

9. Adventssymposium Nürnberg, 13./14.Dezember 2019

**Meet the expert-Session**  
**„Klinische Ethikberatung“**

PD Dr. Markus Wehler  
Zentrale Notaufnahme und  
IV. Medizinische Klinik



# Klinische Ethikberatung

- Entwicklung
- Praxis
- Ziele
- Modelle
- Aufgaben
- Gefahren



Klinische Ethikberatung

Hohe Anforderungen,  
verhaltene Umsetzung



# The God committee

- 1961 Gründung des "Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Center at Swedish Hospital"
- Entscheidungsgremium in einem Privat-KH für die Auswahl von Dialysepatienten:  
Rechtsanwalt, Chirurg, Banker, Hausfrau,  
Staatsbeamter, Pfarrer, Gewerkschaftsführer



# The God committee - Zitate

- SURGEON: How do the rest of you feel about Number Three—the small businessman with three children? I am impressed that his doctor took special pains to mention that this man is active in church work. This is an indication to me of character and moral strength ...
- LAWYER: It would also help him endure a lingering death ...
- HOUSEWIFE: If we are still looking for the men with the highest potential of service to society, then I think we must consider that the chemist and the accountant have the finest educational backgrounds of all five candidates ...
- LAWYER: Both these men have made provisions so that their deaths will not force their families to become a burden on society.
- LABOR LEADER: For the children's sake, we've got to reckon with the surviving parent's opportunity to remarry, and a woman with three children has a better chance to find a new husband than a very young widow with six children.”



# Historischer Rückblick

- seit 1980 USA: Hospital Ethics Committees
- Ethikkommissionen: Begutachtung von Forschung
- Vorreiter in D: konfessionelle Krankenhäuser
  - 1997 Empfehlung durch ev. und kath. Krankenhausverband
- seit 2001 freiwillige KTQ-Zertifizierung
- 2005: 149 Klinische Ethikkomitees in D  
2014: 74,9% der KH haben „irgendeine Form der Ethikberatung“
- KEK: Rechtlich in D weder vorgeschrieben noch reguliert



# Klinische Ethikberatung

*„Einrichtung von Klinischen Ethikkomitees ist eine direkte Reaktion auf die Professionalisierung des Medizinbetriebs und die Erfolge in der Medizintechnik ...“*

Anselm R. in Ethik als Kommunikation

- medizinischer Fortschritt
  - Therapiebegrenzung
  - Allokationsgerechtigkeit
  
- Autonomie
  - Ermittlung des mutmaßlichen Willens
  - Wertpluralismus
  
- Qualitätsmanagement



# Ethisches Entscheiden

- **Definition** nach Steinkamp und Gordijn:

„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.“



# Praxis des ethischen Entscheidens

- **Zielsetzungen**

- Primär: Ethisch möglichst gut begründete Entscheidung
- Sekundär: Konsens im Behandlungsteam

- **Herausforderung**

Wie gelangt man zu der ethisch am besten begründeten Entscheidung?





## Prozeduren und Praxis

- Ethisches Problem oder Kommunikationsproblem?
- Beteiligung des Teams:
  - Interdisziplinarität der Betreuung
  - Begrenztheit der Wahrnehmung (Pflege, Ärzte, Angehörige)
- Entscheidungen erfordern Bewertungen
- Ziel:
  - Konsens bei Situationsbeurteilung und Behandlungsempfehlung
  - Entscheidungen müssen vom Team getragen werden

# Praxis des ethischen Entscheidens

- möglichst multiprofessionelle und interdisziplinäre Besetzung der KEK
- Gleichberechtigung aller Beteiligten
- konsensorientierte Verfahren
- Entscheidungskompetenz verbleibt beim Behandler
- Befolgung der Empfehlungen/Voten bleibt freiwillig
- professionelle Leitung



# Organisationsformen nach Neitzke

- Expertenmodelle: Entscheidung nach „Aktenlage“
- Delegationsmodelle: Einer trägt den Fall vor
- Prozessmodelle: KEK-Mitglieder gehen auf Station, Beratung als „shared-decision-making“ mit vielen Beteiligten
- Offene Modelle: Ethikkonsiliar, Ethik-AG, Ethik-Cafés, Ethikforen ...

# Modelle klinischer Ethikberatung

<b>Modell</b>	<b>Kennzeichen</b>	<b>Vertreter (Beispiele)</b>
<b><i>Philosophisch orientierte Modelle</i></b>		
Phänomenologisch	Beobachten	Agich, Zaner
Hermeneutisch	Deuten	Widdershoven
Analytisch	Begrifflich-logische Analyse	
Dialektisch	Abwägen	Sokratische Methode
Intuitiv	Spontane Einfälle	
<b>Pragmatisch</b>	<b>Handeln ermöglichen</b>	<b>Fletcher, Fins, Richter</b>
<b>Intuitiv-prinzipienethisch</b>	<b>Gewissheit</b>	<b>Beauchamp/Childress, Steinkamp/Gordijn</b>
Analogisch	Kasuistik	Jonsen/Toulmin
Diskursethisch	Diskurs	Apel/Kettner
<b><i>Psychologisch orientierte Modelle</i></b>		
<b><i>Systemisch</i></b>	<b><i>Systematischer Perspektivenwechsel</i></b>	<b><i>Reiter-Theil</i></b>
<i>Psychoanalytisch</i>	<i>Manifeste vs. latente Inhalte</i>	<i>Partiell bei Kettner</i>

nach Uwe Fahr, 2008

# Klinische Ethikberatung

## Grundsätzlich:

- Egal welches Modell, strukturiert muss es sein
- Gleichberechtigung aller Beteiligten
- Verantwortung verbleibt beim behandelndem Arzt
- Verbindlichkeit der Empfehlung geht von argumentativer Überzeugung aus
- Team sollte/muss ethische Argumentation selbst nachvollziehen



# Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen

*Eine ethisch optimal verantwortete Behandlung und Versorgung von Patienten ist das Hauptziel der Nimwegener Methode für die interdisziplinäre ethische Fallbesprechung.*

*von Norbert Steinkamp und Bert Gordijn\**

## Fragenkatalog der Nimwegener-Methode

### 1 Problem

- Wie lautet das ethische Problem?

### 2 Fakten

#### Medizinische Gesichtspunkte:

- Wie lautet die Diagnose des Patienten, und wie ist die Prognose?
- Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?
- Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? In welchem Maße?
- Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?
- Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?
- Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden?
- Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

# Checkliste für Fallprotokoll

	Ja	Nein	Ent--- fällt
Begrüßung der Teilnehmer			
Vorstellung des Ablaufs der ethischen Fallbesprechung			
<b>1. Medizinische Aufarbeitung des Falles</b>			
<i>Medizinische Situation</i> des Patienten genau beschrieben			
Einschätzung verschiedener Teilnehmer/Berufsgruppen zur medizinischen Situation des Patienten erfragt			
<i>Behandlungsstrategien</i> als „Maßnahmenpakete“ herausgearbeitet			
Weiterer Verlauf (Prognose) für jede Behandlungsstrategie genau beschrieben			
Auswirkungen auf Lebenszeit und Lebensqualität berücksichtigt			
Bei zu erwartender eingeschränkter Lebensqualität: verschiedene Parameter der Lebensqualität beschrieben (Mobilität, Wahrnehmung, soziale Interaktion, (basale) Lebensfreude, Schmerzen, etc.)			
<b>2. Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten</b>			
Leitfrage zur <i>Wohlergehens---Perspektive</i> richtig gestellt			
Klar herausgearbeitet, welche Behandlungsstrategie aus der Fürsorgeperspektive für den Patienten am besten ist			
Einschätzungen verschiedener Teilnehmer zur Fürsorgeperspektive erfragt			
Wenn Ergebnis nicht eindeutig oder Teilnehmer uneinig: Nach Tendenz gefragt			
Zwischenergebnis aus der Fürsorgeperspektive zusammengefasst			
Leitfrage zur <i>Autonomie---Perspektive</i> richtig gestellt			
Klar herausgearbeitet, welche Behandlungsstrategie der Patient nach entsprechender Aufklärung bevorzugt			
Bei nicht einwilligungsfähigem Patient nach (1) Patientenverfügung, (2) früher mündlich geäußerten Behandlungswünschen oder (3) mutmaßlichem Patientenwillen gefragt			
Einschätzungen verschiedener Teilnehmer zur Autonomie---Perspektive erfragt			



# Gefahren der (Instituts-)Ethikberatung

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt, Apotheker oder – das Klinische Ethik-Komitee in Ihrer Umgebung.“ Wenn auch nicht auf den Beipackzetteln von Medikamenten, so könnte diese Formulierung doch schon bald auf den Einweisungsformularen von Krankenhäusern zu lesen sein. Zwar

- Ethikberatung als Ersatz ärztlicher Entscheidungen
- „Wohlfühlethik“ (Liening)
- „moral holidays“ (Kettner)
- KEK-Indikation vorher checken





## **Klinische Ethikberatung ...**

- ... muss keinen Konsens aller Beteiligten finden
- ... ist keine psychologische Betreuung/Gruppentherapie der Beteiligten
- ... kann (fehlende) Kommunikation auf Station/im Team nicht ersetzen
- ... ist nicht die letzte Instanz

# Struktur Klinische Ethikberatung

- Multiprofessionelle Zusammensetzung: Verschiedene Berufsgruppen (incl. Verwaltung!), sowie externe Mitglieder (z.B. Jurist)
- Mitglieder sind unabhängig, nicht weisungsgebunden, nur ihrem Gewissen verantwortlich
- Berufung durch Klinikumsleitung, i.d.R. für 3 Jahre
- Vorsitzender: im Klinikum anerkannte Persönlichkeit
- Stellvertreter und/oder Geschäftsführer ( Vorstand)
- KEK kann bei Bedarf externe Sachverständige beratend hinzuziehen (wichtig!)
- Regelmäßige Treffen sowie auf Beratung auf Antrag



# Praktische Fragen

- Wer stellt wie eine Fallanfrage?
- Wer nimmt die Fallanfrage entgegen? (Erstkontakt)
- Wer entscheidet über die Annahme des Falls?
- Wer koordiniert wie die Beratungsgespräche?
- Wer nimmt an den Beratungsgesprächen teil?  
Wer moderiert? Wer protokolliert?
- Wie wird Beratungsergebnis dokumentiert?
- Gibt es Folgetermine/Evaluation?



## **Klinische Ethikberatung - zeitliche Abläufe**

- Zwischen Anfrage und Fallbesprechung: 1-3 Tage
- Für akute Fälle in ZNA/Intensiv nie schnell genug
- Zweitbesprechungen selten





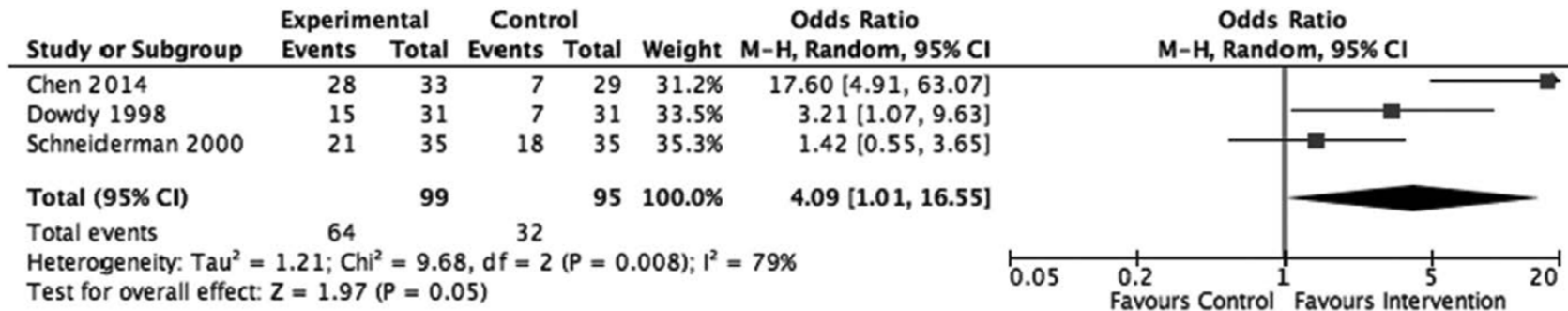
# Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting

A Randomized Controlled Trial

- Kontrollierte randomisierte Multicenter-Studie
- 551 ICU-Patienten, 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- Kein Unterschied in der Mortalität
- Im KH versterbende Patienten mit Ethikberatung:
  - Krankenhaustage  $\downarrow$  (-2.95 d,  $p=.01$ )
  - ICU – Tage  $\downarrow$  (-1.44 d,  $p=.03$ )
  - Beatmungstage  $\downarrow$  (-1.7 d,  $p=.03$ )
- 87% der Ärzte, Pflegenden und Patienten/Stellvertreter fanden klinisch-ethische Beratung hilfreich



# Outcomes of Ethics Consultations in Adult ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis



Consensus for a clinical decision was more frequently achieved with clinical ethics consultation (odds ratio, 4.09; 95% CI, 1.01-16.55;  $p = 0.05$ ).

Clinical ethics consultation was associated with lower resource utilization including significantly decreased ICU length of stay (mean difference, -4.65 d; 95% CI, -8.86 to -0.44;  $p = 0.03$ ).

Nachteiliger Effekt: Fallbesprechungen werden als anstrengend empfunden