

# Ethikberatung

## Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt – ein Erfahrungsbericht der Jahre 2005 bis 2011

### 1. Einleitung

Die zentralen Fragen für ethisches Handeln in der Medizin orientieren sich an den vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp/Childress<sup>1</sup> (Abb. 1) und suchen nach dem richtigen Handeln in einer bestimmten Situation und fragen: Was ist geboten, verboten, erlaubt? Dabei kann das medizinethische Prinzip der Fürsorge in die Aufforderung „Tue Gutes“ umformuliert werden. Das medizinethische Prinzip der Schadensvermeidung wird deutlich im Gebot der Schadensvermeidung. Die Achtung der aufgeklärten Selbstbestimmung ist Ausdruck des Prinzips der Autonomie, welche durch die gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen gefördert wurde. Als viertes medizinethisches Prinzip ist mit der Gerechtigkeit die Verteilung knapper Ressourcen angesprochen. Die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ist eine bedeutsame Aufgabe für Mediziner.

Die leitlinienorientierte evidenzbasierte Medizin sollte bei der Behandlung von Patienten eine Orientierung und Hilfe für das medizinische Behandlungsteam sein. Aber oft versagt sie, wenn es um die Frage geht, ob es überhaupt noch ein realistisches Therapieziel gibt. Eine weitere Herausforderung stellt die weitere Therapie dar, wenn der Therapievor-schlag nicht mehr mit dem Patientenwillen in Übereinstimmung steht. Hochleistungsmedizin ermöglicht es, sowohl Leben als auch Sterben (um jeden Preis) zu verlängern. Die Medizin setzt sich damit Fragen aus wie:

- Ist menschliches Leben unverfügbar?
- Wann ist eine Behandlung aussichtslos?
- Wo beginnt der Missbrauch medizinischer Möglichkeiten?
- Wann ist ein Mensch in der Nähe des Todes, also sterbend?

1. Fürsorge: Tue Gutes!  
*Salus aegroti suprema lex*
2. Nichtschädigung: Verhindere Schaden!  
*Primum nil nocere*
3. Achtung der aufgeklärten Selbstbestimmung!  
*Autonomieprinzip – Gesetz zur Patientenverfügung 2009*
4. Gerechtigkeit: Sei gerecht!  
*In der Verteilung der Ressourcen*

Abb. 1: Ethische Grundsätze in der Medizin:

- Was ist eine akzeptable Lebensqualität?
- Was ist ein menschenwürdiges Leben?

Andere Fragen, die sich exemplarisch in unserem Krankenhaus stellten und die sich immer wieder regelmäßig stellen, sind:

- Arztsein zwischen leitliniengerechter Medizin und eigenem Erfahrungsschatz?
- Gibt es einen Widerspruch zwischen leitliniengerechter und patientenorientierter Behandlung?
- Was passiert, wenn Patient/Betreuer/Angehörige und Arzt verschiedene Ziele/Werte verfolgen?
- Darf ein Angehöriger/Betreuer eine Weiterbehandlung um jeden Preis fordern?
- Darf ein Patient jede Behandlung fordern?
- Was tun, wenn der Patient sterben will und Behandlung konsequent ablehnt?
- Was tun, wenn der Patient/Angehörige die künstliche Ernährung ablehnen?
- Wann ist eine Patientenverfügung gültig?

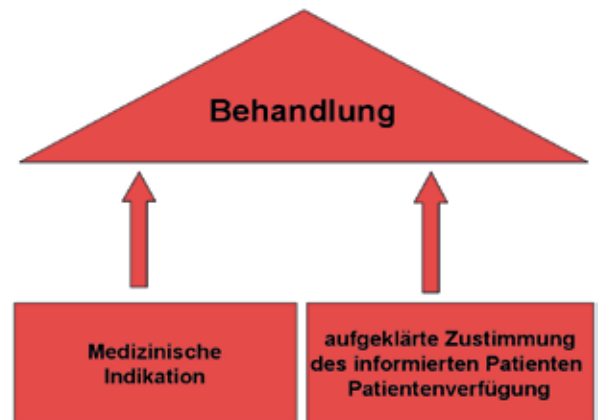


Abb. 2: Voraussetzungen für eine medizinische Behandlung

- Verlängert die Behandlung nur das Leiden oder Sterben?
- Verschlimmert eine Behandlung eher den Zustand?
- Was ist der (mutmaßliche) Wille eines komatösen Patienten?

Neben der medizinischen Indikationsfrage, über die sich jeder Behandler eigentlich im Klaren sein müsste, steht die aufgeklärte Zustimmung des informierten Patienten, bei Nichteinwilligungsfähigkeit die Patientenverfügung oder der mutmaßliche Wille als grundsätzliche Behandlungsvoraussetzung (Abb.2).

Unter all diesen drückenden/komplexen Fragen findet die medizinische Behandlung statt, bei der es im Behandlungsteam zu unterschiedlichen Meinungen – auch Konflikten – kommen kann, die neben der Störung im Team auch die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigen. Unausgesprochen machen Konflikte den Arzt in seiner Behandlung unsicher, kosten Kraft und behindern die Therapie.

Hier kann Ethikberatung mittels eines strukturierenden Gespräches in einem multidisziplinärem Team unter anderem durch Sichtbarmachung der Schwierigkeiten und einen „Lösungsalgorithmus“ (Nimwegener Modell)<sup>2</sup> helfen. Unter Leitung eines Moderators kann es gelingen, innerhalb kurzer Zeit zu einer ethisch am besten begründeten Entscheidung zu gelangen. Die Konsensfindung kann neben einer medizinisch-ethisch fundierten Entscheidung auch zur emotionalen Entlastung der Behandler beitragen und eine gute Arbeitsatmosphäre erzeugen.

Diese Konsile haben beratenden Charakter, sollen dem Behandlungsteam eine Empfehlung geben, greifen nicht in die Letztverantwortung des behandelnden Arztes ein und werden dokumentiert.

### Entwicklung der Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt

Das Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Regelversorgung mit insgesamt 714 Betten. Ende 2003 traf sich erstmalig eine kleine Initiativgruppe zur Bildung eines Klinischen Ethikkomitees (KEK).

Nach Bestätigung durch die Klinikleitung konnte im September 2004 ein KEK am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt gegründet werden. Das KEK steht bei ethischen Problemen bei der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten sowie ethischen Fragen der Organisation Krankenhaus gleichermaßen zur Verfügung. Als Aufgabe stand einerseits die Entwicklung ethischer Leitlinien und andererseits das Angebot, ethische Fallberatungen prospektiv als auch retrospektiv durchzuführen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Fortbildungstätigkeit im Krankenhaus zu ethischen Problemen.

Besonders schwierige Fälle, die auch emotional nachhaltig belastend auf das Behandlerteam wirkten, werden retrospektiv nach der Ulmer Methode<sup>3</sup> nachbesprochen. Insgesamt betraf das seit 2005 ca. 30 Fälle. Bei der Darstellung des Patientenfalles für alle interessierten Mitarbeiter in Form eines Seminars werden aus Sicht des Behandlers und des Patienten mögliche Entscheidungen nachempfunden bzw. simuliert. Dabei geht es nicht um eine Bewertung des konkreten Falles einer Behandlung, sondern um mögliche Alternativen im ethischen Entscheidungsprozess, um die bewusste Reflexion von meist impliziten ethischen Wertvorstellungen und um die (Weiter-) Entwicklung der eigenen ethischen Haltung. Sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal kann an dem Seminar teilnehmen und eigene Fälle darstellen. Dies geschieht praxisnah und aktuell zu ethischen Problemen unter Leitung eines Moderators.

Ethikberatung als wesentliches Angebot des KEK wird nur dann erfolgreich gestaltet werden können, wenn eine Beraterkompetenz nicht nur die Fachkenntnis hinsichtlich medizinisch-ethischer Belange beinhaltet, sondern auch eine Moderatorenkompetenz erworben wird. Wünschenswert sind neben der Wissensvermittlung praxisbezogene Übungen und Rollenspiele unter Anleitung eines Trainers.

Eine Moderatorin aus unserem Krankenhaus hat diese Kompetenz im Rahmen ihrer Ausbildung als Psychologin und einer jahrelangen Beratungsfunktion im sozialen Bereich erworben. Ein Moderator, der als Arzt in der Klinik tätig ist, eignet sich diese Kompetenz durch eine interdisziplinäre Mediatorenausbildung an, die wesentliche praktische Belange einer Moderatorenausübung beinhaltet. Diese Ausbildung wird von der Krankenhausleitung befürwortet und gefördert, was wir als einen Ausdruck von Wertschätzung unserer Ethikberatung am Krankenhaus Dresden-Neustadt werten.

Nachfolgend wird über Erfahrungen bei der Durchführung von insgesamt 87 ethischen Fallberatungen in den Jahren 2005 bis 2011 berichtet. Dabei sollen sowohl methodische Aspekte als auch Fragen der Struktur bei der Durchführung der ethischen Beratung eine Rolle spielen.

### 2. Vorgehensweise bei einer ethischen Beratung

Eine klinische Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt wird als fallbezogene Teambesprechung auf Station durchgeführt. Es sollen möglichst alle an dem Fall Beteiligten (Abb. 3) teilnehmen. Eine klinische Ethikberatung kann von ärztlichem Personal, Pflegepersonal sowie Angehörige angefordert werden.

Bislang wurden Angehörige zu einer Ethikberatung nicht eingeladen, da es in der Ethikberatung beispielsweise schon bei der Klärung der medizinischen Indikationsfrage zu Diskussionen kommen kann, welche auf Angehörige verunsichernd wirken könnten.

Alle an der Ethikberatung Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Die Verantwortung bleibt beim Behandlungsteam.

Die Moderation der Klinischen Ethikberatung in Form der ethischen Beratung wird von mindestens zwei klinischen Ethikberatern übernommen. Dabei sollten möglichst beide Geschlechter vertreten sein. Durch die Anwesenheit von zwei Ethikberatern ist eine Arbeitsteilung während der Ethikberatung und eine Refle-

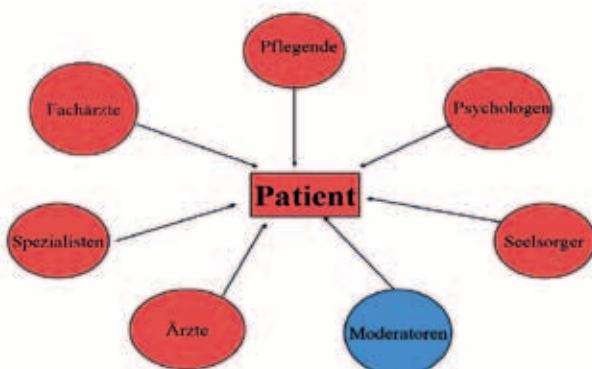


Abb. 3: Teilnehmer an einer ethischen Fallbesprechung

xion im Anschluss an die Beratung möglich. So können eigene Verwicklungen und möglicherweise vorgekommene Übertragungen identifiziert, angesprochen und zukünftig vermieden werden. Ein Aufeinander-aufpassen der beiden Moderatoren ist dazu hilfreich.

Der Moderator einer ethischen Beratung sollte das Gespräch strukturiert leiten und dabei inhaltlich neutral sein. Weiterhin sollte ein Moderator

- von den Teilnehmern in der Moderatorenrolle akzeptiert werden,
- mit dem Instrument ethische Fallbesprechung vertraut sein,
- über allgemeine therapeutische und organisatorische Abläufe des Krankenhauses informiert sein,
- mit medizinethischen und medizinrechtlichen Fragen im groben vertraut sein,
- Kompetenzen einer einführenden und wertschätzenden Kommunikation besitzen.

Zur Kommunikationskompetenz sind Kenntnisse der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers<sup>4</sup> und der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg<sup>5</sup> hilfreich.

Dem Selbstverständnis der Moderation des Entscheidungsfindungsprozesses im Rahmen einer ethischen Beratung folgend gibt der Moderator Hilfestellung bei der Klärung eigener Wertvorstellungen und bei der moralischen Konsensbildung. Ethikberatung dient also nicht der Beurteilung einer medizinischen Behandlung oder zur primären Lösung von Kommunikationsproblemen innerhalb des Behandlungsteams, sondern hat zum Ziel, zusammen mit einem multidisziplinärem Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu einer ethisch am besten begründbaren Entscheidung im Behandlungsprozess des Patienten zu gelangen. Sollte sich in der Ethikberatung herausstellen, dass Kommunikationsprobleme im Behandlungsteam vorliegen,

kann die „ethische“ Empfehlung auch Hinweise zur Lösung dieser Kommunikationsprobleme beinhalten.

Der Ethikberater sollte als Moderator bei der Suche nach einer ethisch begründeten und für alle Beteiligten nachvollziehbaren Entscheidung helfen.

Um eine Ethikberatung zu strukturieren, stehen verschiedenen Modelle zur Verfügung. Neben dem Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis<sup>6</sup> wurde die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung zur Verwendung im KEK geprüft. Das KEK hat sich für eine modifizierte Methode nach dem Nimwegener Modell entschieden, bei der nach fünf Schritten vorgegangen wird (Abb. 4). Zu einer Fallbesprechung wird ein Protokoll für die Krankenunterlagen und zur Information auch für die Krankenhausleitung angefertigt.

Mit dem Vorgehen nach der Nimwegener Methode können fast akri-

1. Bestimmung des ethischen Problems
2. Analyse der medizinischen, pflegerischen, sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten
3. Bewertung der Fakten → medizinische Prognose  
Bewertung der subjektiven Faktoren → Patientenwille
4. Diskussion und Beschlussfassung
5. Beantwortung der Eingangsfrage  
Dokumentation

Abb. 4: 5 Schritte des Nimwegener Modells<sup>7</sup>

bisch alle Fakten erfasst werden. Insbesondere die Lebensumstände des Patienten, seine Auffassung zu Krankheit und Gesundheit, wichtige soziale Beziehungen und Aussagen zum Patientenwillen werden mit der favorisierten Variante der Nimwegener Methode erfasst. Diese Informationen werden am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt in der Regel durch die in diesem Bereich tätige Psychologin durch Gespräche mit Patienten und Angehörigen in Erfahrung gebracht.

Bei vorliegender Patientenverfügung wird diese in den Prozess der ethischen Beratung einbezogen. Der behandelnde Arzt hat eine Patientenverfügung zu überprüfen und dabei festzustellen, ob diese für diesen aktuellen Zustand zutrifft. Aus der Praxis in der Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt beinhalten Patientenverfü-

gungen überwiegend allgemeine Aussagen, die nur im Zusammenhang mit den Wertevorstellungen des Patienten interpretiert werden können. Bei der psychologisch-seelsorgerischen Begleitung der Patienten und deren Angehörigen können wertvolle Hinweise zum mutmaßlichen Willen und zu den individuellen Motiven der Angehörigen gewonnen werden. Bei unseren insgesamt 87 ethischen Konsilen lagen in nur 18 Fällen (20 Prozent) Patientenverfügungen vor. Eine klinische Ethikberatung beginnt am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt mit der Beschreibung des ethischen Problems in Form einer Frage wie zum Beispiel: „Ist im Fall der Patientin X eine Therapiebegrenzung/eine Therapieerweiterung geboten?“ Im zweiten Schritt wird der medizinische Verlauf referiert mit dem Versuch einer anschließenden Einschätzung der medizinischen Gesamtprognose aus der Zusammenschau aller Fachgebiete. Aus den medizinischen, pflegerischen Fakten und der Prognose wird ein realistisches Therapieziel formuliert.

Erst dann wird das Therapieziel und die dazu nötige Behandlung (Indikation) in Verbindung mit den psychosozialen Patientendaten – insbesondere mit dem mutmaßlichen oder schriftlichen Patientenwillen – diskutiert. Das Team versucht eine Antwort auf folgende Frage zu finden:

■ Ist es vorstellbar, dass der konkrete (aktuell nicht bewusstseins- oder einwilligungsfähige) Patient in einem klaren, informiertem Zustand der vorgeschlagenen Behandlung zustimmen würde?

Zum Abschluss der Klinischen Ethikberatung wird durch jeden Teilnehmer eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage zum ethischen Problem gegeben. Für diese Runde ist entscheidend, dass die Teilnehmer der ethischen Beratung ihren eigenen Werten und ihrem Gewissen verpflichtet sind. Aus der Runde wird dann eine Empfehlung an den Antragsteller formuliert. Das Ergebnis der Klinischen Ethikberatung wird auch dem komatösen Patienten und dessen Angehörigen mitgeteilt.

In der Regel wird Ethikberatung von den Angehörigen als entlastend empfunden.

### 3. Eigene Erfahrungen bei der Durchführung ethischer Konsile

Die in einem 7-Jahreszeitraum angeforderten 87 Ethikberatungen verteilen sich wie in Abb. 5 dargestellt. Nach der Gründung des Klinischen Ethikkomitees im Herbst 2004 wurde erstmals 2005 das Angebot einer ethischen Fallberatung genutzt, und ab 2007 ist die Anzahl der Anfordernungen stetig gestiegen. Hauptsächlich wurden die Konsile durch behandelnde Ärzte angefordert. Dabei ist in ca. 30 Prozent der Anfragen eine eindringliche Bitte an den behandelnden Arzt zur Antragstellung durch Pflegenden zu verzeichnen.

Aus einer Nachbetrachtung zeigte sich eine anfängliche Skepsis der Behandlungsteams gegenüber der Klinischen Ethikberatung, ob die Moderatoren einer Fallberatung nicht bereits in Richtung Therapiereduktion oder eines Therapieabbruchs voreingenommen sind und letztlich die Moderatoren die Behandlung diktieren könnten.

Aus der Analyse der ausgesprochenen ethischen Empfehlungen ergibt sich in 31 Fällen (36 Prozent) als Beratungsergebnis ein Therapieerhalt oder eine Fortsetzung der Behandlung. In 56 (64 Prozent) Fällen wurde als Empfehlung eine Therapiereduktion oder ein Therapieabbruch ausgesprochen (Abb. 6).

Bei den durchgeführten Ethikberatungen wurde mitunter hauptsächlich über die medizinische Indikation der Behandlungsmaßnahme gesprochen, was in 31 Fällen (36 Prozent) zu beobachten war. In acht Anfragen wurde keine ethische Empfehlung ausgesprochen oder es wurde eine Therapiefortführung favorisiert, da die Ethikberatung als rein medizinisches Konsil genutzt wurde.

Bis auf eine einzige Ausnahme folgten die behandelnden Ärzte der Empfehlung als Ergebnis der Ethikberater.

Die Altersverteilung der Patienten, zu denen eine Ethikberatung angefordert wurde, zeigt das Bild einer

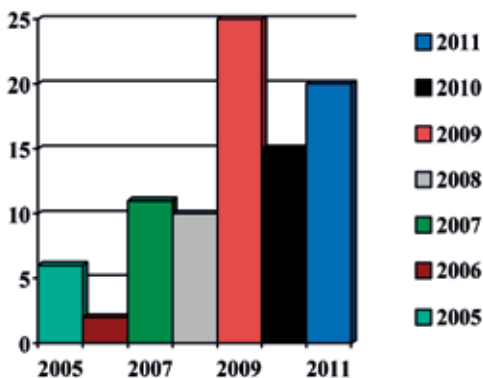


Abb. 5: Jahresverteilung von 87 Ethikberatungen von 2005 bis 2011 am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt

zunehmenden Altersmedizin und es fanden hauptsächlich ethische Beratungen bei Patienten im Alter von 70 bis 90 Jahren statt. Anfragen aus der Kinder- und Jugendmedizin bleiben die Ausnahme.

**4. Fazit**

Ethikberatung wird im Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt zunehmend als hilfreiches Instrument bei der Frage, ob es noch ein vertretbares Therapieziel gibt, angenommen und genutzt. Es werden nicht nur rein medizinethische Grundsätze besprochen, sondern auch fachmedizinische Fragen und Konflikte in der Kommunikationsebene. Das KEK schafft die Voraussetzungen für die Beratung, das heißt Bereitstellung der Ethikberater, der Zeit sowie der Dokumentation der Fallberatung. Außerdem ist das KEK für die Struktur der Vorgehensweise im Rahmen der klinischen Ethikberatung verantwortlich und sorgt auch mittels der dazu verabschiedeten Leitlinie für einen geschützten Raum, in dem auch Fachaustausch verschiedener Fachdisziplinen möglich ist und ganzheitlich mit allen an der Behandlung Beteiligten über die Behandlung, das soziale Umfeld sowie die Wertevorstellungen des Patienten gesprochen werden kann. Auch bei aussichtsloser Behandlungssituation wird das Behandlungsteam weiter motiviert, da bspw. die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Behandlung mit einem Paradigmenwechsel von kurativ auf palliativ beantwortet werden kann.

Durch die Transparenz der Ethikberatungen wächst das Vertrauen innerhalb und zwischen den Fachdisziplinen sowie zwischen Pflege- und ärztlichem Personal mit dem Ergebnis einer besseren Zusammenarbeit und Kommunikation über den konkreten Behandlungsfall hinaus. Außerdem besteht durch Ethikberatungen die Möglichkeit, Therapieentscheidungen zu treffen, die transparent sind und auf breiten Schultern getragen werden, womit nicht zuletzt der Einzelbehandler entlastet wird.

Ethikberatung als komplexe Beratungsleistung in medizinischen Grenzbereichen ist nach wie vor nicht bei den Krankenkassen abrechenbar. Trotzdem stellt das Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ein Budget in Höhe von 0,3 VK zur Verfügung.

Die Entwicklung bestätigt, dass die Lösung ethischer Probleme zunehmend an Bedeutung gewinnt.

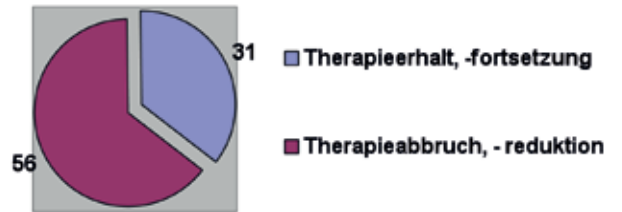


Abb. 6: Empfehlungen der Ethikberater

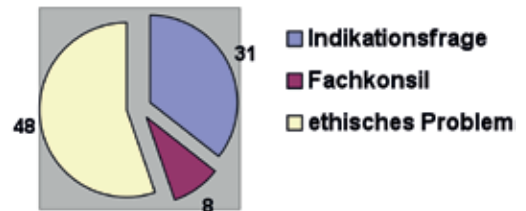


Abb. 7: Hauptfragestellung der Ethikberatungen

**5. Ein Beispiel aus der Praxis**

Beim Klinischen Ethikkomitee geht eine Konsilanforderung ein. Es handelt sich um einen 77 Jahre alten Patienten, der an einer dekompensierten pulmonalen Hypertonie und zahlreichen weiteren Erkrankungen leidet. Die Angehörigen fordern um jeden Preis eine Maximaltherapie. In

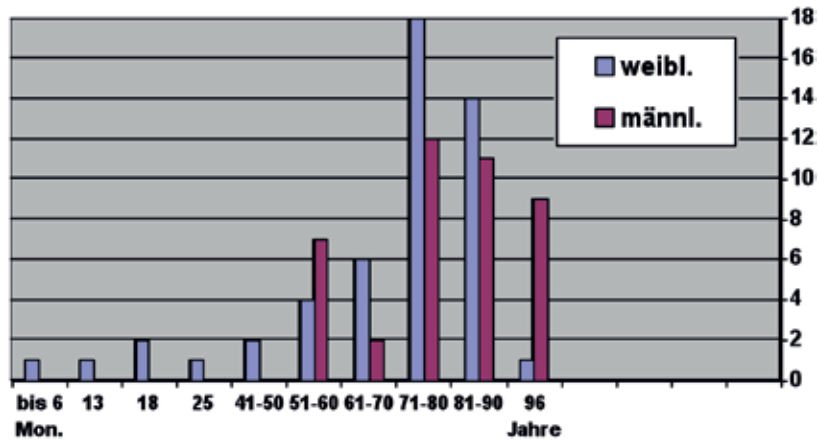


Abb. 8: Anzahl der Ethikberatungen am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt mit Alters- und Geschlechtsverteilung



dieser Situation wird das ethische Konsil erbeten. Es nehmen teil: der Chefarzt der Inneren Kliniken, der Leitende Oberarzt der Intensivstation, zwei Ärzte der Intensivstation, der Pfleger mit dem intensivsten Kontakt zum Patienten. Zwei Moderatoren führen durch die ethische Beratung. Im ersten Schritt wird das ethische Problem benannt: Ist eine Intubation/Tracheotomie – insgesamt eine Therapieerweiterung angezeigt bei insgesamt schlechter Prognose, aber dringendem Wunsch der Angehörigen nach Maximaltherapie? Im zweiten Schritt erfolgt die Analyse der medizinischen und pflegerischen Fakten.

#### **An folgende aktuellen Diagnosen leidet der Patient:**

- Verschluss der A. tibialis posterior beidseits,
- dekompensierte pulmonale Hypertonie mit ausgesprochen schlechter Prognose,
- kontrastmittelinduziertes akutes Nierenversagen mit Nierenersatzbehandlungspflicht,
- Sepsis,
- hirnorganisches Psychosyndrom.

#### **Bekannte Vorerkrankungen:**

- chronische Niereninsuffizienz Stadium III,
- Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie,
- handgroße Ulcera crura beidseits
- Chronisches Vorhofflimmern, orale Antikoagulation,
- primäre Rechtsherzinsuffizienz,
- periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits,
- Z.n. komplexer Herzoperation,
- atherosklerotische Herzkrankheit mit koronarer Drei-Gefäßerkrankung,
- V.a. Leberzyste linker Lappen,
- Raumforderung der linken Niere.

Bei der Analyse der individuellen sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten wird festgestellt, dass der Patient weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht besitzt. Es wurde versucht, den mutmaßlichen Willen, bzw. das Wertesystem durch eine ausführliche Fremdanamnese mit der Ehefrau, der Tochter und einer Enke-

lin zu erheben. Herr L. sei ein tatkräftiger, durchsetzungsstarker, in persönlichen Dingen und bezogen auf die Krankheit schweigsamer Mann gewesen. Er habe als Kraftfahrzeugschlosser gearbeitet und war selbstständig. In letzter Zeit sei er auffällig reizbar und kaum ansprechbar auf seinen Gesundheitszustand gewesen. Er glaube, was von allein komme, gehe auch wieder von allein. Er habe nie sterben wollen und das Thema Tod in allem vermieden. Sein Bruder sei mit 20 Jahren durch einen Verkehrsunfall verstorben. Er sei religiös gebunden, lebe aber mit der Kirche im Konflikt.

Zu Intensivmedizin oder Pflege gibt es keine direkte Aussage, aber es scheint ein strikter Wunsch nach Selbständigkeit zu bestehen. Hinsichtlich der multiplen Erkrankungen wie chronischer Herzerkrankung, Diabetes und Folgeerkrankungen hätte der Patient eine gute Compliance.

Herr L. lebt mit der Ehefrau und der Familie der Tochter in einem Haus und war trotz der Herzerkrankung bisher mobil und habe sich am Familienalltag beteiligt. Vor einem Jahr feierte das Ehepaar goldene Hochzeit mit einer großen Feier. Durch einen schweren Verkehrsunfall der Tochter war Herr L. im letzten Jahr stark emotional belastet.

Im dritten Schritt wird versucht, subjektive und objektive Faktoren zu bewerten. Nach medizinischer Prognose ist Herr L. nicht sterbend. Die Herzfunktion ist begrenzt. Die Überlebenszeit wird mit 3 bis 6 Monaten angegeben. Lungenfunktion und Nierenfunktion sind eingeschränkt. Eine Beatmung ist notwendig, aber höchstwahrscheinlich mit Langzeitentwöhnung oder auch dem Risiko einer Dauerbeatmung verbunden. Nach medizinischer Prognose und nach mutmaßlichem Patientenwillen würde Herr L. eine wahrscheinliche Dauerbeatmungssituation und den damit verbundenen Autonomieverlust nicht tolerieren. Es besteht der Eindruck, dass die Forderung der Angehörigen nach einer maximalen Behandlung des Patienten aus großer Angst vor dem endgültigen Abschied erwächst. Der Wunsch nach Maximaltherapie ist am eh-

ten als Wunsch der Angehörigen im Sinne einer Trauervermeidung verstehbar.

Nach ausführlicher Diskussion legen sich alle Anwesenden im Konsens auf folgende Empfehlungen fest:

- keine Intubation und damit maschinelle Beatmung,
- keine Dauerreanimation, Begrenzung der Katecholamintherapie,
- sonst Therapie unverändert fortsetzen, Trend abwarten,
- bei deutlichem Abwärtstrend symptomorientierte Therapie (Palliation),
- keine Verlängerung eines Sterbeprozesses,
- bei Aufwärtstrend Verlegung in spezialisierte Intensivstation in Verbindung mit der Möglichkeit einer Nierenersatzbehandlung,
- Gespräch mit den Angehörigen über die ethische Empfehlung,
- Unterstützung des Trauerprozesses der Angehörigen.

Der behandelnde Arzt folgte den Empfehlungen aus der Ethikberatung. Herr L. verstarb schon zwei Tage später, nachdem die Therapie begrenzt worden war. Es gelang, die Angehörigen auf den Sterbeprozess vorzubereiten, die schließlich die schwere Erkrankung von Herrn L. und seinem mutmaßlichen Willen verstehen und respektieren konnten und mit Hilfe einer Seelsorgerin dem Sterbenden beistanden.

Korrespondenz:

Dr. med. Michael Mendt,  
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt,  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,  
Industriestraße 40, 01129 Dresden

<sup>1</sup> Beauchamp T L, Childress J F: Principles of Biomedical Ethics, 5th edn. Oxford University Press, 2001,

<sup>2</sup> Norbert Steinkamp, Bert Gordijn: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch / Zwischen Leitbild und Stationsalltag

<sup>3</sup> Sass, Hans-Martin. Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre – Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 1999

<sup>4</sup> Rogers C.R (1972): Die klientenzentrierte Psychotherapie, München: Kindler,

<sup>5</sup> Rosenberg M. B. und Holler I: Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens, von Junfermannsche Verlagsbuchhandlung GmbH (Kindle Edition – 15. Juni 2011)

<sup>6</sup> Sass HM, Viehues H (1987): Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis

<sup>7</sup> Norbert Steinkamp, Bert Gordijn: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch / Zwischen Leitbild und Stationsalltag