



Fallberatung bei einer Patientin mit hypoxischer Hirnschädigung

Ausgangssituation

Eine 63-jährige Patientin erlitt infolge eines Herzinfarkts einen Herzstillstand. Nach erfolgter Reanimation wurde sie in die Klinik eingeliefert. Sie hatte einen hypoxischen Hirnschaden, war demnach weder ansprechbar noch in der Lage, selbständig Entscheidungen zu treffen.

Problem

Zu klären war das weitere medizinische Vorgehen in Anbetracht der schlechten neurologischen Prognose. Aus rechtlicher und ethischer Sicht ist neben der medizinischen Prognose wesentlich der mutmaßliche Wille des Patienten entscheidend. Ein dauerhafter Bewusstseinsverlust allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen (Richtlinien der BÄK zur Sterbegleitung, 2011). Eine schriftliche Verfügung der Patientin liegt nicht vor.

Gang der Beratung

Es fanden mehrere Ethik-Konsile zur Klärung der weiteren Behandlung statt. Zum einen wurde der neurologische Status der Patientin bewertet. Zum anderen wurden die Familienangehörigen befragt über einschlägige frühere Äußerungen und Haltungen der Patientin zu der Frage des (Über-)Lebens mit einer schweren Hirnschädigung. Aufgrund innerfamiliärer Konflikte war die Gesprächsführung schwierig, die Einschätzungen darüber, was die Patientin in einer solchen Situation gewollt hätte, divergierten zunächst.

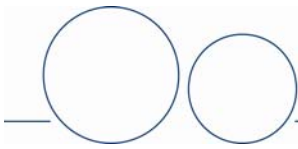
Ergebnis

Die behandelnden Ärzte verständigten sich darauf, dass die Patientin in eine neurologische Reha-Klinik verlegt wird mit dem Ziel, die neurologische Situation zu verbessern. Das Ausmaß des hypoxischen Hirnschadens konnte erst in einigen Wochen abschließend beurteilt werden.

In mehreren moderierten Gesprächen zwischen Angehörigen und Behandlungsteam gelang es, den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln. Danach sollten alle intensivmedizinischen Maßnahmen, auch die künstliche Ernährung, beendet werden, wenn die Patientin nach abschließender Beurteilung der Hirnschädigung nach menschlichem Ermessen dauerhaft kein Bewusstsein mehr erlangen würde. Dieses Ergebnis wurde der Reha-Klinik als Behandlungsempfehlung übermittelt.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des
Universitätsklinikums Heidelberg
und Medizinischen Fakultät der
Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
Fon +49 (0)6 221 56 45 36
Fax +49 (0)6 221 56 45 44
annette.tuffs(at)
med.uni-heidelberg.de

[www.klinikum.uni-heidelberg.de/
presse](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/presse)



„Beatmungskompromiss“: Zwischen ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenselbstbestimmung

Ausgangssituation

Ein 59-jähriger Patient kommt mit schwerer Atemnot in die Notambulanz. Es besteht seit 11 Jahren ein Morbus Hodgkin, der Patient hat sich wegen mehrfacher Rezidive in der Vergangenheit Chemotherapien und Bestrahlungen unterzogen. Auf Grund einer schweren beidseitigen Lungenentzündung wird dem Patienten die künstliche Beatmung nahegelegt. Der Patient weigert sich mit den Worten: „Ich will nicht künstlich beatmet werden!“ Er lässt sich jedoch bronchoskopieren, erlaubt Maskenbeatmung und übersteht die Nacht einigermaßen. Am nächsten Morgen reicht die Maskenbeatmung nicht mehr aus. Der Arzt schafft es nach mehreren Gesprächen, dass der Patient einer auf 3 Tage begrenzten Intubation zustimmt. Als sich danach der Zustand kaum gebessert hat, fordert die Ehefrau, die als Bevollmächtigte eingesetzt ist, die Beendigung der Beatmung, und der Patient verstirbt.

Problem

Der Arzt bittet um eine retrospektive Fallbesprechung, um folgende Fragen zu klären:

Habe ich den Patienten überredet?

Der Patient hatte Besserungschancen: War es richtig, einen „Kompromiss“ zu schließen?

Ergebnis der interdisziplinären Ethikberatung

- Dass die künstliche Beatmung noch eine Behandlungschance darstellt, musste der Arzt in Gesprächen mit dem Patienten und seiner Ehefrau deutlich machen. Die beiden hatten diese Informationen verstanden und stimmten offenbar deswegen einer dreitägigen Beatmung zu
- Die Beweggründe des Patienten blieben unklar: Wollte er sterben, hatte er Furcht vor Langzeitbeatmung oder „nur“ eine Aversion gegen künstliche Beatmung? Es gab ambivalente Botschaften: Einerseits gab er seine Zustimmung zu Maskenbeatmung und Bronchoskopie, andererseits äußerte er nicht explizit, angesichts seiner langjährigen Erkrankung nun sterben zu wollen.
- Der Patient war sehr festgelegt, so dass auch im Nachhinein nur geringfügig andere Alternativen sichtbar waren. Man hätte dem Patienten und seiner Frau gegenüber ansprechen können, ob er angesichts seiner Krebserkrankung nicht mehr alle Maßnahmen in Anspruch nehmen wolle. Oder man hätte einen „Kompromiss“, der nach 3 Tagen noch eine Neubewertung der medizinischen Situation beinhaltet, vereinbaren können. Allerdings bestand auf Grund des Handlungsdrucks wenig Zeit für den Entscheidungsprozess.