehörigen

Das Zürcher Modell für Neugeborene

Ein Arzt und eine Pflegende stellen zuerst den medizinischen und pflegerischen Sachverhalt sowie den Lebenskontext eines Kindes vor. Nachher wird das konkrete ethische Dilemma benannt. Der ethische Entscheid entwickelt sich dann anhand folgender Fragen:

- Wie gross sind die Überlebenschancen, wenn die Intensivmassnahmen fortgesetzt werden? – Wie gross sind sie, wenn diese unterlassen werden? (Verlängerung des Sterbens?)
- Wie belastend und schmerzhaft sind weitere lebenserhaltende Massnahmen für das Kind? (Verursacht die Behandlung Leiden?)
- Wann wird das Kind nicht mehr von medizinischen Massnahmen abhängig sein und wann kann es von den Apparaten befreit werden? (Besteht Hoffnung auf selbständige Vitalfunktionen?)
- Welche irreversiblen, langfristigen Schädigungen sind zu erwarten? (Wie ist die zukünftige Lebensqualität einzuschätzen, wie wahrscheinlich die Möglichkeit, Entscheidungsfreiheit zu erreichen?)

spielen deshalb im Entscheidungsprozess eine wichtige Rolle, aber der Entscheid kann ihnen nicht zugespielt werden. Einzige Ausnahme: eine Patientenverfügung, die Angehörige explizit zum Entscheid ermächtigt. Wobei dann oft die Frage zu klären ist, wer denn überhaupt zu den Angehörigen zu zählen sei.

Wie aber gelangen die Beteiligten zu einem vertretbaren Entscheid? Für den Fall von Neugeborenen auf einer Intensivstation hat der medizin-ethische Arbeitskreis Neonatologie am Universitätsspital in Zürich, den ich während sieben Jahren leiten durfte, das Zürcher Modell entwickelt. Zur Zeit arbeiten verschiedene Ethik-Foren an Spitälern sowie zwei Arbeitsgruppen am Universitätsspital Zürich an der Umsetzung des Modells für die Entscheidfindung bei Erwachsenen.

Die wichtigste Überlegung dabei lautet: Welche medizinischen und pflegerischen Massnahmen sind dem Patienten zuzumuten? Dabei erkannte die Arbeitsgruppe – einem Meilenstein gleich –, dass für den Prozess des Entscheidens nicht nur die Fragen nach der Chance zu überleben oder nach der neu zu findenden Lebensqualität wichtig sind, sondern ebenso die Frage nach der Qualität des Sterbens.

Solche ethischen Abwägungen bedingen eine sehr gute Zusammenarbeit von Medizin und Pflege. Wie die bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung des Zürcher Modells zeigen, fördern verbindliche Entscheidungsstrukturen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und wirken entlastend für die Behandlungsteams. Was bleibt, ist das Ringen um Leben, Leiden und Sterben; Entscheidungsmodelle machen es lediglich erträglicher. Das modellhafte, strukturierte Vorgehen nimmt der Beliebigkeit der Einzelmeinung ihre Kraft und fördert so faire Entscheide für alle.

DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE

Es ist nie zu früh!

*Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andere, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.*

(AUS «STUFEN» VON HERRMANN HESSE)



KATHARINA BÄRTSCHI
BIBLIOTHEKARIN

Herrmann Hesse umschreibt in diesem Gedicht den Willen zum Leben als Zauber, der uns beschützt und hilft. Eine Kraft, die sich im Verlaufe des Lebens verändert, abnimmt, ermattet, sich vielleicht nochmals aufbäumt und schliesslich ganz versiegt.

Wer im Alter mit seinen Nachkommen über sein Sterben sprechen kann, krönt das gemeinsame Vertrauensverhältnis. Im «HumanDokument» werden dann die Wünsche und der persönliche Wille festgehalten.

Niemand kennt jedoch die Stationen seines Lebens. Ein Unfall, ein Herzinfarkt, eine Hirnblutung können Gründe dafür sein, dass ein Mensch in die Intensivstation des Spitals eingeliefert wird. Unter diesen Umständen ist es oftmals sehr schwierig, den Willen und die persönlichen Wünsche zu kommunizieren: Vielleicht hat sich der Patient bisher noch gar nie mit diesen Fragen auseinandergesetzt, oder er kann

sich in seiner momentanen Verfassung überhaupt nicht äussern. Die nächsten Angehörigen sind eventuell nicht erreichbar, oder von der Situation überfordert. Die vertrauteste Person ist vielleicht die LebenspartnerIn, die ohne Rechte und Pflichten einer EhepartnerIn da steht und in der Folge eben nicht zum Patienten vorgelassen wird.

Die meisten Menschen fühlen sich nach dem Niederschreiben ihres persönlichen Willens im «HumanDokument» regelrecht befreit, das habe ich in vielen Telefongesprächen der letzten Monate deutlich gespürt. Für schwierige Situationen in ihrem Leben entscheiden sie so über den einzuschlagenden Weg und entlasten damit auch ihre Angehörigen.

Meine Erfahrungen in der Betreuung pflegebedürftiger Kinder und Erwachsener in Familien sowie die vielen Erfahrungen als vormundschaftliches Behördenmitglied haben mich überzeugt, dass es nie zu früh ist, das «HumanDokument» auszufüllen. Es ist mir ein Anliegen, Interessenten möglichst umfassend zu informieren und bei Bedarf fachliche Unterstützung beizuziehen.

«HumanDokument» – 2001 in Zahlen

«HumanDokument» neu verschickt	222
· davon erfasst	92
· diverse Mutationen	44

Achtung: Nur im Grundsatz rechtsverbindlich!

Damit eine Patientenverfügung später auch das Erwünschte bewirkt, muss sie qualitativ genügen, aktuell sein und jederzeit zur Verfügung stehen. DIALOG ETHIK bietet entsprechende Dienste.



PROF. DR. JUR.
MAX BAUMANN

Wer vorsorgt für den Fall, dass er oder sie einmal handlungsunfähig wird, verfasst seine persönliche Patientenverfügung. Und geht zu Recht davon aus, dass das Recht die Anweisungen und damit die Autonomie grundsätzlich akzeptiert. Aber eben: Nur im Grundsatz! Was ist zu beachten?

Zur Autonomie des eigenen Willens

Wer eine Verfügung in gesunden Tagen verfasst, gibt damit nicht notwendigerweise die Einstellung des später schwerkranken, vielleicht sterbenden Menschen wider. Zunächst ist die Patientenverfügung also nur ein (allerdings sehr gewichtiges) Indiz, um einen mutmasslichen Willen zu rekonstruieren.

Wie weit ein solches Papier «Beweiskraft» entfaltet, hängt wesentlich von seiner Qualität und seiner Aktualität ab: Qualität meint, dass aus der Verfügung klar hervorgehen muss, wie die Verfasserin oder der Verfasser diese existentiellen Fragen für sich beantwortet hat. Die Aktualität der Verfügung bzw. der Zeitpunkt und die Umstände ihrer letzten «Revision» sind ganz entscheidende Indizien für einen konstanten und nicht geänderten aktuellen Willen des oder der Verfügenden.

Sind diese Bedingungen erfüllt, darf und muss die Verfügung als Wille des oder der Verfügenden verstanden und befolgt werden, es sei denn, es liegen zwingende Gegenindizien vor. Juristisch gesprochen erfolgt eine Umkehr der Beweislast zu Gunsten des Patientenwillens, wie er in der Verfügung zum Ausdruck kommt.

Wem dient die Patientenverfügung?

Zunächst natürlich dem Menschen, der die Verfügung verfasst. Er oder sie stellt damit sicher, dass die Behandlung bei Handlungsunfähigkeit wunschgemäss erfolgen wird. Darüber hinaus kann die Verfügung allen Beteiligten, Ärzteschaft, Pflegepersonal und Angehörigen, schmerzliche Entscheidungen abnehmen oder sie doch zumindest erleichtern. Eine Patientenverfügung zu akzeptieren, liegt also auch im Interesse derer, an die die Verfügung gerichtet ist.

Praktische Probleme

Qualitativ genügen, aktuell und jederzeit auffindbar sein – für diese drei Punkte bietet DIALOG ETHIK Lösungen an: Ein sorgfältig ausgearbeiteter Text und, auf Wunsch, Beratung beim Ausfüllen; ein Service für die periodische Aktualisierung; und schliesslich die elektronische Aufbewahrung und Möglichkeit, die Verfügung jederzeit abzurufen.



Ausbildung für Sie

11

Entlastung für den Berufsalltag

Berufstätige im modernen Gesundheitswesen tragen eine grosse Verantwortung, wenn es darum geht, angesichts der vielen Handlungsmöglichkeiten qualitativ gute Entscheidungen zu treffen. Solche sind nur möglich, wenn das eigene Werteprofil klar und die eigene Fähigkeit, kompetent Prozesse zur Entscheidungsfindung durchzuführen und zu leiten, gut ausgebildet sind.

Unterstützung bietet hier DIALOG ETHIK ab Juni 2003 mit einem interdisziplinären Ausbildungslehrgang für Berufstätige des Gesundheitswesens mit besonderem Interesse an bewusster ethischer Entscheidungsfindung. Die Ausbildung orientiert sich an der Praxis und vermittelt gleichzeitig das hierfür notwendige Grundlagen- und Hintergrundwissen. Der Lehrgang baut auf zwei sich ergänzenden Stufen auf:

Stufe I: Vermittlung von Grundkenntnissen und Förderung persönlicher ethischer Entscheidungskompetenz (Abschluss: Zertifikat)

Die interdisziplinäre Ausbildung vermittelt ethisches Grundwissen und befähigt die Teilnehmenden, eigene und fremde Werthaltungen zu analysieren sowie unterschiedliche Entscheidungsmodelle zu erkennen und anzuwenden.

Stufe II: Ausbildung zur Leitung von interdisziplinären ethischen Entscheidungsprozessen (Abschluss: Zertifikat)

Die Ausbildung vertieft das auf Stufe I erlernte Grundwissen und schult dabei vor allem die Fähigkeit, interdisziplinäre Prozesse zur Entscheidungsfindung im Bereich des Gesundheitswesens zu leiten.

Adressaten

Angesprochen sind Berufstätige aus verschiedenen Disziplinen, die im Bereich des Gesundheitswesens tätig sind, wie Pflegende, ÄrztInnen, SeelsorgerInnen, JuristInnen, HeimleiterInnen und andere, und die sich für die Klärung ethischer Fragen in ihrem Berufsfeld engagieren wollen. Wichtig wäre, dass die Arbeit gebenden Institution die InteressentInnen im Besuch einer solchen Ausbildung breit unterstützen.

Dauer und Methodik

Die Ausbildung dauert für beide Stufen je 4 x 2 Tage im Abstand von 6 Wochen. Die Teilnehmenden treffen sich alle sechs Wochen jeweils den ganzen Freitag und Samstag in einem Tagungszentrum. Gearbeitet wird nach den Methoden der Erwachsenenbildung. DIALOG ETHIK setzt voraus, dass die Teilnehmenden als Vorbereitung auf die Treffen jeweils ausführliche Lektürepenen im Selbststudium erarbeiten; entsprechende zeitliche Freiräume unbedingt einplanen! Die Inhalte werden anschliessend an den Sitzungen besprochen und im Sinne von problemorientiertem Lernen vertieft.

Anforderungen

Die Ausbildung setzt eine abgeschlossene Ausbildung und Berufstätigkeit in einem Bereich des Gesundheitswesens voraus – und ebenso die Bereitschaft, sich auf einen interdisziplinären Dialog mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens einzulassen und einen kritisch reflektierenden Umgang mit der Praxis einzuüben. Die Inhalte werden zum einem grossen

Teil durch individuelle Lektüre erarbeitet; genügend Zeit für Vor- und Nacharbeit der Kursveranstaltungen ist also unerlässlich.

Intensivtrainings, Coaching, Vernetzung und Information

Darüber hinaus bietet DIALOG ETHIK den AbsolventInnen Möglichkeiten zur Weiterbildung und Coaching und informiert über Entwicklungen im Gesundheitswesen, über neuere Literatur und über Entscheidungsmodelle für schwierige ethische Fragen im Berufsalltag. Und schliesslich noch, was besonders wichtig ist: die interdisziplinäre Vernetzung von Berufsgruppen des Gesundheitswesens im Blick auf ethische Fragestellungen.

Interessiert? Mehr Informationen zu Inhalt und Kosten dieser Veranstaltung erhalten Sie auf unserem Sekretariat.

DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE
DR. THEOL. HEINZ RÜEGGER

Schulungen – Theorie und Praxis zusammenführen

Viele Fachleute aus verschiedensten Bereichen im Gesundheitswesen möchten die schwierigen Fragen, die der enorme medizinische Fortschritt mit sich bringt, immer mehr auch aus ethischer Sicht reflektieren und diskutieren. Mit meiner Arbeit im Team von **DIALOG ETHIK**, mit den Kursen und den Seminaren möchte ich sowohl erfahrene Fachleute aus der Praxis wie Auszubildende gleichermassen ansprechen. Dabei setze ich je nach Art der Veranstaltung unterschiedliche Schwerpunkte. Besonders wichtig ist mir jedoch die interdisziplinäre Gestaltung meiner Kurse. Sie hat zum Ziel, meine theoretischen Kenntnisse mit den praktischen Erfahrungen der jeweiligen Fachleute zusammen zu führen – in Medizin- und Pflegeethik.



TATJANA WEIDMANN-HÜGLE,
DIPL. BIOCHEM., M.A.

Ich unterrichte an verschiedenen Spitälern, Pflegefachschulen und Sonderpädagogik-Schulen im In- und Ausland. Im überwiegenden Teil dieser Schulungen gebe ich eine allgemeine Einführung in die Medizin- und Pflegeethik und spreche über Entscheidungsfindung bei ethischen Dilemmasituationen. Daneben veranstalte ich immer wieder Seminare und Fortbildungen zu verschiedenen Themen, die aus ethischer Sicht und in der öffentlichen Diskussion zur Zeit von Bedeutung sind, etwa zum Thema Therapieabbruch in der Intensivmedizin, zu Fragen im Zusammenhang mit genetischer Diagnostik und Behinderung, zur Embryonenforschung oder zur gerechten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen.

Zur Person

Studium der Biochemie an der Universität Zürich; zwei Jahre Forschungsassistentin am Universitätsspital Zürich im Bereich Knochenmarkstransplantation. Anschliessend Studium der Philosophie mit Schwerpunkt Medizinische Ethik an der University of Tennessee in Knoxville, USA. Breite Unterrichtserfahrung im Mittelschulbereich und in der Erwachsenenbildung. Zur Zeit Doktorarbeit bei der Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik der Universität Zürich zum Thema (Gerechtigkeitsfragen bei der) Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen.

Zum Beispiel im 2001

03. Sep.: Schule für Ernährungsberatung, Universitätsspital Zürich. *Einführung in die allgemeine und medizinische Ethik*
 25. Sep.: Universitätsspital Zürich. *Einführungskurs in die klinische Ethik, Fallbesprechung*
 27. Sep.: Ausbildung PES, Luzern. *Fallbesprechung anhand des 7-Schritte-Modells*
 02. Nov.: Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. *Einführung in die allgemeine und medizinische Ethik*
 27. Nov.: Fachhochschule Gesundheit, Aarau. *Seminar zum Thema «Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens, Sterbehilfe»*
 03./04. Dez.: Schule für Höhere Fachausbildung in Pflege, Universitätsspital Zürich. *Einführung in die allgemeine und medizinische Ethik*
 08. Dez.: Lehrerseminar Liestal. *Einführung in die allgemeine und medizinische Ethik*

Das Ethik-Forum – Qualitätssicherung im Medizin-Alltag

Es ist eine herausfordernde Aufgabe, tagtäglich Patienten auf Ihrem schweren Weg zu begleiten und unter Umständen stellvertretend folgenreiche Entscheide treffen zu müssen. Und es ist gerade auch eine Frage der Qualität von Handlung und Entscheidung, für das Behandlungsteam als Ganzes wie für Einzelne. Auf diesen Erfahrungen baut das Konzept des Ethik-Forums auf. Die Pflegewissenschaftlerin Dr. Dr. Silvia Käppeli hat dieses Konzept bereits vor zwölf Jahren entwickelt und am Universitätsspital Zürich das erste Ethik-Forum eingerichtet.

Ein Ethik-Forum ist ein interdisziplinäres Gremium von maximal fünfzehn Personen, das sich zu gleichen Teilen aus Medizinerinnen und Pflegenden zusammensetzt. Hinzu kommen ein Jurist und ein Spitalseelsorger oder eine Sozialarbeiterin. Eine Fachperson mit entsprechender Fachkenntnis und einer Ausbildung in ethischer Entscheidungsfindung leitet das Gremium.

Ziel eines solchen Forums ist es, in einem Spital eine Kultur bewusster ethischer Entscheidungsfindung zu etablieren. Das Personal muss diesbezüglich in seiner Kompetenz gefördert werden, und neue Strukturen sollen dieses bewusst ethisch ausgerichtete Entscheiden auch in der Hektik des Klinikalltags ermöglichen. Ein Ethik-Forum beurteilt keine Forschungsprotokolle und ist deshalb klar von einer «Ethik-Kommission» zu unterscheiden.

Ethik-Foren von DIALOG ETHIK gibt es heute am Universitätsspital Zürich, am Stadtspital Triemli, an der Stiftung Diakoniewerk Neumünster-

Schweizerische Pflegerinnenschule, an den Kantonsspitalern von Winterthur und St. Gallen, am Kreisspital Männedorf und an der psychiatrischen Klinik Rheinau/Psychiatriezentrum Schaffhausen.

Einen ganz wichtigen Schwerpunkt bildet in allen Foren gegenwärtig die Intensivmedizin. Die meisten Ethik-Foren arbeiten gemeinsam an neuen Konzepten und Strukturen zur Entscheidungsfindung, wobei jedes Ethik-Forum einen anderen Aspekt verfolgt. Schliesslich veranstaltet DIALOG ETHIK am 12. Dezember 2002 ein Treffen, wo die bisher gemachten Erfahrungen ausgetauscht und zu einem neuen Ganzen zusammen gesetzt werden sollen – zum Nutzen aller im Gesundheitswesen. Im Jahr 2003 widmet sich auch der vierte Band in der Buchreihe «Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen» diesem Thema.

DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE
DR. MED. DIANA MEIER-ALLMENDINGER
DR. THEOL. HEINZ RÜEGGER

Sterben und Suizid sind keine Privatsache

DAS ETHIK-FORUM KLINIK RHEINAU/PSYCHIATRIEZENTRUM SCHAFFHAUSEN

Sind wir berechtigt einzugreifen, um Leben zu verkürzen oder zu verlängern? Dürfen wir Menschen vom Suizid abhalten? Wer gibt einer psychiatrischen Institution das Recht dazu? Alles Fragen, die uns im gemeinsamen Ethik-Forum Klinik Rheinau/Psychiatriezentrum Schaffhausen im vergangenen Jahr beschäftigt haben. Hat ein psychisch Kranker das Recht, sich das Leben zu nehmen? Was ist der eigentliche Wille des Patienten? Was ist, wenn sich der Patient nicht äussern kann oder will? Nach welchen Kriterien wird in Bezug auf Sterbehilfe entschieden?



DR. MED.
DIANA MEIER-ALLMENDINGER

Häufig, wenn es um medizinisch-ethisch brisante Fragestellungen geht, fehlen im klinischen Alltag Orte und Zeit zur Auseinandersetzung zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen. Das Ethik-Forum als institutionalisierte Möglichkeit, um im klinisch-psychiatrischen Alltag schwierige medizinisch-ethische Fragestellungen zu überdenken und zu bearbeiten, möchte also Orientierungshilfen für den psychiatrischen Alltag schaffen und damit die Qualität der Entscheidungsfindung fördern.

Sterben und Suizid sind keine Privatsache! Das wird im klinisch-psychiatrischen Alltag besonders deutlich. Psychisch Kranke und nicht urteilsfähige Menschen werden gegen ihren Willen hospitalisiert; die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid oder der Fremdtötung wird ihnen (noch) vorenthalten. In dieser Frage wird ihnen keine Selbstbestimmung oder Autonomie zugestanden. Dasselbe gilt auch für viele Menschen

in Pflegeheimen und für unheilbar Kranke, teilweise Demente oder Verwirrte auf psychiatrischen Langzeitstationen. Wie also gehen wir mit den Wünschen dieser Menschen nach Sterben oder Tötung um?

Ein Fallbeispiel

Die eingehende Analyse einer an Krebs erkrankten depressiven Patientin mit schwer suizidalen Äusserungen ergab, dass sich hinter dem durchaus nachvollziehbaren Suizidwunsch der Patientin die Flucht vor Isolation und vor Schmerz verbarg; der autonom scheinende Wunsch nach Suizid entpuppte sich als Wunsch nach Kontakt. Sterbewünsche als Schreie nach Kontakt!

Andere Fallbeispiele zeigen klar, dass Lebenserhalt um jeden Preis nicht oberstes Ziel sein kann. Körperliche, psychische und soziale Lebensqualität einzelner sind schwer einzuschätzen und die Vorgehensweisen enorm schwierig zu bestimmen. Entsprechend häufig handeln die Beteiligten innerhalb der Betreuer-teams (Pfleger, Ärzte, Spezialtherapeuten) im Alleingang. Doch für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die sowohl den beteiligten Betreuern als auch den betroffenen Patienten gerecht wird, braucht es (zwingend) den interdisziplinären Dialog und die andauernde Auseinandersetzung.

Als Leiterin des Ethik-Forums Klinik Rheinau/Psychiatriezentrum Schaffhausen versuche ich vor allem, die Teilnehmenden anzuregen, sich

ihrer persönlichen Wertvorstellungen bewusst zu werden, sie zum Austragen auch gegensätzlicher ethischer Positionen herauszufordern und sie zur Bildung eines gemeinsam getragenen Entscheides zu befähigen. Meine Mitarbeit am Institut **DIALOG ETHIK** gründet in der Absicht, berufs- und fächerübergreifend die ethische Auseinandersetzung im Gesundheitswesen zu fördern. Das Korrektiv des Dialogs im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit soll eine Brücke schlagen zwischen Theorie und Praxis, zwischen Betreuern und Patienten, um sich so gemeinsam einzulassen auf die «Entdeckung des Menschen- und Sachgerechten» (D.Lange).

Anerkennung und Dank

Das erste Ethik-Forum hat Dr. Dr. Silvia Käppeli gegründet, aufbauend auf einem konkreten Konfliktfall am Universitätsspital Zürich. Sie hat damit den Grundstein für das heutige Konzept der Ethik-Foren gelegt. Herzlichen Dank!

Mut zur Transparenz

Die Gesundheitskosten und die Prämien steigen weiter. Die Schuld schieben die verschiedenen Akteure jeweils den andern zu. Die Analyse der Situation, welche DIALOG ETHIK zusammen mit dem Schweizerischen Tropeninstitut im letzten Herbst der Öffentlichkeit vorstellte, zeigt klar: Die andauernden Sparbemühungen im Gesundheitswesen führen vor allem im stationären Bereich zu einer Rationierung in der nicht technisch orientierten Medizin und Pflege; gleichzeitig besteht eine medizin-technische Überversorgung. Die Menschlichkeit – durchaus als Ressource zu bezeichnen – wird rationiert, auf Kosten der Patienten wie des Personals.

Weiter sinken die stationären und steigen die ambulanten Behandlungen; das Gesundheitswesen insgesamt spart zwar so Kosten. Doch die Prämien sinken nicht! Warum? Die Gründe hierfür sind vielfältig: Die Spitäler verdienen faktisch mehr bei ambulanten Behandlungen als bei stationären. Also werden mehr Patientinnen und Patienten ambulant behandelt. Zudem steigt die Zahl der Ärzte stetig, was die Menge medizinischer Leistungen und speziell die ambulante Behandlung an den Spitälern in die Höhe treibt. Niedergelassene Ärzte verordnen vermehrt ambulante Behandlungen an Spitälern. Gleichzeitig haben die Kantone die Prämienverbilligungen nicht überall an die Versicherten weitergegeben. Und zudem werden die Kosten nicht mehr über die Steuern, sondern als Kopfprämien erhoben. Zu Tragen haben die Folgen dieses Spardruckes vor allem die mittleren und unteren Einkommenskategorien; eine schleichende Entsolidarisierung ist die Folge.

Die Kosten werden weiter steigen: Die Lohnkosten im stationären Sektor steigen enorm, genau wie Angebot und Nachfrage nach teuren Medikamenten und medizinisch-technischen Behandlungen auch. Der medizinische Fortschritt geht unaufhaltsam weiter und neue Bedürfnisse werden geschaffen. Schliesslich steigt die durchschnittliche Lebenserwartung an.

Es führt kein Weg daran vorbei: Eine breite gesellschaftliche und politische Diskussion um Mittelverteilung und Rationierung mit allen Betroffenen, also BürgerInnen, PolitikerInnen, Krankenkassen und Leistungserbringern tut Not. Es braucht einen klar strukturierten und transparenten Prozess der Meinungsbildung, vor allem aber den Mut, umfassend Licht ins Dunkel der Einzelinteressen zu bringen.

Für DIALOG ETHIK bietet die Notwendigkeit, in der medizinischen Versorgung neue Prioritäten zu setzen, auch eine Chance. Nämlich die, endlich neu und grundsätzlich über lohnenswerte Ziele von Medizin und Pflege und über die Rolle des Medizinischen Fortschritts nachzudenken.

DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE
DR. MED. DORIS SCHOPPER
PROF. DR. MARCEL TANNER

Tretet die Debatte los!

Wer direkt mit Ärztinnen und Pflegenden spricht, erkennt: Die Vorstellungen, was gerechte Verteilung von Ressourcen in Medizin und Pflege heisst, sind höchst unterschiedlich. Eine breite öffentliche Debatte tut Not!



DR. MED.VET.
KASPAR BÜCHI

Medizinischer Fortschritt ist nicht umsonst zu haben! Das zumindest lehrt mich meine frühere Tätigkeit in der Pharmaindustrie. Allein dieser Fortschritt treibt die Kosten im Gesundheitswesens derart in die Höhe, dass früher oder später der Einsatz neuer medizinischer Möglichkeiten nur noch unter strengen Auflagen erlaubt sein wird. Was zur Frage führt: Was heisst gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen? Eine Frage also, die uns alle angeht und somit im ursprünglichen Sinn eine politische Frage ist mit ethischen, ökonomischen und administrativen Aspekten.

DIALOG ETHIK und das Schweizerische Tropeninstitut Basel führten in den letzten zwei Jahren eine Untersuchung zum Thema der gerechten Ressourcenverteilung durch. Bei dieser Gelegenheit führte ich selbst acht Gespräche mit ÄrztInnen und Pflegenden im Kanton Zürich durch und erfuhr so aus erster Hand mehr über den Ist-Zustand aus ärztlicher und pflegerischer Sicht.

Die Gespräche verliefen strukturiert und mit dem Ziel, zwischen Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung zu unterscheiden. Die

Interviewpartner selbst definierten dabei die drei Begriffe! Es zeigte sich, dass diese drei Begriffe, bezogen auf Therapie und Pflege von Patienten, individuell sehr verschieden interpretiert werden. Was die einen als gerade richtige Behandlung betrachten, ist für andere eine Unter- respektive Überversorgung.

Betriebs- bzw. volkswirtschaftliche Begriffe lassen sich nicht einfach auf das Gesundheitswesen übertragen, so scheint es. Vermutlich, weil zwischenmenschliche Beziehungen nur schwer zu normieren sind. Die Behandlung und Pflege von Patienten und damit die Beziehungen zwischen Menschen bilden das Herzstück des Gesundheitswesens. Also müssen diese Begriffe zuerst geklärt werden, so dass alle Beteiligten (Ärzte, Pflegenden, Patienten, Versicherer) dieselbe Sprache sprechen. Erst dann kann man ernstlich beginnen, über eine gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen nachzudenken.

Weiter zeigten mir die Gespräche, dass das Gesundheitswesen äusserst komplex aufgebaut ist. Punktuelle Sparmassnahmen führen oft nicht zu sinkenden (Gesamt-) Kosten, sondern nur zu einer Verschiebung. Mir scheint, dass Kosten solange nicht zu senken sind, als das Gesundheitswesen weiterhin so komplex und regional zersplittert bleibt.

Mein Fazit: Wer künftig medizinische Ressourcen gerechter verteilen will, muss zuvor mithelfen, eine öffentliche und breit geführte Grundsatze Debatte vom Zaum zu reissen. Punktuelle Massnahmen, wie sie bisher diskutiert wurden, reichen dazu nicht aus.

«DIALOG ETHIK bietet mir immer wieder die Möglichkeit, wichtige Themen in genügender Tiefe anzugehen. Dabei verzichten wir bewusst auf ein Pro-und-contra-Schema. Das schafft Raum für eine andere Form von Debatte, eine oft anspruchsvolle, an der zu arbeiten es sich lohnt.»

Kurzlexikon

19

Für Sie auf Informationssuche

Tagtäglich fällen wir Entscheide. Das muss schnell und problemlos gehen. Und dazu müssen wir vereinfachen und auf Erfahrungswerte zurückgreifen können; es wäre unmöglich, ja absurd, bei jeder Entscheidung grundsätzliche Überlegungen anzustellen.



MONIKA JOSS
SOZIOLOGIN MA

Allerdings, gerade bei schwierigen beruflichen Fragen ist es wichtig, eine ruhige Minute zu suchen und die Möglichkeiten zu reflektieren. Zum Beispiel anhand eines strukturierten Gesprächs mit Berufskolleginnen und -kollegen, so wie es etwa in

Ethikforen stattfindet. Eine andere Form des Reflektierens ist das Sich-ins-Bild-Setzen darüber, worum es bei einem Sachverhalt eigentlich geht.

Hier setzt das Kurzlexikon an; es widmet sich jeden Monat einem einzigen Thema. So erhalten die Leserinnen und Leser jene Grundlagen und vertieften Informationen, die nötig sind, um sich eine eigene Meinung zu bilden. Die Medizin mit ihren zahlreichen, neuen Möglichkeiten erscheint vielen Menschen heute oft wie ein unübersichtliches Knäuel von Therapien, Risiken und offenen Fragen. Mit dem Kurzlexikon versuche ich, dieses Knäuel zu entwirren.

Ziel ist, umfassend zu berichten, doch immer und bewusst aus einer ethischen Perspektive heraus. Mich interessieren dabei nicht einfach die ethischen Argumente als Abstraktes, sondern ich will wissen, wer was sagt, aus wel-

chem Grund und mit welchen Konsequenzen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind über die Aktualität hinaus gültig und werden von unseren Abonentinnen und Abonenten ganz unterschiedlich genutzt. Als Sammlung zum persönlichen Gebrauch, als Auflockerung im Unterricht, und vieles mehr.

Die Informationen von DIALOG ETHIK, das zeigt die diesjährige Umfrage, entspricht einem breiten Bedürfnis und wird mit sehr guten Noten ausgezeichnet. Für uns Anreiz genug, immer wieder von neuem zu versuchen, wichtige Botschaften in geeigneter und ansprechender Form nach außen zu tragen.

Ihr Kurzlexikon

Abo-Preis Einzel	Fr. 120.–/Jahr
Abo-Preis Kollektiv	Fr. 300.–/Jahr

Themen des Jahres 2001

Nr.11/Jan.:	Telemedizin
Nr.12/Feb.:	Wo bleibt Raum für Ethik? Teil 1
Nr.13/März:	Hirnforschung
Nr.14/April:	Wo bleibt Raum für Ethik? Teil 2
Nr.15/Mai:	Klonen
Nr.16/Juni:	Forschung am Menschen
Nr.17/ Juli:	Forschungsfreiheit
Nr.18/Aug.:	Missbrauchtes Vertrauen
Nr.19/Sep.:	Zukunft Medizin Schweiz
Nr.20/ Okt:	Rationierung
Nr.21/Nov:	Selbstverantwortung
Nr.22/Dez:	In Würde sterben

Vorsicht vor struktureller Macht

AG GRENZVERLETZUNGEN IN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNGEN (IM GESUNDHEITSWESEN)

Immer und immer wieder zeigt sich: Die ärztliche wie auch die pflegerische Arbeit führt häufig zu (notwendigen) Grenzüberschreitungen. Die Gesundheitsberufe müssen sich vermehrt mit Wahrnehmung und Wirkung solchen Tuns auseinandersetzen und dabei besonders das Machtgefälle zwischen Fachleuten und Patienten reflektieren.



DR. MED.
WERNERTSCHAN

«Eine Wissenschaft, die keinen Begriff von strukturellen Machtverhältnissen hat, ist offensichtlich zur Realitätsblindheit verdammt und erinnert an den Witz des Mannes, der seinen verlorenen Schlüssel im Schein der Laterne sucht, weil er nur dort Licht hat.» Das Zitat von Martina Emme (1999) charakterisiert die Problematik pointiert.

Dies und mehr prägte das Gespräch der Arbeitsgruppe in den 8 Sitzungen des vergangenen Jahres. Anhand des Readers, des Arbeitsheftes von DIALOG ETHIK, wurden Themen abgearbeitet, die alle in einem sichtbaren Zusammenhang stehen mit Grenzverletzungen im Gesundheitswesen. Strukturelle Machtsituationen sind im Gesundheitswesen eher die Regel, als die Ausnahme. Auf der Intensivstation zum Beispiels sind Patienten regelmässig der vorhandenen Infrastruktur – Betrieb und Personal – «ausgeliefert». Wie gehen da Pflegende oder Ärzte mit der persönlichen Intimität der ihnen anvertrauten Menschen um? Wer reagiert wie auf die Bedürfnissen und Anliegen von Angehörigen? Die Arbeitsgruppe machte sich daran, Inhalte

und Ziele, Richtlinien, Methoden und Ergebnisse von Ausbildungen im Gesundheitswesen zu hinterfragen, und zwar im Hinblick auf einzelne Aspekte genau dieser Themen. Beispiele aus dem Klinikalltag boten Anschauung und ein Ausbildungs-Video des Gesundheitsdienstes von Maryland (USA) diente als Grundlage, um Folgen und Auswirkungen von Grenzverletzungen zu diskutieren. Die Arbeitsgruppe bemühte sich, pragmatische und praktikable Lösungsansätze für den Klinikalltag zu erarbeiten. Die Frage, was Patienten und Angehörige über Grenzverletzungen tatsächlich wissen müssen, führte uns noch mehr in die Tiefe. Schliesslich lieferte uns ein Fachartikel (Bok S.: Impaired physicians: what should patients know? Camb Q Health Ethics 1993; 2:331-340) die Basis, um die zu Grunde liegenden ethischen Aspekte zu erörtern.

Während 12 Monaten sammelte und sichtete die Arbeitsgruppe zudem Medienberichte zu Grenzverletzungen im Gesundheitswesen. Es ist erschütternd festzustellen, wieviel zu derartigen Themen veröffentlicht wird und wie wenig Echo auf fachlicher, administrativer und politischer Ebene diese Meldungen auszulösen vermögen. Wiederholt setzte sich die Arbeitsgruppe auch mit den zu Grunde liegenden Tabuisierungen auseinander. Jetzt, nach zweijähriger Tätigkeit, beendet die Arbeitsgruppe ihre Auseinandersetzung mit dem Versuch, ein Medienprojekt zu starten. Mit unseren Erfahrungen möchten wir wichtige Hintergrundinformationen zusammenstellen und breit in die Öffentlichkeit hinaus tragen.

Abschluss der Gespräche

PG MEDIZIN UND SPIRITUALITÄT

Die Arbeitsgruppe traf sich in regelmässigen Abständen, um ausgehend von Präsentationen der Gruppenmitglieder und von thematisch relevanten Texten am Thema «Medizin und Spiritualität» weiter zu arbeiten. Dabei wurden drei verschiedene Profile von Spiritualität in ihrer Beziehung zu Medizin und Menschenverständnis diskutiert: ein buddhistisches, ein erkenntnistheoretisch-humanistisches und ein christliches. Gemeinsamkeiten und Differenzen wurden untersucht sowie ihre jeweilige Bedeutung für den therapeutischen Prozess diskutiert.

Im Verlauf des Jahres mussten mehrere Mitglieder aufgrund anderweitiger Verpflichtungen und Prioritäten die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe beenden. Damit fehlte den Verbliebenen die Kraft, um die einmal ins Auge gefasste Tagung zu realisieren; die Gruppe löste sich Anfang September 2001 nach 12 Sitzungen auf. Einzelne Gruppenmitglieder sind daran interessiert, das Thema im Rahmen ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit weiter zu führen.

DR. THEOL. HEINZ RÜEGGER

Vor dem Abschluss

PG MEDIZIN UND SPIRITUALITÄT

Wenn es um konkrete Entscheidungen im Medizin-Alltag geht, sind zwei Aspekte wichtig. Einerseits erwartet ein Patient eine angemessene Behandlung und Betreuung (individual-ethische Ebene). Die Gesellschaft andererseits erhebt Anspruch auf faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Leistungen und Mittel (sozial-ethische Ebene). Die Projektgruppe konzentrierte sich bei ihrer Arbeit besonders auf die Schnittstelle der beiden Ebenen und die sich dabei abzeichnenden Interessenkonflikte. Sie hat diese Interessenkonflikte benannt und bearbeitet. Die Resultate der Analyse haben Tatjana Weidmann und Ruth Baumann-Hölzle in einem Aufsatz zusammengefasst, der demnächst publiziert wird. Die Projektgruppe setzte sich zudem mit den Ergebnissen der interdisziplinären Forschergruppe auseinander, die in ihrem

Bericht die Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen mit sehr viel Aufwand und Arbeit analysiert und beschrieben hat. Nur dank dem Engagement und der finanziellen Beteiligung durch Prof. Dr. Marcel Tanner, dem Leiter des Schweizerischen Tropeninstituts, ist dieser Bericht überhaupt zustande gekommen. Sein Engagement in diesen Frage ist beeindruckend. An dieser Stelle gilt der Dank von DIALOG ETHIK auch der Forschergruppe unter der Leitung von Dr. med. Doris Schopper. Die Projektgruppe selbst hat sich im Herbst 2001 zum letzten Mal getroffen. Sobald die Abschlusstexte vorliegen, trifft sich die Gruppe nochmals, um über das weitere Vorgehen zu beschliessen.

DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE

*In jedem Fall Respekt für die Menschen im Gesundheitswesen –
im Ringen um Leben, Leiden und Sterben.*

VISION VON DIALOG ETHIK

22

Organisation

Unser Profil

Drei Jahre alt ist DIALOG ETHIK! Statistisch gesehen haben wir damit eine Grenze übersprungen: DIALOG ETHIK hat seine Pionierphase abgeschlossen und ist nun eine breit abgestützte, etablierte Organisation. Wie bei einem dreidimensionalen Bild, dessen plastische Konturen sich erst nach einer Weile des konzentrierten Betrachtens erschliessen, brauchte DIALOG ETHIK diese Zeit, bis dass sich sein eigentliches Profil klar abzeichnen begann.

Im Verein DIALOG ETHIK engagieren sich Menschen aus verschiedensten Fach- und Lebensbereichen für ein Gesundheitswesen, in dem sowohl die Patientenautonomie geachtet, als auch die Gewissensfreiheit des Personals respektiert und die Leistungen und Mittel fair verteilt werden. DIALOG ETHIK ist religiös und politisch unabhängig und arbeitet nicht Gewinn orientiert, jedoch mit Sorgfalt und nach unternehmerischen Grundsätzen. Und immer wieder leitet uns unsere Vision.

Unsere Ziele verfolgen wir mit eigens entwickelten Instrumenten zur ethischen Entscheidungsfindung, mit so genannten Ethik-Foren an Spitälern und Heimen, mit Schulungen und Vorträgen, mit dem Einsitz in nationalen und kantonalen Kommissionen, mit selbst verfassten Gutachten, der Herausgabe des «HumanDokument» s, mit unseren Publikationen und nicht zuletzt mit den für Laien in verständlicher Sprache aufbereiteten Informationen – in Form von Drucksachen, E-mail oder mittels Internet (www.dialog-ethik.ch, info@dialog-ethik.ch)

Im Moment betreibt DIALOG ETHIK an sechs Kliniken Ethik-Foren. Um die Mitgliedschaft bemüht haben sich mittlerweile 152 Einzelmitglieder und 47 Kollektivmitglieder (Stand April 02); das Kurzlexikon zählt 89 Abonnenten und das «HumanDokument» schreibt seine eigene Erfolgsgeschichte. Viele haben profitiert und ihr Dokument unter professioneller Anleitung unserer Fachleute ausgefüllt..

Nur wer konzentriert bei der Sache bleibt, dem entschwindet das dreidimensionale Bild nicht. Bei DIALOG ETHIK sind wir uns dessen bewusst: Es braucht Beharrlichkeit in diesen Engagements, wenn wir den Erfolg weiterführen wollen. Für diese vielfältigen Aktivitäten brauchen wir Ihre ideelle und finanzielle Unterstützung! Mit Ihrem Engagement, Ihrer Mitgliedschaft und Ihrer Spende helfen Sie uns, unsere Vision Stück für Stück in die Realität umzusetzen.

VON DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE

Anerkennung und Dank

Francesca Giuliani hat während einer beruflichen Zwischenphase Ihre Denk- und Arbeitskraft für fünf Monate dem Institut DIALOG ETHIK zur Verfügung gestellt. Bei der Tagung «Handeln und Entscheiden angesichts von Leid und Schmerz» in Zurzach hat sie die organisatorischen Fäden in der Hand gehalten und sich ganz allgemein in der Organisation von DIALOG ETHIK verdient gemacht. Ihr gilt ein herzliches Dankeschön!

Inserat Fachverlag
Peter Lang

Sekretariat

Das Rückgrat

Seit August 2001 bedient Sie auf unserem Sekretariat Ruth Burri. Sie leitet das Sekretariat und führt die Buchhaltung. Als Ansprechperson koordiniert sie die verschiedenen Aktivitäten. Ruth Burri bringt langjährige Erfahrung in der Führung eines Sekretariats mit und hat in ihrer professionellen Art das Sekretariat in kurzer Zeit auf den neusten Stand gebracht. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Vernetzung der verschiedenen Fachgruppen und Aufgabenbereiche. Wir danken Ruth Burri herzlich für Ihr grosses Engagement.



Wir wirken ...

- mit unserem Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen von 1999;
- den momentan 6 Ethikforen an Spitälern der Kantone Zürich, Schaffhausen und St. Gallen;
- mit unserem 7-Schritte-Modell zur ethischen Entscheidungsfindung;
- dem «Zürcher Modell» für die (neonatale) Intensivstation;
- mit dem «HumanDokument»;
- den Gutachten;
- den politischen und öffentlichen Auftritten in Medien sowie in kantonalen und nationalen Kommissionen;
- mit Ausbildung und Lehraufträgen;
- mit vielfältigen Publikationen;
- und unserer Beratungs- und Informationsstelle sowie den entsprechenden Dienstleistungen

Beratung

Wir beraten Sie persönlich oder verweisen Sie an die richtige Stelle, wenn ethische, juristische oder ökonomische Fragen Sie bedrängen. Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen, die Ärzteschaft, Pflegende oder Interessierte erreichen uns direkt unter der Nummer unseres Sekretariats, und zwar jeweils von Montag bis Freitag, 9.00 – 13.00 Uhr. Die Kosten verrechnen wir nach Aufwand; Vereinsmitglieder erhalten Ermässigung.



Verein und Institut
Gloriastrasse 18
CH-8028 Zürich

Telefon 01 252 42 01
Telefax 01 252 42 13

www.dialog-ethik.ch
info@dialog-ethik.ch

Hotline «HumanDokument»
0848 86 85 85