Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Leben und Sterben

Sehr verehrte liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns Ihnen ein anspruchsvolles und lesenswertes Themenheft rund um ethische Fragestellungen und Probleme der Intensivmedizin vorstellen zu können.

Ethische Konflikte auf der Intensivstation sind häufig. In einer kürzlich durchgeführten Umfrage der Sektion Ethik der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) wurden 2032 in der Intensivmedizin tätige Ärzte und Pflegende eingeschlossen. Von den Befragten erleben 42,6% mehrmals im Monat, 33,8% mehrmals pro Woche und 10,3% täglich ethische Konflikte (unveröffentlichte Daten). Die Bewältigung ethisch schwieriger Situationen stellt eine oft von Krankenhausträgern unbeachtet bleibende Belastung für Intensivstationsteams dar. Sie erfordert eine sorgfältige Diskussion, um – trotz häufig unterschiedlicher Perspektiven – zu einer auf das Wohl des Patienten ausgerichteten Lösung zu kommen.

Sterben auf der Intensivstation ist häufig und kommt nicht unerwartet. Dem Tod der Patienten gehen häufig langwierige Prozesse mit schwierigen Diskussionen im Behandlungsteam sowie mit dem Patienten oder deren Stellvertretern voraus. Ein kuratives Therapieziel wird als Ergebnis dieser Diskussionen bei infauster Prognose zugunsten einer rein symptomatisch ausgerichteten Therapie verlassen. Therapiebegrenzung und Therapiereduktion sind die Eckpunkte dieser Therapiezieländerung. Im Zentrum ste-

hen hierbei der Patientenwille und die ärztliche Indikation. *Gerald Neitzke* analysiert in seinem Beitrag den Begriff und den komplexen Prozess der Indikationsstellung. Er macht sehr deutlich, dass die gewissenhafte und selbstkritische Indikationsstellung eigentlich das Zentrum unseres ethisch ausgerichteten Handelns in schwierigen Entscheidungssituationen darstellt. An dieses Thema schließt sich komplementär die Arbeit von *Jürgen Wallner* an. Er betont die Bedeutung vielfältiger struktureller und kultureller Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben auf der Intensivstation. Die Angehörigen sind von herausragender Bedeutung und müssen von Anbeginn sehr eng und empathisch eingebunden werden. Der sog. gute Tod kann und muss auch auf der Intensivstation möglich sein.

» Der „gute Tod“ kann und muss auch auf der Intensivstation möglich sein

Ein sehr spezielles aber sicherlich hochrelevantes Thema bereiten *Sebastian Reith* und *Uwe Janssens* auf: Viele terminal kranke Patienten sind mit einem permanenten Schrittmachersystem versorgt worden. Die komplexen Möglichkeiten der modernen Schrittmachertherapie haben das Indikationsspektrum in den letzten Jahren deutlich erweitert. Hieraus ergeben sich gerade in der Therapie am Lebensende viele Fragen und Probleme, die der Beitrag strukturiert darstellt. Gleichzeitig werden Lösungsansätze auf

der Grundlage eines ethisch ausgerichteten Handelns vorgestellt.

Medizin und gerade Intensivmedizin ist teuer. Rationalisierung und Rationierung erscheinen unvermeidlich und sind schon Wirklichkeit. *Daniel Strech* geht auf dieses sehr schwierige Thema differenziert ein und rundet mit seiner Arbeit das erste Themenheft des Jahrgangs 2014 der *Medizinischen Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* ab.

Die Herausgeber bedanken sich bei den Autoren für die exzellenten Arbeiten und wünschen Ihnen, den Leserinnen und Lesern, eine spannende und aufschlussreiche Lektüre.

U. Janssens

Uwe Janssens

A. Valentin

Andreas Valentin

Korrespondenzadressen

Prof. U. Janssens
Klinik für Innere Medizin,
St. Antonius Hospital
Dechant-Deckers-Str. 8,
52249 Eschweiler
uwe.janssens@
sah-eschweiler.de

Prof. A. Valentin
Allgemeine und internistische
Intensivstation, Krankenhaus
Rudolfstiftung
Juchgasse 25,
1030 Wien
Österreich

andreas.valentin@wienkav.at.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Janssens und A. Valentin geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

J. Köbberling **Diagnoseirrtum, Diagnosefehler, Befunderhebungsfehler** Bewertungen und Vermeidungsstrategien

Verlag Versicherungswirtschaft 2013, 1. Aufl., 181 S., (ISBN 3899527704), Taschenbuch, 39.00 EUR

Ärzte müssen sich in Ihrer Berufsausübung zunehmend mit Vorwürfen über tatsächliche oder vermeintliche Fehler bei diagnostischen Maßnahmen und damit zusammenhängenden Haftungsfragen befassen. Dies führt nicht selten zu großer Verunsicherung. Aus verschiedenen Gründen nehmen Verfahren, in denen Ärzten oder Kliniken Behandlungsfehler vorgeworfen werden, deutlich zu. Medienberichte über die moderne Medizin führen zu Fehleinschätzungen über das medizinisch Machbare und zu einer steigenden Erwartungshaltung bei Patienten. Die breiten Darstellungen von Leitlinien, die von jedermann im Internet aufrufbar sind, können leicht zu einer Fehleinschätzung der Verbindlichkeit von medizinischen Standards im Einzelfall führen. Komplikationen und Misserfolge werden ohne kritische Hinterfragung auf Behandlungsfehler zurückgeführt. Hinzu kommen steigende Erwartungen an einen möglichen Schadenersatz, eine gegenüber früher deutlich verminderte Hemmschwelle für Klagen und in vielen Fällen ein fehlendes Prozessrisiko durch bestehende Rechtsschutzversicherungen oder Prozessfinanzierungen. Fast ein Viertel aller Vorwürfe über Behandlungsfehler beziehen sich auf Diagnosefehler. Den meisten Ärzten sind die rechtlichen Aspekte, die sich im Zusammenhang mit möglichen Diagnosefehlern ergeben, nur unzureichend bekannt.

Mit dem vorliegenden Buch soll hier eine Lücke geschlossen werden. Die beiden Kapitel über „Diagnoseirrtum“ und „Diagnosefehler“ beginnen jeweils mit den Definitionen und mit den wichtigen Fragen der Abgrenzung voneinander. Während ein „noch verständlicher“ Diagnoseirrtum nicht zu einer Haftung führt, ist ein nicht mehr verständlicher Diagnosefehler haftungsbegründend, wenn er zu einem Schaden bei dem Patienten führt. Diese in der Rechtsprechung entwickelten und in das Patientenrechtgesetz vom Februar 2013 übernommenen Definitionen lassen jeweils breite Deutungs- und Ermessensspielräume

zu. Dies war Anlass für die Erstellung der Fallsammlung aus Gutachten oder Bescheiden der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler und aus gerichtlichen Urteilen. Alle aufgeführten 54 Beispiele sind authentisch und mit Aktenzeichen versehen. Ausführlich wird in einem gesonderten Kapitel auf die dritte Kategorie, den „Befunderhebungsfehler“ eingegangen, der dazu führen kann, dass ein einfacher Diagnosefehler zu einem groben Behandlungsfehler mit Beweislastumkehr wird. Dieses komplizierte Konstrukt mit mehrstufiger Beweiswürdigung ist ebenfalls in das Patientenrechtgesetz aufgenommen worden. Das sehr kompakte Kompendium ist bei der Abklärung von Behandlungsfehlern für Juristen, Ärzte und Patienten ein unverzichtbarer Ratgeber. Ärzte erhalten wertvolle Empfehlungen für das richtige Verhalten bei Vorliegen eines vermeintlichen Behandlungsfehlers.

M. Broglie (Wiesbaden)