

Würde und Selbstbestimmung in der Palliative Care

Das, was Iwan Iljitsch am meisten quälte, war die Lüge – jene aus irgendeinem Grunde von allen verbreitete Lüge, dass er nur krank sei und keineswegs auf den Tod daniederläge und dass er sich nur ruhig verhalten und sich kurieren lassen müsse, damit etwas sehr Schönes dabei herauskomme. Denn er wusste ja: was immer auch getan wurde, es konnte nichts dabei herauskommen, ausser noch qualvollere Leiden und dem Tode. Und ihn quälte diese Lüge, es quälte ihn, dass jene nicht eingestehen wollten, was alle wussten und was auch er selber wusste, sondern dass es ihr Wille war, ihn angesichts seiner entsetzlichen Lage zu belügen, und dass sie nicht nur wünschten, er solle selber an dieser Lüge teilnehmen, sondern, dass sie ihn sogar dazu zwangen. (. . .) er sah, dass niemand Mitgefühl mit ihm hatte, weil kein Mensch willens war, sich in seine Lage hineinzudenken. (. . .) Einzig Gerassim log niemals; er allein – das war aus allem ersichtlich – hatte begriffen, um was es sich handle, und er hielt es auch nicht für nötig, es zu verbergen, sondern er hatte ganz einfach mit seinem abgezehrten schwachen Herrn Mitleid. Und einmal sprach er es sogar direkt aus, als Iwan Iljitsch ihn fortschicken wollte: „Alle werden wir sterben. Warum sich nicht ein bisschen Mühe geben?“ Das sagte er und drückte damit wohl aus, dass die Mühe ihm darum nicht lästig fiele, weil er dies alles da für einen Sterbenden täte und hoffte, dass einst, wenn ihm sein Stündlein schlug, jemand ihm ein Gleiches erweisen würde.

- Lew Nikolajewitsch Tolstoi - *Der Tod des Iwan Iljitsch* (Original 1886)

Abstract

Würde und Selbstbestimmung sind Grundwerte in der Palliative Care. Oft sind Personen, die Palliative Care in einer Einrichtung in Anspruch nehmen, mit Entscheidungen hinsichtlich medizinischer Massnahmen oder der Planung von Anschlusslösungen nach einem Austritt konfrontiert. Solche Entscheidungen betreffen insbesondere die Lebensqualität, die Lebensgestaltung und den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation. Es stellt sich die Frage, wie die Werte von Würde und Selbstbestimmung in solchen Entscheidungssituationen konkret Orientierung geben können. Diese Bachelor-Thesis versucht eine solche Konkretisierung für Entscheidungssituationen im Rahmen von Palliative Care.

Nach einem Überblick über Bedeutung, Arbeitsweise und Versorgungsstruktur von Palliative Care in der Schweiz und der Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team werden zwei typische Entscheidungssituationen im Rahmen eines Akutspitalaufenthalts – Zustimmung zu medizinischen Massnahmen und Austrittsplanung – beschrieben und analysiert. Danach werden die Begriffe der Würde und Selbstbestimmung näher bestimmt und anschliessend in Bezug auf die Gegenstände der Entscheidungsfindung konkretisiert.

Es wird gezeigt, dass auf dem Hintergrund der Analyse des Würdebegriffs sich Ansprüche der betroffenen Person begründen lassen, deren Umsetzung und Gewährung sich als Forderungen an Fachpersonen ableiten lassen. In der Konkretisierung der Selbstbestimmung erweist sich das Konzept des Informed Consent als hilfreich. Es hilft Elemente zu identifizieren, durch die die Person in ihrer Selbstbestimmung gefördert werden kann.

Für den interprofessionellen Kontext der Palliative Care im Akutspital werden zwei zentrale Verpflichtungen für die Soziale Arbeit begründet. Erstens fällt die Gewährung und Umsetzung der abgeleiteten Forderungen in die zentrale Kompetenz der Sozialen Arbeit. Zweitens ist die Soziale Arbeit aufgrund ihrer anwaltschaftlichen Funktion aufgefordert, die Gewährung und Umsetzung von Würde und Selbstbestimmung bei den anderen involvierten Fachpersonen aktiv einzufordern und sicherzustellen.

Würde und Selbstbestimmung in der Palliative Care

Konkretisierung der Grundwerte für die Praxis der Sozialen Arbeit im Akutspital

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Timo Affolter

Bern, Mai 2019

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt
nicht geändert.

Gutachter: Prof. Dr. André Zdunek

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
1.1	Fragestellung	3
1.2	Persönliches Erkenntnisinteresse und Praxisbezug	3
1.3	Forschungsstand	3
1.4	Vorgehensweise	4
1.5	Aufbau	4
2	Palliative Care	6
2.1	Definition der Weltgesundheitsorganisation und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften	6
2.2	Palliative Care in der Praxis – Versorgungsstrukturen und Interprofessionalität	7
2.3	Die Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team	11
2.4	Palliative Care im Akutspital	12
2.5	Entscheidungssituationen bei palliativer Behandlung und Betreuung im Akutspital	15
3	Würde und Selbstbestimmung	19
3.1	Würde	19
3.1.1	Analyse des Würdebegriffs in der Alltagssprache	19
3.1.2	Analyse der Begriffsgeschichte von Würde	20
3.1.3	Analyse des Begriffs in der Fachsprache in Bezug auf den rechtlichen und ethisch-moralischen Kontext	22
3.2	Selbstbestimmung	24
3.2.1	Autonomie und Selbstbestimmung – Analyse der Begriffsgeschichte	24
3.2.2	Selbstbestimmung in der Alltagssprache	25
3.2.3	Selbstbestimmung in der Praxis	26
3.2.4	Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung	29
3.2.5	Selbstbestimmte Entscheide im professionellen Kontext – Der Informed Consent	30
3.2.6	Das Problem des „therapeutic privilege“ und des Verzichts auf den Informed Consent	34
3.2.7	Selbstbestimmung im rechtlichen Kontext	35
3.3	Fazit	37
4	Konkretisierung der Grundwerte	39
4.1	Die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung bei der Austrittsplanung	39
4.2	Die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung bei medizinischen Massnahmen	46
5	Schlussfolgerungen und Ausblick	54
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	59

1 Einleitung

In der Schweiz werden seit 2013 jedes Jahr über eine Million Menschen in einem Akutspital hospitalisiert und behandelt, wobei die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 5.4 Tage beträgt (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017). Ein Teil dieser Patienten und Patientinnen nimmt Palliative Care in Anspruch. Gemäss der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) strebt Palliative Care eine „umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten“ (2017, S. 6) an. Bezeichnend für eine palliative Behandlung und Betreuung (nicht nur) im Spital ist, dass diese durch ein interprofessionell zusammenarbeitendes Team erbracht wird und dadurch auf die vielfältigen Bedürfnisse der schwerkranken Person optimal eingegangen werden kann (Pankofer, 2014, S. 27). Ein Grundsatz von Palliative Care besteht in der Achtung der Würde und Autonomie, die als Grundwerte bei der Behandlung und Betreuung einer schwerkranken Person zentral sind (SAMW, 2017, S. 6). Im Rahmen des Akutspitalaufenthaltes treten nebst der akutsomatischen Behandlung und Betreuung auch Fragen hinsichtlich der Planung des Spitalaustritts oder der Inanspruchnahme oder dem Abbruch medizinischer Massnahmen auf, die eine Entscheidungsfindung bedingen. Solche Entscheidungssituationen finden in einem interprofessionellen Rahmen statt, da die involvierten Fachpersonen über relevante fachliche Informationen verfügen und über die Situation der betroffenen Person Auskunft geben können. Die dabei zu treffenden Entscheide sind nicht selten mit weitreichenden Konsequenzen in Bezug auf die persönliche Lebensgestaltung, Lebensqualität oder den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation der betroffenen Person verbunden und deshalb für sie sehr bedeutsam. Dem Grundsatz der Achtung und Würde der betroffenen Person kommt hier folglich ebenfalls eine grundlegende Bedeutung zu und muss von den an diesen Entscheidungssituationen beteiligten Fachpersonen geachtet werden.

Auch Sozialarbeitende sind Teil des interprofessionellen Teams der Palliative Care und in die Behandlung und Betreuung einer schwerkranken Person involviert (vgl. hierzu Wasner & Pankofer, 2014). Eine Aufgabe von Sozialarbeitenden im Akutspital besteht in der Durchführung und Moderation von Rundtischgesprächen, an denen solche Entscheidungen getroffen werden sollen (palliative ch, 2012, S. 78). Die Forderung nach der Achtung der Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Person ergibt sich für Sozialarbeitende nicht nur aus dem Grundsatz der Palliative Care, sondern stellt für sie auch eine grundlegende berufsethische Verpflichtung dar (vgl. Avenir Social, 2010).

Aus dieser Annäherung an die palliative Behandlung und Betreuung im Akutspital und die damit verbundenen Entscheidungssituationen lässt sich für den Verfasser eine Fragestellung ableiten, die im Rahmen dieser Thesis beantwortet werden soll.

1.1 Fragestellung

Aufgrund der Tatsache, dass die Achtung der Würde und Autonomie der betroffenen Person im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung und damit verbunden auch an Entscheidungssituationen grundlegend ist, stellt sich die Frage, wie sich diese Orientierung an den Grundwerten von Würde und Selbstbestimmung konkretisieren lässt. Deshalb soll im Rahmen dieser Arbeit folgende Fragestellung beantwortet werden:

Wie lassen sich die Grundwerte Würde und Selbstbestimmung für die Praxis der Sozialen Arbeit im Akutspital bezüglich Entscheidungssituationen im Rahmen von Palliative Care konkretisieren?

1.2 Persönliches Erkenntnisinteresse und Praxisbezug

Durch meine Tätigkeit auf dem Sozialdienst eines Akutspitals bin ich in die Behandlung und Betreuung von Personen, die Palliative Care sowohl in der Grundversorgung als auch im Rahmen der spezialisierten Palliative Care in Anspruch nehmen, involviert. Dabei organisiere ich Rundtischgespräche und führe sie durch; in deren Rahmen müssen Entscheide in Bezug auf die Austrittsplanung oder auf medizinische Massnahmen getroffen werden. Zudem führe ich Gespräche ohne Anwesenheit weiterer Fachpersonen durch und berate Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen hinsichtlich Fragen zu der Austrittsplanung, der Betreuung und Pflege zu Hause, Sozialversicherungsleistungen und ethischen Fragestellungen.

Der Grundsatz der Achtung der Würde und Selbstbestimmung hat in meinem professionellen Handeln höchste Priorität. Dennoch stellt sich für mich im Rahmen solcher Gespräche und Beratungen oftmals die Frage, wie sich die Grundwerte konkret auszeichnen und wie eine Orientierung an ihnen möglich ist. Mein Erkenntnisinteresse besteht deshalb darin zu erarbeiten, wie sich diese Grundwerte in Bezug auf Entscheidungssituationen konkretisieren lassen und somit als Orientierung für die zu treffenden Entscheide genutzt werden können. Damit verbunden ist auch ein praktisches Interesse für die Praxis der Sozialen Arbeit, weil die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der Klienten und Klientinnen in jedem Fall grundlegend für das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden ist.

1.3 Forschungsstand

Soziale Arbeit und Palliative Care

In der Fachliteratur lässt sich eine Auseinandersetzung mit der Rolle, den Aufgaben und Kompetenzen Sozialer Arbeit in der Palliative Care ausmachen. Insbesondere zu erwähnen ist das umfassende „Oxford Textbook of Palliative Social Work“ von Altilio und Otis-Green (2011), das eine Übersicht über palliative Soziale Arbeit, ihre Rolle und spezifischen Kompetenzen bietet. In der deutschsprachigen Fachliteratur sind die Werke von Wasner und Pankofer (2014) und Student, Mühlum und Student (2016) zu erwähnen, in denen ebenfalls die Aufgaben und spezifischen Kompetenzen der Sozialen Arbeit in

der Palliative Care dargelegt werden. In allen Werken wird der Sozialen Arbeit eine bedeutsame Rolle in der Behandlung und Betreuung schwerkranker Menschen zugeschrieben, dies unter anderem auch in Bezug auf ihre Teilnahme an Entscheidungssituationen.

Die Grundwerte in der Palliative Care

Selbstbestimmung und Würde sind die Grundwerte in der Palliative Care. Insbesondere in Zusammenhang mit ethischen Aspekten palliativer Behandlung und Betreuung sind sie oftmals Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Unter anderem in „Palliative Care and Ethics“ (Quill & Miller, 2016) werden von zahlreichen Autoren und Autorinnen ethische Aspekte palliativer Behandlung und Betreuung aufgegriffen, wobei auch die Grundwerte thematisiert werden. Siegmann-Würth (2011) beschäftigt sich ebenfalls mit ethischen Aspekten in der Palliative Care. In den „Medizin-ethischen Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care“ der SAMW (2017) werden Würde und Selbstbestimmung explizit als Grundwerte der Palliative Care bezeichnet und ihre allgemeine Bedeutung in Bezug auf die Behandlung und Betreuung einer schwerkranken Person dargelegt (S. 7).

Konkretisierung der Grundwerte in Bezug auf Entscheidungssituationen

In der Fachliteratur lassen sich keine Werke in Bezug auf die dieser Arbeit zugrundeliegende Fragestellung finden. Aus diesem Grund sieht der Verfasser Bedarf, im Rahmen dieser Arbeit einen Beitrag zur Schliessung dieser Forschungslücke zu leisten.

1.4 Vorgehensweise

Auf einen empirischen Teil wird in der vorliegenden Bachelor-Thesis verzichtet und die Beantwortung der Fragestellung erfolgt mittels einer Literaturrecherche und Analyse ausgewählter Inhalte. Dazu werden verschiedene Quellen aus der philosophischen Fachliteratur sowie Wörterbücher der deutschen Sprache beigezogen. Dadurch werden in einem ersten Schritt die theoretischen Konzepte zu Würde und Selbstbestimmung erarbeitet. In einem zweiten Schritt erfolgt dann die Konkretisierung der Grundwerte. Dazu wird erarbeitet, wie sich die theoretischen Konzepte von Würde und Selbstbestimmung auf Entscheidungssituationen im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung übertragen und dadurch konkretisieren lassen.

1.5 Aufbau

Der Hauptteil der Bachelor-Thesis gliedert sich in drei Kapitel.

Kapitel 2 hat die Palliative Care zum Gegenstand. Dabei wird auf zwei umfassende Definitionen und die Versorgungsstrukturen der Palliative Care in der Schweiz eingegangen. Auch die grundlegende Arbeitsweise der Interprofessionalität und die Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team werden in diesem Kapitel behandelt. Darauf aufbauend wird Bezug genommen auf Palliative Care im Akutspital. Abschliessend erfolgt die Beschreibung und Analyse von zwei Entscheidungssituationen im

Rahmen von palliativer Behandlung und Betreuung im Akutspital, die die Grundlage für Kapitel 4 bilden.

Kapitel 3 widmet sich den theoretischen Grundlagen zu Würde und Selbstbestimmung. Die Grundwerte werden hierzu in Bezug auf ihre Begriffsgeschichte und Bedeutung sowie ihre Verwendung in der Alltags- und Fachsprache analysiert und näher bestimmt. In Bezug auf die Selbstbestimmung wird der Fokus davon ausgehend auf die Frage gerichtet, wie sich selbstbestimmte Entscheide in der Praxis auszeichnen.

In Kapitel 4 schliesslich erfolgt die Konkretisierung der Grundwerte in Bezug auf die in Kapitel 2 beschriebenen und analysierten Entscheidungssituationen und deren Gegenstände.

Abschliessend werden in Kapitel 5 Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit im Spital gezogen und weiterführende Überlegungen und Fragen dargelegt.

2 Palliative Care

Palliative Care ist ein international anerkannter Fachbegriff (Siegmann-Würth, 2011, S. 20). Ziel dieses Kapitels ist es, Palliative Care und ihre Bedeutung und Umsetzung in der Schweiz aufzuzeigen und das Verständnis in Bezug auf deren inhaltliche Bestimmung zu fördern. Dazu werden in Abschnitt 2.1 zwei umfassende Definitionen von Palliative Care vorgestellt. Darauf aufbauend soll auf die Praxis der Palliative Care in der Schweiz eingegangen werden (Abschnitt 2.2). Dazu wird Bezug genommen auf die Versorgungsstrukturen der Palliative Care und ihre grundlegende Arbeitsweise der Interprofessionalität. Hierbei wird auch auf die Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team aufgezeigt (2.3). In Abschnitt 2.4 schliesslich steht Palliative Care im Akutspital im Fokus. Dabei werden sowohl das Angebot palliativer Behandlung und Betreuung als auch palliative Situationen im Rahmen des Akutspitalaufenthaltes vorgestellt. Abschliessend werden zwei Entscheidungssituationen im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung aufgezeigt und im Hinblick auf ihre Bedeutsamkeit für die betroffenen Personen analysiert (2.5).

2.1 Definition der Weltgesundheitsorganisation und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Um ein Verständnis von Palliative Care zu erhalten, sollen im Folgenden zwei umfassende Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und SAMW aufgezeigt werden.

Die WHO definiert Palliative Care folgendermassen:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (2014, S. 5)

Die Definition der SAMW von Palliative Care lautet:

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen. (2017, S. 6)

Nebst diesen Definitionen bestehen Grundsätze, denen Palliative Care in der Praxis folgt: Respekt gegenüber dem Leben und seiner Endlichkeit; Achtung der Würde und Autonomie der betroffenen Person und das Anerkennen derer Prioritäten als Mittelpunkt; die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von

Palliative Care für jede Person, die unheilbar krank ist; die optimale Linderung von belastenden Symptomen; die Ermöglichung rehabilitativer, diagnostischer und therapeutischer Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und die Unterstützung der Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung und eigenen Trauer (SAMW, 2017, S. 6; vgl. auch WHO, 2014, S. 5).

Palliative Care kann gemäss diesen Definitionen und ihren Grundsätzen als Ansatz verstanden werden, der bei der Behandlung und Betreuung schwerkranker Menschen medizinische, psychologische, spirituelle und soziale Aspekte miteinbezieht und das menschliche Leben in seiner Ganzheitlichkeit und Endlichkeit anerkennt und respektiert. Professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen sollen den Erhalt der Lebensqualität der betroffenen Person sicherstellen, dies unter Umständen bereits auch neben der Inanspruchnahme kurativer Massnahmen. Hinzu kommt, dass in den Definitionen explizit der Miteinbezug und die Begleitung Angehöriger als Bestandteil von Palliative Care erwähnt werden.

2.2 Palliative Care in der Praxis – Versorgungsstrukturen und Interprofessionalität

Als medizinische Fachrichtung kommt Palliative Care in vielen Bereichen der Medizin eine zentrale Bedeutung zu, wobei sich die darin jeweils auftretenden Fragestellungen und Herausforderungen massgeblich unterscheiden können (Block, 2014, S. 34; SAMW, 2017, S. 11ff.). So stehen beispielsweise in der Pädiatrie andere Herausforderungen hinsichtlich der Bedürfnisse, Wünsche und Behandlung und Betreuung eines schwerkranken Kindes im Vordergrund, als dies bei einer erwachsenen Person der Fall ist (vgl. hierzu Berger, 2014, S. 195-200). Eine von Demenz betroffene Person, die Palliative Care in einem Pflegeheim in Anspruch nimmt, hat andere Bedürfnisse und Erwartungen an die Behandlung und Betreuung als eine Person, die aufgrund ihrer Krebserkrankung und den damit verbundenen starken Schmerzen notfallmässig in ein Akutspital eingewiesen werden muss. Palliative Care beschränkt sich folglich nicht auf eine bestimmte Personengruppe oder eine bestimmte Krankheit, sondern kommt überall dort zum Einsatz, wo die Heilung einer Krankheit nicht mehr Ziel der Behandlung und Betreuung ist (Siegmann-Würth, 2011, S. 21; Wagner, 2014, S. 61; vgl. hierzu auch WHO, 2014, S. 14). Entsprechend existieren verschiedene Angebote in Bezug auf die Inanspruchnahme von Palliative Care. Im Folgenden soll auf die Versorgungsstrukturen und Angebote von Palliative Care in der Schweiz eingegangen werden.

Versorgungsstrukturen der Palliative Care in der Schweiz

Ein Überblick über die Versorgungsstrukturen von Palliative Care bietet das von der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeitete Dokument „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz“ (palliative ch, BAG & GDK, 2012). Das Dokument ist eine Massnahme der „Nationalen Strategie Palliative Care“ (S. 3). Im Rahmen dieser Strategie wurden von 2010 bis 2015 schweizweit Massnahmen bezüglich den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung, Forschung

und Freiwilligenarbeit umgesetzt mit dem Ziel, Palliative Care in der Schweiz zu fördern (vgl. BAG, 2018).

Die Grundlage für die Versorgungsstrukturen von Palliative Care in der Schweiz bildet die Unterscheidung zwischen der Inanspruchnahme von Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung (Gruppe A) und der Inanspruchnahme im Rahmen der „spezialisierten Palliative Care“ (Gruppe B). Der Grund für diese Unterscheidung liegt in den mit der Krankheitssituation verbundenen spezifischen Bedürfnissen der betroffenen Personen, die die Anforderungen an die Behandlung und Betreuung beeinflussen. Im Rahmen der Grundversorgung geschieht die Behandlung und Betreuung entweder zu Hause, in Pflegeheimen, Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung oder in Akutspitälern, Rehabilitationskliniken oder Psychiatrien. Die gesundheitliche Situation weist dabei in der Regel keine Komplexität auf. Eine Betreuung und Behandlung im Rahmen der spezialisierten Palliative Care ist dann angezeigt, wenn eine instabile und komplexe Krankheitssituation vorliegt, die Symptome schwer kontrollierbar sind und eine Stabilisierung erfordern und/oder wenn Angehörige und Leistungserbringende der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen. Eine strikte Trennung dieser zwei Gruppen ist nicht möglich, da eine betroffene Person temporär auf spezialisierte Palliative Care angewiesen sein kann (palliative.ch, BAG & GDK, 2012, S. 5). Abbildung 1 zeigt die Einteilung der jeweiligen Gruppe und die ihr zugänglichen Angebote auf:

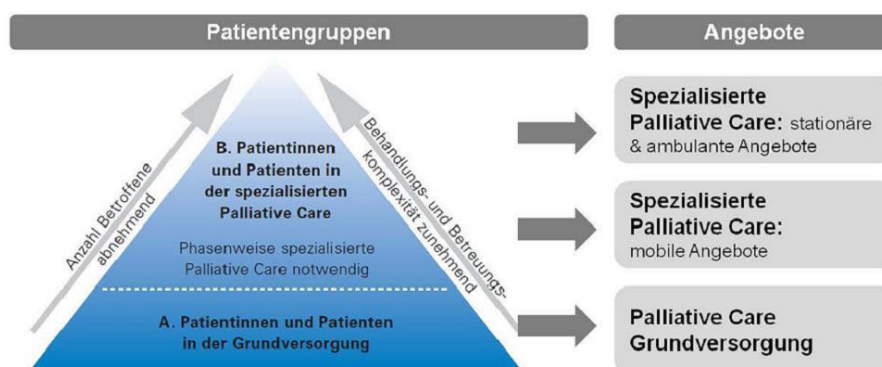


Abbildung 1. Angebote der Palliative Care nach Patientengruppen. Nach palliative.ch, BAG & GDK, 2012, S. 6.

Sowohl in Bezug auf Palliative Care in der Grundversorgung als auch in Bezug auf die spezialisierte Palliative Care existieren mobile, ambulante und stationäre Angebote. Auf diese soll in Abbildung 2 näher eingegangen werden:

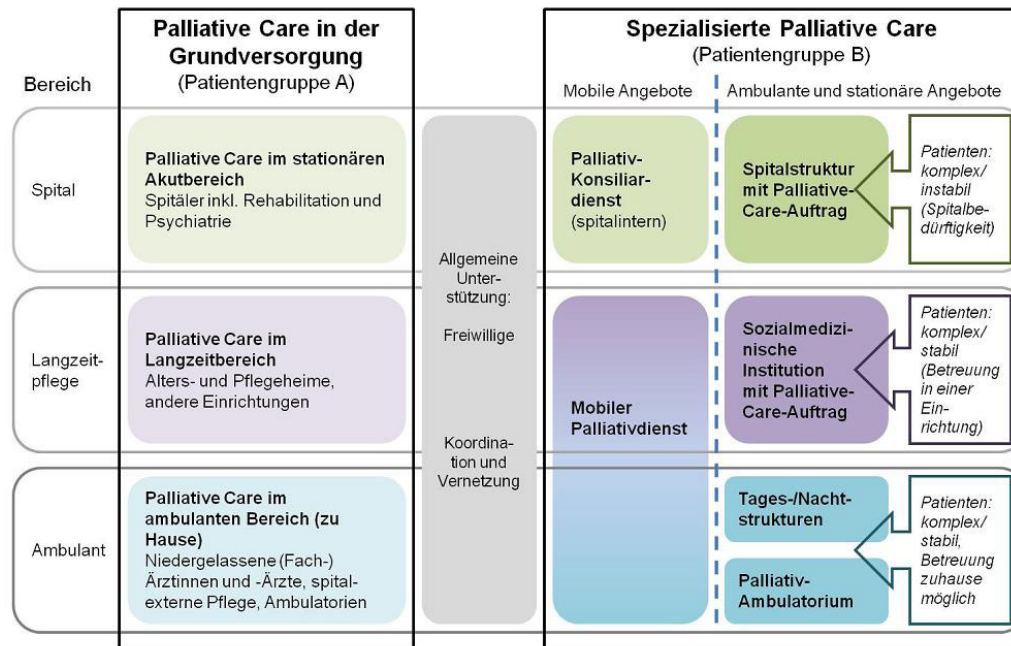


Abbildung 2. Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz. Nach palliative.ch, BAG & GDK, 2012, S. 7.

Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung, wie im linken Teil der Abbildung dargestellt, kann sowohl im ambulanten Bereich als auch in der Langzeitpflege und im Akutbereich in Anspruch genommen werden. Grundkenntnisse in Bezug auf Palliative Care sind Voraussetzung für die Leistungserbringenden (S. 7). Auch der Zugang zu Angeboten der spezialisierten Palliative Care ist sowohl im ambulanten Bereich als auch in der Langzeitpflege und im Akutbereich möglich. Fachpersonen mobiler Palliativdienste im Rahmen der spezialisierten Palliative Care verfügen über spezifische Palliative-Care-Ausbildungen und Fachkompetenzen. Dadurch soll gewährleistet sein, dass schwerkranke Personen auch bei instabilen und komplexen Krankheitssituationen und einer schwer kontrollierbaren Symptomatik wenn möglich zu Hause betreut und behandelt werden können. Zudem sollen die mobilen Palliativdienste auch Leistungserbringende aus der Grundversorgung unterstützen, wenn eine betroffene Person aufgrund der Krankheitssituation phasenweise auf spezialisierte Palliative Care angewiesen ist. Ziel dabei ist, dass eine für die betroffene Person oftmals belastende Verlegung in ein Akutspital umgangen werden kann (S. 7).

Um den in den verschiedenen Betreuungssettings vorhandenen vielfältigen Bedürfnissen der betroffenen Personen gerecht zu werden, sind Kompetenzen verschiedenster Fachpersonen gefragt, die als Team interprofessionell zusammenarbeiten. Interprofessionalität bildet somit die Grundlage jeder palliativen Behandlung und Betreuung (vgl. hierzu BAG, 2016).

Das interprofessionelle Team in der Palliative Care

Die WHO definiert interprofessionelle Zusammenarbeit folgendermassen:

„Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings“ (2010, S. 13).

Gemäss dieser Definition besteht das Ziel einer interprofessionellen Zusammenarbeit in der Herbeiführung einer bestmöglichen Versorgungsqualität für die betroffene Person. Zentral hierfür ist der Austausch und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen untereinander und mit den Patienten und Patientinnen, deren Angehörigen, bereits involvierten Betreuungspersonen und den lokalen Netzwerken. Dadurch grenzt sich die interprofessionelle Zusammenarbeit von einer multiprofessionellen oder multidisziplinären Zusammenarbeit ab, die zwar beide das Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen bezeichnen, aber ein gegenseitiger Austausch und eine gemeinsame Zusammenarbeit nicht zwingend vorhanden sein muss (BAG, 2016, S. 6). Fachpersonen verschiedenster universitärer und nicht-universitärer Gesundheits- und Sozialberufe, die je nach Bedürfnissen und Interessen hinzugezogen werden, bilden das interprofessionelle Team der Palliative Care. Zudem können auch Freiwillige Teil des interprofessionellen Teams sein (S. 6). Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen und dem Einbezug von Freiwilligen und Angehörigen kann „ein stabiles und tragfähiges Betreuungsnetzwerk“ (S. 5) entstehen, durch das die Bedürfnisse der schwerkranken Person erfasst und befriedigt und die Symptome bestmöglich behandelt und gelindert werden können. Abbildung 3 zeigt auf, welche Berufsgruppen in der Behandlung und Betreuung einer schwerkranken Person involviert sein können, und wie zentral ihre spezifischen Kompetenzen in Bezug auf die verschiedenen Ebenen (bio, psycho, sozial, spirituell) sind:

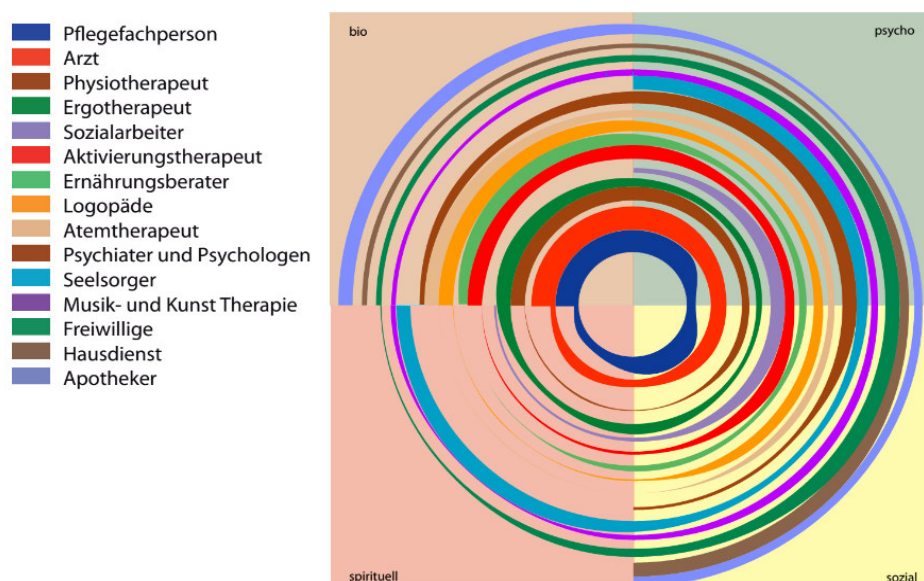


Abbildung 3. Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Nach palliative ch, 2012, S. 5.

Die Abbildung verdeutlicht, dass palliative Behandlung und Betreuung Kompetenzen verschiedenster Berufsgruppen erfordert, damit eine bestmögliche Versorgungsqualität für die betroffene Person gewährleistet werden kann. Jedoch können dadurch auch Konflikte hinsichtlich der „richtigen“ Behandlung und Betreuung für die betroffene Person entstehen. Norton, Waldrop und Gramling (2014, S. 72) schreiben, dass die Ausrichtung des Handelns an den Normen des professionseigenen Berufskodex zu Konflikten innerhalb eines Teams führen kann, da jede Profession primäre Verpflichtungen gegenüber der betroffenen Person definiert. Diese können je nach Umständen und Situation untereinander konfliktieren. Dabei kann die Behandlung und Betreuung der betroffenen Person negativ beeinflusst und der Grundsatz, nachdem die Person mit ihren Prioritäten in den Mittelpunkt gestellt wird, missachtet werden (vgl. 2.1). Um solche Situationen zu verhindern, ist nach Büche eine Kooperationsbereitschaft, die sich durch „gegenseitige Wertschätzung, Respekt, Vertrauen und durch das gegenseitige Zugestehen von Kompetenzen“ (2015, S. 337) auszeichnet, zentral. Auch die Profession Soziale Arbeit ist im interprofessionellen Team vertreten und trägt auf sozialer, psychologischer und spiritueller Ebene zur Versorgungsqualität bei (vgl. Abbildung 3). Auf ihre Rolle soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

2.3 Die Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team

Blacker und Christ schreiben der Profession Soziale Arbeit im interprofessionellen Team eine herausragende weil umfassend integrierende Rolle zu:

Social Work plays a critical role in palliative care because of its unique perspective, knowledge, and skills, including (1) its expertise in navigation of medical and social systems, (2) its knowledge base in the support, education and interventions with patients, families, and interdisciplinary teams; and (3) its commitment to social justice and alleviation of health disparities. (2011, S. 22)

Die Expertise in Bezug auf die Steuerung sozialer und medizinischer Systeme, das Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten, Bildung und Interventionen mit Patienten und Patientinnen, Familien und interprofessionellen Teams, sowie die Verpflichtung gegenüber sozialer Gerechtigkeit und der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zeugen von der umfassend integrierenden Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team. Auch Norton et al. (2014, S. 72) sehen die Soziale Arbeit nebst der Medizin und Pflege in palliativer Behandlung und Betreuung „allgegenwärtig“ vertreten.

Sozialarbeitende können mit Wasner (2014, S. 163) als Generalisten und Generalistinnen verstanden werden, die nebst der psychosozialen Dimension auch das die betroffene Person umgebende System und ihre Lebenswelt im Fokus haben und in die professionelle Expertise miteinbringen. Dieser generalistische Ansatz von Sozialarbeitenden leistet einen wichtigen Beitrag zur Behandlung und Betreuung schwerkranker Personen und zeichnet die Qualität Sozialer Arbeit aus (S. 164). Grundlegende Aufgaben und Kompetenzen von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team sind nach Frahnow (2013, S. 189): die Durchführung der Sozialanamnese; Information, Beratung und Vermittlung; Anwaltschaft und Interessenvertretung für die betroffene Person; psychosoziale

Begleitung und Beratung; Brückenfunktion und Vermittlung zwischen der betroffenen Person, Angehörigen und beteiligten Fachpersonen. Entscheidungsprozesse und Entscheidungssituation von betroffenen Personen sind durch unterschiedliche Sichtweisen und Erwartungen von Seiten der beteiligten Fachpersonen, Angehörigen und nahen Bezugspersonen geprägt. Hier ist nun die Aufgabe der Brückenfunktion und Vermittlung sowie Anwaltschaft und Interessenvertretung entscheidend. Damit lässt sich diese Brückenfunktion als Funktion der Sozialen Arbeit erkennen. Mit ihren Beratungs- und Prozesskompetenzen bringen Sozialarbeitende geeignete Methoden und Techniken mit, um an solchen Entscheidungsprozessen und in solchen Entscheidungssituationen mitzuwirken und die verschiedenen Perspektiven und Bedürfnisse der Beteiligten miteinzubeziehen (Wohlleben, 2014, S. 145; vgl. hierzu auch Higgins, 2011, S. 31).

Berufsethische Verpflichtungen von Sozialarbeitenden

Eine Profession zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sich ihre Mitglieder unabhängig von persönlichen Gefühlen an gemeinsam vereinbarten und anerkannten Verhaltensstandards orientieren (Beckett & Maynard, 2005, S. 75). Solche berufsethische Verhaltensstandards werden in Richtlinien zur Berufsethik festgelegt. Ihnen liegen wiederum bestimmte Werte zu Grunde, die als Grundwerte der Profession betrachtet werden können (S. 13). Im Berufskodex für Sozialarbeitende vom Berufsverband Avenir Social werden ethische Richtlinien für das „moralisch berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit“ (2010, S. 4) in der Schweiz dargelegt. Als Instrument für die ethische Begründung der Arbeit mit Personen, „die in besonderer Weise verletzlich und benachteiligt sind“ (S. 4), kommt ihm eine grundlegende Bedeutung für das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden zu. Der Berufskodex legt fest, dass Sozialarbeitende verpflichtet sind, ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde zu gründen und dem Grundsatz der Selbstbestimmung höchste Achtung beizumessen (S. 8). Davon ausgehend haben Klienten und Klientinnen das Recht zu erwarten, dass Sozialarbeitende diese im Berufskodex festgehaltenen Verhaltensstandards einhalten, so auch die Achtung der Würde und Selbstbestimmung (Beckett & Maynard, 2005, S. 80).

Selbstbestimmung und Würde sind folglich Grundwerte der Sozialen Arbeit und sollen von Sozialarbeitenden im Handeln gegenüber ihren Adressaten und Adressatinnen höchste Achtung erfahren. Dies sowohl im Rahmen von Palliative Care aber auch in allen anderen Handlungsfeldern, in denen Sozialarbeitende tätig sind.

2.4 Palliative Care im Akutspital

In diesem Unterkapitel soll aufgezeigt werden, welchen Beitrag ein Akutspital an die palliative Behandlung und Betreuung leistet, und wie sich palliative Situationen im Rahmen eines Aufenthalts auszeichnen können.

Ein Akutspital ist eine stationäre Einrichtung, in der die akutsomatische Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten im Zentrum steht (H-Plus, n.d.). Palliative Care steht im

Akutspital in der Regel sowohl im Rahmen der Grundversorgung als auch im Rahmen der spezialisierten Palliative Care zur Verfügung (vgl. Abbildungen 1 und 2).

Spezialisierte Palliative Care im Akutspital

Im Rahmen der spezialisierten Palliative Care werden Patienten und Patientinnen und deren Angehörige durch ein spezialisiertes und interprofessionell zusammenarbeitendes Team betreut und behandelt (palliative ch, BAG & GDK, 2012, S. 9). Damit eine Behandlung im Rahmen der spezialisierten Palliative Care im Akutspital erfolgt, muss die Situation der betroffenen Person durch mindestens eines der folgenden Kriterien gekennzeichnet sein:

- Komplexe und instabile körperliche, psychische, soziale oder spirituelle Problematik
- Schwierige Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen unheilbaren Leiden
- Evaluation und Vorausplanung der besten zukünftigen Betreuungsstruktur für Betroffene und deren nahestehende Bezugspersonen
- Dekompensation des bisherigen Betreuungsnetzes und/oder Überlastung der nahestehenden Bezugspersonen
- Schwer belastende Situation in der Sterbephase (S. 9)

Die Behandlung belastender Symptome wie Schmerzen und Übelkeit, die Linderung psychischer Belastungen wie Ängste und Depressionen und die Koordination und Erweiterung beziehungsweise Verbesserung der Betreuungssituation im privaten Umfeld stehen in der spezialisierten Palliative Care im Vordergrund (Student, Mühlum & Student, 2016, S. 90). Hinzu kommt die Unterstützung des familiären Umfelds und die Vorbereitung und Organisation eines Austritts nach Hause oder in eine andere Versorgungsstruktur sowie die Begleitung des Sterbeprozesses von Patienten und Patientinnen, die nicht mehr aus dem Spital austreten können (palliative ch, BAG & GDK, 2012, S. 9).

Palliative Care im Akutspital im Rahmen der Grundversorgung

Palliative Behandlung und Betreuung im Akutspital im Rahmen der Grundversorgung geschieht dann, wenn ein Aufenthalt in einem Akutspital aufgrund der gesundheitlichen Situation notwendig ist, jedoch die Kriterien für die spezialisierte Palliative Care nicht erfüllt sind. Hier stehen vorwiegend die vorausschauende Planung und die Linderung von Leiden im Vordergrund. Als Abgrenzung zur spezialisierten Palliative Care kann die Abwesenheit komplexer Symptome oder eine allgemein instabile Situation genannt werden. Zudem sind allgemeine Kompetenzen in der Palliative Care ausreichend für die Behandlung und Betreuung, wohingegen die spezialisierte Palliative Care spezifische Kompetenzen der Fachpersonen erfordert (palliative ch, BAG & GDK, 2015, S. 7). Im Rahmen des Akutspitalaufenthalts kann es auch zu einem Wechsel in Bezug auf die Art der Inanspruchnahme von Palliative Care kommen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich die gesundheitliche Situation im Rahmen der Grundversorgung akut verschlechtert oder andere Kriterien vorliegen, die eine Behandlung und Betreuung im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erfordern (vgl. Abbildung 1).

Palliative Situationen im Akutspital

Sowohl im Rahmen der Grundversorgung als auch im Rahmen der spezialisierten Palliative Care ist das Vorhandensein mehrerer belastender Symptome auf medizinisch-pflegerischer, sozialer und psychologisch-spiritueller Ebene möglich. Zentral dabei ist, dass die Symptome aus einer ganzheitlichen Perspektive und als sich gegenseitig beeinflussend verstanden und betrachtet werden müssen. So können beispielsweise Sorgen um die finanzielle Situation körperliche Symptome verstärken und eine psychische Belastung hervorrufen (Wagner, 2014, S. 62). Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche Symptome auf den verschiedenen Ebenen im Rahmen des Akutspitalaufenthaltes bestehen können, und wie sich palliative Situationen auszeichnen. An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass die jeweiligen Situationen massgeblich durch das Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf sowie die Lebenssituation, die eigenen Lebensentwürfe und Aspekte aus der Biographie der betroffenen Person geprägt sind und deshalb lediglich als eine Annäherung an die Praxis verstanden werden sollen (S. 62).

Medizinische und pflegerische Aspekte

Medizinische Symptome sind im Rahmen des Aufenthaltes in einem Akutspital oftmals sehr ausgeprägt (Steinberger, 2014, S. 93). Ziel des Akutspitalaufenthaltes ist es, die gesundheitliche und pflegerische Situation der betroffenen Person zu stabilisieren und eine Linderung oder Behebung belastender körperlicher und psychischer Symptome herbeizuführen. Bezeichnend für palliative Situationen im Akutspital ist auch, dass die gesundheitliche Situation beim Spitaleintritt oftmals instabil ist und eine akute Verschlechterung während des Aufenthalts ebenso möglich ist wie eine Verbesserung. Nicht in jedem Fall können alle belastenden Symptome zufriedenstellen gelindert oder behoben werden und stellen betroffene Personen, Angehörige und Fachpersonen auch vor Fragen hinsichtlich der Planung des Spitalaustritts oder der Inanspruchnahme beziehungsweise dem Abbruch medizinischer Massnahmen.

Soziale Aspekte

Angehörige schwerkranker Personen sind bei der Pflege und Betreuung vielfältigen Belastungen ausgesetzt, weshalb ein Spitaleintritt nebst einer komplexen Symptomatik oder Allgemeinzustandsverschlechterung unter anderem auch aufgrund einer Überlastungssituation des bestehenden Betreuungsnetzes erfolgen kann (vgl. Brandstätter, 2014, S. 70f.). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Angehörige aufgrund der pflegerischen und medizinischen Situation der betroffenen Person psychisch und physisch so stark belastet sind, dass sie die Betreuung und Pflege nicht mehr wahrnehmen und umsetzen können. Soziale Aspekte einer palliativen Situation (nicht nur) im Akutspital können zudem Konflikte unter Angehörigen oder zwischen betroffener Person und Angehörigen sein. Dies beispielsweise, wenn Uneinigkeiten hinsichtlich der weiteren Behandlung und Betreuung bestehen. Auf sozialer Ebene können folglich verschiedene belastende Aspekte bestehen, die wiederum mit

Fragen hinsichtlich der Behandlung und Betreuung nach dem Spitalaufenthalt oder in Bezug auf die Inanspruchnahme oder den Abbruch medizinischer Massnahmen verbunden sind.

Psychologische und spirituelle Aspekte

Palliative Situationen weisen stets auch psychologische und spirituelle Aspekte auf (vgl. Frahnöw, 2013, S. 181f; Wagner, 2014, S. 62.). So kann eine Einweisung in ein Akutspital als sehr belastend empfunden werden und Ängste oder Frust verursachen (vgl. palliative.ch, BAG & GDK, 2012, S. 7). Auch die Auseinandersetzung mit den mit der Krankheit einhergehenden Verlusten an körperlichen und geistigen Fähigkeiten und dem eigenen Lebensende kann sich sowohl auf psychischer als auch auf spiritueller Ebene als Belastung zeigen (Wagner, 2014, S. 63f.).

Diese Annäherung an palliative Situationen im Akutspital zeigt auf, dass betroffene Personen sich häufig auf verschiedenen Ebenen mit belastenden und herausfordernden Symptomen konfrontiert sehen, aus denen sich wiederum Fragen hinsichtlich der Inanspruchnahme oder dem Abbruch medizinischer Massnahmen oder der Planung des Spitalaustritts ergeben können. Solche und weitere Fragen bedingen eine Entscheidungsfindung. Diese Entscheidungsfindungen finden in aller Regel in einem interprofessionellen Rahmen statt. Dies, weil die komplexen Situationen und auf verschiedenen Ebenen vorhandenen Symptome das Fachwissen verschiedener Berufsgruppen erfordern, damit ein Entscheid in Bezug auf die mit der gesundheitlichen Situation verbundenen Fragen getroffen werden kann.

2.5 Entscheidungssituationen bei palliativer Behandlung und Betreuung im Akutspital

In diesem Abschnitt werden Entscheidungssituationen im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung im Akutspital, in die professionelle Fachpersonen involviert sind, beschrieben und analysiert.¹ Die jeweiligen Gegenstände der Entscheidungsfindung wurden in Bezug auf ihre Relevanz und Häufigkeit in der Praxis gewählt. Erfahrungen des Verfassers zeigen, dass insbesondere die Austrittsplanung und die Planung der weiteren medizinischen Behandlung und Betreuung beziehungsweise die Inanspruchnahme oder Ablehnung medizinischer Massnahmen Gegenstand von Entscheidungsfindungen im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung im Akutspital sein können. Es handelt sich hierbei somit lediglich um eine Auswahl, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Die Situationen sollen einerseits aufzeigen, mit welchen Fragestellungen sich Betroffene wie auch Angehörige und Fachpersonen im Rahmen einer palliativen Behandlung und Betreuung konfrontiert sehen können. Andererseits soll deutlich werden, welche Konsequenzen eine Entscheidung in Bezug auf die Lebensqualität und Lebensgestaltung der betroffenen Person sowie den weiteren Verlauf ihrer gesundheitlichen Situation haben kann.

¹ Die Namen der betroffenen Personen wurden geändert.

Frau Heiniger

Frau Heiniger ist seit zwei Wochen auf der spezialisierten Palliative Care Abteilung hospitalisiert. Im Rahmen des Spitalaufenthaltes hat sich ihre gesundheitliche Situation soweit stabilisiert, dass ein Austritt aus dem Spital geplant werden kann. Während einem Rundtischgespräch mit allen Beteiligten (Frau Heiniger, Angehörige und Fachpersonen der Medizin, Pflege und Sozialen Arbeit) wird gemeinsam entschieden, dass ein Austritt nach Hause nicht mehr möglich ist. Dies aufgrund der anhaltenden Schmerzproblematik und der psychischen und physischen Überlastung des Lebenspartners. Frau Heiniger ist damit einverstanden, in eine nachsorgende Institution überzutreten. Daraufhin werden verschiedene Optionen bezüglich einer nachsorgenden Institution besprochen, wobei Frau Heiniger immer wieder äussert, sich nicht entscheiden zu können und dass sie „so oder so nichts“ zu sagen habe. Sie spricht immer wieder ihren Lebenspartner an und fragt ihn, was sie machen solle. Dieser hält sich jedoch zurück und betont, dass die Entscheidung allein bei ihr liege. Die Tochter von Frau Heiniger bevorzugt klar einen Übertritt in eine bestimmte Institution, weil die Betreuung und Pflege dort „sehr professionell“ sei. Sie zeigt ihr während des Gesprächs immer wieder die Vorteile auf und betont, dass dies die „beste Institution“ wäre. Schliesslich entscheidet sich Frau Heiniger für einen Übertritt in die von der Tochter bevorzugte Institution.

Als der Sozialarbeiter Frau Heiniger am nächsten Tag erneut besucht, äussert diese, dass sie „gar keine andere Wahl“ gehabt hätte, als einem Aufenthalt in dieser Institution zuzustimmen.

Analyse der Praxissituation

Im Rahmen der Austrittsplanung soll in erster Linie die weitere Behandlung und Betreuung der betroffenen Person nach dem Spitalaufenthalt festgelegt werden. Aus der Analyse der Praxissituation lassen sich hierbei einige zentrale Punkte ableiten, die die Bedeutsamkeit solcher Entscheide für die betroffene Person aufzeigen. So geht es bei der Austrittsplanung auch um Entscheide in Bezug auf den Erhalt der Selbständigkeit der betroffenen Person, da die Art und Weise der weiterführenden Behandlung und Betreuung einen wesentlichen Einfluss darauf hat. Damit verbunden ist zugleich das Festlegen von Bereichen, die eine Person ohne Abhängigkeiten nicht mehr selbständig bewältigen kann, und deshalb auf professionelle Unterstützung angewiesen ist beziehungsweise sein wird. Weiter ist die Austrittsplanung mit der persönlichen Lebensgestaltung der betroffenen Person verbunden. Durch die Inanspruchnahme von professioneller Behandlung und Betreuung, sei dies zu Hause oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer nachsorgenden Institution, geht es stets auch um die Frage, welche Möglichkeiten in Bezug auf die persönliche Lebensgestaltung erhalten bleiben können oder wegfallen. Auch die Interessen und Erwartungen Angehöriger sind in der Austrittsplanung vertreten. Ihre Vorstellungen oder Vorschläge zur Festlegung der weiteren Behandlung und Betreuung können in die Austrittsplanung miteinfließen und die Frage aufwerfen, wie weit diese berücksichtigt werden müssen und sollen, und inwiefern sie die betroffene Person in ihrer Entscheidung allenfalls beeinflussen. Zudem kann es um die Gestaltung der Nähe zu sozialen Kontakten gehen, dies insbesondere dann, wenn

ein Aufenthalt in einer nachsorgenden Institution organisiert werden muss und eine Rückkehr in das gewohnte Umfeld nicht mehr möglich ist. Unsicherheiten bei der betroffenen Person im Rahmen der Austrittsplanung, dies beispielsweise aufgrund der Wahl einer nachsorgenden Institution, der Art und Weise der Pflege und Betreuung dort oder zu Hause, der Erwartungen oder der Beeinflussung der Angehörigen oder fehlender oder unzureichender Informationen sind ebenfalls Aspekte der Austrittsplanung.

Die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit, das Festlegen von Bereichen, die nicht mehr selbständig bewältigt werden können und Abhängigkeiten bedingen, Erwartungen und Interessen anderer Personen und deren Berücksichtigung, die Gestaltung der Nähe zu sozialen Kontakten und Unsicherheiten in verschiedenster Hinsicht sind kennzeichnend für die Austrittsplanung im Rahmen des Akutspitalaufenthaltes.

Herr Weber

Der Gesundheitszustand von Herrn Weber, der seit wenigen Tagen auf der spezialisierten Palliative Care Abteilung hospitalisiert ist, verläuft instabil. Er leidet immer wieder an starker Atemnot und Müdigkeit. Seitens Ärzteschaft wird ihm und seiner Ehefrau mehrmals geraten, eine Patientenverfügung zu erstellen, damit die Behandlung auch im Falle einer Urteilsunfähigkeit in seinem Interesse durchgeführt werden kann. Gegenüber der Pflege hat Herr Weber mehrmals geäußert, dass er „einfach sterben“ möchte und auf keinen Fall an „Maschinen und Schläuchen“ hängen wolle. Der Zustand von Herrn Weber verschlechtert sich zunehmend und es tritt eine Lungenentzündung auf. Er kann sich aufgrund der Schwäche und Müdigkeit nicht mehr zur weiteren Behandlung äussern. Da nach wie vor keine Patientenverfügung vorliegt, muss aufgrund der instabilen Situation von Herrn Weber an einem Rundtischgespräch mit der Ehefrau geklärt werden, welche medizinischen Massnahmen noch durchgeführt werden sollen oder nicht. Die Ehefrau äussert während des Gesprächs mehrmals, dass alles Mögliche getan werden soll, damit ihr Ehemann am Leben bleibe, und sie ihn noch „bei sich“ haben wolle.

Analyse der Praxissituation

Auch die Bedeutsamkeit von Entscheiden in Bezug auf die Inanspruchnahme weiterer medizinischer Massnahmen lässt sich aufgrund der Analyse der Praxissituation von Herrn Weber aufzeigen. Mit diesen Entscheiden aufs engste verbunden ist in der Regel der weitere Verlauf der gesundheitlichen Situation. So geht es einerseits um das Vermindern von physischem und/oder psychischem Leiden, in dem gewisse medizinische Massnahmen durchgeführt werden, um belastende Symptome zu beheben oder zu lindern. Andererseits geht es um die Inkaufnahme von Nebenwirkungen aufgrund medizinischer Massnahmen, die wiederum belastend sind und Leiden auslösen können. Auch geht es um Fragen in Bezug auf das eigene Lebensende, weil durch die Befürwortung bestimmter medizinischer Massnahmen eine mögliche Verzögerung des Lebensendes (beispielsweise durch die Verlegung auf eine Intensivstation,

medikamentöse Therapien) herbeigeführt werden kann, wobei auf der anderen Seite eine Befürwortung oder aber Ablehnung einer medizinischen Massnahme unter Umständen auch zum früheren Eintreten des Lebensendes führt. Die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich des eigenen Lebensendes sind ebenfalls zentral bei solchen Entscheidungssituationen. Wie das Beispiel von Herrn Weber aufzeigt, sind hier auch die Interessen und Vorstellungen Angehöriger vertreten, die sich unter Umständen nicht mit denjenigen der betroffenen Person decken. Gerade in Situationen, in denen eine Person nicht (mehr) in der Lage ist, solche Entscheide zu treffen, ist die Frage nach der Berücksichtigung und dem Miteinbezug der Interessen und Vorstellungen der Angehörigen in Bezug auf die Planung der weiteren medizinischen Behandlung zentral.

Die Analyse zeigt auf, dass Entscheide in Bezug auf die weitere medizinische Behandlung und deren möglichen Konsequenzen sehr eng mit dem Krankheitsverlauf und dem eigenen Lebensende verbunden sind. Der Entscheid für oder gegen eine medizinische Massnahme zieht oftmals Konsequenzen nach sich, die existenzieller Natur sind und deshalb als sehr Bedeutsam betrachtet werden müssen.

Aufgrund der Analysen beider Entscheidungssituationen kann geschlussfolgert werden, dass die betroffene Person in einer solchen Situation besonders verletzlich ist und die dabei zu treffenden Entscheide sehr eng mit ihrer Lebensqualität und Lebensgestaltung sowie dem weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation verbunden sind. Deshalb kommt den Grundwerten in der Palliative Care eine besondere Bedeutung zu (SAMW, 2017, S. 8). Dies nicht nur in Bezug auf die mit der Behandlung und Betreuung der betroffenen Person verbundenen pflegerischen und medizinischen Massnahmen, sondern auch in Bezug auf Entscheide, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation getroffen werden müssen. Der Fokus soll deshalb im Folgenden auf der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragestellung liegen, nämlich, wie sich die Würde und Selbstbestimmung im Hinblick auf Entscheidungssituationen konkretisieren lassen, so dass sie eine Orientierung für diese Entscheidungssituationen geben können. Hierzu wird in einem ersten Schritt auf die theoretischen Grundlagen von Würde und Selbstbestimmung eingegangen.

3 Würde und Selbstbestimmung

Der Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Person kommt im Hinblick auf die zu treffenden Entscheide eine grundlegende Bedeutung zu, wie im vorigen Kapitel aufgezeigt wurde. Um die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung beantworten zu können, sollen nun in einem ersten Schritt die theoretischen Konzepte zu Würde (3.1) und Selbstbestimmung (3.2) erarbeitet werden.

3.1 Würde

Ziel dieses Unterkapitels ist es, den Begriff und die Bedeutung von Würde näher zu bestimmen. Dazu wird in Abschnitt 3.1.1 analysiert, wie der Begriff in der Alltagssprache verwendet wird, und welche Bedeutungen ihm zukommen. Es folgt eine Analyse der philosophischen Begriffsgeschichte von Würde (3.1.2) und seiner Verwendung und Bedeutung im fachlichen Kontext (3.1.3).

3.1.1 Analyse des Würdebegriffs in der Alltagssprache

Bereits die Wortherkunft von Würde in der deutschen Sprache zeigt nebst der Entwicklung des Begriffs an sich auch die unterschiedlichen Bedeutungen auf, die ihm im Verlaufe seiner Entstehungsgeschichte zukamen (vgl. Fellsches, 2010, S. 3077). Die Wörter „Wert“ und „Würde“ stammen beide aus derselben Sprachwurzel von „werden“ und „wärts“. „Wert“, zunächst im Sinne von „gegen etwas gewendet, zugewandt“, entwickelt sich einerseits zu „Wert“ und „Gegenwert“. Im Mittelhochdeutschen andererseits wird „wert“ zu *wirde* oder *wierde* und in der mitteldeutschen Sprache schliesslich zu *werde* im Sinne von „Wert, Ansehen, Ehrenerweis“. Im 16. Jahrhundert entwickelt sich der Begriff zu Würde für den Wert eines Menschen, der in bestimmten Leistungen, Eigenschaften oder einem Amt liegt. Im 18. Jahrhundert wird Würde schliesslich als eine von Leistungen unabhängige innere Ehre, die einem Menschen alleine aufgrund seines Menschseins zukommt, aufgefasst.

Eine Analyse des Würdebegriffs im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) zeigt auf, dass die Wortherkunft und Entwicklungsgeschichte von Würde in der deutschen Sprache wegbereitend dafür waren, wie der Begriff in der Alltagssprache bis heute verwendet wird, und welche Bedeutungen er hat (DWDS, 2019). So bezeichnet Würde zunächst ein „der Achtung gebietender Wert jedes Menschen“. Dem Menschen wird ein gewisser ihm inhärenter Wert zugesprochen, der von anderen Menschen, aber auch von Institutionen respektiert werden soll. Weiter bezeichnet Würde die „vom Gefühl des persönlichen Wertes getragene Haltung“ einer Person. In diesem Zusammenhang ist auch ein aus dieser persönlichen Haltung geäussertes Verhalten gemeint. Würde bezeichnet zudem auch das „mit einer hohen Stellung oder dem mit einer Behörde verbundene gebührende Ansehen“. Würde bezieht sich dabei nicht auf die Person, die eine gewisse Stellung innehat, sondern auf die Stellung beziehungsweise Behörde an sich, die gebührendes Ansehen aufgrund ihrer Würde verdient. Auch die mit „Titel, Ehren und einem hohen Ansehen“ verbundene soziale Stellung beziehungsweise der damit verbundene soziale Status einer Person und das ihr dafür entgegengebrachte Ansehen anderer Personen wird als Würde bezeichnet (DWDS, 2019).

In Bezug auf die Alltagssprachliche Bedeutung und Verwendung des Begriffs kristallisieren sich also unterschiedliche Würdebegriffe heraus. Es kann festgehalten werden, dass Würde einerseits allen Menschen aufgrund des ihnen innewohnenden Wertes gleichermaßen zukommt und in diesem Sinne als die menschliche Würde beziehungsweise Menschenwürde (1) bezeichnet werden kann. Damit verbunden sind auch die aus diesem Bewusstsein um den persönlichen Wert getragene Haltung und das sich daraus äussernde Verhalten der Person (2). Andererseits kommt Würde den Menschen nur insofern zu, als dass ihnen aufgrund bestimmter Leistungen und einem gewissen sozialen Status von anderen Menschen Ansehen entgegengebracht wird (3). Auch Institutionen beziehungsweise den von Personen innehabenden Stellungen kann Würde zugesprochen werden (4). Wie im Folgenden aufgezeigt werden soll, unterscheiden sich die aus dieser Alltagssprachlichen Verwendungsvielfalt des Begriffs ergebenden praktischen Konsequenzen massgeblich.

In Bezug auf (1) ist die Würde lediglich an das Menschsein an sich geknüpft. Sie ist nicht abhängig von einer bestimmten Leistung oder der sozialen Stellung und kommt infolgedessen allen Menschen gleichermaßen und unbedingt zu. Sie kann weder einem Menschen abgesprochen noch kann auf sie verzichtet werden. Sie kann in diesem Sinne auch nicht abgestuft werden. Wohl aber ist sie verletzlich, weshalb ihr Achtung gebietet werden soll. In Bezug auf (3) kommt Würde nicht allen Menschen unbedingt zu und sie ist abhängig von bestimmten Leistungen und einem gewissen sozialen Status. Die an bestimmte Leistungen und den sozialen Status geknüpfte Würde wird in diesem Fall erreicht beziehungsweise erarbeitet und kann einer Person auch wieder abgesprochen werden. Im Unterschied zu (1) kann Würde in dieser Bedeutung folglich sowohl unterschiedliche Stufen einnehmen als auch verloren gehen. In Bezug auf (2) äussert sich Würde sowohl im Sinne von „Würde ausstrahlen“ als auch im Sinne von „die eigene Würde wahren“, letzteres insbesondere dann, wenn die Würde in Bezug auf (1) und (3) bedroht ist (Dudenredaktion, 2019a). Ebenso kann in Bezug auf (4) eine Institution oder Behörde oder eine gewisse Stellung das ihr entgegengebrachte Ansehen einbüßen und ihre Würde verlieren.

Nebst dieser Analyse des Würdebegriffs bezüglich seiner Wortherkunft in der deutschen Sprache und die heutige Bedeutung und Verwendung reicht seine Geschichte zurück bis in die römische Antike. Von dort an ist er bis heute Gegenstand philosophischer Auseinandersetzungen.

3.1.2 Analyse der Begriffsgeschichte von Würde

Eine vollständige Analyse dieser bis heute andauernden philosophischen Auseinandersetzung ist im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis nicht möglich. Es sollen im Folgenden deshalb drei historische Bezugspunkte bezüglich der Auseinandersetzung mit Würde aufgezeigt werden, die insbesondere für die Entwicklung des Begriffs und sein heutiges Verständnis prägend waren.

Dignitas (lat. für Würde) ist im römischen Sprachgebrauch zunächst mit dem gesellschaftlichen Ansehen und Status verbunden, der einer Person lediglich aufgrund besonderer Leistungen, wegen ihrer

Herkunft oder eines politischen Amtes zugesprochen wird („Würde“, 2009). Durch Cicero² findet ein erster zentraler Umbruch des bis dahin bestehenden Würdebegriffs statt. Dies, indem er den Menschen aufgrund ihrer Vernunftnatur und Wesensähnlichkeit mit Gott Würde universell zuspricht (Burkard, 2008, S. 691). Obwohl Würde dadurch allen Menschen gleich zukommt und so als *menschliche* Würde aufgefasst werden kann, ist sie bei Cicero an eine Sittlichkeit, die sich durch die „vernunftgemäße Beherrschung der Leidenschaften“ (Grossmann, 2004, S. 1088) auszeichnet, und an ein gewisses Auftreten gebunden. In diesem Sinne kann Würde im römischen Sprachgebrauch als eine „Würde der Würdigkeiten“ (S. 1088) aufgefasst werden, die „steigerungs- und minderungsfähig“ (S. 1088) ist und auch verloren werden kann.

In der frühen Neuzeit ist es Pico della Mirandola³, der den Begriff der Würde prägt. Im Gegensatz zu Cicero, der den Kern der Würde in der Vernunftnatur des Menschen verortet, sieht Pico della Mirandola diesen darin, dass er [der Kern] nicht festgelegt ist und sich selbst dazu entscheiden muss, zu was er sich gestalten will (Burkard, 2008, S. 691). Und darin, dass der Mensch von Gott keine festgelegte Rolle auferlegt bekam, sondern sein eigenes Schicksal selbst bestimmt, liegt zugleich seine Besonderheit (Rosen, 2012, S. 14f.). Würde ist nicht mehr abhängig von einem gewissen sozialen Status, sondern wird als generelle Eigenschaft des Menschen betrachtet, die eng mit seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung verbunden ist (S. 15).

Schliesslich wird der Begriff in der Zeit der Aufklärung durch Immanuel Kant⁴ geprägt und dadurch bis heute zu einem zentralen Bezugspunkt der modernen Ethik und des Rechts (Wils, 2006, S. 560). Der Mensch besitzt nach Kant Willensfreiheit und diese macht ihn zum „Autor seiner eigenen moralischen Gesetze“ („Würde“, 2009), die er sich aufgrund seiner Freiheit setzt und die er auch aufgrund seiner Freiheit befolgt. Als Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft besitzt der Mensch einen „absoluten inneren Wert“ (Fellisches, 2010, S. 3078), eine Würde; dieser Wert darf nie nur als Mittel zum Zweck, sondern muss stets als Zweck an sich selbst geachtet werden. Dieser „absolute innere Wert“ ist es, der Achtung der Menschen untereinander fordert und in dem zugleich die Gleichheit der Menschen besteht (S. 3078).

Als zentrale Erkenntnis dieser historischen Analyse lässt sich festhalten, dass Würde erst im Verlaufe ihrer philosophischen Auseinandersetzung als ein dem Menschen innewohnender Wert aufgefasst wurde, der weder unverlierbar ist noch abgestuft werden kann. Obwohl Cicero allen Menschen aufgrund ihrer Vernunftnatur und Gottebenbildlichkeit Würde zuspricht und in diesem Sinne den Begriff der menschlichen Würde als erster prägt, wird sie bei ihm an Erwartungen geknüpft, deren Nichterfüllung beziehungsweise Nichtbeachtung einen Verlust oder eine Minderung der Würde nach sich ziehen kann.

² Marcus Tullius Cicero (106 v. Chr. – 43 v. Chr.), römischer Staatsmann, Redner und Schriftsteller, der in erster Linie Politiker war und die Philosophie als „erstzunehmende Müssetätigkeit“ (Gatzemeier, 2005, S. 68) betrachtete.

³ Giovanni Pico della Mirandola (1463-1494) gilt als bedeutender Philosoph der Renaissance. Die von ihm in seiner berühmtesten Schrift „Über die Würde des Menschen“ (lat. *De dignitate hominis*) dargelegten Gedanken und das darin entworfene Menschenbild reichen weit über das Zeitalter der Renaissance hinaus (Zimmermann, 2003, S. 550).

⁴ Immanuel Kant (1724-1804) gilt als einer der wichtigsten Philosophen der Aufklärung. Insbesondere die Erkenntnistheorie, Ethik, Ästhetik und Pädagogik werden in seinem umfassenden philosophischen System in den Vordergrund gestellt („Kant Immanuel“, 2004).

Erst in der frühen Neuzeit, insbesondere in der Zeit der Aufklärung, erfährt die Würde dann einen zweiten Umbruch. Ohne an gewisse Leistungen, einen bestimmten sozialen Status oder eine bestimmte Herkunft geknüpft zu sein, kommt Würde die Bedeutung eines dem Menschen inhärenten Wertes zu. Indem Würde von nun an folglich an nichts mehr als das Menschsein an sich geknüpft ist, kommt sie allen Menschen gleichermaßen und unbedingt zu und stellt damit eine allen Menschen gleiche Eigenschaft dar. Infolgedessen entwickelt sich insbesondere der Begriff Menschenwürde nach Burkard zu einem „vielzitierten Bezugspunkt“ (2008, S. 691) im 20. Jahrhundert und ist heute sowohl Thema in der Rechtsphilosophie als auch bei ethischen Fragestellungen.

Ausgehend von seiner weit zurückreichenden philosophischen Auseinandersetzung entwickelte sich der Begriff nebst der Verwendung in der Alltagssprache folglich insbesondere in Bezug auf den ethischen und rechtlichen Kontext weiter. Welche Bedeutungen ihm in diesem Kontext zukommen und wie er verwendet wird, soll im Folgenden analysiert werden.

3.1.3 Analyse des Begriffs in der Fachsprache in Bezug auf den rechtlichen und ethisch-moralischen Kontext

In Bezug auf den rechtlichen Kontext fordert die mit dem Menschsein an sich verbundene Menschenwürde einen allen Menschen gleichermaßen zukommenden Schutz (Roughley, 2018, S. 603). Menke und Pollmann sehen in der Menschenwürde ein „zerbrechliches Gut“ (2007, S. 146), worin zugleich die Forderung nach einer rechtlichen Sicherung gründet. Die Aufnahme der Menschenwürde in die Charta der Vereinten Nationen von 1945, in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 und in zahlreiche Verfassungen von Staaten trug nach Fellsches auch wesentlich dazu bei, dass die Menschenwürde und die Menschenrechte heute als „Einheit einer Schlaufe“ (2010, 3079) aufgefasst werden. Zudem wird die Menschenwürde nach Burkard als „Massstab für alle einzelnen Grundrechtsbestimmungen und deren Auslegung“ (2008, S. 692) heute übereinstimmend als „Fundamentalnorm“ (S. 692) zahlreicher Verfassungen angesehen.

Im ethisch-moralischen Kontext kommt der Menschenwürde in vielen Bereichen eine zentrale Rolle zu. Dies in besonderem Masse dort, wo sie aufgrund bestimmter Fragestellungen und damit verbundenen Handlungen bedroht zu sein scheint oder ist. Insbesondere in der Bioethik und beispielsweise bezüglich Fragestellungen zu Sterbehilfe oder dem Status von Embryonen nimmt sie einen wichtigen und prominenten Platz ein (Düwell, 2008, S. 74f.). Auch bei Entscheidungen und Fragestellungen am Lebensende wird auf die Menschenwürde Bezug genommen (Smith, 2012, S. 128). Der Begriff stellt in der Bioethik eine normative Bezugsgrösse dar, wobei aber zugleich über dessen Interpretation, Status und normative Implikationen diskutiert wird. Folglich herrscht keinesfalls Einigkeit darüber, wie Menschenwürde konkret aufgefasst werden kann (Düwell, 2008, S. 75f.). Zum inhaltlichen Verständnis von Menschenwürde, insbesondere in Bezug auf die Bioethik, schreibt Smith:

Additionally, the concept of human dignity within broader notions about human rights (either moral or legal) is an important one, with human dignity being a foundational concept for many human rights documents and national constitutions. Even so, the concept of dignity within bioethics is notoriously under-defined (. . .) There appears to be no definitive discussion about what it is supposed to entail, let alone how it should be applied. It is used by both sides in various debates (. . .) about possible treatments. Sometimes, it appears to be a sword; other times it is used as a shield. Its slippery and undefined nature has led some to suggest that it is not really a self-contained idea at all. (2012, S. 128).

Obwohl Smith betont, dass Würde, zumindest in der Bioethik, „unterdefiniert“ sei, spricht er dennoch zwei wesentliche Eigenschaften von Würde im ethisch-moralischen und rechtlichen Kontext an. So kann die Würde einerseits die Funktion eines „Schwertes“ einnehmen. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass ein Mensch gewisse ihm vorenthaltene Ansprüche geltend machen kann, die ihm aufgrund seiner mit dem Menschsein verbundenen inhärenten Würde unbedingt zukommen. In der Funktion eines „Schildes“ soll die Würde sicherstellen, dass ein Mensch vor Handlungen geschützt wird, die seine Würde verletzen können.

In Bezug auf den fachlichen Kontext kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Würde eine „moralisch-rechtliche Norm“ (Von Wolff-Metternich, 2012, S. 202) ist, die eine gewisse dem Menschen angemessene Behandlung sicherstellen respektive den Menschen vor gewissen Handlungen schützen soll. Unbeantwortet bleibt an dieser Stelle jedoch die Frage, wie sich Würde für diesen Kontext inhaltlich näher bestimmen lässt, was, so Wils, die Frage provoziert, ob Würde in Bezug auf das Recht oder die Ethik überhaupt ein „indikationsfähiger Terminus“ (2006, S. 561) sei.

3.2 Selbstbestimmung

Ziel dieses Kapitels ist es, Selbstbestimmung näher zu bestimmen und zu erarbeiten, welchen Voraussetzungen eine selbstbestimmte Handlung und Entscheidung in der Praxis unterliegt. Nebst der Analyse der Begriffsgeschichte (3.2.1) wird dazu die Bedeutung und Verwendung des Begriffs in der Alltagssprache analysiert (3.2.2). Danach wird aufgezeigt, wie sich Selbstbestimmung in der Praxis inhaltlich konkret auszeichnet und welchen Voraussetzungen eine selbstbestimmte Handlung unterliegt (3.2.3). Die aus dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung resultierenden Verpflichtungen werden ebenfalls dargelegt (3.2.4). Davon ausgehend wird das Konzept des Informed Consent vorgestellt, das eine selbstbestimmte Entscheidung in der Praxis ermöglichen soll und somit in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung grundlegend ist (3.2.5). Hierbei soll auch auf zwei problematische Aspekte bei seiner Umsetzung in der Praxis eingegangen werden (3.2.6). Abschliessend soll eine Übersicht über zentrale rechtliche Instrumente und gesetzlichen Regelungen in Bezug auf die eigene Urteilsunfähigkeit und Möglichkeiten zur eigenen Vorsorge die rechtlichen Aspekte in Bezug auf Selbstbestimmung aufzeigen (3.2.7).

3.2.1 Autonomie und Selbstbestimmung – Analyse der Begriffsgeschichte

In der Antike ist Autonomie (lat. *autonomía*; dt. Selbstbestimmung, Selbstgesetzgebung, Eigengesetzlichkeit) eine zentrale politische Kategorie, die sich vorwiegend auf die innere und äussere politische Freiheit von Staatengebilden bezieht (Pohlmann, 1971, S. 701; Schwemmer, 2005, S. 319). Autonomie mündet in diesem Zusammenhang in die Möglichkeit solcher Staatengebilde, durch ihre Selbständigkeit über eigene Angelegenheiten bestimmen und eigene Gesetze erlassen zu können (Prechtl, 2008, S. 56). Vereinzelt wird der Begriff bereits auch in Zusammenhang mit der persönlichen Unabhängigkeit eines Individuums verwendet („Autonomie“, 2009). In diesem Zusammenhang führt Autonomie nach Schwemmer in die kritische Bezugnahme eines Individuums auf das „eigene Gesetz“ (2005, S. 319) gegenüber der Gruppenmoral oder einer gesellschaftlichen Tradition. In der Neuzeit kommt dem Begriff in Bezug auf die im 16. und 17. Jahrhundert stattfindenden Glaubenskämpfe eine neue Bedeutung zu und wird hier vorwiegend als Synonym für Glaubensfreiheit aufgefasst (S. 319). Philosophische Relevanz gewinnt der Begriff schliesslich durch die in der Zeit der Aufklärung herrschende Forderung, dass der Mensch sich seines eigenen Verstandes bedienen müsse anstatt von fremden Traditionen und Autoritäten fremdbestimmt zu werden (Prechtl, 2008, S. 56f). Die aus dieser Forderung entspringenden philosophischen Interpretationen des Autonomiebegriffs gewinnen insbesondere durch die Auseinandersetzung Immanuel Kants und in Bezug auf die Moralphilosophie an Bedeutung. In seinem Verständnis schliesslich wird Autonomie als Selbstbestimmung des Menschen aufgefasst (S. 56-57). Der Terminus „Selbstbestimmung“ findet sich jedoch noch nicht in den philosophischen Wörterbüchern des 18. Jahrhunderts, sondern lässt sich erst in Kants Schriften nachweisen. Nach Gerhardt wird Selbstbestimmung darin als „Ausdruck und Ziel menschlicher Freiheit“ (2010, S. 2410) verstanden. Er entwickelt sich bis heute als „selbstverständlicher Bestandteil

der Alltagssprache“ (S. 2410) und in Bezug auf ethische, politische und pädagogische Themen zu einem relevanten Begriff.

Ausgehend von der Begriffsgeschichte lässt sich festhalten, dass sich Selbstbestimmung zu einem relevanten Begriff in der Alltags- sowie in der Fachsprache entwickelt hat. Im Folgenden soll deshalb aufgezeigt werden, welche Bedeutung der Begriff in der Alltagssprache erfährt.

3.2.2 Selbstbestimmung in der Alltagssprache

Gerhardt (2010, S. 2409) und die Dudenredaktion (2019b) verwenden Autonomie und Selbstbestimmung als Synonyme. In den folgenden Ausführungen wird deshalb der Begriff Selbstbestimmung verwendet.

Selbstbestimmung bedeutet zum einen die Unabhängigkeit eines Individuums von „jeder Art der Fremdbestimmung“ durch beispielsweise staatlichen oder gesellschaftlichen Zwang (1). Selbstbestimmung ist demnach möglich, wenn ein Individuum keiner Form von Fremdbestimmung ausgesetzt ist. Die Bedeutung von Selbstbestimmung als „die Unabhängigkeit des Individuums von eigenen Trieben und Begierden“ entspringt dem philosophischen Sprachgebrauch (2)⁵. Weiter wird Selbstbestimmung auch definiert als die „Unabhängigkeit eines Volkes von anderen Staaten und die Unabhängigkeit im innerstaatlichen Bereich“ (3). In diesem Zusammenhang kann Selbstbestimmung mit dem ursprünglichen Begriff der Autonomie als politische Kategorie in Verbindung gebracht werden (Dudenredaktion, 2019b).

Für die Ausübung von Selbstbestimmung wird in Bezug auf die drei Bedeutungen stets die Unabhängigkeit als Voraussetzung genannt. Diese Unabhängigkeit wird in Bezug auf (1) und (3) untermauert, in dem sowohl jedem Individuum als auch jedem Volk das Recht auf Selbstbestimmung beziehungsweise ein Selbstbestimmungsrecht zugesprochen wird (Dudenredaktion, 2019c). Für die vorliegende Bachelor-Thesis ist jedoch weiter nur die Selbstbestimmung als Unabhängigkeit des Individuums von jeder Art der Fremdbestimmung und das damit verbundene Selbstbestimmungsrecht relevant.

Als zentrale Erkenntnis aus dieser Analyse des Begriffs lässt sich festhalten, dass die Unabhängigkeit von Fremdbestimmung ein grundlegendes Kriterium für die Selbstbestimmung des Menschen ist. Davon ausgehend mag jedoch zugleich die Frage aufkommen, ob dieses Kriterium alleine hinreichend ist, oder ob weitere Kriterien erfüllt sein müssen, damit von Selbstbestimmung die Rede sein kann. Ausgehend

⁵ Die Bedeutung von Selbstbestimmung als Unabhängigkeit eines Individuums von eigenen Trieben und Begierden geht auf Immanuel Kant zurück. Gemäss ihm gelangt der Mensch nur zur Selbstbestimmung, wenn er sich „von den unmittelbaren Einflüssen sinnlicher Antriebe, Begierden, Leidenschaften und Interessen distanzier“ (Prechtl, 2008, S. 56), und so von „einer Fremdbestimmung übergeht zu einer Form der Selbstbestimmung, in der sich der Wille ein eigenes Gesetz gibt“ (S. 56).

von diesen Begriffsbestimmungen soll in einem nächsten Schritt erarbeitet werden, wie sich Selbstbestimmung in der Praxis auszeichnet.

3.2.3 Selbstbestimmung in der Praxis

In Theorien über Selbstbestimmung werden Freiheit und Handlungskompetenz weitgehend als die zwei grundlegenden Voraussetzungen für Selbstbestimmung betrachtet (vgl. Beauchamp & Childress, 2013, S. 102). Freiheit meint die Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflüssen und Handlungskompetenz und bezieht sich auf die Fähigkeit, intentional handeln zu können. Unklarheit herrscht darüber, wie sich diese Voraussetzungen inhaltlich näher bestimmen lassen und ob sie für Selbstbestimmung tatsächlich ausreichend sind (S. 102).

Faden und Beauchamp (1986, S. 238) sehen im Verstehen einer Handlung eine weitere grundlegende Voraussetzung für Selbstbestimmung. In ihren Worten ausgedrückt heisst Selbstbestimmung folglich:

X acts autonomously only if X acts

1. intentionally,
2. with understanding, and
3. without controlling influences (Faden & Beauchamp, 1986, S. 238).

Intentionalität, Verstehen und Abwesenheit kontrollierender Einflussnahmen sind die grundlegenden Voraussetzungen dafür, dass eine Person selbstbestimmt handeln, beziehungsweise dass von einer selbstbestimmten Handlung die Rede sein kann. Eine intentionale Handlung, die vollständig verstanden wird und auf keine Art und Weise durch andere Personen oder Bedingungen beeinflusst ist, kann als *absolut* selbstbestimmt aufgefasst werden. Dieses Konzept einer absolut selbstbestimmten Handlung stösst in der Praxis jedoch an seine Grenzen. Denn sowohl das Kriterium des Verstehens als auch jenes der Abwesenheit kontrollierender Einflussnahmen sind in der Praxis jeweils nur mehr oder weniger zufriedenstellend erfüllt (S. 238). Folglich werden Handlungen nicht konsequent als absolut selbstbestimmt oder nicht selbstbestimmt kategorisiert, sondern ihnen wird ein gewisser Grad an Selbstbestimmung zugeschrieben. Hingegen ist eine Handlung entweder intentional (und somit potentiell selbstbestimmt) oder nicht-intentional (und somit nicht selbstbestimmt) (S. 238). Nach Faden und Beauchamp kann Selbstbestimmung also auf einem Kontinuum zwischen absolut selbstbestimmt und vollständig nicht-selbstbestimmt betrachtet werden, dies abhängig davon, wie und ob die Voraussetzung des Verstehens und der Abwesenheit kontrollierender Einflussnahmen im Wesentlichen erfüllt sind (S. 238). In der Praxis bedeutet dies folglich, dass eine Person umso selbstbestimmter handelt, desto mehr Informationen sie versteht und desto geringer die Einflussnahmen anderer Personen oder Bedingungen sind.

Es soll nun in einem nächsten Schritt erarbeitet werden, wie sich die drei Grundvoraussetzungen näher bestimmen lassen.

Intentionalität

Intentionalität verlangt Handlungspläne in Form einer Darstellung von Strategien und Taktiken, die zur Durchführung einer Handlung eingesetzt werden können (Faden & Beauchamp, 1986, S. 242). Eine intentionale Handlung ist nach Faden und Beauchamp somit eng verbunden mit dem Plan der Person, wie sie eine bestimmte Handlung ausführen will: „For an act to be intentional (. . .) it must correspond to the actor`s conception – his or her plan – of the act in question“ (1986, S. 242). Eine Handlung gilt auch dann als intentional, wenn sie auf einem Handlungsplan basiert, das geplante Ergebnis aber nicht wie erwartet zustande kommt (Beauchamp & Childress, 2013, S. 104). An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass eine Handlung dann intentional ist, wenn sie mit der Absicht erfolgt, diese auch tatsächlich in einer bestimmten Art und Weise ausführen zu wollen. Geschieht etwas zufällig, beispielsweise durch einen Unfall, einen gemachten Fehler oder aus Versehen, so kann dies nicht als intentionales Handeln aufgefasst werden (Faden & Beauchamp, 1986, S. 242).

Verstehen

Eine Handlung ist nicht selbstbestimmt, wenn sie von der Person selber nicht adäquat verstanden wird (Beauchamp & Childress, 2013, S. 104). Faden und Beauchamp führen aus, wie vollständig adäquates Verstehen aufgefasst werden kann:

A person has a full understanding of an action if there is a fully adequate apprehension of all the relevant propositions or statements (those that contribute in any way to obtaining an appreciation of the situation) that correctly describe (1) the nature of the action, and (2) the foreseeable consequences and possible outcomes that might follow as a result of performing and not performing the action. (1986, S. 252)

Vollständiges Verstehen verlangt von einer Person folglich, dass sie sowohl die Art einer Handlung als auch die möglichen Folgen und Ergebnisse, die sich aus der Durchführung oder Nicht-Durchführung ergeben können, korrekt beschreiben kann. Der Grad der Selbstbestimmung nimmt ausgehend von diesem „Ideal“ einer vollständig verstandenen Handlung oder Entscheidung ab, sofern die beiden Kriterien nicht vollständig erfüllt sind. Auch die Anforderungen an das Verstehen können sich hinsichtlich einer bestimmten Handlung oder Situation unterscheiden. Dem Verstehen der Zubereitung und des Genusses eines Kaffees sind beispielsweise weniger hohe Anforderungen gestellt, als dies in Bezug auf das Verstehen um die möglichen Folgen und Ergebnisse einer komplexen und schweren Herzoperation der Fall ist.

Offen bleibt an dieser Stelle die Frage, wie bewertet werden kann, ob und wie das Verständnis einer Person in einer jeweiligen Situation von diesem Ideal abweicht, beziehungsweise die Kriterien nicht vollständig erfüllt sind (S. 252). Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis kann diese Frage nicht abschliessend (sofern dies überhaupt möglich ist) beantwortet werden. Es kann an dieser Stelle jedoch festgehalten werden, dass Verstehen von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden kann. So sind unter anderem Krankheit, geistige Beeinträchtigung oder mangelhafte Kommunikation ausschlaggebend

dafür, dass eine Person eine Handlung oder Entscheidung nicht vollständig versteht beziehungsweise gar nicht vollständig verstehen kann (Beauchamp & Childress, 2013, S. 104).

Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflussnahmen

Die Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflussnahmen ist gleichbedeutend mit Freiwilligkeit (S. 137). Freiwillig handelt jemand dann, wenn er oder sie die Handlung will und diese nicht aufgrund kontrollierender Einflussnahmen einer anderen Person oder sonstigen Bedingungen geschieht. Dabei kann die Art und Weise der Einflussnahme sowie deren Auswirkung auf die betroffene Person stark variieren. Auch die Anforderung an die ethische Rechtfertigung einer Einflussnahme ergibt sich im Wesentlichen aus der Art und Weise, wie jemand durch sie beeinflusst wird (S. 138). Faden und Beauchamp nennen drei „main categories“ (1986, S. 258) von Einflussnahmen, die jedoch nicht scharf voneinander getrennt werden können: Zwang, Manipulation und Überzeugung.

Zwang

Zwang liegt dann vor, wenn eine Person „durch das Eingreifen einer anderen Person zum Durchführen einer Handlung gebracht werden soll, die sie ansonsten nicht tun würde“ (Hildt, 2006, S. 81). Eine Handlung, die auf Zwang basiert, hängt gänzlich vom Willen einer anderen Person ab und wird von ihr kontrolliert (S. 80).

Manipulation

Manipulation kann als Oberbegriff aufgefasst werden für alle Formen der Einflussnahme, die weder der Überzeugung noch dem Zwang zugeordnet werden können. Eine Person wird dann manipuliert, wenn sie mit anderen Mitteln als Zwang oder Überzeugung dazu gebracht wird, dasjenige zu tun, was die manipulierende Person möchte. So kann beispielsweise die Manipulation von Informationen dazu führen, dass die betroffene Person eine Situation nicht richtig verstehen kann und deshalb in der Art und Weise handelt, wie dies die manipulierende Person möchte. Auch das Verschweigen von für eine Handlung oder Entscheidung relevanten Informationen kann manipulativ sein (Beauchamp & Childress, 2013, S. 139).

Überzeugung

Überzeugung ist der absichtliche und erfolgreiche Versuch, die betroffene Person durch Appelle an die Vernunft dazu zu bringen, die von der überzeugenden Person vertretenen Werte, Überzeugungen und Vorhaben freiwillig anzunehmen (Faden & Beauchamp, 1986, S. 261). Handlungen, die jemand aufgrund der Überzeugung durch eine andere Person vollzieht, werden, im Unterschied zu Zwang, nicht von anderen Personen kontrolliert. In gewissen Situationen ist es allerdings schwierig, Überzeugung strikt von Manipulation zu unterscheiden und die Frage, wo Überzeugung endet und Manipulation beginnt, kann nicht abschliessend beantwortet werden (S. 262).

Wie bereits erwähnt, können Zwang, Manipulation und Überzeugung nicht voneinander getrennt betrachtet werden. Zwang und Überzeugung stellen die jeweiligen Enden eines Kontinuums dar, da beides Formen der Einflussnahmen sind, die keine unterschiedlichen Grade annehmen können. Jemand kann nicht mehr oder weniger gezwungen oder überzeugt werden. Manipulation hingegen äussert sich in kontrollierender oder nicht kontrollierender Weise und nimmt folglich unterschiedliche Grade der Kontrolle der Handlung oder Entscheidung der betroffenen Person an (S. 258). In Bezug auf die Zuschreibung der Art der Einflussnahme ist die subjektive Interpretation entscheidend dafür, wie die Einflussnahme empfunden wird und welche Wirkung sie auf die Person ausübt (Hildt, 2006, S. 80). Denn die Möglichkeiten beziehungsweise Fähigkeiten von Personen, sich einer versuchten Einflussnahme zu widersetzen, unterscheiden sich massgeblich. Faden und Beauchamp schreiben hierzu: „Individuals are subjectively influenced in different ways, some persons being far more resistant to particular influence attempts than others (. . .) Being manipulated, then, is an inherently subjective event, one relative to the person`s respond“ (1986, S. 260).

3.2.4 Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung

Im vorangehenden Abschnitt wurde aufgezeigt, dass Selbstbestimmung drei Grundvoraussetzungen unterliegt. Das Verstehen und die Freiwilligkeit in Bezug auf eine Handlung oder Entscheidung können dabei mehr oder weniger stark eingeschränkt sein. Die Freiwilligkeit kann durch die oben genannten Formen der Einflussnahme eingeschränkt sein. Verstehen kann sowohl aufgrund körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigungen als auch aufgrund bestimmter Verhaltensweisen anderer Personen, wie beispielsweise einer unverständlichen Kommunikation, eingeschränkt sein. Aus der Tatsache, dass jemand aufgrund bestimmter Verhaltensweisen anderer Personen aber auch aufgrund körperlicher oder kognitiver Aspekte in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt sein kann, entspringt das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung. Respekt bezieht sich dabei auf die Anerkennung des Wertes der Person und ihrem Recht, eigene Entscheide treffen, sowie dass sie dazu befähigt wird, selbstbestimmt handeln zu können. Das Nicht-Respektieren zeichnet sich in Handlungen oder Einstellungen aus, die das Recht auf Selbstbestimmung einer Person ignorieren oder verletzen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 107). Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung äussert sich entsprechend in einer negativen und einer positiven Verpflichtung gegenüber der betroffenen Person. Die negative Verpflichtung verlangt die Abwesenheit der Kontrolle anderer Personen bei selbstbestimmten Handlungen, wie dies bei Zwang oder unter gewissen Umständen bei der Manipulation der Fall ist. Die positive Verpflichtung verlangt zum einen den respektvollen Umgang mit der Offenlegung von Informationen, die eine selbstbestimmte Handlung oder Entscheidung ermöglichen. Zum anderen verlangt sie Handlungen aufseiten von beispielsweise Fachpersonen in Bezug auf die Förderung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung (S. 107). Respekt vor der Selbstbestimmung einer Person heisst folglich nicht nur, auf ihre Handlungen und Entscheide keine Kontrolle in Form von Zwang oder Manipulation auszuüben, sondern auch, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung durch das Offenlegen von relevanten Informationen und gewissen Handlungen aktiv zu fördern. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung geht

allerdings nur so weit, als dass bestimmte Handlungen oder Entscheide nicht eine ersthafte Gefahr für andere Personen oder die Öffentlichkeit darstellen. Unter diesen Umständen darf eine Person in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt werden (S. 107-108).

Ausgehend von den grundlegenden Voraussetzungen für Selbstbestimmung und dem damit verbundenen Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung ist die Grundlage geschaffen, damit der Fokus nun auf selbstbestimmte Entscheide im professionellen Kontext gerichtet werden kann.

3.2.5 Selbstbestimmte Entscheide im professionellen Kontext – Der Informed Consent

Im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung sind Betroffene immer wieder mit Situationen konfrontiert, die eine Entscheidung bedingen (vgl. 2.4 und 2.5). Die zu treffenden Entscheide beziehen sich dabei in der Regel auf bestimmte medizinische beziehungsweise palliative Massnahmen wie beispielsweise die Zustimmung oder Ablehnung für eine medizinische Therapie oder die Anmeldung für den Aufenthalt in einem Pflegeheim oder einer anderen Institution. Die Teilnahme von Fachpersonen an solchen Entscheidungssituationen ist grundlegend, weil sie über wichtige und zentrale Informationen in Bezug auf die Situation der betroffenen Person verfügen, ohne die ein fundierter Entscheid hinsichtlich einer bestimmten Massnahme nicht möglich wäre. In Bezug auf das Gesundheitswesen schreiben Beauchamp und Childress (2013, S. 106) aber zugleich, dass Patienten und Patientinnen gerade aufgrund ihres Abhängigkeitsverhältnisses und der Autoritätsposition von Fachpersonen oftmals an selbstbestimmten Entscheiden und Handlungen gehindert werden. Als Ausdruck des Respekts vor dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person und Instrument zur Förderung einer selbstbestimmten Entscheidung hat sich im medizinischen Kontext (und so auch in der Palliative Care) das Konzept des Informed Consent etabliert, das dieser Problematik entgegenwirken soll. Fachpersonen werden dadurch verpflichtet, der betroffenen Person sowohl selbstbestimmte Entscheide zu ermöglichen als auch ihre Fähigkeit dazu zu fördern.

Das Konzept des Informed Consent (dt. Informierte Einwilligung) verlangt ausgehend vom Recht auf Selbstbestimmung einer Person, dass eine bestimmte medizinische Massnahme nur durchgeführt werden darf, wenn die betroffene Person ausführlich darüber informiert wurde und sie sich davon ausgehend in freier und ausdrücklicher Weise für die Durchführung entscheidet (Hildt, 2006, S. 124). Dadurch wird der betroffenen Person das Recht zugestanden, die für das eigene Leben massgeblich bedeutsamen Entscheide in Bezug auf medizinische Massnahmen selbst treffen zu können, auch wenn eine Fachperson über bessere Kenntnisse zu bestimmten Massnahmen verfügen mag (S. 126). Medizinische Massnahmen können beispielsweise operative Eingriffe, medikamentöse Therapien oder die Durchführung von Untersuchungen oder einer Diagnostik sein. Weiter gelten aber auch die Anmeldung in einer nachsorgenden Institution, die Organisation von professionellen Fachpersonen zur Behandlung und Betreuung zu Hause als medizinische beziehungsweise palliative Massnahmen, da sie in der Regel von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden und eng mit der gesundheitlichen Situation der betroffenen Person verbunden sind. Der Informed Consent ist auch hinsichtlich der

Zustimmung für die Teilnahme an medizinischer Forschung grundlegend und bedeutsam (vgl. Beauchamp & Childress, 2013, S. 122). In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird jedoch nicht näher auf seine Bedeutung und Umsetzung im Rahmen medizinischer Forschung eingegangen.

Der Informed Consent ist folglich in zweierlei Hinsicht eng verknüpft mit der Selbstbestimmung der betroffenen Person. Zum einen kann er als Voraussetzung zur Förderung und Sicherstellung der Selbstbestimmung im medizinischen Kontext betrachtet werden. Zum anderen kommt durch das Einholen des Informed Consent bei der betroffenen Person auch das Prinzip des Respekts gegenüber ihrem Recht auf Selbstbestimmung zum Ausdruck, weil ihre freiwillige Zustimmung zur Durchführung und das Verstehen einer bestimmten Massnahme als zwingend vorausgesetzt wird (Hildt, 2006, S. 132). Es besteht allerdings auch eine Reihe von Ausnahmen, die den Verzicht auf das Einholen des Informed Consent rechtfertigen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person aufgrund akuter Lebensgefahr oder komatösen Zustandes oder unter anderem aufgrund geistiger Beeinträchtigung, Kindesalter oder psychischer Störung momentan oder dauerhaft in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist und stellvertretende Entscheide notwendig sind (S. 124f.).

Die Elemente des Informed Consent

Das Konzept des Informed Consent besteht aus verschiedenen Elementen, die allesamt die Grundlage einer selbstbestimmten Entscheidung bilden. In Tabelle 1 werden die Elemente des Informed Consent aufgezeigt.

Tabelle 1

Die Elemente des Informed Consent.

Schwellelemente	1) Entscheidungsfähigkeit 2) Freiwilligkeit
Informationselemente	3) Offenlegung wesentlicher Informationen 4) Empfehlung eines Plans oder einer Massnahme durch die Fachperson/Fachpersonen 5) Verstehen der Elemente (3) und (4)
Einwilligungselemente	6) Entscheidung für einen vorgeschlagenen Plan/ eine Massnahme 7) Autorisierung für die Durchführung des Plans/der Massnahme

Erläuterung: Die sieben Elemente des Informed Consent, die jeweils einem übergeordneten Element zugeordnet werden. Nach Beauchamp & Childress, 2013, S. 124.

Diese Übersicht zeigt auf, dass der Informed Consent auch die grundlegenden Voraussetzungen für Selbstbestimmung (Intentionalität, Verstehen und Freiwilligkeit) beinhaltet. Dabei bezieht sich die Intentionalität auf den Entscheid und die Autorisierung für die Durchführung des empfohlenen Plans respektive der empfohlenen Massnahme. Verstehen bezieht sich auf die Offenlegung und das Verstehen wesentlicher Informationen und des Plans/der Massnahme, der/die empfohlen wird. Freiwilligkeit

bezieht sich auf den Entscheid für einen Plan/eine Massnahme, der in freiwilliger Weise getroffen werden muss. Der Entscheid für einen vorgeschlagenen Plan/eine vorgeschlagene Massnahme (6) kann jedoch auch einem Entscheid *gegen* einen vorgeschlagenen Plan/eine vorgeschlagene Massnahme (Informed Refusal; dt. Informierte Ablehnung) weichen, wobei die Elemente 1-5 gleichwohl erfüllt sein müssen (S. 124).

Die Entscheidungsfähigkeit, Freiwilligkeit und die Offenlegung wesentlicher Informationen sowie deren Verstehen sind „critical elements“ (S. 125) des Informed Consent und bedürfen deshalb einer genaueren Ausführung. Im Folgenden wird jedoch nur auf die Entscheidungsfähigkeit und Offenlegung wesentlicher Informationen eingegangen, da die anderen beiden Elemente (Verstehen und Freiwilligkeit) bereits in den Ausführungen zur Selbstbestimmung erläutert wurden (vgl. 3.2.3).

Die Entscheidungsfähigkeit⁶

Der Fähigkeit einer Person, vernünftige Entscheide treffen zu können, kommt in der Praxis eine wichtige Bedeutung zu. Denn die Entscheidungsfähigkeit beziehungsweise Entscheidungsunfähigkeit in Bezug auf eine bestimmte Massnahme dient zur Unterscheidung von Personen, deren Zustimmung oder Ablehnung und deren Äusserung von Präferenzen als bindend akzeptiert werden sollen von jenen Personen, die aufgrund fehlender oder unzureichender Entscheidungsfähigkeit von anderen Personen vertreten werden müssen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 117). Die Entscheidungsfähigkeit wird in der Praxis bei erwachsenen Personen als grundsätzlich gegeben vorausgesetzt (vgl. S. 117). Sie kann jedoch unter anderem aufgrund psychischer Erkrankungen, Traumata und anderen Erkrankungen und damit verbundenen Ängsten, Schmerzen und Abhängigkeiten dauerhaft oder vorübergehend eingeschränkt sein (Hildt, 2006, S. 135). Zudem kann die Entscheidungsfähigkeit einer Person von Zeit zu Zeit variieren und muss deshalb immer wieder neu und in Bezug auf einen bestimmten Entscheid beurteilt werden (Beauchamp & Childress, 2013, S. 115). Dabei lassen folgende Kriterien in der Praxis auf eine mögliche Entscheidungsunfähigkeit schliessen (S. 118):

1. Unvermögen der Person, eine Präferenz oder Wahl zu bekunden oder zu äussern
2. Unvermögen der Person, ihre Situation und die damit verbundenen Konsequenzen zu verstehen
3. Unvermögen der Person, relevante Informationen zu verstehen
4. Unvermögen der Person, einen Grund zu nennen
5. Unvermögen der Person, einen vernünftigen Grund zu nennen (auch wenn andere Gründe genannt werden können)
6. Unvermögen der Person, Gründe in Bezug auf Kosten-Nutzen der Entscheidung zu nennen (auch wenn einige vernünftige andere Gründe genannt werden können)

⁶ Entscheidungsfähigkeit wird in der vorliegenden Bachelor-Thesis synonym zu Urteilsfähigkeit verwendet (vgl. hierzu u.a. Caplazi & Mösch Payot, 2016, S. 128).

7. Unvermögen der Person, eine vernünftige Entscheidung zu treffen (wie sie von einer vernünftigen Person zu erwarten wäre)

Aus diesen Kriterien lassen sich drei übergeordnete Fähigkeiten ableiten, die in Bezug auf die Entscheidungsfähigkeit einer Person relevant sind. Kriterium 1 bezieht sich auf die grundlegende Fähigkeit, eine Präferenz formulieren zu können. Die Kriterien 2 und 3 beziehen sich auf die Fähigkeit, Informationen und die eigene Situation erfassen zu können. Und die Kriterien 4 bis 7 beziehen sich auf die Fähigkeit, eine für das eigene Leben bedeutsame Entscheidung vernünftig begründen zu können (S. 118).

Besteht die Vermutung, dass eine Person in ihrer Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf die zu treffende Entscheidung eingeschränkt ist, so wird deren Vorhandensein in der Praxis durch ausgebildete Fachpersonen der Medizin oder Psychologie und mittels standardisierter Tests ermittelt. Obwohl im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter auf die Problematik eingegangen werden kann, soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Resultate dieser Tests und die darauffolgenden Einschätzungen der Fachperson bezüglich der Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Person in der Praxis nicht unumstritten sind (vgl. hierzu Beauchamp & Childress, 2013, S. 118-119 und Hildt, 2006, S. 138).

Es kann festgehalten werden, dass die Entscheidungsfähigkeit als Schwellenelement des Informed Consent nebst der Freiwilligkeit die Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung darstellt. Liegt die Entscheidungsfähigkeit für eine bestimmte Entscheidung nicht vor und kann diese nicht durch bestimmte Massnahmen gefördert werden, so kann von der Person auch kein gültiger Informed Consent eingeholt und die damit verbundene selbstbestimmte Entscheidung sichergestellt werden.

Die Offenlegung wesentlicher Informationen

Eine selbstbestimmte Entscheidung der betroffenen Person hinsichtlich einer bestimmten Massnahme bedingt genügend Wissen ihrerseits bezüglich ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation und über die mit der Massnahme verbundenen Aspekte. Im Rahmen des Informed Consent sind Fachpersonen dazu verpflichtet, der betroffenen Person die für eine Entscheidung wesentlichen Informationen offenzulegen und ihr dadurch eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen (Hildt, 2006, S. 140). In Bezug auf die in den oftmals komplexen palliativen Situationen zu treffenden Entscheidungen stellt sich die Frage, wie viel und welche Informationen der betroffenen Person offengelegt werden sollen oder müssen. Beauchamp und Childress (2013) unterscheiden diesbezüglich zwischen drei Standards, wie die Art und Menge der offenzulegenden Informationen in der Praxis bestimmt wird: dem „Professional practice standard“ (S. 126), dem „Reasonable person standard“ (S. 126) und dem „Subjective standard“ (S. 127).

Beim Professional practice standard bestimmt die Fachperson die Art und Menge der offenzulegenden Informationen bezüglich einer bestimmten Massnahme ohne Miteinbezug der betroffenen Person (S. 126). Die Wahl der offenzulegenden Informationen orientiert sich nach Hildt hierbei also nicht an der

Selbstbestimmung der betroffenen Person, sondern an der Einschätzung der Fachperson bezüglich der „günstigen Informationsmenge“ (2006, S. 140), weshalb dieser früher weitverbreitete Standard heute aus moralischer Sicht als problematisch betrachtet wird.

Beim Reasonable person standard wird die Art und Menge der offenzulegenden Information in Bezug auf eine bestimmte Massnahme ausgehend von der Orientierung an den Bedürfnissen einer hypothetisch vernünftigen Person bestimmt. Zentral bei dieser Bestimmung der offenzulegenden Informationen ist die Frage, ob diese für eine vernünftige Person insofern wesentlich und dienlich sind, als dass sie ihnen bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Massnahme eine gewisse Bedeutung zuschreiben würde (Beauchamp & Childress, 2013, S. 126). Auch dieser Standard ist insofern problematisch, als dass er Fachpersonen durch seinen abstrakten und hypothetischen Charakter mit der herausfordernden Frage konfrontiert, was eine hypothetisch vernünftige Person auch tatsächlich wissen möchte und muss (S. 126).

Der Subjective standard orientiert sich bei der Art und Menge der offenzulegenden Informationen vollständig an den Bedürfnissen der betroffenen Person (Hildt, 2006, S. 140). Obwohl dieser Standard aus moralischer Sicht präferiert werden sollte, ist hier die Tatsache problematisch, dass viele Personen gar nicht wissen, was sie in Bezug auf eine bestimmte Massnahme tatsächlich wissen müssen. Dies oftmals dann, wenn es sich dabei um Entscheidungen bezüglich der Inanspruchnahme von medizinischen Massnahmen handelt, die oftmals komplexer Natur sind (S. 142).

Die Offenlegung wesentlicher Informationen gestaltet sich in der Praxis folglich keineswegs einfach und die Art und Menge der Informationen, die eine Person für eine selbstbestimmte Entscheidung benötigt, kann nicht einheitlich festgelegt werden. Aus diesem Grund schlagen Beauchamp und Childress (2013, S. 127) vor, die Offenlegung der Informationen anhand des Reasonable person standard zu bestimmen und davon ausgehend die zusätzlichen spezifischen Informationsbedürfnisse der betroffenen Person zu erfragen (Subjective standard).

3.2.6 Das Problem des „therapeutic privilege“ und des Verzichts auf den Informed Consent

Das Konzept des Informed Consent soll in der Praxis eine selbstbestimmte Entscheidung in Bezug auf eine bestimmte Massnahme sicherstellen und so dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung gerecht werden. In der Praxis gibt es allerdings problematische Situationen, in denen Fachpersonen die Offenlegung wesentlicher Information bewusst umgehen oder aber, dass betroffene Personen von sich aus auf einen Informed Consent verzichten.

Wie zu Beginn des vorangehenden Unterkapitels aufgezeigt, ist es in gewissen Situationen gerechtfertigt, den Informed Consent von der betroffenen Person nicht einzuholen. Nach Beauchamp und Childress umstritten ist allerdings die Praxis des „therapeutic privilege“ (2013, S. 127), demnach eine Fachperson gewisse Informationen absichtlich nicht offenlegt aufgrund der Annahme, dass sie der betroffenen Person schaden können. Die Möglichkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung wird hier

in erheblichem Masse beschnitten, da der Person womöglich relevante Informationen dafür fehlen. Es existieren unterschiedliche Gründe für oder gegen eine solche absichtliche Zurückhaltung von Informationen. Befürworter und Befürworterinnen des „therapeutic privilege“ argumentieren beispielsweise, dass die Offenlegung von gewissen Informationen insbesondere bei depressiven, emotional erschöpften und instabilen Personen schädliche Folgen in Form von Stress und Ängsten und damit verbunden unvernünftige Entscheidungen zur Folge haben können (S. 127). Demgegenüber argumentieren kritische Stimmen, dass das Offenlegen wesentlicher Informationen gerade als Bemühung zur Förderung des Wohlbefindens der betroffenen Person betrachtet werden kann, weil sie dadurch die Möglichkeit erhält, selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können (Hildt, 2006, S. 146). Als grundsätzlich problematisch in Bezug auf die Vorgehensweise des „therapeutic privilege“ gestaltet sich das Festlegen von Kriterien, anhand derer geprüft werden könnte, ab wann das Risiko für eine negative Auswirkung auf die Person so hoch ist, dass die absichtliche Zurückhaltung von Informationen gerechtfertigt wäre (S. 145).

In der Praxis ebenfalls umstritten ist der Umgang mit dem Verzicht einer Person auf ihre Rechte in Bezug auf die Entscheidungsautorität und der Teilnahme am Entscheidungsfindungsprozess, in dem sie einen Entscheid beispielsweise der Ärzteschaft oder einer Vertrauensperson überlässt. Gemäss Beauchamp und Childress (2013, S. 137) muss der Verzicht auf dieses Recht grundsätzlich anerkannt werden, da die Ermessensfreiheit über dessen Ausübung oder den Verzicht darauf bei der betroffenen Person liegt. Auch wenn es sich hierbei um eine selbstbestimmte Entscheidung handeln kann, sollte eine detaillierte Untersuchung zu den Gründen, weshalb die betroffene Person darauf verzichten möchte, durchgeführt werden. Dies insbesondere dann, wenn der Eindruck besteht, die Person entziehe sich dadurch der Übernahme von Verantwortung, indem sie das Treffen von Entscheidungen, die ihr Leben in massgebender Weise betreffen, ablehnt und delegiert (Hildt, 2006, S. 125). Eine generelle Akzeptanz solcher Verzichte in der Praxis wäre problematisch, weil sie die Verletzlichkeit von betroffenen Personen gegenüber Fachpersonen, die den Prozess der Offenlegung von Informationen und das Einholen des Informed Consent aus zeitlichen Gründen oder aus Gründen der Bequemlichkeit auslassen, erhöhen würde (Beauchamp & Childress, 2013, S. 137).

3.2.7 Selbstbestimmung im rechtlichen Kontext

Der Tatsache, dass Menschen aufgrund psychischer oder physischer Beeinträchtigung, Unfällen, schwerer Krankheit, kognitiver Beeinträchtigung und anderen Gründen momentan oder dauerhaft nicht in der Lage sind, Entscheidungen in Bezug auf verschiedenste Bereiche ihres Lebens treffen zu können, kommt auch im rechtlichen Kontext eine wichtige Bedeutung zu. Das Recht hat Instrumente zur Selbstbestimmung in Bezug auf die Inanspruchnahme oder Ablehnung medizinischer Massnahmen geschaffen, die von urteilsfähigen Personen im Hinblick auf eine mögliche eintretende Urteilsfähigkeit selbst genutzt werden können und somit ihre eigene Vorsorge betreffen (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 496). Werden diese Instrumente nicht genutzt, so tritt bei Eintritt der Urteilsunfähigkeit von Gesetzes

wegen eine Regelung in Kraft, das sogenannte „gesetzliche Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen“ (S. 505).

Der Vorsorgeauftrag

Durch den Vorsorgeauftrag kann eine handlungs- und urteilsfähige Person für den Fall ihrer eigenen Urteilsunfähigkeit eine oder mehrere natürliche oder juristische Personen bestimmen, die für sie die persönliche Sorge und die Vermögensverwaltung mit den damit zusammenhängenden Vertretungsrechten übernehmen (S. 497). Die persönliche Sorge kann sich hierbei unter anderem auch auf Entscheide über die Inanspruchnahme oder Ablehnung medizinischer Massnahmen beziehen. Der Vorsorgeauftrag muss entweder von Hand geschrieben, datiert und unterzeichnet oder öffentlich beurkundet sein (S. 498). Bei Eintreten der Urteilsfähigkeit muss eine Validierung von der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) erfolgen, was bedeutet, dass seine Gültigkeit, die Geeignetheit der eingesetzten Person oder Personen und allenfalls weitere notwendige erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen geprüft werden (S. 499). Die urteilsfähige Person kann den Vorsorgeauftrag jeder Zeit widerrufen (S. 498). Er endet mit dem Tod der betroffenen Person, bei der Kündigung der im Vorsorgeauftrag eingesetzten Person oder der Kündigung durch die KESB, sofern sich die Person für die Ausführung der Aufgaben nicht eignet (S. 498f.).

Die Patientenverfügung

In der Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit Anordnungen in Bezug auf medizinische Massnahmen treffen, dies auch, wenn sie (noch) nicht handlungsfähig ist. Die Massnahmen beziehen sich sowohl auf kurative als auch palliative Aspekte der Behandlung und Betreuung und auf weitere Bereiche der Gesundheitsversorgung als lediglich die ärztliche Behandlung (S. 502). In der Patientenverfügung kann zudem eine Person eingesetzt werden, die für die urteilsunfähige Person über bestimmte Massnahmen stellvertretend entscheidet. Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst sein, beispielsweise in Form eines vordruckten Formulars, sowie das Errichtungsdatum und die Unterschrift der betroffenen Person tragen. Der Widerruf der Patientenverfügung ist bei Urteilsfähigkeit jederzeit möglich (S. 503). Das Vorhandensein einer Patientenverfügung ist von den zuständigen medizinischen Fachpersonen in jedem Fall zu prüfen, ausser bei einer akuten Notfallsituation, in der die Zeit dazu fehlt. Abgesehen von folgenden Ausnahmen ist die Patientenverfügung für die Fachpersonen verbindlich: Bei der Behandlung einer psychischen Störung im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung in einer Institution; wenn die Patientenverfügung gegen gesetzliche Bestimmungen verstösst (z.B. bei der Forderung nach aktiver Sterbehilfe) und wenn begründete Zweifel bestehen, ob die in der Patientenverfügung aufgeführten Entscheide dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entsprechen (S. 504).

Gesetzliches Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen

Das gesetzliche Vertretungsrecht ist im Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) geregelt. Ein gesetzliches Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen kommt dann zum Zug, wenn die urteilsunfähige Person keine Vertretungsperson (in der Patientenverfügung oder im Vorsorgeauftrag) bestimmt hat und auch keine Beistandschaft mit dem erforderlichen Vertretungsrecht besteht (S. 505). Nach Art. 378 Abs. 1 ZGB sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person in Bezug auf die Zustimmung oder Ablehnung zur Durchführung bestimmter medizinischer Massnahmen zu vertreten:

1. Die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. Der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. Wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. Die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. Die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. Die Eltern, wenn sei der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. Die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.

Art. 378 Abs. 2 ZGB legt fest, dass, wenn mehrere Personen vertretungsberechtigt sind, die zuständige medizinische Fachperson voraussetzen darf, dass jede im Einverständnis mit den anderen handelt. Und Art. 378 Abs. 3 ZGB legt fest, dass die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person zu entscheiden hat, wenn in der Patientenverfügung entsprechende Weisungen dazu fehlen.

3.3 Fazit

In diesem Kapitel wurden die theoretischen Konzepte zu Würde und Selbstbestimmung ausgeführt. Es wurde deutlich, dass insbesondere die philosophischen Auseinandersetzungen mit den Begriffen wegbereitend dafür waren, wie sie heute aufgefasst und verwendet werden. Anhand der Analyse der alltagssprachlichen Bedeutung und Verwendung des Würdebegriffs konnten die mit den unterschiedlichen Bedeutungen verbundenen praktischen Konsequenzen dargelegt werden. Damit wurde eine normative Grundlage geschaffen, von der aus eine Konkretisierung der Würde in Bezug auf die Fragestellung erfolgen kann. Nebst der Analyse der Bedeutungen von Selbstbestimmung in der Alltagssprache konnte dargelegt werden, unter welchen Voraussetzungen Selbstbestimmung in der Praxis ermöglicht wird. Davon ausgehend wurde das Konzept des Informed Consent dargelegt und der

Fokus somit auf selbstbestimmte Entscheide im professionellen Kontext gerichtet. Auch hier konnte eine normative Grundlage geschaffen werden, die in Bezug auf die Fragestellung konkretisiert werden kann. In Bezug auf Selbstbestimmung bei Urteilsunfähigkeit existieren zudem wichtige rechtliche Instrumente, die die Selbstbestimmung der betroffenen Person bei ihrer Urteilsunfähigkeit sicherstellen sollen.

4 Konkretisierung der Grundwerte

Nachdem das vorangehende Kapitel die Ausführung theoretischer Konzepte zu Selbstbestimmung und Würde zum Gegenstand hatte, soll der Fokus nun wieder auf Palliative Care gerichtet werden. In Unterkapitel 2.4 wurde dargelegt, wie sich palliative Situationen im Akutspital auszeichnen. Dabei wurde deutlich, dass die auf mehreren Ebenen gleichzeitig belastenden und herausfordernden Symptome oftmals eine Entscheidungsfindung bedingen. Die darauffolgenden Praxissituationen und deren Analysen zeigten auf, dass die zu treffenden Entscheide für die betroffenen Personen sehr bedeutsam sind und ihre Lebensqualität, Lebensgestaltung und den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation massgeblich beeinflussen können. In einer ohnehin schon belastenden gesundheitlichen Situation sind schwerkranke Personen (und teilweise deren stellvertretenden Personen) folglich mit herausfordernden und bedeutsamen Entscheidungsfindungen konfrontiert. Eine solche belastende gesundheitliche Situation und die damit verbundenen Abhängigkeiten von Fachpersonen zeugen auch von einer besonderen Verletzlichkeit der betroffenen Person. Deshalb sollen die Grundwerte die Orientierung in palliativer Behandlung und Betreuung und damit verbunden auch im Rahmen von Entscheidungssituationen geben.

Ausgehend von dieser Tatsache ist das Ziel dieses Kapitels deshalb, die Grundwerte zu konkretisieren, so dass sie für Fachpersonen eine Orientierung geben können. Die im vorangehenden Kapitel ausgeführten theoretischen Konzepte von Würde und Selbstbestimmung bilden hierfür die normative Grundlage. Sie werden in Bezug auf zu treffende Entscheide hinsichtlich der Austrittsplanung und medizinischer Massnahmen im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung konkretisiert. Dabei soll einerseits aufgezeigt werden, wie sie in Bezug auf die Entscheidungssituation als Orientierung genutzt werden können. Andererseits sollen die sich aus ihnen ergebenden Forderungen für das professionelle Handeln der Fachpersonen aufgezeigt werden.

4.1 Die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung bei der Austrittsplanung

Ausgangslage

Das Praxisbeispiel von Frau Heiniger zeigte auf, dass die Planung des Spitalaustritts im Rahmen palliativer Situationen auch die Lebensqualität und Lebensgestaltung betrifft (vgl. 2.5). Es ist deshalb naheliegend, dass mit solchen Entscheiden auch Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person verbunden sind. Interessen und Wünsche beziehen sich unter anderem auf die Wahl einer nachsorgenden Institution oder die Organisation von Unterstützungsleistungen zu Hause. Aber auch der Wunsch, im Spital verbleiben und versterben, oder nach Hause austreten und dort versterben zu können, kann in der Austrittsplanung aufkommen. Im Akutspital erhalten Betroffene eine vollumfängliche medizinische, pflegerische, soziale und psychologische palliative Behandlung und Betreuung. Eine solche kann nach dem Spitalaufenthalt in den seltensten Fällen in der Art weitergeführt werden. Deshalb können auch Ängste und Sorgen hinsichtlich der weiteren Behandlung und Betreuung

bestehen. Dies beispielsweise in Bezug auf den Umgang der Angehörigen oder professionellen Fachpersonen mit herausfordernden Situationen wie akuter Atemnot, starken Schmerzen, Verwirrtheit und anderen belastenden Symptomen. Aber auch der Eintritt in eine nachsorgende Institution kann mit Ängsten verbunden sein. Dies unter anderem aufgrund der Annahme, dass die persönliche Lebensgestaltung zu stark eingeschränkt sein könnte, „letzte Dinge“ nicht mehr geregelt oder soziale Beziehungen nicht mehr gepflegt werden können. Es wird deutlich, dass mit der Austrittsplanung verschiedenste persönliche Aspekte der betroffenen Person verbunden sind, die für die Konkretisierung der Grundwerte relevant sind.

Würde

In Kapitel 3.1 wurde dargelegt, dass Würde unterschiedliche alltagssprachliche Bedeutungen zukommen. In Bezug auf die Austrittsplanung ist insbesondere die Würde als inhärenter Wert, die Würde als Haltung und Verhalten sowie die Würde als sozialer Status relevant und soll hierfür konkretisiert werden.

Würde als inhärenter Wert

Die Würde als inhärenter Wert eines Menschen kommt jemandem unabhängig von Leistungen und Fähigkeiten lediglich aufgrund seines Menschseins zu (vgl. 3.1.1). Mit dem inhärenten Wert sind Ansprüche verbunden, die ein Mensch gegenüber anderen Menschen einfordern darf, die jedoch auch leicht verletztlich sind oder missachtet werden können. Grundlegende und unbedingte Ansprüche eines jeden Menschen sind die Menschenrechte, wie beispielsweise nicht gefoltert oder diskriminiert zu werden (vgl. hierzu Humanrights.ch, 2019 und 3.1.3).

Die Würde als inhärenter Wert gibt demnach in der Art Orientierung, dass die sich aus ihm ergebenden Ansprüche im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung geachtet werden sollen. Ein solcher grundlegender Anspruch der betroffenen Person besteht hierbei darin, ihr und ihren persönlichen Aspekten (Interessen, Wünschen, Ängsten und Sorgen) Achtung zu schenken und Bedeutsamkeit beizumessen. Denn sie sind eng mit ihrer Einzigartigkeit verbunden und somit auch Ausdruck ihres inhärenten Wertes. Achtung schenken heisst, die betroffene Person in ihrer Situation als einzigartig und wichtig anzuerkennen. Bedeutsamkeit beizumessen heisst, nicht nur auf die persönlichen Aspekte einzugehen, sondern diese als mit ihrem inhärenten Wert verbunden anzuerkennen und in den Mittelpunkt der Austrittsplanung zu stellen.

Persönlichen Aspekten sind im Rahmen palliativer Behandlung oder Betreuung aber auch Grenzen gesetzt. Der Wunsch der betroffenen Person beispielsweise, nach Hause austreten zu können, ist aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht in jedem Fall umsetzbar. In diesem Fall sollen alternative Möglichkeiten mit der betroffenen Person besprochen und geprüft werden, wie die Austrittsplanung in ihrem Interesse dennoch optimal geplant werden kann. Weiter sollen die persönlichen Aspekte in Bezug auf die Austrittsplanung bei der betroffenen Person auch aktiv erfragt werden. Dies insbesondere dann,

wenn die Vermutung naheliegt, dass diese nicht geäußert werden aus Angst, jemanden zu enttäuschen oder aufgrund der Rücksichtnahme gegenüber Fachpersonen oder Angehörigen. Das aktive Erfragen der persönlichen Aspekte soll auch dann erfolgen, wenn die betroffene Person nicht in der Lage ist, sich zur Austrittsplanung zu äussern und/oder nicht fähig ist, darüber zu entscheiden. Eng damit verbunden ist der weitere grundlegende Anspruch der betroffenen Person, dass ihr unabhängig von Leistungen und Fähigkeiten der gleiche Wert unbedingt zugesprochen wird. Die möglichen Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen sollen hier mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen erschlossen werden, damit ihnen gleichermassen Achtung geschenkt und Bedeutung beigemessen werden kann. Alles andere würde bedeuten, die Würde der betroffenen Person an bestimmte Fähigkeiten und Leistungen zu knüpfen, in diesem Fall an die Fähigkeit, sich selbst zur Austrittsplanung äussern und entscheiden zu können, was aus moralischer Sicht verwerflich ist.

Mit den oben aufgezeigten Ansprüchen geht zudem die Forderung einher, die Interessen der betroffenen Person nicht anderen Interessen unterzuordnen. Dies insbesondere dann, wenn durch diese offensichtlich ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll, das den Interessen der betroffenen Person zuwiderläuft. Eine solche Instrumentalisierung der betroffenen Person würde bedeuten, ihren Interessen weder Achtung zu schenken noch Bedeutsamkeit beizumessen und muss daher abgelehnt werden. Gerade konfliktbehaftete Situationen, die sich durch miteinander unvereinbaren Interessen auszeichnen, können eine Instrumentalisierung der betroffenen Person zur Folge haben (vgl. hierzu SAMW, 2018, S. 19).

Würde als Haltung, geäußertes Verhalten und sozialer Status

Ausgehend vom Bewusstsein um den persönlichen inhärenten Wert zeigt sich die Würde des Menschen auch in einer bestimmten Haltung oder einem aus dem Bewusstsein um den eigenen Wert geäußerten Verhalten (vgl. 3.1.1). Im Rahmen der Austrittsplanung werden bestimmte vorgeschlagene palliative Massnahmen von der betroffenen Person bewertet. Ausgehend von einer solchen Bewertung können bestimmte Verhaltensweisen oder Äusserungen der betroffenen Person darauf hindeuten, dass sie ihre Würde als bedroht oder verletzt empfindet. Dies sowohl in Bezug auf die Würde als inhärenter Wert als auch in Bezug auf einen gewissen innehabenden sozialen Status. Der Vorschlag eines Übertritts in eine nachsorgende Institution beispielsweise kann für jemanden mit dem Verlust des sozialen Status und dem damit verbundenen Ansehen bedeuten und deshalb abgelehnt werden.

Orientierung an der Würde bedeutet hier, solche Verhaltensweisen und Äusserungen als möglicher empfundener Verlust oder Bedrohung der Würde zu betrachten. Resignation, Widerstand, Ablehnung aber auch Trauer gegenüber palliativen Massnahmen können Formen von „Würde wahren“ sein, denen Fachpersonen in jedem Fall Achtung schenken und Bedeutsamkeit beimessen sollen. Dies kann beispielsweise bedeuten, bestimmte Massnahmen gemeinsam mit der betroffenen Person zu überdenken oder anders zu gestalten, alternative Möglichkeiten in Betracht zu ziehen oder mit der betroffenen Person die für sie belastenden Aspekte zu bereden, auf sie einzugehen und ihr so Wertschätzung und

Anerkennung entgegenzubringen. Bestimmte Verhaltensweisen oder Äusserungen müssen jedoch nicht in jedem Fall bedeuten, dass die betroffene Person eine palliative Massnahme als „unwürdig“ oder mit einem Würdeverlust gleichsetzt. So können sie auch aufgrund von Ängsten oder Unsicherheiten auftreten oder einem bestimmten Wunsch der betroffenen Person zuwiderlaufen.

In Bezug auf die Austrittsplanung heisst Orientierung an der Würde folglich, persönliche Aspekte der betroffenen Person in Bezug auf die Austrittsplanung als etwas mit ihrem inhärenten Wert Verbundenes und Einzigartiges zu sehen. Der betroffenen Person und ihren persönlichen Aspekten soll deshalb einerseits *individuell* Achtung geschenkt und Bedeutsamkeit beigemessen werden. Andererseits soll ihr ein *genereller* Wert aufgrund ihres Menschseins zugesprochen und sie unabhängig von Leistungen und Fähigkeiten als Person mit eigenen Interessen, Wünschen, Ängsten und Sorgen behandelt werden. Die Würde des Menschen als inhärenter Wert gibt folglich eine grundlegende und wichtige Orientierung, wenn es um die Festlegung von palliativen Massnahmen nach dem Spitalaufenthalt geht. Aus dem Bewusstsein um diesen inhärenten Wert zeigt sich die Würde auch in einem bestimmten Verhalten oder einer Haltung, an der sich Fachpersonen ebenfalls orientieren sollen. Auch wenn eine bestimmte Massnahme objektiv betrachtet notwendig und sinnvoll erscheinen mag, bedeutet dies nicht, dass die betroffene Person diese Sichtweise teilt. Die Orientierung an der Würde heisst deshalb auch, bestimmte Verhaltensweisen und Äusserungen als einen möglichen subjektiv empfundenen Würdeverlust oder Bedrohung in Betracht zu ziehen und darauf einzugehen.

Selbstbestimmung

In Bezug auf die bei der Austrittsplanung zu treffenden Entscheide kommt auch der Selbstbestimmung der betroffenen Person eine wichtige Bedeutung zu, wofür die Elemente des Informed Consent die Orientierung hierfür geben.

Die grundlegende Anforderung an jede selbstbestimmte Entscheidung ist, dass die Person fähig ist, einen vernünftigen Entscheid unabhängig von kontrollierenden Einflussnahmen treffen zu können. Beide Schwelenelementen des Informed Consent sind in Bezug auf jede zu treffende Entscheidung grundlegend (vgl. 3.2.5 und Tabelle 1), da sie die notwendigen Voraussetzungen dafür sind, dass überhaupt von einer selbstbestimmten Entscheidung die Rede sein kann. Dazu sollen sie von Fachpersonen sowohl gefördert als auch kritisch überprüft werden.

Die Förderung und Überprüfung der Entscheidungsfähigkeit und Freiwilligkeit

Die Förderung der Entscheidungsfähigkeit bezieht sich dabei in erster Linie auf die drei grundlegenden Fähigkeiten der Entscheidungskompetenz, die gefördert werden sollen (Fähigkeit, eine Präferenz formulieren zu können; Fähigkeit Informationen und die eigene Situation verstehen zu können; Fähigkeit, Entscheide vernünftig begründen zu können) (vgl. 3.2.5). In der Praxis soll sich die Entscheidungsfähigkeit unter anderem durch eine angepasste Kommunikation, einer sorgfältigen Auswahl der offenzulegenden Informationen und einem der Situation angepassten Gesprächssetting

äussern. Dabei soll immer wieder überprüft werden, wie und ob die Person durch bestimmte Verhaltensweisen oder Handlungen in ihrer Fähigkeit, einen Entscheid treffen zu können, gefördert werden kann. Insbesondere wenn die Vermutung naheliegt, dass die betroffene Person ihre Situation oder bestimmte Informationen nicht verstehen kann, soll die Entscheidungsfähigkeit in Frage gestellt und versucht werden, sie mittels den oben beschriebenen und weiteren Massnahmen aktiv zu fördern. Möglich sind aber auch Situationen, in denen die Vermutung naheliegt oder es offensichtlich erscheint, dass eine Person in Bezug auf eine bestimmte Entscheidung nicht entscheidungsfähig ist, was eine Prüfung durch eine dafür ausgebildete Fachperson bedingt. Eine solche Prüfung durch Fachpersonen der Ärzteschaft oder Psychologie soll jedoch erst stattfinden, wenn andere Massnahmen zu keiner Förderung beitragen und die Zweifel am Vorhandensein der Entscheidungsfähigkeit weiter bestehen. Denn das Absprechen der Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf eine konkrete Entscheidung bedeutet auch, dass die geäusserten Interessen und Wünsche der betroffenen Person nicht mehr zwingend als bindend akzeptiert werden müssen (vgl. 3.2.5). Aufgrund der mit der gesundheitlichen Situation möglichen einhergehenden kognitiven und physischen Einschränkungen kann die Entscheidungsfähigkeit von Zeit zu Zeit variieren und muss deshalb immer wieder neu überprüft und gefördert werden (vgl. Beauchamp & Childress, 2013, S. 115). Wird einer Person die Entscheidungsfähigkeit aufgrund der Einschätzung einer Fachperson und durchgeführten Tests in Bezug auf eine bestimmte Entscheidung abgesprochen, so kommen grundsätzlich die in Unterkapitel 3.2.7 aufgezeigten rechtlichen Instrumente für die Umsetzung der Selbstbestimmung zum Tragen. Liegen keine Dokumente zur Willensbekundung der betroffenen Person vor, so müssen Angehörige, nahestehende Bezugspersonen oder allenfalls Beistandspersonen Entscheide stellvertretend für die betroffene Person treffen. Der Informed Consent in Bezug auf palliative Massnahmen kann in diesem Fall auch bei stellvertretenden Personen eingeholt werden. Dies stets unter Einbezug der erfragten Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person und somit einer grundlegenden Orientierung an ihrer Würde.

Die Förderung und Überprüfung der Freiwilligkeit bedeutet, manipulative oder auf Zwang basierende Verhaltensweisen zu erkennen und zu beheben. Das heisst, dass Fachpersonen auf mögliche kontrollierende Einflüsse aufmerksam machen und diese problematisieren sollen. Dies beispielsweise, wenn aufgrund von Beobachtungen der Fachpersonen, impliziten oder expliziten Äusserungen oder Verhaltensweisen der betroffenen Person die Vermutung besteht, dass sie in ihrer Freiwilligkeit eingeschränkt ist. In Bezug auf die Praxissituation von Frau Heiniger würde dies bedeuten, dass das Zureden der Tochter als möglicher manipulativer Einfluss thematisiert wird, auch wenn ein solcher nicht zwingend auf Absicht basiert. Ebenso könnte die Äusserung von Frau Heiniger, dass sie „gar keine andere Wahl“ gehabt hätte, als Ausdruck empfundener Fremdbestimmung betrachtet werden (vgl. 2.5). Hinzu kommt aber auch die Forderung, dass Fachpersonen sich und ihr Verhalten selbst immer wieder kritisch hinterfragen und mögliche von ihnen bewusst oder unbewusst ausgehende manipulative Einflüsse erkennen und beheben sollen. Kommunikative Aspekte, ein starkes Vertrauensverhältnis

zwischen betroffener Person und Fachpersonen oder das Verschweigen von relevanten Informationen können in Bezug auf einen zu treffenden Entscheid ebenfalls manipulativ sein, auch wenn damit keine Absicht verbunden ist.

Die Schwellenelemente geben folglich eine grundlegende Orientierung in Bezug auf eine selbstbestimmte Entscheidung, weshalb ihrer Förderung und Überprüfung seitens Fachpersonen besonderes Gewicht beigemessen muss. Sind die Freiwilligkeit oder Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt, so bedeutet dies in aller Regel nicht, dass eine Person keine Entscheidung treffen kann, sie kann jedoch nicht als *selbstbestimmte* Entscheidung aufgefasst werden. Aus dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung entspringt die Forderung, der betroffenen Person eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Dies, indem ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung gefördert wird. Und mit der Fähigkeit zur Selbstbestimmung grundlegend verbunden ist die Entscheidungsfähigkeit und Freiwilligkeit der betroffenen Person, weshalb sie besonders gefördert, aber auch kritisch überprüft werden sollen.

Offenlegung von Informationen, Vorschlag eines Plans oder einer Massnahme und Verstehen

Nebst den Schwellenelementen, die in jedem Fall die Grundlage einer selbstbestimmten Entscheidung darstellen, sind auch die Informationselemente bedeutsam, wenn es um das Treffen eines selbstbestimmten Entscheids geht. Damit verbunden ist die Forderung, dass der betroffenen Person jene Informationen offengelegt werden, die sie für das Treffen eines Entscheids benötigt. Dabei sind die offenzulegenden Informationen von einer bestimmten palliativen Massnahme abhängig und können sich in ihrer Komplexität und Menge wesentlich unterscheiden.

In Bezug auf die Austrittsplanung sind, wie oben dargelegt, Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen verbunden. Diese sind einzigartig und eng mit dem inhärenten Wert der Person verbunden. Damit verbunden ist die Forderung, diesen Aspekten Achtung zu schenken und Bedeutsamkeit beizumessen. In Bezug auf die Selbstbestimmung und der damit verbundenen Offenlegung wesentlicher Informationen heisst dies für Fachpersonen, dass sie sich in erster Linie am Subjective standard orientieren sollen (vgl. 3.2.5). Die grundlegende Orientierung an diesem Standard soll deshalb geschehen, weil die mit der Austrittsplanung verbundenen Massnahmen mit der Lebensqualität und Lebensgestaltung der betroffenen Person verbunden sind, und in einem ersten Schritt die betroffene Person selbst darüber entscheiden soll, welche Informationen in Bezug auf diese oder jene Massnahmen für sie besonders bedeutsam sind. Ergänzt werden sollen die von ihr gewünschten Informationen allenfalls mit dem Reasonable person standard. Dies, sofern mit den palliativen Massnahmen Informationen zusammenhängen, die aufgrund der Einschätzung der Fachpersonen für die Entscheidung grundlegend sind, aber von der betroffenen Person nicht explizit verlangt wurden.

Ein weiteres Informationselement besteht im Vorschlagen eines Plans oder einer Massnahme durch die Fachpersonen (vgl. 3.2.5 und Tabelle 1). In Bezug auf die Austrittsplanung heisst dies, dass

Fachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Einschätzung der medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychologisch-spirituellen Situation der betroffenen Person palliative Massnahmen in Bezug auf die Zeit nach dem Spitalaufenthalt vorschlagen sollen. Dieses Element für eine selbstbestimmte Entscheidung wichtig, weil die Fachpersonen die gesundheitliche Situation und die damit verbundenen Aspekte aufgrund ihres Fachwissens in der Regel gut einschätzen und davon ausgehend bestimmte Massnahmen vorschlagen können, die sie als sinnvoll oder gar notwendig erachten. Hierbei können allerdings die Autoritätsposition und die Abhängigkeit der betroffenen Person von den Fachpersonen eine selbstbestimmte Entscheidung verunmöglichen oder einschränken. Die Art und Weise, wie eine palliative Massnahme vorgeschlagen wird, die dafür verwendeten Argumente und kommunikative Aspekte können einen manipulativen Einfluss auf die betroffene Person ausüben und ihre Freiwilligkeit einschränken (vgl. Beauchamp & Childress, 2013, S. 134). Wie oben erwähnt, sollen Fachpersonen deshalb die Art und Weise ihrer Kommunikation in Bezug auf das Vorschlagen bestimmter Massnahmen stets kritisch hinterfragen und so sicherstellen, dass von ihnen kein manipulativer Einfluss ausgeht.

Verstehen ist ein weiteres grundlegendes Kriterium für die Selbstbestimmung der betroffenen Person. Dabei müssen sowohl die ihr offengelegten Informationen als auch der vorgeschlagene Plan oder die Massnahme seitens der Fachpersonen verstanden werden. Wie in Unterkapitel 3.2.3 aufgezeigt, ist vollständiges Verstehen in der Praxis grundsätzlich nicht möglich. Verstehen kann aufgrund der gesundheitlichen Situation, bestimmten Medikamenten oder anderer Faktoren eingeschränkt sein. Fachpersonen sollen das Verstehen deshalb sowohl fördern als auch kritisch überprüfen. Die Förderung des Verstehens bezieht sich insbesondere auf die Offenlegung wesentlicher Informationen und dem Vorschlagen eines Plans beziehungsweise bestimmter palliativer Massnahmen. Dabei sollen Fachpersonen sich an den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Person orientieren. Dies sowohl in Bezug auf Bedürfnisse, die sich aus ihrer gesundheitlichen Situation ergeben als auch in Bezug auf die Wahl eines geeigneten Gesprächssettings, einer angepassten Kommunikation und anderen Aspekten, die Verstehen fördern können. Wird beispielsweise ein Gespräch nach einer Chemotherapie-Sitzung geplant, kann davon ausgegangen werden, dass die Person körperlich und kognitiv geschwächt ist und so auch in ihrem Verstehen eingeschränkt sein kann. Auch eine komplexe Fachsprache und zu viele Informationen können Verstehen einschränken. Fachpersonen sollen sich folglich mit der spezifischen Situation der betroffenen Person auseinandersetzen und davon ausgehend festlegen, unter welchen Umständen Verstehen gefördert werden kann oder aber auch eingeschränkt sein könnte. Ist das Verstehen eingeschränkt, so kann sich dies in Unsicherheiten, Ambivalenzen, Ängsten oder gar Wut oder Widerstand äussern. Wird beispielsweise eine palliative Massnahme vehement abgelehnt, so kann dies nicht nur aufgrund eines empfundenen Würdeverlusts sein, sondern auch, weil die Person wesentliche damit zusammenhängende Informationen nicht versteht. Fachpersonen sollen deshalb einerseits immer wieder aktiv auf die Person zuzugehen und klären, ob sie die mit den palliativen Massnahmen zusammenhängenden Aspekte verstehen kann, oder ob ihr gewisse Informationen fehlen.

Andererseits hängt mit der Überprüfung auch zusammen, dass gewisse Verhaltensweisen der Person als möglicher Ausdruck unzureichenden Verstehens betrachtet werden sollen. Solche Vermutungen sollen angesprochen und davon ausgehend das Verstehen anhand der Bedürfnisse der betroffenen Person gefördert werden. In Bezug auf die Praxissituation von Frau Heiniger können sich die von ihr geäußerten Unsicherheiten betreffend der Wahl der nachsorgenden Institution auf fehlende Informationen beziehen, die Verstehen wiederum verunmöglichen und einen selbstbestimmten Entscheid dadurch erschweren oder behindern (vgl. 2.5).

Zustimmung und Autorisierung

Die beiden Zustimmungselemente des Informed Consent sind ebenfalls zwingend für eine selbstbestimmte Entscheidung (vgl. 3.2.5). Die Entscheidung für einen favorisierten Plan oder eine Massnahme bezieht sich auf die Forderung, dass die betroffene Person sich aktiv für einen solchen oder eine solche entscheiden muss. Bestehende Unsicherheiten oder Ambivalenzen können die Entscheidung verunmöglichen, obwohl bestimmte palliative Massnahmen vorgeschlagen und verstanden wurden. Auch hier soll die Offenlegung weiterer wichtiger Informationen oder die Förderung des Verstehens einer bestimmten Massnahme die Person darin unterstützen, sich für Massnahme entscheiden zu können. Die Autorisierung für einen bestimmten Plan oder eine Massnahme ist formeller Natur und bedeutet in Bezug auf die Austrittsplanung beispielsweise, dass die betroffene Person ein Formular für die Anmeldung in einer nachsorgenden Institution unterzeichnet.

Es kann festgehalten werden, dass die Orientierung an der Selbstbestimmung der betroffenen Person stets auf zweierlei Weise geschehen soll. Einerseits soll die Fähigkeit der betroffenen Person in Bezug auf eine zu treffende Entscheidung von Fachpersonen aktiv gefördert werden. Durch diese aktive Förderung soll der Grad der Selbstbestimmung beziehungsweise selbstbestimmten Entscheidung zunehmen (vgl. 3.2.3). Andererseits sollen Fachpersonen auch prüfen, ob die betroffene Person fähig ist, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, ob sie diese freiwillig trifft und ob sie die damit zusammenhängenden Informationen verstehen kann. Sowohl die Förderung als auch die Prüfung der Selbstbestimmung ergeben sich hierbei aus dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung der betroffenen Person, das in jedem Fall die Grundlage für das Handeln der Fachpersonen darstellt.

4.2 Die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung bei medizinischen Massnahmen

Ausgangslage

Mit palliativer Behandlung und Betreuung sind stets auch Veränderungen der gesundheitlichen Situation verbunden, wie die Praxissituation von Herrn Weber aufzeigt (vgl. 2.5). Im Rahmen des Aufenthalts im Akutspital kann sich eine Situation wesentlich verbessern, so dass beispielsweise ein Austritt geplant werden kann. Palliative Situationen können sich aber auch durch Instabilität oder eine stetige Verschlechterung auszeichnen, die dann Entscheide im Hinblick auf die Inanspruchnahme oder Ablehnung bestimmter medizinischer Massnahmen erfordern (vgl. 2.4). Die dabei zu treffenden

Entscheiden sind oftmals mit weitreichenden Konsequenzen verbunden. Dies sowohl im Hinblick auf mögliche Einschränkungen von Fähigkeiten aufgrund gewisser Massnahmen, den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation oder aber die Inkaufnahme des früheren oder verzögerten Eintretens des Lebensendes. Die Entscheiden betreffen das Leben der betroffenen Person folglich in grundlegendster Art und Weise und zeugen von ihrer Verletzlichkeit, was eine Relevanz für die Konkretisierung der Grundwerte darstellt.

Würde

Auch in Bezug auf Entscheidungssituationen für die Durchführung oder Ablehnung medizinischer Massnahmen können die verschiedenen Würdebegriffe konkretisiert werden. Hierbei sind wiederum die Würde als inhärenter Wert, die Würde als Haltung und Verhalten sowie die Würde als sozialer Status grundlegend.

Würde als inhärenter Wert

In Kapitel 4.1 wurde aufgezeigt, dass mit der Würde als inhärentem Wert eines Menschen gewisse Ansprüche verbunden sind, die die betroffene Person gegenüber anderen Personen einfordern darf. Die bereits in Bezug auf die Austrittsplanung genannten Ansprüche können auch in Bezug auf Entscheiden für oder gegen medizinische Massnahmen als grundlegend betrachtet werden. Aus dem diesem Abschnitt zugrunde liegenden Gegenstand von Entscheidungssituationen lassen sich weitere Ansprüche aus dem inhärenten Wert ableiten, die eine bedeutende Rolle spielen und für Fachpersonen eine Orientierung an der Würde der betroffenen Person geben.

Zum einen ergibt sich aus dem inhärenten Wert der betroffenen Person der Anspruch, dass ihr Wohlbefinden durch bestimmte medizinische Massnahmen aktiv gefördert oder ihr dadurch zumindest kein Schaden zugefügt wird. Wohlbefinden ist dabei abhängig von der subjektiven Bewertung. Die Abwesenheit belastender körperlicher und psychischer Symptome kann jedoch als grundlegende Bedingung dafür betrachtet werden (Dudenredaktion, 2019d). Schaden bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Vermehrung oder die Zunahme körperlicher oder psychischer Symptome durch bestimmte Massnahmen, die das Leiden verstärken können.

Diesen Anspruch zu achten, heisst folglich, dass Fachpersonen nur solche Massnahmen vorschlagen und durchführen sollen, die sich aufgrund der gesundheitlichen Situation der betroffenen Person und zu erwartenden Konsequenzen im Hinblick auf diesen Anspruch als richtig erweisen und von ihr auch gewünscht werden. Dieser Anspruch kann in der Praxis jedoch auf Schwierigkeiten stossen. Dies insbesondere dann, wenn sich die betroffene Person für medizinische Massnahmen entscheidet, die mit grossen Risiken verbunden sind, und sie dadurch Schmerzen und andere belastende Symptome bewusst in Kauf nimmt. Oder wenn sich jemand bereits im Rahmen einer Patientenverfügung für bestimmte Massnahmen entscheidet, die negative Konsequenzen im Hinblick auf das Wohlbefinden nach sich ziehen können. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn lebensverlängernde Massnahmen in jedem

Fall bejaht werden. Die Achtung dieses grundlegenden Anspruchs der betroffenen Person, ihr Wohlbefinden zu fördern oder zu erhalten, ist unter gewissen Umständen folglich nicht mit ihrer Entscheidung in Bezug auf eine medizinische Massnahme vereinbar. Die Orientierung an der Würde geht hier mit der Orientierung an der Selbstbestimmung der betroffenen Person einher. Denn wenn sich jemand bewusst dafür entscheidet, Schmerzen und Leiden in Kauf zu nehmen, so muss dies stets auch eine selbstbestimmte Entscheidung sein. Folglich sollen Fachpersonen die einzelnen Elemente des Informed Consent fördern als auch kritisch überprüfen. Ein davon ausgehender selbstbestimmter Entscheid stellt grundsätzlich eine Verbindlichkeit dar, die geachtet werden muss.

Bei entscheidungsunfähigen Personen gilt deren eigene Vorsorge für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit als verbindlich, auch wenn die dort getroffenen Entscheide negative Konsequenzen im Hinblick auf das eigene Wohlbefinden nach sich ziehen können. Nur wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Entscheide nicht (mehr) dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entsprechen, können diese als nicht verbindlich beurteilt werden (vgl. 3.2.7). In solchen Situationen und bei stellvertretenden Entscheiden, wo keine eigene Vorsorge getroffen wurde, sollen sich Fachpersonen am Anspruch der Förderung des Wohlbefindens und der Vermeidung von Schaden in Bezug auf medizinische Massnahmen, der sich aus dem inhärenten Wert der betroffenen Person ergibt, orientieren. Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang die Problematik, dass bestimmte Entscheide zu Belastungen oder Konflikten im Behandlungsteam oder bei Angehörigen führen können (vgl. auch 2.2). Dies deshalb, weil Massnahmen durchgeführt werden müssen, die einer Person Schaden zufügen oder aber bestimmte Massnahmen, die notwendig erscheinen, nicht durchgeführt werden dürfen. Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis kann nicht näher darauf eingegangen werden, inwiefern hier auch die Würde und Selbstbestimmung der Fachpersonen berührt ist, wobei dies eine weitere zentrale und relevante Frage in Bezug auf palliative Behandlung und Betreuung darstellt.

Weitere Ansprüche, die mit dem inhärenten Wert der betroffenen Person verbunden sind, beziehen sich einerseits auf die Achtung ihres Rechts auf Leben und andererseits auf die Achtung ihres Rechts, bestimmte medizinische Massnahmen ablehnen zu dürfen.

Mit dem Anspruch auf das Recht auf Leben ist unter anderem die Möglichkeit zur Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen verbunden. Dies heisst, dass die betroffenen Personen die von ihr gewünschten und umsetzbaren Massnahmen, die lebensverlängernd sein können, in Anspruch nehmen kann. Damit verbunden ist beispielsweise auch eine Verlegung auf die Intensivstation oder die Durchführung einer bestimmten Therapie, auch wenn das Lebensende dadurch nicht verhindert werden kann. Hierbei ist wiederum die Orientierung an der Selbstbestimmung zentral. Denn der Wunsch nach einer bestimmten Massnahme kann auch aufgrund fehlender Informationen oder ungenügenden Verstehens zustande kommen. So kann eine Person aufgrund fehlender Informationen den Wunsch nach einer bestimmten Therapie haben, obwohl eine Durchführung in ihrer Situation gar nicht möglich ist. Die Offenlegung wesentlicher Informationen und deren Verstehen sind demnach grundlegend, wenn es

um die Achtung dieses Anspruchs geht. Die Achtung des Rechts auf Leben heisst folglich einerseits, dass jemand die Möglichkeit zur Inanspruchnahme bestimmter Massnahmen erhält, auch wenn diese nicht zwingend mit einer fachlichen Einschätzung übereinstimmen müssen. Damit verbunden ist aber andererseits die Forderung, dass sichergestellt werden soll, dass sich die Person selbstbestimmt für eine solche medizinische Massnahme entscheidet und sie die damit verbundenen Informationen vollumfänglich verstehen kann.

Die betroffene Person kann aber auch bestimmte Massnahmen oder Therapien ablehnen beziehungsweise abbrechen und damit das frühere Eintreten des Lebensendes bewusst in Kauf nehmen. Damit verbunden ist ihr Anspruch gegenüber anderen Personen, diese Wünsche zu respektieren und nur Massnahmen durchzuführen, denen die betroffene Person selbstbestimmt zugestimmt hat. In diesem Zusammenhang ist der Informed Refusal grundlegend, da der Entscheid für die Ablehnung oder Abbrechung bestimmter Massnahmen ebenfalls den Kriterien einer selbstbestimmten Entscheidung gerecht werden muss (vgl. 3.2.5).

Wiederum herausfordernd gestaltet sich die Orientierung an der Würde im Hinblick auf entscheidungsunfähige Personen. Wie bereits erwähnt, gelten schriftliche Willensbekundungen grundsätzlich als verbindlich. Liegen keine solche vor, so sind stellvertretende Personen berechtigt, Entscheide in Bezug auf medizinische Massnahmen zu treffen. Das Beispiel von Herrn Weber (vgl. 2.5) zeigt auf, wie herausfordernd solche Entscheidungssituationen sein können. Dies insbesondere dann, wenn die Interessen der betroffenen Person nicht mit denjenigen der Angehörigen oder Bezugspersonen übereinstimmen. Als grundlegende Ansprüche, die sich aus dem inhärenten Wert der betroffenen Person ergeben, können die Vermeidung von Schaden und die Achtung ihrer aufgrund der gesundheitlichen Situation vermuteten, naheliegenden oder früher geäusserten Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen betrachtet werden. Fachpersonen sollen diese Aspekte mit Angehörigen und/oder stellvertretenden Personen eruieren und sie so als Basis für eine Entscheidung nutzbar machen. In Situationen, in denen die Vermutung naheliegt oder es offensichtlich erscheint, dass nicht den Interessen und Wünschen der entscheidungsunfähigen Person entsprochen wird, sollen Fachpersonen diese Vermutung thematisieren und problematisieren und so einer möglichen Instrumentalisierung der betroffenen Person entgegenwirken.

Würde als Haltung, geäussertes Verhalten und sozialer Status

Die Würde kann sich auch in Bezug auf die Inanspruchnahme oder Ablehnung medizinischer Massnahmen oder der Planung der weiteren medizinischen Behandlung und Betreuung auch in einer bestimmten Haltung oder einem bestimmten Verhalten äussern, wie dies bereits in Kapitel 4.1 aufgezeigt wurde. Die Ausführungen können folglich sinngemäss auf Entscheidungssituationen in Bezug auf medizinische Massnahmen übertragen werden. Herr Weber äusserte gegenüber der Pflege, nicht „an Maschinen und Schläuchen“ hängen und „einfach sterben“ zu wollen (vgl. 2.5). Eine

Verlegung auf die Intensivstation würde diesen Wünschen zuwiderlaufen und die Frage aufwerfen, ob diese Massnahme für ihn mit einer Bedrohung oder einem Verlust seiner Würde gleichzusetzen wäre.

Daraus folgt, dass Fachpersonen hier wiederum frühere Äusserungen oder Verhaltensweisen als Ausdruck eines drohenden oder empfundenen Würdeverlusts in Betracht ziehen sollen. Medizinische Massnahmen sind etwas für die betroffene Person sehr bedeutsames und lebensverlängernde Massnahmen werden von jemandem unter allen Umständen befürwortet, wohingegen eine andere Person unter keinen Umständen reanimiert oder „künstlich“ am Leben gehalten werden will. So können bestimmte medizinische Massnahmen für jemanden als „unwürdig“ empfunden und aus diesem Grund abgelehnt oder abgebrochen werden. Damit verbunden ist wiederum der Anspruch der betroffenen Person, dass Fachpersonen und Angehörige einen solchen Entscheid achten und keine Massnahmen durchführen, die von der betroffenen Person nicht explizit gewünscht sind.

Die Orientierung an der Würde der betroffenen Person in Bezug auf medizinische Massnahmen soll nebst der Achtung und dem Beimmessen von Bedeutsamkeit ihrer Interessen, Wünschen, Ängsten und Sorgen auch an ihrem Anspruch in Bezug auf ihr Recht auf Leben und ihr Recht auf den Verzicht auf medizinische Massnahmen erfolgen. Da medizinische Massnahmen eng mit dem Leben als solches verbunden sind, wird erkennbar, dass hierbei die Orientierung an der Würde oftmals mit der Orientierung an der Selbstbestimmung einhergehen muss. Dafür sollen im Folgenden die Elemente des Informed Consent in Bezug auf die zu treffenden Entscheide in Bezug auf medizinische Massnahmen konkretisiert werden.

Selbstbestimmung

Es kann festgehalten werden, dass die Konkretisierung der Schwellenelemente des Informed Consent, wie sie in Abschnitt 4.1 erfolgt ist, auch in Bezug auf Entscheide für oder gegen medizinische Massnahmen grundlegend ist. Ohne die Abwesenheit problematischer kontrollierender Einflüsse oder die Fähigkeit, Entscheide treffen zu können, kann nicht von einer selbstbestimmten Entscheidung oder Ablehnung die Rede sein. Die Förderung und Überprüfung dieser beiden Aspekte nimmt hier folglich den gleich wichtigen Stellenwert ein. Auch die Zustimmungselemente des Informed Consent sind grundlegend für eine selbstbestimmte Entscheidung der betroffenen Person. Die in Kapitel 4.1 aufgezeigten Forderungen können folglich sinngemäss auf Entscheide für oder gegen medizinische Massnahmen übernommen werden.

Der Fokus soll hier insbesondere auf die Informationselemente des Informed Consent gelegt werden, weil sie sind in Bezug auf medizinische Massnahmen besonders zentral, wie im Folgenden aufgezeigt werden soll.

Offenlegung von Informationen, Vorschlag eines Plans oder einer Massnahme und Verstehen

In Bezug auf den Entscheid für oder gegen eine medizinische Massnahme sind die Informationselemente des Informed Consent sehr bedeutsam. Denn die mit Therapien oder Operationen verbundenen Informationen und möglichen Konsequenzen sind oftmals komplex und ohne entsprechendes Fachwissen nur schwer verständlich und zugänglich. In Bezug auf solche Entscheidungssituationen muss den Informationselementen deshalb besonderes Gewicht beigemessen werden. Die Zustimmung zu einem operativen Eingriff beispielsweise kann zwar ohne die damit verbundenen Informationen über Risiken, Erwartungen oder Nebenwirkungen erfolgen, würde die Anforderung an eine selbstbestimmte Entscheidung jedoch nicht erfüllen, weil sie nicht korrekt beziehungsweise vollständig verstanden wird.

Auch medizinische Massnahmen haben einen Einfluss auf die Lebensqualität oder Lebensgestaltung der betroffenen Person. Hinzu kommt, dass sie das Leben in grundlegender Art und Weise betreffen und der Entscheid für oder gegen eine Massnahme auch ein Entscheid für oder gegen das Leben bedeuten kann. Aufgrund der Tragweite eines solchen Entscheides sollen die offenzulegenden Informationen in Bezug auf medizinische Massnahmen vom Reasonable person standard ausgehen (vgl. 3.2.5). Die betroffene Person steht in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zu den Fachpersonen und verfügt oftmals über wenige bis gar keine Fachkenntnisse über bestimmte medizinische Massnahmen, deren Folgen und Risiken. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung verlangt hier, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu fördern. Dies kann nur geschehen, wenn die Person über wesentliche Informationen verfügt, die mit einer medizinischen Massnahme zusammenhängen. Und die Einschätzung darüber, welche wesentlichen Informationen jemand braucht, kann in Bezug auf komplexe medizinische Massnahmen am besten die Fachperson vornehmen. Damit erhält die betroffene Person auch die Grundlage, von der aus sie im Rahmen des Subjective standard zusätzliche, für sie relevante Informationen, einfordern kann. Im Rahmen der Offenlegung wesentlicher Informationen in Bezug auf medizinische Massnahmen sollen sich Fachpersonen auch stets kritisch hinterfragen hinsichtlich der Frage, welche Informationen für die Zustimmung oder Ablehnung bestimmter Massnahmen grundlegend und zwingend sind.

Mit der Offenlegung wesentlicher Informationen ist auch die Praxis des „therapeutic privilege“ (vgl. 3.2.6) verbunden. Das absichtliche Zurückhalten von Informationen durch Fachpersonen verunmöglicht oftmals eine selbstbestimmte Entscheidung. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung verlangt jedoch, der Person auch jene Informationen offenzulegen, die im Hinblick auf ihre gesundheitliche Situation für sie zwar belastend sein können, aber für grundlegende selbstbestimmte Entscheide in Bezug auf medizinische Massnahmen unabdingbar sind. Wird eine Person beispielsweise bewusst nicht über die infauste Prognose der Krankheit informiert, kann dies zur Folge haben, dass sie sich für Massnahmen entscheidet in der Hoffnung, dadurch geheilt werden zu können. Dies kann zu zusätzlichen Belastungen und damit verbunden stärkerem Leidensdruck für die betroffene Person führen. Entscheide, denen die absichtliche Zurückhaltung von Informationen vorausgeht, können

deshalb nicht als selbstbestimmt aufgefasst werden. Die Frage, in welchen Situationen die absichtliche Zurückhaltung gerechtfertigt ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Klar ist jedoch, dass diese Praxis strengen moralischen Grundsätzen unterliegt und stets in Bezug auf eine bestimmte Situation geprüft werden muss. Orientierung an der Selbstbestimmung heisst folglich grundsätzlich, die betroffene Person vollumfänglich über ihre gesundheitliche Situation zu informieren.

In Bezug auf Entscheide für oder gegen medizinische Massnahmen ist auch der Verzicht der betroffenen Person, einen solchen Entscheid fällen zu wollen, problematisch (vgl. 3.2.6). Denn der Entscheid, die für das eigene Leben grundlegenden Entscheide nicht treffen zu wollen, bedeutet, diese herausfordernde Aufgabe einer nahestehenden Person oder Fachperson zu übertragen. Die Orientierung an der Selbstbestimmung würde hier in erster Linie bedeuten, einen solchen Verzicht als Ausdruck von Selbstbestimmung anzuerkennen, sofern er nicht auf Zwang oder Manipulation basiert und die Person entscheidungsfähig ist. Eine Praxis der generellen Akzeptanz solcher Verzichte würde jedoch nicht einer Orientierung an der Selbstbestimmung der betroffenen Person gerecht werden. Denn ein Verzicht kann auch bedeuten, dass die betroffene Person sich in ihrer Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung eingeschränkt fühlt und den Entscheid deshalb an jemanden delegiert. Angst und Unsicherheit, fehlende oder unvollständige Informationen, übermässiges Vertrauen in Fachpersonen oder Angehörige aber auch das bewusste Abgeben von Verantwortung sind mögliche Gründe für einen Verzicht, der nicht in jedem Fall einfach akzeptiert werden muss und darf. Fachpersonen sollen deshalb im Hinblick auf diese Problematik die Gründe eines Verzichts in Erfahrung bringen, sie mit der betroffenen Person bereden und klären, ob durch bestimmte Massnahmen ein solcher Verzicht allenfalls rückgängig gemacht werden kann.

Der Vorschlag eines Plans auf Seiten der Fachpersonen ist ein weiteres grundlegendes Element des Informed Consent und für Entscheidungssituationen in Bezug auf medizinische Massnahmen zentral. Denn wie auch bei der Offenlegung wesentlicher Informationen stehen betroffene Personen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Fachpersonen, wenn es darum geht, sich für oder gegen eine medizinische Massnahme zu entscheiden. Auch hier soll der Vorschlag für oder gegen eine medizinische Massnahme durch die zuständigen Fachpersonen aufgrund einer fachlichen Einschätzung der medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychologischen Situation erfolgen. Die Orientierung an der Selbstbestimmung geht hier mit der Orientierung an der Würde einher. Fachpersonen sollen diejenigen Massnahmen empfehlen, die sie im Hinblick auf die Interessen und Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person als auch im Hinblick auf Schadensvermeidung und Förderung des Wohlbefindens als richtig erachten und aus fachlicher Sicht befürworten. Dennoch kann sich eine Person trotz fachlicher Einschätzung gegen eine vorgeschlagene Massnahme und damit verbunden für die Inkaufnahme von belastenden Symptomen oder anderen Aspekten entscheiden. Nur wenn ein solcher Entscheid beispielsweise aufgrund fehlender oder zurückgehaltener Informationen oder unter Zwang oder Manipulation getroffen wird, soll auch die Selbstbestimmung angezweifelt werden.

Mit der Offenlegung wesentlicher Informationen und dem Vorschlag eines Plans ist wiederum die Forderung verbunden, dass die Person die damit zusammenhängenden Aspekte verstehen kann. Wie in Abschnitt 4.1 aufgezeigt, muss und kann Verstehen auf verschiedene Arten sowohl gefördert als auch überprüft werden. Das Verstehen von medizinischen Massnahmen, deren Konsequenzen, möglichen Nebenwirkungen und die damit verbundenen Risiken gestaltet sich hierbei in der Regel herausfordernder als dies beispielsweise in Bezug auf die Finanzierung eines Aufenthaltes in einer nachsorgenden Institution der Fall ist. Fachpersonen sollen dem Verstehen von wesentlichen Informationen in Bezug auf medizinische Massnahmen folglich höhere Anforderungen stellen als auf andere palliative Massnahmen mit vielleicht weniger weitreichenden Konsequenzen. Das heisst, dass Fachpersonen die betroffene Person beispielweise aktiv dazu auffordern sollen, die von ihr verstandenen Aspekte zu wiederholen, zusammenzufassen oder aber sie auffordern, die von ihr nicht verstandenen Aspekte zu benennen. Auch wenn dieses Vorgehen sonderbar erscheinen mag, zeichnet sich gerade darin der Respekt gegenüber der Selbstbestimmung der betroffenen Person besonders deutlich aus.

Entscheidung in Bezug auf medizinische Massnahmen gestalten sich dann besonders herausfordernd, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr darüber entschieden kann oder sie aus einem gerechtfertigten Grund auf ihre Entscheidungsautorität verzichtet. Die Orientierung an der Selbstbestimmung der betroffenen Person findet dann in erster Linie an ihren schriftlichen Willensbekundungen in Bezug auf die eigene Vorsorge statt. Ausser wenn davon ausgegangen werden kann, dass ein darin getroffener Entscheid in der aktuellen Situation nicht dem Wunsch der betroffenen Person entsprechen kann, darf und soll von diesen Willensbekundungen abgewichen werden (vgl. 3.2.7). Muss eine stellvertretende Person über medizinische Massnahmen entscheiden, so kann festgehalten werden, dass sich die Fachpersonen an ihrer Selbstbestimmung orientieren sollen. Das heisst, dass auch ihre Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit überprüft und gefördert werden müssen, dass auch sie die wesentlichen Informationen erhält und versteht und sich davon ausgehend selbstbestimmt für oder gegen eine Massnahme aussprechen kann. Dies wiederum stets unter Miteinbezug der Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person.

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung zusammenfassend dargestellt. Abschliessend sollen weiterführende Überlegungen und Fragen in einem Ausblick dargelegt werden.

Ziel dieser Arbeit war die Beantwortung folgender Fragestellung:

Wie lassen sich die Grundwerte Würde und Selbstbestimmung für die Praxis der Sozialen Arbeit im Akutspital bezüglich Entscheidungssituationen im Rahmen von Palliative Care konkretisieren?

In einem ersten Schritt sollen die zentralen Erkenntnisse, die sich aus der Konkretisierung der Grundwerte ergeben, aufgezeigt werden. In einem zweiten Schritt werden die daraus folgenden praktischen Konsequenzen für das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden im Akutspital dargelegt.

Ausgehend von einem Überblick über die Definitionen und die Praxis der Palliative Care sowie die Rolle der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team wurde der Fokus auf die Palliative Care im Akutspital gelegt. Palliative Situationen im Akutspital zeichnen sich durch mehrere belastende Symptome auf allen Ebenen aus und bedingen oftmals Entscheidungsfindungen, in die auch Fachpersonen involviert sind. Die darauffolgende Beschreibung und Analyse zweier Entscheidungssituationen zeigte auf, dass die zu treffenden Entscheide einen massgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität, die Lebensgestaltung und das Leben an sich haben und für die betroffenen Personen folglich sehr bedeutsam sind. Diese Aspekte zeugen zugleich von der Verletzlichkeit der betroffenen Person und sind aufs engste mit ihrer Würde und Selbstbestimmung verbunden, weshalb Fachpersonen sich im Rahmen von Entscheidungssituationen an diesen Grundwerten orientieren sollen. Darauf aufbauend wurden die theoretischen Konzepte zu Würde und Selbstbestimmung erarbeitet.

Dabei zeigte die Analyse der Begriffsgeschichte, Verwendung und Bedeutung von Würde in der Alltags- und Fachsprache auf, dass dem Begriff auch heute unterschiedliche Bedeutungen zukommen. Über seine inhaltliche Bestimmung besteht insbesondere in der Fachsprache bis heute kein Konsens. Durch die Analyse seiner alltagssprachlichen Bedeutung und Verwendung sowie den damit verbundenen praktischen Konsequenzen konnte der Begriff inhaltlich näher bestimmt und somit eine Grundlage für die Konkretisierung geschaffen werden.

Durch die Analyse der Begriffsgeschichte und alltagssprachlichen Bedeutung von Selbstbestimmung wurde deutlich, dass der Begriff sowohl in der Alltagssprache als auch in der Fachsprache relevant ist. Intentionalität, Verstehen und Freiwilligkeit sind die Grundvoraussetzungen für Selbstbestimmung in der Praxis. Verstehen und Freiwilligkeit können eingeschränkt sein, weshalb eine Handlung oder Entscheidung in der Praxis stets als mehr oder weniger selbstbestimmt aufgefasst werden soll. In Bezug auf die Fragestellung ermöglichte das Konzept des Informed Consent eine inhaltlich nähere

Bestimmung von selbstbestimmten Entscheidungen und stellte somit die Grundlage dar, von der aus eine Konkretisierung erfolgen konnte.

Würde lässt sich für die Praxis der Sozialen Arbeit auf unterschiedliche Weise konkretisieren, wobei insbesondere die alltagssprachlichen Begriffe die Grundlage hierfür darstellen. Als inhärenter Wert äussert sich Würde in bestimmten mit ihm verbundenen Ansprüchen, die von Fachpersonen unbedingt geachtet werden müssen und in diesem Sinne normative Geltung haben. Die Würde als Haltung und Verhalten ist mit dem subjektiven Bewusstsein um den inhärenten Wert oder aber den bestimmten innehabenden sozialen Status verbunden. Eine Massnahme oder Handlung kann davon ausgehend als Bedrohung oder Verlust der eigenen Würde bewertet werden und sich in bestimmten Verhaltensweisen oder Äusserungen zeigen, auf die Fachpersonen eingehen sollen.

Das Konzept des Informed Consent bildet die Grundlage für die Konkretisierung von Selbstbestimmung für die Praxis der Sozialen Arbeit. Eine selbstbestimmte Entscheidung kann dann getroffen werden, wenn die Elemente des Informed Consent zufriedenstellend beachtet und umgesetzt werden. Zentral ist dabei das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung, das Fachpersonen sowohl zur Förderung der Selbstbestimmung als auch zum Unterlassen von Verhaltensweisen, die Selbstbestimmung behindern, verpflichtet. Davon ausgehend kann als zentrale Erkenntnis festgehalten werden, dass Fachpersonen durch ihre Orientierung an den Elementen des Informed Consent einen wesentlichen Teil dazu beitragen, dass eine Person überhaupt eine *selbstbestimmte* Entscheidung treffen kann beziehungsweise der Grad der Selbstbestimmung ihrer Entscheidung zunimmt.

Anhand der Konkretisierung beider Grundwerte wurde zudem deutlich, dass die Orientierung an der Würde oftmals mit der Orientierung an der Selbstbestimmung und umgekehrt einhergeht. Orientierung an der Würde kann folglich bedeuten, sich in besonderem Masse an der Selbstbestimmung zu orientieren und sicherzustellen, dass eine Person eine Entscheidung, durch die auch ihre Würde berührt sein kann, selbstbestimmt treffen kann. Die Grundwerte und die sich daraus ergebenden Forderungen sind eng miteinander verknüpft und bei Entscheidungssituationen folglich gleichermassen bedeutsam.

Die Erkenntnisse in Bezug auf die Konkretisierung stellen für alle involvierten Fachpersonen eine Relevanz dar und beschränken sich nicht nur auf die Praxis der Sozialen Arbeit. Es fällt auf, dass die sich aus der Konkretisierung ergebenden Forderungen auf den ersten Blick selbstverständlich erscheinen mögen und es für Fachpersonen wohl auch sind. Persönliche Erfahrungen des Verfassers zeigen beispielsweise, dass die Forderung der Achtung der Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person oder die Offenlegung wesentlicher Informationen in der Praxis in aller Regel umgesetzt wird, dies jedoch in unterschiedlich konsequenter Weise. Deshalb kann das durch die Erkenntnisse geschaffene Bewusstsein um die wesentlichen Forderungen hier dazu beitragen, dass diese in der Praxis *bewusster und konsequenter* angegangen werden und ihnen im Rahmen von Entscheidungssituationen und ganz allgemein im Rahmen palliativer Behandlung und Betreuung stets ein Höchstmass an Aufmerksamkeit beigemessen wird.

Im Folgenden sollen nun die zentralen Erkenntnisse, die sich aus der Beantwortung der Fragestellung ergeben haben, in Bezug auf die Praxis von Sozialarbeitenden im Akutspital und deren professionelles Handeln dargelegt werden.

In Unterkapitel 2.3 wurde aufgezeigt, dass Sozialarbeitenden eine wichtige Rolle im interprofessionellen Team der Palliative Care zukommt. Zu ihren Kompetenzen gehören nebst der Beratung unter anderem die Interessenvertretung und Anwaltschaft und das Leiten von Rundtischgesprächen, an denen Entscheide getroffen werden. Die Konkretisierung der Grundwerte zeigt auf, dass die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung stets mit gewissen Anforderungen beziehungsweise Verpflichtungen an das professionelle Handeln der Fachpersonen verbunden ist.

Für das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden in der Palliative Care ergibt sich einerseits die Forderung, dass sie das Interesse der betroffenen Person in Bezug auf die Achtung ihrer Würde und Selbstbestimmung gegenüber anderen Fachpersonen aktiv einfordern sollen. Das heisst, dass Sozialarbeitende unter anderem immer wieder sicherstellen sollen, dass die Interessen, Wünsche, Ängste und Sorgen der betroffenen Person beachtet werden, dass sie die grundlegenden Informationen erhält und diese verstehen kann und dass ihre Freiwilligkeit in Bezug auf einen zu treffenden Entscheid gegeben ist.

Auf der anderen Seite sind Sozialarbeitende nebst der Anwaltschaft und Interessenvertretung in der Palliative Care auch beraterisch tätig, dies insbesondere in Bezug auf die Austrittsplanung und den damit verbundenen Herausforderungen und Fragestellungen. Sie tragen mit ihrem Fachwissen über organisatorische, finanzielle und soziale Fragen massgeblich dazu bei, dass ein Entscheid in Bezug auf die Austrittsplanung getroffen werden kann. Aus diesem Grund sind sie ebenso dazu verpflichtet, sich an der Würde und Selbstbestimmung zu orientieren und die Forderungen im Rahmen ihres professionellen Handelns umzusetzen.

Als zentrale Erkenntnis in Bezug auf die Praxis der Sozialen Arbeit im Akutspital kann festgehalten werden, dass Sozialarbeitende einen wichtigen Beitrag zum Grundsatz der Achtung der Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Person leisten können und sollen. Indem sie die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Person als Ausgangspunkt ihres professionellen Handelns festlegen, werden sie sowohl dem Grundsatz der Palliative Care als auch ihrer berufsethischen Verpflichtung gerecht. Sie tragen so nicht nur zur Achtung der Selbstbestimmung und Würde im Rahmen von Entscheidungssituationen bei, sondern zugleich auch, dass schwerkranke Personen in ihrem letzten Lebensabschnitt die Achtung ihrer Würde und Selbstbestimmung erfahren.

Ausgehend von den zentralen Erkenntnissen dieser Arbeit stellt sich dem Verfasser weiterführend die Frage und Überlegung, wie und ob sich die Orientierung an den Grundwerten als grundlegender und gemeinsamer Ausgangspunkt für das professionelle Handeln aller Fachpersonen in palliativer Behandlung und Betreuung festlegen liesse. Damit gemeint ist, dass die Orientierung an den Grundwerten nicht nur ausgehend vom eigenen professionellen Handeln geschehen soll, sondern von allen involvierten Fachpersonen gemeinsam als Ausgangspunkt jeglicher medizinischer, pflegerischer, sozialer und psychologisch-spirituelle Massnahmen festgelegt wird. Es würde sich somit für die Fachpersonen nicht die Frage stellen, wie die Orientierung an den Grundwerten im Rahmen ihrer spezifischen Kompetenzen möglich ist, sondern, wie ihre spezifischen Kompetenzen im Rahmen der Orientierung an den Grundwerten umgesetzt werden können. Die primäre Verpflichtung gegenüber der betroffenen Person bestünde dann nicht per se in den professionseigenen Grundsätzen und Verpflichtungen gegenüber der betroffenen Person, sondern in der Orientierung an ihrer Würde und Selbstbestimmung als übergeordnete Verpflichtung, an der sich die Umsetzung spezifischer Kompetenzen orientieren müsste. Damit verbunden wäre aber unweigerlich auch die Forderung, Interessen und Grundsätze der eigenen Profession unter Umständen weniger stark zu gewichten, was wiederum zu konfliktbehafteten Situationen führen könnte.

Die Konkretisierung der Grundwerte erfolgte im Hinblick auf das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden und weiteren involvierten Fachpersonen, wobei aber auch Angehörige und nahestehende Bezugspersonen zur Achtung der Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Person verpflichtet sind. Denn gerade bei stellvertretenden Entscheiden oder ihrer Teilnahme an Entscheidungssituationen übernehmen sie eine wichtige Funktion. Davon ausgehend lässt sich einerseits die Frage und Überlegung stellen, wie Angehörige und Bezugspersonen in Bezug auf die Orientierung an den Grundwerten aktiv unterstützt werden können, dies beispielsweise durch Beratung, und welchen Beitrag Professionelle der Sozialen Arbeit diesbezüglich leisten sollen und können. Andererseits stellt sich auch die Frage, wie die Orientierung an der Würde und Selbstbestimmung in konfliktbehafteten Situationen zwischen Angehörigen und betroffener Person oder Angehörigen untereinander sichergestellt werden kann und wie sich die Funktion der Interessenvertretung und Anwaltschaft durch Professionelle der Sozialen Arbeit hier konkret umsetzen lässt beziehungsweise, wo ihr allenfalls Grenzen gesetzt sind.

Es kann abschliessend festgehalten werden, dass durch diese Arbeit relevante Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit im Akutspital erarbeitet werden konnten. Diese sind in Bezug auf die Praxis der Sozialen Arbeit auf weitere Handlungsfelder übertragbar, so beispielsweise auf palliative Soziale Arbeit im ambulanten Bereich, in der Psychiatrie oder in Pflege- und Wohnheimen. Die Ergebnisse stellen zudem eine Relevanz dar für andere Fachpersonen, die in der Palliative Care tätig sind. Diese Arbeit kann entsprechend sowohl als Beitrag zur Weiterentwicklung und Positionierung der Praxis der Sozialen Arbeit (nicht nur) im Akutspital als auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care im Allgemeinen betrachtet werden.

Die zentralen Erkenntnisse, die sich aus der Beantwortung der Fragestellung ergeben haben, sind für den Verfasser sehr wertvoll. Dies im Hinblick auf seine weitere Tätigkeit auf dem Spitalsozialdienst, wo er die Erkenntnisse in seine weitere professionelle Tätigkeit miteinfließen lassen und umsetzen wird. Zudem auch in Bezug auf die Stärkung seines Bewusstseins und der Überzeugung, dass die Grundwerte, sei dies in der Palliative Care oder anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, in jedem Fall eine wichtige Orientierung für das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden geben können und sollen.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Altilio, Terry & Otis-Green, Shirley. (Hrsg.). (2011). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. New York: Oxford University Press.
- Autonomie. (2009). In Martin Gessmann (Hrsg.), *Philosophisches Wörterbuch* (23. vollst. neu bearb. Aufl., S. 72). Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th Edition). New York: Oxford University Press.
- Beckett, Chris & Maynard, Andrew. (2005). *Values & Ethics in Social Work: An Introduction*. London: SAGE Publications.
- Berger, Elisabeth. (2014). Palliative Care in der Pädiatrie. Begleitung schwerkranker Kinder und ihrer Familien. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 195-200). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Blacker, Susan & Christ, Grace H. (2011). Defining Social Work's Role and Leadership Contributions in Palliative Care. In Terry Altilio & Shirley Otis-Green (Hrsg.), *Oxford Textbook of Palliative Social Work* (S. 21-30). New York: Oxford University Press.
- Block, Susan D. (2014). Palliative Care. In Timothy E. Quill & Franklin G. Miller (Hrsg.), *Palliative Care and Ethics* (S. 34-43). New York: Oxford University Press.
- Brandstätter, Monika. (2014). Angehörige. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 68-75). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlagen einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende* [PDF]. Abgerufen von:
[https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_bbl/b2c/start/\(carea=0024817F68691EE1B4AF29EBB8348F02&cittem=0024817F68691EE1B4AF29EBB8348F029C8E993228671ED5B8A1EEBCA61ED7EE\)/.do](https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_bbl/b2c/start/(carea=0024817F68691EE1B4AF29EBB8348F02&cittem=0024817F68691EE1B4AF29EBB8348F029C8E993228671ED5B8A1EEBCA61ED7EE)/.do)
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Palliative Care* [Website]. Abgerufen von:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

- Bundesamt für Statistik. (2017). *Patient/innen, Hospitalisierungen* [Website]. Abgerufen von:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html>
- Burkard, Franz-Peter. (2008). Würde. In Peter Precht & Franz-Peter Burkard (Hrsg.), *Metzler Lexikon Philosophie* (3. Aufl., S. 690-693). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Büche, Daniel. (2015). Interprofessionalität. In Hans Neuenschwander & Christoph Cina (Hrsg.), *Handbuch Palliativmedizin* (3. überarb, Aufl., S. 335-340). Bern: Verlag Hans Huber.
- Caplazi, Alexandra & Payot Mösch, Peter. (2016). Die Person in Staat und Recht. In Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (4. Aufl., S. 77-146). Bern: Haupt.
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. (2019). *Würde* [Website]. Abgerufen von
<https://www.dwds.de/wb/W%C3%BCrde>
- Dudenredaktion. (Hrsg.). (2019a). *Duden Onlinewörterbuch* [Website]. Abgerufen von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Wuerde>
- Dudenredaktion. (Hrsg.). (2019b). *Duden Onlinewörterbuch* [Website]. Abgerufen von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstbestimmung>
- Dudenredaktion. (Hrsg.). (2019c). *Duden Onlinewörterbuch* [Website]. Abgerufen von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstbestimmungsrecht>
- Dudenredaktion. (Hrsg.), (2019d). *Duden Onlinewörterbuch* [Website]. Abgerufen von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Wohlbefinden>
- Düwell, Marcus. (2008). *Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche*. Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Faden, Ruth R. & Beauchamp, Tom L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Fellsches, Josef. (2010). Würde. In Hans Jörg Sandkühler (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie Band 3: Q-Z* (S. 3077-3080). Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Fountoulakis, Christiana & Rosch, Daniel. (2018). Elemente des Erwachsenenschutzes. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (2. akt. Aufl., S. 494-520). Bern: Haupt.

- Frahnow, Birgit. (2013). Soziale Arbeit am Lebensende als wichtiger Bestandteil würdevoller Sterbebegleitung im Sinne von Palliative Care. In Annemarie Jost (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 173-191). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Gatzemeier, Matthias. (2005). Cicero. In Jürgen Mittelstrass (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 2: C-F* (2. Neubearb. und wesentl. erg. Aufl., S. 68-69). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Gerhardt, Volker. (2010). Selbstbestimmung. In Hans Jörg Sandkühler (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie Band 3: Q-Z* (S. 2408-2413). Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Grossmann, Andreas. (2004). Würde. In Joachim Ritter, Karlfried Gründer und Gottfried Gabriel (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie Band 12: W-Z* (S. 1088- 1093). Basel: Schwabe Verlag.
- Higgins, Philip C. (2011). Guess Who`s Coming to Dinner? The Emerging Identity of Palliative Social Workers. In Terry Altilio & Shirley Otis-Green (Hrsg.), *Oxford Textbook of Palliative Social Work* (S. 31-40). New York: Oxford University Press.
- Hildt, Elisabeth. (2006). *Autonomie in der biomedizinischen Ethik: Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*. Frankfurt und New York: Campus Verlag.
- H-Plus ch. (n.d.). *Akutspital* [Website]. Abgerufen von: <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/hospital-und-klinik-monitor/begriffe/akutspital/>
- Humanrights ch. (2019). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948* [Website]. Abgerufen von <https://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/aemr/text/>
- Kant Immanuel. (2004). In Barbara Brüning (Hrsg.), *Kleines Lexikon grosser Philosophinnen und Philosophen. Von der Antike bis zur Gegenwart* (S. 122-127). Leipzig: Miltzke Verlag.
- Menke, Christoph & Pollmann, Arnd. (2007). *Philosophie der Menschenrechte zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Norton, Sally A., Waldrop, Deborah & Gramling, Robert. (2014). Palliative Care, Ethics and Interprofessional Teams. In Timothy E. Quill & Franklin G. Miller (Hrsg.), *Palliative Care and Ethics* (S. 72-87). New York: Oxford University Press.
- Palliative ch. (2012). *Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care* [PDF]. Abgerufen von <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/news/artikel/kompetenzen-fuer-spezialisten-in-palliative-care/>

Palliative ch, Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2012). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/spezialisierte-palliative-care.html>

Palliative ch, Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2015). *Allgemeine Palliative Care: Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung* [PDF]. Abgerufen von:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/allgemeine-palliative-care.html>

Pankofer, Sabine. (2014). Soziale Arbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 21-31). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Pohlmann, Rosemarie. (1971). Autonomie. In Joachim Ritter (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie Band 1: A-C* (S. 701-719). Basel und Stuttgart: Schwabe Verlag.

Quill, Timothy E. & Miller, Franklin G. (Hrsg.). (2014). *Palliative Care and Ethics*. New York: Oxford University Press.

Precht, Peter. (2008). Autonomie. In Peter Precht & Franz-Peter Burkard (Hrsg.), *Metzler Lexikon Philosophie* (3. Aufl., S- 56-57). Stuttgart und Weimer: Verlag J.B. Metzler.

Rosen, Michael. (2012). *Dignity: Its History and Meaning*. Cambridge und London: Harvard University Press.

Roughley, Neil. (2018). Würde. In Jürgen Mittelstrass (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 8: Th-Z* (2. neu bearb. und erg. Aufl., S. 603-606). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). *Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Palliative Care* (9. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von:
<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2018). *Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Umgang mit Sterben und Tod* [PDF]. Abgerufen von
<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

- Schwemmer, Oswald. (2005). Autonomie. In Jürgen Mittelstrass (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 1: A-B* (2. neu bearb. und erg. Aufl., S. 319-321). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Siegmann-Würth, Lea. (2011). *Ethik in der Palliative Care: Theologische und medizinische Erkundungen*. Bern: Peter Lang.
- Smith, Stephen W. (2012). *End-of-Life Decisions in Medical Care. Principles and Policies for Regulating the Dying Process*. New York: Cambridge University Press.
- Steinberger, Karla. (2014). Palliativstation. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 93-97). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Student, Johann-Christoph, Mühlum, Albert & Student, Ute. (2016). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (3. vollst. überarb. Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Von Wolff-Metternich, Brigitta-Sophie. (2012). Philosophische Konzepte der „Menschenwürde“ und ihre Bedeutung für die Debatte um menschenwürdiges Sterben. In Michael Anderheiden & Wolfgang U. Eckart (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde Band 1* (S. 200-212). Berlin und Boston: de Gruyter.
- Wagner, Ulrike. (2014). Patienten. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 61-67). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wasner, Maria. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 161-165). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wasner, Maria & Pankofer, Sabine. (Hrsg.). (2014). *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* [PDF]. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
- Weltgesundheitsorganisation. (2014). *Global Atlas on Palliative Care at the End of Life* [PDF]. Abgerufen von: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Wils, Jean-Pierre. (2006). Würde. In Marcus Düwell, Christoph Hüenthal & Micha H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (2. Aufl., S. 558-563). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.

- Wohleben, Ulla. (2014). Hilfestellung bei ethischen Fragestellungen. In Maria Wasner & Sabine Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 145-149). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Würde. (2009). In Martin Gessmann (Hrsg.), *Philosophisches Wörterbuch* (23. vollst. neu bearb. Aufl., S. 778-779). Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Zimmermann, Wolfgang. (2003). Pico della Mirandola, Giovanni. In Bernd Lutz (Hrsg.), *Metzler Philosophen Lexikon* (3. akt. und erw. Aufl., S. 549-551). Stuttgart und Weimar: Verlag J.B. Metzler.