

# IV ANHANG

<b>GLOSSAR</b> .....	<b>283</b>
<b>MATERIALIEN</b> .....	<b>307</b>
M1 Identifikation des ethischen Problems.....	308
M2 Hilfsmittel zur Informationssammlung.....	309
M3 Hilfsmittel für die ethische Fallbesprechung.....	311

# GLOSSAR

<b>Adhärenz</b>	Adherence (engl. für Festhalten, Befolgen), im Deutschen auch Adhärenz, bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Begriff ersetzt zunehmend den Begriff Compliance (engl. für Einverständnis, Einhalten, Fügsamkeit) in der Medizin. Dieser bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und repräsentiert eine veraltete Sicht, wonach die Verantwortung für einen Therapieerfolg oder Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt.
<b>Allokation</b>	Unter Allokation wird im Allgemeinen die Zuteilung von Elementen einer Menge zu einer anderen Menge verstanden. Es lassen sich verschiedene Typen von Allokationsentscheidungen differenzieren, je nachdem, ob ein überflüssiges, zusätzliches, reguläres oder knappes Angebot zugeteilt werden soll. Die Zuteilung knapper Ressourcen wird in der Literatur unter dem Begriff der Rationierung diskutiert. Allokation bezieht sich also auf Entscheidungen, die sich mit Zuteilung von Ressourcen befassen. In der Medizinethik wird der Begriff hauptsächlich bei Fragen zur gerechten Zuteilung oder Verteilung medizinischer Ressourcen verwendet.
<b>Altersrationierung</b>	Vorenthalten notwendiger Dienstleistungen aufgrund des Kriteriums „Alter“.
<b>analytische Entscheidungsprozesse</b>	siehe Entscheidungsprozesse, analytische
<b>Angehörige und ihr Einfluss auf Therapieentscheide (Schweiz)</b>	Die dem Patienten, der Patientin nahe stehenden Angehörigen spielen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens eine wichtige Rolle. Fehlt eine Patientenverfügung kommt das gesetzliche Vertretungsrecht zum Tragen. Damit haben Angehörige, nach einer umfassenden Information, die Befugnis, nach dem Willen und den Interessen des urteilsunfähigen Patienten in eine geplante medizinische Maßnahme einzuwilligen oder diese zu verweigern. Das Vertretungsrecht wird auf der Grundlage einer gesetzlich festgelegten Reihenfolge ausgeübt: ein von der Erwachsenenschutzbehörde bestellter Beistand, der Ehepartner oder eingetragene Partner, eine im gemeinsamen Haushalt lebende Person, Nachkommen, die Eltern und die Geschwister.
<b>Ansatz, informationskritischer</b>	Ansatz für die bei der Entwicklung, Evaluation und Modifikation der Kapitel von METAP geschaffenen verbindlichen Rahmenbedingungen, welche Verzerrungstendenzen und Fehlinterpretationen durch einen systematischen, transparenten Prozess, entgegenwirken.
<b>Auswertung, systematische</b>	Für die künftige Weiterentwicklung der Textbausteine von METAP, entsprechend den Ergebnissen der wissenschaftlichen und klinischen Prüfung, sollen transparente Rahmenbedingungen geschaffen werden, die möglichen Interessenskonflikten, Verzerrungen oder tendenziösen Anschauungen vorbeugen. Deshalb wurde die Aufbereitung der Daten aus den drei Validierungsschritten auch für die Diskussion der Ergebnisse in der Leitlinienprojektgruppe nach verbindlichen Verfahrensregeln durchgeführt.

<b>Autonomie</b>	Das ethische Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie fordert, dass die Fähigkeit von Individuen, ihre eigene Vorstellung vom guten, geglückten Leben zu wählen und entsprechend zu entscheiden/handeln, respektiert wird, ungeachtet eigener Weltanschauung und der Überzeugung der professionellen Begleiter.
<b>Entscheidungsautonomie</b>	Entscheidungsautonomie ist dann gegeben, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind: Die Entscheidung erfolgt absichtlich, auf der Basis von Verstehen und ohne kontrollierende Einflüsse von außen.
<b>Autonomie, personale</b>	Personale Autonomie ist dann gegeben, wenn die Person ihre Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse, ihre Biografie und ihren Lebensentwurf bewusst reflektiert und sich damit identifiziert oder wenn sie Wünsche und Überzeugungen hat, die sie eindeutig bejaht, wenn sie diese überdenkt. Dadurch verdeutlicht die Person ihre Selbstbestimmung gegenüber Fremdbestimmung.
<b>Axiologie</b>	Axiologie ist die Werttheorie/Wertlehre (z.B. auch Hierarchie von Werten).
<b>Best Interest</b>	siehe: Handeln im wohlverstandenen Interesse des Patienten
<b>Bias</b>	siehe: Verzerrung, systematische
<b>Burnout</b>	Das Erschöpfungssyndrom bezeichnet einen Zustand von Ausgebranntsein durch andauernde seelische und körperliche Verausgabung. Burnout kann einhergehen mit Apathie, Motivationsverlust, Depression oder Angstzuständen.
<b>Care-ethics (ethics of care)</b>	Eine (feministische) Ethiktheorie, die davon ausgeht, dass zwischenmenschliche Beziehungen der Ausgangspunkt moralischer Überlegungen darstellen sollen, und nicht z.B. (abstrakte) Gerechtigkeitsüberlegungen. Dabei erfahren vulnerable Personen (z.B. kranke Menschen) eine besondere Berücksichtigung, die ihre Abhängigkeit von anderen Menschen einbezieht.
<b>Denkergonomie</b>	Bei alltäglichen Routineentscheiden folgt die Informationsverarbeitung normalerweise dem Prinzip der Ökonomie. Das heißt, wir entscheiden auf der Grundlage möglichst weniger herausragender Hinweisreize. Dazu verwenden wir beispielsweise Heuristiken, so genannte Faustregeln. Bei der Verwendung von Heuristiken erfolgt die Problemlösung durch Problemverkürzung. Die Folgen der Entscheidung werden explizit nicht berücksichtigt. In alltäglichen Entscheidungssituationen können ökonomische Denkprozesse durchaus effizient sein. Bei schwierigen medizinethischen Entscheiden werden die Handlungsfolgen verschiedener Optionen explizit gegeneinander abgewogen. Deshalb kann die Verwendung von Denkergonomien hier zu suboptimalen Lösungen oder gar systematischen Verzerrungen führen. Deshalb empfiehlt sich, den medizinethischen Entscheidungsprozess auf eine analytische, d.h. systematische, aufwändigere Denkstrategie zu stützen.
<b>deontologisch</b>	siehe Deontologie

<b>Deontologie</b>	Ethiktheorien, die davon ausgehen, dass zumindest bestimmte Handlungen an sich (intrinsisch) moralisch richtig und unbedingt gefordert (Pflicht) oder falsch sind, unabhängig von ihren Folgen (d.h. eine moralisch schlechte oder falsche, verbotene Handlung wird nicht moralisch gut oder richtig, erlaubt oder sogar geboten, wenn die Folgen der Handlung gut sind; siehe als Ggs. Utilitarismus).
<b>deskriptiv</b>	beschreibend (z.B.) im Ggs. zu bewertend (siehe: normativ)
<b>deskriptive Ethik</b>	siehe Ethik, deskriptive
<b>Dilemma, moralisches</b>	Handlungssituation, in der sich zwei als richtig anerkannte Gebote (Normen, Prinzipien) einander widersprechen, so dass jede Entscheidung eines der Gebote verletzen wird (jede Wahlmöglichkeit führt zu unerwünschten Resultaten).
<b>direkter Patientenwille</b>	siehe Patientenwille, direkter
<b>Diskordanz, intra-professionelle</b>	Intraprofessionelle Diskordanz: Uneinigkeit innerhalb einer Berufsgruppe, z.B. zwischen Intensivmediziner und Chirurg.
<b>Diskordanz, inter-professionelle</b>	Interprofessionelle Diskordanz: Uneinigkeit zwischen den Berufsgruppen, z.B. zwischen Pflegefachperson und Ärztin.
<b>Diskurs</b>	Diskurs ist eine durch Argumentation gekennzeichnete Kommunikation mehrerer Personen, in welcher anhand spezifischer, den Diskurs leitender Normen versucht wird, Geltungsansprüche (der Wahrheit oder der moralischen Richtigkeit) rational zu untersuchen.
<b>Diskurs, herrschaftsfreier</b>	Diskurs, in welchem Hierarchien und andere Machtverhältnisse mittels geeigneter Struktur und verbindlicher Normen aufgehoben sind und alle am Diskurs beteiligten Personen und ihre Aussagen gleichberechtigt anerkannt werden.
<b>diskursethisch</b>	siehe Diskursethik
<b>Diskursethik</b>	Eine Ethiktheorie, die ihr Moralprinzip mittels einer Reflexion auf die Diskurspraxis (diskursethisches Moralprinzip) begründet und gemäß diesem Moralprinzip eine diskursive Praxis (= praktischer Diskurs) für die Formulierung konkret-inhaltlicher („materialer“) Handlungsnormen als notwendig erachtet. Die Diskursethik ist keine „materiale Ethik“, die selber materiale ethische Normen formuliert. Vielmehr geht die Diskursethik davon aus, dass konkrete Handlungsnormen nicht durch eine Ethik (philosophisch oder theologisch) begründet werden können; sie können aber als besonders gut reflektierte Inhalte in den Diskurs eingehen. Konkrete Handlungsnormen erlangen ihre Geltung vielmehr im praktischen Diskurs, an dem idealerweise alle betroffenen Personen (oder ihre Stellvertreter) teilnehmen und der frei von Herrschaftsverhältnissen ist.

<b>Dissens, ethischer</b>	Der ethische Dissens ist eine Meinungsverschiedenheit hinsichtlich einer ethischen Frage, d.h. bezüglich der normativen Maßstäbe, mit denen Sachverhalte oder Handlungen moralisch zu beurteilen sind, oder bezüglich der Anwendbarkeit von Werten und Normen.
<b>Dissens, moralischer</b>	Der moralische Dissens ist eine Meinungsverschiedenheit hinsichtlich einer moralischen oder ethischen Frage, d.h. bezüglich der Bewertung eines moralischen Sachverhaltes oder der moralischen Richtigkeit einer Handlung.
<b>Disstress</b>	Mit Disstress sind negative Stressoren gemeint, die als bedrohlich oder überfordernd gewertet werden. Sie können zu Belastungen führen, welche sich mit den sonst zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien nicht lösen lassen.
<b>distributives kollektives Klugheitsgebot</b>	siehe Klugheitsgebot, distributives kollektives
<b>Einfluss, informativer sozialer</b>	Informativer sozialer Einfluss liegt vor, wenn man sich in einer Krisensituation oder einer Situation der Unsicherheit auf das Verhalten anderer stützt und dieses Verhalten als wichtige Informationsquelle nutzt, ungeachtet dessen, ob die Informationsquelle valide ist oder nicht.
<b>Einfluss, normativer sozialer</b>	Beim normativen sozialen Einfluss passen wir unser Verhalten dem anderer an, und zwar nicht deswegen, weil diese den Sachverhalt besser einschätzen könnten, sondern weil wir ein Mitglied der betreffenden Gruppe bleiben wollen.
<b>Einwilligung, informierte (Informed Consent)</b>	Mit ihrer Entscheidung können Patienten und Patientinnen in eine empfohlene Maßnahme einwilligen oder diese ablehnen. Nicht nur die Einleitung einer medizinischen und pflegerischen Behandlung, sondern auch deren Weiterführung bedarf der informierten Einwilligung des Patienten.
<b>empirisch</b>	Im medizinischen Kontext wird unter empirisch meist die auf wissenschaftlicher Grundlage, z.B. durch systematische Beobachtung oder experimentell erhobene, Information verstanden.
<b>Entscheidungsautonomie</b>	Entscheidungsautonomie ist dann gegeben, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind: die Entscheidung erfolgt absichtlich, auf der Basis von Verstehen und ohne kontrollierende Einflüsse von außen.
<b>Entscheidungsfähigkeit</b>	siehe Urteilsfähigkeit
<b>Entscheidungsprozesse, analytische</b>	Analytische Entscheidungsprozesse basieren auf systematischen, expliziten oder kompensatorischen kognitiven Denkstrategien (im Ggs. zu informal, intuitiv, schnell, automatisch und nichtexplizit reflektierten Denkprozessen).
<b>Entscheidungsprozesse, informelle</b>	keine explizit strukturierte Entscheidung

<b>Entscheidungsprozesse, implizite</b>	Implizite Entscheidungsprozesse sind willkürliche, nach persönlichem Ermessen durchgeführte medizinethische Entscheidungsprozesse.
<b>Entscheidungssituationen, komplexe</b>	Komplexität kann unterschiedlich definiert werden. Bei medizinethischen Entscheidungssituationen spielen folgende Merkmale eine Rolle: 1. Großer Umfang an unterschiedlichen, stark vernetzten Informationspaketen. 2. Unterschiedliche, ambivalente oder unsichere Bewertung dieser Informationspakete. 3. Eigendynamik: Die Entscheidung erfolgt in einem Zustand permanenter Veränderung der Patientensituation. 4. Zeitverzögerungen: Nicht alle Entscheidungen haben zeitnahe Konsequenzen oder können von anderen Resultaten überlagert werden. 5. Zeitdruck und 6. Irreversibilität: Entscheide in einer kritischen Patientensituation können unumkehrbare Folgen haben. Eine medizinethische Entscheidung in einer komplexen Situation stellt demnach Anforderungen an den Umgang mit Unsicherheit, Intransparenz, an die Einmaligkeit der Situation oder an Informationsfülle bzw. Informationsmangel. Nicht selten dominieren Zeitdruck oder widersprüchliche Ziele das Geschehen.
<b>epistemisch</b>	auf Wissen/Erkenntnis bezogen
<b>epistemologisch</b>	siehe Epistemologie
<b>Epistemologie</b>	Epistemologie (Erkenntnistheorie) ist die philosophische Disziplin, die sich mit den Fragen der Möglichkeit, Art, Begründbarkeit und Grenzen von Erkenntnis und Wissen auseinandersetzt. (Was können wir wissen, was ist gesichertes „Wissen“ überhaupt, und wie gut ist das, was wir als „Wissen“ beanspruchen?).
<b>Erkenntnistheorie</b>	siehe Epistemologie

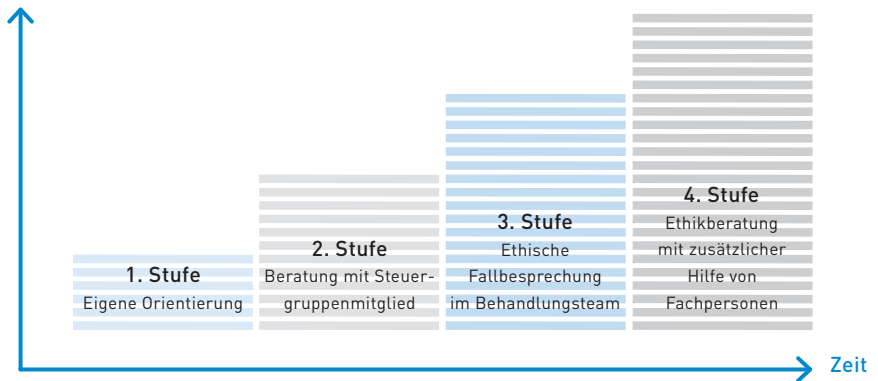
**Eskalationsmodell von METAP**

In einer schwierigen oder konflikthaften Patientensituation, die ethische Fragen aufwirft, können willkürliche, situationsgeleitete Entscheide, die von persönlichen Wertvorstellungen oder einseitigen ökonomischen Werten beeinflusst werden, zu einer unangemessenen Versorgung führen. Durch ein systematisches, transparentes, konsistentes Entscheidungsverfahren sollen willkürliche Unterschiede bei Therapieentscheiden vermieden werden. Das ist ein zentrales Gebot des ethischen Prinzips der Gerechtigkeit. Zu diesem Zweck ist das Eskalationsmodell (siehe Abbildung 1) entwickelt worden.

In Abhängigkeit von der Schwere der Fragestellung wird zur Problemlösung mit Hilfe des Eskalationsmodells Schritt für Schritt nach „oben“ zusätzliches Problemlösungspotential angeboten. Auf Stufe 1 wird versucht, mit den in METAP zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln die ethische Frage zu klären. Wenn sich keine Klärung abzeichnet, wird die Sachlage auf Stufe 2 mit einer in ethischen Fragen geschulten Person aus der Steuergruppe erörtert. Lässt sich das Problem nicht lösen, empfehlen wir, eine ethische Fallbesprechung einzuberufen (Stufe 3). Wenn diese ebenfalls zu keinem Ergebnis führt, kann ein Verfahren mit Ethikberatung mit Unterstützung einer Fachperson durchgeführt werden (Stufe 4).

In dringenden Fällen können Stufen übersprungen oder es kann sofort ein Ethikonsil (Stufe 4) einberufen werden.

Durch dieses explizite Vorgehen können Intransparenz oder von persönlichen Wertvorstellungen beeinflusste Entscheidungsprozesse reduziert werden; so kann dem Risiko der ungerechtfertigten Ungleichbehandlung vorgebeugt werden.

**Problemwahrnehmung****Ethik**

Ethik ist die systematische Untersuchung der Moral und Moralität (traditionell vornehmlich mit philosophischen oder theologischen Mitteln, zunehmend auch unter Einbeziehung von empirischen Studien).



<b>Ethik, eudaimonistische</b>	eine Ethiktheorie, die sich vor allem Fragen bezüglich des „guten“ (geglückten, sinnvollen) Lebens und dessen Erreichung stellt.
<b>Ethik, deskriptive</b>	ethische Untersuchung, die beschreibend verfährt (z.B. Moralpsychologie, Moralsoziologie).
<b>Ethik, normative</b>	ethische Untersuchung, die herausarbeiten will, was moralisch richtig/gerecht ist, damit also bestimmen will, wie gehandelt werden soll.
<b>Ethikberatung</b>	siehe Ethikkonsil
<b>Ethikkonsultation</b>	<p>Die Begriffe „Ethikkonsultation“ oder „Ethikberatung“ (in der Klinik, in der Patientenversorgung) bezeichnen eine Gruppe von Arbeitsformen, die zum Ziel haben, eine Beratung für Behandelnde/Pflegende oder auch Betroffene (Patienten, Angehörige) anzubieten, in der kompetent auf ethische Fragen von klinischer Relevanz eingegangen wird. Diese Tätigkeit ist in der Regel interdisziplinär; sie kann unterschiedlichen Modellen bzw. theoretischen Grundlagen folgen, wobei etablierte Modelle meist Gemeinsamkeiten, z.B. eine Förderung der Transparenz und Partizipation bezüglich der Entscheidungsfindung, aufweisen.</p> <p>Ethikberatung kommt vor allem zum Einsatz, wenn in der Patientenbetreuung Unsicherheiten, Probleme oder Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf Wertfragen auftauchen, deren Klärung besondere Sorgfalt und ethische Kompetenz, Reflexion sowie Unbefangenheit erfordert.</p> <p>Mit Ethikberatung/Ethikkonsultation bezeichnen wir eine methodisch strukturierte Unterstützung der Orientierung bzw. Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragen in der Patientenversorgung mit Hilfe einer spezifisch qualifizierten Person. Verantwortung wird nicht delegiert; es geht darum, die Verantwortlichen darin zu unterstützen, ethisch kompetent vorzugehen und dies auch dokumentieren zu können. Die Grenzen zu anderen Arbeitsformen wie regelmäßigen Fallbesprechungen u.a.m. sind fließend.</p>
<b>ethische Fallbesprechung</b>	siehe Fallbesprechung, ethische
<b>ethische Implikationen</b>	siehe Implikationen, ethische
<b>ethisches Prinzip</b>	siehe Prinzip, ethisches
<b>ethischer Wert</b>	siehe Werte, ethische
<b>Ethos</b>	Ethos ist die tradierte und gelebte (Berufs-)Moral, die u.a. durch Ausbildung und Sozialisation im jeweiligen Fach übernommen wird. So ist beispielsweise der Hippokratische Eid bzw. sind dessen Inhalte ein historischer Aspekt des medizinischen Ethos.
<b>eudaimonistische Ethik</b>	siehe Ethik, eudaimonistische

<b>Evidenz (evidence)</b>	Evidenz bezeichnet wissenschaftliche Ergebnisse (v.a. in Form empirischer Daten), welche eine Aussage über die Welt mittels (sozial)empirischer Methoden oder mit den Methoden der analytischen Philosophie belegen.
<b>Evidenz, externe</b>	empirische Informationen, die im Rahmen wissenschaftlicher Forschung gewonnen wurden (empirisch-wissenschaftliche Ergebnisse)
<b>Evidenz, interne</b>	empirische Informationen, die von Fachleuten im Rahmen der je eigenen Lebens- und Berufserfahrung gewonnen wurden
<b>evidenzbasierte Leitlinie</b>	siehe Leitlinie, evidenzbasierte
<b>evidenzbasierte Medizin</b>	siehe Medizin, evidenzbasierte
<b>Explizierung, explizieren</b>	einen Sachverhalt schrittweise darlegen, sich über etwas klar werden.
<b>explizit</b>	ausdrücklich
<b>explizite Rationierung</b>	siehe Rationierung, explizite
<b>Fallbesprechung, ethische</b>	Die ethische Fallbesprechung ist ein explizit strukturiertes Verfahren für einen ethisch reflektierten Beratungs- und Entscheidungsprozess im interprofessionellen Team, z.B. dann, wenn auf den Stufen 1 und 2 des Eskalationsmodells keine Problemlösung gelingt. Die ethische Fallbesprechung kann prinzipiell mit oder ohne Patientenbeteiligung durchgeführt werden.
<b>formale Gerechtigkeit</b>	siehe Gerechtigkeit, formale
<b>Freiheit, negative</b>	Negative Freiheit bezeichnet die Unabhängigkeit bzw. Abwesenheit von Einschränkungen, Hemmnissen und Zwängen, die dem Entscheiden und Handeln Grenzen setzen.
<b>Freiheit, positiv</b>	Positive Freiheit bezeichnet die Fähigkeit, mit seinem Wollen und Handeln tatsächlich in ein Verhältnis zu treten, in letzter Instanz zu entscheiden, Ziele und Mittel zu wählen, dem eigenen Wollen und Handeln dadurch eine Richtung zu geben und eine solche nicht nur durch Fremdbestimmung hinzunehmen.
<b>Futility</b>	„Medical Futility“ ist ein aus dem englischen Sprachraum stammendes Konzept, mit dem in der Literatur sinnlose, nutzlose, ineffektive oder aussichtslose medizinische Therapien beschrieben werden. „Medical Futility“ charakterisiert eine therapeutische Maßnahme, bei der das angestrebte Therapieziel aller Voraussicht nach nicht zum Ziel führt.

<b>Futility, quantitative, qualitative</b>	Man kann zwischen einem quantitativen und einem qualitativen Verständnis von Futility unterscheiden. Das quantitative Verständnis bezieht sich auf eine objektive, statistische Größe und besagt, dass medizinische Maßnahmen dann nutzlos sind, wenn eine intendierte physiologische Wirkung aller medizinischen Kenntnis und Erfahrung nach extrem unwahrscheinlich ist. Im qualitativen Sinn nutzlos sind medizinische Interventionen dann, wenn sie weder zu einer Verlängerung des Lebens noch zu einer Zunahme der Lebensqualität führen und auch die Qualität des Sterbeprozesses nicht verbessern.
<b>formale Konsistenz</b>	siehe Konsistenz, formale
<b>Gender Ageism</b>	Gender Ageism bedeutet geschlechtsbestimmte Alterdiskriminierung; sie betrifft v.a. ältere Frauen.
<b>Gerechtigkeit, Bedeutung innerhalb METAP</b>	<p>Das ethische Prinzip der Gerechtigkeit in METAP stützt sich auf folgende Kriterien: Verteilungsgerechtigkeit, formale und materiale Gerechtigkeitskriterien sowie auf Verfahrensgerechtigkeit. Das Vermeiden willkürlicher Unterschiede ist der Kern aller Gerechtigkeitsüberlegungen.</p> <p>Die gerechte Verteilung von klinischen Ressourcen, inkl. Zeit-, Personal- und Sachressourcen ist ein vorrangiges Ziel der Verteilungsgerechtigkeit.</p>
	<p><b>Formale und materiale Gerechtigkeitsaspekte</b></p> <p>Das formale Gerechtigkeitsprinzip hat zum Ziel, Patienten in einem vergleichbaren Zustand gleich zu behandeln und damit ungerechtfertigte Ungleichbehandlung zu vermeiden. Eine ungleiche Behandlung ist dann verboten, wenn sie kein nachvollziehbares Motiv hat und nicht auf einer vernünftigen Begründung beruht. Die Behandlung ist rechtswidrig, wenn sie sich auf eine der in Art. 8 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung genannten Kriterien (Herkunft, Rasse, Geschlecht, Alter, Sprache, soziale Stellung, Lebensform, religiöse, weltanschauliche oder politische Überzeugung oder körperliche, geistige oder psychische Belastung) stützen würde.</p> <p>Das materiale Gerechtigkeitsprinzip hat zum Ziel, klinische Ressourcen aufgrund von Kriterien wie Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung, erwarteter individueller Nutzen und unter Knappheitsbedingungen in einem ausgegogenen Kosten-Nutzen-Verhältnis einzusetzen.</p>
	<p><b>Verfahrensethische Gerechtigkeitsaspekte</b></p> <p>Die Gerechtigkeitsforschung zeigt, dass wahrgenommene Gerechtigkeit nicht nur durch die angewandten Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit, sondern ebenso durch das Entscheidungsverfahren bestimmt wird, mit dem die gerechtigkeitsethische Frage geklärt wird. Auf der Grundlage dieser Überlegungen bietet METAP ein Konzept unterschiedlicher Entscheidungswege (siehe Eskalationsmodell), das in Abhängigkeit von der Stärke der ethischen Problemwahrnehmung und der Dringlichkeit individuell zur Problemlösung herangezogen werden kann.</p>
<b>Gerechtigkeit, formale</b>	Formale Gerechtigkeit bedeutet: Gleiche Fälle werden gleich behandelt, und willkürliche Ausnahmen, die sich nicht über eine relevante Ungleichheit der Fälle bzw. Interessen begründen lassen, unterbleiben (der Kern aller Gerechtigkeitsüberlegungen liegt im Verbot willkürlicher Unterschiede).

<b>Gerechtigkeit, materiale</b>	Das materiale Gerechtigkeitsprinzip hat zum Ziel, klinische Ressourcen aufgrund von Kriterien wie Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung, erwarteter individueller Nutzen und unter Knappheitsbedingungen in einem ausgegogenen Kosten-Nutzen-Verhältnis einzusetzen.
<b>gesetzlicher Vertreter</b>	siehe Vertreter, gesetzlicher
<b>geteilte und nicht geteilte Information</b>	siehe Information, geteilte und nicht geteilte
<b>Gruppendenken</b>	Das Gruppendenken ist dadurch charakterisiert, dass das Streben nach Konsens die an der Entscheidung beteiligten Gruppenmitglieder daran hindert, andersartige oder abweichende Handlungsrichtungen realistisch einzuschätzen oder zu erwägen.
<b>Güterabwägung</b>	Güterabwägung ist eine Methode der Ethik. Sie bezeichnet den Vorgang praktischen Überlegens, das zur qualifizierten Lösung eines Entscheidungskonflikts erforderlich ist. Entscheidungskonflikte ergeben sich daraus, dass dieselbe Entscheidung für eine Person oder Gruppe nützlich, dagegen für eine andere schädlich ausfallen kann. In diesem Fall soll für die Betroffenen der zu erwartende Nutzen bzw. Schaden möglichst genau gewichtet werden. Dabei sollen individuelle bzw. kollektive Bedürfnisse, Dringlichkeit, Rechte des Individuums, möglicher Vorrang des Gemeinwohls, aber auch Fragen der Gerechtigkeit gegeneinander abgewogen werden. Die Güterabwägung wird in METAP während der ethischen Fallbesprechung sowie im Ethikkonzil durchgeführt.
<b>Handeln im wohlverstandenen Interesse (Best interest)</b>	Unter „Handeln im wohlverstandenen Interesse des Patienten“ ist die Durchführung von medizinisch indiziert erscheinenden Maßnahmen zu verstehen, denen ein Patient als urteilsfähiger Mensch in der entsprechenden Situation voraussichtlich zustimmen würde.
<b>handlungsfähig</b>	Die Handlungsfähigkeit (Art. 12–13 ZGB) beinhaltet die Fähigkeit, persönliche Handlungen, Rechte und Pflichten zu begründen. Handlungsfähigkeit setzt voraus: 1. Urteilsfähigkeit 2. Volljährigkeit (Mündigkeit)
<b>herrschaftsfreier Diskurs</b>	siehe Diskurs, herrschaftsfreier
<b>Heuristik</b>	Als Heuristik bezeichnet man eine Methode, komplexe Probleme oder Entscheidungen mit Hilfe einfacher Regeln und unter Zuhilfenahme nur weniger Faustregeln zu lösen.
<b>Hilfeleistung (beneficence), ethisches Prinzip der</b>	Hilfeleistung (auch Fürsorge) bedeutet u.a. im Sinne des traditionellen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Ethos, dass auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden soll, die Not gelindert und dass insgesamt das Wohl des Patienten gefördert werden soll.

<b>Ideologie-distanzierung</b>	Die Ideologiedistanzierung ist ein methodischer Versuch, in einem Diskurs keine bestimmte Ideologie (z.B. Weltanschauung, politisches Programm) zu vertreten oder zu präferieren, sondern den Diskurs diesbezüglich so neutral bzw. offen wie möglich zu gestalten.
<b>Implikation, ethische</b>	Die Implikation ist ein nicht explizit ausgedrückter, sondern ein mitgemeinter Bedeutungsinhalt, z.B. Therapiebegrenzung, der ethische Fragen aufwirft.
<b>implizit</b>	unausgesprochen, aber mitgemeint (im Ggs. zu explizit)
<b>implizite Entscheidungsprozesse</b>	siehe Entscheidungsprozesse, implizite
<b>implizite Rationierung</b>	siehe Rationierung, implizite
<b>Individuethik</b>	Individuethik ist eine ethische Betrachtung, die nach dem moralisch richtigen Handeln einer Person (Individuum) und nach den moralischen Ansprüchen an eine Person fragt.
<b>Indikation</b>	Indikation bedeutet Heilanzeigen, Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Verfahrens.
<b>informelle Entscheidungsprozesse</b>	siehe Entscheidungsprozesse, informelle
<b>informationskritisch</b>	die kritische Reflexion von empirischer und normativer Information
<b>informationskritischer Ansatz</b>	siehe Ansatz, informationskritischer
<b>informativer sozialer Einfluss</b>	siehe Einfluss, informativer sozialer
<b>informierte Einwilligung/ Informed Consent</b>	siehe Einwilligung, informierte
<b>informelle Therapieentscheide</b>	siehe Therapieentscheide, informelle
<b>inhaltliche Konsistenz</b>	siehe Konsistenz, inhaltliche

<b>Inkonsistenz</b>	Widerspruch; In METAP gelangt der Begriff zur Verwendung, wenn ethische Fragen nach persönlichen Wertvorstellungen reflektiert werden und nicht nach allgemein akzeptierten und definierten ethischen Kriterien.
<b>Interaktion</b>	Interaktion bezeichnet das wechselseitige Aufeinander-Einwirken von Akteuren oder Systemen und ist eng verknüpft mit den übergeordneten Begriffen Kommunikation, Handeln und Arbeit. Manchmal werden diese Begriffe synonym verwendet ( <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Interaktion">http://de.wikipedia.org/wiki/Interaktion</a> ).
<b>Interdisziplinarität</b>	Interdisziplinär ist wissenschaftliche Forschung, bei welcher der Handlungsbereich einer einzelnen wissenschaftlichen Disziplin überschritten wird, wobei kooperative bzw. integrative Zusammenarbeit im Vordergrund steht und nicht nur wie bei sog. Multidisziplinarität ein Zusammentragen von Erkenntnissen verschiedener Disziplinen stattfindet.
<b>interprofessionelle Zusammenarbeit, Interprofessionalität</b>	Interprofessionelle Zusammenarbeit heißt berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit (z.B. von ÄrztInnen, Pflegefachpersonen, TherapeutInnen, Psychologen-SozialarbeiterInnen und Seelsorger).
<b>Interesse, wohlverstandenes</b>	Durchführung von medizinisch oder pflegerisch indizierten Maßnahmen, denen ein urteilsfähiger Patient in der entsprechenden Situation wahrscheinlich zustimmen würde.
<b>interne Evidenz</b>	siehe Evidenz, interne
<b>intra-professionelle Diskordanz</b>	siehe Diskordanz, intraprofessionelle
<b>interprofessionelle Diskordanz</b>	siehe Diskordanz, interprofessionelle
<b>intersubjektiv</b>	etwas, das prinzipiell für alle Personen gleichermaßen zugänglich, erfahrbar oder nachvollziehbar ist
<b>Inter- und Intra-Untersucher-Variabilität</b>	Inter- und Intra-Untersucher-Variabilität bedeutet ungleiche Untersuchungsergebnisse innerhalb (intra) und zwischen (inter) den untersuchenden Personen.
<b>Interviewstudie, qualitative</b>	Befragung anhand von Methoden qualitativer Forschung (z.B. Interviews mit halbstandardisierten Fragebogen, Interviewleitfaden, narrative Interviews usw.).

<b>Information, geteilte und nicht geteilte</b>	In jeder klinischen Gruppe haben die Einzelnen ein gewisses Informationspotential gemeinsam. Aber es gibt auch besondere Wissensinhalte, die nicht jeder zur Verfügung hat. Gruppen haben die Tendenz, sich auf allseits bekannte Information zu konzentrieren (geteilte Information), jedoch neue, besondere Information, die nur wenigen Mitgliedern bekannt ist (nicht geteilte Information), zu ignorieren.
<b>Intuition, moralische</b>	Moralische Intuition meint ein spontanes Empfinden, dass „etwas“ in der Behandlung oder im Behandlungsplan stört, ohne dass es dem Empfindungsträger bewusst sein muss, wodurch diese Störung ausgelöst ist.
<b>Klugheitsgebot, distributives kollektives</b>	Ein Gebot der Klugheit orientiert sich nicht an moralischen Vorgaben, sondern an der Erreichung eigener Interessen. Ein kollektives Klugheitsgebot bezieht sich auf die Interessen eines Kollektivs (Gesellschaft). Ein distributives kollektives Klugheitsgebot bezieht sich auf die Interessen eines Kollektivs, was die Interessen an Verteilung oder Zuteilung von Ressourcen betrifft.
<b>kommunitaristisch</b>	siehe Kommunitarismus
<b>Kommunitarismus</b>	Kulturphilosophische und z.T. ethische Richtung, die davon ausgeht, dass über die Grundsätze der Gerechtigkeit nur vor dem Hintergrund einer kulturell, historisch oder religiös definierten Gemeinschaft und einer darin eingebetteten gemeinschaftlichen Konzeption des Guten geurteilt werden kann; die freie Entfaltung des Einzelnen ist nur dann erlaubt, wenn sie sozial verträglich bleibt.
<b>komplexe Therapieentscheide oder Entscheidungssituationen</b>	siehe Therapieentscheide, komplexe, oder Entscheidungssituationen, komplexe
<b>Konformitätstendenz von Gruppen</b>	Konformitätstendenz meint, dass mit zunehmender Anzahl der Gruppenmitglieder, bis zu einem bestimmten Punkt, die Übereinstimmung bzw. Einigkeit der Entscheidung wächst. Unter diesen Umständen entsteht ein Risiko für vorschnellen Konsens.
<b>Konsistenz</b>	Widerspruchsfrei; Innerhalb METAP gelangt der Begriff Konsistenz zur Anwendung, wenn die ethische Fragestellung stets nach denselben, definierten ethischen Kriterien und mit demselben Entscheidungsverfahren (Eskalationsmodell) gelöst wird.
<b>Konsistenz, formale</b>	Das Kriterium der formalen Konsistenz in METAP zielt auf einen einheitlichen, verbindlichen Ablauf des Entscheidungsverfahrens, das beispielsweise auch gefährdete Patientengruppen evidenzgestützt im Blick hält. Durch ein verbindliches Verfahren und definierte ethische Kriterien lassen sich Intransparenz wie auch nach persönlichen Wertvorstellungen durchgeführte implizite Rationierungen erkennen und ungerechtfertigte Unter- und Ungleichbehandlung, aber auch Überversorgung eher vermeiden.

<b>Konsistenz, inhaltliche</b>	Inhaltliche Konsistenz in METAP erfordert, dass die ethische Problemanalyse und die Entscheidungsoption nach definierten, allgemein akzeptierten ethischen Kriterien reflektiert werden.
<b>kontraktualistisch</b>	siehe Kontraktualismus
<b>Kontraktualismus (Vertragstheorie)</b>	Ein Ethiktheorie, die davon ausgeht, dass grundlegenden moralischen Institutionen einer Gesellschaft durch einen hypothetischen „Vertrag“ zugestimmt wird, da die Einigung auf allgemein verbindliche Rahmenbedingungen, die zumindest teilweise auch von einem Souverän (Staat) geahndet werden können (z.B. Betrugsverbot oder moralische und legale Sanktion von Mord usw.), in einer Gesellschaft in jedermanns eigenem Interesse ist.
<b>Mitleidsethik</b>	Eine Ethiktheorie, die davon ausgeht, dass der einzige Grund, uneigennützig (moralisch) zu handeln, das Mitleid und die Identifikation mit anderen Personen ist.
<b>Leitlinie, evidenz-basierte</b>	Leitlinien sind Entscheidungshilfen für klinische Fachleute und werden nach einem allgemein anerkannten Verfahren entwickelt. Sie sind als Empfehlungen zu verstehen, die beschreiben, wie bei einer bestimmten Fragestellung entschieden werden soll. Sie haben zum Ziel, das zurzeit beste verfügbare Wissen zu einer definierten Fragestellung in die Praxis zu transportieren. Leitlinien beruhen nicht nur auf einem Konsens der verschiedenen klinischen Berufsgruppen, sondern auch auf gut abgesicherten Erkenntnissen aus Forschungsarbeiten, der wissenschaftlichen Evidenz. Sie bilden also eine Orientierungshilfe, die einen Entscheidungs- und Handlungskorridor definiert, von dem in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Eine Leitlinie steht damit im Gegensatz zur Richtlinie, welche allgemein verbindliche Vorgaben macht. Leitlinien sollen stets nur patientenbezogen zur Anwendung kommen und müssen regelmäßig überarbeitet werden.
<b>Makroallokation</b>	Zuteilung von Ressourcen auf gesellschaftspolitischer Ebene (z.B. Verfassungs- oder Gesetzesänderungen auf nationaler Ebene).
<b>materiale Gerechtigkeit</b>	siehe Gerechtigkeit, materiale
<b>medizinethisches Prinzip</b>	siehe Prinzip, medizinethisches
<b>Medizin, evidenz-basierte</b>	Evidenz-basierte Medizin (EbM, von englisch evidence-based medicine: „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“) ist jede Form von medizinischer Behandlung, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.
<b>Mesoallokation</b>	Zuteilung von Ressourcen auf institutioneller oder regionaler Ebene



<b>Metaethik</b>	Philosophisches Teilgebiet der Ethik, welches sich mit den sprachlichen, logischen, erkenntnistheoretischen, metaphysischen und handlungstheoretischen Aspekten der Ethik (als Untersuchung der Moral) beschäftigt, so z.B. mit der Wissenschaftlichkeit der Ethik, der Objektivität moralischer Urteile, mit Begründungsstrukturen moralischer Urteile usw.
<b>Mikroallokation</b>	Zuteilung von Ressourcen am Krankenbett bei einzelnen Patienten und Patientinnen
<b>mikroallokations-ethisch</b>	Reflexion gerechtigkeitsethischer Fragen im Kontext der Zuteilung von Ressourcen am Krankenbett
<b>Moderator, Moderatorin (im Rahmen von METAP)</b>	Einzelne Mitglieder der Steuergruppe (siehe dort) können bei entsprechender Führungsqualifikation und Schulung bzgl. der Inhalte von METAP die Gesprächsführung während der ethischen Fallbesprechung übernehmen.
<b>modular</b>	baukastenartig; Bedeutung für METAP: Die einzelnen Informationsteile von METAP können entsprechend dem individuellen Orientierungsbedürfnis in der spezifischen Patientensituation einzeln oder auch in Teilen benützt werden.
<b>moralisches Dilemma</b>	siehe Dilemma, moralisches
<b>moralischer Dissens</b>	siehe Dissens, moralischer
<b>moralische Intuition</b>	siehe Intuition, moralische
<b>Mortalität</b>	Sterblichkeit
<b>mutmaßlicher Patientenwille</b>	siehe Patientenwille, mutmaßlicher
<b>narrative Übersichtsarbeit</b>	siehe Übersichtsarbeit, narrative (review)
<b>negative Freiheit</b>	siehe Freiheit, negative
<b>Norm</b>	Normen des Verhaltens sind Regeln des konventionellen Verhaltens (z.B. Traditionen) oder dienen im rechtlichen oder moralischen Sinn als genereller Imperativ für das Handeln von Einzelnen und Gruppen.
<b>normativ</b>	Normativ bedeutet normgebend oder auf Normen oder Regeln bezogen (siehe deskriptiv).
<b>normative Ethik</b>	siehe Ethik, normative
<b>normativer sozialer Einfluss</b>	siehe Einfluss, normativer sozialer
<b>Omission-Bias</b>	Siehe Unterlassungseffekt bzw. -fehler

**Palliative Care**

Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Behandlung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen, spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt (WHO 2002).

**Patientenautonomie, Respekt vor der Patientenautonomie**

siehe Autonomie

**Patientengruppen, vulnerable**

Der Begriff der Vulnerabilität wird in der Literatur bio-psycho-sozial oder philosophisch-anthropologisch diskutiert. Wir beziehen uns bei der Begriffsbestimmung überwiegend auf die bio-psycho-soziale Definition. Unter Vulnerabilität verstehen wir ein Set unspezifischer Faktoren. Keiner dieser Faktoren ist für sich genommen hinreichend oder notwendig für die Entwicklung einer Erkrankung. Als Gegenpol zur Vulnerabilität verstehen wir die Resilienz als individuelle Anpassungsfähigkeit an eine sich ständig ändernde Umwelt. Dem einzelnen Patienten sprechen wir dann erhöhte Vulnerabilität zu, wenn bei ihm längerfristig von einer verminderten oder gar fehlenden selbstregulierenden Anpassungsfähigkeit an die ständig ändernde Umwelt ausgegangen werden muss. Vulnerabilität tritt in sehr variablen Ausprägungen auf. Die ätiologischen Unterschiede sind qualitativ, nicht quantitativ. Deshalb erfordert die Beachtung derselben in METAP einen personalisierten statt standardisierten Zugang. Folgende Gesichtspunkte gilt es bei der Verwendung des Begriffs ebenfalls zu berücksichtigen: Vulnerabilität birgt ein Risiko für „Labeling“, also Festschreibungen von Personen auf gewisse Merkmale. Statt Befähigung („Empowerment“) zu fördern, kann Paternalismus resultieren und die Selbstbestimmung des Patienten mehr als nötig einschränken. Der Gruppe der hochbetagten, chronisch kranken, terminalen oder urteilsunfähigen PatientInnen mit unklarem Patientenwillen schreiben wir deshalb explizit Vulnerabilität zu, weil sie im bio-psycho-sozialen Kontext ein weit größeres Risikopotential für unangemessene Versorgung haben als beispielsweise PatientInnen mit einer isolierten, behandlungsfähigen Erkrankung. Vulnerabilität verstehen wir in erster Linie als Hinweiskriterium, welches eine offene Diskussion unter denen an der Therapieentscheidung involvierten Personen auslösen soll.

**Patientenverfügung**

Als Patientenverfügung bezeichnet man eine Willenserklärung, die eine entscheidungsfähige Person vorsorglich für eine Situation trifft, in der sie selbst nicht entscheidungsfähig sein wird.

Die Person kann verfügen, welche Maßnahmen in bestimmten Situationen zu ergreifen oder zu unterlassen sind.

Die Bedeutung und Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen ist in Deutschland, Österreich, Luxemburg und auch der Schweiz geregelt.

<b>Patientenwille, direkter</b>	Unter dem direkten Patientenwillen wird der direkt geäußerte Wille des urteilsfähigen Patienten verstanden.
<b>Patientenwille, mutmaßlicher</b>	Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens geht das Behandlungs- und Betreuungsteam der Frage nach, wie ein (aktuell) urteilsunfähiger Patient in der jetzigen Situation entscheiden würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Der mutmaßliche Patientenwille ergibt sich aus den Hinweisen 1. einer Patientenverfügung, 2. einer Vorsorgevollmacht, 3. aus früher gemachten mündlichen Äußerungen des Patienten hinsichtlich seines Willens gegenüber Angehörigen, Behandlungsteam oder Hausarzt und 4. von einem gesetzlichen Vertreter. Die Ermittlung zielt unmittelbar auf den authentischen Willen des Patienten und nicht auf den Willen von Dritten.
<b>personale Autonomie</b>	siehe Autonomie, personale
<b>Perspektivenwechsel, systematischer</b>	explizites (methodisches) Durchführen eines Wechsels von der eigenen Perspektive in die Perspektiven verschiedener tatsächlich betroffener oder möglicherweise betroffener Personen, Gruppen, Institutionen und sogar Gemeinschaften.
<b>positive Freiheit</b>	siehe Freiheit, positive
<b>Prädiktor</b>	Ein Prädiktor ist die Bezeichnung für eine bzw. mehrere Variablen, die zur Vorhersage eines Kriteriums (z.B. Multimorbidität) eingesetzt werden.
<b>präskriptiv</b>	empfehlend oder aber stark vorschreibend („unbedingtes Sollen“)
<b>Prinzip, ethisches</b>	1) oberste inhaltliche Norm; 2) formaler Gesichtspunkt, von dem aus sich die Gültigkeit einzelner Normen beurteilen lassen kann (z.B. Kants Kategorischer Imperativ). Die Prinzipien (in METAP) sind primär im ersten Sinn zu verstehen. Prinzipien dienen dazu, Werte zu realisieren bzw. Handlungsweisen zu empfehlen, welche eine Realisierung von Werten nach sich ziehen oder diese wenigstens in die Wege leiten.
<b>Prinzip, medizinethisches</b>	Als wichtige ethische Prinzipien der Medizinethik (im Sinne inhaltlicher Normen) gelten gemeinhin: Hilfeleistung (beneficence), Schadensvermeidung (non-maleficence), Respekt vor der Autonomie (respect for autonomy), Gerechtigkeit (justice).
<b>Prognose</b>	Vorhersage; Voraussicht auf den Krankheitsverlauf, Heilungsaussichten
<b>prozedurale Gerechtigkeit</b>	siehe Verfahrensgerechtigkeit
<b>Prozessverlust in Gruppen</b>	In jeder Gruppe gibt es besondere Wissensinhalte, die nicht jeder Person zur Verfügung stehen. Untersuchungen zeigen, dass Gruppen die Tendenz haben, sich auf allseits bekannte Information zu konzentrieren (geteilte Information), jedoch neue, besondere Information, die nur wenigen Mitgliedern bekannt ist (nicht geteilte Information), zu ignorieren. Gruppen diskutieren wesentlich mehr über geteilte als über nicht geteilte Information. Diese geteilten Informationen erscheinen daher glaubwürdiger, weil sie konsensual validiert sind. So bleiben diese Wissensinhalte ungenutzt, die aber wichtig sein könnten.

<b>qualitative Studie</b>	siehe Studie, qualitative
<b>qualitative Interviewstudie</b>	siehe Interviewstudie, qualitative
<b>quantitative Studie</b>	siehe Studie, quantitative
<b>Rationierung</b>	Rationierung bezieht sich auf das vorübergehende oder dauerhafte Vorenthalten notwendiger klinischer Maßnahmen aus Kostengründen. Als notwendig wird eine Maßnahme dann definiert, wenn sie einen Einfluss hat auf die Lebensqualität oder Lebensverlängerung. Es gibt implizite und explizite Rationierung.
<b>Rationierung, implizite (verdeckte Rationierung)</b>	Das Vorenthalten notwendiger medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen erfolgt nicht nach definierten Regeln, sondern wird von den klinisch Tätigen je nach Situation nach persönlichen Norm- und Wertvorstellungen vorgenommen.
<b>Rationierung, explizite</b>	Das Vorenthalten notwendiger medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen erfolgt nach definierten Regeln.
<b>Rationalisierung</b>	Rationalisierung bedeutet im Gegensatz zur Rationierung lediglich die Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung, das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven und den effizienten Einsatz von Mitteln.
<b>Respekt vor der Patientenautonomie</b>	siehe Autonomie
<b>Ressourcenallokation</b>	siehe Allokation
<b>Richtlinie</b>	Richtlinien machen allgemein verbindliche Vorgaben. Nichtbefolgen einer Richtlinie kann rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Leitlinien werden demgegenüber als Empfehlung verstanden, die einen Handlungskorridor definieren, von dem aber in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder soll.
<b>Risiko-prädiktoren</b>	Ein Risikoprädiktor bezeichnet Aussagen über Ereignisse, Zustände oder Entwicklung bzgl. Risiken in der Zukunft (siehe Prädiktor).
<b>Schadensvermeidung, ethisches Prinzip der</b>	Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, möglichen Schaden vom Patienten fern zu halten bzw. dem Patienten nicht zu schaden (non-maleficence).
<b>Scoring-System</b>	ein Klassifikationsystem zur Beurteilung der Ausprägung einer Variablen (Messgröße)

<b>Selbstbestimmungsrecht</b>	Das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper gehört zum Kernbereich der Würde und Freiheit des Menschen und wird durch die meisten westlichen Verfassungen und Zivilgesetzbücher geschützt. Jeder Mensch hat das Recht, eine medizinische Maßnahme zu gestatten oder zu verweigern. Außer in Notfällen stellt jede gegen den Willen des urteilsfähigen Patienten durchgeführte Maßnahme (z.B. Operation vornehmen oder Magensonde legen) eine Körperverletzung dar und ist aus ethischer und rechtlicher Perspektive abzulehnen (ZGB Art. 28). Der Respekt vor der Patientenautonomie fordert, dass medizinische Fachleute das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten achten.
<b>Shared-Decision-Making</b>	Shared-Decision-Making meint die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient, Patientin und Arzt, Ärztin. Informationen fließen in beide Richtungen, die Werte des Patienten sind allen bekannt und werden beachtet.
<b>signifikant, Signifikanz (statistisch)</b>	Ein Forschungsergebnis ist dann statistisch signifikant, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass es durch Zufall so zustande gekommen wäre, sehr gering ist. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen zwei Variablen ist ein überzufälliger Zusammenhang.
<b>sozioökonomischer Status</b>	siehe Status, sozioökonomischer
<b>Status, sozioökonomischer</b>	Der sozioökonomische Status eines Menschen setzt sich zusammen aus verschiedenen Merkmalen wie Bildung, ökonomischen Verhältnissen, Wohnort und sozialem Prestige.
<b>Stellvertreter des Patienten, stellvertretende Angehörige oder Bezugsperson</b>	Als Stellvertreter wird eine vom Patienten z.B. in einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht ermächtigte Vertrauensperson, Bezugsperson, Ehepartner/In, naher Angehöriger bezeichnet. So autorisierte Stellvertreter können rechtsverbindlich über Behandlungen entscheiden.
<b>Steuergruppe (innerhalb METAP)</b>	In jedem klinischen Bereich, in dem METAP eingeführt wird, soll eine Steuergruppe gebildet werden. Die Steuergruppe ist eine interdisziplinäre Gruppe motivierter Fachkräfte, die idealerweise zusätzlich in Hintergrund und Handhabung von METAP geschult worden ist oder sich selbst weiterbildet. Die Mitglieder der Steuergruppe unterstützen die Implementierung, indem sie METAP in die Alltagsroutine integrieren, selbst ethische Fragen aufgreifen oder bei ethischen Fragen den Teammitgliedern mit Rat und Tat zur Seite stehen. Mitglieder der Steuergruppe können bei entsprechender Führungsqualifikation eine ethische Fallbesprechung moderieren. Sie führen durch die Fallbesprechung und sind für das Protokoll bzw. dessen Delegation zuständig.
<b>Studie, qualitative</b>	Unter qualitativen Studien wird die Erhebung nichtstandardisierter Daten und deren Auswertung verstanden, z.B. Beobachtung, Interview, Fallstudie.
<b>Studie, quantitative</b>	Bei der quantitativen Forschung geht es darum, Verhalten in Form von Modellen, Zusammenhängen und zahlenmäßigen Ausprägungen (Statistik) möglichst genau zu beschreiben und vorhersagbar zu machen. Hypothesen werden angenommen oder verworfen.

<b>Stufenmodell</b>	siehe Eskalationsmodell von METAP
<b>systematische Auswertung</b>	siehe Auswertung, systematische
<b>systematischer Perspektivenwechsel</b>	siehe Perspektivenwechsel, systematischer
<b>systematische Übersichtsarbeit</b>	siehe Übersichtsarbeit, systematische (systematic review)
<b>systematische Verzerrung</b>	siehe Verzerrung, systematische
<b>Theorien-Pluralismus</b>	Wissenschaftstheoretischer Ansatz, der davon ausgeht, dass mehrere (wissenschaftliche) Theorien gleichberechtigt nebeneinander existieren können und jede Theorie durch ihre spezifische Perspektive einen bestimmten Schwerpunkt setzt. Dadurch ist auch die Verwendung mehrerer Theorien bei einem Sachverhalt möglich und sinnvoll.
<b>Therapieentscheide, informelle</b>	nichtstrukturierte Therapieentscheide
<b>Therapieentscheide, komplexe</b>	Komplexität kann unterschiedlich definiert werden. Bei medizinethischen Entscheidungssituationen spielen folgende Merkmale eine Rolle: 1. großer Umfang an unterschiedlichen, stark vernetzten Informationspaketen, 2. unterschiedliche, ambivalente oder unsichere Bewertung dieser Informationspakete, 3. Eigendynamik: Die Entscheidung erfolgt in einem Zustand permanenter Veränderung der Patientensituation, 4. Zeitverzögerungen: Nicht alle Entscheidungen haben zeitnahe Konsequenzen oder können von anderen Resultaten überlagert werden, 5. Zeitdruck und 6. Irreversibilität: Entscheide können in einer kritischen Patientensituation unumkehrbare Folgen haben. Eine medizinethische Entscheidung in einer komplexen Situation stellt demnach Anforderungen an den Umgang mit Unsicherheit, Intransparenz, an die Einmaligkeit der Situation oder an Informationsfülle bzw. Informationsmangel. Nicht selten dominieren Zeitdruck oder widersprüchliche Ziele das Geschehen.
<b>Transdisziplinarität</b>	Meist disziplinenübergreifende (interdisziplinäre) wissenschaftliche Forschung, bei welcher die potentiellen Nutzer der Forschungsergebnisse (i.d.R. ausserwissenschaftliche Akteure) aktiv in die Forschung eingebunden werden. Sie stellen daher keine „Objekte“ der Forschung dar (die untersucht werden), sondern sind Subjekte der Forschung (die selber am Forschungsprozess teilnehmen). Die potentiellen Nutzer sind oft auch maßgeblich bei der Definition des aus der Lebenswelt oder der Gesellschaft stammenden Forschungsproblems beteiligt oder zumindest stark berücksichtigt (im Vergleich z.B. zu traditionell disziplinärer, innerwissenschaftlich ausgerichteter Forschung).
<b>tugendethisch</b>	siehe Tugendethik

<b>Tugendethik</b>	Eine ethische Richtung, bei der die menschliche Tugend den Zentralbegriff der Ethik darstellt und sich mehr mit der Frage beschäftigt, was einen guten, tugendhaften Menschen auszeichnet, als mit der Frage, was eine moralische Handlung darstellt; klassische Tugenden sind dabei Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Mäßigung.
<b>Übersichtsarbeit,</b>	Eine Übersichtsarbeit ist eine wissenschaftliche Übersicht/Zusammenfassung des gegenwärtigen Forschungsstandes zu einem Forschungsthema.
<b>Übersichtsarbeit, narrative (review)</b>	Bei einer narrativen Übersichtsarbeit ist der Entwicklungsprozess nicht nach einer verbindlichen Methodik erstellt worden. Es sind systematische Verzerrungen zu erwarten.
<b>Übersichtsarbeit, systematische (systematic review)</b>	Bei der systematischen Übersichtsarbeit wird der gesamte Entwicklungsprozess, von der Literatursuche über die Auswahl der Bewertungskriterien oder die Anwendung der Befunde auf die Fragestellung, transparent gemacht. Dabei wird anhand expliziter Kriterien relevante Literatur gesucht, kritisch beurteilt, ausgewählt und zusammengestellt. Eine systematische Übersichtsarbeit hat deshalb den Anspruch, systematische Verzerrungen (möglichst) zu kontrollieren.
<b>Überversorgung</b>	Überversorgung wird oft mit „Medical Futility“ gleichgesetzt, einem aus dem englischen Sprachraum stammenden Konzept, mit dem in der Literatur sinnlose, nutzlose, ineffektive oder aussichtslose medizinische Therapie beschrieben werden. „Medical Futility“ charakterisiert eine therapeutische Maßnahme, bei der das angestrebte Therapieziel aller Voraussicht nach nicht zum Ziel führt.
<b>Ungleichbehandlung, ungerechtfertigte (in der Schweiz)</b>	Eine ungleiche Behandlung ist dann unzulässig, wenn sie kein (aus ethischer Perspektive) nachvollziehbares Motiv hat und nicht auf einer vernünftigen Begründung beruht. Eine Unter- oder Ungleichversorgung, die sich auf eines der in Art. 8 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung genannten Kriterien (Herkunft, Rasse, Geschlecht, Alter, Sprache, soziale Stellung, Lebensform, religiöse, weltanschauliche oder politische Überzeugung oder körperliche, geistige oder psychische Belastung) stützen würde, wäre damit verfassungswidrig.
<b>Ungleichversorgung</b>	Eine Ungleichversorgung von Patienten kann von Parametern wie Geschlecht, Bildung, Alter, Sympathie oder Pflegeintensität ausgelöst werden, obwohl die Therapiesituation der Betroffenen vergleichbar ist und für die medizinische Intervention ein subjektiver und objektiver Bedarf besteht sowie ein Nachweis von Nutzen und Wirtschaftlichkeit vorliegt.
<b>Unit of Care</b>	Unit of Care („Einheit der Fürsorge“, „fürsorgliche Bezugsgruppe“) bezeichnet die Erkenntnis, dass es bei Situationen gerade am Lebensende nicht nur um den Patienten, sondern auch um seine nahe stehenden Angehörigen, Begleiter und Behandelnde geht, weil auch diese von der Herausforderung erfasst und betroffen werden und ggf. Unterstützung brauchen.
<b>Unterlassungseffekt bzw. Unterlassungsfehler</b>	Der Unterlassungseffekt oder Omission-Bias beschreibt die subjektive Wahrnehmung, dass es riskanter erscheint, zu handeln als nichts zu tun (omission = Unterlassung/Nichtstun/Beibehalten des aktuellen Zustandes; Entscheidungsvermeidung).

<b>Unterversorgung</b>	Die Unterversorgung charakterisiert eine nichtdurchgeführte Maßnahme innerhalb einer definierten Fragestellung, obwohl ein subjektiver und objektiver Bedarf besteht und der Nachweis des Nutzens für den Patienten, die Patientin und der Wirtschaftlichkeit vorliegt.
<b>Urteilsfähigkeit</b>	Urteilsfähigkeit ist keine definierte Eigenschaft, sondern bezieht sich immer auf die jeweils zu beurteilende Situation. <b>Urteilsfähigkeit</b> (Art. 16 ZGB) beinhaltet drei Charakteristiken: die Fähigkeit, vernunftgemäß zu handeln die Fähigkeit, logisch zu handeln ist unabhängig von Alter und Mündigkeit (Volljährigkeit) Die „vernunftgemäße“ Entscheidung bezieht sich auf die jeweilig zu entscheidende Situation und ist keine generelle kognitive Fähigkeit. Auch hochbetagte Menschen oder Jugendliche können je nach ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit und der Tragweite der zu entscheidenden Situation urteilsfähig sein. Das Prädikat „vernunftgemäß“ lässt keine Wertung durch Dritte zu. Ein urteilsfähiger Patient darf, wenn er angemessen informiert worden ist, eine aus medizinischer Sicht unvernünftige Entscheidung fällen.
<b>utilitaristisch</b>	siehe Utilitarismus
<b>Utilitarismus</b>	Eine Ethiktheorie, die die Folgen einer Handlung oder Handlungsregel hinsichtlich ihrer Möglichkeit, Nutzen (z.B. in Form von Glück oder Präferenzenerfüllung) zu maximieren, als einzig zulässiges moralisches Kriterium betrachtet. Dabei geht es i.d.R. um die Maximierung des Gesamtnutzens in der Welt bzw. aller empfindungsfähigen Lebewesen und keineswegs um die egoistische Nutzenmaximierung (sog. ethischer Egoismus). Nach dem Utilitarismus ist keine Handlung oder Handlungsregel an sich (intrinsisch) moralisch richtig oder falsch (siehe als Ggs.: Deontologie).
<b>Validität</b>	Mit Validität ist die Gültigkeit oder Glaubwürdigkeit einer wissenschaftlich fundierten Aussage gemeint. Validität wirkt daher als ein Gütekriterium.
<b>Verfahrens- oder Prozessgerechtigkeit</b>	Die Gerechtigkeitsforschung zeigt, dass wahrgenommene Gerechtigkeit nicht nur durch die angewandten Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit, sondern ebenso durch das Entscheidungsverfahren bestimmt wird, mit dem die gerechtigkeitsethische Frage geklärt wird. Auf der Grundlage dieser Überlegungen wurde innerhalb METAP ein Konzept unterschiedlicher Entscheidungswege entwickelt (siehe Eskalationsmodell), das je nach der Stärke der ethischen Problemwahrnehmung und der Dringlichkeit individuell zur Problemlösung herangezogen werden kann.
<b>Verteilungsgerechtigkeit</b>	Gerechte Verteilung von Gütern (Ressourcen) und/oder die gerechten Regeln einer Verteilung von Gütern



<b>Verzerrung, systematische bei medizinethischen Entscheiden</b>	Als systematischer Fehler (auch systematische Abweichung oder Verzerrung; engl. systematic error oder bias) werden Entscheidungsfehler bezeichnet, die sich bei wiederholter Durchführung nicht aufheben. Systematische Fehler haben also „Schlagseite“. Sie bewirken eine in der Tendenz aus ethischer Perspektive unangemessene Entscheidung. Systematische Fehler bei medizinethischen Entscheiden können entstehen durch unreflektierte Werte und Normen, einseitige ökonomische Werte, schwache empirische und normative Evidenz, logische und entscheidungspsychologische Denkfehler. ( <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Systematischer_Fehler">http://de.wikipedia.org/wiki/Systematischer_Fehler</a> )
<b>Vorsorgevollmacht</b>	Mit einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigt eine Person eine andere, im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben für sie zu erledigen. Mit der Vorsorgevollmacht entscheidet die bevollmächtigte Person im Willen der urteilsunfähigen Vollmachtgeberin.
<b>vulnerabel</b>	Besondere Verletzlichkeit aufgrund bio-psycho-sozialer Einflussfaktoren, die prädisponierend sind für unangemessene Versorgung, z.B für Benachteiligung, Ungleich- oder Überversorgung (siehe auch Vulnerabilität).
<b>vulnerable Patientengruppen</b>	siehe Patientengruppen, vulnerable
<b>Werte, ethische</b>	Werte geben etwas zum Ausdruck, das erstrebenswert, gewünscht, gewollt wird oder das verwirklicht werden soll. Werte sind bewusste oder unbewusste Orientierungsdirektiven für menschliche Handlungen (faktische wie hypothetische), welche lebens- und sinnstiftende Funktion haben und bewertend wirken.
<b>Wertvorstellungen</b>	Individuelle oder soziale Auffassungen darüber, was wertvoll (bzw. ein Wert) ist und was nicht, sowie darüber wie ein bestimmter Wert zu interpretieren ist.
<b>wohlverstandenes Interesse</b>	siehe Handeln im wohlverstandenen Interesse des Patienten, der Patientin
<b>WZW-Kriterien</b>	Eine Therapie muss dann nicht ausgeführt werden, wenn sie nicht wirksam, zweckmäßig oder wirtschaftlich ist.

# MATERIALIEN

<b>M1</b>	<b>Identifikation des ethischen Problems</b> .....	<b>310</b>
<b>M2</b>	<b>Hilfsmittel für die Informationssammlung</b> .....	<b>311</b>
	- Checkliste zur Informationssammlung.....	311
	- Diagnose von Über-, Unter- oder Ungleichversorgung.....	312
<b>M3</b>	<b>Hilfsmittel für die ethische Fallbesprechung</b> .....	<b>312</b>
	- Checkliste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung.....	313
	- Ablaufschema für die ethische Fallbesprechung.....	314
	- Problemmatrix.....	315
	- Ethische Evaluation der Therapieoption.....	316
	- Protokollmaske für die ethische Fallbesprechung.....	317

## Identifikation des ethischen Problems

### Respekt vor der Autonomie / Respekt vor dem Patientenwillen

- Ist der (direkte oder mutmaßliche) Patientenwille angemessen berücksichtigt worden?
- Welche Werte sind dem Patienten wichtig?
- Urteilsfähigkeit vorhanden: Konnte der Patient, die Patientin seinen/ihren Willen auf Grund verständlicher Informationen und ohne äußeren Zwang bilden?
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Ist die stellvertretende Person bekannt? Wurde der mutmaßliche Patientenwille sorgfältig erhoben und von Willensäußerungen Dritter unterschieden?

### Hilfeleistung / Nutzen

- Weisen die bisherigen oder geplanten Maßnahmen einen medizinischen/ pflegerischen Nutzen für den Patienten, die Patientin auf, helfen sie ihm bzw. ihr?
- Dienen die bisherigen oder geplanten Maßnahmen dem Patientenwohl?

### Schaden und Nebenwirkungen vermeiden

- Verursacht die aktuelle Situation für den Patienten Leiden / Schaden / Nebenwirkungen in unverhältnismäßigem Umfang?
- Liegen Hinweise auf eine mögliche Überversorgung vor (siehe Hinweise rechts)?

### Risikokriterien für Überversorgung

- Mangelnde Wirksamkeit der Maßnahme
- Fragliche Verhältnismäßigkeit von physischen und psychischen Belastungen oder Schmerz durch Maßnahme, auch bei Erreichen des therapeutischen Ziels
- Keine nennenswerte Zustandsverbesserung durch die Maßnahme zu erwarten
- Die Maßnahme erzeugt einen Effekt, aber es werden dabei nicht die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind.

### Gerechtigkeit / Gleichbehandlung

- Liegen Hinweise auf eine Unter- oder Ungleichversorgung vor und wurden diese Hinweise sorgfältig berücksichtigt (siehe Hinweise rechts)?
- Haben Sie den Eindruck, dass der Patient, die Patientin aufgrund persönlicher Wertvorstellungen oder einseitiger ökonomischer Überlegungen benachteiligt wird?
- Hat die aktuelle Situation ungerechte Folgen gegenüber anderen Patienten?

### Risikokriterien für Unter-/ Ungleichversorgung

- Fortgeschrittenes Lebensalter
- Weibliches Geschlecht
- Tiefer sozioökonomischer Status
- Ethnische Minderheit
- Alleinstehend
- Chronische Krankheit
- Multimorbidität
- Hohe Pflegeintensität
- Urteilsunfähigkeit
- Psychische Erkrankung
- Demenz
- Terminale Erkrankung

### Wahrnehmung und Interaktion

- Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
- Können Sie Ihre Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und allenfalls Kritik frei äußern?

### Informationsgrundlage

- Gibt es gemäß „Checkliste Informationssammlung“ wichtige fehlende Informationen?

Checkliste zur Informationssammlung

Behandlung und Betreuung	Medizinische Informationen	Pflegerische/therapeutische Informationen	Prognose
<p>Was sind aktuell die größten medizinischen Probleme?</p> <p>Sind alle sinnvollen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt worden?</p> <p>Wie ist der therapeutische Nutzen des aktuellen Therapieplans zu beurteilen?</p> <p>Wie groß ist das Komplikationsrisiko dieser Maßnahmen?</p> <p>Wie groß ist die Belastung für den Patienten?</p>	<p>Was sind aktuell die größten pflegerischen Probleme?</p> <p>Welche Unterstützung braucht der Patient?</p> <p>Wieviel Unterstützung braucht der Patient?</p> <p>Bestehen spezielle Vereinbarungen mit den Angehörigen?</p> <p>Gibt es spezifische Informationen, über die nur Mitarbeitende der therapeutischen Disziplinen verfügen?</p>	<p>Wie ist die kurzfristige Prognose?</p> <p>Wie ist die langfristige Prognose?</p> <p>Wie ist die Prognose ohne Behandlung?</p> <p>Welche Erfahrungen wurden bei ähnlich gelagerten Fällen gemacht?</p> <p>Welche Einschränkungen der Selbständigkeit des Patienten sind zu erwarten? Wie ist die zu erwartenden Lebensqualität?</p>	<p><b>Risikokriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Für Unter- und Ungleichversorgung</li> <li>- Fortgeschrittenes Lebensalter?</li> <li>- Weibliches Geschlecht?</li> <li>- Tiefer sozioökonomischer Status?</li> <li>- Ethnische Minorität?</li> <li>- Alleinwohnend?</li> <li>- Chronische Erkrankung?</li> <li>- Multimorbidität und hohe Pflegeintensität?</li> <li>- Urteilsunfähigkeit?</li> <li>- Psychische Erkrankung und Demenz?</li> <li>- Terminale Erkrankung?</li> </ul> <p>Für Überversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragliche Wirksamkeit der Maßnahme</li> <li>- Fragliche Verhältnismäßigkeit der Maßnahme</li> <li>- Keine nennenswerte Verbesserung des Zustands durch die Maßnahme</li> <li>- Maßnahmen widersprechen den Zielen des Patienten</li> </ul>
Patient/Patientin	<p><b>Werte - Bisheriger Lebensentwurf</b></p> <p>Was ist wichtig für den Patienten?</p> <p>Hat er irgendwelche Hobbys, die ihm viel bedeuten?</p> <p>Wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt: Wie ist der Patient bisher mit seiner Krankheit umgegangen?</p> <p>Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt?</p> <p>Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?</p> <p>Besteht ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Betreuung oder werden der Patient bzw. die Angehörigen aktuell von einem Seelsorger betreut?</p> <p>Wie waren die Lebensqualität und die Selbständigkeit des Patienten vor der jetzigen Erkrankung?</p>	<p><b>Patientenwille</b></p> <p>Ist der Patient urteilsfähig? Ist der Patient eingeschränkt oder unsicher urteilsfähig?</p> <p>Gibt es Äußerungen aus der unmittelbaren Vergangenheit, z.B. vor einer Operation während des Aufklärungsgesprächs?</p> <p>Gibt es eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht? Wenn ja, wie aktuell ist sie und lässt sie sich auf die aktuelle Situation anwenden?</p> <p>Gibt es Hinweise, dass sich der Patientenwille in der Zwischenzeit geändert haben könnte?</p> <p>Gibt es Äußerungen zum Patientenwillen vor der aktuellen Hospitalisation?</p> <p>Wie zuverlässig sind die Aussagen von Angehörigen zum mutmaßlichen Patientenwillen?</p> <p>Wurde klar zwischen den Wünschen des Patienten und denjenigen der Angehörigen unterschieden?</p>	<p><b>Andere wichtige Informationen</b></p>
Soziales Umfeld und Rahmenbedingungen	<p><b>Soziales Umfeld</b></p> <p>Wie sieht das soziale Umfeld aus?</p> <p>Wie weit sind die Angehörigen informiert?</p> <p>Wie weit sind die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen?</p> <p>Wie ist die Haltung der Angehörigen?</p> <p>Bestehen besondere Probleme mit den Angehörigen?</p>	<p><b>Strukturelles</b></p> <p>Herrscht aktuell Personalmangel?</p> <p>Gibt es genügend Zeitrressourcen?</p> <p>Bestehen Anreize für eine Überversorgung in einer solchen Situation?</p> <p>Werden mögliche Therapien in diesem Krankenhaus angeboten?</p>	

## Diagnose von Unter- oder Ungleichversorgung

### Risikokriterien für Unter- und Ungleichversorgung

Viele Studien liefern Hinweise, dass die Zugehörigkeit zu bestimmten Patientengruppen oder institutionelle oder politische Gegebenheiten mit Ungleichversorgung verbunden sein können. Je mehr der folgenden Faktoren vorliegen, desto größer ist das Risiko. Die folgenden zwei Tabellen fassen die zentralen Befunde zusammen.

### Patienten- und krankheitsspezifische Merkmale für Unter- oder Ungleichbehandlung

Soziale Merkmale	Krankheitsspezifische Merkmale
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortgeschrittenes Lebensalter</li> <li>- Weibliches Geschlecht</li> <li>- Tiefer sozioökonomischer Status (z.B. geringe Bildung)</li> <li>- Ethnische Minderheit</li> <li>- Alleinstehend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronische Krankheit</li> <li>- Multimorbidität</li> <li>- Hohe Pflegeintensität</li> <li>- Urteilsunfähigkeit</li> <li>- Psychische Erkrankung</li> <li>- Demenz</li> <li>- Terminale Erkrankung</li> </ul>

### Institutionelle und politische Merkmale, für Unter- oder Ungleichbehandlung

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informelle Therapieentscheidungen</li> <li>- Implizite Rationierung</li> <li>- Einsparungen in spezifischen Bereichen (z.B. in der Geriatrie)</li> <li>- Einsparungen in der Pflege</li> <li>- Fallkostenpauschale</li> </ul>
--

## Diagnose von Überversorgung

Wir empfehlen, den Begriff der Überversorgung für eine nach dem gegenwärtigen Wissensstand und voraussichtlich nicht zielführende medizinische, pflegerische oder therapeutische Intervention zu verwenden. Bei Hinweisen auf Überversorgung sind unten stehende Fragen sinnvoll. Wird dabei eine oder werden mehrere der sieben Fragen mit „Nein“ beantwortet, kann eine Übertherapie vorliegen, die in einer ethischen Fallbesprechung geklärt werden sollte.

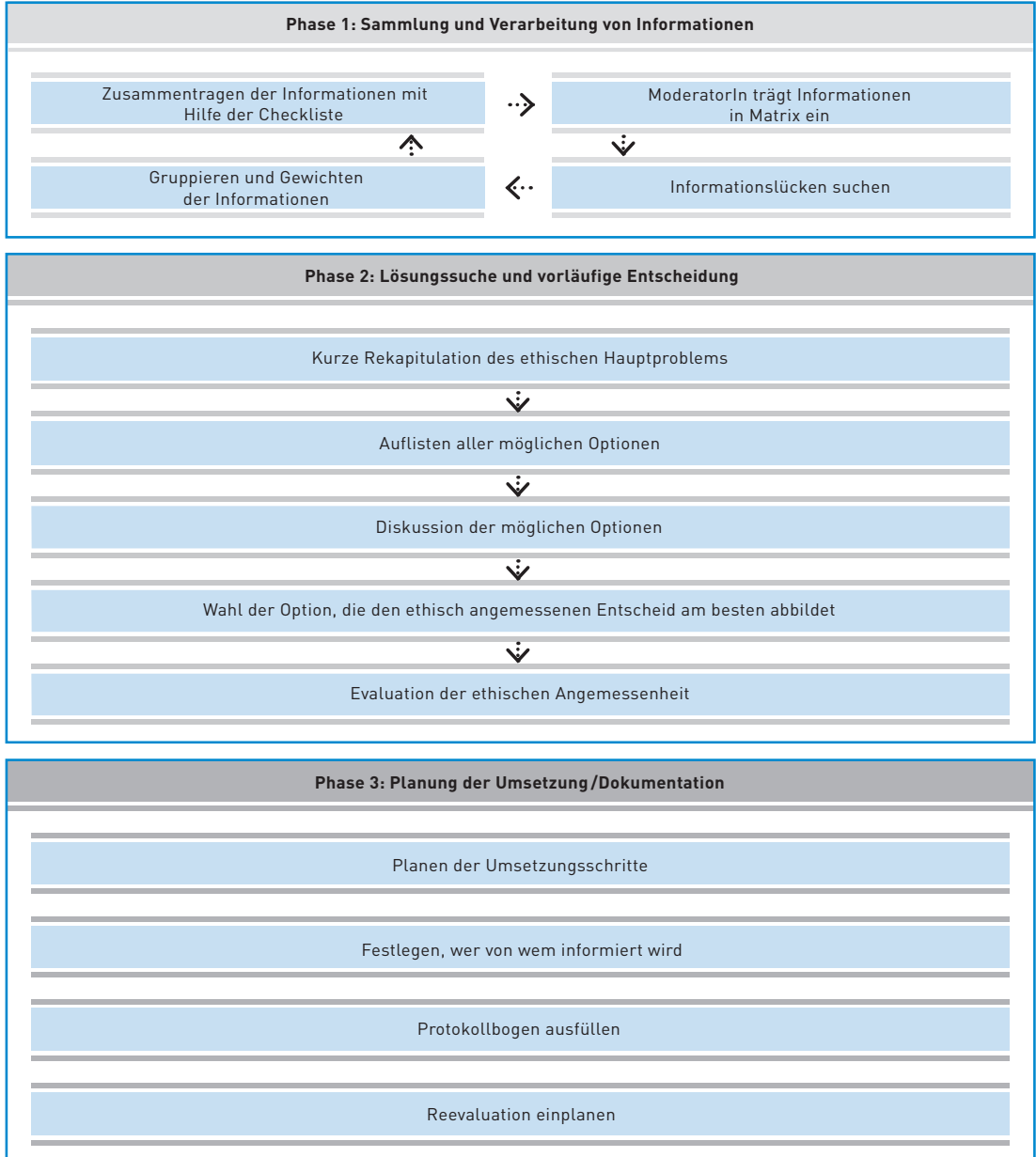
### Fragen zur Identifikation von Überversorgung

1. Wird die Maßnahme nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand effektiv sein?
2. Dient die Maßnahme dem Wohl des Patienten, der Patientin?
3. Lassen sich die durch die Maßnahme verursachten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen rechtfertigen, sofern das therapeutische Ziel erreicht wird?
4. Verbessert sich der Zustand mit der Maßnahme?
5. Die Maßnahme erzeugt einen Effekt: Werden gleichzeitig auch die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind, wie z. B. Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen?
6. Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
7. Können bestehende ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden?

**To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung**

<b>Informationssammlung vor der Fallbesprechung</b>	Checkliste zur Informationssammlung konsultieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Informationen liegen bereits vor?</li> <li>- Welche Informationen fehlen noch?</li> <li>- Wer holt fehlende Informationen ein?</li> </ul>
<b>Einschätzen der Risikokonstellation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überprüfen, ob Hinweise für Unter- oder Ungleichbehandlung vorliegen</li> <li>- Überprüfen, ob Hinweise für Überversorgung bestehen</li> </ul>
<b>Organisation</b>	Zeit und Ort der Fallbesprechung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt festlegen</li> <li>- Raum reservieren</li> </ul> Teilnehmende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wer soll an der Fallbesprechung teilnehmen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege</li> <li>• Ärzte</li> <li>• Andere Fachpersonen, wie zum Beispiel Seelsorger, Therapeut</li> </ul> </li> <li>- Teilnehmer informieren über:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitpunkt</li> <li>• Ort</li> </ul> </li> <li>- Ablösung für Teilnehmer organisieren, wenn notwendig</li> </ul> Moderation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderator bestimmen</li> </ul> Protokoll: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegen, wer Protokoll schreibt</li> </ul> Material bereitlegen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flipchart oder Tafel</li> <li>• Protokollbogen</li> <li>• Patientenunterlagen</li> </ul>

## Ablaufschema für die ethische Fallbesprechung



## Problematrix

			Patientenkleber
Medizinisches	Pflegerisches/Therapeutisches	Prognose	
Werte/bisheriger Lebensentwurf	Patientenwille	Risikokonstellation	
soziales Umfeld (Angehörige etc)	Strukturelles	Anderes	



## Ethische Evaluation der Therapieoption

### Respekt vor der Autonomie/Respekt vor dem Patientenwillen

- Der erhobene Patientenwille wurde in der Therapieoption berücksichtigt.
- Urteilsfähigkeit vorhanden: Die Entscheidung wurde durch den Patienten, die Patientin auf Grund vollständiger und verständlicher Aufklärung und ohne äußeren Druck getroffen.
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Der mutmaßliche Patientenwille wurde sorgfältig erhoben und von Willensäußerungen Dritter unterschieden.

### Hilfeleistung/Nutzen

- Die Therapieoption weist einen medizinischen/pflegerischen Nutzen für den Patienten, die Patientin auf.
- Die Therapieoption dient dem Patientenwohl.

### Nicht Schaden/Nebenwirkungen vermeiden

- Die Therapieoption verursacht möglichst wenig Leiden/Schaden/Nebenwirkungen für den Patienten.
- Die Therapieoption schließt Überversorgung aus (siehe Hinweise rechts).
- Die Folgen für die direkt Beteiligten (Patient, Angehörige, Betreuungsteam) wurden besprochen und berücksichtigt.

### Risikokriterien für Überversorgung

- Mangelnde Wirksamkeit der Maßnahme
- Fragliche Verhältnismäßigkeit von physischen und psychischen Belastungen oder Schmerz durch Maßnahme, auch bei Erreichung des therapeutischen Ziels
- Keine nennenswerte Zustandsverbesserung durch die Maßnahme zu erwarten
- Die Maßnahme erzeugt einen Effekt, aber es werden dabei nicht die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind.

### Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Die Therapieoption schließt Unter- oder Ungleichversorgung aus (siehe Hinweise rechts).
- Die Therapieoption hat keine ungerechten Folgen gegenüber anderen Patienten.
- Die an der ethischen Fallbesprechung Beteiligten haben den Ablauf und das Ergebnis als gerecht wahrgenommen.

### Risikokriterien für Unter-/Ungleichversorgung

- Fortgeschrittenes Lebensalter
- Weibliches Geschlecht
- Tiefer sozioökonomischer Status
- Ethnische Minderheit
- Alleinstehend
- Chronische Krankheit
- Multimorbidität
- Hohe Pflegeintensität
- Urteilsunfähigkeit
- Psychische Erkrankung
- Demenz
- Terminale Erkrankung

### Diskurs

- Alle Teilnehmenden konnten sich frei äußern und trugen zu einer Lösung bei.
- Ethische Einwände gegen die Therapieoption, die von anderen Personen eingebracht werden könnten, wurden so gut als möglich berücksichtigt.

### Informationsgrundlage

- Wesentliche Informationen wurden anhand der Checkliste in Erfahrung gebracht.

## Protokollmaske für die ethische Fallbesprechung

Patientenkleber

Datum Dauer des Gespräches	
Teilnehmende Personen	
Grund für die Einberufung des Gespräches	
Informationsgrundlage	
Ergebnis	
Begründung	
Planung der Umsetzung	Wer informiert wen?  Welche therapeutischen Konsequenzen wurden abgesprochen?  Ist eine Reevaluation geplant? Wenn ja, wann?
Datum, Unterschriften:	