

Therapeutische Entscheidungen am Lebensende - die ethische Dimension. Palliative Geriatrie

Thomas Frühwald
Abteilung für Akutgeriatrie des Krankenhauses Hietzing
mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Forum Palliative Geriatrie
Albert Schweitzer Klinik
Graz, 29.10.2014

Inhalte

- Therapeutische Entscheidungen am Ende des Lebens – Ethische Aspekte
- Palliative Geriatrie
- Frailty, Ende des Lebens - „End-of-Life Phase“, Indikatoren für Palliative Care in der Geriatrie

Ethische Fragestellungen in der Geriatrie

Der alte Mensch am Lebensende

Inhalte

- **Ethische Entscheidungen in konkreten Fällen - Wie vorgehen?**
- Einige Fragen zur Ethik in der Geriatrie und am Lebensende
- Autonomie - Erosion der Autonomie am Lebensende

Geriatric

was ist so speziell...

- Umgang mit sehr vulnerablen Menschen.
- Umgang mit Menschen, die zunehmend in ihrer Selbständigkeit und Autonomie behindert und deshalb hilfsbedürftig sind.
- Umgang mit Menschen an ihrem **Lebensende**.
- Betreuung von Menschen in einem Umfeld, welches von ihnen oft nicht freiwillig gewählt wurde - nicht nur einen kurzen Ausschnitt ihrer Biographie lang, sondern meist während ihres gesamten letzten Lebensabschnitts.

Deshalb: Beschäftigung mit Fragen der Ethik – als Suche nach Prinzipien und Grundlagen für ein gerechtes, sinnvolles, vernünftiges, einsichtiges, gutes, empathisches Entscheiden und Handeln...

Ethische Prinzipien

Grundlagen der ethischen Entscheidungsfindung

Beauchamp & Childress, Principles of Biomedical Ethics, 1994

- **Benefizprinzip:** Wohltätigkeitsprinzip. Verpflichtung Gutes zu tun, zum Wohl der Kranken zu handeln.
- **Non-Malefizprinzip:** Nichtschadensgebot, Verpflichtung Schlechtes abzuwehren, nicht zu schaden.
- **Autonomie:** Verpflichtung, die individuelle Persönlichkeit und deren Recht auf unabhängige Selbstbestimmung zu respektieren, wenn es um deren eigene Lebensprojekte, sowie physische und psychische Integrität geht.
- **Gerechtigkeit:** Verpflichtung, Diskriminierung zu vermeiden, nicht auf Grundlage irrelevanter Merkmale zu unterscheiden. Verpflichtung, Ressourcen gleich, nicht willkürlich zu teilen (Verteilungsgerechtigkeit).

Spannungen zwischen diesen Prinzipien sind nicht immer auszuräumen, man muss sie manchmal auch produktiv aushalten können.

Gian Domenico Borasio, 2006

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin

nach Marckmann G, in der Schmitt J, 2010

- Primär: Klärung der Frage, unter welchen Bedingungen es zulässig ist, eine diagnostische, oder therapeutische Maßnahme durchzuführen. **Nicht erst der Abbruch einer medizinischen Maßnahme, schon deren Initiierung bedarf einer Rechtfertigung**
- Voraussetzung für medizinische Maßnahmen sind die ethischen Prinzipien, daraus abgeleitet: **drei Legitimationsvoraussetzungen:**
 1. die Maßnahme soll d. Pat. insgesamt mehr nutzen als schaden
 2. der / die Pat. muss nach Aufklärung der Maßnahme zustimmen (Ausnahmen: bewusstlose Pat., Gefahr in Verzug...)
 3. die Maßnahme muss „lege artis“ sein
- Auf eine (lebensverlängernde) Maßnahme sollte verzichtet werden, wenn schon eine der Legitimationsvoraussetzungen nicht erfüllt ist – dies wäre ein s.g. **individualethische Therapieentscheidung...**

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin

nach Marckmann G, in der Schmitt J, 2010

Schwierigkeiten bei der individuellethischen Therapieentscheidung:

- Fehlende **Einwilligungsfähigkeit** d. Pat.
- Bestimmung der **Nutzlosigkeit einer med. Maßnahme („Futility“)**:
 - Unterscheidung zw. **Nutzen** und **Wirksamkeit**:
 - eine Maßnahme kann physiologisch wirksam sein, aber f. d. Pat. ohne Nutzen...
 - relevant f. die Frage des Behandlungsabbruchs ist nur der Nutzen f. d. Pat., nicht die Wirksamkeit, d.h. irgendein physiologischer Effekt
 - Beurteilung des Nutzens:
 - Evidenz aus klinischen Studien (EBM)
 - Leitlinien, Konsensusempfehlungen
 - individuelle ärztliche Expertise

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin

nach Marckmann G, in der Schmitt J, 2010

Definitionsmöglichkeiten von Nutzlosigkeit:

- **Enge Definition:** eine Maßnahme ist nutzlos, wenn sie keine physiologische Wirksamkeit hat...
 - medizinisch-fachliche Urteile
 - eine einseitige ärztliche Entscheidung ist gerechtfertigt, geboten...
- **Definition im weiteren Sinne:** Maßnahme nutzlos wenn z.B.:
 - nur geringe Erfolgsaussichten
 - keine erstrebenswerten Behandlungsziele
 - inakzeptable Lebensqualität
 - mehr Schaden als Nutzen zu erwarten

Weite Definition:

- ist wertend!
- sollte dem Pat. Überlassen werden (wenn er dazu in der Lage ist...)

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin

nach Marckmann G, in der Schmitt J, 2010

Sozialethischer Therapieverzicht:

- Folgt dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit
- Relevant, wenn es um die gerechte Verteilung limitierter Ressourcen geht (Verteilungsethik, Allokationsethik)
- Verzicht auf medizinische Maßnahmen, wenn sie dem Pat. einen geringen Nutzensgewinn bringen bei gleichzeitig hohen Zusatzkosten
- Die Ressourcen können anderen Pat. zukommen, die einen größeren Nutzensgewinn von ihnen haben

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin

Marckmann G, in der Schmitten J, 2010

Ethische Grundlagen des Therapieverzichts			
Prinzipien	Ethische Voraussetzungen	Kriterien f. Therapieverzicht	
Benefizprinzip	Nutzen für den Patienten (Indikation)	Nutzlosigkeit, Vergeblichkeit (Futility)	individualethisch
Non-Malefizprinzip			
Autonomie	Einwilligung d. Pat.	Keine Einwilligung d. Pat.	
Gerechtigkeit	Fairer Einsatz knapper Ressourcen	Geringer Grenznutzen bei hohen Grenzkosten, insb. wenn kostengünstigere Alternative vorhanden	sozialethisch

Allokationsethik – Geriatrie

Thematisierung der Altersrationierung



Daniel Callahan: sieht im Lebensalter ein entscheidendes Kriterium, ob eine Leistung vom Kollektivfinanzierungssystem angeboten wird, oder nicht.

Ab dem 80. LJ sollen nur Kosten für Leidensminderung, nicht aber für Maßnahmen, der Lebensverlängerung zu übernehmen sein...

Callahan D: Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. Georgetown University Press, 1987, 1995

A medicine that can save lives but leaves more sick and damaged people in its wake ironically can create even more problems than it solves, often sparing people a quick death but giving them, in its stead, a longer life marked by sickness and disability.

Callahan D et al: A World Growing Old. 1995, 148-168

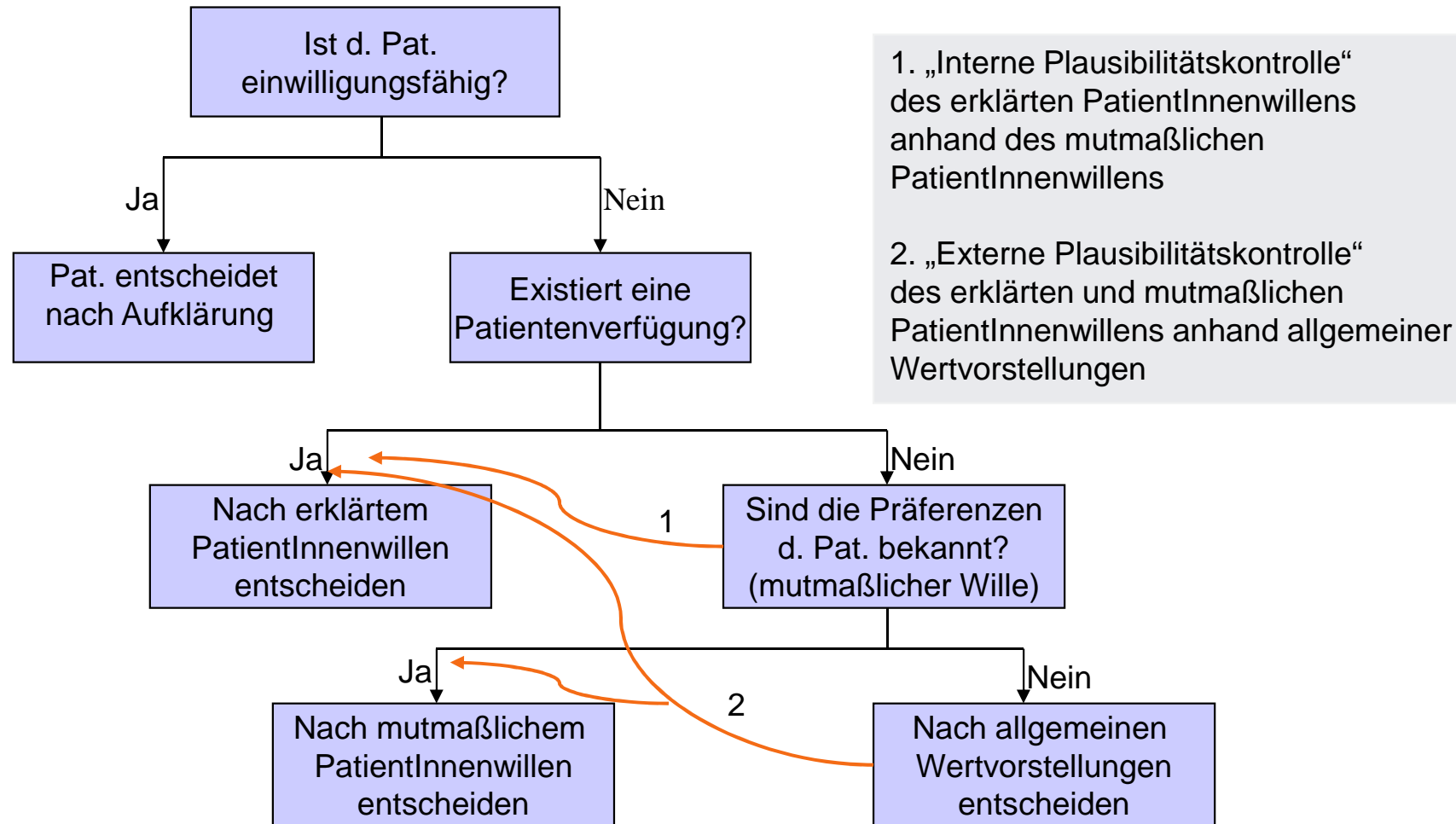
Ethische Entscheidungen in konkreten Fällen

Entscheidungsfähigkeit und kognitive Kompetenz?

Kriterien, Vorbedingungen der Annehmbarkeit eines Entschlusses

- **Genügend Wissen:** der Patient/die Patientin muss die Fakten verstehen, er/sie muss die Optionen verstehen (z.B.: was passiert bei Behandlung / bei Nicht-Behandlung), klar und deutlich sagen, welche der Optionen er / sie bevorzugt...
- **Genügend Zeit** zum Überlegen
- **Kein Druck**, oder Zwang
- **Authentizität:** er/sie muss eine Erklärung (warum er/sie das eine, oder das andere vorzieht) im Einklang mit den eigenen Werten geben können. Es ist gleichgültig, ob man selbst damit übereinstimmt, oder nicht...

Algorithmus zur Berücksichtigung des Patientenwillens bei einwilligungsunfähigen PatientInnen *Marckmann G. 2004*



1. „Interne Plausibilitätskontrolle“ des erklärten PatientInnenwillens anhand des mutmaßlichen PatientInnenwillens
2. „Externe Plausibilitätskontrolle“ des erklärten und mutmaßlichen PatientInnenwillens anhand allgemeiner Wertvorstellungen

Ethische Entscheidungsfindung in der Medizin und autonomer Patientenwille

Gian Domenico Borasio, 2006

- Vor den Überlegungen über den Patientenwillen sollte immer die Frage der allgemeinen medizinischen Indikation geklärt sein. Diese kann mit zwei Fragen geklärt werden:
 - gibt es ein vernünftiges Therapieziel (z.B. Lebensverlängerung)?
 - ist dieses Ziel auch realistisch?
- Erst wenn diese Fragen mit „ja“ beantwortet wurden, kann man zur individuellen Indikationsprüfung schreiten und fragen, ob dieses Therapieziel mit dem deklarierten, oder mutmaßlichen Patientenwillen auch übereinstimmt.
- Die Frage nach dem Patientenwillen ist oft irrelevant, weil es schon an der allgemeinen Indikation für die geplanten medizinischen Interventionen mangelt.

Therapieentscheidungen

Für, oder gegen die Initiierung, od, Beendigung einer medizinischen – ev. lebenserhaltenden - Therapie – inkl. künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Zunächst zu klärende Fragen:

- 1) Wie ist die Prognose?** *Besteht eine realistische Wahrscheinlichkeit, dass d. Pat. mit medizinischer Unterstützung überleben wird?*
- 2) Wenn eine Überlebenschance besteht, wird die Lebensqualität dann eine für d. Pat. akzeptable sein?** *Wenn d. Pat. nicht selbst für sich Stellung nehmen kann, muss d. Arzt (am besten im Einklang mit den Angehörigen) versuchen in seinem/ihrem Sinn zu entscheiden.*
- 3) Wie verhält sich der potentielle Nutzen zum potenziellen Schaden der medizinischen Intervention?** *Die subjektive Beurteilung d. Pat. ist zu berücksichtigen, nicht die der Angehörigen, od. d. Ärzte*
- 4) Will d. Pat. selbst die medizinische - ev. lebenserhaltende - Maßnahme?** *Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille... Vorsorgevollmacht*

Ethische Fragestellungen in der Geriatrie

Der alte Mensch am Lebensende

Inhalte

- Ethische Entscheidungen in konkreten Fällen - Wie vorgehen?
- **Einige Fragen zur Ethik in der Geriatrie und am Lebensende**
- Autonomie - Erosion der Autonomie am Lebensende

Zu Fragen der Ethik am Lebensende

Der Tod erscheint nicht mehr als eine zur Natur des Lebendigen gehörende Notwendigkeit, sondern als eine vermeidbare, jedenfalls im Prinzip traktable und lange aufschiebbare organische Fehlleistung.

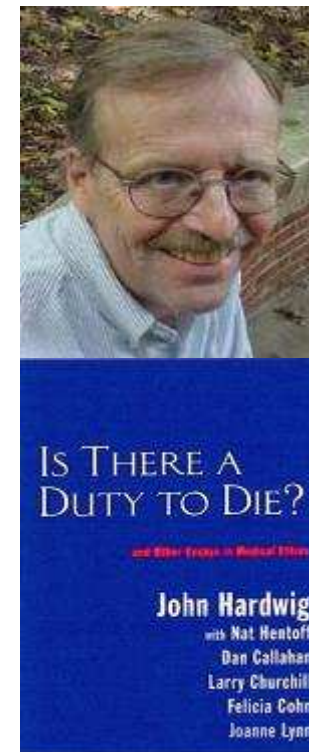
Hans Jonas: „Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation“, Suhrkamp, 1979



Zu Fragen der Ethik am Lebensende

Überlegungen, ob man das Lebensende unter dem Druck demografischer Entwicklungen und mit ökonomischen Argumenten quasi „verordnen“ sollte, als gesellschaftliche Verpflichtung der Alten...

John Hardwig: „Is There a Duty to Die?“
Hastings Center Report 1997, 27(2) 34-42; Routledge, 2000



Zu essen Aufhören – „Ausweg am Lebensende“?
Chabot B, Walther Ch, 2010

Der am Lebensende akut erkrankte alte Mensch

Drei häufige Charakteristika:

1. insgesamt zwar schlechte, aber unsichere Prognose
2. Therapie kann lebensverlängernd sein, ist aber oft belastend
3. der/die Pat. ist betreuungsbedürftig, oft kognitiv beeinträchtigt

Zwei mögliche Wege:

1. Symptomkontrolle, Wahrung optimaler Lebensqualität und Würde
2. belastende Behandlung mit mehr oder minder großer Hoffnung auf sinnvollen Nutzen für den/die Pat.

Schwierigkeiten der Betreuung sterbender PatientInnen

Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 326: 30-34, 2003

Hürden beim Erkennen (bei der Diagnose) des Sterbens:

- Hoffnung, dass es dem/der Pat. schon besser gehen wird
- Keine klare Diagnose der zum Sterben führenden Krankheit(en)
- Verfolgen unrealistischer od. vergeblicher („futile“) Interventionen
- Uneinigkeit im Team in der Beurteilung der Situation d. Pat.
- Nicht Erkennen oder Verkennen von Symptomen u.a. wegen mangelnder Kompetenz in **Palliative Care**...

Schwierigkeiten der Betreuung sterbender PatientInnen

Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life.

BMJ 326: 30-34, 2003

Hürden beim Erkennen (bei der Diagnose) des Sterbens:

- Mangelnde Kommunikationsfähigkeit mit d. Pat. u. Angehörigen
- Angst, eine Therapie (Ernährungstherapie) nicht zu beginnen, bzw. sie abzusetzen
- Angst, das Leben zu verkürzen
- Angst, Reanimation nicht zu beginnen
- Kulturelle, religiöse Bias, forensische Bedenken, Unsicherheiten

Schwierigkeiten der Betreuung sterbender PatientInnen

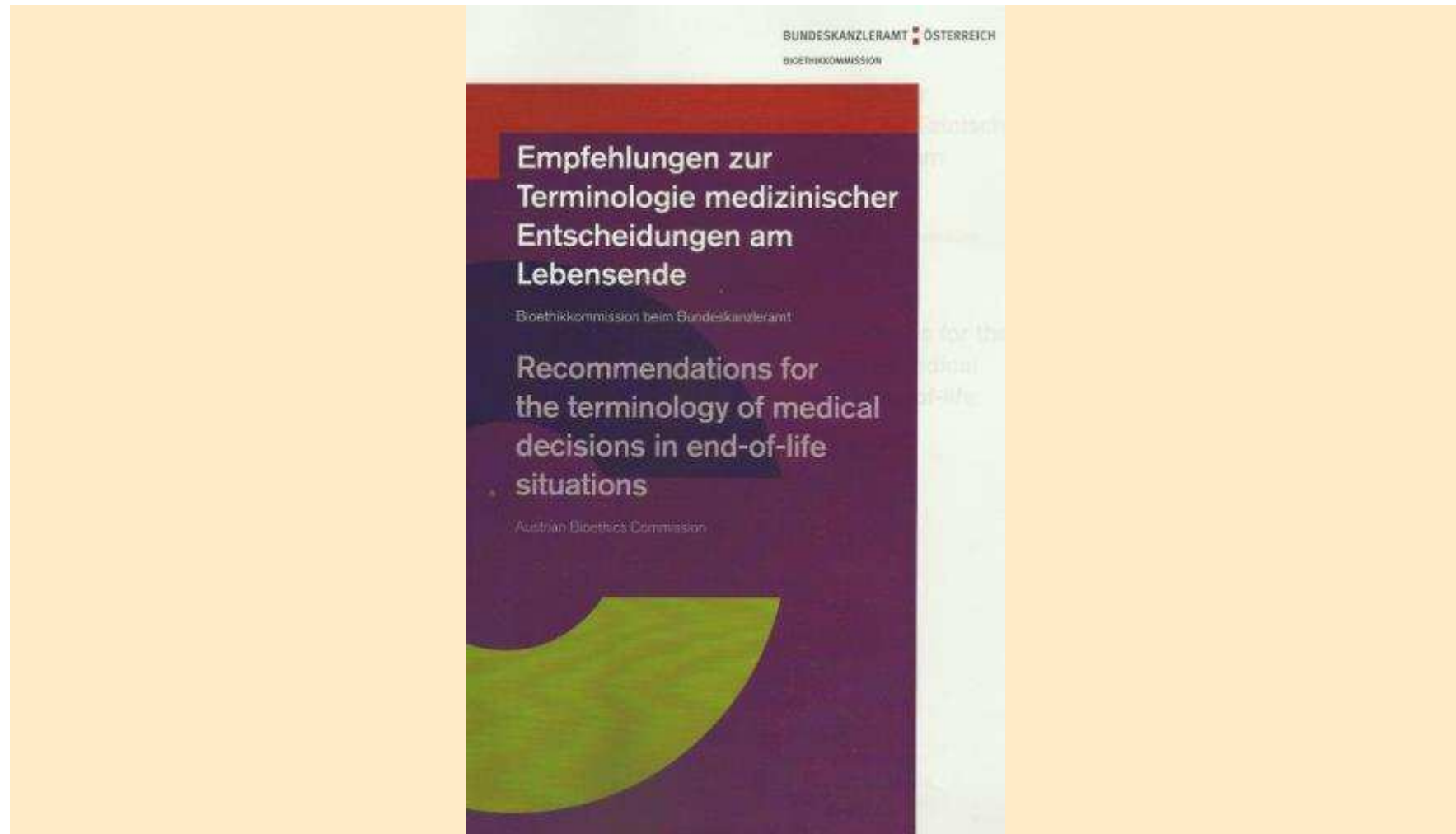
Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life.

BMJ 326: 30-34, 2003

Folgen des Nicht-Erkennens des Sterbens:

- der/die Pat. und die Angehörigen bleiben uninformiert, unvorbereitet, erhalten widersprüchliche Informationen
- der/die Pat. stirbt mit schlecht kontrollierten Symptomen
- der Sterbeprozess ist belastend, unwürdig - für den/die Sterbende(n) und sein/ihr Umfeld
- unnötige, sinnlose Reanimationsversuche
- kulturelle, spirituelle, religiöse Bedürfnisse d. Pat. nicht befriedigt
- komplexe Schwierigkeiten bei der Trauerarbeit
- Klagen, Beschwerden über schlechte Betreuung

Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende
Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 6/2011
<http://bka.gv.at/DocView.axd?CobId=44491>



Überlegungen zum Lebensende

Empfehlungen zur **Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende.**

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 6/2011

<http://bka.gv.at/DocView.axd?CobId=44491>

Tod:

- unwiderruflicher, klar definierter Zustand

Lebensende - End-of-Life (EoL):

- Prozess, der mit dem Tod endet
- eine sehr dehnbare Lebensphase: zeitlich und biologisch
- noch unschärfer durch Applikation medizinischer Interventionen, Technologien
- **keine genaue Definition, keine Diagnose (*diagnosing dying...*) – keine exakte Grundlage für medizinisches Vorgehen vorhanden...**

Überlegungen zum Lebensende

Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende

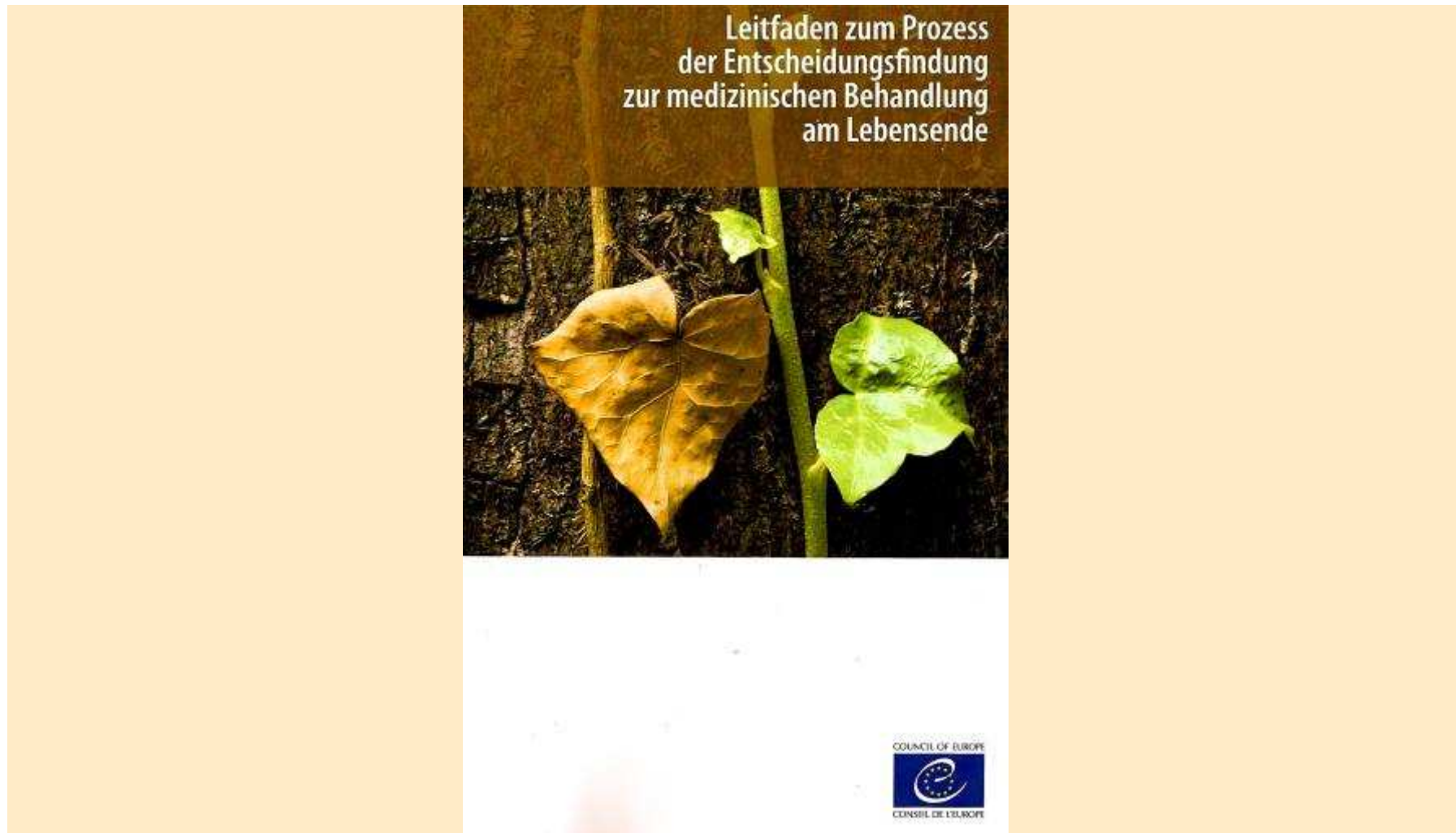
Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 6/2011

<http://bka.gv.at/DocView.axd?CobId=44491>

- Gratwanderung zw. Lebensverlängerung u. Sterbensverlängerung
- Konflikt zw. medizinischer Machbarkeit u. Nutzen für den Betroffenen
- Klassische medizinische Muster greifen nicht – z.B. auf EBM sich berufende Entscheidungen für od. gegen eine Therapie
- Entscheidungsfindung beeinflusst durch:
 - Angst zu versagen
 - Angst vor rechtlichen Konsequenzen
- Das Sterben erscheint immer weniger als natürliches Ereignis, sondern als ein medizinisch gestalteter Prozess
- Kollisionsszenarien:
 - von Moralvorstellungen der Pat., deren Angehöriger u. der Ärzte
 - von ökonomischen Zwängen, medizinischen Verheißungen u. dem Wunsch der Sterbenden u. deren Angehöriger

Europarat 2014

http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences_and_symposia/Guide%20FDV%20deutsch.pdf



Ethische Fragestellungen in der Geriatrie

Der alte Mensch am Lebensende

Inhalte

- Ethische Entscheidungen in konkreten Fällen - Wie vorgehen?
- Einige Fragen zur Ethik in der Geriatrie und am Lebensende
- **Autonomie - Erosion der Autonomie am Lebensende**

Spannungsfelder der Geriatrie

- zwischen der **Todesnähe** und dem Sichern einer **Lebensqualität** unabhängig von der Länge des noch verbleibenden Lebens
- zwischen Förderung der individuellen **Selbständigkeit und Autonomie** einerseits und Gewährleistung von **Schutz, Hilfe und Betreuung** durch fürsorglichen Paternalismus (der Institution), wenn die alten Menschen selbst nicht mehr dazu in der Lage sind andererseits

Autonomie am Lebensende

Autonomie: wörtlich: *Selbst-Gesetzgebung*

- Ein Faktor der subjektiven und auch objektiven Einschätzung der **Lebensqualität**...
- Möglichkeit, Fähigkeit zur Selbstbestimmung *J.G.Meran*
- Auf das Subjekt bezogene **Freiheit**...

Der Begriff ‚**Freiheit**‘ beinhaltet nach **Kant** 2 Teile:

1. **Freiheit des Willens** - bei Menschen mit Demenz oft nicht mehr vorhanden, bzw. ihnen nicht mehr zugestanden...
2. **Freiheit des Handelns** - am Lebensende oft verloren...



Erosion der Autonomie am Lebensende

1. Demenz:

Führt zur weitgehenden Zerstörung der Autonomie.

Hat der Mensch mit Demenz denn keine Lebensqualität mehr?

Kann er / sie sich nicht der Dinge des Lebens erfreuen?

2. Abhängigkeit von Betreuung u. Pflege, Institutionalisierung:

Zusätzliche Erosion der Autonomie: Reduktion der Privatsphäre des Patienten, Einschränkung seines Willens durch die Regeln und die Ordnung der Institution.

Das Autonomieprinzip des Individuums wird vom Wohltätigkeitsprinzip der Institution untergraben...

Autonomie in der Geriatrie zwischen Mythos und Wirklichkeit

nach Th.Rehbock: *Autonomie-Fürsorge-Paternalismus - Zur Kritik medizin-ethischer Grundbegriffe. Zeitschrift f. Ethik in der Medizin 3;131-150,2002*

Mythos:

- Die sich aus der Menschenwürde ableitende **Autonomie** d. Pat. als die einzige ausschlaggebende Dimension bei der Entscheidungsfindung in der Geriatrie

Wirklichkeit:

- Ohne optimale Fürsorge für die Pat. in Form adäquater Beratung u. persönlicher, empathischer Anteilnahme u. Begleitung, Betreuung, Pflege bestünde die Gefahr in einen **Autonomismus** abzugleiten - das sich Verlassen auf die autonome Entscheidung von Menschen, die nicht sicher dazu in der Lage sind...
- Gefahr einer indifferenten, gleichgültigen Haltung, die nur noch den autonomen Kunden sieht und sich nicht um die Folgen kümmert...

Autonomie in der Geriatrie zwischen Mythos und Wirklichkeit

nach Th.Rehbock: *Autonomie-Fürsorge-Paternalismus - Zur Kritik medizin-ethischer Grundbegriffe. Zeitschrift f. Ethik in der Medizin* 3;131-150,2002

„Die **Begrenzung der Autonomie** zu akzeptieren, vor allem auch im hohen Alter mit seinem zunehmenden Hilfs- und Unterstützungsbedarf, ist eine **Voraussetzung für ein gelingendes Alter** und kein Widerspruch zum Grundsatz der Alterspflege, alles daran zu setzen, die Selbständigkeit möglichst zu wahren oder wieder zu erlangen.“

Autonomie am Lebensende



„ ... die Normen der Autonomie und der Selbstbestimmung werden konkurrenzlos als die Nr.1, als unendlich steigerbar vorgestellt... merkwürdigerweise insbesondere für die Zeit des Lebensendes... Dabei handelt es sich um den Kampf gegen die Arroganz der Halbgötter in Weiß...“

„...es wird aber zunehmend auch die Frage gestellt, ob nicht die Patientenautonomie dabei sei, ein Optimum zu überschreiten und ein dann eher wieder schädigendes Maximum anzustreben, während umgekehrt die Autonomie der Ärzte (und der anderen Behandler) und damit ihre (*mangelnde*) Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, Anlass zur Sorge gebe...“

Klaus Dörner, Plenarvortrag am 5.Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Aachen, April 2005

Das Dogma der Autonomie wird nun relativiert...

Schneider CE. The practice of Autonomy. Oxford Univ.Press, N.Y., 1998 zitiert in: Atul Gawande. Complications. A surgeon's notes on an imperfect science. H.Holt & Co, 2002

Autonomie ist nicht der ultimative Wert, wie er neuerdings von der Medizinethik propagiert wird - sie ist ein Wert von vielen...

Patienten erwarten nicht primär den Respekt ihrer Autonomie, sondern Güte („*kindness*“). Sie vermittelt einem die Gewissheit der eigenen Kontrolle über lebenswichtige Entscheidungen, sie lässt aber auch die Möglichkeit zu, schwierige Entscheidungen, die man nicht machen will / kann zu übernehmen, oder den Patienten dabei zu begleiten, ihn/ sie anzuleiten.

Manchmal ist der richtige, der gütige, mitfühlende („*kind, compassionate*“) Weg, den Patienten zur richtigen, guten Entscheidung mit sanftem Druck anzuleiten, zu zwingen...

Zum Thema Autonomie

***Wir sind alle Hüter des Anderen.** Ohne eine solidarische Gemeinschaft ist es unmöglich unseren Interessen nachzugehen und unsere Talente zu verwirklichen. Diejenigen, die behaupten, dass Benefizienz keine gesellschaftliche Pflicht, sondern einfach eine Sache des Geschmacks ist, übersehen die Tatsache, dass um ein autonomer Mensch zu sein wir auf die Wohltätigkeit anderer angewiesen sind.*

E.H.Loewy, 2009



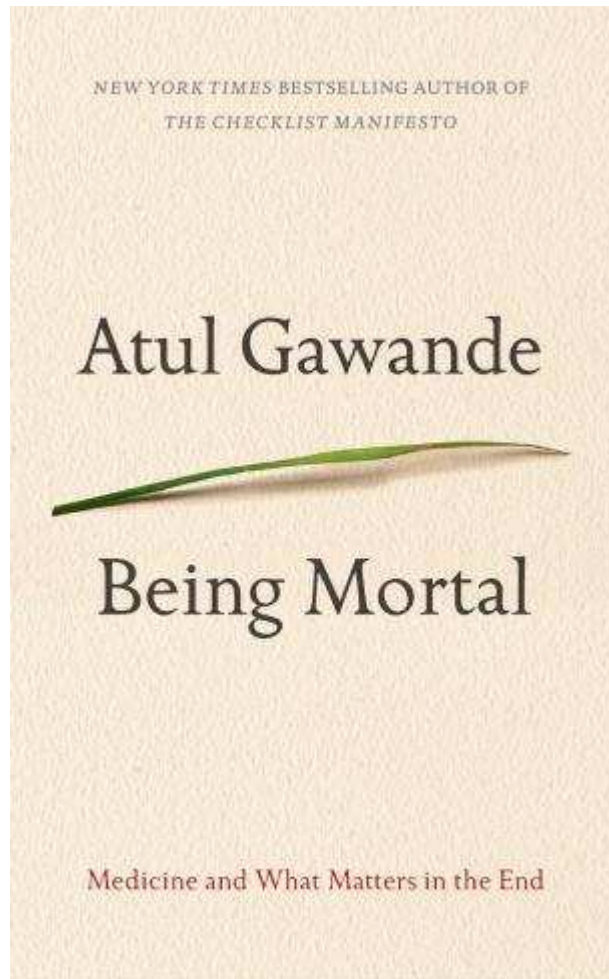
*As the field grows more complex and technological, the real task is not to banish paternalism, the real task is to preserve **kindness**.*

Atul Gawande, 2002



Buchempfehlungen:

- *Agich GJ*: *Autonomy and Long-Term Care*. Oxford University Press, 1993
- *Beauchamp TL, Childress JF*: *Principles of Biomedical Ethics*, 5th Ed., Oxford University Press, 2001
- *British Med. Association*: *The Ethics of Caring for Older People*, 2nd Ed., Wiley Blackwell 2009
- *Gormally L, Ed.*: *The Dependent Elderly - Autonomy, Justice and Quality of Care*. Cambridge University Press, 1992
- *Helmchen H, Kanowski S, Lauter H*: *Ethik in der Altersmedizin*. Kohlhammer, 2006
- *Hick Ch*, Hrsg.: *Klinische Ethik*, Springer, 2006
- *Jonas H*: *Das Prinzip Verantwortung*, Suhrkamp TB, 1984
- *Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ*: *Clinical Ethics*, 5th Ed. McGraw-Hill, 2002
- *Körtner UHJ*: *Grundkurs Pflegeethik*. Facultas - UTB, 2004
- *Krebs A, Pfeleiderer G, Seelmann K*: *Ethik des gelebten Lebens*. Pano Verlag Zürich, 2011
- *Kruse A*: *Das letzte Lebensjahr*, Kohlhammer Urban TB, 2006
- *Lidz CW, Fischer L, Arnold RM*: *The Erosion of Autonomy in Long Term Care*. Oxford University Press, 1992
- *Loewy EH*: *Ethische Fragen in der Medizin*. Springer-Verlag Wien New York, 1995
- *Loewy EH, Loewy RS*: *The Ethics of Terminal Care - Orchestrating the End of Life*. Kluwer Academic Publishers, 2000
- *Loewy EH, Loewy RS*: *Textbook of Health Care Ethics*, 2nd Ed. Kluwer, 2004
- *Maio, G*: *Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin*, Schattauer, 2012
- *Pauer-Studer H*: *Einführung in die Ethik*. WUV-UTB, 2003
- *Randall F, Downie RS*: *Palliative Care Ethics*. Oxford Medical Publications, 1996
- *Steinkamp N, Gordijn B*: *Ethik in der Klinik*. Luchterhand, 2003



Metropolitan Books, 2014



Trias Verlag, 2014



C.H. Beck Verlag, 2011

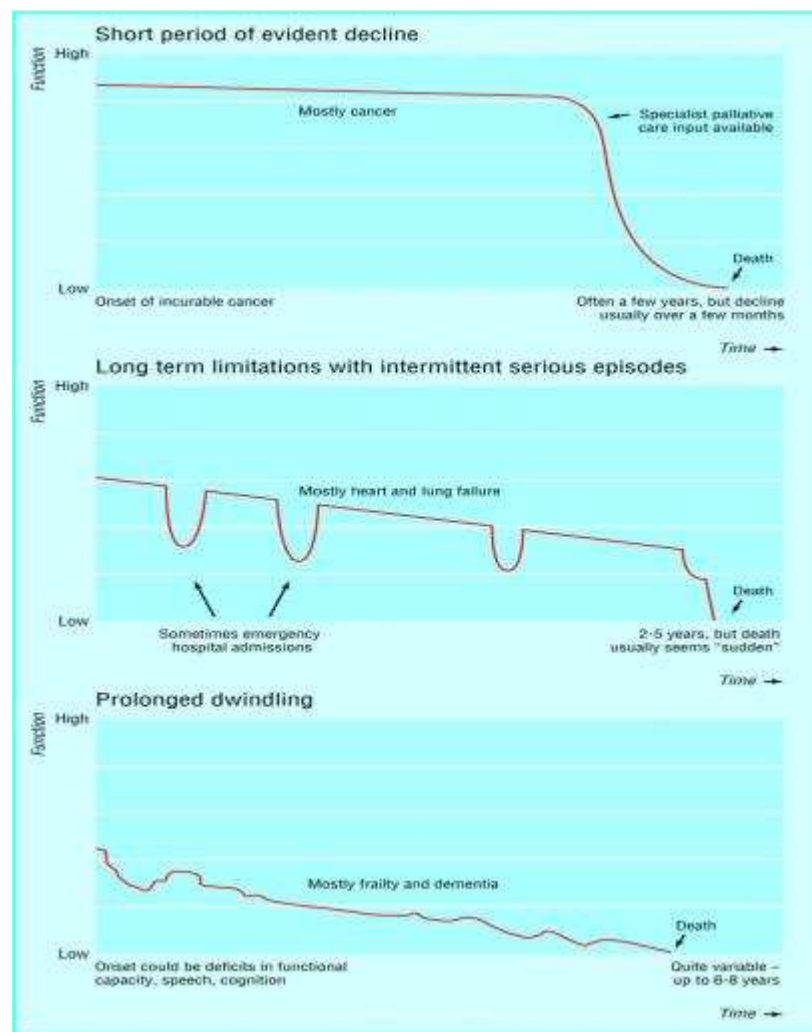


C.H.Beck Verlag, 2014

Palliative Geriatrie einige Anmerkungen

Illness trajectories for people with progressive chronic illness

Lynn J, Adamson DM Rand Corp. 2003 in Murray SA et al. *BMJ* 2005;330:1007-1011



Therapeutische Interventionen am Lebensende

Pauline W. Chen: Final Exam – A Surgeon's Reflections on Mortality. Knopf 2007

Der Tod ist nicht vorgesehen. Herder 2007



- Oft mit Hoffnung verwechselt...
- Mehr Therapie mit mehr Liebe verwechselt...
- Therapierückzug wird schwierig bis unmöglich...
- Nicht zu behandeln wird mit Aufgeben verwechselt...
- Mit Beginn der Therapie fühlt man sich gegenüber der Therapie selbst verpflichtet...
- Wenn schon so viel getan wurde, finden es Ärzte (u. Angehörige) unmöglich, all diese Bemühungen fallen zu lassen...

We battle away until the last precious hours of life, believing that cure is the only goal. We inflict misguided treatments on not just others but also ourselves.

Therapeutische Interventionen am Lebensende

Pauline W. Chen: Final Exam – A Surgeon's Reflections on Mortality. Knopf 2007

Der Tod ist nicht vorgesehen. Herder 2007

- Die Schwierigkeit loszulassen hat weniger mit unseren inneren Konflikten zu tun, sie ist eher der Tatsache der unklaren Definition des Sterbens zuzuordnen...
- Wir haben keine verlässliche Möglichkeit vorauszusagen, wann jemand sterben wird...
- Es gibt eine große Diskrepanz zwischen unserer Wahrnehmung des Sterbeprozesses und der tatsächlichen Unmittelbarkeit des Todes
- Krankheiten die früher als definitive Vorboten des Todes galten, sind jetzt höchstens temporäre Probleme, oder relativ kleine, behandelbare Unannehmlichkeiten
- Das Sterben ist nicht mehr der klar definierte Zeitpunkt als den wir ihn uns vorstellen, sondern ein Prozess...

Palliative Geriatrie

Palliativmedizin, Palliative Care und Geriatrie inhaltliche Übereinstimmung

- Palliativmedizin ist wie die Geriatrie ein Querschnittsfach
- Interdisziplinarität, multidisziplinäres Team – obligatorisch („kompromisslose Interdisziplinarität“ *A.Heller, 2006*)
- Patientenzentriert („radikale Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen“ *A.Heller, 2006*)
- Betonung der Bedeutung guter Symptomkontrolle
- Fehlen eines absoluten kurativen Anspruchs
- Berücksichtigung der Situation der Angehörigen

Palliative Care und Geriatrie

- Cave: therapeutischer (kurativer) Nihilismus! Nicht alle geriatrischen Patienten befinden sich in der terminalen Lebensphase...
- Es stimmt nicht, dass in der Terminalphase ein kuratives Prozedere immer unangebracht, sinnlos ist...
- Reversible, die Lebensqualität beeinträchtigende Situationen gilt es ev. auch mit invasiven Maßnahmen, zu heilen.
- Ein kuratives Prozedere ist ev. auch gerechtfertigt um Zeit für gute Entscheidungen zu gewinnen.

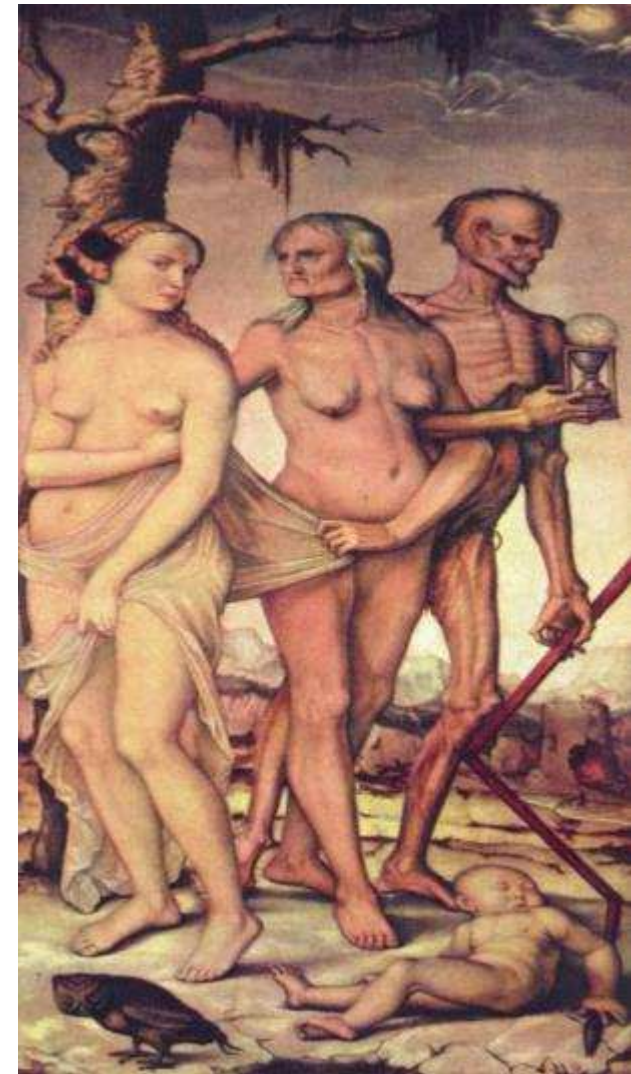
Frailty

Ende des Lebens – „End-of-Life“ Phase

Indikatoren für Palliative Care in der Geriatrie

Frailty

- „...ein, wenn nicht das klinische Syndrom beim älteren Patienten.“
Sieber CC. Der ältere Patient – wer ist das? Internist 2007, 48, 1190-1194
- durch altersassoziierte strukturelle Veränderungen auf zellulärer und molekularer Ebene, durch Krankheiten, psychische und soziale Faktoren mit ausgelöstes **multidimensionales geriatrisches Syndrom**
- verminderte Kapazität auf negative Krankheits- u. Umgebungseinflüsse kompensatorisch zu reagieren
- progredient erhöhtes Morbiditäts- u. Mortalitätsrisiko



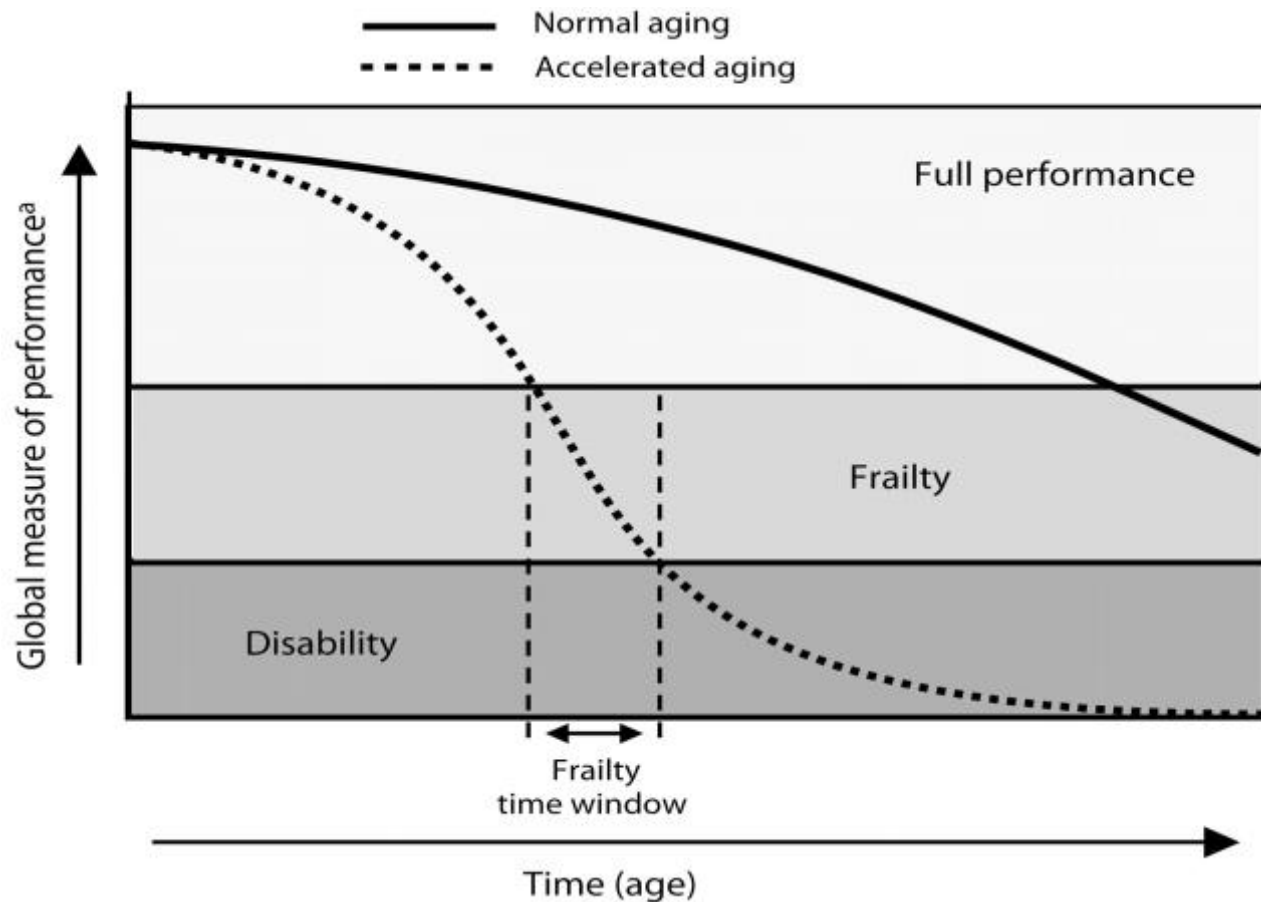
Hans Baldung, *Die Lebensalter und der Tod*
(um 1540-1543), Museo del Prado

Frailty

- Irreversibel?, ev. zu verzögern?
- „**Vorbote des Todes**“
- Wechsel von Selbständigkeit und Autonomie hin zur Abhängigkeit von Hilfe und Betreuung bis zur vollständigen Erosion von Autonomie und Selbständigkeit
- Zustand höchster Vulnerabilität für negative Outcomes:
 - Stürze u. ihre Folgen, Immobilität
 - Verluste im Bereich der Selbsthilfefähigkeit und Autonomie
 - iatrogene, nosokomiale Schädigungen
 - Abhängigkeit von kontinuierlicher Betreuung und Pflege

Trajectories of health and functioning

Singh M et al. Mayo Clin Proc. 2008;83:1146-1153



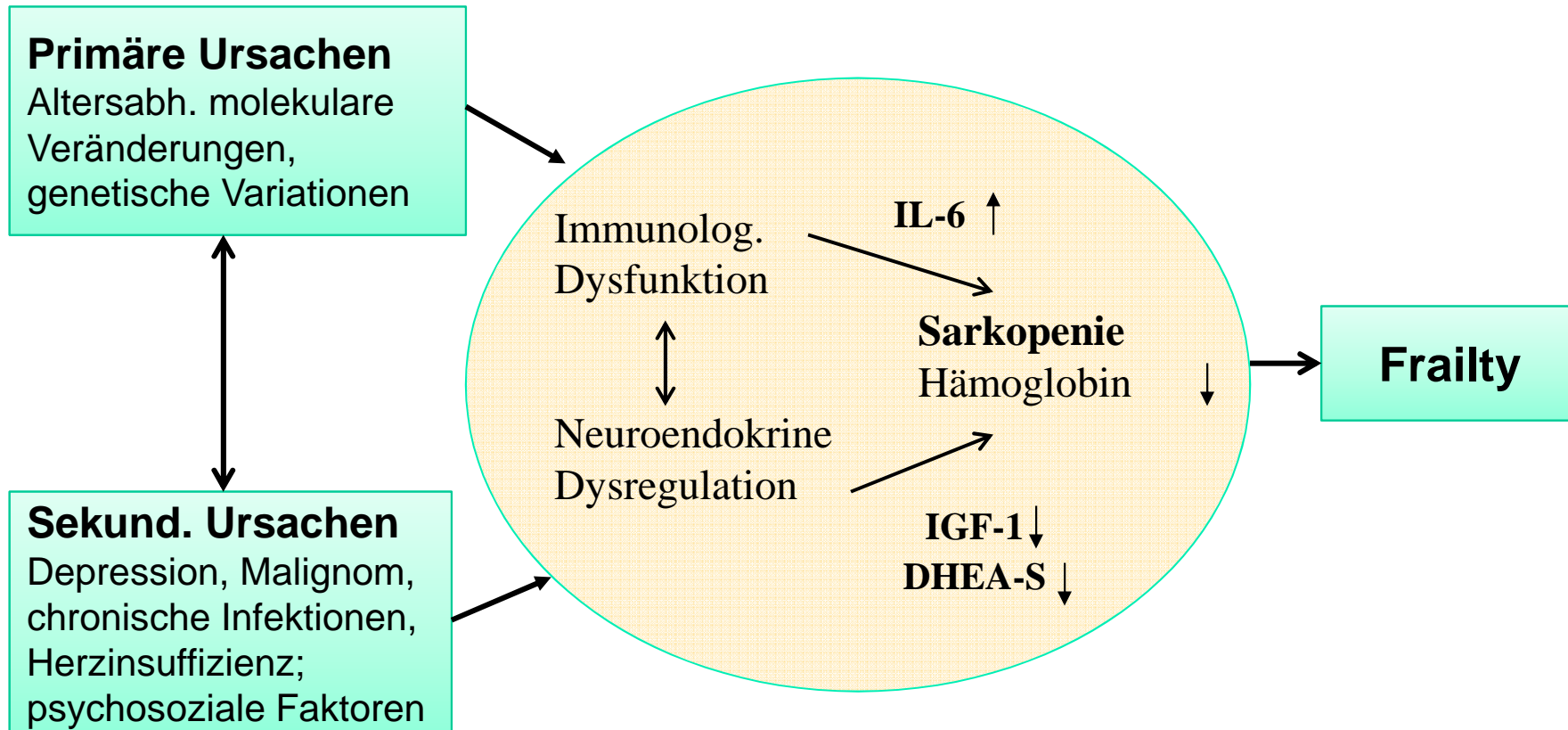
© 2008 Mayo Foundation for Medical Education and Research

Frailty

Potentielle Entstehungswege

nach: Walston JD, Fried L: Frailty and its implications for care.

In: Morrison RS, Meier DB (Ed 's) Geriatric Palliative Care. Oxford Univ. Press, 2003



Frailty

phänotypische Charakteristika

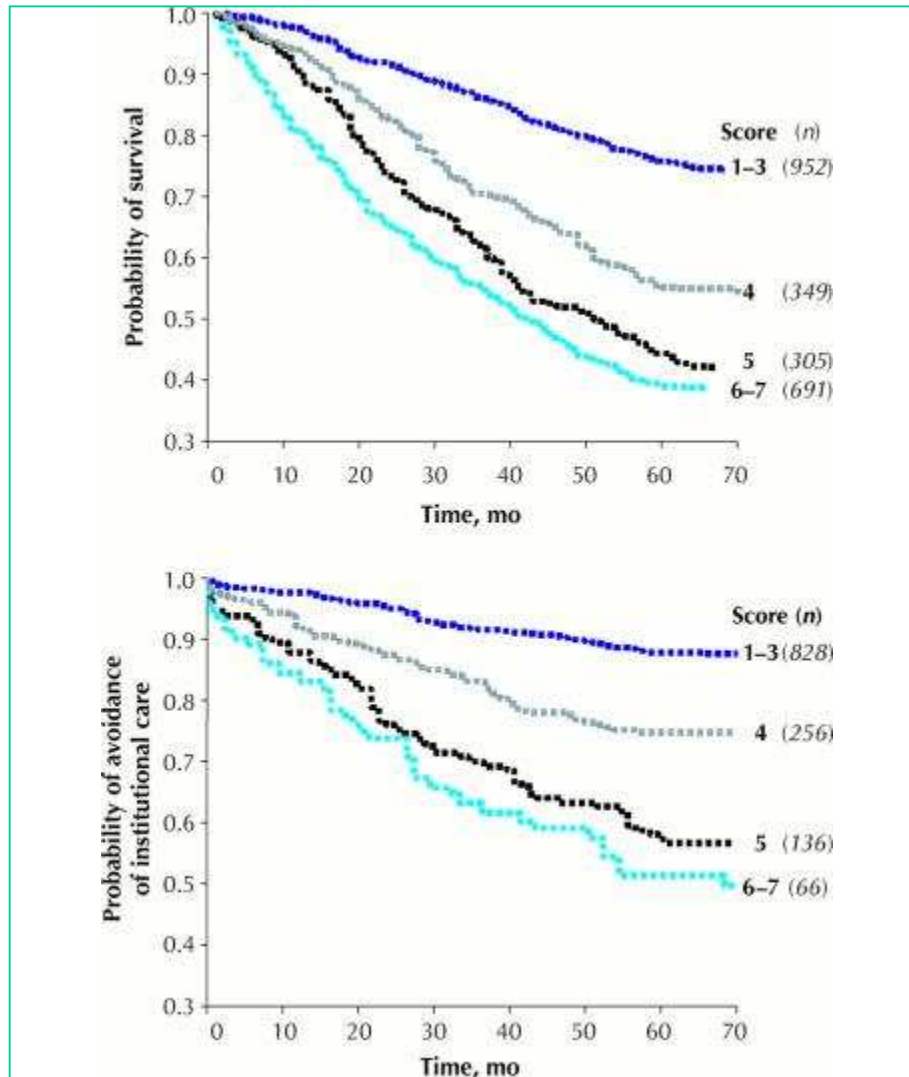
Fried LP et al: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J.Gerontol. 56A: 2001

- **Gewichtsverlust** (> -5kg/Jahr)
- **Geringe Ausdauer**, Ermüdbarkeit, Fatigue („self reported“)
- **Schwäche** (Handgriffstärke ↓ – niedrigste Quintile, geschlechts- u. BMI korrigiert)
- **Langsamer Gang** (Gehzeit f. eine 15 Fuß – Strecke, niedrigste Quintile, korrigiert nach Geschlecht und Körpergröße)
- **Niedriges physisches Aktivitätsniveau** (Kcal/Woche, niedrigste Quintile, differenziert nach Geschlecht)

- mind. 3 dieser Charakteristika: **Frailty**
- keines dieser Merkmale: „robust“ oder „rüstig“
- 1 – 2 Merkmale: klinisches Vorstadium der Frailty („pre-frailty“)

Frailty – Überlebenswahrscheinlichkeit und institutionelle Pflege

Rockwood, K. et al. *Canadian Study of Health and Aging, CMAJ 2005;173:489-495*



Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

- 1 *Very fit*—robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 *Well*—without active disease, but less fit than people in category 1
- 3 *Well, with treated comorbid disease*—disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 *Apparently vulnerable*—although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms
- 5 *Mildly frail*—with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 *Moderately frail*—help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 *Severely frail*—completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

CMAJ·JAMC

End-of-Life Phase

Klinisches Konstrukt d. letzten Lebensphase geriatrischer Pat.

Muriel Gillick, 1996

- die letzte Lebensphase geriatrischer Patienten gekennzeichnet durch permanente schwere Behinderung bei den ATL's
 - keine Besserung trotz qualifizierter geriatrischer therapeutischer und rehabilitativer Bemühungen
 - Immobilität, Bettlägerigkeit
 - Bedarf an intensiven pflegerischen Maßnahmen
- Lebenserwartung maximal 2 Jahre...

Indikatoren für Palliative Care in der Geriatrie

Boyd K, Murray SA. *Recognising and managing key transitions in end of life care.*
BMJ 2010; 341:c4863

- Chron. Multimorbidität, fortgeschrittene kognitive Behinderung (Demenz), progressive neurodegenerative Erkrankung, **Frailty**: gekennzeichnet durch protrahierte, langsame Verschlechterung, ev. interkurrent akutere Episoden
 - = größte Gruppe der am Lebensende stehenden Menschen in der industrialisierten Welt
- Frühe Betreuungsplanung - **Advance Care Planning** – wäre wichtig, da viele ihre Entscheidungskompetenz verlieren werden
- **Allgemeine klinische Indikatoren fürs Erkennen dieser Pat. u. Trigger für Palliative Care sind unklar, werden oft übersehen...**
 - z.B.: rez. Infekte, Essschwierigkeiten bei fortgeschrittener Demenz = Indikatoren für eine substantielle Verschlechterung der Prognose
Mitchell SL et al: The Clinical Course of Advanced Dementia. NEJM 2009; 361:1529-38

End-of-Life Phase

Definition

UK General Medical Council, 2010

Menschen nähern sich ihrer End-of-Life Phase wenn es wahrscheinlich wird, dass sie in den kommenden 12 Monaten sterben werden. Dies inkludiert Menschen, deren Tod unmittelbar bevorsteht (innerhalb von wenigen Stunden oder Tagen) und solche mit:

- fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen
- **Frailty** und gleichzeitig bestehenden Erkrankungen, die erwarten lassen, dass sie innerhalb von 12 Monaten sterben werden
- Erkrankungen, die ein hohes Risiko an akuten lebensbedrohlichen Verschlechterungen haben

The GSF Prognostic Indicator Guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life

The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care, 4th Ed. Oct. 2011

Trigger, die auf ein nahendes Lebensende hinweisen u. spätestens nun Palliative Care indizieren sollten:

- die Verneinung der „**Überraschungsfrage**“ (*the surprise question*): „Würde Sie ein Tod d. Pat. in den nächsten Monaten, Wochen, Tagen überraschen?“
- **allgemeine Indikatoren der Verschlechterung** (*general indicators of decline – deterioration*), zunehmend weniger Bedarf oder bewusster Verzicht auf weitere aktive Behandlung (→ SPICT)
- **spezifische klinische Indikatoren** im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen (→ SPICT)

Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT

Boyd K, Murray SA. *Recognising and managing key transitions in end of life care.*

BMJ 2010; 341:c4863

Primary Palliative Care Research Group, Centre for Population Health Sciences, Univ. of Edinburgh 2010, 2013

1. Zwei oder mehr allgemeine Anzeichen sich verschlechternden Zustands

- ATL Funktionsstatus schlecht, sich verschlechternd, trotz Reha – Bemühungen - braucht Hilfe bei ATL's, immobil (im Bett, od. Sessel für mehr als ½ des Tages)
- zwei od. mehr ungeplante Hospitalisierungen in den letzten 6 Mo.
- Gewichtsverlust (5-10%) in 3 – 6 Mo. u./od. BMI <20
- Persistenz belastender Symptome trotz optimaler Behandlung der Grunderkrankung
- lebt im Pflegeheim od. LTC, od. benötigt kontinuierliche Betreuung zu Hause
- Pat. verlangt Palliative Care bzw. Therapierückzug

Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT

Boyd K, Murray SA. *Recognising and managing key transitions in end of life care.*

BMJ 2010; 341:c4863

Primary Palliative Care Research Group, Centre for Population Health Sciences, Univ. of Edinburgh 2010, 2013

2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen

Demenz / Frailty:

- Anziehen, Mobilisierung, Essen ohne Hilfestellung unmöglich
- Essapraxie, Mangelernährung
- Harn- u. Stuhlinkontinenz
- verbale Kommunikation nicht mehr möglich, wenig soziale Interaktion
- rez. Stürze, Frakturverletzungen
- rez. Fieberepisoden, Infektionen, Aspirationspneumonie

Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT

Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care.

BMJ 2010; 341:c4863

Primary Palliative Care Research Group, Centre for Population Health Sciences, Univ. of Edinburgh 2010, 2013

3. Evaluierung u. Planung v. unterstützender Behandlung u. Palliative Care

- Überprüfung u. Optimierung der laufenden Behandlung
- Konsultation v. Spezialisten bei komplexen, schwierig zu behandelnden Bedürfnissen und Symptomen
- aktuelle und zukünftige Betreuungsziele und Pläne mit d. Pat. u. dessen/deren Angehörigen abstimmen
- rechtzeitige Vorausplanung, wenn d. Pat. Kommunikations- und Entscheidungsfähigkeit verlieren könnte
- Dokumentation (ev. Übergabe) v. Betreuungsplan, Betreuungsvereinbarungen, CPR-Status
- koordinierte, integrierende Betreuung (z.B. mit Hausarzt)

Empathie

Notwendigkeit in der Medizin

Empathie und moderne Medizin: Luxus oder Notwendigkeit?

Knüsel O, Schweizerische Ärztezeitung. 2012;93: 560-563

- Empathie ist der Katalysator für ein erfolgreiches ärztliches Handeln
- Medizin ohne Empathie ist eine leere Worthölse
- Empathie ist in der modernen Medizin voller Apparate und biotechnologischer Therapie kein Luxus
- „Empathiekiller“: Zeitmangel, Stress + Unwissen, Ignoranz, Vorurteile

Sir William Osler (1849 – 1919)

- *It is nice to be important, but it is even more important to be nice.*
- *The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.*

Was braucht die Geriatrie?

Frengley JD. *The Use of Physical Restraints in the Absence of Kindness.*
JAGS 44:1125-1127, 1996

Neben Fachkompetenz ist gerade in der Geriatrie eine zusätzliche Dimension notwendig:

„Als professionell in der Geriatrie Engagierte sollte man *guardians of kindness* - Hüter der Güte, Empathie - in der Betreuung älterer Menschen sein. Tatsächlich kann man oft nichts Wichtigeres mehr tun. Jedoch: Güte, Empathie auszuüben kann den Arzt/die Ärztin, die Pflegeperson verunsichern, denn da heißt es Emotionen zeigen, die er/sie zu verbergen gelernt hat. Akte der Güte bzw. Empathie - *acts of kindness* - könnten deshalb gemieden werden... Güte, **Empathie** – *kindness* - kann man nicht nur auf Basis der Theorievermittlung erlernen... Geriatrie sollte Eingang in die praktische Ausbildung der Ärzte finden...“

Die Kombination von fachlich kompetentem, ethischem und auch gütigem, empathischem Handeln wäre wohl ideal...

Danke!

[<thomas.fruehwald@wienkav.at>](mailto:thomas.fruehwald@wienkav.at)

