

Medizinisch machbar – ethisch vertretbar?

Stellenwert der klinischen Ethik im Krankenhaus



BDH-Klinik Braunfels
Neurologisches Zentrum mit Akutstation,
Stroke Unit, Intensivmedizin und Rehabilitation



30 Akutpatienten
6 Stroke Unit Betten
40 Phase B Patienten
10 Beatmungspatienten
140 Phase C und D Patienten



Prof. Dr. Ingrid H. Sünkeler
Stellv. Ärztliche Direktorin

Hubertusstraße 3-7
35619 Braunfels
i.suenkeler@bdh-klinik-braunfels.de

Agenda



1. Ethikkommission/Ethikkomitee
2. Entwicklungen in der Intensivmedizin
3. Medizinische Indikation
4. Patientenwille
5. Ethik ärztlichen Handelns
6. Ethik-Konsile, Fallbeispiele
7. Lebenswertes Leben

Ethikkommission

- Eingesetzte Kommissionen von z.B. Universitäten
- Beratung und Kontrolle
 - Ethisch
 - Rechtlich
- Prüfung und Genehmigung von Forschungsprojekten
- Zusammensetzung
 - Mediziner
 - Naturwissenschaftler
 - Theologen
 - Juristen
 - Philosophen

- Gesetzliche Grundlagen
 - Berufsordnung für Ärzte (MBO)
 - Arzneimittelgesetz (AMG)
 - Röntgenverordnung (RöV)
 - Stammzellgesetz (StZG)
 - Transplantationsgesetz (TPG)
 - Tierschutzgesetz (TierSchG)



Ethik-Komitee – warum?

- Ethische Verunsicherung durch zunehmende Möglichkeit, Lebensverläufe zu bestimmen
- Keine Beurteilung von Forschungsvorhaben
- Therapien mit dem Willen des Patienten in Einklang bringen
 - Patientenverfügungen
 - Mutmaßlicher Wille
- Umgang mit den Menschen und Entscheidungen im Krankenhaus prägen durch moralische Werte wie
 - Verantwortung
 - Respekt
 - Rücksichtnahme
 - Selbstbestimmungsrecht
 - Vertrauen
 - Mitgefühl
- Reflektion von Entscheidungen in den Bereichen
 - Medizin
 - Pflege
 - Ökonomie



Ethik-Komitee

- Multidisziplinäre Zusammensetzung
- Curriculare Ausbildung über 12 Monate
- Kompetenzstufen für die Ethikberatung im Gesundheitswesen
 - Ethikberater
 - Koordinator
 - Trainer
- Monatliche Sitzungen, zusätzlich sog. Ethik-Konsile
- Fortbildungsveranstaltung
- Würde im Krankenhaus/Verhaltenskodex
- Medizinisch-ökonomische Fragestellungen



Weiterbildung klinische Ethikberatung

- Bioethik-Theorien in der klinischen Medizinethik
- Methodologie ethischer Fallanalysen
- Standards klinischer Ethikberatung
- Ethische und rechtliche Situation der Sterbehilfe
- Umgang mit Patientenverfügungen
- Therapiebegrenzung
- Dokumentation klinischer Ethikberatung
- Künstliche Ernährung bei Demenzpatienten
- Qualitätssicherung und Evaluation klinischer Ethikberatung
- Vorsorgeverfügung in der Medizin



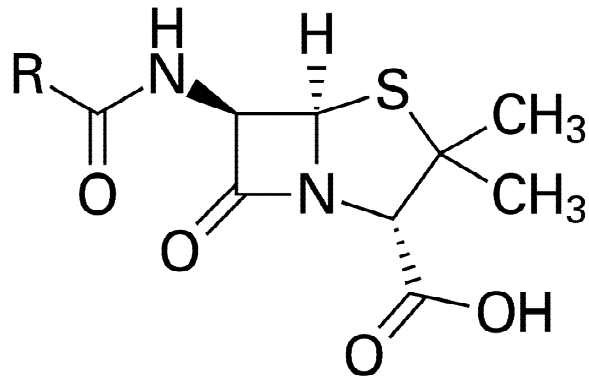
Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten



1. Wofür?
2. Wer?
3. Wann?
4. Wie?

Penicillin

- Bahnbrechende Entdeckung, Beginn der Antibiotikatherapie/-entwicklung
- Von Fleming 1928 entdeckt
- 1941 erste Behandlung eines Patienten mit Penicillin
- 1942 Beginn der industriellen Produktion



Anästhesie

- 1847 erste Ätheranästhesie in Deutschland
- 1954 erste Intensivstation (Kopenhagen)
- Verbreitung der endotrachealen Intubation zur Beatmung nach dem 2. Weltkrieg
- 1960 erster Lehrstuhl für Anästhesie (Mainz)
- Maschinelle Beatmungsmaschinen seit Mitte des 20. Jahrhunderts



Dialyse

- 1924 erste Dialyse am lebenden Menschen (Georg Haas)
- 1950 erstes Dialysezentrum (Schweden)
- Ende der 60er Jahre „Dialyse für alle“ als Kassenleistung
- Ca. 80.000 – 100.000 dialysepflichtige Patienten in Deutschland

Häusliche Intensivpflege

- 800 – 1000
Leistungserbringer
„Häusliche
Intensivpflege“

Mobile Beatmung

Externes Herz



Organtransplantation



- 1963 1. Nierentransplantation
→ aktuell > 2.500/a
- 1963 1. Lebertransplantation
→ aktuell < 1.000/a
- 1967 1. Herztransplantation
- 1979 1. Pankreastransplantation
→ aktuell ca. 150/a
- 1988 1. Lungentransplantation
→ aktuell ca. 300/a

„Ich möchte niemals an Schläuchen sterben.“



Intensivmedizin

- Gewollt ?
- Nötig?
- Folgeschäden?
- Erfolgreich?
- „Quälend“?



Potentielle Behandlungsziele

Heilung einer Krankheit

Verbesserung oder
Aufrechterhaltung von
Funktionen

Leidensminimierung,
Symptomkontrolle

Verhinderung eines
frühzeitigen
Todes/Lebensverlängerung

Verbesserung bzw. Erhalt
von Lebensqualität

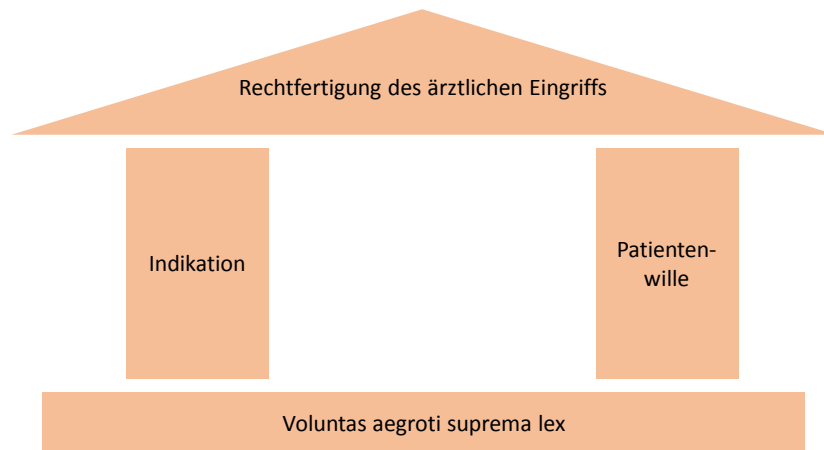
Sterbeprozess nicht
medizinisch verlängern

Ermöglichung eines „guten
Todes“

Selbstbestimmung und
Selbstkontrolle

Hilfestellung für Familie und
Angehörige

Wie ist der medizinische Heileingriff legitimiert?



Medizinische Indikation

„Der medizinische Begriff Indikation steht grundsätzlich dafür, welche medizinische Maßnahme bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist und zum Einsatz kommen soll.“

„Krankheitsbild“ nicht gleich „Diagnose“

Quelle: Wikipedia

Medizinische Indikation?

- 84-jähriger Patient
 - Seit 6 Monaten stationär behandelt
 - Mehrere Monate Intensivstationen, u. a. intermittierend dialysepflichtig
 - Zwischenzeitlich in der Rehabilitation
 - Keine nähere Verwandtschaft, keine Pat.-Verfügung
 - Seit zwei Monaten anhaltend komatös
 - Verlegung beatmet zum „Weaning“ (Beatmungsentwöhnung)
 - Nierenversagen drei Tage nach Aufnahme
- erneute Dialyse?



Einzig der Patientenwille legitimiert ärztliches und pflegerisches Handeln!

Aktuell erklärter Wille bei aufklärungsfähigem Pat.

falls nicht
gegeben

Vorausverfügter Wille durch eine Patientenverfügung

falls nicht
gegeben

Mutmaßlicher Wille (frühere Äußerungen)

falls nicht
gegeben

Entscheidung zum Wohl des Patienten

Gesprächsführung

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



Richtig oder falsche Fragen?

Gesprächsführung

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



Richtig oder falsche Frage?

Keine Legitimation zur nihilistischen Therapie!



Ethik-Konsile mit der Frage der Weiterbehandlung

- Problemverbalisierung
- Fakten
 - Medizinische Gesichtspunkte
 - Pflegerische Aspekte
 - Lebensanschauliche und soziale Dimension
 - Organisatorische Dimension
- Bewertung
 - Wohlbefinden des Patienten
 - Autonomie des Patienten
 - Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden
- Beschlussfassung

Mögliche Fragestellung eines Ethik-Konsils

- 30-jähriger Pat. mit seltener Stoffwechselerkrankung
- Motorische Ausfälle, jetzt Status epilepticus seit 70 Tagen
- OP zur Entfernung des Anfallsfokus würde zur kompletten Halbseitenlähmung führen, Grundkrankheit bliebe natürlich unbehandelt
- Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens
- Mutter versichert, dass der Sohn sich dezidiert gegen Eingriffe am Kopf ausgesprochen habe
- Ernährung über die PEG-Sonde fortführen?
- Antibiotika-Therapie bei Komplikationen?



Körperverletzung?

- 84-jähriger Pat. mit SHT durch Treppensturz
- Intensivbehandlung über zwei Wochen
 - Hirndruckmeßsonde
 - Zeitweise Beatmung
 - Antibiotikatherapie bei Pneumonie
- Verlegung mit transnasaler Magensonde zur Frührehabilitation
 - Pat. kontaktfähig, verwirrt, kooperativ
 - Komplette auf Hilfe angewiesen bei mittelgradiger Hemiparese
 - Blasenkatheter, inkontinent

G.E, geb. 1934

Patient mit mehreren Pat.-Verfügungen



- „Eine Behandlung von Symptomen wünsche ich ausdrücklich erst dann, wenn eine ausführliche Diagnose ergeben hat, dass keine irreparablen schweren Schädigungen vorliegen, die mich zum Pflegefall machen könnten.“
- „Bei nicht eindeutiger Prognose-Möglichkeit möchte ich lieber den Tod in Kauf nehmen als das Risiko, dauerhaft von Pflege abhängig zu werden.“

G.E, geb. 1934

Patient mit mehreren Pat.-Verfügungen

- Wann ich nicht überleben will:
 - „Bei Gefahr von nicht zuverlässig reparablen Gehirnschäden, Seh-, Sprach-, Geh- oder Persönlichkeitsverlusten“
 - „Bei Gefahr des Verlusts der Geschäftsfähigkeit“

G.E, geb. 1934



Entscheidung erfolgte durch das Amtsgericht



- Pat. scheint mit derzeitigen Maßnahmen einverstanden zu sein, Magensonde wird toleriert
- Pat. verweigert die Therapien nicht, lässt sich mobilisieren
- Ein aktives Ziehen der nasogastralen Sonde muss als Willensäußerung interpretiert werden, sie darf dann nicht erneut gelegt werden.

G.E., geb. 1934

Motivation der Angehörigen ökonomisch?



- 72-jähriger Metzger
- Kleinhirnblutung → OP
- Beatmung, PEG-Anlage
- Entwöhnung von der Beatmung, Pat. massiv verlangsamt, befolgt z. T. Aufforderungen, kann eigenen Willen nicht äußern, Sondenernährung
- Entlassungsplanung nach drei Monaten Rehabilitation
- Angehörige zeigen nach Beratung durch den Sozialdienst über Pflegeheimmöglichkeiten und –kosten plötzlich Pat.-Verfügung und wünschen Einstellung der Ernährung

Mutmaßlicher Patienten-Wille? Lukas M.

- 37-jähriger Pat., Mountainbike-Fahrer, SAB und intracerebrale Blutung am 08.12.15, Hemikraniektomie
- Bei Verlegung beatmet, komatös, MRSA Besiedelung
- Im Verlauf Pat. wach, schwere Tetraspastik, nicht kontaktfähig, Hydrocephalus → Shunt
- Keine Pat.-Verfügung, lebt alleine, engste Angehörige sind die Eltern
- Ethik-Konsil am 09.03.2016 auf Wunsch der Eltern (gesetzliche Betreuer) mit der Frage der Therapieeinstellung



Ethik-Konsil – Lukas M.



Aktueller klinischer Zustand

- Trachealkanüle ohne Beatmung
- Tetraspastik mit zunehmenden Kontrakturen
- Ernährung über PEG
- Fraglich kontaktfähig
- Prognose: schwere Behinderung, Kontaktfähigkeit scheint möglich

Mutmaßlicher Pat.-Wille

- „...so würde ich nicht liegen wollen ..“ beim Besuch eines Freundes
- Keine eindeutigen Aussagen gegenüber den Eltern gemacht

Lukas als Mensch – Beschreibung der Eltern

- Offen, tolerant
- Nie intrigant
- Bescheiden
- Großzügig
- Kritisch, analytisch
- Wissbegierig
- Guter Rechner
- Hervorragender Orientierungssinn
- Liebevoller Zuhörer
- Es ist ein Glück, ihn als Freund haben zu dürfen.



Ethik-Votum – Lukas M.



- Prognose nach drei Monaten noch nicht abschließend einschätzbar
- Pat. scheint auf Besuch der Angehörigen und der Klinikseelsorge positiv zu reagieren, wirkt dann entspannter
- Mutmaßlicher Pat.-Wille nicht eindeutig

Einstimmiges Ethik-Votum, dass die Therapie zunächst fortgesetzt werden soll. Grundlagen für eine Therapieeinstellung sind nicht gegeben.

Mutmaßlicher Patienten-Wille ? T. C.

- 30-jährige Frau mit fulminanter Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose nach der Geburt des Kindes am 07.11.2016, Reanimation → hypoxischer Hirnschaden mit Tetraspastik, nicht kontaktfähig
- Frührehabilitation seit 26.11.2016, seit 28.03.2017 in Braunfels
- Bei zunehmender schwerer Tetraspastik mit Kontrakturen Implantation einer Baclofen-Pumpe am 06.04.2017, im Verlauf bei scheinbar starken Schmerzen auch mit Morphin befüllt
- Pat. anhaltend nicht kontaktfähig, tachykard



Ethik-Konsil – T. C.



Aktueller klinischer Zustand am 26.06.2017

- Keine Beatmung
- Massive Tetraspastik mit Kontrakturen trotz Baclofen- und Morphin-Pumpe
- Ernährung über PEG
- Nicht kontaktfähig
- Scheint durch alle therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen „gestresst“ (tachykard, Beugekontrakturen nehmen zu, Tachypnoe)

Mutmaßlicher Pat.-Wille

- Laut Ehemann in der Vergangenheit eindeutige Aussagen, dass die Pat. in einem solchen Zustand nicht weiterleben wolle.

Ethik-Votum – T. C.

- Prognose nach sieben Monaten negativ, aus ärztlicher Sicht sind alle therapeutischen Maßnahmen ausgeschöpft und keine Besserung zu erwarten
- Mutmaßlicher Pat.-Wille in der Vergangenheit eindeutig formuliert, Pat. ist Medizinerin

Einstimmiges Ethik-Votum, dass die Fortsetzung der Therapie nicht dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Die Therapie sollte eingestellt werden.

Ehemann als Betreuer möchte die Ernährung fortsetzen, Pat. wird in die Phase F (Pflegeeinrichtung) verlegt.



Mutmaßlicher Patientenwille ? Medizinische Indikation?

- 87-jährige Patientin, Vollbild der Demenz, seit 7,5 Jahren im Pflegeheim mit Hemiplegie links → PEG-Sonde wird porös
- Es existiert keine Patientenverfügung
- Das Pflegeheim verlangt die Erneuerung der PEG im Rahmen eines KH-Aufenthaltes.
- Den drei Kindern ist der mutmaßliche Patientenwille klar: keine erneute PEG-Sonde!
- Im schwierigen Konsens unter Hinzuziehung des Hausarztes, der den mutmaßlichen Pat.-Willen bestätigt, wird die Ernährung eingestellt.



Passive Sterbehilfe



- Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder deren Beendigung, weil
 - Keine medizinische Indikation besteht oder
 - Der Patient die Maßnahmen ablehnt
 - Selbst bekundeter Wille aktuell
 - Patientenverfügung
 - Mutmaßlicher Patientenwille
 - Vorsorgebevollmächtigte/er
- Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten

Eid des Hippokrates (460 bis 370 v. Chr.)

- Grundlegende Formulierung Ärztlicher Ethik
- Gebot, Kranken nicht zu schaden, Schweigepflicht, Verbot sexueller Handlungen an Pat., Verbot des Schwangerschaftsabbruchs und der aktiven Sterbehilfe
- „...auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten...“



Anfrage eines Pflegeheims



- 88-jähriger Bewohner, geistig bisher sehr rege, in den letzten Monaten geistiger Abbau, keine Pat.-Verfügung
- Verweigert das Essen
- Im Gespräch mit Angehörigen, die nicht die Betreuung innehaben, wird entschieden, den Wunsch des Pat. zu respektieren und keine Ernährung zu geben
- Zwei Tage später verlangt der Bewohner nach einem Stück Kuchen
- Sohn wiederum verlangt von der Einrichtung, die Entscheidung des „Nichtessens“ weiter durchzusetzen

Lebenswertes Leben

„Wer ein *WARUM* zum Leben hat,
erträgt fast jedes *WIE*!“

Friedrich Nietzsche, 1844-1900

„Leben lässt sich nicht bewerten,
ohne das Leben entwertet wird.“

Wolfgang Pfreundschuh, geb. 1946





**Vielen herzlichen
Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Prof. Dr. Ingrid H. Sünkeler
Stellv. Ärztliche Direktorin

Hubertusstraße 3-7
35619 Braunfels
i.suenkeler@bdh-klinik-braunfels.de