



Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik
Medizinische Fakultät / Universitätsspital Basel
Leitung: Prof. Dr. Stella Reiter-Theil



Ethik im Gesundheitswesen – in Zeiten knapper Budgets

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil
s.reiter-theil@unibas.ch

Unsere Website:
<http://mdethik.unibas.ch>

Kostendruck und Gerechtigkeitsgefühl

Eine immer älter werdende Bevölkerung und steigende Ansprüche an die Medizin lassen die Mittel im Gesundheitswesen zusehends knapp werden. Auf welche Leistungen können wir verzichten?

Von Ori Schipper

Die Zeichen stehen auf Sturm. Auf dem Spiel steht nichts Geringeres als die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Besorgniserregend sind zum Beispiel die Hochrechnungen von Hélène Jacard Rusdin vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. An einer von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) organisierten Tagung mit dem Titel «Medizin für wen?» hat sie kürzlich dargelegt, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und der durchschnittlichen Lebenserwartung, die immer weiter ansteigen scheint, in zwanzig Jahren zwei Millionen Pensionierte in der Schweiz leben werden, fast doppelt so viele wie heute.

Letztlich tastet die Rationierung medizinischer Leistungen die Grundrechte eines Menschen an. Die Bundesverfassung hält nicht nur das Recht auf Leben fest, sie garantiert auch die Gleichheit der Behandlung, indem sie Diskriminierungen auf Grund von Herkunft, Alter, Geschlecht und religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen verbietet. Trotzdem ist der Ermessensspielraum von Ärztinnen und Ärzten beträchtlich, wenn sie am Krankenbett von schwerkranken Patienten beispielsweise über eine Fortsetzung oder einen Abbruch der Behandlung entscheiden müssen. Denn: «Es gibt keine Einigkeit über den Begriff der medizinischen Nutzlosigkeit», sagt Professor Stella Reiter-Theil, Leiterin des Fachbereichs Medizin- und Gesundheitsethik des Universitätsspitals Basel.

Gliederung

- Ein Fallbeispiel – Ethik
 - nicht nur im Krankenhaus, auch im Pflegeheim
- Ethische Brennpunkte und die Suche nach Kriterien
 - ❖ *zu viel – zu wenig?*
- Wie kann die Klinische Ethik helfen?
Studienergebnisse – Lösungswege
 - Unser Konzept METAP
- Fazit zum Fallbeispiel

Treffen der Bwkg

236 Krankenhäuser

368 Pflegeheime

115 Vorsorge- und
Rehabilitations-
einrichtungen

Vertreter aus anderen
Verbänden und der
Politik



Ferdinand Hodler: Valentine à l'agonie, 1915

Ethische Fragestellung:

- Aktives Vorgehen (Infusion zur Rehydrierung, Einlage einer PEG-Sonde zur Ernährung mittels Sondenkost) oder rein palliative Pflege mit Befeuchtung der Mundschleimhaut und intensiver psychosozialer Begleitung durch Angehörige und Pflegepersonal

Umfeld:

- Patientin ist **dement und nicht urteilsfähig – keine Patientenverfügung**. Auf Fragen, ob sie hospitalisiert werden oder eine künstliche Ernährung möchte, **antwortet sie ganz unterschiedlich**. Das betreuende Pflegepersonal denkt, Frau E.G. habe **keine Lebensqualität und leide dauernd**; die Körperpflege sei jedes Mal eine **Qual für sie**.
- Die allein stehende Tochter der Patientin hängt sehr an ihrer Mutter, besucht sie täglich und ist **überzeugt** davon, dass die **Mutter** in urteilsfähigen Tagen in einer solchen Situation einer **Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung zugestimmt hätte**. Der ebenfalls allein stehende geschiedene **Sohn** hat seine einzige Tochter durch einen Jugendsuizid verloren, ist selbst **depressiv** und **möchte, dass man seine Mutter sterben lasse**. Er besucht seine Mutter nur einmal monatlich, da es ihn zu stark belastet, dieses Leid mit ansehen zu müssen.

Medizinische Grundlagen zur Urteilsbildung:

- Vor dem ‚progressive Stroke‘ bestand eine gewisse Lebensqualität. Patientin freute sich über die Besuche ihrer Tochter und genoss (selten) auch Mahlzeiten.
- Grundsätzlich besteht bei einem progressive Stroke auch bei einer 80-jährigen Patientin über lange Zeit (bis zu 2 Jahren) die **Möglichkeit einer Rückbildung** der neurologischen Symptomatik (so auch der Schluckstörung).

Was ist ethisch angemessen?

- a) PEG-Sonde; künstliche Ernährung (kE) % Flüssigkeitszufuhr, um ihr Leben zu retten – ggf. auf längere Sicht – bis wann?
- b) Infusion zur Rehydrierung (ohne kE), aber nur vorübergehend – bis wann?
- c) „Rein palliative Betreuung“ (Symptomlinderung, psychosoziale Begleitung)
 - keine künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr, d.h. die Patientin versterben lassen?
- d) Weitere Optionen?

Was wäre ethisch UNangemessen?

- a) PEG-Sonde; künstliche Ernährung (kE) % Flüssigkeitszufuhr, um ihr Leben zu retten – ggf. auf längere Sicht – bis wann?
- b) Infusion zur Rehydrierung vorübergehend – bis wann?
- c) „Rein palliative Betreuung (psychosoziale Begleitung)
 - keine künstliche Ernährung, die Patientin versterben lässt
- d) Weitere Optionen?


1. Keine Entscheidung treffen / abwarten?
2. Würfeln?
3. Transfer der Patientin (wohin)?
4. Rechtsberatung?
5. Ethische Fallbesprechung?
6. Etablierung Betreuung mit Entscheidungsbefugnis (wer)?
7. Sonstiges?

Kriterien?

- Zahlungskräftigkeit des Patienten?
- Netzwerk des Patienten?
- Aktive Angehörige?
- Sympathie?
- Mitleid?
- Seltenheitswert?
- Karrieredienlichkeit?
- ...

Ex negativo: ist das Gegenteil richtig?

- keine Patientenmerkmale
 - > Gleichheitsprinzip
- keine Eigeninteressen
 - > Unparteilichkeit
- keine Emotionen
 - > Sachlichkeit



Die Erfahrung von ethischen Schwierigkeiten am Krankenbett

Repräsentative Befragung von ÄrztInnen
in 4 europäischen Ländern:

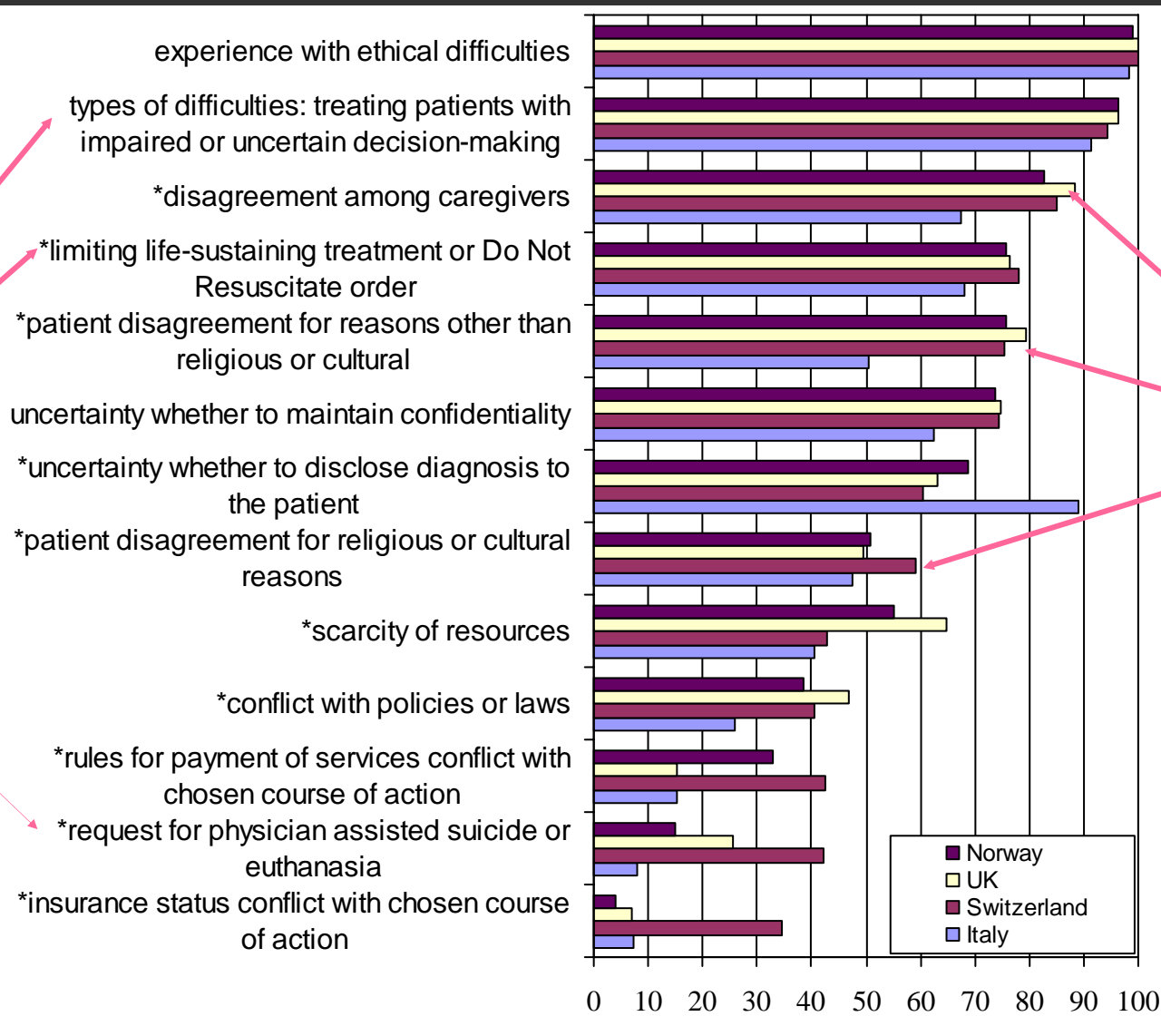
Grossbritannien, Italien, Norwegen und Schweiz

Innere Medizin / Allgemeinmedizin / Familienmedizin

Physicians'
Experiences
With Ethical
Difficulties

Black box

Physicians' Experiences With Ethical Difficulties



Drei – ethische – Brennpunkte

1. Unklarer Patientenwille
2. Entscheidungen am Lebensende
und vor allem
3. Uneinigkeit unter den Beteiligten,
zwischen Behandelnden
/ mit Patienten, aus verschiedenen
Gründen

Drei Brennpunkte?

- Keine - oder nur wenig Probleme mit begrenzten Ressourcen ???

Kontroversen ...

Konsens: Zeit wird rationiert

- Rationierung am Krankenbett
- Kommt nicht vor
- Kommt vor
 - Ist vermeidbar
 - Ist unvermeidbar
- Ist akzeptabel
- Ist nicht akzeptabel

Abhängig von

- Art der Klinik
- Privatpraxis
- Versicherungsstatus des Patienten
- Gebiet
- Region
- Etc.

DOCH: ein vierter Brennpunkt

Fairness-sensitive Fragen

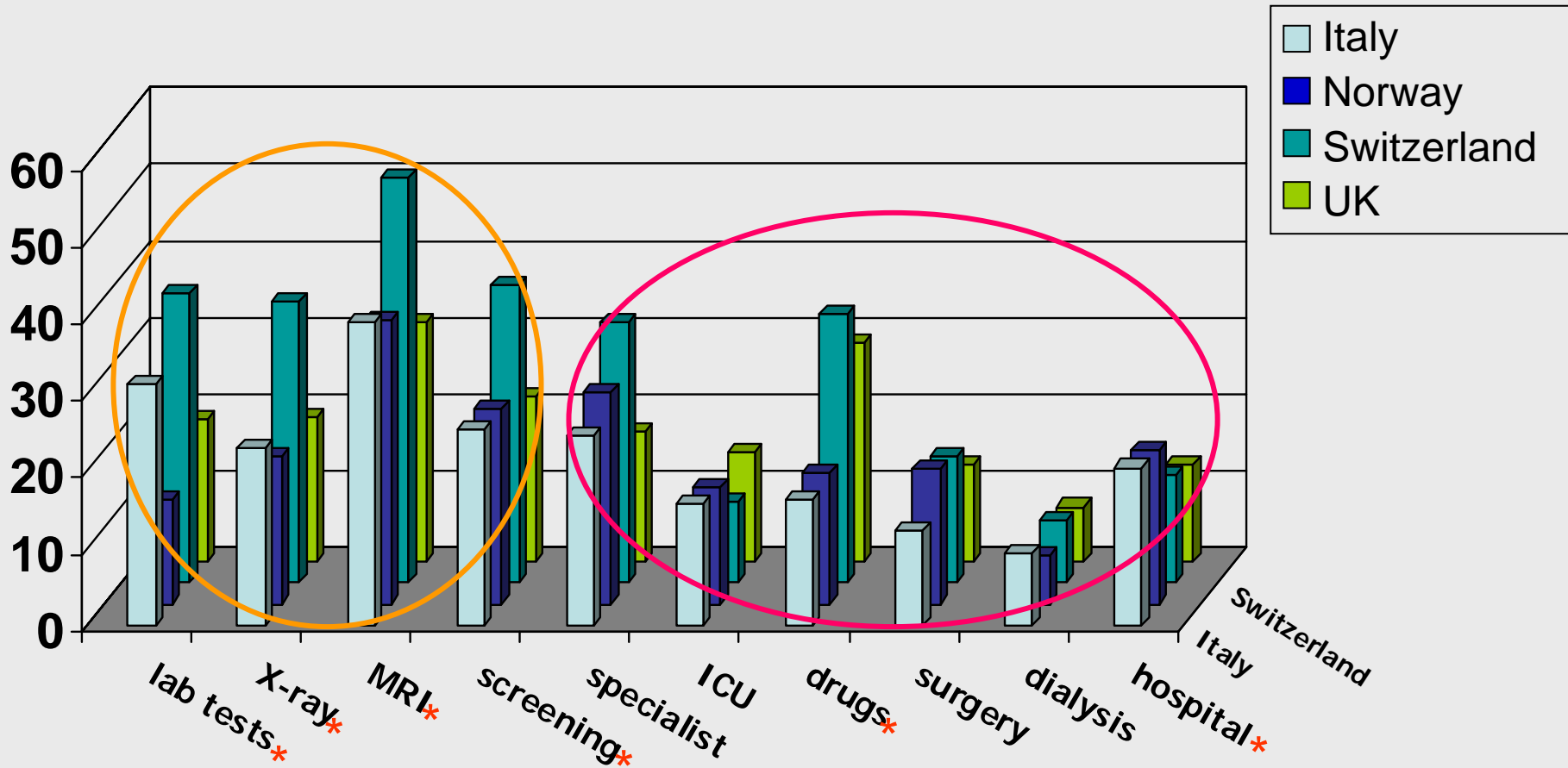
Umgehen mit begrenzten Ressourcen

- Unterversorgung – zu wenig?
- Ungleichversorgung – ungerecht?
- Sinnlose Massnahmen / „Futility“?

Rationierung am Krankenbett

- Wie oft konnten Sie in den letzten sechs Monaten die folgenden medizinischen Dienstleistungen für Ihren Patienten **nicht** bekommen, die Sie für notwendig gehalten haben (incl. nicht akzeptable Wartezeiten) ?

Rationierung von Massnahmen



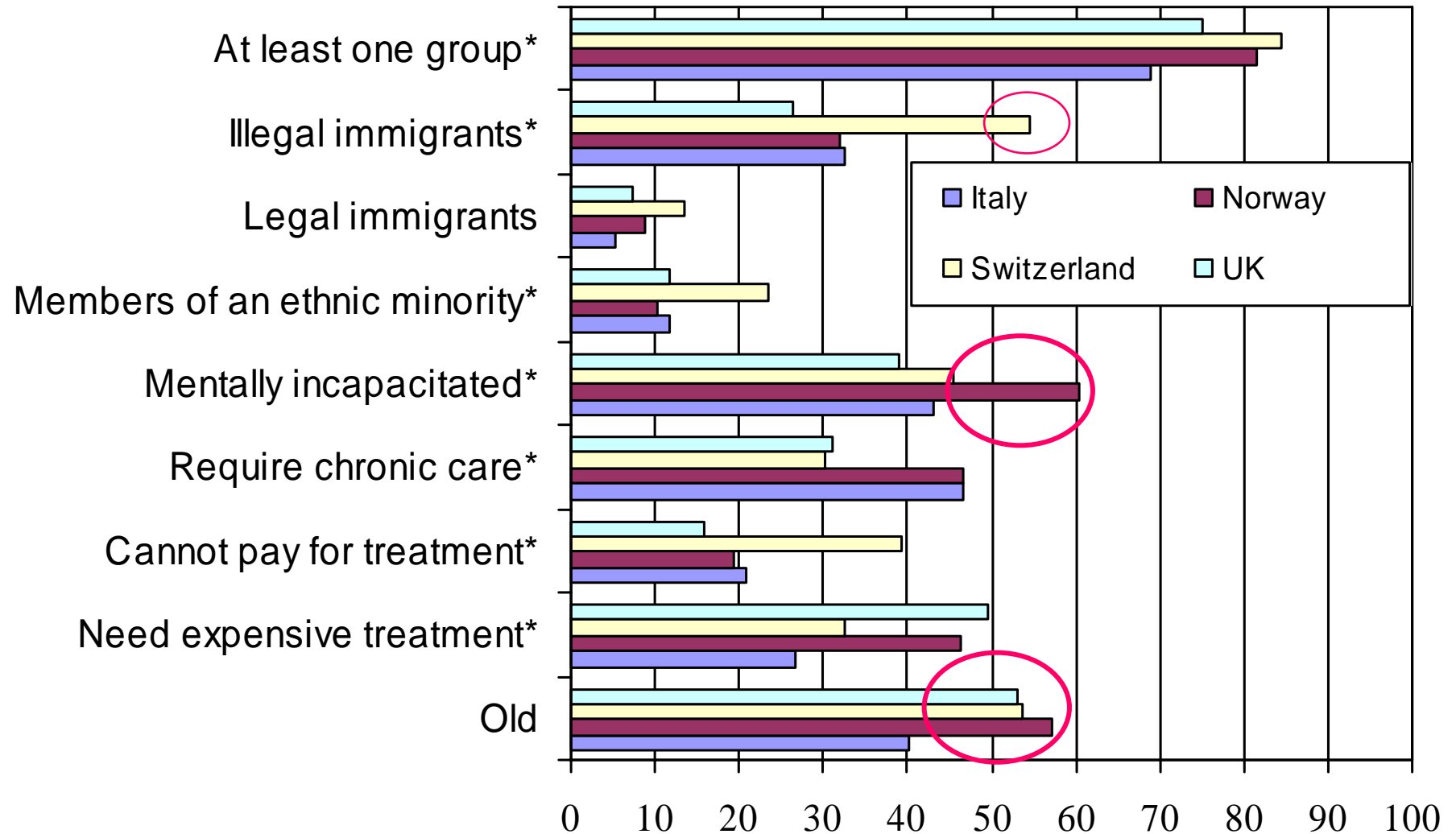
* (Pearson, $p < 0.01$)

Benachteiligung bestimmter Gruppen von Patienten

- Besteht für die folgenden Gruppen von Patienten nach Ihrer Erfahrung eine grössere Wahrscheinlichkeit - als für andere -, dass ihnen in Ihrem Gesundheitssystem hilfreiche Interventionen aus Kostengründen vorenthalten werden?

Haben nach Ihrer Erfahrung Patienten, die einer der folgenden Gruppen angehören, ein grösseres Risiko, eine hilfreiche Intervention aus Kostengründen nicht zu bekommen als Andere in Ihrem Gesundheitswesen?

*Pearson Chi-Square: $p < 0.01$



The Values at the Bedside Study

Switzerland – United Kingdom – Italy – Norway
Basel/Geneva – London/Oxford – Padova - Oslo

CH: Samia Hurst (coord.), Arnaud Perrier, Stella Reiter-Theil

UK: Anne Slowther, Elisabeth Garrett-Mayer

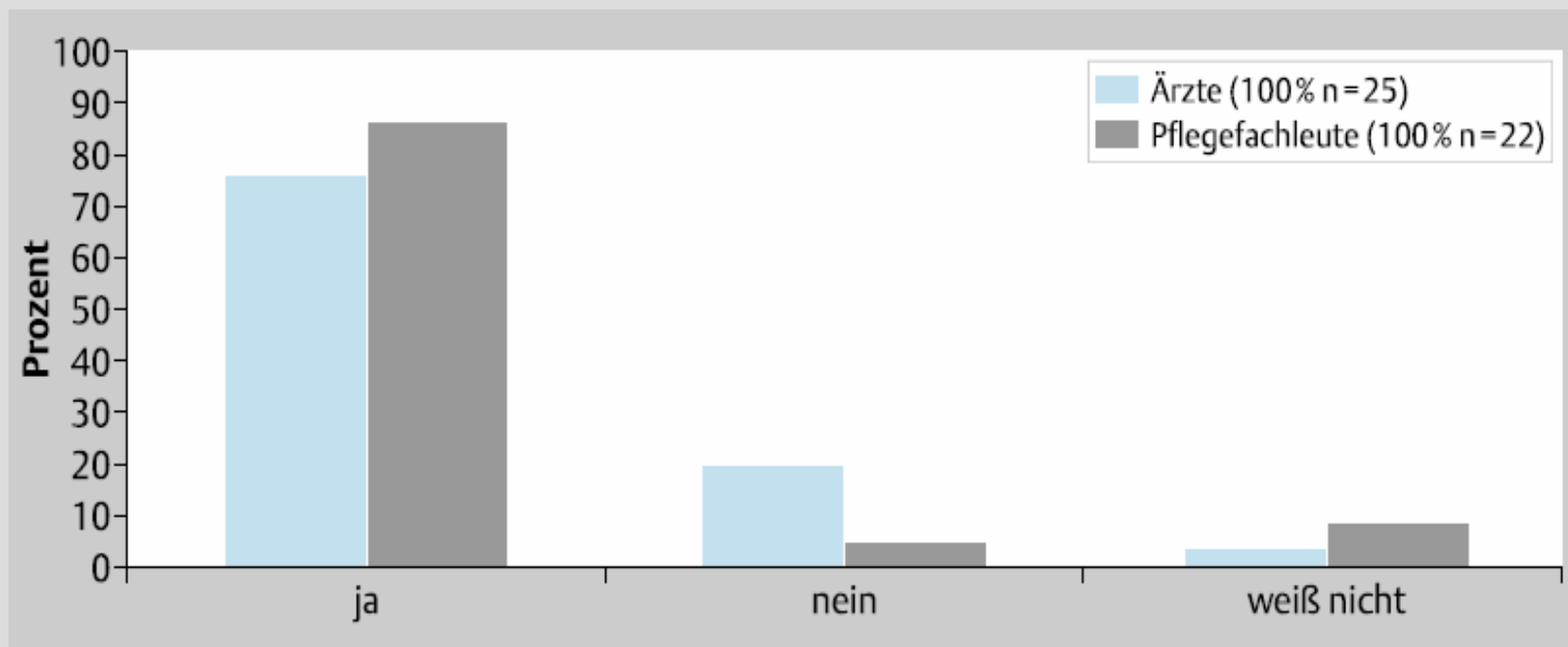
I: Renzo Pegoraro

N: Reidun Forde

USA: Marion Danis

Support: Nat. Inst. Health, Bethesda, MD, USA (etc.)

Frage: „Kennen Sie Situationen, in denen bei Patienten am Lebensende Therapieabbruch / Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?“



Relative Häufigkeiten Ja-/Nein-Antworten, n = 47 (berufsgruppenabhängig)

Projektförderung: Schweizer Nationalfonds (SNF) Nr. 3200-068649/1 und 3200-068649/2

Gründe für nicht erfolgte - sinnvolle - Therapiebegrenzung (Akut-)Geriatric / Intensivmedizin

Patienten

- Patient selber verlangt, dass „alles gemacht“ wird

Medizin

- Zeitpunkt der Entscheidung verpasst
- unvollständige Informationsgrundlage
- Therapieentscheid nutzlos oder zielführend?: Intraprofessioneller Dissens zwischen Ärzten
- interprofessioneller Dissens und unilaterale Entscheidung auf ärztlicher Seite
- Maxime: Spital behandelt kurativ und nicht palliativ
- Angst vor Unterlassung, Unsicherheit; niemand kann und will Entscheid zur Therapiebegrenzung übernehmen
- Patientenkriterien: Verlauf, Alter
- Merkmale des behandelnden Arztes: wenig oder kaum vs. viel Berufserfahrung, Ehrgeiz
- Ärzte haben Mühe, Tod zu akzeptieren
- Anderes

Angehörige

- Dissens zwischen Angehörigen und Betreuungsteam
- Angehörige verlangen ausdrücklich weitere Therapiemaßnahmen

Z.B. Medizinische Sinnlosigkeit („Futility“)

Erkennen und beantworten, aber wie?

➤ Artikulieren und validieren Sie das Problem:

1. Ist die Intervention effektiv?
2. Ist sie zum Wohl des Patienten?
3. Sind die Belastungen gerechtfertigt?
4. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz der Intervention?
5. Welche Ziele hat der Patient?
6. Beziehen Sie die Perspektiven der Betroffenen ein.
7. Sind ethische Bedenken der Betroffenen ausgeräumt?

Albisser, Pargger, Reiter-Theil (2008) Z Pallmed, 9: 67-75;

Pellegrino (2005) HEC Forum 17, 4. 585-594; NSW Dept. of Health (2005)

www.health.nsw.gov.au/policies/; Frick et al (2003) Crit Care Med 31, 2. 456-461; Anderson-

Shaw et al (2005) HEC Forum 17, 4: 294-307; Bailey (2003) Nursing Ethics 11, 1. 77-83.

„Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin

„Futility“ – Overtreatment at the End of Life? Reasons for Missed Cessations of Therapy in Geriatric and Critical Care Medicine

Autoren

H. Albisser Schleger¹, H. Pargger², S. Reiter-Theil¹

Institute

¹ Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik, Universität Basel

² Operative Intensivbehandlung, Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel

Hanse-Preis, 19. Symposium Intensivmedizin & Intensivpflege,
Bremen, 19.2.2009

Zusammenfassung

- Es sind keineswegs immer und nur Patienten oder deren Angehörige, die eine fragwürdige Therapie bevorzugen.
- Eine Quelle von Problemen kann auch beim Personal liegen ...

– Belege dafür gibt es auch in der Chirurgie >>>

Mols AM, Reiter-Theil, Oertli, Viehl (2010/im Druck) Futility: ein Begriff im chirurgischen Alltag? Der Chirurg: DOI 10.1007/s00104-010-1946-y



Geriatern werden in
Schleimwegen übertherapiert.
Mehrfach sind ihnen
nachweislich die Leistungen
kostenangemessen autorisierungs-

welle sich halt eher als bei jüngeren die
Frage, ob eine Behandlung noch sinnvoll
ist. Und Sprachbarrieren könnten bei-
spielsweise dazu führen, dass Kliniken immer
ungerade schlechter behandelt werden.
Trotzdem sollte das Phänomen genauer
untersucht werden, sagt Huser. Denn aus
den Studien geht klar hervor, dass zu-
mehrwertige/effizienter/geringer/behandlungen un-
gerechtfertigt sind – und gerade in der Schweiz
berichten viele Ärzte davon, dass auf sie
Druck ausgeübt werde, aus Kostengründen
auf Behandlungen zu verzichten.

In einem laufenden Projekt möchte
Huser auch herausfinden, nach welchen
Kriterien Ärzte Entscheidungen treffen –
ob sie auf ethische Werte wie Gleichheit
oder Gerechtigkeit achten und ob sie, die
das tun, tatsächlich auch gerechtere Ent-
scheidungen fällen. Diese Resultate könnten laut
Huser darauf hin, dass sich Schweizer Ärz-

Schwierige Entscheide

Das Schweizer Gesundheitswesen steht unter Spardruck. Viele Ärzte berichten, dass sie aus Kostengründen schon auf sinnvolle Eingriffe verzichten. Doch wie eine Studie am Universitätsspital Basel zeigt, werden immer wieder auch nutzlose Therapien eingeleitet.

VON ANNE-KRISTIN
BILDER GARTNER

Als eine Frau an einem
Krankenhaus
sterbend, die Ge-
wisse
Fehler müssen am
vermeiden werden
handlung zu sind
auch Nicht immer
Therapie die bewir-
acht, den Patienten
Themen können
dass starke Med
mehr helfen, was
wichtigsten über-
medizinischen. Ma-
ist allerdings schwer
wird kontrolliert die
Trotzdem: Si-
kommen immer
eine Lösung zu
Richtungsgruppe
Theil vom Fach
und Gesundheits-
Praxis der Un-
schanden führen
Interviews mit im
Ärztinnen, Ärzten

Aber nicht nur in der „High-tech-Medizin“, sondern auch im Langzeitpflegebereich und an den Schnittstellen

Albisser Schlegler H, Reiter-Theil S (2007) "Alter" und "Kosten" – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Ethik Med 19,2: 103-119

Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2010/im Druck) Ethische Fragen in der Geriatrie (1) ... und wo kein Wille mehr ist ... GERIATRIE PRAXIS www.medien-medizin.ch

Reiter-Theil S (2006) Der Ethik-Fall. Kommentar zum Fall "Beenden Sie endlich die quälende künstliche Ernährung!" PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin 11, 15. März 2006, 413-418


Perspektiven

- Patient / Patientin
- Arzt / Ärztin, andere Fachleute
- Team / Kooperation der Berufsgruppen
- Partner/in, Familie / Angehörige des Patienten
- **Institutioneller Kontext** ←
- Gesundheitswesen - Medizin als Teil der Gesellschaft - Kostenträger
- ... Generationen?

Perspektiven

- Patient / Patientin
- Arzt / Ärztin, andere Fachleute
- Team / Kooperation der Berufsgruppen
- Partner/in, Familie / Angehörige des Patienten
- ★ **Institutioneller Kontext**
 - **gerechte Lösungen suchen:**
systematischer Perspektivenwechsel
 - **Unvoreingenommenheit**
 - **Gesundheitswesen**
Gesellschaft - Kostenträger
 - ... Generationen?

Ethische Prinzipien

- Respekt vor der Autonomie
- Vermeidung von Schaden
- Hilfeleistung
- Gerechtigkeit / Fairness 

Beauchamp & Childress 1994 ff

Gerechtigkeit als Fairness (J. Rawls)

- Soziale Güter und Belastungen sollen so verteilt werden, dass die Position der am schlechtesten Gestellten optimiert wird.
- Beurteilungen und Entscheidungen sollen unparteiisch getroffen werden („Veil of ignorance“ / Schleier der Unwissenheit).
 - Partikulare Verbindlichkeiten und Interessen sollen abgestreift, menschliche Grundbedürfnisse und Abhängigkeiten aber beachtet werden.

Gerechtigkeit als Fairness (J. Rawls)

- Dies korrespondiert mit Empathie, Solidarität oder Caritas,
 - europäische Werte mit Jahrhunderte alter Tradition und Gesetzgebung.

Z.B. Artikel 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union; Artikel 2 des Deutschen Grundgesetzes; Artikel 10, Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung: Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1), allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1) sowie Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2).

Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde auf die Anwendung von Biologie und Medizin, Artikel 2.

Unsere Philosophie

Referenz (in Kürze Online): Ethik in der Medizin, 2010, im Druck

**Klinische Ethik als Partnerschaft –
oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann.**

Stella Reiter-Theil (1), Marcel Mertz (1), Heidi Albisser Schleger (1), Barbara Meyer-Zehnder (1; 3), Reto W. Kressig (2) Hans Pargger (3)

METAP

PATIENTENGERECHTE VERSORGUNG

Ein Handbuch für ethische Problemanalyse und Lösungsstrategien
Leporello / Kurzfassung von: Heidi Albisser Schlegler,
Marcel Mertz, Barbara Meyer-Zehnder, Stella Reiter-Theil
[Stand: Februar 2010]

Das Layout und der Druck dieses Leporellos wurden durch die finanzielle Unterstützung folgender Institutionen ermöglicht: Schweizerischer Nationalfonds Nr. 310090, 113724 und 320839, 109129; Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung; Dag. Schickelsee; Universitätsklinik Basel; Kantonalbank; Universitätsrat Basel; Stiftung; Evline Pischmann-Meier, Basel.

...NIEB, UNTER- ODER UNGLEICHVERSORGUNG
...geben helfen Hinweise, dass die Zugehörigkeit zu bestimmen
...einander sein kann. Auch institutionelle oder politische
...entscheiden am Krankenbett führen.
...ende zusammen

- ...ng oder Ungleichverteilung
- ...ethaspezifische Indikatoren
- ...Demografische Merkmale
- ...Migrationshintergrund
- ...Hohes Pflegevermögen
- ...Unfallrisiko
- ...Psychische Erkrankung
- ...Demenz
- ...Familiäre Erkrankung

...führen können

...NG
...nach dem gegenwärtigen Wissensstand
...che, pflegerische oder therapeutische
...versorgung können folgende sieben Fragen
...g der sieben Fragen mit „Ja“ beantwortet
...zu einer ethischen Fallbesprechung geklärt

...und ethisch sein

...ethisch oder ethischen Belangen oder
...rechtlich sein

...in der Praxis auch der Fall ist

...kann von ethischen Belangen abgesehen

...gegründeten Entscheidungen

...entscheidend sein

ETHISCHE PROBLEME (STUFEN 1 UND 2)

...er Hilfe?
...Wille auf Grund selbständiger Willen
...Die Patientenwille ergangt erhaben?
...den Verantwortlichen werden?

...Weniger auf Überzeugung
...Wird die Maßnahme dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nach ethisch sein?
...Lassen sich die durch die Intervention erwarteten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, wenn der therapeutische Ziel erreicht wird?
...Verhalten sich die Patienten mit der Intervention?
...Angewandten der Behandlung erlangt einen Effekt?
...Wahrscheinlichkeit, dass die Daten korrekt, die dem Patienten besonders wichtig sind, z.B. Überlebensfähigkeit von Interventionen, Maßnahme?

- ...Personen in ihrer Umgebung
- ...Familiäre Lebensweise
- ...Medizinische Sachverhalte
- ...Ethische Überzeugungen
- ...Kulturelle Unterschiede
- ...Abgrenzung
- ...Demografische Merkmale
- ...Migrationshintergrund
- ...Hohes Pflegevermögen
- ...Unfallrisiko
- ...Psychische Erkrankung
- ...Demenz
- ...Familiäre Erkrankung

...angewandten Maßnahmen
...und Interventionen ergebnislos
...wie sie helfen?

...Wille in Erfahrung gebracht werden

...den Sicherheit? Versteht er was, was
...versteht dabei zu tun hat, welche Belangen
...annahme? Wille er selbst übernahmen
...ethisch

...von Entscheidungsalternativen (ethisch
...verantwortlich) (Frage: Warum wollen
...in

...den verschiedenen Interventionen
...wissen was die verschiedenen Interventio
...nahmen sind in Beziehung setzen können
...verantwortlich verarbeiten und Bewer

...ig werden Einfluss nach der richtigen
...Mög. (Wie stark zu formulieren, abhängig
...von der Überzeugung des Angehörigen

...Fragesteller über zu Verfahren
...Fakt zu helfen Entscheid ist
...angemessen zu sein

...geben. So kann es angesehen

...Wille eines selbständigen Patienten
...in dieser Verantwortung

...in der Praxis ergebnislos
...wie sie helfen?

...Wille in Erfahrung gebracht werden

METAP

Ein Handbuch für die Medizinethische Entscheidungsfindung

Das Leporello und die Entscheidungsbäume sind als Hilfsmittel für die Entscheidungsfindung in ethischen Dilemmata konzipiert. Sie sind als Ergänzung zum Handbuch für die Medizinethische Entscheidungsfindung zu verstehen.



Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik
Medizinische Fakultät / Universitätsspital Basel



University Hospital
Basel

Leitung: Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

METAP

Eine auf Wissen (Evidenz) basierte Leitlinie
zur Förderung ethischer Kompetenz in der
Patientenversorgung

Langfassung + Kurzfassung

Instrumentarium für die ethische Entscheidungsfindung,
besonders bei vulnerablen Patienten

Vorgehen im Einzelfall / Schulung auf den Stationen

Ethische Fallbesprechung + Ethikkonsil

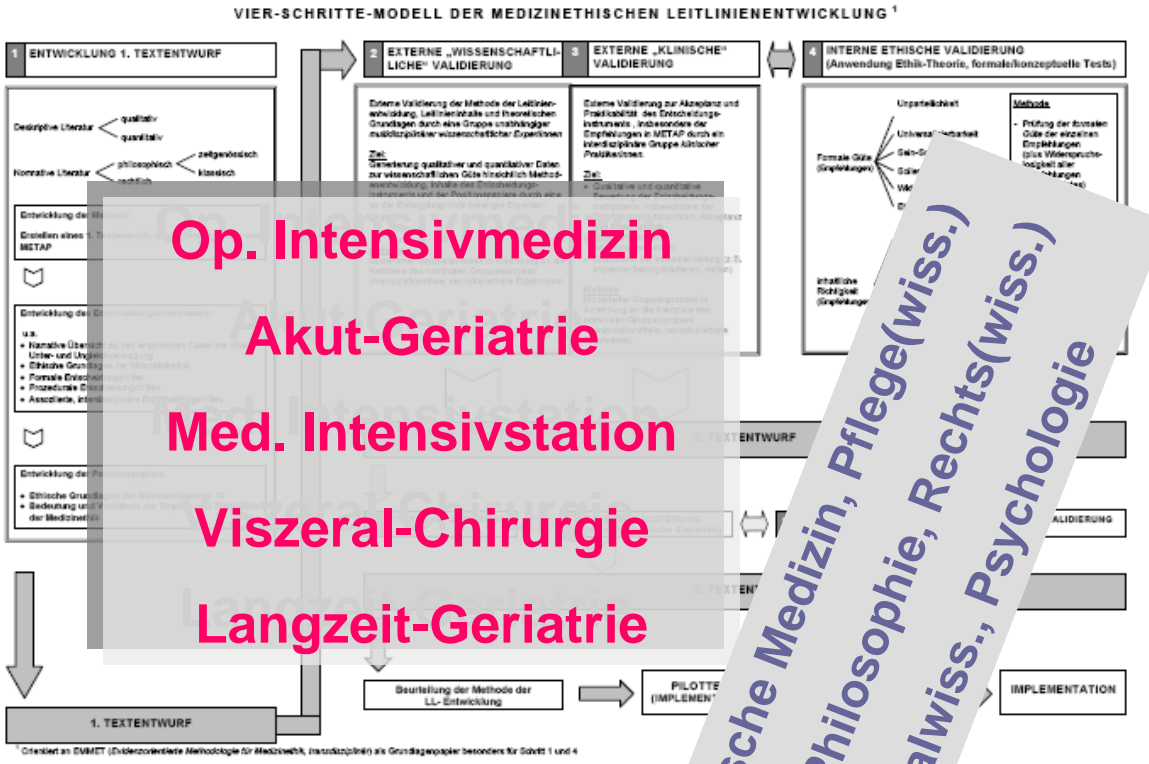
Wissenschaftliche Evaluation

Was bedeutet M E T A P?

- M - Modular *Akutmedizin – Intensivbehandlung -
Langzeitpflege – Palliativbetreuung ...*
- E - Ethisch
- T - Therapie
- A - Allokation von Ressourcen
(incl. Zeit ...)
- P - Prozess

Was bedeutet M E T A P?

- M - Modular
- E - Ethisch
- T - Therapie
- A - Allokation (incl. Zeit ...)
- P - Prozess



Was wollen wir mit METAP verbessern? – Wie / wodurch

- **Behandlung**
 - Ergebnisqualität („Produkt“)
- **Entscheiden**
 - Prozessqualität
- **Organisation der Patientenversorgung**
 - Strukturqualität

- **Wissen**
 - Handbuch / Manual / material
- **Fertigkeiten**
 - Ethische Fallbesprechung
- **Reflexion, Einstellung**
 - Grundsätzliche Probleme und Lösungen

Inhalt der Leitlinie METAP

- Empirisch
- Ethisch, normativ
- Praktische Ansätze und Instrumente

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

Empirische Grundlagen zu Unter-/Über-/Ungleichversorgung

Eth. Grundlagen - Werte, Normen, Prinzipien - und spez. Themen

Psychologische und kommunikative Grundlagen zur Entscheidungsfindung

Verfahrensregeln für Entscheidungsfindung und ethische Fallbesprechung

Relevante gesetzliche Grundlagen und offizielle Richtlinien

- Checklisten
- Empfehlungen

Abbildung 1: Vier Eskalationsstufen bei einer Therapieentscheidungssituation mit ethischen Fragen, Unsicherheiten oder Konflikten

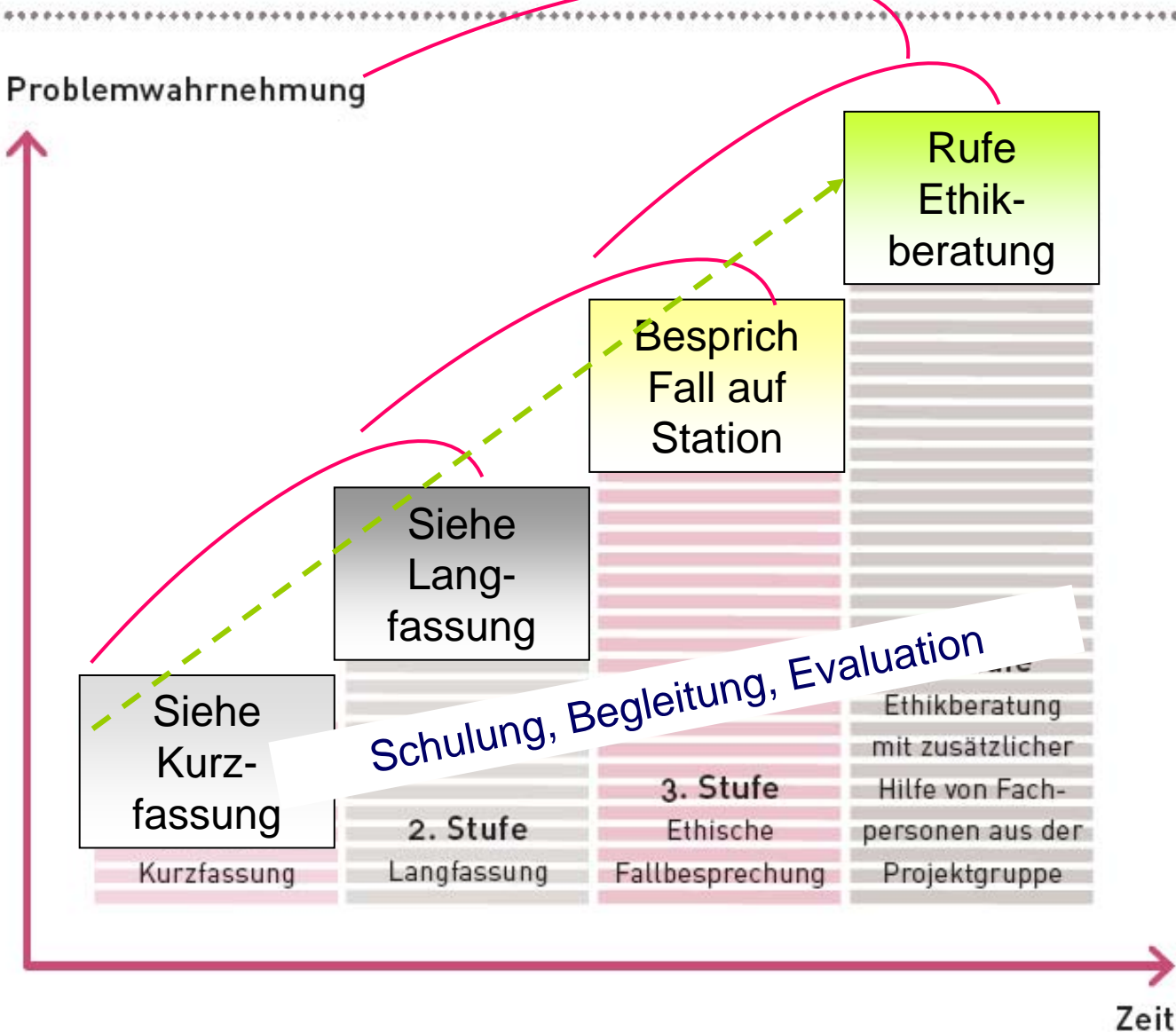
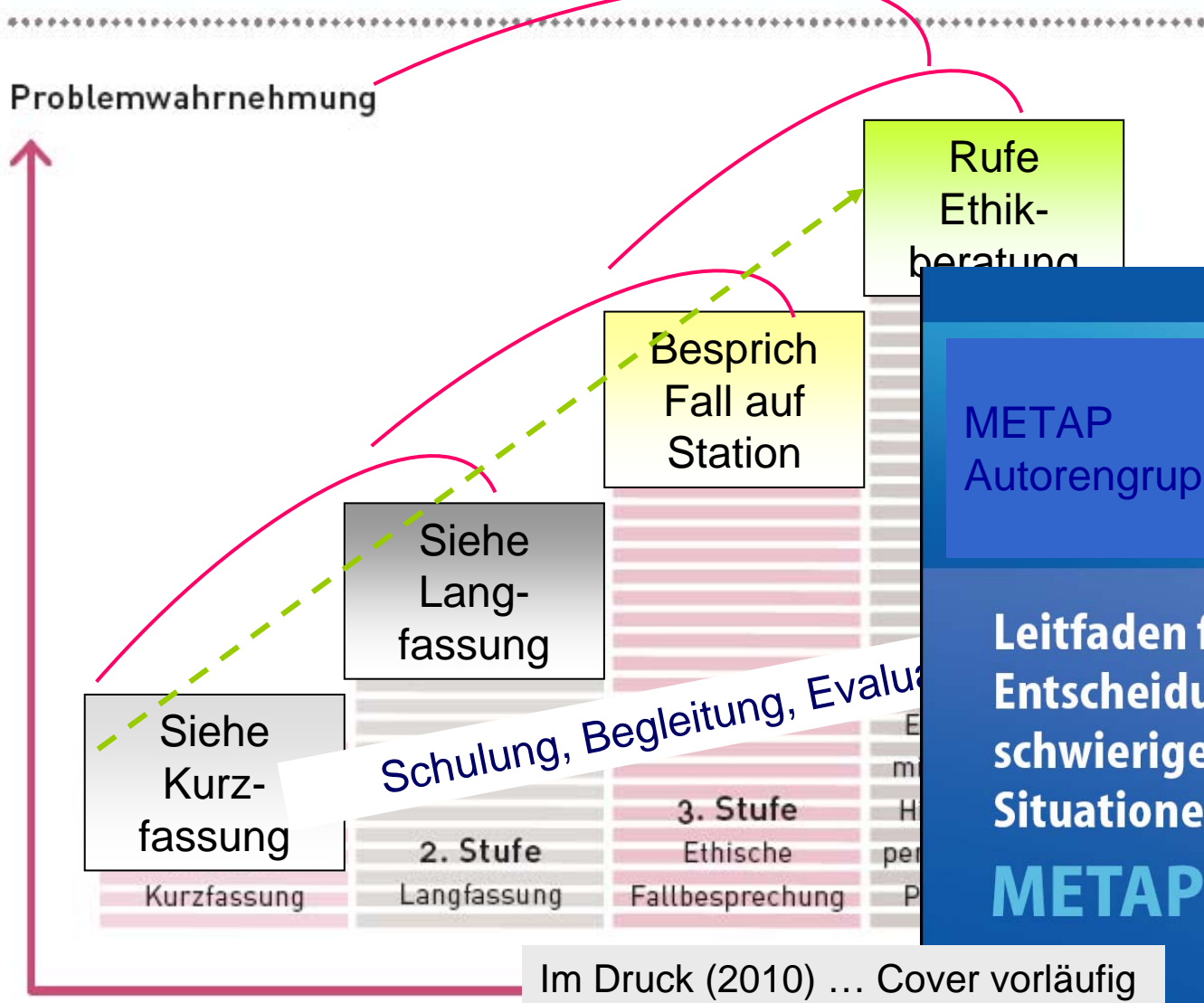


Abbildung 1: Vier Eskalationsstufen bei einer Therapieentscheidungssituation mit ethischen Fragen, Unsicherheiten oder Konflikten



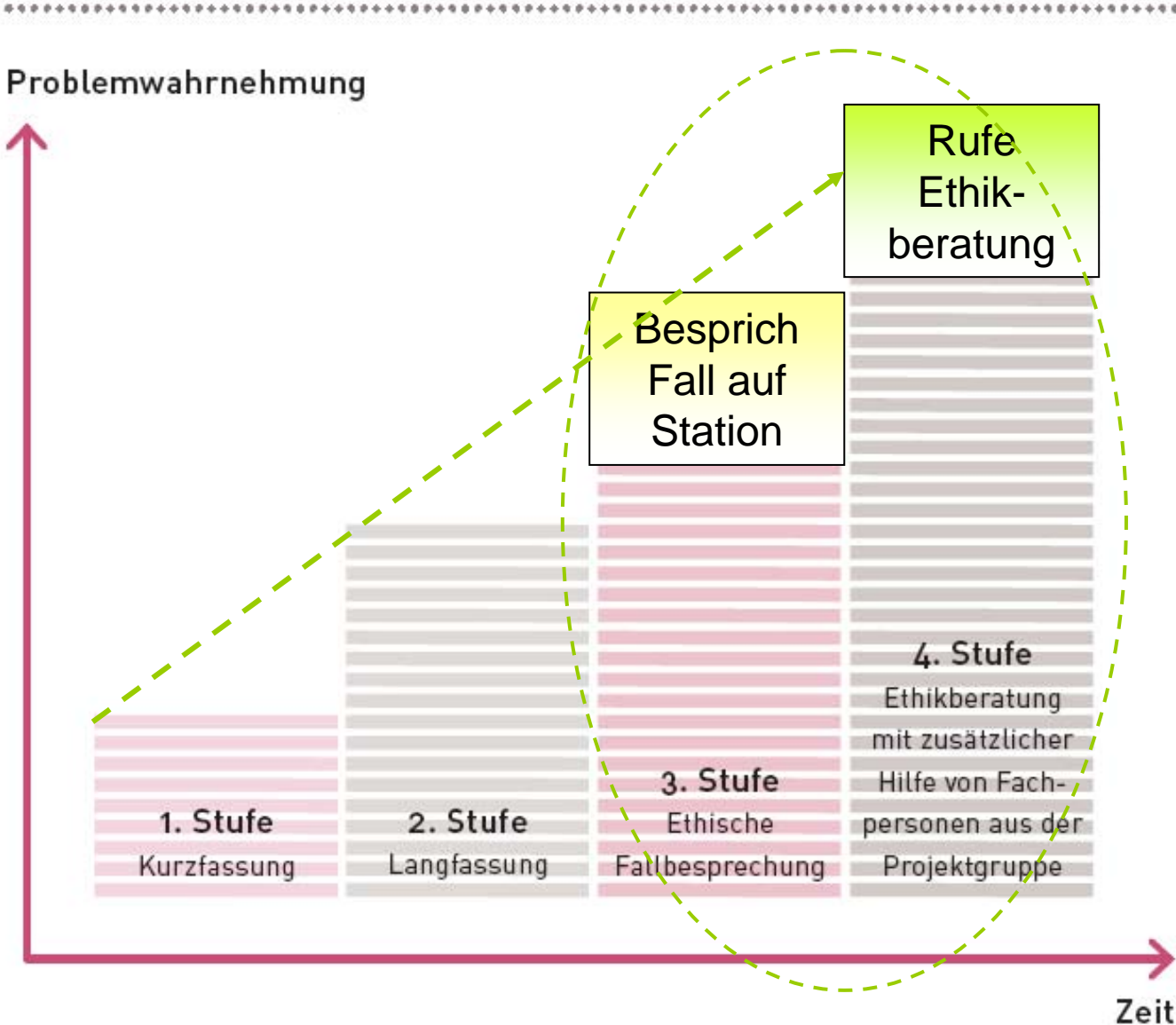
METAP
Autorengruppe

Leitfaden für ethische Entscheidungen in schwierigen klinischen Situationen –

METAP

Springer

Abbildung 1: Vier Eskalationsstufen bei einer Therapieentscheidungssituation mit ethischen Fragen, Unsicherheiten oder Konflikten



	Medizinische Informationen	v	nv	Pflegerische/therapeutische Informationen	v	nv	Prognose(?)	v	nv
Behandlung und Betreuung	Gibt es Unsicherheiten bezüglich der Diagnose?			Was sind aktuell die grössten pflegerischen Pr W W			Wie ist die kurzfristige Prognose?		
	Med. Information			Pflege/Ther. Information			Prognose (kurzfr.)		
	Wie ist der therapeutische Nutzen zu beurteilen?			Gibt es spezielle Vereinbarungen mit den Angehörigen?			Welche Erfahrungen wurden bei ähnlich gelagerten Fällen gemacht?		
	Wie gross ist das Komplikationsrisiko dieser Massnahmen?			Gibt es spezifische Informationen, über die nur Mitarbeitende der therapeutischen Disziplinen verfügen?			Welche Einschränkungen der Selbständigkeit sind zu erwarten?		
	Wie gross ist die Belastung für den Patienten?						Wie ist die zu erwartende Lebensqualität?		
Patient/Patientin	Werte/Bisheriger Lebensentwurf	v	nv	Patientenwille	v	nv			
	Pat.: Werte / Biographie			Patient: Wünsche					
	Was ist wichtig für den Patienten/Patientin?			Ist der Patient/die Patientin urteilsfähig? Ist der Patient/die Patientin mündig?					
	Wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt: Wie ist der Patient bis anhin mit seiner Krankheit umgegangen?			Gibt es eine Patientenverruggung oder vorsorgevollmacht?					
	Was ist über die Weltanschauung des/der PatientIn bekannt?			Wenn ja, wie aktuell ist sie und lässt sie sich auf die aktuelle Situation anwenden?					
Soz. Umfeld und Rahmenbedingungen	Soziales Umfeld	v	nv	Strukturelles	v	nv			
	Soziales Umfeld			Strukturelle Aspekte					
	Wie sieht das soziale Umfeld aus?			Werden mögliche Therapien in diesem Spital angedacht?					
	Bestehen besondere Probleme mit den Angehörigen?			Gibt es Hinweise, dass sich der Patientenwille in der Zwischenzeit geändert haben könnte?					
	Wie ist die Haltung der Angehörigen?			Gibt es Äusserungen zum Patientenwilen vor der aktuellen Hospitalisation?					

Risikokonstellation Unter-/Ungleichversorgung

- 71 Jahre
- Multimorbid
- Chronisch krank
- Terminal krank
- Pflegeintensiv
- Sozial schwach
- Weiblich
- Andere Ethnie
- Allein stehend

Risikokonstellation Überversorgung

- Subjektive Einschätzung
- ...
- Privatpatient
- Schwierige Therapieentscheidung

Zurück zum Beginn ... mögliche Antworten für diese Patientin ...

- a) PEG-Sonde; künstliche Ernährung (kE) % Flüssigkeitszufuhr, um ihr Leben zu retten – ggf. auf längere Sicht – bis wann?
- b) Infusion zur Rehydrierung (ohne kE), aber nur vorübergehend – bis wann?
- c) „Rein palliative Betreuung“ (Symptomlinderung, psychosoziale Begleitung)
 - keine künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr, d.h. die Patientin versterben lassen?
- d) Weitere Optionen?



Zurück zum Beginn ... mögliche Antworten für diese Patientin ...

- a) PEG-Sonde; künstliche Ernährung (kE) % Flüssigkeitszufuhr, um ihr Leben zu retten – ggf. auf längere Sicht – bis wann?
- b) Infusion zur Rehydrierung (ohne kE), aber nur vorübergehend – bis wann?
- c) „Rein palliative Betreuung“ (Symptomlinderung, psychosoziale Begleitung)
 - keine künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr, d.h. die Patientin versterben lassen?
- d) Weitere Optionen?

Begründungen für a), gegen b) und c):

Um die Patientin – bei Aussicht auf Lebenserhaltung – sterben zu lassen, braucht man (Hinweis auf) einen Patientenwillen PRO sterben lassen.

Es liegt ein Votum (Tochter) vor = mutmasslicher PW PRO Leben erhalten.

- a) PEG-Sonde; künstliche Ernährung (kE) % Flüssigkeitszufuhr, um ihr Leben zu retten – ggf. auf längere Sicht – bis wann?
- b) Infusion zur Rehydrierung (ohne kE), aber nur vorübergehend – bis wann?
- c) „Rein palliative Betreuung“ (Symptomlinderung, psychosoziale Begleitung)
 - keine künstliche Ernährung / Flüssigkeitszufuhr, d.h. die Patientin versterben lassen?

- Re-Evaluation: Überprüfen der Zielsetzung, Mittel und Wege
- Gespräche mit Kindern mit dem Ziel der Verständigung / Einigung
- Ethische Fallbesprechung / Ethikkonsil
- Etablierung einer Betreuung für künftige stellvertretende Entscheidungen



Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik
Medizinische Fakultät / Universitätsspital Basel



University Hospital
Basel

Leitung: Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

METAP

Eine auf Wissen (Evidenz) basierte Leitlinie
zur Förderung ethischer Kompetenz in der
Patientenversorgung

Dank an:

- Schweizer Nationalfonds (Projekte Nr. 3200B0-113724/1; 32003B_125122)
- Unsere klinischen Partner: AGUK, OIB, Dept. Viszeral-Chirurgie, USB
- Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung am Departement Anästhesie der Universität Basel
- Nora van Meeuwen-Haefliger Stiftung; Kaethe Zingg-Schwichtenberg Fonds
- Bangerter Stiftung
- Klinisches Panel; Internationales Wissenschaftliches Panel

METAP

Eine auf Wissen (Evidenz) basierte Leitlinie
zur Förderung ethischer Kompetenz in der
Patientenversorgung

erschient 2010



Kontakt & Bestellung Leporello:

Dr. B. Meyer-Zehnder >>>

barbara.meyer@unibas.ch

<http://medethik.unibas.ch>

