

Medizinische Versorgung Sterbender und von Patienten mit infauster Prognose auf Intensivstationen

H. Stopfkuchen (federführend)

Nach Beratung u.a. mit A. Michalsen, K. Ulsenheimer, M. Weber und H.-A. Adams

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, in knapper Form ethische Prinzipien und aktuelle rechtliche Vorgaben beim Umgang mit sterbenden Patienten bzw. mit Patienten mit infauster Prognose auf Intensivstationen darzustellen. Dabei handelt es sich also nicht um eine erschöpfende Darstellung. Damit könnte aber auch ein Anstoß gegeben werden für eine möglicherweise weitergehende, umfangreichere Beschäftigung der DIVI mit diesem so wichtigen aber auch vielschichtigen Thema, wobei auf vieles bereits von kompetenter Seite Eingebrauchtes zurückgegriffen aber auch Neues erarbeitet werden könnte.

I. Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen (§ 1, Abs. 2 der Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte).

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt die palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Diese Entscheidung darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden. Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören Versorgung in adäquater räumlicher Umgebung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos, stellt also einen Verstoß gegen die Berufsordnung dar und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und nicht zuletzt auch ökonomische normative Bedingtheiten der jeweiligen Gesellschaft. Um das Wohl der Patienten nicht anderen Zielsetzungen nachordnen zu müssen, sollen sich ärztliche Entscheidungen auch im Hinblick auf sterbende Patienten und Patienten mit infauster Prognose auf ethische Prinzipien und die rechtlichen Vorschriften gründen. Deren wichtigste sind das Grundrecht jedes Menschen auf Freiheit und Selbstbestimmung, das Prinzip des „primum nil nocere“ und das Gleichheitsprinzip. Welches Gewicht dem Prinzip der distributiven Gerechtigkeit in Zukunft zugemessen werden wird, ist nicht geklärt.

II. Begriffsdefinitionen

Sterbende

Sterbende im Sinne dieser Ausführungen sind nicht nur sich unmittelbar im Sterbeprozess (in der Agonie) befindliche Patienten, sondern auch solche, deren weit fortgeschrittenes spezielles Grundleiden nach ärztlicher Überzeugung trotz medizinischer Maßnahmen unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und bei denen der Tod in kurzer Zeit eintreten wird („Todesnähe“). Ein unumkehrbarer Sterbeprozess ist durch ein fortschreitendes Versagen der lebenswichtigen Funktionen gekennzeichnet.

Die Feststellung des beginnenden Sterbeprozesses ist als Konsens mehrerer behandelnder Ärzte und Pfleger zu treffen, gegebenenfalls aus verschiedenen Abteilungen.

Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten mit infauster Prognose handelt es sich um Patienten, die sich noch nicht in einem eigentlichen Sterbeprozess befinden, die aber nach ärztlicher Erkenntnis ohne Aussicht auf Heilung – ggf. trotz adäquater (Intensiv-)Therapie - aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden.

Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe ist die Nichtaufnahme oder Einstellung lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen.

Als medizinische Maßnahmen gelten u.a.:

- parenterale Flüssigkeitszufuhr
- parenterale Ernährung
- Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde
- Ernährung über eine Sonde
- Gabe Kreislauf aktivierender Medikamente
- Gabe von Antibiotika
- Behandlung hinzutretender Erkrankungen
- Dialyse
- Beatmung
- Reanimation

Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe ist eine ärztlich gebotene, schmerzlindernde oder sonstige leidensmindernde Therapie, die unbeabsichtigt, aber möglicherweise oder auch unvermeidbar als Nebenfolge zu einer Lebensverkürzung führt.

Klinisches Ethikkomitee

Ein klinisches Ethikkomitee stellt ein Forum für schwierige und kontroverse ethische Entscheidungen dar, etwa bei Therapiebegrenzungen, umstrittenen Eingriffen, Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten und allgemeinen Allokationsproblemen. Ein solches Komitee soll bestrebt sein, seine Entscheidungen im Konsens zu treffen. Hierzu bedarf es der kommunikativen und sozialen Kompetenz seiner Mitglieder. Letztendlich verbleibt aber die ungeteilte Handlungsverantwortung - unter Achtung

des Patientenwillens - bei den ärztlichen Entscheidungsträgern. Dem klinischen Ethikkomitee kommt eine beratende Funktion zu.

III. Versorgung Sterbender auf der Intensivstation

(Sterbehilfe im eigentlichen bzw. engeren Sinne)

Bei Sterbenden darf der Arzt dem Sterbeprozess seinen natürlichen Verlauf lassen, was die passive Sterbehilfe einschließt.

Sterbenden ist so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen.

Die Verpflichtung, die Leiden und Schmerzen des Patienten zu lindern, besteht fort (Sterbehilfe im eigentlichen Sinn). Dabei kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung als Nebenfolge hingenommen werden darf.

Bei Sterbenden verändert sich das Therapieziel hin zur Palliation. Dabei muß eine Basisbetreuung sichergestellt werden:

- Versorgung der Patienten in adäquater räumlicher Umgebung, wenn möglich innerhalb einer Palliative-Care-Einheit.

- Zuwendung und Körperpflege im Sinne kompetenter und vertrauter Pflege.

Stillen von Hunger- und Durstgefühl.

- Lindern von Angst, Schmerz, Unruhe: Einsatz geeigneter Verfahren moderner Schmerztherapie, wenn möglich unter Hinzuziehung eines Schmerzdienstes (z. B. palliative Sedierung).

- Einbeziehen von Angehörigen, wenn der Patient/die Patientin dies wünscht, gewünscht hat oder mutmaßlich damit einverstanden ist.

- Ermöglichen eines religiösen/andersartigen individuellen Abschiedsritus.

IV. Versorgung von Patienten mit infauster Prognose

(Sterbehilfe im weiteren Sinne)

Wenn bewusstseinsklare und im juristischen Sinne einwilligungsfähige Patienten mit infauster Prognose eine vorgeschlagene ärztliche Maßnahme ablehnen oder ihre Einwilligung während einer solchen Maßnahme zurückziehen, um ihrer Krankheit einen natürlichen Verlauf zu lassen, muss sich der Arzt dem Willen des Patienten beugen.

Besteht diese Änderung in der Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung (Therapiebegrenzung), muss dies vom Patienten grundsätzlich ausdrücklich verlangt werden. Es wird dabei vorausgesetzt, daß diese Patienten zuvor adäquat über ihre medizinische Situation, die Prognose und die mögliche(n) therapeutische(n) Option(e)n aufgeklärt wurden, sodass sie überhaupt eine wirksame Entscheidung im Sinne des „informed consent“ treffen können.

An die Stelle von Maßnahmen zur bloßen Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Maßnahmen.

Auch hier muss die Basisbetreuung sichergestellt sein (s.o.).

Bei nicht bzw. nicht mehr einwilligungsfähigen (erwachsenen) Patienten mit infauster Prognose, die sich aber noch nicht in „Todesnähe“ befinden, ist ein Therapieverzicht erlaubt, wenn dies dem erklärten (z. B. Patientenverfügung) oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 17.03.2003 müssen bei einwilligungsunfähigen Patienten lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn der irreversible tödliche Verlauf des Grundleidens mit Sicherheit festgestellt ist, und wenn dies in der aktuellen Sachlage einem zuvor - etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht.

Patienten, die zwar im juristischen Sinne nicht einwilligungsfähig aber gleichwohl in der Lage sind, auf ihre Weise Auskunft über ihren Willen zu erteilen, müssen angemessen in die Entscheidung einbezogen werden.

Derzeit in der Diskussion stehende Gesetzesvorhaben sollen klären, in welchen konkreten Situationen wie verfasste Patientenverfügungen mit antizipatorischen Willenserklärungen bzw. wie ermittelter mutmaßlicher Wille wirksam sein werden.

Auswahl weiterführender Literatur

American Thoracic Society. "Fair allocation of intensive care unit resources". Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1282-1301

Beauchamp TL, Childress JF. "Principles of biomedical ethics" (4th ed.). New York, Oxford University Press, 1994

Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.). „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“. Justizvollzugsanstalt Diez, 2004; www.justiz.rlp.de

Bundesärztekammer. „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Dt. Ärzteblatt 2004;101:B1076-1077

Carlet J, Thijs LG, Antonelli M. et al. „Challenges in end-of-life care in the ICU“. Intensive Care Med 2004;30:770-784

Curtis JR, Rubenfeld GD. „Managing Death in the Intensive Care Unit: The Transition from Cure to Comfort“. New York, Oxford University Press, 2001

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. Anästh Intensivmedizin 1999;40:94-96

Eibach U. „Künstliche Ernährung um jeden Preis? Ethische Überlegungen zur Ernährung durch percutane enterale Gastrostomie (PEG-Sonden)“ MedR 2002; 3:123-131

„Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung)“. Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung des klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, 2004

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) i.d.F.v. 23.05.1949 (BGBl I, S.1). Zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes am 16.07.1998

Michalsen A., Reinhart K. „Die Versorgung Sterbender auf Intensivstationen“. Anästh Intensivmedizin 2004;45:738-740

„Richtlinien für die Sterbebegleitung im Stiftungsklinikum Mittelrhein“. Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz, Klinisches Ethik Komitee; www.stiftungsklinikum.de

Stopfkuchen, H. „Sterben in Würde auf einer neonatologischen Intensivstation“ Medizin im Dialog 2001;3:8-10; <http://www.medizinimdialog.com>

Truog RD, Cist AF, Brackett SE et al. „Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine“. Crit Care Med 2001;29:2332-2348

Ulsenheimer K. „Grenzen der Behandlungspflicht, Behandlungseinschränkung, Behandlungsabbruch“. In: Eckart J. Forst H, Burchardi H (Hrsg.). Intensivmedizin (2. Aufl.). Landsberg, 2002, XIV-3

Van Aken, H., K. Ulsenheimer „Patientenverfügungen und Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen“ Intensivmedizin up2date, 2005;1:1-3

Weber, M. „Sterben in Würde – aus der Sicht der ärztlichen Praxis“ Medizin im Dialog 2001;2:7-11; <http://www.medizinimdialog.com>