

Für chronisch Kranke und Sterbende gibt es heute im eigenen Zuhause meist keinen Platz. Ein Faktum, das aus einem tief greifenden gesellschaftlichen Wandel, der steigenden Lebenserwartung und insbesondere den Veränderungen in der Familienstruktur resultiert. Dazu kommt, dass die Errungenschaften der modernen Medizin zu einer Umschichtung der Verantwortlichkeit geführt haben. Denn wenn eine Familie heute einen Angehörigen „in Ruhe“ und „zuhause sterben lassen“ will, ist ihr das „moralisch“ verwehrt. Die Medizin kann mehr, also soll sie eingreifen. Wann aber ist es auch aus medizinischer Sicht geboten, auf eine Therapie zu verzichten oder eine bestehende abzubrechen?

Besonders auf internistischen Stationen sind jene Patienten zu finden, die aufgrund einer schweren, chronischen Erkrankung und ihres biologischen Alters nur noch eine beschränkte Lebenserwartung haben. Selbstverständlich haben auch sie Anspruch auf optimale medizinische und pflegerische Versorgung, verbunden mit dem Respekt vor ihrer Würde als Person. Alle vorhandenen und praktikablen Möglichkeiten, die auf einer so genannten Normalstation angeboten werden können, werden genutzt. Was aber, wenn die Lage des Patienten nicht stabil bleibt noch sich verbessert, sondern im Gegenteil sich verschlechtert und der Patient nicht mehr im Stande ist, seine Situation zu erfassen und die laufenden diagnostischen und therapeutischen Schritte im Sinne der Autonomie mitzubestimmen?

Der Arzt ist verpflichtet, alle Möglichkeiten und Mittel einzusetzen, um den präsumptiven Willens der Patienten zu erforschen. Die Grenzen der Autonomie zeigen sich, wenn der Patient an sich sinnhafte und nachhaltige erfolgversprechende Therapien nicht als solche erkennt oder gar in selbst schädigender Absicht verweigert (etwa durch die Einforderung der Beihilfe zum Selbstmord). Oder aber, wenn eine Progredienz des kognitiven Defizits bzw. ein schweres dementielles Zustandsbild zum völligen Verlust der Autonomie führen.

Besonders heikel ist die Ermittlung des Patientenwillens dann, wenn zu dem bestehenden, an sich spitalspflichtigen chronischen Zustand ein schweres Akutereignis eintritt, bei dem nur besondere, teils invasive, teils aufwändige Verfahren den unmittelbaren Tod verhindern können, ohne auf die mittelfristige Prognose Einfluss nehmen zu können (vorgegeben durch das oft multimorbide Grundleiden).

Kluge ärztliche Entscheidungen stützen sich auf Information, Erfahrung, eigene Kompetenz, Beurteilung des angestrebten Therapieziels, die damit verbundene Lebensqualität und (auch) die zu erwartenden Kosten. Die kluge Entscheidung ist getragen von den Grundhaltungen der Benevolenz, des „nil nocere“ und der Verteilungsgerechtigkeit sowie von der Verhältnismäßigkeit der anzustrebenden Mittel im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Wirkung.

Wenn lebensgefährliche Akutereignisse zu einer gravierenderen Erkrankung mit einer geschätzten Lebenserwartung von wenigen Monaten

hinzutreten, wird die Entscheidung immer schwieriger, ob eine Indikation zum Handeln oder zum Therapieverzicht getroffen werden soll. Gibt es zusätzliche Entscheidungshilfen, die dem Behandlungsteam in solchen Akutsituationen hilfreich sind?

Für die Indikation bzw. den Verzicht im Hinblick auf eine Intensivtherapie, die einen wichtigen Aspekt ärztlicher Entscheidung darstellt, liegt bereits seit 2004 ein Konsensuspapier vor (*Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen*, *Wk Klin Wochschr* (2004); 116: 763-767).

Dieses war mit ein Anstoß für das vorliegende Heft mit dem Schwerpunktthema „Künstliche Ernährung und Therapiereduktion“. Vorab stellen die Autoren (wie auch schon im oben genannten Konsensuspapier) einhellig klar, dass jede vom Arzt intendierte Tötung oder die konkrete Beihilfe dazu als verbotene Sterbehilfe anzusehen und abzulehnen ist. Die Errungenschaften der modernen Medizin dürfen jedoch andererseits nicht dazu führen, dass man das unausweichliche Sterben nicht zulassen und das verlöschende Leben um jeden Preis verlängern will.

Welche aufwändigen Maßnahmen zur Therapie stehen zur Verfügung, welche davon sind indiziert? Auf welche gut dokumentierten Erfahrungen kann man sich dabei stützen?

Die Beiträge orientieren sich an Situationen, wie sie an internen Normalstationen, Palliativ- und Hospizeinrichtungen zu finden sind. Die Indikation zu Therapieverzicht/-abbruch ist für Betreuer auf der Station außerhalb der ICU (Normalstation) weniger gut definierbar als für Intensivmediziner. Doch auch für Fachleute besteht eine große Bandbreite von Maßnahmen hinsichtlich Aufwand und Nachhaltigkeit.

Einleitend stellen die Neurologen E. AUFF und B. VOLLER die klinisch-neurologische Untersuchung als zentrale Stütze der Diagnostik und Prognosestellung bei ischämischen Hirnprozessen dar. W. KRISTOFERITSCH differenziert weiters hinsichtlich der chronisch-demenziellen Zustände im Endstadium. Die Autoren setzen sich dabei auch mit allen Stufen der künstlichen Ernährung auseinander, eine Frage, die von den internistischen Intensivmedizinern K. LENZ, G. J. LOCKER und M. CLODI aufgegriffen und in den größeren Rahmen der Grenzbereiche ihres Spezialfaches gestellt werden. T. WAGNER formuliert seine begründete Warnung vor frustraner Gabe von Hämoderivaten, während O. JANATA die Gabe von Antiinfektiva auch bei Infektionen im Terminalstadium nicht missen möchte. H. WATZKE schließlich befasst sich mit der Palliation und deren Grenzen, wobei er nicht nur die onkologischen Patienten im Blick hat.

Unerlässlich in diesem Zusammenhang sind die Beiträge zur klaren Begriffsbestimmung von „Sterben“ und „Tod“ aus der Sicht des Klinikers (J. BONELLI), sowie des Therapieverzichts (Töten oder Sterbenlassen?), basierend auf den hier besonders wichtigen ethisch-philosophischen Erwägungen (E. PRAT).

Die Autoren, die wir für die Gestaltung dieses Heftes gewinnen konnten, setzen hier an, wo die Intensivmediziner nicht oder nicht mehr gefordert sind, und haben aus eigener Erfahrung sowie gestützt auf die verfügbare

Literatur Beiträge ausgearbeitet. Abschließend haben wir – gemeinsam mit den Autoren der Beiträge – einen Text formuliert (Konsensus), von dem wir hoffen, dass er für die auf Normalstationen tätigen Ärzte und Pflegepersonen als Richtlinie im Umgang mit sterbenden Patienten dienlich sein kann – auch wenn die Letztentscheidung im konkreten Fall immer dem verantwortlichen Mediziner obliegt. Er soll aber mittels derartiger Informationen die Möglichkeit haben, seine Handlungsweise bezüglich Therapieverzicht oder -abbruch zu überprüfen und objektiv nachvollziehbar zu machen (dokumentiert gemäß dem Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz § 10 Abs 1 Z 2). Auch im Nachhinein und jederzeit muss sein Vorgehen im Detail rekonstruiert werden können.

Die Herausgeber