

Decision-making towards the end of life – in which way does clinical and ethical reasoning enter QB 13 in palliative medicine?

Bernd Alt-Epping^{1,2}
Alexandra Scherg²

1 Universitätsmedizin
Göttingen, Klinik für
Palliativmedizin, Göttingen,
Germany

2 Deutsche Gesellschaft für
Palliativmedizin, AG Bildung,
Berlin, Germany

Background

In the context of an incurable primary disease and in view of finite lifetimes, medical decisions are more explicitly than in other areas of medicine careful considerations and evaluations of different perspectives and in the end are an ethical-normative process. For a highly compromised patient with a far-advanced metastasised tumour who develops severe pneumonia, for example, the question is not only which antibiotic might be suitable for treatment, but also whether an antibiotic might even lead to the desired result and if an antibiotic is (still) appropriate. The clinical and normative criteria that form the basis of these considerations are the particular focus and task of the *Querschnittsbereich Palliativmedizin* (QB13; Cross-Sectional Area of Palliative Medicine). This contribution briefly presents initiatives and projects that (also) aim at teaching and examining students about the processes of clinical and ethical reasoning in decision-making processes in palliative medicine.

Examples of projects and initiatives

Chapter “Defining Therapeutic Goals and Limits of Therapy” of the new S3 guideline in palliative medicine

To teach current standards in palliative medicine, the S3 guideline *Palliative Care for Patients with Incurable Cancer* [<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>] is a collection of current evidence also for QB13. The subjects of the first part have been complemented by a second part (publishing in 2019) that contains a specific chapter on “Defining

Therapeutic Goals and Limits of Therapy” (authors are B. Alt-Epping/DGP; A. Simon/AEM). The focus among other aspects is on the role of patients and their relatives as participants in the decision-making process. The principles of information and patient choice, defining the therapeutic goals, indication of treatment as a process, advance care planning (ACP) and the role of ethical consultation service are presented with as many examples as possible. This chapter is expected to provide many and various options for future student teaching at the faculty by presenting structured and criteria-based information on clinical and ethical reasoning. At Göttingen and Düsseldorf, for example, interprofessional classes are planned in the *problem oriented learning* (POL) format that specifically focus on clinical reasoning. Students of different health and medical professions will be taught together on the basis of this chapter and will together develop the principle of participatory decision-making. They will rehearse this with the help of simulated patients.

Decision-making at the end of life as part of the DGIM campaign “Choosing Wisely in Teaching”

The DGIM-/AWMF campaign “Choosing Wisely” is an initiative to achieve long-lasting improvement in care quality. In this context, diagnostic and therapeutic interventions were identified that are frequently not conducted professionally or were superfluous, or were omitted without reason [1]. These contents were reviewed academically (e.g. diagnostic procedures for a suspected pulmonary artery embolism) for student teaching as a clinical decision-making competency, and examined by using a *key feature* format [2], [3]. QB13 in Göttingen conducted a case vignette on the subject of limits of therapy. This

OSCE Station: Criteria for changing the therapeutic goal and to restrict further therapies (example: PEG), 7 min
 You have recently become the General Practitioner of a 83-year-old resident in a nursing home. She is bedridden since she had a stroke 3 years ago. At a first house call, you find her unable to speak and she does not react when spoken to, but has no visible signs of pain. She shows undirected reaction to touch or other tactile stimuli. Her breathing is normal, and she is fed via PEG tube. Her son or her daughter, whom you barely know, comes to visit you at your office and asks for the feeding via PEG tube to be discontinued so that the mother may die.

Please discuss all relevant aspects with the relative that you need to take into account to be able to decide for or against restricting the therapy.

Figure 1: One of the OSCE stations from the Göttingen QB 13 curriculum

vignette portrays a multi-morbid 82-year-old patient with cardiac insufficiency NYHA IV and recurrent decompensations. After kidney failure, he was to return to a nursing home following a joint decision against renal replacement therapy. The exam questions not only cover pharmacological knowledge, but also further aspects of care and decision-making. This includes questions of how the symptoms can be controlled in the nursing home on the one hand, and normative aspects on the other hand that cover the ethical, legal and medical questions that arise when the shock function of the implanted cardioverter-defibrillator (ICD) is deactivated. This requires distinguishing between killing on request, change in goal of therapy under lacking indication, and an end of therapy based on an expressed patient will. The exam also requires the student to decide for or against deactivating the ICD. This final decision is not part of the evaluation in the exam.

OSCEs: Clinical decision-making as criteria-based consideration

Throughout Germany, QB 13 currently focuses on trying out and evaluating formats of Objective Structured Clinical Examination (OSCE). These also include clinical and ethical and ethical aspects of therapeutic decision making, in addition to situations that examine symptom control and communication (see figure 1).

The goal is for students to learn to apply the principles of clinical decision-making in their communications with the patients while becoming aware of the areas of tension that exist between patient's will and medical indication.

“The Virtual Palliative Care Patient”: clinical decision-making in a digital exam

The coordination office “Evaluative Research” of the Education working Group in the Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP; German Society for Palliative Medicine) designed a virtual case vignette of a patient with an initial diagnosis of advanced tumour disease. It was piloted at four universities. This showed a very high acceptance of this format, in particular of the video simulation that described the decision-making process, which was considered very helpful.

“It’s really cool because I felt that I made the decision myself and was then immediately able to see the consequences of my decision in the video sequence!”

The exam is almost fun in this way because it creates the impression that one is able to master a situation based on one’s very own competence.” (Reaction of one participant)

Conclusion

Teaching palliative care in Q13 has always included conveying knowledge about clinical (and ethical) considerations and decision-making about therapy (*clinical reasoning, ethical reasoning*) in the context of incurability and end of life, and also setting this as part of the exams. These aspects complement factual knowledge and skills and are important because they are fundamental in this context.

We chose the 4 example projects to illustrate the direction of our current endeavours at the level of the professional association, for instance, to do justice to the QB13 curricula. These curricula have been implemented formally at almost all German faculties and define the goals of teaching and exams. Students learn through guidelines in teaching and exams to apply these guidelines to clinical problems. By focusing practical and digital exam formats on clinical decision-making, we clarify the relevance these topics have in palliative medicine. These efforts also meet the students’ need to increase their confidence in their interactions with patients at the end of their lives. It also provides the students with the opportunity profoundly analyse death and dying in the context of palliative teaching [4].

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Hasenfuß G, Märker-Herrmann E, Hakkell M, Fölsch U. Gegen Unter- und Überversorgung. Dtsch Arztebl. 2016;113:A600-A602.
2. Goldmann M, Hasenfuß G, Dehl T, Raupach T. Klug entscheiden – auch in der Lehre. Dtsch Arztebl. 2016;113(47):A2149-A2155.
3. Page G, Bordage G, Allen T. Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. Acad Med. 1995;70:194-201. DOI: 10.1097/00001888-199503000-00009

4. Block SD, Billings JA. Learning from the dying. *N Eng J Med*. 2005;353(13):1313-1315. DOI: 10.1056/NEJMp048171

Corresponding author:

Prof. Dr. Bernd Alt-Epping
Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin,
Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen, Germany
bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de

Please cite as

Alt-Epping B, Scherg A. Decision-making towards the end of life – in which way does clinical and ethical reasoning enter QB 13 in palliative medicine? *GMS J Med Educ*. 2019;36(6):Doc82.
DOI: 10.3205/zma001290, URN: urn:nbn:de:0183-zma0012908

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2019-36/zma001290.shtml>

Received: 2018-04-05

Revised: 2018-08-20

Accepted: 2018-11-23

Published: 2019-11-15

Copyright

©2019 Alt-Epping et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Entscheidungsfindung am Lebensende – wie kommt die klinische und ethische Reflexion in den QB 13 Palliativmedizin?

Bernd Alt-Epping^{1,2}
Alexandra Scherg²

1 Universitätsmedizin
Göttingen, Klinik für
Palliativmedizin, Göttingen,
Deutschland

2 Deutsche Gesellschaft für
Palliativmedizin, AG Bildung,
Berlin, Deutschland

Hintergrund

Vor dem Hintergrund einer inkurablen Grunderkrankung und begrenzter Lebenszeit stellen medizinische Entscheidungen expliziter als in anderen Bereichen der Medizin eine Abwägung und Bewertung verschiedener Perspektiven und letztlich einen ethisch-normativen Prozess dar. Wenn zum Beispiel ein deutlich kompromittierter Patient mit einer weit fortgeschritten metastasierten Tumorerkrankung eine schwere Pneumonie entwickelt, geht es neben der Frage, **welche** Antibiose zur Behandlung der Pneumonie geeignet sein könnte, immer auch um die Frage, **ob** eine Antibiose für diesen Patienten in der konkreten Situation überhaupt noch zielführend und angemessen ist. Die dieser Abwägung zugrunde liegenden klinischen und normativen Kriterien in der studentischen Lehre explizit zu machen, stellt in besonderer Weise die Aufgabe des Querschnittsbereichs Palliativmedizin (QB 13) dar. In diesem Beitrag werden verschiedene Initiativen und Projekte kurz vorgestellt, deren Ziel es (auch) ist, die Prozesse von *clinical reasoning* und *ethical reasoning* in der palliativmedizinischen Entscheidungsfindung an die Studierenden im QB 13 zu vermitteln und abzu prüfen.

Beispiele von Projekten und Initiativen

Kapitel „Therapiezielfindung und Therapiebegrenzung“ der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin

Für die Vermittlung des *state-of-the-art* in der Palliativmedizin auch im QB 13 bedeutet die S3-Leitlinie Palliativmedizin [<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>] eine Zusammenschau der aktuellen Evidenz. Die Themen des ersten Teils der S3-Leitlinie wurden ergänzt durch einen zweiten Teil (veröffentlicht 2019), welcher ein eigenes Kapitel zum Thema „Therapiezielfindung und Therapiebegrenzung“ enthält (Autoren: B. Alt-Epping/DGP; A. Simon/AEM). Hier steht unter anderem die Rolle von Patienten und Angehörigen im Entscheidungsprozess im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung im Fokus. Prinzipien von Aufklärung und Einwilligung, die Festlegung des Therapieziels, die Indikationsstellung als prozesshaftes Geschehen, die vorausschauende Therapieplanung (Advance Care Planning, ACP) und die Rolle von Ethikberatung werden so evidenzbasiert wie möglich dargestellt. Dieses Kapitel der S3-Leitlinie dürfte mannigfaltige Optionen für die zukünftige studentische Lehre bieten, *clinical reasoning* und *ethical reasoning* strukturiert und kriterienbasiert zu vermitteln und abzu prüfen. Geplant ist beispielsweise in Göttingen und Düsseldorf die Etablierung einer interprofessionellen Unterrichtsveranstaltung im POL-Format mit dem Schwerpunkt *clinical reasoning*. Studierende verschiedener Gesundheitsberufe sollen hier unter anderem auf Grundlage des oben genannten Kapitels das Prinzip

OSCE Station: Kriterien der Therapiezieländerung/-begrenzung (Beispiel: PEG), 7 min
 Als Hausarzt/-ärztin betreuen Sie seit kurzem eine 83-jährige Bewohnerin eines Pflegeheims. Nach einem Schlaganfall vor 3 Jahren ist die Patientin bettlägrig. In einem ersten Hausbesuch erleben Sie sie als nicht verbal kontaktfähig, aber ohne äußere Anzeichen von Leid. Es bestehen ungerichtete Reaktionen auf Berührung oder andere taktile Reize. Die Patientin atmet normal und wird über eine PEG Sonde ernährt. Nun sucht Sie der Sohn / die Tochter (den / die Sie nur flüchtig kennen), in Ihrer Praxis auf und bittet Sie darum, die PEG-Sondenernährung und Flüssigkeitsgabe abzusetzen, damit die Mutter versterben könne.

Bitte besprechen Sie mit dem / der Angehörigen alle relevanten Aspekte, die für Sie im Rahmen einer Entscheidung für oder gegen eine Therapiebegrenzung berücksichtigt werden müssen.

Abbildung 1: Eine der OSCE-Stationen aus dem Modul 6.2 des Göttinger QB 13

der partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam erarbeiten und mit Hilfe von Simulationspatienten einüben.

Entscheidungsfindung am Lebensende als Teil der DGIM-Kampagne „Klug entscheiden in der Lehre“

Im Rahmen der DGIM-/AWMF-Kampagne „Klug entscheiden“ (einer Initiative zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität) wurden diagnostische und therapeutische Maßnahmen identifiziert, die häufig nicht fachgerecht oder überflüssigerweise erbracht oder unberechtigterweise unterlassen werden [1]. Diese Inhalte – beispielsweise das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf eine Lungenarterienembolie – wurden daraufhin für die studentische Lehre als klinische Entscheidungskompetenz aufgearbeitet und darüber hinaus als „Key Feature“-Format geprüft [2], [3]. In Göttingen wurde im Rahmen des QB 13 eine Fallvignette zum Thema Therapiebegrenzung pilotiert. Sie beschreibt einen multimorbiden 82-jährigen Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA IV und rezidivierenden Dekompensationen, der im akuten Nierenversagen nach gemeinsamer Entscheidung gegen eine Nierenersatztherapie zurück ins Pflegeheim verlegt werden soll. Die Fragen dazu beziehen sich nicht nur auf pharmakologisches Wissen, zum Beispiel zur Symptombehandlung bei Urämie oder Dyspnoe, sondern auch auf die weiteren Versorgungs- und Entscheidungsaspekte. Beispielsweise müssen bei einer Rückverlegung Fragen zur Symptomkontrolle im Pflegeheim vorausschauend mitbedacht werden. Normative Aspekte werden durch die Frage adressiert, wie das Deaktivieren der Schockfunktionen des implantierten Defibrillators (ICD) im ethisch-rechtlichen als auch im medizinischen Sinne zu bewerten sei. Gefordert ist beispielsweise die Differenzierung zwischen einer Tötung auf Verlangen, der Therapiezieländerung bei fehlender Indikation und einer Beendigung einer Therapie auf dem Boden eines entsprechenden Patientenwillens. Die abschließend erbetene Positionierung des Studierenden für oder gegen die ICD-Deaktivierung fließt dabei nicht mit in die Bewertung ein.

OSCEs: klinische Entscheidungsfindung als kriterienbasierte Abwägung

Derzeit werden deutschlandweit im QB 13 vor allem OSCE-Formate (Objective Structured Clinical Examination) erprobt und evaluiert, die neben Situationen zur Symptom-

kontrolle oder Kommunikation auch Szenarien umfassen, in denen die klinisch und ethisch reflektierte Abwägung einer Therapieentscheidung im Vordergrund steht (siehe Abbildung 1).

Die Studierenden sollen lernen, im Spannungsfeld zwischen Patientenwunsch und medizinischer Indikation die Prinzipien klinischer Entscheidungsfindung im Gespräch anzuwenden.

„Der virtuelle Palliativpatient“: klinische Entscheidungsfindung digital abprüfen

Im Fachreferat „Evaluation und Begleitforschung“ der AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde die virtuelle Fallvignette einer Patientin mit Erstdiagnose einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung konzipiert und an vier Standorten pilotiert. Hier zeigte sich eine sehr hohe Akzeptanz des Formates, insbesondere die Video-Simulation der Entscheidungsprozesse wurde sehr positiv bewertet.

„Ich finde es klasse, dass man „selber entscheiden“ kann und dann direkt die Konsequenz seiner Entscheidung in einer Video-Sequenz sieht! Die Prüfung macht dann schon fast Spaß, da man das Gefühl hat, tatsächlich aus eigener Kompetenz heraus die Situation zu bewältigen.“ (Zitat einer Teilnehmerin)

Fazit

Integraler Bestandteil palliativmedizinischer Lehre im Q13 ist seit jeher, nicht nur Faktenwissen und Fertigkeiten, sondern den klinischen (und ethischen) Abwägungsprozess von Therapieentscheidungen (*clinical reasoning/ethical reasoning*) zu vermitteln und auch abzu prüfen, der im Kontext von Unheilbarkeit und Lebendende in paradigmatischer Weise bedeutsam ist. Die 4 Projektbeispiele mögen verdeutlichen, in welche Richtungen die aktuellen Bemühungen z.B. auf Fachgesellschaftsebene zur Zeit gehen, um nach der erfolgten formalen Implementierung von QB 13-Curricula an nahezu allen Fakultäten diesem inhaltlichen Anspruch in Lehre und Prüfung besser gerecht zu werden. Durch den Einsatz von S3-Leitlinien in Lehre und Prüfung lernen die Studierenden diese bei klinischen Fragestellungen anzuwenden. Durch die Fokussierung praktischer und digitaler Prüfungsformate auf die klinische Entscheidungsfindung wird die Relevanz des Themas in der Palliativmedizin verdeutlicht. Dieses

Bestreben begegnet auch dem Wunsch der Studierenden, mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen am Lebensende zu erlangen und im Rahmen palliativmedizinischer Lehre eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit Tod und Sterben zu erfahren [4].

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Hasenfuß G, Märker-Herrmann E, Hakkel M, Fölsch U. Gegen Unter- und Überversorgung. Dtsch Arztebl. 2016;113:A600-A602.
2. Goldmann M, Hasenfuß G, Dehl T, Raupach T. Klug entscheiden – auch in der Lehre. Dtsch Arztebl. 2016;113(47):A2149-A2155.
3. Page G, Bordage G, Allen T. Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. Acad Med. 1995;70:194-201. DOI: 10.1097/00001888-199503000-00009
4. Block SD, Billings JA. Learning from the dying. N Eng J Med. 2005;353(13):1313-1315. DOI: 10.1056/NEJMp048171

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bernd Alt-Epping
Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin,
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de

Bitte zitieren als

Alt-Epping B, Scherg A. Decision-making towards the end of life – in which way does clinical and ethical reasoning enter QB 13 in palliative medicine? GMS J Med Educ. 2019;36(6):Doc82.
DOI: 10.3205/zma001290, URN: urn:nbn:de:0183-zma0012908

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2019-36/zma001290.shtml>

Eingereicht: 05.04.2018

Überarbeitet: 20.08.2018

Angenommen: 23.11.2018

Veröffentlicht: 15.11.2019

Copyright

©2019 Alt-Epping et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.