

# Sterben zulassen

Chancen und Grenzen im Zusammenwirken  
von Strategischer Ethikarbeit  
und Aufsuchender Palliativmedizin



# Ethikarbeit in der Stiftung kreuznacher diakonie

- 6700 Mitarbeitende
- Krankenhäuser & Hospize, Leben mit Behinderung, Seniorenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Kinder- Jugend- und Familienhilfe, Schulen
- Ethikausschuss auf Trägerebene seit 1999
- Ethikkomitees in den Krankenhäusern seit 2001
- Referent/-in für Medizinethik seit 2004, Stabsstelle des Vorstands, „Top Down Ethik“
- Erarbeitung und **Implementierung** von ethischen Positionspapieren, Schulung von Mitarbeitenden der Krankenhäuser und Hospize, Gespräche mit Geschäftsführungen und Chefarzten, Begleitung der Ethikkomitees, Vernetzung und Austausch mit anderen Trägern



# Ethische Positionspapiere

- Begleitung von Sterbenden 2000 (2017)
- Umgang mit PEG-Sonden 2004 (2018)
- Zeugen Jehovas und Blut 2004 (2017)
- Patientenverfügungen 2006 (2010, 2017)
- Wahrhaftigkeit am Krankenbett 2007 (2017)
- Sterben Zulassen 2011 (2017)

# Sterben zulassen – Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie



- Ursprüngliche Basis: Erlanger Papier „Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen“ von 2005
- Erarbeitung mit Oberärzten/innen und leitenden Pflegenden eines Krankenhauses
- Einführung von Dokumentationsbögen „Sterben zulassen“ und „Nicht wiederbeleben“, Erfassung mit SAP
- Modus der Erarbeitung des Papiers („Beteiligung der Betroffenen“) und Zusammensetzung der Arbeitsgruppe trugen wahrscheinlich erheblich zur Akzeptanz und Anwendung im klinischen Alltag bei
- Quantitative Auswertung 2013
- Seit 2017 DIVI-Papier „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“ von 2012 als Basis

# Nutzung der Doku-Bögen



# Chancen der strategischen Ethikarbeit

- Top Down Ethik, Priorisierung des Themas auch bei Geschäftsführungen und Chefärzten
- Dadurch werden auch ärztliche Mitarbeitende eher in Fortbildungen erreicht
- Nicht jedes einzelne Haus eines Trägers muss Ethikarbeit neu erfinden (Positionspapiere, Geschäftsordnung der Ethikkomitees, Ablauf und Dokumentation von Fallbesprechungen)

# Grenzen der strategischen Ethikarbeit

- Führungsebene muss Wichtigkeit von Ethikarbeit immer wieder betonen und insbesondere mittleres Management (z.B. Chefärzte) darauf verpflichten
- Gefahr der Demotivierung bei vorbestehender Ethikarbeit in übernommenen Häusern
- Bedeutung von Engagement vor Ort: Im langfristigen Ergebnis hat von 5 Krankenhäusern nur eines einen Kulturwandel erlebt
- Steter Tropfen erforderlich:
  - Regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeitende zu ethischen Themen
  - Beiträge im Intranet
  - Aktives Einmischen in Alltagsthemen (z.B. Umgang mit infizierten Mitarbeitenden, Freiheitsentziehende Maßnahmen)

# Palliativmedizinischer Konsildienst

- 2008 Auftrag des Landes, 6-8 Palliativbetten einzurichten
- Rahmenbedingung: keine räumliche Kapazität
- Interdisziplinärer Arbeitskreis (Verwaltung, Architekt, Palliativmedizinerin, Pflege, Ethikkomitee-Vorsitzende, Sozialarbeiterin), Hospitationen, interne Fortbildungen
- Federführend von Palliativmedizinerin Konzept „palliativmedizinischer Konsildienst“ entwickelt
- 2010 Start des Konsildienstes
- Palliativteam: Ärztliche Leiterin, 2 ärztliche Vertreter (igs.100%), 2 Palliativpflegekräfte (zusammen 100%), Physiotherapeutin, Seelsorgerin, Sozialarbeiterin, Psychologin; erweitert: Apothekerin, QM, Ethikkomitee-Vorsitzende

# Chancen des Palliativmedizinischen Konsildienstes

- Der „palliative Gedanke“ hat eine hohe Durchdringung im Krankenhaus
  - Kein Abschieben von schwerstkranken und sterbenden Patienten
  - Es wird relativ frühzeitig an Palliation gedacht
  - Konsiliarisch auch auf Intensivstation
- Patienten können weiterhin auf der Ihnen oft seit langem vertrauten Station bleiben
- Keine Umbaumaßnahmen/größere Investitionen für neue Betteneinheit erforderlich

# Grenzen des Palliativmedizinischen Konsildienstes

- Begrenzung der aktuellen Behandlungsfälle ohne „natürliche“ Grenze einer Station schwierig
- Gefühlt jeden Tag von vorn anfangen (viele wechselnde Gesprächspartner in den verschiedenen Teams der Stationen)
- Weniger „heimelig“ und luxuriös (bzgl. Ästhetik und zur Verfügung stehender Zeit für den Einzelnen) als eine Palliativstation
- Die Patienten „gehören“ weiterhin der behandelnden Abteilung, daher immer nur Empfehlungen bzw. Anordnungen nur in Absprache
- Hoher zeitlicher Aufwand für Absprachen
- Wochenenden und Feiertage werden größtenteils durch die Fachabteilungen abgedeckt, dadurch kann die Versorgungsqualität leiden
- „Hardcore-Retter“ wird es immer geben (z.B. persönliche Motivation, moralische Motivation)

# Kulturwandel?

- Patientenautonomie hat höheren Stellenwert
- Unreflektiertes medizinisches und pflegerisches Handeln ist schwieriger geworden
- Gut funktionierendes Palliativteam
- Zunehmende Arbeitsverdichtung konterkariert zum Teil die Erfolge der Ethikarbeit