

Vortrag 1: **Wie geht Ethik im Krankenhaus?**

Thesen, Argumentationen und Beispiele,
wie das **System Krankenhaus** mit **ethischen Fragen**
im **klinischen Alltag** umgehen kann und soll

Barbara Friesenecker

Univ.-Klinik für Allgem. und Chir. Intensivmedizin
Medizinische Universität Innsbruck
Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI

Österreichische Krankenhauseelsorgetagung 2019

Vom guten Tun und Lassen

**Chancen und Herausforderungen medizinischer Fragen
im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen und die Rolle der Seelsorge.**
26./27.3.2019

Di, 26.3.2019 von 9.45 – 10.30

Salzburg, St. Virgil

Worüber wir sprechen werden:

1. Was wir so im KH tun?

Übertherapie – chronisch kritische Erkrankung

2. Dürfen wir alles, was wir können ?

Medizin – ethische und rechtliche Grundlagen bei schwierigen
medizinischen Entscheidungen am Lebensende
neues Ärztesgesetz, ErwSchG, Pat.Verfügungsgesetz

3. Wo sollen Medizin (ÄrztInnen), PatientInnen und „Gesellschaft“ in den nächsten Jahren sein ? was ich mir wünschen würde ...

Wir machen oft **zuviel**...

Pat./Angehörige **fordern „alles“**

die **technischen Möglichkeiten**, das „**ärztliche Können**“ moderner Medizin ist nahezu **grenzenlos!**

→ **unkritische Indikationsstellung**
oft **ohne** wirkliches **Therapieziel**

wir ÄrztInnen verkommen zu

„Medizin-MechanikerInnen“ !

...wenn wir immer **alles technisch Mögliche** machen,
weil wir glauben dadurch dem Vorwurf der **unterlassenen Hilfeleistung**,
fahrlässigen Tötung entgegen!

Nicht **bedenken/wissend**, dass „**zuviel**“ machen
Körperverletzung ist !

Zuviel = **Übertherapie**

... ist die Durchführung von Behandlungen,
die sehr **unwahrscheinlich**
weder die **Lebens-Qualität** noch **Quantität** erhöhen,

• die **mehr Schaden** als **Nutzen** anrichten,

• oder denen **PatientInnen**,
die über potentielle **Benefits** und **Risiken**
voll **informiert** gewesen wären, **nicht zugestimmt** hätten

Elishaug 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.

Übertherapie – Wunsch/Forderung – Durchführung ???



Übertherapie

ein **weltweites** Phänomen in der Medizin

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den letzten 6 Lebensmonaten ?

38 Studien mit 1.213.171 (!!!) PatientInnen weltweit

(10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brazilien (3), Taiwan/South Korea (3) und
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
- 10% **nicht-sinnvolle** ICU-Aufnahmen
- 33% **nicht-sinnvolle** Chemotherapien in den **letzten 6 LW !**

Behandlungen, die von uns
ÄrztInnen indiziert wurden ??????

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

Übertherapie vs „Right Care“

“Right care” ist medizinische Versorgung, die ausgerichtet ist darauf **Gesundheit** und **Wohlbefinden** zu optimieren, indem **alles gemacht** wird was **gebraucht /gewünscht** klinisch **effektiv, leistungsfähig, gerecht** und in Bezug auf **Ressourcenverbrauch** **verantwortbar** ist

Etshaug AG(1), Rosenthal MB(2), Lavis JN(3), Brownlee S(4), Schmidt H(5), Nagpal S(6), Littlejohns P(7), Srivastava D(8), Tunis S(9), Saini V(10). **Lever for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017** Jan 6; pii: S0140-6736(16)32586-7.

Was sich PatientInnen wünschen:

- **Gesund** werden bzw. in **angemessene Lebenssituation** zurückkehren (wenn vorher Gesundheit schon eingeschränkt war)
- **Nicht unnötig lange LEIDEN**, wenn es **nicht besser** wird
 - unter guter **Symptomkontrolle** leben
- keiner möchte als willenloser **Pflegefall** herumliegen
- keiner will **komplett abhängig** sein von Fürsorge/Pflege anderer
- **Selbstständigkeit/Selbstbestimmtheit** als wichtigstes Gut

Was wünschen sich PatientInnen ?

in Bezug auf „Long-term life Support ?
Murphy DJ, Arch Fam Med 1998

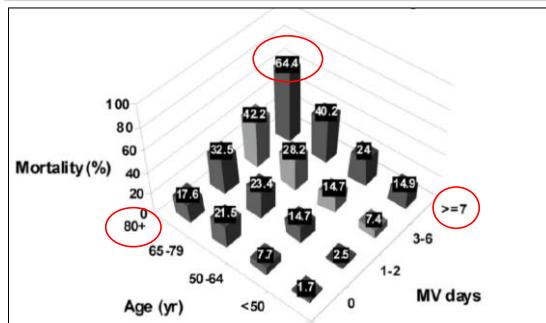
287 ambulante Patienten; 60-99 Jahre (mean 77)

%	Kurzzeit Beatmung	Langzeit Beatmung	Kurzzeit Sondennahrung	Langzeit Sondennahrung
Ja	88.1	3.5	65.0	4.5
Nein	10.1	95.1	33.6	94.1
Nicht entschieden	1.8	1.0	1.0	1.4

Mit Dank übernommen von A. Valentin

Alter > 65a und Liegedauer > 7 Tage

→Wahrscheinlichkeit KH-Aufenthalt zu überleben oder nach Hause entlassen zu werden = sign. erniedrigt
Feng Y, Chest 2009



Mit Dank übernommen von A. Valentin

FOLGEN von Übertherapie

durch **unkritische Indikationsstellung & prolongierte Therapie** ohne „grünes Licht am Ende des Tunnels“ schaffen wir ein neues Krankheitsbild **„chronic critical illness“**

„Chronic critical illness“



„Chronic critical illness“

- kritische Erkrankung **überlebt**
- persistierendes **MODS** über Wochen/Monate
- Benötigen **hochspezialisierte Versorgung**
- Prolongierte (> 21 d) mech. **Beatmungspflichtigkeit**
- Wiederholte **Infektionen, CIP/CIM, und Delir**
- Hohe **Wiederaufnahmeraten** ad ICU
- **> 50% Mortalität** innerhalb 1 Jahr
- >88 % verlassen das KH nicht / **funktional abhängig**
- **Astronomische Kosten** für das Gesundheitssystem: > \$20 Mio. / Year

MacIntyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.

Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014 Jan 9;370(2):175-7.

„Chronic critical illness“

CCI ist damit ein **IATROGENER PROZESS**,
der zeigt,
dass **moderne Therapiestrategien**
PatientInnen **prolongiert am Leben**
erhalten können, obwohl sie
weiterhin lebensbedrohlich erkrankt sind.

MacIntyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.

Warum **wollen / machen** wir zuviel ?

Durch großen medizinisch/technischen **Fortschritt**
haben wir Ärztinnen unsere Pat/Angehörige
zunehmend glauben lassen,
dass man **immer alles richten** kann
Wir haben aus den Augen verloren,
dass **Sterben** ein dem **Leben immanenter Prozess** ist,
dem niemand entkommen kann !
Ärztinnen sind **unsicher**, haben **Angst**
... vor weitreichenden **Entscheidungen** (→ Sterben)
... **Verantwortung** zu übernehmen (MUT !)
... haben Probleme mit der **eigenen Sterblichkeit**
(Sterben = „**ärztliches Versagen**“ ?)

Warum **wollen / machen** wir zuviel ?

- Wir leben unter dem **Diktat des Machbaren**, betreiben **Defensivmedizin**
→ Angst vor **juridischer Verfolgung** wegen **unterlassener ärztlicher Hilfeleistung / fahrlässiger Tötung**
- Wir wiegen uns in **falscher Sicherheit** wenn wir **immer alles machen**
→ aber **nicht** „nützliche“ Therapie ist **Körperverletzung !**
- Wir haben eine **schlechte Ausbildung** (Ethik und Recht)
→ wir lernen Eskalieren bis hin zur **Reanimation !** (regelmäßig ALS-Training)
→ wir lernen **NICHT De-Eskalieren** (ethischen/rechtlichen Grundlagen) !
→ **Keine Role-Models**, die uns am Bett lehren
→ das wäre aber Basis/Voraussetzung für **gute mutige Entscheidungen**

Folgen von **schlechten medizinischen** Entscheidungen,
die zu „nutzlosem“/sinnlosem Fortsetzen von med.
Behandlungen führen („**Futility**“)

Wir **schaden** damit

- nicht nur unseren **PatientInnen** (chronisch kritisch krank)
- sondern auch den **Angehörigen** * (PTSS)
- den **behandelnden Teams** * (Burnout)
- und schlussendlich auch der **Gesellschaft**
indem wir erhebliche **sinnlose Kosten** im Gesundheitssystem
verursachen unter **Verletzung des Prinzips der „Gerechtigkeit“**
(soziale Gerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit)

Übertherapie - Familienangehörige

FAMILY MEETING DOCUMENTATION FORM		
Patient Name	Date of Meeting	
1. Initial	2. Specific Topics	3. Name/Number of Absentee/Necessity of walk-in
4. Location of medical event (if applicable)		
5. Patient/Proxy status		
6. Summary Plan		
7. Medication	8. Contact Information	9. Other
10. Other notes to be used for continuing care of patient (if applicable)		
11. Date of last meeting		
Participants: Clinician	Family Members	
MD:		
APN:		
Ux:		
Other:		
Report		Date

> **50% der Angehörigen** reagieren mit:

- **Depression**
- **Angst**
- **Posttraum. Stressreaktion**
auch noch **nach Tod/Entlassung**

Strategien zur Unterstützung von Familienmitgliedern von Pat. mit CCI:

- Vertrauen schaffen
- Gute Kommunikation („family meetings“)
- Frühes psychologisches Screening nach Symptomen wie Depression/Angst/posttraum. Stress

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.

Übertherapie - BehandlerInnen

therapeutisches **Festhalten an aussichtsloser Therapie** resultiert (futility!) führt zu moralischer **Not**, kommt bei **intensivmedizinischem Personal** sehr häufig vor und ist signifikant mit der Entstehung von **Burnout** assoziiert

Furnis 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.

Übertherapie - BehandlerInnen

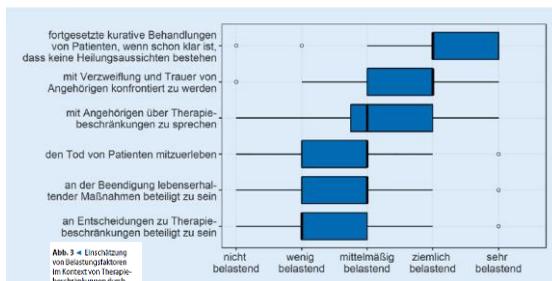


Abb. 3 - Einschätzung von Belastungsfaktoren im Kontext von Therapiebeschränkungen durch Pflegekräfte und Ärzte. Darstellung jeweils Median (blau), IQR (grün), Bereich (blau), Spätere (blau) und Ausreißer (blau).

Belastungsfaktoren für Pflege und ÄrztInnen

Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajczyk A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski US(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Becker S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3), SepNet Critical Care Trials Group - Ethicus 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.

Sind **Übertherapie** und friedliches **Sterben in Würde** ein **Widerspruch** ???

JA !!!

Übertherapie verhindert „**friedliches Sterben in Würde**“
 Übertherapie macht **chronisch kritisch krank**
 Übertherapie **verlängert Leiden**
 Übertherapie **zögert Sterben** hinaus ...
 Übertherapie **schadet** PatientInnen, ÄrztInnen, medical professionals, Angehörigen, Gesellschaft
 → Übertherapie muss **vermieden** werden durch **rechtzeitiges Ansprechen von und Umstellen auf palliativmedizinische Maßnahmen** im Sinne eines guten **Advance Care Plannings (ACP*)**

... friedliches „**Sterben in Würde**“ ...

Definition:

ohne **Angst**
 ohne **Stress**
 ohne **Schmerzen**
 ohne **Atemnot**
 nicht **Alleine**

A dvance C are P lanning

- Es geht bei ACP darum, Behandlungen für mögliche zukünftige medizinische Entscheidungen **im Voraus zu planen** (Hausarzt + KH!).
- Mit ACP sollen Patienten auch dann zuverlässig nach ihren individuellen **Wertvorstellungen** und **Wünschen** behandelt werden, wenn sie diese krankheitsbedingt **nicht selbst äußern** können.
- ACP **bewahrt Patienten vor ungewollter Über- oder Untertherapie** und
- **entlastet Angehörige, Bevollmächtigte/Betreuer** sowie **Pflegende** und **ÄrztInnen** bei den **stellvertretenden Entscheidungen**.

DÜRFEN WIR ALLES,
WAS WIR KÖNNEN

Rechtliche/ethische Grundlagen:

1. **ÄrztInnengesetz**
2. **Das neue ErwSchG** (gültig seit Juli 2018)
3. **PatientInnen-Verfügungsgesetz**
4. **Ethik**

DÜRFEN WIR ALLES, WAS WIR KÖNNEN

Rechtliche Grundlagen:

1. ÄrztInnengesetz
2. Das neue ErwSchG (gültig seit Juli 2018)
3. PatientInnen-Verfügungsgesetz

Handlungsmaxime aus dem seit **1949 gültigen** **Ärztegesetz § 49 (1)** gibt vor,

das „ÄrztIn 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 / das **Leben zu erhalten**!“

„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

Handlungsmaxime aus dem seit **1949 gültigen** **Ärztegesetz § 49 (1)** gibt vor,

Erweiterung 2018 in Bezug auf Palliativmedizin gibt mehr **Rechtssicherheit**:

... „**palliativmedizinische** Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr **Nutzen der Symptomlinderung** das mögliche **Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt**.“

„Zur **Wohlfahrt der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

DÜRFEN WIR ALLES, WAS WIR KÖNNEN

Rechtliche/ethische Grundlagen:

1. ÄrztInnengesetz
2. Das neue ErwSchG (gültig seit Juli 2018)
3. PatientInnen-Verfügungsgesetz
4. Ethik

Neues ErwSchG

gültig ab **Juli 2018**

- mehr **Selbstbestimmung**
- mehr **Selbstverantwortung**
für PatientInnen und Angehörige

- Chance für **bessere KOMMUNIKATION**
zwischen **PatientInnen** und **Angehörige**
zwischen **Pat./StellvertreterInnen** und **ÄrztInnen/Pflege**
innerhalb der **ärztlichen/pflegerischen Teams**

3 Kategorien von PatientInnen:

1. Entscheidungsfähig

2. Fraglich entscheidungsfähig

3. Nicht-entscheidungsfähig

4 Kategorien von Erwachsenen - StellvertreterInnen:

1. **Vorsorgebevollmächtigte(r)** (wie bisher)

2. **Gewählte ErwachsenenvertreterIn** (neu)

3. **Gesetzliche ErwachsenenvertreterIn** (neu)

4. **Gerichtliche ErwachsenenvertreterIn** (wie bisher)
alt: „SachwalterIn“

StellvertreterIn muss **keine medizinischen Entscheidungen** treffen, sondern lediglich den **mutmasslichen PatientInnenwillen** kommunizieren !

NOTFALL (wie bisher)

Eine medizinisch indizierte Behandlung darf **im Notfall**

(Gefahr in Verzug; Gefahr der schweren Schädigung der Gesundheit; starke Schmerzen et...)

auch **ohne Zustimmung** einer StellvertreterIn oder **gerichtliche Genehmigung** begonnen werden

Wenn die **Gefahr abgewendet** ist, benötigt die **Fortsetzung der Behandlung** die **Zustimmung/Genehmigung** einer StellvertreterIn

Zwangsbehandlung (wie bisher)

1. Wenn **entscheidungsfähige PatientIn** sagt, dass sie eine Behandlung **nicht wünscht** - auch wenn diese *medizinisch indiziert wäre (!)* - dann darf nicht behandelt werden („**Recht auf Unvernunft**“ !)
2. Gibt **nicht-entscheidungsfähige PatientIn** zu erkennen, dass sie medizin. **Behandlung ablehnt**, so darf **StellvertreterIn nur zustimmen**, wenn es dafür eine **gerichtliche Genehmigung** gibt.

Somit unterliegt jede Form der **Zwangsbehandlung** einer **gerichtlichen Kontrolle**!

Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen (wie bisher)

Ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist **ohne Zustimmung der StellvertreterIn** (oder der PatientIn selbst) **erlaubt und angezeigt** sein, wenn es **keine Indikation** für die **Weiterführung/Beginn** einer medizinischen Maßnahme gibt.

Bei **relativer Indikation** (ungünstige aber nicht infauste Prognose) müssen lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden, wenn **StellvertreterIn** dies auf **Basis des PatientInnenwillen** so entscheidet

→ **Diese Entscheidung muss**

NICHT gerichtlich genehmigt werden

Das **Gericht** ist nur anzurufen, wenn StellvertreterIn mit Ihrer Abbruchs-Entscheidung **dem PatientInnenwillen widerspricht** oder **Zweifel** bestehen.

DÜRFEN WIR ALLES, WAS WIR KÖNNEN

Rechtliche Grundlagen:

1. ÄrztInnengesetz
2. Das neue ErwSchG (gültig seit Juli 2018)
3. PatientInnen-Verfügungsgesetz
4. Ethik

Geplante Neuerungen im PatientInnenverfügungsgesetz (ab 2019 ?)

- Verlängerung der Gültigkeit der PV von **5 auf 8 Jahre**
- es muss immer **aktualisierte Gesamtfassung** der jeweiligen PV vorliegen.
- Der Begriff der „**Verbindlichkeit**“ bleibt
- Der Begriff der „**Beachtlichkeit**“ fällt weg („nicht verbindliche“)
- **zentrale Abfragemöglichkeit** für PV's
- PV's werden im **ELGA** zentral erfasst und abgelegt
- Pat kann eine Registrierung in ELGA verweigern
- Altersgrenze 14 Jahre
- ELGA gespeicherte PV's werden erst 10 Jahre nach dem **Sterbedatum** des ELGA-Teilnehmers automatisch gelöscht. (Alle ELGA-Gesundheitsdaten haben vorgeschriebene Speicherdauer von 10 J.)

DÜRFEN WIR ALLES, WAS WIR KÖNNEN

Rechtliche/ethische Grundlagen:

1. ÄrztInnengesetz
2. Das neue ErwSchG (gültig seit Juli 2018)
3. PatientInnen-Verfügungsgesetz
4. Ethik

4 Prinzipien ethischen Handelns „Georgetown-Mantra“:

- **Selbstbestimmungsrecht** der PatientIn
(*respect for **autonomy***) „Recht auf Unvernunft“
- Prinzip der **Schadensvermeidung**
(***non-maleficence***)
- **Patientenwohl** (***beneficence***)
- Soziale **Gerechtigkeit** (***justice***)

Grundlage **ärztlicher** Behandlung



ETHISCHE GRUNDREGELN für schwierige medizinische Entscheidungen

Sinn einer Behandlung
ist klar über den
Nutzen für den Patienten
definiert

- bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens einer Behandlung oder
 - bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**
- **Behandlungsverzicht / Abbruch** ist **erlaubt** und auch **gefordert**

Das Therapieziel ändert sich von
„HEILUNG“ auf „PALLIATIVE CARE“

Therapiezieländerung

DNR: Do not resuscitate

(mechanisch; elektrisch; medikamentös)

DNE: Do not escalate

(laufende Therapie nicht steigern)

WITHHOLD: etwas nicht beginnen

(Aufnahme ad Intensiv, Intubation, OP durchführen, HF, Antibiose etc...)

WITHDRAW: etwas wegnehmen

(laufende Antibiose, HF, ECMO, Beatmung/Tubus, Katecholamine etc...)

CTC: Comfort Terminal Care

Intensivtherapie
(und jegliche andere Therapie auch !)
darf
**keine Leidens- bzw.
Sterbensverlängerung
sein**

Konsens der

- röm. Kongregation für **Glaubenslehre**
- **Deutsche** Gesellschaft für Anästhesie + Intensivmed.
- **Schweizer** Akademie der Wissenschaften,
- **internationale** Consensus Konferenz, Brüssel

... eine **nicht mehr begründbare** Therapie
(Therapie **ohne INDIKATION** und **Therapieziel**)
ist **ethisch nicht vertretbar** und kann eine

Körperverletzung darstellen,
sofern dadurch **irreversible Abläufe (Sterben)**
nur verlängert werden....

röm. Kongregation für Glaubenslehre
Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
Schweizer Akademie der Wissenschaften
internationale Consensus Konferenz, Brüssel

Was ÄrztIn **NICHT DARF** ...

1. Sterben **hinauszögern/Leiden verlängern**

(ÄrztIn darf Therapien nicht beginnen und
muss Therapien beenden, die Pat. **nichts nützen**)

2. PatientIn **AKTIV töten** ist **verboten** „aktive **Euthanasie**“, „aktive **Sterbehilfe**“

- KCL, Propofol, Muskelrelaxans etc...
- Insulin
- Tabletten ... etc....

Was **ich** mir wünschen würde ...

- Lebensende, Tod und Sterben müssen raus der **gesellschaftlichen TABU-Zone** → **Kommunikation** !
- **Wir ÄrztInnen müssen wieder akzeptieren** ...
dass wir **nicht alle PatientInnen heilen** können und
- Sterben **nicht als persönliche Niederlage** empfinden
- Wir alle müssen die **Endlichkeit des Seins** erkennen
- **ÄrztInnen** müssen weg vom „Medizin – Mechanikertum“
kommen und wieder „**menschliche Medizin**“ machen
- **PatientInnen** sollen in guter **Selbstverantwortung** sagen
was sie sich für ihr Leben und ihr Lebensende **wünschen**,
rechtzeitig ihre **StellvertreterInnen** bestimmen,
PatientInnenverfügung / Vorsorgevollmacht errichten
(ACP)

Wie erreichen wir das ?

→ Wir müssen unsere ÄrztInnen besser **schulen** für die
schwierigen ethischen Entscheidungen in der Medizin
(Ethik→Studium, Ausbildung, Simulationstraining etc...)

→ Wir müssen mit unseren PatientInnen und Angehörigen
kommunizieren, und **Verständnis** dafür schaffen,

- ... dass man/frau **rechtzeitig über das Lebensende sprechen** muss und klar definieren sollte was man/frau
sich wünscht und was nicht („Autonomie“; Advance Care Planning)
- ... dass es **nicht immer das Beste** für PatientIn ist immer
ALLES (technisch mögliche) zu machen (Übertherapie, CCI,
Verletzung des „Nicht-Schadens“-Prinzips)
- ... dass das primär nichts mit Geld zu tun hat, sondern
damit, dass Übertherapie PatientIn mehr **schadet** als
nützt und ein **friedliches Sterben verhindert** („der gute Tod“)
- ... dass wir uns irgendwann diese sinnige Medizin auch
nicht mehr **leisten** können („Gerechtigkeit“)

Gute Medizin wird nur möglich durch „**gute und rechtzeitige
Kommunikation**“ über das Lebensende zwischen ...

- **PatientInnen/Angehörigen/**StellvertreterInnen
- zwischen den **BehandlerInnen** (Morbidity Boards)
- BehandlerInnen und PatientInnen/StellvertreterInnen

Schwierige **Entscheidungen gemeinsam** treffen

- **entlastet** alle und ermöglicht wieder **gute** und **menschliche
Medizin** („Gutes tun“)
- lässt uns **Übertherapie** und deren **Folgen vermeiden**
- macht dabei eine **gute** und **menschliche** Betreuung am
Lebensende sowie ein „**gutes Sterben in Würde**“ möglich –
was wir uns ja **eigentlich alle wünschen** ?!
- **Seelsorge** hat – sofern erwünscht - einen wichtigen Platz bei
der emotionalen Unterstützung unserer PatientInnen und
auch der medizinischen Teams