



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](mailto: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?

- Zahlungskraftigkeit 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:

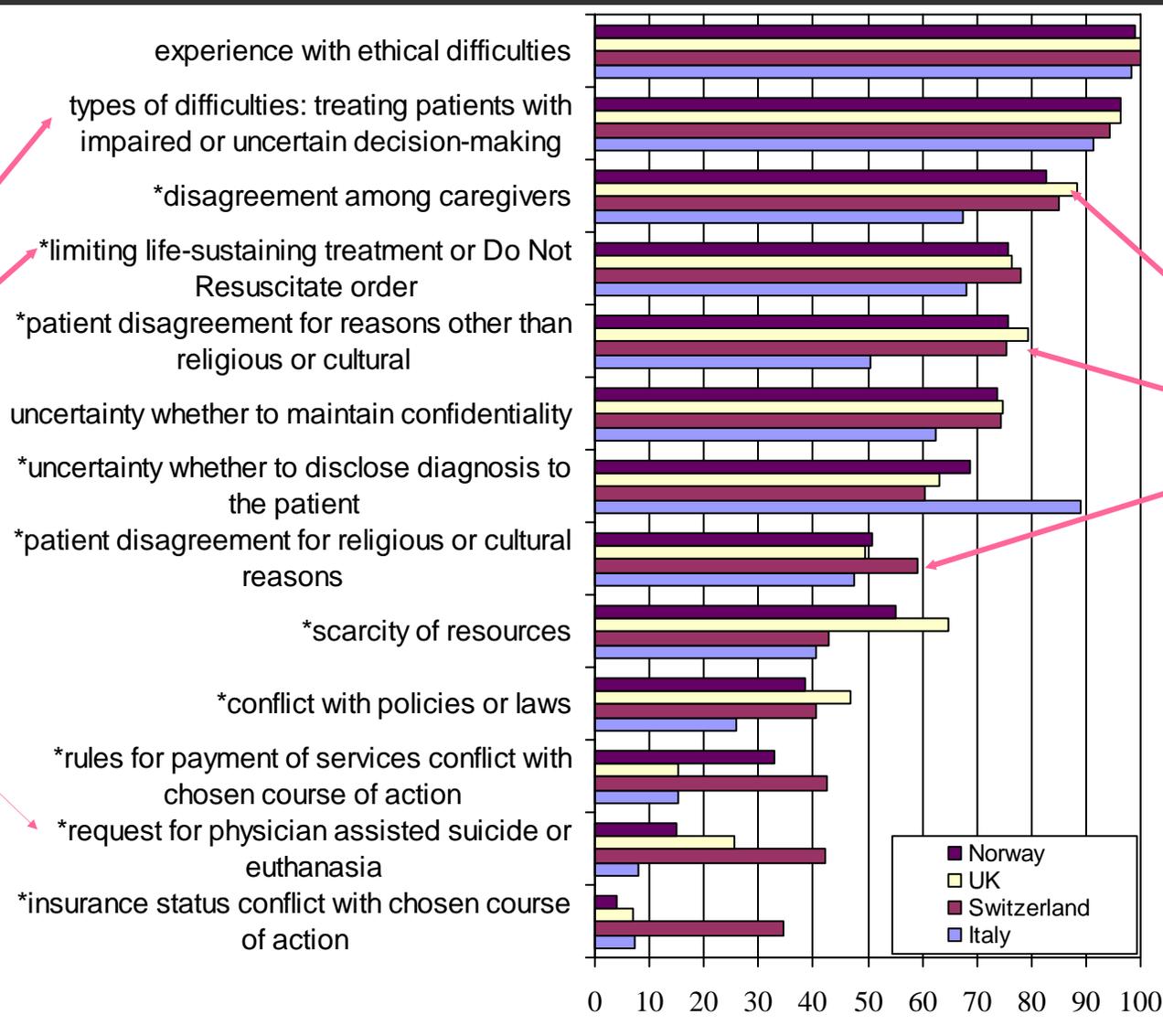
Grossbritannien, Italien, Norwegen und Schweiz

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

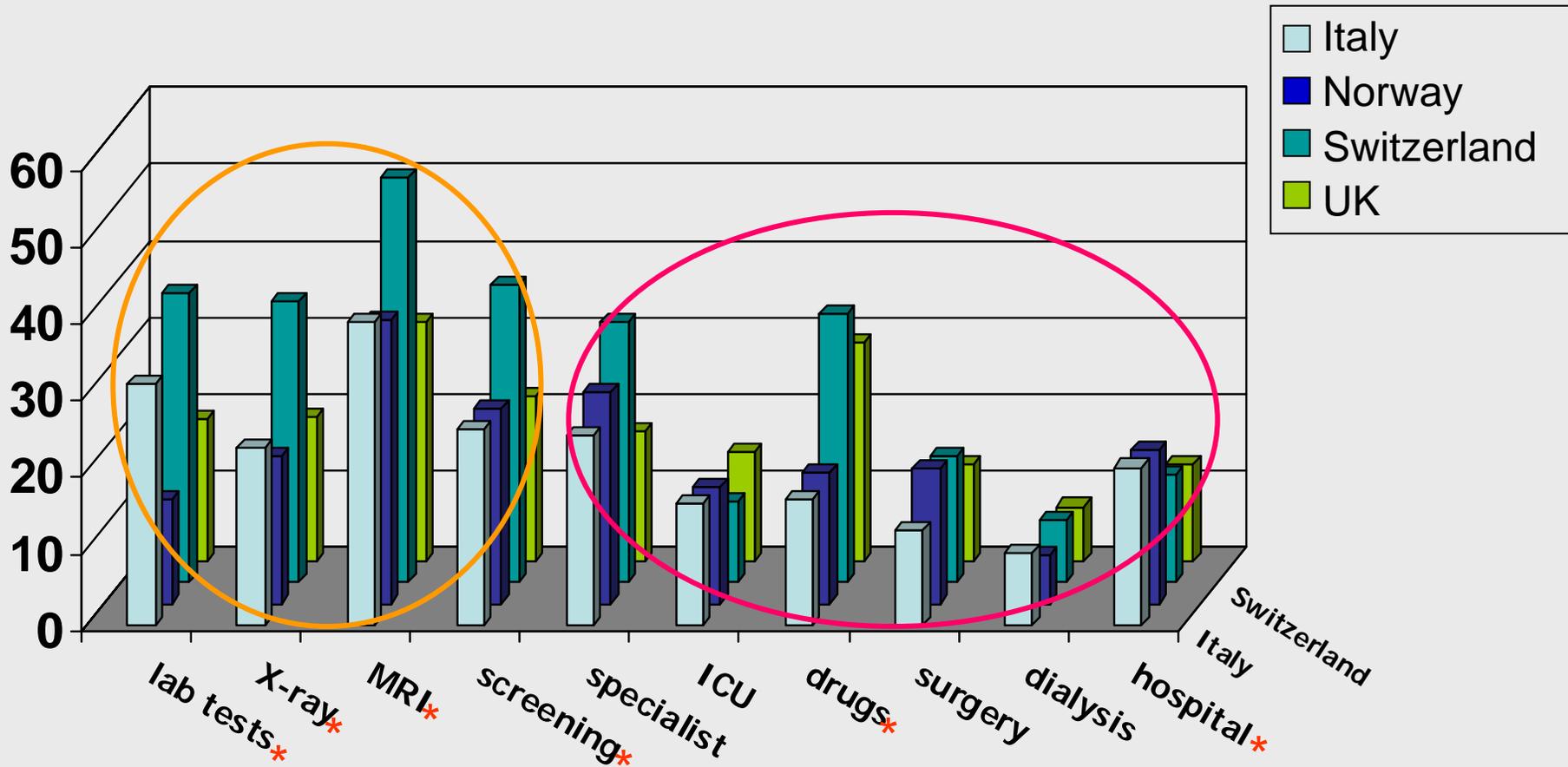
### Umgehen mit begrenzten Ressourcen

- 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



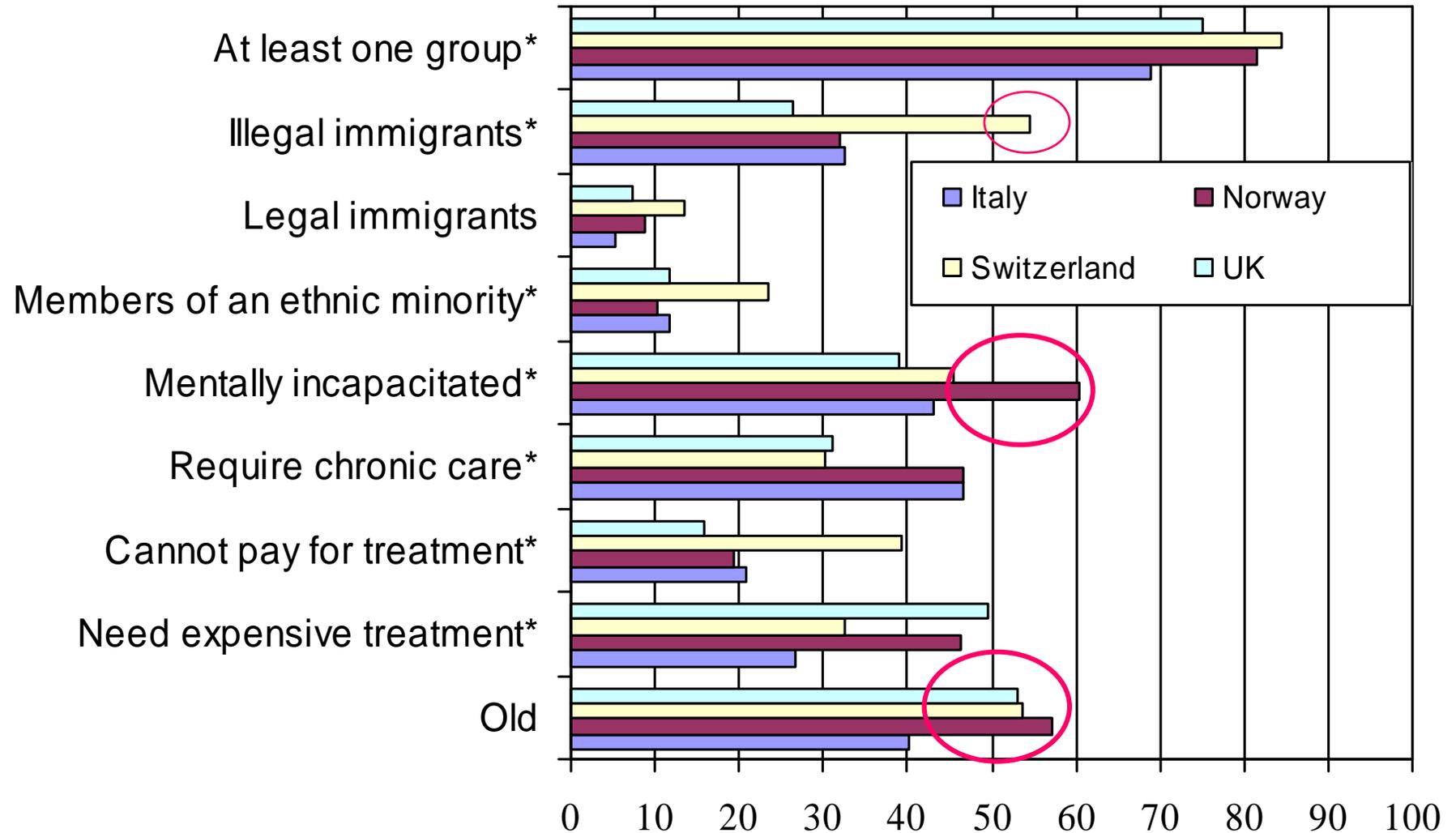
\* (Pearson,  $p < 0.01$ )

# 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

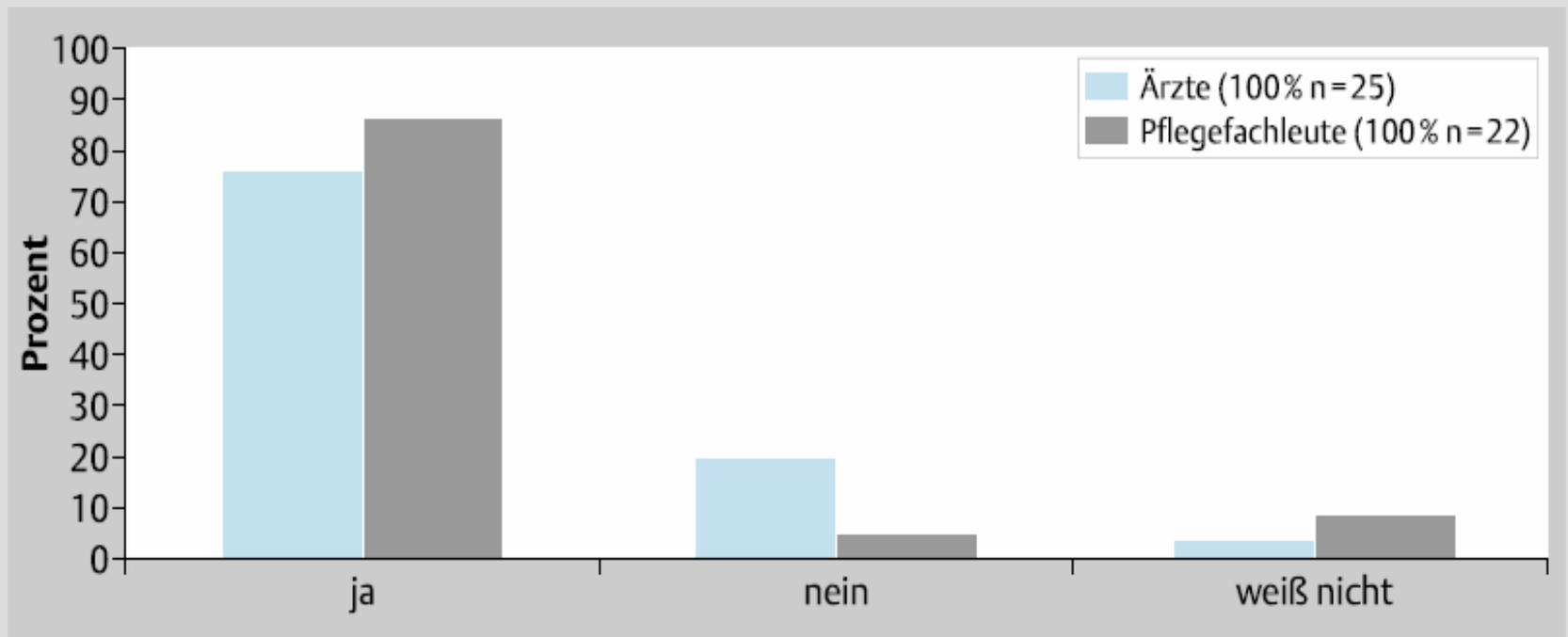
I: Renzo Pegoraro

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/](http://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 Schleger<sup>1</sup>, H. Pargger<sup>2</sup>, S. Reiter-Theil<sup>1</sup>

## Institute

<sup>1</sup> Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik, Universität Basel

<sup>2</sup> 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



Geplante werden in  
Spätkarzinom überlebens-  
fähigkeit. Die Überlebens-  
fähigkeit ist die Lebens-  
erwartung des Patienten.

Werte sich nicht über die bei jüngeren die  
Frage, ob eine Behandlung noch sinnvoll  
ist. Und Sprachbarrieren können be-  
weiskräftig darstellen, dass die Patienten

## Es gibt *Evidenz* für ...

- Unter-, Über-, und Ungleichversorgung, Rationierung am Krankenbett

**SNF Projekte Nr. 3200-068649/1, No. 3200-068649/2:** Ethik Med (2007) 19, 2:103-119; Z Pallmed (2008) 9: 67-75; Ethik Med (2010/im Druck);

**NIH Project „Values at the bedside“:** J Gen Intern Med (2006) 21:1138-1143; BMC Health Serv Res (2007) 7,137; J Med Eth (2008) 34:241-246

**DFG-Verbund-Projekte: Re 701/4-1 ff, HI 701/4-1 f:** J Clinical Oncology (2009) 27(13): 2225-2230

sowie für ...

- un(ter)strukturierte Entscheidungsprozesse

**SNF Projekte Nr. 3200-068649/1, Nr. 3200-068649/2:**

HEC Forum (2007)19, 4:338-361; Intensivmed (2007) 44,7:429-437.

**DFG-Verbund-Projekte: Re 701/4-1 ff, HI 701/4-1 f:**

Med, Health Care, Philos (2004) 7:17-29; Pediatrics (2006) 118:563-569; DGIM 2007; Med, Health Care, Philos (2008) 11,1:7-16.



Geriaternach werden in  
Schleierweil übertherapie.  
Mehrfach sind in  
nachdem die letzten  
Kostengründen autoritative.

Welle sich halt eher als bei jüngeren die  
Frage, ob eine Behandlung noch sinnvoll  
ist. Und Spezialisten könnten be-  
spielsweise durchfragen, ob ein Patient  
tatsächlich schlechter therapiert werden  
würde. Trotzdem sollte das Phänomen genauer  
untersucht werden, sagt Hurn. Denn aus  
den Studien geht klar hervor, dass zu-  
mehrwertig/effizient/geringer/behandlungen un-  
gerecht seien – 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  
Hurn 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  
Hurn 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

**A**ls eine Frau an einem  
Krankenhaus  
sterbend, die Ge-  
ne  
Fehler müssen am  
vermeiden werden  
Handlung zu finden  
auch. Nicht immer  
Therapie die bewir-  
klich, den Patienten  
Themen können  
dass starke Med  
mehr helfen, was  
wichtigsten über-  
medizinischen. Ma-  
ist allerdings schwer  
wird kontinuierlich  
Trotzdem: Si-  
kommen immer  
eine Lösung zu  
Richtungsgruppe  
Teil vom Fach  
und Gesundheits-  
Rückblick 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](http://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 / Medizin / Therapie
  - 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)





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

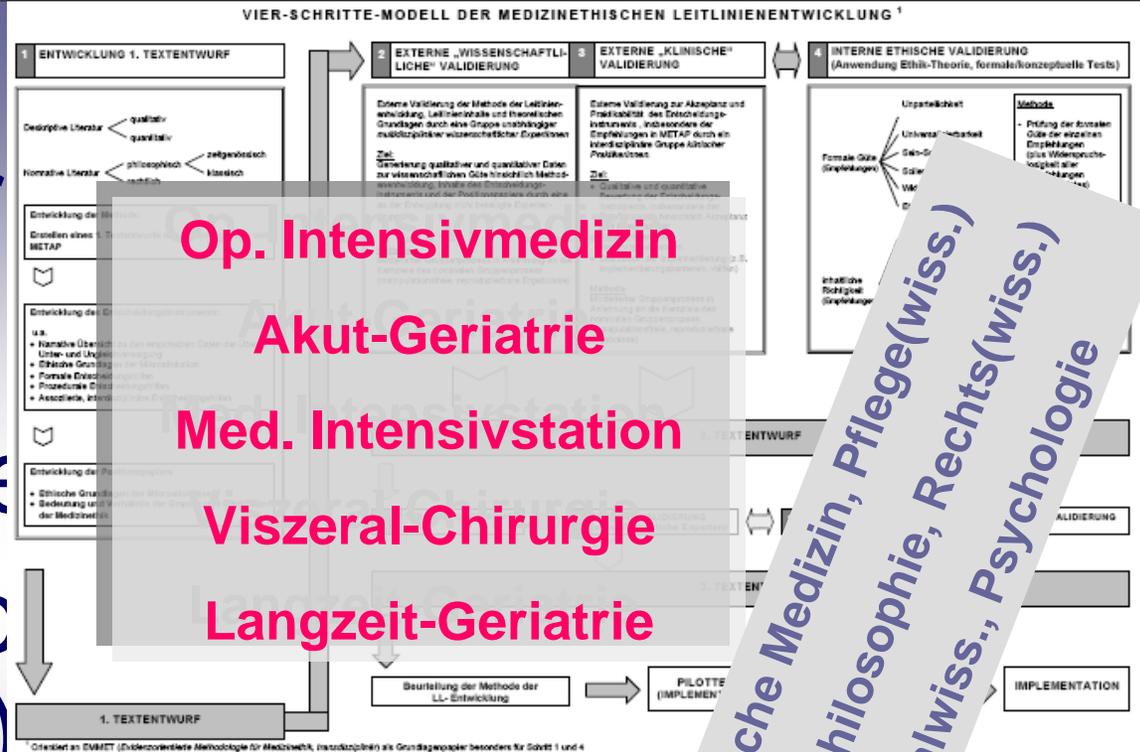
- T - Therapie

- 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



Op. Intensivmedizin  
Akut-Geriatrie  
Med. Intensivstation  
Viszeral-Chirurgie  
Langzeit-Geriatrie

Klinische Medizin, Pflege(wiss.)  
Ethik, Philosophie, Rechts(wiss.)  
Sozialwiss., Psychologie

# 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

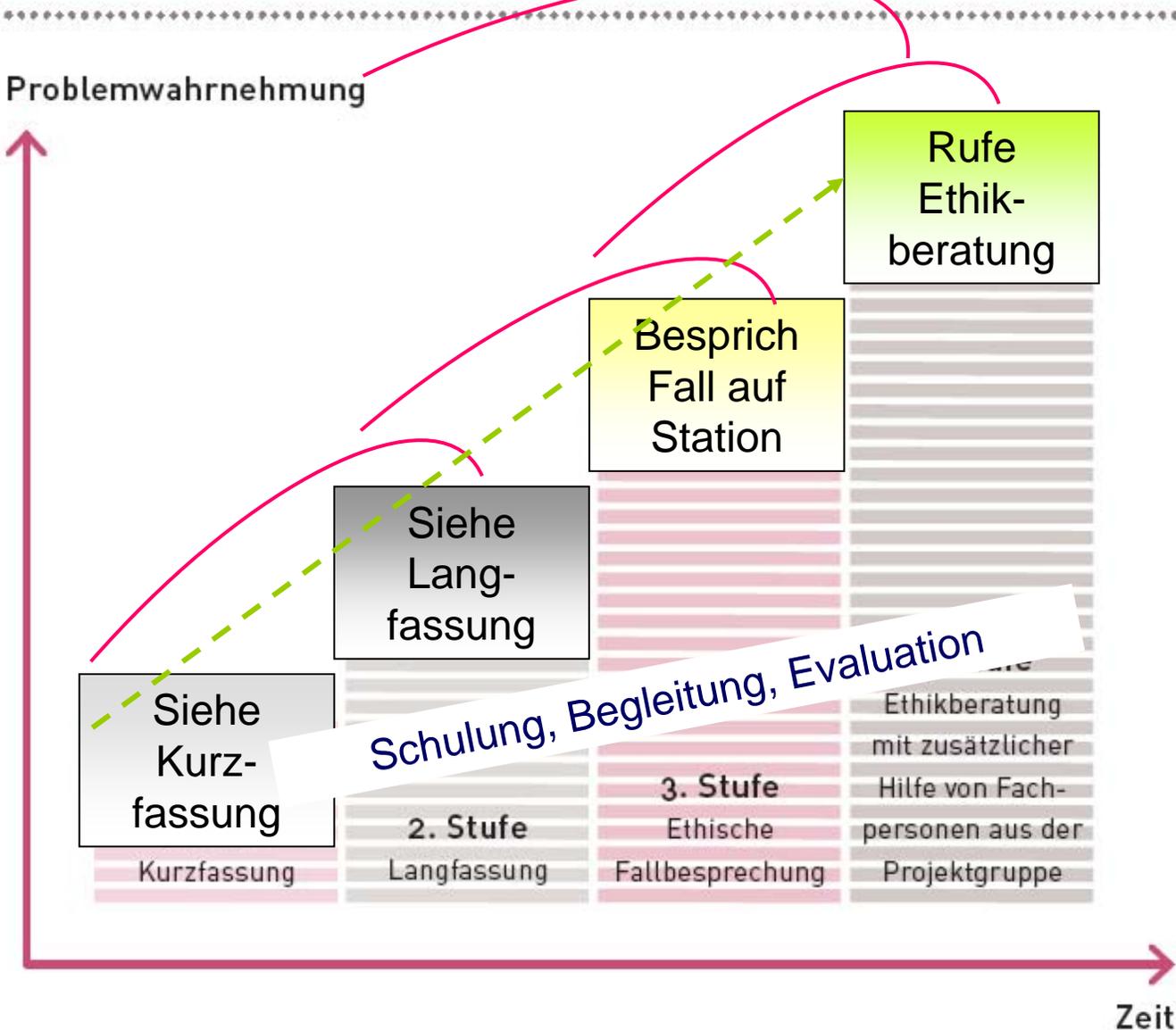
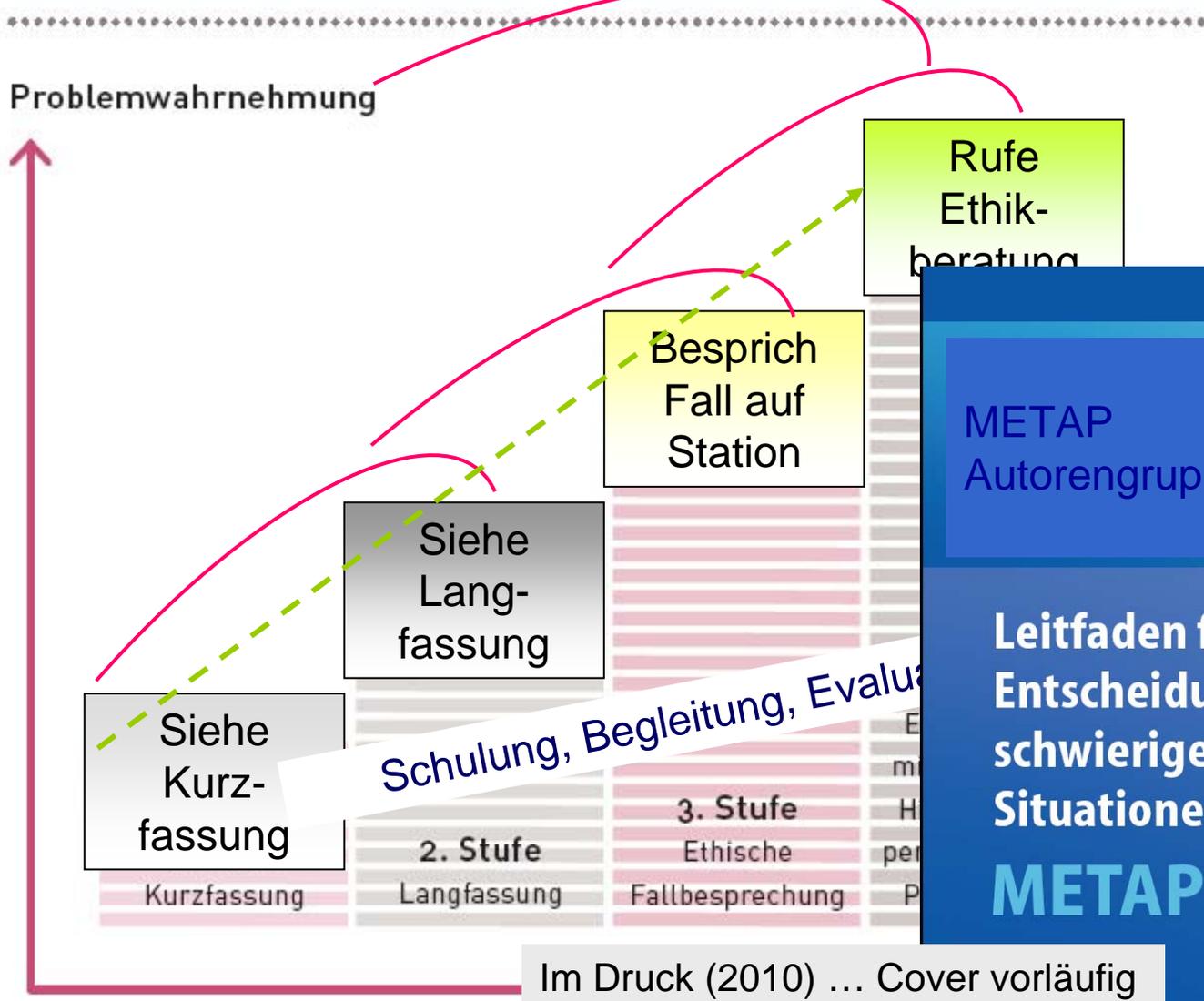


Abbildung 1: Vier Eskalationsstufen bei einer Therapieentscheidungssituation mit ethischen Fragen, Unsicherheiten oder Konflikten

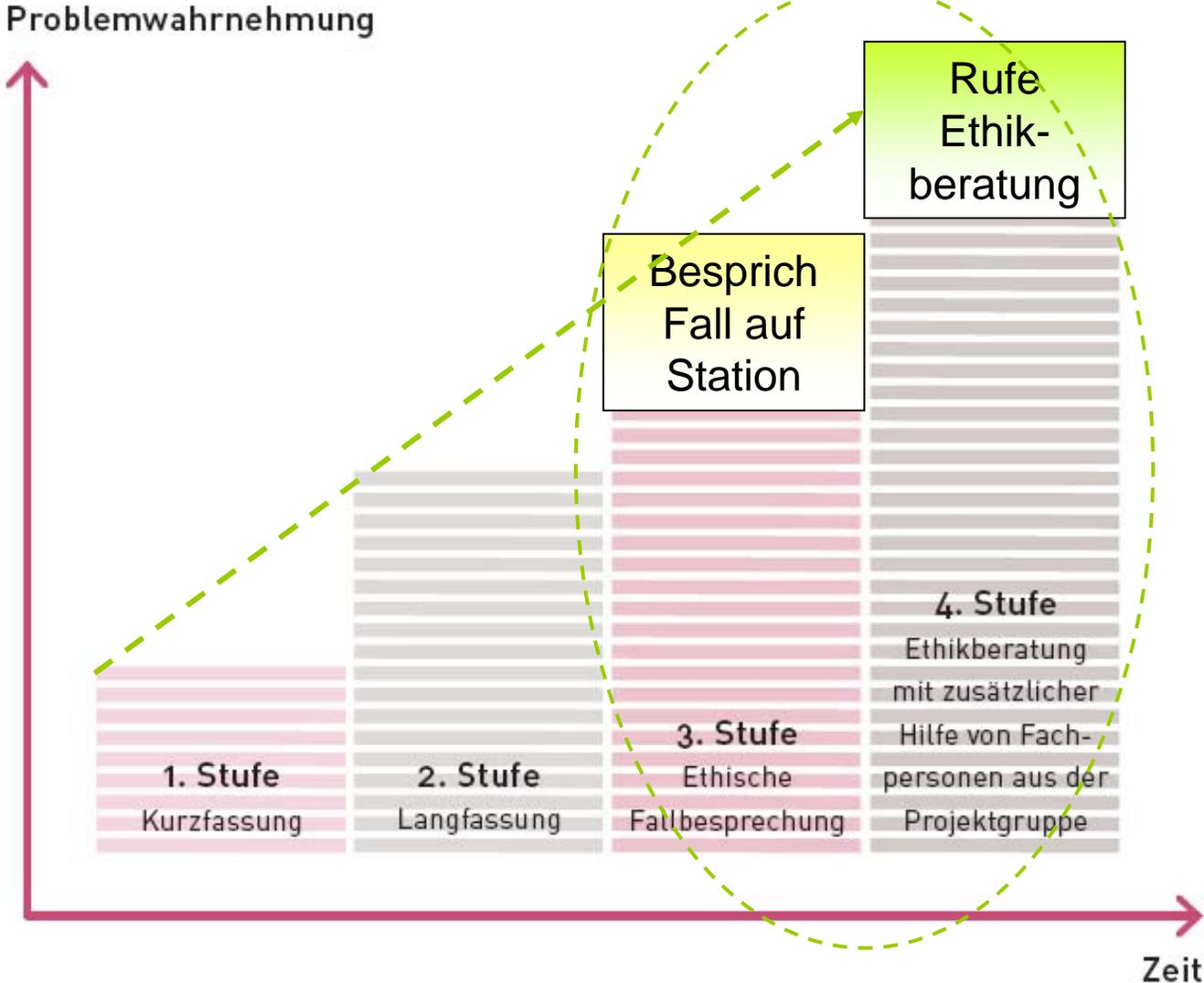


METAP  
Autorengruppe

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			Wie ist die kurzfristige Prognose?		
	<b>Med. Information</b>			<b>Pflege/Ther. Information</b>			<b>Prognose (kurzfr.)</b>		
	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			
	<b>Pat.: Werte / Biographie</b>			<b>Patient: Wünsche</b>					
	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 Patientenverfügung 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			
	<b>Soziales Umfeld</b>			<b>Strukturelle Aspekte</b>					
	Wie sieht das soziale Umfeld aus?			Werden mögliche Therapien in diesem Spital angeboten?					
	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 Patientenwillen 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](mailto:barbara.meyer@unibas.ch)

<http://medethik.unibas.ch>

