

Patienten mit Verdacht auf Suizidalität auf der Notfallstation

Rechte und ethische Pflichten für die Pflegenden anhand einer Fallanalyse

Simon Zurschmiede

NDS HF Notfallpflege Kurs H18

Stadtspital Waid, Notfallstation

Datum: 23. April 2020

Zusammenfassung

Das Treffen einer pflegerischen Entscheidung bei Patienten mit Verdacht auf Suizidalität stellt für mich als Pflegefachmann auf der Notfallstation eine grosse Herausforderung dar. Einerseits möchte ich den Patienten vor akutem oder potenziellem Schaden bewahren und andererseits hat Autonomie und Selbstbestimmung in meinem Berufsethos einen sehr hohen Stellenwert.

Ich möchte mit Hilfe eines Instruments mein Fallbeispiel analysieren, um eine Antwort auf die Frage zu bekommen, welche Rechte und Pflichten ich bei Patienten mit Verdacht auf Suizidalität habe und wie ich zu einer ethisch korrekten Entscheidungsfindung gelangen kann.

Mit dem Instrument der Reflexionshilfe zur Analyse ethischer Konfliktsituationen von Ivo Wallimann-Helmer und Muriel Keller habe ich dabei ein Instrument gefunden, das mich in der systematischen und strukturierten Vorgehensweise unterstützt. Voraussetzung dafür ist jedoch eine fachlich fundierte Auseinandersetzung mit den Themen Suizidalität, Ethik, Moral und rechtliche Grundlagen. Daneben braucht es eine hohe Reflexionsfähigkeit sowie die Fähigkeit, seine Perspektive zu wechseln, um sein Handeln letztendlich zu begründen.

Ich fand weiter heraus, dass sich Suizidalität einschätzen lässt, obwohl letztlich nur der Patient eigentlicher Experte seiner Suizidalität ist. Dabei ist die Einschätzung ein wichtiger Teil der Rechtfertigung im ethischen Entscheidungsprozess.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Ausgangslage | 1 |
| 1.2 | Fragestellung | 1 |
| 1.3 | Abgrenzung..... | 2 |
| 2 | Suizidalität..... | 2 |
| 2.1 | Begriffserklärungen | 2 |
| 2.2 | Risikogruppen, Merkmale und Gefahrensituationen für Suizidalität | 2 |
| 2.3 | Stufen / Phasen einer möglichen suizidalen Entwicklung | 2 |
| 2.4 | Einschätzung der Suizidalität..... | 3 |
| 2.5 | Assessments in der Praxis..... | 3 |
| 3 | Ethik | 4 |
| 3.1 | Die vier klassischen Ethiktheorien | 4 |
| 3.1.1 | Utilitarismus / Konsequentialismus..... | 4 |
| 3.1.2 | Deontologie / Kantianismus..... | 4 |
| 3.1.3 | Vertragstheorie / Kontraktualismus | 4 |
| 3.1.4 | Tugendethik..... | 4 |
| 3.2 | Die Prinzipienethik | 4 |
| 3.2.1 | Respekt vor der Autonomie / Selbstbestimmung | 5 |
| 3.2.2 | Prinzip des Nicht-Schadens | 5 |
| 3.2.3 | Fürsorge..... | 5 |
| 3.2.4 | Gerechtigkeit..... | 6 |
| 4 | Moral..... | 6 |
| 4.1 | Wertesystem der Moral..... | 6 |
| 4.2 | Moralische Entscheidungen | 6 |
| 4.2.1 | Entscheidungsprozesse bei ethischen Fragestellungen | 7 |
| 4.2.2 | Voraussetzung und Kompetenzen von Pflegenden bei ethischen Entscheidungsprozesse | 7 |
| 4.3 | Ethikusbildung für Gesundheitspersonen | 7 |
| 4.4 | Die Problematik der ethischen Entscheidungsfindung bei Suizidalität | 7 |
| 4.5 | Unterschied zwischen Ethik und Recht | 8 |
| 5 | Rechtliche Grundlagen für Pflegenden | 8 |
| 5.1 | Urteilsfähigkeit als Voraussetzungen für autonome Entscheidungen | 8 |
| 5.2 | Massnahme: Einschränkung der Bewegungsfreiheit..... | 9 |
| 5.3 | Massnahme: Das Zurückbehalten von freiwillig eingetretenen Personen..... | 9 |
| 5.4 | Psychiatrische Notfälle..... | 9 |
| 6 | Analyse | 9 |
| 6.1 | Erste Phase: Die Irritation als Ausgangspunkt zur ethischen Fragestellung | 10 |
| 6.1.1 | Handlungsalternativen..... | 10 |
| 6.2 | Zweite Phase: Interpretation der Prinzipien..... | 11 |
| 6.3 | Dritte Phase: Gewichtung und Rechtfertigung der Ergebnisse | 13 |
| 7 | Konsequenzen für die Praxis..... | 14 |
| 7.1 | Einschätzung der Suizidalität für ethischen Entscheidungen..... | 14 |
| 7.2 | Wie ich ethische Entscheidungen treffen kann | 14 |
| 8 | Literaturverzeichnis..... | 16 |
| 9 | Selbständigkeitserklärung | 19 |

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestotrotz beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Wir befinden uns auf einer Notfallstation im Raum Zürich in einem mittelgrossen Spital. Zusammen mit meinem Berufsbildner und dem Mitstudierenden im ersten Jahr bilden wir die Pflegerische Nachtschicht.

Die ärztliche Seite wird von einem medizinischen sowie einem chirurgischen Assistenzarzt abgedeckt. Ein Oberarzt im Hintergrund kann bei Bedarf beigezogen werden.

Der Patient nennen wir ihn Herr M., auf den ich meine Diplomarbeit stütze, ist um die 62. Jahre alt, männlich und wird von seinem Sohn auf unsere Station begleitet. Es ist ca. 2 Uhr morgens und die Arbeitsbelastung ist moderat.

Im Anamnesegespräch mit Herr M. fällt mir als erstes die langen Antwort Latenzen bei Fragen auf. Die Stimme ist monoton und ohne jedes emotionale Merkmal, sodass ich sie als dysphorisch bezeichnen würde. Er beschreibt, eine innere Unruhe mit wiederkehrendem Gedankenkreisen zu haben und antriebs- und lustlos zu sein. Aufgrund dieses Zustandes liess er sich von seinem Arbeitgeber krankschreiben. Auf Nachfragen verneint er, suizidale Gedanken oder Handlungsabsichten zu haben. Noch nie habe er sich etwas zu Schulden kommen lassen und seine Familie lebe schon seit 20 Jahren in der Schweiz. Er sei Muslim und ein sehr gläubiger Mensch.

Er wäre aber nicht auf den Notfall gekommen, wenn nicht sein Sohn ihn gebracht hätte. Das aktuelle Zustandsbild kenne er sehr gut. Der Hausarzt habe vor einem Jahr eine depressive Erkrankung diagnostiziert und Antidepressiva und Beruhigungsmittel verschrieben sowie eine ambulante Psychotherapie angeordnet. Danach sei es ihm wieder besser gegangen. Er möchte nicht hierbleiben und am liebsten gleich wieder gehen.

Sein Sohn zeigt sich daraufhin sehr erbost und besteht darauf, dass sein Vater hierbleiben muss. Schon seit längerem gehe es Zuhause mit ihm nicht mehr und der psychische Zustand sei untragbar. Sein Vater wolle nicht mehr leben und liege die ganze Zeit nur noch im Bett und mache ausser schlafen, essen und trinken nichts. Es sei so schlimm wie vor einem Jahr. Wir sollten ihn nun behandeln und wenn er den Notfall verlassen wolle, müsse ich ihn festhalten. Es sei schliesslich meine Pflicht Menschen, denen es schlecht geht, zu helfen. Ich entgegne dem Sohn, dass sein Vater freiwillig gekommen ist und ich ihn daher nicht gegen seinen Willen festgehalten dürfe. In der Zwischenzeit macht sich Herr M. trotz hörbarem Protest seines Sohnes daran, seine Kleider wieder anzuziehen. Er sagt nebenbei, dass er sich dann schon Hilfe holen wird, wenn es sein müsse.

Ich verlasse das Zimmer und fühle mich sehr unsicher. Welche Rechte und Pflichten habe ich als Pflegefachperson in einer solchen Situation? Muss ich Herr M., der eventuell suizidal ist, am Verlassen der Notfallstation hindern? Wie komme ich zu einer Entscheidung, was zu tun ist, und wie kann ich sie rechtfertigen?

Ich war beim Assistenzarzt, um ihn über die Situation aufzuklären, als ich sehe, wie Herr M. auf dem Flur Richtung Ausgang geht, hinter ihm sein Sohn, welcher versucht, seinen Vater festzuhalten.

1.2 Fragestellung

- Welche Rechte und ethischen Pflichten habe ich als Pflegefachperson auf der Notfallstation bei Patienten mit Verdacht auf Suizidalität?
- Wie kann ich als Pflegefachperson auf der Notfallstation bei einem Patienten mit Verdacht auf Suizidalität zu einer ethisch korrekten Entscheidung gelangen?

1.3 Abgrenzung

Aufgrund des Umfangs, der Thematik werde ich in meiner Arbeit auf folgende Aspekte nicht eingehen:

- Psychiatrische Krankheitsbilder (Suizidalität wird gemäss Literatur als ein Symptom und nicht als eigentliche Krankheit verstanden)
- Pflegerische Interventionen bei suizidalen Patienten, begleiteteter Suizid und Palliative Situationen
- Kinder und Jugendliche
- Soziale und kulturelle Aspekte sowie Personen mit Sprachschwierigkeiten
- Patientenverfügungen, die Fürsorgerische Unterbringung und Zwangsbehandlungen
- Beim Thema Ethik habe ich mich auf die normative und angewandte Ethik eingegrenzt
- Es werden nur rechtliche Aspekte erwähnt, welche ich als relevant für die Auseinandersetzung mit dem Fallbeispiel erachte.

2 Suizidalität

Suizidalität ist die Neigung zum Suizid oder, in umfassenderem Sinn, eine Sammelbezeichnung für Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die autodestruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen sowie aktiv oder durch Unterlassung anstreben (Abderhalden und Kozel, 2018, S. 1025).

2.1 Begriffserklärungen

Ein Suizidversuch wird als eine zielgerichtete Handlung beschrieben, sich mit einer angewandten Methode das Leben zu nehmen, wobei der Versuch überlebt wird. Bei parasuizidaler Handlung steht nicht die Selbsttötungsabsicht, sondern vielmehr der Wunsch nach Veränderung der aktuellen Lebenssituation oder vermehrter Zuwendung Dritter im Fokus (Abderhalden und Kozel, 2018).

Einengung des Denkens auf Suizidgedanken, Aggressionshemmung und spätere Aggressionsumkehr (gegen sich selbst), Ankündigung des Suizids und Konkrete Suizidfantasien bzw. vorangegangene Suizidversuche sind nach Ringel (1953) Symptome, die einem Suizid oder Suizidversuch vorausgehen und werden als Präsuizidales Syndrom zusammengefasst.

2.2 Risikogruppen, Merkmale und Gefahrensituationen für Suizidalität

Risikogruppen, Merkmale und Gefahrensituationen für Suizidalität werden von Abderhalden und Kozel (2018, S. 1028) und von Teismann und Dormann (2013, S. 300) unter anderem folgendermassen beschrieben:

- Ledig oder verwitwete männliche Personen im höheren Lebensalter.
- Personen mit spannungsreichen Beziehungen, beruflichen Schwierigkeiten, niedrigem sozioökonomischen Status oder Arbeitslosigkeit.
- Personen mit psychischen Krankheiten wie Depression oder Suchterkrankungen, wiederholte Hospitalisationen oder längeren Krankheiten sowie Suizidalität oder Suizide in der Familie.
- Personen im Spitalsetting bei offener Aufnahme oder Rehabilitationsstationen bei Schwierigkeiten und Auseinandersetzungen mit dem (Pflege)personal aufgrund unrealistischer Erwartungen oder Enttäuschungen oder bei Personalmangel auf der Station.

2.3 Stufen / Phasen einer möglichen suizidalen Entwicklung

Abderhalden und Kozel (2018, S. 1030) beschreiben Stufen / Phasen einer möglichen

Suizidalen Entwicklung.

In einer ersten Phase wird der Suizid als Möglichkeit gedanklich in Erwägung gezogen.

Dabei kann eine soziale Isolation oder ein Beschwichtigungsverhalten beobachtet werden.

In einer zweiten Phase konkretisieren sich die Gedanken (sich zu suizidieren) zunehmend, und es werden Andeutungen oder Ankündigungen gemacht. Dies ist als Kontaktsuche oder als Hilferuf zu werten.

In einer dritten Phase ist der Entschluss, sich zu suizidieren definitiv, und es werden Vorbereitungen für die Umsetzung getroffen. Der Betroffene zeigt sich dabei gegen aussen emotional ruhig und geordnet.

2.4 Einschätzung der Suizidalität

Ein zentrales Element der Einschätzung ist das direkte Nachfragen beim Patienten:

Nachfragen nach Suizidgedanken, -fantasien, Hoffnungen, Gefühlen von

Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und nach der generellen Selbsteinschätzung der aktuellen Lebenssituation (Finzen, 1997).

2.5 Assessments in der Praxis

In einem Artikel von Pflege (2013, S.250) zur Erhebung von Suizidalität in psychiatrischen Institutionen der deutschen Schweiz, wird beschrieben, dass Pflegenden selten empirisch und systematisch die Suizidalität von Patienten einschätzen. Ein Assessment wird meist nur nach Gefühl, d.h. wenn die Pflege eine potenzielle Gefährdung vermutet, durchgeführt. Dabei bietet ein gutes Suizidassessment Fakten für die Dokumentation und Sicherheit für Entscheidungen. Zusammen mit der ebenfalls wichtigen Intuition erfahrener Pflegenden bildet ein Assessment das Grundgerüst für einen subjektiven und substanziellen Beitrag zur interdisziplinären Diskussion und Entscheidungsfindung über das weitere Vorgehen (Psych. Pflege heute, 2005).

Mögliche bewährte Einschätzungsinstrumente in der Praxis sind die Nurses Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGASR-Scale) oder die Suicide Status Form II (SSF II) (Abderhalden und Kozel, 2018, S.1033-1034).

Neben den oben genannten Assessments finde ich folgende Fragen von Gruber 2018 zur Einschätzung der Suizidalität sehr hilfreich:

- 1. Wunsch nach Veränderung:**
«Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie so nicht mehr leben wollen?»
- 2. Todeswünsche:**
«Haben Sie daran gedacht, dass Sie sterben wollen?»
- 3. Suizidideen:**
«Ist Ihnen der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?»
- 4. Suizidpläne:**
«Haben Sie konkrete Pläne, sich etwas antun zu wollen?»
- 5. Suizidmethoden:**
«Wüssten Sie, wie Sie sich etwas antun würden?»
- 6. Parasuizidale Handlungen:**
«Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?»
- 7. Familienanamnese:**
«Sind in Ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche vorgekommen?»

Nicht nur Assessments, Fachwissen und Beobachtung, sondern auch die eigene Intuition, Erfahrung, Übertragungsphänomene und Gefühle spielen bei der Einschätzung eine Rolle. Der Patient ist der Experte seiner Suizidalität und nur er kann Auskunft geben, was in ihm vorgeht. Er ist kompetent, seine momentane Situation und die betreffenden Gefühle und Gedanken zu beschreiben und ist der Experte seines suizidalen Empfindens.

Die Aufgabe der Notfallaufnahmebestimmung besteht primär in der Krisenintervention und Überbrückung, bis die Nachbetreuung organisiert ist. Kommt es trotzdem zur Entlassung, soll eine ambulante psychiatrische Nachsorge das Ziel sein (Gruber, 2018).

3 Ethik

«Ethik als eine Disziplin der Philosophie versteht sich als Wissenschaft von Moral bzw. vom moralischen Handeln. Ethik untersucht die Bedingungen, unter denen menschliches Handeln als moralisch gut begriffen werden kann und grenzt moralisches Handeln gegen andere mögliche Handlungen des Menschen ab. Die ethische Überlegung bewertet nicht, was Gut und Böse ist, sondern die moralische Kompetenz des Menschen, d.h. wie er in Bezug auf Moralprobleme argumentiert (Pieper A. Einführung in die Ethik UTB Francke, Tübingen 1991).» (SBK, 2003, S. 37).

3.1 Die vier klassischen Ethiktheorien

Über Jahre der Wissenschaft und der Philosophie hat sich die normative Ethik als Grundlage für die Beurteilung von Handlungen und Entscheidungen in Situationen etabliert. Dabei stehen sich vier klassischen Ethiktheorien gleichberechtigt gegenüber (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

3.1.1 Utilitarismus / Konsequentialismus

Entscheidungen werden anhand möglicher Konsequenzen beurteilt. Einfach ausgedrückt erfolgt eine Schadens-Nutzens Analyse, anhand deren eine Entscheidung getroffen wird. Dabei soll sich der grösstmögliche Nutzen für die Situation ergeben.

3.1.2 Deontologie / Kantianismus

Handlungen werden nach deren Güte beurteilt unabhängig davon, welche Folgen sie damit auslösen. Die Pflicht wird dabei als höchste Maxime gesehen und ihre Handlungen damit begründet.

3.1.3 Vertragstheorie / Kontraktualismus

Diese Theorie geht davon aus, dass alle Betroffene sich bei idealen Verhandlungsbedingungen auf eine Handlungsalternative einigen können. Es soll am Ende die gewählt werden, bei der dies hypothetisch am ehesten möglich wäre.

3.1.4 Tugendethik

Beschäftigt sich mit der Frage, wie ein Mensch sein soll und sich zu verhalten hat, dass es unseren Moralvorstellungen entspricht. Tugend kann man nicht erlernen, sondern gründet auf die Erfahrungen in Situationen und misst sich an der eigenen wiederholten Selbstreflexion sowie an das orientieren bei Vorbildern.

3.2 Die Prinzipienethik

Die Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress wurde entwickelt, weil sich keine der vier klassischen Ethiktheorien in den Herausforderungen der medizinischen Praxis durchzusetzen vermochte. Um die bestmögliche ethische Entscheidung zu treffen, sollen die Prinzipien beurteilt werden, welche in der medizinischen Praxis angewendet werden. Diese sind Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

Ethische Prinzipien tragen dazu bei, moralische Konflikte zu umschreiben, einzuordnen und zu klären. Keines dieser Prinzipien kann absolute Geltung für sich beanspruchen. Die Praxis zeigt vielmehr, dass sie sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen und die

ethische Klärung nur in der Zusammenschau der Prinzipien aussagkräftig sein kann (SBK, 2003).

3.2.1 Respekt vor der Autonomie / Selbstbestimmung

Das Prinzip regelt die Bedingungen, welche gegeben sein müssen, um selbstbestimmte Entscheidungen zu fällen. Dazu gehört nicht nur das Treffen einer Entscheidung, sondern auch unter welchen Umständen sie entsteht.

Schwellenwertbedingungen meint, dass Patienten die zur Wahl stehenden Alternativen und mögliche Konsequenzen, welche ihre Entscheidung auslöst, verstehen und letztendlich eine selbstverantwortliche Entscheidung treffen müssen. Allerdings kann die Entscheidung nur dann als autonom bezeichnet werden, wenn kein Druck, Zwang, Manipulation oder Beeinflussung von anderen Personen (Familie, Freunden, Experten, Personal) stattgefunden hat.

Die Informationsbedingungen sind gegeben, wenn der Patient alle notwendigen Informationen über die möglichen Alternativen und Risiken verfügt, um so eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Die Person, welche die Informationen liefert, muss sicherstellen, dass der Betroffene die Informationen nachvollziehen kann und kontrollieren, ob sie verstanden wurden.

Am Ende müssen die Konsensbedingungen einer mündlichen oder schriftlichen Zustimmung zu einer getroffenen Entscheidung des Betroffenen erfüllt sein (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

3.2.2 Prinzip des Nicht-Schadens

Das Prinzip des Nicht-Schadens ist ein negatives Prinzip. Es zeigt auf welche Handlungsalternativen ethisch verboten sind, nicht aber, welche gewählt werden sollen. Schaden meint eine Aktion einer handelnden Person, die in der negativen Auswirkung für die ethische Beurteilung relevant wird.

Dies umfasst körperliche Schäden wie zum Beispiel eine aktive oder in Folge einer Unterlassung zugefügte Verletzung, aber auch Herabsetzen des Selbstwertgefühls wie z.B. Arroganz oder Paternalismus oder die Missachtung des Wertesystems des Gegenübers.

Das Prinzip der Doppelwirkung bedeutet, dass eine Handlung nicht verwerflich sein darf. Sie muss gute Absichten verfolgen und der Schaden darf nicht Mittel zum Zweck für etwas Gutes sein. Moralisch schlechte und verwerflich Handlungsabsichten werden als verbotene Handlungsabsichten bezeichnet. Konkret sind es solche, die das Ziel haben zu schädigen, um etwas Gutes bewirken und der dabei entstehende tatsächliche oder potenzielle Schaden den eigentlichen erwünschten Nutzen übersteigt. Dagegen sind Erlaubte Handlungsabsichten solche die man tun darf, aber nicht tun muss (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

3.2.3 Fürsorge

Fürsorge ist im Gegensatz zu Nicht-Schaden ein positiv formuliertes Prinzip. Es umfasst Krankheiten zu heilen, Leid zu lindern und Gutes zu tun. Zentral sind das Wohl der Patienten und die Ausübung des eigenen Berufsethos.

Die Perspektive des Wohlergehens umfasst Personen im Gesundheitswesen, die ein fachspezifisches Wissen haben, wie Leiden gelindert oder Wohlergehen gefördert werden kann. Dieses Wissen ist jedoch nicht immer homogen und kann inner- aber auch ausserhalb der Berufsgruppe(n) zu unterschiedlichen Meinungen führen.

Aber auch nicht fachspezifische Personen wie der Patient selbst oder auch seine Angehörige haben Vorstellungen, wie man Leiden lindern und Wohlergehen fördern kann. Die Zumutbarkeit der Handlungen, die das Wohlergehen steigern sollen, muss sich im entsprechenden Aufgaben-, Zuständig- und Verantwortungsbereich der ausübenden Person befinden. Daneben gilt es sicherzustellen, dass das Risiko, welches die ausführende Person eingeht, angemessen ist und gesellschaftlich vertretbar ist. Patienten verfügen über das

Recht, die Zumutbarkeit selbstbestimmend festzulegen. Paternalismus bezeichnet den Eingriff in den Entscheidungsspielraum eines Patienten mit der Begründung, dass dieser nicht fähig sei eine autonome Entscheidung zu treffen. Dabei entsteht ein Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

3.2.4 Gerechtigkeit

Im medizinischen Berufsalltag geht es hauptsächlich um Fragen der Verteilung oder Zuteilung von materiellen, finanziellen oder personellen Ressourcen.

Kann kein Unterschied zwischen zwei Patienten festgestellt werden (Erkrankung, Motivation zur Genesung, etc.), so haben beide den gleichen Anspruch auf die gleiche Behandlung (Zeit und Aufwand). Bei Ressourcenknappheit muss die Frage nach Priorisierung gestellt werden. Wie sind z.B. die Wartezeiten, wo ist der Nutzen am grössten, welche Dringlichkeiten ist wo gegeben. Die Behandlungen sollen anhand Entscheidungskriterien bei gruppierten und klassifizierten Patienten festgelegt werden, damit ein sinnvoller und gerechter Umgang erfolgen kann (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

4 Moral

Moral ist der Gegenstand der Ethik. Ethik reflektiert kritisch die von der Moral verwendeten Werte, Normen, Rechtfertigungen, Alltagsmoral, Recht und Berufsethos.

Wertevorstellung sind Werte, welche bei jedem Menschen durch Erziehung (Anstand), Kultur (Demokratie) oder Religion (Nächstenliebe) angeeignet wurden.

Normen werden als Regeln bezeichnet, welche Menschen aufgrund ihrer Wertvorstellung einhalten, ohne sie zu hinterfragen.

Werden Wertvorstellungen und Normen hinterfragt, sucht der Mensch nach Argumenten und Gründen, um aufzuzeigen, weshalb wir uns an bestimmten Normen und Werten orientieren sollen (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

4.1 Wertesystem der Moral

Die Alltagsmoral umfasst das zwischenmenschliche Leben und Verhalten in Gesellschaften. Es besteht dabei keine rechtliche Bindung. So wird zum Beispiel in unserer Gesellschaft das «nicht zurück grüssen» auf der Strasse von gewissen Personen als unanständig empfunden, stellt aber rechtlich gesehen keine Straftat dar.

Recht wird durch politische Prozesse geschaffen, in der Verfassung festgelegt und dient als Grundlage unseres Rechtssystems. Es regelt die Durchsetzung von gewissen moralischen Werten und Normen wie zum Beispiel das Verbot der Todesstrafe (vgl. Bundesverfassung Art. 10)

Das Berufsethos beschreibt zum einen die eigene moralische Haltung zum Beruf und dessen Wertevorstellungen, wie er auszuüben sei. Zum anderen umfasst das Berufsethos Richtlinien und Sanktionen, welche Berufsverbände vorgeben und definieren.

Um sich mit ethischen Fragen zur Moral auseinander zu setzen, braucht es die kritische Frage auf eine Handlung / Meinung und eine argumentative Rechtfertigung warum eine solche Handlung / Meinung so vertreten wird (Wallimann-Helmer und Keller, 2018).

4.2 Moralische Entscheidungen

Moralische Entscheidungen treffen Menschen auf zwei verschiedene Arten: Entweder können wir uns von den Konsequenzen einer Handlung oder von bestimmten ethischen Prinzipien leiten lassen (Needham und Ruhmann, 2018, S.132).

4.2.1 Entscheidungsprozesse bei ethischen Fragestellungen

Routineentscheidungen sind Entscheidungen, welche wir im alltäglichen Leben ohne Problematisierung treffen und die kein grosses ethisches Anliegen für die Gesellschaft darstellen (z.B. ich lasse einen Patienten trotz bevorstehender Operation noch eine Zigarette rauchen).

Meisterhafte Entscheidungen / Intuitive Prozesse sind Entscheidungen, die ebenfalls routiniert auftreten, bei denen wir aber intuitiv ethische Erwägungen in der Entscheidung mit einbeziehen. Die Handlungen werden fachlich begründet, bewusst ausgeführt, nach Situation angepasst und bei Bedarf verändert und auf die Bedürfnisse des Betroffenen abgestimmt.

Rational-analytische Entscheidungsprozesse beschreiben Situationen, in welchen eine ethische Entscheidungsfindung erforderlich ist. Sie wird systematisch und anhand von Theorien und ethischen Prinzipien analysiert, damit im späteren Verlauf mit Hilfe eines Modells eine ethische Entscheidungsfindung getroffen werden kann (Needham und Ruhmann, 2018, S.139).

4.2.2 Voraussetzung und Kompetenzen von Pflegenden bei ethischen Entscheidungsprozessen

Riedel et. al 2017 beschreibt in «Ethische Reflexion in der Pflege» 2018 folgende Voraussetzungen und Kompetenzen die einzelne Pflegenden für eine professionelle ethische Reflexion benötigen:

- Die Sensibilität für ethische Konfliktsituationen im Pflegealltag sowie im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Entwicklungen
- Die Fähigkeit zur Identifikation und Analyse konkreter ethischer Fragestellungen
- Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel
- Diskurs- und Konfliktfähigkeit sowie die Konsensorientierung in der Wahrnehmung der Verantwortung als professionell Pflegenden
- Die Fähigkeit zur Reflexion und Begründung beruflichen Handelns unter Einbezug ethischer Normierungen der Pflege und anderer Heilberufe.

Damit Patienten autonome Entscheidungen fällen können, muss ein systematisiertes Gespräch stattfinden. Voraussetzung ist eine professionelle, authentische und empathische Beziehung zwischen Fachperson und Patient. Gesundheitsfachpersonen müssen sich ihrer eigenen Wertemuster bewusst sein. Nach Schaffert-Witvliet (Pflegeexpertin) sind Pflegenden häufiger als Ärztinnen der Auffassung, dass Patienten autonom entscheiden (SAMW, 2018)

4.3 Ethikausbildung für Gesundheitspersonen

Die Ethik gibt Orientierung durch Werte und Normen und ermöglicht auch in schwierigen und komplexen Situationen des Berufsalltags handlungsfähig zu bleiben. Unethisches Verhalten im Beruf kann die Sicherheit der Patienten gefährden und die Team-Performance schwächen. Ethik muss daher eine zentrale Grundlage professionellen Handelns sein. Eine fundierte ethische Ausbildung ist für Gesundheitsfachpersonen unerlässlich (Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften SAMW, 2019).

4.4 Die Problematik der ethischen Entscheidungsfindung bei Suizidalität

Das Festlegen von ethischen Entscheidungen bei suizidalen Patienten stellt alle beteiligten Personen (Ärzte, Pflege, Angehörige) vor eine grosse Herausforderung, nicht nur aufgrund der fachlichen und rechtlichen Vorgaben, sondern auch wegen der Möglichkeit grosser emotionaler Konflikte zwischen den Beteiligten (Vollmann, 2017).

«Dabei zeigt sich, dass in vielen Situationen eine Verlagerung der Verantwortung für die ethische Entscheidungsfindung z.B. zum Arzt nicht möglich ist und durch psychiatrisch

Pflegende in den Pflegesituationen selbst getroffen werden müssen.» (Vollmann, 2017, S. 120).

4.5 Unterschied zwischen Ethik und Recht

«Grundsätzlich bestätigt das Recht die Werte, die in einer Gesellschaft allgemein anerkannt sind, während die Ethik über die involvierten Werte reflektiert. Die Interessensabwägung – d. h. die Prüfung, welcher Wert oder welches Prinzip im Konfliktfall Vorrang haben soll – ist beiden Disziplinen gemeinsam. Gesundheitsfachpersonen müssen mit diesen Instrumenten vertraut sein. Kenntnisse der Grundlagen des Gesundheitsrechts sind Voraussetzung für die Anwendung von Wissen und Kompetenzen in Medizinethik.» (SAMW, 2019).

5 Rechtliche Grundlagen für Pflegende

Das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG), welches erstmals seit dem 01.02.2020 in Kraft ist, legt für sieben Gesundheitsberufe (darunter die Pflege) schweizweit verbindliche, einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und die fachliche eigenverantwortliche Berufsausübung fest (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016). Pflegende müssen unter anderem die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen Gesundheitssystems kennen, Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahrnehmen und dabei anerkannte ethische Prinzipien beachten. Sie sollen das (Selbstbestimmung)-Recht der zu behandelnden Personen wahren und ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft ausführen (GesBG Art. 3, 4, 16).

Arbeitsrechtliche Grundlagen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden im Obligationenrecht (OR) im Rahmen des Zivilgesetzbuches (ZGB) geregelt. Die Sorgfaltspflicht bezeichnet das Mass der Sorgfalt, für die der Arbeitnehmer einzustehen hat. Sie bestimmt sich nach dem einzelnen Arbeitsverhältnis unter Berücksichtigung des Berufsrisikos, des Bildungsgrades oder der Fachkenntnisse, die zur Ausführung der Arbeit verlangt werden. Die Sorgfaltspflicht umfasst die Verantwortung des Arbeitgebers, die Fähigkeiten und Eigenschaften des Arbeitnehmers zu kennen und einzusetzen (OR Art. 321e Abs. 2).

Die entsprechenden arbeitsrechtlichen Bestimmungen dürfen aber nicht kontextunabhängig übernommen werden. Ob der Beauftragte unsorgfältig gehandelt hat, beurteilt sich danach, ob sein Handeln unter Berücksichtigung der konkreten Umstände und gemessen am fachspezifischen Durchschnittsverhalten fehlbar ist (objektivierter Fahrlässigkeitsbegriff) (Hueguenin, online).

5.1 Urteilsfähigkeit als Voraussetzungen für autonome Entscheidungen

Urteilsfähigkeit bzw. vernunftgemässes Handeln setzt die Fähigkeit voraus, allgemeinverständlich formulierte Informationen zu verstehen und die verschiedenen Handlungsoptionen einzuschätzen (Verstandeskomponente) und die Fähigkeit eine Wahl zu treffen und entsprechend zu handeln (Willenskomponente).

Vernunftgemässes Handeln bedeutet, die Situation und deren Tragweite zu erfassen, zu analysieren, die Folgen von Lösungsvorschlägen abzuschätzen und zielgerichtet einen Entscheid zu fällen und zu äussern. Ob eine Entscheidung vernünftig ist, entscheidet jede Person nach eigenen Massstäben. Es ist also ein persönliches Recht, Entscheide zu fällen, welche von anderen Experten als unvernünftig angesehen werden (Pro mente sana, 2015, und vgl. ZGB Art. 16).

«Auch bei Personen mit einer psychischen Erkrankung gelten dieselben Richtlinien bezüglich der Urteilsfähigkeit. Die Mehrheit von Patienten mit psychischen Störungen ist in der Regel hinsichtlich behandlungsrelevanter Entscheide urteilsfähig.» (SAMW, 2019).

Die Urteilsunfähigkeit ist zeitlich und situativ begrenzt und muss vom Arzt eingeschätzt und dokumentiert werden. Sie ist als ein Ja oder Nein Entscheidung zu fällen. Die Kriterien

und die Argumentation zum Entscheid müssen für jeden Beteiligten transparent und nachvollziehbar sein. Dem Betroffenen sollte wegen möglicher Beeinflussung z.B. von Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden sich ohne Anwesenheit von Drittpersonen äussern zu können. Bei der Beurteilung gelten die ethischen Prinzipien Respekt vor Selbstbestimmung / Autonomie und Fürsorge (SAMW, 2019).

5.2 Massnahme: Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Bewegungseinschränkende Massnahmen hindern den betroffenen Menschen direkt am Verlassen eines Ortes, Gebäudes oder Raumes und dürfen nur angewendet werden, wenn sie verhältnismässig sind und eine lebensbedrohliche Gefahr der betroffenen Person oder die Gefährdung Dritter nicht mit anderen Massnahmen abgewendet werden kann. Sie dürfen nicht bei urteilsfähigen Personen angewendet werden (Pro mente sana, 2015, und vgl. ZGB Art. 383).

5.3 Massnahme: Das Zurückbehalten von freiwillig eingetretenen Personen

Freiwillig hospitalisierte Personen dürfen nur von der Klinikleitung und für höchstens 3 Tage zurückbehalten werden. Die begründende Voraussetzung ist die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung. (Pro mente sana, 2015, und vgl. ZGB Art. 427).
«Urteilsfähige Patientinnen und Patienten können die Institutionen jederzeit verlassen. Bestehen sie entgegen dem ärztlichen Rat und nach erfolgter Aufklärung über Risiken und möglichen Folgen auf dem vorzeitigen Austritt, bestätigen sie dies mit ihrer Unterschrift. Die Verweigerung der Unterschrift wird dokumentiert.» (Patientinnen- und Patientengesetz, 2004, Paragraf 12 Absatz 2).

5.4 Psychiatrische Notfälle

Gemäss ZGB Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1-3 dürfen Patienten mit einer psychischen Störung bei einer zeitlich dringenden akuten Selbst und / oder Fremdgefährdung zwangsbehandelt werden, wenn die Verhältnismässigkeit gegeben ist. Verhältnismässig bedeutet in diesem Fall, dass andere Massnahmen wie z.B. bewegungseinschränkende Massnahmen die akute Gefährdung nicht mildern können.

Nach Paul Hoff (2018) folgt allein aus der Diagnose, welche den Patienten psychiatrisch attribuiert, keine unmittelbare juristische Konsequenz. Die Diagnose darf insbesondere nicht dazu führen, der Person implizit oder explizit die Fähigkeit abzuspochen, sich zu substanziellen Fragen des eigenen Lebens zu äussern. Dies zeigt sich daran, dass sich bei den einschlägigen Beispielen aus der Klinik stets die Frage stellt, ob der Suizidwunsch (nur) Symptom der psychischen Erkrankung ist oder ob er durch andere Motivation hervorgerufen wird (Hoff, SAMW, 2018).

6 Analyse

Ich möchte nun mit Hilfe eines Analyseninstruments und der erlernten Theorie über Suizidalität, ethisch- moralisch- und rechtlichen Grundlager meine zentrale Fragestellung des Fallbeispiels rückblickend analysieren und beantworten.

Ich werde die Reflexionshilfe zur Analyse von ethischen Herausforderungen im medizinischen Berufsalltag von Wallimann-Helmer und Keller 2018 anwenden. Sie orientiert sich eng an der prinzipienethischen Theorie von Tom L. Beachamp und James F. Childress und hilft Personen in Gesundheitsberufen, ethische Entscheidungen systematisch, analytisch und praxisorientiert zu lösen. Sie ermöglicht, die eigene Haltung und das eigene Handeln im ethischen Entscheidungsprozess kritisch zu hinterfragen und soll als Argumentationsgrundlage für die spätere Auseinandersetzung in Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, bei Fallbesprechungen oder zur eigenen Reflexion dienen. Die Darstellung orientiert sich am Hauptanalyserasters des Buches. Aufgrund des eingeschränkten Seitenumfangs meiner Diplomarbeit habe ich auf das Darstellen des Hilferasters verzichtet. Inhaltlich wird es natürlich in der Analyse miteinbezogen.

6.1 Erste Phase: Die Irritation als Ausgangspunkt zur ethischen Fragestellung

| Titel | Theorie | Fallbeispiel |
|---------------------------------|---|--|
| Irritation | Beschreibung in einem Satz | Es stört mich, dass ich nach Meinung des Sohnes dessen Vater, einen freiwillig eingetretenen und für mich urteilsfähigen Patienten mit fraglicher Suizidalität am Verlassen der Notfallstation hindern soll. |
| Fallbeschreibung | <p>Genaue Beschreibung und Angaben zur Situation.</p> <p>(Vergleiche Ausgangslage Kapitel 1.1, S.1)</p> <p>Involvierte Personen und ihre Funktionen</p> | <p>Herr M., welcher an einer depressiven Erkrankung leidet, kommt in Begleitung seines Sohnes in der Nacht auf den Notfall. Nach Meinung des Sohnes sei sein Vater suizidal und müsse behandelt werden. Der Vater hingegen möchte wieder nach Hause und nicht auf dem Notfall bleiben. Sein Sohn appelliert an meine Pflicht als Pflegefachmann, ihn notfalls festzuhalten, wenn er die Station verlassen würde. Ich entgegne, dass sein Vater freiwillig gekommen ist und ich ihn daher nicht festhalten darf. Anschliessend schildere ich die Situation dem zuständigen Assistenzarzt. Kurze Zeit später sehe ich, wie Herr M. die Station zu verlassen versucht und sein Sohn ihn daran hindert.</p> <p>Ich bin als Pflegefachperson für Herr M. als Patienten zuständig. Sein Sohn ist als Angehöriger anwesend. Der Assistenzarzt ist Fallverantwortlicher.</p> |
| Involvierte Wertesysteme | Involvierte und relevante Wertesysteme | Mein Berufsethos, die Gesetzliche Regelungen und Rollenpflichten Anliegen des Sohnes (Schutz seines Vaters) Anliegen von Herr M. (Selbstbestimmung) |
| Grund der Irritation | Was stört an der Situation? | Ich möchte die selbstbestimmte Entscheidung von Herr M. respektieren und ihn nicht auf Wunsch des Sohnes in seiner Freiheit einschränken. |
| Ethische Frage | Handlungsanweisung zugunsten des Patienten | Darf ich auf der Notfallstation einen Patienten mit fraglicher Suizidalität gehen lassen, obwohl ein Angehöriger seinen Schutz / Behandlung einfordert? |

6.1.1 Handlungsalternativen

Als Ergebnis der ersten Phase sollen mindestens zwei Handlungsalternativen ermittelt werden, welche die Irritation auflösen und die ethische Fragestellung beantworten. Sie sollen dabei in ihren Aussagen möglichst konträr und abgrenzbar sein, sodass ich mich intuitiv für eine Handlungsalternative entscheiden kann.

- 1) Herr M. ist freiwillig auf den Notfall gekommen, also lasse ich ihn ohne weitere Massnahmen auch wieder gehen.
- 2) Ich hindere Herr M. mit allen Möglichkeiten am Verlassen der Station, damit eine Behandlung möglich wird.
- 3) Falls Herr M. die Notfallstation verlässt, bespreche in Anwesenheit des Arztes und des Sohnes das weitere Vorgehen.
(intuitiv richtig)

6.2 Zweite Phase: Interpretation der Prinzipien

In dieser Phase sollen die vier ethischen Prinzipien Respekt vor Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit, einzeln und unabhängig voneinander zur Handlungsalternative interpretiert werden, damit diese letztendlich begründet werden kann.

| Titel | Theorie | Fallbeispiel |
|------------------------------|---|---|
| Respekt vor Autonomie | Selbstbestimmende Entscheide und ihre Umstände <u>Schwellenwertbedingungen</u> | Herr M. zeigt keine Anzeichen einer Orientierungslosigkeit. Er kann klar benennen, unter welchen Umständen er auf den Notfall gekommen ist. Es ist ersichtlich das der Eintritt unter einem gewissen Druck Seitens des Sohnes stattgefunden hat. Es liegt keine Urteilsunfähigkeit vor (vgl. Kapitel 5.1). Daher ist Handlungsalternative 2 auszuschliessen. |
| | <u>Informationsbedingungen</u> | Man könnte kritisch einwenden, dass von fachlicher Seite keine Behandlungsempfehlung gemacht wurden. Allerdings kann Herr M. die aktuelle Situation mit einer ähnlichen Situation (letztes Jahr) vergleichen und kennt die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung. Ich kann also davon ausgehen, dass er mögliche Risiken und Nachteile eines späteren Behandlungsbeginns kennt. Handlungsalternative 1 und 3 würden dieser Einschätzung entgegenkommen. |
| | <u>Konsensbedingungen</u> | Herr M. ist aktuell bereit, für sich selbst eine Entscheidung zu treffen und möchte explizit das Spital verlassen. Er ist sich bewusst, dass sein Sohn gegen das Verlassen des Spitales ist. |
| | Beste Handlungsalternative | Handlungsalternative 1 und 3 erfüllen das Prinzip Respekt vor Autonomie daher am besten. Der einzige Kritikpunkt betrifft eventuell das unvollständige Aufzeigen von weiteren Behandlungsalternativen. Dies lässt sich bei Handlungsalternative 3 nachholen. |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| <p>Nicht-Schaden</p> | <p>Handlungsalternativen welche ethisch verboten sind</p> <p><u>Arten von Schäden</u></p> <p><u>Prinzip der Doppelwirkung</u></p> <p><u>Verbotene Handlungen</u></p> <p><u>Erlaubte Handlungen</u></p> <p>Beste Handlungsalternative</p> | <p>Bei Handlungsalternative 2 würde ich auf jeden Fall den Selbstwert von Herr M. herabsetzen und / oder seine Bewegungsfreiheit einschränken. Bei Handlungsalternative 1 und 3 besteht die Gefahr, dass sich Herr M. Zuhause etwas antun könnte (potenzieller Schaden) oder die Situation sich weiter verschlechtert (Unterlassung).</p> <p>Handlungsalternative 2 geht zwar von einer guten Absicht aus, übersteigt aber den Grundsatz des proportionalen Schadens. Die mögliche Dekompensation des Sohnes aufgrund der schwierigen Situation Zuhause rechtfertigt meiner Meinung nicht die Handlung von Zwang und Bewegungseinschränkung am Vater (vgl. Kapitel 5.3).</p> <p>Bewegungseinschränkende Massnahmen sind meiner Meinung nach bei Herr M. nicht erlaubt, da keine unmittelbare akute Selbstgefährdung vorliegt (vgl. Kapitel 2 und 5.5)</p> <p>Ein Austritt gegen ärztlichen Rat, gestützt auf den Paragraf 12 Absatz 2 im Patientinnen- und Patientengesetz wäre erlaubt.</p> <p>Aufgrund dieser Einschätzung erfüllt für mich Handlungsalternative 3 das Prinzip am besten.</p> |
| <p>Fürsorge</p> | <p>Wohl des Patienten / Ansicht des Berufsethos</p> <p><u>Perspektive des Wohlergehens</u></p> <p><u>Zumutbarkeit</u></p> <p><u>Paternalismus</u></p> <p>Beste Handlungsalternative</p> | <p>Auf Nachfrage verneint Herr M. suizidale Absichten oder Gedanken zu haben. Der Sohn von Herr M. sieht eine dringende Notwendigkeit, dass sein Vater professionelle Hilfe bekommt. Auch nach meiner Einschätzung kann ich eine Behandlungsnotwendigkeit des Patienten erkennen. Herr M. könnte sich in der ersten Phase der suizidalen Entwicklung befinden mit dem Wunsch nach Veränderung. Handlungsalternative 1 ist für mich daher keine Option.</p> <p>Der Sohn sieht eine akute Gefährdung und wünscht eine sofortige Behandlung, was der Handlungsalternative 2 entsprechen würde. Es ist allerdings eine Laien Meinung und es ist schwierig einzuschätzen, inwieweit der Sohn selbst mit der Situation überfordert ist. Ausserdem ist diese Haltung für mich unter diesen Umständen zu stark paternalistisch geprägt.</p> <p>Handlungsalternative 3 ist für mich daher der optimale Kompromiss. Es ist ein geringer Eingriff in den autonomen Entscheidungsspielraum von Herr M. und entspricht dennoch den Fürsorglichen Pflichten.</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| <p>Gerechtigkeit</p> | <p>Verteilung / Zuteilung von Ressourcen</p> <p><u>Gleichbehandlung</u></p> <p><u>Priorisierung</u></p> <p><u>Rationalisierung und Triage</u></p> <p>Beste Handlungsalternative</p> | <p>Bei Handlungsalternative 1 ist fraglich, ob die Sorgfaltspflicht und die Bestimmungen des GesBG eingehalten werden (vgl. Kapitel 5). Es könnte der Eindruck entstehen, dass die fachliche Verantwortung nach dem Motto «aus den Augen aus dem Sinn» ausgeübt wird.</p> <p>Handlungsalternative 2 ist ebenfalls auszuschliessen, da ich sonst dem Wunsch des Sohnes die volle Priorisierung einräumen würde. Er ist aber in dieser Situation «nur» Angehöriger und nur indirekt Betroffener. Eine gewisse Ungerechtigkeit würde bestehen, wenn ich seiner Perspektive keine Beachtung schenken würde.</p> <p>Handlungsalternative 3 erfüllt das Prinzip daher meiner Meinung nach besten, da sie beiden Parteien gerecht wird und den Sohn in den Entscheidungsprozess miteinbezieht.</p> |
|-----------------------------|---|---|

6.3 Dritte Phase: Gewichtung und Rechtfertigung der Ergebnisse

In der letzten Phase erfolgt die Gewichtung der Prinzipien und die Rechtfertigung der Ergebnisse. Sie ermöglicht es, die eigene Entscheidung gegenüber anderen Personen transparent und nachvollziehbar vertreten zu können.

Die geringste Gewichtung gebe ich dem Prinzip der Gerechtigkeit. In meinem Fallbeispiel geht es nicht darum, dass der Sohn von Herr M. weniger materielle, zeitliche oder personelle Ressourcen bekommt oder eine ungerechte Verteilung vorliegt. Herr M. hat in diesem Fall als Patient einfach eine höhere Priorität, da die Massnahmen auch ihn hauptsächlich betreffen würden. Sein Sohn als seine Begleitung nimmt in diesem Fall nur eine beratende, informelle Rolle ein. Dem Prinzip der Fürsorge gebe ich dafür mehr Gewichtung. Beide Parteien gehen davon aus, dass eine gewisse Gefährdung vorliegt und möchten Gutes tun. Der grosse Unterschied besteht darin, aus welcher Perspektive die Einschätzung getroffen wird und in welcher Form sie umgesetzt werden soll. Um meine ethische Frage weiter beantworten zu können, muss ich daher dem Prinzip des nicht-Schadens ein höheres Gewicht einräumen. Es geht darum, ob die Handlungen auch rechters sind. Ich habe gemerkt, dass die momentane Situation keine Rechtfertigung für eine bewegungseinschränkende Massnahme erfüllt. Auch das Prinzip der Doppelwirkung (vgl. Kapitel 3.2.2) darf daher nicht zur Anwendung kommen da dies einen massiven Eingriff in die Autonomie bedeuten und einer sehr fundierten Rechtfertigung bedingen würde. Trotzdem kann ich dem Prinzip Respekt vor Autonomie nicht das höchste Gewicht beimessen. Ein potenzieller Schaden oder eine Unterlassung sind nicht auszuschliessen. Daher stehen sich die Prinzipien nicht-Schaden und Autonomie gleichwertig gegenüber. Dies stellt in diesem Fall kein Problem dar, da beide Prinzipien die gleiche Handlungsalternative vorschreiben. Es entsteht gemäss dem Analyseinstrument kein ethisches Dilemma. Handlungsalternative 3 ist für mich der optimale Kompromiss, da es ein geringer Eingriff in den Entscheidungsspielraum von Herr M. darstellt und trotzdem den fürsorglichen Pflichten nachkommt.

7 Konsequenzen für die Praxis

7.1 Einschätzung der Suizidalität für ethische Entscheidungen

Auch in der Theorie wird die Einschätzung der Suizidalität bei Patienten auf der Notfallstation als eine grosse Herausforderung für die Pflege und die Interdisziplinären Arbeit beschrieben. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität hat mir gezeigt, dass das direkte Nachfragen eine zentrale Aufgabe darstellt. Dabei muss die Frage nach Suizidalität ausführlicher gestellt werden, als ich es im Fallbeispiel gemacht habe. Der Fragenkatalog nach Gruber zeigt mir, dass es möglich ist, auf die Suizidalität eines Patienten differenzierter einzugehen, als ich es bei Herr M. getan habe. Mit diesem Instrument kann ich mögliche Risikofaktoren, gefährliche Situationen oder Phasen der Suizidalität erkennen und diese interdisziplinär transparent aufzeigen.

Pflegende überprüfen nur selten empirisch und systematisch die Suizidalität bei Patienten und wenn doch, meistens nach Gefühl und Erfahrung. Ich kann mir vorstellen, dass ein Grund für diese Defizite die hohe Patientenfluktuation und damit der Zeitdruck und der Arbeitsaufwand, das fehlende Wissen aber auch die falsche Aufteilung der Verantwortung zur Einschätzung ist. Obschon Vollmann auf die sinnvolle Verlagerung der Verantwortlichkeit der Pflege bei suizidalen Patienten auf die Pflege hinweist, liegt sie bei unserem Notfall beim zuständigen Arzt oder externen Psychiater. Meiner Meinung trifft jedoch genau die Verlagerung der Verantwortung auf die Pflege in meinem Fallbeispiel bei Herr M. zu. Diese Tatsache und die Auseinandersetzung mit der folgenden ethischen Konfliktsituation zeigen mir, dass ich mich der Einschätzung der Suizidalität bei Patienten aus berufsethischen Gründen nicht entziehen kann. Diese Einschätzung fand ich auch in der Literatur wieder. Suizidassessments bieten Fakten und Sicherheit für Berufsanfänger und bilden ein Grundgerüst für die spätere Diskussion und Entscheidungsbildung bezüglich des weiteren Vorgehens. Obschon es professionelle Pflegeassessments zur Einschätzung gibt, finden sie auf meiner Abteilung keine Verwendung. Die Etablierung eines Assessmentinstruments wäre in der Praxis meiner Meinung nach zu begrüssen. Es würde mich in der Einschätzung der Suizidalität nebst der eigenen Intuition und Erfahrung unterstützen. Bis dahin werde ich mich an den Fragekatalog von Gruber orientieren. Ich finde ihn praxisnah, verständlich und in Hinblick auf Zeitdruck und Aufwand auf der Notfallstation gut umsetzbar. Die Fragen tragen einen Teil der Rechtfertigung für mein pflegerisches Handeln in der späteren Auseinandersetzung in der ethischen Entscheidungsfindung bei. Primär bleibt das Wissen, dass der Patient der eigentliche Experte seiner Suizidalität ist und das primäre Ziel die Krisenintervention oder die ambulante Anschlussbehandlung sein soll.

7.2 Wie ich ethische Entscheidungen treffen kann

Als Pflegefachmann auf der Notfallstation treffe ich jeden Tag ethische Entscheidungen. Anhand der Literaturrecherche konnte ich erkennen, dass die meisten davon Routineentscheidungen- oder intuitive Prozesse sind. Dass diese Entscheidungen durch ein Wertesystem der Moral beeinflusst werden, war mir bis dahin so nicht bewusst. Meine eigene Wertevorstellung und mein Berufsethos haben also direkten Einfluss auf die intuitive Entscheidung bei Herr M. Das Fallbeispiel hat mir aufgezeigt, dass eine Irritation mit dem Treffen einer intuitiven Entscheidung nicht zufriedenstellend gelöst werden kann. Ich kam an die Grenze, als es darum ging, meine eigene Handlung und Überlegungen Angesichts der Irritation rechtfertigen zu müssen. Durch die Diplomarbeit und die Auseinandersetzung mit den Themen Ethik, Moral und Recht habe ich gemerkt, dass meine bisherigen Kenntnisse nicht ausgereicht hätten, bei meinem Fallbeispiel anzuwenden eine ethische Analyse anzuwenden. Ich stellte fest, dass meine Grundlagen auf die eigenen Wertevorstellungen und die Haltung zum ausführenden Beruf basieren. Nach SAMW und dem GesBG wäre ich aber verpflichtet, mein Handeln auf prinzipien-ethische Grundlagen begründen zu können. Diese Einschätzung und diese Anforderung fand ich auch bei Riedel

et. al 2017 so bestätigt. Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und zur eigenen Reflexion empfinde ich dabei als eine der grössten Herausforderungen bei ethischen Entscheidungsfindungen. Ich habe gemerkt, dass es für das Thema ethischer Reflexionen eine breite Fachliteratur gibt und sich damit bestimmt eine zweite Diplomarbeit erstellen lassen würde. Es wäre ein weiterer Schritt in der Auseinandersetzung, der sich lohnen würde.

Dank der Diplomarbeit erkannte ich, dass die Prinzipienethik mir helfen kann, meinen Interpretationsspielraum dank den vorgegebenen Bedingungen einzugrenzen, eigene Wertevorstellungen zu hinterfragen und rechtliche Grundlagen einzuhalten. Rechtliche Grundlagen helfen mir, mich Gesetzeskonform zu verhalten, die Rechte von Patienten wahren und meine eigene Grenze der Fürsorge zu erkennen.

Ich habe so begründet, dass ich keinen Patienten gegen seinen urteilsfähigen Willen festhalten und damit in seiner Bewegungsfreiheit einschränken darf. Voraussetzung für eine bewegungseinschränkende Massnahme wäre eine von ärztlicher Seite begründete Urteilsunfähigkeit, bei der eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen muss. Überraschend für mich war, dass laut Gesetz Menschen mit psychischen Krankheiten grundsätzlich urteilsfähig sind und auch unvernünftige Entscheidungen treffen dürfen (vgl. Hoff, Pro mente sana und ZGB Art. 16). Ich darf also auch Menschen mit psychischen Erkrankungen wie möglicherweise Herr M. nicht einfach am Gehen hindern. Falls der Arzt sich meiner Meinung anschliesst und keine Urteilsunfähigkeit erkennt, muss die Möglichkeit eines Austritts gegen ärztlichen Rat eine Option sein.

Neben den Recherchen zu den berufsausübenden Pflichten im ZGB und GesBG fand ich im OR auch den Punkt der Sorgfaltspflicht als Problem relevant. Die Sorgfaltspflicht legt fest, dass sich mein Handeln nach den Richtlinien meines Betriebs richten muss. Gleichzeitig werde ich aber auch so geschützt, dass der Vorwurf unsorgfältigen Handelns anhand klarer Kriterien konkret begründet werden müsste. Dieser Rechtsrahmen schützt mich als Studierender und später als ausgebildeter Notfallexperte vor möglichen rechtlichen Konsequenzen Seitens des Betriebs bei behaupteten Pflegefehlern.

Mit der Reflexionshilfe zur Analyse ethischer Konfliktsituationen von Wallimann-Helmer und Keller habe ich ein Instrument, mit dem ich Irritationen in meinem beruflichen Alltag lösen kann. Voraussetzung dafür ist erstens ein fachliches Wissen über den Sachverhalt der pflegerischen Thematik - in diesem Fall die mögliche Suizidalität (vgl. Kapitel 7.1). Meiner Meinung nach könnte die Anwendung des Instruments auf der Notfallstation auf folgende Vorbehalte stossen: Auf der Notfallstation bin ich mit einer schnell wechselnden Dynamik und einer hohen Patientenfluktuation konfrontiert. Der zeitliche Aufwand bei der Anwendung eines solchen Instruments sollte aus eigener Erfahrung nicht unterschätzt werden. Es brauchte eine Einführung in das Instrument selbst, fachlich fundierte Kenntnisse in den Themen Ethik, Moral und Recht. Bei der Anwendung auf mein Fallbeispiel habe ich aber auch gemerkt das sich das Instrument sehr gut dafür eignet, rückblickend ethische Konfliktsituationen zu analysieren.

Das Instrument überzeugt durch eine verständliche Sprache und ein systematisch logisches Vorgehen. Es bietet mit einem Hauptanalyseraster und einem Hilfsraster eine klare Struktur zum geplanten Vorgehen. Der Anwender wird Schritt für Schritt in das Instrument eingeführt wird. Dabei werden in jedem Kapitel Lernfragen zur Überprüfung des Verständnisses gestellt welche auch als kritische Überprüfung der eigenen Interpretation genutzt werden können. Das Hilfsraster dient zur genaueren Ausarbeitung der Interpretation der ethischen Prinzipien und der anschliessenden Gewichtung. Es kann laut Autoren bei genügend Erfahrung vernachlässigt werden. Die beiden Raster sind als Original online unter www.versus.ch/medizinethik zum Herunterladen frei verfügbar. Neben der strukturellen Hilfe bei der Reflexion meines Fallbeispiels konnte ich mir so einen grossen Teil der Ethiktheorien - besonders der Prinzipienethik - aneignen.

Dank der praktischen Anwendung des Instruments auf mein Fallbeispiel wurde mir bewusst, dass es möglich ist als Pflegefachperson auf der Notfallstation bei einem Patienten mit Verdacht auf Suizidalität zu einer ethisch korrekten Entscheidung zu gelangen.

8 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., & Rieder, P. (2005). *Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? : Bericht über ein Praxisprojekt*. Psych. Pflege Heute, 11(03), 160–164.
<https://doi.org/10.1055/s-2005-858213>
- Finzen, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention – Behandlung – Bewältigung*. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Gather, J., & Gieselmann, A. (2017). *Ethik in der Psychiatrie: Ein Praxisbuch* (J. Vollmann, Hrsg.). Psychiatrie Verlag.
- Gruber, A. 2018. *Suizidversuch, wie weiter? - Erfahrungen aus der Notfallstation*. Zürcher Präventionstag: Suizidprävention. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/publikationen/referate-praeventionstag/praeventionstag-2018>
- Hueguenin, C. 2020. Online. *Sorgfaltspflicht*. Abgerufen 18. März 2020, von http://www.rwi.uzh.ch/elt-1st-hueguenin/orbt/auftrag/de/html/PflichtenB_learningObject3.html
- Kanton Zürich. 2004. *Patientinnen- und Patientengesetz des Kantons Zürich*. Abgerufen 18. März 2020, von [http://www2.zhlex.zh.ch/ Appl/zhlex_r.nsf/0/A2464D55ABBA2D74C1257C3F003A675C/\\$file/813.13_5.4.04_83.pdf](http://www2.zhlex.zh.ch/ Appl/zhlex_r.nsf/0/A2464D55ABBA2D74C1257C3F003A675C/$file/813.13_5.4.04_83.pdf)
- Needham, I. und Ruhmann, D. (2018). *Ethik*. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S., *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Verlag Hans Huber, S 132 – 142.
- Pro mente sana. 2015. *Das Erwachsenenschutzrecht—Informationen für Fachpersonen*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.promentesana.ch/de/wissen/rechtliche-themen/erwachsenenschutzrecht.html>
- Rabenschlag, F., Hoffmann, S., Kozel, B., & Sprenger, R. (2013). *Wie schätzen Pflegende die Suizidalität von Patient(inn)en ein? Erhebung in psychiatrischen Institutionen der*

- deutschen Schweiz. *Pflege*, 26(4), 245–253. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000303>
- Riedel, A., & Linde, A.-C. (Hrsg.). (2018). *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte - Werte - Phänomene*. Springer.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord Abschluss einer krankhaften Entwicklung*. Wien, Maudrich.
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. 2016. *Autonomie und Beziehung*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Tagungsberichte.html>
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. 2018. *Autonomie und Fürsorge*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Tagungsberichte.html>
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. 2018. *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. 2019. *Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. 2019. *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Huber.
- Schneiter, E. J., Suisse. (2018). *ZGB, OR, SchKG, BV und weitere Erlasse: Kaufmännische Ausgabe*. Orell Füssli.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Herausgebendes Organ. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern SBK.

Schweizerische Eidgenossenschaft. 2016. *Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG)*. Abgerufen 18. März 2020, von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20131765/202002010000/811.21.pdf>

Wallimann-Helmer, I., & Keller, M. (2018). *Ethik für medizinische Berufe: Reflexionshilfe zur Analyse ethischer Konfliktsituationen* (1. Auflage). Versus.

9 Selbständigkeitserklärung

Studierender/Studierende Name: Zurschmiede, Simon

Titel der Diplomarbeit: Name

Patienten mit Verdacht auf Suizidalität auf der Notfallstation

Rechte und ethische Pflichten für die Pflegenden anhand einer Fallanalyse

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum: 23.04.2020

Unterschrift:



Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Veröffentlichung ohne Vorbehalte |
| <input type="checkbox"/> | Keine Veröffentlichung |

Datum: 23.04.2020

Unterschrift:



Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden |
| <input type="checkbox"/> | Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden |

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: