

Therapiereduktion in der Intensivmedizin

Salomon, F.

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo (Chefarzt: Priv.Doz. Dr. F. Salomon)

Autorenanschrift:

Priv.Doz. Dr. med. Fred Salomon
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
am Klinikum Lippe-Lemgo
Rintelner Str. 85
32657 Lemgo
Tel.: 05261 - 264155
Fax: 05261 - 264636

Der Aufschwung der Intensivmedizin

Die Anfänge der Intensivmedizin in den 30-er Jahren dieses Jahrhunderts waren zunächst Versuche, die Versorgung frischoperierter Patienten zu verbessern. Die damaligen Intensivstationen sind nach unserer heutigen Vorstellung eher als Aufwachraum oder Intermediate-Care-Einheiten zu bezeichnen. In den letzten 40 Jahren hat sich dann das entwickelt, was heute als Intensivmedizin aus der Therapie schwerstkranker Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Die technische Entwicklung, der Zuwachs der Kenntnisse über physiologische und pathophysiologische Zusammenhänge, die Entwicklung differenziert wirkender Medikamente sowie die Vielfalt diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten haben zu der rasanten Entwicklung dieses Fachgebietes geführt.

Es konnten parallel zur Verbreitung der Intensivstationen viele Erfolge in der Behandlung schwerster Erkrankungen und der Abwendung lebensbedrohlicher Zustände verzeichnet werden. Die Steigerung der Überlebensrate erfüllte die, die dort arbeiteten, mit Stolz über die erbrachten Leistungen und weckte bei Patienten und deren Angehörigen große Erwartungen und Hoffnungen. Der Nutzen der Intensivmedizin schien über jeden Zweifel erhaben. Kosten waren kein Thema.

Fragen und Zweifel

Seit rund 20 Jahren werden Fragen und Zweifel lauter. Die Belastungen dieser invasiven Medizin kamen in den Blick, und zwar sowohl für die Patienten als auch für das Personal. [3,4,5,7] Fragen nach Verhältnis und Wertigkeit von apparativer Medizin und menschlicher Zuwendung wurden gestellt. Erfahrungen und Studien zeigten die Spannungen auf, die Patienten und Personal angesichts der dauernden Konfrontation mit der Gefährdung des Lebens, der eindrucksvollen Technik in ihrer bedrohlichen wie sichernden Funktion und der spezifischen Umgebung mit veränderten Tagesrhythmen und weitgehend aufgehobener Intimsphäre auf einer solchen Station zu ertragen haben.

Je mehr medizinisch machbar wurde, desto sichtbarer wurden aber auch die Situationen, in denen man an Grenzen gerät. Es wurde deutlich, daß man zwar einzelne Organsysteme funktionstüchtig erhalten, damit aber nicht unbedingt den kranken Menschen heilen kann. Angesichts komatöser Patienten, die aus diesem Koma nicht mehr erwachten, oder angesichts manch aussichtsloser Verläufe, in denen durch die Intensivmedizin nur das Sterben in die Länge gezogen wurde, tauchte die Frage nach dem Sinn unseres Handelns auf. Hatte anfangs

die Überlegung im Vordergrund gestanden, was man alles tun kann, um jemandem über eine lebensgefährliche Phase hinwegzuhelfen, tauchte nach und nach die Frage auf, auf welche der vielen Möglichkeiten man im konkreten Fall besser verzichtet.

Die kritischen Stimmen wurden zunächst von Pflegenden laut, die in der dauernden Konfrontation mit den Patienten sehr stark die emotionalen Belastungen empfinden, während Ärzte sich eher aus der unmittelbaren Nähe der Intensivpatienten entfernen und damit dem psychischen Stress entziehen können. [4,5,7] Da es leichter ist, auch belastende Arbeiten zu tun, wenn man deren Sinn erkennt, fordern Pflegende häufig eine Begründung für die ärztlichen Entscheidungen ein, die sie auszuführen, mitzutragen oder zu ertragen haben. [1] Jede Frage veranlaßt zum Nachdenken. So haben auch die kritischen Stimmen zur Intensivmedizin die Funktion, über unsere Entscheidungen nachzudenken und sie zu begründen.

Ziele und Maßstäbe

Es geht nicht allein um die medizinische Begründung dafür, was man tun kann - wie in den Anfängen der Intensivmedizin. Es geht vielmehr auch darum, welchen Sinn und Wert eine Handlung für den Menschen hat, an dem oder für den ich sie vollziehe. Nicht der Erhalt der reinen Körper- und Organfunktionen steht im Vordergrund, sondern die umfassendere Frage, was das für das Leben des Kranken bedeutet.

Damit hat die ethische Frage in der Intensivmedizin Bedeutung gewonnen: : "Welchen Sinn hat meine Intensivmedizin für den mir anvertrauten Menschen?" Während wir seit Mitte des letzten Jahrhunderts in der Medizin dem naturwissenschaftlichen Denkansatz den Vorzug gegeben haben, haben die Erfolge, die auf diesem Boden für das Überleben und die Funktionstüchtigkeit des menschlichen Körpers erzielt wurden, gerade diesen Denkansatz relativiert. Durch die Erfolge an den Grenzen des Lebens wurde sichtbar, dass menschliches Leben mehr als nur physiologisches Zusammenspiel ist, der Mensch nicht nur die reparierbare "Maschine aus Knochen und Fleisch" - wie er im Anschluß an die Descartes'sche Beschreibung des Körpers verstanden wurde. Es wurde bewusst, dass den Zusammenhängen, der Ganzheitlichkeit, mehr Beachtung geschenkt werden muss.

Intensivmedizin ist der volle Einsatz für die Erhaltung oder Wiederherstellung des ganzheitlichen menschlichen Lebens. Ziel intensivmedizinischer Bemühungen ist somit nicht die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung eines physiologischen Regelkreises, sondern ein Leben, zu dem der Patient nach überstandener Bedrohung Ja sagen kann. Dazu gehören die

körperliche Gesundheit, aber auch die psychische Stabilität, die soziale Beziehung und der seelische Halt. Die Körperfunktionen sind die elementaren Voraussetzungen für ein solches Leben. Ohne sie ist kein Denken und Handeln, keine persönliche Zuwendung, kein Lieben und Geliebtwerden möglich. Die intensivmedizinische Bemühung um die Körperlichkeit schafft die Voraussetzung für ein menschliches Leben mit allen seinen Ausprägungen. Insofern ist auch die körperbezogene Intensivmedizin human. Die Bemühungen um die Körperlichkeit dürfen nur nicht alles sein. Sie werden inhuman, wenn die körperlichen Funktionen zum Selbstzweck werden und das Erreichen von physiologischen oder biochemischen Normalwerten als Erfolg der Therapie betrachtet wird.

Wenn die Frage nach dem Ziel einer Intensivtherapie die vielen kleinen und großen Entscheidungen im Verlauf einer Behandlung bestimmt, dann kann man dem Menschen angemessen vorgehen. Die Frage nach den apparativen oder pharmakologischen Möglichkeiten ist dann eine Frage nach dem passenden Werkzeug, das beabsichtigte Ziel zu erreichen. Und so wie es Werkzeuge gibt, die für eine bestimmte Arbeit ungeeignet sind, so kann auch die Intensivtherapie in einer konkreten Situation unangemessen sein. Sie kann in manchen Fällen überzogen sein, weil man mit einfacheren Mitteln, weniger Aufwand und damit kostengünstiger dasselbe Ergebnis erreichen könnte. Sie kann in anderen Fällen unangemessen sein, da die Indikation für eine Intensivbehandlung, die Überwindung oder Abwendung eines lebensbedrohlichen Zustandes, deshalb nicht gegeben ist, weil bei einem Menschen der Tod nahe bevorsteht und vom Krankheitsverlauf her nicht mehr abwendbar ist.

Nachdem in den Anfängen der Intensivmedizin die Faszination der Erfolge die Bemühungen um den bedrohten Menschen beflügelten und der Tod eines Patienten von vielen Intensivmedizinern als Mißerfolg und Niederlage in einem Ringen um den Lebenserhalt erlebt wurde, setzt sich heute mehr und mehr die Erkenntnis durch, daß auf manche Bemühungen verzichtet werden darf, weil die Intensivtherapie nicht oder nicht mehr indiziert ist. Die Frage der Therapiereduktion ist Folge der langjährigen Erfahrung mit den Grenzen der Intensivmedizin und dem daraus erwachsenen Bewußtsein, doch nicht nur Wunder vollbringen zu können.

Der Mensch als Maßstab

Wenn es darum geht, ob eine Diagnostik oder eine Therapie durchgeführt werden oder man besser darauf verzichtet, müssen die Maßstäbe bedacht werden, nach denen man sich

entscheidet. Es geht um den kranken Menschen und seine Zukunft. Insofern ist er der entscheidende Maßstab. Das bedeutet zum einen, den Willen des betroffenen Menschen zu beachten, zum anderen, ihn als Menschen auch dann zu achten und seine Würde zu wahren, wenn er sich selbst nicht mehr äußern kann.

Die Willensäußerung muss nicht intellektuell differenziert erfolgen. Wir haben es in der Intensivmedizin auch mit vielen alten Menschen zu tun, die durch die ungewohnte Umgebung, in die sie meist plötzlich geraten sind, die technische Einrichtung, den oft als verletzend empfundenen Eingriff in ihre Intimsphäre und die Schwere ihres Krankheitsbildes so verunsichert sind, dass man viel Zeit braucht, um mit ihnen über die Behandlung sprechen zu können. Manche Reaktionen werden als Verwirrtheit abgetan, obwohl es nur Verunsicherungen in der ungewohnten Situation sind. [3] Dann wird einfach über den Kopf dieser Menschen entschieden. Es kann sehr hilfreich sein, vertraute Angehörige in das Gespräch einzubeziehen, um herauszufinden, was der Kranke selbst wirklich möchte.

Gerade in der Intensivmedizin haben wir es oft mit Menschen zu tun, die wegen ihrer Erkrankung oder unserer Therapie bewußtlos sind und sich so gar nicht zu den vorgesehenen Maßnahmen äußern können. Juristisch wird hier immer auf den mutmaßlichen Willen verwiesen, den man herausbekommen sollte. Bei der Erkundung des Willens sind vorher niedergelegte Äußerungen in Form der Patientenverfügungen ein nützlicher Hinweis, etwas über die Lebenseinstellung dessen zu erfahren, um den es geht. Diesen Willensäußerungen wird in neueren Erklärungen und Rechtssprechungen auch ein zunehmend größeres Gewicht beigelegt.[2,9] In der Regel enthalten sie den Wunsch nach einer Begrenzung oder Reduktion der Therapie in bestimmten Situationen. Sie sind somit Ausdruck einer Angst vor dem Automatismus einer technisierten Medizin, der man nicht zutraut, ihre Möglichkeiten sinnvoll einzusetzen. Sie beinhalten den Wunsch, ruhig sterben zu dürfen.

Auch bei der Betreuung von Menschen, die nicht mehr ihren Willen äußern können, gilt es, die Würde des Menschen zu achten und ihn nicht zum Objekt zu machen. Diese im Grundatz richtige Aussage ist sehr schwer zu konkretisieren. Was meint "Würde"? Wann ist ein Patient nur Objekt, ein Mensch, der per se jemand ist, an dem etwas getan wird, der eine Krankheit, aber auch eine Behandlung erdulden muß, also immer schon in gewisser Weise Objekt handelnder Subjekte ist?

Ethische Algorithmen

Um nicht täglich in philosophische Erörterungen verfallen zu müssen, braucht man Anhaltspunkte und Leitlinien, wie wir sie in Form medizinischer Algorithmen kennen und schätzen gelernt haben. Behandlungsschemata, die symptomgetriggert therapeutische Reaktionen hervorrufen, sind hilfreich, rasch und wirkungsvoll zu handeln, ohne lange nachdenken zu müssen, und haben einen wesentlichen Anteil an den Erfolgen von Notfall- und Intensivmedizin: Bei Blutdruckabfall Schocklage, bei Rhythmusstörungen Kalium-Normalisierung oder Antiarrhythmikagabe, bei Herz-Kreislauf-Stillstand Reanimation! Sie bergen aber auch die Gefahr, daß Handlungen zum Automatismus werden. Nicht jedes Abweichen vom Normalzustand darf Trigger sein gegenzusteuern. Den medizinischen Schemata muß ein ethisches Entscheidungsschema zur Seite gestellt oder überlagert werden. Wenn es dem Menschen keine Hilfe bedeutet, ein Leben zu erhalten oder wiederherzustellen, zu dem er Ja sagen kann, dann machen die Maßnahmen keinen Sinn mehr, dann ist keine Schocklage indiziert, keine antiarrhythmische Therapie oder auch keine Reanimation.

Daher ist es für die Humanität der Intensivmedizin dringend erforderlich, sich ethische Algorithmen zu erarbeiten, die ähnlich den medizinischen Entscheidungshilfen eine Hilfe zur ethisch fundierten Entscheidung bieten.[1,8] Ein solches Schema, das den Wert oder Sinn einer Handlung für einen Menschen im Blick hat, muss sich an der Prognose orientieren. Damit ist es wie alle zukunftsorientierten Beurteilungen prinzipiell mit Unsicherheiten behaftet, auf die man in einem solchen Schema und bei dessen Anwendung Rücksicht nehmen muss.

Auch bei noch so umfangreicher Erfassung von Daten und gegebenenfalls computerisierter Auswertung arbeiten wir bei einer Prognoseabschätzung immer mit Wahrscheinlichkeiten.[6] Alle Score-Systeme für die Intensivmedizin sagen daher für den einzelnen Patienten nur bedingt etwas aus. Mit diesem Argument scheuen sich manche Intensivmediziner, eine Therapie zu reduzieren oder abzubrechen. Jeder erinnert sich an ein Beispiel, in dem ein aufgegebener Patient letztendlich doch überlebt hat und genesen ist.

Dennoch brauchen wir Orientierungshilfen, weil wir uns um eine Entscheidung nicht herumdrücken können.[7] Diese Orientierungshilfen müssen der Komplexität des Problems Rechnung tragen und doch für die Entscheidungssituation im intensivmedizinischen Alltag gut handhabbar sein. In mehrjähriger Praxis hat sich ein vierstufiges Schema bewährt, auf das man sich für jeden Patienten verständigen kann (Tab.1). Das Stufenschema ist nicht starr, sondern durchgängig und muss Tag für Tag neu überprüft werden. Eine anfängliche Maximaltherapie kann bei entsprechender Entwicklung auf die Stufe des Therapieerhalts und bei weiterer Verschlechterung auf die Stufe der Therapiereduktion zurückgenommen werden.

Dabei ist es wichtig, daß eine optimale Basisversorgung (Tab. 2) die menschliche Betreuung und Zuwendung garantiert. Der Therapieabbruch kann in den Fällen des eingetretenen Hirntodes dann der letzte Schritt sein.

Fall 1:

Ein 48-jähriger Mann kollabiert bei bekanntem Hypertonus unter heftigsten Kopfschmerzen. Der herbeigerufene Notarzt intubiert ihn und bringt ihn beatmet in die Klinik. Die Diagnostik zeigt eine ausgedehnte intracerebrale Blutung bei Aneurysma der Arteria cerebri media sowie eine Subarachnoidalblutung. Der Befund ist nicht operabel. Die Pupillen sind eng, Lichtreaktionen und Cornealreflexe regelrecht. Auf Schmerzreize und endotracheales Absaugen reagiert er mit Husten und unspezifischen Abwehrbewegungen. Er wird tracheotomiert. (Stufe 1)

Der Verlauf zeigt ab dem 10. Tag nach dem Akutereignis eine deutliche Verschlechterung. Es wird beschlossen, die Therapie nicht weiter zu steigern. (Stufe 2)

3 Tage später kommt es trotz antihypertensiver Therapie im Rahmen einer erneuten hypertensiven Krise zu einer Entrundung der Pupillen und dem Ausfall vorher noch nachweisbarer Reflexe. Der Kreislauf wird insuffizient. Wir nehmen nach eingehender Erörterung alle kreislaufstützenden Medikamente heraus und reduzieren die inspiratorische Sauerstoffkonzentration auf 21 %. (Stufe 3)

Der klinische Verlauf zeigt dann die Zeichen eines irreversiblen Hirnversagens. Im Beisein der Ehefrau, mit der wir ausführliche Gespräche führen, stellen wir in dieser Situation die Beatmung ab. (Stufe 4) Es kommt kurze Zeit später in Anwesenheit des Arztes und der Ehefrau zum Herz-Kreislauf-Stillstand. Der Monitor wird ausgeschaltet. Die Ehefrau bleibt noch längere Zeit neben ihrem toten Mann im Zimmer, ehe der Leichnam versorgt wird.

Das Stufenschema ist aber zwischen Stufe 1 und 2 prinzipiell auch umkehrbar. Der Therapieerhalt drückt ja die Unsicherheit aus, die Lage prognostisch nicht sicher abschätzen zu können, sonst wäre ja Stufe 3 angezeigt. Stabilisiert sich der Verlauf unter der Fortführung der Therapieintensität und zeigt er schließlich Tendenzen zur Besserung, so kommt wieder Stufe 1 in Frage, die maximale Therapie mit dem Ziel einer endgültigen Überwindung der Lebensbedrohung.

Fall 2:

Bei einer 66-jährigen Frau kommt es 8 Jahre nach einer Hemicolektomie wegen Colonicarcinoms zu einem schwersten Adhäsionsileus mit Darmschädigungen. Postoperativ bleibt der Ileuszustand bestehen, was weitere Operationen nötig macht. Eine massive Peritonitis erfordert eine intermittierende offene Peritoneallavage. Der weitere Verlauf ist ein Auf und Ab. Dann kompliziert eine nekrotisierende Cholezystitis den Befund und zwingt zur erneuten Operation. Kardiale Probleme sowie eine systemische Candidainfektion kommen hinzu. Eine zwischenzeitliche Besserung währt nur kurz. Erneut macht ein septisches Zustandsbild die Erfolge zunichte. Intubation, Beatmung und Katecholamintherapie werden erforderlich. Die Darmsituation ist weiter desolat. Die harnpflichtigen Substanzen steigen im Serum an. (Stufe 1)

Jetzt gestaltet sich die Lage so problematisch, daß wir uns einigen, die Therapieintensität nicht weiter zu steigern, insbesondere die absehbare Nierenersatztherapie nicht einzusetzen. Weitere Operationen werden ausgeschlossen. Im Anastomosenbereich des Darms bildet sich eine Fistel, aus der reichlich galliges Sekret nach außen läuft. (Stufe 2)

Unter der Stufe des Therapieerhaltes bessern sich dann innerhalb von 6 Tagen wieder Erwarten Oxygenierung und Kreislauf. Die harnpflichtigen Substanzen sind rückläufig. So beschließen wir wieder die Therapiestufe 1. Auftretende Rhythmusstörungen werden therapiert. Der Darm läßt sich in Funktion bringen, die Fistel verschließt sich unter einer Somatostatin-Therapie. (Stufe 1)

Nach insgesamt fast 6 Monaten intensiver Therapie wird die Frau nach Hause entlassen. Ihr Lebensmut macht sich nachhaltig bemerkbar. Sie wird weitgehend beschwerdefrei und stellt sich später lebensfroh beim Team der Intensivstation vor.

Im Verlauf der Behandlung kamen schon früh immer wieder Zweifel auf, ob die Intensivtherapie ihr letztlich helfen könnte. Gespräche zwischen allen Beteiligten nahmen auf der Station einen breiten Raum ein. In den Überlegungen wurden viele Gesichtspunkte zusammengetragen, so daß die jeweilige Entscheidung von allen verstanden, wenn auch nicht immer einstimmig mitgetragen wurde.

Wege zur Entscheidungsfindung

Das berührt die Frage, wer die Entscheidung fällt. Solange der Patient selbst entscheiden kann, ist seine Aussage maßgeblich. Er muß allerdings in offenen, einfühlsamen Gesprächen

auf die Möglichkeiten und die alternativen Perspektiven hingewiesen werden. Wenn der Patient selbst nicht entscheiden kann, muß eine Person über Weiterführung oder Abbruch einer Therapie entscheiden. Das ist der Arzt. Er braucht dazu die Hilfe aller Beteiligten, deren Gesichtspunkte und Überlegungen er einzubeziehen und abzuwägen hat.[6]

Pflegende haben eine größere Nähe zum Patienten als Ärzte. Deshalb sind die Informationen der Schwestern und Pfleger für den Arzt wichtig. Angehörige kennen den Patienten in der Regel sehr gut. Sie können helfen, die Lebenseinstellung des Kranken zu erhellen. Sie sollten jedoch auf keinen Fall die Entscheidung aufgebürdet bekommen. Denn sie sind meist medizinische Laien, die die Prognose nicht abschätzen können. Wenn sie im Rahmen von vorliegenden Patientenverfügungen vom Patienten als Vertreter zur Entscheidung beauftragt sind, sieht das etwas anders aus. Aber auch hier sind sie letztlich auf die Information des Arztes angewiesen. Je nach dessen Einschätzung nur werden sie die Prognose werten und damit entscheiden können.

Grenzen anerkennen

Die Faszination der Intensivmedizin hat viele Menschen in ihren Bann gezogen. Das gilt zum einen für diejenigen, die an den Erfolgen mitgewirkt haben, zum anderen aber auch für die Menschen, die ihre Hoffnung auf diese Hochleistungsmedizin setzen. Dennoch kann nicht allen Menschen geholfen werden. Das wird gerade von Ärzten als Niederlage erlebt.[4,5,7,] Um mit den oftmals belastenden Erfahrungen in der Betreuung schwerstkranker Menschen umgehen zu können, ist es ratsam, Hilfe von außen im Sinne von Supervision zu holen. Das setzt allerdings die Bereitschaft voraus, seine eigenen Gefühle zuzulassen und seine gewohnten Handlungsmuster in Frage stellen zu lassen. Aufarbeitung der emotionalen Betroffenheit im behandelnden Team kann dann die Zusammenarbeit fördern und verhindern, daß jeder individuell die Konflikte vom Arbeitsplatz in seinen Alltag mitnimmt und darunter leidet.

Wenn nun in der öffentlichen Diskussion zunehmend die Forderung auftaucht, auch auf mögliche Therapien zu verzichten, so mag das gerade denen unverständlich erscheinen, die den Tod als Niederlage begreifen. Hier muß ein Umdenken stattfinden, das erfreulicherweise auch schon eingesetzt hat. Therapiereduktion oder Therapieverzicht setzen eine hohe Kenntnis der Möglichkeiten voraus und ein weises Urteil über die Angemessenheit einer Maßnahme für den Menschen, dem man helfen möchte. Es geht nicht darum, die Intensivmedizin zu begrenzen, sondern sie zu optimieren. Wir müssen sie als ein Werkzeug begreifen, auf das wir

verzichten, wo es nicht passt, damit es nicht für den Einsatz stumpf ist, bei dem es wirklich nötig ist.

Literatur

1. Arndt, M.: Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Thieme, Stuttgart, New York (1996)
2. Bundesärztekammer: Alle Patienten haben ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Die neue Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung (2. Entwurf), Frankfurter Rundschau vom 15.8.98, S. 7
3. Hannich, H.-J.: Psychische Belastungsfaktoren für den alten Menschen im Krankenhaus und auf der Intensivstation, in: Hempelmann, G., Salomon, F. (Hg.): Der alte Mensch als Patient in der Anästhesie und Intensivmedizin, Bibliomed, Melsungen (1986) 99 - 110
4. Hannich, H.-J.: Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (1987)
5. Klapp, B.F.: Psychosoziale Intensivmedizin, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1985)
6. Prien, Th., Lawin, P.: Therapiereduktion in der Intensivmedizin. "Sterben zulassen" durch bewußte Begrenzung medizinischer Möglichkeiten, Anaesthesist 45, 1996, 176 - 182
7. Salomon, F.: Leben und Sterben in der Intensivmedizin, Pabst, Lengerich, Berlin, Düsseldorf, Riga, Scottsdale AZ (USA), Wien, Zagreb, 2. Aufl. (1996)
8. Sass, H.-M. (Hg.): Bioethik in den USA, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (1988)
9. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, Schweiz (1995)

Tab. 1: Therapiestufen

Stufe 1: Maximaltherapie

Wenn die Prognose gut oder die Situation noch nicht abschätzbar ist. Es wird alles getan, was möglich ist.

Stufe 2: Therapieerhalt

Wenn die Prognose kritisch ist, die Überlebenschancen sehr gering, aber nicht völlig von der Hand zu weisen sind. Die laufende Therapieintensität wird beibehalten, z.B. die Antibiose angepaßt, die Beatmungsparameter modifiziert. Doch wird eine zusätzlich auftretende Problematik nicht mehr behandelt, z.B. keine Dialyse bei zusätzlichem Nierenversagen oder keine Reanimation bei Herzstillstand, weil dadurch die aussichtsarme Situation aussichtslos würde.

Stufe 3: Therapiereduktion

Wenn keine Überlebenschancen mehr bestehen. Die Therapie wird reduziert, z.B. die Katecholaminzufuhr abgestellt, die inspiratorische Sauerstoffkonzentration auf 21% reduziert. Doch bleibt eine optimale Basisversorgung (Tab. 2) erhalten

Stufe 4: Therapieabbruch

Abstellen aller Hilfsmittel bei eingetretenem irreversiblen Hirnversagen oder begrenzte Weiterführung bis zur Organ-entnahme.

Tab. 2: Unverzichtbare Elemente einer optimalen Basistherapie

1. Nicht verdursten.

Flüssigkeit wird gegeben.

2. Nicht ersticken.

Die Atemwege werden freigehalten oder freigesaugt. Über einen eventuell eingelegten Tubus wird jedoch nicht mehr beatmet.

3. Schmerzminderung.

4. Persönliche Zuwendung.

Angehörige werden eingeladen zu kommen, auch in der Zeit des Sterbens. Das Team kümmert sich um den Patienten.

5. Gute Pflege.

Tab. 3: Der Weg zur ethisch begründeten Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Therapie

1 Die Situation

- 1.1 Wie lautet die Diagnose?
- 1.2 Wie ist die Prognose?
- 1.3 In welchem Zustand befindet sich der Patient?
- 1.4 Welche Therapie ist möglich, hier oder anderswo?
- 1.5 Wie sind die Erfolgsaussichten mit der möglichen Therapie?
- 1.6 Wie sind die Erfolgsaussichten bei Verzicht auf die mögliche Therapie?

2 Das Interesse des Patienten

- 2.1 Wird der Patient medizinisch von der Therapie profitieren?
- 2.2 Wird die Therapie die Prognose verbessern?
 - 2.2.1 Wenn ja, in welcher Weise?
- 2.3 Wird die Therapie dem Patienten schaden?
 - 2.3.1 Wenn ja, in welcher Weise?
- 2.4 Wie sind Nutzen und Schaden abzuwägen?

3 Die Wertvorstellungen des Patienten

- 3.1 Welche Orientierungen hat der Patient für sein Leben?
- 3.2 Welche Werte sind dem Patienten wichtig?
- 3.3 Welche Pläne hat der Patient für seine Zukunft?
- 3.4 Widerspricht die mögliche Behandlung diesen Vorstellungen oder steht sie mit ihnen im Einklang?

4 Deine Pflichten

- 4.1 Was sind Deine Pflichten in Deinem Beruf
 - 4.1.1 ⇒ dem Patienten gegenüber?
 - 4.1.2 ⇒ Deinen Wertvorstellungen gegenüber?
 - 4.1.3 ⇒ gegenüber Dritten (z.B. Angehörige, andere Patienten, Kostenträger, Gesellschaft)?
- 4.2 Gibt es Konflikte zwischen diesen Pflichten?
 - 4.2.1 Wenn ja, wo liegen sie?
- 4.3. Wie würdest Du diese Konflikte lösen?

5 Ethische Prinzipien

- 5.1 Welche ethischen Prinzipien berührt die anstehende Entscheidung?
- 5.2 Welche Werte stehen in einem Konflikt miteinander?
- 5.3 Lassen sich die Konflikte vermindern oder lösen?

6 Die Entscheidung

- 6.1 Welche Gesichtspunkte sind für Deine Entscheidung vorrangig?
 - 6.2 Was könntest Du übersehen haben?
 - 6.3 Wie entscheidest Du Dich?**
-