



Ethische Überlegungen zu Begrenzungen tumorspezifischer Therapien.

E. Winkler

Klinikum der Universität München Medizinische Klinik und Poliklinik III
Großhadern

Harvard University Center for Ethics and the Professions, Cambridge
Division of Medical Ethics, Harvard Medical School, Boston

Übersicht

Was wünschen sich Patienten?

- ✓ Patientenwünsche variieren
- ✓ Wunsch nach Einbeziehung in Therapieentscheidungen

1. Wie schaut die Entscheidungspraxis aus?
2. Welche Entscheidungen sind schwierig im klinischen Alltag?
3. Ethische Entscheidungskriterien bei Konflikten um die Frage der Therapiebegrenzung oder Fortsetzung am Lebensende.

1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

1. EURELD – europäische Todesfallstudie

Stichprobe von 30.000 Todesfallformularen in sechs europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Holland, Italien, Schweden und Schweiz)

Bossard Arch Int Med (2005) 165; 401/van der Heide, Lancet (2000) 356; 1806/

Deutsche DGP Umfrage: n=901 Schildmann et al Pall Med Sept 2010

2. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments (SUPPORT)

n_{ges}= 9106, 5 Lehrkrankenhäuser USA, prospektive Kohortenstudie

Lynn J. et. al. Ann Intern Med 2000

3. Dokumentationsstudie zu Entscheidungen am Lebensende

n= 76, Hämatologie/ Onkologie, Klinikum Großhadern

Winkler, EC et al J Clin Onc 2009(27):2225-2230

1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

JAMA. 1995;274:1591-1598

The SUPPORT Principal Investigators

Präferenz: 30% keine Reanimation → kommuniziert: 40%
88% keine Langzeitbeatmung → kommuniziert: 12%

→ 2/3 der Patienten erhielten eine invasive lebenserhaltende Maßnahme in den letzten 3 Tagen vor ihrem Tod

1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

End-of-life practices in palliative care: a cross sectional survey of physician members of the German Society for Palliative Medicine

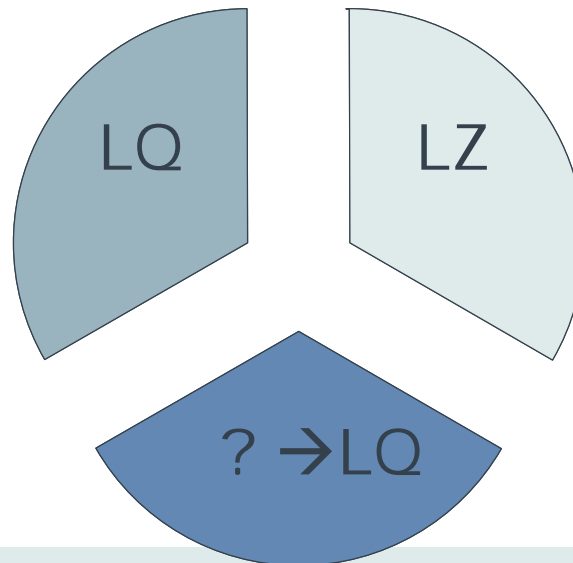
Palliative Medicine
0(00) 1–8
© The Author(s) 2010
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216310381663
pmj.sagepub.com



Schildmann et al

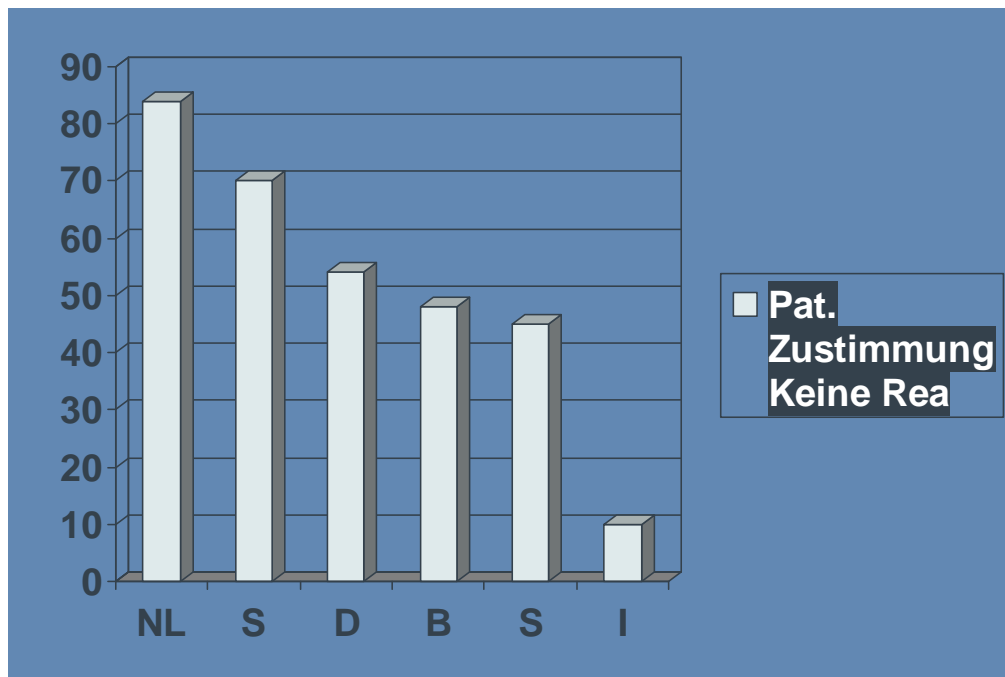
DGP-Mitglieder: 69,1% der Todesfälle gehen TB voraus

B. Therapieziele von Patienten:



1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

Sind die Patienten mit dem Therapieverzicht einverstanden?



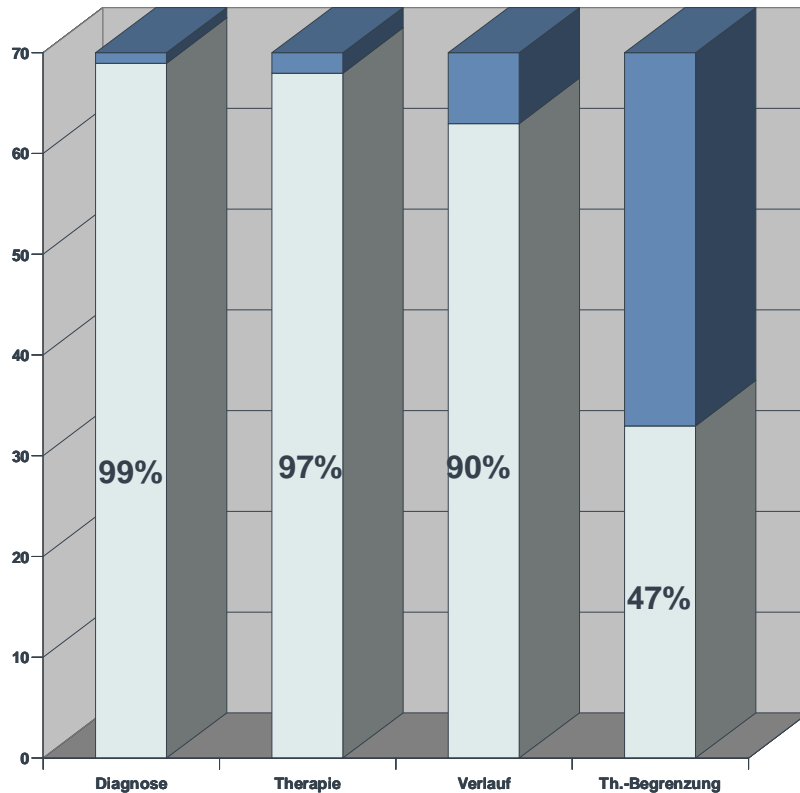
**EURELD : Zustimmung
entscheidungsfähiger
Patienten zum Verzicht auf
Wiederbelebung**

Van Delden, J

Crit Care Med 2006 Vol. 34, No. 6

1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

C. Einflußfaktoren auf die Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen am Lebensende



35 Wunsch nach LQ: Einbeziehung 75%
16 Wunsch nach LZ: Einbeziehung 37%

Dies geschah besonders dann,

- 1.) wenn ihr Therapieziel von dem der Ärzte divergierte
- 2.) wenn sie eine Maximaltherapie wünschten

Winkler, EC et al J Clin Onc 2009(27):2225-2230

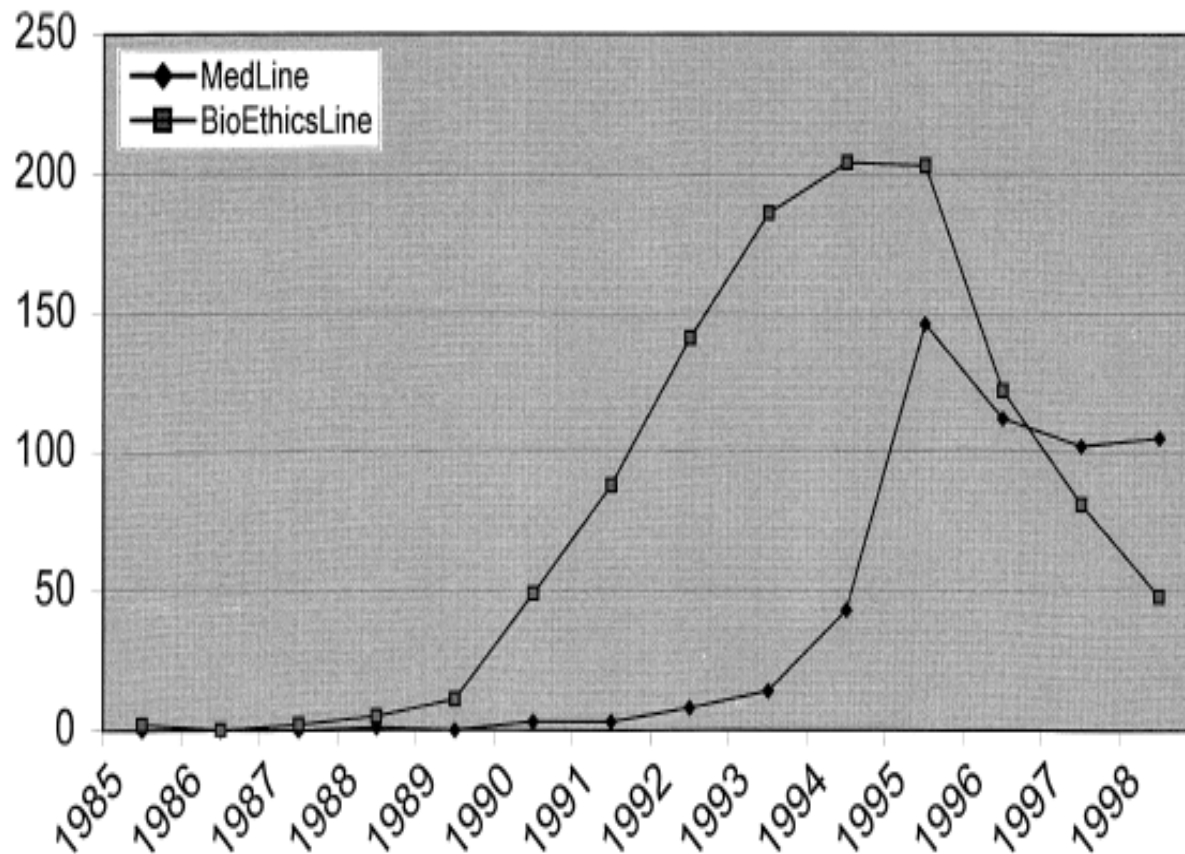
1. Werden Patienten einbezogen in Entscheidungen am Lebensende?

Resumee der Datenlage:

- Etwa die Hälfte der Patienten werden nicht in Entscheidungen zur Therapiebegrenzung einbezogen, obwohl sie noch entscheidungsfähig sind.
 - Es werden vor allem die Patienten nicht in die Entscheidung einbezogen, deren Wünsche nicht mit dem Therapieziel der Ärzte übereinstimmen.
- Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar?
- Und in welchen Fällen sollte eine Therapie auf Wunsch des Patienten fortgesetzt werden auch gegen die Empfehlung der Ärzte?

2. Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar?

“Futility“-Konzept: Vergeblichkeit einer medizinischen Maßnahme

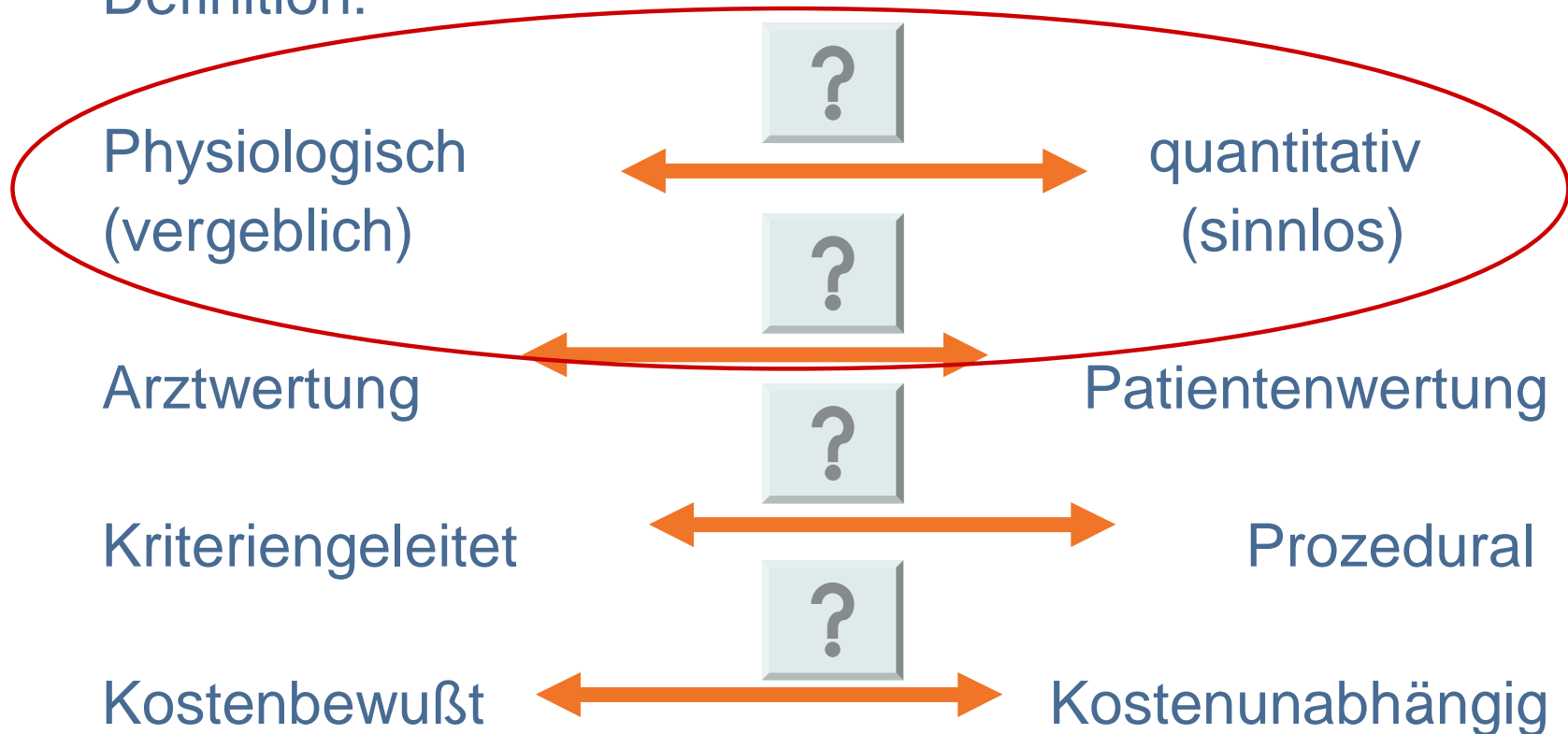


Joralemon, D. CamQuHEthics (2002), 11, 127–133.

Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten
ethisch begründbar?

“Futility” -Konzept

Definition:



Medizinische Indikation



Medizinische Indikation = medizinische Expertise
+ normative Bewertung

3. Fünf Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

1. Ist das gewünschte Therapieziel erreichbar?
2. Wie bewertet der Arzt Nutzen und Belastung durch die Therapie?
3. Ist der Patient in der Lage, Prognose, Therapiefolgen und Alternativen wirklichkeitsbezogen wahrzunehmen?
4. Wie bewertet der Patient Gewinn und Belastung durch die Therapie?
5. Sollen die Kosten für die Therapie bei marginalem Nutzen von der Versicherungsgemeinschaft getragen werden?

3. Fünf Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

1. Ist das gewünschte Therapieziel erreichbar?

z.B. Therapieziel: Lebenszeit bei Bewußtsein gewinnen

Erfolgswahrscheinlichkeit

=0 < 1%¹¹ Schneiderman, Ann Intern Med 1990;112:949



Unerreichbar



Therapiezieländerung

wenig wahrscheinlich



Therapieversuch

marginaler Nutzen



Patientenbewertung

3. Fünf Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

2. Wie bewertet der Arzt das Verhältnis von Nutzen und Belastung durch die Therapie ?

Nutzen > Belastung



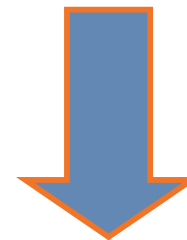
Therapie

Nutzen = Belastung



Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge

Nutzen < Belastung



Bewertungsdifferenz auf faktischer oder normativer Ebene?

3. Fünf Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

3. Ist der Patient in der Lage, Prognose, Therapiefolgen und Alternativen wirklichkeitsbezogen wahrzunehmen?

A. Ehrliche Aufklärung

- Falsche Informationen führen zu „falschen“ Therapiewünschen
- < 50% der Patienten weiß, dass sie nicht mehr kurativ behandelt werden Weeks, JAMA 1998/ Craft, Eur J Can Care 2005

B. Wirklichkeitsbezug im Rahmen der Krankheitsverarbeitung

- Recht auf Nichtwissen / Verdrängung
- Wunsch nach Maximaltherapie und verdrängende Krankheitsverarbeitung korrelieren. Winkler, EC et al JCO 2009

3. Vier Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

4. Wie bewertet der Patient Gewinn und Belastung
durch die Therapie?

Perspektivenshift:

Schwerkranke Patienten sind häufig bereit, sehr viel
belastendere Therapien zu ertragen, als Gesunde.

Sahm, Support Care Cancer 13:206-214, 2005

Auch für einen vermeintlich geringen Nutzen wird eine
sehr belastende Therapie in Kauf genommen.

(70% Intensivverfahrener wünschen erneute Intensivbehandlung für 1
Monat Lebenszeitgewinn) Danis, M JAMA 1988; 260: 797-802

3. Vier Fragen bei Entscheidungen zum Therapieverzicht

5. Sollen die Kosten für die Therapie bei marginalem Nutzen von der Versicherungsgemeinschaft getragen werden?

How Much Is Life Worth: Cetuximab, Non-Small Cell Lung Cancer, and the \$440 Billion Question

Tito Fojo, Christine Grady

J Natl Cancer Inst 2009;101:1044–1048

- Für eine explizite Erwähnung von Kostenüberlegungen
- Gegen implizite Rationierung auf der Arzt-Patienten-Ebene

3. Vier Kriterien für die Entscheidungsfindung beim Therapieverzicht

1. Erreichbarkeit des Therapieziels
2. Wirklichkeitsbezug des Patienten
3. Bewertung von Gewinn und Belastung durch die Therapie aus Sicht des Patienten?
4. Kosten



Vielen Dank!

