

Ethikvisite und Ethische Fallberatung

Beitrag zum 15. Gesundheitspflege-Kongress in Hamburg am 04.11.2017

Hans-Jörg Stets

(Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikum Essen)

1. Spitzenmedizin und Menschlichkeit

- Beobachtungen aus dem Alltag eines Maximalversorgers

2. Ethikberatung als hilfreiches Instrument

- Ethischer Diskurs u. Gesichtspunkte zur Entscheidungsfindung

3. Ethikberatung in zwei Formaten

- „Ethikvisite“ und „Ethikberatung“ mit doppeltem Gewinn



1. Beobachtungen aus dem Alltag eines Maximalversorgers



Universitätsklinikum Essen

- drei Säulen
- Forschung - Lehre – Patientenversorgung
- besondere Kompetenzen
- Herzzentrum, Infektiologie, Onkologie WTZ, Transplantationszentrum
- Einzugsgebiet ca. 100 km, auch deutschlandweit und international

Gesundheitseinrichtung der Maximalversorgung

- jährlich ca. 195.000 Patienten ambulant
- und ca. 50.000 Patienten stationär
- in 27 Kliniken, 1.300 Betten von 6.250 Mitarbeitenden versorgt
- **ca. 1.200 Sterbefälle jährlich (60% Männer – 40% Frauen)**



Beobachtungen aus dem Alltag eines Maximalversorgers

Patienten und/oder deren Angehörige fordern:

„Tun Sie alles, was möglich ist! Sie sind unsere allerletzte Hoffnung!“

Mitarbeitende des ärztlichen Dienstes sehen sich in einem Konflikt:

„Von einer Maximaltherapie wird dieser Patient kaum profitieren.“

„Im Sinne der Patientenorientierung muss ich seinen Wunsch aufgreifen.“

Pflegende werfen einem Ärzteteam vor:

„Seht ihr nicht, wie schlimm der Patient leidet?“

„Warum quält ihr ihn mit weiteren Chemos und Bestrahlungen?“

Ärzte entrüsten sich:

„Euch Pflegenden fehlt die Expertise! Es gibt sinnvolle Behandlungsoptionen.“

„Ein Benefit für den Patienten ist durchaus möglich!“

Einzelne Ärzte verspüren ein Unbehagen:

„Trotz des Drucks der Angehörigen sollten wir die Therapie begrenzen oder einfrieren.“ „Aber vielleicht ist das nur meine ganz persönliche Meinung ...“



Patienten

- kommen oft in ihrer letzten Lebensphase
- bringen eine **natürliche** und für ihre Lebensphase **angemessene** Ambivalenz zwischen „Leben wollen“ und „ins Sterben einwilligen“ mit
- tragen diese Ambivalenz **unbeabsichtigt** und **unvermeidbar** in das Behandlungsteam
- die Ambivalenz deutet eine anstehende ‘Entwicklungsaufgabe’ an
- Die verläuft nicht geradlinig, sondern in Wellenbewegungen
- zur Bewältigung dieser Aufgabe sind u.A. nötig:
 - **Zeit, tragfähige Kriterien für Entscheidungen, fachlicher Rat, Annahme und Geduld seitens des sozialen Umfelds**



Universitätsklinika

- versuchen die Grenzen des bisher Möglichen zu verschieben
(*Forschungsauftrag*)
- verfügen über hocheffiziente Verfahren
(z.B. *ECMO, Herzunterstützungssysteme, Transplantation*)
- diese binden hohe personelle Ressourcen
- **Möglichkeiten für informellen Austausch verringern sich**
(*Arbeitsverdichtung, Spezialisierung*)
- **Schnittstellenproblematik erschwert Kommunikation**
(*Schichtdienste, oft sind verschiedenen Fachrichtungen involviert*)
- wissen um die Ambivalenz: „**Spitzenmedizin und Menschlichkeit**“ sollen im Alltag verbunden werden.



Beschäftigte

- tun ihre Arbeit professionell und konzentriert
- verspüren hin und wieder ein Unbehagen im Blick auf den Sinn einer Maßnahme (z.B. nach Einführung eines hochwirksamen Herunterstützungssystems, im Berufsjargon 'never die')
- fühlen sich „hin- und hergerissen“ und deuten die erlebte Ambivalenz auf der Matrix bestehender anderer Konflikte (Hierarchiekonflikte / Konflikte zwischen den Berufsgruppen)
- sind erleichtert, wo die Ambivalenz als **angemessen** erlebt und **beim Patienten belassen** werden kann.



2. Ethischer Diskurs und Gesichtspunkte zur Entscheidungsfindung



Grundfrage der Ethik: Was soll ich tun?

- Normen, Werte und Moralvorstellungen leiten das Handeln
 - in der Regel sind verschiedene Werte und Normen beteiligt
 - Autonomie / Nicht-Schaden / Hilfeleistung / Gerechtigkeit
(*Beauchamp / Childress, 1977*)
- ethischer Diskurs
 - reflektierte und bewusste Weg zu einer verantworteten Entscheidung
 - unter Abwägung und Gewichtung der verschiedenen Werte
- jede Entscheidung
 - ist positive Wahl eines Weges / einer Option
 - bedeutet gleichzeitig den Abschied von anderen möglichen Wegen
 - Entscheidungskraft beinhaltet die Fähigkeit „Abschied zu nehmen“
- ethische Entscheidungen
 - nicht: „objektiv“, „zeitlos“, „richtig“ aber: „reflektiert“, „für aktuellen Moment als angemessen und stimmig erkannt“, „verantwortet“



„Moralische Apelle“ contra „Ethischer Diskurs“

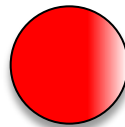
- „Dieser Patient leidet unnötig, lasst ihn doch sterben!“
„Der Patient kann von der Therapie profitieren. Ich muss alles tun, was möglich ist.“
„Eine Dialyse bei diesem Patienten ist unverantwortlich - Hört bitte auf!“
„Ich verlange für meinen Ehemann, dass Sie nichts unversucht lassen!“
- „Wir sollten uns mal zusammensetzen und gemeinsam überlegen!“
„Wir brauchen die Angehörigen (*Pflegenden, Fachrichtung NN*), um herauszufinden, was für Herrn K. wirklich angemessen und sinnvoll ist.“
- moralische Appelle führen schnell zu **Vorwürfen** und **Schlagabtausch**.
- interdisziplinäre Beratungen ermöglichen und fördern einen **gemeinsam verantworteten** Weg.



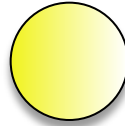
Patientenwille

Indikation

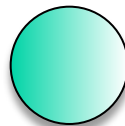
Behandlung:



ethisch nicht vertretbar
juristisch unzulässig und strafbar



oder



ethisch angemessen
juristisch zulässig



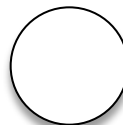
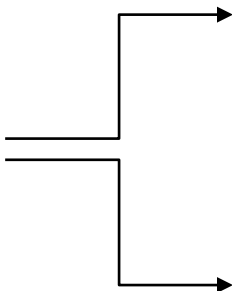
Kriterien zur Entscheidungsfindung

Patientenwille

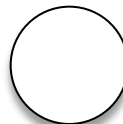
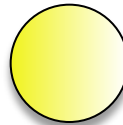


Indikation

Behandlung:



ethisch nicht vertretbar
juristisch unzulässig und strafbar



ethisch angemessen
juristisch zulässig



Kriterien zur Entscheidungsfindung

Patientenwille



Indikation

mündlicher Wille
einwilligungsfähiger

anerkannter u. sinnvoller
therapeutischer
Maßnahme

Stellvertretend

für diesen
Patienten geeignet

allgemein
Patienten

begründete und angemessene
therapeutische Maßnahme
kurativ oder palliativ

Ziel

kurativ - palliativ



3. Ethikvisite und Ethikberatung mit doppeltem Gewinn



Gemeinsamkeit beider Formaten

- Durchführung eines ethischer Diskurses mit allen Beteiligten
- Wahrnehmung und wertschätzende Würdigung der unterschiedlichen fachlichen und persönlichen Sichtweisen
- Anwendung der Entscheidungskriterien „**Patientenwille**“ und „**Indikation**“
- achtsamer und ganzheitlicher Blick auf den Patienten
- ausreichend Zeit und geschützter Rahmen zum kollegialen und interdisziplinären Austausch
- Moderation durch geschulte KEK-Moderatoren

Ziel: Konsens als Handlungsempfehlung



- **Ethikvisite** als Angebot für besondere Stationsbereiche
(*„Geh-Struktur“ – präventiv im Vorfeld einer kritischen Situation*)
- regelmäßiger wöchentlicher oder 14-tägiger Rhythmus
- 45-60 Minuten Dauer
- Beteiligung von Mitarbeitenden des gesamten Behandlungsteams
- Vorstellung von ausgewählten Patienten
(*z.B. bei Unsicherheiten zum Umfang und zur Dauer einer Maßnahme oder zur Reichweite einer Patientenverfügung / bei unterschiedlichen Auffassungen im Team oder zwischen Patient - Angehörige - Behandlungsteam*)
- Moderation durch geschulte KEK-Moderatoren
- **geeignetes Format für Intensivstationen**



- **Ethikberatung** auf konkrete Anforderung einzelner Stationen
(*„Komm-Struktur“ – nach Eintritt einer kritischen Situation*)
- auf Anfrage des Patienten
der Angehörigen oder eines Mitglied des Behandlungsteams
- Durchführung im Stationsbereich in einem geschützten Raum
- 45-60 Minuten Dauer
- Beteiligung von Mitarbeitenden des gesamten Behandlungsteams
- ggf. Beteiligung des Patienten und der Angehörigen
- Moderation durch geschulte KEK-Moderatoren,
Protokoll für Patientenakte
- **geeignetes Format für alle Stationsbereiche**



Patient und Angehörige

- profitieren von einer im gesamten Team sorgfältig und ganzheitlich abgestimmten und verantworteten bestmöglichen Behandlung
- **erleben eine wertschätzende Würdigung ihrer Lebenssituation, Werte und Interessen**

Behandlungsteam und Institution

- profitieren vom interdisziplinären Austausch, entgegen der Tendenz zur Vereinzelung der Personen bzw. der Professionen
- gemeinsame Beratung wirkt der Tendenz von fachspezifischen ‚Insellösungen‘ entgegen
- etwaiges Unbehagen Einzelner fließt als konstruktiver Beitrag ein
- **Mitarbeitende erleben eine achtsame Würdigung ihrer berufsspezifischen Sichtweisen sowie ihrer persönlichen Werte**



Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!

und falls Zeit bleibt

Ein Beispiel zum Abschluss



Ein Alltagsbeispiel zum Abschluss - ein Zufall?

- **im Rahmen einer Ethikvisite der Unfallchirurgie-Intensiv**
 - häufen sich die Bedenken gegenüber einer Weiterführung der von den Angehörigen geforderten Maximaltherapie.
 - Mitarbeitende des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sind überrascht, dass die Kolleginnen in den letzten Tagen ähnliche Bedenken hatten.
 - Es zeichnet sich ein Konsens ab mit den Angehörigen zu sprechen. Man überlegt, wer diese Aufgabe am besten übernehmen könnte ...
- **währenddessen kommt eine Pflegekraft und berichtet**
 - „Gerade sind alle Angehörigen eingetroffen.“
 - „Sie sind schwarz gekleidet und wirken ruhig, traurig und gefasst.“
 - „Sie möchten mit der Oberärztin sprechen, ob eine Weiterführung der Beatmung wirklich im Sinne der Mutter ist.“
- **Zufall**
- **oder Folge des wertschätzenden Dialogs im Team?**



Ein Alltagsbeispiel zum Abschluss – Kein Zufall!

- Die vom Patienten mitgebrachte und **nach außen verlagerte Ambivalenz**
 - wird vom Team angenommen, verstanden und angemessen beantwortet
 - ‚Stimmen‘ der Ambivalenz treten in einen wertschätzenden Austausch untereinander
 - die anstehende Aufgabe des Patienten und seiner Angehörigen wird begonnen und
- kann von den Betroffenen **zu sich zurückgenommen werden!**

- **Ein wertschätzender Dialog im Team fördert einen wertschätzenden Dialog unter den Betroffenen**

- „**Spitzenmedizin** und **Menschlichkeit**“ sind beispielhaft verbunden.

Weiterhin einen guten Kongressverlauf!

