

Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI

Uwe Janssens, Hilmar Burchardi, Gunnar Duttge, Renate Erchinger, Peter Gretenkort, Michael Mohr, Friedemann Nauck, Sonja Rothärmel, Fred Salomon, Peter Schmucker, Alfred Simon, Herwig Stopfkuchen, Andreas Valentin, Norbert Weiler und Gerald Neitzke

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel.....	3
2. Kriterien der Entscheidungsfindung	4
2.1. Indikation	4
2.2. Patientenwille.....	5
2.2.1. Der einwilligungsfähige Patient	5
2.2.2. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient mit Patientenverfügung	5
2.2.3. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung.....	6
2.2.4. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung und ohne juristischen Stellvertreter	7
2.3. Therapiezielfindung	7
3. Zulassen des Sterbens nach Therapiezieländerung	8
3.1. Therapiebegrenzung	8
3.2. Symptomkontrolle nach Therapiezieländerung	9
3.3. Sterbebegleitung und Umsetzung der Therapiebegrenzung	10
4. Kommunikation und Interaktion.....	11
4.1. Kommunikation im ärztlichen Team.....	11
4.2. Kommunikation im multiprofessionellen Team	12
4.3. Angehörigenbesprechung	12
4.4. Ethik-Fallberatung.....	13

1. Präambel

Aufgabe des Arztes¹ ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Der Medizin stehen dazu immer mehr und differenziertere Möglichkeiten zur Verfügung. Der Arzt hat im Rahmen seiner professionellen Verantwortung zu entscheiden, welche der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten indiziert sind.

Bereits die Alternative, etwas tun zu können oder es zu unterlassen, zwingt in der konkreten Situation dazu, diese Entscheidung zu treffen.

Auch wer abwartet, trifft eine Entscheidung.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nicht in jedem Fall. Es können Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung geboten sein.

Die medizinische Indikation und der Wille des Patienten sind Grundvoraussetzungen bei der Festlegung der Diagnostik und der Therapie.

Ärztliche Entscheidungen gründen sich auf medizinisches Wissen, ethische Prinzipien und sind eingebettet in juristische, soziokulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen.

Zu den wesentlichen ethischen Prinzipien, die zu beachten sind, zählen Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit.

Dieses Positionspapier möchte dem Arzt bei seinen individuell zu verantwortenden Entscheidungen eine Orientierungshilfe bieten.

Spezielle ethische Fragen im Zusammenhang mit der pädiatrischen Intensivmedizin und der potenziellen postmortalen Organspende bleiben unberührt.

¹ Im vorliegenden Text wird durchgängig die männliche Form benutzt. Im Sinne der Gleichbehandlung sind diese Bezeichnungen als nicht geschlechtsspezifisch zu betrachten.

2. Kriterien der Entscheidungsfindung

Der Prozess der Entscheidungsfindung über Behandlungsmaßnahmen in der Intensivmedizin wird von der Prüfung folgender Frage geleitet: Wann und unter welchen Umständen ist die Einleitung oder die Fortführung einer Intensivbehandlung gerechtfertigt?

Eine zulässige Behandlungsmaßnahme muss zwei Voraussetzungen erfüllen:

1. Für den Beginn oder die Fortführung besteht nach Einschätzung der behandelnden Ärzte eine medizinische Indikation.
2. Die Durchführung entspricht dem Patientenwillen.

Erfüllt die jeweils geprüfte Behandlungsmaßnahme beide Voraussetzungen, muss die Behandlung eingeleitet oder fortgeführt werden. Liegt eine der beiden Voraussetzungen nicht vor, ist insoweit eine Therapiezieländerung und Begrenzung der Therapie nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten.

2.1. Indikation

Die medizinische Indikation stellt eine fachlich begründete Einschätzung dar, dass eine Therapiemaßnahme geeignet ist, um ein bestimmtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Eine Indikation kann also nur gestellt werden, wenn zuvor ein Therapieziel (siehe Abschnitt 2.3) definiert wurde.

In einem ersten Schritt wird möglichst evidenzbasiert geprüft, ob die geplante Maßnahme prinzipiell geeignet ist, das angestrebte Therapieziel zu erreichen: Ist diese Krankheit mit der vorgesehenen Therapie erfolgreich zu behandeln?

In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob die geplante Maßnahme auch geeignet ist, dem individuellen Patienten in seiner konkreten Situation zu helfen: Profitiert dieser Patient mit dieser Erkrankung, ihrem Schweregrad, der Prognose und den vorliegenden Begleiterkrankungen von dieser Therapie?

Therapiemaßnahmen sind indiziert, zweifelhaft, nicht indiziert oder sogar kontraindiziert.

Indizierte Therapiemaßnahmen werden dem Patienten angeboten. Bei zweifelhafter Indikation wird das Angebot kritisch und ergebnisoffen mit dem Patienten oder seinen Stellvertretern diskutiert. Nicht indizierte oder kontraindizierte Maßnahmen dürfen weder angeboten noch

durchgeführt werden.

Kann eine indizierte Therapiemaßnahme vor Ort nicht durchgeführt werden, muss dem Patienten eine Verlegung angeboten werden.

2.2. *Patientenwille*

Die Ermittlung des Patientenwillens erfolgt – je nach Bewusstseinszustand des Patienten – in einem abgestuften Prozess.

2.2.1. Der einwilligungsfähige Patient

Der einwilligungsfähige Patient entscheidet selbst über Zustimmung zur oder Ablehnung der Behandlung. Dies setzt ein ergebnisoffenes ärztliches Aufklärungsgespräch über Wesen, Bedeutung und Tragweite der angebotenen Behandlungsoptionen voraus. Die behandelnden Ärzte haben dabei sicher zu stellen, dass der Patient über Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Nichtbehandlung ausreichend aufgeklärt wurde und er diese verstanden hat. Die Entscheidungsfreiheit des Patienten darf dabei nicht beeinträchtigt werden.

2.2.2. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient mit Patientenverfügung

Bei aktuell nicht einwilligungsfähigen Patienten kommt einer Patientenverfügung die Bedeutung des im Voraus geäußerten Patientenwillens zu. Dieser ist für alle Beteiligten verbindlich.

Die Wirksamkeit der Patientenverfügung muss geprüft werden. Diese Prüfung ist gesetzliche Pflicht eines Stellvertreters im juristischen Sinne (Gesundheitsbevollmächtigter oder Betreuer). Ist ein solcher nicht vorhanden oder nicht rechtzeitig erreichbar, erfolgt die Prüfung im Behandlungsteam. Unabhängig davon ist ein Stellvertreter sobald wie möglich einzubeziehen (siehe auch 2.2.3 und 2.2.4).

Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung besteht,

- wenn sie nicht zwischenzeitlich widerrufen wurde,
- sich auf den aktuell eingetretenen Gesundheitszustand hinsichtlich Diagnose und Prognose bezieht,
- Art und Umfang der gewünschten bzw. nicht gewünschten Behandlung für die eingetretene Situation konkret benennt.

2.2.3. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung

Wenn der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig ist und keine oder keine wirksame Patientenverfügung vorliegt, muss eine Stellvertreterentscheidung herbeigeführt werden. Stellvertreter im juristischen Sinne sind Bevollmächtigte und Betreuer. Ein Bevollmächtigter legitimiert sich, indem er die schriftlich erteilte Vollmacht im Original vorweist. Dabei muss sich die Vollmacht ausdrücklich auf Gesundheitsangelegenheiten beziehen und explizit die mögliche Zustimmung zu gefährlichen Heilbehandlungen und die Ablehnung lebenserhaltender Therapien (§ 1904 Abs.1/2 und 5 BGB) enthalten. Ein Betreuer legitimiert sich, indem er seinen Betreuerausweis vorlegt. Betreuer und Bevollmächtigte sind gesetzlich verpflichtet, den Patientenwillen aufgrund einer Patientenverfügung, von zuvor geäußerten Behandlungswünschen oder anhand des mutmaßlichen Willens zu ermitteln und zur Geltung zu bringen. Folgende Entscheidungen können Betreuer und Bevollmächtigte ohne Zustimmung eines Gerichts treffen:

- Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme, auch wenn diese risikoreich ist;
- Nicht-Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme, auch wenn das ein Gesundheitsrisiko oder den Tod des Patienten zur Folge hat;
- Widerruf einer zuvor erteilten Zustimmung, auch wenn das den Tod des Patienten zur Folge hat.

Wenn dem Behandlungsteam begründete Hinweise vorliegen, dass sich der Betreuer oder Bevollmächtigte mit seiner Entscheidung nicht auf den Willen des Patienten stützt, und somit ein nicht ausräumbarer Dissens zwischen Stellvertreter und Behandlungsteam besteht, wird zur Klärung das Betreuungsgericht (gegebenenfalls im Eilverfahren) angerufen. Vorher sollten alle im Krankenhaus verfügbaren Unterstützungsangebote für eine gemeinsame Entscheidungsfindung (z.B. Klinische Ethikberatung) genutzt werden. Bis zur definitiven Klärung des Patientenwillens sind die indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen und alle Maßnahmen zur Verhinderung eines schweren und irreversiblen gesundheitlichen Schadens durchzuführen.

2.2.4. Der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung und ohne juristischen Stellvertreter

Wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist, keine wirksame Patientenverfügung vorliegt und kein Stellvertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) bekannt ist, muss umgehend eine Betreuung beantragt werden.

In der Notfallsituation und bis zur Bestellung des Betreuers treffen Ärzte stellvertretend die Entscheidung im Sinne des Patienten. In diesem Fall sind - soweit möglich - Behandlungswünsche oder der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln. Anhaltspunkte können etwa aus früheren Äußerungen zu Krankheit, Leiden und Sterben oder aus medizinischen Entscheidungen des Patienten in der Vergangenheit gezogen werden. Dazu werden Angehörige und andere nahestehende Personen befragt. Falls keine verwertbaren Informationen über den mutmaßlichen Patientenwillen eingeholt werden können, sollen Ärzte die indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen und alle Maßnahmen zur Verhinderung eines schweren oder irreversiblen gesundheitlichen Schadens durchführen.

2.3. Therapiezielfindung

Die Vereinbarung von Therapiezielen ist ein wesentlicher Bestandteil der PatientArzt-Beziehung. Von besonderer Bedeutung ist dies für Patienten mit zweifelhafter Prognose in der Intensivmedizin. Welches Therapieziel im Spektrum zwischen maximal möglicher Lebensverlängerung und Zulassen des Sterbens soll verfolgt werden?

Bei Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation muss zunächst darauf vertraut werden, dass aus Sicht des zuweisenden Arztes ein erreichbares Therapieziel existiert. Deshalb steht zunächst die Sicherung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen mit dem Therapieziel „Lebenserhaltung“ im Vordergrund.

In der Folge verschafft sich der Intensivmediziner ein möglichst umfassendes Bild vom Patienten. Hierbei werden neben Anamnese und Befunden das anerkannte Fachwissen und patientenbezogene, individuelle Faktoren (z.B.: bekannte Behandlungspräferenzen, persönliche Werthaltungen, religiöse Einstellung, Alter) berücksichtigt. Daraus ergeben sich bei Patienten mit zweifelhafter Prognose in der Regel unterschiedliche Therapieziele. Diese können in der Tendenz eher kurativ oder eher palliativ ausgerichtet sein.

Alle an der Behandlung Beteiligten müssen gemeinsam klären, ob die Therapieziele glaubhaft erreicht werden können.

Die (interdisziplinär) erarbeiteten Therapieziele müssen jetzt dem Patienten oder seinem Stellvertreter (vgl. 2.2.3) mitgeteilt werden, um dessen Entscheidung einzuholen. Alle Therapieziele sollen ausführlich dargelegt und besprochen werden. Der Patient oder sein Stellvertreter muss darüber informiert werden, wenn die Erreichbarkeit der Therapieziele im Behandlungsteam unterschiedlich eingeschätzt wird.

Die Entscheidung über das anzustrebende Therapieziel trifft der Patient oder sein Stellvertreter (vgl. 2.2.3). Der Arzt muss ggf. akzeptieren, dass der Patient nicht jedes medizinisch erreichbare Therapieziel auch für sich selbst realisieren möchte. Lässt sich das Therapieziel auf diese Weise nicht festlegen oder bestehen glaubhafte Zweifel an seiner Realisierbarkeit, sind die im Kapitel 4 benannten Instrumente zur Konfliktlösung empfehlenswert.

Das angestrebte Therapieziel muss dokumentiert und im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft werden. Eine Änderung des Therapieziels ist erforderlich, wenn der Patient oder sein Stellvertreter dies wünscht oder wenn sich relevante medizinische Veränderungen ergeben.

3. Zulassen des Sterbens nach Therapiezieländerung

Wenn der unter 2.3 beschriebene Prozess der Therapiezielfindung ergibt, dass die kurative Zielsetzung verlassen wird und ein Sterben zugelassen werden soll, müssen die Rahmenbedingungen und Inhalte der Behandlung an das neue Therapieziel angepasst werden. Im Zuge einer Therapiebegrenzung (3.1) treten Maßnahmen zur Symptomkontrolle (3.2) in den Vordergrund.

3.1. Therapiebegrenzung

Das Verlassen der kurativen Zielsetzung führt zwingend zu einer Überprüfung sämtlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Eine zusätzliche Belastung Sterbender durch Verzicht auf diese Maßnahmen muss vermieden werden.

Maßnahmen, die ausschließlich zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen, sind unzulässig.

Unter Therapiebegrenzung können folgende Vorgehensweisen fallen:

- Verzicht auf zusätzliche kurative Maßnahmen
- Verzicht auf Ausweitung bestehender kurativer Maßnahmen
- Reduktion bestehender kurativer Maßnahmen
- Absetzen (aktives Beenden) bestehender kurativer Maßnahmen.

Die Therapiebegrenzung kann sich beziehen auf z.B.:

- Diagnostik
- Medikation
- Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
- Prophylaktische Maßnahmen
- Reanimation
- Technische Organ- und Kreislauf-Unterstützung
- Operative Eingriffe
- Pflegerische Maßnahmen (z.B. belastende Lagerungsverfahren)

3.2. Symptomkontrolle nach Therapiezieländerung

Eine Therapiebegrenzung darf nicht ohne eine zielgerichtete Optimierung der lindernden (palliativen) Therapie erfolgen.

Hierzu gehören zunächst Maßnahmen der Basisbetreuung (Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung Dtsch.Ärztebl. 2011;108:A346):

- Menschenwürdige Unterbringung
- Menschliche Zuwendung (siehe 3.3)
- Körperpflege
- Lindern von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und anderen subjektiv belastenden Symptomen
- Stillen von subjektiv vorhandenem Hunger und Durst

Es gelten folgende Regeln:

- Sämtliche Behandlungsmaßnahmen dienen jetzt der Symptomkontrolle. Dazu gehört neben der Behandlung von Schmerzen, Luftnot und Übelkeit auch die Linderung von Angst, Unruhe und anderen psychischen, sozialen oder spirituellen Belastungen durch ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Team.
- Eine potenzielle Lebensverkürzung darf nur dann in Kauf genommen werden, wenn
 - die Maßnahme zur Symptomkontrolle indiziert und ohne angemessene Alternative ist,
 - die Maßnahme dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht und
 - eine Lebensverkürzung nicht beabsichtigt ist.

Eine sorgfältige Dokumentation, dass die genannten rechtfertigenden Kriterien erfüllt sind, ist vorzunehmen.

3.3. Sterbebegleitung und Umsetzung der Therapiebegrenzung

Ziel ist es, ein Sterben in Würde und ohne vermeidbares Leid zu ermöglichen, an einem Ort, der vom Sterbenden gewünscht wird und alle Voraussetzungen dafür erfüllt. Dies kann zuhause, im Pflegeheim, in einem Hospiz, auf einer Palliativstation, auf einer Normalstation oder in einem Palliativzimmer auf der Intensivstation erfolgen. Entsprechend soll individuell geklärt werden, wer (Team, Familie, weitere Bezugspersonen) in die Sterbebegleitung einzubeziehen ist und ob seelsorgerlicher Beistand gewünscht wird.

Die Entscheidung über den zeitlichen Verlauf der Therapiebegrenzung ist festzulegen. Die psychische Belastung durch eine Verlängerung des Sterbens einerseits und durch ein abruptes Eintreten des Todes andererseits müssen aus Sicht aller Beteiligten gegeneinander abgewogen werden. Dabei stehen die Bedürfnisse der Angehörigen und des Behandlungsteams grundsätzlich hinter denen des Patienten zurück. So ist etwa eine Verlängerung des Sterbeprozesses, um ein Abschiednehmen zu ermöglichen, nur dann ethisch zu rechtfertigen, wenn dies auch dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und der Patient aller Voraussicht nach durch die Verlängerung des Sterbeprozesses nicht zusätzlich leidet.

Eine Therapiebegrenzung kann auf zweierlei Weise erfolgen:

- **Schrittweise Therapiebegrenzung**

Diese erscheint zunächst weniger eingreifend und belastend. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Handeln und körperlichen Reaktionen des Patienten bis hin zum Eintritt des Todes ist eher unwahrscheinlich. Dieses Vorgehen kann in einigen Fällen eine nicht zu rechtfertigende Verlängerung des Sterbeprozesses bedeuten.

- **Sofortige Therapiebegrenzung**

Diese kann zu einer deutlichen Verkürzung des Sterbeprozesses führen. Kurzfristig können unmittelbare körperliche Reaktionen hervorgerufen werden (beispielsweise kann das Beenden einer Beatmung zu Schnappatmung führen). Eine unzureichende Symptomkontrolle ist möglich. Körperliche Veränderungen können eine Belastung für die Angehörigen, die den Sterbenden begleiten, bedeuten.

Regeln für den Prozess der Therapiebegrenzung:

- Das Handeln darf nicht von Zeitdruck oder anderen äußeren Zwängen bestimmt werden.
- Die Interessen des Sterbenden dürfen keinem anderen Zweck, welcher Art auch immer, untergeordnet werden.
- Eine sorgsame Sterbebegleitung muss auch auf einer Intensivstation ermöglicht und als zur Intensivmedizin gehörig wahrgenommen werden.
- Bei Anzeichen von belastenden Symptomen muss zielgerichtet interveniert werden können.
- Eine ausreichende Symptomlinderung sollte nicht aus Angst vor einer möglichen Lebensverkürzung unterbleiben.
- Eine Leidensverkürzung durch Zulassen des Sterbens ist ethisch und juristisch legitim.
- Angehörige sind über das geplante Vorgehen und mögliche Reaktionen des Sterbenden in verständlicher Form zu informieren.

4. Kommunikation und Interaktion

Die Prozesse, die zu den oben dargestellten Entscheidungen führen, sind außerordentlich komplex und benötigen neben einer verständlichen und empathischen Kommunikation organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen.

Entscheidungen zum medizinischen Vorgehen wie Maximaltherapie, Therapieverzicht, Therapiebegrenzung oder Therapiezieländerung müssen verständlich kommuniziert werden.

- Die Ziele müssen klar formuliert werden (z.B. Akzeptanz der fehlenden Heilungschance).
- Das Handeln sollte präzisiert werden (z.B. Abstellen des Beatmungsgerätes oder der Dialyse, ausreichende Sedierung).
- Die Entscheidung muss begründet und dokumentiert werden.

Viele Begriffe, die im Kontext von Therapiebegrenzung verwendet werden, beinhalten unausgesprochene moralische Bewertungen. Diese sollen direkt angesprochen werden, um zu prüfen, ob der Gesprächspartner diese Bewertungen und Einschätzungen teilt.

4.1. *Kommunikation im ärztlichen Team*

Entscheidungen zur Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung können nur sinnvoll getroffen und umgesetzt werden, wenn sie sich auf die Einschätzung aller an der Behandlung beteiligten Ärzte stützen. Im Idealfall wird die Entscheidung im ärztlichen Konsens getroffen. Bleibt ein Dissens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

Eine verbindliche Entscheidung mit einer klaren Begründung ist die Voraussetzung dafür, dass das weitere Vorgehen einheitlich und transparent mit dem Patienten, den Angehörigen und im multiprofessionellen Team kommuniziert werden kann.

4.2. Kommunikation im multiprofessionellen Team

Viele Entscheidungen werden von vornherein im multiprofessionellen Team getroffen. Dies trägt dazu bei, dass die Entscheidung auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen und Einschätzungen erfolgen kann.

Eine Teambesprechung ist insbesondere bei Unklarheiten über die Prognose und die anzustrebenden Therapieziele hilfreich, oder wenn die Behandlungssituation als besonders belastend empfunden wird. In dieser Besprechung sollten die unterschiedlichen Standpunkte und Erfahrungen aller in die Behandlung eingebundenen Berufsgruppen erarbeitet und diskutiert werden.

Bei dieser Besprechung soll gewährleistet sein, dass sich jedes Teammitglied unabhängig von Berufsgruppe und Hierarchiestufe frei und ohne Angst vor Missachtung und Bloßstellung äußern kann. Die Ergebnisse der Teambesprechung sollten zur Information auch der abwesenden Mitglieder des Teams dokumentiert werden.

Im Idealfall wird die Entscheidung im Konsens getroffen. Ein Konsens ist dadurch gekennzeichnet, dass die Informationen und Einschätzungen aller Beteiligten einbezogen werden, und dass die für die Entscheidung verantwortlichen Ärzte ein aus Sicht aller Beteiligten verantwortbares Vorgehen wählen. Bleibt ein Dissens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

4.3. Angehörigenbesprechung

Möglichst frühzeitig sollte im Behandlungsverlauf ein strukturiertes Gespräch mit den Angehörigen oder anderen vertrauten Bezugspersonen des Patienten erfolgen. Dies gilt zwingend gegenüber Betreuern oder Bevollmächtigten, auch wenn sie keine Angehörigen sind. Die Angehörigenbesprechung dient der wechselseitigen Information über die Situation, Behandlung und Präferenzen des Patienten. Wesentliche Inhalte einer Angehörigenbesprechung sollten sein:

- Einholen medizinischer und persönlicher Informationen zum Patienten.
- Aufklärung über die Erkrankung, Therapieziele und Therapie sowie zur Prognose des Patienten soweit dies dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht und der ärztlichen Schweigepflicht Rechnung trägt.
- Betreuung und Beratung der Angehörigen in der akuten Krisensituation.

Das Gespräch sollte in einem ruhigen Raum ohne den Lärm und die Hektik der Intensivstation stattfinden. Bei der baulichen Planung einer Intensivstation müssen daher entsprechende Besprechungsräume berücksichtigt werden.

Eine Angehörigenbesprechung sollte im Team gut vorbereitet sein. Sie erfordert eine klare zeitliche Planung und die Festlegung der teilnehmenden Personen. Die Mitglieder des Behandlungsteams sollten repräsentativ vertreten sein, d.h. vor allem das Pflegepersonal muss als zentrale Schnittstelle bei diesen Gesprächen anwesend sein. Bleiben im Prozess der Angehörigenbesprechungen unterschiedliche Einschätzungen zum Patientenwillen oder über den Sinn des weiteren medizinischen Vorgehens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

4.4. Ethik-Fallberatung

Eine Ethik-Fallberatung kann nicht nur vom Team, sondern auch vom Patienten, vom Betreuer oder von den Angehörigen angefordert werden.

Hierbei werden die unterschiedlichen Positionen offengelegt und begründet. Dieses ist die Voraussetzung dafür, im Konsens eine aus Sicht aller Betroffenen tragfähige Lösung zu finden.

Zu Beginn einer Ethikberatung sollte allen Beteiligten das Procedere erklärt und klar formuliert werden, dass die Ethikberatung nur eine beratende Funktion erfüllt und keine Entscheidungen übernehmen darf.

Der Beratungsschwerpunkt liegt auf den Bewertungen von Heilungschancen, Therapiezielen, Lebensqualität und Belastungen. Dies trägt dazu bei, dass das weitere Vorgehen sich nicht am medizinisch Machbaren sondern an den individuellen Behandlungspräferenzen, Lebensplänen und Wertvorstellungen des Patienten orientiert.

Die qualifizierte Durchführung und Organisation von Ethik-Fallberatungen liegt in den meisten Kliniken in Händen eines Klinischen Ethikkomitees, es gibt aber auch andere Implementierungsmodelle. Da die Ethik-Fallberatung eine Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung darstellt, sind entsprechende Strukturen in allen Krankenhäusern der Akut- und Notfallversorgung einzurichten.