

Michael Schmidt

Praktische Ethik im Gesundheitswesen IV

Kasuistiken



Königshausen & Neumann

Michael Schmidt

—

Praktische Ethik im Gesundheitswesen IV

Michael Schmidt ist Arzt und hat an einem Universitätsklinikum den Schwerpunkt Lungenheilkunde geleitet. Er hat viele Patienten mit Lungenkrebs und deren Angehörige begleitet. Er war ärztlicher Leiter einer Krankenpflegeschule und hat das Klinische Ethikkomitee des Klinikums geleitet. Er ist Referent für medizinethische Themen an einer Palliativ-Akademie.

Michael Schmidt

Praktische Ethik
im Gesundheitswesen IV

Kasuistiken

Königshausen & Neumann

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2024

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Umschlag: skh-softics / coverart

Umschlagabbildung: Mosaik aus dem Kreuzgang von San Paolo fuori la Mura, Rom.

© M. Schmidt

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

ISBN 978-3-8260-8827-8

eISBN 978-3-8260-8828-5

www.koenigshausen-neumann.de

www.ebook.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

Dieses Buch ist allen Ethikberatern gewidmet,
von denen ich lernen durfte.

Inhaltsverzeichnis

Thema	Seite
EINLEITUNG	9
THEORIE	15
KASUISTIK	25
Darmkrebs	34
Einwilligungsfähigkeit	38
Aufklärung und Ethnie	43
Natürlicher Wille	46
Zwangsbehandlung?	50
Amyotrophe Lateralsklerose	53
Chorea Huntington	57
Kolonkarzinom, Therapiezieländerung	61
Leberversagen	64
Pankreatitis	68
Therapiebegrenzung?	71
Ethnie und Hirntod	76
Geistig Behinderter auf Intensivstation	80
Antikörpermangelsyndrom	85
Demenz bei Down-Syndrom	90
Stentblutung	95
Terminale COPD	99
Schluckstörung	103

Thema	Seite
Dialysepatient mit Bronchialkarzinom	106
Toxischer Lungenschaden	110
Unerträgliche Schmerzen	114
Operation am Lebensende	118
Zwei lebensbedrohliche Krankheiten	122
Prostatakarzinom	126
Schnapsralinen	130
Palliative Sedierung	134
SCHLUSSBEMERKUNG	139

EINLEITUNG

Blickrichtung

Während meiner klinischen Tätigkeit als Internist war ich auf der Lungenstation, der pneumologischen Ambulanz, als Konsiliarius und als Klinischer Ethikberater meist mit Fragen zum letzten Lebensabschnitt befasst. Während wir Internisten gute kurative Behandlungserfolge bei akut Erkrankten erzielen, sieht unsere Bilanz bei den chronischen Leiden nicht sehr befriedigend aus. Und in den letzten Lebensjahren häufen sich diese unheilbaren Leiden. Damit taucht eine andere Thematik auf: Tun wir genug oder zu viel am Lebensende? Wenn sich der Patient mit dem zu Ende gehenden Leben nicht abfinden kann, wird er (oder seine Verwandtschaft) darauf dringen, dass »alles gemacht wird.« Es gibt auch Ärzte, die dabei nicht zusehen können und mehr oder weniger nutzlose »kurative« Therapien ansetzen, *ut aliquid fiat* (damit irgendwas geschieht). Diese Patienten sind vulnerabel, sie greifen nach dem »letzten Strohalm« und sind zu allen Maßnahmen allzu leicht zu überreden. So entstand meine Perspektive: Hilft es den Patienten in ihrer Situation der letzten Lebensjahre wirklich, »alles« zu tun? Bei den Ethikberatungen ist festzustellen, dass diese Frage nicht nur mich umtreibt. Sie ist auch zentrales Thema in der Weiterbildung zum Palliativ-Arzt und zur Palliativ-Pflegekraft.

Ethikberatung

In fast allen deutschen Krankenhäusern gibt es inzwischen klinische Ethikkomitees. Sie sind verschieden zusammengesetzt und arbeiten sehr unterschiedlich. Es gibt Komitees, die ihre Aufgabe in der Beratung von Patienten und Angehörigen sehen. Andere beraten nur die Behandlungs-Teams. Manche Komitees besprechen retrospektiv (vergangene) konfliktreiche Fälle, um für die Zukunft zu lernen. Wohl die meisten Komitees bearbeiten moralische Konflikte bei der Arbeit am aktuellen Patienten. Einige Komitees beurteilen nachträglich die medizinischen Vorgänge und geben Voten ab. Andere Komitees begleiten Behandlungs-Teams in der Entscheidungsfindung und beraten dabei. Man kann nicht sagen, welche Arbeitsweise die bessere wäre; dies hängt sehr von den örtlichen Gegebenheiten und beteiligten Personen ab.

In den letzten Jahren hat sich eine außerklinische (auch ambulante oder mobile) Ethikberatung¹ etabliert. Es gibt inzwischen deutschlandweit Beratungs-Teams für moralische Konflikte in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen. Auch diese Berater arbeiten unterschiedlich, die meisten helfen bei aktuellen Entscheidungsfindungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Angehörigen. Dabei gibt es weniger akuten Beratungsbedarf, es geht oft um vorsorgliche Festlegung zukünftiger Entscheidungen bei z.B. lebensbedrohlicher Erkrankung. Wir finden also ein sehr buntes Bild der Ethikarbeit, die sich offensichtlich an die jeweiligen Erfordernisse der Institutionen anpasst.

¹ Die Akademie für Ethik in der Medizin (Göttingen) führt eine aktuelle Liste der außerklinischen Beratungs-Aktivitäten: www.aem-online.de/index.php?id=157 {Zugriff Juli 2023}

Moralischer Stress

Das Klinische Ethikkomitee unseres Klinikums hatte die Aufgabe, den moralischen Stress (*moral distress*) in den Behandlungs-Teams zu reduzieren. Moralischer Stress entsteht, wenn jemand Entscheidungen mittragen muss, die gegen seine innere Haltung und Überzeugung stehen. Je länger diese moralisch spannungsreiche Situation anhält, desto größer wird sein Stress. Moralischer Stress ist eine wichtige Ursache für Unzufriedenheit mit der Arbeit, dem Arbeitsplatz und den Vorgesetzten. Wenn es glückt, diesen Stress zu vermindern oder aufzulösen, arbeiten die Teams konfliktärmer, zufriedener und auch effektiver; das kommt den Patienten oder Klienten zugute. Außerdem nimmt die Bindung an den Arbeitsplatz zu, es gibt weniger Personalwechsel, die Kompetenz bleibt vor Ort und die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird besser.

In unserem Klinikum mit 19 Kliniken, vielen Ambulanzen und über 1400 Betten gibt es etwa 7500 Angestellte mit je eigener moralischer Haltung und Überzeugung. Jeder hat sein eigenes Gewissen und das ist auch gut so: Wir wollen doch keine gewissenlosen Mitarbeiter. Da wird es bei der Zusammenarbeit immer kleinere oder größere moralische Konflikte geben. So ist die Lage, wir sollten sie nicht ignorieren sondern damit umgehen.

Konflikte

Der österreichische Konfliktforscher Friedrich Glasl hat die Entstehung von einer Meinungsverschiedenheit bis

hin zum Krieg mehrfach beschrieben.² Die ersten drei Stufen der Konflikteskalation sind:

(1) Die Verhärtung der Meinungen; man sieht sich im Recht. Das erschwert oft schon sachliche Gespräche, weil man doch »die Wahrheit« hat.

(2) Die Polarisierung in den Debatten; man sucht sich Gleichgesinnte, um über Mehrheiten seine »Wahrheit« durchzusetzen.

(3) Das Schaffen möglichst irreversibler Fakten; man spricht sich nicht mehr im Team ab, sondern handelt. Das zwingt die Gegenseite mitzumachen.

Die Wahrheit als etwas Absolutes, Hundertprozentiges muss immer geglaubt werden und ist damit subjektiv. Thomas von Aquin erkennt das, wenn er sagt, Wahrheit ist die Übereinstimmung von Sachverhalt und Vernunft (*adaequatio rei et intellectus*): Vernunft ist immer subjektiv. Aber für unsere medizinethischen Zwecke brauchen wir gar keine absolute Wahrheit. Um im Sinn des Patientenwohls gemeinsam zu arbeiten, reicht es völlig aus, zwischen den Mitarbeitern zu einer gemeinsamen Überzeugung zu kommen, an diesem speziellen Patienten moralisch vertretbar zu handeln. Dazu genügt die sogenannte interpersonelle Wahrheit: Wir einigen uns auf eine moralische Basis. Lang zusammenarbeitende Teams haben solche interpersonellen Wahrheiten und dadurch wenig moralischen Stress.

Man muss davon ausgehen, dass bei weiterem Fortschreiten der Konfrontationen unsere Patienten gefährdet werden. Klinische (und außerklinische) Ethikberatung kann

² Viele Veröffentlichungen zum Thema, z.B. Friedrich Glasl: Eskalationsdynamik. *Konfliktdynamik* 2014, 3, 190–199.

etwa bis zur Stufe 3 hilfreich wirken, weil alle Parteien noch einen Gewinn davon haben könnten. Die weitere Eskalationsspirale³ liegt jenseits der Eingriffsmöglichkeiten eines Ethikberaters. Dann sind eher Personalgespräche, Supervisionen oder die Auflösung des patientengefährdenden Teams angezeigt. Führungskräfte sollten sensibel für die Konflikt-Anfangsstufen 1–3 werden und besser früher als später eingreifen oder Hilfe suchen. Der Umgang mit Konflikten gehört zur Führungskompetenz; moralischer Stress ist ernst zu nehmen.

Ethikberater werden immer in Konfliktsituationen angefordert, denn wenn es keinen moralischen Stress gibt, besteht ja kein Anlass für eine Beratung. Moralische Konflikte sind mehr oder weniger emotionsgeladen. Die meisten von uns fühlen sich als Person angegriffen, wenn jemand Kritik an unserer Haltung oder Einstellung, an unserer persönlichen Moral übt. Der Ethikberater muss eine Gesprächsatmosphäre herstellen und aufrecht halten, die eine sachliche Diskussion der Thematik erlaubt – und das ist nicht immer ganz einfach. Dazu kann ihm eine Gesprächs- oder Moderations-Schulung sehr helfen. Auch das hat Grenzen: Pathologische Narzissten nehmen auch den rationalsten Diskurs als persönliche Attacke.

³ Weitere Stufen der Konflikteskalation nach Glasl: (4) Suche nach Koalitionen, (5) Herbeiführen von Gesichtsverlust, (6) Drohstrategien, (7) erste Vernichtungsschläge, (8) Zersplitterung des Teams, (9) gemeinsamer Untergang.