

## Atemnot bei terminaler COPD

Herr P., 72 Jahre, wird am 11. Februar auf der internen Normalstation wegen Atemnot aufgenommen. Es besteht mäßige Atemnot bereits beim Sitzen, doch zieht der Patient das Sitzen dem Liegen vor, dabei stützt er sich vorgeneigt mit beiden Armen an der Bettkante. Sogleich fällt auf, dass die ihn begleitende Tochter sehr besorgt ist, ob er denn diesmal wieder gesund werden würde.

Der Patient erhält als Erstversorgung Infusionen mit Theophyllin und Cortison-Bolus. Von der bei der Anamnese sehr behilflichen Tochter erfährt der Stationsarzt, dass beim Patienten seit Jahren eine COPD besteht und Herr P. schon wiederholt Atemnotanfälle hatte, den stärksten vor etwa einem Jahr, und „er damals dem Tod schon sehr nahe war“. Vor der Aufnahme kam es zu einer stetigen Zunahme der Atemnot, zuletzt bereits nach 3 Schritten. Weiters gibt der Patient Schmerzen im LWS-Bereich und paravertebral seit November des Vorjahres bestehend an. Aus diesem Grund erhielt er am 2. Februar ambulant eine Schmerzmittelinfusion, anschließend 10 Tage Schmerzmittel p.o. Aus der Anamnese ist weiterhin bekannt: Zeitweise hohe RR-Werte, keine Therapie. Lungenkrank schon als Kind, „Herzasthma“. Schlaf: Albträume, keine Schlafmittel. Husten mit gelegentlich weißlichem Auswurf. Herr P. ist Raucher und raucht täglich 20 Zigaretten, und das seit 1955, an Alkohol gibt er täglich die Menge von 5 Viertel Gespritzen an. Gewichtsabnahme minus 7 kg in den letzten 2 Monaten.

Therapie: Combivent DA seit mehreren Monaten bei Bedarf (alle 2 Stunden)

Physik. Krankenuntersuchung: verlänger-tes Expirium, Giemen, OF hypersonorer KS,

UF hypersonorer KS, basal beidseits Entfaltungsknistern. Linker Vorfuß kälter, dort Arteria tibialis posterior und Arteria dorsalis pedis nicht palpabel. Suspekter Nävus am linken Vorfuß, St. p. Melanom, multiple Hämatome an beider Händen und Unterarmen.

Unter obiger Therapie sowie oraler Antibiose und PPI ist der Zustand leicht gebessert, am 20. Februar kommt es zu einer plötzlichen Verschlechterung der Atemsituation. Herr P. wird unter dem Bild eines akuten Lungenödems auf die ICU transferiert. Im weiteren Verlauf respiratorische Globalinsuffizienz, mit Abfall des Sauerstoffpartialdrucks auf 35 mmHg (65% Sättigung); Intubation und maschinelle Beatmung. Ursache für das akute Resp. Versagen dürfte ein pulmonaler Infekt gewesen sein, der mit AB parenteral erfolgreich behandelt werden konnte.

Jedoch gestalteten sich die Versuche, Herrn P. von der Maschine zu entwöhnen, äußerst schwierig. Bereits seit vielen Jahren bestehende Lungenschädigung (COPD, Nikotinabusus, längerfristige Cortisonbehandlung). Der Aufenthalt auf der Intensivstation dauert nun an und wird für die betreuenden Ärzte und Pfleger sehr zermürbend. Herr P. ist wach und wirkt sehr fröhlich, vor allem unter Beatmung. Oft sitzt er am Bettrand; Mimik und Gestik lassen einen glücklich wirkenden, kommunikativen Patienten erkennen, durch den Trachealtubus in der Atmung unterstützt.

In der folgenden Zeit betrug die respiratorfreie Zeit im Durchschnitt 3 – 4 Tage, nach diesem Zeitpunkt erfolgte insgesamt fünf Mal eine neuerliche Intubation mit konsekutiver Beatmung. Die Situation unter den betreuenden Ärzten war gekennzeichnet

von dem Wissen über die terminale Lungensituation und den Eindrücken der unter Beatmung so lebendigen Art des Patienten. Offensichtlich war der Patient nur auf einer Intensivstation lebensfähig. Es war allen klar, dass der Patient nicht mehr von der Maschine wegzubekommen war. Er wurde jedes Mal wieder intubiert, wenn seine Atemmechanik sich erschöpfte. Auch mehrmalige Versuche, Herrn P. auf CPAP bzw. BIPAP einzustellen, scheiterten immer wieder an der Erschöpfung der Atempumpe bzw. der Intoleranz von Seiten des Patienten. Immer wieder wurde in Anbetracht dieser ausweglosen Situation erwogen, den Patienten nicht mehr an die Maschine zu hängen und sterben zu lassen. Letztlich wurde der Patient aber dann doch immer wieder an die Maschine angeschlossen.

Als ultima ratio wurde schließlich eine Tracheostomie angelegt und ein Heimbeatmungsgerät organisiert, wodurch eine kontrollierte Beatmung über Nacht (Erholung der Lunge) mit Pause untertags erreicht werden sollte. Parallel dazu wurde mehrmals mit der Tochter des Patienten gesprochen, welche sich wiederholt bereit zeigte, Herrn P. bei sich zu Hause zu betreuen. Allen war klar, dass der Patient zuhause mit großer Wahrscheinlichkeit nur wenige Tage überleben wird können, da sein Zustand zu labil war, um eine Heimbeatmung ohne ständi-

ge ärztliche Anwesenheit über längere Zeit erfolgreich durchführen zu können.

Am 28. März wurde im Trachealsekret bzw. im Nasenabstrich MRSA gefunden, weshalb nun ein strenges MRSA-Regime sowie eine AB-Therapie begonnen wurde. Am 2. April konnte Herr P. in hämodynamisch stabilem Zustand von der ICU auf die Überwachungsstation transferiert werden. Mit 17. April konnte das MRSA Regime aufgehoben werden (2 Abstrichserien bakt. neg.) In den letzten 4 – 5 Tagen entwickelte sich eine pseudomembranöse Colitis mit Darmpalalyse und Flüssigkeitsentzug in den 3. Raum – es kommt zu einer Einschränkung und terminal auch zum Versagen der renalen Funktion. Im Bild des Multiorganversagens verstirbt Herr P. am 18. April nach insgesamt 57 Tagen auf der ICU.

*Glossar der Abkürzungen:*

AB	Antibiotika
BIPAP,	
CPAP	spezielle Formen der nicht-invasiven Beatmung
COPD	chronische obstruktive Lungenerkrankung
DA	Dosieraerosol
ICU	Intensivstation
KS	Klopfschall
LWS	Lendenwirbelsäule
MRSA	ein gegen zahlreiche Antibiotika resistenter Erreger
OF	Oberfeld
p. o.	oral
PPI	Medikament, das die Magensäureproduktion hemmt
St. p.	Status post = Zustand nach
UF	Unterfeld

*Ausgangslage:* Dieser 72-jährige passionierte Raucher weist alle Zeichen der COPD im sehr fortgeschrittenen Stadium auf: Er hat bereits eine lebensbedrohliche Exazerbation hinter sich, weist Hautatrophien, Suffusionen und eine respiratorische Kachexie auf. Er kommt mit einer massiven Ateminsuffizienz zur Aufnahme, die sich vorübergehend bessert, um innerhalb von 10 Tagen mit größter Vehemenz zu rekurrieren. Dabei wird er notfallintubiert und beatmet. Die Entwöhnung gestaltet sich insofern äußerst problematisch, als trotz mehrfacher scheinbar positiver Versuche jedes Mal eine Erschöpfung der Atemmuskulatur eintritt und die Reintubation erforderlich macht (dies durch 2 Monate).

*Medizinische Aspekte:* Vor 20 Jahren wäre dieser Patient kaum an die Maschine gekommen. Die Intensivbetten waren damals knapp, die allgemeine Einstellung war – auch unter Ärzten – schicksalsergebener als heute, insbesondere bei einem solchen Patienten in der Endphase einer irreversiblen und steil progredienten Erkrankung. Heute wird von der Medizin erwartet, dass alles Verfügbare genutzt wird, dementsprechend ist auch die Nachfrage aus Laienkreisen gestiegen.

Als Alternative zur Intubation besteht seit einigen Jahren die Möglichkeit der nicht-invasiven Druckbeatmung (NIPPV), die – wenn bei einem kooperativen Patienten anwendbar – in vieler Hinsicht günstiger ist (Verkürzung der Zeit auf der ICU, weniger Kosten und Komplikationen). Nunmehr ist der Patient aber intubiert und zeigt in dieser Situation, wo ihm das Atmen abgenommen wird, eine subjektiv positive Stimmungslage.

Solch ein Patient wäre ein idealer Kandidat für die Heimbeatmung bzw. Frühmobilisation inkl. Elektrostimulation und hyperkalorischer Ernährung. Dies ist aber dem Vernehmen nach aufgrund der familiären Struktur alles nicht durchführbar. Andererseits schien

das ärztliche Team frustriert über die Erfolglosigkeit der Entwöhnungsversuche, sodass das Problem offen diskutiert wurde, nach einer vorübergehenden Extubation bei abermaliger Verschlechterung auf die Reintubation zu verzichten. Das größte „Hindernis“ dafür ist das subjektiv gute Befinden des Patienten, wenn er an der Maschine hängt. Hier zeigt er eine läppisch-fröhliche Grundhaltung, wobei er durchaus voll ansprechbar und wohl auch entscheidungsfähig ist. Zu Recht wird daher – da nun einmal begonnen – mit den Reintubationen weitergefahren wie bisher.

Die Komplikationen der MRSA-Infektion bzw. der damit verbundenen Therapie haben ihm wohl den wirklich traurigen Teil des Dramas (frustrante Dauerbeatmung bis zum endgültigen Organversagen) erspart. Eine Entscheidung, den Patienten bei neuerlichem Versagen der Atempumpe nicht mehr zu beatmen, wäre eine zumindest paternalistische, wenn nicht inhumane Aktion bzw. Unterlassung gewesen, so lange der Patient nicht von sich aus darauf verzichtet, z. B. durch die Zustimmung zu einer DNR-Erklärung (Verzicht auf Wiederbelebung), die er unter klarer Autonomie abgibt.

*Ethische Aspekte:* Hier handelt es sich um einen Fall, bei dem die Frage eines Therapieabbruchs oder eines Therapieverzichts zu klären ist, und zwar mit (un-)mittelbarer Todesfolge, da die Therapie in einer maschinellen Beatmung zur künstlichen Lebenserhaltung besteht.

Ein Therapieabbruch bestünde in der Extubation, ein Therapieverzicht in der Unterlassung der Reintubation bei wiedereinsetzender Verschlechterung.

Wenn man mit einem derartigen Fall konfrontiert ist, müssen die Rechte des Patienten als Person gewahrt werden:

– Autonomie: Was will der Patient selbst in dieser ausweglosen Situation?

- Benefit: Was kann das Team zur Verbesserung seiner Lage tun?
- Nil-nocere: Wie kann zusätzlicher Schaden vermieden werden?

Das Behandlerteam wieder darf sich auch seine Gedanken machen über:

- Nachhaltigkeit: Was erwarten wir uns auf die lange Sicht?
- Verhältnismäßigkeit: In welcher Relation steht der Aufwand zum möglichen (nachhaltigen) Erfolg?

Die Frage der *Autonomie* wurde bereits angerissen (siehe oben): Ein – wie es scheint – fröhlicher Beatmungs-Patient ist wohl auch im Stande, auf der Beibehaltung des augenblicklichen Zustandes zu bestehen, auch wenn dieser weder „nachhaltig“ noch „verhältnismäßig“ erscheint. Schließlich bleibt der Patient in extremer Abhängigkeit von der Maschine (durch zugezogene Fachleute für Entwöhnungstechniken bestätigt), wodurch ein unverhältnismäßig großer Aufwand resultiert (die Kosten für ein Beatmungsbett belaufen sich etwa auf das 5-fache eines normalen Bettes). Der Fall läge anders, wenn der Patient den Wunsch äußerte, endlich sterben zu dürfen. Der Verzicht auf Reintubation wäre dann wohl ein Akt der Barmherzigkeit (das Sterben wird nicht mehr „behindert“) und würde nicht in den Geruch der Sterbehilfe kommen: Es würde ja dabei auf unverhältnismäßig aufwändige Mittel (ohne Nachhaltigkeit) verzichtet werden.

Der Fall wird zum Lehrbeispiel, wenn man die „Autonomie“ eines geistig beschränkten Patienten bzw. die Situation eines Patienten betrachtet, der sich im bewusstlosen Zustand, Wachkoma, apallischem Syndrom („vegetative state“) befindet. Jetzt müssen seine Rechte durch Dritte mit Orientierung an bestehenden Rechtsordnungen gewahrt werden.

Die erste Annäherung besteht in der Ergründung des mutmaßlichen Willens des Patienten. Diese stützt sich gewöhnlich auf Zeugenaussagen, denen zufolge die Patienten sich in besseren Zeiten zu Intensivstati-

on, Maschinen, mühsam aufrecht erhaltener Lebensfunktionen bei infauster Prognose geäußert hätten. Aus dem engen Kontakt mit Familienmitgliedern erwachsen wertvolle Indizien für die Beurteilung der Mentalität, Lebensphilosophie, Temperament, der Religiosität etc. der Betroffenen.

Das Vorliegen einer schriftlichen Verfügung aus der Hand des Patienten selbst wird derzeit als überaus vorteilhaft erachtet, wengleich eine Übereinkunft bezüglich standardisierter Abfassung und Rechtsverbindlichkeit außerordentlich schwer zu erreichen scheint. Immerhin könnte sich ja die Haltung der Betroffenen zwischen Abfassung der Verfügung und Eintritt des Anlassfalles geändert haben.

Eine weitere Möglichkeit im Vorfeld besteht in der Nominierung von Familienangehörigen oder einer speziellen Vertrauensperson (Stellvertreter), die verlässlich die Interessen des Bewusstlosen wahrzunehmen wissen. Die Bestellung eines Sachwalters ist in unserem Lande nur für die Übernahme zivilrechtlicher Funktionen eingerichtet.

Die Gerechtigkeit gebietet überdies die Wahrung jener Güter, die einem Individuum zustehen, also auch die unabdingbare Achtung der Würde der Person. Diese kann von der Bewusstseinsfrage nicht abhängig gemacht werden. Sie läuft auch immer Gefahr, von emotionalen Projektionen der mitleidenden Angehörigen relativiert zu werden. Diese tendieren nur zu häufig dazu, von „Verlust der Würde“ und „würdelosem Leben bzw. Sterben“ zu sprechen, wenn der Anblick und die objektive Situation vom Patienten kaum mehr erträglich ist, selbst für die Betroffenen selbst durch krankheitsbedingte Umstände oder medikamentösen Einfluss dem subjektiven Leiden enthoben sind.

Zurück zu unserem Patienten: Dem Vernehmen nach hat das Betreuersteam alles unternommen, um eine Heimbeatmung (Beatmungsmaschine, adaptiertes Zimmer, ev. motorisierter Rollstuhl) zu organisieren, doch

scheitert dies an der ungünstigen häuslichen Situation und dem Mangel an einschulbaren Hilfskräften. Daher wurde Team-intern erwogen, die Reintubation bei nächster Gelegenheit zu unterlassen und den Patienten in der endogenen CO<sub>2</sub>-Diagnose sterben zu lassen. Dies wurde aber nie in die Tat umgesetzt, zu Recht, denn die Autonomie des Patienten wäre hier zusammen mit dessen Würde als Person schwerstens verletzt worden.

Die Frage: Hätten wir nicht doch schon bei der ersten Episode auf die Intubation und kontrollierte Beatmung verzichten sollen?

– bleibt in ihrer großen Ambivalenz ungemildert offen stehen. Objektiv gesehen hätte der Patient aufgrund seiner Prä- und Komorbidität tatsächlich nicht an die Maschine kommen dürfen, aber – Hand auf's Herz – welcher verantwortungsvolle Arzt in der nächtlichen Notsituation mit einem erstikenden Patienten hätte anders gehandelt?

Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER  
St.-Johanngasse 1-5/1-11, A-1050 Wien  
fkummer@aon.at