

## *Klinische Ethik*

### Bindeglied zwischen Intensiv- und Palliativmedizin

**Gerd Richter**

Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH  
Standort Marburg  
Zentrum Innere Medizin  
und  
Ethikkommission  
klinische Ethikberatung  
FB Medizin Philipps-Universität Marburg



# AUSGANGSBEFUND

**Lebensrettung  
Lebensverlängerung**

INTENSIV-  
MEDIZIN

**Organisation**

**Stationskultur:**

Distanz, Macher,  
Lebensretter,  
Entscheidungsträger  
zielorientiert

**Leidensminderung  
Lebensqualität**

PALLIATIV-  
MEDIZIN

**Organisation**

**Stationskultur:**

Empathie, Begleiter,  
Entscheidungsträger  
bedürfnisorientiert

**Ziel intensivmedizinischer und palliativmedizinischer Bemühungen ist der Mensch  
die Handlungsmuster sind unterschiedlich !**

Palliativ Care wird auf intensivmedizinischen Stationen vernachlässigt (Rosen DA et al 2012, Crit Care Med 40: 1344-45)

# Problemfeststellung allgemein

- der gesellschaftliche Orientierungsbedarf steigt.
- was heute gutes Leben und gutes Sterben heißt, ist unklar und keineswegs eindeutig.
- durch den gesellschaftlichen Verlust von Wahrheit braucht es neue Formen der Kommunikation und der Auseinandersetzung.
- einsame ethische Entscheidungen verletzen die Würde aller Beteiligten und sind fehleranfällig.
- keine Entscheidung zu treffen, ist oft auch falsch.
- die Muster der Entscheidungs- und Verantwortungsdelegation sind zu durchbrechen.

verändert nach S. Dinges

# Was ist klinische Ethik ?

---

- klinische Ethik ist an der Schnittstelle von theoretisch orientierter Medizinethik und klinischer Praxis verortet
- der Charakter klinischer Ethik ist pragmatisch und lösungsorientiert
- klinische Ethik stellt eine genuin praktische Tätigkeit dar, sie kann als Praxis der Klärung und Lösung von sozialen, wertbehafteten Konflikten bestimmt werden
- Ziel ist ein ethisch qualifiziertes und informiertes Konfliktmanagement mit der Herbeiführung einer in ethischer Hinsicht richtigen Konfliktlösung, d.h. dasjenige was in der gegebenen Situation das Gute ist, ist anzustreben

## Definition:

**klinische Ethik ist ein ethisch qualifiziertes und informiertes Konfliktmanagement im rechtlich vorgegebenen Rahmen**

# WARUM KLINISCHE ETHIKBERATUNG ?

**Ethische Fragen und Entscheidungen im klinischen Alltag haben mit Wertvorstellungen über das Leben von Patienten, Pflegenden und Ärzten zu tun**

- Was sollen wir tun?
- Was sollen wir lassen?
- Wer ist zu beteiligen?
- Wer hat was zu entscheiden?
- Gemeinsame Orientierung über Wertfiguren, Normen und Prinzipien

Gabriel Orozco,  
Es gibt immer eine Richtung

ethische Konflikte  
=> **klin. Ethikberatung**

# Probleme bzw. Fragen im Rahmen klinischer Ethikberatung

- Umgang mit Sterbewünschen, Sterbehilfe (Kenntnis der Unterscheidung passiv – indirekt - aktiv) assistierter Suizid
- Therapiebegrenzung, Therapieverzicht, Therapieabbruch, (Therapiezieländerung) => palliative Maßnahmen DNAR-Order
- Umgang mit Patientenverfügungen (BGB §§ 1901 ff)
- Therapieaggressivität bei schwerstbehinderten Früh- und Neugeborenen (Eltern-Patient-Arzt Triade)
- Umgang mit Zeugen Jehovas und Bluttransfusionen
- Organspende und –transplantation
- genetische, pränatale geburtshilfliche Diagnostik, Beratung und Therapie
- künstliche Ernährung (PEG und Demenz)



## Praxis klin. Ethikberatung

Chirurgische Intensivstation  
Philipps-Universität Marburg

- Traumapatienten
- onkologische Patienten

# 595 „Fallkonsultationen“ (Liaison-Dienst, Ethikvisiten) chirurg. Intensivstation Philipps-Universität Marburg 2000-2004



Konflikte	- mit Patienten/Familien	31
	- Teamkonflikte	10
Abbruch lebenserhaltender Therapien		
	- Beatmungsgerät	9
	- Dialyse	15
	( - Katecholamine i.v.)	51
Verzicht auf lebenserhaltende Therapien		
	- weitere/erneute OPs	118
DNR-Order		46
DNR-Order im OP		1
Patientenverfügungen		103
Terminale Sedierung		4
Medical futility		56
Evaluation und Information hinsichtlich Prognose		151





# ZIELE KLINISCHER ETHIKBERATUNG

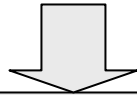
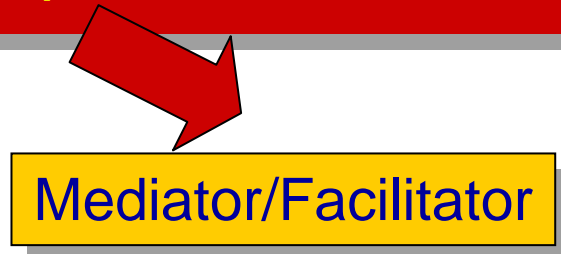
- Ausbildung
- Richtlinien-Entwicklung (Organisationsintern)
- Fallbesprechung (prospektiv, retrospektiv)

## Organisationsformen klinischen Ethikberatung

- Krankenhaus-Ethikkomitee (KEK)
- Ethik-Konsultationsdienst
- Konsiliarus klinische Ethik
- Liaisondienst / Ethikvisiten

# Ethikberatung

- Ethikkonsil (auf Nachfrage, nachgehend)
- Ethikvisite (antizipatorisch, vorausschauend)



## 3 zentrale Fragen:

- „Wo sind wir?“
- „Wo wollen wir hin?“
- „Wie kommen wir am besten von hier nach dort?“

hilft verschiedene moralische Perspektiven hinsichtlich ihrer Rechtfertigung zu klären und diese dann aufeinander zu beziehen und in einen Dialog zu bringen - auf dem Hintergrund komplexer klinischer Situationen - um gemeinsam zu einer Lösung zu kommen.

- „shared decision making“

# Der Ethiker ist „Facilitator“/Mediator

**Ethikberatung ist grundverschieden von medizinischen Konsilen !**

## **Aufgabe: das sokratische Gespräch**

Der Ethikberater hilft verschiedene moralische Perspektiven zu generieren, sie hinsichtlich ihrer Rechtfertigung zu klären und diese dann aufeinander zu beziehen und in einen Dialog zu bringen

- auf dem Hintergrund komplexer klinischer Situationen –

**um gemeinsam zu einer Lösung zu kommen,  
die gemeinsam verantwortet werden kann.**

Dieser Prozess ist immer ein Lernen auf beiden Seiten!

# Organisationsformen klinischen Ethikberatung

- prospektive Fallbesprechung -

- **Krankenhaus-Ethikkomitee (KEK)**
- **Ethik-Konsultationsdienst**
- **Konsiliarius klinische Ethik**
  
- **Liaisondienst / Ethikvisiten**

**auf Nachfrage,  
nachgehend**

# Probleme klinischer Ethikkomitees

- **Ethikkomitees warten auf Anfragen:**
  - => Medizinische Hochschule Hannover (1.419 Betten): 2004: 26, 2005: 30, 2006: 32, 2009: 56, 2010: 51 Fälle
  - => Universitätsklinikum Erlangen (1.362 Betten): 2002: 5, 2003: 11, 2004: 18, 2005: 12, 2006: 17, 2007: 11, 2008: 18 Fälle
- **starke ärztliche Hierarchie** im Rahmen klinischer Entscheidungsfindung
- **Ängste bei Ärzten:** Erosion der professionellen Autonomie und Kompetenz, weitere Bürokratisierung der Arzt-Patient-Beziehung, Supervision von außen, Ethiker als eine Gruppe mit speziellem moralischen “know how”, “Ethik-Polizei”
- **hochschwellige Distanz** zwischen Station und klinischem Ethikkomitee

# Organisationsformen klinischen Ethikberatung

- prospektive Fallbesprechung -

- **Krankenhaus-Ethikkomitee (KEK)**
- **Ethik-Konsultationsdienst**
- **Konsiliarius klinische Ethik**

auf Nachfrage,  
nachgehend

- **Liaisondienst / Ethikvisiten**  
„Das Marburger Modell“

antizipatorisch,  
proaktiv,  
präventiv  
(daily work)

# Der Ethiker als „Facilitator“/Mediator

- ... ist bei der Ethikvisite oder im Liaisondienst regelmäßig in der Klinik präsent und weitgehend in das Stationsteam **integriert**,
- ... stellt seine Kompetenz **im Alltag** sowohl dem Ärzte- und Pflegeteam als auch den Patienten/Angehörigen zur Verfügung,
- ... **identifiziert gemeinsam** mit den anderen dort Tätigen klärungsbedürftige Probleme ethischer Natur

Ethikberatung ist immer ein Lernprozess auf beiden Seiten (bei allen Involvierten)!

## **Das ultimative Ziel:**

klinische Ethikberatung sollte unnötig werden, wenn alle MitarbeiterInnen ausreichend und kompetent in klinischer Ethik ausgebildet sind, so dass sie selbst in der Lage sind anstehende ethische Probleme im Rahmen hochkomplexer klinischer Situationen kompetent und partizipativ zu lösen.

# Ethik-Liaisondienst, Ethikvisite

## ***Logistik***

- regelmäßig 1x/Woche
- Übergabe- bzw. OA-Visite (Assistenten, Pflegende)
- Teilnahme an der ganzen Stationsvisite
- exzellente klin. Kenntnisse
- ethische Diskussion am Bett nur da, wo es unmittelbare Auswirkung auf die klin. Entscheidungsfindung hat (don't slow down rounds)
- Ethikberater sollte ansonsten für die Station erreichbar sein (z.B. Pieper)
- der Ethikberater ist in das Behandlungsteam integriert
- Intensivstationen sind am besten geeignet

DeRenzo EG et al., *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2006) 15:207-215

DeRenzo EG et al. *HEC Forum* (2006) 18(4):319-331

Richter G, *HEC Forum* (2007) 19:324-337

Richter G, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2009) 18:360-370

Richter G (2010) in: Dörries et al. *Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch*, Kohlhammer, 2. Aufl.



# Ethik-Liaisondienst, Ethikvisiten

## ***Vorteile***

- regelmäßig und häufige Präsenz
- **präventiv orientierte klinische Ethik**
- Hilfe bei der ethischen Reflexion von moralischen Fragen
- Eingebundenheit in das Team und in die Lösungsentwicklung von anfallenden moralischen Problemen
- zeitnahe Bereitstellung von gewünschten Informationen
- Reduktion von Bürokratie, seltene offizielle Beantragung/Nachfrage eines Konsils beim klin. Ethikkommittee
- Reduktion von Hierarchie bei der Bearbeitung klin.-ethischer Fragen
- Möglichkeit der Mediation bei Konflikten im Stationsteam oder mit Patienten/Familien
- Kontinuierliches Lernen (Fort- und Weiterbildung)

DeRenzo EG et al., *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2006) 15:207-215

Richter G, *HEC Forum* (2007) 19(4):324-337

Richter G (2008) in: Dörries et al. *Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch*, Kohlhammer, Kap. 3.2.

# Ethik-Liaisondienst, Ethikvisiten als präventive klinische Ethik

## **präventive klinische Ethik**

- frühzeitige Antizipation moralisch problematischer Situationen
- frühzeitige Klärung/Lösung von potentiell problematischen Situationen
- frühzeitiger Einbezug von Patient/Stellvertreter/Angehörigen
- **regelmäßiger Rückbezug auf den Patienten**
  - **was will der Patient ?** (tatsächlicher/mutmaßlicher Patientenwille)
  - **was wollen wir gemeinsam erreichen ?** (Diagnose/Prognose/Therapieziel)
- kontinuierliches Lernen hinsichtlich Fragen klinischer Ethik
- Veränderung der „Stationskultur“ (Organisationsethik und –entwicklung)
- kontinuierlicher klinisch-ethischer Diskurs im Alltäglichen
- mögliche Verhinderung strafrechtlich relevanter Handlungen (Tötungsdelikte, Maßnahmen aktiver Sterbehilfe u.a.m.)

Richter G, HEC Forum (2007) 19: 324-337

Richter G, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2009) 18:360-370

Richter G (2010): in Dörries et al. Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, .2.Aufl.

# Ethik-Liaisondienst, Ethikvisiten

## ***mögliche Limitationen***

- Information einseitig med.-ärztlich
- hierarchischen Strukturen verhindern Ethikdiskurs als herrschafts-armen Diskurs
- Analyse und keine Lösung
- keine/wenig Interaktion mit Patienten/Stellvertreter/Angehörigen/Betreuer ??? (DeRenzo et al. 2006)
- mögliche Vereinnahmung durch die ärztl. Entscheidungsträger
- „lone ranger“ als möglicher Ausdruck einer Monokultur klin. Ethik

DeRenzo EG et al., Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2006) 15:207-215

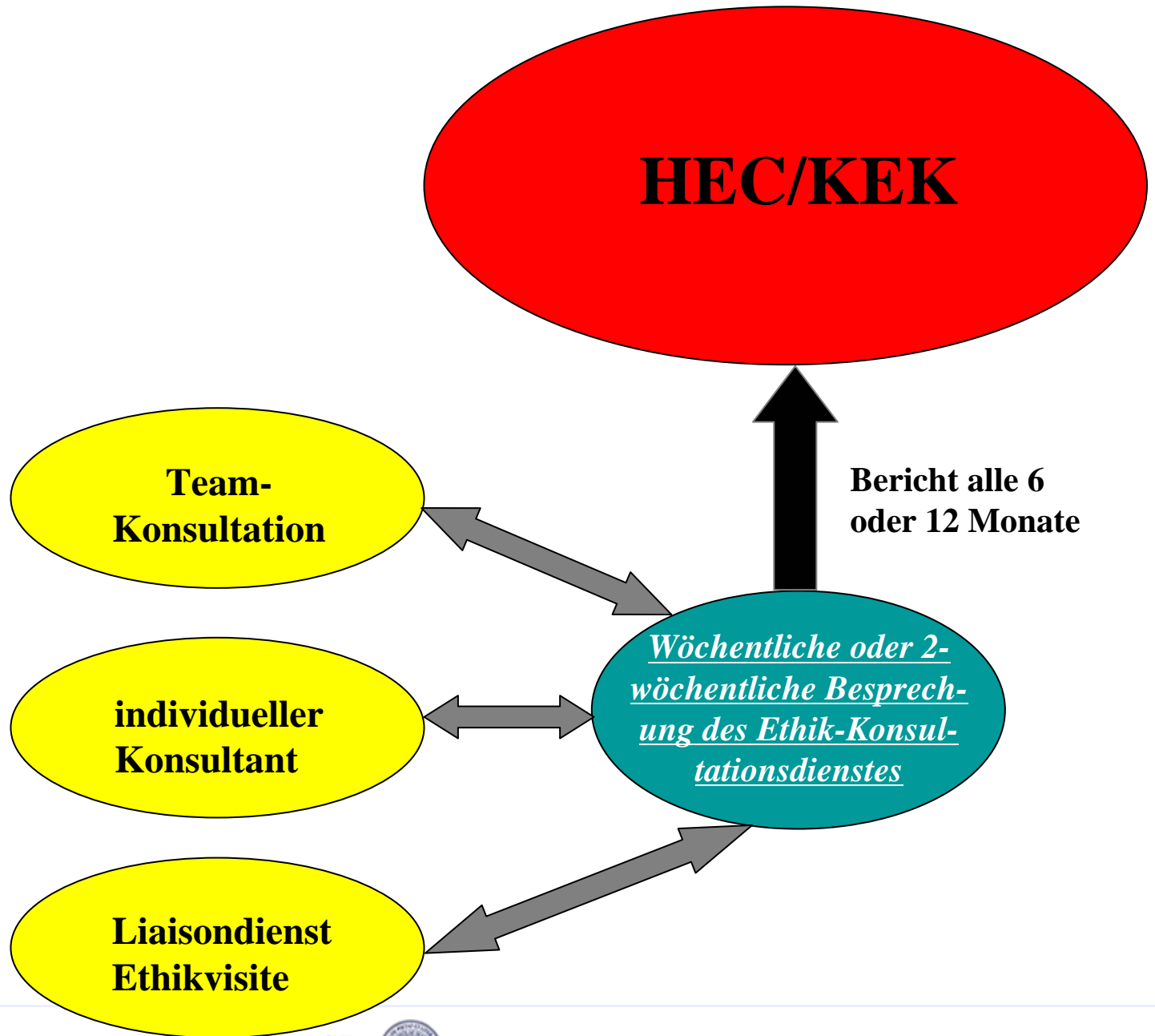
DeRenzo EG et al., HEC Forum (2006) 18(4):319-331

Richter G, HEC Forum (2007) 19:324-337

Richter G, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2009) 18:360-370

Richter G (2010) in: Dörries et al. Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch, Kohlhammer, 2. Aufl.

**E  
T  
H  
I  
K  
  
K  
O  
N  
S  
U  
L  
T  
A  
T  
I  
O  
N**



# Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel im Rahmen der Ethikvisite

## 78-jähriger Patient

### Diagnosen:

- Patient wird nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in die Klinik eingewiesen
- seit 12 Jahren ist ein schwer einstellbarer M.Parkinson bekannt, der Patient geht kurze Wege am Rollator in gebückter Haltung, nächtliche Halluzinationen bei Parkinsonmedikation
- Patient ist zur Person und Situation orientiert
  
- postoperative Nachbeatmung
- Myokardinfarkt am 2. Tag p.o., Kammerflimmern mit Reanimation
- Beginnendes Infiltrat li OL

**Fragestellung: soll „Intensivmedizin“ weitergeführt werden?**

# ethische, rechtliche und medizinische Fragen im konkreten Fall

- **Selbstbestimmung – Autonomie**
  - vorausverfügter Wille
  - mutmaßlicher Patientenwille
  - PatV-Gesetz
- **Fürsorge – nihil nocere**
  - medizinische Indikation
    - medizinische Anamnese
    - prognostische Erwägungen
  - palliativmedizinische Kompetenz
- **Sterbehilfe**
  - Sterben zulassen – passive Sterbehilfe
  - Therapie am Lebensende – indirekte Sterbehilfe
  - aktuelle Rechtsprechung

# Advanced Care Planning bei Risikopatienten

- **Frage nach Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vor OP**
- **frühzeitige Kontaktaufnahme zu Angehörigen**
- **frühzeitige Bestellung einer Betreuung**

Ziel: antizipiertes Handeln bei Komplikationen, plötzlicher Befundverschlechterung etc.

# Problemfeststellung

konkretes klinisches Fallbeispiel im Rahmen der Ethikvisite

## 78-jähriger Patient

### Hintergrund – Anamnese am 3. Tag p.o.:

- Patient lebt seit 6 Jahren in einem Seniorenheim im betreuten Wohnen
- vor 4 Jahren ist seine Frau verstorben, die er bei Demenz aufopferungsvoll betreut hat
- eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden, in der ausgedrückt ist, dass er keine lebensverlängernden Therapien haben möchte, keine PEG u.a.m., sein Statement ist, dass er ein erfülltes Leben gelebt hat
- ältester Sohn (Arzt) ist als Bevollmächtigter eingesetzt
- Patient ist antidepressiv behandelt seit dem Tod der Ehefrau

**Fragestellung: soll „Intensivmedizin“ weitergeführt werden?**



# Rechtfertigung von Diagnostik und Therapie

**PATIENTENWILLE**

**INDIKATION**

tatsächlich,  
vorausverfügt, mutmaßlich

# Rechtfertigung von Therapiereduktion/Therapiebegrenzung

- **medizinische Indikation nicht (mehr) gegeben**
  - „futile care“,
  - nutzlose, aussichtslose Therapie und Diagnostik
- **Patientenwille**
  - aktueller, tatsächlicher Patientenwille
  - vorausverfügter Patientenwille
  - mutmaßlicher Patientenwille

# Therapiereduktion/Therapieumstellung

Therapieverzicht, Therapieabbruch hinsichtlich einzelner Maßnahmen

- Patient befindet sich im **Sterbeprozess**
- Patienten, die noch nicht unmittelbar im Sterben liegen, die aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist und die lebenserhaltende **Maßnahmen nur Leiden verlängern** und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht (BÄK 2004)
- Intensivmedizinische Maßnahmen **widersprechen dem Patientenwillen oder einer Patientenverfügung bzw. dem mutmaßlichen Patientenwillen** (Erarbeitung mit Betreuer/Bevollmächtigten und Angehörigen)
- **Im Zweifel** empfiehlt sich eine **initiale, zeitbegrenzte Maximaltherapie** von 24 oder 48 Stunden, um umfassende Informationen zu gewinnen
  - präorbider Patientenstatus
  - Informationen über die Lebensumstände
  - Ermittlung/Einholung des faktischen bzw. mutmaßlichen Patientenwillens
  - Reevaluation des Krankheitsverlaufs und der Prognose

# Entscheidung zur Therapiereduktion

## Wer ist zu beteiligen?

- der entscheidungsfähige Patient
- **Betreuer/Bevollmächtigter**: mit Entscheidungsbefugnis nach § 1901a und b BGB (Betreuungsrecht, "Patientenverfügungsgesetz")
- **Angehörige**: sie sollen einbezogen werden, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu eruieren, sie haben keine Entscheidungsbefugnis (§ 1901b (2) BGB)
- **Pflegende**: sie sind am kontinuierlichsten in den Krankheitsverlauf eingebunden
- die Verantwortung verbleibt ethisch und rechtlich beim **behandelnden Arzt** => er kann nicht durch Mehrheitsentscheidung bevormundet werden
- Stellungnahmen eines **Ethik-Konsils** sind „Empfehlungen“, sie sind nicht für den behandelnden Arzt verbindlich, sondern sollen ihn in seiner Entscheidungsfindung unterstützen

# Aufgabe des Stellvertreters

(substituted judgement)

- **Der Betreuer/Bevollmächtigte soll den Willen des Patienten, der in einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht festgelegt ist , Ausdruck und Geltung verschaffen, d.h. umsetzen**
- **Der Betreuer/Bevollmächtigte soll zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillen beitragen**  
aus: Vorausverfügung  
Gesprächen, Gesprächsäußerungen
- **Der mutmaßliche Patientenwille wird im Gespräch von Betreuer/Bevollmächtigten und Arzt ermittelt (erarbeitet !) und geprüft ob er auf die aktuelle Behandlungs- und Lebenssituation passt**
- **NICHT:** eigene Entscheidung darüber, was gemacht oder was nicht gemacht werden soll !

# Gespräch mit Betreuer/Bevollmächtigten/Angehörigen

## *„der kategoriale Unterschied“*

### **Falsche Fragen:**

„Was möchten sie, dass bei Ihrem Vater noch gemacht wird?“

„Sollen wir noch weiter beatmen?“

„Entscheiden Sie, ob Ihr Vater noch dialysiert/noch einmal operiert werden soll!“



**Induktion von Schuldgefühlen bei Angehörigen/Betreuer**

### **Richtige Frage:**

„Da Sie Ihren Vater viel besser kennen als wir, was meinen Sie, was er in der jetzigen Situation für sich gewollt hätte?“



**Verantwortung der Entscheidung muss beim Arzt/Team verbleiben – Entscheidung i.S. des Patienten, entsprechend dem Patientenwillen !!!**

# Welche Maßnahmen können reduziert werden?

- Herz- und kreislaufstabilisierende Medikamente
- Antibiotikagabe (z.B. bei Pneumonie)
- Nierenersatztherapien (z.B. Dialyse, Hämofiltration)
- Künstliche Beatmung
- parenterale Ernährung
- enterale Ernährung (z.B. PEG)
- parenterale Flüssigkeitszufuhr
- enterale Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde (z.B. PEG)

# Hilfreiche Fragen zur Vermeidung einer „Übertherapie“

- wird die Intervention nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand effektiv sein?
- dient die Intervention dem Wohl des Patienten?
- lassen sich die durch die medizinische Behandlung verursachten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, sofern das therapeutische Ziel erreicht wird?
- verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz optimaler therapeutischer Interventionen?
- wird die Behandlung einen klinischen Effekt erzeugen, aber wichtige Ziele des Patienten, wie z.B. Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen verfehlen?
- werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
- können ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden?

Werden Fragen mit „Nein“ beantwortet, kann eine Übertherapie vorliegen, die in einem strukturierten Entscheidungsprozess abzuklären ist. In der Dokumentation sind auch Überlegungen und Möglichkeiten festzuhalten, die wieder verworfen wurden.



# Richtlinien zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen

- **Guideline 1:** erkenne Patientenverfügungen an
- **Guideline 2:** benutze den Nutzen-Belastungs-Standard (Benefit/Burden) als Hauptrichtlinie
- **Guideline 3:** besprich eine schlechte Prognose oder die Aussichtslosigkeit/Nutzlosigkeit (Futility) weiterer therapeutischer Maßnahmen mit dem Patienten oder dessen Stellvertreter
- **Guideline 4:** besteht ein Disput mit dem Stellvertreter, so sollte der Patient weiter behandelt werden bis der Disput gelöst ist, außer in der Situation wenn die Behandlung schädlich für den Patienten ist, d.h. nicht indiziert ist

AMA 1994, Appleton Consensus 1989  
Society of Critical Care Medicine 1990, President's Commission 1983,  
Office of Technology Assessment of the U.S. Congress 1987,  
Hastings Center task force 1987,

# Unverzichtbare Elemente einer Basistherapie

(verändert nach Salomon 2006)

- **nicht „verdursten“ lassen:** Mundschleimhaut anfeuchten und sauber halten (regelmäßige Mundpflege), Flüssigkeit wird gegeben, (parenteral/enteral nicht indiziert)
- **nicht ersticken lassen:** Atemwege freihalten oder frei/absaugen; Therapie einer Dyspnoe (evt. mit Angst oder Panik); über einen eingelegten Tubus wird nicht mehr beatmet; terminale Extubation
- **Schmerzfreiheit, Schmerzlinderung**
- **persönliche Zuwendung:** das Team kümmert sich um den Patienten, Angehörige werden bestätigt oder eingeladen zu kommen, auch in der Zeit des Sterbens
- **gute Pflege**

**=> beste Palliativmedizin  
bei palliativmedizinischer Kompetenz  
(des Intensivmediziners, Palliativkonsildienst)**

# AUSGANGSBEFUND

**Lebensrettung  
Lebensverlängerung**

INTENSIV-  
MEDIZIN

**Organisation**

**Stationskultur:**

Distanz, Macher,  
Lebensretter,  
Entscheidungsträger  
zielorientiert

**Leidensminderung  
Lebensqualität**

PALLIATIV-  
MEDIZIN

**Organisation**

**Stationskultur:**

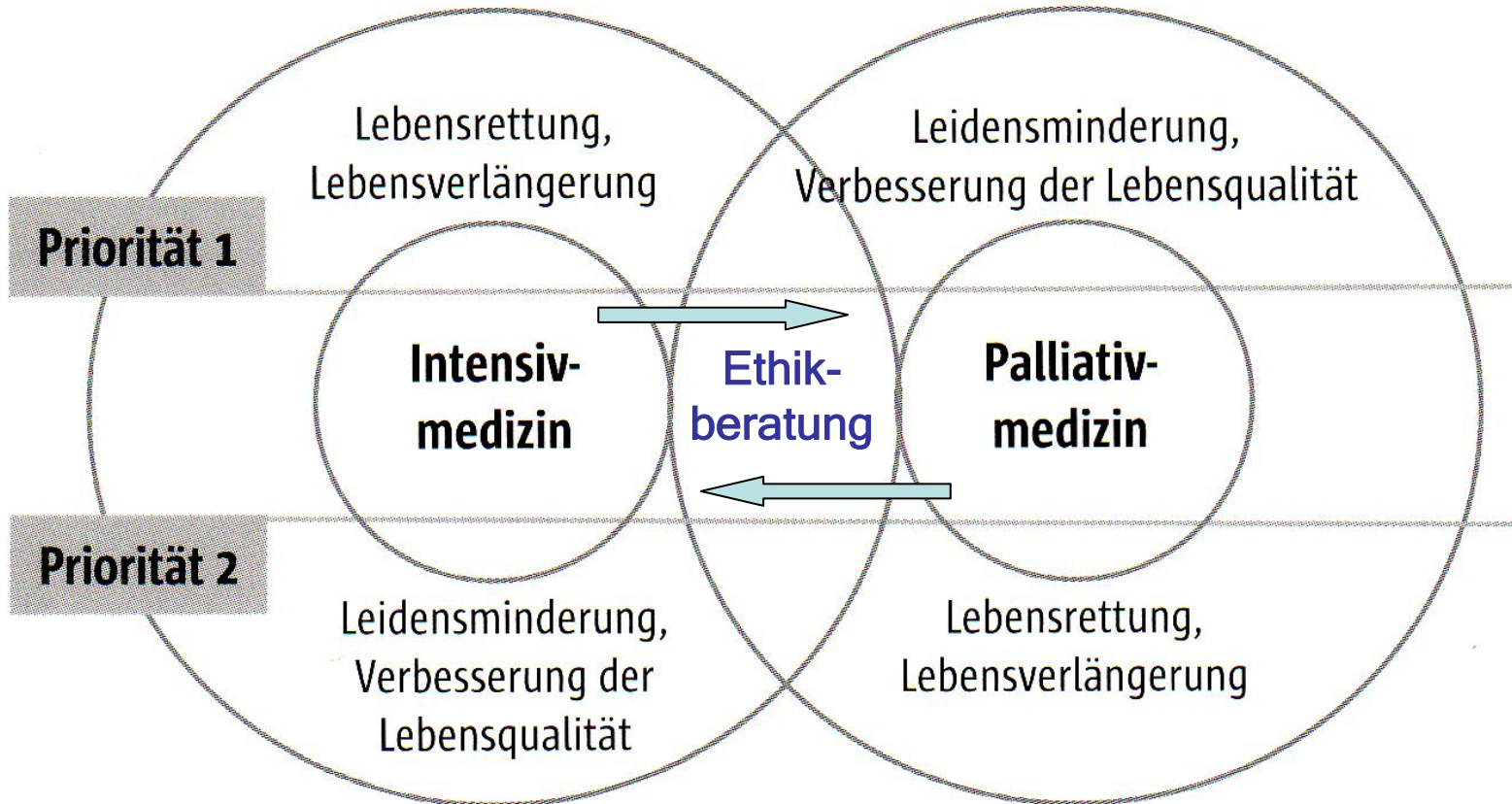
Empathie, Begleiter,  
Entscheidungsträger  
bedürfnisorientiert

**Ziel intensivmedizinischer und palliativmedizinischer Bemühungen ist der Mensch  
die Handlungsmuster sind unterschiedlich !**

Palliativ Care wird auf intensivmedizinischen Stationen vernachlässigt (Rosen DA et al 2012, Crit Care Med 40: 1344-45)

# Intensivmedizin und Palliativmedizin sind keine Gegensätze

(nach Byock 2006, Sold und Schmidt 2009)



**Ziel intensivmedizinischer Bemühungen ist der Mensch:**  
an dieser Stelle haben Intensivmedizin und Palliativmedizin ihre Gemeinsamkeit,  
die Handlungsmuster sind unterschiedlich – in der Zielsetzung gehören sie allerdings zusammen;  
dazu kann klinische Ethikberatung beitragen.