

22. St.Galler IPS-Symposium / 9. Januar 2018

Prof. Dr. med. Hans Pargger

Chefarzt, Operative Intensivbehandlung, Departement für Anästhesiologie
Universitätsspital Basel
4031 Basel (CH)

Grenzen der Intensivmedizin: Beschränken oder abbrechen?

Eine Grenze suggeriert, dass dort etwas zu Ende ist und das Neue beginnt. Im Fall der Intensivmedizin in der Schweiz heisst das in den meisten (über 90%) Fällen: Dem Patienten geht es wieder gut oder besser; er kann die Intensivstation verlassen; er erreicht seine Therapieziele; er lebt weiter, oft gleich gut oder besser, manchmal erst nach langer Rehabilitationszeit.

Ohne Intensivtherapie würden viele Patientinnen und Patienten sterben. Wobei wir gar nicht so genau wissen, wieviele es tatsächlich sind, weil eine Studie, die ein Überleben in einer Krankheitssituation mit oder ohne Intensivtherapie vergleicht, ethisch und rechtlich unmöglich wäre. Die Intensivtherapie versucht also mit allen Mitteln, den Patienten so zu behandeln, dass er gut überlebt. Dabei hat die Intensivmedizin immer bessere Behandlungsmethoden gefunden, die noch schwerer erkrankten Menschen in noch höherem Alter mit noch gravierenderen Begleiterkrankungen eine Rückkehr in ihr „normales“ Leben ermöglicht. Aber nicht für alle Patienten ist das möglich. Einige Patienten werden sterben trotz Intensivbehandlung.

Dies ist die andere Grenze der Intensivmedizin, diejenige, die zum Tod führt. Diese Grenze zu akzeptieren, fällt manchmal schwer, weil wir davor alles getan haben, um den Patienten zu „retten“. Aber nun ist der Moment gekommen, wo wir nicht mehr auf einem Weg zur Besserung des Leidens sind, sondern auf dem Weg der Verlängerung des Leidens hin zum unausweichlichen Tod. In diesem Spannungsfeld gilt es zu klären, was für den einzelnen Patienten die beste, von ihm gewünschte Behandlungsintensität ist. In interdisziplinären Entscheidungsfindungsprozessen muss der weitere Weg für den Patienten festgelegt werden, unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen, Angehörigen, die den Willen des Patienten überbringen, und prognostischen Aussichten.

Der erste und wichtigste Punkt ist also: Erkenne und akzeptiere die Grenze....., und erkenne auch, dass die Grenze vom Patienten gesetzt wird, und nicht vom Behandlungsteam. Erkenne weiter, dass man sich nur innerhalb der erlaubten Grenzen bewegt, wenn das Therapieziel des Patienten erreicht werden kann. Nur dann ist die Therapie auch rechtlich erlaubt.

Auf dem Weg der Erkrankung eines Patienten auf der Intensivstation ist eine Therapiebeschränkung vielleicht durch den Patienten vorgegeben. Ein Beispiel wäre: Ich will nicht reanimiert werden. Wenn der Prozess aber bereits soweit fortgeschritten ist, dass ein Erreichen der Therapieziele des Patienten nach menschlichem Ermessen nicht mehr möglich ist, dann ist die Grenze überschritten, und die Therapie muss abgebrochen werden. Es ist dies nicht nur eine ethische sondern in der Schweiz auch eine rechtliche Prämisse. In dieser Situation ist „begrenzen“ nur eine Verlängerung des Leidens, ethisch und rechtlich nicht erlaubt.

Ein strukturierter Entscheidungsfindungsprozess, wie oben erwähnt, ermöglicht es dem Behandlungsteam, den dem Patienten angemessenen Zeitpunkt für den Abbruch zu finden. Eine Vereinbarung und Klärung innerhalb des Teams, wie der darauf folgende Abbruch durchzuführen ist, hilft Zweifeln und Schuldgefühlen bei Angehörigen und im Behandlungsteam vorzubeugen.

1. Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Tanner S, Mertz M, Schnurrer V, Pargger H, Reiter-Theil S. Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum* 2014; 7: 27-36
2. Meyer-Zehnder B, Barandun Schäfer U, Albisser Schleger H, Reiter-Theil S, Pargger H. Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation - Vom Versuch zur Routine. *Anaesthesist* 2014; 63:477-87.
3. Tanner S, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Schnurrer V, Reiter-Theil S, Pargger H. Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014; 109: 354-363.
4. Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Tanner S, Schnurrer V, Vogt DR, Reiter-Theil S, Pargger H. How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Med Ethics*. 2017; 23;18(1):16. doi: 10.1186/s12910-017-0174-0.