Philipps Universität Marburg

Entscheidungen am Lebensende in der Intensivmedizin

Gerd Richter

Leiter der klinischen Ethikberatung
OA Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie
Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH,
Standort Marburg
und
Vorsitzender der Ethikkommission
FB Humanmedizin Philipps-Universität Marburg

Klinikum Traunstein 16.10.2019

Problemfeststellung allgemein

- der gesellschaftliche Orientierungsbedarf steigt
- was heute gutes Leben und gutes Sterben heißt, ist unklar und keineswegs eindeutig
- einsame ethische Entscheidungen verletzen die Würde aller Beteiligten und sind fehleranfällig
- keine Entscheidung zu treffen, ist auch falsch
- es braucht neue Formen der Kommunikation und der Auseinandersetzung (partizipative Entscheidungsfindung, „shared decision making“)
- alte Muster der Entscheidungs- und Verantwortungs-delegation sind zu durchbrechen.

Therapiebegrenzung - Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel

83-jähriger Patient

Diagnosen:

- **Patient wird nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in die Klinik eingewiesen**
- **seit 12 Jahren ist ein schwer einstellbarer, weit fortgeschrittener M.Parkinson bekannt, der Patient geht kurze Wege am Rollator in gebückter Haltung, nächtliche Halluzinationen (gut kompensiert)**
- **Komorbiditäten: Frailty-Syndrom, art. Hypertonie, schwere Arthrose,**
- **Patient ist zur Person und Situation orientiert** (lt. dienst-habenden Unfallchirurg)

Multimorbidität

DEFINITIONEN:

Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple **strukturelle oder funktionelle** Schädigungen **(nach ICIDH/ICF) bei mindestens zwei** behandlungsbedürftigen **Erkrankungen aufweist**.

ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2001), Fortschreibung der ICIDH = Internationale Klassifikation der Schäfigungen, funktionsstörungen und Beeinträchtigungen (WHO 1980)

Geriatrische Multimorbidität ist die **Kombination von Multimorbidität und geriatrietypischen Befunden bzw. Sachverhalten** (verminderte Organreserven und erhöhte Stressempfindlichkeit mit funktionellen und kognitiven Einbußen, Polypharmazie)

Bei vergleichbaren Grunderkrankungen besteht ein Zusammenhang zwischen Einschränkung der ADL und Mortalität (sowie der Komplikations-rate bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen) !

Probleme bzw. Fragen im Rahmen von Intensivmedizin

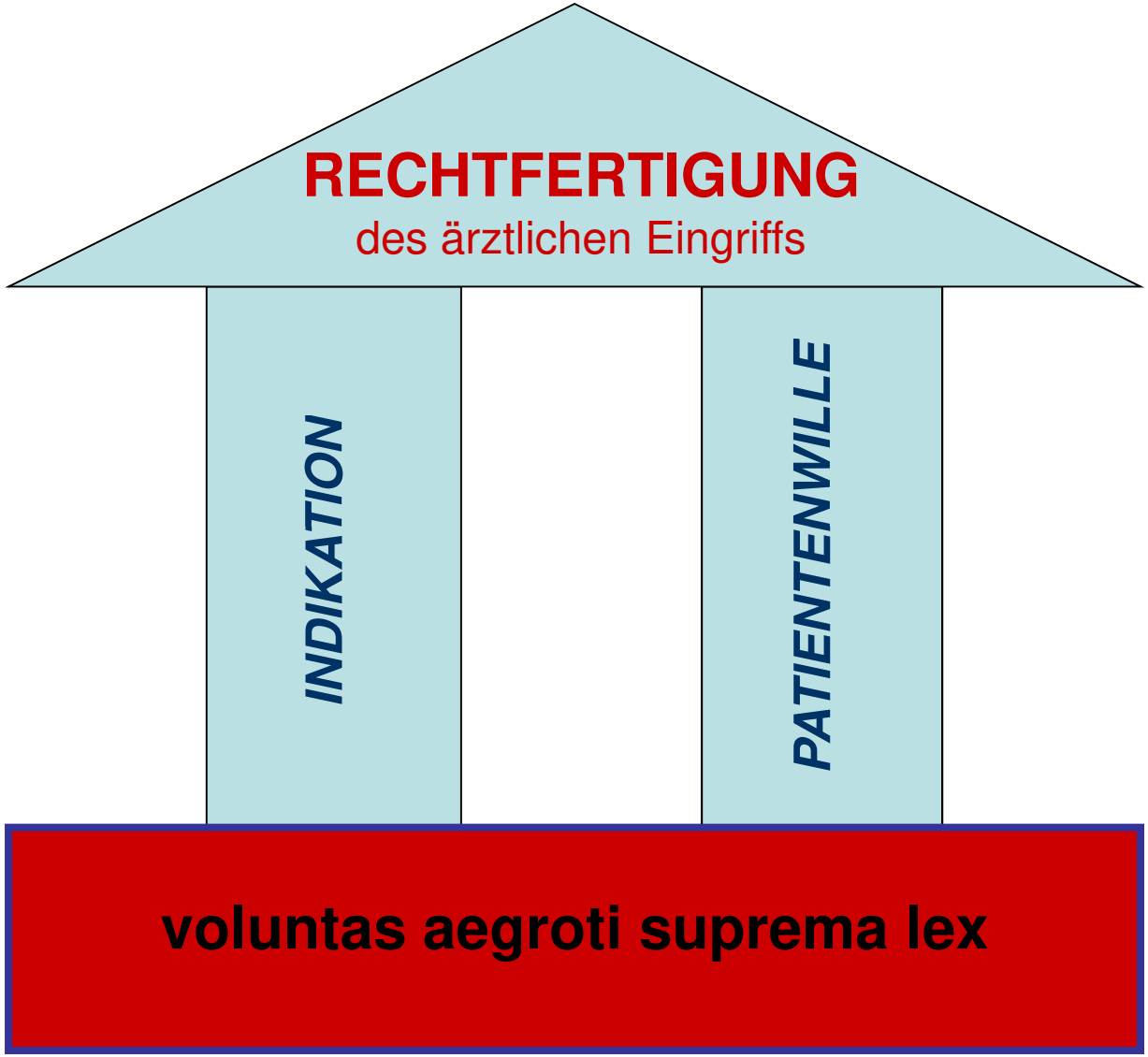
- Umgang mit Sterbewünschen,
  Sterbehilfe
  assistierter Suizid
- **Therapiezieländerung, Therapieumstellung (Therapiebegrenzung, Verzicht oder Abbruch einer medizinischen Maßnahme z.B. Beatmung, Dialyse etc.)**,
- Patientenautonomie, Entscheidungsfähigkeit
- **Umgang mit Patientenverfügungen**
- Therapieaggressivität bei schwerstbehinderten Früh- und Neugeborenen (Eltern-Patient-Arzt Triade)
- Umgang mit Zeugen Jehovas und Bluttransfusionen
- Organspende und –transplantation
- künstliche Ernährung (PEG und Demenz)
- Schweigepflicht
- Rolle Arzt vs. Forscher u.a.m.

→ unterschiedliche Auffassungen
→ Konflikte im Behandlungsteam
→ Konflikte Team *vs.* Patient, Stell-vertreter, Angehörige

Entscheidungen und ethische Fragen im klinischen Alltag haben mit Wertvorstellungen über das Leben von Patienten, Pflegenden, Ärzten und Angehörigen zu tun

- Was sollen wir tun?
- Was sollen wir lassen?
- Wer ist zu beteiligen?
- Wer hat was zu entscheiden?
- Gemeinsame Orientierung über Wertfiguren, Normen und Prinzipen

gerechtfertigt werden muss das, was der Arzt tut !!!



Therapiebegrenzung - Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel

83-jähriger Patient

Diagnosen:

- **Patient wird nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in die Klinik eingewiesen**
- **seit 12 Jahren ist ein schwer einstellbarer, weit fortgeschrittener M.Parkinson bekannt, der Patient geht kurze Wege am Rollator in gebückter Haltung, nächtliche Halluzinationen (gut kompensiert)**
- **Komorbiditäten: Frailty-Syndrom, art. Hypertonie, schwere Arthrose,**
- **Patient ist zur Person und Situation orientiert** (lt. diensthabenden Chirurg)

- **postoperative Nachbeatmung als Risikopatient wie geplant**
- **nach komplikationsloser Extubation Herzinfarkt am OP-Tag (nachts),**
- **Asystolie => Reanimation mit Re-Intubation und Beatmung, nach 20‘ über Kammerflimmern primär erfolgreich (Eigenrhythmus), Katecholamin-bedürftigkeit**
- **Rö-Thorax: Infiltrat li OL mit verschlechterten Beatmungsparametern**

Problem/Frage: „Wie soll es weiter gehen?“

Entscheidungsträger

- **Patient**
  - **urteils- und entscheidungsfähig**

  - vorübergehend nicht entscheidungsfähig
  - dauerhaft nicht entscheidungsfähig

- **Wer kann Stellvertreter sein?**

- **Stellvertreter (nach Betreuungsrecht BGB)**
  - **der gesetzlich bestellte Betreuer**,
  - **der Bevollmächtigte (Vorsorgevollmacht)**

  - **nicht** Angehörige per se (Ehegatte, Kinder, Eltern von Erws.)

Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im ärztlichen Alltag

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2018

Dtsch Ärztebl 2018; 115: A2434-2441

- **Patientenverfügung** (Vertrauensperson)
- **Vorsorgevollmacht** (Bevollmächtigter)
- **Betreuungsverfügung** (Betreuer)

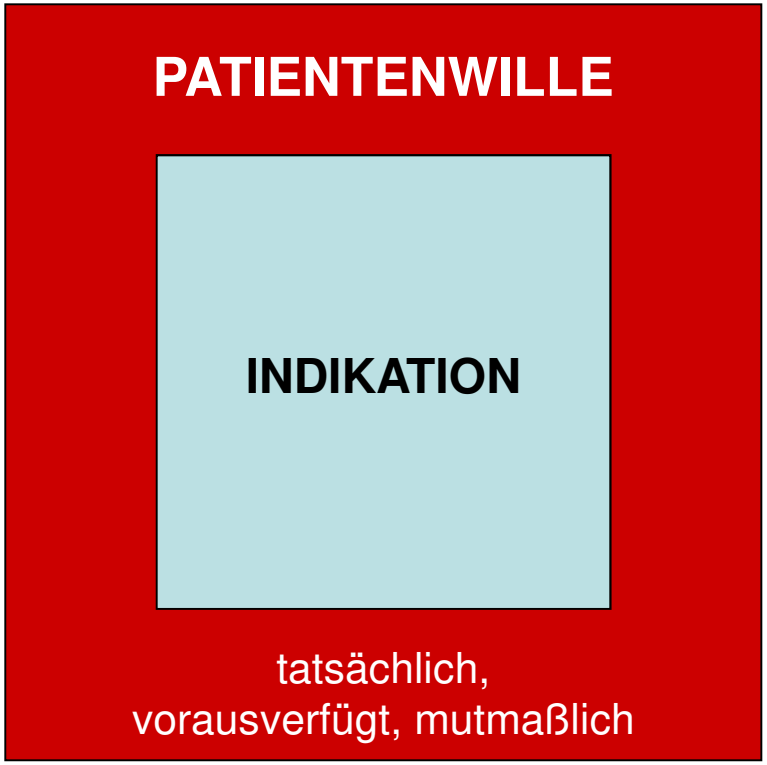
Betreuung heißt nicht Entmündigung !!!

Kernaussagen „Patientenverfügungsgesetz“

(Betreuungsgesetz § § 1901a, 1901b, 1904 BGB)

- **Volljährigkeit** als Bedingung der rechtsgültigen Abfassung einer PV
- Patientenverfügung muss schriftlich abgefasst und unterschrieben sein,
- eine Patientenverfügung muss nicht (notariell) beglaubigt sein,
- **der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte hat den vorausverfügten Willen des Patienten zu vertreten und muss ihn zur Geltung bringen**,
- eine Patientenverfügung kann jederzeit mündlich **widerrufen** werden,
- der Arzt stellt die Behandlungsindikation, der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte prüft die vorgeschlagene Behandlung hinsichtlich des vorausverfügten Patientenwillens (Zustimmung/Ablehnung) gemeinsam mit dem Arzt,
- **liegt keine Patientenverfügung** vor oder *trifft die vorliegende Lebenssituation nicht auf die Ausführungen in der Patientenverfügung zu*, **so erarbeitet/ermittelt der Betreuer bzw. Bevollmächtigte zusammen mit dem Arzt (sowie der Familie) den mutmaßlichen Patientenwillen,**
- Besteht zwischen den behandelnden *Ärzten* und die für die Durchsetzung der Patientenverfügung zuständigen Personen (*Betreuer, Bevollmächtigter*) Einigkeit über die weiteren Schritte (**Konsens**), muss das Betreuungsgericht nicht eingeschaltet werden (gilt auch für Therapiebegrenzung, Sterben zulassen)!
  Bei nicht lösbarem **Dissens** muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden!

Rechtfertigung von Diagnostik und Therapie
(auch in der Intensivmedizin)



Legitimiert wird ärztliches und pflegerisches Handeln ausschließlich durch den Patientenwillen !!!

Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens

Aktuell erklärter Wille des aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten (immer vorrangig, wenn vorhanden)

wenn nicht gegeben

Vorausverfügter Wille, durch eine Patientenverfügung erklärt (fortwirkend und verbindlich, sofern die Verfügung auf die Situation anwendbar ist)

wenn nicht vorhanden

Mutmaßlicher Wille „Substituted judgement"-Standard
(aus früheren Äußerungen und Wertvorstellungen zu ermitteln)

wenn nicht möglich

Entscheidung zum Wohl des Patienten „best interest" Standard
(dem Lebensschutz ist dabei Vorrang einzuräumen)

(verändert nach: Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W: Dtsch. Ärzteblatt (2003) 100:A2062-65)

ethische, medizinische und rechtliche Fragen hinsichtlich Sterbehilfe

- **<u>Selbstbestimmung – Autonomie</u>**
  - aktuell erklärter Wille des Patienten
  - vorausverfügter Wille
  - mutmaßlicher Patientenwille
  - PatV-Gesetz

  } Erarbeitung des PW mit Stellvertreter und Angehörigen

- **Fürsorge – nihil nocere**
  - **medizinische Indikation**
    - medizinische Anamnese
    - prognostische Erwägungen
    - regelmäßige Re-Evalution

→ **WAS IST DAS THERAPIEZIEL ???**

- **Kenntnis der Unterschiede hinsichtlich Sterbehilfe**
  - Sterben zulassen – passive Sterbehilfe
  - Therapie am Lebensende – indirekte Sterbehilfe
  - aktuelle Rechtsprechung

Rechtfertigung von Therapiereduktion/Therapiebegrenzung

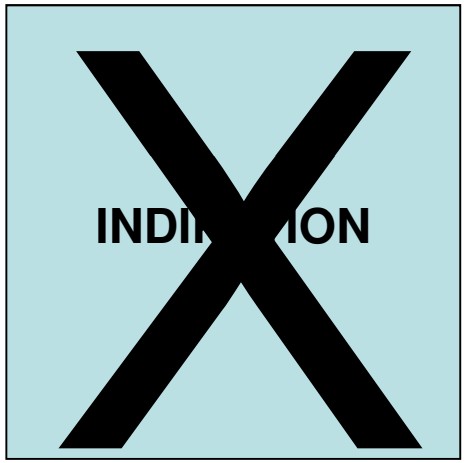
➢ **Patientenwille** (bei gegebener medizinischen Indikation)

- aktueller, tatsächlicher Patientenwille
- vorausverfügter Patientenwille
- mutmaßlicher Patientenwille

➢ **medizinische Indikation nicht (mehr) gegeben**

- „futile care“,
- nutzlose, aussichtslose Therapie und Diagnostik

Rechtfertigung des Verzichts oder Abbruchs einer therapeutischen Maßnahme



Besteht keine medizinische Indikation zur Einleitung oder Weiterführung einer Maßnahme, so darf diese nicht (mehr) durchgeführt werden

Was heißt Therapiebegrenzung ?
(Einstellung und Behandlungsverzicht)

- **(primärer) Therapieverzicht**
- **Einfrieren der Therapie, keine Therapiesteigerung ???**
- **Therapiebeendigung, Therapieabbruch** (Maßnahmen)

Frage nach dem individuellen Behandlungsziel !!!
Was kann gemeinsam erreicht werden ?
(Indikation und Patientenwille)

→ **Änderung des generellen Behandlungsziels**
THERAPIEUMSTELLUNG

→ **palliativmedizinische Zielsetzung**

Kein grundsätzlicher Unterschied rechtlich und ethisch zwischen Therapieverzicht (withholding) und Therapieabbruch (withdrawal);
religiöse Ausnahmen: Judentum, z.T. Islam, z.T. Orthodoxie (Bülow et al 2008)

Therapiereduktion/Therapieumstellung

Therapieverzicht, Therapieabbruch hinsichtlich einzelner Maßnahmen

- Patient befindet sich im **Sterbeprozess**
- Patienten, die noch nicht unmittelbar im Sterben liegen, die aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist und die lebenserhaltende **Maßnahmen nur Leiden verlängern** und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht
- Intensivmedizinische Maßnahmen **widersprechen dem Patientenwillen oder einer Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Patientenwillen** (Erarbeitung mit Betreuer/Bevollmächtigten und Angehörigen)
- **Im Zweifel** empfiehlt sich eine **initiale, zeitbegrenzte Maximaltherapie** von 24 oder 48 (72) Stunden, um umfassende Informationen zu gewinnen
  - prämorbider Patientenstatus
  - Informationen über die Lebensumstände
  - Ermittlung/Einholung des faktischen bzw. mutmaßlichen Patientenwillens
  - Reevalution des Krankheitsverlaufs und der Prognose
- hinsichtlich der Garantenstellung des Arztes **niemals Einleitung von halbherzigen Therapiemaßnahmen**

Entscheidung zur Therapiereduktion

Wer ist zu beteiligen?

- der **<u>entscheidungsfähige Patient</u>**

- der **<u>nicht entscheidungsfähige Patient</u>**
  - **Betreuer (Bevollmächtigter)**: mit Entscheidungsbefugnis
  - **Angehörige**: sie sollen einbezogen werden, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu eruieren, sie haben keine Entscheidungsbefugnis
  - **Pflegende**: sie sind am kontinuierlichsten in den Krankheitsverlauf eingebunden
  - die Verantwortung verbleibt ethisch und rechtlich beim **behandelnden Arzt** => er kann nicht durch Mehrheitsentscheidung bevormundet werden

- Stellungnahmen der **Ethikberatung** sind „Empfehlungen“, sie sind nicht für den behandelnden Arzt verbindlich, sondern sollen ihn in seiner Entscheidungsfindung unterstützen

Aufgabe des Stellvertreters
(substituted judgement)

- **Der Betreuer/Bevollmächtigte soll den Willen des Patienten, der in einer Patientenverfügung/Vorsorgevoll-macht festgelegt ist, Ausdruck und Geltung verschaffen, d.h. umsetzen**
- **Der Betreuer/Bevollmächtigte soll zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillen beitragen**
  aus: Vorausverfügung
  Erlebnissen
  Gesprächen
  Gesprächsäußerungen
- **Der mutmaßliche Patientenwille wird im Gespräch von Betreuer/Bevollmächtigten und Arzt ermittelt (erarbeitet !)**

- **NICHT**: eigene Entscheidung darüber, was gemacht oder was nicht gemacht werden soll **!**

Gespräch mit Sachwalter/Bevollmächtigten/Angehörigen

„der kategoriale Unterschied“

Falsche Fragen:

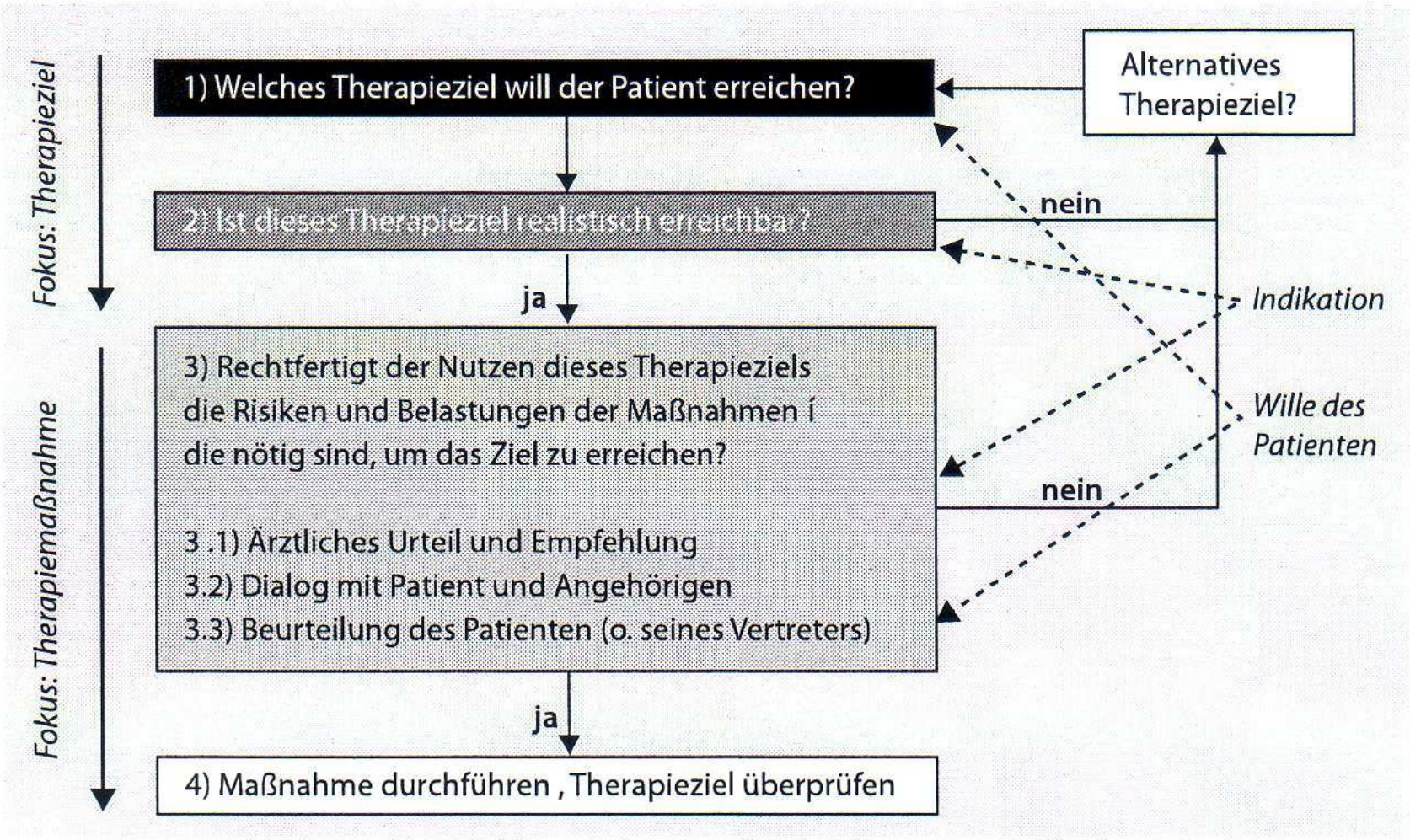
„Was möchten sie, dass bei Ihrem Vater noch gemacht wird?“
„Sollen wir noch weiter beatmen?“
„Entscheiden Sie, ob Ihr Vater noch dialysiert/noch einmal operiert werden soll!“

Induktion von Schuldgefühlen bei Angehörigen/Betreuer

Richtige Frage:

„Da Sie Ihren Vater viel besser kennen als wir, was meinen Sie, was er in der jetzigen Situation für sich gewollt hätte?“

Verantwortung der Entscheidung muss beim Arzt/Team verbleiben – Entscheidung i.S. des Patienten, entsprechend dem Patientenwillen !!!


Fokus: Therapieziel
1) Welches Therapieziel will der Patient erreichen?
Alternatives Therapieziel?
nein
2) Ist dieses Therapieziel realistisch erreichbar?
ja
Indikation
Wille des Patienten
3) Rechtfertigt der Nutzen dieses Therapieziels die Risiken und Belastungen der Maßnahmen i die nötig sind, um das Ziel zu erreichen?
nein
3 .1) Ärztliches Urteil und Empfehlung
3.2) Dialog mit Patient und Angehörigen
3.3) Beurteilung des Patienten (o. seines Vertreters)
Fokus: Therapiemaßnahme
ja
4) Maßnahme durchführen , Therapieziel überprüfen

Hilfreiche Fragen zur Vermeidung einer „Übertherapie“

- wird die Intervention nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand **effektiv** sein**?**
- dient die Intervention dem **Wohlbefinden** des Patienten**?**
- lassen sich die durch die medizinische Behandlung verursachten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, sofern das **therapeutische Ziel** erreicht wird**?**
- verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz optimaler therapeutischer Interventionen**?**
- wird die Behandlung einen klinischen Effekt erzeugen, aber wichtige Ziele des Patienten (Nutzen für den Patienten), wie z.B. Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen verfehlen**?**
- werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen**?**
- können ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden**?**

Werden Fragen mit „Nein“ beantwortet, kann eine Übertherapie vorliegen, die in einem strukturierten Entscheidungsprozess abzuklären ist. In der Dokumentation sind auch Überlegungen und Möglichkeiten festzuhalten, die wieder verworfen wurden.

Albisser Schleger H. et al. 2008

Welche Maßnahmen können reduziert werden?

- Herz- und kreislaufstabilisierende Medikamente
- Antibiotikagabe (z.B. bei Pneumonie)
- Nierenersatztherapien (z.B. Dialyse, Hämofiltration)
- Künstliche Beatmung
- parenterale Ernährung
- enterale Ernährung (z.B. PEG)
- parenterale Flüssigkeitszufuhr
- enterale Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde (z.B. PEG)

Unverzichtbare Elemente einer Basistherapie

(verändert nach Salomon 2006)

- **nicht „verdursten“ lassen**: Mundschleimhaut anfeuchten und sauber halten (regelmäßige Mundpflege), Flüssigkeit wird gegeben ? (parenteral/enteral nicht indiziert)
- **nicht ersticken lassen**: Atemwege freihalten oder frei-saugen; Therapie einer Dyspnoe (evt. mit Angst oder Panik); über einen eingelegten Tubus wird nicht mehr beatmet; terminale Extubation möglich
- **Schmerzfreiheit, Schmerzlinderung**
- **persönliche Zuwendung**: das Team kümmert sich um den Patienten, Angehörige werden bestätigt oder eingeladen zu kommen, auch in der Zeit des Sterbens
- **gute Pflege**

Therapiebegrenzung - Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel

83-jähriger Patient

Diagnosen:

- **Patient wird nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in die Klinik eingewiesen**
- **seit 12 Jahren ist ein schwer einstellbarer, weit fortgeschrittener M.Parkinson bekannt, der Patient geht kurze Wege am Rollator in gebückter Haltung, nächtliche Halluzinationen (gut kompensiert)**
- **Komorbiditäten: Frailty-Syndrom, art. Hypertonie, schwere Arthrose,**
- **Patient ist zur Person und Situation orientiert**

- **postoperative Nachbeatmung als Risikopatient wie geplant**
- **nach komplikationsloser Extubation Herzinfarkt am OP-Tag (nachts),**
- **Asystolie => Reanimation mit Re-Intubation und Beatmung, nach 20‘ über Kammerflimmern primär erfolgreich (Eigenrhythmus), Katecholamin-bedürftigkeit**
- **Rö-Thorax: Infiltrat li OL mit verschlechterten Beatmungsparametern**

Problem/Frage: „Wie soll es weiter gehen mit der Intensivmedizin?“

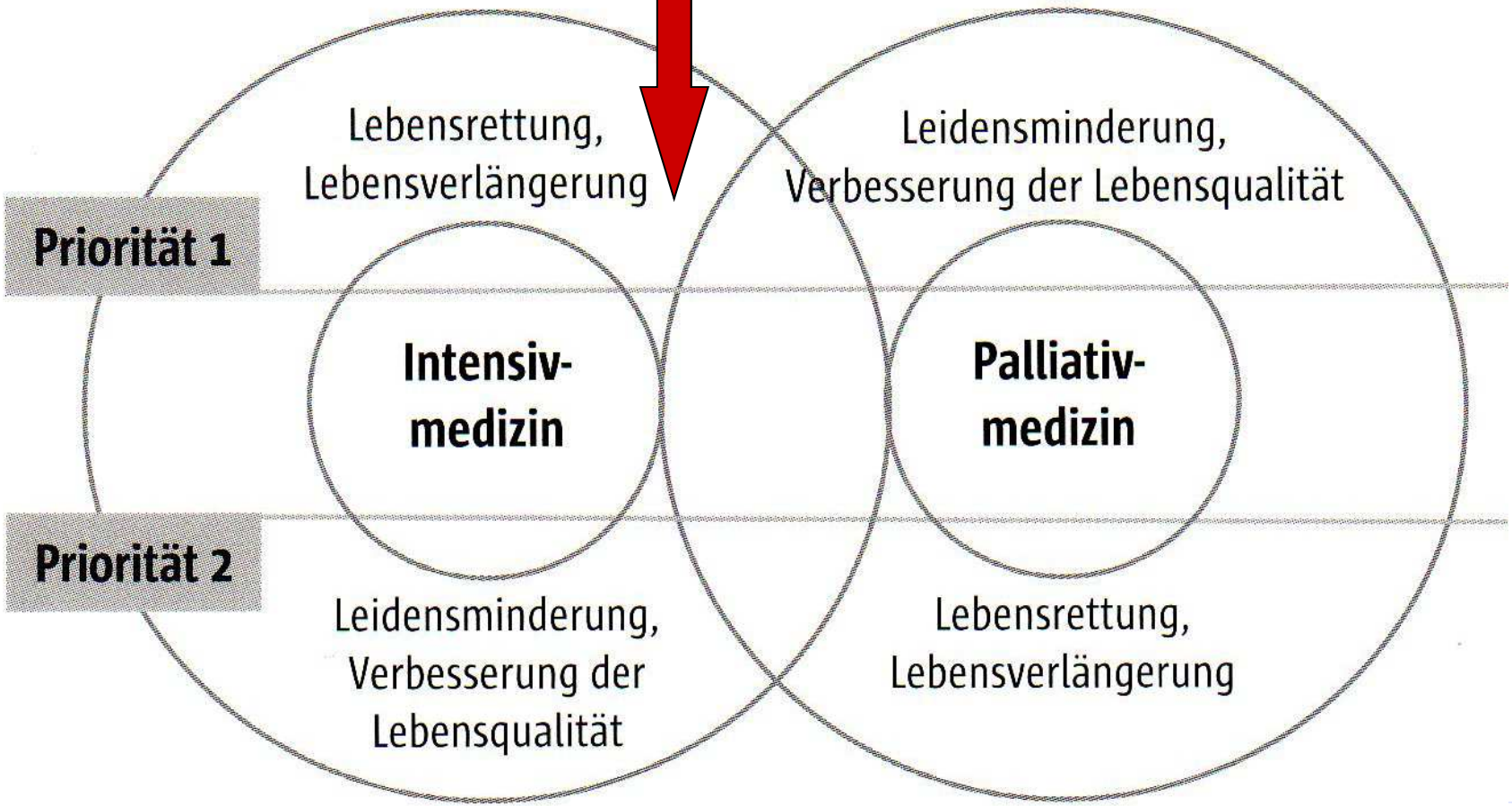
Ethikberatung bei Visite (1. Tag p.o.)

multimorbider geriatrischer Patient

=> Intensivtherapie vs. Therapiebegrenzung

=> Was will der Patient?
Frage nach dem mutmaßlichen Patientenwillen

=> Festlegung des weiteren Vorgehens
(Teamkonferenz, Familienkonferenz etc.)



Arzt
(Entscheidungsverantwortung)

Patient
(nicht entscheidungsfähig)

gemeinsame klinische Entscheidungsfindung

aller im Fall direkt involvierten Personen

Behandlungsteam
(Pflege, Physiotherapie, Seelsorge u.a.m.)

Stellvertreter (entscheidet), **Angehörige/Familie, Vertrauenspersonen** (sind anzuhören)

Evidenz-basierte Übersicht über Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei potentiell incurablen Patienten auf der Intensivstation (Randell Curtis L. 2007)

Intervention	Evidenzgrad
Entscheidungsfindung	
Einbeziehung palliativmedizinischer Aspekte bei den Visiten, dsgl. psychologischer, emotionaler und spiritueller Gesichtspunkte	Grad D (Expertenme
Etablierung multi-disziplinärer Gesprächsrunden zur Definition der Therapieziele	Grad C (Beobachtur
Zugangsmöglichkeit für palliativmedizinische und ethische Beratung	Grad A (≥ zwei rand Studien)
Kommunikation	
Durchführung standardisierter „Familienkonferenzen“	Grad A
Frühzeitige Einberufung der Familienkonferenzen	Grad B (eine randomisierte Studie und/oder mehrere Beobachtungsstudien)
Schulung des Personals der Intensivstation bezüglich Gesprächstechnik, Gesprächsinhalten, Vermitteln von Empathie etc.	Grad B
Liberalisierung der Besuchszeiten	Grad C
Erarbeitung einer Informationsschrift für die Angehörigen	Grad A
Therapielimitierung	
Einführen eines Protokolls für Therapieverzicht bzw. Therapieabbruch	Grad C
Standardisierung der Dokumentation in der Krankenakte	Grad C
Festlegen des konkreten Vorgehens bei Therapielimitierung	Grad D

Teamkonferenz zur Klärung der ethischen Fakten

Familienkonferenz zur Ermittlung des vorausverfügten und mutmaßlichen Patientenwillens unter Einbezug der ethischen Faktenlage

Strukturkonzepts eines Ethik-Konsils im Rahmen einer standardisiertenTeam- bzw. Familienkonferenz (nach Miller/Fletcher/Fins 1997, Fahr 2013)

Vorbereitung des Ethik-Konsils

- **Kontakt mit und Information durch den Konsilnachfragenden**
- **Klärung des weiteren Vorgehens (Team- oder Familienkonferenz) anhand der ethischen Problematik**
- **Information der Station/Abteilung und Terminfestlegung, Einladung**

Familien- bzw. Teamkonferenz

Eröffnung

Ziel: Arbeitsauftrag klären, Arbeitsfähigkeit herstellen durch Ethikberater als Moderator

- Begrüßung und Vorstellungsrunde
- Beratungsanlass darstellen (Arbeitsauftrag klären)
- Zeitrahmen festlegen
- Festlegungen zu Protokoll und Schweigepflicht

Überblick

Ziel: alle in das gemeinsame Gespräch integrieren und Zusammenführung aller wichtigen Faktoren (medizinische Probleme, relevante Kontextfaktoren, Patientenwille etc.)

- Zusammenfassung der aktuellen Krankengeschichte durch behandelnden Arzt
- Sicht des Patienten bzw. des Stellvertreters (gesetzlicher Betreuer, Vorsorgebevollmächtigter) und der Angehörigen **(Familienkonferenz)**
  - narrativer Patientenbiographie (Lebenssituation, Wertvorstellungen etc.)
  - Patientenpräferenzen, Behandlungs-wünsche
  - aktuell geäußerter, vorausverfügter bzw. mutmaßlicher Patientenwille
  - Beurteilung des ethischen Problems
- Sicht der Behandelnden mit Beurteilung des ethischen Problems unter Einschluss von Patientenpräferenzen und Faktenlage **(Team- und Familienkonferenz)**
  - der ÄrztInnen
  - der Pflegenden
  - weiterer involvierter Professionen, z.B. Seelsorge

moralische Diagnose

Ziel: nochmalige Klärung des Beratungsanlasses und Erarbeitung von möglichen Handlungsoptionen auf Grundlage der gewonnen Informationen

- Handlungsalternativen entwickeln und herausarbeiten
- bei Bedarf Bereitstellung von ethischen und rechtlichen Informationen durch den Ethikberater als Moderator (Fachberatung, Rollenwechsel des Moderators sollte kommuniziert und klargestellt werden)
- ethische Argumente für jede der Alternativen erarbeiten

- problembezogene moralische Wertüberzeugungen der Beteiligten herausarbeiten, Unterschiedlichkeiten benennen und wertschätzen, Gemeinsamkeiten verdeutlichen
- Identifizierung von ethisch akzeptablen Lösungsmöglichkeiten und Ranking/Rangreihenfolge der erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten
- Störungen (z.B. Hierarchie, Macht, Meinungsführerschaft etc.) werden von dem Ethikberater als Moderator in der Diskussion aufgegriffen und geklärt (Prozessberatung)

Entscheidungsfindung

Ziel: gemeinsame Zielfestlegung und Entscheidung anhand der erarbeiteten Rangreihenfolge der Lösungsmöglichkeiten durch alle Beteiligten, Erläuterung der praktischen Umsetzung durch behandelnden Arzt

- gemeinsame Diskussion, Verhandlung und Entscheidung über den akzeptablen Handlungsplan (anhand ethischer Rechtfertigung und Patientenpräferenzen) im vorliegenden Patientenfall
  - Diskussion soll am Fall und vereinbarten Problem/Thema/ Beratungsauftrag bleiben
  - Störungen (z.B. Hierarchie, Macht, wurde jeder gehört?) in der Verhandlung und Entscheidungsfindung werden vom Ethikberater aufgegriffen und geklärt (Prozessberatung)
  - Zielfestlegung anhand der erarbeiteten Rangliste rechtfertigender Lösungsmöglichkeiten entsprechend den medizinischen Fakten und dem Patientenpräferenzen
  - anzustrebender Konsens hinsichtlich der präferierten Handlungsoption
- behandelnder Arzt/Ärztin: Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten hinsichtlich des akzeptierten Handlungsplans kommunizieren
- behandelnder Arzt/Ärztin: detaillierte Schilderung und Erläuterung der Durchführung (Ablauf, Vorgehen, zu erwartender Verlauf) des akzeptierten Handlungsplans

Abschluss

- Ergebnis der Beratung zusammenfassen
- ggf. weiteren Beratungstermin vereinbaren bzw. anbieten
- Verabschiedung mit Dank an die Teilnehmenden

Evaluation

- gegenwärtige Evaluation im Verlauf der Behandlung
  - ist der ausgearbeitete Plan hilfreich?
  - muss der Handlungsplan evt. aufgrund von neuen bzw. geänderten Umständen modifiziert werden?
- retrospektive Evaluation

(Richter G, Burchert A: Der Onkologe 2016, 22(11) in press)

Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel

83-jähriger Patient

Familienkonferenz am 2. Tag p.o. (mit Sohn, Schwiegertochter, Enkel):

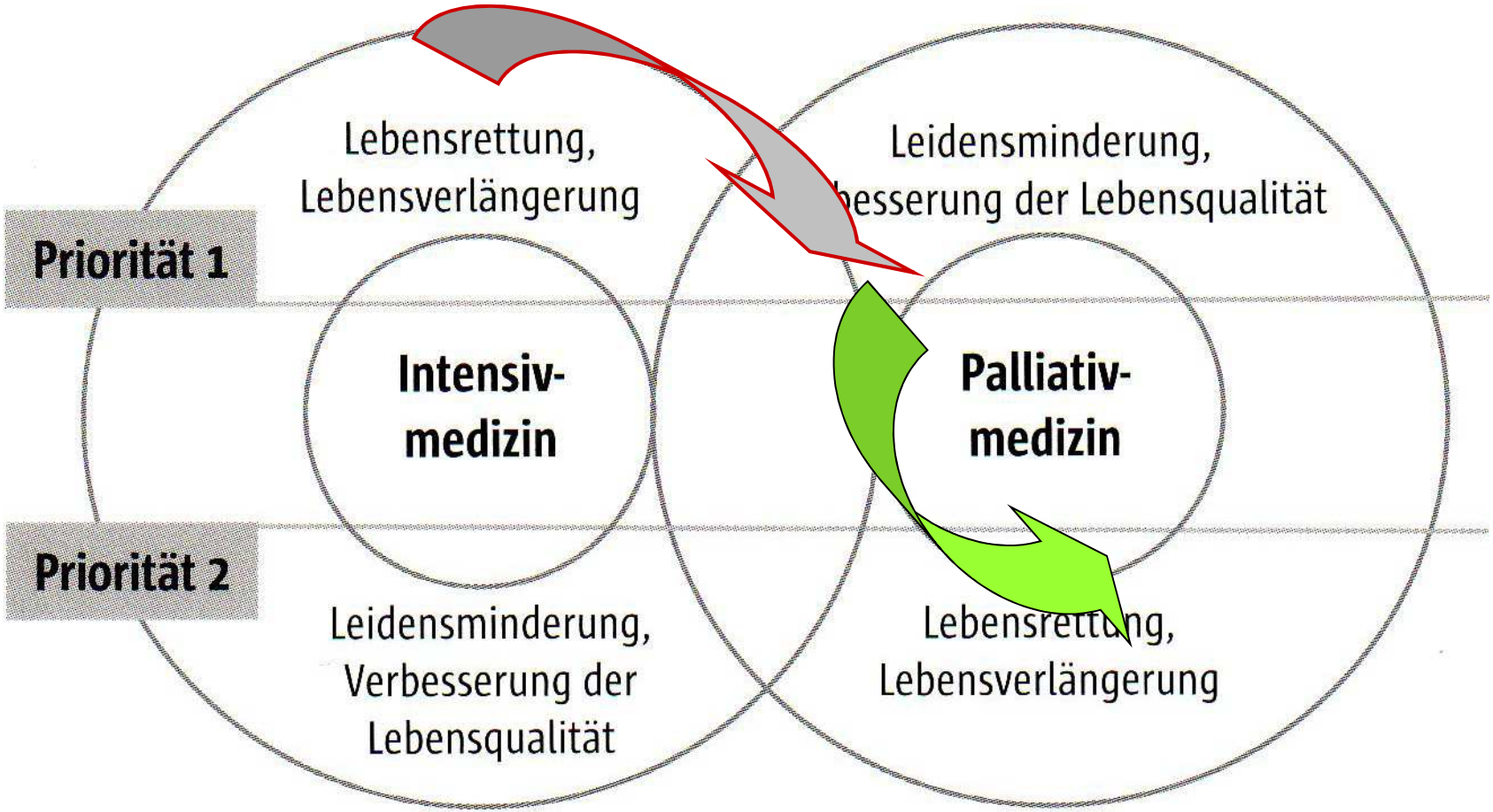
Frage: Feststellung des mutmaßlichen (vorausverfügten) Patientenwillen
Intensivtherapie vs. Therapiebegrenzung (Therapiezieländerung?)

- Patient lebt seit 8 Jahren in einem Seniorenheim im betreuten Wohnen
- vor 5 Jahren ist seine Frau verstorben, die er bei Demenz betreut hat
- eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden, in der klar ausgedrückt ist, dass er keine lebensverlängernden Therapien (z.B. Intensivmedizin, keine künstliche Ernährung (PEG)) haben möchte, er erwartet den Tod
- ältester Sohn (Arzt) ist als Bevollmächtigter in einer Vorsorgevollmacht eingesetzt
- Patient ist antidepressiv behandelt seit dem Tod der Ehefrau
- 3 stationäre Aufenthalte in den letzten 9 Monaten mit langer, eingeschränkter Erholung (Innere Medizin – Pneumonie, Neurologie – medikamentöse Neueinstellung M.Parkinson, Gerontopsychiatrie – Parkinson-Demenz mit aggressiven Durchbrüchen und kognitiven Einschränkungen)

gemeinsame Entscheidung zur palliativen Behandlung i.S. des Patienten, entsprechend dem vorausverfügten Willen (Therapiezieländerung: Sterben zulassen)

- Beatmung wird um- bzw. abgesetzt
- keine Antibiotikatherapie
- adäquate Behandlung von Schmerzen und evt. Leiden

Intensivmedizin und Palliativmedizin sind keine Gegensätze



Übereinstimmende Werte und Zielsetzungen von Intensiv- und Palliativmedizin

(verändert nach Byock 2006, Sold und Schmidt 2009)

vorausschauende Behandlungsplanung
(**A**dvance **C**are **P**lanning)

Ziele von ACP

- Menschen erhalten im Rahmen eines professionell begleitenden Gesprächsprozesses Gelegenheit, eigene Präferenzen für medizinische Behandlungen bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit zu entwickeln und auf aussagekräftige, regional einheitliche PV zu dokumentieren
- Die im relevanten regionalen Versorgungsstrukturen tätigen Personen werden so geschult bzw. informiert, dass die aus dem Gesprächsprozess resultierenden PV im Fall zu treffender Behandlungsentscheidungen regelmäßig verfügbar sind und zuverlässig respektiert werden

Kernelemente eines ACP-Programms

1. aufsuchendes Gesprächsangebot (durch regionale Akteure des Gesundheitswesen)
2. qualifizierte Gesprächsbegleitung (durch professionelle Begleiter)
3. professionelle Dokumentation (regional einheitliche, aussagekräftige Formulare (PV))
4. Archivierung, Zugriff und Transfer
5. Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf (mit Hilfe des professionellen Begleiters)
6. Beachtung und Befolgung durch Dritte (Krankenhäuser, Pflegeheime, Rettungsdienst etc.)
7. kontinuierliche Qualitätssicherung

(Jürgen in der Schmitten et al. 2014)

Umgang mit Demenzpatienten – Gemeinsam verantwortete Entscheidungen
Birnbacher D et al. 2015, Dtsch Ärztebl 112:A514-515

Um was geht es in der Medizin wirklich?

Der Irrtum der Medizin:

Die Aufgabe der Medizin besteht nicht **nur (!)** darin für Gesundheit und Überleben zu sorgen,

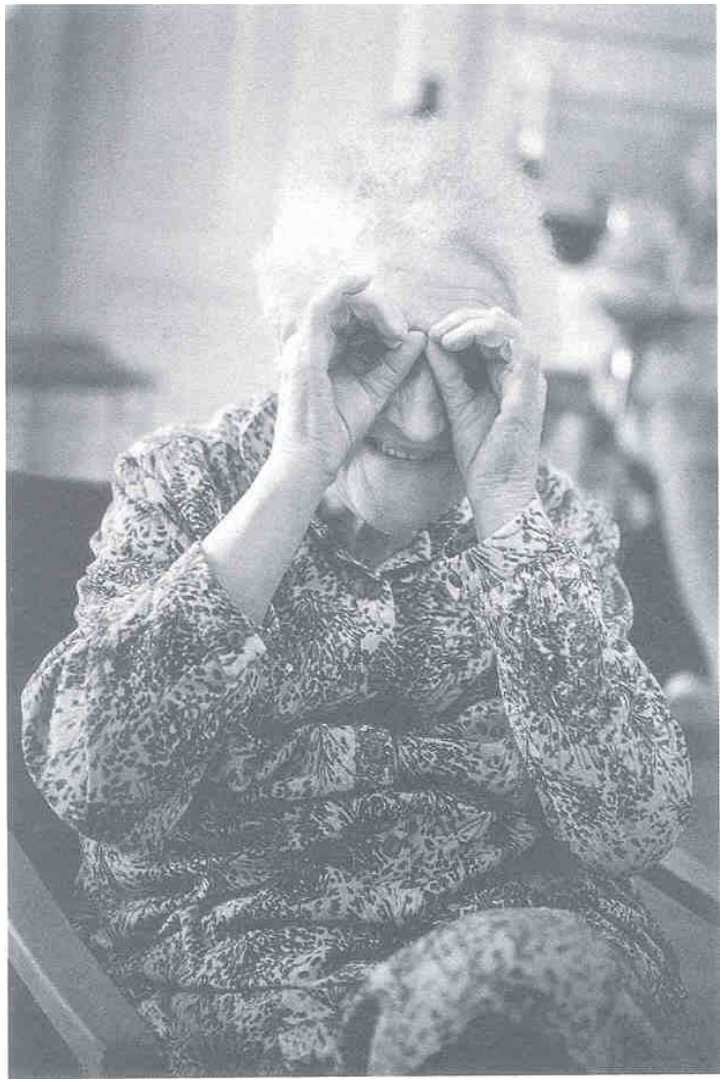
sondern die Medizin soll für Wohlbefinden sorgen.

Beim Wohlbefinden geht es um die Gründe dafür, warum jemand am Leben sein will.

Diese Gründe fallen nicht nur am Ende des Lebens ins Gewicht, oder wenn man gebrechlich wird, sondern die ganze Zeit hindurch. Bei jeder schweren Krankheit oder Verletzung stellen sich die wesentlichen Fragen:

- Wie versteht man seine Situation und ihre möglichen Folgen?
- Wovor hat man Angst, was sind die größten Sorgen und was erhofft man sich?
- Was ist man bereit zu opfern und was nicht?
- Und was tut man, damit es so weiter geht, wie es den eigenen Absichten am ehesten entspricht?

(Atul Gawande 2015)



“Es sind nicht die Antworten, die erhellen, sondern die Fragen...”

Ionesco

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !