

Futility

Entscheidungskonflikte mit Angehörigen



Prof. Dr. med. Fred Salomon

Chefarzt a.D. Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM)

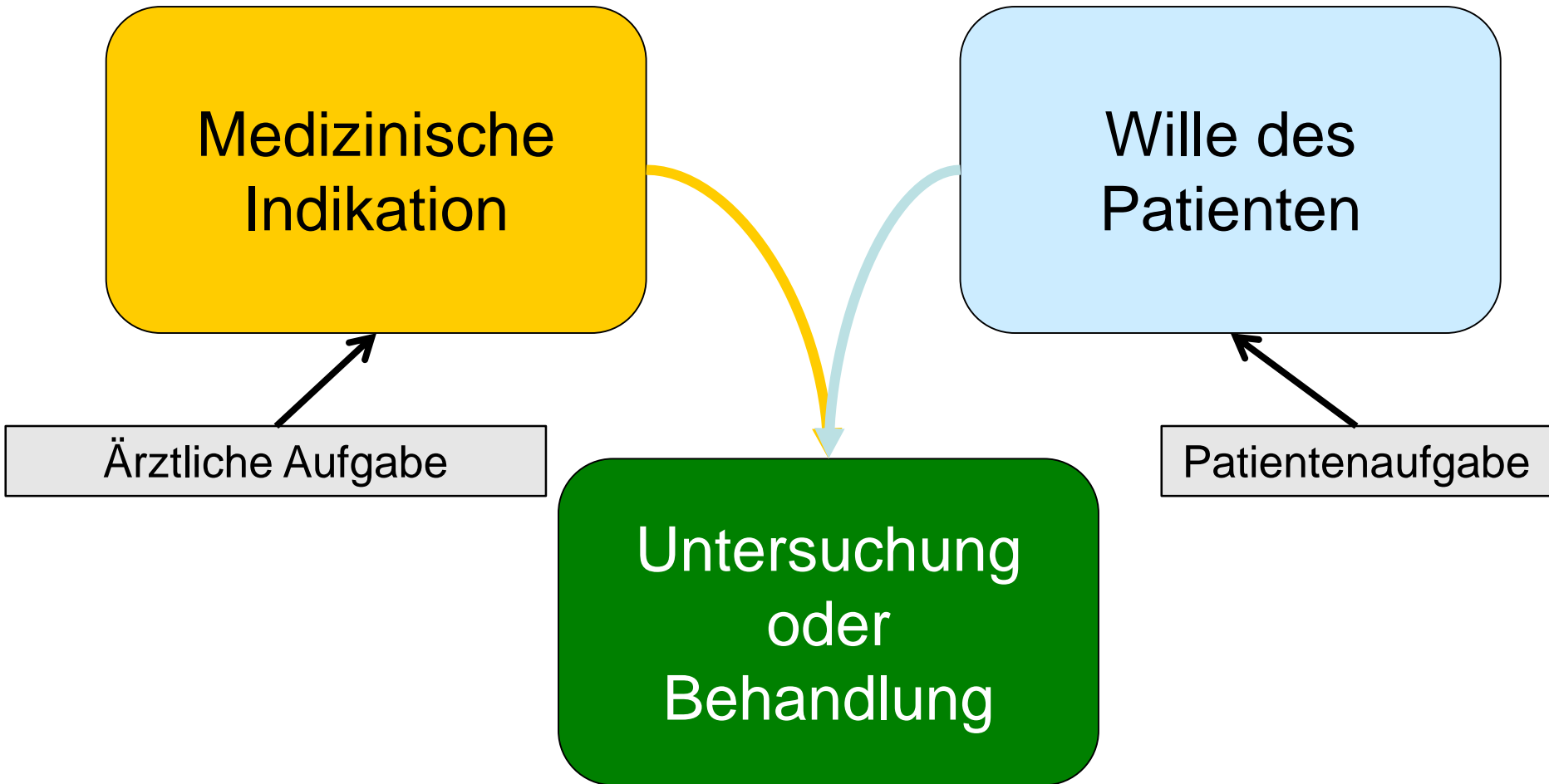
Lemgo

www.ethik-salomon.de

- Vor 6 Wochen Untersuchung (Schwäche, Husten)
- Bronchial-Ca (inoperabel, Bestrahlung geplant)
- Klinikeinweisung wegen deutlicher Atemnot
- Verlegung des rechten Hauptbronchus
- Analgosedierung, NIV
- Prognose: ohne Therapie: Tage bis Woche (?)
- mit Therapie: Monate (?)
- Bestrahlung ? Laser ? Stent ?
- Gespräch mit Ehefrau ⇒



Therapievoraussetzungen



Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 630c Mitwirkung, Informationspflichten

- (1) Behandelnder und Patient sollen ... zusammenwirken.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet,
dem Patienten in verständlicher Weise ...
sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände
zu erläutern
(Diagnose, gesundheitliche Entwicklung, Therapie, Maßnahmen)
- (4) Nicht nötig,
... insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist
oder der Patient auf die Information ... verzichtet hat

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 630d Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer ... Maßnahme ... ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen,

soweit nicht eine Patientenverfügung ... die Maßnahmen gestattet oder untersagt.

... für unaufschiebbare Maßnahme ... ohne Einwilligung ..., wenn sie dem mutmaßlichen Willen ... entspricht.

(2) ... vor der Einwilligung ... aufgeklärt.

(3) ... ohne Angabe von Gründen ... jederzeit formlos widerrufen

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 630e Aufklärungspflichten

- (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären.
- (2) Die Aufklärung muss
 1. mündlich ...
 2. rechtzeitig erfolgen ...
 3. für den Patienten verständlich sein.
- (4) Berechtigte sind auch aufzuklären.
- (5) ...auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser ... in der Lage ist ... und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft.

Betreuung

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in ... Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung),

prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Betreuung

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.

Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens ...

(3) ... (*gilt*) für Bevollmächtigte entsprechend.

Betreuung

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(4) Eine **Genehmigung** (*des Betreuungsgerichts*) ist **nicht erforderlich**, wenn zwischen **Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen** darüber besteht, dass die Erteilung, ... der **Einwilligung** dem ... **Willen des Betreuten** entspricht.

(5) ... gelten auch für einen **Bevollmächtigten**.

Er kann ... **nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen**, wenn die **Vollmacht** diese **Maßnahmen ausdrücklich umfasst** und **schriftlich erteilt** ist.

- Vor 6 Wochen Untersuchung (Schwäche, Husten)
- Bronchial-Ca (inoperabel, Bestrahlung geplant)
- Klinikeinweisung wegen deutlicher Atemnot
- Verlegung des rechten Hauptbronchus
- Analgosedierung, NIV
- Prognose: ohne Therapie: Tage bis Woche (?)
- mit Therapie: Monate (?)
- Bestrahlung ? Laser ? Stent ?
- Gespräch mit Ehefrau ⇒ Therapieversuch
- **Grenzen:** keine Reanimation, keine Nierenersatztherapie, Antibiose, Kreislaufstabilisierung, Beatmung
(für max. 2 Wochen)

Prüfung von Sinnlosigkeit

- Kann das angestrebte Therapieziel nach professioneller Einschätzung erreicht werden?
- Wird dieses Therapieziel vom Patienten gewünscht?
- Sind die Belastungen während der Behandlung durch die erreichbare Lebensqualität/Lebensperspektive aus Patientensicht gerechtfertigt?

75-jähriger Mann, Patientenverfügung, Ehefrau Vorsorgebevollmächtigte

01.09.: perforierte nekrotisierende Cholezystitis, schwere Peritonitis

⇒ IMC ⇒ obere GI-Blutung ⇒ Intensiv

03.09.: Sepsis, Ateminsuffizienz ⇒ Intubation ⇒ MOV

05.09.: Nierenersatztherapie

11.09.: weiter Sepsis, Darm kommt nicht in Gang

14.09.: nach gescheiterten Extubationsversuchen ⇒ Tracheotomie

21.09.: weiter Sepsis, > 40°C, Hb ↓, Tachyarrhythmie, kardiale Insuffizienz

⇒ Team: **Therapiezieländerung?** PV: **Ja** / Sohn: **Ja**

Ehefrau: **weiter machen!**

14.10.: mehrere Weaning-Versuche gescheitert, multiresistente Keime

⇒ Isolierung, Sepsis, MOV, Nierenersatztherapie

25.10.: Ärzte: **med. Indikation sehr zweifelhaft** / Sohn: **Ende** / Ehefrau: **weiter**

01.11.: Team beantragt Ethikberatung ⇒ Termin: 02.11.

02.11.: „keine Beratung“, Ehefrau lässt Pat. in Weaningzentrum verlegen

Fall 3: Grenzen der Sinnhaftigkeit in Neonatologie / Pädiatrie

- Türkisches Ehepaar Mitte 30, Mann spricht gut Deutsch, Frau nur wenig
- 3. SS, 2 gesunde Kinder, stabiles Umfeld
- 15. SSW: schwere Stenose der Harnröhre
- vesikoamniotischer Shunt, mehrfach Dislokation, Neuanlagen
- 28. SSW Bauchwanddefekt
- 35. SSW Sectio, großer Bauchwanddefekt
- primär Reanimation, Intubation, Beatmung
- Lungenhypoplasie, PVL, Anurie ⇒ Dialyse
- Darmdefekt ⇒ OP ⇒ Kurzdarm
- pulmonale Hypertension, drohende kardiale Dekompensation
- einige im Team: **sinnlos** / andere: **nicht völlig lebensunfähig**
- Vater: **palliatives Ziel akzeptiert** / Mutter: **jede Chance nutzen**



kuratives Ziel

palliatives Ziel

Patientenautonomie in der Pädiatrie

Steurer M, Berger Th M: Spezifische ethische Konflikte in der pädiatrischen und neonatologischen Intensivmedizin. In: Salomon F (Hg): Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, mww Berlin 2012, S.166

Autonomer Patient

- 2er-Beziehung
 - Patient – Arzt
- Patientenautonomie
 - Voll urteilsfähiger Patient hat Recht auf Selbstbestimmung
 - Respekt vor Patientenautonomie kommt vor Prinzip „Gutes tun“
- Informed consent
 - aufgeklärt
 - entscheidungsfähig
 - freiwillige Einwilligung

Nicht autonomes Kind

- 3er-Beziehung
 - Patient - Eltern (od. Vertreter) – Arzt
- Elterliche Autorität (nicht Autonomie)
 - Erlaubt den Eltern, im besten Interesse für ihr Kind zu entscheiden
 - hat nicht die gleiche Reichweite wie Patientenautonomie (⇒ BGB § 1666 Abs.1)
- Elterliche Erlaubnis (nicht consent)
 - dieselben Bedingungen nötig wie beim informed consent
- Einbezug des Kindes / Jugendlichen
 - altersgerechte Information
 - Kind in medizinische Entscheidungen soweit wie möglich einbeziehen.

Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen

Einwilligungsfähigkeit entwickelt sich

< 14 Jahre

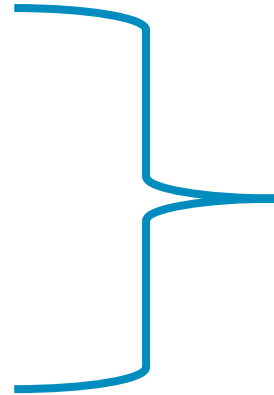
in der Regel nicht gegeben

14 – 16 Jahre

situationsabhängig

> 16 Jahre

in der Regel gegeben



Einzelfallprüfung

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 630e Aufklärungspflichten

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 [*Einwilligungsunfähigkeit*] sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 [*Widerruf*] gilt entsprechend.

Rolle von Angehörigen

- Angehörige sind nicht per se gesetzliche Vertreter (außer bei Minderjährigen)
- Sie sind wichtig, um Informationen über den Patienten zu liefern
- Probleme für Angehörige:
 - emotionale Bindung
 - Betroffenheit, Belastung
 - Schuldgefühl / Selbstvorwürfe
 - eigene Interessen (z.B. Erbe)
 - sollen Willen des Patienten vertreten, nicht den eigenen
- Wenn Angehörige einbezogen werden:
 - sollte eine gute Beziehung zum Patienten bestehen
 - sollten sie über den Patienten und seine Haltung Bescheid wissen
 - sollten sie verstehen können, um was es geht
- Umgang mit Angehörigen ist Öffentlichkeitsarbeit



U. Janssens¹, H. Burchardi², G. Duttge³, R. Erchinger⁴, P. Gretenkort⁵, M. Mohr⁶, F. Nauck⁷, S. Rothärmel⁸,
F. Salomon⁹, P. Schmucker¹⁰, A. Simon¹¹, H. Stopfkuchen¹², A. Valentin¹³, N. Weiler¹⁴, G. Neitzke¹⁵

Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI

Med Klin Intensivmed Notfmed
DOI 10.1007/s00063-016-0202-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

**G. Neitzke · H. Burchardi · G. Duttge · C. Hartog · R. Erchinger · P. Gretenkort ·
A. Michalsen · M. Mohr · F. Nauck · F. Salomon · H. Stopfkuchen · N. Weiler ·
U. Janssens¹**

¹ Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital, Eschweiler,
Deutschland

2016

Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI

Med Klin Intensivmed
Notfmed 2016, 111:486-92

Fragen zur Selbstreflexion von Stellvertreter / Angehörigen

- ? Was wünschen Sie sich selber?
Was wünschen Sie sich für den Patienten?
Was glauben Sie, wünscht sich der Patient?
- ? Ist Ihnen bewusst, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass der Patient diese Krankheitsphase überlebt?
- ? Ist Ihnen die Einschränkung der Lebensqualität bewusst, falls der Patient diese Krankheitsphase überlebt (z.B. Pflegebedürftigkeit, Kommunikationsfähigkeit)?
- ? Welche Bedeutung hat das für ihre Beurteilung?

Fragen zur Selbstreflexion von Stellvertreter / Angehörigen

- ? Haben Sie geprüft, ob die aktuelle Therapiesituation und das aktuelle Therapieziel mit der Patientenverfügung des Patienten bzw. mit seinen früher geäußerten Standpunkten übereinstimmen?
- ? Welche sonstigen früheren Äußerungen des Patienten (jenseits der Patientenverfügung) könnten noch relevant dafür sein, was er sich in der jetzigen Situation wünscht?

Beispiele:

Wie ist er mit Krankheit umgegangen?

Welche Erfahrungen hat er mit Sterbenden gemacht?

Was war für sein Leben wichtig?

Was trug für ihn zur Lebensqualität bei?

Welche Lebenspläne hatte er zuletzt?

- ? Fühlen Sie sich ausreichend informiert, um eine Bewertung der Sinnhaftigkeit aus Sicht des Patienten vorzunehmen?

STATT KARTEN

Hermann Adolf Wilhelm Wendt

Landwirtschaftsdirektor a. D.

13. 11. 1918 – 10. 9. 1999

Gestorben am 4. 1. 1999,
gegen seinen Willen wiederbelebt,

endgültig zur Ruhe gegangen am 10. 9. 1999.

Dankbar für die Zeit, die uns mit unserem geliebten Mann, Vater, Großvater und Schwager geschenkt war, nehmen wir schweren Herzens Abschied.

Magdalene Wendt, geb. Kienitz

Magdalene Bruns, geb. Wendt, mit Hermann, Rona, Sophie und Jonathan

Gertrud Fasselt, geb. Wendt, und Johannes mit Anne und Christian

Heinz Wendt und Hannelore mit Andreas, Ulrike und Christiane

Gudrun Wendt-Nobbe, geb. Wendt, und Friedrich mit Matthiás, Anja und Miriam

Ortrun Griebel, geb. Wendt, und Ulrich mit Cyril, Julica und Myron

Hans-Oskar Kienitz und Ruth mit Sabine

32429 Minden, Philosophenweg 29

Die Trauerfeier findet am Montag, dem 13. September 1999, um 14.30 Uhr in der Petrikirche,
Ritterstraße 7, Minden, statt. Anschließend Überführung zur Einäscherung.

Im Sinne des Verstorbenen bitten wir um eine Spende an den Verein Gehörlosen- und Hörgeschädigtenhilfe Ostwestfalen e. V. auf die Konten 908644500 bei der Spadaka Minden-Porta, BLZ 49060127 oder Volksbank Minden, Konto 601216800, BLZ 49060392.