

## Klin.Seminar f. TurnusärztInnen

### Ethische Aspekte

[www.medethik.at](http://www.medethik.at)

Univ. Lektor Dr. Michael Peintinger  
Institut f. Medizinethik & Ethik im Gesundheitswesen

2019

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

#### WARUM Arzt-Ethos?

- Lange Tradition  
Stabile Elemente ⇔  
Veränderungen in der Gesellschaft  
wissenschaftstheoretischen Ebene: (EbM)  
gesellschaftlichen Ebene sozialen Finanzierung bei  
Mittelknappheit
- Kann nicht überprüfen, ob Arzt dieses Vertrauen rechtfertigt  
⇨ **Ausweg:**  
WEIL Arzt = Mitglied einer ganz bestimmten Profession,  
Fähigkeiten & Bestrebung nach Wohl & Wille des Patienten  
zu handeln (legitime Ausnahmen!)
- Sicher, dass Gesellschaft diese Beziehung ausdrücklich  
billigt und von äußerem Einfluss schützt

Σ: Arztbesuch durch ein rollengebundenes, antizipatorisches  
Vertrauen erst ermöglicht

---

---

---

---

---

---

---

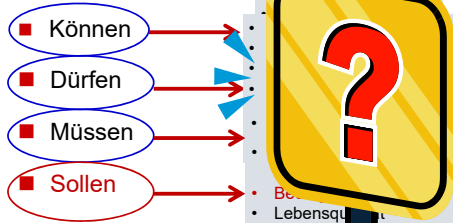
---

---

---

### „Heilsame Therapiezieländerung“

#### Vier zentrale Fragen des medizinischen Handelns



Σ ≡ Paradigmenwechsel im 21. Jhdt

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

Themen

- Autonomie
- Arzt-Patient-Beziehung
- Therapiezieländerungen

---

---

---

---

---

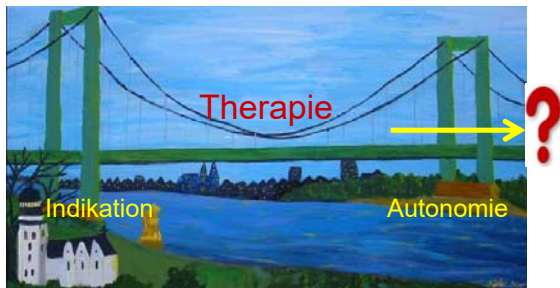
---

---

---

Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

Grundlage des therapeutischen Handelns



---

---

---

---

---

---

---

---

Therapieentscheidungen am Lebensende



---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieentscheidungen am Lebensende



IMEG

2019

7

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### Grundlage des therapeutischen Handelns



IMEG

2019

8

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### 4 Mittlere Medizinethische Prinzipien

- Selbstbestimmung des Patienten - Autonomie
- Prinzip der Schadensvermeidung
- Fürsorgepflicht
- Gerechtigkeit

(Beauchamp/Childress)

IMEG

2019

9

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

### Definition

Recht und Vermögen des (kranken) Menschen, selbstständig zu entscheiden, was **mit ihm** geschehen soll

#### Wesen einer autonomen Entscheidung

- erwächst aus den eigenen **Wertvorstellungen** und/oder dem **Glauben** einer Person
- basiert auf adäquater **Information** und **Verstehen**
- ist **frei** von äußerer und innerer Nötigung. (*Richter*)
- Minimalvariante: Schutzrecht**
  - Soll verhindern, dass Handlungen gegen den Willen der PatientInnen vorgenommen werden können. (§ 110 StGB)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

### Ausformung

abhängig vom sozio-kulturellen Umfeld

- An Individualität orientierte Länder **indiv.SB: ↑** ;
- Länder mit vorrangig kollektiven, (religiös/ politisch begründeten) Normen vor individueller Freiheit **indiv SB ↓ aber koll SB ↑**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

### Änderung des Gesundheitsbegriffs

#### „Bedingte Gesundheit“

„Gesundheit ist die Fähigkeit eines Individuums, ungeachtet bestehender Beschränkungen und Belastungen **relativ autonom** zu leben“  
(J.Siegrist)



mit jedem therapeutischen Geschehnis, das zur Zunahme der Autonomie führt, wird ein konkreter Beitrag zur Gesundheit geleistet!  
...und damit auch mit jedem kommunikativem Akt!

Johannes Siegrist, \* 6. 8. 1943 in Zofingen)  
Schweizer Medizinsoziologe

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

Differenzierte  
Sichtweise  
der  
Lebensqualität



IMEG

2019

13

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie



Abraham H. Maslow  
\* 1.4. 1908  
† 8. Juni 1970

Bedürfnispyramide nach A. Maslow

IMEG

2019

14

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

### Lebensqualität Vier Dimensionen

- Physisch:** Körperliche Funktionen, Arbeitsfähigkeit; „Körperwahrnehmung.“
- Psychische Verfassung:** z.B. glücklich, zufrieden
- soziale Dimension:** Beziehungen, Beruflich
- spirituelle Dimension:** Sinnfrage, Transzendenz  
(Urfassung: Karnofsky)

zusätzlich: Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, „Glück“



David A. Karnofsky  
Amerikan. Onkologe  
\* 28.3.1914  
† 31.8.1969

IMEG

2019

15

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autonomie

### Philosophische Autonomie-Grundforderung

„Entwickle die Autonomie der anderen  
und zugleich  
wird deine eigene Autonomie sich entwickeln.“

„Die Autonomie  
kann sich auf dem Boden von Verdrängung  
nicht entwickeln,  
geschweige denn auf dem Boden von  
Verneinung oder Lüge.“

(J.F. Malherbe)



---

---

---

---

---

---

---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### Themen

- Autonomie
- Arzt-Patient-Beziehung
- Therapiezieländerungen

---

---

---

---

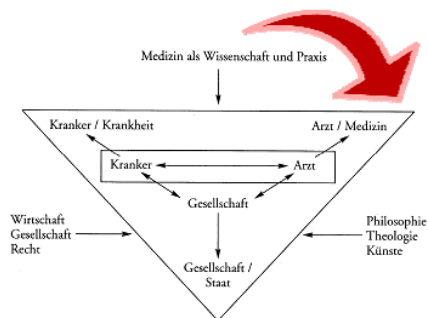
---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung



---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Abhängig von

- Wertorientierung
- Menschenbildern ⇔⇔⇔⇔⇔⇔
- Kulturellen Gegebenheiten (Kohärenz)
- Institutionellen Gegebenheiten
- Rollenbildern
- Vorliegenden Handlungskonzepten
- ....

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### Menschen-Bilder

- Mensch-Maschine
- Der Souveräne Kunde
- Mensch als atomistisches Einzelwesen
- Der Mensch als das Machbare
- Der vulnerable und angewiesene Mensch

---

---

---

---

---

---

---

---

## Menschenbilder - KÖRPER-MASCHINE

### Mensch als Mechanismus

#### Voraussetzung für den Erfolg der modernen Medizin:

- Reduzierung auf physiologischen Funktionen
- Ausblendung, was Menschen (sonst noch) ausmacht,
- Medizin ⇒ zunehmend „angewandte Naturwissenschaft“
- Krankheiten effektiver behandelbar, aber **nicht mehr Mensch als Ganzes** (geistige Dimension, Dimensionen d.L.Q!)
- ⇔ Gestaltung der modernen Krankenhäuser!  
Beschleunigung der Diagnose- und Behandlungsschritte,  
„technischer Reparaturbetrieb“ noch offensichtlicher  
Abläufe vornehmlich nach Gesichtspunkt der Effizienz

---

---

---

---

---

---

---

---

## Menschenbilder - „Souveräner Kunde“

- Freier, souveräner Mensch „kauft“ Leistungen nach eigenem Belieben (statt Leidendem der Hilfe sucht!)
- Marktwirtschaftliche Orientierung**  
Arzt = Dienstleister  
zweckrationale Beziehung zum Patienten  
Lieferung eines Produktes; „Fehlerlosigkeit“,  
„Garantie reibungslosen Funktionierens“
- Souveränes Wesen allein befindet über Richtigkeit der Ziele.  
Unwichtig, ob verfolgte Ziele „universell gut und vertretbar“

---

---

---

---

---

---

---

---

## Menschenbilder - „Atomistisches Einzelwesen“

### Individualistische Menschenbild

- Einzelner wird gefragt, antwortet und entscheidet
- Ausblendung des sozialen Umfeldes zeigt Bestätigung
- Kaum berücksichtigt:**  
Mensch als soziales Wesen braucht soziales  
Beziehungsumfeld, Entscheidung abhängig von sozialen  
Beziehungsumfeld  
nicht allein vom Individuum abhängig

---

---

---

---

---

---

---

---

## Menschenbilder - „Mensch als das Machbare“

### Beispiele:

- Klonierungstechniken, PND, genet. Embryontests
- Mensch nicht in Welt „geworfen“, sondern „machbares Produkt“

### Problematik:

- Technischen Erfolge ⇒ Annahme, „alles ist machbar“  
⇒ Krankheit = Ergebnis menschlichen Machens /Unterlassens  
kein schicksalhaftes Widerfahren sondern  
Ergebnisse menschlicher Entscheidungen
- Erwartung, Medizin kann Schicksal abwenden  
„Befreiung von Schicksal“

### Konsequenz:

„Mensch ist keiner, der einfach nur sein darf, Nicht das Sein steht hier länger im Vordergrund der menschlichen Existenz, sondern das Machen...“ (Maio 2012)

---

---

---

---

---

---

---

---



## Menschenbilder - „Der vulnerable Mensch“

### Folge der Leitbilder

- Krankes, Schwaches, Hilfsbedürftiges keine „Manifestationen des Menschseins“:
  - ⇒ Defiziterscheinungen, „Schwundstufen“ des „Normalen“.
  - ⇒ kranker, nicht mehr heilbarer Mensch wird „Störfall“

### ABER:

Humane Medizin darf kranken Menschen gerade nicht als Störfall betrachten!

Nur wenn Krankwerden als zum Menschsein zugehörig akzeptiert wird: Kein blinder technischer Aktionismus, keine „Obsession“

### Grundhaltung die das „Menschsein“ wertvoll bejaht

⇒ Auch Kranker Mensch kann erfülltes und sinnvolles Leben führen (anderenfalls: „Wertlosigkeit“/„Sinnlosigkeit“ = Einfallstor Akt. Sterbeh)

---

---

---

---

---

---

---

---

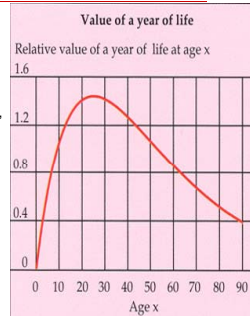
---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### „Alter“ in der Medizin

- „Alter“ immer auch eine kulturelle und soziale Konstruktion!
  - Alter = „Funktionsverlust“ (Tartier, 1961), „age-ism“ (Butler, 1973)
  - Gesellschaftliche Werte:
    - Das Neue/Junge/Schnelle = zukunftsfruchtig,
    - Das Alte/Zaudernde/Langsame = überholt
- Bild der „bösen privilegierten Alten“  
⇒ „Alters-Verneinende Grundeinstellung“ (G.Maio, 2012)



„Humankapital“ 1853 W. Farr

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Grundsätzliche Konzepte

#### □ Kriterien

- Ziele der Arzt-Patient-Interaktion
- Pflichten des Arztes
- Bedeutung der Werte des Patienten
- Konzeption der Patientenautonomie

#### □ Konzepte

- Paternalistisches
- Informatives Modell
- Interpretative Modell = Vertragsmodell
- Abwägendes Modell (deliberative model) = Partnerschaftsmodell

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Grundsätzliche Konzepte

- **Paternalistisches Konzept**  
"Führung des Patienten zu seinem Besten"... „vertrauensvolle Unterordnung“ (Wolff)  
Medizinische Entscheidung „im Interesse des Pat...ohne volle Zustimmung zu haben“ (Richter)
- **Zunächst Wertneutral!**  
Übereinstimmung der Werte kann sich mit Wünschen des Patienten /der Patientin decken ("Verdeckter Paternalismus" ⇒ hinterfragen!)
- **Problematik:**
  - 1) **allgemein:** Wenn sich Werte nicht decken
  - 2) **immanent:** Vernachlässigung des Selbstbestimmungsrechtes
  - 3) **Annahme:** Objektive Kriterien existieren, was das Beste ist ( insb. jenseits med. Indikation!)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

- **Paternalistisches Konzept : Sonderformen**
- **Schwacher P:**  
wenn Wünsche, Willensbekundungen/ Entscheidungen eines Patienten fraglich oder nicht hinreichend autonom sind.
- **Starker P:**  
Patient zwar in der Lage, autonom zu entscheiden, vom Arzt aber nicht berücksichtigt!
- **„Odysseus“-Paternalismus:**  
Patient bittet Arzt, notwendige Entscheidungen an seiner Statt zu treffen. Er entscheidet sich dazu, nicht selbst zu entscheiden. (Vgl. Schöne-Seifert 2006, S. 50f.)
- **„konzedierter“ Paternalismus (Rössler)**  
(besser: personalistisch-partnerschaftliches Modell)  
Zustimmung zu Behandlungsziel, definierter Maßnahmenkreis inkludiert. Entlastung von Formalitäten; „Autonomie im Rahmen einer akzeptierten Abhängigkeit“ (Memmer)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

- **Paternalistisches Konzept**  
„Neopaternalistische Tendenzen“
- **Zeitmangelbedingt:**  
„Handlung heilsamer als „bloße“ Kommunikation
- **Ökonomiebedingt:**  
Ärztliche Informationspolitik, um Ausschluss jener Alternativen zu begründen, die ökonomischen Erwägungen zum Opfer fielen (Feuersteins „Neopaternalismus“)
- **Fortschrittsinduziert:**  
komplexes Wissen, das den PatientInnen „zum Wohl“ nicht zugemutet wird (+Fortschrittsoptimismus!)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Grundsätzliche Konzepte

- **Informatives Modell (informative model)**
  - „wissenschaftliches Modell“, „Konsumenten-Modell“
  - Arzt stellt relevante Informationen zur Verfügung, Patient kann jene Intervention auswählen, die Vorstellungen/Werten entspricht
  - **Annahme:** Patient hat **feststehende**, ihm bekannte Werte; Keine Berücksichtigung von Unsicherheiten
- **Interpretative Modell (interpretative model) = Vertragsmodell**
  - Vorstellungen und Werte mit dem Patienten erarbeiten, damit dieser geeignete Maßnahme auswählen kann
  - **Annahme:** Werte müssen **nicht feststehend**/ bekannt sein, oft unfertig und im Konflikt mit der spezifischen Situation
  - Wahrung der Patientenautonomie: Ermöglichung der Selbsterkenntnis des Patienten (vgl. Emanuel/Emanuel 2004, S. 103).

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Grundsätzliche Konzepte

- **Das abwägende Modell (deliberative model) = Partnerschaftsmodell**
    - Arzt erarbeitet Lösung
    - aus Kenntnis der medizinischen Situation
    - Und der Lebensumstände
    - die er mit Patienten bespricht
    - Versuch, Patienten von Lösung zu überzeugen, ohne sie ihm aufzwingen zu wollen.
    - Die Entscheidung treffen Arzt und Patient letzten Endes gemeinsam.
- ⇒ Σ heute gängiges „Shared Decision Making“-Modell

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Verringerung der Asymmetrie

⇒ Paradigmenwechsel

Von

„Wissen ist Macht“

zu

„Wissen ist Hilfe“

„Wissen beider als unverzichtbare Voraussetzung für eine eigenständige Entscheidung“

⇒ Aufklärungsprozess!

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Macht

Macht = moralisch wertneutral

Nicht: „Macht ist böse“ (z.B. Schopenhauer)

- Patient erwartet „machtvollen“ Arzt:
  - grundsätzliche Macht, Kh durch Wissen und Erfahrung bekämpfen zu können
  - Fähigkeit zu diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen (Wissen, Expertentum)
  - Macht, die für Behandlung vorab notwendigen Schritte unternehmen zu können (Aufnahme, Bett, Organisation des Transports...)
- Besitz von Macht ist noch nicht schädlich (Auch „Nicht-Nützen“ kann böse sein! vgl. Macht zur Hilfe!)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Macht

#### Typische Formen der Macht

- **Definitionsmacht** des Arztes  
„gesund“ vs. „krank“  
Zuschreibung von Invalidität, Festlegung „biometrische Normwerte“  
Todesfeststellung/Todesursache (reduzierte Obduktionen!)  
Hirntodkriterien, Pränataldiagnostik...  
(„Definitionsmonopol“, Huerkamp)

#### Aber auch:

- Ohnmacht durch Markt: Verunsicherung der Bevölkerung über krankhafte und „noch normale“ Zustände + Lösungsangebote (Loewit)
- Ohnmacht durch „wissenschaftlich getarnte Indoktrination“ (Schmacke)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Arzt-Patient-Beziehung

### Macht

#### Typische Formen der Macht

- (bedingte) **Steuerungsmacht**  
Kompetenz zu Gesprächsbeginn und -ende, Themenwahl (Siegrist)
- **Sanktionsmacht:**  
Gewähren/Vorenthalten von Vergünstigungen (Zuwendung von Zeit, Ressourcen, Atteste)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ethik in der Arzt-Patient Beziehung

### Themen

- Autonomie
- Arzt-Patient-Beziehung
- Therapiezieländerungen

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

„Wenn man sieht,  
was die heutige Medizin fertigbringt,  
fragt man sich unwillkürlich:  
Wieviele Etagen hat der Tod?“  
(J.P.Sartre)



---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Philosophische Grundlagen

#### Tod:

- „Existential“ ⇔ „Tabu“ ?  
„Diskutierter Tod“ (Virt) ⇔ „Gesellschaftlich weggestorben“ (Wettstein)
- Beschäftigung mit dem Tod ?  
(Sigmund Freud'sche Unsterblichkeitsphantasie!)
- Versagen der Medizin ? „...Kampf verloren...“?
- Verschulden (des Einzelnen) ?

„...Tod wird nicht durch technische Intensivmedizin entweilt,  
sondern... dadurch, dass wir ihn als Missgeschick ansehen und nicht  
als Tor eines, wenn auch unverständlichen Neubeginns...“  
(D.Linke)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Patient & Gesellschaft:

„Wie soll man mit der Tatsache Sterben zu müssen seinen Frieden schließen, wenn man immer mehr zeigt, wie der **Tod hinausögerbar** ist?“ [Linke]

„Wir regeln den Eintritt in das Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt **regeln**.“ [Max Frisch]

- Einfluss von veröffentlichten Meinungen  
(„Hilfos an Schläuchen“ ⇨ „anonyme Apparatedizin“  
„Plaudern nach Reanimation“ ⇨ Überzogene Erwartungshaltung  
⇨ „Typische Intensivsituation als Zumutung“)
- „Würdevoll“: 1. Herr des Prozesses  
2. Leben als Partizipation: Sozial eingebunden

---

---

---

---

---

---

---

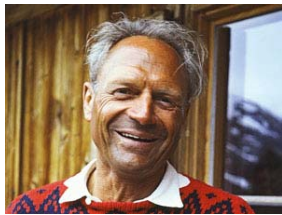
---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Intensivmedizin als Vorreiter



Bruno Haid  
3 Fragen an Pius XII  
bzgl. Reanimation und  
Therapiebegrenzung

**24.11.1957**  
« Le Dr Bruno Haid chef de la section d'anesthésie à la clinique chirurgicale universitaire d'Innsbruck. Nous a soumis trois questions de morale médicale au sujet de ce qu'on appelle « l'a réanimation»... » AAS 1957

Bruno Haid, 1915-1997  
1. Lehrstuhlinhaber f. Anästhesie in Europa, Innsbruck, 1959

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

Abbildung 1



ist die Anwendung betäubender Mittel erlaubt für Kranke in Todesgefahr. Kann man von einem Geliebten machen, selbst wenn er Abschwächung des Schmerzes wahrscheinlich mit einer Abkürzung des Lebens verbunden ist?

Wenn keine anderen Mittel vorhanden sind und wenn es in den gegebenen Umständen die Erfüllung anderer religiöser und ethischer Pflichten nicht hindert.

Hat der Anästhesist das Recht oder sogar die Verpflichtung, im allem Fällen seiner Bewusstlosigkeit, auch in solchen Fällen, die nach dem Urteil eines sachkundigen Arztes Heilungsperspektive sind, von ihm in neurologischen Gelenken für künftige Amputation – selbst gegen sein Verlehen der Familie – Gefäßkatheter zu machen?

Für die gewöhnlichen Fälle wird man zugeben, dass der Anästhesist das Recht hat, so zu handeln, dass er nicht mehr dazu verpflichtet ist.

Kann der Arzt, der Anästhesist, seinem Beruf der Krankheit möglichst zum Vorkommen kommen? Dürft er das wenigstens dann, wenn der Kranke bereits der Heilung Übung empfangen hat?

Wie Wärechen darlegen, ist der erste Teil dieser Fragen zu bejahen. Wenn die Heilige Ölung noch nicht gespendet wurde, versuche man die Aufmerksamkeit noch zu verlängern, bis es geschehen ist.

Antworten von Papst Pius XII. auf Fragen des Innsbrucker Anästhesisten Bruno Haid (5).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Indikationen und Therapieziele

- Sinnlose Handlung
  - Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“
  - Sinnvolle Handlung aber Verbot des Patienten
- ↳ Aufnahme/Ablehnung (zB Intensivstation)
  - ↳ „Futility“ –Problematik & „Therapeutischer Nihilismus“
  - ↳ Lebensqualität (längeres vs. besseres Leben?)
  - ↳ Therapiezieländerungen /-begrenzungsentscheidungen
    - ↳ (Passive) Sterbehilfe-Problematik...
    - ↳ DNR /DNE –Order...
    - ↳ Ort der weiteren Versorgung...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Indikationen und Therapieziele

- Sinnlose Handlung
  - Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“
  - Sinnfragliche Handlung aber „Wunsch des Pat. nach Maximaltherapie“
  - Sinnvolle Handlung aber Verbot des Patienten
- „1/3 der Patienten mit infauster Prognose wollen Lebenszeit durch Maximaltherapie gewinnen“
- „Im Gegensatz zu Pat. mit palliativen Therapiezielen werden Pat., die eine Maximaltherapie wünschen, in Entscheidungen häufig nicht eingebunden“ (Winkler, EIM:22:89-102)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Futility

- Nutzlosigkeit
- Sinnlosigkeit
- Vergeblichkeit

Begriff unscharf!  
Oft auf Kosten-Nutzen-Rechnung reduziert



Das Fass der Danaiden (Ovid, Met. IV, 462-46)  
Gemälde von John William Waterhouse, 1904

---

---

---

---

---

---

---

---

Therapieziel-Therapiezieländerung

Statt Futility

„potentiell unangemessen“

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cymde H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Mitsak, David H. Au, Elie Azoulay, Stanuch Brody, Brenda G. Fahy, Jesse B. Hall, Jozsef Kesecioğlu, Alexander A. Kon, Kathleen O. Lindell, and Douglas B. White; on behalf of The American Thoracic Society ad hoc Committee on Futility and Potentially Inappropriate Treatment

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Checkliste: Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen**

	ja	wahrscheinlich	unklar	unwahrscheinlich	nein
<b>INDIKATION</b>					
ist die aktuelle Erkrankung überhaupt überlebar?					
ist eine Wiederherstellung der Herz-Kreislauf-Funktion zu erwarten?					
ist eine Wiederherstellung der kognitiven Funktionen zu erwarten?					
Besteht bei voraussetzlicher ZNS-Schädigung ein klinisch relevantes Rehabilitationspotenzial?					
ist eine Wiederherstellung der Lungenfunktion zu erwarten?					
ist eine Wiederherstellung der Nierenfunktion zu erwarten?					
<b>PROGNOSE</b>					
Besteht davon unabhängig eine stark beschränkte Lebenserwartung?					
Sind apparative Langzeit-Organersatzverfahren erforderlich? (z.B. Dialyse, Respiration)					
<b>Viele der angeführten Fragen sind nur überdisziplinär zu beantworten:</b>					
<b>PATIENTENWILLE</b>					
Gibt es einen geäußerten Patientenwillen?					
Liegt eine verbindliche, situationsbezogene Patientenverfügung vor?					
Liegt eine beschränkte, situationsbezogene Patientenverfügung vor?					
Liegt eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten vor?					
Besteht eine Sachwalterschaft für medizinische Maßnahmen?					

Der Patient/wille ist das wichtigste Entscheidungskriterium im ethischen Kontext der Therapieentscheidungen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Therapieziel-Therapiezieländerung

Juridische Sichtweise

Arzt als Garant:

- Unheil durch Therapie
- Indikation
- Tun

Therapieablehnung ≠ Sterbehilfe  
 Wegfall der Indikation ≠ Sterbehilfe




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Therapieziel-Therapiezieländerung

Text-Entwurf § 49(1a) ÄG:  
„Zur Wahrung des Wohls des Patienten ist es insbesondere auch zulässig, im Rahmen der Palliativmedizin Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerer Schmerzen und Qualen das Risiko einer Beschleunigung des Verlustes der vitalen Funktionen bewirken können“.



---

---

---

---

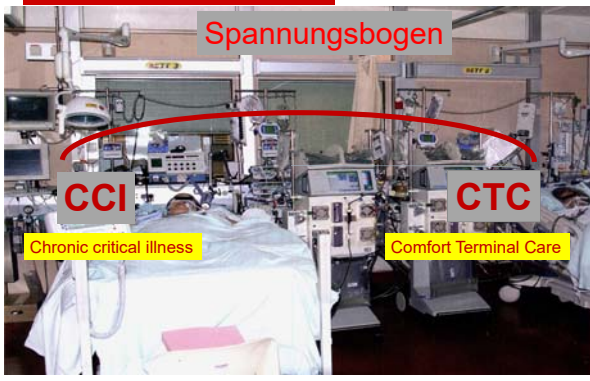
---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung



---

---

---

---

---

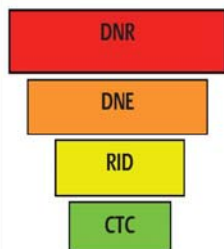
---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

Therapiezieländerungen auf der Intensivstation  
Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation



DNR: Do Not Resuscitate  
(mechanisch, medikamentös, elektrisch)

Eig. keine Therapiebegrenzung, sondern eine in die Zukunft entschiedene Behandlungs- Unterlassung (DNR...)

Problematische Reanimationen reduzieren („Unbekannter Fall“ im Dienst; Anwesenheit Angehöriger...)

...entworfene Therapie)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung –Beispiel DNR

### Ethisch geforderte Verfahrensregeln

1. Individuelle Behandlung jedes einzelnen Patienten!
2. Rechtzeitige / Frühzeitige Überlegungen!
3. Diskurs im gesamten Behandlungsteam
4. Klare und umfassende Dokumentation
5. Spezifizierung der zu unterlassenden Maßnahmen
6. Feststellung und Dokumentation des Patientenwillens
7. Regelmäßige Überprüfung der Geltungsbedingung in kurzen Intervallen (zumindest alle 24h!)
8. Ausschluss einer Betreuungs- Vernachlässigung  
DNR ≠ Diagnose!! „Abwärtsspirale in Betreuung“  
(Ärzte, Pflege, Psychologie, Seelsorge, Symptomenkontrolle...)

---

---

---

---

---

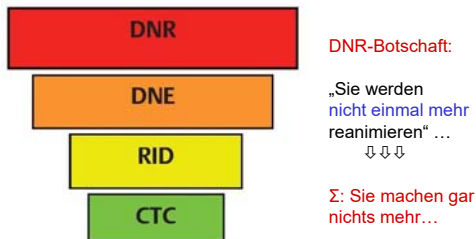
---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Kommunikation der DNR mit Angehörigen



---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Kommunikation mit Angehörigen

#### Beispiele für gute Kommunikation

- „Patient erhält die für ihn beste Therapie, selbst wenn wir aufgrund .... nicht mehr alle Verfahren der Medizin/Intensivmedizin anwenden“
- „Der Pat. wird gepflegt, wird begleitet (nicht allein gelassen) und erhält alle Medikamente, die ihm helfen, ohne Angst und Schmerz zu versterben.“

---

---

---

---

---

---

---

---

**Therapieziel-Therapiezieländerung**

**Therapiezieländerungen auf der Intensivstation**  
Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation

Rechtliche Grundlagen: § 1903 BGB in Verbindung mit Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 28.2.2002 über die Angelegenheiten der Schwerebeschwerden (SchwB) vom 28.2.2002

DNR	DNR: Do Not Resuscitate (mechanisch, medikamentös, elektrisch)
DNE	DNE: Do Not Escalate (Katecholamine, Intubation, Hämofiltration....)
RID	RID: Reevaluate Indication and Deescalate (Laufende Massnahmen werden beendet)
CTC	CTC: Comfort Terminal Care (ausschliesslich symptomorientierte Therapie)

Anaesthesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzth., 2013 Apr; 48(4):216-23

IMEG MP 2019 55

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Therapieziel-Therapiezieländerung**

In Zweifelsfällen, bei Unklarheiten...

Ethikberatung!

IMEG MP 2019 56

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Therapieziel-Therapiezieländerung**

„Das gute Beispiel  
ist nicht **eine** Möglichkeit,  
andere Menschen zu beeinflussen-  
Es ist die **einzige!**“

Albert Schweitzer

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

IMEG MP 2019 57

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---