

Workshop Organisationsethik in der Klinik
LMU, 20.05.2021

Das „KEK-Jahresthema“ zur Bearbeitung organisationsethischer Fragen

Dr. Gerald Neitzke & Katja Freund

Klinisches Ethik-Komitee (KEK) der MHH

✉ neitzke.gerald@mh-hannover.de, freund.katja@mh-hannover.de



Klinische Ethikberatung

Ausgangssituation:

Fallebene: → Ethik-Fallberatung auf Anfrage

→ klares Prozedere

→ wenig Beratungsanfragen *und/oder*

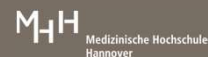
→ typische Konflikte *hinter* den Fällen

(Ethikberatung bearbeitet nur Symptome)

Organisationsebene:

→ Beratung auf Anfrage (z.B. Klinikleitung)

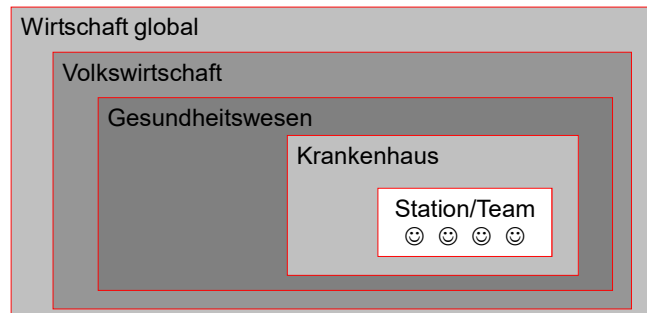
→ KEK stellt sich Aufgaben/Themen



Organisationsethik

Def.: Steuerungsprozesse (Management), die auf überindividueller Ebene dazu beitragen, dass eine Organisation soziale Verantwortung übernimmt.

Wer/was ist die Organisation?



Organisationsethik

„KEK-Jahresthema“

Zu Beginn jeden Jahres wird ein übergeordnetes (= fall-übergreifendes) Thema/Problem im KEK festgelegt und eine AG gegründet.

Optional: externe, fachbezogene AG-Mitglieder
AG entwickelt Arbeitsplan und berichtet im KEK

Beispiele:

1. Dokumentation Therapiebegrenzung
2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose
3. Beratungsanfragen durch Pflegende
4. Therapiebegrenzung/-einstellung auf Intensivstationen

1. Dokumentation Therapiebegrenzung

Ausgangspunkt

Akteneintrag eines OA: „Eine Reanimation ist nicht empfehlenswert“

Literatur/Vorbilder (DNR, VaW)

Begriff: Reanimation vs. Therapiebegrenzung

„Dokumentation Therapiebegrenzung DT“ (deskriptiv)

Vorgaben: - „auf einen Blick“

- *mehr* Teamgespräche über Aussichtslosigkeit
- Entscheidungssicherheit für alle
- einheitliche Dokumentation
- 3-teilig: WAS? WARUM? WER?



1. Dokumentation Therapiebegrenzung

Dokumentationsbogen Therapiebegrenzung M+H Medizinische Hochschule Hannover

Datum: Patienteneintrag

Gültig maximal bis: (Stempel erlaubt nur bei Befragung von dem Krankenhaus)

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Reanimation	Künstliche Ernährung
<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/> enteral (Sondenernährung)
<input type="checkbox"/> Defibrillation	<input type="checkbox"/> parenteral (Infusionen)
<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	Andere
<input type="checkbox"/> maschinelle Kreislaufunterstützung	<input type="checkbox"/> antimikrobielle Therapie (z.B. Antibiotika)
Beatmung	<input type="checkbox"/> Dialyseverfahren (z.B. Dialyse)
<input type="checkbox"/> nichtinvasiv (Maskenbeatmung)	<input type="checkbox"/> Gabe von Blutprodukten
<input type="checkbox"/> invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> weitere
<input type="checkbox"/> Intubation der Beatmung	Verlegung
<input type="checkbox"/> Lungentransplantat (z.B. ECMO)	<input type="checkbox"/> Intensivstation

Gründe für die Begrenzung der Maßnahmen:

Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. irreversible Sterbephase hat begonnen, Therapiewahl führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels)

Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens (Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:

Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen.

Eine entsprechende Patientenverfügung liegt vor.

Entscheidung durch zuständigen Stellvertreter (Rechtsnachfolger, Betreuer/in) nach Vorlage eines autorisierenden Dokumentes auf Grund des gekläerten oder mutmaßlichen Patientenwillens.

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder zum Entscheidungsprozess:

Informationsgespräch erfolgte am: mit Patient/in mit Betreuer/in oder Bevollmächtigtem

am: mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen

nämlich:

Autorisierung

..... [Unterschrift Betreuer, Name in Druckbuchstaben] [Zur Kenntnis genommen, Name des/der Pflegenden]

Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Basisbeatmung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen werden dadurch nicht eingeschränkt.

Dokumentation Therapiebegrenzung M+H Medizinische Hochschule Hannover

Datum: Patienteneintrag

Gültig maximal bis: (Stempel erlaubt nur bei Befragung von dem Krankenhaus)

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Reanimation:	Künstliche Ernährung:
<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/> enteral (Sondenernährung)
<input type="checkbox"/> Defibrillation / Kardioversion	<input type="checkbox"/> parenteral
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Dialyseverfahren
<input type="checkbox"/> Assist Devices	<input type="checkbox"/> weitere

Andere:

<input type="checkbox"/> antimikrobielle Therapie (z.B. Antibiotika)
<input type="checkbox"/> Dialyseverfahren (z.B. Dialyse)
<input type="checkbox"/> Gabe von Blutprodukten
<input type="checkbox"/> weitere

Verlegung Intensiv/MC/andere Klinik

Verlegung

Besonderheiten:

Grund für die Begrenzung der Maßnahmen

Medizinische Indikation nicht gegeben (Therapie führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels oder Sterbephase hat begonnen)

Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens (Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:

Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen.

Patienteneinwilligung wurde durch Betreuer oder Bevollmächtigten zur Geltung gebracht

Patientenwille geschieht auf Basis von:

Patientenverfügung

Behandlungsverfügung

Bevollmächtigter

Mutmaßlichem Patientenwillen

Besonderheiten:

Informationsgespräch erfolgte am: mit Patient/in mit Betreuer/in Vorsorge-Bevollmächtigtem

am: mit Pflegekraft

am: mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen, nämlich:

Autorisierung

..... [Unterschrift Arzt/Ärztin Name in Druckbuchstaben] [Zur Kenntnis genommen Unterschrift des/der Pflegenden Name in Druckbuchstaben]

*Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Basisbeatmung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen werden dadurch nicht eingeschränkt.

1. Dokumentation Therapiebegrenzung

Implementierung

Rücksprache mit Teams (z.B. Intensiv, Psychiatrie, Gyn):

Welche Maßnahmen sollen genannt werden (Eilentscheidungen, vorhersehbar, planbar, begrenztbar)?

Wer autorisiert (CÄ/CA, OÄ/OA, Ä/A, mit/ohne Pflege)?

Wie wird DT „entwertet“? Wann erlischt die Festlegung?

→ KEK bietet Schulung auf Stationsebene an

→ Rückmeldungen nach Implementierung (z.B. Reanimation in Funktionsabteilung)

Aktuell (2021): elektronische Dokumentation

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

SAP-Auswertung MHH

Suchmaske:

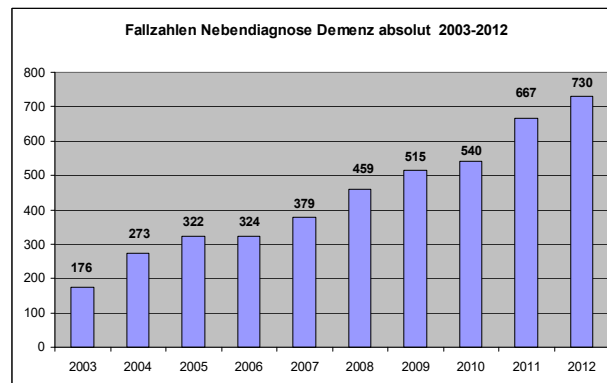
Behandelte Patienten von 2003-2012 mit ND Demenz oder ähnlichen altersbedingten kognitiven Einschränkungen

auf

Normalstationen: Innere Abteilungen, Chirurgie, HNO, ZMK, Augenklinik, Strahlentherapie, Neurologie, Anästhesie, ZNA

Ausgenommen: Intensivstationen, Gerontopsychiatrie, Kinderklinik

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose



2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

Durchführung der Interviews

Befragung:

- 13 Interviews auf Stationen, die am häufigsten Patient*innen mit der Nebendiagnose Demenz in den letzten 10 Jahren behandelten (Neurologie; Unfallchirurgie; Pulmonologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Rheumatologie; Augenklinik; Urologie; ZMK; HTTG).
- Standardisierte Interviews mittels eines Fragebogens (Mehrfachnennungen und eigene Vorschläge waren möglich)
- Gesprächsdauer zwischen 25 und 45 Minuten

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

Wie häufig sind Patienten mit Demenz und dadurch erhöhtem Pflegeaufwand auf der Station?

- 5 Stationen ☞ täglich,
- 5 Stationen ☞ wöchentlich
- 3 Stationen ☞ monatlich

Die Anzahl der Patienten variiert zwischen 1-5.

Betroffen vor allem die **Unfallchirurgie**, die **Neurologie** und einige **internistische Abteilungen sowie die ZNA**

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

häufigste Probleme (absteigend nach Häufigkeit der Nennung):

- Weglauftendenz/ Hinlauftendenz (11)
- Verwirrtheit (11)
- Orientierungslosigkeit (11)
- Allg. Probleme bei der Pflege, erhöhte Pflegeintensität (9)
- Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (7)
- Verständigungsprobleme (5)
- Notwendigkeit der Fixierung wegen Eigengefährdung (4)
- Sturzgefahr (3)
- Aggressivität (3)

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

Fazit

- Pflegeteams von einigen Stationen deutlich belastet durch Mehraufwand in der pflegerischen Betreuung von Demenzpatient*innen
- Trotz hohem Engagement der Teams, bekommen diese Patient*innen nicht die Zuwendung und Versorgung, die sie benötigen („die gehen einfach unter“)
- Es besteht die Gefahr der Unterversorgung und damit ein organisationsethisches Problem
- ND Demenz (unspezifisch) nicht DRG-relevant – noch zeitgemäß? (Probleme bei der Entlassung und damit finanzielle Nachteile für MHH)
- **Gründung einer AG sinnvoll**, um Vorschläge zur Verbesserung zu erarbeiten

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

Handlungsempfehlungen der AG

- **Fortbildung** für Krankenhausmitarbeiter*innen
- Einführung eines **Risikoassessments** für geriatrische Patient*innen
- Aufbau und Implementierung eines geriatrischen und **gerontopsychiatrischen Konsildienstes**
- **geriatrisch geleitete interdisziplinäre Station**
- Implementierung eines **ehrenamtlichen Lotsendienstes**
- Geriatrische Betreuung bei **Operationen**
- Anpassung der **Ablaufprozesse**
- Systematische Durchführung von interdisziplinären **Team- oder Fallbesprechungen** ggf. unter Einbeziehung **des KEK bei ethischen Konfliktsituationen**
- **Milieugestaltung** von einzelnen Zimmern auf besonders betroffenen Stationen
- Implementierung von **Demenz/Geriatrie-Beauftragten**

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose

Bisherige Umsetzung der Handlungsempfehlungen der AG:

- Fortbildungen für Krankenhausmitarbeiter*innen ✓
- Anschaffung von Niedrigflurbetten ✓
- Implementierung einer Gerontotraumatologie ✓
- Arbeitsgruppe „Delirprophylaxe“ der Anästhesie ✓

2. Patient*innen mit Demenz als Nebendiagnose



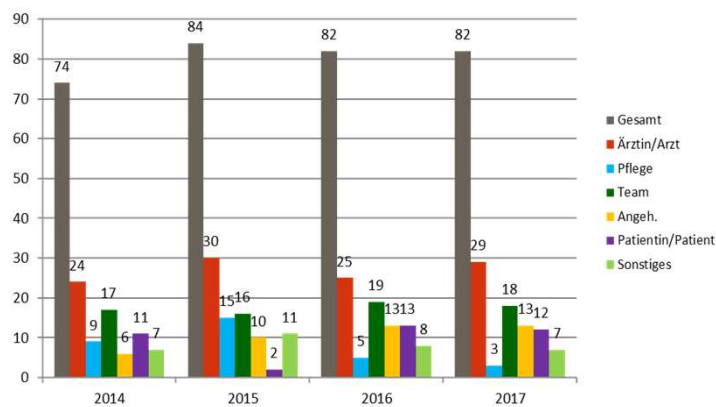
3. Beratungsanfragen durch Pflegende

Wer kann sich an das KEK der MHH wenden?

- Ärztinnen und Ärzte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Stationsteams
- Therapeutinnen und Therapeuten
- am Behandlungsprozess beteiligte Mitarbeiter
- Patienten und Angehörige

3. Beratungsanfragen durch Pflegende

Wer fragt an?

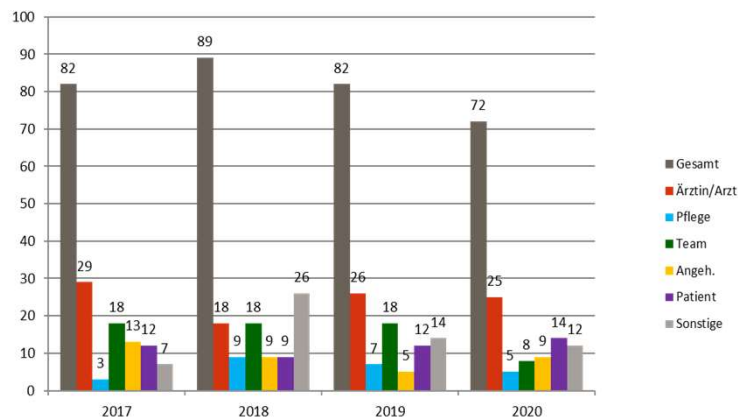


3. Beratungsanfragen durch Pflegende

- Immer weniger Anfragen von Pflegenden, es wird berichtet, dass dies von Seiten der Ärztinnen und Ärzte nicht immer gewünscht ist
- Besuch bei Pflegedienst-Leitungsrunden und Vorstellung der Arbeit des KEK
- Hinweis: moralischer Stress kann dazu führen, dass Pflegende die MHH oder gar den Beruf verlassen
- Das KEK besser schon zu Beginn eines sich anbahnenden ethischen Konfliktes einschalten

3. Beratungsanfragen durch Pflegende

Wer fragt an?



4. Therapieeinstellung Intensivstation

Ausgangspunkt

Umsetzung einer Therapieeinstellung zwischen einzelnen Stationen uneinheitlich

Unsicherheit bezüglich „Therapieabbruch“ und Symptomkontrolle

Unsicherheit, was beendet werden darf/muss?

Grenzen der „passiven Sterbehilfe“?

Grenzen der Palliation/Symptomkontrolle?

4. Therapieeinstellung Intensivstation

Befragung aller Intensivstationen (ärztliche und pflegerische Leitung):

- Welche Maßnahmen werden beendet (z.B. Beatmung, Dialyse, Katecholamine, Antibiotika, iv-Flüssigkeit)?
- Wie wird eine Beatmung beendet (z.B. Raumluft, Extubation, Dekanülierung)?
- Wie wird Symptomkontrolle umgesetzt (Medikament, Dosierung)? Monitoring?
- Wer wird informiert (z.B. Physiotherapie)?
- Wie wird Pflege in der Sterbephase durchgeführt?
- Wie werden Angehörige einbezogen? Externe Begleitung?
- Gab es einen „speziellen Fall“

4. Therapieeinstellung Intensivstation

Ziele der AG:

Unterschiede zwischen Stationen/Teams erkennen und erklären

Klären, ob es Vereinheitlichungsbedarf gibt

→ Handreichung/Empfehlung für die Therapieeinstellung

Ggf. Fortbildungsangebote durch KEK (Formen der Sterbehilfe, Symptomkontrolle etc.)

→ Handlungs- und Entscheidungssicherheit

Organisationsethik: Fazit

KEK-Jahresthema

fallunabhängig/fallübergreifend

pro-aktiv (anfrage-unabhängig!)

Verbindung der KEK-Aufgaben: Fallberatung, Fortbildung, Ethik-Leitlinien

Konkrete Verbesserungen und Hilfestellung auf Klinikebene

„ethische Qualitätssicherung“ für wiederkehrende Herausforderungen/moralisch Klippen

Aber: Umsetzung ist Sache der Organisation INSGESAMT

**Danke für Ihr
Interesse!**