

Force des normes – introduction

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mesdames et Messieurs,

Ich freue mich, Sie an der heutigen Tagung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften über die Kraft der Normen mit einigen einleitenden Worten begrüßen zu dürfen – im Rahmen der Vortragsreihe zum Thema Macht und Medizin.

Wer sich in der Politik, die sich mit Fragen demokratisch einigermaßen legitimer Macht befasst, - das «einigermaßen» rührt her von Systemfehlern wie der mangelnden Transparenz, demokratisch diskutablen Beeinflussungen und weiteren Auswirkungen der Tatsache, dass formelle Demokratie mehr oder minder die realen Kraftverhältnisse im jeweiligen Politikbereich reflektiert – wer sich also mit Machtfragen und damit letztlich auch der Durchsetzung und Durchsetzbarkeit von Idealen, Werten und letztlich auch Wahlversprechen befasst, merkt rasch, dass es Bereiche gibt, in welchen sich das Diskutieren und Festlegen rechtlicher Normen relativ unbefangenen bewerkstelligen lässt, weil es aus der realen Welt mangels starker, meist materieller Interessen auch kaum nennenswerte entsprechende Interessenvertretungen gibt, die sich bemerkbar machen – und das es in anderen Bereichen gerade umgekehrt läuft. Die Gesundheitspolitik gehört definitiv zur zweiten Kategorie. Hier geht es natürlich auch um Werte – zu den theoretischen Grundsätzen hoher Qualität und eines breiten Zugangs zu entsprechenden Leistungen gibt es kaum Widerspruch, auch wenn die jeweiligen Definitionen je nach Interessenlage stark variieren können – doch, teilweise im Gegensatz zu diesen Werten auch um handfeste materielle und immaterielle Interessen, wenn die Normensetzung mit einer weit überdurchschnittlichen Hebelwirkung einen faktischen Markt mitprägt, der bald zwölf Prozent unseres Bruttoinlandsproduktes oder fast 70 Milliarden Franken betrifft. Es ist deshalb wohl kein Zufall, dass sich das möglicherweise teuerste Komma der Schweizerischen Gesetzgebung im Heilmittelgesetz befindet, wo im Rahmen der Kommissionsarbeiten festgestellt wurde, dass das Verschieben eines Kommas in einer Rechtsnorm auf Gesetzesebene Finanzflüsse von mehreren Hundert Millionen Franken jährlich beeinträchtigen konnte. Spätestens in solchen Momenten sollten Fragen aufkommen, wie Sie sie sich an der heutigen Tagung stellen werden: welches ist der Nutzen welcher Art von Normen und welcher entsprechenden Inhalte für welche Kategorien von Beteiligten des Gesundheitssystems? Was haben die PatientInnen als im Prinzip Hauptzielgruppe der Gesundheitspolitik davon, falls es im jeweils betroffenen Bereich überhaupt gemeinsame PatientInneninteressen gibt? Aus dieser Warte und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der kurative Teil des Gesundheitswesens die gesunde Lebenserwartung um kaum mehr als zehn bis fünfzehn Prozent bestimmt, sollten sich jeweils auch Fragen des Überschwappens der hier diskutierten Normenansätze auf die anderen Determinanten und insbesondere den ungleich bedeutenderen der individuellen Lebenshaltung stellen, die stark

von sozialen Faktoren geprägt wird, die aber mit praktischen, ethischen und finanziellen Fragen des kurativen Alltags korrelieren und interagieren.

Ces questions de principe doivent sous-tendre toutes les réflexions que nous pouvons entreprendre au quotidien sur les dimensions éthiques, pratiques, sociales ou encore financières de normes que nous créons ou appliquons. S'il y a un aspect des questions normatives du monde de la santé que je retrouve dans mon métier actuel de directeur de l'aménagement, de l'environnement et des constructions, c'est celui de la nécessité de se questionner en permanence sur la finalité de la norme, tant au moment de la rédiger qu'à celui de l'application, dans un processus dialectique entre l'indispensable cohérence du système, qui ne doit pourtant jamais occulter la dimension pratique et les valeurs que le système normatif est censé servir. Dans cette perspective, il sied de ne pas oublier que dans toute société, et cela valait déjà dans les sociétés protohistoriques, les normes, de type social et non écrit à l'époque, ont eu comme fonction première d'opposer à la force individuelle, parfois brutale des faits, qui se résumait à l'époque à des caractéristiques relevant de la force physique et est complétée aujourd'hui par des dimensions souvent financières, d'opposer donc à cette force individuelle des normes d'intérêt collectif, dont le but premier est de préserver la cohésion de la société concernée en protégeant ses éléments les plus faibles.

Dans ce contexte, j'aimerais vous donner quelques questions qui me semblent devoir être posées dans le cadre de toute discussions sur la force et la qualité des normes dans notre système de santé :

- Wie in den meisten gesellschaftlichen Bereichen kann man auch in der Gesundheitspolitik eine wachsende Kritik an der zunehmenden normativen Dichte feststellen, wobei hier meist die Dichte der öffentlich-rechtlichen und damit der demokratisch abgestützten Normen im Vordergrund steht. Gleichzeitig nimmt die Anzahl privatrechtlicher, vertraglicher Normen zwischen Stakeholdergruppen im Gesundheitswesen rapide zu, mit gesundheitspolitisch und insbesondere aus Patientensicht so relevanten Fragen wie Einschränkungen der Leistungserbringerwahl über Versicherungsverträge oder über Exklusivverträge zwischen Leistungserbringern, der Verwendung von Margen im Heilmittelbereich oder in gewissen Fällen auch der Verfügbarkeit gewisser Pflegeleistungen. Die Verschiebung der normativen Dichte vom öffentlich-rechtlichen in den privatrechtlichen Bereich ist der Glaubwürdigkeit des Systems nicht zuträglich und sollte grundsätzlich überdacht werden, auch wenn sie nicht zu den ideologischen Megatrends passt. Bestrebungen für im Übrigen insbesondere auf diesen Transparenzverlust zurückzuführen.
- Angesichts der raschen gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen muss sich die Frage stellen, wie in unserer Rechtssystematik für formal untergeordnete Normen, wie sie heute zur Diskussion stehen (insbesondere in den Bereichen der

Ethik, der Fachevidenz, der heute nur am Rand behandelten Digitalisierungsfrage und teilweise auch der sozialen Normen), im übergeordneten Rechtsbereich normative Spielräume geschaffen werden können, ohne an Legitimität zu verlieren.

Grundsätzlich ist dies möglich, wenn repräsentative Gremien prozessorientiert daran arbeiten können. Das setzt insbesondere eine Stärkung der PatientInnen- und teilweise der Versichertensicht voraus, wohl nicht über bestehende, oft nicht sehr repräsentative Verbände, sondern über in Dokumenten des BAG thematisierten generischen Patientenvertretungen.

- In diesem Zusammenhang sollte auch die Wissensfrage thematisiert werden. Es gibt ein Systeminteresse an besserem Wissen nicht nur des einzelnen Patienten, wie dies in den Patient-Empowerment-Thesen postuliert wird, sondern auch in einer kollektiven Perspektive, wenn Patienteninteressen vermehrt qualifiziert in Normenerarbeitungsprozesse einfließen sollen – und nicht direkt oder indirekt als Handlanger nicht immer transparenter Drittinteressen.

Das gilt für den ersten, insbesondere aber für den zweiten Teil der heutigen Tagung, wo es um Evidenzen geht, die immer auch subjektiv geprägten Faktoren unterliegt. Was den 3. Slot betrifft, wo der Gesetzgeber vor kurzem im Rahmen seiner Beratungen zum Medizinalberufegesetz unter dem Druck gut etablierter Interessengruppen darauf verzichtet hat, wird wohl das gesellschaftliche Bedürfnis nach quantitativ und qualitativ adäquater Pflege die Zukunft bestimmen, aber an dieser normativen Kraft des Faktischen kann oder muss im stationären und ambulanten Alltag unter Einbezug qualifizierten Patientenwissens vorangegangen werden. Der nationale Gesetzgeber wollte keine PflegerInnen auf Masterstufe? Die ersten Kantone bilden sie an ihren Hochschulen aus!

Der föderalistische Staatsaufbau der Schweiz verpflichtet und verdammt uns dazu, die sozialen und gesundheitlichen Ziele unserer Gesundheitspolitik auch über regional variierende, normative Ansätze zu verfolgen. In einem föderalistischen Staat können wir über Gestaltung und Kraft der Normen nicht diskutieren und bestimmen, ohne der gestaltenden Kraft des föderalistischen Wettbewerbs der Ideen Rechnung zu tragen. Dieser Wettbewerb kann durchaus Sinn geben, wenn darüber transparent kommuniziert wird, was auch die Publikation vergleichender Resultate beinhaltet. Unter dieser Voraussetzung kann eine föderalistische Normenkultur innovativ und effizient sein.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen eine anregende Tagung.

Die Kraft der Normen - La force des normes
26. Oktober 2017, Bern



b UNIVERSITÄT
BERN

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

*Prof. Dr. iur. Franziska Sprecher, Rechtsanwältin
Institut für öffentliches Recht
Universität Bern*

Übersicht

- I. Was ist Recht?
- II. The universe of norms
- III. Konsequenzen

Was ist Recht?

«Recht» ist ein System von Regeln mit **allgemeinem Geltungsanspruch**, das von **gesetzgebenden Institutionen geschaffen** und nötigenfalls von Organen der Rechtspflege **durchgesetzt** wird (objektives Recht).

Recht ist eine **Sollensordnung**:

- **Ordnungs- resp. Garantie- oder Rechtssicherheitsfunktion**
- **Friedensfunktion, auch Konfliktbereinigungs- oder Befriedungsfunktion**
- **Wertfunktion**
- **Freiheitsfunktion**
- **Integrationsfunktion**
- **Legitimationsfunktion**
- **Steuerungs- und Gestaltungsfunktion**
- **Kontrollfunktion des Rechts**

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Quellen des Rechts

Organe der Rechtsetzung

QUELLEN	ORGANE DER RECHTSETZUNG
Staatsverträge	Staaten
Bundesverfassung	Volk (Schweiz)
Bundesgesetze	Parlament (Volk)
Verordnungen	Bundesrat
Verwaltungs- verordnungen	Bundesverwaltung
Bund	
Kantonsverfassungen	Volk (Kanton) / Bundesversammlung
Kantonale Gesetze	Kantonsparlament (Volk)
Kantonale Verordnungen	kantonale Regierungen und Behörden
Kantone	

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Akteure der Rechtsetzung (Bundesebene)

RECHTSQUELLEN	ORGANE DER RECHTSETZUNG	INVOLVIERTE AKTEURE
Staatsverträge		
Bundesverfassung	Volk	Verbände Wirtschaft
Bundesgesetze	Parlament (Volk)	Wissenschaft Verwaltung
Verordnungen	Bundesrat	...
Verwaltungs- verordnungen	Bundesverwaltung	

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Stärken staatlichen Rechts

- Demokratische Legitimation
- Allgemeingültigkeit
- Partizipation
- Durchsetzbarkeit

Grenzen staatlichen Rechts

- (zu) schnelle technische und fachliche Entwicklungen
- (mangelnde) Flexibilität
- (mangelndes) Fachwissen
- (mangelnde) Ressourcen
- globale Einflüsse und Entwicklungen

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Stärken staatlichen Rechts

- Demokratische Legitimation
- Allgemeingültigkeit
- Partizipation
- Durchsetzbarkeit

Grenzen staatlichen Rechts

- (zu) schnelle gesellschaftliche Entwicklungen
- (manche) gesellschaftliche Werte
- (manche) Fachwissen
- (manche) Ressourcen
- globale Einflüsse und Entwicklungen

Wir brauchen Normen!

Vielfalt von Recht und Normen (z.B. Heilmittel)

Staatliches Recht

Völkerrecht → Übereinkommen über die Ausarbeitung einer Europäischen Pharmakopöe vom 22.7.1964, SR 0.812.21

EU Recht → Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (vgl. Art. 8 Abs.1 und Anhang 1 MepV)

Nationales Recht → Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte, HMG

Normen

Commitments → Swissmedic Switzerland - FDA, Confidentiality Commitment

harmonisierte Normen → EN ISO 14155 – Klinische Prüfung von Medizinprodukten

Guidelines → ICH Harmonised Guideline for Good Clinical Practice E6(R1)

Richtlinien → Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie

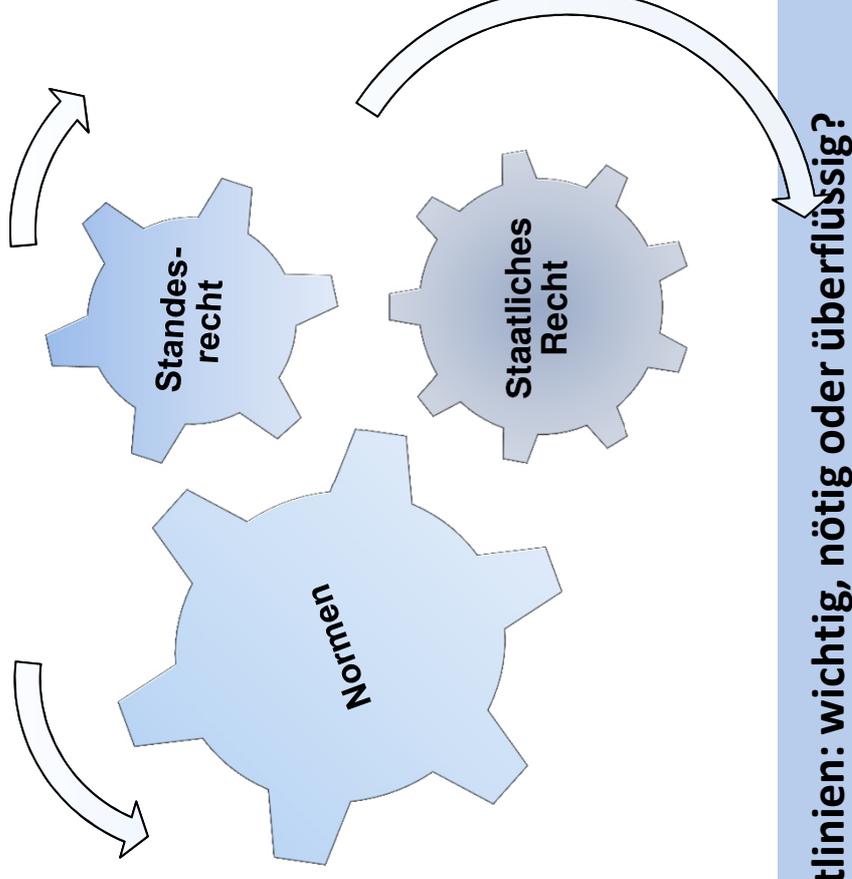
Ethische Richtlinien → Ethische Grundsätze des Weltärztebundes für die medizinische Forschung am Menschen (Deklaration von Helsinki)

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Zusammenspiel von Recht und Normen

„The universe of norms is larger than the universe of law.“

Pauwelyn/Wessel/Wouters

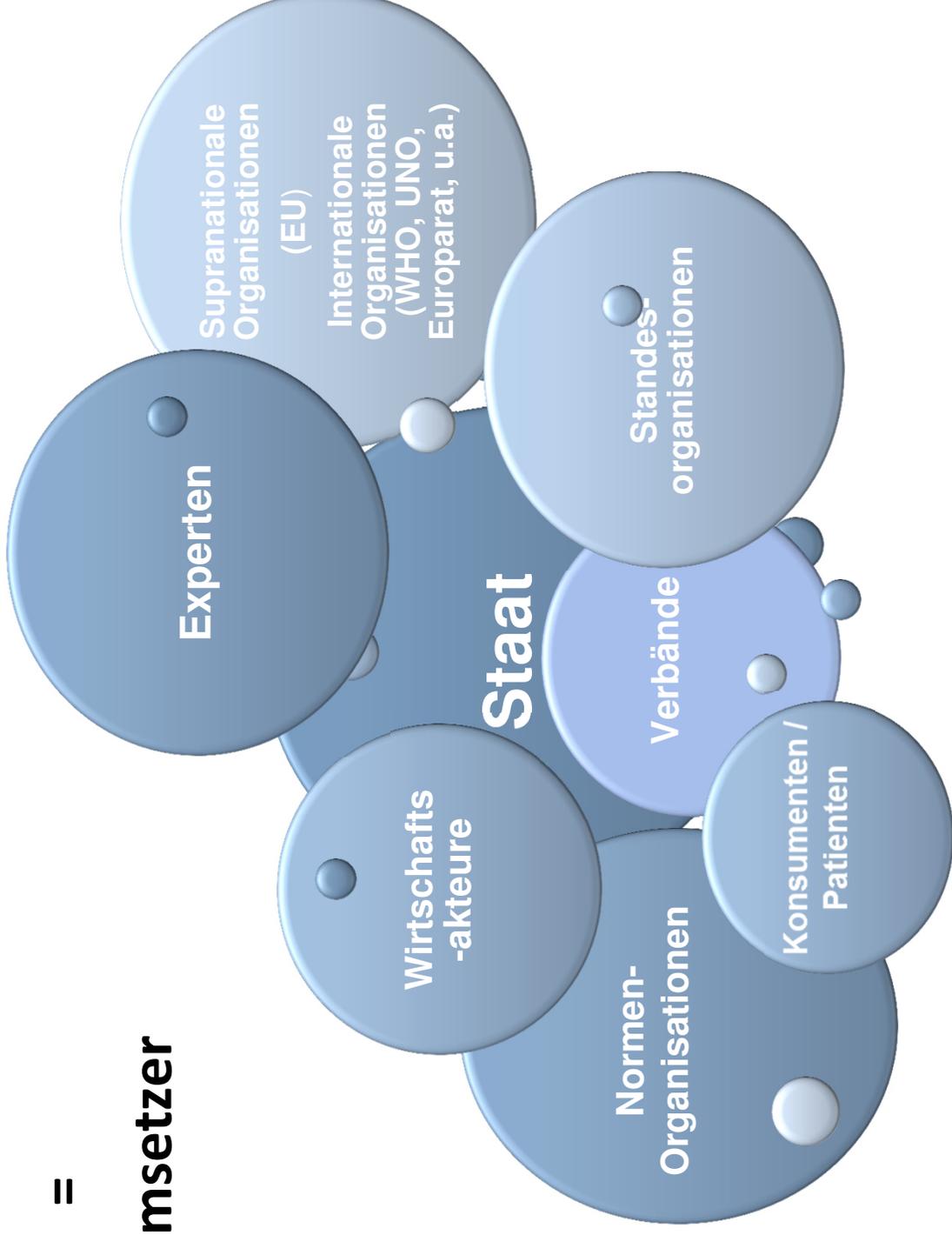


Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Akteure im Gesundheitsbereich

=

Normsetzer



Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Akteure im Gesundheitsbereich

=

Normsetzer

Experten

Zugang zu den Normsetzungsgremien?

Zugang zu den Mitgliedern?

Wahl der Mitglieder und Partizipation?

Transparenz- und Abstimmungsverfahren?

Verhandlungswirkung und Durchsetzbarkeit?

Experten

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Zusammenspiel von Recht und Normen

Art. 119a BV Transplantationsmedizin

Transplantationsgesetz

Art. 8 Voraussetzungen der Entnahme

1 Organe, Gewebe oder Zellen dürfen einer verstorbenen Person entnommen werden, wenn:

- a. sie vor ihrem Tod einer Entnahme zugestimmt hat;
- b. der Tod festgestellt worden ist.

Art. 9 Todeskriterium und Feststellung des Todes

Transplantationsverordnung

Art. 7 Feststellung des Todes

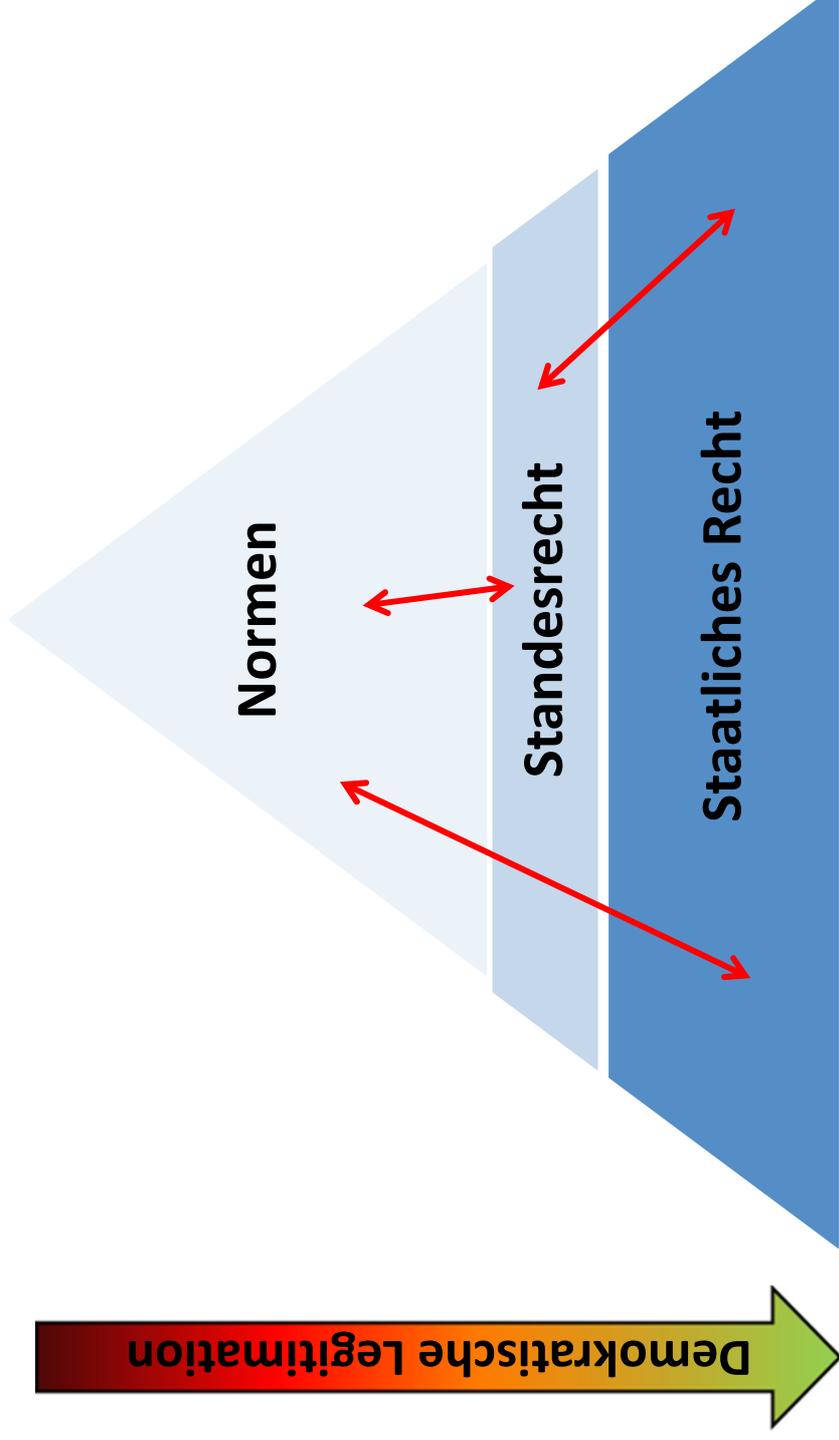
Der Tod ist nach den Richtlinien gemäss Anhang 1 Ziffer 1 festzustellen.

Anhang 1 (Art. 7, 27, 29 Abs. 1 Bst. a und 51 Abs. 3)

1. Ziffer II 1 und 2 sowie Ziffer III A-C der **Medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen** in der Fassung vom 24. Mai 2011.

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Zusammenspiel von Recht und Normen



Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

	RECHT	NORMEN
Demokratische Legitimation	✓	✗
Neutralität	✓ ?	?
Partizipation	✓	✗ ?
Transparenz der Verfahren	✓	✗ ?
Expertise	✓ ?	✓
Flexibilität	✗	✓
Verbindlichkeit	✓	? *
Durchsetzbarkeit	✓	✗ ? *

* Je nach Geltung im staatlichem Recht.

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Medizin-ethische Richtlinien: Fazit?



Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Prof. Dr. Franziska Sprecher

Medizin-ethische Richtlinien: Fazit!



Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Kraft der Normen - La force des normes
26. Oktober 2017, Bern



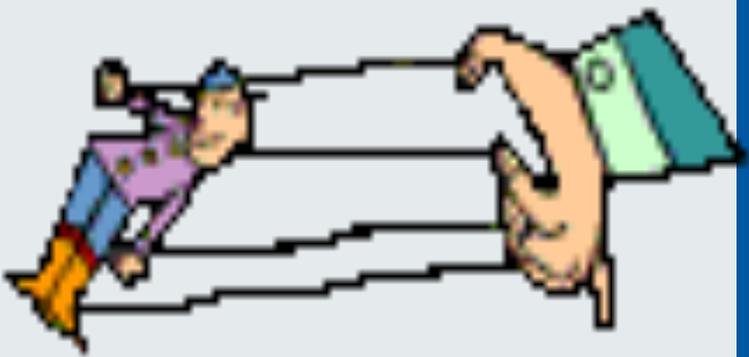
b UNIVERSITÄT
BERN

Medizin-ethische Richtlinien:
wichtig, nötig oder überflüssig?

FRAGEN?

Prof. Dr. iur. Franziska Sprecher, Rechtsanwältin
Institut für öffentliches Recht
Universität Bern

Franziska.Sprecher@oefre.unibe.ch



Ethik im Alltag der Gesundheitsberufe



Tanja Krones

Universität/Universitätsspital Zürich



Universitätsspital
Zürich

Klassische – offensichtlichere

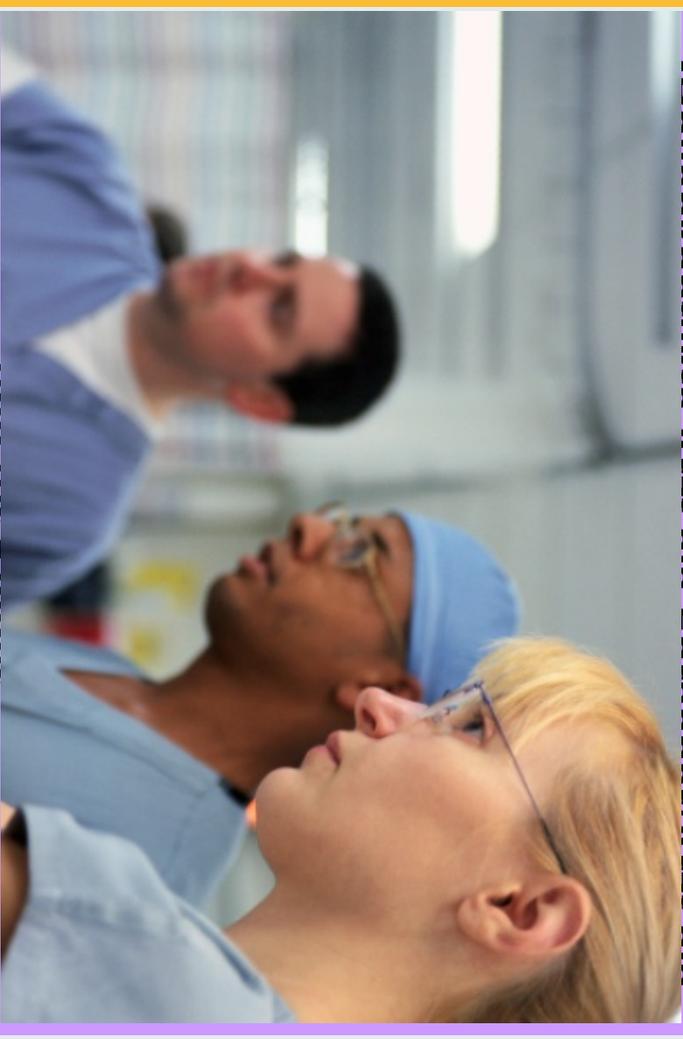
Umgang mit Sterbewünschen-
Sterbehilfe-assistiertem Suizid



Genese, pränataldiagnose
und fortpflanzungsmedizinische
Diagnostik

... und weniger klassische/ offensichtliche Inhalte

•Schweigepflicht im Spital-Probleme durch
Computerzugänge



und für Kinder

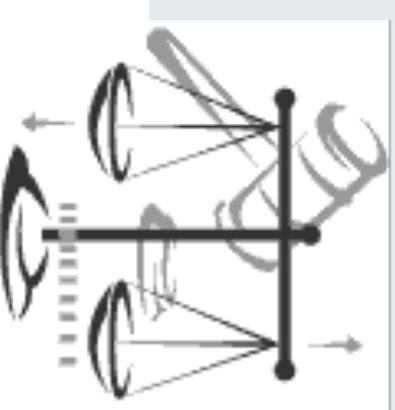
- Optimierung von Aufklärungs- und
Beratungsprozessen
- Ökonomie und Ethik; Double Agency
Recht auf Gesundheitsversorgung



Beispiel 1 Ethikkommission



- 19-jähriger Zeuge Jehova mit Polytrauma, bei Eintreffen im Notfall noch wach. Klare mehrfache Äusserung, dass er kein Blut möchte auch wenn er sterben würde gegenüber Assistenzärztin Anästhesie im Schockraum, Bestätigung durch Angehörige im Verlauf
- Leitender Arzt Chirurgie: „Ich finde es als Arzt unverantwortlich, in dieser Situation kein Blut zu geben.“
- Einbezug externer Jurist, mündliche Aussage, dass Ärzte in Notfallsituationen berechtigt sind, Blut zu geben.
- Ethikkommission am 3. Tag nach Unfall durch die IPS



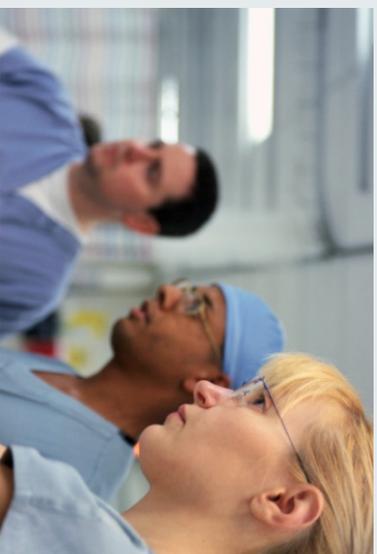
Beispiel 2 Nachbesprechung eines Patientenfalles

- Situation: Weiterbeatmung eines Patienten auf Wunsch der Angehörigen trotz konsensueller Auffassung im Behandlungsteam, dass der Lungenschaden nicht behebbar und eine Transplantation nicht möglich ist.
- Aussage eine Kaderärztin: „Das ist kein ethisches, sondern ein medizinisches und rechtliches Problem. Die Beendigung der Beatmung ist etwas ganz anderes als Nicht-Initiieren der Beatmung, das sehen alle erfahrenen Intensivmediziner so“



Beispiel 3 Gespräch bei der Visite

„Jedes Mal, wenn Herr P. kommt, ist der INR Wert miserabel. Ich versteh nicht, warum er so incomppliant ist. Jetzt hat er nicht nur Vorhofflimmern, sondern auch die Lungenembolie, aber selbst dieser Schuss vor den Bug scheint ihn nicht zur Vernunft zu bringen.“



Beispiel 4 Anruf von der Pflege: Sorge um Planung einer sehr frühen Entlassung eines Patienten aus Sicht des Pflorgeteams; Akteneinsicht vor Ethikgespräch auf Station

Nationalität	CH	Schweiz	Sprache	Deutsch
Schutzcode				
Sperrcode				
Sperrgrund				Sperre 3: Abschreibung über CHF 100.00 / Erfolgleses Inkasso im In- und Ausland
General Consent				Unbekannt

Notiz Information bezüglich Kostensicherung

07.02.2017 17:13 [redacted] **Assistenzärztin**

Unklarheit bezüglich Kostensicherung, da bei Stammdaten "Sperre 3"

--> Gemäss Sachbearbeiterin Kostensicherung [redacted] ist die Kostensicherung für die aktuelle Hospitalisation und damit verbundenen Notfallinterventionen sicherlich gewährleistet. Die Sperre gilt nur für Kosten, welche die Grundversicherung nicht übernehmen muss (z.B. Nasenkorrektur...).



Beispiel 5 Wiederkehrende medizinisch-ethisch-rechtlich relevante Problemkonstellationen

 Universitätsspital Zürich		Ärztliche Direktion		
Dokumentenart	Richtlinie	Version	10.05.2016	
Erlassen durch	ADI	Gültig ab	01.06.2016	
Geltungsbereich	USZ	Ersetzt	-	
Erstellt durch	ZES, PSY, KIM, IPS, KLE, RD	Kurztitel	Richtlinie Anorexia nervosa	

Richtlinie betreffend Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Anorexia nervosa am USZ

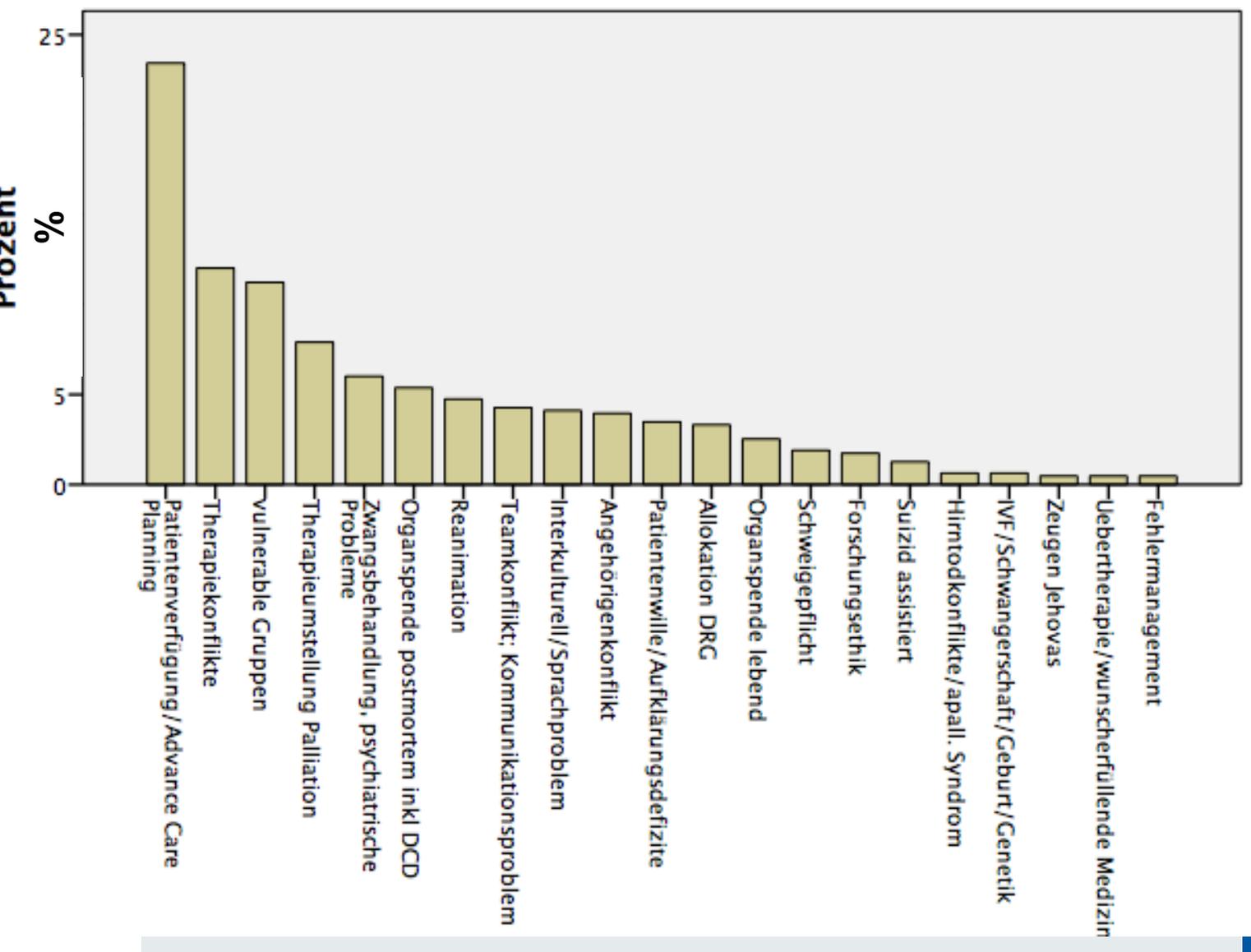
1. Zweck

Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) werden am USZ primär am Zentrum für Essstörungen (ZES) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (PSY) behandelt. In Fällen von schwerer AN mit vitaler Gefährdung ist jedoch in aller Regel eine interdisziplinäre somatische Hospitalisation im Kernbereich des USZ indiziert. In einigen Fällen kann eine Zwangsbehandlung notwendig werden.



USZ Ethik Fälle 2015 n = 636

Führendes Problem



Klinisch-ethische Entscheidungsfindung



Universitätsspital
Zürich

Kleiner Metaethischer Exkurs



„Ethik ist nach üblichem Verständnis die Gesamtheit der theoretischen Beschäftigungen mit dem Phänomen der Moral und der moralischen Normen, sowie diese nicht den Charakter empirischer Theorien haben.“ „Hochgradig persönliche Entscheidungen beurteilen wir im allgemeinen nicht unter moralischen Gesichtspunkten.“

Ethics is a practical discipline, that deals with real world problems and practices

J Fletcher et al, Introduction to clinical ethics, S. 1

„Nach Hare wird Moral aus der Bedeutung der moralischen Begriffe und aus der Kenntnis der nicht-moralischen Fakten begründet.(...) Korrekte moralische Urteile erhält man nach Hare, wenn man die Bedeutung der moralischen Begriffe beherrscht und die Fakten kennt. **Genau dies vermag der Ethiker unbestritten in exzellenter Weise**“

B Gesang, Sind Ethiker Moralexperthen?, S. 128



„Vollzugsdefizite“ verschiedener Normen/Leitlinien?

Evidenz

Recht

Ethik



Value based Medicine und

Wissenschaftstheorie der Späten Moderne

„Value judgments are indispensable to scientific practices such as defining research questions, making assumptions, setting significant thresholds, or balancing between the advantages and disadvantages of different methodologies (...) Scientific knowledge cannot be value free, but this does not make it any less scientific“

KW Fulford, 2006



Verhältnis Recht und Ethik

Rechtliche Vorgaben (bzw. Auslegungen der Rechtslage) und ethische Begründungen/Lösungen sollten möglichst zu ähnlichen Schlüssen für die Praxis kommen (und kommen dies auch häufig)

Ethik und Recht stehen jedoch auch in Wechselwirkung: Recht, Moralvorstellungen und ethische Reflexion entwickeln sich...

gemeinsam... aber auch in einem Spannungsverhältnis: Etwas kann z.B. rechtlich (noch) geboten oder erlaubt sein was ethisch nicht gut begründet ist, rechtlich (noch) verboten oder nicht ratsam, was ethisch gut begründet ist und vice versa

(z.B. bei Fragen des Kindswohls in der Fortpflanzungsmedizin, Grenzziehungen von passiver, indirekt „aktiver“ und aktiver Sterbehilfe, „Indikation“)





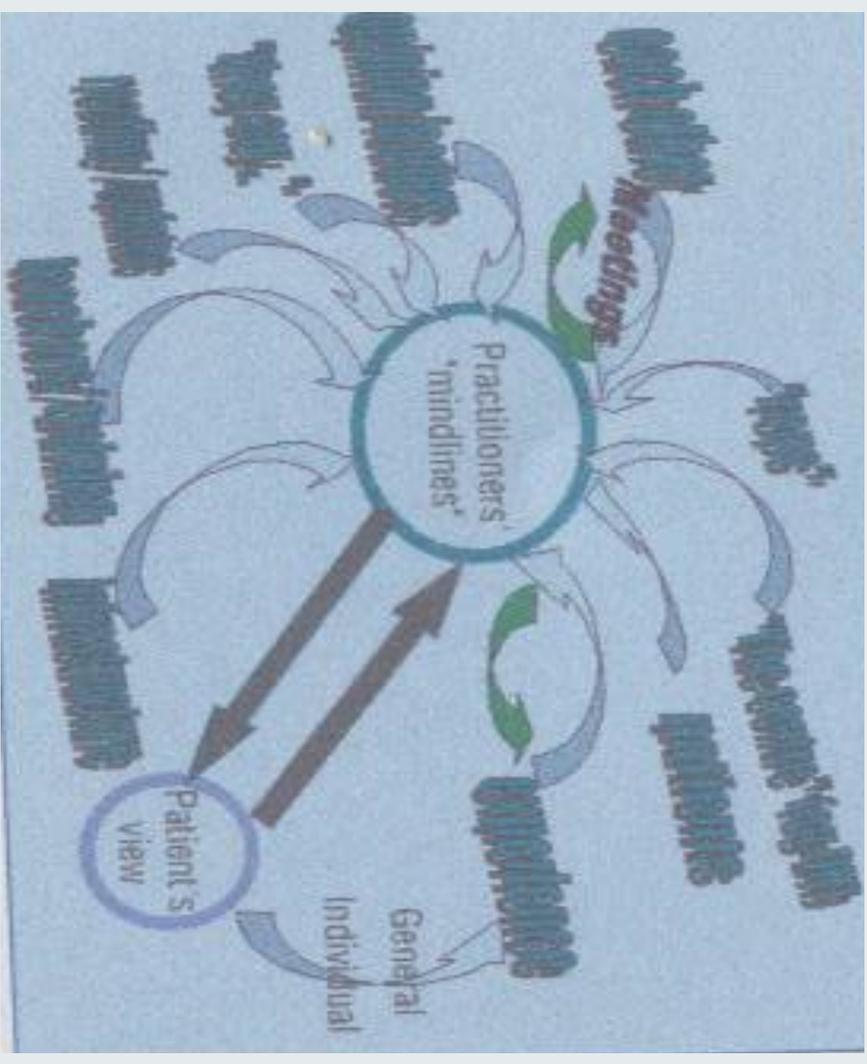
„(...) philosophisch betrachtet, mögen die Dinge anders liegen, vom Standpunkte der Gesellschaftswissenschaften ist jedes historische, weltanschauliche, soziologische Wissen-auch wenn es die absolute Richtigkeit und Wahrheit selbst sein sollte-eingebettet und getragen vom Macht- und Geltungstrieb bestimmter Gruppen, die ihre Weltauslegung zur öffentlichen Weltauslegung machen wollen“

**Karl Mannheim, „Die Bedeutung der Konkurrenz im Gebiete des Geistigen“,
Soziologentag 1929**



Evidence based guidelines or collectively constructed „mindlines“?

Clinicians rarely accessed and used explicit evidence from research or other sources directly, but relied on „mindlines“-collectively reinforced, internalized, tacit guidelines. These were informed by brief reading but mainly by their own and their colleagues' experience, their interaction with each other and with opinion leaders, patients, and pharmaceutical representatives...



Gabbay/Le May, BMJ 2004 329

Nah- und

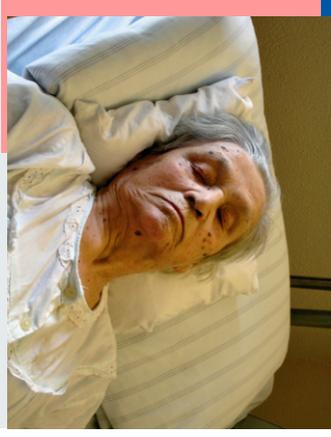
Fernmoralität

Lebensweltperspektive	Systemperspektive
Vergemeinschaftung	Vergesellschaftung
Privat	Öffentlich
Identität	Rolle
Gebundene-, Wertrationalität	Ungebundene-, Zweckrationalität
Gefühl, Verantwortung, Sorge, Werte	Tausch, Vertrag, Rechte, Normen
Fürsorge, Caritas, Primat des Guten	Gerechtigkeit, Iustitia, Primat des Rechten
Für mich geltend, Ethik des Nächsten	Zwischen uns geltend, Ethik des Fremden
Persönliche Betroffenheit	Keine direkte Betroffenheit
Persönliche Tugend	Tugend der Institutionen
Freiwilligkeit der Beziehungen	Pflichtbeziehungen
Parteilichkeit	Unparteilichkeit

R Hochgradig persönliche Entscheidungen beurteilen wir im Allgemeinen nicht unter moralischen Gesichtspunkten



Klinische Ethik



Fortpflanzungsentscheidungen
Schwangerschaftsabbrüche

Verlust von Funktionen und Autonomie
Arzt-Patient-Beziehung bei existentiell
bedrohten, sozial vulnerablen Patienten
Sterben und Tod

(...)

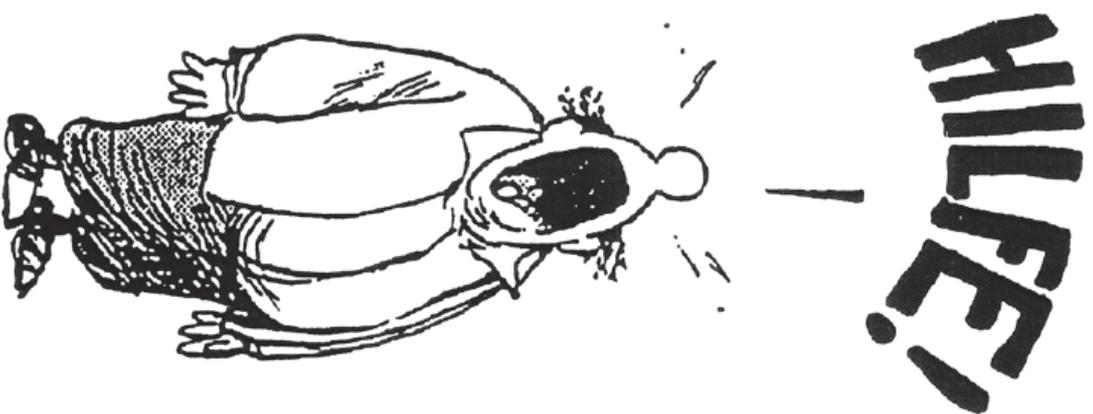
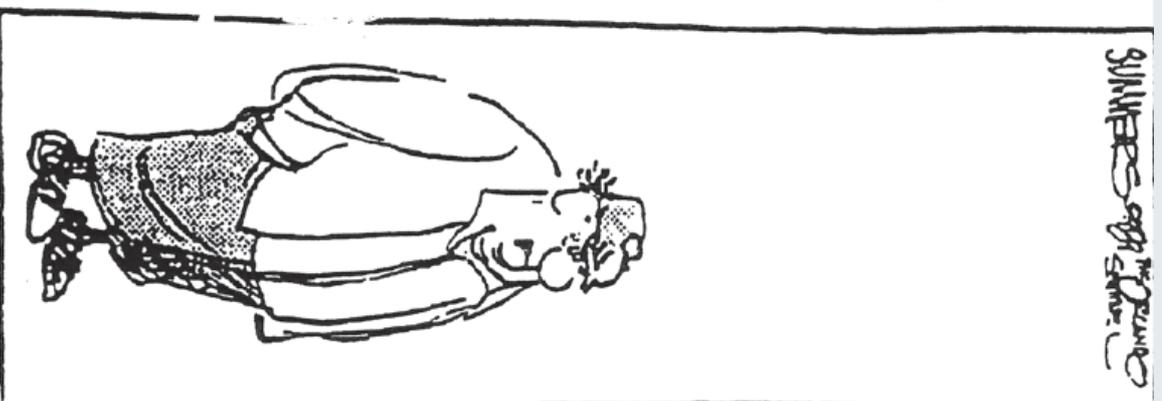
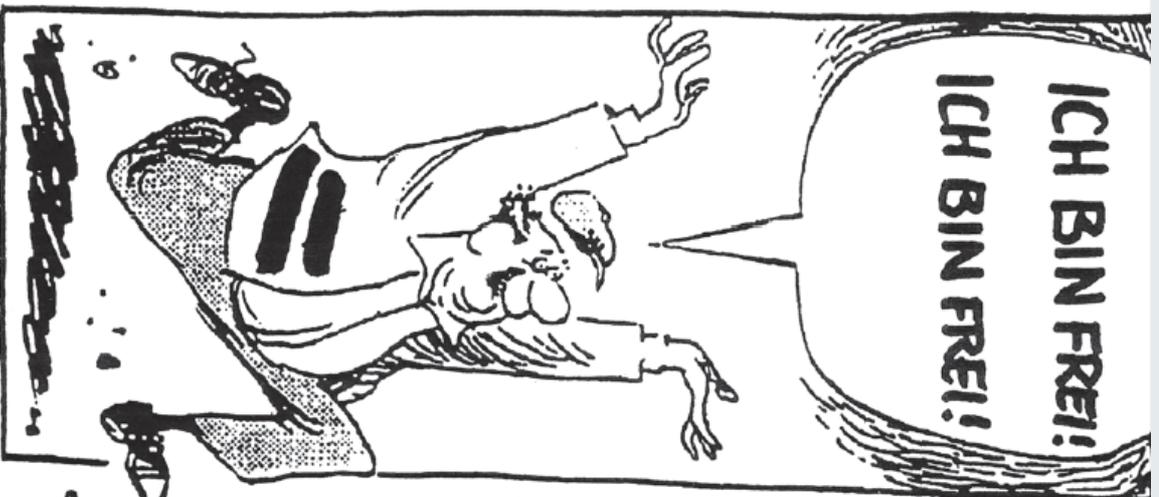


In der klinischen Ethik geht es immer um menschliches
Handeln und Entscheidungen unter Unsicherheit in
komplexen Problem- und/oder Dilemmasituationen



- auf der **persönlich-interaktiven** (klinische Ethik) **und** der **allgemeinen** Entscheidungsebene (bioethischer/biopolitischer Diskurs)
- Die Angemessenheit der Betrachtung richtet sich nach der **Situation**
- Es geht nicht (nur) um das Auflösen, sondern (manchmal) auch um das **Aushalten von Unsicherheit, Ambivalenz und Konflikten, insbesondere auch zwischen der Nah- und Fernperspektive**
- „man kann nicht nicht entscheiden“;
- **Vorsicht mit Aussagen wie: „das ist ganz klar; das müssen wir tun!“**
- wenn möglich gemeinsames Tragen und Evaluation von Entscheidungen: **Verantwortungsübernahme**





Dimensionen klinisch-ethischer Kompetenz

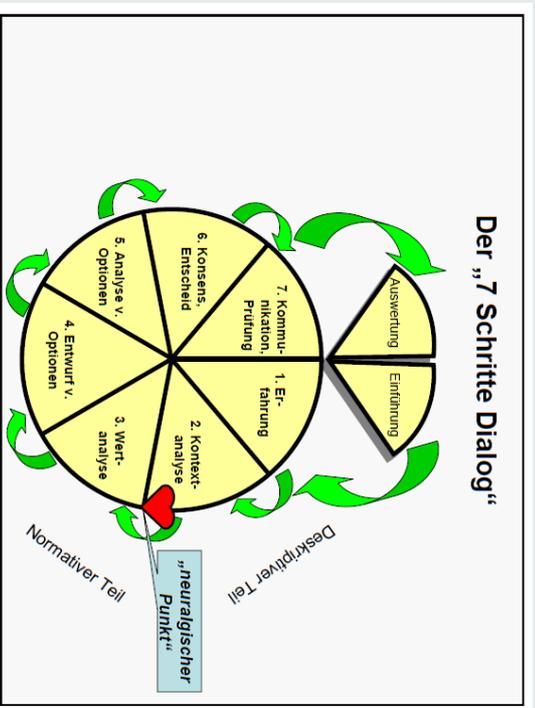
Wissen: «Ethikexperten»

Reflexion: «Kritische Denker»

Grundhaltung: «gute Ärzte/Pflegende/Sozialarbeiter»



Weltweit viele verschiedene Modelle für Fallbesprechungen...



1. Wallimann/M. Keller ZHAW/Beauchamp & Childress

Fragestellungen	Skizze/Zeichnung	Grundidee
A) Was ist das Ziel der Fallbesprechung?		
B) Welche Aufgaben hat die Gruppe bei der Fallbesprechung?		
C) Welche Personen sind involviert? Welche Funktionen haben diese Personen in der Fallbesprechung?		
D) Welche Fragen sind zu stellen? Welche Funktionen haben diese Fragen in der Fallbesprechung?		
E) Was ist das Ziel?		



Leitraden Standortgespräch

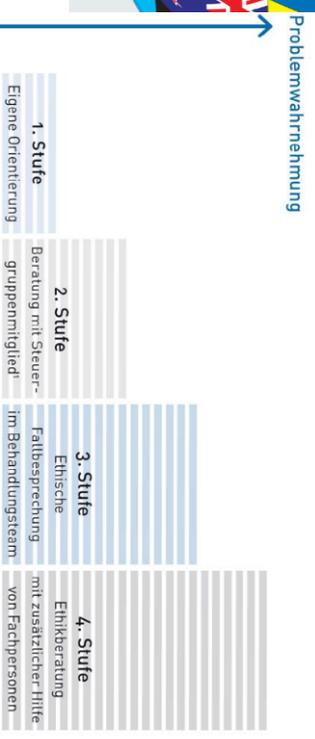
Anwesende:
Moderation:
Fallbringer (Arzt/ Pflege):
Weitere:
Protokoll (Name, Ort, Datum):

Kurze Schilderung des Fallbesprechungsanlasses (Arzt oder Pflegend, gemäss Vorschlag)

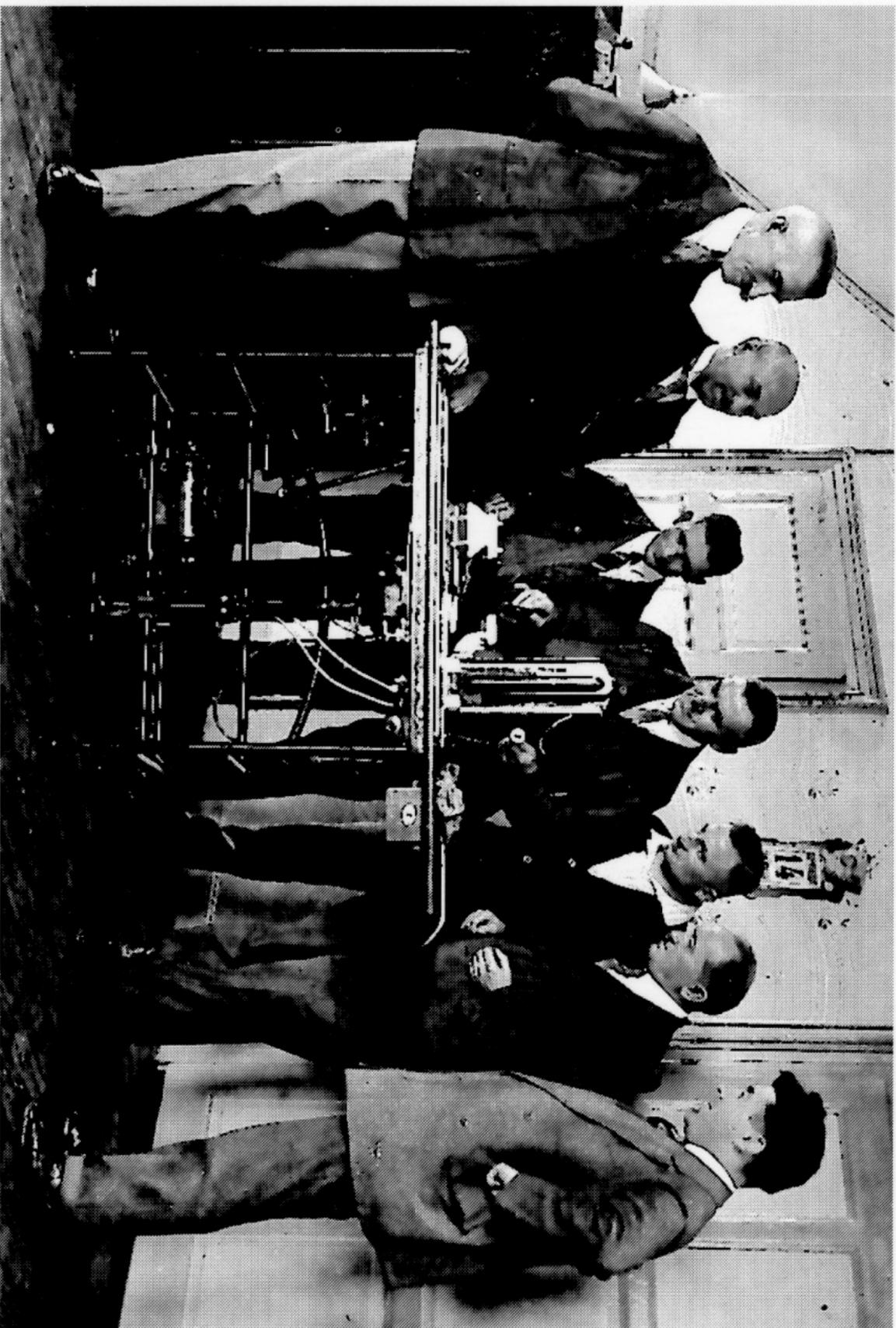
Medizinische (ärztliche und pflegerische) Gesichtspunkte

- u.a.
- Diagnose
- Verlauf/Komplikationen
- Prognose mittel- oder langfristig bezüglich Lebensqualität/Unabhängigkeit/medizinischer Massnahmen
- pflegerische Probleme/physiotherapeutische Probleme
- Compliance - Ressourcen des Patienten
- psychische Belastung/Leiden des Patienten

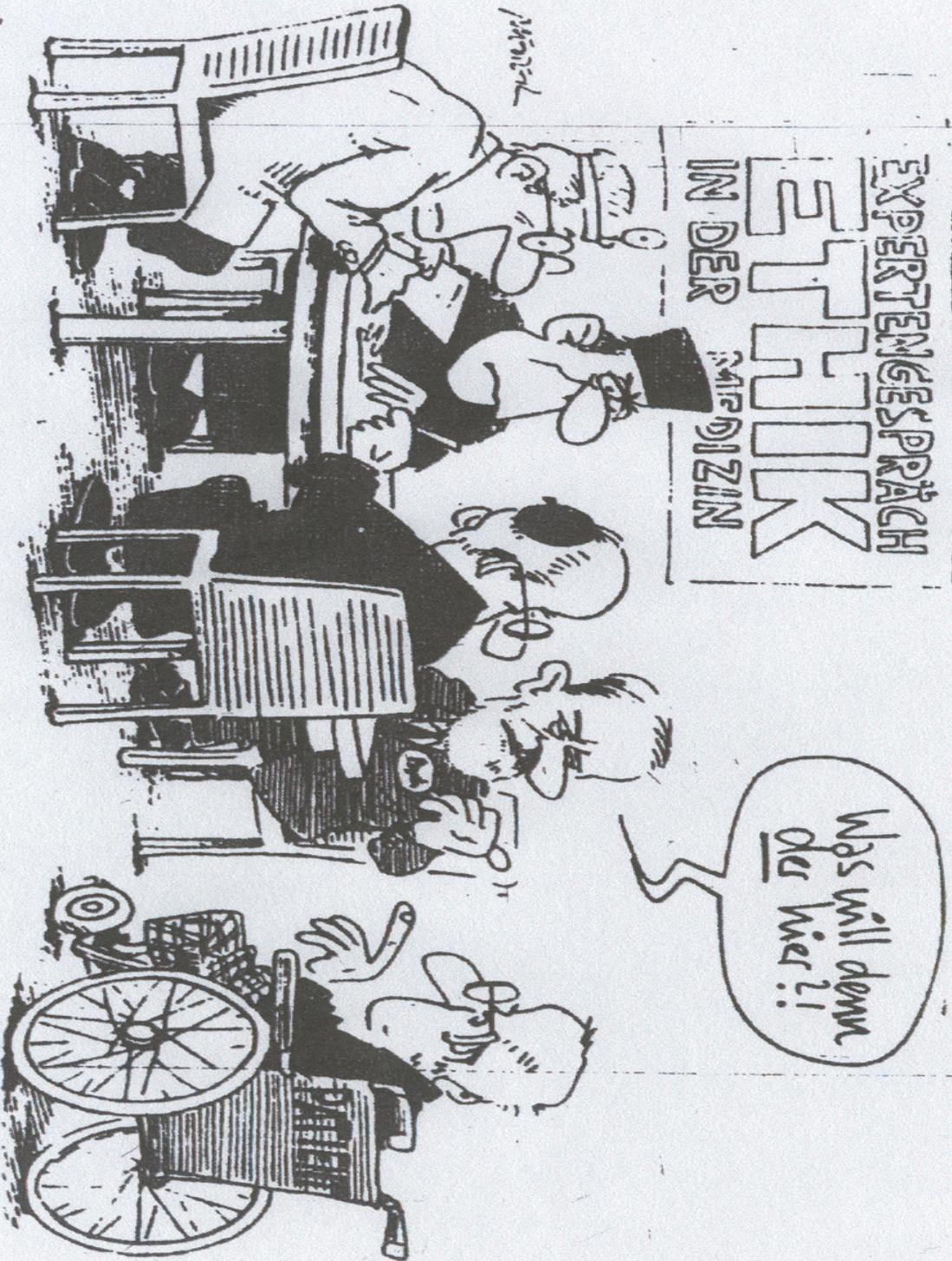
Gegenwärtige Konzepte (ärztlich, pflegerisch, physio) - Darstellung und Verständnisfragen



*Lösungen haben wir genug.
Sie passen nur nicht zum Problem.*



EXPERTENGEPRÄCH
ETHIK
IN DER MEDIZIN



Fragen wichtiger als Antworten

Welche Personen sind beteiligt (aktiv/passiv, indirekt/direkt)?

Welche Werte sind berührt (Rechtspflichten, moralische Werte, ethische Prinzipien)?

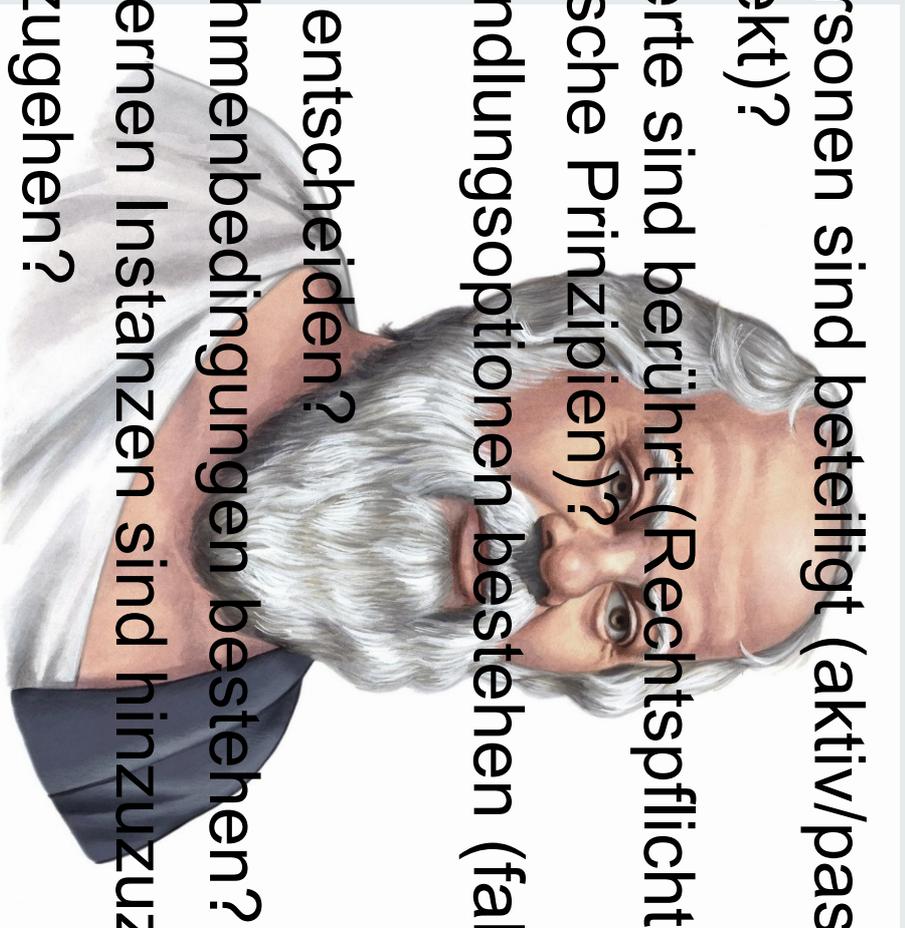
Welche Handlungsoptionen bestehen (faktisch, rechtlich, ethisch)?

Wer hat zu entscheiden?

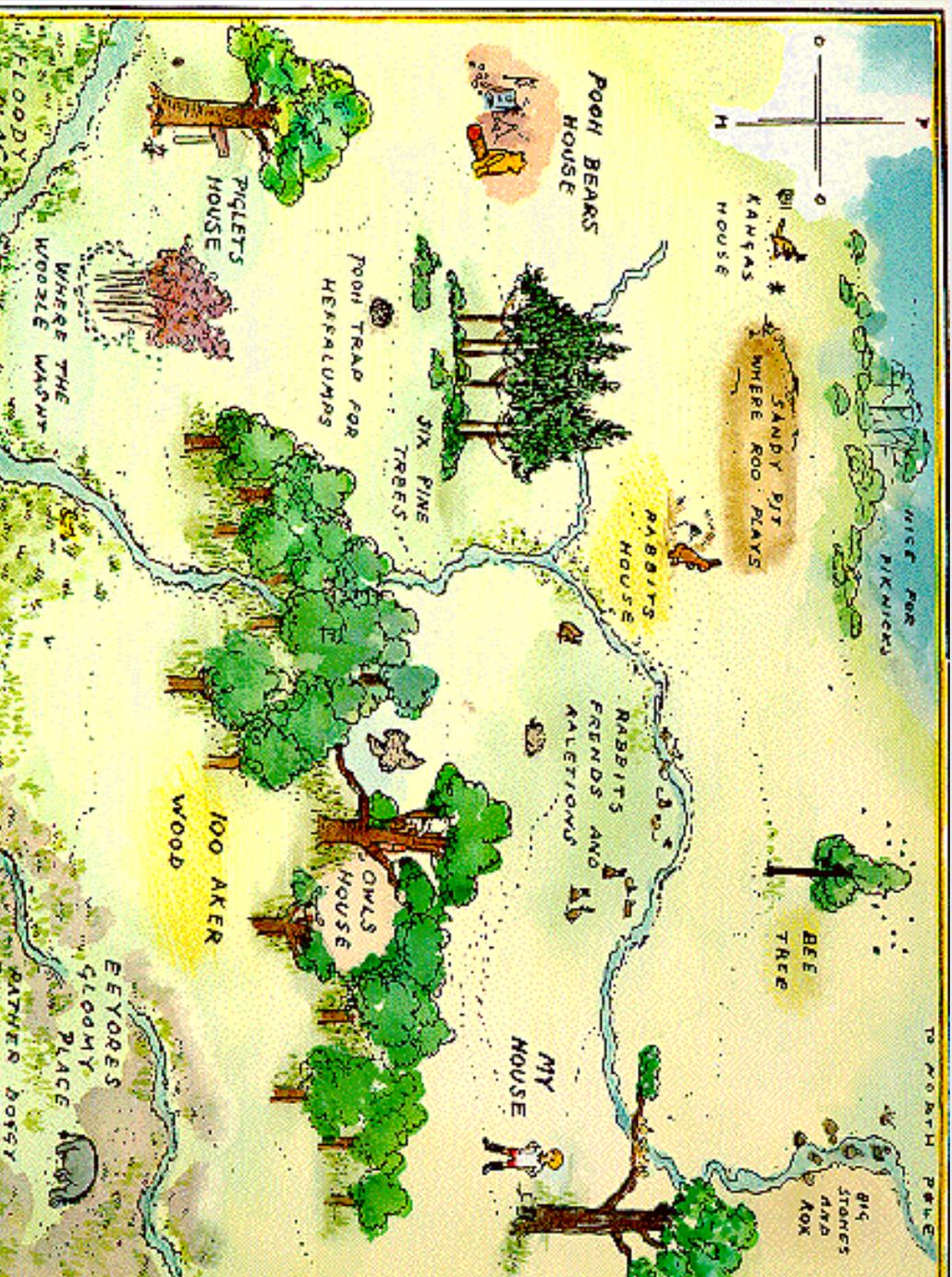
Welche Rahmenbedingungen bestehen?

Welche externen Instanzen sind hinzuzuziehen?

Wie ist vorzugehen?



Inhalte und Haltung wichtiger als Modell





Auszüge aktuelle Declaration of Geneva

At the time of being admitted as a member of the medical profession

The health of my patient will be my first consideration;

I solemnly pledge to consecrate my life to the service of humanity;

(...)



Standesordnung der FMH

Arzt und Ärztin haben ohne Ansehen der Person alle ihre Patienten und Patientinnen mit gleicher Sorgfalt zu betreuen. Weder die soziale Stellung, die religiöse oder politische Gesinnung, die Rassenzugehörigkeit noch die wirtschaftliche Lage der Patienten und Patientinnen darf dabei eine Rolle spielen.

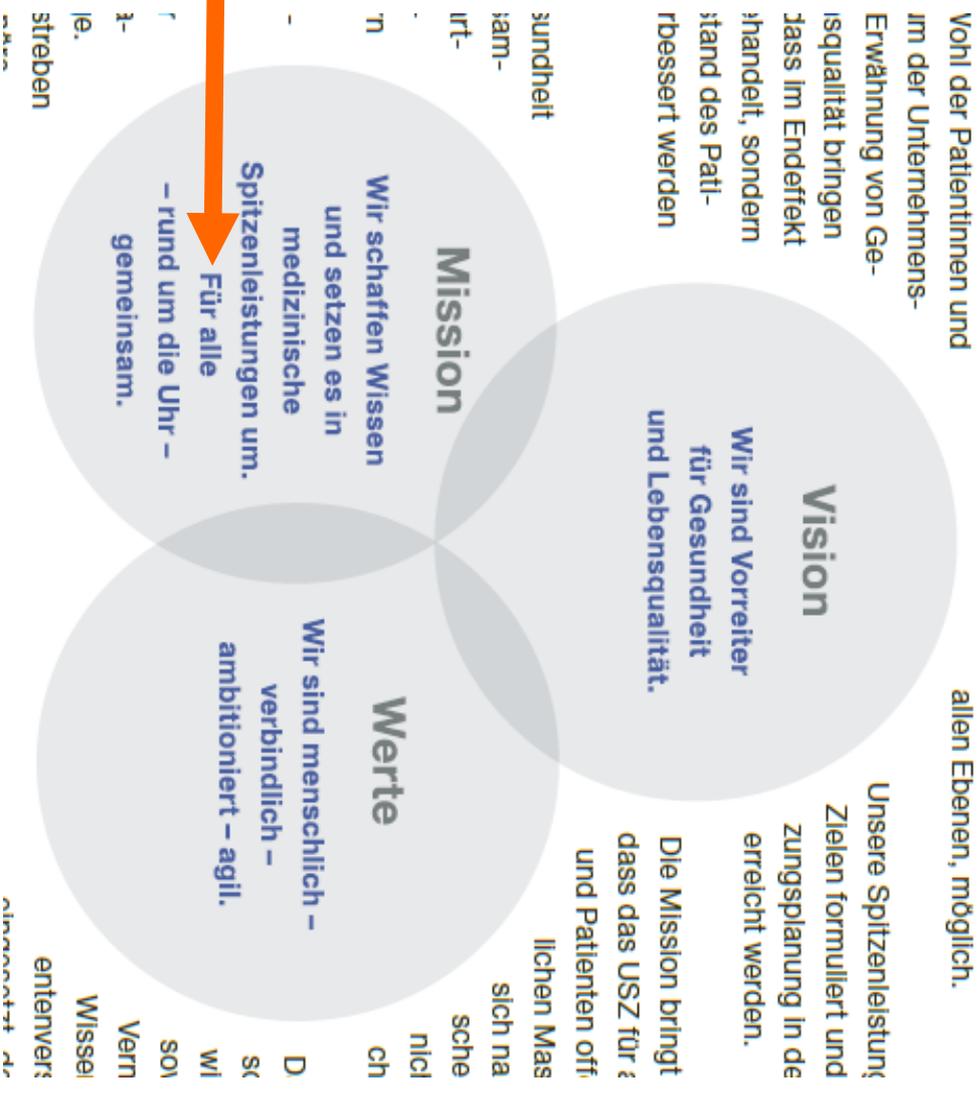
Arzt und Ärztin setzen ihre Mittel in Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation zum Wohle der Patienten und Patientinnen ein. Sie beachten dabei im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung das Gebot kosteneffektiver Medizin¹.

¹ Eingefügt durch Ärztekammer-Beschluss vom 30. April 2003; in Kraft ab 3. August 2003



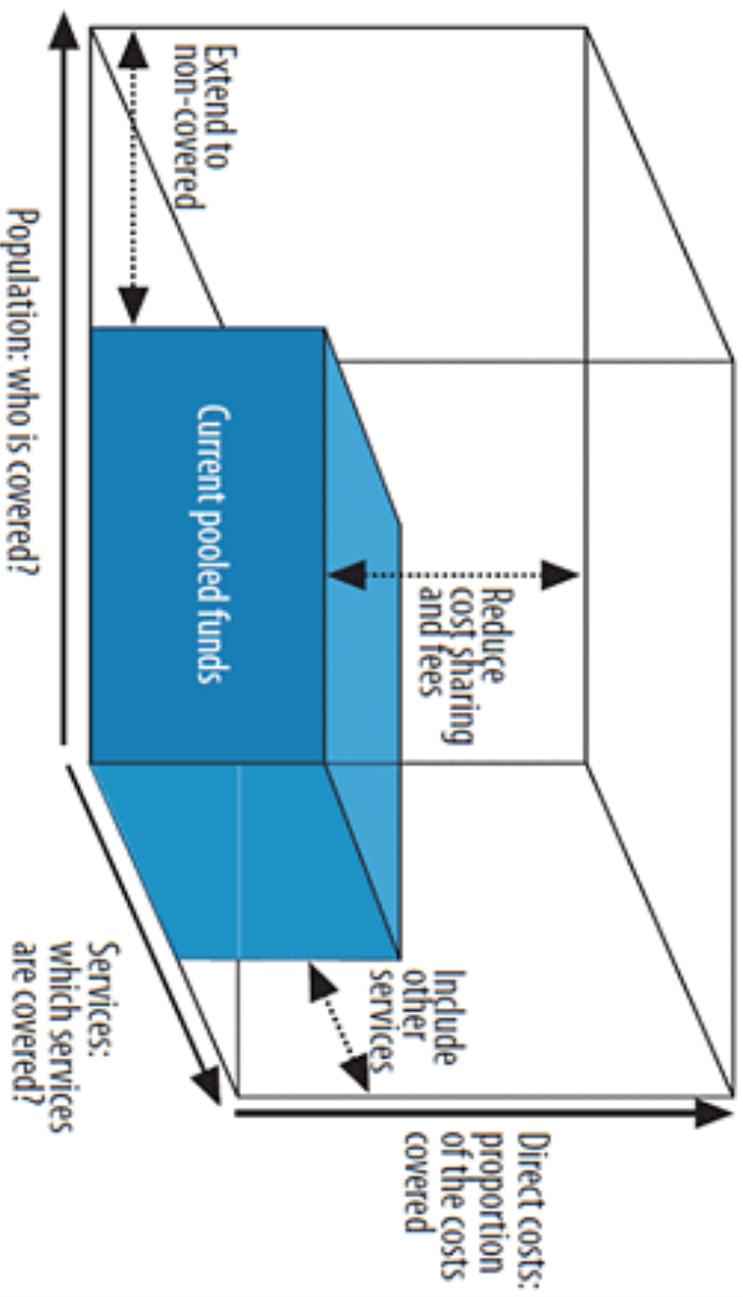


**Strategie
USZ 2025**





Universitätsspital
Zürich



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

-  **Art. 117a¹** Medizinische Grundversorgung

¹ Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.

-  **Art. 12** Recht auf Hilfe in Notlagen

Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.

-  **Art. 8** Rechtsgleichheit

¹ Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

² Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

Die Dinge der Logik und die Logik der Dinge



Beispiel 4 Anruf von der Pflege: Sorge um Planung einer sehr frühen Entlassung eines Patienten aus Sicht des Pflorgeteams; Akteneinsicht vor Ethikgespräch auf Station

Nationalität	CH	Schweiz	Sprache	Deutsch
Schutzcode				
Sperrcode				
Sperrgrund				Sperre 3: Abschreibung über CHF 100.00 / Erfolgreiches Inkasso im In- und Ausland
General Consent				Unbekannt

Notiz Information bezüglich Kostensicherung

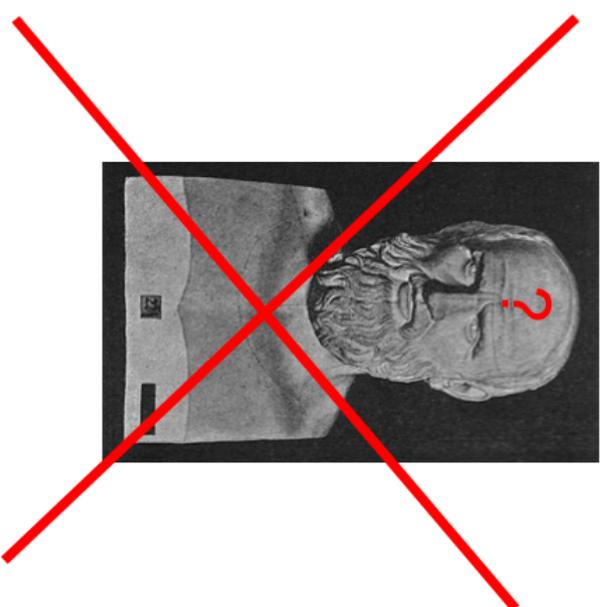
07.02.2017 17:13 [redacted] **Assistenzärztin**

Unklarheit bezüglich Kostensicherung, da bei Stammdaten "Sperre 3"

--> Gemäss Sachbearbeiterin Kostensicherung [redacted] ist die Kostensicherung für die aktuelle Hospitalisation und damit verbundenen Notfallinterventionen sicherlich gewährleistet. Die Sperre gilt nur für Kosten, welche die Grundversicherung nicht übernehmen muss (z.B. Nasenkorrektur...).



«Hippokratischer Eid 2.0»



Brauchen wir ein neues ärztliches Berufsethos?



Universitätsspital
Zürich

**Kannst Du Dich an eine Situation erinnern,
die vorzüglich die Befolgung des
Berufsethos darlegt und diese kurz
schildern? (Bitte keine Namen nennen)**

nein

Ich (und meine früheren Kollegen) haben immer alle gleich behandelt.

Ich glaube, dass in modernen, erlösorientierten Einrichtungen nicht immer streng medizinisch entschieden wird.

Diagnostische Mittel in Abhängigkeit des Versicherungsstatus des Patienten -> die Institution/Ärzte verdienen direkt daran.

Verweigerung der Behandlung der Pflegeheimpatienten durch Hausärzte wegen Verlust des Medikamentenverkaufsgewinns.

Kollegin, die sich um einen "Zigeuner" (Roma), ca. 40 Jahre mit rezidivierendem Asthmaanfällen gekümmert hat, beim 6ten Krankenhausaufenthalt auskultatorisch V.d.a. Aortenstenose, die sich dann auch bestätigt und operiert wurde. Alle Kollegen und Kolleginnen zuvor hatten offensichtlich das Herz nicht auskultiert.

Behandlung eines Patienten aufgrund rein wirtschaftlicher Erwägungen mit offensichtlich obsoleter, schädlicher Therapie auf Anweisung des Chefarztes hin.

Zahlungsfähigkeit der Patientinnen! Verfügung Zusatzleistungen (Extra Versicherungsabschlüsse: sehr individuell von KK und Kanton



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



The influence of patients' immigration background and residence permit status on treatment decisions in health care. Results of a factorial survey among general practitioners in Switzerland



Daniel Drewniak ^a, Tanja Krönes ^{a,b}, Carsten Sauer ^c, Verina Wild ^{a,d,*}

^a *Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine, University of Zurich, Winterthurerstrasse 30, 8006 Zurich, Switzerland*

^b *Clinical Ethics, University Hospital Zurich, c/o Dermatologische Klinik, Gloriastrasse 31, 8091 Zurich, Switzerland*

^c *Faculty of Sociology, University of Bielefeld, P.O. Box 100131, 33501 Bielefeld, Germany*

^d *Philosophy Department, Ludwig-Maximilians-University Munich, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 Munich, Germany*

Soc Sci Med. 2016 Jul;161:64-73. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.05.039. Epub 2016 May 26.

16.11.17

3
9



UniversitätsSpital
Zürich

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Prof. Dr. med. David Holzmann, Maur

Indikationen

Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien?



Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Leitende Ärztin, Leiterin Bildung und Gebirgsnotfallmedizin, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

Interprofessionalität in der Medizin

Interprofessionalität – sind wir Ärztinnen und Ärzte dafür bereit?

SCHWERPUNKT « ÖKONOMISIERUNG DER MEDIZIN »

Michael Kleinknecht-Dolf¹, Sandra Haubner², Diana Staudacher³, Rebecca Spirig⁴

Berufsethik unter Druck

Moralischer Stress bei Pflegefachpersonen als mögliche Konsequenz des Spardrucks unter DRG

Universitätsspital
Zürich





10.2.02. Kostengutsprachegesuche von medizinischen Leistungserbringern

2.4. Nachweis der Nichteinbringlichkeit der Kosten

Behandlungskosten können nur dann von der Sozialhilfe übernommen werden, wenn

- a. innert oben erwähnter Frist ein Gesuch um Kostengutsprache eingegangen ist,
- b. es sich um notwendige und in ihrer Höhe angemessene bzw. möglichst wirtschaftliche Leistungen handelt,
- c. keine andere Deckung möglich bzw. kein sonstiger Träger oder Garant vorhanden ist.

Zu b. Die Rechtmässigkeit und Angemessenheit der Kosten muss auf der Rechnung detailliert ausgewiesen werden. Es können nur die für innerkantonale Allgemieinpatienten geltenden Taxen in Rechnung gestellt werden.

Zu c. Es muss ausführlich dokumentiert werden, dass kein anderer Kostenträger die Kosten übernommen hat und man sich intensiv, aber erfolglos um die Kostenübernahme durch den Patienten bzw. die Patientin oder durch Dritte bemüht hat. In der Regel ist die Vorlage eines Verlustscheins erforderlich.

Costs, financing - Data, indicators

Overview

Health care costs 2013

Indicators of health care costs		
Costs of health care system as percentage of GDP	10.9%	
Health care expenditure per capita and month in CHF	713	
Health care costs in CHF million	69'227	
Health care costs by service provider	In CHF million	as % of total
Hospitals	25'315	36.6%
Outpatient providers ¹	21'846	31.6%
Nursing and residential care facilities	12'040	17.4%
Costs of health care system by service type		
In-patient treatment	31'312	45.2%
Out-patient treatment ²	23'695	34.2%
Sale of health-related goods	7'316	10.6%
Costs of health care system by financing schemes		
Social insurances	29'895	43.2%
Other social protection, means-tested schemes	3'077	4.4%
Private households	16'491	23.8%
State	14'006	20.2%

¹ The values for expenditure for doctors and other outpatient service providers are the result of an extrapolation and not of an annual estimate.

² The values for expenditure for treatments in doctors' practices and other outpatient services are the result of an extrapolation and not of an annual estimate.

Tabelle 1. Quality of Care Indikatoren des EIU, Ranking Schweiz

Indikator	Beschreibung	Ranking Schweiz (x/80)
Umfeld von Palliative Care und des Gesundheitswesens	Vorhandensein einer nationalen, umfassenden, effektiven Strategie, allgemeine Förderung des Gesundheitswesens für Palliative Care	13
Qualifikation der Fachpersonen	Spezialisierte ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte in Palliative Care, hoher Standard der Ausbildung in Palliative Care für die Grundversorgung	15
Bezahlbarkeit/Finanzierbarkeit	Öffentliche Finanzierung und Eigenanteil für Palliative Care	18
Qualität	Wichtigste Kategorie, vielfältige Indikatoren u. a. Angebot hochwirksamer Opioide, Monitoring von Organisationsstandards, Vorhandensein psychosozialer Unterstützungsangebote für Patienten und Angehörige	8
Gemeinnütziges Engagement	Öffentliche Wahrnehmung von Palliative Care, Einsatz und Ausbildung von Freiwilligen	15
"Quality of Death" Gesamtbewertung	Gewichteter Index der 5 Faktoren	15

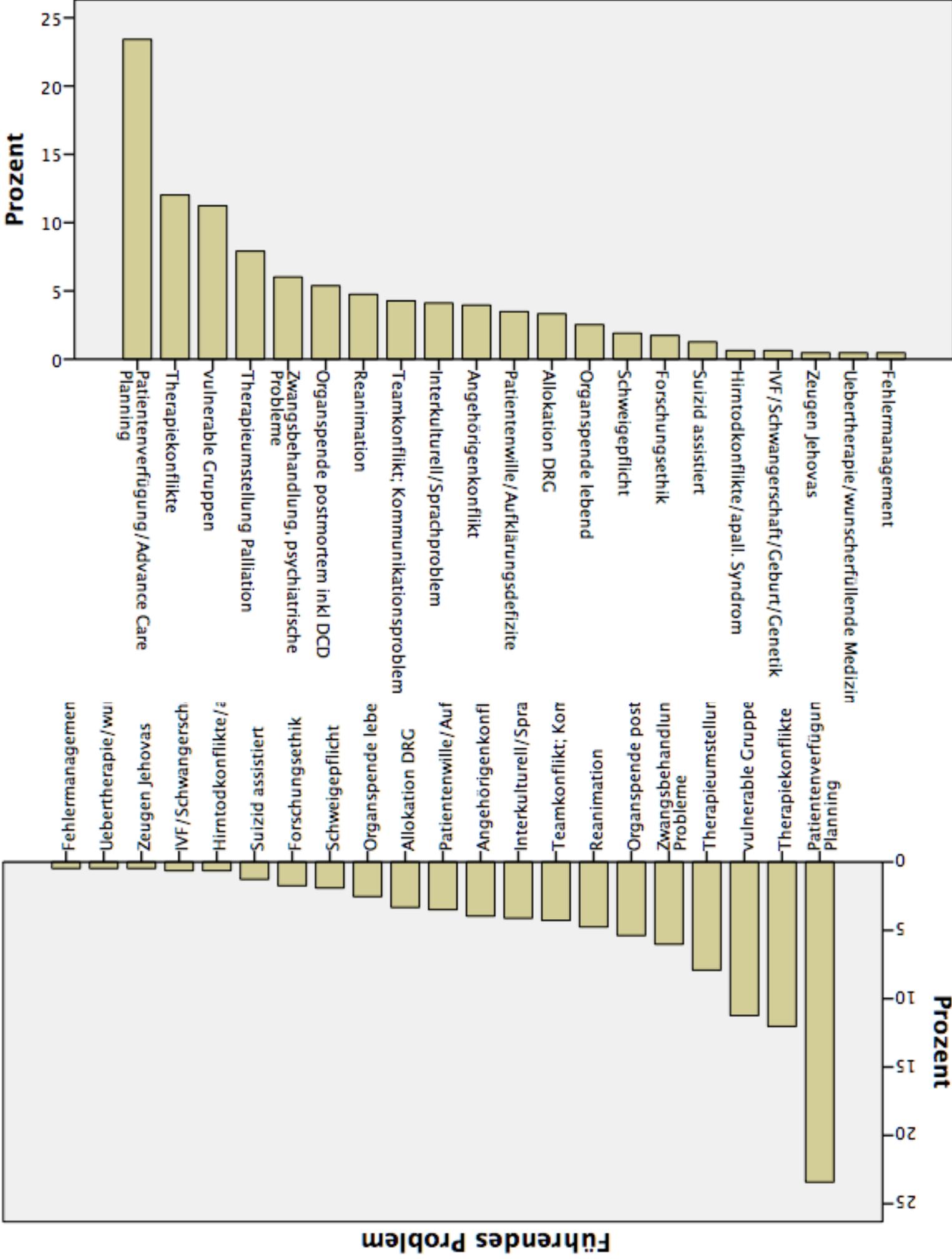
Vel. 1141, S.15, 57.



Patienten ohne/mit unvollständiger/mit unklarer Versicherung/Kostendeckung und Risiko des Schadens durch medizinische Nicht-/Unterversorgung

- 1) «Sans-Papiers»
- 2) Verunfallte oder notfallmässig erkrankte Touristen aus EU/Nicht EU
Ländern
- 3) «Auslandsschweizer»
- 4) Menschen mit Wohnsitz Schweiz (mit/ohne Schweizer Nationalität) ohne
Versicherung/mit Ausständen „Leistungssperre“ „Schwarze Listen“
- 5) Ausländische Selbstzahler
- 6) «Wohnkanton» versicherte Patienten im anderen Kanton
- 7) Patienten mit unklaren Zuständigkeiten der Versicherungen
(SUVA/Krankenkasse)

Führendes Problem



‘weder die Wissenschaft noch die Ökonomie (noch die Ethik oder das Recht TK) wird uns den Schmerz der Entscheidung abnehmen. Das beste was wir hoffen können, ist es, den Prozess zu verbessern, durch den wir Entscheidungen fällen’

Rudolf Klein



Die Kraft der Normen, 26.10.2017

PD Dr. Rouven Porz



Slot 1

Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?

10h30

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Prof. Dr. Franziska Sprecher, Universität Bern

10h50

Ethik im Alltag der verschiedenen Gesundheitsberufe

Dr. med. Tanja Krones, Universität Zürich

11h10

Medizinische Entscheidungsfindung: Ethik und Machtspiele

Dr. Rouven Porz, Universität Bern

11h30

Podiumsdiskussion und short communications

Table ronde et short communications

Moderation: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich

Slot 1 **Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?**

Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?

10h30 **Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?**

Prof. Dr. Franziska Sprecher, Universität Bern

10h50 **Ethik im Alltag der verschiedenen Gesundheitsberufe**

Dr. med. Tanja Krones, Universität Zürich

11h10 **Medizinische Entscheidungsfindung: Ethik und Machtspiele**

Dr. Rauven Parz, Universität Bern

11h30 **Podiumsdiskussion und short communications**

Table ronde et short communications

Moderation: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich



Was darf man tun?

≠



Medizinische Entscheidungsfindung:

Was kann man tun?

Ethik:

Wissenschaft vom moral. Handeln

- Argumentation - Reflexion
- Begründungen - Perspektivenwechsel
- Transparenz

Was soll man tun ?

Berufsrolle (Berufsethik)

Werte und Normen einer
Berufsrolle

Was sollen wir (als Team) tun ?

Slot 1

**Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?**

10h30

Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?

Prof. Dr. Franziska Sprecher, Universität Bern

10h50

Ethik im Alltag der verschiedenen Gesundheitsberufe

Dr. med. Tanja Krones, Universität Zürich

11h10

Medizinische Entscheidungsfindung: Ethik und Machtspiele

Dr. Raiwen Parz, Universität Bern

11h30

Podiumsdiskussion und short communications

Table ronde et short communications

Moderation: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich

In ethischen Fallbesprechungen:

Moderator, Konversationsmethode ...
Piepser, Sitzordnung ...
Ethikwissen, Argumentationsfähigkeit ...

Macht der Ethik ? → Symbolwirkung

In der Verwaltung:

Diktatur der ökonomischen Sichtweise ---



In ethischen Fallbesprechungen:

Moderator, Konversationsmethode ...
Piepser, Sitzordnung ...
Ethikwissen, Argumentationsfähigkeit ...

Macht der Ethik ? → Symbolwirkung

In der Verwaltung:

Diktatur der ökonomischen Sichtweise ---

Im Kerngeschäft:

«Jeder hat doch seine Ethik ...»

Diktatur der Publikationsliste (Uni-Spital) ...
Diktatur der Erfahrung, gegenüber dem Nicht-Mediziner

«Sie haben noch nie im Blut gestanden ...»

In ethischen Fallbesprechungen:

Moderator, Konversationsmethode ...
Piepser, Sitzordnung ...
Ethikwissen, **Argumentationsfähigkeit** ...

Macht der Ethik ?

Slot 1

Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?

10h30 **Medizin-ethische Richtlinien: wichtig, nötig oder überflüssig?**

Prof. Dr. Franziska Sprecher, Universität Bern

10h50 **Ethik im Alltag der verschiedenen Gesundheitsberufe**

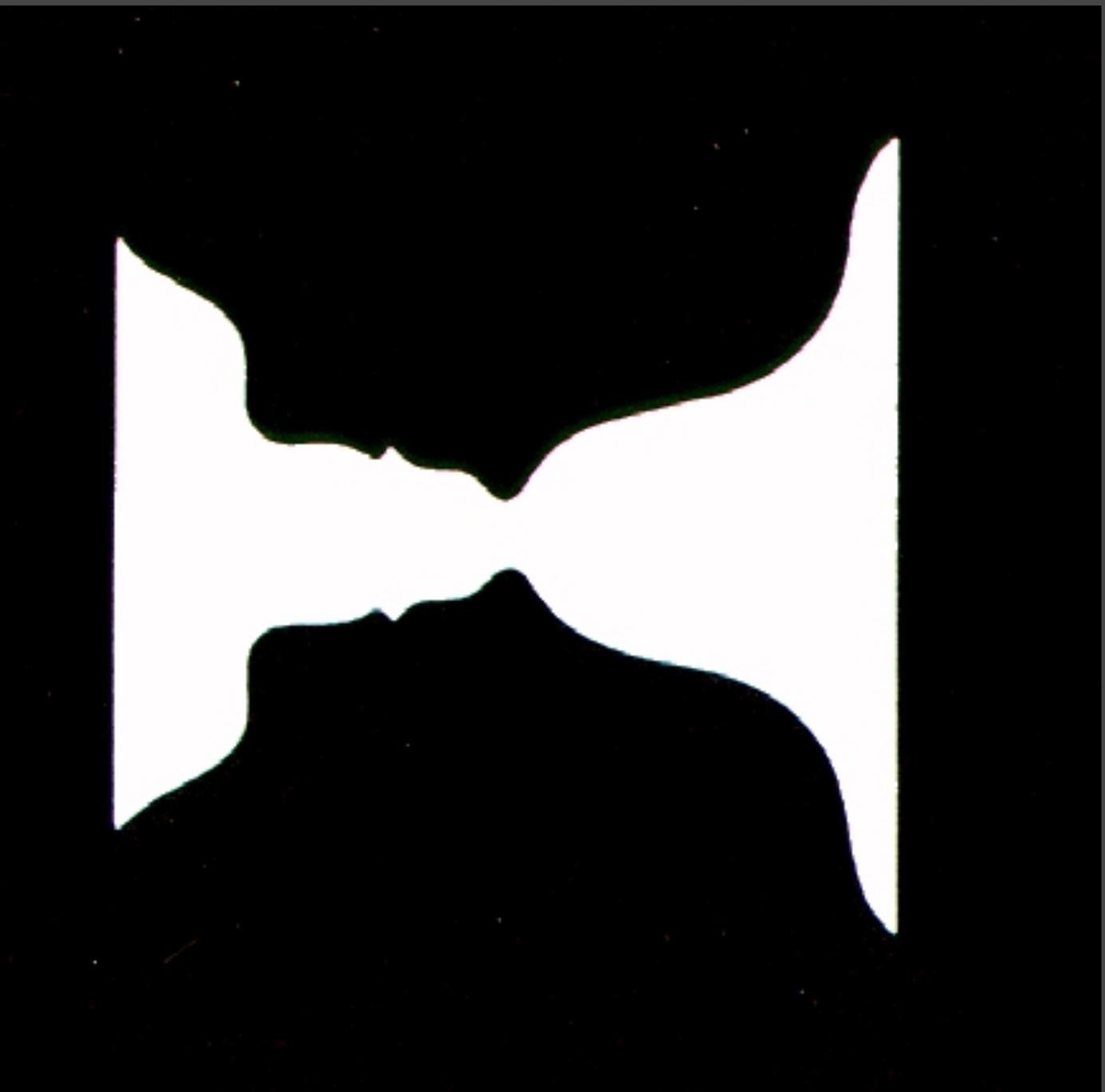
Dr. med. Tanja Krones, Universität Zürich

11h10 **Medizinische Entscheidungsfindung: Ethik und Machtspiele**

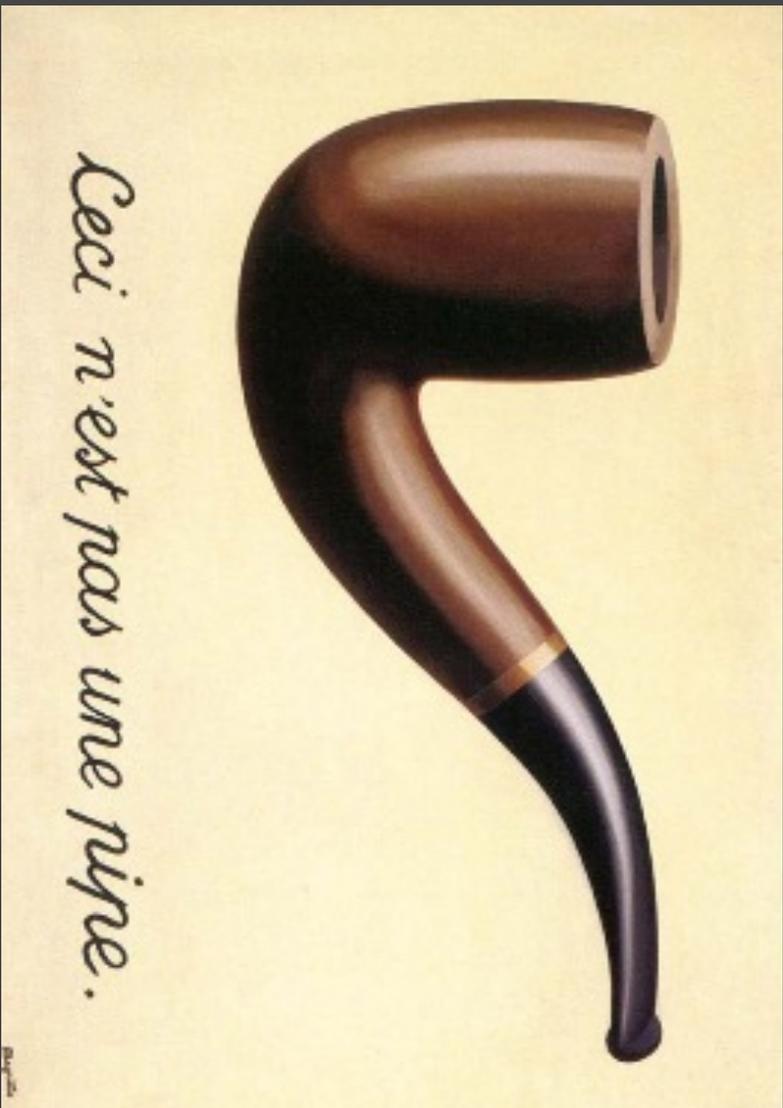
Dr. Rouven Porz, Universität Bern

11h30

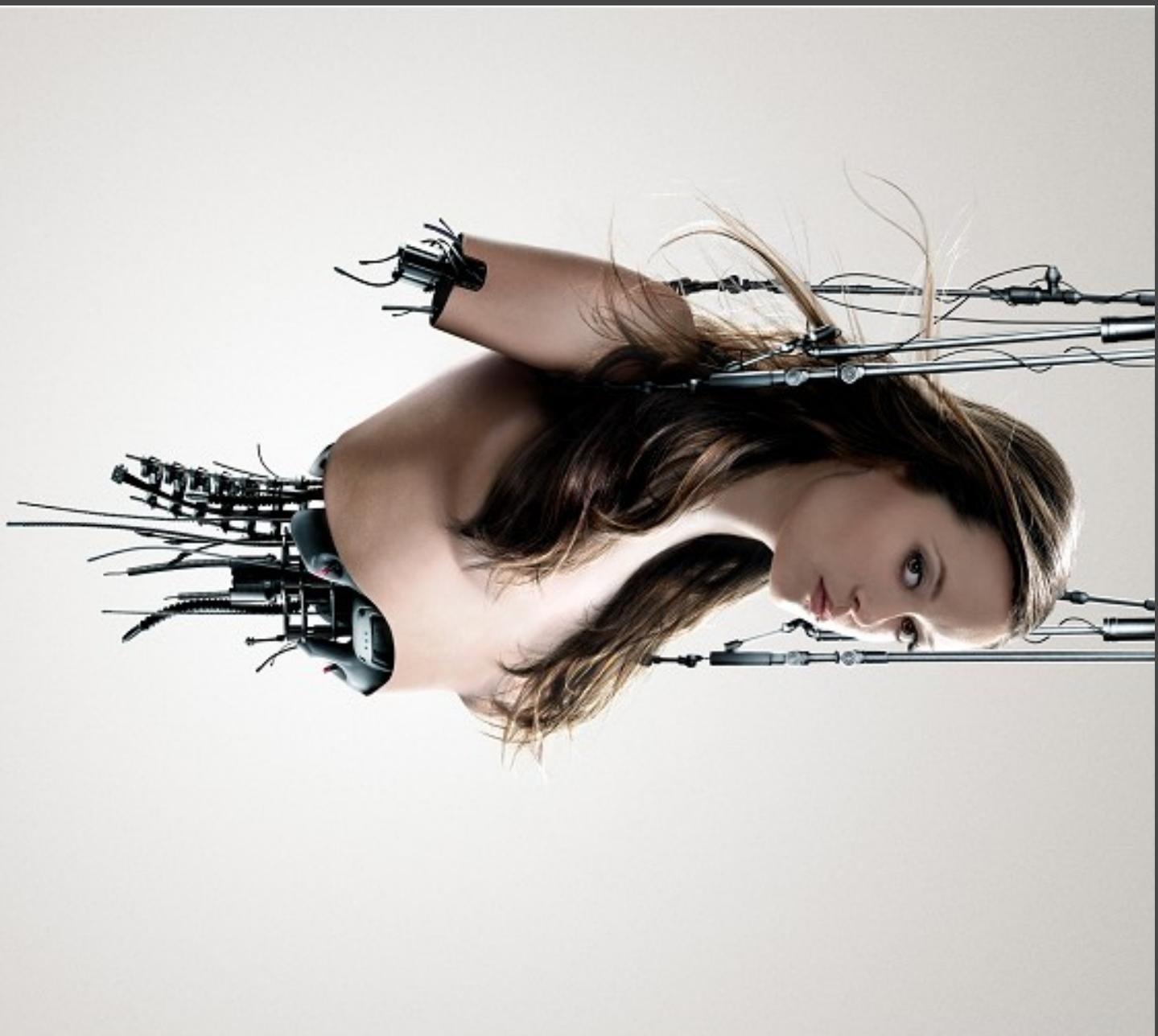
Podiumsdiskussion und short communications











George Orwell's 1984 returns to best-selling list following Kellyanne Conway's 'alternative facts'

Christopher Hooton | @christophhooton | Tuesday 24 January 2017 17:22 GMT | [64](#) comments
[shares](#)

[The Guardian](#) The Independent Culture



 THE INAUGURATION OF DONALD TRUMP 

KELLYANNE CONWAY
COUNSELOR TO PRESIDENT TRUMP





THE DAILY SHOW

**Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?**



**Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?**

Im Kampf gegen alternative Fakten

Der Begriff aus dem Umfeld von Präsident Trump alarmiert viele Forscher. Deren bange Frage lauter: Wann gilt ein wissenschaftliches Ergebnis als Fakt?

Von Anna Friedrich

Wer einmal liest, dem glaubt man nicht, heißt es. Nicht so bei Donald Trump: Der amerikanische Präsident vertritt die Unwahrheiten am laufenden Band. Die „New York Times“ hat ausgerechnet, dass Trump der Öffentlichkeit an 20 seiner 40 ersten Tage im Amt Lügen aufzählte. Um festzustellen, ob Trumps Aussagen wahr oder falsch sind, bedarf es eigentlich keiner komplizierten Methodik. Oftmals reicht schon ein Griff zum Telefon. Nach der Amtseinführung im Januar hatte Trump-Pressesprecher Sean Spicer auf Geheiß des Präsidenten verkündet, bei der Amtseinführung seien mehr Menschen anwesend gewesen als bei jener von Barack Obama. Aber weder Luftaufnahmen noch die Zählungen im Personnahmeverkehr in Washington bestätigten die Aussage. Doch Trump-Beraterin Conway hielt dagegen: „Sean Spicer hat alternative Fakten dargestellt.“ Es gebe kein Verfahren, um Menschenmengen sicher zu quantifizieren. Seitdem ist der Begriff alternative



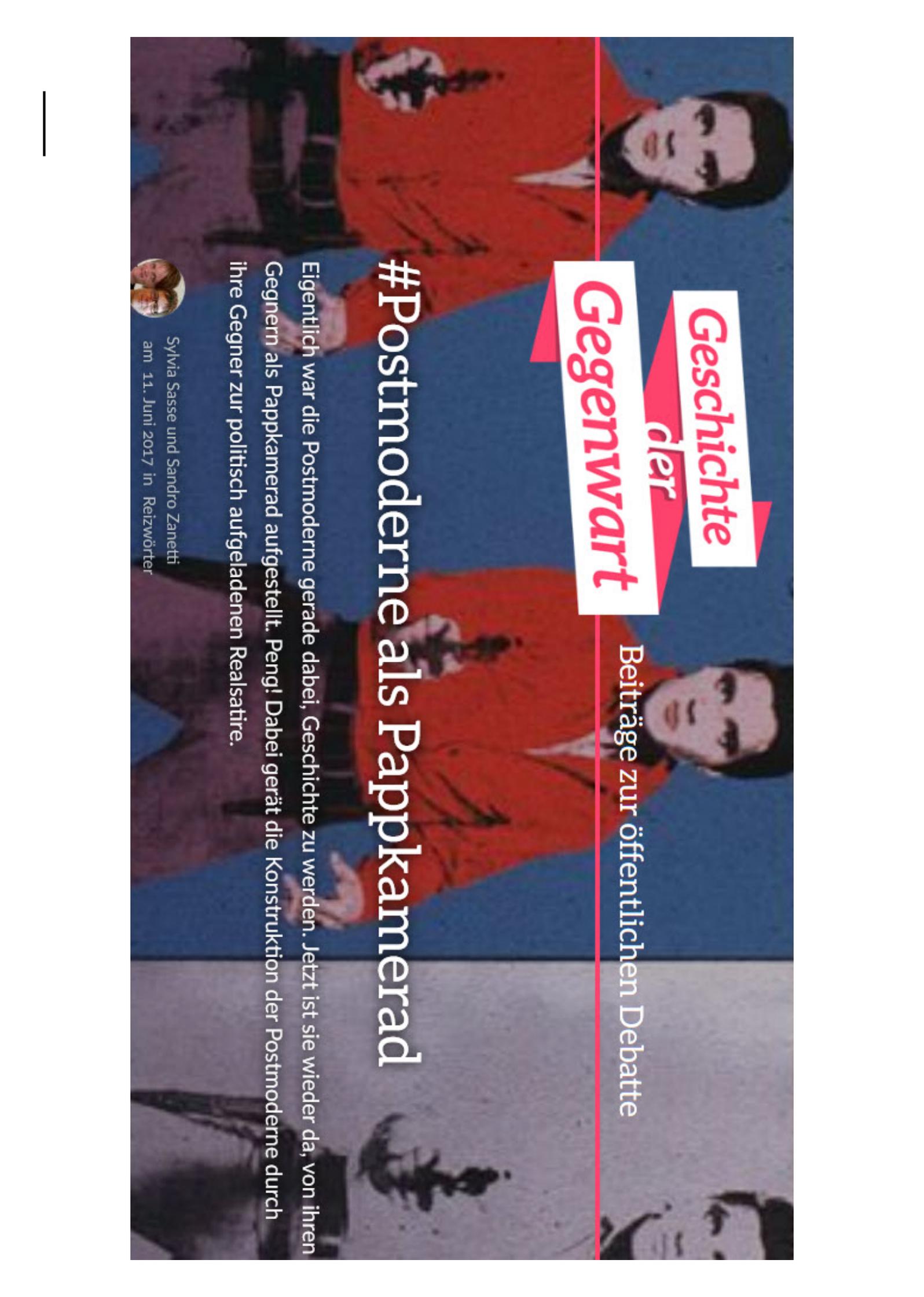


DOMINI

America's First Postmodern President

Trump's ascendance is no accident. He's the culmination of our epoch of unreality. What does that herald for the resistance?





Geschichte

der

Gegenwart

Beiträge zur öffentlichen Debatte

#Postmoderne als Pappkamerad

Eigentlich war die Postmoderne gerade dabei, Geschichte zu werden. Jetzt ist sie wieder da, von ihren Gegnern als Pappkamerad aufgestellt. Peng! Dabei gerät die Konstruktion der Postmoderne durch ihre Gegner zur politisch aufgeladenen Realsatire.



Sylvia Sasse und Sandro Zanetti
am 11. Juni 2017 in Reizwörter



Was darf man tun?



Was kann man tun?

Ethik:

Wissenschaft vom moral. Handeln

- Argumentation - Reflexion
- Begründungen - Perspektivenwechsel
- Transparenz

Was soll man tun ?

Berufsrolle (Berufsethik)

Werte und Normen einer
Berufsrolle

Was sollen wir (als Team) tun ?

Modernism

Postmodernism

Modernism

Form (closed)

Purpose

Design

Hierarchy

Distance

Centerings

Paradigm

Root/Depth

Master Code

Type

Origin/Cause

Determinancy

Transcendence

Unified Self

Mimesis

Signified

Rejection

Morality

Postmodernism

Antiform (open)

Play/Irony

Chance

Anarchy

Participation

Dispersal

Syntagm

Rhizome/Surface

Idiolect

Mutant

Differance/Trace

Indeterminancy

Immanence

Fragmented Self

Antimimesis

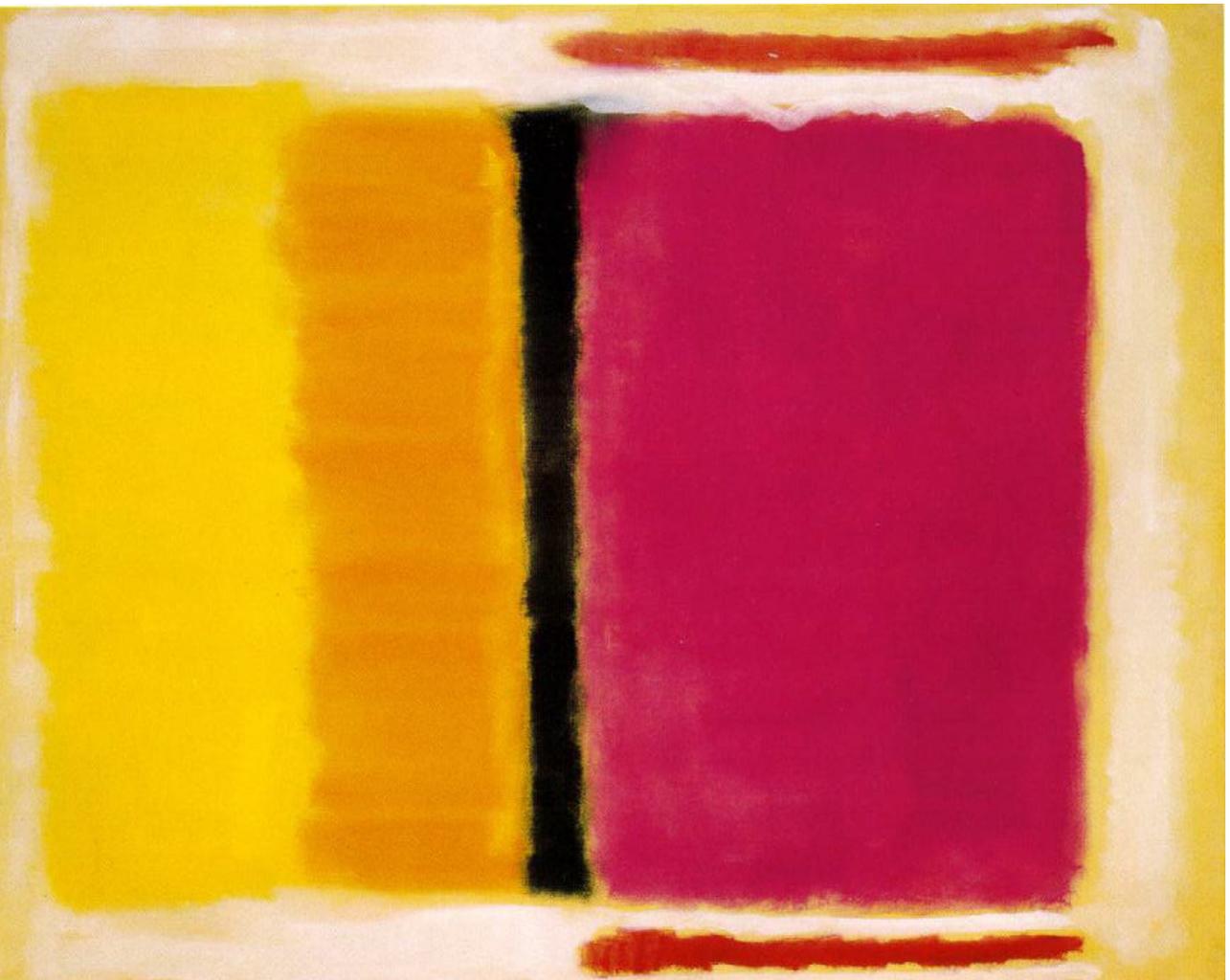
Signifier

Subversion

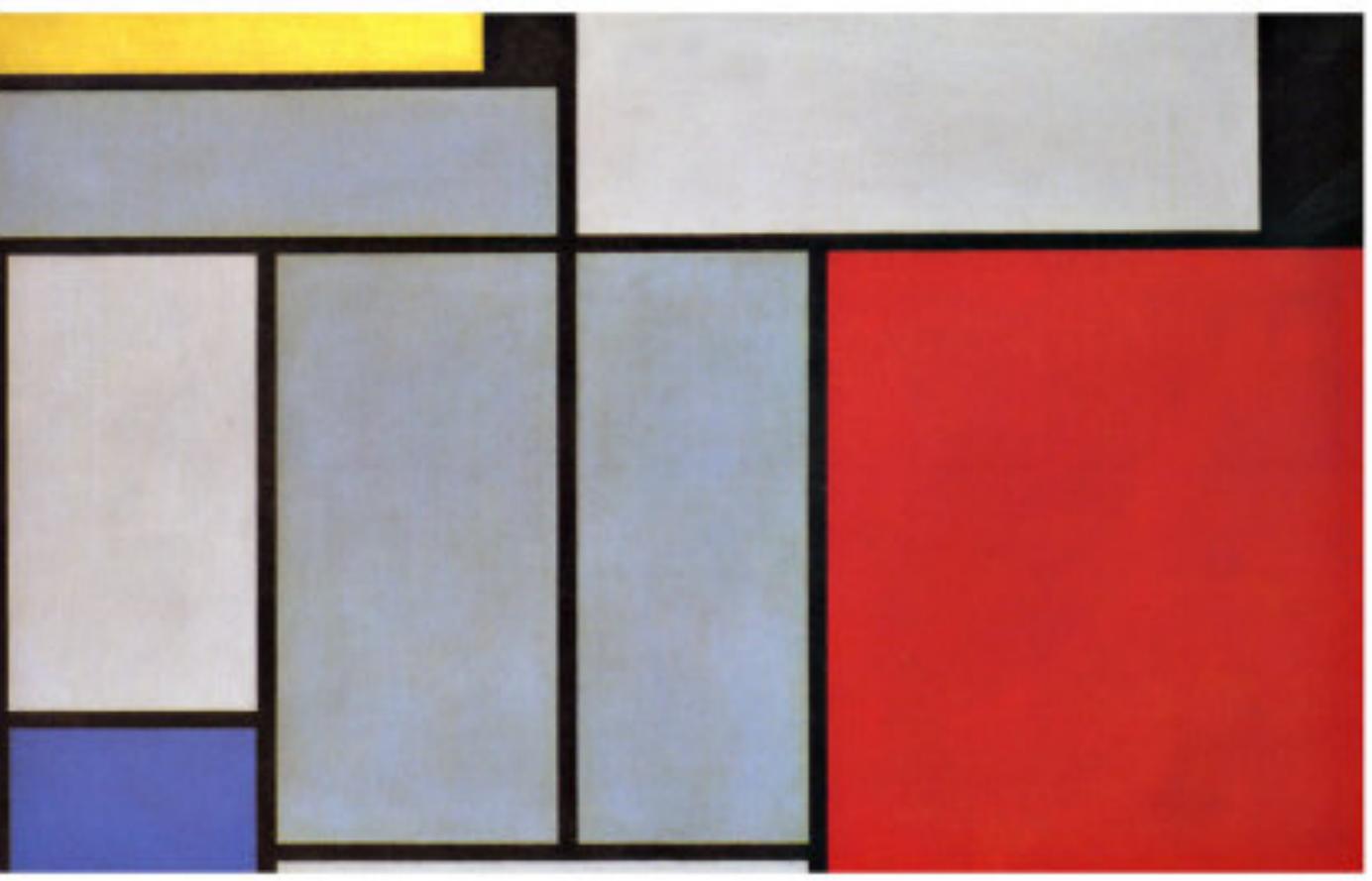
Uncertainty/Tolerance

adapted from Ihab Hassan. *The Postmodern Turn*. 1987.

Irmtraud Huber und Rouven Porz, 2017, June, Basel.



Mark Rothko: *Untitled*, 1949



Piet Mondrian: *Tableau I*, 1921



Jackson Pollock Convergence Albright-Knox Art Gallery





Haas-Haus, Wien (1986–1990), Architekt: HANS HOLLEIN (* 1934), Postmoderne

Modernism

Postmodernism

4 Principles:
Respect for Autonomy
Nonmaleficence
Beneficence
Justice



Antiform (open)

Play/Irony

Chance

Anarchy

Participation

Dispersal

Syntagm

Rhizome/Surface

Idiolect

Mutant

Differance/Trace

Indeterminancy

Immanence

Fragmented Self

Antimimesis

Signifier

Subversion

Uncertainty/Tolerance

Turn. 1987.

ne, Basel.

Zu abgehoben, realitätsfern

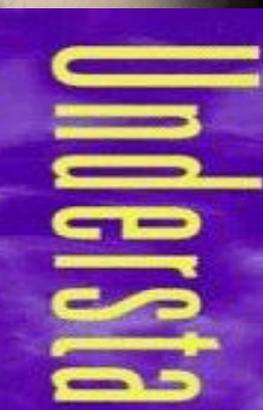
...

Modernism

4 Principles:
Respect for Autonomy
Nonmaleficence
Beneficence
Justice



Postmodernism



Care / feminist Approaches:

- ... relational autonomy
- ... moral responsibility
- ... context sensitivity
- ... socially embeddedness
- ... "giving voice"

Zu abgehoben, realitätsfern ...

Real life context !



Care / feminist Approaches:

- ... relational autonomy
- ... moral responsibility
- ... context sensitivity
- ... socially embeddedness
- ... "giving voice"

Vorwurf: Relativismus

«anything goes»

Zu abgehoben, realitätsfern ...

4 Principles:
Respect for Autonomy
Nonmaleficence
Beneficence
Justice



MACHT DER THEORIEN

Unterschiedliche
Ergebnisse bei
ethischen
Fallbesprechungen
je nach
Theoriehintergrund



minist Approaches:
onal autonomy
l responsibility
ext sensitivity
cially embeddedness
giving voice”

Real life context !

Modernism

Postmodernis

A Principles.



Post-Postmodernism

?

Approaches:
Autonomy
Responsibility
Sensitivity
Embeddedness
"ce"



Vorwurf: Relativismus
«anything goes»

America's First Postmod
President

Post-Postmodernism

Ethische Normen: Gibt es ein Richtig und ein Falsch?
Normes éthiques: existe-t-il un juste ou un faux?

Reconstruction

- intersubjective consensus
- narrative communication
- pragmatic fictionality
- relational ethics / responsibility

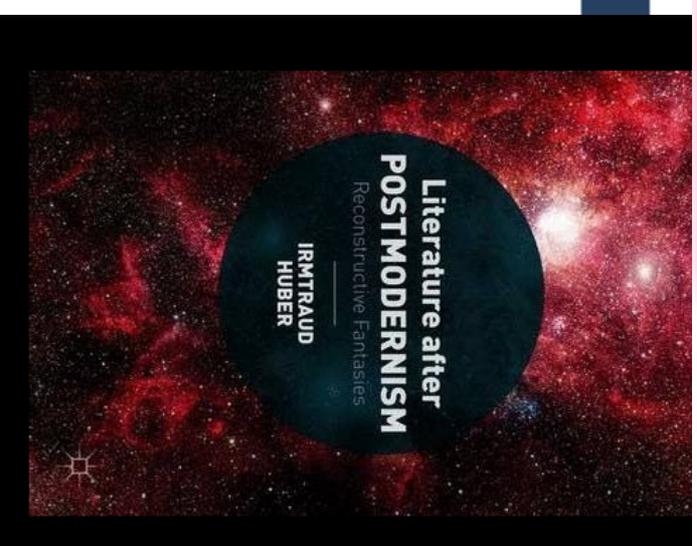


Dr. Irmtraud Huber

Timescapes of Victorian Poetry

E-Mail

irmtraud.huber@wbkolleg.unibe.ch



?

Vorwurf: Relativismus

«anything goes»

Modernism

Form (closed)

Purpose

Construction

Postmodernism

Antiform (open)

Play/Irony

Chance

Deconstruction

Reconstruction

INSELGRUPPE

Direktion Medizin, Klinische Ethik



ETHIK WEITERBILDUNG

Öffentliche Veranstaltung, Fachstelle klinische Ethik

Gibt es die Wahrheit noch?

Alternative Fakten und narrative Ethik

Mi, 29. November 2017

Hörsaal Dermatologie B 113 (Eingang Insel-Nr. 14a und 14b)

Frei für alle Mitarbeitenden der Insel Gruppe AG.

Bitte um Anmeldung bis 30.10.2017 (Platzanzahl ist begrenzt) an: rouven.porz@insel.ch

intersubjective consensus

narrative communication

pragmatic fictionality

relational ethics / responsibility

Horten-Zentrum

für praxisorientierte

Forschung

und Wissenstransfer

Medizinisches Wissen ist Wissen über Wahrscheinlichkeiten

J. Steurer

Medizin – Essenz

– Profession (Aggregat von Disziplinen), die Wissen über den Gesundheitszustand des individuellen Patienten generiert und ihn über seinen Gesundheitszustand unterrichtet.

– Wissen: Diagnose und Prognose

- _ Diagnose: Wissen über die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit (z.B. Lungenentzündung) beim individuellen Patienten (Hr. Müller)
 - _ Prognose: Wissen über den weiteren Verlauf der Krankheit beim individuellen Patienten, in Abhängigkeit von der Therapie
-

Wahrscheinlichkeiten

- Wahrscheinlichkeiten an sich sind eine „Unsicherheit“ (kein sicheres Wissen) und unsicher ist auch, ob die Wahrscheinlichkeiten korrekt sind
- Wahrscheinlichkeiten korrekt zu schätzen ist schwierig
- Bei der Generierung und Validierung von Algorithmen sind „Normen“ (methodisch) zwingend

Schaffung von Sicherheit

_ Guidelines (GL)

_ Wissensbasiert

_ Was sind die Folgen von A und was sind die Folgen von B?

_ Aktionsbasiert

_ Bei Krankheit X empfehlen wir A!

_ „Norm“

Probleme mit aktionsbasierten GL

- _ ER: 18 Patienten, 44 Krankheiten, 3679 Seiten
- _ Guidelines, 122 Stunden Lesezeit
 - _ Allen D et al. Lancet 2005; 365: 1768

- _ Cholesterin – Prävention; American Heart Association > USPSTF (10 Mio. in USA) > europäische GL

_ Ioannidis JP et al. JAMA 2017; 318: 419-20

- _ Wer setzt diese Normen?
-

Zukunft

- Wissensbasierte GI
 - Konsequenzen von A oder B
 - AI, Algorithmen berechnen diese Wahrscheinlichkeiten
- Patient (und Arzt) entscheiden
- Gesellschaft – legitimierte Vertretung – entscheidet
wer was bezahlt



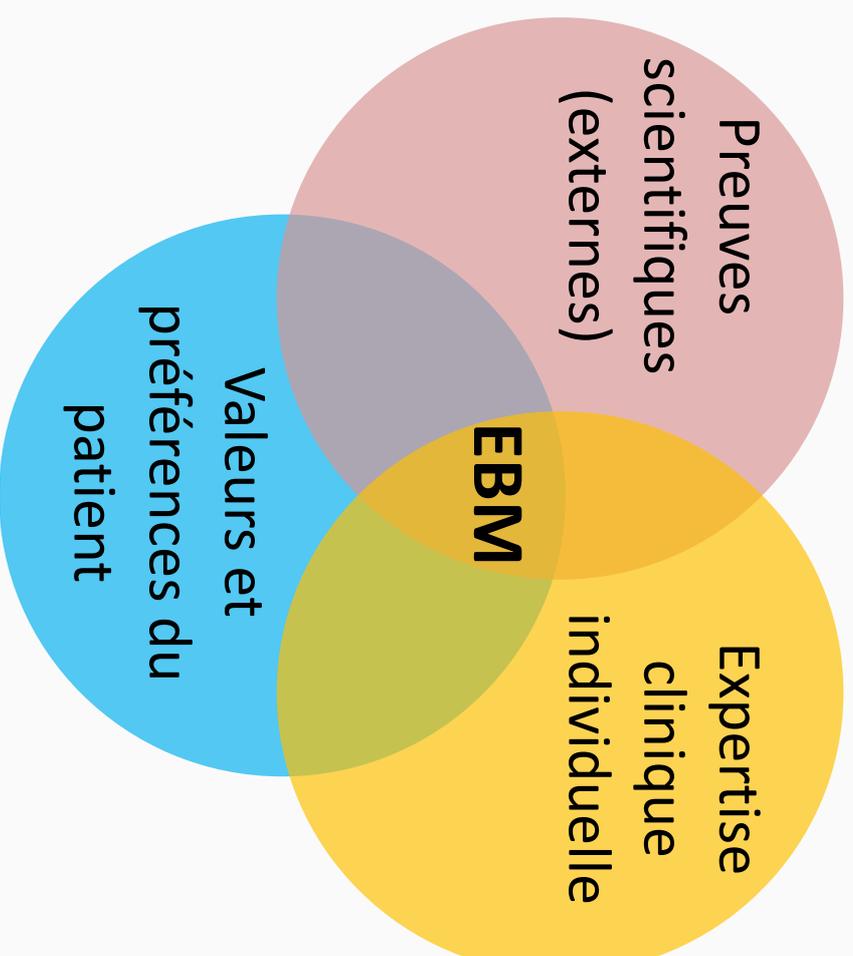
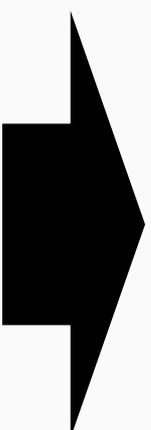
« EBM et guidelines : garants neutres de professionnalisme et qualité ? »

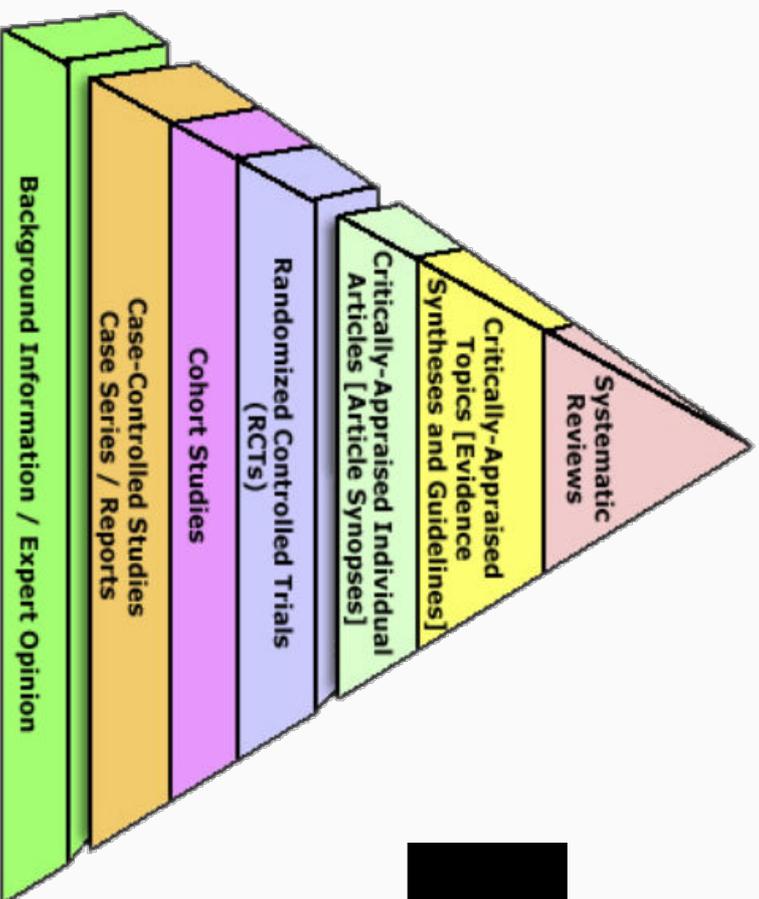
Point de vue de la pédagogie médicale

Prof. Raphaël Bonvin, MME
Unité de pédagogie médicale
Université de Fribourg
raphael.bonvin@unifr.ch

Unité de pédagogie
Université de Lausanne

Décision clinique

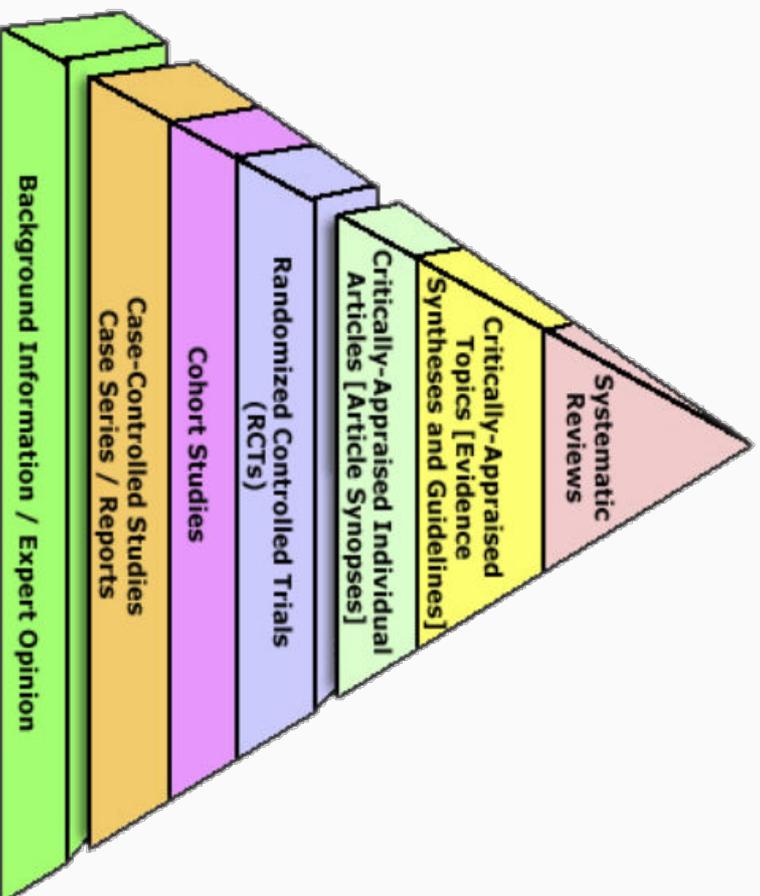




- **Décision clinique**
- **Management de la santé**
- **Industrie des assurances**
- **Questions juridiques (malpractice)**

Guidelines ?

Checklists ?

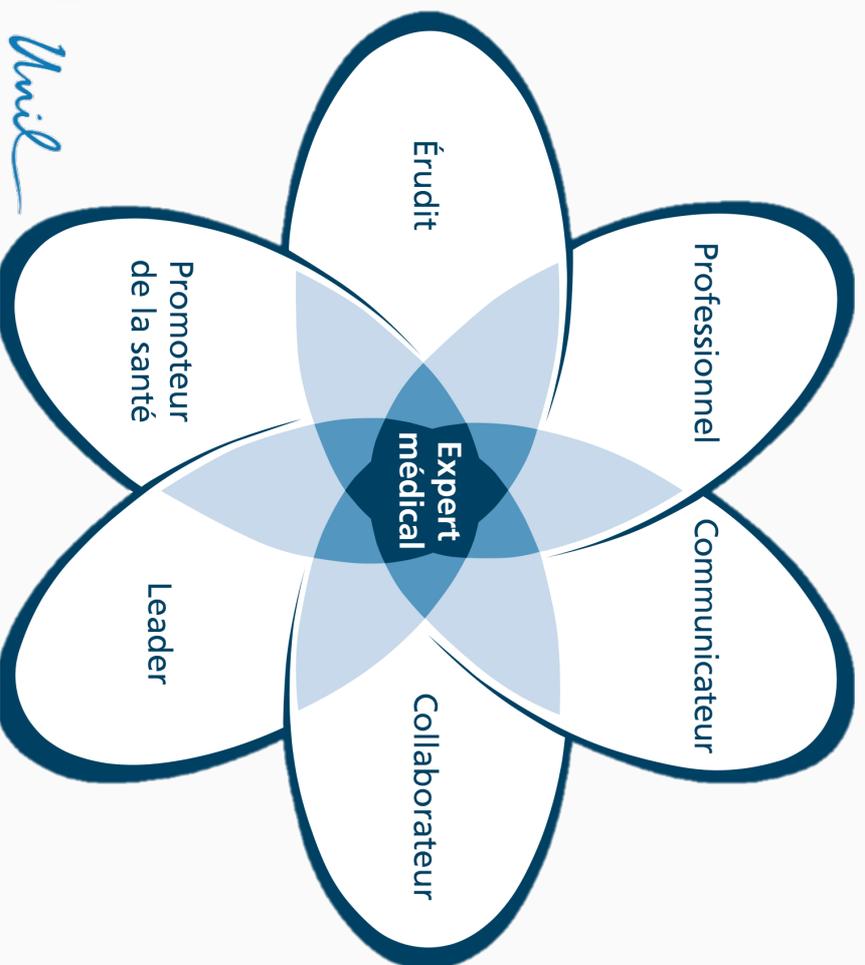


« Evidence Biased Medicine » ?

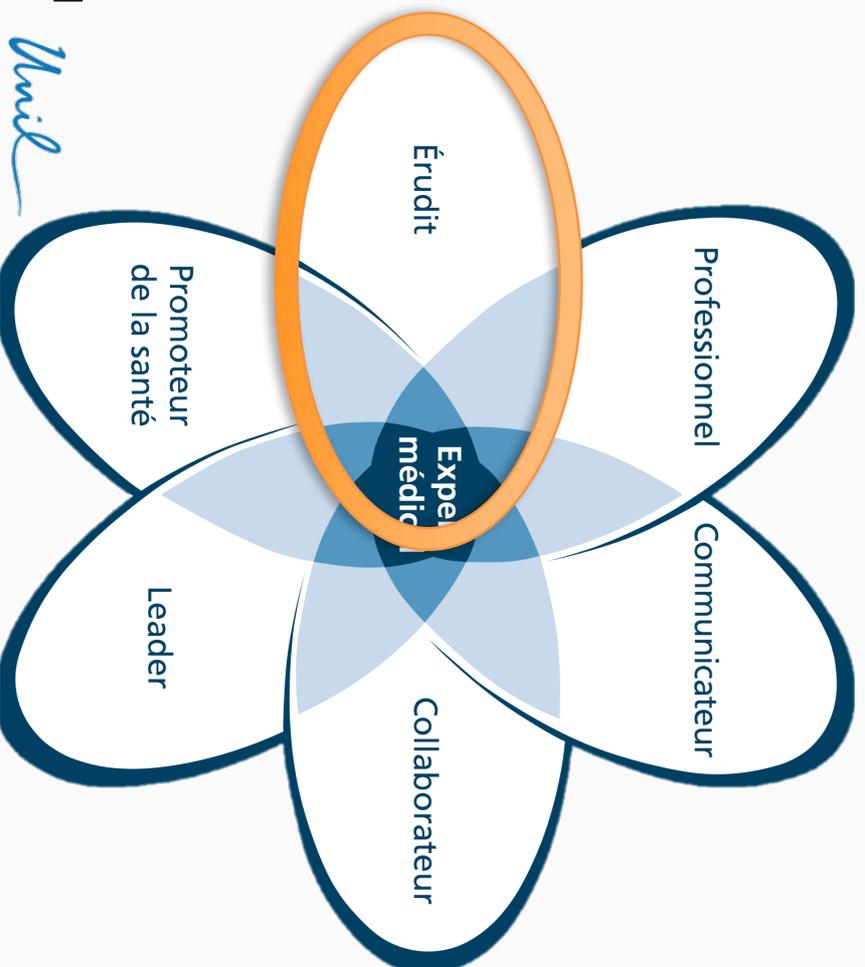
- Critères d'inclusion/d'exclusion
- Large échantillonnage
- Publication (anglais, résultats positifs, ...)
- Réplicabilité ...
- Paradigme quantitatif
- « Publish or perish » et les pratiques de recherche douteuses (ORP)
- ...

Expertise clinique individuelle

CanMeds – référentiel pédagogique

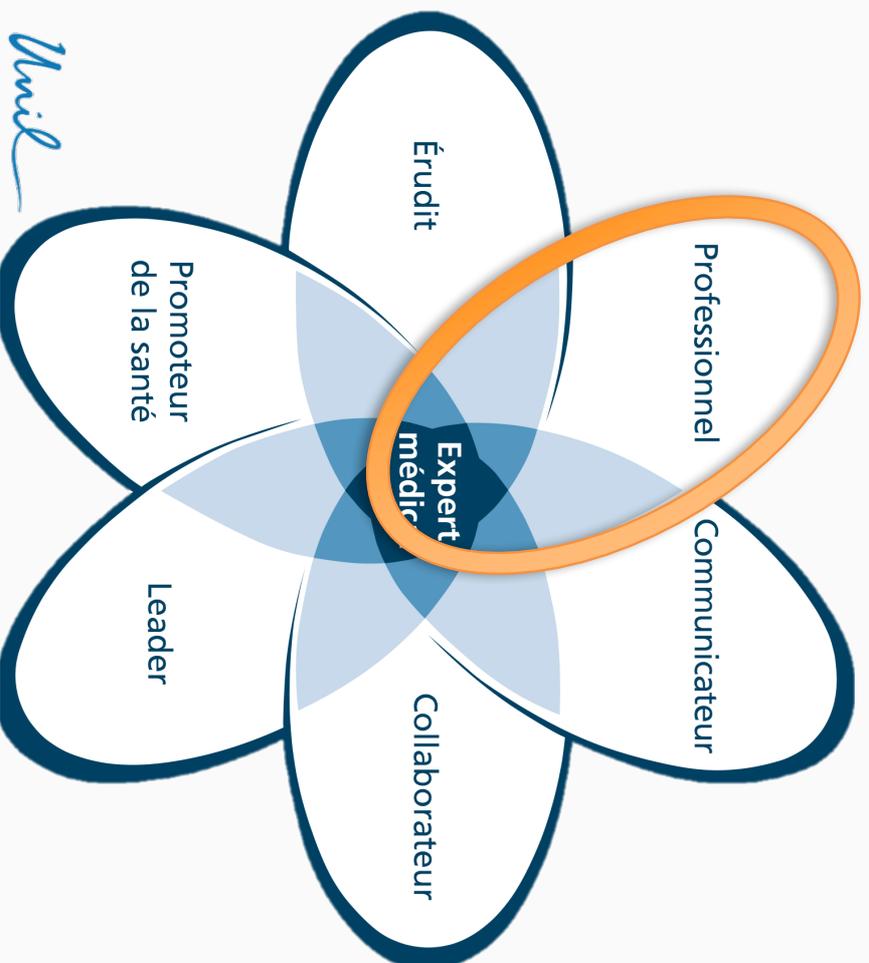


CanMeds: Rôle Érudit



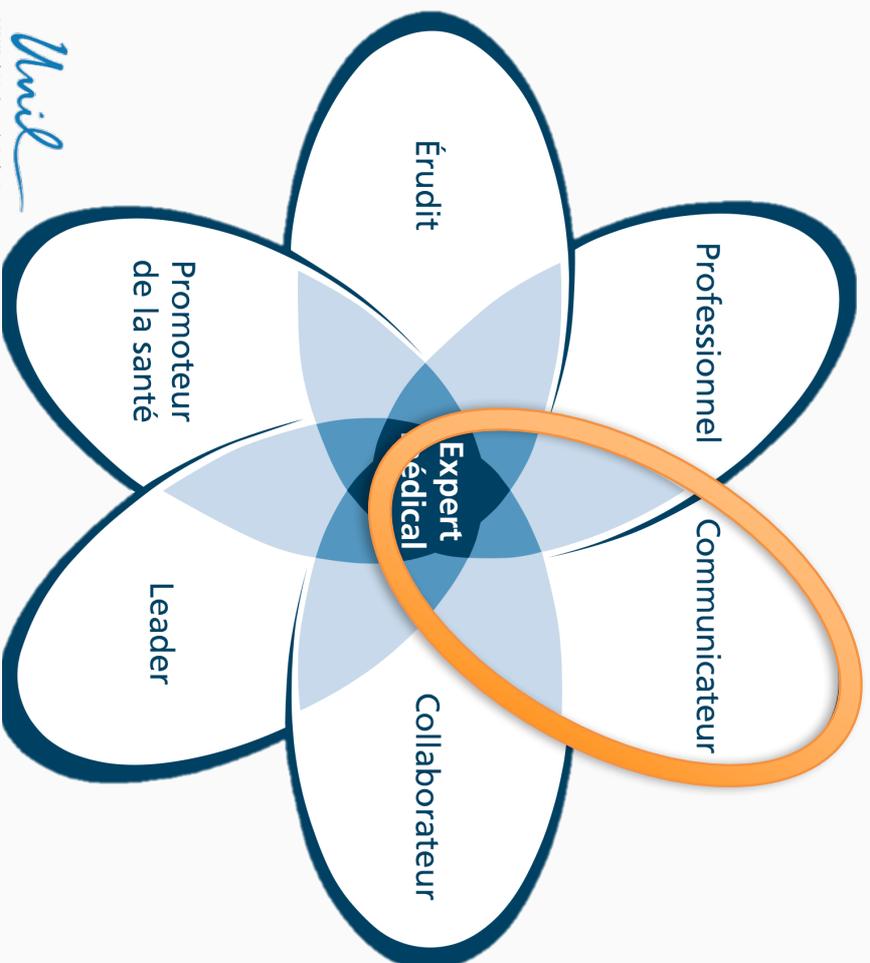
Les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale ...
en **évaluant les données probantes** et en contribuant à l'avancement de la science.

CanMeds: Rôle Professionnel



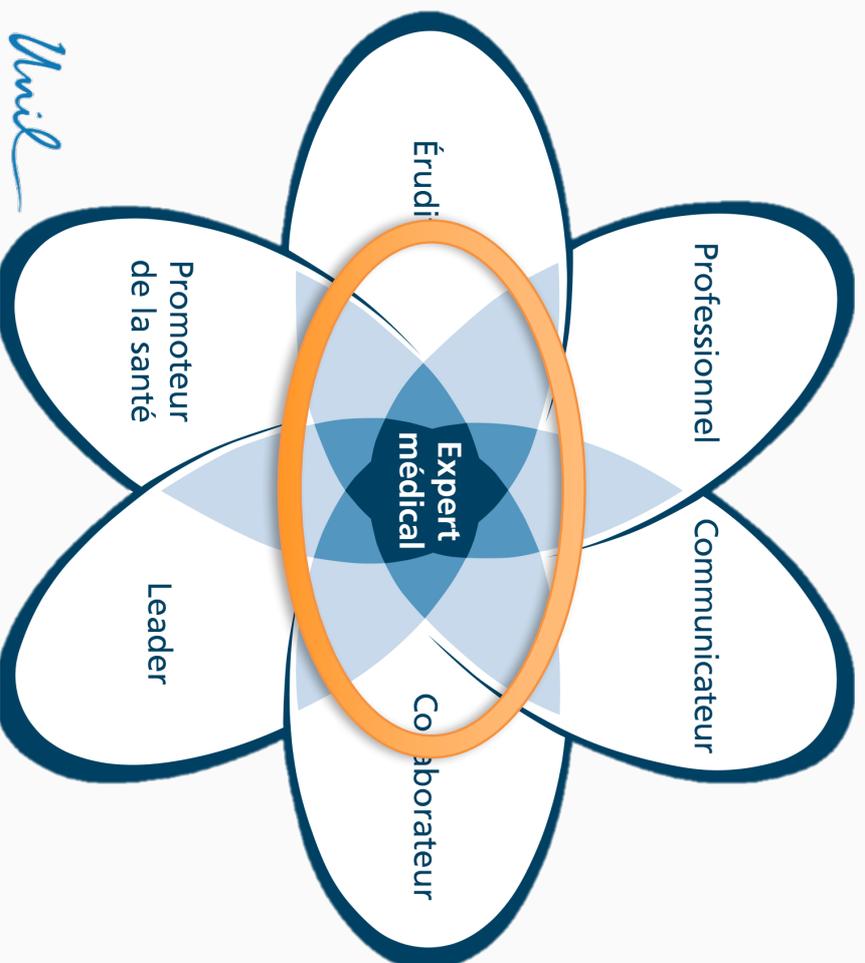
les médecins ... doivent exercer leur profession **selon les normes médicales actuelles**, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. ...

CanMeds: Rôle Communicateur



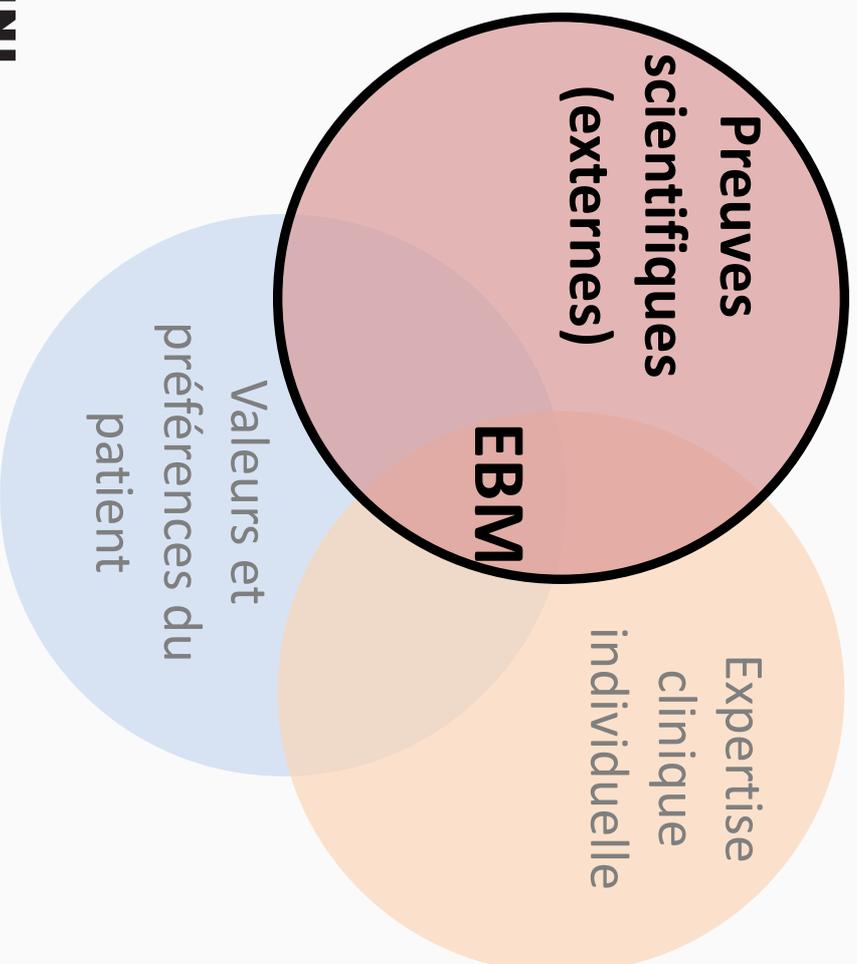
En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants ce qui permet **l'échange d'informations essentielles** à la prestation de soins de **qualité**.

CanMeds: Rôle Expert médical



Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de **pratique clinique des médecins**.

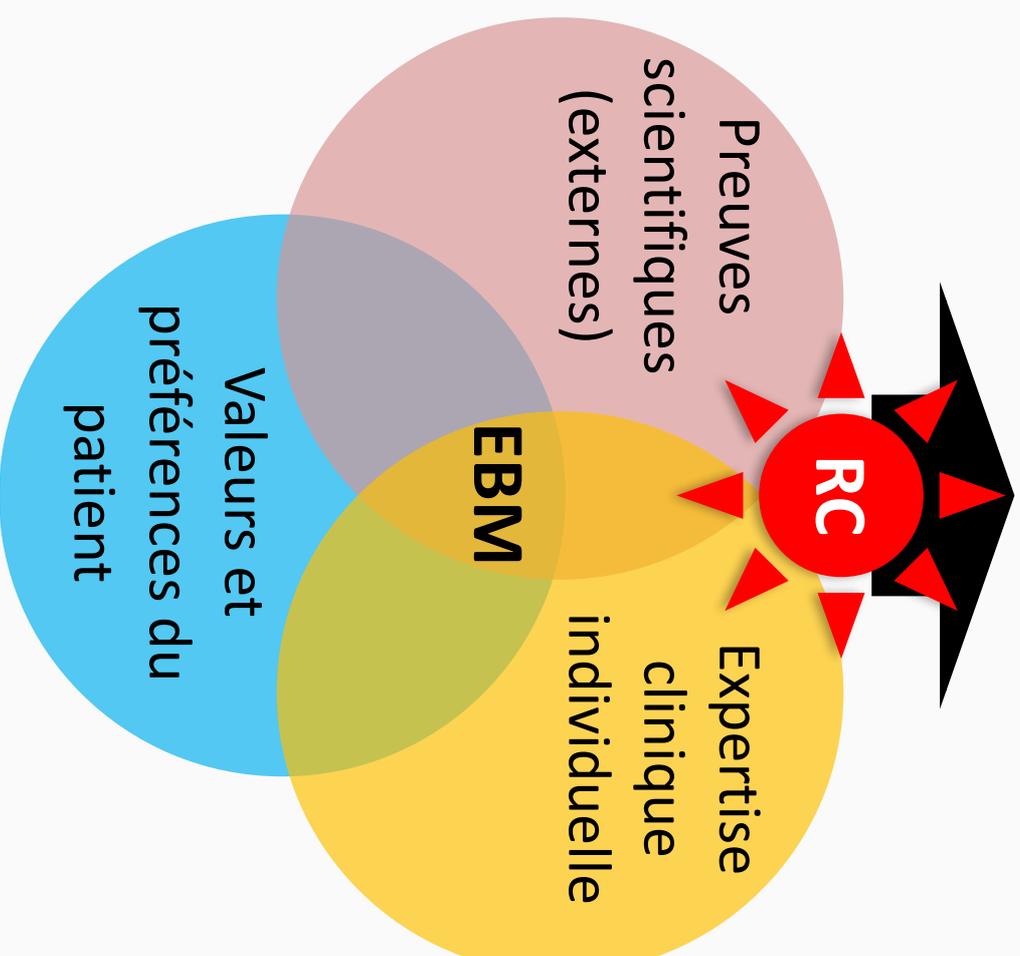
Les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des **soins sécuritaires** et de grande **qualité** centrés sur les **besoins du patient**.

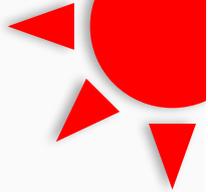


Comportements induits non-désirables

- Médecine « Cookbook »
- Médecine défensive
- Négligence de la relation
- Fausse sécurité
- Surcharge

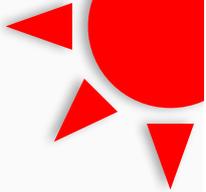
Décision clinique





L'EBM en pratique





Compréhension statistique

- Les médecins comprennent-ils les taux de survie sur 5 ans?...
 - Si taux de survie: 71% => screening
 - Si taux de mortalité: 10% => screening
- Estimation de la P cancer si mammo +
 - Probabilités conditionnelles: 21%
 - Fréquences naturelles: 87%

Conditional Probabilities

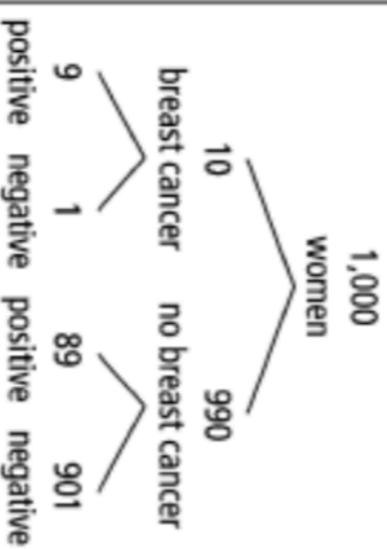


$P(\text{breast cancer} | \text{test positive})$

$$= \frac{.01 \times .9}{.01 \times .9 + .99 \times .09}$$



Natural Frequencies



$P(\text{breast cancer} | \text{test positive})$

$$= \frac{9}{9 + 89}$$





Les deux types de raisonnement clinique (dual-process)

Non-Analytique (système 1)

- Mémoire à long terme
- Association, heuristique
- Sans effort
- Automatique

Analytique (système 2)

- Mémoire de travail
- Logique, abstrait, normatif
- Exige un effort
- Conscient
- Limité (épuisable)

Exposition sig. à des cas

Formations,
guidelines, checklists

« EBM et guidelines : garants neutres
de professionnalisme et qualité ? »

Non ! mais ...

Le médecin compétent?

- Compétence = savoir
- Compétence = performance
- Compétence = résultat d'examen fiable
- Compétence = réflexion

Formation prégraduée

- Culture statistique
(communication risqué, ...)
- Principes EBM & risques
- Exposition clinique 'réflexive'

Formation postgradué

EBM

- Temps, accès journaux
- Culture EBM => Role-modelling
(≠ journal-club)

Guidelines

- Au-delà de leur application

UNI
FR

Unid
UNIVERSITÄT DUISBURG
ESSEN

Funktionale und konfliktive [egalitäre] Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit Eine soziologische Perspektive

Prof. Dr. Julie Page

**Leiterin Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und
Prävention**

Inhalt

- IPZ und die funktionalistische Norm
- Beispiele: Orientierung an funktionalistischer Form
- IPZ und die konfliktive/ egalitäre Norm
- Beispiele: Orientierung an konfliktiver/ egalitärer Norm
- Thesen
- Fazit

Interprofessionelle Zusammenarbeit = IPZ

Funktionalistische und konfliktive / egalitäre Norm

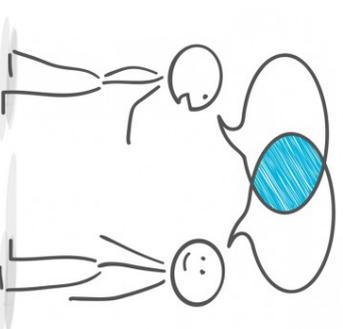
„Interprofessionelle Zusammenarbeit“ (IPZ) geprägt von zwei sich teilweise widersprechenden Normen:

→ Der funktionalistischen Norm und die konfliktive / egalitäre Norm



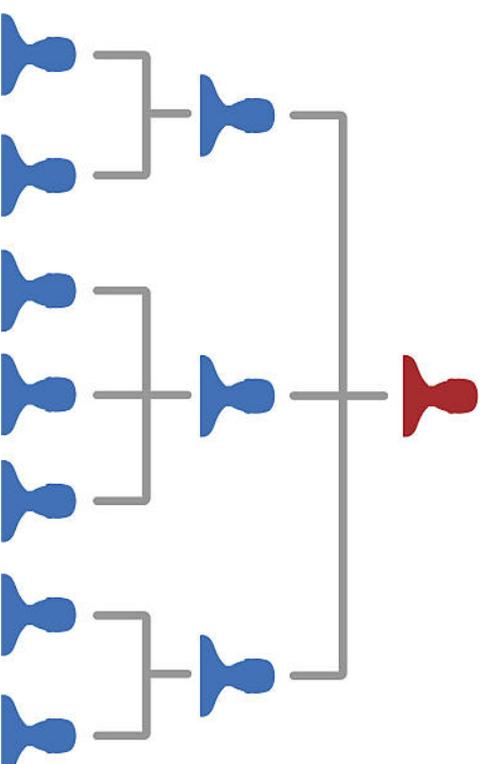
Funktionalistische Norm I

- Entspricht der funktionalistischen Theorie der Soziologie (z.B. Parsons, Merton)
- Funktion der IPZ: effizient, wirksame, wirtschaftliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung
- Problem in der IPZ: durch schlechte Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufen → Doppelspurigkeiten, Unterlassungen, Fehler



Funktionalistische Norm II

- Erwartung der funktionalistischen Norm: Probleme werden gelöst
- Machtverteilung im (Gesundheits-) System wird nicht thematisiert
- Perspektive der bestehenden (Herrschafts-) Struktur, in dessen Rahmen das Funktionieren optimiert werden soll



Orientierung an funktionalistischer Norm: Beispiel Medikamentenabgabe im Spital

- Ärzte/-innen verordnen Medikamente (in Absprache mit Patienten/-innen)
- Abgabe Medikamente durch Pflegende
→ Fehler entstehen
- Funktionalistische Norm verlangt möglichst fehlerlose Medikation
- Überprüfung und Optimierung des Prozesses (z.B. Einbezug der Pflege bei Diagnose und Medikation, gute Kommunikation, klare Dokumentation, fehlerreduzierende Abgaberoutine)



Orientierung an funktionalistischer Norm: Beispiel Patientenfad

- Überweisungen / Übertritte / Austritte (z.B. von Hausarzt zu Spezialistin oder Spital, Spitalaustritt, Nachtbetreuung)
→ Schwachstellen im Gesundheitswesen
- Funktionalistische Norm verlangt möglichst fehlerfreie Übergänge
- laufende Überprüfung und ggf Verbesserung der Prozesse (z.B. durch präzise, schnelle, vollständige Kommunikation der beteiligten Fachpersonen und Institutionen)
- Statuspositionen sollten dabei keine Rolle spielen



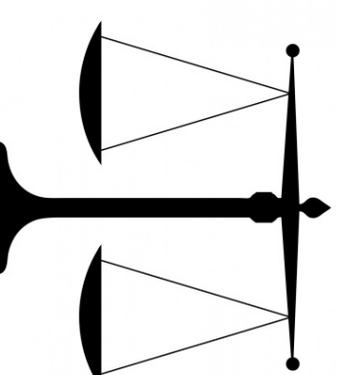
Konfliktive / egalitäre Norm I

- Entspricht der soziologischen Konflikttheorie (z.B. Marx, Lenski, Dahrendorf)
- Entwicklung von sozialen Strukturen, Systemen durch Austragung von Konflikten
- Konflikt notwendig, aber nicht Ziel, entstehen auf Grund der Orientierung an egalitären Norm
- Gemäss der egalitären Norm: IPZ dann gerecht, wenn Beteiligte gleich viel Macht haben



Konfliktive / egalitäre Norm II

- Gesundheitswesen: hierarchische Unterschiede, ungleiche Macht- und Prestigeverteilung
- Perspektive der status tieferen Professionen: nicht legitim, Orientierung an der egalitären Norm
- Frustration der relativ machtlosen Fachleute: Gleichberechtigung in IPZ selten erreicht
- Ärzte/-innen mehr Macht, auch wenn in einzelnen Fällen funktional nicht nötig



Orientierung an konfliktiver / egalitärer Norm: Beispiel Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

- Zuständigkeit von Hebammen oder Ärzte/-nnen
- Bei gesunden Frauen und „regelkonformen“ Geburten
 - Hebammen deklarieren alleinige Zuständigkeit
 - kritisieren die Medikalisierung der Geburt
- Bei Risikogeburten:
 - Hebammen erwarten egalitäre IPZ

(Hartley 2002)



Orientierung an konfliktiver / egalitärer Norm: Beispiel Zuständigkeiten

- ungeklärte Zuständigkeiten von Health Professionals (Allgemein-, Spezialärzten/-innen, Pflegenden, APNs, etc.)
- Wandel von Berufen (Spezialisierung, Diversifikation, Höher- oder Tieferqualifizierung)
- neues Aushandeln von Grenzen bzgl. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung
- meist konfliktiv, da Machtdiskussion
- Aus funktionalistischer Sicht notwendig: eine Aufgabe wird von optimal qualifizierten Berufsperson übernommen

Nancarrow, Susan A.; Borthwick, Alan M. (2005)

Orientierung an konfliktiver / egalitärer Norm: Zugang zu und Finanzierung von Therapien

Therapieberufe (ins. Psycho- und Physiotherapeuten/-innen)

- bestreiten Notwendigkeit von Diagnose, Überweisung, Delegationen durch Ärzte/-innen
- sehen sich für gewisse Störungen/Therapien als Spezialisten/-innen

Orientierung an konfliktiver / egalitärer Norm: Zugang zu und Finanzierung von Therapien

- Forderung des „Direktzugangs“
- Indikationen nicht Apriori durch Ärzte/-innen, sondern aufgrund spezifischer beruflicher Qualifikationen
- IPZ wird angestrebt, aber auf gleichberechtigter Ebene (egalitäre Norm)
- Ärzteschaft verteidigt ihr Diagnose-Monopol (konfliktive Norm)
- Direktzugang gesetzlich nicht zulässig (konfliktive Norm)

1. These

- Erfüllung der funktionalistischen Norm im Gesundheitswesen wird durch die egalitäre Norm statusieferer Berufe behindert
- funktional sinnvolle Normen und Anweisungen statushöherer Berufe werden angezweifelt oder mangelhaft befolgt
- Bsp.: tiefe Impfrate der Pflegefachpersonen als Widerstand gegen die Schulmedizin der statushöheren Ärzte/innen



2. These

- Wandel im Gesundheitswesen: neue Berufe entstehen, andere Berufe verschwinden oder verlieren an Bedeutung

→ Auf- und Abwertungen von Berufen und mit veränderten Machtpositionen (Einflussmöglichkeiten) sowie verändertem Prestige und Privilegien (Einkommen)

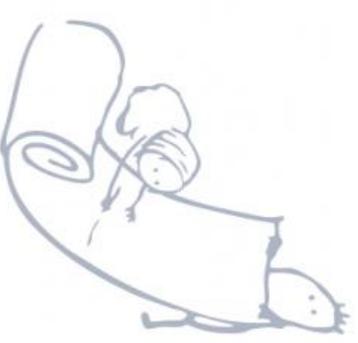
→ immer konfliktiv

→ äussern sich u.a. in der IPZ



3. These

- Akademisierung von Gesundheitsberufen und zunehmende Kompetenzen, Prestige mit Hochschulabschluss → stärkt egalitäre Norm
- Steigende Akzeptanz durch die Ärzteschaft, dadurch Reduktion des Machtgefälles → dient der funktionalen Norm
- Einüben der IPZ während der Ausbildung:
 - sachlich-pragmatische Bedeutung
 - Chance: Behinderung der Funktionalität durch den Egalitätsanspruch zu reduzieren



Fazit:

gut funktionierende IPZ als Herausforderung

Funktionalistische Perspektive:

- Massnahmen in Bildung und Praxis zur Verbesserung der IPZ

Egalitäre / konfliktive Perspektive:

- interprofessioneller Kampf um Macht, Prestige und Privilegien

Solange Macht- und Privilegien-Verteilung nicht fair und transparent

→ IPZ beeinträchtigt durch Machtkonflikte

→ Schädlich für Personal / Patienten/-innen

→ Charta „Zusammenarbeit der Fachleute

im Gesundheitswesen“ (SAMW 2014)



Erwähnte Literatur

Hartley, Heather (2002): The system of alignment challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of Health and Illness*, 24, 178 – 207

Nancarrow, Susan A.; Borthwick, Alan M. (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*, 27/7, 897 – 919

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2014: Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Basel

 Eidgenössisch akkreditierte und beaufsichtigte Fachhochschule

 **Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**
Die Hochschule für Berufstätige.

Departement Gesundheit

**ÄrztIn, Pflegefachperson, PatientInnen:
Zusammenarbeit auf Augenhöhe?**

Tagung „Kraft der Normen“ in der Reihe „Macht und Medizin“
Bern, 26. Oktober 2017

Iren Bischofberger, Prorektorin und
Studiengangleiterin MSc in Nursing

Programm

- 3 Beispiele auf «Augenhöhe»
- 2 Konzeptionelle Ansätze
- 1 Fazit

Nicht autorisierte Bilder wurden für die Internetversion entfernt.

Beispiel 1: Angehörigenrat an einer Tagung

Fr. Bischofberger,
Sie dürfen noch ein
bisschen mutiger
sein.

Herr Doktor, das
wissen wir als
Angehörige bereits
alles.



Angehörigenrat am Symposium
«angehörig – ungehörig», Caritas Wien, April 2017

3

Beispiel 2: Patienten- und Angehörigenmentorat

Durch den anregenden Austausch mit erkrankten
Personen oder deren Angehörigen erfahre ich die
ganzheitliche Sicht auf eine Krankheit. So kann ich
direkt von den Experten, sprich Betroffenen und
Angehörigen, lernen und diesen Ansatz in meine
Tätigkeit einbinden.

(Valérie Mucedero, MScN Studentin,
Institut für Arbeitsmedizin, Baden)

Elsbeth Fischer, Angehörige

Ich bin ehemaliger Patient.

Es ist nicht einfach, einen
geeigneten Patienten zu finden.
Sie brauchen oft keinen Rat.

Forum Managed Care (2016), The Health Foundation (2011)

Dr. Peter Lude, Psychotherapeut,
Gemeinderat, Tetraplegiker



**Beispiel 3: Ärztliches Mentorat für Pflege-
expert/innen MSc (Ziel: Nurse Practitioner Profil)**



Viele von uns werden wahrscheinlich recht alt, älter, wenn nicht uralt. Ebenso viele fragen sich deshalb:

- Wer versorgt uns dann (wie)?
- Wünschen wir uns nicht spätestens dann eine hochqualifizierte Versorgung mit bester Pflegequalität?

Diese liegt mir am Herzen - und dazu beizutragen, Theorie in die Praxis kompetent umsetzen - durch schulen, trainieren, anwenden, ...

(Pflegefachfrau und Ärztin Ute Lohmeyer)

Dr. med. Ute Lohmeyer

5

Bischofberger et al. (2016)

Beispiel 3: Klinisches Mentorat ff.



Der Arzt und ich teilen unsere Assessmentergebnisse, und dann planen wir die Versorgung gemeinsam. Die Patientin fühlt sich umfassend betreut und sagt uns das auch.

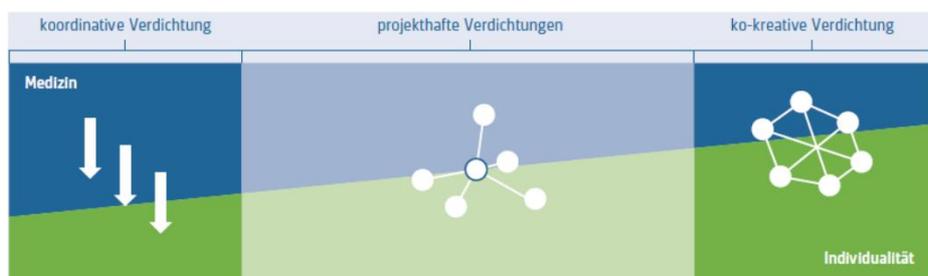
Inzwischen bin ich auch Kulturvermittlerin. Ich erkläre den Assistenzärzten die Pflegearbeit und auch verschiedene Assessments. Und ich erläutere meinen Pflegekolleginnen gewisse Diagnostiken und Therapien.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (2012)

Stefanie Brown, klinische Pflege-
expertin (MScN cand.), Kantonsspital
Baden

Konzeptioneller Ansatz 1: Interprofessionalität im Gesundheitswesen

**Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**
Die Hochschule für Berufstätige.



**Beispiel:
Reanimation**

**Beispiele: Punktuelle Zusammenarbeit
beim Tumorboard, bei der Fallführung,
im Dialog**

**Beispiel:
Palliative Care
im Dialog**

Verdichtungsformen der interprofessionellen Zusammenarbeit (Atzeni et al. 2016, S. 7)

7

Konzeptioneller Ansatz 2: Koproduktion von Gesundheit

**Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**
Die Hochschule für Berufstätige.

«Co-production is one element of the **National Person-Centred Health and Care Programm**. The aim is that all health and care services will support people's right to independent living and good health and wellbeing by **working in partnership** with individual and community **assets to design, deliver and improve support and services.**»

On a personal level it's about **learning to let go of my control**, and rely instead on my influence, as an **equal partner**, over the things which affect the lives of other people.
(Dr Drew Walker, Director of Public Health, NHS Tayside)

Das Leben meiner Patienten ausserhalb der Poliklinik ist für mich eine Blackbox.
(Persönliche Kommunikation, Oberarzt eines Universitätsspitals)

Scottish co-production network (2013, p. 7/14)

8

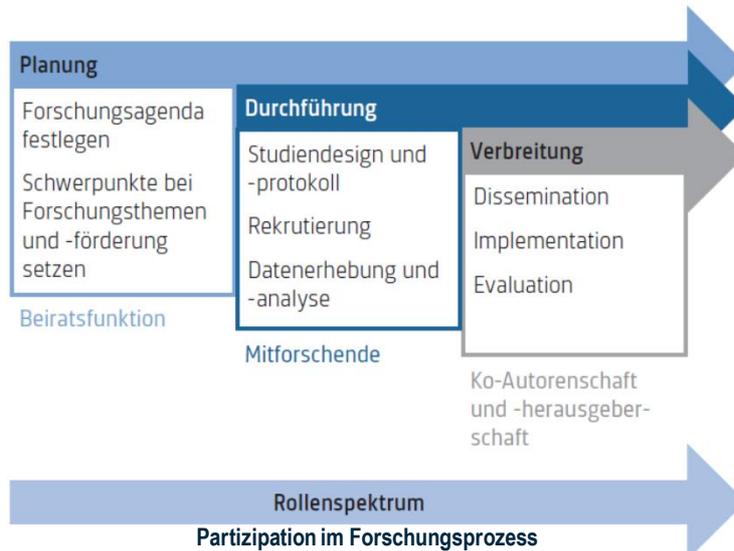


Koproduktion mit Patient/innen und Angehörigen in der Forschung



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

Die Hochschule für Berufstätige.



9

Haslbeck et al. (2016, p. 8)

Fazit: Mehr Mut zu weniger Macht



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

Die Hochschule für Berufstätige.

10

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kontakt

Iren Bischofberger, Prof. Dr.
Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Pestalozzistrasse 5
CH-8032 Zürich

www.kalaidos-gesundheit.ch

www.careum.ch

www.workandcare.ch

