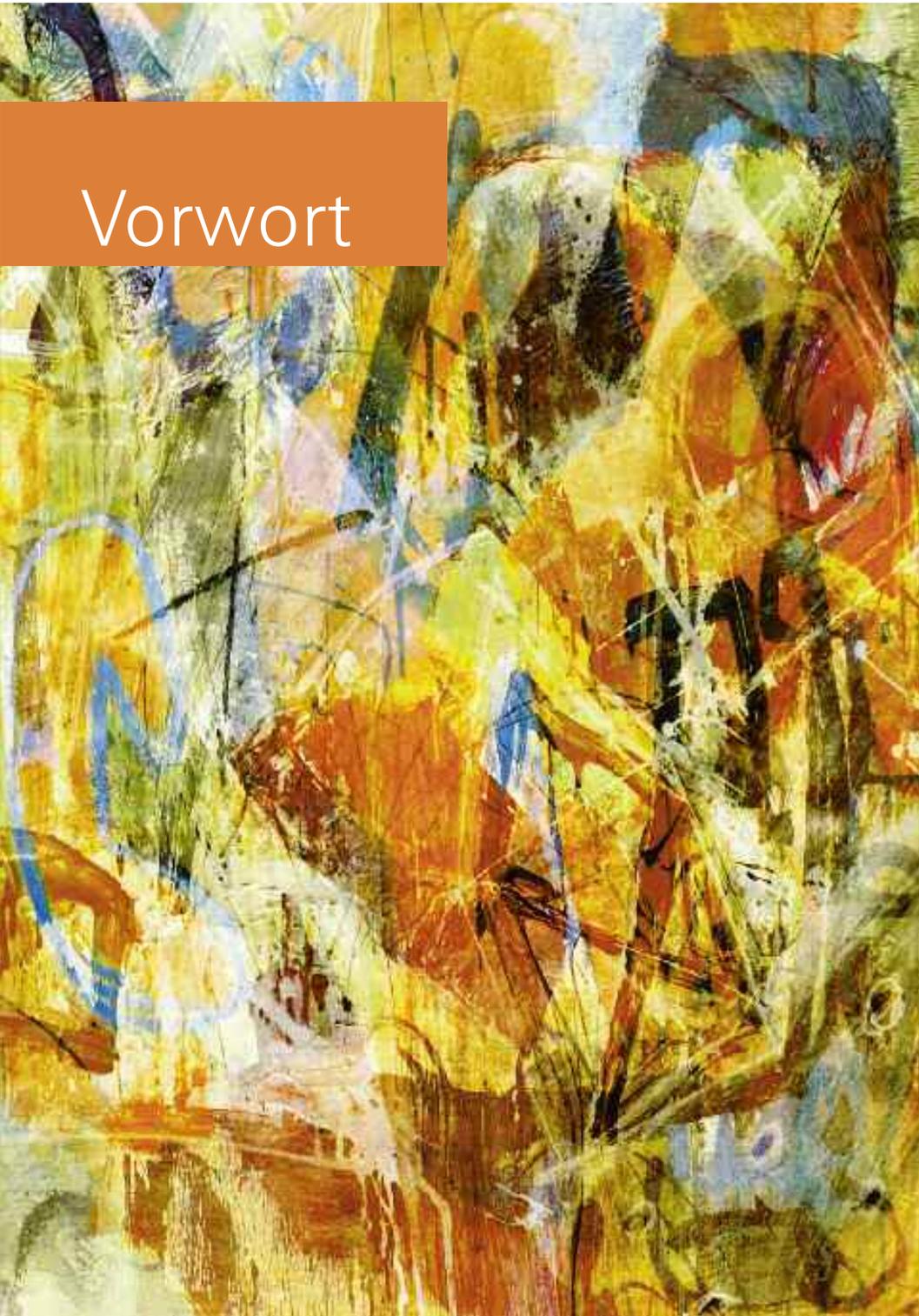


Ethisches Leitbild

der Ergotherapeutinnen und
Ergotherapeuten Österreichs





Vorwort

Ethische Reflexion als grundlegender Baustein einer patientInnenorientierten Behandlung



Ethik, Medizinethik, Berufsethik sind Begriffe, die in den vergangenen Jahren immer wieder und öfter in verschiedensten Diskussionen aufgetaucht sind. Bei näherer Betrachtung wird über diese Begriffe allerdings sehr theoretisch, weit weg von der Praxisanwendung für die Gesundheitsberufe diskutiert. In der heutigen multikulturellen und facettenreichen Gesellschaft mit verschiedensten Bedürfnissen und Werteordnungen der PatientInnen werden konkrete Modelle zur Auslotung von ethischen Problemstellungen und praxismgerechte Antworten auf ethische Fragestellungen allerdings immer wichtiger. Das Recht, wie etwa die PatientInnenrechte und die verschiedenen Regelungen des Medizin- und Berufsrechtes, kann hier in vielen Fällen als Rahmen helfen, es verbleiben aber immer wieder verschiedene, zwar rechtlich erlaubte, aber doch ethisch zu reflektierende Handlungsoptionen.

Es ist längst an der Zeit, dass neben den laufenden Diskussionen – wie etwa um Einsparungen im Gesundheitswesen, eine neuerliche Gesundheitsreform etc. – der Fokus auf das betroffene Individuum im Gesundheitssystem gerichtet wird. Das Modell des hippokratischen Eides, das nach wie vor als Argument gebraucht wird, ist längst veraltet und nicht in der Lage, die aktuellen ethischen Herausforderungen zu lösen. Nach wie vor von grundlegender Bedeutung sind die ethischen Grundsätze wie: Autonomie der KlientInnen, Schadensvermeidung, Fürsorge, Gerechtigkeit und Integrität; aber auch diese basalen Grundaussagen bedürfen einer Umsetzung und Transponierung in das Berufsbild der ErgotherapeutInnen.

Die vorliegende Initiative des Berufsverbandes der ErgotherapeutInnen Österreichs ist daher als ein praxisorientiertes Modell mit Maßstäben für ethische Reflexion und Begründungen sehr zu begrüßen. Dies ist, aus meiner Sicht als PatientInnenanwalt, eine Pionierarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Unterstreichen möchte ich die Tatsache, dass großer Wert auf Verständlichkeit und auf die Anforderungen der täglichen Arbeit in den verschiedenen Ebenen des österreichischen Gesundheitssystems gelegt wurde. Von besonderer praktischer Relevanz sind die grafische Darstellung der Prozessbeschreibung ethischer Problemlösungen, der Leitfaden für das Modell und die Musterbeispiele für ethische Problemlösung.

Es handelt sich also um eine durch und durch gute und wertvolle Initiative, die sowohl den betroffenen PatientInnen als auch den ErgotherapeutInnen eine wertvolle Unterstützung bieten wird.

Dr. Gerald Bachinger
NÖ PatientInnen- und Pflegeanwalt

Vorwort

Ethisches Leitbild als Unterstützung für die tägliche Praxis



Die demente 80-jährige Patientin, die von der Tochter zur Ergotherapie angemeldet wird, um ihre kognitiven Fähigkeiten zu verbessern, selbst aber kein Bedürfnis danach hat – das Kind, das von der Mutter zur Ergotherapie gebracht wird, aber eindeutig artikuliert, dass es keine Therapie möchte ...

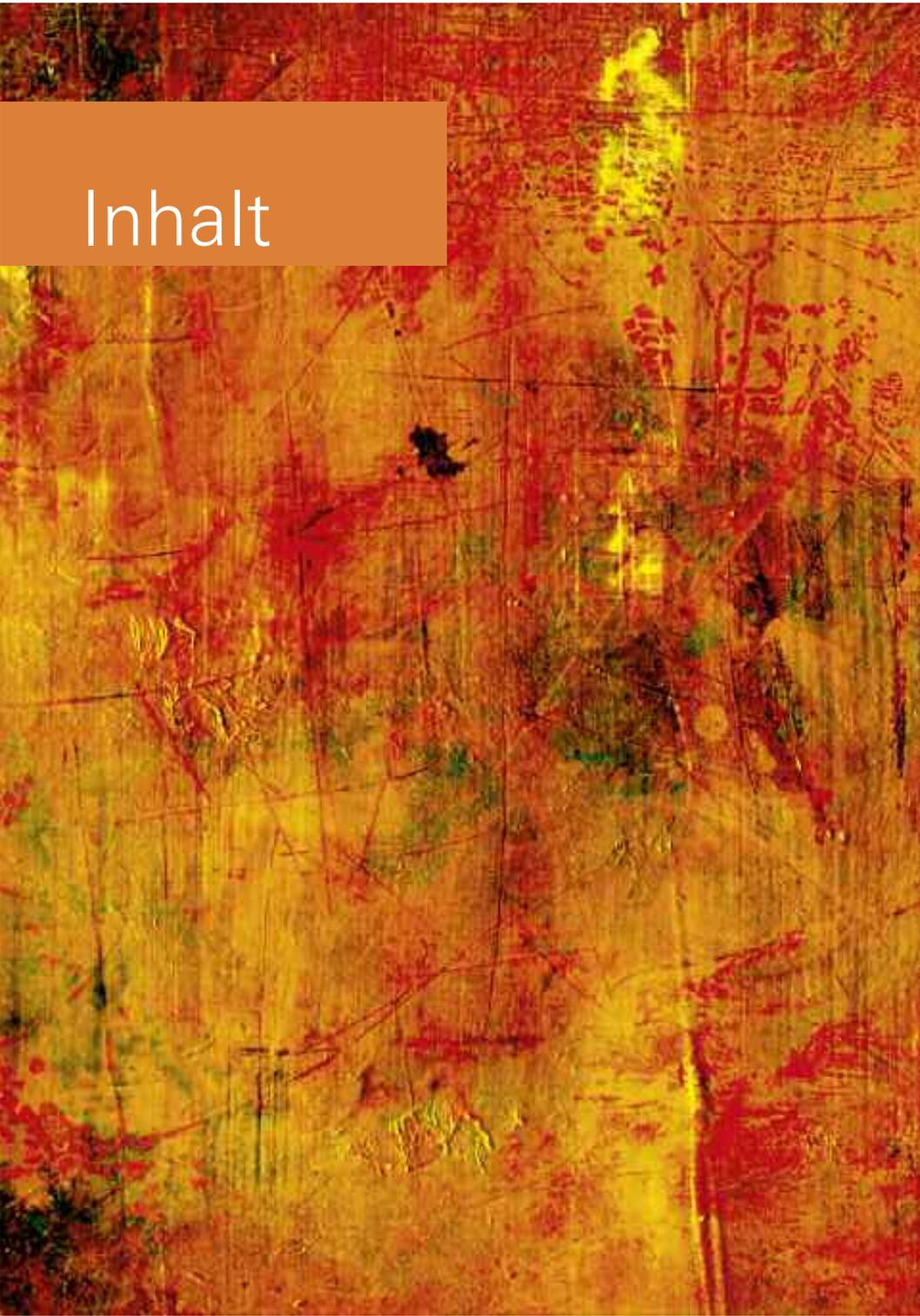
Wir alle kennen aus unserem Berufsalltag diese und ähnliche Konflikte, für die es keine eindeutigen guten oder schlechten Lösungen gibt. Gerade in der Ergotherapie, bei der die KlientInnen-zentriertheit ein wichtiges Merkmal darstellt, kommen immer wieder Herausforderungen auf uns zu, denen wir uns stellen müssen und für die wir Lösungsmodelle finden müssen.

Das vorliegende Ethische Leitbild soll eine Unterstützung für ErgotherapeutInnen sein, sich systematisch mit ethischen Fragestellungen auseinanderzusetzen. Es geht dabei nicht in erster Linie um die sofortige Lösung eines Konflikts, sondern um die Darstellung des Problems, die Reflexion unserer Möglichkeiten und unseres Handelns sowie unseren Zugang zur Selbstbestimmtheit von PatientInnen und KlientInnen.

Ich möchte mich auf diesem Weg sehr herzlich bei der Projektgruppe bedanken, die sich an diese Thematik herangetraut hat und für uns alle – für unseren beruflichen Alltag – ein Dokument geschaffen hat, mit dem wir uns mit der Lösung von ethischen Problemen vertraut machen können.

Ich lade alle herzlich dazu ein, uns Rückmeldung zum Leitbild selbst, aber auch zu Ihren persönlichen Erfahrungen mit ethischen Konflikten zu geben, damit das Leitbild weiterentwickelt werden kann und weitere Dokumente entstehen können.

Marion Hackl
Präsidentin Ergotherapie Austria



Inhalt

1	Das Projekt Berufsethik	8
1.1	Der Prozess	8
1.2	Ziele des Projekts	9
1.3	Angestrebte Wirkung des Projekts	9
1.4	Inhaltlicher Überblick	9
2	Was ist Ethik?	10
3	Was ist Ergotherapie?	12
4	Kernbegriffe der Ergotherapie	14
5	Standards ergotherapeutischer Praxis	16
6	Ethische Urteilsbildung	20
6.1	Ethische Grundsätze	20
6.2	Prozess ethischer Problemlösung	22
6.3	Leitfaden für das Modell ethischer Problemlösung	23
6.4	Musterbeispiel für die ethische Problemlösung	24
6.5	Übungsbeispiele für die ethische Problemlösung	30
7	Literaturangaben	34
7.1	Ethikkodizes	34
7.2	Andere Dokumente von Berufsverbänden	34
7.3	Gesetzestexte	34
7.4	Fachliteratur	35
7.5	Fallbeispiele	35

Autorinnen

Hermine August-Feicht
Irene Benke
Maria Feiler
Gabriele Güntert
Astrid Schaubeder
Heidi Zwerger

1 Das Projekt Berufsethik

1.1 Der Prozess

Der Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs Ergotherapie Austria hat seit Beginn seiner Mitgliedschaft bei der „World Federation of Occupational Therapists“ (WFOT) den von dieser Gemeinschaft formulierten „Code of Ethics“ als bindend betrachtet.

Der „Council of Occupational Therapists for the European Countries“ (COTEC) hat seinen Mitgliedern empfohlen, eigene berufsethische Richtlinien zu entwickeln. Dabei sollen nationale Gesetze, kulturelle Hintergründe, die Tradition des Berufes und nationale, den Beruf betreffende Bedingungen berücksichtigt werden.

In der Praxis arbeiten ErgotherapeutInnen täglich in komplexen Situationen, in denen sie moralisch vertretbare Entscheidungen treffen müssen. Bisher gab es keinen theoretischen Bezugsrahmen, innerhalb dessen Reflexion und Begründung stattfinden und in dem die Angehörigen des Berufs sich bewegen und dabei verlässliche Maßstäbe ihres beruflichen Handelns erarbeiten, vertieft diskutieren und verbreiten konnten. Es gab keinen Basistext verbindlicher Art, der eine Reflexion und Begründung von Entscheidungen im Berufsleben von ErgotherapeutInnen in Österreich unterstützt hätte.

Aus diesen Gründen hat sich im Auftrag von Ergotherapie Austria in Österreich 2008 eine Arbeitsgruppe gebildet – mit dem Ziel, sich mit berufsethischen Fragen auseinanderzusetzen. Diese Gruppe besteht aus praktizierenden, in Lehre und Forschung sowie im Management tätigen ErgotherapeutInnen. Der Entwurf wurde ErgotherapiekollegInnen mit unterschiedlichem Praxishintergrund vorgelegt. Auch externe ExpertInnen wurden einbezogen. Alle Überarbeitungsvorschläge und Kommentare wurden diskutiert und bestmöglich berücksichtigt.

Nach Erreichen eines breiten Konsenses wurde das Dokument der Generalversammlung von Ergotherapie Austria (2012) zur Abstimmung vorgelegt. Die Generalversammlung hat die darin enthaltenen allgemeinen ethischen Grundsätze angenommen. Die Mitglieder von Ergotherapie Austria betrachten diese Prinzipien beruflichen Handelns und das Ethische Leitbild als verbindlich: Die Maßstäbe, Kriterien sowie Art und Tiefe moralischer Reflexion sollen zu Standards ergotherapeutischer Praxis werden und das berufliche Handeln spürbar prägen und durchdringen. Die Autorinnen empfehlen, das Dokument alle fünf Jahre zu überarbeiten. Weiters raten sie zu einer Ausarbeitung spezifischer Ethikleitlinien für bestimmte ergotherapeutische Aufgabenbereiche (wie z.B. die Behandlung von psychisch Kranken oder die Forschung) und einer Verfahrensregelung bei Verstößen gegen gültige ethische Leitlinien.



1.2 Ziele des Projekts

Ergotherapie Austria fördert mit dem vorliegenden Dokument die Qualität und Professionalisierung des Berufsstands. Es dient der Darstellung der ethischen Grundsätze, denen sich der Berufsstand verpflichtet fühlt. Zugleich regelt es die Beziehung und den Auftrag zwischen der Berufsgruppe und der Bevölkerung.

Das Dokument soll KollegInnen ein theoretisches Hintergrundwissen zur Verfügung stellen und sie im beruflichen Alltag unterstützen, indem es die Sensibilität für ethische Probleme erhöht und Hilfestellung für die Lösung ethischer Konflikte bietet. „Denn in Sachen Moral ist niemand von Natur aus kompetenter als andere, sondern allenfalls graduell aufgeklärter und daher besser in der Lage, seinen Standort zu finden und kritisch zu bestimmen.“¹

1.3 Angestrebte Wirkung des Projekts

Das Ethische Leitbild leistet einen Beitrag zur Qualität der Berufsausübung im Sinne der Vision des Strategic Plan der WFOT (2007–2012): „There will be high standards of practice and ethics worldwide in occupational therapy. Occupational therapy will be defined as a unique profession, which cooperates with other professions in mutual respect.“²

1.4 Inhaltlicher Überblick

Nach einer **Definition** des Begriffs **Ethik** und einer **Beschreibung des Berufs Ergotherapie** geht das Dokument auf die **Kernbegriffe** des Berufs – Betätigung, Mensch, KlientInnenzentriertheit, Umwelt und Gesundheit – ein. In diesen Bereichen ergeben sich immer wieder ethische Fragestellungen, in denen eine Entscheidung getroffen werden muss.

Die „**Standards ergotherapeutischer Praxis**“ beanspruchen, ein ethisches Leitbild für unseren Beruf entsprechend den Bereichen des Tuning-Prozesses³ zu entwerfen.

Der Abschnitt „**Ethische Urteilsbildung**“ soll die Analyse ethischer Konflikte ermöglichen. Kernfragen können sein:

- Werden die allgemeinen ethischen Grundsätze beruflichen Handelns eingehalten?
- Sind andere Überlegungen miteinzubeziehen?

Abschließend wird ein Modell zur Lösung ethischer Probleme vorgestellt, das als Leitfaden dienen soll, eine ethische Fragestellung möglichst umfassend zu bearbeiten.

¹ Pieper (2007, S. 16).

² WFOT (2008, S. 11).

³ Vertiefende Informationen zum Tuning-Prozess siehe ENOTHE (2008).

2 Was ist Ethik

Definitionen

Der Begriff „Ethik“ („ethos“) stammt aus dem Griechischen und bedeutet

1. Sitte, Gewohnheit, Brauch und
2. verfestigte tugendhafte Grundhaltung im Sinne des Persönlichkeitscharakters.

Ethik ist die Wissenschaft von der Moral und vom moralischen Handeln und Urteilen. Zugleich gilt Ethik als „praktische Philosophie“, da sie im Unterschied zu anderen Ebenen des Philosophierens Begründungen, die Ausrichtung an Zwecken oder Zielen und nicht zuletzt Handlungsstile beeinflusst.

Ethische Erörterung und Reflexion analysiert menschliches Handeln anhand der Bewertungsalternativen *Gut* oder *Böse* bzw. *Gut* oder *Schlecht*. Häufig jedoch muss auf die Unterscheidung zwischen Besser und Schlechter zurückgegriffen werden, da die absoluten Kategorien *Gut* und *Schlecht* nicht eindeutig zugewiesen werden können.

Der Begriff „Moral“ lässt sich aus dem Lateinischen ableiten und bedeutet Sitte oder Charakter. „Im Unterschied zur Ethik kann *Moral* generell als dasjenige bezeichnet werden, wie gewöhnlich gehandelt wird. Moral hat [...] zu tun [...] mit bestimmten Handlungsweisen, Verhaltensweisen, Einstellungen, Werten und Normen, wie sie faktisch realisiert werden.“⁴

Diese werden durch gemeinsame Anerkennung als verbindlich gesetzt. Moral wird in Form von Geboten und Verboten für die Gemeinschaft der Handelnden spürbar. Jede Moral ist geschichtlich entstanden und ist immer eine Gruppenmoral, deren Geltung nicht ohne Weiteres über die Mitglieder der Gruppe hinaus ausgedehnt werden kann.⁵

Ethik als Wissenschaft will zu argumentativ begründeten Ergebnissen gelangen, somit darf sie weder moralisieren noch ideologisieren oder weltanschauliche Überzeugungen als allgemein verbindliche Handlungsgrundlage verkünden.⁶ Andererseits bewegt sie sich nie im „luftleeren“, voraussetzungslosen Raum: Vermutlich alle, zumindest aber viele ethische Systeme und Ansätze „atmen“ Grundsätze, die in den Weltreligionen enthalten sind – sie lassen sich geografisch, kulturell und geschichtlich hinsichtlich ihres Tenors, ihrer Argumentation und damit nicht zuletzt hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte einordnen.

Ethik versteht sich als „Theorie der Praxis und hat die Aufgabe, Handlungen methodisch-reflexiv zu analysieren, sofern diese hinsichtlich ihrer allgemeinen Verbindlichkeit und damit unter moralischem Gesichtspunkt beurteilt werden“.⁷

Die theoretische Auseinandersetzung „soll zu einer Einübung in ethische Argumentationsweisen und Begründungsgänge beitragen, durch die ein kritisches, von der Moral bestimmtes Selbstbewusstsein entwickelt werden kann“.⁸ Dazu ist der „gute Wille“ die Grundvoraussetzung in der Ethik. Dieser gute Wille meint die grundsätzliche Bereitschaft, sich nicht nur auf Argumente einzulassen, sondern das als gut Erkannte auch zum Prinzip des eigenen Handelns zu machen und in jeder Einzelhandlung umzusetzen.

⁴ Klein (2007, S. 1).

⁵ Vgl. Pieper (2007, S. 32).

⁶ Vgl. ebd. (2007, Einleitung, S. 11).

⁷ Pieper & Thurnherr (1998, S. 7), zitiert nach Hack (2004, S. 18).

⁸ Pieper (2007, S. 12). Weitere Teilziele der Ethik nach Pieper (ebd.) sind: Aufklärung menschlicher Praxis hinsichtlich ihrer moralischen Qualität; Hinführung zu der Einsicht, dass moralisches Handeln nicht etwas Beliebiges, Willkürliches ist, das man nach Gutdünken tun oder lassen kann, sondern Ausdruck einer für das Sein als Mensch unverzichtbaren Qualität: der Humanität.

3 Was ist Ergotherapie?

„Ergotherapie – abgeleitet vom Griechischen ‚ergein‘ (handeln, tätig sein) – geht davon aus, dass das ‚Tätigsein‘ ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind und/oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten.

Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken.

In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten [der Klientin], seine [ihre] Handlungsfähigkeit im Alltag, seine [ihre] gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) sowie seine [ihre] Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern.“⁹

Die KlientInnen der Ergotherapie

Die Ergotherapie hat innerhalb des Gesundheitswesens einen festen Platz in der Akutbehandlung, Rehabilitation sowie Sekundär- und Tertiärprävention. Sie arbeitet mit **Menschen jeden Alters, deren Handlungsfähigkeit durch Krankheit, Behinderung oder Unfall** eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht ist. Im Rahmen von Gesundheitsförderung und Primärprävention beraten ErgotherapeutInnen zunehmend auch **einzelne Personen, Angehörige, ArbeitgeberInnen, Unternehmen und Institutionen**, beispielsweise im Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebens- und Arbeitsräumen.¹⁰

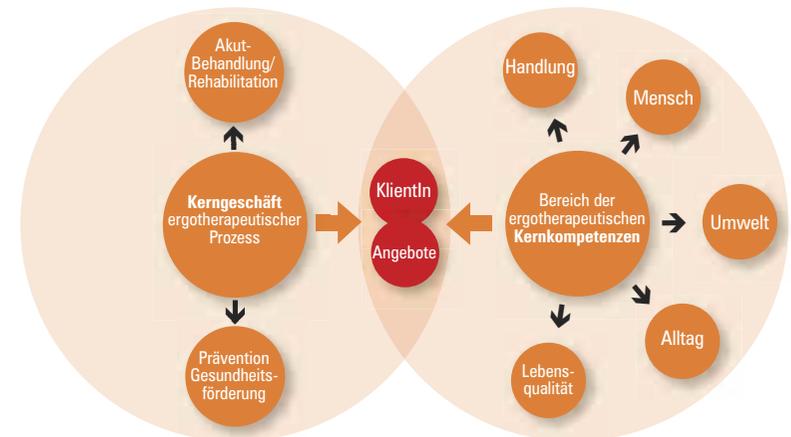
Das Kerngeschäft der Ergotherapie

Die zentrale Aufgabe der Ergotherapie ist die „KlientInnenversorgung“, d.h., der Mensch steht im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Angebote. Die Leistungen der Ergotherapie umfassen die ergotherapeutische Diagnostik und Intervention (Therapie, Beratung, weitere Maßnahmen), welche im Rahmen von Akutbehandlung und Rehabilitation sowie Gesundheitsförderung und Prävention erbracht werden.

Durch Ergotherapie sollen Menschen ihre Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft aufrechterhalten oder erweitern und ihre Lebensqualität verbessern können. An der Gesellschaft teilzuhaben bedeutet, in eine Lebenssituation bzw. einen Lebensbereich einbezogen zu sein und diese bzw. diesen mitgestalten zu können.

Bei der Umsetzung dieser Ziele stützt sich die Ergotherapie auf unterschiedliche praxisorientierte ergotherapeutische Modelle, aus denen sie die Begründung ihres Tuns ableitet. Sie bezieht aktuelle Erkenntnisse aus Forschung und Literatur in ihre Arbeit ein. Eine weitere Grundlage bildet die von der World Health Organisation entwickelte Klassifikation „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF).¹¹

Abbildung 1: Kernbegriffe der DACHS-Definition von Ergotherapie



(Quelle: DACHS-Projekt, 2007, S. 6)

⁹ „DACHS-Definition“ der Ergotherapie aus dem DACHS-Projekt (2007, S. 6).

¹⁰ Vgl. ebd. (2007, S. 12)

¹¹ Vgl. ebd. (2007, S. 14)

4 Kernbegriffe der Ergotherapie ¹²

Die Kernbegriffe der Ergotherapie sind: *Betätigung, Mensch, KlientInnenzentriertheit, Umwelt* und *Gesundheit*. Diese Kernbegriffe spiegeln Grundannahmen der Ergotherapie wider. Sie prägen wesentlich die Tätigkeit und die Einstellung von ErgotherapeutInnen.

Betätigung (als für den Menschen sinnvolle Betätigung)¹³

- Menschen haben ein angeborenes Bedürfnis und die Eigenschaft, sich zu betätigen.
- Betätigung organisiert die Zeit und bringt Struktur ins Leben.
- Betätigungen sind reich an individueller und kontextspezifischer Bedeutung.
- Betätigungen „ermöglichen Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft und an verschiedenen Lebensbereichen“.¹⁴
- Betätigung trägt zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität des Menschen bei.
- Betätigung ist wichtig für ein erfülltes Leben.
- Betätigungen ändern sich im Laufe eines Lebens.
- Betätigung verändert die Umwelt und wird durch sie verändert.
- Betätigung hat therapeutische Wirkung und wird in der Ergotherapie als therapeutisches Mittel eingesetzt.
- Es gibt Betätigungen der Selbstversorgung, der Produktivität und der Freizeit.¹⁵
- „Aus ergotherapeutischer Sicht müssen Handlungen aus diesen drei Bereichen [Anm.: Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit] in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, damit Gesundheit auf Dauer erhalten bleiben kann.“¹⁶
- Entsprechend ihren Rollen organisieren Menschen ihre Betätigungen.

Mensch

Jeder Mensch

- ist einzigartig,
- hat seinen unantastbaren Wert und seine Würde,
- hat das Recht auf Selbstbestimmung und kann persönliche Lebensentscheidungen treffen,
- ist ein soziales und spirituelles Wesen,
- übernimmt im Verlauf seines Lebens verschiedene Rollen,
- hat die Fähigkeit, sich zu betätigen, und das Recht auf gesellschaftliche Teilhabe,
- verändert die Umwelt und wird durch sie verändert.

KlientInnenzentriertheit

„Ergotherapie ist klientenzentriert [und klientInnenzentriert] und fokussiert auf Betätigung. Das Ziel der Ergotherapie ist, Klienten [und KlientInnen] zu befähigen, sowohl an Betätigungen teilzunehmen, die sie selbst tun möchten, als auch an sozialen und kulturellen Aktivitäten, die sie tun müssen oder von denen erwartet wird, dass sie sie tun.“

In der Ergotherapie respektieren die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Klienten [und KlientInnen] als Partner [und Partnerinnen], schätzen ihre Erfahrungen und erkennen ihr Wissen, ihre Hoffnungen, Träume und Autonomie an.“¹⁷

Umwelt

- Zur Umwelt gehören physikalische, psychische, soziale, kulturelle, politische und spirituelle Bedingungen.¹⁸
- „Die Umwelt beeinflusst die persönliche Bedeutung der Aktivitäten im Alltag eines Menschen.“¹⁹
- „Sie kann sich auf seine Handlungsfähigkeit hemmend oder fördernd auswirken.“²⁰

Gesundheit

- „[...] ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“.²¹
- ist beeinflusst von der Möglichkeit, Betätigungen wählen und kontrollieren zu können,
- ist beeinflusst von individueller Lebenszufriedenheit (mit Betätigungen und sozialen Bedingungen).²²

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern [und Bürgerinnen] Gesundheit ermöglichen.“²³

¹² In Anlehnung an die Canadian Association of Occupational Therapists (2007, WWW).

¹³ Die Begriffe „Betätigung“ und „Handlung“ werden synonym verwendet.

¹⁴ DACHS-Projekt (2007, S. 7).

¹⁵ Vgl. ebd.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ WFOT (2010, S. 1).

¹⁸ Vgl. Costa (2012, S. 73).

¹⁹ DACHS-Projekt (2007, S. 9).

²⁰ Ebd.

²¹ Verfassung der WHO (1946, S. 1).

²² “[H]ealth has personal dimensions associated with spiritual meaning and life satisfaction in occupations and social dimensions associated with fairness and equal opportunity in occupations” (Canadian Association of Occupational Therapists, 2007, WWW).

²³ WHO (1986, S. 5).

5 Standards ergotherapeutischer Praxis²⁴

„Ein Ethikleitbild repräsentiert den erreichbaren oder angestrebten Zustand (realistisches Idealbild) einer Organisation oder Institution.“²⁵

Die folgende Beschreibung ergotherapeutischer Standards soll als ethisches Leitbild verstanden werden. Sie soll handlungsanleitende Orientierung und Kriterien anbieten, die eine moralische Beurteilung von Handlungen ermöglichen, ohne sie bereits vorwegzunehmen.²⁶

Fachliche Qualifikation

ErgotherapeutInnen

- arbeiten im Wissen um den Zusammenhang von Mensch, Betätigung, Umwelt und Gesundheit/Lebensqualität,
- arbeiten betätigungsorientiert und evidenzbasiert,
- wenden den Prozess des „clinical reasoning“ an,
- können ihre Praxis in einer Diskussion erklären und begründen,
- achten auf die Gewährleistung von Sicherheit der KlientInnen und von sich selbst während der Behandlung,
- wissen um den Zusammenhang von Teilhabe, Funktion, Behinderung, Umwelt und Gesundheit.

Therapeutischer Prozess

ErgotherapeutInnen

- setzen den ergotherapeutischen Prozess in seinen Stufen um: Befunderhebung, Definieren der Ressourcen und des Hauptproblems, Festlegen von Therapiezielen, Erstellen des Therapieplans, Durchführung der Therapie, Evaluierung der gesetzten Maßnahmen,
- verwenden Aktivitätsanalysen und ergotherapeutische Theorien und Modelle, um geeignete therapeutische Maßnahmen auszuwählen, die Funktionen fördern oder Kompensation²⁷ ermöglichen,
- identifizieren Umweltfaktoren, die die Betätigungsperformanz/Handlungsfähigkeit beeinflussen, und arbeiten an der Veränderung der Umwelt, um Partizipation zu ermöglichen.

Beziehung zu KlientInnen

ErgotherapeutInnen

- arbeiten klientInnenzentriert,
- begegnen den KlientInnen mit Sorgfalt, Aufrichtigkeit und der Entschlossenheit, ihnen keinen Schaden zuzufügen,
- begegnen den KlientInnen und ihrer Familie mit Respekt, anerkennen individuelle Werte und Gewohnheiten und deren Einfluss auf Handlungen,
- diskriminieren niemanden wegen Rassenzugehörigkeit, Hautfarbe, Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, sexuellen Neigungen, politischen Ansichten, gesellschaftlicher Stellung oder aus einem anderen Grund,²⁸
- bemühen sich, die Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der KlientInnen zu erkennen, auch wenn diese sie selbst nicht adäquat ausdrücken können,
- informieren über Ziele und Maßnahmen sowie deren Auswirkungen,
- respektieren die Entscheidungen der KlientInnen und setzen Maßnahmen nach deren Zustimmung²⁹ (vorbehaltlich der Entscheidungsfähigkeit der KlientInnen),
- informieren mit Einverständnis der KlientInnen Angehörige über die gesetzten Maßnahmen und ermöglichen ihnen, ihren Wünschen, Kompetenzen und Ressourcen entsprechend an der Behandlung teilzunehmen.

Berufliche Partnerschaft

ErgotherapeutInnen

- verhalten sich kollegial im Sinne eines wertschätzenden Umgangs, der professionelles Feedback beinhaltet,
- nehmen an fachspezifischen Arbeitskreisen teil und bringen ihr Wissen ein, um die Weiterentwicklung des Berufs zu fördern,
- „[...] erkennen die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und respektieren den besonderen Beitrag anderer Berufsgruppen im Team“,³⁰
- geben für die Behandlung notwendige Informationen an Mitglieder der eigenen Berufsgruppe und anderer Berufsgruppen weiter und holen diese von ihnen ein (z.B. Teambesprechung, Mitarbeit in Qualitätszirkeln),
- beraten EntscheidungsträgerInnen zu Fragen der Betätigungsperformanz/Handlungsfähigkeit.

²⁴ Vor allem in Anlehnung an ENOTHE (2008, S. 52 ff.) und Swedish Association of Occupational Therapists (2005, S. 1–20).

²⁵ Stubner (persönliche Mitteilung „Kommentierung zum Ethikprojekt der Ergotherapie Austria Projektgruppe“, 24. 9. 2010).

²⁶ Vgl. Hack (2004, S. 12).

²⁷ “[...] to formulate new ways of doing, employing fully the adaptive and creative potential of the individual” (ENOTHE, 2008, p. 53).

²⁸ Vgl. United Nations (1948, Artikel 2, WWW).

²⁹ Eine Ausnahme bildet die Situation der KlientInnen im forensischen Bereich.

³⁰ WFOT (2005, S. 1).

Autonomie und Verantwortung

ErgotherapeutInnen

- reflektieren ihre Entscheidungen und sind kulturell und sozial sensibel,
- reflektieren durch Supervision ihre persönlichen Stärken und Schwächen,
- handeln eigenverantwortlich, entsprechend den Bundes- und Landesgesetzen und den Anordnungen von Vorgesetzten, sofern sie nicht der Berufsethik widersprechen,
- respektieren Gepflogenheiten des Gastgeberlandes (im Falle eines Zuzugs oder im Auslandspraktikum),
- setzen sich, wenn nötig, für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen ein (Therapiezeit und -frequenz, räumliche Ausstattung u. a.),
- arbeiten entsprechend den beruflichen Standards, orientieren sich an ihren persönlichen und fachlichen Möglichkeiten und verweisen an BerufskollegInnen/VertreterInnen anderer Berufe, falls nötig,
- erkennen den konkreten Bedarf an Fortbildung, nehmen entsprechende Angebote wahr und tragen Sorge für ihre berufliche Weiterentwicklung (auch hinsichtlich politischer, gesellschaftlicher und kultureller Themen),³¹
- dokumentieren den ergotherapeutischen Prozess,
- verwalten personenbezogene Daten entsprechend dem Datenschutz³² und handeln nach dem Prinzip der Verschwiegenheit,
- gewähren den KlientInnen oder deren gesetzlichem/gesetzlichen VertreterInnen Einblick in die Dokumentation.³³

Management

ErgotherapeutInnen

- gehen verantwortungsvoll mit Ressourcen um,
- supervidieren die praktische Ausbildung von PraktikantInnen (auch anderer Berufe),
- adaptieren ergotherapeutische Angebote an soziale und gesetzliche Veränderungen,
- betreiben Qualitätssicherung hinsichtlich Effizienz, Einsatz von Ressourcen, Risikomanagement, KundInnenzufriedenheit, Professionalität,
- werben – an gesetzlichen Vorgaben orientiert – für ergotherapeutische Dienstleistungen,
- nehmen keine Provisionen an.

Gesellschaft

ErgotherapeutInnen

- informieren sich über berufspolitische Entwicklungen und unterstützen diese (sofern sie nicht anderen, noch höher anzusehenden Geboten widersprechen),
- repräsentieren die Ergotherapie kompetent und dem aktuellen Berufsbild entsprechend in der Öffentlichkeit und fördern das Verständnis für den Beruf bei anderen Berufsgruppen und Behörden auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene,
- treten für das Recht auf ergotherapeutische Behandlung ein,
- setzen sich für die flächendeckende ergotherapeutische Versorgung ein,
- treten für das Recht auf Teilhabe ihrer KlientInnen in für sie relevanten Rollen in allen Lebensabschnitten ein,
- lenken die Aufmerksamkeit auf „occupational justice“,³⁴
- arbeiten gemeindenah („community-based“) im Wissen um den Zusammenhang von Gesundheit, sozialem Zusammenhalt und dem Recht auf Betätigung.

Forschung und Ausbildung

ErgotherapeutInnen

- arbeiten evidenzbasiert,
- beteiligen sich nach Möglichkeit an ergotherapeutischer Forschung,
- beachten bei der Beteiligung an Forschungsvorhaben (Projekten, Studien) aktuelle Rechtsgrundlagen (z.B. Datenschutz, Urheberrechte, Stellungnahmen der Ethikkommission),
- stellen, sofern sie an der Ausbildung beteiligt sind, sicher, dass die Mindeststandards der WFOT eingehalten werden, gewährleisten eine Ausbildung auf neuestem Erkenntnisstand und
- vermitteln in der Rolle des/der Auszubildenden die ethischen Richtlinien von WFOT und COTEC sowie das vorliegende Ethikleitbild.

Ethische Urteilsbildung

ErgotherapeutInnen

- reflektieren ihre persönlichen und professionellen Grundsätze,
- reflektieren die Werte anderer Menschen und ihre sozialen Beziehungen,
- hinterfragen ihre Motivation und Zivilcourage,
- erkennen ethische Probleme und Dilemmata, analysieren sie, treffen eine Entscheidung, setzen notwendige Handlungsschritte, reflektieren und dokumentieren diese.

³¹ Vgl. MTD-Gesetz § 11 (1) und (2).

³² Vgl. ebd. § 11c.

³³ Vgl. ebd. § 1a.

³⁴ „Die Theorie der Occupational justice beinhaltet das Schaffen gleicher Voraussetzungen, um eine Partizipation an bedeutungsvollen Occupations zu erreichen. Damit sich die Gesellschaft positiv entwickeln kann, sollte auch ihren Mitgliedern ihr größtes Potenzial zur Verfügung stehen“ (Kretschmer 2006, S. 119).

6 Ethische Urteilsbildung

6.1 Ethische Grundsätze

Immer wieder sehen sich ErgotherapeutInnen in einer Situation, in der sie eine bewusste Entscheidung treffen müssen: Viele Fragen der Praxis sind dabei nicht mit einem eindeutigen „Ja“ oder „Nein“, mit dem Urteil „richtig“ oder „falsch“ zu beantworten, sondern verlangen ethische Überlegungen.

„Wie beginnt man, Fragen nach der ethischen Relevanz einer Situation, in der man sich befindet, zu stellen? Es gibt keine *richtige* Abfolge oder *richtige* Art, Fragen zu stellen; jeder muss die Art finden, die ihm entspricht. Dabei ist die Kenntnis ethischer Grundsätze zu nutzen, die eine Hilfe für die Überlegungen bieten. Jeder muss in der Praxis seine eigene Vorgangsweise finden, Schlüsselfragen zu identifizieren.“³⁵

Die Lösung eines ethischen Problems lässt sich nicht einfach von einem obersten Grundsatz ableiten. Es bedarf dazu einer Analyse, die einerseits die persönlichen Werte, Einstellungen und beruflichen Erfahrungen der ErgotherapeutInnen einschließt und sich andererseits an ethischen Grundsätzen orientiert. Für den Bereich der Gesundheitsberufe haben sich besonders vier ethische Grundsätze³⁶ herauskristallisiert:

Respekt der Autonomie der KlientInnen
Schadensvermeidung
Fürsorge
Gerechtigkeit

Daneben nennt COTEC

Wahrhaftigkeit
Vertraulichkeit
Zuverlässigkeit

und fasst diese unter dem Begriff der **Integrität** zusammen.

Als Grundsatz, der sich vor allem gegenüber der Gesellschaft als Verpflichtung ergibt, nennt COTEC zudem:

Nutzen

In der ethischen Urteilsbildung kann es nicht um eine einzige mögliche Lösung gehen. Auch lassen sich mit einer Entscheidung nicht alle Grundsätze zugleich umsetzen. Die Prinzipien müssen vielmehr gewichtet werden. Jede/r TherapeutIn findet zu ihrer/seiner eigenen Interpretation und Gewichtung der Grundsätze. Ungeachtet solcher Relativierung kann die/der TherapeutIn die letztlich getroffene Entscheidung damit vor sich selbst und anderen begründen und erklären. Die Anwendung dieser Grundsätze dient sodann der Verdeutlichung des Problems und ist damit oft schon ein erster Schritt zur Lösung.

Neben den ethischen Grundsätzen sind andere Überlegungen in die ethische Urteilsbildung einzubeziehen:

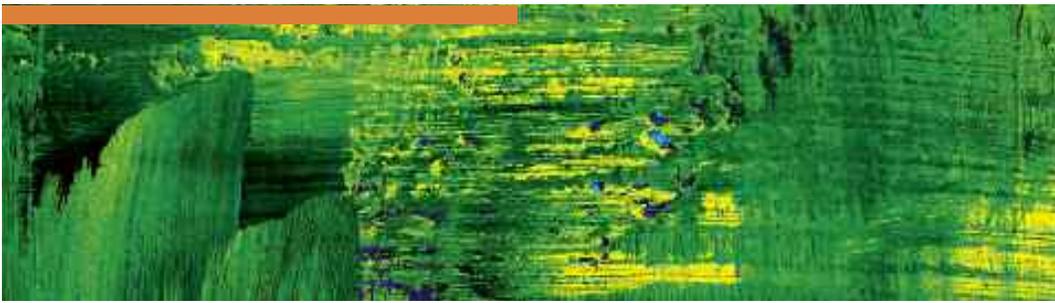
Tabelle 1: Weitere Überlegungen der ethischen Urteilsbildung

Ebene der Verbindlichkeit: Wem gegenüber habe ich eine Verpflichtung?	Gibt es Verpflichtungen und Rechte, die mein Handeln leiten?	Welche Rahmenbedingungen beeinflussen meine Entscheidung?	Was sind die Konsequenzen? Was sind die Risiken?
mir selbst gegenüber	Regeln (der Institution)	Habe ich die wesentlichen Informationen, um eine Entscheidung treffen zu können?	
einer anderen Person gegenüber (KlientIn, KollegIn, Vorgesetzte/r ...)	berufliche Pflichten und Verantwortlichkeiten (Ethisches Leitbild)	Stehen die nötigen Ressourcen zur Verfügung?	
einer Gruppe gegenüber (der Berufsgruppe, einer Institution, der Gesellschaft)	Gesetze und Verordnungen		
	Menschenrechte		

(Quelle: eigene Darstellung; vgl. auch Butler & Creek, 2008, S. 207)

³⁵ Butler & Creek (2008, S. 202).

³⁶ Zuletzt auch WHO (2009, S. 19).



Modelle ethischer Problemlösung bieten einen Rahmen, der all diese Überlegungen in die Entscheidungsfindung einbezieht. Das folgende Modell ethischer Problemlösung wurde von COTEC entwickelt.³⁷ Es wird empfohlen, dieses Modell in Arbeitskreisen, Supervisionsitzungen oder Workshops einzuüben. Dazu können die Fallbeispiele herangezogen werden.

6.3 Leitfaden für das Modell ethischer Problemlösung

Das Modell der ethischen Problemlösung ist durch folgende Herangehensweise charakterisiert: In einem ersten Schritt wird das ethische Problem identifiziert. Anschließend werden Lösungsoptionen oder -szenarien erkundet. Die ausgewählte Vorgehensweise wird in der Folge im Detail überlegt, spezifiziert und durchgeführt. Abschließend erfolgt eine Reflexion und Evaluierung der gesetzten Handlung.

1. Ethisches Problem – das ethische Problem identifizieren

Welche Schlüsselpersonen/Personengruppen sind involviert?

Wessen Problem ist es?

Den Grad der Verantwortlichkeit/Verbindlichkeit identifizieren.

Welche Pflichten/Verantwortlichkeiten müssen in diesem Fall erfüllt werden?

2. Problemanalyse – die Situation bzw. das Problem analysieren

Sind andere Fakten oder Informationen notwendig?

Welche Pflichten, Verbindlichkeiten oder Regeln werden nicht eingehalten?

Wie sehen die beruflichen, medizinischen, rechtlichen oder wirtschaftlichen Konsequenzen aus (wenn nicht eingegriffen wird)?

Welche ergotherapeutischen Standards und ethischen Grundsätze

(auf allen Ebenen) finden Anwendung?

3. Lösungsoptionen oder -szenarien erkunden

Welche Vorgehensweisen sind möglich? (Brainstorming)

Was sind Vor- und Nachteile der einzelnen Handlungsweisen? (Visualisieren)

Welche Konflikte könnten aus den einzelnen Handlungsweisen entstehen?

(Visualisieren)

4. Auswahl der Vorgehensweise – die beabsichtigte Vorgehensweise im Detail durchdenken

Wie beeinflusst das Handeln die sozialen Rollen und eigenen Interessen der beteiligten Personen?

Wie gut werden die Handlungen von allen Beteiligten unterstützt?

Ist dies die beste Lösung unter den gegebenen Umständen?

(Bewusster Kompromiss)

Richtet sich das Handeln an relevanten ethischen Grundsätzen aus?

Stimmt das Handeln mit den örtlichen Bestimmungen, Richtlinien

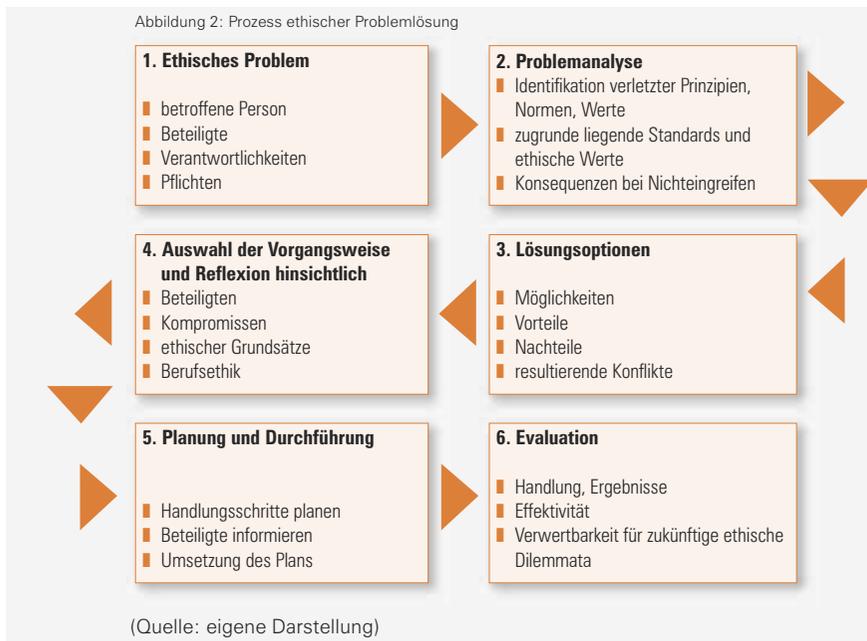
und Gesetzen überein?

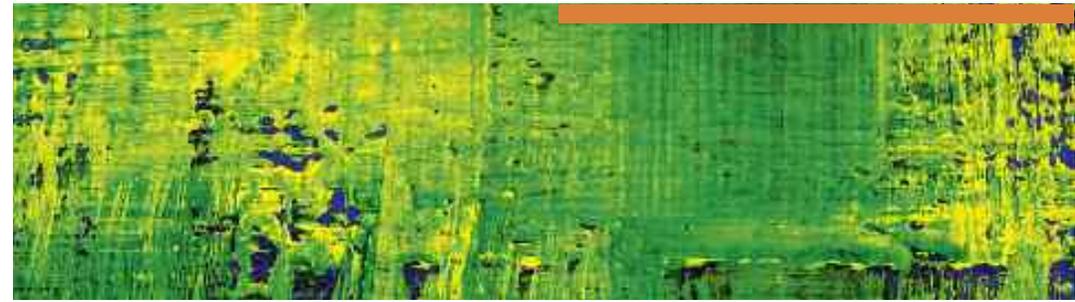
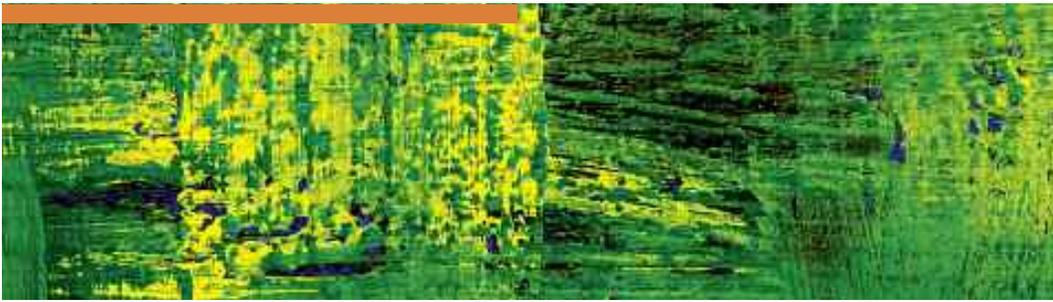
Stimmt das Handeln mit dem Ethikkodex des Berufs überein?

37 Adaptiert nach Boyt Schell & Schell (2008, S. 198).

6.2 Prozess ethischer Problemlösung

Abbildung 2: Prozess ethischer Problemlösung





5. Planung und Durchführung – Spezifizieren der geplanten Vorgehensweise und sie daraufhin durchführen

Die Handlungsschritte im Detail ausarbeiten.
Beteiligte Personen informieren. (Wer? Wen? Wann? Was? Wo? Wie?)
Handeln.

6. Reflektieren und evaluieren

Welche Handlungen wurden durchgeführt?
Welche Ergebnisse liegen vor? (Erwartete und unerwartete Ergebnisse)
Wie hilfreich war der Einfluss der Handlung auf das moralische Dilemma?
Welche Lehren können daraus für zukünftige ethische Dilemmata gezogen werden?

6.4 Musterbeispiel für die ethische Problemlösung

An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, wie die Analyse eines Problems aus - sehen kann. Dabei soll nochmals betont werden, dass jede/r TherapeutIn eigene Werte und berufliche Erfahrungen mitbringt und vielleicht zu ganz anderen Lösungsansätzen kommt. Durch eine Analyse soll aber die getroffene Entscheidung begründbar und erklärbar werden.

Frau M. ist 75 Jahre alt und wurde nach einer Oberarmfraktur auf einer Station für Akutgeriatrie aufgenommen. Anfänglich benötigt sie für fast alle Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung. Nach drei Wochen bessert sich ihre Selbstständigkeit deutlich und es wird in der interdisziplinären Besprechung für die nächste Woche die Entlassung in die eigene Wohnung vereinbart. Die Patientin und ihre Angehörigen sind verzweifelt und beteuern, dass Frau M. in ihrem Alltag sicher nicht zurechtkomme. Externe Hilfe wird abgelehnt.

Tabelle 2: Analyse des ethischen Problems für das Musterbeispiel

Ethisches Dilemma Entlassung nach Hause ↔ stationärer Aufenthalt	
<p>Fachliche Qualifikation ErgotherapeutInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ arbeiten im Wissen um den Zusammenhang von Mensch, Betätigung, Umwelt und Gesundheit/ Lebensqualität, ■ wissen um den Zusammenhang von Teilhabe, Funktion, Behinderung, Umwelt und Gesundheit. <p>Therapeutischer Prozess ErgotherapeutInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ setzen den ergotherapeutischen Prozess in seinen Stufen um: Befunderhebung, Definieren der Ressourcen und des Hauptproblems, Festlegen von Therapiezielen, Erstellen des Therapieplans, Durchführung der Therapie, Evaluierung der gesetzten Maßnahmen. <p>Management ErgotherapeutInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gehen verantwortungsvoll mit Ressourcen um. 	<p>Beziehung zu KlientInnen ErgotherapeutInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ arbeiten klientInnenzentriert, ■ begegnen den KlientInnen mit Sorgfalt, Aufrichtigkeit und der Entschlossenheit, ihnen keinen Schaden zuzufügen, ■ respektieren die Entscheidungen der KlientInnen und setzen Maßnahmen nach deren Zustimmung.

(Quelle: eigene Darstellung)

Analyse des Problems:

Einerseits sind die Zielsetzungen der Therapie erreicht worden; es ist zudem im Sinne eines ressourcenorientierten Arbeitens, dass die Patientin nun entlassen wird. Andererseits hat sie den großen Wunsch, die Therapie fortzusetzen, denn sie fühlt sich subjektiv noch nicht so weit.

Für die Analyse sind Standards aus folgenden Bereichen von Bedeutung:

- fachliche Qualifikation
- therapeutischer Prozess
- Management
- Beziehung zu KlientInnen

Dabei sprechen die Standards der fachlichen Qualifikation, des therapeutischen Prozesses und des Managements für die Entlassung der Klientin, die Standards der Beziehung zu KlientInnen sprechen dagegen (siehe Grafik).

Das Modell ethischer Problemlösung soll mithilfe einer detaillierten Analyse ermöglichen, Lösungsoptionen zu erkennen, umzusetzen und zu evaluieren.

1. Das ethische Problem identifizieren

Welche Schlüsselpersonen/Personengruppen sind involviert?

Klientin, Angehörige, ErgotherapeutIn, behandelndes Team, Leitung

Wessen Problem ist es?

Klientin und Angehörige haben das Problem, dass sie sich überfordert fühlen.

Das behandelnde Team hat das Problem, dass seine fachliche Meinung nicht angenommen wird und dass es Ressourcen verantwortlich verwenden soll.

Den Grad der Verantwortlichkeit/Verbindlichkeit identifizieren.

Welche Pflichten/Verantwortlichkeiten müssen in diesem Fall erfüllt werden?

Die Klientin hat über ihre Behandlung (mit) zu entscheiden.

Das behandelnde Team hat die Verwendung von Ressourcen zu verantworten.

2. Die Situation bzw. das Problem analysieren

Sind andere Fakten oder Informationen notwendig?

Bei welchen Tätigkeiten sieht sich die Klientin überfordert?

Wer betreut die Klientin zu Hause?

Wie sieht ihre (physikalische und soziale) Umwelt aus?

Information von Mitgliedern des therapeutischen Teams (PsychologIn)

Unter welchen Bedingungen ist eine Verlängerung des stationären Aufenthalts möglich?

Gibt es andere, nicht akutmedizinische stationäre Einrichtungen, die die Betreuung fortsetzen könnten?

Welche Pflichten, Verbindlichkeiten oder Regeln werden nicht eingehalten?

Es fehlt die Zustimmung der Klientin zum Abschluss der Therapie.

Wie sehen die beruflichen, medizinischen, rechtlichen oder wirtschaftlichen Konsequenzen aus (ohne einzugreifen)?

Es besteht ein Risiko für die Gesundheit/Zufriedenheit der Klientin.

Welche Standards und ethischen Grundsätze (auf allen Ebenen) finden Anwendung?

(Standards siehe oben)

Die Verpflichtung zur Fürsorge, zur Schadensvermeidung und zur Wahrung der Autonomie der Klientin (der Klientin gegenüber);

die Verpflichtung zum Nutzen (dem Träger der Institution und der Gesellschaft gegenüber).

3. Lösungsoptionen oder -szenarien erkunden

Welche Vorgehensweisen sind möglich? (Brainstorming)

a. Entlassung wie geplant

b. Verlängerung des stationären Aufenthalts

c. Einsatz von extramuralen Diensten

d. Andere Möglichkeiten ...? (Nachbetreuung durch das behandelnde Team, Vorstellung der extramuralen Dienste schon in der Institution, vorübergehende Aufnahme bei einem/einer Angehörigen, Übergangspflege ...)

Was sind Vor- und Nachteile der einzelnen Handlungsweisen? (Visualisieren)

a. Entlassung wie geplant:

Vorteil: Ressourcenoptimierung

Nachteil: mangelnde Akzeptanz und Unsicherheit der Klientin

b. Verlängerung des stationären Aufenthalts

Vorteil: Wunsch der Klientin wurde berücksichtigt

Nachteil: zunehmende Hospitalisierung der Klientin – wird sie sich zu einem späteren Zeitpunkt sicherer fühlen, in ihrer Wohnung wieder zurechtzukommen?

c. Einsatz von extramuralen Diensten

Vorteil: Ressourcenoptimierung, Unterstützung der Klientin und Angehörigen

Nachteil: Ablehnung durch die Klientin

Welche Konflikte könnten aus den einzelnen Handlungsweisen entstehen? (Visualisieren)

a. Vorwurf der mangelnden Fürsorge

b. Konflikt mit Leiter der Institution (unverantwortlicher Einsatz von Ressourcen)

c. Konflikt mit Klientin und Angehörigen (mangelnde Wahrung der Autonomie)

Nach diesen Schritten folgt die Entscheidung für eine Handlungsweise.

In unserem Beispiel lassen wir das therapeutische Team entscheiden, den Aufenthalt der Klientin um eine Woche zu verlängern. Damit kommen die TherapeutInnen dem Wunsch und der Einschätzung der Klientin zum Teil nach. Einen möglichen Konflikt mit dem Leiter der Institution nehmen sie dabei in Kauf – mit der Überlegung, dass die Entlassung nach Hause dann von den Betroffenen mitgetragen wird und gelingen kann.

Letztlich erhofft sich das Team, auch der Verpflichtung zum Nutzen für die Gesellschaft nachzukommen, wenn durch eine Verlängerung des Aufenthalts eine Aufnahme in eine andere Institution vermieden werden kann.

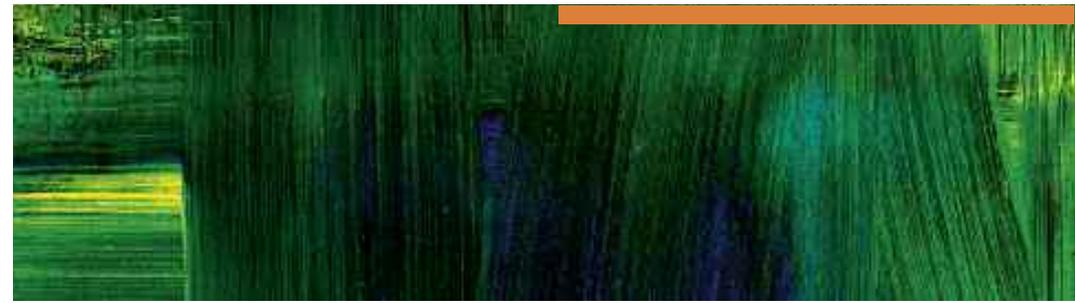
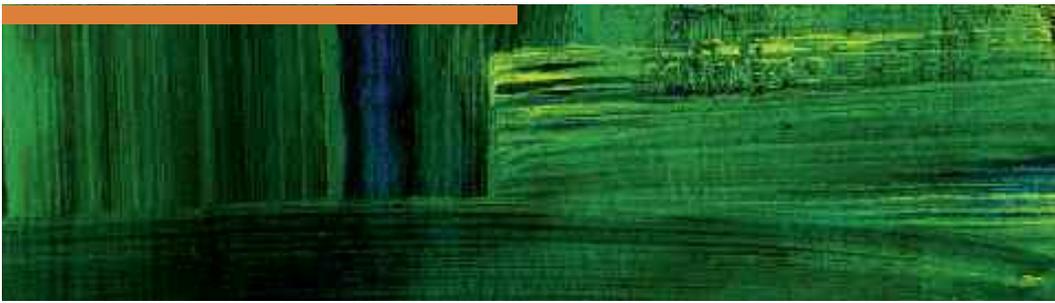
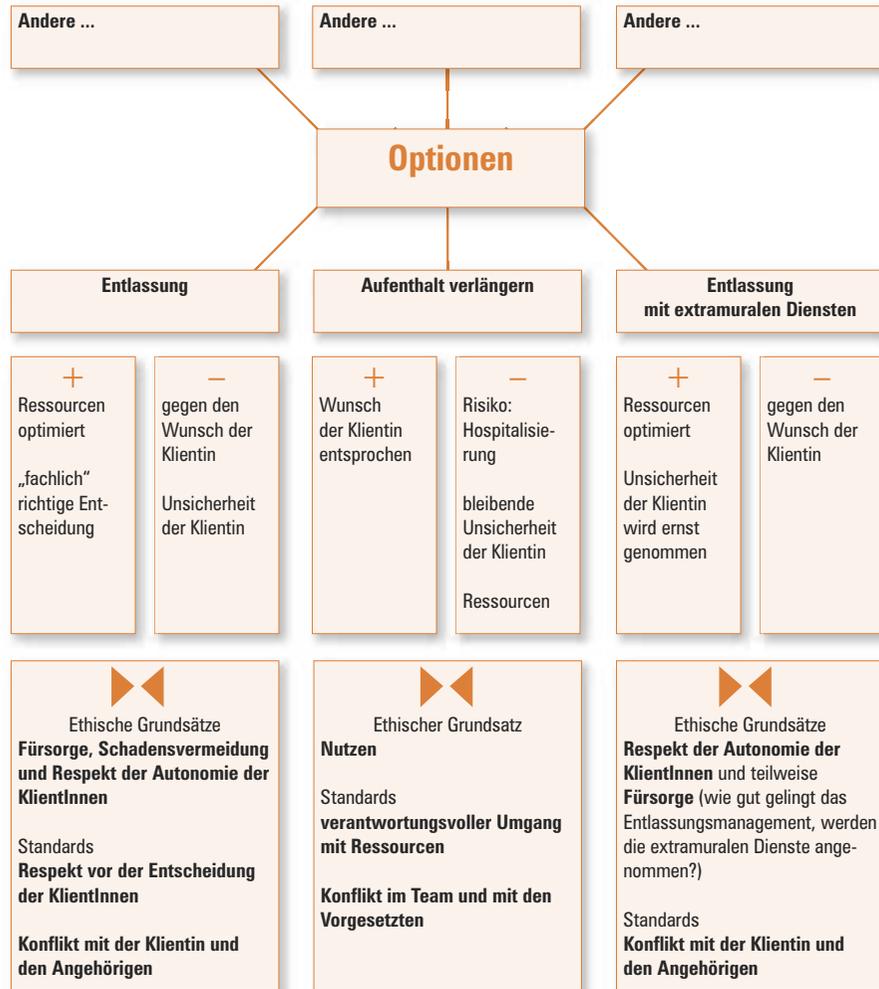


Abbildung 3: Visualisierung der Lösungsoptionen und -szenarien für das Musterbeispiel



(Quelle: eigene Darstellung)

4. Die beabsichtigte Vorgangsweise im Detail überlegen

Wie beeinflusst das Handeln die sozialen Rollen und eigenen Interessen der beteiligten Personen?

Das behandelnde Team betont durch die Befristung der Verlängerung die fachliche Richtigkeit seiner Entscheidung.

Klientin und Angehörige haben ihre Interessen zum Teil durchsetzen können – sie haben etwas mehr Zeit bekommen, sich an die Veränderungen anzupassen.

Wie gut werden die Handlungen von allen Beteiligten unterstützt?

Das Team hält an der baldigen Entlassung der Klientin fest.

Klientin und Angehörige sind sich vermutlich auch eine Woche später darin noch unsicher, ob die Situation zu bewältigen ist.

Ist dies die beste Lösung unter den gegebenen Umständen? (Bewusster Kompromiss)

Richtet sich das Handeln an relevanten ethischen Grundsätzen aus?

Es wird versucht, den erwähnten Grundsätzen (Autonomie von KlientInnen, Fürsorge, Schadensvermeidung einerseits und Nutzen andererseits) weitgehend nachzukommen. Optimal gewahrt werden kann keiner der Grundsätze.

Stimmt das Handeln mit den örtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Gesetzen überein?

Eventuell werden die Richtlinien der Institution nicht eingehalten (frühestmögliche Entlassung).

Stimmt das Handeln mit dem Ethikkodex des Berufes überein?

Der Abschluss der Therapie (therapeutischer Prozess) gelingt nur verzögert; der Entscheidung der Klientin (Beziehung zu KlientInnen) wird nicht voll entsprochen, aber man kommt ihr etwas entgegen. Die Ressourcen (Management) werden nicht optimal verwendet, die Überschreitung ist aber mit der erwarteten Akzeptanz der Klientin der etwas später angesetzten Entlassung zu begründen.

5. Spezifizieren und durchführen

Die Handlungsschritte im Detail ausarbeiten.

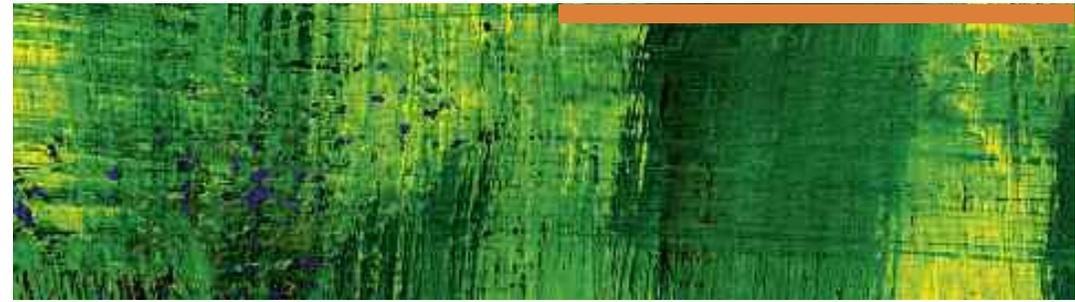
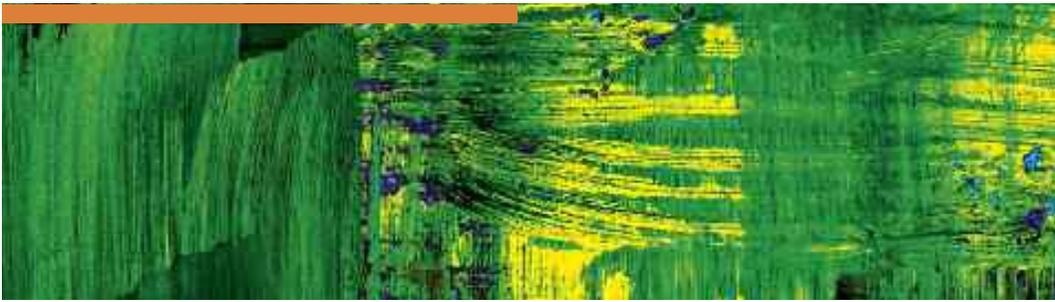
Information der Klientin und der Angehörigen, Entlassungsvorbereitung (therapeutischer Ausgang, Organisation von extramuralen Diensten)

Beteiligte Personen informieren (Wer? Wen? Wann? Was? Wo? Wie?)

Arzt/Ärztin informiert Klientin/Angehörige.

ErgotherapeutIn informiert extramurale Dienste.

Handeln



6. Reflektieren und evaluieren

Welche Handlungen wurden durchgeführt?

Welche Ergebnisse liegen vor? (Erwartete und unerwartete Ergebnisse)

War die Einschätzung des behandelnden Teams richtig? Oder sind Schwierigkeiten aufgetreten? Welche?

Wie hilfreich war der Einfluss der Handlung auf das moralische Dilemma?

Konnte die Zustimmung der Klientin und der Angehörigen durch die Verlängerung des Aufenthalts erreicht werden?

Welche Lehren können daraus für zukünftige ethische Dilemmata gezogen werden?

Sind Veränderungen im Entlassungsmanagement nötig? (Zusammenarbeit mit extramuralen Diensten, therapeutische Ausgänge schon vor einer geplanten Entlassung, Verdeutlichen der Zielsetzung der Station, Aufklärung über mögliche Anschlussaufenthalte)

und auf der Intensivstation lag – mit der Diagnose GBS (Guillain-Barré-Syndrom). Sie konnte, so weit ich noch weiß, nur zwinkern, wobei die Kommunikation aufgrund des Allgemeinzustands auch über Zwinkern nur eingeschränkt möglich war. Laut ärztlicher Zuweisung/Absprache sollte die betreffende Dame sowohl in der Physiotherapie (vormittags) als auch in der Ergotherapie (nachmittags) aufgesetzt werden, um sekundäre Schäden möglichst zu vermeiden. In der Ergotherapie arbeiteten wir vorbereitend angelehnt an das Konzept der Basalen Stimulation und führten kurze Handlungsabläufe/-schritte nach dem Konzept von Affolter aus. Der Zustand der Frau verbesserte sich langsam, sie musste aber immer noch beatmet werden; eine verbale Kommunikation war nicht möglich. Trotzdem verdeutlichte sie uns immer vehementer auf nonverbale Weise, dass sie die Therapieangebote, insbesondere die Mobilisation, ablehnte. Laut Arzt sollte sie trotzdem mobilisiert werden.

Die Situation war für uns sehr schwierig, weshalb wir auch Hilfe in einer Fallbesprechung suchten. Grundtenor war hier eher, dass es Situationen gibt, in welchen PatientInnen nicht selbst bestimmen/beurteilen können, wie die Konsequenzen sind, wenn eine Maßnahme abgelehnt wird. Dies gilt natürlich nur, wenn die Sachlage medizinisch eindeutig ist. In diesem Zusammenhang diskutierten wir auch im Hinblick auf andere Fälle, ob rechtliche Konsequenzen möglich sind.

Letztlich hat sich der Zustand der Klientin wieder verschlechtert; die Therapie musste abgesetzt werden, die Patientin verstarb. Wie hätten Sie sich in diesem Fall verhalten?

Fallbeispiel 3

Sie arbeiten als ErgotherapeutIn in der Ambulanz einer GKK. Seitens des Chefarztes bzw. der Chefarztin wird Ihnen Herr S., ein 52-jähriger Maurer, Rechtshänder, Status post Dupuytrainoperation rechts (betroffen: digitus III bis V), zur Therapie zugewiesen. Ein weiterer Auftrag lautet: Abklärung der Berufsfähigkeit.

Nach 15 Einheiten hat Herr S. gute Fortschritte gemacht und ist in allen Belangen seines Privatlebens selbstständig und sehr zufrieden. Er lebt allein im eigenen Haus, im unteren Stockwerk wohnt die Tochter mit zwei Kleinkindern. Nun steht die Abklärung der Berufsfähigkeit an. Aufgrund verschiedener Tests kommen Sie zum Schluss, Herrn S. für arbeitsfähig und vermittelbar im angestammten Beruf zu erklären. Als Sie dies Herrn S. mitteilen, braust er auf und ist entrüstet – wie Sie sich das vorstellen würden, Sie hätten ja keine Ahnung vom Bau, er könne das niemals leisten etc. Seine übermäßige Erregung macht Sie stutzig, denn bisher hatte Herr S. noch nie geklagt, irgendetwas sei ihm zu schwer oder würde er nicht schaffen. So hatte er während der Therapie z.B. ein Baumhaus für seine Enkel gebaut. Sie vermuten, er wolle gar nicht mehr arbeiten gehen und würde sich einen Arbeitsunfähigkeitsbe-

6.5 Übungsbeispiele für die ethische Problemlösung

Die folgenden Fallbeispiele von KollegInnen wollen dazu anregen, ethische Urteilsbildung (vor allem in kleinen Gruppen) zu üben.

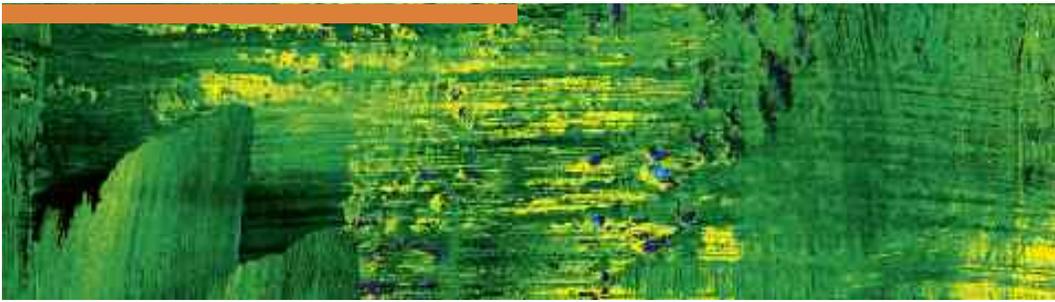
Fallbeispiel 1

Eine Kollegin berichtet Ihnen von folgendem ethischen Dilemma: PatientInnen mussten in der psychiatrischen Abteilung einer Universitätsklinik DozentInnen oft zu Vorlesungen (= Exploration vor den StudentInnen, PatientInnenvorstellung) begleiten. Viele wollten das aber nicht. Eine Patientin sagte zu mir einmal: „Bitte, sagen Sie nichts, ich gehe jetzt aufs WC. Wenn der Mensch kommt, um mich abzuholen, sagen Sie bitte, ich sei heute nicht in der Ergotherapie – ich möchte nicht zur Vorlesung mitgehen.“ Wie würden Sie reagieren?

Fallbeispiel 2

Eine Kollegin rekonstruiert aus ihrer Erinnerung ein Fallbeispiel, welches rund sechs Jahre zurückliegt:

Die Situation hat meine Kollegin und mich sehr gefordert und war entsprechend belastend. Ich arbeitete damals unter anderem auf einer neurologischen Intensivstation. Das Beispiel betrifft eine Klientin, die zu dem Zeitpunkt zirka 65 Jahre alt war



scheid wünschen. Darauf angesprochen, verneint er zuerst aufs Heftigste. Nach einiger Zeit gesteht er aber, die Arbeit sei ihm schon lange zu viel, vor allem der Stress und Zeitdruck. Mit der Kollegialität sei es längst vorbei, und der Chef sei sowieso nur am Schimpfen. Er würde so gern in Pension gehen und Zeit mit den Enkeln verbringen. Das sei ihm umso wichtiger, als die Tochter Alleinerziehende sei, da ihr Mann letztes Jahr an Krebs verstorben sei und die kleine Familie dringend Hilfe brauche. Wie gehen Sie weiter vor?

Fallbeispiel 4

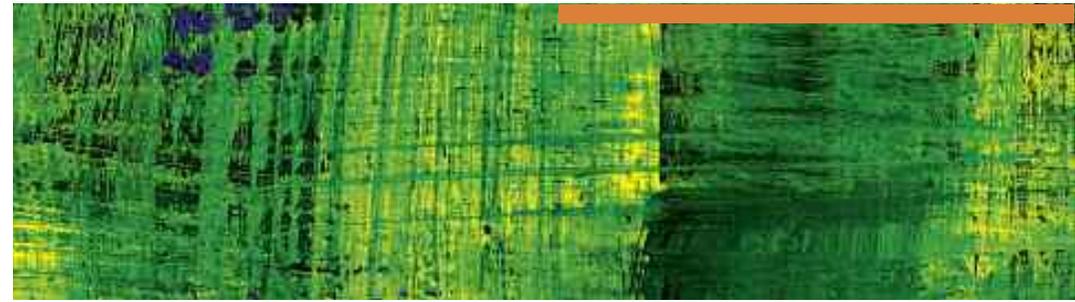
Sie arbeiten auf einer Schlaganfall-Akutstation. Seit einiger Zeit fällt Ihnen auf, dass ihre sehr attraktive Kollegin immer wieder sehr deutlich mit Klienten flirtet und unter ihrer weißen Arbeitshose immer einen Stringtanga trägt. Es passiert Ihnen heute schon zum dritten Mal, dass Sie für die Kollegin einspringen müssen, woraufhin der Klient ein langes Gesicht zieht und meint, er wolle aber von seiner „geliebten Barbara“ behandelt werden. Der Klient ist völlig unmotiviert und macht bei seiner funktionellen Therapie kaum mit. Sehen Sie einen Handlungsbedarf? Wenn ja, wie handeln Sie?

Fallbeispiel 5

Sie arbeiten freiberuflich in Ihrer eigenen Praxis. Eines Tages kommen Eltern eines Kindes, das schon lange bei Ihnen in Therapie ist, und berichten, dass die Therapie bei Ihnen nicht mehr bewilligt würde. Dies bedeutet für die Eltern, dass sie den gesamten Betrag von 65 Euro bei Ihnen zahlen müssten, da der bisher gewährte Zuschuss von 25 Euro pro Einheit entfielen, da nicht unweit von Ihrer Praxis ein Ambulatorium eröffnet wurde. Dort wird die Therapie gänzlich ohne Selbstbehalt angeboten und soll deshalb von den Eltern auch in Anspruch genommen werden. Sie wissen, dass in dem Ambulatorium nur TherapeutInnen arbeiten, die nicht dieselben Zusatzqualifikationen wie Sie haben, die das Kind auch braucht. Wie reagieren Sie?

Fallbeispiel 6

Eltern einer jugendlichen behinderten Klientin bitten um einen Begutachtungsbericht bezüglich der ADL-Fähigkeiten ihres Kindes, um Pflegegeld zu beantragen. Gewissenhaft schreiben Sie den Bericht und erläutern darin, dass die Klientin sich selbst an- und auskleiden kann. Die Eltern kommen zwei Wochen später und bitten darum, den Bericht zu verändern, da ihre Tochter so nicht in die von ihnen erhoffte Pflegestufe eingestuft werde. Was tun Sie?



Fallbeispiel 7

Sie sind die vierte Woche im Praktikum bei einer freiberuflichen Therapeutin. Immer wieder durften Sie im Beisein der Therapeutin selbstständig mit KlientInnen arbeiten. Eines Tages sagt die Therapeutin, sie sei so zufrieden mit Ihnen, dass Sie morgen ganz allein KlientInnen übernehmen sollen. Am nächsten Tag behandeln Sie fünf KlientInnen hintereinander. Sie haben das Gefühl, Ihre Sache richtig gut zu machen, und die Chance, „allein“ zu arbeiten, tut Ihnen gut. Danach haben Sie immer wieder die Möglichkeit, sich mit Ihrer Praktikumsanleiterin oder Ihrer Kollegin abzusprechen. Am nächsten Tag bekommen Sie zufällig mit, dass Ihre Therapiestunden mit den KlientInnen mit der Krankenkasse ganz normal (als seien Sie bereits geprüfte Fachkraft) verrechnet werden. Ihre Anleiterin teilt mittlerweile schon parallel zu den eigenen KlientInnen andere für Sie ein. Was tun Sie?

Fallbeispiel 8

Sie arbeiten in einem großen Rehabilitationszentrum. Eines Tages wird Ihnen ein Klient zugewiesen, der bereits bei der Begrüßung die Hand, die Sie ihm entgegenstrecken, nicht annimmt und Sie nur durch ein Kopfnicken begrüßt. Gleich bei der Begutachtung sagt er, er möchte von einem Mann behandelt werden, da er Moslem sei und es seinem Glauben widerspreche, von einer Frau berührt zu werden. Es gibt Männer in Ihrem Team, und es würde die Möglichkeit geben, dass die Behandlung durch einen Mann übernommen wird. Wie reagieren Sie?

Fallbeispiel 9

Ein Kollege schildert Ihnen ein Fallbeispiel aus der Justiz und Forensik: Ein in der Justizanstalt untergebrachter Klient, der zunächst ungen und unregelmäßig zur Ergotherapie kommt, verändert seine Einstellung zur Ergotherapie, macht zunehmend positive Entwicklungen in seinen sozialen Kompetenzen und baut eine tragfähige Arbeitsbeziehung zu seinem Ergotherapeuten auf. Eines Tages berichtet er darüber, dass er auf seiner Abteilung von einem anderen Untergebrachten, dessen Namen er nicht nennen möchte, regelmäßig belästigt und emotional unter Druck gesetzt wird. Er berichtet seinem Ergotherapeuten davon und vertraut darauf, dass seine Informationen nicht weiter erzählt werden.

Der Ergotherapeut steht nun vor der Wahl, den Vorfalle nicht weiterzuerzählen und sich somit zum Komplizen des Untergebrachten zu machen oder es auf der Abteilung dem Fachteam oder dem Abteilungskommandanten mitzuteilen, was zur Konsequenz führen kann, dass der Klient sein Vertrauen in den Ergotherapeuten verliert oder sogar die Ergotherapie abbricht, er möglicherweise als „Verräter“ von den anderen Untergebrachten bezeichnet wird sowie zukünftig von sozialen Kontakten in seinem Haftalltag ausgeschlossen wird. Wie würden Sie sich in diesem Fall verhalten?

7 Literaturangaben

7.1 Ethikkodizes

Canadian Association of Occupational Therapists (2007). Code of Ethics. Zugriff am 26. 3. 2011 unter URL <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=35>.

Swedish Association of Occupational Therapists (2005). Code of Ethics for Occupational Therapists. Adopted by the General Assembly of the Swedish Association of Occupational Therapists 1992 and revised in 1998 and 2004. Zugriff am 26. 3. 2011 unter URL http://www.fsa.akademikerhuset.se/Global/Om_forbundet/Other%20languages/English/code-ofethics.pdf.

WFOT (2005). Code of Ethics. Revision 2005. Zugriff am 1. 4. 2011 unter URL: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/100/Default.aspx>.

7.2 Andere Dokumente von Berufsverbänden

DACHS-Projekt (2007). Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft? (Broschüre). Bozen: Claudiana Landesfachhochschule.

COTEC (2010a). Ethical Reasoning. Facing ethical dilemmas in Occupational Therapy practice. Powerpoint-Präsentation, angefragt über www.cotec-europe.org, per E-Mail erhalten am 16. 2. 2011.

COTEC (2010b). Developing a Code of Ethics. Powerpoint-Präsentation, angefragt über www.cotec-europe.org, per E-Mail erhalten am 16. 2. 2011.

ENOTHE (2008). Tuning Educational Structures in Europe. Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy. Bilbao, Universidad de Deusto.

WFOT (2008). Strategic Plan 2007–2012, updated CM 2008 September. Zugriff am 3. 7. 2012 unter URL <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/476/Default.aspx>.

WFOT (2010). Positionspapier zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie 2010. Zugriff am 3. 7. 2012 unter URL <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/332/Default.aspx>.

7.3 Gesetzestexte

Österreichische Bundesregierung (1992). Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz). BGBl. Nr. 460/1992 i. d. g. F. unter URL <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701>.

United Nations (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Zugriff am 2. 7. 2012 unter URL <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>.

7.4 Fachliteratur

Boyt Schell, B. A. & Schell, J. W. (2008). Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Butler, J. & Creek, J. (2008). Ethics. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), Occupational Therapy and Mental Health (pp. 199–211). Edinburgh, London, New York: Churchill Livingstone.

Costa, U. (2012). Freiheit und Handlung – Handlungsfreiheit. Eine handlungswissenschaftliche Betrachtung. In C. Sedmak (Hg.), Freiheit – Vom Wert der Autonomie (S. 51–76). WBG-Reihe Werte Europas, Bd. 2. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Hack, B. M. (2004). Ethik in der Ergotherapie. Berlin: Springer.

Klein, A. (2007). Einführung in grundlegende Begriffsbestimmungen der Ethik. Zusammenfassung zum Vortrag am 12. 2. 2007 im Rahmen der Vortragsreihe Medizinrecht und Medizinethik an der FBA-AKH Wien (schriftliche Kursunterlagen).

Kretschmer, M. (2006). Occupational Justice und klientenzentrierte Praxis. In *ergoscience*, 3, S. 119–120.

Pieper, A. (2007). Einführung in die Ethik. 6. Auflage. Tübingen, Basel: A. Francke.

WHO (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 3. 7. 2012 unter URL http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0_810_1.html.

WHO (2009). Research ethics committees: Basic concepts for capacity-building. Zugriff am 28. 6. 2012 unter URL http://www.who.int/ethics/Ethics_basic_concepts_ENG.pdf.

WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO. Zugriff am 27. 10. 2011 unter URL http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

7.5 Fallbeispiele

Aigner, C. (2010). Fallbeispiel 2. Schriftliche Mitteilung vom 25. 8. 2010.

Güntert, G. (2010). Fallbeispiel 3. Schriftliche Mitteilung vom 14. 6. 2010.

Medani, S. (2011). Fallbeispiel 9. Schriftliche Mitteilung vom 3. 11. 2011.

Stamm, T. (2010). Fallbeispiel 1. Schriftliche Mitteilung vom 3. 8. 2010.

Ulbrich-Ford, S. (2010). Fallbeispiele 4–8. Schriftliche Mitteilung vom 10. 9. 2010.

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Kernbegriffe der DACHS-Definition von Ergotherapie (S. 13)

Tabelle 1: Weitere Überlegungen der ethischen Urteilsbildung (S. 21)

Abbildung 2: Prozess ethischer Problemlösung (S. 22)

Tabelle 2: Analyse des ethischen Problems für das Musterbeispiel (S. 25)

Abbildung 3: Visualisierung der Lösungsoptionen und -szenarien für das Musterbeispiel (S. 28)



Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Redaktion: Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs, Sobieskigasse 42/5, 1090 Wien, Tel.: 01/895 54 76, Fax: 01/897 43 58; E-Mail (Verband): office@ergotherapie.at.
Offenlegung gem. § 25 Mediengesetz: Medieninhaber ist der Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. Vorstandsmitglieder: Marion Hackl, Beatrix Mirjam Gassner, Brigitte Stern-Grilc, Sylvia Öhlinger, Katrin Unterweger, Yara Peterko. Der Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs ist ein gemeinnütziger und nicht auf Gewinn ausgerichteter Berufsverband. Seine Aufgaben sind die Wahrnehmung, Vertretung und Förderung der Interessen seiner Mitglieder.

Autorinnen: Hermine August-Feicht, Irene Benke, Maria Feiler, Gabriele Güntert, Astrid Schaubeder, Heidi Zwerger
Layout: Kurt Diesenreither | Druck: Facultas Verlags- und Buchhandlungs AG, Wien
Lektorat: Dr. MMag. Sigrid Nindl | Bilder: Shutterstock.com
2. Auflage | Wien, im Juli 2013