

Entscheidungen am Lebensende: aus der Arbeit des ambulanten Ethikkomitees der Bezirksärztekammer Rheinhessen

Karl-Bertram Brantzen, Heinold Gamm, Klaus Schniepp-Mendelssohn, Mainz

Im ärztlichen Alltag sind oft schwierige ethische Entscheidungen zu treffen, insbesondere am Lebensende der Patienten. Diese sind dann häufig nicht mehr in der Lage, schwerwiegende Entscheidungen selbst zu treffen, und Angehörige sind in solch emotional belastenden Situationen mitunter überfordert. Meist geht es dabei um die Frage, ob eine lebenserhaltende Behandlung am Lebensende noch durchgeführt werden soll oder nicht. Es kann hierbei zu Entscheidungskonflikten kommen. Genau für solche Fälle bietet das ambulante Ethikkomitee bei der Bezirksärztekammer Rheinhessen seit 2017 den ratsuchenden Ärztinnen und Ärzten Hilfe.

Wie die Arbeit des rheinhessischen Ethikkomitees abläuft und welche Schritte getan werden, zeigt folgendes Beispiel:

Der 81-jährige Herbert L. ist schwerst pflegebedürftig und wird in einem rheinhessischen Altenpflegeheim betreut. Seine Krankengeschichte lässt sich folgendermaßen skizzieren: Seit über 20 Jahren Hypertonie bekannt. 2013 Operation eines Sigma-Karzinoms, im weiteren Verlauf kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasierung. 2015 stationäre Behandlung in einer geriatrischen Abteilung wegen Frailty-Syndrom und hierdurch zunächst deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes. Im November 2016 Hirnblutung und zwei Wochen später Mediainfarkt. Als Folgen bleiben eine beinbetonte Tetraparese, eine Aphasie und Schlucklähmung sowie massive kognitive Beeinträchtigungen mit Desorientiertheit zurück. Bei der Akut-Reha wird der Patient mit einer PEG-Sonde versorgt. Im Frühjahr 2017 weitere kontinuierliche Verschlechterung des Gesamtzustandes.

Die 78-jährige Ehefrau, Vorsorgebevollmächtigte, war inzwischen davon überzeugt, dass ihr Mann in diesem Zustand eine künstliche Ernährung und eine intensive medikamentöse Therapie nicht gewollt hätte. Sie wandte sich im Juni 2017 an den Hausarzt ihres Mannes, um mit diesem über eine Therapiebegrenzung zu sprechen. Sie einigten sich darauf, bei dieser Entscheidung Unterstützung durch das ambulante Ethikkomitee der Bezirksärztekammer Rheinhessen zu beantragen. Der Hausarzt bat beim Ethikkomitee um Rat.

Zunächst nahm ein Moderator des Ethikkomitees Kontakt auf zum beantragenden Hausarzt, der Ehefrau und Bevollmächtigten, sowie der Stationsleitung des Pflegeheimes auf. Es bestand

Einigkeit, eine ethische Fallbesprechung im Pflegeheim durchzuführen.

Im Gespräch mit der Ehefrau beschrieb diese den Patienten als früher aktiven und am Zeitgeschehen interessierten Menschen, auch in der Zeit nach Beendigung seiner beruflichen Tätigkeit als leitender Angestellter. In seiner Vorsorgevollmacht von 2013 wird seine Ehefrau als Bevollmächtigte benannt und ermächtigt, die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen oder zu einem Behandlungsverzicht zu erteilen, wenn er wegen seiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande sei, seine Angelegenheiten selbst zu regeln und seinen Willen zu äußern. Diese Ermächtigung soll in Kraft treten bei schwersten körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall ohne Aussicht auf Besserung. Dies sei nun nach Ansicht der Ehefrau gegeben, und daher möchte sie eine Beendigung der intensiven Behandlung erwirken. Sie befürchtete allerdings, dass sie die Begleitung ihres Ehemanns in seiner Sterbephase überfordere und dass er vielleicht alleine sterben müsse.

Bei der Visite des Patienten durch den Moderator fand sich ein schwerst pflegebedürftiger bettlägeriger Patient in stuporösem Dämmerzustand, eine Kommunikation war nicht möglich, es bestand die vorbeschriebene Tetraspastik. Nach Auskunft des Pflegepersonals hat die Ansprechbarkeit in den letzten Wochen rapide nachgelassen und war inzwischen nicht mehr gegeben. Herr L. wehrte sich gegen pflegerische Maßnahmen und gegen Angebote oraler Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr, sodass diese ausschließlich über die PEG-Sonde erfolgte. Das Bewegen und Lagern verursachte offensichtlich Schmerzen, in Ruhe erschien der Patient schmerzfrei.

An dem nun folgenden Ethikkonsil nahmen neben dem Moderator neben dem Moderator noch zwei weitere Ärzte und eine Vertreterin der Pflege aus dem ambulanten Ethikkomitee teil, außerdem der Hausarzt des Patienten, die Pflegedienstleitung des Altenheimes und eine den Patienten betreuende Pflegerin.

Am Anfang der Besprechung stand die Präsentation der Krankengeschichte und des Verlaufes der vergangenen Monate durch den Hausarzt sowie der Bericht des Moderators vom Gespräch mit der Ehefrau und von der Visite beim Patienten. Von den Mitarbeitern des Heimes wurde die pflegerische Situation und deren jüngste Entwicklung dargestellt. Im Anschluss



Das ambulante Ethikkomitee der Bezirksärztekammer Rheinhessen bei einer Fallbesprechung (v.l.n.r.): Dr. Elisabeth Rix, Margarete Adelhardt, Dr. Heinold Gamm, Dr. Klaus Schniepp-Mendelssohn, Professor Dr. Karl-Bertram Brantzen, RA Eckhard Mäurer und Dr. Barbara Römer.

wurde die Indikation der derzeit durchgeführten therapeutischen Maßnahmen näher beleuchtet und der mutmaßliche Wille des Patienten erörtert. Alle Beteiligten kamen zu folgender Wertung (wörtlich zitiert aus dem Besprechungsprotokoll): „Der vom Patienten in seiner Vorsorgevollmacht beschriebene Zustand der Entscheidungsunfähigkeit bei schwerem körperlichen Leiden und geistigem Verfall ist eingetreten. Eine Besserung ist nicht zu erwarten. Die Ernährungssonde hat das Ziel einer Besserung des Zustandes nicht erreichen können.

Auf Grund der Vorsorgevollmacht und der eindeutig ablehnenden Haltung gegen die orale Nahrungsaufnahme ist davon auszugehen, dass die Einstellung der Sondenernährung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen würde.

Da Patienten mit schwerem hirnanorganischem Psychosyndrom, endgradig demente Patienten und Sterbende nach derzeitiger Auffassung kein Hunger- oder Durstgefühl verspüren, ist bei Einstellung der Sondenernährung nicht mit einer Leidensverstärkung im Sinne von Verhungern oder Verdursten zu rechnen.“

Gemeinsam sprach das Konsil einstimmig folgende Empfehlungen aus:

1. Einstellung der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr über die PEG.
2. Die PEG soll nicht entfernt werden, da dies ein unnötiger interventioneller Eingriff wäre.
3. Die liegende PEG soll für palliative Schmerztherapie genutzt werden (z.B. 40 Tropfen Metamizol bei Bedarf im Ermessen der Pflegefachkräfte).

4. Bei eintretenden Komplikationen (z.B. Pneumonie) soll keine Therapieausweitung erfolgen. (Die medikamentöse Dauertherapie ist vom betreuenden Arzt bereits weitgehend eingestellt worden).
5. Pflegerische Maßnahmen (insbesondere Mundpflege) sollen fortgeführt werden.
6. Der betreuende Arzt soll mit der Ehefrau die Konsilempfehlungen und deren Konsequenzen besprechen.
7. Wenn es die Ehefrau des Patienten wünscht, soll von den Pflegefachkräften eine Sitzwache für den Patienten organisiert werden, damit er in der Sterbephase nach Möglichkeit nicht alleine gelassen wird.
8. Aus organisatorischen Gründen soll mit der Einstellung der Sondenernährung erst nach dem Wochenende begonnen werden, damit alle Pflegekräfte informiert werden können.

Die Ehefrau als Vorsorgebevollmächtigte stimmte den Empfehlungen zu. Etwa drei Wochen später verstarb ihr Mann ohne Agonie, friedlich in ihrem Beisein.

Drei Monate danach nahm der Moderator noch einmal mit Frau L., dem Hausarzt des Verstorbenen und den beteiligten Pflegekräften des Heimes Kontakt auf. Es wurde ihm bestätigt, dass alle gut mit der getroffenen Entscheidung, die Empfehlung des Ethikkomitees umzusetzen, leben konnten und überzeugt waren, hierdurch dem Willen des Patienten entsprochen zu haben.

Fazit: Die Arbeit des Ethikkomitees ist eine behutsame, sensible Begleitung und Abwägung im Einzelfall. Ärztinnen und Ärzte können sich mit einer solch fundierten Beratung ein wenig Last

von ihren Schultern nehmen lassen. Sie können sich bei ihrer eigenen und unabhängigen Entscheidung, gegebenenfalls dem Ethikonsil zu folgen, dann auch auf eine standesrechtlich autorisierte Empfehlung stützen.

Es ist zweifellos nicht zu unterschätzen, welche Zumutung und Belastung die Umsetzung einer solchen zum absehbaren Tode führende Therapiebegrenzung für die unmittelbar in die Pflege involvierten Mitarbeiter eines Pflegeheimes bedeuten kann. Sind doch oft über Monate bis Jahre persönliche Beziehungen gewachsen, die auch bei verloren gegangener Kommunikationsfähigkeit emotional binden. Eine partnerschaftliche, gleichberechtigte Einbeziehung der Pflegenden in derartige Entscheidungsprozesse ist daher dringend geboten.

Eine Kontaktaufnahme mit den beteiligten Bezugspersonen nach Ablauf einer angemessenen Zeit (zwei bis drei Monate) ist sinnvoll, um festzustellen, ob es Probleme bei der Umsetzung der in der ethischen Fallbesprechung vorgeschlagenen Maßnahmen gab.

Aus Sicht des ambulanten Ethikkomitees scheint es zudem sowohl bei den Pflegenden als auch bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einen Informationsbedarf zu geben über den weiteren Verlauf nach der Einstellung der Sondenernährung und insbesondere der Flüssigkeitszufuhr. Verdursten ist mit Leiden verbunden, wohingegen „Vertrocknen“ ohne Leiden abläuft. Allerdings ist damit zu rechnen, dass dieser Prozess bis zum Eintritt des Todes ein bis drei Wochen dauern kann, worauf sich alle Beteiligten einstellen müssen. In dieser Phase ist selbstverständlich eine optimale palliativmedizinische Symptomenkontrolle anzustreben.

Laut Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) ist das Thema „künstliche Ernährung fortsetzen oder beenden“ der häufigste Grund für ethische Fallbesprechungen im ambulanten Sektor.

Seit Jahren bietet die AEM Qualifizierungskurse für die kompetente Moderation einer solchen Fallbesprechung an. Alle Moderatoren des rheinhessischen Komitees haben derartige Kurse absolviert und richten sich bei ihrer Gesprächsführung nach der älteren Nimwegener Methode und dem aktuelleren Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion, quasi nach einer Synthese von beiden (nähere Infos hierzu unter <https://aerztekammer-mainz.de/Ethikkomitee.php>)

Das ambulante Ethikkomitee in Rheinhessen setzt sich aus Haus- und Fachärzten verschiedener Disziplinen einschließlich zweier Palliativmediziner zusammen. Ihm gehören zudem eine Krankenschwester und eine ehemalige Pflegedienstleiterin, ein Jurist, ein katholischer / eine evangelische Krankenhauseelsorger/in an. Das Gesamtgremium trifft sich zweimal jährlich zu internen Falldiskussionen und zur Klärung inhaltlicher und organisatorischer Fragen. Dies geschah zuletzt im Juni dieses Jahres mit dem juristischen Thema: „Die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung - die Rolle des Bevollmächtigten - die Relevanz von Empfehlungen der Ethikberatung“.

Noch ein inhaltlicher Hinweis: Das ambulante Ethikkomitee hängt nicht mit der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer zusammen. Das sind zwei unterschiedliche Instanzen. Während das ambulante Ethikkomitee Ärzten moralisch-ethische Empfehlungen bei Konfliktsituationen am Lebensende ihrer Patienten gibt, ist die Ethik-Kommission eine wichtige Vor- und Kontrollinstanz für das Wohlergehen von Studienteilnehmern.

Ärztinnen und Ärzte, die sich vom ambulanten Ethikkomitee in Rheinhessen beraten lassen möchten, erreichen dieses bei der Bezirksärztekammer Rheinhessen unter der Rufnummer 06131/3869-32 oder unter www.aerztekammer-mainz.de/index.php oder per Mail: birgit.mey@aerztekammer-mainz.de.