

Klinische Intensiv- und Palliativmedizin – was können, was dürfen Ärzte für Schwerstkranke tun?

Dr. med. Rainer Schäfer

Einführung

Die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin haben uns in den letzten Jahrzehnten fundamentale Änderungen in unserem Leben erreichen lassen. Inzwischen verdoppelt sich etwa alle fünf Jahre das medizinische Wissen. Mit Hilfe aufwändiger Verfahren scheint es ein Leichtes, die Lebenszeit des Einzelnen zu verlängern. In der Intensivmedizin können Organe und Organfunktionen über sehr lange Zeit – ja beinahe über eine beliebige Spanne – überbrückt werden und viele früher lebensbedrohliche Krankheiten und Verletzungen haben ihren Schrecken völlig verloren. So versprechen uns beispielsweise die Biotechnologie und das „tissue engineering“, das gezielte Anzüchten kranken oder zerstörten Gewebes, völlig neue Lebensperspektiven.

Die verschiedenen Gesichter der modernen Medizin

Könnten wir angesichts dieser Entwicklung der Zukunft nicht gelassen entgegen sehen? Durchaus, sähen wir uns nicht allein durch die demographische Entwicklung mit einer größeren Zahl multimorbider alter Menschen, mit mehr inkurablen Tumorerkrankungen und einer wachsenden Menge dementer Menschen konfrontiert, die bislang nicht tatsächlich von diesem Fortschritt profitieren. Im Gegenteil, sie geraten eher auf das „medizinische Abstellgleis“, fallen durch die Maschen einer schwerpunktmäßig auf die kurative Seite ausgerichtete Behandlungsstrategie. Die „Krankheit Sterben“ scheint (noch) nicht medizinisch überwindbar zu sein.

Jedoch haben die je nach Krankengeschichte mehr oder weniger starke medizinische Manipulierbarkeit des Sterbeprozesses und in gewissen Grenzen auch des Todeszeitpunktes vielfach zu erheblichen Unsicherheiten und Ängsten geführt. Phillip Aries spricht von der in diesem Zusammenhang von der „Medikalisierung“ des Todes. Die Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin werden teilweise mit stark negativen Konnotationen belegt. Die „kalte, seelenlose Apparatemedizin“, der man vorwirft, den Patienten als willenloses Objekt eines medizinisch-industriellen Komplexes zu missbrauchen, ist eine derartige Kritik. Dem gegenüber gibt es paradoxerweise nicht wenige Menschen, insbesondere Angehörige, die glauben, dass für Schwerstkranke, zum Beispiel mit einem Wachkoma oder einer dementiellen Erkrankung, zu wenig getan würde und dass man solche Patienten häufig zu früh aufgeben würde. Es existieren also Befürchtungen in zweifacher Hinsicht: einmal vor **zuviel**, zum anderen vor **zuwenig** Einsatz in der Medizin – Ein Manövrieren zwischen Skylla und Charybdis? Wer legt das richtige, das menschliche Maß fest?

Intensiv- und Palliativmedizin befassen sich beide mit extremen Lebens- und Krankheits-situationen. Beschreiben sie nicht eine Dichotomie der modernen Medizin, wie sie bereits Aristoteles für menschliche Beziehungen insgesamt festgestellt hat?

Einerseits nämlich das technisch herstellende Handeln und auf der anderen Seite das ausdrückende Handeln, das zwischenmenschlichen Gefühlen und Empfindungen Ausdruck verleiht. In der heutigen Zeit könnte man es vielleicht beschreiben als die kaum überbrückbar scheinenden Gegensätze zwischen einer high- tech (Intensiv-)Medizin mit maximalem Geräteinsatz auf der einen und einer zuwendungsorientierten high- touch (Palliativ-)Medizin auf der anderen Seite.

Grundlagen medizinischer Entscheidungen

Aber sind es wirklich solche Gegenpole? Gibt es Auswege aus diesem Dilemma?
Wer entscheidet wann und wie wird entschieden? Wer legt wann die Grenzen fest?
Sind die Fundamente der Entscheidungen nicht identisch?

Hierzu müssen die Grunddimensionen ärztlicher Entscheidungen betrachtet werden. Es lassen sich immer drei Teilaspekte unterscheiden: eine medizinische, eine ethische und eine juristische Komponente. Am leichtesten fallen den Behandelnden die Entscheidungen in der Regel bei medizinischen Prozeduren. Die wissenschaftlich orientierte Ausbildung ist seit Jahrzehnten randvoll ausgefüllt mit der Vermittlung von Faktenwissen über aktuelle Diagnostik- und Therapieverfahren. Natürlich ist eine exakte Diagnostik die Voraussetzung einer zielführenden Therapie. Aber bei beiden muss daneben unbedingt noch die Prognose und die eigene fachliche Erfahrung mit einfließen. Das hat bereits Hippokrates vor ca. 2500 Jahren erkannt: „Es ist das Beste, wenn ein Arzt sich in der Prognose übt. Die Therapie wird er am richtigsten vornehmen, wenn er aus dem gegenwärtigen Stand der Krankheit deren künftigen Verlauf vorhersagt.“

Das sollte unter anderem dazu führen, dass bei unheilbaren Erkrankungen das Sterben eines Patienten nicht mehr als bloße Systemstörung aufgefasst wird, die es mit allen Mitteln zu verhindern gilt. Hier ist es dringend notwendig, einen längst überfälligen Paradigmenwechsel herbeizuführen, um einen würdelosen therapeutischen Aktionismus am Lebensende, um sinnlose quälende Maßnahmen und bloße (Behandlungs-)Symbolik zu verhindern.

Die große „Kunst“ der modernen (Intensiv-)Medizin ist es, die Intensitätsstufe der Therapie adäquat auszuwählen und der Situation anzupassen. Jede dieser Stufen (z.B. Arzneimittelgaben, Dialyse, Beatmung, Reanimation und vieles andere mehr) hat ihre ganz spezielle Indikation und auch ihre jeweilige Grenze. Entscheidend wichtig in diesem Kontext ist die Bestimmung des Therapiezieles. So kann es beispielsweise notwendig sein bei einem weit fortgeschrittenen inkurablen Leiden, den Schwerpunkt auf Schmerz- und Symptomkontrolle, das heißt auf rein palliativmedizinische, lindernde Maßnahmen zu legen, statt nichtvorhandene kurative Optionen vorzugaukeln. Therapiezieländerung bedeutet dabei nicht „therapeutischer Nihilismus“ - auch nicht auf einer hochgerüsteten Intensivstation. Sätze wie „Wir können nichts mehr für Sie tun“ oder „Die Krankheit ist austherapiert“ sollten endgültig der Vergangenheit angehören. Bis zum letzten Atemzug, bis zum letzten Herzschlag gibt es ärztlichen Beistand und menschliche Zuwendung - bisweilen muss man sich nur darauf rückbesinnen. Mit diesem Verständnis ist eine Therapiebegrenzung eben keine hilflose Kapitulation, sondern eine von Verantwortung getragene, mit allen Beteiligten abgestimmte und den Bedürfnissen des Patienten entsprechende ärztliche Entscheidung. D. Yalom zitiert in seinem eindrucksvollen Buch „Die Reise mit Paula“ eine Krebspatientin: „Was ist bloß mit den Ärzten los? Warum begreifen sie nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart? Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“

Die Bedeutung der ethischen Reflexion

Neben der rein medizinischen Komponente einer ärztlichen Entscheidung spielt der ethische Kontext eine nicht minder wichtige Rolle. Zugegebenermaßen ist das Handwerkszeug der Mediziner hier deutlich dürftiger ausgebildet. Ethische Reflexionen und Konfliktlösungsmodelle wurden in der bisherigen Ausbildung nur marginal gestreift, die Unsicherheiten sind entsprechend groß. Medizinische Kompetenz impliziert nicht automatisch auch eine Zuständigkeit in ethischen Fragen. Die Grundlage jeder ärztlichen und auch pflegerischen Entscheidung sowohl in der Intensiv- wie auch in der Palliativmedizin sollte die Erkenntnis

sein, das nicht das technisch Machbare das Wesentliche ist, sondern das jeweilig medizinisch Notwendige bzw. Sinnvolle **und** das ethisch Vertretbare. Ethische Reflexion darf dabei aber nicht zum beliebigen Surrogat längst getroffener Entscheidungen verkommen, insofern ist der richtige Zeitpunkt essentiell. Wünsche, Ziele, individueller Lebenssinn, Wertevorstellungen und krankheitsbezogene Lebensqualität sind wichtige Entscheidungsparameter, die nur durch intensive Kommunikation mit dem kranken Menschen und/oder seinen Angehörigen ermittelt werden können. Bei der Beurteilung der Lebensqualität geht es aber absolut nur um die Perspektiven des Betroffenen und nicht um die der Angehörigen oder gar des Behandlungsteams. Die beiden Letzteren können sich sehr stark von denen des Patienten unterscheiden. Ärzte neigen häufig dazu, ihre Vorstellungen unkritisch auf die Kranken zu übertragen. Allein die Verlängerung der Lebenszeit als Qualitätsmaßstab – vielleicht noch erkaufte unter extrem belastenden Nebenwirkungen einer Therapie – tritt zunehmend in den Hintergrund. Die von Beauchamps und Childress vor einigen Jahren formulierte Prinzipienethik bietet meines Erachtens ein probates Rüstzeug für das Herangehen an ethische Probleme und Konflikte sowohl in der Intensiv- wie auch der Palliativmedizin. Es werden hier vier grundlegende ethische Prinzipien unterschieden: Autonomie, Wohltun (Nutzen), Nichtschaden und Gerechtigkeit.

Die Autonomie, die Möglichkeit zur Selbstbestimmung, ist ein wesentlicher Teil der personalen Identität eines Menschen und bereits für Kant war sie ein unabdingbares Fundament der Würde. War in der Medizin über sehr lange Zeit der ärztliche Paternalismus absolut vorherrschend, so nimmt in den letzten Jahren die Selbstbestimmung des Patienten eine immer größere Bedeutung ein. Idealerweise sollte das Selbstbestimmungsrecht seine praktische Umsetzung in der Ausgestaltung eines „informed consent“, des informierten Einverständnisses eines Patienten, in eine vorgeschlagene medizinische Maßnahme finden. Viele sehen es als ein wesentliches Ziel der Medizin, Autonomie zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung – letztmals 2004 aktualisiert – betonen ebenfalls ausdrücklich das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung. Nicht zuletzt ist das wachsende Interesse der Menschen an Voraus-(Patienten-)verfügungen – als einer Art prospektiver Autonomie – Ausdruck dafür, auch in Situationen eingeschränkter Möglichkeiten der eigenen Willensäußerung, selbst noch Einfluss auf elementare Entscheidungen zu nehmen. Die Bundesärztekammer sieht solche Vorausfestlegungen ebenfalls als wertvolle Quelle zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens bei Nichteinwilligungsfähigen und damit als wichtige Hilfe für Entscheidungen der Therapeuten in Zweifelsfällen. Damit wird allen Ärzten nahe gelegt, die Patientenverfügungen zu beachten.

Die Prinzipien des Nutzens (*salus aegroti suprema lex esto*) und des Nichtschadens (*primum nihil nocere*) sind uralte ärztliche Tugenden, wobei sich trefflich darüber streiten lässt, ob sie in einer hierarchischen Ordnung zueinander stehen. Wahrscheinlich ist es sinnvoller im Individualfall, erst nach Abwägung aller Argumente, eine Gewichtung vorzunehmen. Das ermöglicht Interpretationsspielräume für die Besonderheiten jedes einzelnen Problems. Die (Verteilungs-)gerechtigkeit der (endlichen) medizinischen Mittel war bislang in unserer Gesellschaft ein eher am Rande diskutiertes Thema, wird aber sicher unter wachsendem ökonomischen Druck im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen. Gerade deshalb ist es jetzt schon unumgänglich durch solide medizinische Erfahrung und beständige ethische Reflexion der zu treffenden Entscheidungen, einen effizienten Gegenpol zu einer mehr oder weniger willkürlich begrenzenden Ökonomie in der Zukunft zu setzen.

Das juristische Korsett

Für weitreichende intensiv- oder palliativmedizinische Entscheidungen ist nicht zuletzt die genaue Kenntnis der aktuellen juristischen Rahmenbedingungen unbedingt erforderlich. Das betrifft sowohl die gesetzlichen Grundlagen der Stellvertreterregelung, dem notwendigen Einschalten des Vormundschaftsgerichtes wie auch die Sterbehilfeproblematik.

Es überrascht, dass noch vor wenigen Jahren (2001) bei einer Umfrage 49% der deutschen Ärzte das Abstellen der künstlichen Beatmung bei einem Intensivpatienten als aktive – und damit gesetzlich verbotene – Sterbehilfe betrachteten. Natürlich kann, wenn es medizinisch sinnlos ist, eine einmal begonnene Beatmungstherapie abgesetzt werden. Dies trifft dann formal den Tatbestand der straffreien - „passiven Sterbehilfe“, wobei ich auf die Problematik dieser eher unscharfen Begrifflichkeiten hier nicht näher eingehen will. Die zitierte Befragung beweist aber das große Dilemma, das beim Abbruch einer einmal begonnenen Therapie besteht. Es erscheint viel leichter, eine Maßnahme überhaupt nicht erst zu beginnen, denn sie einzustellen. Handlungstheoretisch besteht allerdings kein Unterschied, weil in beiden Fällen eine medizinisch sinnlose Maßnahme zugrunde liegt – auch wenn das Beenden als „aktiver Schritt“ empfunden wird. Nicht sehr viel leichter wird die Bewertung einer medizinischen Maßnahme als eine – auch nicht durch eine Strafe bedrohte - „indirekte Sterbehilfe“, wenn dabei die Verkürzung des Lebens als mögliche Nebenwirkung einer indizierten Therapie billigend in Kauf genommen wird (z.B. bei einer hochpotenten Schmerztherapie). Die philosophisch-ethische Legitimation erhält diese Form der Sterbehilfe durch die dem Kirchenvater Augustinus` zu geschriebene „Doktrin des Doppeleffektes“. Aufgrund eigener langjähriger Erfahrungen auf diesem Gebiet glaube ich aber, dass diese Problematik deutlich überschätzt wird und bei lege artis durchgeführter Therapie und Dokumentation eher eine marginale Erscheinung ist.

Nur, wenn bereits Mediziner mit der hochkomplexen Sterbehilfeproblematik und deren Terminologie Schwierigkeiten haben, um wie viel mehr muss es einem Laien schwer fallen, eine klare Unterscheidung zu erkennen und zu bewerten.

Nicht wesentlich leichter gestaltet sich wegen einer fehlenden eindeutigen Rechtslage die derzeitige **juristische** Bewertung von Patientenverfügungen und deren Gültigkeit. Nicht eindeutige, eher verwirrende oder für Mediziner beinahe kryptisch zu lesende Gerichtsurteile zu dieser Thematik haben mehr Fragen aufgeworfen, denn sie zu klären.

Notwendige Veränderungen

Intensiv- und Palliativmedizin sind sich gegenseitig ergänzende Säulen unseres Medizinbetriebes. Beide umfassen jeweils sehr schwierige Grenzsituationen menschlichen Lebens. Was Ärzte in beiden Disziplinen tun können und dürfen ist in einem Handlungsrahmen vorgegeben, der sich zunehmend von einem rein naturwissenschaftlich beherrschten Konzept wieder zu einem ganzheitlichen Menschenbild verschiebt, das mehr ethisch-philosophische und auch soziale Elemente mit einbezieht. Vielleicht ist die von Müller-Busch geforderte fachübergreifende neue „medizinische Anthropologie“ ein richtiger Schritt in diese Richtung. Hier können die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Palliativmedizin einen wichtigen Beitrag für die „Durchdringung“ der anderen medizinischen Teilbereiche leisten.

Dr. Rainer Schäfer

Weiterführende Literatur

1. Aries, Phillip Geschichte des Todes, München: Deutscher Taschenbuchverlag 1982
2. Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Hrsg. Wiesing Urban, Reclam Verlag; Stuttgart 2004
3. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, 2004
4. Müller-Busch H. Chr. Palliativmedizin im 21. Jahrhundert – Was tun? Was unterlassen? Zeitschr. für Palliativmedizin 2000; 1: 8-16
5. SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten; Schweiz. Ärztezeitung 1995; 76: 1223-1225
6. Schäfer R., Schuhmann G. (Hrsg.) Muss das alles noch sein? Wege zur ethischen Entscheidungsfindung am Krankenbett, Würzburg: Verlag Königshausen u. Neumann 2005
7. Weber M, Stiehl M. u.a.: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation; Deutsches Ärzteblatt 2001;98 : 3184-3188
8. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Univ. Press 1994

Vita

Dr. med. Rainer Schäfer

geb. am 17.02.1957, verheiratet, 2 Töchter mit 21 und 15 Jahren

fachliche Ausbildung:

von 1976 bis 1982 Studium der Humanmedizin in Würzburg
1982 bis 1987 Weiterbildung zum Arzt für Anaesthesiologie an der Universität Würzburg
1985 Promotion mit notfallmedizinischem Thema
1988 Mitarbeit in der Schmerzambulanz der Univ. Klinik Würzburg
ab 1989 Aufbau eines konsiliarischen Schmerzdienstes im Krankenhaus Juliusspital Würzburg
ab 1997 Oberarzt an der Anaesthesie-Abteilung im Juliusspital
seit 1997 ehrenamtlicher Chefarzt des Bayer. Roten Kreuzes Unterfranken
ab 2000 Aufbau einer palliativmedizinischen Abteilung am Krankenhaus Juliusspital
seit 2000 spezielle Fortbildung in „Palliativ care für Ärzte“
seit 2002 Chefarzt der Abteilung für Anaesthesie, Intensivmedizin und Palliativmedizin am Juliusspital in Würzburg
seit 2001 intensive Vortragstätigkeit über palliativmedizinische und schmerztherapeutische Themen
seit 2003 Mitglied der Expertengruppe „Palliativmedizin“ im Bayerischen Sozialministerium
seit 2004 Lehrbeauftragter für „Palliativmedizin“ an der Univ. Würzburg
seit 01/2005 Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ und Mitglied der Prüfungskommission an der Bayer. Landesärztekammer

Publikationen:

„Untersuchung der praktischen Fähigkeiten bei der Erstversorgung von Notfällen“ Bundesanstalt für Straßenwesen 1986
„Praktische Erste-Hilfe Kenntnisse“ Anaesth. und Intensivmed. 1987
„Gastrointestinale Probleme in der Palliativmedizin“ Krankenpflegejournal 2002
„Therapie chronischer Schmerzen“ Zeitschrift des Kathol. Berufsverbandes für Krankenpflege 2003
„Palliativmedizin als Alternative zur aktiven Sterbehilfe“ Zeitschrift „Debatte“ der Kathol. Akademie Bayern 2004
Mitherausgeber des Buches „Muß das alles noch sein?“ Wege zur ethischen Entscheidungsfindung am Krankenbett, Verlag Königshausen und Neumann 2005