

Teil I – Fallbezogener Einstieg

1 Fallvignette

Georg Pinter und Rudolf Likar

1.1 Notaufnahme

Frau Z. verspürt seit zwei Tagen rezidivierend Palpitationen (unregelmäßigen Herzschlag) und ein Beklemmungsgefühl in der Brust. Zusätzlich hat sie das Gefühl, nicht durchatmen zu können. Im Herbst des Vorjahres bestand bereits eine ähnliche Symptomatik. Damals erfolgte eine umfassende stationäre Abklärung. Zusätzlich gibt sie Polyurie (vermehrtes Harnlassen) an.

Die Patientin wird aufgrund dieser Anamnese von ihrer Hausärztin in die Notaufnahme geschickt.

Im Labor zeigt sich eine mäßiggradige, normochrome, normozytäre Anämie (Blutarmut) bei einem Hb von 9,3 g/dl, sowie ein Kreatinin von 1,86, BUN 53 mg/dl, eine GFR von 23 ml/min (deutliche Einschränkung der

Nierenfunktion), sowie eine Hyponatriämie von 120 mmol/l (Salzmangel).

In der Notfallambulanz gibt die Patientin Übelkeit an und erbricht daraufhin. Sie erhält eine Kurzinfusion mit einem entsprechenden Medikament und des Weiteren eine Kochsalzinfusion.

Das Medikament Candesartan HCT wird in der Notaufnahme aufgrund der Hyponatriämie abgesetzt (Nebenwirkung).

Aufgrund der Beschwerden, als auch Bradykardie (langsame Herzfrequenz von 47/Minute) wird die Patientin zur Beobachtung an der Aufnahmestation aufgenommen.

Die Patientin ist tags darauf Herz-Kreislaufmäßig stabil, gibt leichte Übelkeit an und wird in weiterer Folge auf eine Akutgeriatrie verlegt.

1.2 Akutgeriatrie

Bei der Übernahme von der Notaufnahme berichtet die Patientin, dass sie schon zu Hause in den letzten Wochen immer wieder Übelkeit, Erbrechen sowie rezidivierend dünnbreiige Stühle gehabt hat. Es bestand kein Fieber und kein Kontakt mit Menschen mit einer Durchfallsymptomatik.

Die Patientin kommt zu Hause öfter zu Sturz. Sofern aus der Anamnese erhebbar, handelt es hierbei am ehesten um Stolperstürze (lokomotorische Genese der Stürze).

Die Patientin ist zu Hause mit einem Rollator mobil, bei Einkäufen unterstützt sie die Tochter, die in derselben Stadt wohnt.

Frau Z. beschreibt eine Kurzzeitgedächtnisstörung, die sie im Alltag gelegentlich belastet. Sie kann mit Brille noch die Zeitung lesen, hat beim Hören trotz Hörgerätversorgung größere Probleme, vor allem wenn mehrere Menschen gleichzeitig mit ihr sprechen. Die Zahnpflege passt nicht mehr richtig, wodurch sie beim Essen in letzter Zeit beeinträchtigt ist.

Es besteht eine leichtgradige Stressharninkontinenz, die die Patientin unter Nutzung einer Vorlage gut beherrschen und kompensieren kann.

Die Patientin lebte bisher allein in ihrer Wohnung. Im Bedarfsfall erhält sie Unterstützung durch die in der Nähe lebende Tochter. Zusätzlich zur Pension erhält sie Pflegegeld der Pflegestufe 1.

Bisherige Medikamente

- Candesartan HCT 16/12,5 mg 1-0-0-0
- Furosemid 40 mg 0,5-0-0-0

Körperlicher Status

- Alter: 96 Jahre
- Geschlecht: weiblich
- Allgemeinzustand: leicht reduziert
- Ernährungszustand: reduziert
- Größe: 154 cm
- Gewicht: 46 kg
- BMI: 19,4
- Blutdruck: 200/80mmHg
- Pulsfrequenz: 47/Minute
- Lunge: Eupnoe, diskretes Entfaltungsknisten, sonst unauffällig
- Herz: 2/6 Systolikum über der Aortenklappe, rhythmisch unauffällig
- Abdomen: die Bauchdecke ist weich, es besteht kein Druckschmerz, es sind keine Resistenzen palpabel, die Darmgeräusche sind in allen vier Quadranten lebhaft, es besteht keine Abwehrspannung, kein Meteorismus

- Extremitäten: keine wesentlichen Einschränkungen in der Beweglichkeit, keine Ödeme

Untersuchungsergebnisse

Aufnahmelabor

- Hämoglobin: 9,5g/dl (normochrome, normozytäre Erythrozyten)
- Creatinin: 1,22mg/dl
- GFR-Cockcroft/Gault: 22 ml/min.
- CRP: 7 mg/dl
- Natrium: 128 mmol/l
- Kalium: 3,9 mmol/l

Labor im weiteren Verlauf des stationären Aufenthaltes:

- Leukozyten 20.790/ μ l
- Hämoglobin: 9,1g/dl
- Creatinin: 1,43 mg/dl
- Natrium: 143 mmol/l
- hs Troponin 438 pg/ml

EKG bei Aufnahme:

Sinusrhythmus 47/min., LT, ST-Senkungen horizontal bis descendierend in II, III, aVF, V3-V6, QTc-Zeit 440 msec.

Röntgen Thorax bei Aufnahme

Gering verbreiterter Herzschatten.

Röntgenkontrolle während des Aufenthaltes

- Im Vergleich dazu zunehmend fleckige Verdichtungen über der rechten Lunge sowie links apikal – in erster Linie im Rahmen von Infiltraten.
- Incipiente Stauungszeichen bei grenzwertig großem Herz.

- Geringer Pleuraerguss linksseitig.
- Ausgeprägte Atheromatose der Aorta.
- Unverändert die Residuen links medio-basal.

Weitere Röntgenkontrolle

Deutliche Zunahme der Infiltrate beidseits.

Fallrelevante Ausschnitte aus dem Basisassessment an der geriatrischen Fachabteilung

- Barthel-Index bei Aufnahme: 85 von 100 Punkten,
- Hilfsmittel bei stationärer Aufnahme: Rollator
- MMSE (Mini Mental State Examination): 27 von 30 Punkten
- MNA (Mini Nutritionl Assessment): 10 Punkte (Malnutritionsrisiko)

1.3 Diagnosen

- Hypertensives Lungenödem (Wasseransammlung in der Lunge)
- Respiratorische Insuffizienz (starke Beeinträchtigung der Atmung)
- Pneumonie bds. (Lungenentzündung beidseits)
- Dysphagie für Flüssigkeiten (Schluckstörung)
- Hyponatriämie (Salzmangel)
- prim. art. Hypertonie (Bluthochdruck)
- Sinusbradykardie (langsame Herzfrequenz)

- chronische Niereninsuffizienz IV (chronisches höhergradiges Nierenversagen)
- renale Anämie (Blutarmut wegen der Niereneschwäche)
- Osteoporose
- Vitamin D-Mangel
- Hypoalbuminämie (Verminderung des Eiweißgehaltes im Blut)
- Brustdrüsenkrebs Operation links + Bestrahlung vor Jahren

1.4 Verlauf

Bereits am Abend des Überstellungstages an die Akutgeriatrie zeigte die Patientin ein hypertensives Lungenödem (Wasseransammlung in der Lunge) mit einer respiratorischen Insuffizienz (starke Beeinträchtigung der Atmung). Nach Akutversorgung wurde die Patientin kurzzeitig an der Intensivstation zur CPAP-Atemtherapie übernommen. Nach der stationären Rückübernahme am Folgetag präsentierte sich die Patientin mit ausgelenkten

herzspezifischen Biomarkern (Hinweis auf Unterdruckblutung des Herzmuskels), mit einer Anämie (Blutarmut) und deutlich ausgelenkten Nierenretentionsparametern (Niereneschwäche). In Folge sind die Entzündungswerte im Blut deutlich ansteigend, klinisch und radiologisch findet sich eine Pneumonie (Lungenentzündung) beidseits. Es erfolgt eine antibiotische Therapie und es wird eine logopädische Begleitung mit Dysphagieprophyla-

xe-Maßnahmen veranlasst. Eine Rollatormobilität ist schon kurz darauf wiedergegeben.

Einige Tage später kommt es in den Morgenstunden neuerlich zu einer respiratorischen Verschlechterung mit akutem Sättigungsabfall (starke Beeinträchtigung der Atmung). Unter Anforderung des Notfallteams wird die Patientin zur weiteren Versorgung an die Intensivstation des Hauses transferiert.

Übernahme der Patientin zur Atemtherapie an der Intensivstation: Beginn mit einer nicht-invasiven Beatmung. Die nicht-invasive Beatmung war nicht erfolgreich, deswegen wurde bei der Patientin tags darauf eine Intubation (Einführen eines Beatmungsschlauchs

in die Lunge) durchgeführt. Die Patientin hatte eine Lungenentzündung, die zu einer massiven Beeinträchtigung der Lungenfunktion führte, und auch deutlich erhöhte Entzündungswerte. Bei der Patientin mussten eine invasive Beatmung zur besseren Belüftung der Lunge sowie eine kinetische Therapie (d. h. Bauchlage) durchgeführt werden.

Es konnte durch invasive kardiorespiratorische und antibiotische Therapie nach fünf Tagen eine Besserung erzielt werden. Die Patientin konnte extubiert werden (Entfernung des Beatmungsschlauchs). Die Patientin konnte in deutlich gebesserten Zustand auf die Akutgeriatrie rückverlegt werden.

1.5 Interviewleitfaden aus Sicht der Herausgeber

Mit der Patientin wird besprochen:

- dass bei einer Verschlechterung keine weitere Intensivtherapie durchgeführt wird, weiters:
 - keine weitere Intubation (Einführen eines Beatmungsschlauchs)
 - keine Tracheotomie (Luftröhrenschnitt)
 - keine Dialyse (Ersatz der Nieren)
 - keine kardiopulmonale Reanimation (Wiederbelebung)
- Es wird ein dementsprechendes Gespräch mit der Patientin geführt und auch dokumentiert
- Dies wird auch der Tochter mitgeteilt

Wie ist Ihre Einschätzung aus ethischer Sicht?

Wenn Sie aus dem Blickwinkel Ihrer Forschung bzw. praktischen Tätigkeit auf die Vignette blicken, welche Assoziationen haben Sie?

Wie steht Ihr Buchkapitel mit der Vignette in Verbindung bzw. was kann aus dem Kapitel für die Arbeit mit vergleichbaren Patienten und/oder die Forschung abgeleitet werden?

2 Hat sich die Medizin verselbstständigt und vom alten kranken Menschen entfernt?

Dieter Hubmann

Warum ist dieses Buch gerade jetzt so wichtig für Patienten⁵, deren Angehörige, Pflege und Ärzte?

Rudolf Likar: Das Projekt ist vor zwei Jahren entstanden, es war ein Wunsch von mir. Georg Pinter ist gleich aufgesprungen. Der Grund ist einfach: Die ethischen Fragen stellen eine immer größere Herausforderung in der Medizin dar. Wir können heute schon so viel leisten, sogar Organe ersetzen. Aber es bleibt die Frage: Tust du dem Menschen dabei etwas Gutes? Gibst du ihm noch Lebensqualität? Oder ziehst du dich zurück in Therapieentscheidungen aufgrund von Leitlinien? Die Menschen werden immer älter, die 80-Jährigen sind eine der am stärksten wachsenden Altersgruppe. Die Herausforderung an die Intensivmedizin lautet nicht mehr, was wir tun können – weil wir fast alles tun können –, sondern wo die Grenzen liegen und wo wir uns zurücknehmen, weil wir praktisch keine Selbstbestimmtheit und keine Verbesserung der Lebensqualität mehr erlangen können.

Georg Pinter: Der entscheidende Punkt war, dass wir heute wissen, dass die Zahl der Maßnahmen, die man unternimmt, oft nicht notwendig ist. Sie führen nicht wirklich zu einer Verlängerung des Lebens, sondern eher zum Dahinsiechen und zur Verlängerung des Leids. Was wir heute wissen, ist, dass die Ärzte die Überlebenszeit ihrer Patienten oft viel zu lange ansetzen. Das geschieht aufgrund der emotionalen Bindung zu den Patienten auf

der einen Seite und aus dem, was wir nicht gelernt haben, auf der anderen: Zu erkennen und zu akzeptieren, dass der Weg unweigerlich an das Ende führt. Das ist für einen Arzt, der so sozialisiert wurde, dass er zur Heilung beitragen soll, oft nur schwer zu akzeptieren. Da gibt es Versagensängste, das Nicht-loslassen-können – und das Nichtbeschäftigen mit der eigenen Endlichkeit. Das führt zu diesem Konfliktpotential. Diese Entscheidungen sind für einen einzelnen Arzt gar nicht möglich. Was wir seit vielen Jahren auf unserer Palliativstation beobachtet haben: Das Wissen um diese Umstände kommt nur langsam in Umlauf, obwohl wir an der Quelle sitzen. Das Lernen über diese Grenzsituationen findet nur sehr verzögert statt. Das ist ein emotionales, psychologisches und soziales Thema, mit dem wir uns beschäftigen müssen.

Wie kann man gegensteuern?

Pinter: Den Kollegen müssen wir vermitteln, dass in der Palliativmedizin auch eine Systematik dahintersteht, die man lernen kann, wie man eine Chemotherapie lernen und sich das Wissen aneignen muss. Auch Haltung ist erlernbar. Bei unseren Ethiktreffen sind oft nur die älteren Mediziner dabei – auch das müssen wir ändern.

Likar: Wir haben früher, im Studium, noch mit nächtelangen Diskussionen unseren Charakter formen können. Das Studium ist heute aber verschult, keiner lernt mehr, Entscheidungen zu treffen. Das, was auf die Ärzte zukommt, ist nichts, was man nach den Leitlinien herunterbeten könnte. Etwas nicht nach Leitlinien zu machen, sondern eine humane Entscheidung zu treffen, eine pati-

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Schreibweise verwendet, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint. Wir danken für Ihr Verständnis.

entenspezifische, wie den Abbruch einer medizinischen Behandlung. Also eine radikale Patientenorientiertheit, wenn ich zum Beispiel merke, dass es schwerste Lungenprobleme gibt, und ich trotzdem noch den Atemschlauch einsetze – da muss ich innehalten. Da geht es um Entscheidungen, für die ich schon im Vorfeld die Kraft hätte aufbringen müssen, sie mit dem Patienten abzusprechen. Etwas nicht zu tun ist auch eine medizinische Leistung, es ist eine Haltung, aber die müssen wir erst lernen. Und dabei gibt es eine große Kluft zwischen denen, die immer etwas tun wollen, und jenen, die das nicht wollen. Ich brauche dafür zuerst eine medizinische Indikation und dann ein Therapieziel. Ich muss eine Prognose haben, es müsste eine Verbesserung der Lebensqualität geben und auch der Patient muss sich äußern, wenn er kann. Das ist die große Herausforderung: Kann ich eine Verbesserung der Lebensqualität erreichen, habe ich eine Prognose, dass es besser wird? Und da ist der Kernpunkt: Viele Ärzte denken nicht daran, dass sich die Lebensqualität verschlechtert.

Pinter: Weil das ganze System Leitliniengetriggert ist. Und es immer mehr Spezialisierung gibt. Damit glaubt jeder, dass er alleine in der Schuld und in der Haftung ist. So sichert man sich auch ab. Wahrscheinlich müssen wir unser ganzes Ausbildungssystem überdenken. Auch hinsichtlich der neuen Arbeitszeitenregelung, weil weniger Zeit in der Ausbildung da ist. Und es ist immer schwieriger, etwas nicht zu tun als es zu tun. Nehmen wir die PEG-Sonde her, für einen dementen Menschen, in seiner letzten Lebensphase: Eine PEG-Sonde zu legen, das wissen wir, ist oft falsch. Oft ist die Prognose mit der Sonde sogar schlechter, weil er früher stirbt.

Likar: Wenn es darum geht, Ernährung über den künstlichen Weg zuzuführen, dann ist das eine medizinische Indikation, das gehört nicht zu den Grundbedürfnissen. Das heißt, ein Grundbedürfnis wäre, wenn ich dem Patienten einen Löffel gebe,

und er kann selbst noch die Nahrung vom Löffel nehmen und schlucken. Aber wenn er das nicht mehr kann, und ich die Ernährung künstlich zuführe, dann brauche ich eine Indikation. Auch für die Flüssigkeitherapie brauche ich eine Indikation, das wissen viele nicht. Aber wenn ich nur sehe, dass ich mit einer künstlichen Essenszufuhr den Sterbeprozess verlängere, dann darf ich den Menschen nicht mehr ernähren. Ich muss natürlich Mundpflege und so weiter machen, weil das spürt er – aber nicht, wie viel Ernährung ich ihm zuführe. Da sind viele Fragen, die auf uns zukommen. Jetzt diskutieren wir, ob der Patient noch eine Dialyse bekommt oder ob er beatmet wird – aber wir werden auch darüber diskutieren, ob die künstlich zugeführte Ernährung überhaupt indiziert ist.

Hat sich die Medizin verselbstständigt und vom alten, kranken Menschen entfernt? Hat sich die Medizin auch deshalb verselbstständigt, weil anscheinend mit der Reparaturmedizin – wenn schon nicht alles – immerhin vieles möglich ist?

Likar: Viele kommen auch durch die Angehörigen unter Druck. Dr. Google lässt grüßen. Aber wir sollten vor den Angehörigen und dem Internet-Wissen keine Angst haben, wenn es das erweiterte Erwachsenenschutzrecht gibt, dann müssen wir aufpassen. Denn Nichtmediziner haben von der Tragweite der Entscheidungen keine Ahnung. Unsere Aufgabe ist es, die Angehörigen dorthin zu führen. Der Betroffene spürt, auf welchem Lebensweg er ist. Wenn ich zu einem schwer Lungenkranken sage, dass wir darauf schauen, wenn es zu schwerer Atemnot kommt, dass er schlafen kann, dann ist er froh, dass wir das ansprechen. Oder wenn wir darüber reden, ob er noch einen Atemschlauch oder ein Beatmungsgerät haben möchte, wenn es dem Ende zugeht. Wir sollten uns nicht entmündigen lassen und die Entscheidung auf die Angehörigen abwälzen. Ein Angehöriger hat vielleicht mit der Krankheit Erfahrung, aber nicht die Expertise über 30 Jahre.

Müsste man das Medizin-Studium ändern, das in seiner jetzigen Form vieles nicht leisten kann?

Pinter: Es gibt zum Beispiel ganz neue Therapien bei Tumorerkrankungen, die die Lebenszeit verlängern. Aber das, was der Arzt erkennen muss, lautet: Was ist der Effekt davon? Auf das bereitet das Studium niemanden vor. Ein Fall aus meinem Freundeskreis erklärt vielleicht das ganze Dilemma: Bei einem Patienten ist mit 88 Lungenkrebs diagnostiziert worden, und weil er robust war, hat man sich zu einer Chemotherapie entschieden. Der Sohn berichtet heute, dass die Entscheidung, wenn er gewusst hätte, was passiert, wie massiv die Nebenwirkungen sind, vielleicht anders ausgefallen wäre. Die Lebensqualität war nicht tumorbedingt, sondern therapiebedingt schlecht. Natürlich kann man das nie voraussehen. Es geht letztlich darum: Wie geht es dem Patienten nach der Therapie? Und dafür braucht es extrem viel Erfahrung und dass man den Weg gemeinsam geht. Aber ich habe oft das Gefühl, dass man diesen Weg nicht gemeinsam mit den Patienten geht. »Gutes wollen, schlechtes Tun«, das ist das Thema, in dem wir uns immer wieder bewegen. Der Effekt für den Patienten ist oft schlechter als das, was wir erreichen wollten.

Likar: Pramstaller hat das Buch »Rettet die Medizin« geschrieben. Er hat gesagt, wir sollen von der Ökonomie wieder zur wertebasierten Medizin kommen, vom Spezialisten zum Generalisten und allgemein zum Partner für Verwaltung, vom Heiler der alten zur neuen Welt usw. Im Studium wird ja immer das virtuelle Thema gebracht, wir können Teleradiologie bis zu Telediagnostik und Televisite. Aber eine Hand zu halten, dem Patienten in die Augen zu schauen und ihn zu fragen: Du, geht's dir schlecht? Es ist ein großer Unterschied, ob ich – überspitzt formuliert – übers iPad alles Gute wünsche. Alles geht Richtung tele, tele, tele, und wir schalten uns selber aus – und das ist die teure Medizin, denn wenn die Parameter des Patienten laut Telemedizin stimmen, aber es eine schwerste Lungen-

krankheit gibt, sehe ich die tele nicht. Wenn wir in Zukunft Entscheidungen treffen, ohne den Patienten zu sehen, dann ist das der falsche Weg. Menschen kommunizieren anders, wenn ich neben ihnen sitze, als wenn ich sie über den Bildschirm anschaue.

Pinter: Wir haben eine Untersuchung über unnötige Pflegetransporte ins Krankenhaus gemacht. Da werden Menschen zum Sterben in das Krankenhaus geflogen. Eine zutiefst inhumane Medizin. Wir haben analysiert, warum das passiert: Aus dem Beweggrund, dem Patienten zu helfen. Aber es hat keiner mit ihm geredet, ob er da überhaupt hin will. Oder ob er in seiner gewohnten Umgebung bleiben will. Der Notarzt kann das akut nicht entscheiden, weil er vorher nicht mit dem Patienten geredet hat.

Likar: Es ist immer wichtig, dass man die Entscheidungen in der Phase der Krankheit trifft, weil man als Gesunder keine Vorstellung hat, was da letztlich vorgeht. Man überfordert jeden, wenn man das vorher macht. Der Lebenswill ist ja sowieso der stärkste, da ändert sich nichts. All diese Entscheidungen, die man dem Gesunden im Erwachsenenschutzrecht aufbürdet, gehen zu weit. Wir geben damit die Kompetenz ab, aber die Situation wird dadurch nicht besser beherrschbar. Wir delegieren die Verantwortung – etwa, ob ein Luftröhrenschnitt gemacht wird. Aber der Patient, der kein Mediziner ist, hat ja keine Ahnung, welche Auswirkungen das auf die Lebensqualität hat.

Pinter: Im Buch wird ein Kapitel über die Verantwortung des Menschen selbst behandelt (► Kap. 10). Der sich darauf verlässt, dass, wenn etwas passiert, die Medizin sowieso alles reparieren kann, wie beim Auto. Das funktioniert ja auch zum Teil ganz gut. Es wird aber ganz wichtig sein, dass der Mensch für sich selbst Verantwortung übernimmt, auch in seinem Lebensstil. Etwa beim Rauchen.

Likar: Wir haben den Tod letztlich zu einer Diagnose gemacht. Menschen, die sterben, können auch ohne Arzt sterben, alles versuchen wir zu therapieren, und wenn wir es

nicht therapieren können, dann wollen wir es erfassen. Aber wenn ich das den Angehörigen nicht erkläre und die Verantwortung übernehme, dann kann ich nicht erwarten, dass das verstanden wird.

Pinter: Der Tod ist der Todfeind der Gesundheitsreligion, schreibt Lutz in einem Essay. Aber der Tod ist nicht der Todfeind, der Tod ist da. Mit der Geburt ist auch der Tod impliziert, das ist in der Medizin aber ausgebündet. Aber den Weg muss jeder gehen. Das ist der Weg, den die Palliativmedizin aufgezeigt hat.

Likar: Ich glaube, was wichtig ist: Zum Hinterfragen solcher komplexen Entscheidungen in den letzten Tagen eines Menschen brauche ich Freunde im medizinischen Team. Da hilft mir keine perfekte Work-Life-Balance, da hilft mir kein Berg, den ich besteige. Da hilft mir nur ein perfektes Team in der Medizin, das ich aufbauen muss. Ich brauche über mein Tun und Handeln Menschen, mit denen ich auch in meiner Freizeit rede.

Pinter: Das geht sich in den aktuellen 48 Stunden Arbeitszeit und bei dem Arbeitsdruck, den die Ärzte haben, nicht aus.

Likar: Genauso ist es. Aber wenn ich nicht reflektiere, und es nicht als Haltung sehe, sondern als Job, dann komme ich nicht weiter.

Pinter: Es braucht einen Systemwandel, wir haben so viele erfahrene tolle Leute in den Häusern, die aber in die Praxis abwandern, weil sie den Druck oder anderes nicht ertragen. Es braucht einen Systemwandel, auch mit uns selber. Dass die Jungen andere Lebensentwürfe haben, das ist so. Wir haben ja noch Prüfungen gehabt, die wir mit und am Patienten präsentieren und beantworten mussten. Stattdessen gibt es heute Multiple Choice-Tests, die der medizinischen Realität nicht entsprechen. Etwa wenn ich heute einen alten, multimorbidem Menschen hernehme, der zuerst einmal 15 Medikamente bekommt – dann ist er erst richtig krank. Es braucht ein Team, ohne Teamwork funktioniert es nicht.

Ist das nicht alles zu viel Verantwortung für den Menschen Mediziner?

Likar: Jungärzte sollte man in der Ausbildung keine ethischen Entscheidungen treffen lassen. Erst, wenn sie Oberärzte sind. Solche Entscheidungen kann man aber nur zu zweit, in einem erfahrenen Team, treffen. Entscheidungen müssen auch mit der Pflege kommuniziert und vom Team getragen werden.

Pinter: Jeder, der in dem Zusammenhang etwas beiträgt, ist wichtig. Die Struktur ist in den Abteilungen da, aber das muss auch inhaltlich von Ärzten und Pflege so getragen und gelebt werden. Der Arzt muss aber den Lead haben. Er ist der, der die Fäden zusammenführt, und er kann sich auch beraten lassen. Etwa von einem Ethikboard.

Likar: Jedes große Haus sollte so ein Ethikboard haben. Nach dem Gesetz steht auch fest: Wir Ärzte müssen entscheiden, weil wir verantwortlich sind. Ich kann die Entscheidung nicht abwälzen. Abzuwarten sind die Auswirkungen zum erweiterten Erwachsenenschutzrecht. Ein Angehöriger, der gewählte Erwachsenenvertreter, der den Patienten vertritt, weiß ja nicht, was eine Herzinsuffizienz ist, und warum wir uns so entscheiden.

Pinter: Das neue Erwachsenenschutzrecht bedeutet, dass ich den Willen des Patienten ergründen muss. Im Falle einer Erkrankung wählt man jemanden, der mich vertritt, wenn ich nicht reden, kommunizieren kann.

Likar: Nur als Beispiel: Wenn der gewählte Erwachsenenvertreter sagt, ich darf den Luftröhrenschnitt nicht machen, dann darf ich ihn nicht machen, auch wenn er medizinisch indiziert ist.

Pinter: Quasi jede invasive medizinische Entscheidung wäre abzuklären. Jetzt ist es so, dass man den Willen erkunden muss. Bis jetzt haben Angehörige de facto kein Recht gehabt. Bis jetzt war der Angehörige etc. Auskunfts-person, jetzt muss ich als Arzt im Register nachschauen, wer das ist. Der Erwachsenen-vertreter kann zwar nichts einfordern, ...

Likar: ... aber er kann gewisse medizinische Dinge unterbinden, die ich machen möchte.