

H. Christof Müller-Busch, Berlin

Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose

Der schwierige Weg zur Entscheidungsfindung – ein Fallbeispiel

Die Grenzen rechtlicher Regelungen Sterben findet heute unter entscheidend veränderten Bedingungen statt. Im „Kampf gegen die Krankheiten“ sind durch die intensivmedizinischen Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Organfunktionen und zur künstlichen Lebensverlängerung auch Sterben und Tod zur medizinischen Aufgabe geworden. Sterben und Tod werden unter den Bedingungen der modernen Medizin häufig erst ermöglicht, wenn der Einsatz der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten begrenzt bzw. ganz darauf verzichtet wird. Die komplexen Entscheidungssituationen am Ende des Lebens können nur zum Teil durch rechtliche Rahmenbedingungen reguliert werden, wie das folgende Fallbeispiel dokumentiert.

Trotz ihrer schweren Behinderung durch eine Polioerkrankung hatte Frau R., eine 77-jährige alleine lebende ehemalige Schneiderin, immer Wert darauf gelegt, ihre Körperpflege selbst zu bewältigen. Ihre durch extremes Übergewicht zusätzlich eingeschränkte Beweglichkeit hatte schließlich zu permanenter Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit geführt, mit der sie sich nur schwer abfinden konnte. Der Tod ihres Partners vor drei Jahren hatte ihr die Lust am Leben genommen.

Der Beginn einer Kette von Komplikationen

Nachdem der häusliche Pflegedienst sie in ihrer Wohnung hilflos auffindet, wird sie mit Verdacht auf Schenkelhalsfraktur ins Krankenhaus eingeliefert. Wenige Tage später kommt es bei Verdacht auf Lungenembolie zu einem Kreislaufstillstand, die Patientin wird wiederbelebt und in der Folge künstlich beatmet. Nach zweimonatiger immer wieder von Komplikationen begleiteter Intensivbehandlung wird die dauerbeatmete Patientin auf eine Palliativstation verlegt.

Obwohl sie ihre Augen öffnet, reagiert sie nicht auf den Besuch vertrauter Menschen. Eine Entwöhnung von der Beatmungsmaschine gelingt nicht. Gelegentlich bekundet sie ihr Missfallen an den

Maßnahmen der Pflegenden; manche Fragen scheint sie zu verstehen und adäquat zu beantworten.

Ihr Betreuer möchte, dass die künstliche Beatmung eingestellt wird, weil Frau R. solche lebensverlängernden Maßnahmen immer abgelehnt habe, wie auch eine Bekannte bestätigt; ein schriftliches Dokument, etwa eine Patientenverfügung,



Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Berlin

liegt aber nicht vor. Auf die wiederholten Fragen der Ärzte, ob die Beatmung beendet werden soll, reagiert die Patientin nicht.

Die Pflegenden sind unsicher, wie sie sich verhalten sollen, wenn es zu Komplikationen kommt. Die Ärzte fragen: „Was dürfen wir, was ist zumutbar, was ist sinnvoll, wenn mutmaßlicher Wille und Willensbekundungen nicht eindeutig feststellbar sind?“ Der Betreuer beantragt die vormundschaftsgerichtliche Einwilligung zur Einstellung der Beatmung. Wer ent-

scheidet hier nach welchen Kriterien – wann ist ein Mensch ein Sterbender, bei dem auf künstliche Maßnahmen des Lebenserhalts verzichtet werden kann?

Nach mehreren Wochen auf der Palliativstation wird Frau R. in ein Pflegeheim verlegt, das auf die Pflege dauerbeatmeter Patienten spezialisiert ist. Vier Tage später erfolgt wegen Elektrolytentgleisung die Rückverlegung auf die Palliativstation zur Anlage eines Portsystems. Die Patientin stirbt dort nach weiteren fast drei Wochen, nachdem man auf die Behandlung einer septischen Komplikation verzichtet hat. Die Gesamtkosten des 180 Tage dauernden Krankenhausaufenthalts belaufen sich auf 190 000 €.

Probleme in der Vorphase des Todes

Es sind im Wesentlichen fünf Problembereiche, mit denen sich Ärzte in der Vorphase des Todes auseinandersetzen müssen und für die bisher weder medizinisch, noch rechtlich oder philosophisch-ethisch befriedigende Lösungen gefunden wurden:

- Beurteilung der Prognose,
- Umgang mit Selbstbestimmung,
- Entscheidungen zu Therapieverzicht bzw. Behandlungsbegrenzung,
- Sterbebegleitung und
- Umgang mit Ressourcen.

Der Begriff der medizinischen und ärztlichen Indikation

Grundlage eines jeden medizinischen Behandlungsangebots ist die **medizinische Indikation**. „Medizinische Indikation“ bedeutet zunächst einmal, dass eine Erkrankung und deren Symptome aufgrund erhobener Befunde mit medizinischen Möglichkeiten gebessert, vor einer Verschlechterung bewahrt oder in ihrer Bedrohlichkeit vermindert werden können und dem Kranken so ein Nutzen entsteht. Neben einer diagnostischen Begründung ist mit dem Hinweis auf Besserung und potenziellen Nutzen für den Patienten auch ein zeitlicher und ergebnisorientierter Aspekt von Bedeutung [1]. Die medizinische Indikation legitimiert sich durch die Bestimmung eines Behandlungsziels.

Ein Leitmotiv medizinischen Handelns ist der **therapeutische Nutzen** für den Patienten. Das Gegenstück dazu ist die **therapeutische Nutzlosigkeit** (futility). Behandlungsmaßnahmen können dann als „futile“ angesehen werden, wenn sie physiologisch sinnlos bzw. nicht ausreichend begründet, qualitativ im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebenssituation ineffektiv und quantitativ unangemessen sind, d. h. der erforderliche Aufwand in keinem angemessenen Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen steht. Zwar zeigt jede Behandlung eine Wirkung – wirkungslose Behandlungen gibt es nicht –, welchen Nutzen sie aber für den einzelnen Patienten hat, erfordert die Berücksichtigung weiterer Kriterien.

Besonders bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen, deren Prognose als „infaust“ gilt, wird die Indikationsstellung durch die Unsicherheit eingeschränkt, den Wert einer Behandlungsmaßnahme für den weiteren Verlauf des Lebens eines erkrankten Menschen individuell beurteilen zu können. Dennoch haben die in den letzten Jahren unternommenen Versuche zur Präzisierung keine allgemein in der Ärzteschaft anerkannte Definition von „futility“ erbracht [2]. Die Frage der „futility“ einer Maßnahme kann deshalb nur mit Blick auf die subjektive Sicht und die Ziele des Patienten beantwortet werden, d. h. die Entscheidung, was „sinnlos“ ist, kann nicht mehr alleine



Patienten im Endstadium einer Erkrankung können oft nicht sterben, solange die künstliche Beatmung aufrechterhalten wird – eine Entscheidungsnotstand, mit dem sich Palliativmediziner häufig auseinandersetzen müssen.

den behandelnden Ärzten überlassen werden [3].

Im Falle von Frau R. konzentrierte sich die medizinische Indikation vor allem auf die Behandlung von Komplikationen, nachdem es zu einer lebensbedrohlichen Situation der schon schwerst hilfs- und pflegebedürftigen Patientin gekommen war, die eine Wiederbelebung erforderlich machte. Im Verlauf der zweimonatigen Intensivtherapie wurde der therapeutische Nutzen der Maßnahmen für die Patientin immer weniger erkennbar, sodass eine Fortführung des intensivmedizinischen Behandlungskonzepts im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebenssituation aus Sicht des Betreuers qualitativ und quantitativ nicht mehr angemessen erschien.

Beurteilung der Prognose

Die Prognose „infaust“ auszusprechen bzw. anzunehmen, fällt Ärzten angesichts der vielen Möglichkeiten, evtl. doch noch eine Umkehr des Krankheitsgeschehens zu erreichen oder zumindest einen Progress zu verzögern, häufig schwer. Aber auch für die meisten Patienten bzw. auch für Angehörige ist es schwer, die Diagnose „infaust“ in ihrer schicksalhaften und limitierenden Dimension anzuneh-

men. Deshalb nimmt die Bereitschaft zum Risiko und zu belastenden Behandlungsverfahren mit geringen Erfolgsaussichten in Erwartung einer Verbesserung der Lebenssituation mit fortschreitendem Erkrankungsstadium auf beiden Seiten zu. So entstehen immer wieder Situationen, in denen der „point of no return“ nicht mit ausreichender Sicherheit erkannt wird. Prognostische Vorhersagen beruhen immer auf statistischen Wahrscheinlichkeiten. Den im Einzelfall Betroffenen beschäftigt aber viel mehr die Frage, wie kann und wird es bei mir sein?

Hans Jonas sprach in den 1970er-Jahren davon, dass die „Grenzlinie zwischen Leben und Tod nicht mit Sicherheit bekannt ist, und eine Definition Wissen nicht ersetzen kann“ [4]. Dies gilt eigentlich auch für den Beginn des Sterbens. Zwar unterscheiden wir ein psychisches, soziales und biologisches Sterben, aber auch der Beginn des biologisches Sterbens wird in der heutigen Medizin nur noch selten von einer natürlichen Autonomie bestimmt, sondern von der Fremdbeurteilung der Irreversibilität einer Krankheit, des Zusammenbruchs der Grundfunktionen, der Verengung der Behandlungsmöglichkeiten und der Unzumutbarkeit physiologisch schlecht begrün-

Die Hoffnung in der Sterbebegleitung nicht vergessen

Sterbebegleitung bedeutet nicht nur, durch fachliches Wissen, kommunikative Fähigkeiten, emotionale Sensibilität und soziale Unterstützung zu helfen und zu entlasten, sondern auch Verantwortung für das Sterben eines andern mit zu tragen. In der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen der sog. Sterbehilfe benötigt Sterbebegleitung auch die Kompetenz, mit ethischen Konflikten umzugehen. In jedem therapeutischen Bündnis, besonders aber in der Sterbebegleitung, finden sich Menschen letztlich immer im Vertrauen auf Ungewisses zusammen. Sterbegleitung bedeutet unter Berücksichtigung von Behandlungsbegrenzung und Therapieverzicht auch wieder neue Orientierung. Das ist in der Intensivmedizin sicherlich noch schwieriger als in anderen Bereichen, aber es ist sicherlich auch dort notwendig und möglich.

Im Allgemeinen konzentriert sich Sterbebegleitung auf Symptomkontrolle sowie den Umgang mit Angst, Verzweiflung und Trauer in der Sterbesituation. Die Defizite in diesem Bereich sind bekannt und erfordern eine stärkere Berücksichtigung in der Ausbildung derer, die mit Sterbenden zu tun haben. Hinzuweisen ist aber auch darauf, dass Hoffnung – der Gegenpart zur Angst – als spiritueller Begleiter medizinischen Handelns in der Begleitung des Sterbens einen besonderen Stellenwert hat, der zu wenig bekannt und berücksichtigt wird. Die Berücksichtigung von Hoffnung als therapeutischem Element, wenn gerade in der letzten Lebensphase alles aussichtslos erscheint, ist sicherlich eine schwierige Aufgabe, der sich auch Ärzte gerne entziehen, besonders dann, wenn der nahende Tod als Scheitern oder als Versagen empfunden wird. Aldridge hat auf den existenziellen und identifikatorischen Aspekt von Hoffnung in der Endphase des Lebens hingewiesen: Hoffnung in der Phase von biologischem Verfall und Einsamkeit manifestiert sich dann in ihrer eigentlichen spirituellen, transzendierenden Bedeutung, wenn sie eine zuverlässige Beziehung zum „Selbst“ ermöglicht [9].

Hoffnung ist eine Grundvoraussetzung medizinischen Handelns und sollte in ihren unterschiedlichen Dimensionen in einer auf Partnerschaft, Vertrauen und gemeinsamer Verantwortung beruhenden therapeutischen Beziehung auch in der Begleitung des Sterbens beachtet werden.

deter intensiver Maßnahmen. Der Zeitpunkt des Todes und auch die Art des Sterbens werden unter den Bedingungen der modernen Medizin in besonderer Weise von ärztlichen Entscheidungen und Handlungsformen bestimmt, wobei der Verzicht auf für den Patienten nutzlose Therapieoptionen ohne klinischen Erfolgsnachweis ein wichtiger Schritt ist (physiologisch sinnlos – qualitativ ineffektiv – quantitativ unangemessen).

Die Verlegung von Frau R. auf die Palliativstation erfolgte wegen der nach allen ärztlichen Erfahrungen infausten Prognose und fehlender Aussicht auf Besserung bei Dauerbeatmung und Multimorbidität. Nach langen und immer wieder durch Komplikationen belasteten Bemühungen, den Zustand zu bessern, zeigte

sich aber auch eine prognostische Unsicherheit im Hinblick auf den weiteren Verlauf, zumal sich zunehmend auch intuitiv empfundene Zweifel einstellten, ob die Fortführung einer Maximaltherapie der Lebenssituation dieser Patientin noch angemessen war. So stellte sich nun die Frage, aus welchen Gründen und nach welchen Kriterien die intensivmedizinisch bewirkte Lebensverlängerung medizinisch und ethisch gerechtfertigt war oder ob nicht doch nur das Sterben hinausgezögert wurde.

Bei Entscheidungen zur Änderung des Therapieziels ohne ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen sind immer auch persönliche Wertvorstellungen zu berücksichtigen, vor allem aber der (mutmaßliche) Wille des Patienten, der mit der

Forderung des Betreuers nach Beendigung der künstlichen Beatmung zum Ausdruck gebracht wurde. Da sich Frau R. – auch unter Berücksichtigung der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit – nicht eindeutig gegen die begonnene Dauerbeatmung aussprach, konnte kein Konsens zur Legitimation der begonnenen lebenserhaltenden Maßnahme erfolgen. Frau R. hatte sich zwar früher immer gegen intensivtherapeutische Maßnahmen ausgesprochen und in ihrem sozialen Verhalten eigentlich schon „Sterbebereitschaft“ gezeigt, aber sie schien die derzeitige Situation eher zu akzeptieren, obwohl sich dies alle Beteiligten nur schwer vorstellen konnten.

Umgang mit Selbstbestimmung

Die medizinischen Möglichkeiten, im Falle einer Erkrankung fast alle Organfunktionen künstlich zu ersetzen und damit Lebenszeit zu verlängern, bilden die Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich ärztliche Kunst und Verantwortung zunehmend vollzieht. Die Frage, wann und unter welchen Bedingungen eine unter Umständen lebensverlängernde Behandlung begrenzt, beendet oder nicht begonnen werden darf, ist eine moralische Problematik, die im intensivmedizinischen, aber ganz besonders im palliativmedizinischen Kontext relevant ist. Respekt vor Autonomie und die Berücksichtigung von Selbstbestimmung bekommen dann einen wichtigen Stellenwert, sodass die medizinische Indikation in ihrer Bedeutung für den individuell Betroffenen kritisch reflektiert werden muss.

Die in Deutschland aus verschiedenen Gründen vielleicht stärker als in anderen Ländern ausgeprägtere „Privatautorität“ [5] einer traditionellen, paternalistischen Verantwortungsübernahme hat dazu geführt, die Urteilsbildung und das Verhalten in Grenzsituationen mehr dem individuellen Gewissen der Ärzte zu überlassen; das kann durchaus auch Vorteile haben. Im Umgang mit Patientenverfügungen bestehen bei vielen Ärzten aber noch Unsicherheiten, obwohl in den derzeit überarbeiteten Grundsätzen der Bundesärztekammer [6] sehr klar auf die Bedeutung des

Selbstbestimmungsrechts, des Stellenwerts des Patientenwillens und von Patientenverfügungen für die ärztliche Entscheidungsfindung hingewiesen wird. Auf den eineinhalb Seiten umfassenden Grundsätzen werden im Einzelnen die ärztlichen Pflichten bei Sterbenden, das Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose und die Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung angesprochen. In der konkreten Wirklichkeit ergeben sich jedoch leider weiterhin häufig Konfliktsituationen; dies zeigt, dass diese Grundsätze zur ethischen und praktischen Orientierung innerhalb der Ärzteschaft immer noch zu wenig Akzeptanz gefunden haben.

Eine willensorientierte Entscheidungsfindung im Dialog mit den Betroffenen bzw. den Angehörigen, wenn der Betroffene selbst nicht oder nur mehr eingeschränkt entscheidungsfähig ist – wie das in sterbenahen Situationen häufig der Fall ist –, gehört zum Selbstverständnis der Handlungsorientierung in der Palliativmedizin besonders dann, wenn es um Behandlungsbegrenzung oder -verzicht geht.

„Medizinisch notwendig“

In einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zum Antrag auf Genehmigung zweier Heimbeatmungsgeräte für die Patientin R. hieß es: „Die Versorgung mit zwei gleichen Beatmungsgeräten ist als medizinisch notwendig anzusehen. (...) Das Vorhandensein von zwei Beatmungsgeräten bedeutet auch eine deutlich längere Lebenszeit der einzelnen Geräte, zumindest bei regelmäßigem Wechsel der Geräte. (...) Beatmungsgeräte ‚leben‘ in der Regel sechs bis acht Jahre und können auch an andere Patienten weitergegeben werden. (...) Die Abschreibung von zwei Geräten beträgt bei 15 Jahren Beatmungsdauer etwa 4 €/Tag. Allein die Pflegekosten können das Hundertfache betragen.“

Die Förderung von Autonomie bei durch progrediente Krankheiten eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit ist eine Aufgabe, die in besonderer Weise fürsorgliche und verantwortungsvolle Unterstützung und verbindliche Berücksichtigung des Willens benötigt. Der Umgang mit Selbstbestimmung in der Auseinandersetzung um zulässige und unzulässige Formen der Sterbehilfe sollte deswegen vom Prinzip der ärztliche Fürsorge eines autonomen Sterbens geleitet werden und nicht vom Gedanken, den Tod herbeizuführen, was letztlich Zerstörung von Autonomie bedeutet.

Obwohl im Beispiel von Frau R. die Gesichtspunkte des Betreuers zu den Willens- und Wertebekundungen der Patientin nachvollziehbar waren, konnten sich die behandelnden Ärzte aufgrund der uneindeutigen Reaktionen der Patientin, nicht zu einem Abbruch der künstlichen Beatmung entscheiden. Schließlich gelang es, die Patientin sogar zu befragen. Entgegen allen Vermutungen und früheren Bekundungen äußerte sie sich dahingehend, dass die künstliche Beatmung mit andauernder Abhängigkeit nicht gegen ihren Willen erfolge – eine angesichts der eigentlich desolaten und ohne Aussicht auf Besserung fortbestehenden schwersten Erkrankungssituation mit vollständiger Pflegeabhängigkeit für alle Beteiligten eher mehr Unsicherheit als Klärung bringende Willensbekundung. Aufgrund dieser Willensbekundung der beatmeten Patientin konnte sich das Vormundschaftsgericht natürlich dem Antrag des Betreuers nicht anschließen. Die fortbestehende prognostische Unsicherheit der behandelnden Ärzte über den weiteren Verlauf führte zu der Entscheidung, die Dauerbeatmung bei Frau R. in einer dafür speziell geeigneten Einrichtung fortzusetzen; allerdings verständigte man sich mit der Patientin – soweit möglich – und dem Betreuer darauf, beim Auftreten von Komplikationen auf erneute intensivtherapeutische Maßnahmen zu verzichten bzw. die medizinische Indikation zu überdenken.

Behandlungsbegrenzung und Therapieverzicht sind Bestandteile ärztlichen Handelns.

Entscheidungen zur Behandlungsbegrenzung bzw. zum Therapieverzicht

Behandlungsbegrenzung und Therapieverzicht sind wichtige Bestandteile des ärztlichen Handelns, es gibt aber (noch) keinen klaren gedanklichen, rechtlich ausformulierten und in die Praxis umsetzbaren Rahmen für dieses Handeln. So besteht in Deutschland zwar ein grundsätzlicher Konsens über die Zulässigkeit von Behandlungsbegrenzung und zum Therapieverzicht in sterbenahen Situationen, d. h. den Verzicht auf Maßnahmen, die dazu beitragen, die Sterbezeit künstlich zu verlängern; es fehlen aber konkrete Kriterien, wann solche Situationen

eingetreten sind, d. h. welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

Zu wenig berücksichtigt wird, dass die Medikalisierung des Sterbens nicht nur mit einer Veränderung des Sterbeorts verbunden ist, sondern dass Sterbezeitpunkt und auch die Umstände des Sterbens in hohem Maße von ärztlichen Entscheidungen abhängen. Während sich das Sterben früher weitgehend im privaten Bereich vollzog, wird das Sterben innerhalb medizinischer Institutionen in der Regel erst ermöglicht, wenn auf Maßnahmen verzichtet wird, die zu einer – wenn auch begrenzten – Lebensverlängerung beitragen könnten. Besonders dann, wenn das Leben des Betroffenen künstlich, d. h. fremdbestimmt und mit ungewisser zeitlicher Perspektive aufrechterhalten wird, stellen Verzichtsentscheidungen hohe Anforderungen an alle Beteiligten [7]. Ob Behandlungsoptionen, z. B. die Gabe von Bluttransfusionen, die Entscheidung für oder gegen eine Antibiotikatherapie oder auch nur die Abwägung diagnostischer Maßnahmen, sinnvoll oder angezeigt sind, ist aber nicht nur eine aus „medizinischer Indikation“ zu treffende Angelegenheit.

Die rechtliche Unsicherheit über die Voraussetzungen einer Zulässigkeit von Therapiebegrenzung bzw. -beendigung bei infauster Prognose ist groß, sie be-

schäftigt hierzulande Medizin und Ärzteschaft, aber auch die praktische Rechtspraxis in besonderem Maße. So forderten in einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) 65% der befragten Ärzte eine rechtliche Regelung [8]. Das gilt besonders für solche Situationen, in denen die Selbstbestimmungsfähigkeit des Kranken eingeschränkt bzw. nicht vorhanden ist, und das ist in Todesnähe eigentlich immer der Fall. Die Bereitschaft zur Übernahme der moralischen Verantwortung von Verzichtentscheidungen und Behandlungsbegrenzung ist eine ärztliche Aufgabe, die durchaus eine emotionale Belastung sein kann. Dies trifft besonders zu, wenn es sich um Entscheidungen handelt, die dazu führen, dass früher begonnene lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr fortgesetzt werden sollen, um das Sterben zuzulassen. Dabei muss der Grundsatz gelten, dass Verzichtentscheidungen immer unter Berücksichtigung des Willens des Betroffenen getroffen werden und nicht aus anderen Erwägungen. Sich im Falle der Irreversibilität einer Erkrankung im Terminal- bzw. Finalstadium mit dem antizipierten Willen auseinanderzusetzen, den Betroffenen mit seinen individuellen und spezifischen Wertvorstellungen zu würdigen und im Dialog mit ihm, den Angehörigen, den Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuern Orientierungen und Konsens für verantwortbare, d. h. vor allem auch transparente Entscheidungen zu finden, ist ein Grundelement einer humanen Medizin und Sterbebegleitung, für die viele Ärzte weder ausreichend ausgebildet noch befähigt sind.

Umgang mit Ressourcen

Prioritätensetzungen spielen auch bei Entscheidungen zur Behandlungsbegrenzung und zum Therapieverzicht eine Rolle. Die Schwierigkeiten, medizinische Leistungen allen zukommend zuzulassen und Gesundheit sozial gerecht zu finanzieren, bestimmen zunehmend auch die Arzt-Patient-Beziehung. Besonders bei älteren Menschen spielen bei Entscheidungen in Grenzsituationen und am Lebensende inzwischen zunehmend auch wirtschaft-

liche Gesichtspunkte eine Rolle. Zwei Drittel des Krankenhausbudgets der gesetzlichen Krankenkassen werden für die Versorgung von Patienten in ihrem letzten Lebensjahr benötigt. Überlegungen zur Begrenzung von Therapieoptionen bei alten und schwerstkranken Menschen bergen die Gefahr in sich, dass auch Fragen von Lebenswert, Lebenswürde und Lebensberechtigung von Kosten-Nutzen-Analysen bzw. Nützlichkeitsabwägungen abhängig gemacht werden. Sicherlich ist es notwendig, im Umgang mit Ressourcen die Möglichkeiten der intensivmedizinischen Maximaltherapie auch unter wirtschaftlichen Aspekten kritisch zu beurteilen und sich nicht nur an medizinischen Indikationen und Erfolgsaussichten zu orientieren; dennoch besteht bei Therapiebegrenzung, Therapieverzicht und Konzentration auf Palliation auch die Gefahr, dass mit der Forderung, dem Sterben „bewusster“ zu begegnen und den physischen Tod eher zuzulassen, auch dem sozialen und psychischen Tod Vorschub geleistet wird, indem sich der soziale Druck auf die Betroffenen – das sind ja in zunehmendem Maße alte, aber auch behinderte Menschen – verstärkt, für ein rechtlich geregeltes, vorzeitiges Ableben Vorsorge zu treffen. Auch unter Knappheitsbedingungen muss darauf beachtet werden, dass das Gefühl, für andere kei-

nen Wert mehr zu haben bzw. schon gestorben zu sein, nicht auch als Aufforderung bzw. Pflicht empfunden wird, andere durch einen vorzeitigen Tod und den Verzicht auf angemessene Behandlungsmaßnahmen zu entlasten!

Literatur

- 1 Salomon F. Was bedeutet „medizinisch indiziert“ bei schwierigen Entscheidungen am Lebensende? Ethik-Forum Bad Kreuznach. 25. 8. 2007
- 2 Bockenheimer-Lucius. Warum wir uns eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung wünschen müssen. Hess. Ärzteblatt 2007; 8: 496–499
- 3 Rubin SB. When doctors say no. The battleground of medical futility. Indiana University Press, Bloomington, Indianapolis 1998
- 4 Jonas H. Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man. Prentice-Hall Englewood Cliffs 1974
- 5 Kettner M, May A. Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution. In: Jahrbuch 2000/2001 Kulturwissenschaftliches Institut im Wissenschaftszentrum NRW, Essen 2001, S487–499
- 6 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch. Ärztebl 2004; 101: A1298–1299
- 7 Carlet J, Thijs LG, Antonelli M et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. Intensive Care Med 2004; 30: 770–784
- 8 Müller-Busch HC et al. Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002 Z Palliativmed. 2003; 4: 75–84
- 9 Aldridge D Spirituality, healing and medicine. J. of Brit. Gen. Pract. 1991; 41: 425–427

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch
 Ltd. Arzt i. R.
 Universität Witten/Herdecke
 Rüsternallee 45, 14050 Berlin
 E-Mail: muebu@online.de

Fazit für die Praxis

- Die komplexen Entscheidungssituationen am Ende des Lebens können nur zum Teil durch rechtliche Rahmenbedingungen reguliert werden. Sie sind eine Herausforderung, in der neben Dialogbereitschaft vor allem Verstehen und Transparenz gefordert werden, um im Rahmen ethischer Prinzipien den besten Weg zu finden.
- In der Auseinandersetzung mit dem Willen und dem Wertesystem des individuell Betroffenen und der Situation, in der er sich befindet, kann die medizinische Indikation zur Behandlungsbegrenzung in einer dialogischen Beziehung relativiert werden und in der Berücksichtigung von Willen und Selbstbestimmung eine individuelle Dimension bekommen.
- Eine solche Herangehensweise erfordert eine Haltung, die sich bei der Diagnosestellung und Indikationsbestimmung nicht nur von Wahrscheinlichkeiten und Möglichkeiten bzw. medizinischem Krankheitswissen leiten lässt, sondern auch von einer an der Biografie des anderen sich orientierenden Menschenkunde bzw. einem sensiblen und partnerschaftlichen Verstehen des erkrankten Menschen.