

7 Schritte Dialog

Ein Modell ethischer Entscheidungsfindung

1. Schritt: Erfahrung des Sachverhaltes als ethisches Problem

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

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

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

2. Schritt: Kontextanalyse

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

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

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

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

3. Schritt: Wertanalyse

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

Für diese Vertiefung können die folgenden Fragen hilfreich sein:

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

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

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

4. Schritt: Entwurf von mindestens drei Handlungsmöglichkeiten

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

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

5. Schritt: Analyse der Handlungsmöglichkeiten

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

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

Argumentationsmuster

- Deontologischer Ansatz der konsequenten «**Lebenserhaltung**»
Priorität: Lebenserhaltung ohne Leidensabwägungen
- Deontologischer Ansatz des absoluten «**Autonomieanspruchs**»
Priorität: Selbstbestimmung ohne Fürsorgepflichten des Behandlungsteams
- Teleologischer Ansatz der «**fremdbeurteilten Lebensqualität**»
Priorität: Fremdbestimmte Lebensqualitätsbeurteilung ohne vertiefte Beschäftigung mit dem Einzelfall

wenn überwiegend, Warnlampe

«technischer Imperativ»: Wird zu viel gemacht?

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

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

6. Schritt: Konsensfindungsprozess und Handlungsentscheid

A) Verallgemeinerung

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

B) Hierarchisierung der Handlungsoptionen

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

C) Güterabwägung

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

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

D) Handlungsentscheid

Falls keine Einigkeit zu Stande kommt, wird die folgende Frage bearbeitet: «Was fehlt uns noch, damit wir zu einem Handlungsentscheid kommen können?»

7. Schritt: Kommunikation und Überprüfung des Handlungsentscheids

A) Umsetzung und Kommunikation

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

B) Überprüfung

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