

Kommentar

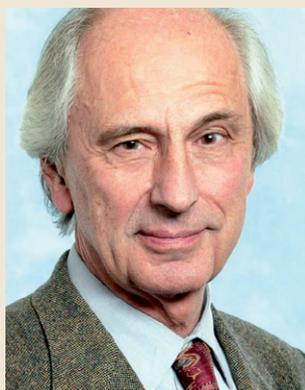
Therapiereduktion

Von Friedrich Kummer*

Herr K., ein schwer dementer Patient, war 89 Jahre, als er uns, den behandelnden Ärzten, auf alle möglichen Arten vermitteln wollte – er konnte nicht mehr sprechen –, dass er „einfach nicht mehr wollte“. Die ihn durch Wochen regelmäßig besuchende Tochter erkannte er nicht mehr, Infusionen entfernte er sich umgehend, seine Stimmungen schwankten zwischen Lethargie und Aggression – letztere besonders, wenn er essen oder trinken sollte. Die Asylisierung war bereits beantragt, eine PEG-Sonde wurde erwogen, als plötzlich septische Temperaturen auftraten. Klinischer, danach Röntgenbefund: Pneumonie. Die Atmung verschlechterte sich. Das Team war gespalten: Wie soll man jetzt – diagnostisch, therapeutisch – weiter vorgehen? Die Tochter, in Tränen, sei mit allem einverstanden, doch müsse sie den in Deutschland lebenden Halbbruder verständigen.

Jetzt tagt der „Krisenstab“, bestehend aus zwei Pflegepersonen, der stationsführenden Oberärztin, einem Turnusarzt und einem (reifen) Famulanten. Die Meinungen bewegen sich zwischen „Einfach sterben lassen? Unmöglich!“ bis hin zu „Jedem muss ein Recht auf volle Behandlung zustehen!“. Weitere Statements wie „Er will ja gar nicht mehr!“ prallen auf „Wie willst Du das wissen?“. Ärztliche Klugheit ist nun gefragt.

Diese Tugend schließt die Bereitschaft zur Information, zur Schlussfolgerung und zum guten Agieren ein. Die klug ablaufende Krisensitzung bemüht sich also zunächst um die Fakten: Ausgedehnte Infiltration der Lunge, Leukozytose, erhöhtes Kreatinin. Herr K. ist unruhig, stöhnt und atmet angestrengt. Sollte er wohl auf die Intensivstation (ICU) verlegt werden? Wäre das aber auch für unseren Herrn K. klug? Es muss nun eine Entscheidung getroffen werden, die von



© IMABE

folgenden Gedanken geprägt ist: Was für eine Perspektive soll unser Handeln haben: zu heilen oder das Leben um jeden Preis zu verlängern? Wohl kaum. Also lindern (Palliation)! 2) Wie lange sollen wir uns um die Palliation bemühen (Nachhaltigkeit)? 3) Welchen Aufwand sollen wir damit verbinden (Verhältnismäßigkeit), also Wadenwickel oder doch Antibiotika oder gar Beatmung?

Jetzt müssten konkrete Direktiven erfolgen, die erfahrene Oberärztin fasst zusammen:

Zu 1) Herr K. hat keine Chance auf Heilung, eine Lebensverlängerung (ICU) ist möglich, aber zu aufwändig und nicht nachhaltig. Zu 2) Zur Palliation gehört – nach Meinung der Infektiologen – auch ein Breitbandantibiotikum, Fiebersenkung, Kreislaufstützung und supplementärer Sauerstoff. Zu 3) Die künstliche Ernährung und Hydratation soll so lange über einen peripheren i.v.-Zugang erfolgen wie möglich. Ein Cava-Katheter oder eine PEG-Sonde sind nicht indiziert. Außerdem wird der Tochter ein Kipp-Lehnssessel bereitgestellt, wenn sie länger verweilen will. Das Nachbarbett wird vorläufig nicht belegt. Damit sind alle, inklusive Tochter, einverstanden.

Einer Frage nach dem präsumptiven Willen von Herrn K. kommt die Tochter zuvor, indem sie versichert, der Vater hätte es sich sicher so und nicht anders gewünscht. Als Herr K. ins tiefe Koma

verfällt, der Harnfluss versiegt, die Niere versagt und sich – trotz Sauerstoff – eine schwere Hypoxämie entwickelt, wird auf die künstliche Ernährung und Hydratation verzichtet und das Antibiotikum abgesetzt. Herr K. verstirbt vier Tage später im Beisein seiner Tochter.

So weit, so schlecht. Denn jetzt meldet sich der Sohn von Herrn K. aus Deutschland, macht seiner Schwester und besonders dem Team bittere Vorwürfe und unterstellt Euthanasie. Nach intensiven Gesprächen verzichtet Herr K. jun. von sich aus auf die Anzeige, kann sich aber nicht verkneifen, dass er in Deutschland einen Prozess gegen das Spital gewonnen hätte. Man scheidet letztlich unversöhnt.

Der Fall wird in manchem Detail bei vielen der Leser Erinnerungen an ähnliche Situationen wecken. Die österreichischen Intensivmediziner haben 2004 in der Wiener Klinischen Wochenschrift einen Konsens publiziert, wie man sich in Grenzfällen und am Ende des Lebens verhalten könne, insbesondere beim Abschalten oder Gar-nicht-Einsetzen von Geräten auf der ICU. Aber wer hilft den gestressten Mitarbeitern auf der Allgemein- oder Pflegestation, wenn die Entscheidung der Therapiereduktion, des Therapieverzichts ansteht?

Eine IMABE-Expertengruppe hat sich der Frage der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, die als ärztliche Handlung beim schluckunfähigen Patienten zu diskutieren sind, gewidmet und herausgearbeitet, dass schrittweiser Therapieverzicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass dabei keine Beschleunigung des Sterbens intendiert wird. Den in Gang gekommenen „Sterbeprozess“ nicht unnötig zu verlängern, ist eine Frage medizinischer Kompetenz und wichtiger Teil des ärztlichen Ethos. ◀◀

*) Univ. Prof. Dr. Friedrich Kummer, IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien