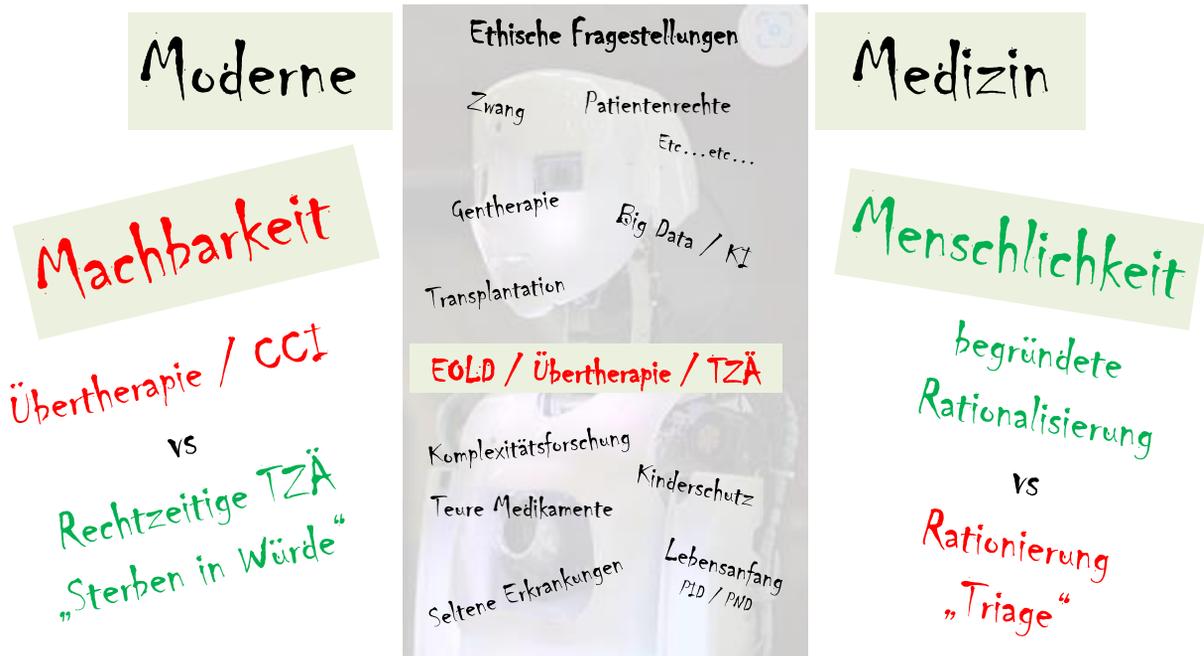


Ethik und Qualität im Gesundheitswesen

Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin, Medizinethikerin
Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI
Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, MUI

GÖG – Colloquium
Di, 26.11 17:30-19:00, online (ZOOM)

1



Es gibt keinen Bereich in der Medizin, wo Ethik/Recht keine Rolle spielen !

2

EOLD: „Das gute Leben am Ende des Lebens“ ?

Was ist Lebensqualität ?



„Ewiges Leben“

Sehr subjektiv – vor allem wenn man krank ist !

Definition von Lebensqualität der WHO...

LQ ist die **subjektive Wahrnehmung** einer Person über ihre **Stellung im Leben** in Relation

- zur **Kultur** und den **Wertesystemen** in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre
- **Ziele, Erwartungen, Standards** und **Anliegen**

→ **Einschätzung der eigenen Lebensqualität ändert sich mit der Zeit und mit einer schweren Erkrankung**



„Selbstbestimmtes Sterben“

Ziel: SELBSTBESTIMMTHEIT >>> Selbstständigkeit

3

Höchste Kosten in der Medizin fallen in den letzten 1 - 2 Lebensjahren an

„KRANK“

→ wir wünschen uns trotzdem alle **„die beste medizinische Versorgung“**

4

Was heisst „beste medizinische Versorgung“ ...

BmV heisst **nicht**, immer **ALLES machen**, was **technisch möglich ist**

- **Individuelles Therapieziel** und die sich daraus ergebende **Indikation** für eine **technisch machbare Handlung** bedenken
(Alter, Comorbiditäten, Frailty/Demenz, REHA-Potential)
- **Wohltun** >> mögliche **Schaden** ? (Risiko/Nutzen)
- **Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit** bedenken
- **Gerechtigkeit** ... *am schwierigsten konkret zu fassen ...*

Friesenecker, GÖG Nov 2024

5

Was bedeutet **Gerechtigkeit** in der Medizin ?

Gerechtigkeit ... nach Prof. Google ...

„Gerechtigkeit regelt die **Beziehungen von Menschen zu anderen Menschen.**“

„Gerechtigkeit enthält immer ein Moment von **Gleichheit**“

„Gerecht ist eine Handlung immer dann, wenn **jedem das Seine** zukommt (**ius suum**) wenn **Gleiches gleich** und **Ungleiches ungleich** behandelt wird...“

Da 2 med. Fälle niemals gleich, höchstens vergleichbar sind (andere Co-Morbiditäten, Reha-Potential, Wünsche/Wertvorstellungen)!!!, wäre es eine **Ungleichbehandlung (= ungerecht)**, wenn **vergleichbare Fälle** da, wo sie **ungleich** sind, **gleich** behandelt würden !

1. **Verteilungsgerechtigkeit: gleicher Zugang zu Ressourcen** in einem Gesundheitssystem
2. **„Ius suum“** (suum cuique; Platon, Aristoteles): was ist für die **einzelne Person** gerecht, angemessen, verhältnismäßig, indiziert und gut und was eben **nicht**?

Friesenecker, GÖG Nov 2024

6

Originalie PALLIATIVMEDIZIN



Druckfrisch
Anästhesie Nachrichten #4, 2024

© Barm/Generel w/fb/Al/100
gesteuert modifiziert

17
18 Anästhesie Nachr
19 <https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>
20 Angenommen: 16. Oktober 2024
21 © The Author(s) 2024
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen

Eine klinisch-ethische Betrachtung zur „besten medizinischen Versorgung“

Barbara Friesenecker¹ · Georg Gasser² · Sonja Fruhwald³ · Walter Hasibeder⁴ · Helga Dier⁵ · Andreas Valentin⁶

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
² Katholisch-theologische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland
³ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin 2, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
⁴ Abteilung für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Krankenhaus St. Vinzenz, Zams, Österreich
⁵ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, IBS 1, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich
⁶ 1. Medizinische Abteilung, Klinik Donaustadt, Wien, Österreich

Friesenecker, GÖG Nov 2024

7

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Medizin im „Zeitalter“ von **Machbarkeit / Übertherapie** und deren Folgen

„Medizin im Machbarkeitswahn“
... wir haben die Menschlichkeit verloren ...

8

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den **letzten 6 LM**

Friesenecker, GÖG Nov 2024

38 Studien mit 1.213.171 (!!!) Patient:innen weltweit

10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brasilien (3), Taiwan/South Korea (3), Australia (2)

→ 33-38% der Pat. erhielten NBT

- 28% CPR
- 42% ICU
- 30% HF
- 30% Radiotherapie, Transfusionen
- 38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovaskuläre, endokrine und digestive Behandlungen
- 33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests
- **33% nicht-sinnvolle Chemotherapien in den letzten 6 LW !**

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. **Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem.** Int J Qual Health Care. 2016

Elschaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. **Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care.** Lancet. 2017 Jan 6. pii: S0140-6736(16)32586-7.

9

Friesenecker, GÖG Nov 2024

**Chronisch kritische Erkrankung
als Folge von Übertherapie**

10

Chronisch kritische Erkrankung

als

Integration of Palliative Care in Chronic Critical Illness Management
Judith E Nelson MD JD and Aluko A Hope MD MSCE

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
Chronic Critical Illness
Daniela Lamas, M.D.
N Engl J Med 2014; 370:175-177 | January 9, 2014 | DOI: 10.1056/NEJMs1310675

Chronic critical illness is a devastating condition: mortality exceeds that for most malignancies, and functional dependence persists for most survivors. ...Epidemiology and resource utilization issues are reviewed to highlight the impact of **chronic** ...

2021: 913

11

„Futility“ schadet ... ALLEN

(= Fortsetzen einer technisch machbaren, aber für Pat. „nutzlosen“ Therapie)

- **am meisten den Patient:innen** (→ Leiden verlängern/Sterben hinauszögern)
(→ chronisch kritisch krank / Pflegefall / permanenter Verlust der Selbstbestimmung)
 - den **Angehörigen** → PTSS*
 - den **behandelnden Teams** → Burnout *
- und in Bezug auf die **Gerechtigkeit**
- der **Gesellschaft**, indem erhebliche und **sinnlose Kosten** im Gesundheitssystem verursacht werden für nicht indizierte Behandlungen (**soziale Gerechtigkeit/Verteilungsgerechtigkeit**)
 - und wiederum dem **Patienten selbst („ius suum“)** → **Körperverletzung !**

Hickman RL Jr(1), Douglas SL. **Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members.** AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.

Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethiscus II Studiengruppe. **Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: Results of a survey among intensive care unit personnel.** Anaesthesist. 2018 Sep 12.

Moss M, Good VS, Goyal D et al. **A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action.** Am J Respir Crit Care Med 2016 194(1):106–113

Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). **Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers.** Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

12

Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie

POLITIK

Systemischer Ansatz:

- **Advance care Planning (ACP)**

(Vorsorgedialog, vorausschauende Planung)

ACP kommt aus der **niedergelassenen Medizin** und ist ein fix definierter „terminus technicus“CAVE:

Schnittstellen-Management



Advance Care Planning (ACP).PDF

Advance Care Planning (ACP)

Handreichung zum Umgang mit der gesundheitlichen
Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Fachliche Empfehlungen und Methodenhinweise für Mitarbeitende in Einrichtungen
für Menschen mit körperlichen, kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen

Soziales | Gesundheit | Bildung | Kultur | Heimat | Umwelt

bezirk oberbayern

www.bezirk-oberbayern.de

13

Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie

POLITIK

Systemischer Ansatz:

- **Advance care Planning (ACP)**

(Vorsorgedialog, vorausschauende Planung)

ACP kommt aus der **niedergelassenen Medizin** und ist ein fix definierter „terminus technicus“CAVE:

Schnittstellen-Management

- **Klinische Perspektivenkonferenz (KPK)**

„WIR“ KPK ist die Übertragung von ACP
ins **klinische Setting**

→ „**Gesamtmedizinische Indikation**“ im Team
aller beteiligten **Behandler:innen** !

→ „Shared decision making“

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Standes-, /politischer und Organisationsethischer Ansatz:

- **Politisch Einführung und „administrative Beachtung“ von ACP-Konzepten (KH)**

Errichten (Hausärzt:in) und Dokumentation von Pat Vfg
+ Vorsorgevollmacht im **KH-Dokumentationssystem**

- **KEKo (klinisches Ethik-Komitee)**

= postpromotionelle **Ethik-Ausbildung**,
Handlungsvorschlag, „breiter Rücken“,

→ pos. Schneeballeffekt

- **Verpflichtende postpromotionelle Ethik-Fortbildung/Training (ÄK)**

→ **verpflichtender DFP-Punkte-Anteil für Ethik/Recht**
durch die **Arzt-Akademie**

14

Rechtliche Grundlagen

... aus **klinischer** Sicht

1. Ärztegesetz

2. ErwSchG / Kinderschutzgesetz (Kindeswohl)

3. PatVfg Gesetz

Friesenecker, GÖG Nov 2024

15

ÄG: „Ärzt:innen müssen sterbenden Menschen, die sie behandeln, **„unter Wahrung ihrer Würde“** beistehen“ ...

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Österr. Ärztegesetz § 48 besagt, dass Ärzt:innen im Falle **drohender Lebensgefahr** **„erste Hilfe“ nicht verweigern** darf.

Handlungsmaxime § 49/49a gibt aber gleichzeitig vor, dass „Ärzt:in verpflichtet ist nach Maßgabe der **ärztlichen Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren.“

... und NICHT: „mit allen Mitteln zu heilen oder das Leben zu erhalten !“

„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein

fürsorglich begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

16

PATIENTEN VERFÜGUNGSGESETZ (neueste Version seit Januar 2019)

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Eine Pat Verfügung kann jederzeit errichtet werden !

Voraussetzung für eine **verbindliche Pat Verfügung** ist:

- Alter: ab dem **14. LJ** („mündig minderjährig“), entscheidungsfähig, nicht besachwaltet
- Unterschrift der aufklärenden Ärzt:in + Patient:in + Notar/Rechtsanwalt oder Pat-Anwalt
- Gültigkeit: 8 Jahre

Wenn Formkriterien für eine verbindliche Verfügung nicht erfüllt sind → automatisch „nicht verbindliche“ oder „**andere**“ Pat Verfügung

Eine „**andere**“, nicht-verbindliche **Pat Verfügung** ist **um so beachtlicher**,...

- Je **öfter** sie unterschrieben ist
- Je **näher** die letzte Unterschrift am Ereignis liegt,
- Je besser die beschriebenen **Umstände** zum Ereignis passen
- ARGE Ethik empfiehlt: „**andere**“ **Pat Verfügung + eine Vorsorgevollmacht !**
- dzt. „**BRINGSCHULD**“ für Pat / Angehörige (noch keine Registrierung im ELGA möglich !)

17

Ethische Grundlagen

schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung

„**Handwerkszeug**“ für die Beurteilung schwieriger Fälle

**Nur weil jemand Medizin studiert hat,
kann er/sie nicht Ethik**

Auch ethische Entscheidungsfindung
muss man **lernen** und **trainieren**
wenn man das **können** will !



Friesenecker, GÖG Nov 2024

18

Pflichtlehre

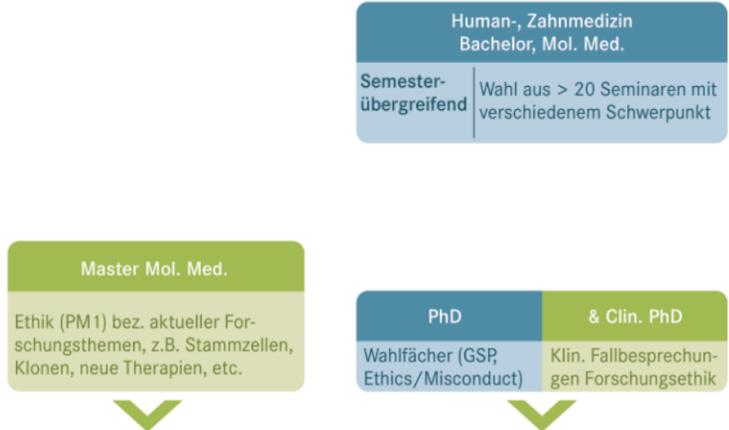


Ethiklehre in den Studiengängen der Medizinischen Universität Innsbruck

Barbara Friesenecker – Klinikerin (Anästhesie/intensivmed/Palliativmed)
Gabriele Werner-Felmayer – Grundlagenforschung / Bioethik
Georg Gasser – Philosophie

→ Fallorientiert / klinisch

Freie Wahlfächer



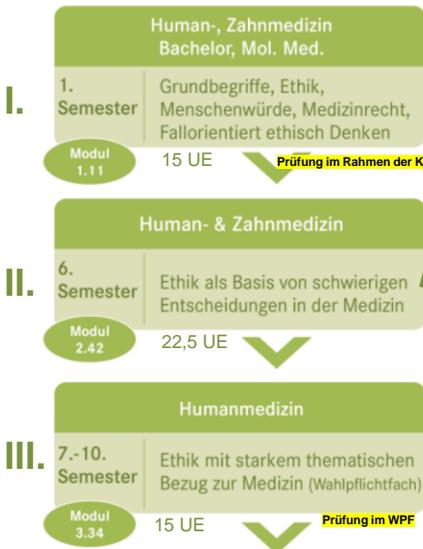
Kompetenz im Umgang mit ethischen Fragestellungen & Reflexion

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Pflichtlehre (grün) Freie Wahlfächer (blau): GSP = Good Scientific Practice

19

Pflichtlehre



Ethiklehre in Medizinische

Spezifisch / interdisziplinär

- Erwachsene-ICU
- Kultursensitivität
- Neonatologie
- Pädiatrie
- Neurologie
- Gynäkologie
- Notfallmedizin

→ **Mündliche Prüfung als strukturierte Fallbesprechung (1,5 SWH)**

- 01) Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als PatientInnen und Angehörige.
- 02) Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung
- 03) Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch
- 04) Schwierige ethische Entscheidungen am Ende des Lebens
- 05) Bioethik im Film und öffentlichen Diskurs
- 06) Medizinethik in der Kinder- und Jugendheilkunde
- 07) Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der PND und PID
- 08) Ethische Fragestellungen in der Palliativmedizin
- 09) Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin
- 10) Ethische Fragen in der Palliativmedizin
- 11) Ethische Aspekte in der Genterapie
- 12) Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen & Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallm
- 13) Medizinethik in der Pädiatrie 1. Zum Wohle des Patienten
- 14) NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik
- 15) Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin.
- 16) Fallbeispiele aus der Herzchirurgie

Kompetenz im Umgang mit ethischen Fragestellungen & Reflexion

Friesenecker, GÖG Nov 2024

Pflichtlehre (grün) Freie Wahlfächer (blau): GSP = Good Scientific Practice

20

Innsbrucker Handwerkszeug für die **strukturierte Diskussion** eines schwierigen Falls



1. Frage: Schildern Sie kurz den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche **Interessen/Konflikte** geht es?
- Welch **bio-psycho-soziale** Dimension hat der Fall?
- Welche Rolle spielt **Kommunikation** bei ihrem Fall ?

2. Frage: Welche **medizinethischen Prinzipien** sind betroffen und wo geraten sie in Konflikt („Georgetown Mantra“; Balance der Prinzipien)?

3. Frage: Besprechen Sie den Fall basierend auf dem **2 Säulenmodell** (Konflikt Ärzt:in/Pat. + Angehörige, ethisch rechtliche Dimension - ÄG, ErwSchG, PatVG, Kinderschutzgesetz etc...)

4. Frage: Was ist **gut gelaufen und warum** ?

Falls etwas **nicht gut gelaufen** ist, welche **Lösungsvorschläge** gibt es ?

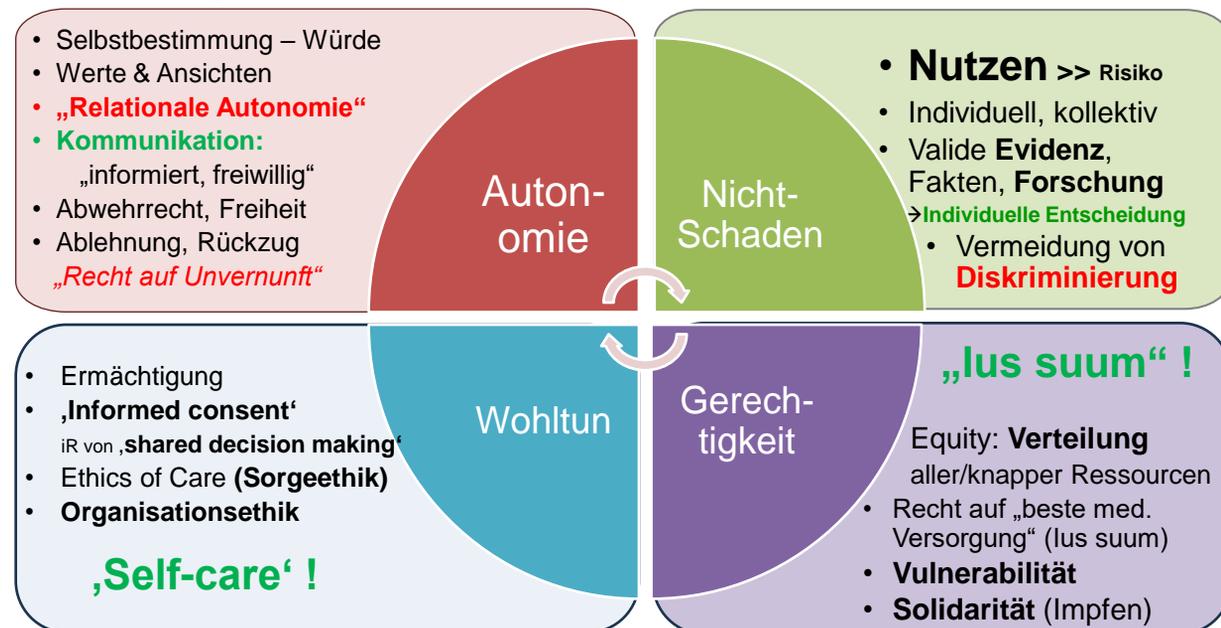
- Wie hätte man es **besser** machen dürfen/können/müssen?
- Erwägen sie dabei auch eine **weiterführende Argumentation**: beste medizinische Versorgung/Gerechtigkeit (Ius suum/suum cuique), ACP, rel. Autonomie, Sorgeprinzip, organisationsethische Aspekte)



Friesenecker, GÖG, Nov 2024

23

Das „Georgetown Mantra“ – Prinzipien-Ethik

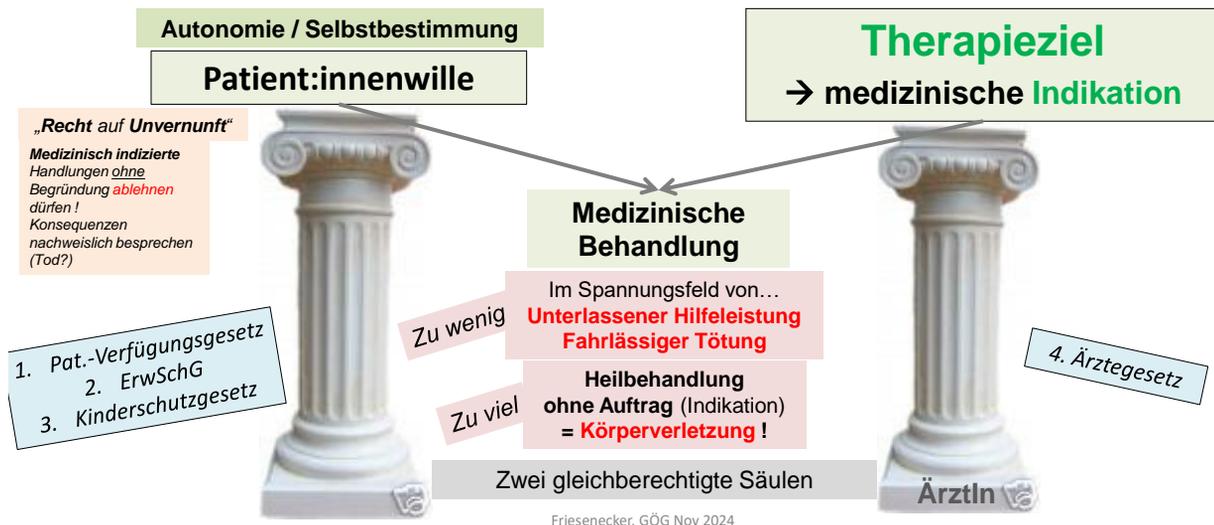


Friesenecker, GÖG Nov 2024

Beauchamp, Tom L; James F. Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics. [1977] Seventh Edition. Oxford University Press. New York/London

24

„2-Säulen – Modell“



25

Man sollte „**Relationale Autonomie**“ verstanden haben!

Patient:innen/Ärzt:innen zwischen **Selbstbestimmung** und **Fürsorge**

Person, die **selbständig, rational** und **ohne Einfluss anderer** über sich entscheidet ?

- **Unabhängiges, autonomes Selbst**
- von **äußeren Einflüssen** unabhängige **Selbstbestimmtheit**

Mensch ist aber als **Person** **grundsätzlich eingebunden in Beziehungen**

- **Interdependentes**, autonomes Selbst
- Sinn und Tragfähigkeit erst durch **Relationalität** und **Kontextualität**

RA ... beschreibt die **gegenseitige Verbundenheit/Angewiesenheit** von **Hilfebedürftigen** (Patienten:innen, Kinder, Pflegebedürftige etc. ...) und **Hilfegebenden** (Caregiver: Ärzt:innen, Pflegende, Sozialdienst etc.

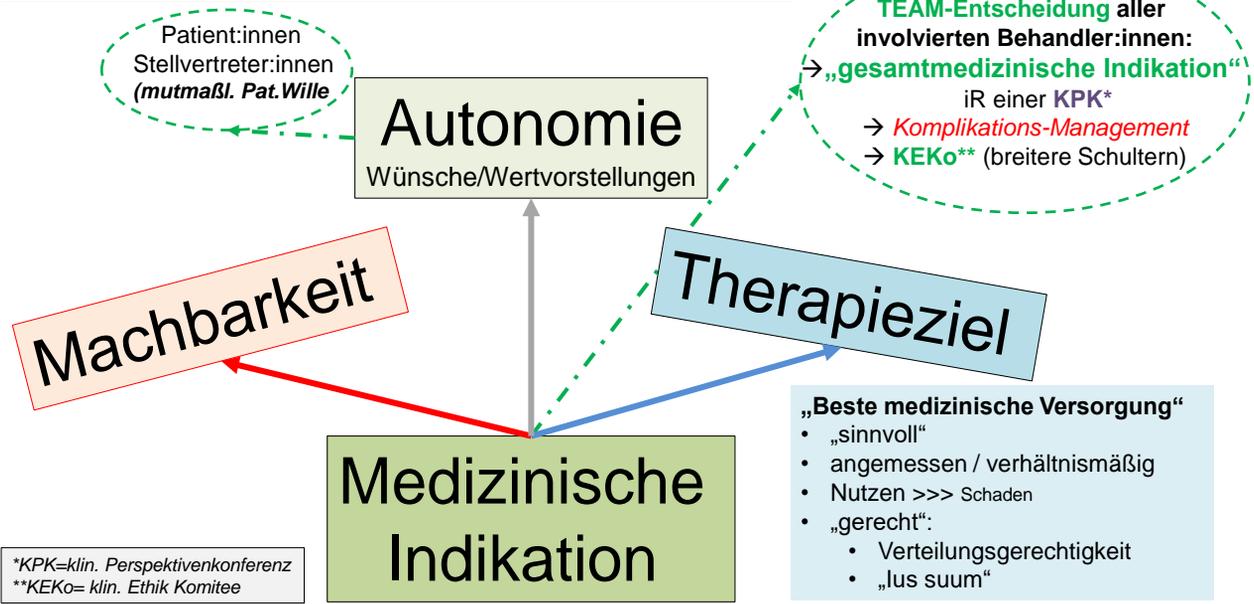
Shared-Decision-Making-Modell (SDM) / Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Friesenecker, GÖG Nov 2024

26

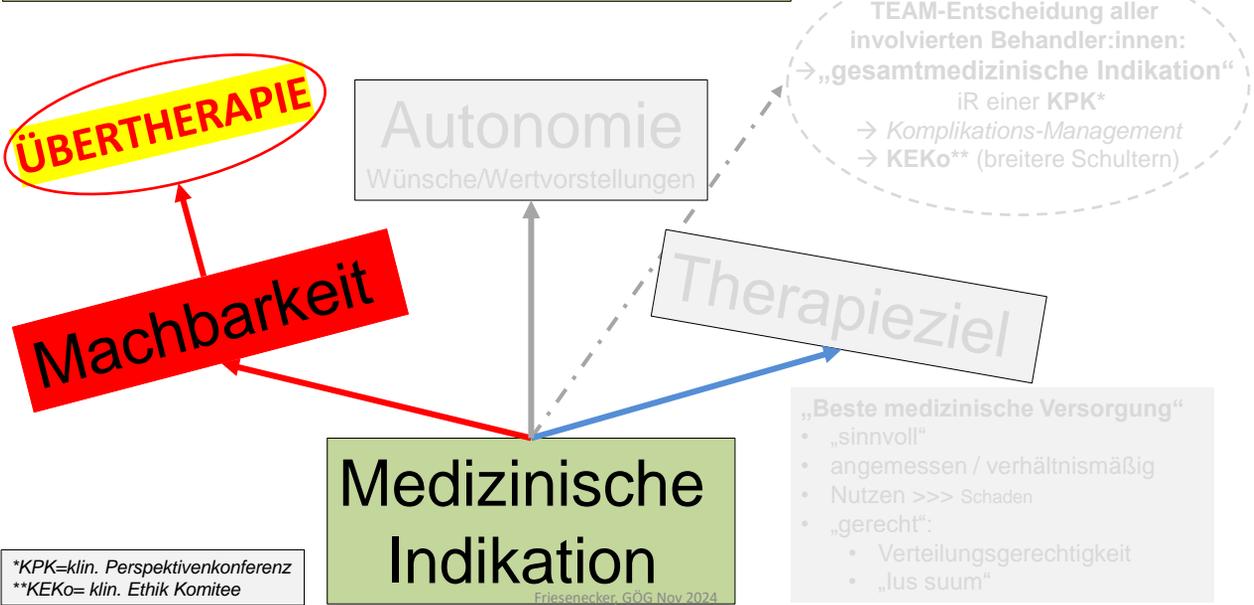
Friesenecker, GÖG Nov 2024

Was heißt „med. Indikation“ ?



27

Was heißt „med. Indikation“ ?



28

Was heißt „med. Indikation“ ?

ÜBERGRIFFE

Autonomie

TEAM-Entscheidung aller involvierten Behandler:innen:
 → „gesamtmedizinische Indikation“
 iR einer KPK*
 → Komplikations-Management
 KEKo** (breitere Schultern)

Medizinische Indikation ist daher **immer RELATIV**
 und muss **individuell abgewogen** werden
Es gibt KEINE ABSOLUTE INDIKATION!
 ...auch keine „absolute/harte chirurgische Indikation“ !

Maßnahmen

Medizinische Indikation

„Beste medizinische“

- „sinnvoll“
- angemessen / verhältnismäßig
- Nutzen >>> Schaden
- „gerecht“:
 - Verteilungsgerechtigkeit
 - „Ius suum“

*KPK=klin. Perspektivenkonferenz
 **KEKo= klin. Ethik Komitee

Friesenecker, GÖG Nov 2024

„Wünsche an das Christkind“ ...

Ausbildung !!! TRAINING !!! Ausbildung !!!

Nur weil man Medizin studiert hat, kann man nicht automatisch Ethik/Recht !

- Wir brauchen: verpflichtende **Ausbildung und Training** in **Ethik/Recht**
 - **studentisch** (Medizin-Curricula) und **postpromotionell**
 - anteilig **verpflichtende DPF-Punkte** der Ärzt:innen-Akademie für **ethikrelevante Themen**
 - verpflichtendes postpromotionelles **Kommunikationstraining**
- **Politik:** österreichweite Einführung von **ACP im niedergelassenen Bereich!**



Friesenecker, GÖG Nov 2024

Ein Appell aus der Klinik an die Gesundheits-Ökonomen:

→ Verpflichtende

studentische / postpromotionelle Ausbildung in Ethik und Recht

könnte neben dem **direkten Schaden an Pat/Angehörigen**
viel **sinnlose Kosten** für das Gesundheitssystem +
Burnout bei med Profs. **vermeiden helfen**
alleine dadurch, dass man **Futility** unterlässt !!!

„Reden (PV/SDM) kostet Zeit - aber spart viel Geld und Nerven !“

→ **Forderung: Ärztliche Gesprächszeit in die
Leistungskataloge aufnehmen !**

Friesenecker, GÖG Nov 2024

31

Danke erst mal für's Zuhören...

Ich freue mich auf die Besprechung der
häufigen **Mythen**
im **Dunstkreis medizinethischer Entscheidungsfindung**

Friesenecker, GÖG Nov 2024

32