



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Medizinethische und psychoonkologische Aspekte in der Palliativbehandlung

Diana Meier-Allmendinger

Martina Kainz

Tagung Psychoonkologie, 17.01.2013



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Übersicht

1. Palliativbehandlung
2. Medizinethische Aspekte
3. Psychoonkologische Aspekte
4. Fallbeispiele



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

1. Palliativbehandlung

Palliative Care

- „palliare“, den Mantel über jemand breiten
- 1990 WHO „Palliative Care Konzept“
- Mehrdimensionalität einer Krankheit
 - Biomedizinisches Modell
 - Psychosomatisches Modell
 - Bio-psycho-soziales Modell
 - Bio-psycho-soziales Konzept + Spiritualität



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Konzept Palliative Care

- Wann beginnt Palliation?
- „Palliative Care beginnt, wenn dem Patienten selbst bewusst geworden ist, dass seine Krankheit nicht mehr heilbar ist.“ Roland Kunz
- Letzte Lebensphase
- Sterbebegleitung

Konzept Palliative Care

- Umfassende Behandlung und Betreuung
- Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder fortschreitenden Krankheiten
- Möglichst gute Lebensqualität bis zum Tode
- Optimale Leidenslinderung
- Unabhängig vom Lebensalter

Schweizerische Akademie der Medizinischen
Wissenschaften, Richtlinien 2006



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Anwendungsbereich

- Stationäre Einrichtungen
- Ambulante Dienste
- Alle medizinischen und pflegerischen Fachbereiche
- Interdisziplinärer Team-approach

Hauptziele

- Hilfe zur Selbsthilfe
- Gespräch darüber, womit Pat. seine limitierte Lebenszeit verbringen möchte
- Organisation des Umfeldes
- Sorge um die Angehörigen

Steffen Eychmüller

Grundwerte und Haltungen

- Würde des Patienten
- Autonomie

Nationale Leitlinien Palliative Care 2010

Körperliche und seelische Belastungen

- Starke Schmerzen
- Verlust an Lebensqualität
- Unsichere Prognose
- Ängste
- Todesangst
- Angst vor Kontrollverlust
- Angst vor Hilflosigkeit
- Nicht zur Last fallen wollen
- Angst vor Überlastung der Angehörigen



Lebensqualität sicher stellen

- Palliative Care setzt auf grösstmögliche Lebensqualität (Ignatio Cassis)
- «Quality of life is what a person says it is» (Robert Twycross)
- Abhängig von
 - Lebensgeschichte
 - Lebensgewohnheiten
 - Muss konkret erfragt werden



KLINIK SCHÜTZEP
Rheinfelden

2. Medizinethische Aspekte

Funktion und Rolle der Ethik im Gesundheitswesen

- Beobachten
- Erkennen von ethischen Fragestellungen
- Reflektieren
- Kommentieren
- Wissensvermittlung
- Güter abwägen (Orientierung an der Menschenwürde)
- Rahmenbedingungen für Konsens schaffen
- Moderieren

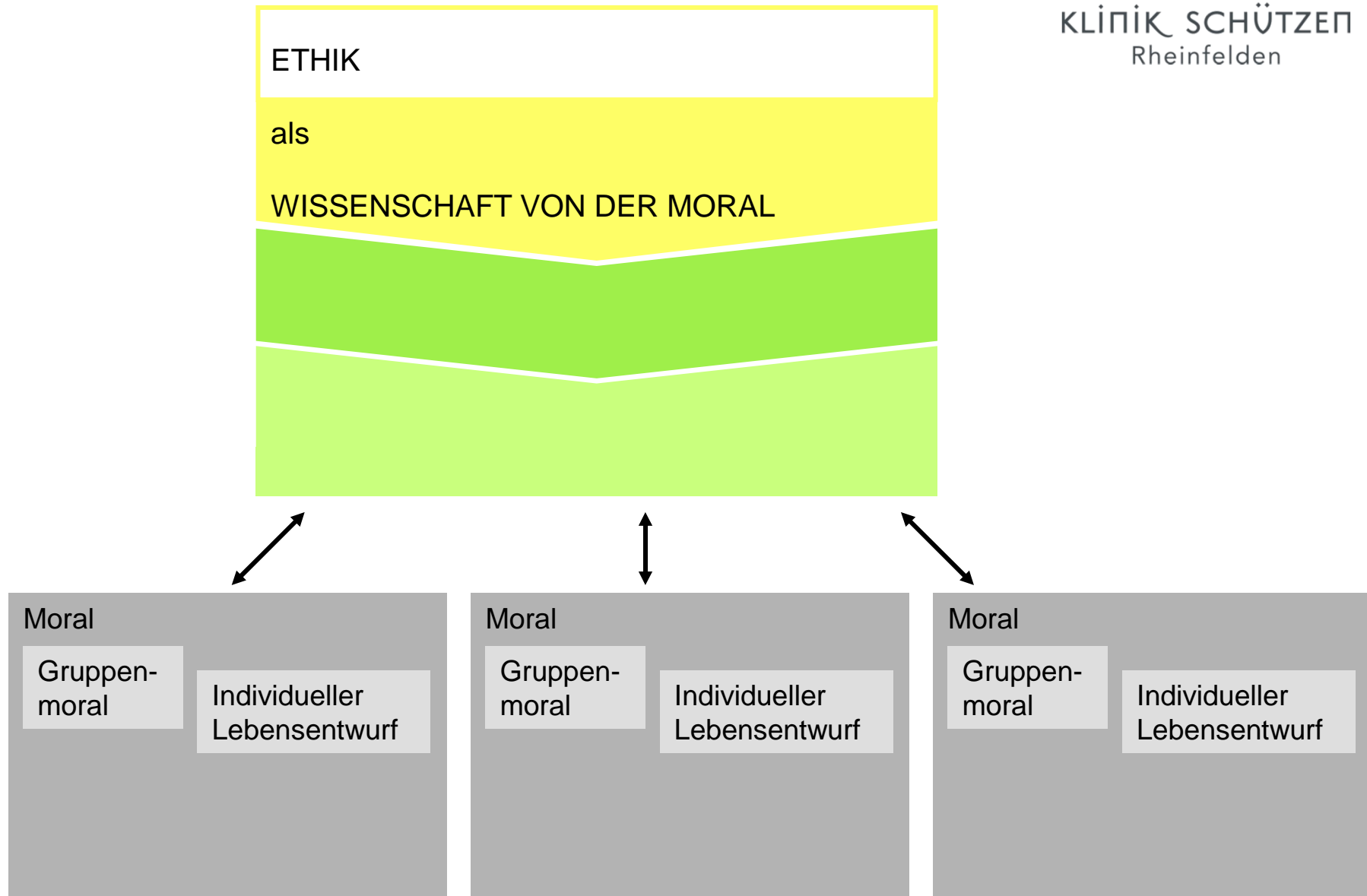
Ethik

- Ist Reflexion von Moral
- Befasst sich mit Reflexion von Werten
- Reflektiert Verhältnisse zwischen unterschiedlichen Werten
- Sagt nicht, was „ethisch richtig“ ist

Moral

- Gesamtheit der relevanten Normen und Wertvorstellungen
 - In einem konkreten sozialen Kontext
 - Für eine bestimmte Person

M.Kettner



Aktuelle Entwicklungen und *turns* der Medizinethik

1. *global turn*: medizinethische Implikationen der Globalisierung der Medizin
2. *cultural turn*: steigende Sensitivität für den kulturellen Kontext
3. *collective turn*: politische Ausrichtung der Medizinethik
4. *participatory turn*: stärkere Berücksichtigung der Laien- und Betroffenenansichten

Schicktanz

Der ethische Blick

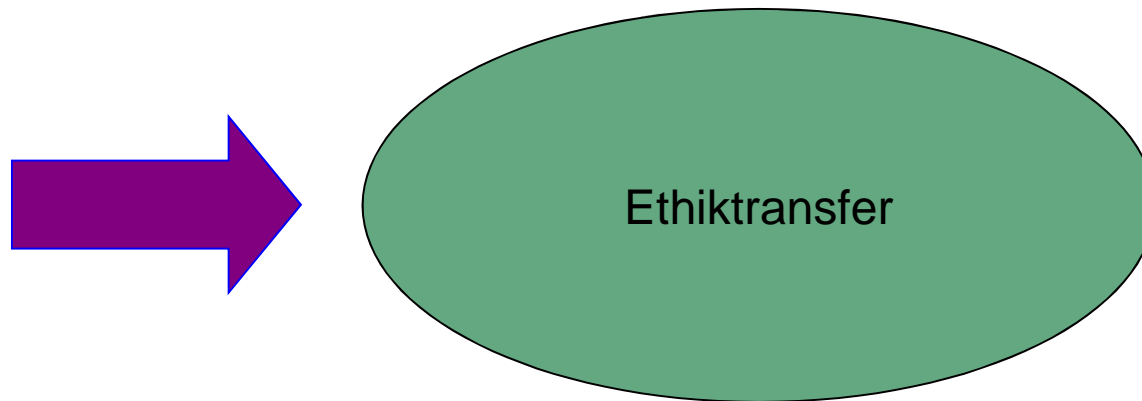


Hinschauen auf Wertehintergründe

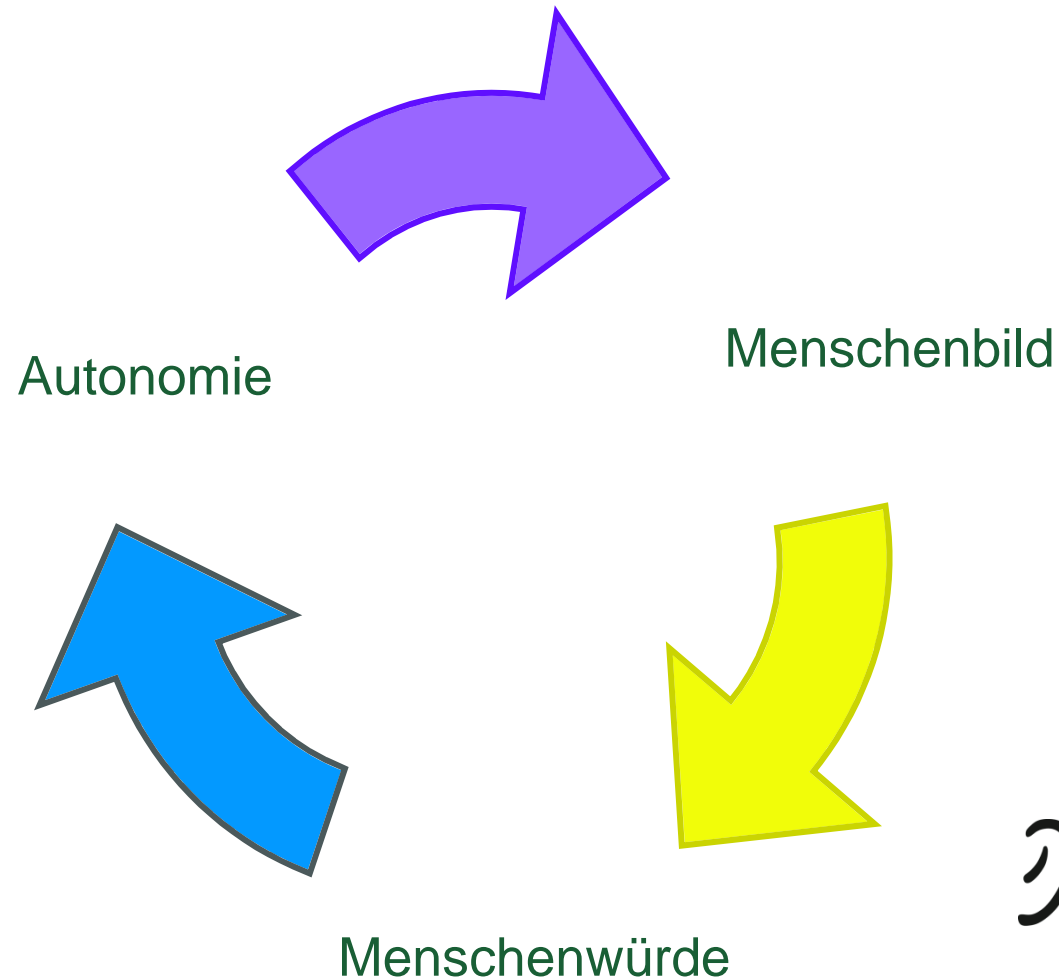
- In Entscheidungen und Handlungen
- In Strukturen und Organisationen

Einflüsse

- Fachpersonen
- Kultur eines Spitals
- Finanzielle Rahmenbedingungen
- (Zeit-)Ressourcen



Ethische Herausforderungen



MENSCHENBILD?

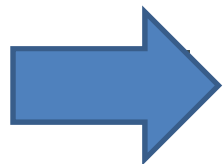
Menschenwürde und medizinisches Handeln

- Menschenwürdeanspruch beinhaltet Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit
- Recht zu wahren ist nicht allein Aufgabe jedes Einzelnen, sondern eine gesellschaftliche Verpflichtung
- Ärztinnen und Ärzte machen die allgemeine gesellschaftliche Pflicht zu ihrer eigenen berufsethischen Verpflichtung, übernehmen damit Verantwortung, die aus Menschenwürde folgt

Werner, M.H., Streit um die Menschenwürde: Bedeutung und Probleme eines ethischen Zentralbegriffs, Zeitschrift für medizinische Ethik, 2000.

Bedrohte Würde?

- Würdeverlust eines Menschen durch Krankheit und Gebrechlichkeit?
- „Wiederherstellung“ der Würde des Kranken durch Prozess der Gesundung?



Erwartungen an die Medizin als „Retterin der Menschenwürde“

Heinz RÜEGGER

Existentieller Würde- und Autonomieanspruch

**Ethischer
Orientierungspunkt einer
humanen Gesellschaft**

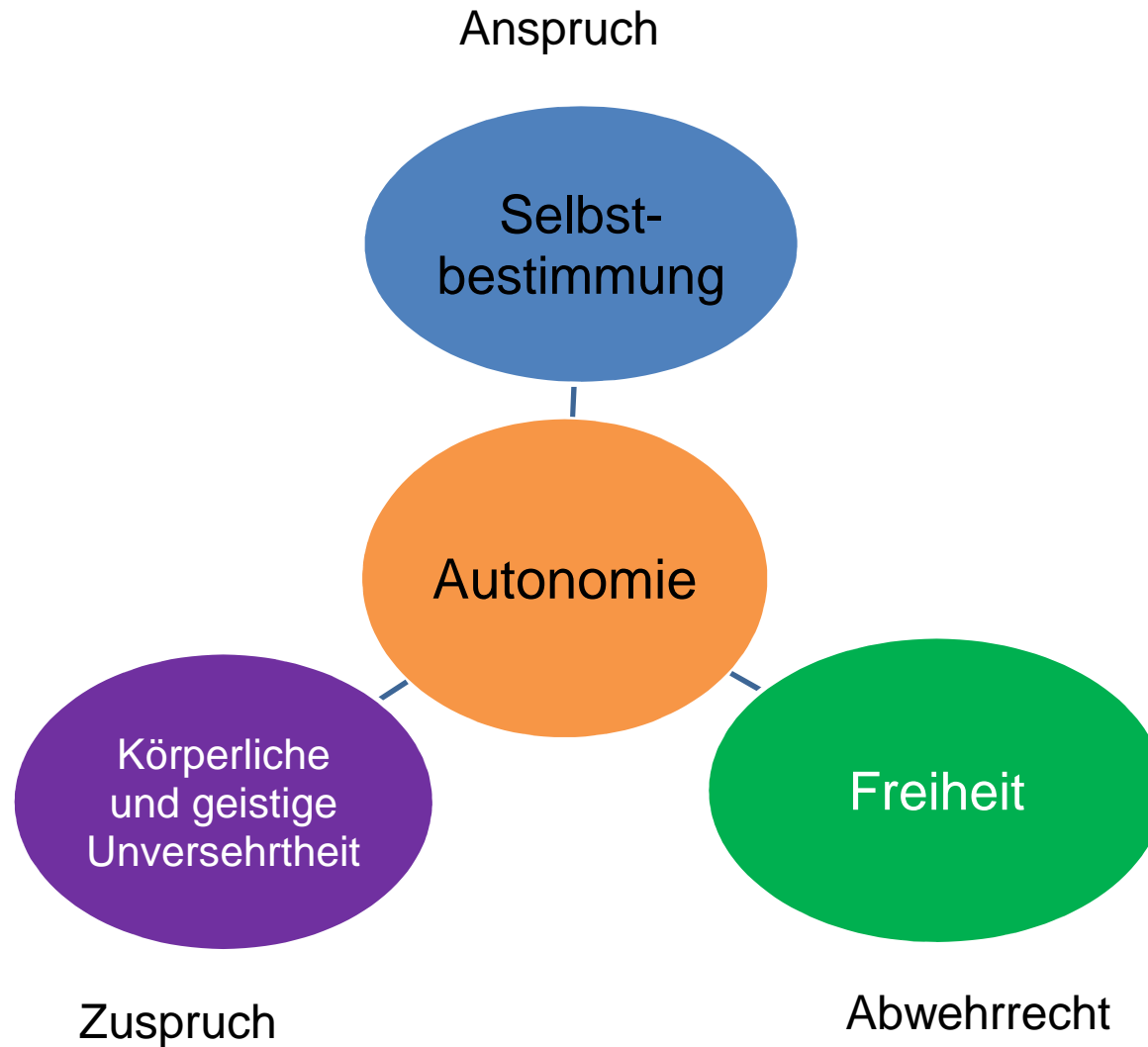
**Wesenhafter Würde- u.
Autonomieanspruch des Menschen**

- absolut
- unverlierbar
- unbedingt zu achten u. zu schützen
- unabhängig von den konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten

Autonomie

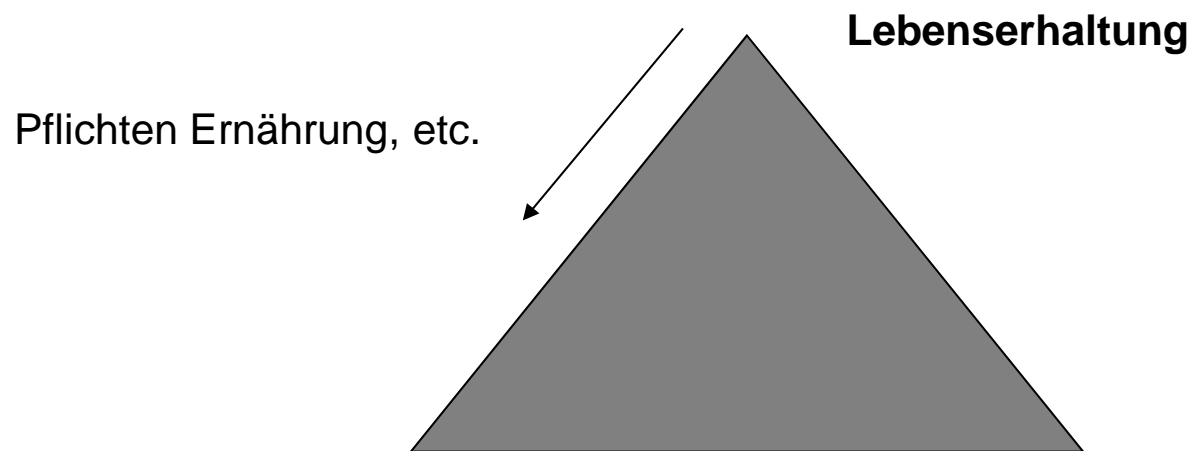
- Prinzipienethik (BEAUCHAMP, CHILDRESS)
 - Respect for Autonomy (Autonomie)
 - Nonmaleficence (Nichtschaden)
 - Beneficence (Fürsorge)
 - Justice

Was bedeutet Autonomie?



Traditionelle Medizinethik

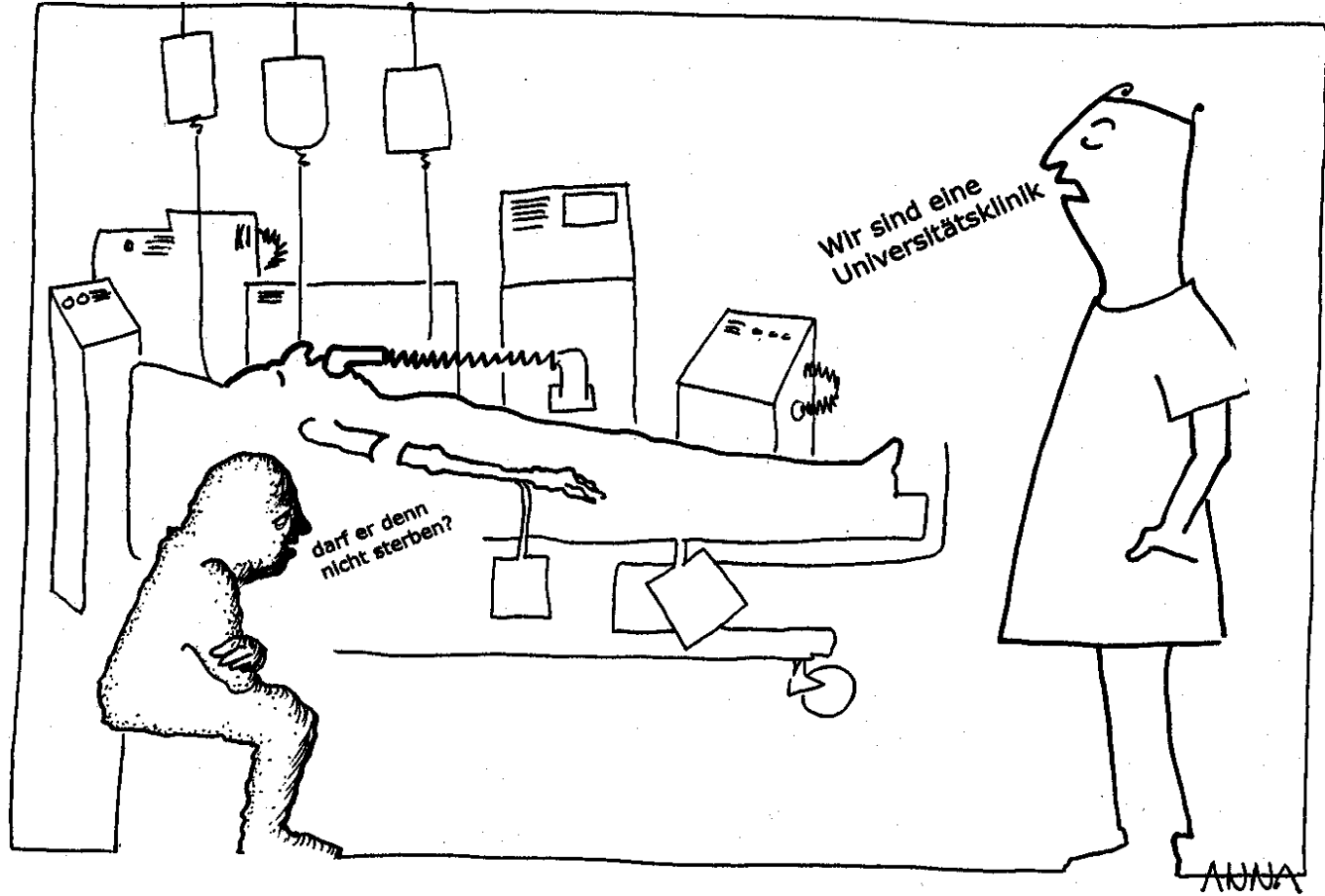
- Ethischer Orientierungspunkt: „Heiligkeit des Lebens“



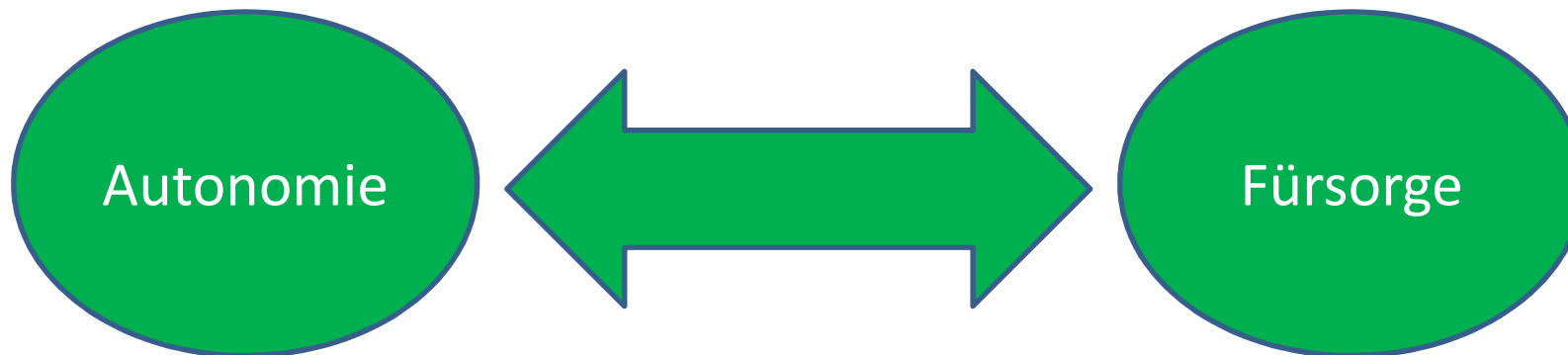
Keine Güterabwägung mit menschlichem Leben

Konsequenz: Technischer Imperativ

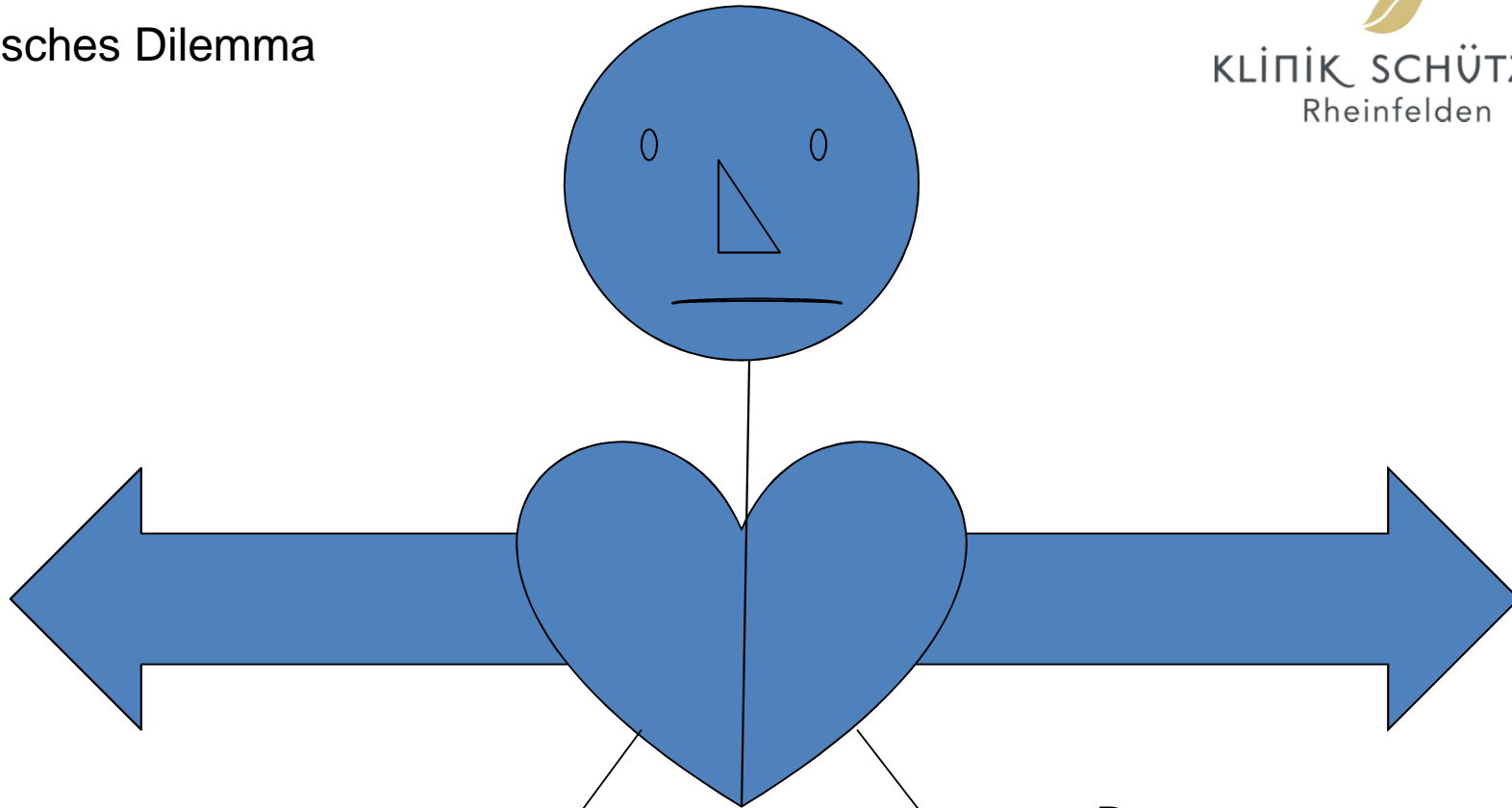
Das medizin-technisch Mögliche wird zum moralisch Geforderten



Ethische Entscheidungsfindung



Ethisches Dilemma



z.B.
Lebenserhaltung
Lebensschutz
Autonomieanspruch
der Frau
usw.

z.B.
Leidenslinderung
Freiheit zur Selbstschädigung
Eigenwert des Ungeborenen
usw.

Autonomieanspruch und Fürsorge

- Autonomieanspruch im Sinne des Abwehrrechtes ist gegenüber der Fürsorgeverpflichtung des Staats übergeordnet, solange ein Mensch urteilsfähig ist.

Wer entscheidet bei Urteilsunfähigkeit (nZGB)



Patientenverfügung



Art. 370 nZGB

- **Rechtsverbindlicher Wille**
- Wünsche im Hinblick auf medizinische Behandlung, Sterben und Tod

Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Vollmacht)

Art. 370 nZGB

- Bezeichnung einer natürlichen Person, welche im Falle der Urteilsunfähigkeit entscheidet
- Delegation und Vollmacht an Person
- Keine Festlegung medizinischer und pflegerischer Anordnungen im Voraus

Vertretungsberechtigte Personen nach Gesetz Art.378 nZGB

1. Beistand
2. Ehegatte, eingetragener Partner
3. Person im gemeinsamen Haushalt
4. Nachkommen
5. Eltern
6. Geschwister

Wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten

Wer entscheidet, wenn der Patient urteilsunfähig ist?

1. Patientenverfügung
2. Zur Entscheidung bestimmte Person
3. Entscheidungsberechtigte Personen
 1. Beistand mit Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
 2. (Ehe)partner des Patienten
 3. Person im gemeinsamen Haushalt
 4. Nachkommen
 5. Eltern oder Geschwister

Entscheidung nach mutmasslichem Willen u. Interessen der urteilsunfähigen Person

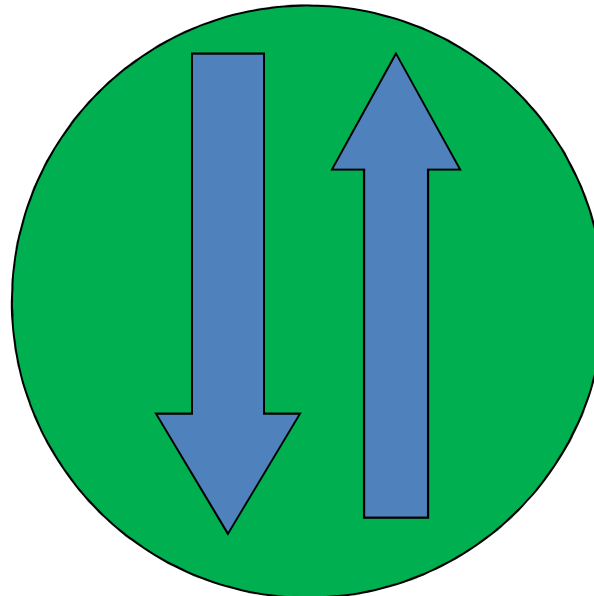
Psychische Befunderhebung Urteilsfähigkeit?

- Ambivalenz/Unsicherheit z.B. bei körperlichen Schmerzen
- Suizidwünsche z.B. bei Depression
- Verwirrung z.B. bei Delir
- Kognitive Beeinträchtigung z.B. bei Dementieller Entwicklung
- Behandlungsverweigerung z.B. bei Angststörung

Autonomieanspruch - Autonomiefähigkeiten

Normative Ebene (**SOLENN**): Anspruch auf Würde und Autonomie des Patienten

Entscheidungsfindungs-
prozess

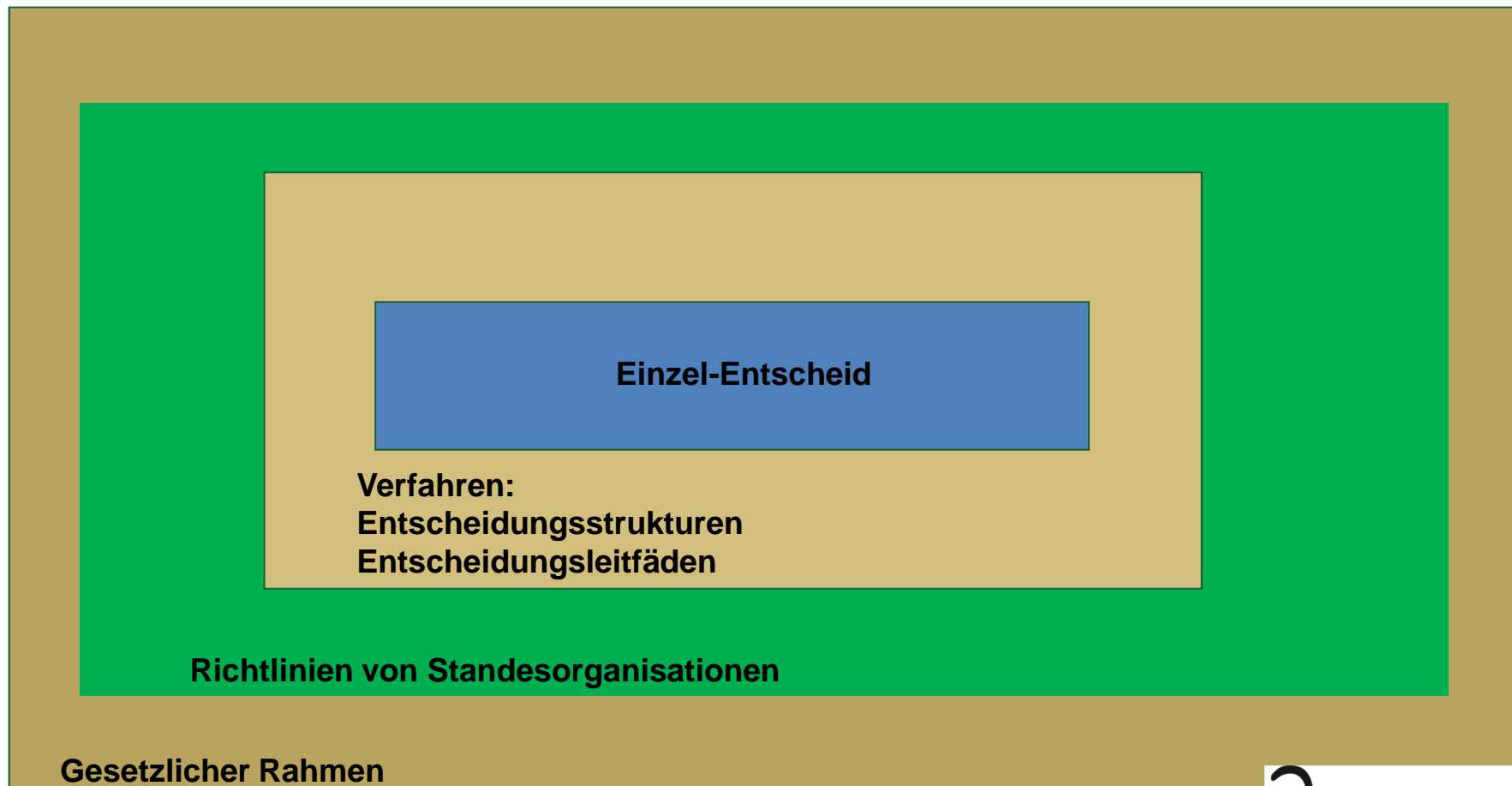


Urteilsfähiger Patient:
Anspruch auf „informed
consent“

Nicht-urteilsfähiger Patient:
Anspruch auf „mutmasslichen
Willen“

Patientenempowerment

Deskriptive, empirische Ebene (**IST**): Tatsächliche Autonomiefähigkeiten und
Abhängigkeiten des Patienten



3. Psychoonkologische Aspekte

Fallbeispiel I

Herr M. 60jährig

Prostatakrebs vor 5 Jahren, Metastasen vor 3 Jahren, aktuell

Verschlechterung

verheiratet, keine Kinder

Anfängliche Fragestellung: Exit vs. Leidensweg

- Angst vor Autonomieverlust
- Angst vor Siechtum
- Angst seiner Frau zur Last zu fallen

Wichtige Aspekte zur Lebensgeschichte:

- früh von daheim ausgezogen
- im Aussendienst einer Firma tätig>>viele Auslandsaufenthalte (Afrika, Südostasien)
- Marathonläufer

Fallbeispiel I

Psychoonkologische Begleitung: 10 Sitzungen in 3 Monaten

- Ängste thematisieren
- Autonomie stärken (Möglichkeiten aufzeigen)
- Gespräche zusammen mit Ehefrau
- Hausbesuch

Aussagen des Patienten:

„ich befinde mich auf dem letzten Marathon und möchte diesen anständig zu Ende bringen““Exit wäre für mich etwa so, wie wenn ein Grüner Büchsenahrung essen würde“

Fallbeispiel II

Frau G, 43 jährig

Mammacarcinom mit Metastasen

Verheiratet seit 1,5 Jahren, 8-jähriger Sohn aus einer anderen Beziehung

Wichtige Aspekte der Lebensgeschichte

- Schwierige Kindheit: Arbeiterfamilie im Emmental, Vater Alkoholiker, Scheidung der Eltern, Schulprobleme
- Beziehung zu Asylant, Vergewaltigung (?), Geburt des Sohnes, keinen Kontakt zu Kindsvater
- Beziehung zu Ehemann problematisch

Fallbeispiel II

Psychoonkologische Begleitung: (knapp 2 Jahre)

- ständiges Auf und Ab, bedingt durch die Progredienz der Erkrankung, aber auch durch die Persönlichkeit der Patientin
- Krankheitskonzept: Krebs als Folge von Kummer und Sorgen
- Viele alternative Heilungsmethoden: Handaufleger, Wahrsager
- Sterbevorbereitung: Testament, Planung der Beerdigung
Sorgerecht für Sohn bekommt die Schwester der Patientin
- Exit
- Konflikte mit Ehemann/ Arbeitslosigkeit des Ehemannes
- Zunehmende Überforderung mit der Erziehung des Sohnes
- Konflikt mit Kinderpsychiater

Fallbeispiel II

Situation Sohn Felix:

- ADHS > Ritalin, in psychiatrischer Behandlung
- Aufklärung über Krankheit, Vorstellungen
- Konflikte mit Stiefvater, Ablehnung
- zunehmende Schwierigkeiten in der Schule: Schlägereien, Diebstahl
- Pflegefamilie, erneute Ablehnung nach Kontakt mit Vater
- Rückkehr nach Hause
- Vater beantragt Sorgerecht

Fallbeispiel II

Wie können solche Situationen vermieden werden?

Was hätte wer, wann besser machen können?



KLINIK SCHÜTZEN
Rheinfelden

Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

martina.kainz@klinikschoetzen.ch
diana.meier@klinikschoetzen.ch

