

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Wege zur guten ethischen Entscheidung im klinischen Alltag

Fortbildungsveranstaltung im
Klinikum 3. Orden München

München, 21. Oktober 2015



- Fallbeispiel
- Ethische Fallbesprechungen (1): *Organisatorische Aspekte*
- Ethische Fallbesprechungen (2): *Inhaltliche Strukturierung*
- ⇒ **Prinzipienorientierte Falldiskussion**
- Anwendung auf das Fallbeispiel

- 63j., alleinstehender Patient mit Schmerzen am Unterleib
- Befund: Ausgeprägte Gangrän perianal mit Phlegmone in der linken Flanke ⇒ Nekrotisierende Faszitis
- Septischer Zustand, aber noch stabile Herz-Kreislauf-Funktion
- Patient willigt in lebensrettende Notfalloperation ein, ggf. mit Anlage eines Anus praeter (AP)
- Vor Einleitung der Narkose: Patient zieht Einwilligung in mögliche AP-Anlage zurück
- Operation: Ausgedehntes Debridement, keine AP-Anlage ⇒ Intensivstation (sediert & beatmet)
- Nach 4d: Darmfunktion kommt in Gang ⇒ anhaltende Entzündungsreaktion im Analbereich
- Chirurgen: Anlage eines AP für Heilung indiziert
- ⇒ **Ethische Fallbesprechung: AP-Anlage gegen Patientenwillen?**

Definition (Steinkamp & Gordijn ³2010, 256)

- „Ethische Fallbesprechung auf Station ist der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu **der ethisch am besten begründbaren Entscheidung** zu gelangen.“

Zielsetzung

- Primär: Ethisch möglichst gut begründete Entscheidung
 - Sekundär: Konsens im Behandlungsteam
- ⇒ Herausforderung: Wie gelangt man zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung?

Verfahren („prozedural“, „formal“)

⇒ Vorgehen bei ethischer Entscheidungsfindung

- Zeitlicher Ablauf, Transparenz
- Beteiligte Personen: Patient/in, Angehörige/Eltern, Team, externe Sachverständige (Medizin, Ethik)

⇒ *Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für ethisch akzeptable Entscheidung!*

Inhalt („material“)

⇒ inhaltliche ethische Entscheidungskriterien

⇒ Ziel: *Begründung* einer Entscheidung

⇒ (medizin)ethische Prinzipien

Vielen ethischen Problemen liegen Kommunikationsprobleme zugrunde

⇒ Fallbesprechung = Kommunikationsplattform

Notwendig: Beteiligung des **Teams** an der Entscheidung

- Interdisziplinarität der Betreuung
- **Begrenztheit der Wahrnehmung**: Patient wird von Pflegenden u. Ärzten unterschiedlich „rekonstruiert“ ⇒ Bild des Patienten

Pat. C.R., 79 Jahre, Nr. 6021558

Diagnosen:

Megakolon bei Sigmavolvulus
Pneumonie bds. (Pseudomonas)
fortgeschrittener M. Parkinson mit schwerer Akinesie
HOPS
absolute Arrhythmie, kompensierte Herzinsuffizienz
Diabetes mellitus
Beinödeme mit rezidiv. Erysipel bds.

Ops

27.7. Hemikolektomie li. mit Anlage eines
endständigen Transversum-Aps
4.8. Dilatationstracheotomie

Verlauf

postoperativ beatmet bei schlechter Lungenfunktion
bei Pneumonie bds., Entwöhnung geht langsam
voran, Tracheotomie bei Aussicht auf prolongiertes
Weaning
15. dekanüliert, 16. rekanüliert bei mangelhafter
Bronchialtoilette
postop. septische Kreislaufinsuff., Arterienol für 4
Tage
nach Fortführung der Antiparkinson-Medikation wird
der Pat. wach, kooperativ, aktiver
Mobilisierung durch M. Parkinson sehr erschwert
...

Herr Ciric

Frau Helene Ciric

Sie ist 10 Jahre jünger (geb. 1938). War ehemals
Krankenschwester in einer „Nervenklinik“; das darf
niemand wissen, aber diese Arbeit war „sehr schwer“.
Frau Ciric ist stark übergewichtig, kurzatmig,
2 Töchter, wohnen in Frankfurt (sind lt. Pflegepersonal
dumm – nein, struntzdumm). Er war Offizier in
Jugoslawien, mag klassische Musik
Sie wohnen in der Nähe vom Bahnhof-Oos.

Seine Frau versorgt ihn zu Hause allein, fühlt sich
vermutlich überfordert (das schließt das Pflegepersonal
aus ihren Äußerungen).

Die letzten Tage zu Hause ging es ihm schlecht, er wurde
immer schwächer.

Aufgrund des schlechten AZ ist er zu Hause gestürzt
(neben, vor, zwischen die Heizung – die Heizung spielt in
den Erzählungen der Frau eine Rolle).

Hr. Ciric kam übersät mit Schürfwunden an den Beinen
(Heizung?)

Er wurde mit dem Krankenwagen eingeliefert. Hausarzt: Dr.
Ziekursch, ist auch einweisender Arzt. Er war nicht
ansprechbar, geblähtes Abdomen.

Klinik: ZNA 1 Tag, OP, Intensiv

Auffälligstes Pflegeproblem: beide Fersen waren mit Watte
umwickelt. Links war unter dem Verband ein tiefer,
eitriger nekrotischer Fersendekubitus versteckt

...

Vielen ethischen Problemen liegen Kommunikationsprobleme zugrunde

⇒ Fallbesprechung = Kommunikationsplattform

Notwendig: Beteiligung des **Teams** an der Entscheidung

- Interdisziplinarität der Betreuung
 - **Begrenztheit der Wahrnehmung**: Patient wird von Pflegenden u. Ärzten unterschiedlich „rekonstruiert“ ⇒ Bild des Patienten
 - Entscheidungen erfordern **Bewertungen** (z.B. von Erfolgsaussicht Lebensqualität): Einseitige Bewertungen vermeiden!
 - Entscheidungen müssen von allen umgesetzt werden!
- **Nutzen für die Patientenversorgung**
- Umfassendere Einschätzung der Situation des Patienten ⇒ bessere Entscheidungsgrundlage
 - „Validere“ Bewertungen ⇒ besserer Berücksichtigung Wohl + Wille
 - Frühzeitige „Deeskalation“ von Problemen im Team
 - Höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter
 - Bessere Kooperation ⇒ Patientensicherheit↑, Versorgungsqualität↑

Ziele

- Argumentation strukturieren
- Berücksichtigung wesentlicher Aspekte sichern
- Ethische Qualität des Beratungsergebnisses sichern

Ethische Leitfrage

- Welche Handlung ist in einer konkreten Situation moralisch geboten bzw. zu bevorzugen?
- Hängt von den moralischen Verpflichtungen ab!
- Moralische Verpflichtungen in der Medizin: definiert durch die 4 klassischen medizinethischen Prinzipien

Methodisches Vorgehen

- (1) Welche Handlungsoptionen bestehen überhaupt? Was sind die (erwarteten) Ergebnisse jeder dieser Handlungsoptionen?
⇒ Analyse der Handlungsoptionen
- (2) Mit welcher Handlungsoption erfüllen wir unsere ethischen Verpflichtungen am besten?
⇒ Bewertung der Handlungsoptionen anhand der 4 Prinzipien

Prinzip des Wohltuns / Nutzens

- Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität

Prinzip des Nichtschadens

- Dem Patienten keinen Schaden zufügen

Respekt der Autonomie

- Selbstbestimmung des Patienten respektieren und fördern
- „informed consent“ (Aufklärung + Einwilligung)

Gerechtigkeit

- Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen

Anwendung der Prinzipien

- (1) Interpretation der Prinzipien: z.B. Wille bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit; Wohltun bei PVS („Wachkoma“)
- (2) Gewichtung bei Prinzipien-Konflikten: z.B. Wohl ⇔ Wille

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles

- Information über Patient (Diagnose etc.)
- Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken

2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

- Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
- Autonomie des Patienten

3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)

- Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft

4. Synthese: Konflikt? ⇒ Begründete Abwägung

5. Kritische Reflexion des Falles

- Stärkster Einwand?
- Vermeidung möglich?

Inter-
preta-
tion

Gewich-
tung

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇒ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Option 1: Intensivmedizin *mit* Anus praeter

- 50-60% Mortalität (Sepsis mit Multiorganversagen)
- TÜ: 30% Mortalität, 67d stationär, davon 40d Intensivstation
- Prognostisch günstig: keine voll ausgeprägte Sepsis
- Deckung des Hautdefekts (z.B. Mesh-Transplantat) ⇒ kosmetisch befriedigend, weitgehend normales Leben möglich

Option 2: Intensivmedizin *ohne* Anus praeter

- anhaltende Entzündung im Analbereich ⇒ (rez.) Sepsis
- Heilung: Nicht ganz ausgeschlossen, aber sehr unwahrscheinlich
- Hohes Sterblichkeitsrisiko durch Sepsis/Multiorganversagen

Option 3: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen

- Patient verstirbt in kurzer Zeit

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? $\Rightarrow$ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche der verfügbaren Behandlungsoptionen ist für das *Wohlergehen* des Patienten am besten?

- Option 1 $\Rightarrow$ hohe Überlebenschance (ca. 80%) bei guter Lebensqualität
- Option 2 $\Rightarrow$ langwieriger Intensivverlauf, niedrige Überlebenschance
- Option 3 $\Rightarrow$ keine Überlebenschance

Ergebnis: Prinzipien Wohltun & Nichtschaden
 $\Rightarrow$ Option 1 (Intensivmedizin mit AP) geboten

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇒ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche der verfügbaren Handlungsoptionen bevorzugt der Patient selbst?

Patient ist aktuell nicht einwilligungsfähig

⇒ *Stellvertretende* Entscheidung

- (1) Patientenverfügung, frühere mündliche Äußerungen
- (2) Mutmaßlicher Patientenwille
- (3) „Objektives“ Wohl

Frühere mündliche Äußerungen des Patienten

- Einwilligung in Durchführung der OP & Intensivbehandlung
- Keine Einwilligung in Anlage eines AP

Ergebnis: Respekt der Autonomie ⇒ Option 2 (Intensivmedizin ohne AP) geboten

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? $\Rightarrow$ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche Bedürfnisse anderer von der Entscheidung betroffener Personen sind zu berücksichtigen?

Keine anderen Personen unmittelbar betroffen

- Patient hat keine Angehörigen
- Kein akuter Mangel an Intensivbetten

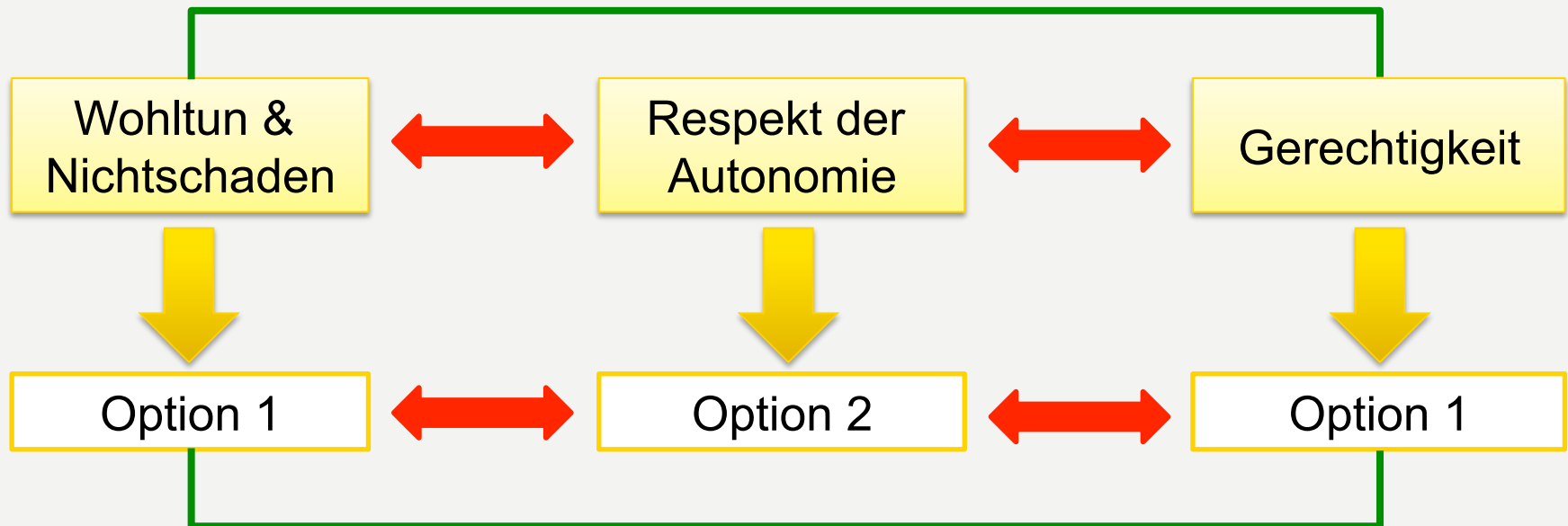
Ressourcenverbrauch (spielte damals keine Rolle!!):

- Option 1 $\Rightarrow$ hoher Ressourcenverbrauch, großer Nutzen für Patienten
- Option 2 $\Rightarrow$ hoher Ressourcenverbrauch, geringer Nutzen für Patienten
- Option 3 $\Rightarrow$ geringer Ressourcenverbrauch, kein Nutzen für Pat.

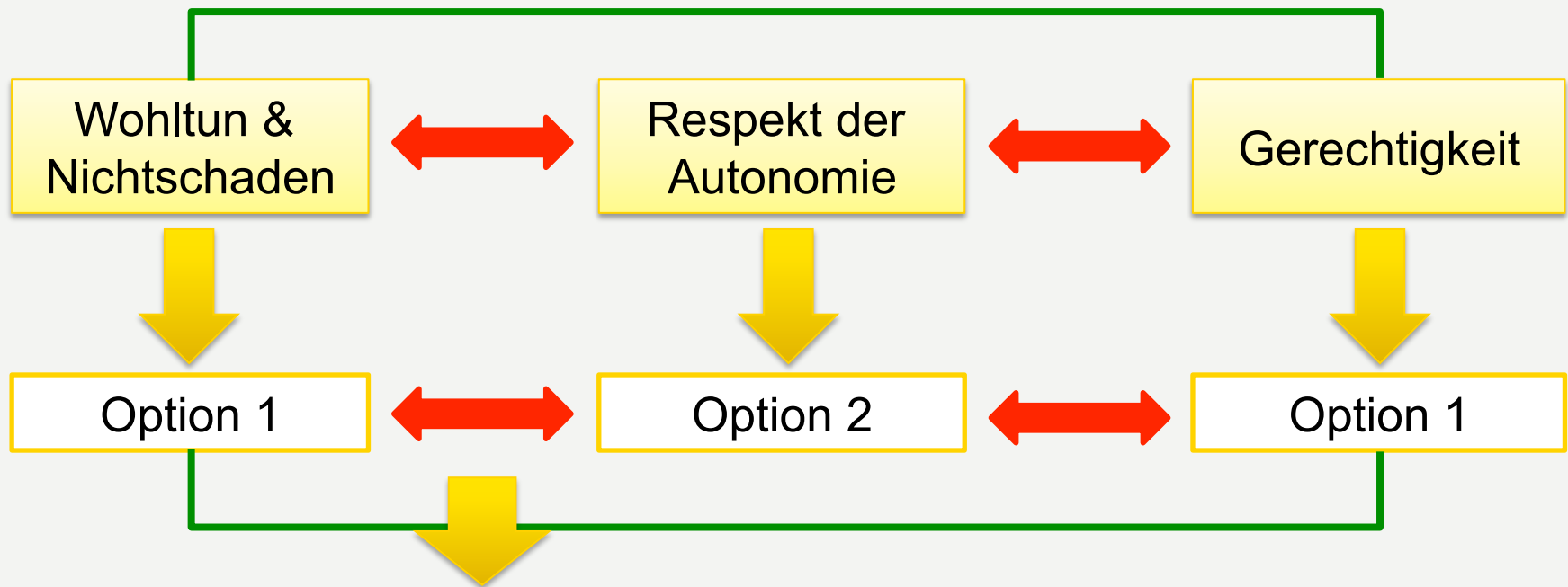
Ergebnis: Verpflichtungen gegenüber Dritten $\Rightarrow$ eher Option 1 als Option 2 geboten

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? $\Rightarrow$ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren?



Leitfrage: Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren?

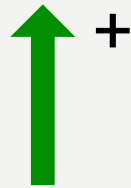


Ergebnis: Ethischer Konflikt zwischen Wohlergehens- und Autonomieverpflichtungen



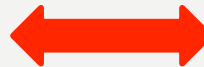
Begründete Abwägung:
fallbezogene Argumente für den Vorrang einer der Verpflichtungen

- hohe Überlebenswahrscheinlichkeit
- längerfristig gute Lebensqualität
- evtl. AP-Rückverlagerung



Wohltun &
Nichtschaden

- (vorübergehend) Leben mit AP



Respekt der
Autonomie

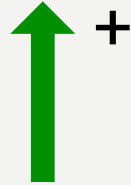
- (Widerruf der Einwilligung in AP nach Bedenkzeit)



- Äußerung in Notfallsituation
- eingeschränkte Aufklärung
- begrenzte Zeit zur Überlegung
- Meinungsänderung
- Patient wollte OP – und damit überleben



- hohe Überlebenswahrscheinlichkeit
- längerfristig gute Lebensqualität
- evtl. AP-Rückverlagerung



Wohltun & Nichtschaden



- (vorübergehend) Leben mit AP



Respekt der Autonomie



- (Widerruf der Einwilligung in AP nach Bedenkzeit)

- Äußerung in Notfallsituation
- eingeschränkte Aufklärung
- begrenzte Zeit zur Überlegung
- Meinungsänderung
- Patient wollte OP – und damit überleben



Ergebnis: Es gibt gute, fallbezogene Argumente, den Wohltuns-Verpflichtungen Vorrang gegenüber den Autonomie-Verpflichtungen einzuräumen.

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? $\Rightarrow$ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?

Leitfrage 1: Welches ist der stärkste Einwand gegen die gewählte Option?

- Übergehung eines zuvor klar geäußerten Willens eines damals einwilligungsfähigen Patienten
- Genehmigung durch Betreuungsgericht erforderlich

Leitfrage 2: Hätte der ethische Entscheidungskonflikt vermieden werden können?

- Vermutlich kaum, da in Akutsituation nicht mehr Zeit für Aufklärungsgespräch verfügbar

Studie von Schneiderman et al. 2003 (JAMA 290(9):1166-1172):

- Kontrollierte randomisierte Multicenter-Studie:
Vergleich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen in der Intensivstation mit und ohne klinisch-ethischer Beratung
 - 551 ICU-Patienten
 - 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- ⇒ Kein Unterschied in der Mortalität!
- ⇒ Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
 - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
 - ICU – Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
 - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- ⇒ >90% der Ärzte & Pflegenden, 80% der Patienten/Stellvertreter fanden die klinisch-ethische Beratung hilfreich

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Folien: www.dermedizinethiker.de

Kontakt: marckmann@lmu.de

Literatur:

Marckmann G (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015

V.a. Kapitel I.2: Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion

Georg Marckmann (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Medizin



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? $\Rightarrow$ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?