

Ambulante Ethikberatung

Im August fand das 5. Treffen der Ethikberatung in Sachsen statt. Rund 70 interessierte Ärzte, Psychologen, Seelsorger und Pflegekräfte kamen, um ethische Sachverhalte zu diskutieren und Lösungsstrategien zu entwickeln.

Über die ambulante und stationäre Ethikberatung referierte Dr. theol. Kurt W. Schmidt vom Zentrum für Ethik in der Medizin, Frankfurt a.M. Die Anfänge einer ambulanten Ethikberatung liegen beim Deutschen Ärztetag 2008, wo ein sächsischer Beschlussantrag die Etablierung einer ambulanten Ethikberatung forderte. Dr. Schmidt erläuterte, was die Kennzeichen einer Ethikberatung sind. Dazu gehören beispielsweise unterstützende Beratung in Entscheidungsfindungen oder eine klare Struktur mithilfe von Protokollen. Zudem betonte Dr. Schmidt, dass der wesentliche Unterschied zwischen der ambulanten und stationären Ethikberatung in den Rahmenbedingungen läge. Findet die Beratung in der Praxis, im Krankenhaus oder in der Wohnung der Patienten/Angehörigen statt? Was für ein Raum wird genutzt? Wie ist die Sitzanordnung? Wie viele Personen sind bei der Beratung anwesend? All diese Indikatoren nehmen Einfluss auf Angehörige und Beteiligte der Ethikberatung und damit auf den Gesprächsverlauf. Empathie spiele jedoch immer eine entscheidende Rolle.

Wird eine strukturierte Ethikberatung angeboten, könnten zwischen Ärzten, medizinischem Personal und Angehörigen Kommunikationsschwierigkeiten gelöst und Klarheit in schwierigen Situationen geschaffen werden. Zu den Hauptthemen gehören Therapiebegrenzung und Sterbegleitung.

Fazit: Die Weiterentwicklung der ambulanten Ethikberatung ist für die Bereiche Altenpflege und ambulante Palliativmedizin äußerst sinnvoll. Die Ethikberatung kann für einen Hausarzt auch ein Qualitätsindikator sein. Und sie ist ein Beitrag zur moralischen Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Beziehung.

Sterbewunsch nach Herztransplantation

Im Anschluss wurden zwei Fallbeispiele vorgetragen. Das erste Beispiel von Dr. med. Arne Käthner, Herzzentrum Leipzig, handelte von einem 16-jährigen Jungen, der nach einer Herztransplantation nicht mehr den Willen hatte weiterzuleben. Schon vor der Transplantation erfolgte ein Aortenklappenersatz, ein Mitralklappenersatz, ein Trikuspidalklappenersatz und ein Patchverschluss. All dies nahm dem Jungen jedoch nicht seinen Lebenswillen, sodass er und seine Eltern eine Maximaltherapie inklusive HTX zuließen. Der Körper des Jungen nahm das Herz nach acht Tagen gut an. Danach folgten jedoch tägliche Dialyse und der Verlust des Augenlichtes. Der Patient wurde antriebslos und man vermutete eine akute Depression. Ca. drei Wochen nach der Herztransplantation verlangte der Junge die Einstellung der Intensivtherapie und lehnte eine psychische sowie physische Behandlung ab. Er wollte sterben. Seine Eltern unterstützten ihn bei seinem Wunsch. Und da der Patient eine Depression ausdrücklich verneinte, jegliche Therapien und Behandlungen ablehnte, wurde das Therapieziel geändert. Die Autonomie des Patienten wurde respektiert. Der Jugendliche verstarb.

In der anschließenden Diskussion wurde die Autonomie des Patienten hinterfragt. War der Patient noch entscheidungsfähig, wenn er an einer Depression litt? Hätte man ihn vor der Transplantation besser (ethisch) beraten müssen? Welche Schlüsse zieht das beteiligte Fachpersonal? Zu letzter Frage kam der Hinweis, eine freiwillige, retrospektive Fallberatung anzubieten. Diese würde zum Beispiel im Herzzentrum Dresden und im Krankenhaus Dresden-Neustadt sehr gut angenommen, das gegenseitige Verständnis für Entscheidungen fördern und den Teamgeist stärken.

Akteneintrag „DNR“

Dr. med. Andreas von Aretin, St. Elisabeth, Leipzig, berichtete im zweiten Fall über eine 94-jährige Frau, bei der nach einem Sturz eine leichte

Demenz und schwache Übelkeit festgestellt wurde. Später steigerte sich die Übelkeit, schleimiger Husten, Luftnot und ein verlangsamter Herzschlag kamen dazu. Es war abzusehen, dass die Patientin demnächst reanimiert werden musste. Die Intensiv-Schwestern waren der Meinung, bei einer 94-jährigen alten Dame wäre eine Reanimation nicht sinnvoll. Außerdem hätte sie eine Patientenverfügung. Einen Akteneintrag zur DNR (Do-not-resuscitate) gab es nicht. Der Dienstarzt konnte in dieser Situation die Patientenverfügung nicht beschaffen und durchgehen. Er entschied sich für die Reanimation und intubierte die Patientin. Nach 48 Stunden ohne Verbesserungen entschied die Vorsorgebevollmächtigte, dass die Patientin keine weitere Intensivtherapie gewollt hätte. Die lebenserhaltenden Geräte wurden abgestellt und die Patientin verstarb. Nach der Vorstellung des Falls kamen folgende Fragen auf: Hätte der Dienstarzt die CPR unterlassen sollen? Hätte die Patientenverfügung früher beachtet werden müssen? Wäre ein DNR-Eintrag sinnvoll gewesen?

Zu allererst, der diensthabende Arzt hatte richtig gehandelt, denn die Patientenverfügung galt nicht für die konkrete Situation. Das entscheidende Problem war, dass die Patientenverfügung nicht zur Hand war, Beteiligte aber meinten, allein das Alter und das Vorliegen einer Patientenverfügung rechtfertige einen Behandlungsabbruch bzw. Nichtreanimation. So geriet der Arzt in eine kritische Situation. Aus diesem Grund ist auch der Gedanke über ein DNR-Eintrag gerechtfertigt. Die Veranstaltungsteilnehmer waren der Meinung, dass ein DNR-Eintrag nur mit expliziten Daten (Wer, Wann, Wo) vertretbar wäre. Dr. med. Alexander Reinshagen, Leipzig, erläuterte, dass in seinem Krankenhaus dazu ein rotes Formular an jeder Patientenakte existiert, das für jeden Arzt bis auf Widerruf bindend sei.