

Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J.C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA

Ein Praxisbericht aus dem Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Burkhard Gerdes, Gerd Richter

Ethics consultation service in accordance with the J.C. Fletcher concept at the University of Virginia in Charlotteville, USA

A case report from the clinic at Philipps University, Marburg

Abstract. *Definition of the problem:* In Germany, clinical ethics is still in the state of development. Ethics consultation is very new and rare in the clinical setting in German university hospitals. Therefore this paper describes the clinical ethics activities at the Medical Center of Philipps University, Marburg, regard to ethics consultation in a case report. Clinical ethics rounds at the Surgical Intensive Care Unit are organized according to the theory and practice of the ethics consultation service at the Medical Center of the University of Virginia, established by J.C. Fletcher, F.G. Miller and J.J. Fins.

Key words: Clinical ethics – Health care ethics committee – Ethics consultation service – Ethics rounds – Clinical pragmatism

Zusammenfassung. Es wird die Arbeitsweise der klinischen Ethik-Konsultation am Klinikum der Philipps-Universität Marburg anhand eines konkreten Falles dargestellt. Grundlegend für diese Vorgehensweise ist die Theorie und Praxis eines Ethik-Konsildienstes, wie sie am Medical Center der University of Virginia von J.C. Fletcher, F.G. Miller und J.J. Fins entwickelt wurde.

Schlüsselwörter: Klinische Ethik – Klinisches Ethik-Komitee – Ethik-Konsil – Ethikvisite – Klinischer Pragmatismus

Prof. Dr. med. Gerd Richter

Zentrum für Innere Medizin, Schwerpunkt Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Baldinger-Strasse 1, 35033, Marburg, Bundesrepublik Deutschland

Dr. med. B. Gerdes

Zentrum für Operative Medizin, Klinik für Allgemeinchirurgie, Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Baldingerstraße 1, 35033 Marburg, Bundesrepublik Deutschland

Seit 1987 besteht am Medical Center der University of Virginia (UVA) ein Ethik-Konsultationsdienst, der einen 24-Stunden-Service zur Ethikberatung anbietet. Der Autor G.R. hatte in den Jahren 1994–1995 die Möglichkeit, am dortigen Center for Biomedical Ethics zu arbeiten und hat in dieser Zeit am Ethik-Konsildienst im Medical Center der UVA teilgenommen. Neben der Beschreibung der strukturellen Bedingungen eines Ethik-Konsultationsdienstes, den verschiedenen Aufgabenbereichen eines klinischen Ethik-Komitees (Health Care Ethics Committee) und dem Ablauf eines Ethik-Konsils an der UVA sollen in diesem Beitrag die Bemühungen beschrieben werden, einen solchen klinischen Dienst in Deutschland am Klinikum der Philipps-Universität Marburg zu etablieren.

Fallgeschichte: Herr K.

Herr K., 64 Jahre, kommt in die chirurgische Klinik mit der Diagnose eines links retroperitonealen Liposarkomrezidivs mit paravertebralen und pleuralen Metastasen.

Die Krankengeschichte von Herrn K. beginnt vor 10 Jahren mit der Erstdiagnose eines Liposarkoms (Histologie: myxoides high grade, teils hochdifferenziertes Liposarkom G2). Seit der Erstdiagnose hat der Patient insgesamt 9 Rezidivresektionen, 4 Zyklen Chemotherapie (Adriamycin, Holoxan), eine intraoperative Strahlentherapie (15 Gy) und eine anschließende adjuvante percutane Strahlentherapie (50 Gy) hinter sich gebracht.

Bei Herrn K. findet sich nach den vorausgegangenen Operationen folgende Situation:

- Zustand nach Magenteilresektion,
- Z.n. Nephrektomie und Adrenalektomie links,
- Z.n. Splenektomie,
- Z.n. Pankreaslinksresektion,
- Z.n. diversen Dünndarmteilresektionen,
- Z.n. Colonteilresektion (Colon descendens., proximales Sigma),
- Z.n. Orchiektomie links und Resektion des linken Samenstrangs,
- Z.n. Zwerchfellteilresektion links,
- Z.n. Psoasresektion links und
- Z.n. linksseitiger Bauchwandresektion.

Vor 10 Jahren war bei Herrn K. die o.g. Diagnose gestellt worden und eine Tumorteilresektion durchgeführt worden. Durch wiederholte, ausgedehnte Operationen sowie zusätzliche Radio- und Chemotherapie gelang bei Herrn K. immer wieder die lokale Tumorkontrolle. Herr K. erholte sich zwischenzeitlich immer gut von den Eingriffen und war beispielsweise in der Lage, zu reisen sowie Bergwanderungen durchzuführen. Im Verlauf des letzten Jahres hatte sich der Allgemeinzustand von Herrn K. allerdings verschlechtert.

Aufgrund der langen Krankengeschichte, der immer wieder erstaunlichen Besserung seines Allgemeinzustandes und eines vertrauensvollen Verhältnisses zu seinem Chirurgen entschloß sich Herr K. bei der jetzigen Diagnose, nach reiflicher Überlegung gemeinsam mit seinem Chirurgen, zur erneuten OP.

Vor dem jetzigen Eingriff hatte Herr K. erstmalig eine Patientenverfügung verfaßt und diese seinen behandelnden Ärzten zur Kenntnisnahme und zu seinen Krankenunterlagen gegeben.

Die Patientenverfügung hatte folgenden handschriftlichen Wortlaut:

Patienten-Erklärung / -Verfügung

Ich, K., geb. . . ., erkläre hiermit ausdrücklich und ohne Einschränkung, daß ein künstliches am Lebenhalten bei Koma, völliger Hilflosigkeit oder vergleichbaren Zuständen, von mir abgelehnt, also nicht erfolgen darf, und von meinen Ärzten entsprechend gehandelt wird. Meine Frau . . . ist von diesem Entschluß informiert und einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Es wurde die Operation durchgeführt, wobei eine Tumorresektion mit Pankreasnachresektion sowie die Übernähung der Magen hinterwand und eine Dünndarmübernähung erfolgte; letzteres da der Tumor die Magen hinterwand infiltriert hatte und es bei der Ausschälung des Tumors zu einer Dünndarmverletzung gekommen war.

Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationsreich und schwierig:

- Dünndarmsegmentresektion bei Dünndarmfistel (3. p.o. Tag)
- OP bei Arrosionsblutung der A. lienalis (Milzarterie) mit Pankreasnekroseausräumung bei Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) sowie Revision der Dünndarmanastomose bei Anastomoseninsuffizienz (11. p.o. Tag)
- Dünndarmübernähung bei erneuter Anastomoseninsuffizienz (15. p.o. Tag)

Herr K. erholte sich von den Operationen relativ rasch, war immer ansprechbar und kommunikationsfähig. Zwischenzeitlich konnte er immer wieder auf die Normalpflegestation verlegt werden.

Allerdings verschlechterte sich der Zustand von Herrn K. nach dem 18. p.o. Tag mit weiteren Komplikationen (Magenblutung, erneute Dünndarmfistel), so daß er mit Verschlechterung seiner respiratorischen Situation am 22. p.o. Tag intubiert und beatmet werden mußte. Diese Situation wurde am Tag zuvor mit dem bereits intensivpflichtigen Patienten besprochen, der bei Kenntnis seiner Situation ausdrücklich eine Beatmungstherapie wünschte, da „er weiterleben wollte“.

Nach der Aufnahme der Respiratortherapie, bei weiterer Verschlechterung seiner Allgemeinsituation, resultierend aus den bestehenden Problemen der vorangegangenen Operationen, und einer sehr schlechten Prognose für Herrn K., wurde die Ehefrau in Kenntnis der Patientenverfügung dahingehend befragt, ob eine Einstellung weiterer Therapiemaßnahmen bei erneut auftretenden Problemen erfolgen sollte. Sie sagte, „daß alles medizinisch Mögliche getan werden sollte, damit ihr Mann weiterleben könne“.

Vor Besprechung des Falles wird im folgenden die Theorie und Praxis des Ethik-Konsultationsdienstes an der UVA mit seinen Implikationen für einen solchen Fall dargestellt und anschließend die Umsetzung einer solchen klinischen Ethik-Beratung am Klinikum der Philipps-Universität Marburg diskutiert.

Ethik-Konsil im Rahmen einer klinischen Ethik an der University of Virginia (UVA)

In den USA gibt es an den universitären Kliniken neben dem IRB (Institutional Review Board), der Tierversuchskommission, der Kommission für Wissenschaftsbetrug (Research Ethics, Scientific Integrity) auch ein klinisches Ethik-Komitee (Healthcare Ethics Committee, HCE). Diese HECs sind seit 1993 von der Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO) empfohlen [11]. Klinisch orientierte HECs lassen sich im US-amerikanischen Kontext am besten als multidisziplinäre Gruppen von im Heilbereich tätigen Personen definieren, die speziell etabliert wurden, um den Anforderungen der JCAHCO zu entsprechen, d.h. um den Prozeß der Entscheidungsfindung in konkreten ethischen Dilemmasituationen, die sich in der klinischen Praxis, also im unmittelbaren Zusammenhang mit der Patientenbetreuung ergeben, systematisch zu unterstützen und zu erleichtern [13].

In den USA wird die klinische Ethik-Beratung in unterschiedlicher Weise von den HECs wahrgenommen. Die Zusammensetzung der anglo-amerikanischen HECs ist multidisziplinär und weist im Mittel eine Stärke von 14 Personen auf [13]. Die HECs setzen sich sowohl aus Personen des Krankenhauses wie auch aus Personen der politischen Gemeinde zusammen. Es sind die wichtigsten Klinikabteilungen genauso vertreten wie Repräsentanten der Krankenhausverwaltung und der Rechtsabteilung. Es finden sich in diesen HECs Vertre-

ter der ärztlichen Mitarbeiter, des Pflegepersonals, des Krankenhaussozialdienstes, der Krankenhauseseelsorge, Philosophen und Theologen als Ethiker, Patientenvertreter oder Personen der politischen Gemeinde als Laienvertreter sowie Juristen und Verwaltungsangestellte der Institution. Um die umfassenden Interessen der politischen Gemeinde, der das Krankenhaus dient, zu berücksichtigen, sind die Laienvertreter aus der politischen Gemeinde von besonderer Wichtigkeit. Diese Bürger spielen eine wichtige Rolle, um sicherzustellen, daß die Überlegungen des HECs die Werte der Gemeinschaft reflektieren und nicht nur das Vorrecht des medizinischen Establishments [6].

Das Aufgabengebiet der HECs kann prinzipiell in drei Bereiche unterteilt werden:

1. Ausbildungsfunktion hinsichtlich klinischer Ethik für Komitee-Mitglieder, Krankenhauspersonal und Studenten,
2. Richtlinienentwicklung für die Institution (policies und guidelines wie z.B. DNR-Order (do not resuscitate), Richtlinien zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen etc.), und
3. klinische Ethik-Konsultation (prospektiv und retrospektiv).

Hinsichtlich der Wahrnehmung der konkreten Fall-Konsultation gibt es grundsätzlich drei verschiedene Organisationsformen, mit denen dieser Aufgabenbereich abgedeckt wird. Zum einen kann das HEC als ganzes die Aufgabe der Ethik-Beratung wahrnehmen, oder aber es wird, wie an der UVA, eine Subgruppe aus dem HEC mit der Aufgabe des Ethik-Konsildienstes beauftragt. Daneben findet sich außerdem noch die Möglichkeit, daß eine einzelne Person als Ethik-Konsiliarium die klinische Aufgabe der konkreten Fall-Beratung wahrnimmt. Jede dieser verschiedenen Formen der Ethik-Beratung weist Vor- und Nachteile auf. An der UVA wurde das Modell eines Ethik-Konsultationsdienstes als Subgruppe des HECs gewählt, um die Aufgabe im konkreten klinischen Beratungsfall zu tätigen. Entsprechend der Ethics Consultation Policy des Medical Centers der UVA [1] wird ein Mitglied des HECs zum Leiter des Ethik-Konsultationsdienstes gewählt, der verantwortlich ist für die Organisation und Durchführung des Ethik-Konsildienstes. An der UVA steht für jeweils eine Woche ein Ethik-Konsiliarium rund um die Uhr via Pieper für das Medical Center auf Anfrage für Ethik-Konsile zur Verfügung. Angefragt bzw. nachgefragt werden kann ein Ethik-Konsil durch jede an einem konkreten Patientenfall beteiligte Person. Neben den behandelnden Ärzten können dies auch Personen aus der Pflege, Sozialarbeiter, Seelsorger, Medizinstudenten, Patienten oder Patientenangehörige sein. Die Konsilanfrage wird an den diensthabenden Konsiliarium gerichtet, der den „attending consultant“ des Ethik-Konsultationsdienstes benachrichtigt, um gemeinsam mit diesem den Fall und die Vorgehensweise zu besprechen. Der Konsiliarium holt sich die Erlaubnis zur Durchführung des Ethik-Konsils bei dem zuständigen „attending physician“ (Oberarzt) ein sowie eine Einverständniserklärung bei dem Patienten. Letzteres stellt auch in der US-amerikanischen Ethik-Konsultation eine Ausnahme dar, wurde aber in die Policy zur Ethik-Beratung an der UVA aufgenommen, da die Gruppe um J.C.Fletcher großen Wert auf die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten legt. Die am Ethik-Konsildienst Beteiligten müssen eine einjährige Zusatzausbildung in klinischer Ethik mittels verschiedener Kurse und Fortbildungsveranstaltungen des Center for Biomedical Ethics absolviert haben [12]. Dazu gehört auch eine sich daran anschließende einjährige Phase als „trainee“ im Konsultationsdienst, so daß ak-

tuell im Falle eines Ethik-Konsils drei Personen des Subkomitees beteiligt sind. Im Procedere eines Konsils werden dann die notwendigen Informationen zum konkreten Problem durch den diensthabenden Konsiliarius eingeholt, wobei zuerst ein Gespräch mit demjenigen zu erfolgen hat, der das Konsil angefordert hat. Nach Klärung der konflikthafter Situation können verschiedene Handlungsoptionen zum Einsatz kommen. Neben einer Diskussion im Behandlungsteam wird auch auf speziell einberufene Konferenzen auf Station unter Einbeziehung der Hauptbeteiligten (behandelnder Arzt, Patient, Patienten-Stellvertreter oder Angehörige u.a.m.) zurückgegriffen. Die Aufgabe des Ethik-Konsiliarius ist dabei die Ermöglichung einer Problemlösung, ohne daß er konkrete Entscheidungen im Fall trifft. Grundsätzlich besteht im Ethik-Konsildienst der UVA ein Konsens dahingehend, daß die Entscheidung bei den unmittelbar Betroffenen oder Beteiligten verbleiben muß; der Konsiliarius hat lediglich die Aufgabe Vorschläge zum weiteren prozeduralen Geschehen im Gesamtbehandlungsplan und –ziel des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Vorstellungen und Lebensplanung des Patienten zu machen. Lediglich wenn ein konkretes ethisches Problem keiner Lösung näher geführt werden kann, ist der Vorsitzende des HECs zu benachrichtigen und zu involvieren. Der Rufdienst des Konsiliarius, des „trainee“ und des „attending consultant“ endet nach einer Woche mit dem Bericht über die Beratungsfälle in der wöchentlichen Sitzung des Ethik-Konsildienstes (Subgruppe des HEC). In diesen wöchentlichen Konferenzen werden die einzelnen Fälle nochmals unter den Mitgliedern des Konsildienstes diskutiert und einer retrospektiven Evaluation unterzogen. Alle sechs Monate hat der Leiter des Ethik-Konsildienstes einen mündlichen und schriftlichen Bericht dem HEC abzugeben.

Die generelle Aufgabenstellung eines klinischen Ethik-Konsultationsdienstes kann folgendermaßen beschrieben werden:

1. die Identifikation ethischer Probleme, die in der Behandlung konkreter, individueller Patienten entstehen können,
2. die Analyse der ethischen Problematik in einem Dialog mit allen an einem konkreten Fall Beteiligten, die von verschiedenen ethischen Perspektiven beeinflusst werden kann und unter dem Schlagwort einer kontextsensitiven Ethik zusammengefaßt werden kann, und
3. die kenntnisreiche und rücksichtsvolle Teilnahme an dem Lösungsversuch solcher ethischer Probleme im Rahmen eines „shared decision making process“ unter Beteiligung aller derjenigen, die in dem konkreten Fall direkt involviert sind.

Die Ziele einer Ethik-Konsultation werden von Fletcher [7; 8; 9] in einem sehr viel weiteren Rahmen gesehen, als dies bei anderen klinischen Ethikern in den USA der Fall ist. Im Gegensatz zum Patientenadvokat beschreibt Fletcher folgende vier Ziele für eine Ethik-Konsultation:

1. die Ermöglichung, Stärkung und Schutz einer gemeinsam getragenen Entscheidung bei der Lösung eines ethischen Problems (shared decision making process) in einem konkreten Patientenfall,
2. die Vermittlung und Steigerung von Wissen bezüglich klinischer Ethik,
3. die Verhinderung eines schlechten Ergebnisses von konkreten Fällen, die eine ethische Problematik enthalten, und
4. die Steigerung der Selbst- und Fremdwahrnehmung durch die Teilnahme beim Lösungsversuch eines ethischen Konfliktes im klinischen Alltag.

Tabelle 1. Klinischer Pragmatismus – Methodologie [5]

Klinischer Pragmatismus	Klinische Analogie
Sammlung der Fakten, Daten	Anamnese und Untersuchung
Interpretation	differentialdiagnostische Überlegungen
Verhandlung	Kommunikation
Intervention	Therapie
Periodische Evaluation (Review)	Follow-Up

Bei dieser Zielsetzung versteht sich der Ethik-Konsildienst an der UVA im Gegensatz zu traditionellen medizinischen Konsildiensten mehr als „educator“ oder „facilitator“. Dies kommt auch in der Veränderung des Fallspektrums für den Ethik-Konsildienst an der UVA zum Ausdruck. Standen zu Beginn der Arbeit des Konsildienstes an der UVA Fragen der Therapieeinschränkung und des Therapieabbruchs (z.B. Beendigung einer Respiratortherapie) zahlenmäßig im Vordergrund, so geben diese Situationen nur noch selten Anlaß zu einem Ethik-Konsil, während gegenwärtig andere konflikthafte Situationen in der Patientenversorgung (Wertigkeit von Patientenverfügungen, Beendigung künstlicher Ernährung und Hydrierung, Gendiagnostik, Ressourcenverteilung u.a.m.) die Nachfrage des Ethik-Konsildienstes bestimmen. Fletcher erklärt dazu, daß die Mitarbeiter/innen an der UVA in den vergangenen Jahren den Umgang mit Problemen der Therapieeinschränkung und des Therapieabbruchs durch Ethik-Beratung und –Ausbildung gelernt hätten und diese Situationen nicht mehr so konflikthaft erlebt hätten wie in den ersten Jahren des Konsildienstes.

Aus der Vielfältigkeit der klinisch-ethischen Problemfelder wurde von Miller, Fletcher und Fins [15] eine Methode der moralischen Problemlösung entwickelt, mit der die Mitarbeiter eines Ethik-Konsultationsdienstes an ethische Fragen herangehen, die sich im medizinischen Alltag einer großen Universitätsklinik ergeben. Ausgehend von den langjährigen Erfahrungen in der Beratungstätigkeit im Bereich der klinischen Ethik wurde von den Mitarbeitern um Fletcher eine Theorie und Methode entwickelt, die sie klinischen Pragmatismus nennen. Der klinische Pragmatismus versucht die klinische und die ethische Entscheidungsfindung zu integrieren (Tab. 1), indem er auf eine induktive moralische Argumentationsweise und die Entwicklung eines moralischen Konsenses abzielt. Diese Methode erlaubt eine angemessene Berücksichtigung der klinischen Kontextfaktoren. Der klinische Pragmatismus schätzt, wie jede gute klinische Praxis, eine induktive Methode und das Denken in konkreten Einzelheiten, indem er versucht, sowohl die technischen als auch die menschlichen Aspekte der Patientenversorgung zu integrieren [2; 3; 4; 10; 14].

Ein solcher Prozeß im klinischen Pragmatismus beginnt mit der Erkenntnis einer problematischen Situation, die untersucht werden muß, um die oft impliziten und unausgesprochenen ethischen Spannungen explizit zu machen. Nachdem dies stattgefunden hat, kann begonnen werden, die medizinischen, narrativen und sonstigen Hintergrunddetails zu sammeln, die es erleichtern, die ethischen Fragen, die durch das Erkennen der problematischen Situation deutlich geworden sind, anzugehen.

Es wird mit den medizinischen Fakten angefangen, indem der Zustand des Patienten im Rahmen von Diagnose und Prognose bestimmt wird. Dann wird versucht, die Präferenzen des Patienten, seine Entscheidungsfähigkeit, seine re-

ligiösen Glaubensüberzeugungen, seine Werte, Wünsche und Bedürfnisse festzustellen. Dies wird im Kontext der familiären Dynamik und des Einflusses, den die Krankheit des Patienten auf ihn selbst und seine Familie hat, betrachtet, wobei der Patient immer als Hauptperson im Fokus der Beratung bleibt. Unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren des einzelnen Falles ist es auch von besonderer Wichtigkeit, diejenige Person zu identifizieren, die für den Patienten sprechen soll, wenn dieser zu keiner eigenständigen Entscheidungsfindung mehr fähig ist.

Neben der Berücksichtigung der familiären Faktoren wird sich auch den institutionellen Faktoren zugewendet, die die Behandlung im ärztlichen wie auch im pflegerischen Bereich beeinflussen könnten. Hier sind z.B. die Kontinuität des Arzt-Patienten-Beziehung, das Verhältnis zum Pflegepersonal u.a.m. zu nennen. Schließlich wird die ethische Problematik des individuellen Falles in den umfassenderen Zusammenhang sozialer und kultureller Normen gestellt. So ist z.B. in den USA die bedauerliche Abwesenheit eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung ein wichtiger Kontextfaktor. In Deutschland wiederum haben Fragen, die sich um die Themen Tod und Sterben, aktive und passive Sterbehilfe drehen, eine andere moralische Bedeutung.

Sobald diese umfassende Aufstellung medizinischer, narrativer und kontextueller Informationen zusammengestellt ist, wird eine ethische Differentialdiagnose aufgestellt und die Bandbreite vernünftiger moralischer Erwägungen berücksichtigt. Danach werden vorläufige Behandlungsziele vorgeschlagen, dem Patienten oder seiner Familie ein plausibler Aktionsplan angeboten und sich über die nächsten Schritte verständigt. Da der Ethik-Konsultationsdienst keinen moralischen Absolutismus vertritt, wird anerkannt, daß er sich in der ethischen Analyse geirrt haben könnte, und es wird eine regelmäßige Evaluation durchgeführt, um die Vorgehensweise des Konsultationsdienstes gegebenenfalls modifizieren zu können.

Ethikvisite am Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Seit Anfang 1998 wird auf der chirurgischen Intensivstation der Klinik für Allgemeinchirurgie der Philipps-Universität Marburg regelmäßig, einmal wöchentlich, eine Ethikvisite durchgeführt. Diese Visite wird vom Oberarzt der Station geleitet, und es nehmen die Stationsärzte, PJ-Studenten, Famulanten sowie das Pflegepersonal daran teil. Die Organisationsform klinischer Ethik-Beratung an der Philipps-Universität Marburg stellt zum jetzigen Zeitpunkt die des individuellen Ethik-Konsiliarius dar, da es am Universitätsklinikum bislang noch kein multidisziplinäres klinisches Ethik-Komitee gibt.

Im konkreten Fall von Herrn K. wurde anlässlich einer Ethikvisite dem Konsiliarius der Fall, wie oben skizziert, dargestellt. In der Diskussion mit dem therapeutischen Team wurde der Fall analog der Methodologie von Fletcher [15] in einer Vier-Schritt-Analyse besprochen.

I. Beurteilung des Falles

1. Medizinische Beurteilung

Bei Herrn K. war es nach der initialen Tumoroperation zu vielfältigen Komplikationen gekommen, die bereits drei nachfolgende Operationen notwendig ge-

macht hatten. Postoperativ hatte sich der Patient relativ rasch erholt, und es war immer wieder möglich gewesen, daß er von der Intensivstation auf eine Normalpflegestation verlegt werden konnte. Allerdings hatte sich der Allgemeinzustand von Herrn K. am dritten Tag nach der dritten Nachoperation deutlich verschlechtert, und es waren erneut Komplikationen (Magenblutung, erneute Dünndarmfistel) aufgetreten. Der Patient mußte daher intubiert und beatmet werden. Die Diagnose war eindeutig, die Prognose des Patienten wurde zu diesem Zeitpunkt von seinen behandelnden Ärzten als schlecht eingestuft.

2. Kontextfaktoren

Herr K. war 64 Jahre alt und hatte seit 10 Jahren ein Tumorleiden, das ihn bislang zu 9 Operationen und einer Radio-/Chemotherapie geführt hatte. Er war über seine Erkrankung sehr gut informiert und wußte auch über die Risiken der jetzt erfolgten Operation gut Bescheid. Er hatte sein Leben im Rahmen der Tumorerkrankung erstaunlich gut leben können und war trotz der ihm bekannten Risiken im Rahmen des jetzigen Krankenhausaufenthaltes optimistisch. Er kannte seinen Chirurgen über die Jahre seiner Erkrankung und hatte ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut. In Kenntnis seiner Erkrankung und den möglichen Risiken der erneuten Tumoroperation hatte er sich gemeinsam mit seinem Chirurgen zur Durchführung der Operation entschlossen. Allerdings hatte er sich auch Gedanken darüber gemacht, was für ihn einen nicht akzeptablen Lebenszustand darstellen würde. Dies war für ihn eine Problematik, die ihm nicht völlig neu und unbekannt war, da er neben seiner langjährigen Tumorerkrankung zusammen mit seiner Ehefrau seine schwerstbehinderte Tochter zuhause gepflegt und versorgt hatte. Aufgrund dieser Umstände hatte er vor der jetzigen 10. Rezidivoperation erstmals eine Patientenverfügung verfaßt, die er auch mit seiner Frau in vielen Gesprächen besprochen hatte. Die Beziehung zu seiner Frau stellte sich dem behandelnden Chirurgen aus der langen Zeit des gegenseitigen Kennens gut und unterstützend dar, ebenso für das Behandlungsteam beim jetzigen stationären Aufenthalt. Die konflikthafte Situation stellte sich für die behandelnden Ärzte und für das Pflegepersonal dergestalt dar, daß der Patient zum einen über seine Erkrankung, die Risiken der Operation und bislang aufgetretenen Komplikationen gut Bescheid wußte, er mit seiner Patientenverfügung und in Gesprächen seine Lebensvorstellungen den behandelnden Ärzten bekannt gemacht hatte, und zum anderen in der Äußerung des Patienten vor der notwendigen Intubation, daß „er weiterleben wolle“ und der Situation, daß seine Ehefrau in Kenntnis der Krankengeschichte, der Lebensvorstellungen ihres Ehemannes und der Patientenverfügung auf Befragung nach dem weiteren medizinischen Vorgehen zum Ausdruck gebracht hatte, „daß alles medizinisch Mögliche getan werden sollte, damit mein Mann weiterleben kann“. Diese Situation konnte initial nicht eingeordnet werden, es war unklar, wie man weiter hinsichtlich der medizinischen Versorgung verfahren sollte.

3. Entscheidungsfähigkeit

Herr K. war in allen Stadien seines jetzigen Krankenhausaufenthaltes, bis direkt vor der notwendig gewordenen Intubation aufgrund der Verschlechterung seines

Allgemeinzustandes und seiner respiratorischen Situation voll entscheidungsfähig und konnte sich immer klar verständigen.

4. Patienten-Präferenzen

Die Situation von Herrn K. war gekennzeichnet von einem guten Verständnis seiner Erkrankung, der Risiken der jetzigen Behandlung, einer zur Kenntnis gebrachten Patientenverfügung mit einer kurzen Darstellung seiner Wünsche dahingehend, was für ihn ein unerträgliches Leben darstellen würde und einem Willen zum Weiterleben. Die direkt vor der jetzigen operativen Therapie verfaßte Patientenverfügung war den behandelnden Ärzten und der Ehefrau bekannt und auch die Lebenssituation und die Lebensvorstellung des Patienten.

5. Persönliche Bedürfnisse des Patienten

Die persönlichen Bedürfnisse des Patienten in diesem Fall waren bekannt und wurden respektiert.

6. Präferenzen der Familie oder eines Stellvertreters

Es bestand keine Notwendigkeit, im Falle von Herrn K. einen Stellvertreter oder einen gerichtlich eingesetzten Betreuer zu kontaktieren, da Herr K. alle Entscheidungen kompetent selbst treffen konnte. Im Gespräch mit der Ehefrau nach der Aufnahme der Beatmungstherapie, aufgrund der sich verschlechternden Allgemeinsituation, war nicht klar, ob die Äußerungen der Ehefrau im Gegensatz zu den vom Patienten geäußerten Präferenzen standen.

II. Ethisch-moralische Diagnose

1. Identifizierung und Ranking der ethischen Probleme im konkreten Fall

Im Fall von Herrn K. besteht eine Unsicherheit dahingehend, daß die Wertigkeit der Patientenverfügung im Angesicht der Patientenäußerung direkt vor der Intubation und im Zusammenhang mit der Aussage der Ehefrau nicht eindeutig klar ist, so daß keine Sicherheit hinsichtlich der weiteren Handhabung des Falles besteht.

Im vorliegenden Fall ist das hervorstechende ethische Problem die Wertigkeit der Patientenverfügung.

Die Aussage der Ehefrau „daß alles medizinisch Mögliche getan werden sollte, damit ihr Mann weiterleben könnte“, kann in diesem Fall auch als ein intrapersonaler Konflikt aufgefaßt werden. Aus Gesprächen mit dem Patienten und dessen Ehefrau, aber auch aus verschiedenen Erklärungen des Patienten ist klar gewesen, daß die Ehefrau, ebenso wie der Patient selbst, über die Erkrankung, die Risiken und die Patientenwünsche gut Bescheid wußte. Der intrapersonale Konflikt der Ehefrau kann dahingehend beschrieben werden, daß sie trotz der Kenntnis dieser Umstände mit dem Gedanken des Sterbens und des Todes ihres Ehemannes zum Zeitpunkt der Anfrage hinsichtlich des weiteren medizinischen Vorgehens überfordert gewesen ist.

Desweiteren läßt sich auch die Unsicherheit über das weitere medizinische Vorgehen auf Seite der Ärzte als ein intrapersonaler Konflikt beschreiben. Dies stellt keine Disqualifizierung der Behandelnden dar, dergestalt daß sie nicht wissen, was in einem solchen Fall medizinisch getan werden könnte. Es zeigt vielmehr die Sensibilität der Ärzte gegenüber dem Patienten.

Im dargestellten Fall findet sich kein Anhalt für einen interpersonellen Konflikt im Team selbst oder zwischen dem Patienten und den Behandelnden.

2. Identifizierung und Ranking der ethisch relevanten Überlegungen zu diesem Fall

Bei der Betrachtung des Falles von Herrn K. stellen sich folgende moralische Überlegungen:

- die Notwendigkeit einer kritischen Abwägung der Risiko-Nutzen-Analyse in der Versorgung dieses konkreten Patienten,
- die Notwendigkeit eines erneuten Gesprächs mit der Ehefrau über die medizinische Situation und deren Bewertung, incl. der wahrscheinlichen Prognose,
- die Verantwortung der Ärzte und des Pflegepersonals im Kontext der Beziehung zum Patienten und der Ehefrau.

3., 4. und 5. Identifizierung relevanter Institutionsleitlinien und relevanter Gesetze/Richtlinien/Leitsätze/Empfehlungen, Heranziehung ähnlicher Fälle in der Literatur und Rechtsprechung

Es finden sich im Klinikum der Philipps-Universität Marburg, in der Herr K. behandelt wurde, keine Richtlinien, die die Wertigkeit von Patientenverfügungen oder die Beendigung lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen betreffen.

Die Patientenverfügung von Herrn K. weist nicht die Problematik des Zeitfaktors auf. Sie findet bei den behandelnden Ärzten Anspruch auf Anerkennung.

III. Zielfestlegung, Entscheidungsfindung, Ausführung

Im Fall von Herrn K. wurden während des Ethik-Konsils verschiedene Vorgehensweisen aufgezählt und diskutiert. Im folgenden sind die *diskutierten* Optionen benannt:

- Anerkennung der Patientenverfügung in diesem konkreten Fall (Achtung der Patientenautonomie),
- erneutes Gespräch mit der Ehefrau über die Prognose der Krankheitsentwicklung und darüber, wie sie die Patientenverfügung des Ehemannes interpretiert (Prinzip der ärztlichen Fürsorge, „shared decision making process“),
- Verzicht auf eine Reanimation bei Herzstillstand (DNR-Order)
- bei sich deutlich verschlechternder Nierenfunktion soll auf eine Hämofiltration (künstliche Blutwäsche) verzichtet werden (Patient mit Z.n. Nephrektomie links und Verschlechterung der Nierenfunktion als Ausdruck der Allgemeinverschlechterung des Patienten aufgrund der Komplikationen)

- Verzicht auf konservative Therapiesteigerungen (z.B. Katecholamingabe)
- Einstellung aller weiterführenden Therapiemaßnahmen und Konzentration auf palliativmedizinische Maßnahmen („comfort care“).

Es wird im Behandlungsteam dahingehend ein Konsens gefunden, daß der behandelnde Arzt (Oberarzt, Chefarzt) nochmals mit der Ehefrau ein Gespräch über die Prognose und die Bedeutung der Patientenverfügung führt. Ausschlaggebende Begründung dafür ist das Prinzip der ärztlichen Fürsorge und die Anerkennung der Patientenverfügung als Ausdruck des selbstbestimmten Willens des Patienten. In Kenntnis der sehr schlechten medizinischen Prognose und aufgrund der Patientenverfügung und der mit dem Patienten geführten Gespräche soll die Ehefrau auch dahingehend befragt werden, ob sie einer DNR-Order zustimmt und bei bereits eingetretener Nierenfunktionsverschlechterung auf eine Hämofiltration für ihren Mann verzichtet.

Das Gespräch mit der Ehefrau wurde am selben Tag (23. p.o. Tag) geführt und verdeutlichte den intrapersonalen Konflikt der Frau. Sie war bei dem initialen Gespräch über die Therapiebegrenzung bei ihrem Mann emotional und psychisch überfordert gewesen. Nach Erklärung der Befunde und der damit verbundenen schlechten Prognose stimmt die Frau, aufgrund der ehelichen Gespräche und der Bedeutung der Patientenverfügung für ihren Ehemann einer DNR-Order zu und ist einverstanden, daß bei weiterer Nierenverschlechterung auf eine Hämofiltration verzichtet werden soll.

Zu diesem Zeitpunkt findet sich im Kreis der behandelnden Ärzte kein Konsens darüber, daß eine Therapiebegrenzung in der Art und Weise durchgeführt wird, daß lediglich noch palliative Behandlungsmaßnahmen Anwendung finden sollen.

Am 31. p.o. Tag kommt es zu einer diffusen intraabdominalen Blutung aus dem Op-Gebiet. Es wird in Übereinstimmung mit der Ehefrau eine erneute Re-laparotomie mit Dünndarmübernähung und Packing (Einbringen von Bauchtüchern in den Bauch) durchgeführt.

Am 33. p.o. Tag findet sich eine erneute Arriossionsblutung der Milzarterie und eine erneute Dünndarmfistel. Auch hier willigt die Ehefrau in die Operation ein, und es werden eine Umstechung der blutenden Arterie und eine Darmübernähung durchgeführt.

Am 34. p.o. Tag findet sich wieder eine Dünndarmfistel, bei der es erneut zur operativen Übernähung und Einlage einer T-Drainage kommt.

Angesichts der aussichtslosen Prognose wird am 35. p.o. Tag ein weiteres Gespräch mit der Ehefrau dahingehend geführt, daß keine weiteren operativen Maßnahmen mehr durchgeführt werden sollen und die medikamentös-konservative Behandlung nicht mehr gesteigert werden soll. Die behandelnden Ärzte sind sich vollkommen klar darüber, daß alle weiteren Maßnahmen in dieser Situation einer Mißachtung der Patientenverfügung und damit der Selbstbestimmung des Patienten gleichkommen würden.

Bei einer erneuten Blutung aus der Drainage am 38. p.o. Tag werden keine Therapiemaßnahmen mehr ergriffen, und der Patient verstirbt unter dem Bild einer zunehmenden Kreislaufinsuffizienz.

IV. Evaluation

Bei der Evaluation dieses konkreten Falles wird deutlich, daß auch andere Optionen zum Zeitpunkt der krisenhaften Zuspitzung des Falles, wie oben aufgeführt, ethisch vertretbar gewesen wären. Es ist allerdings wichtig zu betonen, daß in einer solchen Situation eine gemeinsam getragene und zu verantwortende Entscheidung eine Problemlösung darstellt, die hohen moralischen Wert besitzt. Aus den Erörterungen zu diesem Fall und den vorausgegangenen theoretisch-praktischen Überlegungen ist deutlich geworden, daß es die eine richtige Lösung bei ethischen Konfliktsituationen in konkreten Patientenfällen nicht geben kann, daß aber aufgrund einer ethisch-moralischen Reflexion im Rahmen eines „shared decision making process“ eine verantwortbare Entscheidung unter allen Beteiligten erzielt und getroffen werden kann, die einer guten klinischen Praxis entspricht.

Schluß

Die Transformation einer auswärtigen, ausländischen Struktur zur Ethik-Beratung in eine deutsche Universitätsklinik ist ohne Veränderungen und Anpassungen an die vorfindlichen infrastrukturellen Bedingungen nicht möglich. Allerdings zeigen die Erfahrungen am Klinikum der Philipps-Universität Marburg, daß eine Ethik-Konsultation hilfreich sein kann und von den klinischen Kollegen geschätzt wird. Die zur Zeit bestehende Organisationsstruktur klinischer Ethik in Marburg wird sich im Rahmen der vielfältigen Aufgaben noch ändern. Die ersten Erfahrungen mit der dargestellten Form einer Ethikvisite sind ermutigend und stimulierend. Wichtig im Rahmen einer klinischen Ethik ist die vorfindliche Tatsache, daß alle Beteiligten bei diesen Fragestellungen und in diesem Prozeß Lernende sind, und darin ist ausdrücklich der Ethik-Konsiliarius mit einzubeziehen. Neben der wöchentlichen Ethikvisite auf der allgemeinchirurgischen Intensivstation ist eine regelmäßige Visite auf der Knochenmarktransplantations-Station geplant, und die Beteiligung des Ethikers an Besprechungen von Risikoschwangerschaften in der Geburtshilfe mit dem Geburtshelfer, der Humangenetikerin und dem Neonatologen beabsichtigt. Daneben lassen Anfragen an die Ethik-Kommission zu ethischen und rechtlichen Problemen aus der Klinik (z.B. prädiktive genetische Testung, Wunsch von Paaren mit einem bekannten genetischen Risiko nach Präimplantationsdiagnostik, Umgang mit Leichenteilen für Lehre und Forschung u.a.m.) die Notwendigkeit eines multidisziplinären klinischen Ethik-Komitees evident werden. Hier könnte sich dann ein Modell entwickeln, das Ethik-Beratung auf verschiedenen Organisationsstufen anbietet, neben der Ethikvisite eine Beratung im Komitee. Der Aufbau einer klinischen Ethik in Marburg ist bei weitem noch nicht abgeschlossen, aber es findet sich ein Ansatz, den es gilt weiter auszubauen, stimuliert durch die Akzeptanz in einzelnen Kliniken und in der Fakultät. Allerdings sei nochmals darauf verwiesen, daß das Aufgabengebiet einer klinischen Ethik nicht nur die Ethik-Beratung umfaßt. Klinische Ethik kann nur gelingen, wenn die Aspekte der Aus- und Weiterbildung und die Entwicklung konkreter Richtlinien gleichermaßen Berücksichtigung finden.

Literatur

1. Ethics Consultation Policy, University of Virginia Health Sciences Center 1993
2. Fins JJ, Bacchetta MD (1995) Framing the physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia debate: the role of deontology, consequentialism, and clinical pragmatism. *JAGS* 43:563–568
3. Fins JJ, Miller FG, Bacchetta MD (1997) Clinical pragmatism: A method of moral problem solving. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 7:129–145
4. Fins JJ, Miller FG, Bacchetta MD (1998) Clinical pragmatism: Bridging theory and practice. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8:37–42
5. Fins JJ (1998) Clinical pragmatism and ethics case consultation: The experience from New York Presbyterian Hospital and Weill Medical College of Cornell University. Vortrag anlässlich des „Dies Academicus“ der Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg, 25.11.1998
6. Fins JJ (1999) Moralische Dilemmata sind lösbar. Klinischer Pragmatismus und Ethik-Konsultation – ein Erfahrungsbericht. *Das Parlament* 4. Juni 1999, S 18
7. Fletcher JC (1989) Standards for Evaluation of Ethics Consultation. In: Fletcher JC, Quist N, Jonsen AR (Eds) *Ethics Consultation in Health Care*. Health Administration Press, Ann Arbor, pp 173–184
8. Fletcher JC (1991) Ethics consultation: A service of clinical ethics. *Newsletter of the Society for Bioethics Consultation* Spring 1991, University Publications of America, pp 1–7
9. Fletcher JC (1992) Needed: A broader view of ethics consultation. *Quality Review bulletin* 18:12–14
10. Fletcher JC, Lombardo PA, Marshall MF, Miller FG (1997) *Introduction to Clinical Ethics*, 2nd edn. Frederick, Maryland
11. Joint commission for Accreditation of Healthcare Organizations (1992) *Patient Rights. Accreditation Manual for Hospitals*, Chicago, S 1–16
12. Leeman CP, Fletcher JC, Spencer EM, Fry-Revere S (1997) Quality Control for Hospitals' Clinical Ethics Services: Proposed Standards. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics* 6:257–268
13. Lilje C (1995) Klinische 'ethics consultation' in den USA. Hintergründe, Denkstile und Praxis. *Medizin in Recht und Ethik* Bd. 31, Enke, Stuttgart
14. Miller FG, Fins JJ, Bacchetta MD (1996) Clinical Pragmatism: John Dewey and Clinical Ethics. *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 13:S27–51
15. Miller FG, Fletcher JC, Fins JJ (1997) Clinical Pragmatism: A Case Method of Moral Problem Solving. In: Fletcher JC, Lombardo PA, Marshall MF, Miller FG (Eds), *Introduction to Clinical Ethics*, 2nd edn. Frederick, Maryland, pp 21–38