Ethik-Komitee

Katholische Kliniken
im Märkischen Kreis

Ethische Orientierungshilfe zur

ÄNDERUNG DES THERAPIE-ZIELES

Empfehlungen des Ethik-Komitees

INHALT

3 Einführung
4-5 Fallbeispiel
6-7 Was bedeutet das für die Praxis?
7 Begrifflichkeiten
8-9 Therapieziel
10 Schlussfolgerung Fallbeispiel
11 Literaturangaben

Stand 06/2016

PATIENTENWILLE UND THERAPIE

Das Ethik-Komitee greift Konfliktsituationen aus dem beruflichen Alltag auf, um Unterstützung zur praktischen Umsetzung anzubieten.

Bei Notfallereignissen können sowohl Sofortmaßnahmen (z.B. kardiopulmonale Reanimation) als auch längerfristige, Leben unterstützende Maßnahmen für eine angemessene Behandlung erforderlich sein. Um diese einzuleiten, sind die jeweilige medizinische Indikation sowie eine eindeutige Zustimmung des/der Betroffenen notwendig.

Schwierig wird die Ermittlung des Patientenwillens, wenn die Notfallsituation keine Zeit für ein klärendes Gespräch zulässt. In der Regel wird in einer solchen Situation zunächst einmal behandelt. In der Folge kann sich dann jedoch zeigen, dass eine bereits begonnene lebensverlängernde Maßnahme doch nicht dem (mutmaßlichen) Willen des/der Patienten/in bzw. Bewohners/in entspricht.

Dieses kann sowohl bei den an der Behandlung beteiligten Personen als auch bei den Angehörigen zu Gewissenskonflikten führen.

Wenn die Zustimmung des/der Patienten/in bzw. Bewohners/in zu einer an ihm/ihr durchzuführenden Maßnahme/Behandlung nicht (mehr) gegeben ist, handelt es sich sogar um eine Behandlung wider Willen, die als Körperverletzung mit rechtlichen Konsequenzen zu werten ist.

Verlorene Lebenslust

Frau S. ist 81 Jahre alt, bisher allein versorgend und selbstständig. Im August wird sie erstmalig im örtlichen Krankenhaus aufgrund von Luftnot und Brustschmerzen für drei Tage aufgenommen. Damals wird eine COPD mit Emphysem sowie Lungenhochdruck festgestellt.

Frau S. raucht seit vielen Jahrzehnten. Sie hatte in den letzten 20 Jahren dreimal eine Krebsoperation durchführen lassen müssen wegen Brust-, Nieren- und Unterleibskrebs. Zusätzlich sind sechs Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt worden; ein Teil des Dickdarms, die Schilddrüse und die Gallenblase wurden entfernt.

Jetzt besteht seit zwei Tagen Luftnot, so dass sie nachts nicht schlafen kann und unter Bauchschmerzen leidet - zuletzt ist es so schlimm, dass sie die Feuerwehr ruft. Diese stellt neben hohen Blutdruckwerten einen Sauerstoffmangel fest, die O^2-Sättigung liegt bei 86 Prozent.

Im Krankenhaus wird sie deswegen auf die Intensivstation aufgenommen, wo Sauerstoff und Medikamente gegeben werden. Auffällig ist, dass der Kohlendioxidgehalt des Blutes deutlich über dem Sauerstoffgehalt liegt, was auf eine kaum noch funktionierende Atmung hinweist. Am nächsten Tag fühlt sich Frau S. soweit besser, dass sie auf die Normalstation verlegt wird. Bei den folgenden Untersuchungen bestätigt sich noch einmal, dass ihre Lunge durch Rauchen schwerst geschädigt ist und ein erheblicher Lungenhochdruck besteht.

Frau S. bekommt ihre Erkrankungen erklärt und versteht die therapeutischen Konsequenzen. Daraufhin sagt sie, dass sie nicht mehr leben wolle. Sie wolle auch nicht mehr auf die Intensivstation. Sie habe außerdem eine Patientenverfügung; täglich wünsche sie sich den Tod. Eine Woche später verstirbt sie im Kreis der Familie auf der Normalstation.

Was bedeutet das für die Praxis? Wille und Medizin entscheiden

Auch um lebenserhaltende Maßnahmen fortzuführen, muss regelmäßig einerseits die medizinische Indikation und andererseits die Zustimmung des/der Patienten/in Bewohners/in überprüft werden.

So ist eine Behandlung/Maßnahme immer dann nicht gerechtfertigt, wenn sie zwar nach dem Ermessen des Arztes/der Ärztin sinnvoll erscheint, vom Patienten/in bzw. Bewohner/in aber abgelehnt wird.

Umgekehrt gibt es kein zwingendes Argument für eine spezielle Therapie, die sich der/die Patient/in bzw. Bewohner/in zwar wünscht, deren Indikation aber aus medizinischer Sicht nicht besteht.

Wenn also festgestellt wird, dass entweder keine Indikation vorliegt oder eine vorgesehene Maßnahme nicht willensgemäß ist, darf diese nicht begonnen werden (Verzicht).

Dieses gilt in gleicher Weise für eine bereits laufende nicht oder nicht mehr dem Willen entsprechende Maßnahme, die deshalb zu beenden ist (Abbruch).

Auch wenn es für Laien und Fachleute oft schwieriger ist, eine Maßnahme zu beenden, als sie gar nicht erst zu beginnen – ethisch und rechtlich bedeutet dies keinen Unterschied!

Medizinische Indikation	Erklärter Wille des Patienten	Maßnahme
gegeben	gegeben	Behandlung beginnen oder weiterführen
nicht mehr gegeben	gegeben	Änderung des Therapieziels - Verzicht oder Abbruch der Behandlung
gegeben	nicht mehr gegeben	Änderung des Therapieziels - Verzicht oder Abbruch der Behandlung

Begrifflichkeiten

Im Sprachgebrauch werden die Bezeichnungen „aktive“, „passive“ oder auch „indirekte Sterbehilfe“ häufig verwendet – nicht immer meinen die Gesprächspartner damit das Gleiche.
In einem Gespräch zwischen Angehörigen und Fachleuten entstehen so mitunter Missverständnisse.
Das Ethik-Komitee hält das Handeln in Sterbesituationen in der Klinik oder der Altenhilfeeinrichtung mit den Kategorien „aktiv / passiv“ nicht als ausreichend beschrieben.
Daher hält es das Ethik-Komitee für hilfreich, anstelle von Abbruch, Beendigung oder Unterlassung einer Maßnahme von einem „geänderten Therapieziel“ zu sprechen. Hierunter kann zum Beispiel der Wechsel von einem kurativen (heilenden) zu einem rein palliativen (lindernden) Therapieziel verstanden werden.
Maßnahmen, die diesem Ziel nicht primär dienen, treten dann in den Hintergrund oder entfallen ganz.

Verändert sich das Therapieziel, ändern sich auch die medizinischen Maßnahmen

Jede Änderung des Therapieziels sollte klar dokumentiert und selbstverständlich mit allen Beteiligten besprochen sein. Denn der Respekt vor der Autonomie des Patienten/ Bewohners (bzw. seiner Angehörigen) setzt voraus, dass dieser die Möglichkeit haben muss, sich zu entscheiden (zum Beispiel gegen die Begrenzung auf eine palliative Behandlung oder für eine eventuelle Verlegung in eine andere Einrichtung).

Dabei sind Art und Umfang der zu unterlassenden Maßnahmen klar zu benennen.

Selbstverständlich ist dem Patienten/Bewohner oder auch seinem Bevollmächtigten die Gelegenheit zu geben, eine Entscheidung jederzeit zu widerrufen.

Für die Fälle, in denen ohne eine aktive Beteiligung des Patienten/Bewohners entschieden werden muss, sollten die Ziele der Behandlung auch für die Familie offen und nachvollziehbar erklärt werden.

In jedem Fall muss eine umfassende und bedürfnisorientierte Begleitung/Behandlung gewährleistet sein.

Die entscheidenden Fragen lauten:
Was ist das therapeutische Ziel?
Worauf ist das Handeln ausgerichtet?

Ein abgestuftes Vorgehen ist dabei hilfreich:

Ist der Patient/Bewohner zu einer Auseinandersetzung mit der Erkrankung auch in der aktuellen Situation in der Lage, dann sollte er verständlich beraten und in die weitere Entscheidung aktiv einbezogen werden.

Bei einem vorübergehend oder dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Patienten/Bewohner sind diese Gespräche mit dem Bevollmächtigten des Patienten/Bewohners zu führen, sofern eine Vorsorgevollmacht vorliegt oder eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Im Dialog zwischen diesem und den Ärzten muss der mutmaßliche Wille des Betroffenen in der jeweilig aktuellen Situation ermittelt werden.

Eine vorliegende Patientenverfügung kann in dieser Situation sehr hilfreich sein. Jedoch ist zu prüfen, ob der Inhalt der Patientenverfügung einen klaren Willen bezüglich der zur Diskussion stehenden Maßnahme erkennen lässt. Ist dieses nicht der Fall oder besteht Uneinigkeit darüber, so ist sie jedoch häufig eine tragfähige Grundlage für eine „Ethische Fallbesprechung“, die in einer solchen Situation von uns empfohlen wird. (Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.2009 in seiner Entscheidung für ein „Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ die Bedeutung der Patientenverfügung nochmals gestärkt.)

Im Fall einer Uneinigkeit im ärztlichen Team und/oder mit einem Bevollmächtigten des Patienten/Bewohners muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden (s. BGH Beschluss vom 17.03.2003).

Schlussfolgerung aus dem Fallbeispiel

Im Fallbeispiel hatte die Patientin aufgrund des Erkennens ihrer unheilbaren Erkrankung im Endstadium den Behandlern zu verstehen gegeben, dass die weitere Therapie auf eine Linderung und Begleitung zu beschränken sei.

Ihrer Entscheidung wurde durch eine Änderung des Therapiezieles mit Verzicht auf Intensivtherapie und Beatmung nachgekommen.

Literaturangaben

BGB §§ 1896, 1901, 1904
Bundesrat Drucksache 593/09 vom 19.06.09

Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages
Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts am 1. September 2009 in Kraft getreten

BGH, Beschluß vom 17. März 2003 - XII ZB 2/03 - OLG Schleswig AG Lübeck
(Unterlassen von lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen bei einem einwilligungsunfähigen Patienten mit irreversibel-tödlichen Verlauf eines Grundleidens)

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 7 | 18. Februar 2011

Therapieziel-Änderung Abbruch einer Beatmung – darf man das?
Ethische Orientierungshilfe des Ethikkomitees der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH 2010

Kontakt

Ihre Ethik-Moderatorinnen und -Moderatoren

W kkimk.de

ISERLOHN

Werner Busche
Pflegepädagoge und
Pflegewissenschaftler
T 02371 78 1283
E w.busche@kkimk.de

Annette Schulte
Krankenschwester
T 02371 78 1190
E schultea.ethik-koordination@web.de

MENDEN

Dr. Andree Matern
Chefarzt für Innere Medizin
T 02373 168 1501
E a.matern@kkimk.de

Michael Deimel
Pflegedienstleitung
T 02373 168 1805
E m.deimel@kkimk.de