

**Protokoll zum Online-Meeting klinischer
und außerklinischer Ethiker*innen**

12.11.2024, 20:00 - 21:00 Uhr

Zielgruppe: klinisch-ethisch tätige Personen

Einladung zur Konferenz durch die:
Akademie für Ethik in der Medizin

Teilnehmende: ca. 129 Personen

Hinweis: Teilnehmende, die das Protokoll oder das Passwort nicht per E-Mail erhalten haben und in den Verteiler aufgenommen werden möchten, wenden sich bitte an kontakt@aem-online.de.

Eingereichte Fragen und Themen:

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die [Protokolle früherer Meetings](#), wenn Sie Themen vermissen.

Vorstellung des „Weidener Falls“ von Prof. Dr. Frank Erbguth (Neurologe, 3. Gutachter im Fall)

- Die Patientin erhielt 2006 die Diagnose Brustkrebs, sieben Jahre später wurden Hirnmetastasen diagnostiziert. Durch eine Operation und Bestrahlungen war die Patientin mehrere Jahre tumorfrei.
- 2023 wurden neue Hirnmetastasen festgestellt, es ging der Patientin stetig schlechter, sodass sie am 10.08.2023 u.a. mit Seh- und Schluckstörungen in der Notaufnahme vorstellig wurde.
- Am Folgetag zeigte eine MRT Aufnahme, dass keine kurative Option mehr besteht, das Tumorboard entschied sich für einen Therapiezielwechsel hin zu palliativ. Der Ehemann der Patientin insistierte jedoch darauf, dass alles für seine Frau zu tun sei.
- Eine weitere Verschlechterung der Patientin führte dazu, dass sie intubiert und komatös auf der Intensivstation lag (auf Drängen des Ehemannes, der weiterhin Maximaltherapie forderte). Ein CT am 31.08.2023 zeigte, dass das Gehirn nicht mehr durchblutet wurde.
- Am 29.09.2023 erfolgte eine Hirntoddiagnostik, die den Hirntod bestätigte. Jedoch kreuzte der Arzt, der den Todesschein ausstellte, „Todesart ungeklärt“ an. Dies sorgte dafür, dass Kripo und Staatsanwaltschaft den Tod der Patientin untersuchen mussten und dafür alles so bleiben musste, wie es war (Intensivmaßnahmen, Chemotherapie etc).
- Durchgängig war die Kommunikation zwischen Ehemann und Behandlungsteam schwierig, denn der Ehemann war trotz positiver Hirntoddiagnostik der Auffassung, dass die Intensivmaßnahmen fortgeführt werden sollen. Um dies durchzusetzen, beantragte er eine einstweilige Verfügung gegen die Einstellung der Maßnahmen (die nach abgeschlossener kriminaltechnischer Ermittlung erfolgen sollte). Am 13.10. urteilte das Landgericht, dass aufgrund von Zweifeln am Hirntod alle Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen. Ehemann und Sohn der Patientin haben Bewegungen beobachtet, weshalb sie anzweifeln, dass die Patientin wirklich tot ist (diese Bewegungen ließen sich jedoch als Spinale Reflexe in Folge des Hirntods erklären).
- Die Klinik reichte Berufung ein und zog Hr. Erbguth als Gutachter hinzu. Auch er diagnostizierte als dritte Person den Hirntod. Jedoch wurde die Berufung zurückgewiesen, da die Entscheidung

irreversible Folgen habe und ein Hauptverfahren nötig sei, um einen Sachverständigen hinzuzuziehen. Am 20.12.2023 bestätigte eine fünfte Gutachterin den Hirntod der Patientin.

- Bevor das Gericht erneut tagen konnte, erlitt die Patientin am 12.01.2024 einen Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine Woche später urteilte das Gericht, dass die Feststellung des Hirntods vom 29.09.2023 anerkannt wird.
- Zusammenfassend wurde die Patientin seit Ende August ohne medizinische Indikation weiterbehandelt, was diverse negative Folgen hatte. Es sind zu nennen: Schaden für die Patientin, moral distress des Behandlungsteams, Versorgungsengpass auf Station, Ressourcenverschwendung. Die Finanzierung der Behandlung ist weiterhin unklar.

Medizinethischer Kommentar von Dr. Gerald Neitzke (Medizinethiker)

- Durch eine Indikation wird eine medizinische Maßnahme fachlich gerechtfertigt. Eine Rechtfertigung besteht nur dann, wenn das Therapieziel (außerhalb der Intensivstation überleben können) erreichbar ist. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit war dies im Fall der Patientin nicht mehr erreichbar, weshalb keine Indikation zur Weiterbehandlung bestand. Die Indikation kann als „ersten Filter“ gesehen werden, der zeigt, ob nach dem Patientenwille gefragt werden muss oder nicht, denn ohne Indikation bricht eine Säule der Behandlung weg. Es brauche Mut, um den Patienten und Angehörigen offen zu sagen, dass keine Indikation mehr besteht und deshalb keine sinnlose Behandlung eingefordert werden kann.
- Es ist umstritten, ob es für eine Hirntoddiagnostik die Zustimmung der Stellvertreter*in braucht. Das Gericht bestätigte jedoch in diesem Fall, dass bei einem vermuteten Hirnfunktionsausfall (IHA) eine Diagnostik auch ohne Zustimmung durchgeführt werden kann.
- Es ist Teil der ärztlichen Verantwortung, dass die Handlungen sowohl auf die Therapie des*der Einzelnen als auch auf die Gemeinschaft gerichtet sind, denn diese liefert in einem solidarischen Prozess die Ressourcen für eine Behandlung, mit denen verantwortungsvoll umgegangen werden muss.
- Auch ohne die Feststellung des Hirntods hätte die Maximaltherapie am 31.08.2023 eingestellt werden müssen, da sich die Patientin bereits in einem Sterbeprozess befand. Einzige Ausnahme wäre eine Organspende, für deren Zweck die Intensivversorgung noch hätte aufrechterhalten werden können. Dies traf bei der Patientin aber nicht zu.
- Es ergeben sich verschiedene Konsequenzen: Angehörige lernen, dass sie bei Widerstand am Ende gewinnen. Insbesondere ein Gerichtsverfahren schafft ihnen hierbei Aufschub. Es entsteht eine zunehmende Skepsis auf Angehörigenseite, wenn eine Therapie begrenzt werden soll. Außerdem entsteht eine defensive Haltung bei Ärzt*innen, um bloß nichts falsch zu machen/verklagt zu werden.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion ging es schwerpunktmäßig darum, wie man mit Forderungen von Angehörigen am besten umgehen kann. Mehrere Personen nannten die Schwierigkeit der Indikationsstellung, denn nur selten ist klar, dass eine Maßnahme nicht mehr indiziert ist. Beispielsweise gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, ob ein bloßes Weiterleben (z.B. in einer Beatmungs-WG) ein Therapieziel sein kann. Auch im fachlichen Diskurs gibt es unterschiedliche Artikel darüber, wann eine Maßnahme „futile“/sinnlos ist. Jedoch sei ein Angebot der Behandlungsdurchführung nur dann gerechtfertigt, wenn es auch eine Indikation dafür gebe. Wer

nicht klar kommuniziere, ob es noch eine (mehr oder weniger erfolgreiche) Option gibt, der müsse damit rechnen, dass Stellvertreter*innen alles versuchen möchten. Um teamintern zu klären, ob eine Indikation für eine Maßnahme bestehe, könne die Ethikberatung hinzugezogen werden. Zudem könne in einem größeren Gespräch mit dem Team und den Stellvertreter*innen herausgearbeitet werden, welche Gründe für und gegen eine Fortführung der Therapie sprechen. Insgesamt wurde deutlich, dass die Frage der Indikation sehr komplex ist und Forderungen der Angehörigen nach sich ziehen kann. Eine Übertherapie hat dann nicht nur Folgen für den*die Patient*in (Nicht-Schaden), sondern auch für das Behandlungsteam (moral distress) und die Gesellschaft (Gerechtigkeit).

Verschiedenes:

Beim nächsten Online-Meeting soll es um folgende Fragen gehen: „Unter welchen Voraussetzungen dürfen Pflegende eine Reanimation bei einem Patienten/Bewohner unterlassen? Dürfen Pflegende Maßnahmen wie z.B. eine Beatmung beenden, wenn es aus Sicht der Pflegende klare Hinweise gibt, dass der Patient bzw. Bewohner verstorben ist?“

Weitere Themenvorschläge können an Alfred Simon (asimon1@gwdg.de) gesendet werden.

Nächster Termin für das Online-Meeting

Dienstag, 14.01.2025, 20:00 – 21:00 Uhr

<https://us02web.zoom.us/j/81562034467>

Tel. +49 69 7104 9922

Meeting-ID: 815 6203 4467

Passwort: Der Zugang zum Online-Meeting ist durch ein Passwort geschützt. Sollten Sie das Passwort nicht per Mail erhalten haben, wenden Sie sich bitte an kontakt@aem-online.de.

Die Zugangsdaten bleiben bei jedem Online-Meeting gleich.

Hinweis: Nutzen Sie in der Zwischenzeit gerne die Informationsseiten auf der [Homepage](#) der AEM.