

UPD Bern
Ethik im Gespräch
16.05.2023

Schadensminderung – ist das ethisch vertretbar?

Dr. med. Dr. sc. med. cand. Anna Lisa Westermair B.Sc.

Abteilung Klinische Ethik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
Universitätsspital Basel, Universitäre Altersmedizin Felix Platter Basel,
Universitäts-Kinderspital beider Basel
Institut für Biomedizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Universität
Zürich
anna.westermair@usb.ch

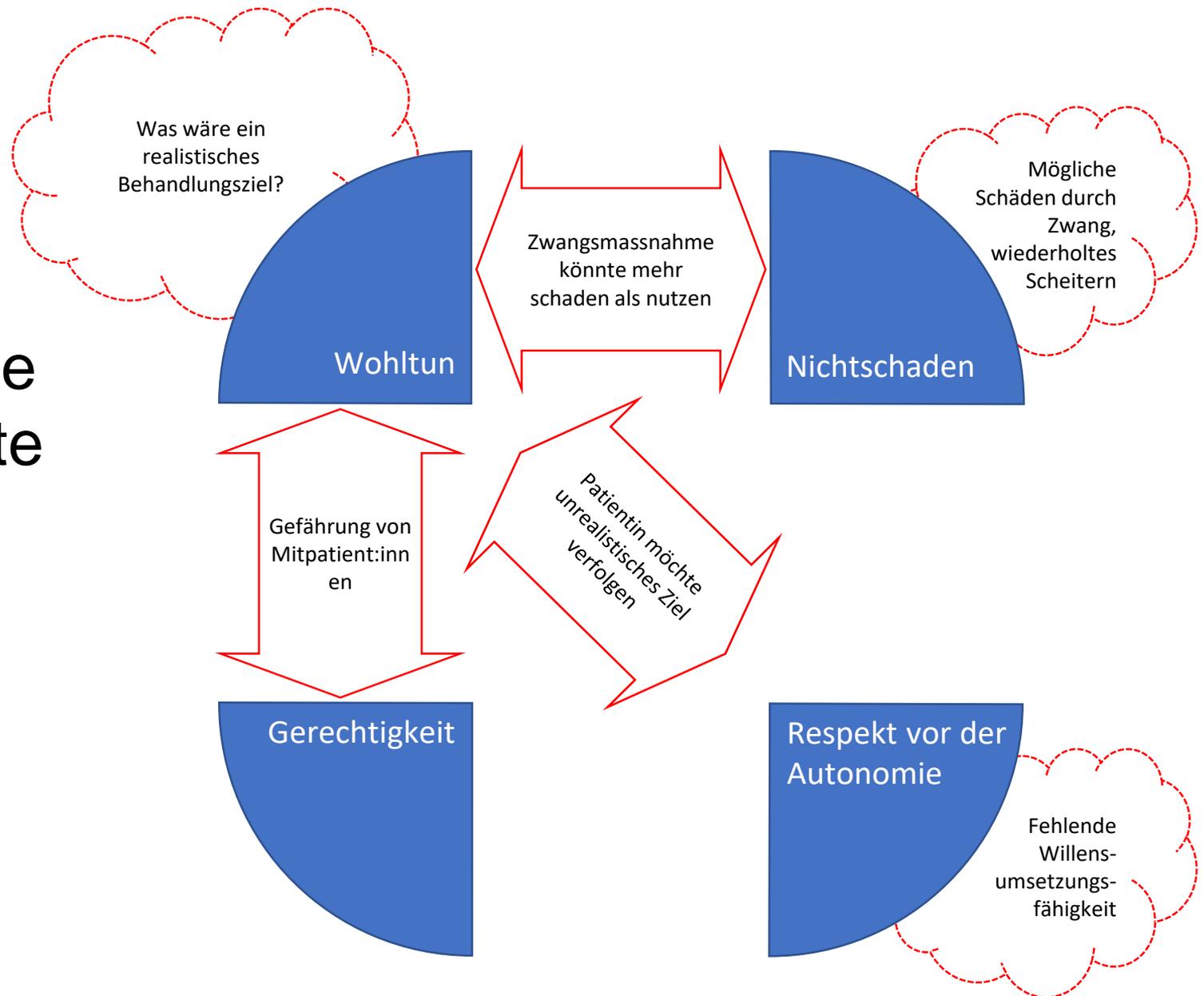
Fallvignette (gekürzt)

- Patientin in den 50ern mit Abhängigkeit von Kokain und Sedativa, rezidivierender depressive Störung
- Diverse somatische Erkrankungen, insbesondere St. n. NSTEMI Typ 2 a.e. bei Koronarspasmen
- Wiederholte somatische und psychiatrische Hospitalisierungen
 - Jeweils gescheitert an stärkstem Craving mit Konsumrückfällen und fremdgefährdendem Verhalten
 - Gleichzeitig profitiert Patientin von sozialem Kontakt und Tagesstruktur, konsumiert weniger auf Abteilung
- Pat. hat Krankheitseinsicht und wünscht glaubhaft, abstinent von Kokain zu werden, schafft es aber nicht dies umzusetzen
- physisches und psychisches Leiden, teils Suizidalität, Z.n. Suizidversuchen, aber kein konsistenter Todeswunsch
- wohnt alleine, andere Wohnformen gescheitert, hohes Autonomie-Bedürfnis
- Von Beruf Frisörin, aber keine erfüllenden Aufgaben/Lebensziele mehr.



Das ist
kompliziert, aber
warum genau?

ethische Konflikte



Frau C. – Optionen

Keine Aufnahme mehr

Weiter wie bisher: Aufnahme bis Regelbruch

Geschlossene Entzugsbehandlung

Option C: geschlossene Entzugsbehandlung

ÜBERBEHANDLUNG

PRO

- Schutz der Patientin vor den negativen Folgen des massiven Kokainkonsums (*Wohltun*)
- Hoffnung auf Erreichen von Psychotherapie-Fähigkeit (*Wohltun*)
- Unterstützung bei Umsetzung des Wunsches nach Abstinenz (*Respekt vor der Autonomie*)
- Pat. ist nicht urteilsfähig (kann Willen nicht umsetzen; *Respekt vor der Autonomie*)

CONTRA

- Entsprechende Stationen nur im forensischen Bereich, auch dort kann man den Konsum nicht vollständig unterbinden (*Wohltun*)
- Entzug wahrscheinlich nicht nachhaltig (*Wohltun*)
- müsste gegen den Willen der Patientin durchgesetzt werden (*Respekt vor der Autonomie*)
- Vertrauensverlust (*Nichtschaden*)

Option A: keine Aufnahme mehr

PRO

- Keine Gefährdung von Mitpatient:innen und Mitarbeiter:innen mehr (*Gerechtigkeit*)
- Effizienter Ressourceneinsatz (*Gerechtigkeit*)

CONTRA

- Pat. Wünscht Aufnahmen (*Respekt vor der Autonomie*)
- Pat. profitiert physisch wie psychisch von stat. Behandlungen (*Wohltun*)
- Jede/r hat Anspruch auf Behandlung psychischer Erkrankungen (*Gerechtigkeit*)
- Übertretung von Stationsregeln ist krankheitsbedingt und durch die Patientin nicht willentlich (*Gerechtigkeit*)

Zitat Immanuel Kant

«If the moral law commands that we ought to be better human beings now, it inescapably follows that we must be capable of being better human beings.»

Option A: keine Aufnahme mehr

UNTERBEHANDLUNG

PRO

- Keine Gefährdung anderer Patienten und Mitarbeiter mehr (*Gerechtigkeit*)
- Effizienter Ressourceneinsatz (*Gerechtigkeit*)

CONTRA

- Pat. Wünscht Aufnahmen (*Respekt vor der Autonomie*)
- Pat. profitiert physisch wie psychisch von stat. Behandlungen (*Wohltun*)
- Jede/r hat Anspruch auf Behandlung psychischer Erkrankungen (*Gerechtigkeit*)
- Übertretung von Stationsregeln ist krankheitsbedingt und durch die Patientin nicht willentlich (*Gerechtigkeit*)

Option B: Aufnahme bis Regelbruch

FEHLBEHANDLUNG

PRO

- Pat. profitiert physisch wie psychisch von stat. Behandlungen (*Wohltun*)

CONTRA

- Pat. verschlechtert sich hierunter zusehends, zeitnahe Versterben wahrscheinlich (*Wohltun*)
- „programmiertes Scheitern“ (*Nichtscha-den*)

Dilemma

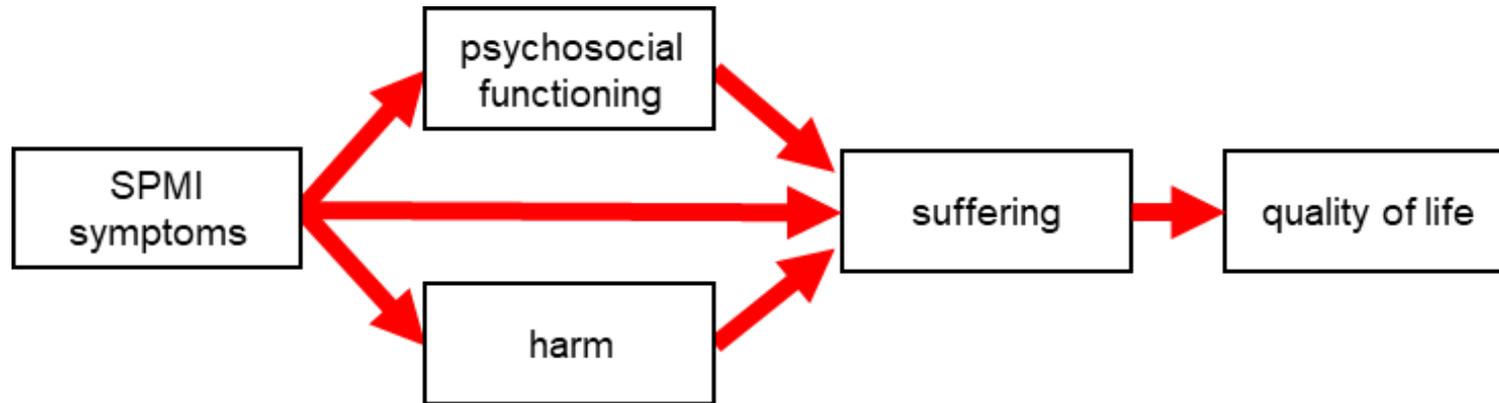
Behandlungsziele in der Psychiatrie

- Ein Behandlungsplan ist aussichtsreich, wenn er das angestrebte Behandlungsziel
 - mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit und
 - einem akzeptablen Verhältnis von Nutzen zu Belastungen erreichen kann und
 - zu den Wünschen und Werten der Patientin passt.
- Bei komplexen und ungewöhnlichen Situationen kann es helfen, einen Schritt zurück zu gehen und statt dem Behandlungsplan zunächst das Behandlungsziel zu explizieren und zu diskutieren.

(Westermair *AMA J Med Eth* forthcoming)

Behandlungsziele in der Psychiatrie

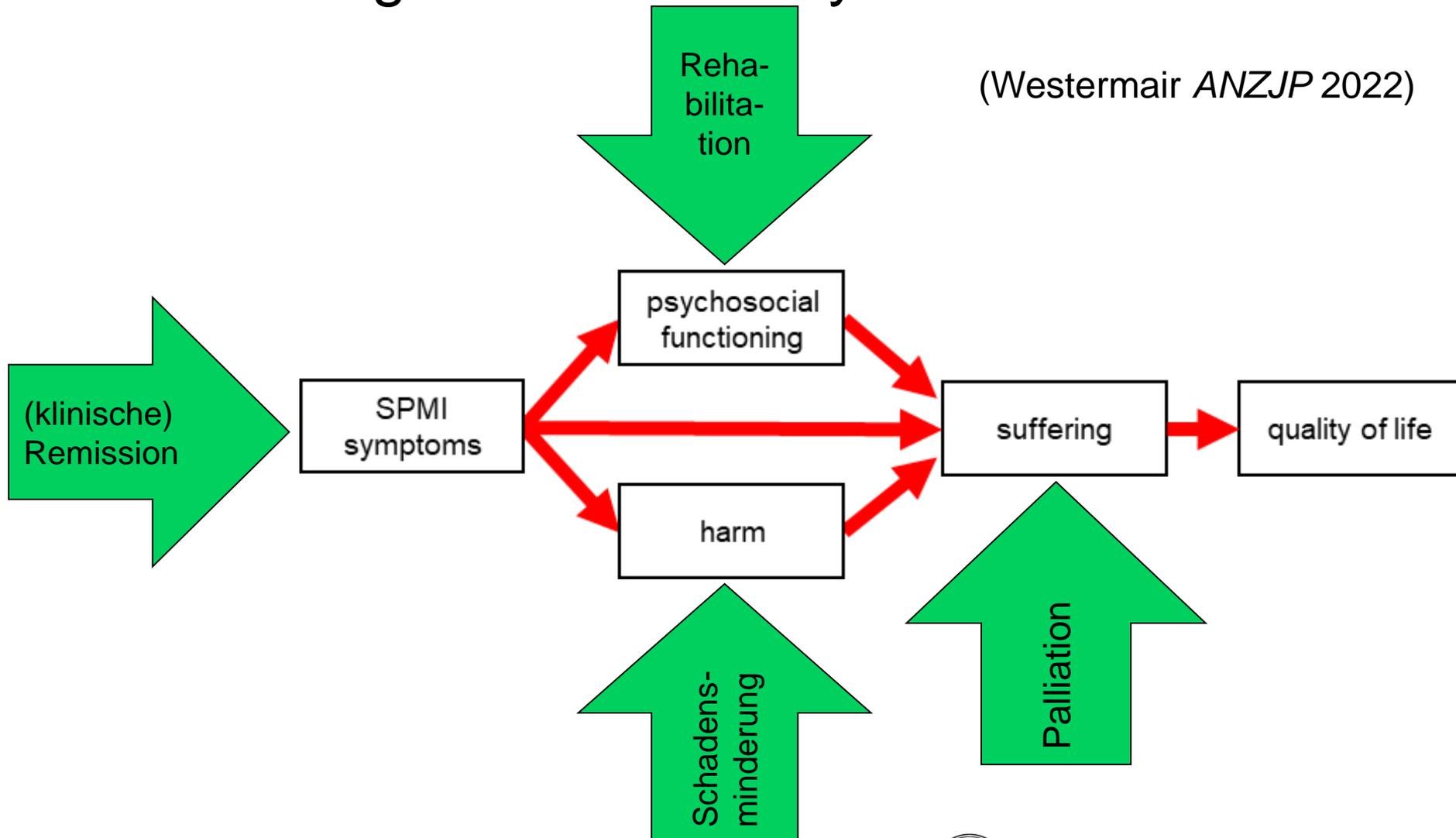
(Westermair ANZJP 2022)



«By harm we mean **negative consequences of the SPMI**, that is, setbacks to the affected person's interests (Beauchamp and Childress, 2019). Once manifested, **harm persists independently of the SPMI**. Harm can be **biological** (e.g. infections from needle sharing), **psychological/mental** (e.g. traumatisation from being sexually assaulted in an intoxicated and thus incapacitated state), **social** (e.g. damage to relationships through drug related crime) or **economic** (e.g. loss of income; EMCDDA, 2010).»

Behandlungsziele in der Psychiatrie

(Westermair ANZJP 2022)



Behandlungsziele in der Psychiatrie

- Das Standard-Behandlungsziel in der Psychiatrie ist klinische Remission, welche auch den effektivsten Weg darstellt die anderen Ziele zu erreichen. Meistens lassen sich verschiedene Behandlungsziele also parallel verfolgen.
- Ethische Dilemmata entstehen u.A., wenn dies nicht möglich ist. In solchen Fällen kann eine Re-Priorisierung der Behandlungsziele helfen, aussichtsreiche Behandlungspläne zu finden.

(Westermair *AMA J Med Eth* forthcoming)

1 Identify the goal of care

- a) What are we trying to achieve with the current care plan? What is the (primary) goal of care?

2 Check the goal of care

- a) Is the goal of care attainable in this particular case?
- b) Would the patient benefit from achieving this goal of care? In what way(s)?
- c) Is this goal of care aligned with what we know about the patient's wishes, preferences, and values?

YES

NO

3 Check the care plan

- a) Is the care plan aligned with the diagnosis/es, and are these correct?
- b) How likely is it that the goal of care will be achieved with this care? Is this chance acceptable?
- c) How burdensome is this care probably going to be for the patient? Is the burden/benefit ratio acceptable?
- d) Is this care plan acceptable considering what we know about the patient's wishes, preferences, and values?

YES

NO

Acceptable
care plan

New care
plan

New goal
of care

4 Adjust or change the care plan

- a) Can we improve the current care plan? Can we increase the chances of success? Can we mitigate the foreseeable burden?
- b) Are there other ways to pursue the current goal of care?

NO

5 Adjust or change the goal of care

- a) Can we adjust the goal of care, e.g. by lowering expectations?
- b) Is there a qualitatively different goal of care that could be pursued with and for this patient? What meaningful end could be sought in caring for this patient?
- c) Which intervention(s) could help pursue this new goal of care? How could a care plan look?

Frau C. - Meinungsbild

- Welches primäre/prioritäre Therapieziel wäre Ihrer Meinung nach für Frau C. am angemessensten?
 - klinische Remission der Kokainabhängigkeit
 - Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (Tagesstruktur, positive Aktivitäten, soziale Kompetenzen)
 - Schadensminderung (Reduktion des Risikos für einen erneuten Herzinfarkt)
 - Leidenslinderung

Schadensminderung

“Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce the health, social and economic harms of drug use to individuals, communities and societies. Harm reduction approaches neither exclude nor presume a treatment goal of abstinence (...) place primary emphasis on **reducing the health-related harms of continued drug use** (...)”

(EMCDDA, 2010)

Schadensminderung

- ist im Suchtbereich im ambulanten Setting gut etabliert
 - Spriztentauschprogramme
 - Heroin-unterstützte Behandlung
- lässt sich ethisch rechtfertigen da
 - die Verpflichtung von Gesundheitsfachpersonen gegenüber Patient:innen auch als Verpflichtung zur Hilfeleistung interpretiert werden kann (obligation to care vs. to treat)
 - sie Schäden für Konsumenten, ihr direktes Umfeld und die Gesellschaft reduziert (Kleinig *Subst Use Misuse* 2008).
 - sie kosteneffektiv ist (Wilson *Int J Drug Pol* 2015)
 - sie von einigen (urteilsfähigen) Patient:innen gewünscht wird.
 - sie Tugenden wie Mitgefühl, Demut und Phronesis kultiviert (Christie *Int J Drug Pol* 2008).

Schadensminderung

- Eine Versorgungslücke besteht jedoch im stationären Bereich, also für Menschen die eine stationäre Behandlung benötigen, aber auf Grund ihrer Erkrankung sich nicht an Rahmenbedingungen (wie Abstinenz auf Abteilung oder sicheren Umgang mit Kanülen) halten können.
- Die ethische Rechtfertigung von Schadenminderungs-Ansätzen ist im stationären Bereich nochmals komplexer, da
 - Mitpatient:innen gefährdet werden können, z.B. durch Miterleben von Drogenkonsum/Intoxikationssymptomen, was Rückfälle triggern kann.
 - Mitarbeitende gefährdet werden können, z.B. durch Nadelstichverletzungen bei Akzeptanz von iv-Drogenkonsum auf der Abteilung.

Fazit

- Eine explizite Therapiezielklärung kann helfen, aussichtsreiche Behandlungspläne in klinischen Dilemmata zu finden.
- In manchen Fällen gibt es keinen aussichtsreichen Behandlungsplan zur Verfolgung des Behandlungsziels «klinische Remission».
- Hier kann eine Re-Priorisierung der Behandlungsziele sinnvoll sein, beispielsweise der Wechsel zu einem Behandlungsplan mit Fokus auf Schadensminderung.
- Schadensminderung lässt sich ethisch rechtfertigen wenn
 - eine auf klinische Remission ausgerichtete Behandlung höchstwahrscheinlich nicht erfolgreich sein wird und mit hohen Belastungen für die Patientin verbunden wäre
 - die Patientin gleichwohl wünscht, ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.
- Während schadensmindernde Ansätze im ambulanten Setting gut etabliert sind, ist ihre Umsetzung im stationären Setting eine Herausforderung.