

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Ethikberatung im Krankenhaus: Was bringt sie im klinischen Alltag?

1. Ingolstädter medizinethisches Kolloquium

Ingolstadt, 12. März 2013





- Fallbeispiel
- Ethische Fallbesprechungen (1): *Organisatorische Aspekte*
- Ethische Fallbesprechungen (2): *Inhaltliche Strukturierung*
- ⇒ **Prinzipienorientierte Falldiskussion**
- Anwendung auf das Fallbeispiel



- 63j., alleinstehender Patient mit Schmerzen am Unterleib
- Befund: Ausgeprägte Gangrän perianal mit Phlegmone in der linken Flanke ⇒ Nekrotisierende Faszitis
- Septischer Zustand, aber noch stabile Herz-Kreislauf-Funktion
- Patient willigt in lebensrettende Notfalloperation ein, ggf. mit Anlage eines Anus praeter (AP)
- Vor Einleitung der Narkose: Patient zieht Einwilligung in mögliche AP-Anlage zurück
- Operation: Ausgedehntes Debridement, keine AP-Anlage ⇒ Intensivstation (sediert & beatmet)
- Nach 4d: Darmfunktion kommt in Gang ⇒ anhaltende Entzündungsreaktion im Analbereich
- Chirurgen: Anlage eines AP für Heilung indiziert
- ⇒ **Ethische Fallbesprechung: AP-Anlage gegen Patientenwillen?**



Definition (Steinkamp & Gordijn <sup>3</sup>2010, 256)

- „Ethische Fallbesprechung auf Station ist der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu **der ethisch am besten begründbaren Entscheidung** zu gelangen.“

Zielsetzung

- Primär: Ethisch möglichst gut begründete Entscheidung
  - Sekundär: Konsens im Behandlungsteam
- ⇒ Herausforderung: Wie gelangt man zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung?



## Verfahren („prozedural“, „formal“)

⇒ Vorgehen bei ethischer Entscheidungsfindung

- Zeitlicher Ablauf, Transparenz
- Beteiligte Personen: Patient/in, Angehörige/Eltern, Team, externe Sachverständige (Medizin, Ethik)

⇒ *Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für ethisch akzeptable Entscheidung!*

## Inhalt („material“)

⇒ inhaltliche ethische Entscheidungskriterien

⇒ Ziel: **Begründung** einer Entscheidung

⇒ (medizin)ethische Prinzipien



Vielen ethischen Problemen liegen Kommunikationsprobleme zugrunde

⇒ Fallbesprechung = Kommunikationsplattform

Notwendig: Beteiligung des **Teams** an der Entscheidung

- Interdisziplinarität der Betreuung
- **Begrenztheit der Wahrnehmung**: Patient wird von Pflegenden u. Ärzten unterschiedlich „rekonstruiert“ ⇒ Bild des Patienten
- Entscheidungen erfordern **Bewertungen** (z.B. von Erfolgsaussicht Lebensqualität): Einseitige Bewertungen vermeiden!
- Entscheidungen müssen von allen umgesetzt werden!
- **Nutzen für die Patientenversorgung**
- Umfassendere Einschätzung der Situation des Patienten ⇒ bessere Entscheidungsgrundlage
- „Validere“ Bewertungen ⇒ besserer Berücksichtigung Wohl + Wille
- Frühzeitige „Deeskalation“ von Problemen im Team
- Höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter
- Bessere Kooperation ⇒ Patientensicherheit↑, Versorgungsqualität↑



## Ziele

- Argumentation strukturieren
- Berücksichtigung wesentlicher Aspekte sichern
- Ethische Qualität des Beratungsergebnisses sichern

## Methoden

- Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis
- Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung
  - 4-seitiger Fragenkatalog
  - Häufig angewandte Methode in D
- **Prinzipienorientierte Fallbesprechung** (Marckmann)
  - Systematische Abklärung der ethischen Verpflichtungen
  - Orientierung an den 4 medizinethischen Prinzipien  
(⇒ prinzipienorientierte Medizinethik)
  - ⇒ Kognitive Strukturierung der Fallbesprechung



## Prinzip des Wohltuns / Nutzens

- Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität

## Prinzip des Nichtschadens

- Dem Patienten keinen Schaden zufügen

## Respekt der Autonomie

- Selbstbestimmung des Patienten respektieren und fördern
- „informed consent“ (Aufklärung + Einwilligung)

## Gerechtigkeit

- Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen

## Anwendung der Prinzipien

- (1) Interpretation der Prinzipien: z.B. Wille bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit; Wohltun bei PVS („Wachkoma“)
- (2) Gewichtung bei Prinzipien-Konflikten: z.B. Wohl ↔ Wille





## 1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles

- Information über Patient (Diagnose etc.)
- Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken

## 2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

- Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
- Autonomie des Patienten

## 3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)

- Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft

## 4. Synthese: Konflikt? ⇒ Begründete Abwägung

## 5. Kritische Reflexion des Falles

- Stärkster Einwand?
- Vermeidung möglich?

Inter-  
preta-  
tion

Gewich-  
tung



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



### Option 1: Intensivmedizin *mit Anus praeter*

- 50-60% Mortalität (Sepsis mit Multiorganversagen)
- TÜ: 30% Mortalität, 67d stationär, davon 40d Intensivstation
- Prognostisch günstig: keine voll ausgeprägte Sepsis
- Deckung des Hautdefekts (z.B. Mesh-Transplantat) ⇒ kosmetisch befriedigend, weitgehend normales Leben möglich

### Option 2: Intensivmedizin *ohne Anus praeter*

- anhaltende Entzündung im Analbereich ⇒ (rez.) Sepsis
- Heilung: Nicht ganz ausgeschlossen, aber sehr unwahrscheinlich
- Hohes Sterblichkeitsrisiko durch Sepsis/Multiorganversagen

### Option 3: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen

- Patient verstirbt in kurzer Zeit



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



Leitfrage: Welche der verfügbaren Behandlungsoptionen ist für das *Wohlergehen* des Patienten am besten?

- Option 1 ⇒ hohe Überlebenschance (ca. 80%) bei guter Lebensqualität
- Option 2 ⇒ langwieriger Intensivverlauf, niedrige Überlebenschance
- Option 3 ⇒ keine Überlebenschance

Ergebnis: Prinzipien Wohltun & Nichtschaden  
⇒ Option 1 (Intensivmedizin mit AP) geboten



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



Leitfrage: Welche der verfügbaren Handlungsoptionen bevorzugt der Patient selbst?

Patient ist aktuell nicht einwilligungsfähig

⇒ *Stellvertretende* Entscheidung

- (1) Patientenverfügung, frühere mündliche Äußerungen
- (2) Mutmaßlicher Patientenwille
- (3) „Objektives“ Wohl

Frühere mündliche Äußerungen des Patienten

- Einwilligung in Durchführung der OP & Intensivbehandlung
- Keine Einwilligung in Anlage eines AP

Ergebnis: Respekt der Autonomie ⇒ Option 2 (Intensivmedizin ohne AP) geboten



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?





Leitfrage: Welche Bedürfnisse anderer von der Entscheidung betroffener Personen sind zu berücksichtigen?

Keine anderen Personen unmittelbar betroffen

- Patient hat keine Angehörigen
- Kein akuter Mangel an Intensivbetten

Ressourcenverbrauch (spielte damals keine Rolle!!):

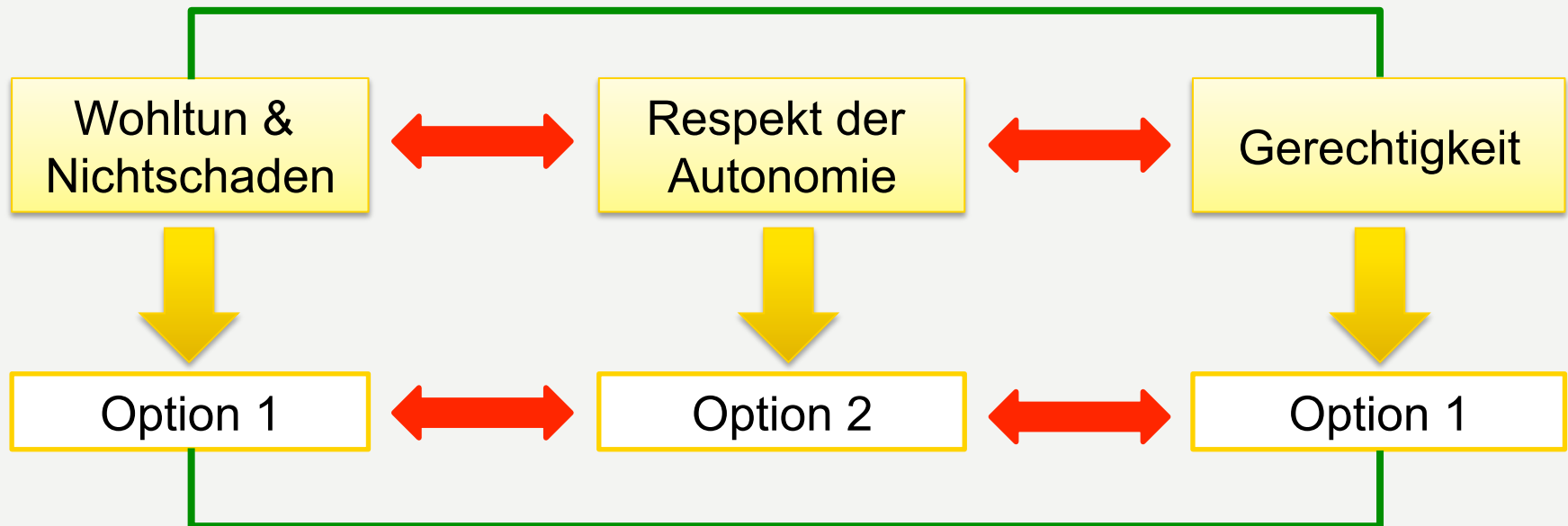
- Option 1  $\Rightarrow$  hoher Ressourcenverbrauch, großer Nutzen für Patienten
- Option 2  $\Rightarrow$  hoher Ressourcenverbrauch, geringer Nutzen für Patienten
- Option 3  $\Rightarrow$  geringer Ressourcenverbrauch, kein Nutzen für Pat.

Ergebnis: Verpflichtungen gegenüber Dritten  $\Rightarrow$  eher Option 1 als Option 2 geboten

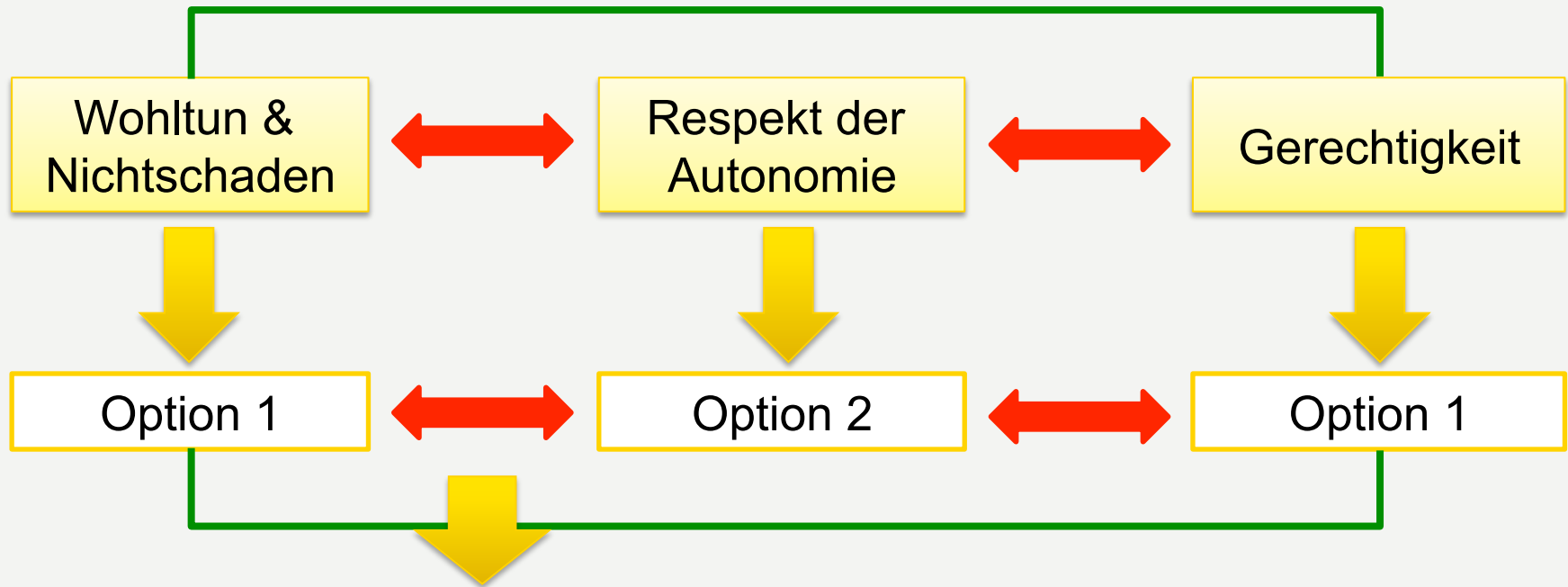


1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren?



Leitfrage: Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren?



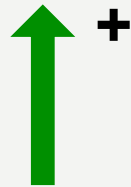
Ergebnis: Ethischer Konflikt zwischen Wohlergehens- und Autonomieverpflichtungen



Begründete Abwägung: *fallbezogene* Argumente für den Vorrang einer der Verpflichtungen



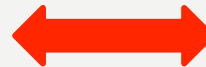
- hohe Überlebenschancen
- längerfristig gute Lebensqualität
- evtl. AP-Rückverlagerung



Wohltun &  
Nichtschaden



- (vorübergehend) Leben mit AP



Respekt der  
Autonomie



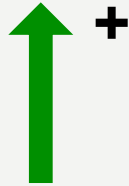
- (Widerruf der Einwilligung in AP nach Bedenkzeit)



- Äußerung in Notfallsituation
- eingeschränkte Aufklärung
- begrenzte Zeit zur Überlegung
- Meinungsänderung
- Patient wollte OP – und damit überleben



- hohe Überlebenswahrscheinlichkeit
- längerfristig gute Lebensqualität
- evtl. AP-Rückverlagerung



Wohltun & Nichtschaden



- (vorübergehend) Leben mit AP



Respekt der  
Autonomie



- (Widerruf der Einwilligung in AP nach Bedenkzeit)

- Äußerung in Notfallsituation
- eingeschränkte Aufklärung
- begrenzte Zeit zur Überlegung
- Meinungsänderung
- Patient wollte OP – und damit überleben

Ergebnis: Es gibt gute, fallbezogene Argumente, den Wohltuns-Verpflichtungen Vorrang gegenüber den Autonomie-Verpflichtungen einzuräumen.



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



## Leitfrage 1: Welches ist der stärkste Einwand gegen die gewählte Option?

- Übergehung eines zuvor klar geäußerten Willens eines damals einwilligungsfähigen Patienten
- Genehmigung durch Betreuungsgericht erforderlich

## Leitfrage 2: Hätte der ethische Entscheidungskonflikt vermieden werden können?

- Vermutlich kaum, da in Akutsituation nicht mehr Zeit für Aufklärungsgespräch verfügbar





Studie von Schneiderman et al. 2003 (JAMA 290(9):1166-1172):

- Kontrollierte randomisierte Multicenter-Studie:  
Vergleich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen in der Intensivstation mit und ohne klinisch-ethischer Beratung
  - 551 ICU-Patienten
  - 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- ⇒ Kein Unterschied in der Mortalität!
- ⇒ Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
  - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
  - ICU – Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
  - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- ⇒ >90% der Ärzte & Pflegenden, 80% der Patienten/Stellvertreter fanden die klinisch-ethische Beratung hilfreich



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Folien: [www.dermedizinerethiker.de](http://www.dermedizinerethiker.de)

Kontakt (Sonderdruck): [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Literatur:

Onkologie 2009  
DOI 10.1007/s00761-009-1695-z  
© Springer Medizin Verlag 2009

**G. Marckmann MPH<sup>1</sup> · F. Mayer<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen, Tübingen

<sup>2</sup> Abteilung Onkologie, Hämatologie, Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie, Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Tübingen

## **Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie**

Grundlagen einer prinzipienorientierten  
Falldiskussion



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? ⇔ Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?