



M. SCHRODER / AFGIS

Patient auf Intensivstation: „Ursprünglich sinnvolle Behandlungen wurden nahezu uferlos ausgeweitet“

DEBATTE

Vom Unheil sinnloser Medizin

Wird auf Intensivstationen unnütz Leben verlängert? Ist der hochgerüstete Klinikbetrieb noch an den Bedürfnissen des Kranken orientiert? In einem Beitrag für den SPIEGEL fordern Berliner Mediziner eine Wende im ärztlichen Denken. *Von Michael de Ridder und Wolfgang Dißmann*

De Ridder, 50, ist Leitender Oberarzt Innere Medizin der Rettungsstelle und Aufnahmeabteilung im Krankenhaus am Urban in Berlin Kreuzberg. Professor Dißmann, 66, war von 1974 bis 1997 Abteilungsleiter Innere Medizin und Intensivmedizin im Urban-Krankenhaus und Initiator des Deutschen Herzzentrums Berlin.

Wann und unter welchen Umständen darf ein Schwerstkranker sterben? Geraten immer mehr Patienten im Angesicht ihres Todes in eine Situation, die von Widersprüchen und Orientierungslosigkeit gekennzeichnet ist? Ist unser hochgerüsteter Medizinbetrieb un-

fähig, auf diese Frage eine überzeugende Antwort zu geben?

Seit Jahren findet im angloamerikanischen Raum eine Debatte statt, die von allen namhaften Fachzeitschriften aufgegriffen wurde und die das Thema hochrangiger Symposien war und ist. In Deutschland blieb sie bisher ohne Resonanz. Gemeint ist die Debatte um eine Entwicklung in der Medizin, die in den USA und in Großbritannien unter dem Terminus „Futility“ oder „Futile Medicine“ firmiert.

Im Deutschen entsprechen dem Terminus „Futility“ Begriffe wie „Aussichtslosigkeit“, „Unangemessenheit“ oder „Ineffektivität“. Das sind Worte, die dem Be-

mühen der Medizin und ihren Zielen – der Wiederherstellung der Gesundheit, der Linderung von Symptomen, der Lebensverlängerung, der Aufrechterhaltung von Organfunktionen und der Vermeidung von Schaden während einer Behandlung – zuwiderlaufen. Eine Behandlung gilt als „futile“, wenn sie nicht mit einem Höchstmaß medizinisch begründbarer Wahrscheinlichkeit heilen, bessern, lindern oder dem Patienten zumindest ein annehmbares Weiterleben ermöglichen kann.

Die „Futility“-Debatte unterscheidet bei der Behandlung Schwerstkranker oder in kritischen Lebenssituationen drei Varianten aussichtsloser oder unangemessener medizinischer Handlungen: Physiologisch aussichtslos ist zum Beispiel der Versuch, einen Patienten im kardiogenen oder septischen Schock, bei dem zuvor alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind, wiederzubeleben. Qualitativ aussichtslos ist eine Behandlung, die das Leiden eines Kranken eher vertieft, beispielsweise die Beatmung oder Dialyse eines Patienten mit weit fortgeschrittener Tumorerkrankung und bereits maximaler Behandlung. Aus quantitativen Gründen aussichtslos schließlich sind Behandlungen, bei denen die Erfahrung bei einer ausreichend großen Patientenzahl ergeben hat, daß sie vergebens sind: Von 398 Patienten

Fall 1: Der alleinstehende 84jährige Richard S., seit einem fatalen Schlaganfall sprachunfähig, halbseitig gelähmt und auf dauernde Pflege in einem Krankenhaus angewiesen, wird von der Nachtschwester bewußtlos, röchelnd und blau angelaufen in seinem Sessel aufgefunden. Schon zwei Tage zuvor bestanden Husten und Fieber. Rettungssanitäter der herbeigerufenen Feuerwehr beginnen an Ort und Stelle mit Wiederbelebensmaßnahmen, ein Notarzt wird alarmiert. Der plaziert einen Schlauch in der Luftröhre des Patienten und saugt große Mengen eitrigen Sekrets aus den Luftwegen ab. Im Krankenhaus wird eine ausgedehnte Lungenentzündung diagnostiziert. Wegen ungenügender Eigenatmung des Patienten entschließen sich die Ärzte zur künstlichen Beatmung und Intensivtherapie. Nach dreiwöchiger Behandlungsdauer, davon acht Tage auf der Intensivstation, wird der alte Herr in sein Krankenhaus zurückverlegt. Er ist nun depressiv, permanent ans Bett gefesselt und selbst beim Essen und Trinken gänzlich auf fremde Hilfe angewiesen.

nach Knochenmarkstransplantationen, die beatmungspflichtig wurden sowie Zeichen des Kreislaufversagens, der Leber- und Nierenschädigung aufwiesen, überlebte nicht einer.

Die Neigung deutscher Klinikärzte, eine aussichtslose Behandlung zu beginnen oder ihren Abbruch zu verzögern, wird nicht nur durch die alltägliche klinische Praxis belegt, sondern auch durch eine 1996 durchgeführte Umfrage unter 100 Klinikärzten (von denen 74 antworteten) zu verschiedenen Therapieentscheidungen bei hypothetisch hoffnungslos Kranken. Beispielsweise würde die Hälfte der befragten Ärzte eine 45jährige Frau mit Brustkrebs und Wirbelmetastasen, die infolgedessen eine hohe Querschnittslähmung erleidet und maschi-

gehen, sondern Eigeninteressen, Informationsdefiziten oder mangelnder Gewissenhaftigkeit, was zu unzumutbaren Risiken oder Belastungen des Patienten und vermeidbaren Kosten führt.

Zum anderen bewirken aggressive therapeutische Interventionen für zahlreiche Patienten, insbesondere Schwerstkranke und Sterbende, häufig nicht den gewünschten Erfolg. Sie ziehen vielmehr für die Betroffenen eine Lebenssituation nach sich, deren Qualität – nicht nach ärztlichem Ermessen, sondern aus Sicht des Patienten oder seiner Angehörigen – gegenüber dem unbehandelten Zustand eine erhebliche Verschlechterung darstellt, wie unsere Falldarstellungen verdeutlichen. Dabei sind nicht vereinzelte

den Zielen der Medizin zuwiderläuft? Hier beginnt das Dilemma.

Dieser Situation versuchen manche Ärzte und Kliniken dadurch zu enttrinnen, daß sie die Wiederbelebung Schwerstkranker nach dem „slow code“ durchführen. Gemeint ist eine zögerliche, halbherzige Wiederbelebung, die für Angehörige und Behandler lediglich Alibifunktion hat und ethisch zu verurteilen ist.

Bis weit in dieses Jahrhundert hinein war die Medizin hilflos, billig, jedoch dem Kranken zugewandt. Eine Lungenentzündung bei schwerster Grunderkrankung eines entkräfteten Patienten, wie wir sie am Beispiel des 84jährigen Patienten schildern (Fall 1), war in den Worten des großen Arztes Sir William Osler (1849 bis 1919) „the old man's friend“.

Die vor etwa 40 Jahren einsetzende revolutionäre Entwicklung der Medizintechnologie und der Arzneimittel führte vor dem Hintergrund der Auflösung sozialer Kontexte und parallel zu der Zersplitterung der Medizin in Spezialitäten und Subspezialitäten allmählich dazu, daß sie das Ganze – das Wohl des Patienten – weitgehend aus dem Auge verlor. Für viele wurde die klassische Medizin inhuman, sprachlos und kalt.

Heute ist es medizinischer Standard, eine Wiederbelebung zu versuchen, wenn ein Patient nach einem kurze Zeit zurückliegenden Herzstillstand leblos gefunden wird. Die Wiederbelebung von Herz und Lungen war in den sechziger Jahren für Patienten mit akutem Herzinfarkt oder schwerer Angina pectoris entwickelt worden, die sonst gesund waren, häufig in der Klinik aber eine letale Herzrhythmusstörung erlitten: „The heart was too good to die.“

Monitorüberwachung, Elektroschockbehandlung und Wiederbelebung machten dieses plötzliche und tödliche Ereignis beherrschbar. So verließen mehr als 50 Prozent dieser Patienten das Krankenhaus ohne wesentliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Entsprechende Erfolge sah man auch bei akuten Vergiftungen oder bösartigen Herzrhythmusstörungen während oder unmittelbar nach Operationen in Narkose.

Diese also ursprünglich für höchst sinnvolle Indikationen eingeführten Behandlungen erfuhren innerhalb weniger Jahre eine unkritische, heute nahezu uferlose Ausweitung. So sank die Zahl der nach Wiederbelebung im Krankenhaus entlassenen Patienten auf 17 Prozent; fand die Reanimation außerhalb des Krankenhauses statt, gar auf 9 Prozent, wobei ein nicht geringer Teil der Patienten mehr oder weniger schwere und bleibende neurologische Schäden aufweist. Die Erfolgsrate von Wiederbelebungsmaßnahmen ist praktisch gleich Null bei Patienten mit metastasierenden Tumorleiden oder herzbedingtem Kreislaufstillstand, dessen Dauer bei Er-



S. SCHRAMPS / IMAGES DE

Mediziner de Ridder, Dißmann: „Notwendig ist ein Richtungswechsel in der Medizin“

nell beatmet wird, trotz des Wunsches des Ehemanns, seine Frau sterben zu lassen, weiterbeatmen.

Die Medizin verfügt heute für viele Patienten über hocheffektive, ja im Einzelfall spektakuläre Möglichkeiten, die Lebensqualität und Lebensprognose zu verbessern. Gleichzeitig aber treten ihre Defizite immer häufiger und bedrückender zutage.

Zum einen wird die praktische Medizin mehr und mehr von nutzlosen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen infiltriert, während Nützlichendes unterbleibt: Nur ein Viertel der Patienten mit der Volkskrankheit Bluthochdruck werden als solche erkannt und sind medikamentös gut eingestellt. Nur ein Viertel aller Patienten mit schwerer Herzschwäche wird optimal behandelt. Bei 80 Prozent der geriatrischen Fälle werden Depressionen übersehen. Mehr als 70 Prozent aller ärztlich behandelten Infektionen der oberen Luftwege werden antibiotisch behandelt, obwohl es medizinisch gesichert ist, daß es sich nahezu immer um Viruserkrankungen handelt, bei denen Antibiotika nichts helfen.

Oft folgen ärztliche Entscheidungen nicht wissenschaftlichem Denken und Vor-

fatale Krankheitsverläufe dokumentiert, sondern alltägliche Patientenschicksale, zehntausendfach niedergelegt in deutschen Klinikarchiven.

Der Graben zwischen den heute möglichen medizinischen Leistungen und ihrer Wirklichkeit beschreibt aus unserer Sicht das zentrale Dilemma gegenwärtiger Medizin. Es erhält eine überragende Bedeutung, wenn diese Problematik das Lebensende überschattet, zum Beispiel bei Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen, schwerer Herzinsuffizienz, Lungen- oder Lebererkrankungen im Endstadium, terminaler Aidserkrankung, ausgehendem Schlaganfall oder schwerer Alzheimer-Demenz.

Die Entscheidung zum Beginn einer Wiederbelebung – die immer die Gefahr schwerer Traumatisierung birgt, besonders bei gebrechlichen älteren Menschen – orientiert sich an klaren Richtlinien, die die internationale Gesellschaft für Reanimation (Icor Advisory Statement) 1997 verbindlich auf den letzten Stand des Wissens gebracht hat.

Doch wann ist von vornherein auf eine Wiederbelebung zu verzichten? Wenn sie

wachsenen die Wiederbelebungszeit des Gehirns überschritten hat.

Auch andere bedeutsame Behandlungsmethoden wie maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung, Nierendialyse und bestimmte Pharmakotherapien wurden schrankenlos angewandt. So schuf die Medizin während der letzten Jahrzehnte ein bis dahin unbekanntes Spektrum „klinischer Realitäten“, deren folgenreichste zweifellos der Hirntod ist, der erst im letzten Jahr durch Bundestagsbeschluss seine rechtliche Legitimation erhielt.

Heute überleben Patienten mit schwersten körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder Gebrechen und höchstgradig beeinträchtigter Lebensqualität. Das erbarmungslose Ende dieses Spektrums bilden Kranke, die im Wachkoma (apallisches Syndrom) auf unbestimmte Zeit in Pflegeeinrichtungen oder gar Intensivstationen zu sterben gehindert werden. Klinisch gekennzeichnet ist das Wachkoma durch einen irreversiblen und kompletten Ausfall des Großhirns bei partiell erhaltener Funktion des Zwischenhirns und des Hirnstamms sowie durch ein völliges Fehlen der Wahrnehmung des Selbst und der Außenwelt.

Die ganze Grausamkeit dieses unbeschreiblichen Zustands – „a brain too bad to live“ – erschließt sich nur dem behandelnden medizinischen Personal und den Angehörigen dieser Lebenden und doch Toten. Ergreifende Berichte wie der von Patricia Brophy, einer strenggläubigen Katholikin, die über Jahre vor amerikanischen Gerichten darum stritt, bei ihrem apallischen Mann die lebenserhaltenden Maßnahmen wie Flüssigkeitszufuhr, Ernährung und Antibiotikagabe zu beenden, zeigen das ganze Ausmaß einer in sich selbst verstrickten Medizin, die sich humanem Handeln am Lebensende mehr und mehr ent-

Fall 2: *Walter R., ein 36jähriger Patient, seit sieben Jahren infolge einer Schädel-Hirn-Verletzung nach suizidalem Kopfschuß im Wachkoma (apallisches Syndrom), wird von seinem Vater, unterstützt von Pflegekräften, rund um die Uhr zu Hause versorgt. Wegen Schluckunfähigkeit legte man durch die Bauchdecke eine Ernährungssonde; dennoch kam es immer wieder zu Erbrechen mit Aspiration von Mageninhalt in die Lunge und nachfolgenden Lungenentzündungen. Wegen einer erneuten Lungenentzündung wird der Patient wiederum stationär aufgenommen. Schon während zahlreicher früherer Klinikaufenthalte seines Sohnes hatte der Vater immer wieder sämtliche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen akribisch kontrolliert und unablässig Einblick in die Krankenunterlagen gefordert. Wie bereits zuvor besteht der Vater auch jetzt darauf, seinem zu keiner eigenen Äußerung fähigen Sohn jede nur denkbare medizinische Intervention zuteil werden zu lassen. Es kommt zur Verlegung auf die Intensivstation, um die vom Vater geforderten Leistungen erfüllen zu können. Nach Abklingen der Lungenentzündung entläßt man Walter R. zurück in die häusliche Pflege. Gespräche über die tragischen Existenzbedingungen seines Sohnes und die Zumutbarkeit einer künftig drohenden maschinellen Beatmung lehnt der Vater ab.*

fremdet hat: „... Ja, er existierte noch, er siechte dahin ... seine Arme und Beine spastisch verkrampft und wie nach langem Hunger fleischlos und mit spitz hervortretenden Knochen ... Leib und Gesicht gedunsen ...“

Hierzulande steht einer breiten und offenen Diskussion des medizinischen Umgangs mit dem Lebensende ein besonderes, geradezu tragisch zu nennendes Hindernis entgegen. Obwohl es um nichts Geringeres geht als um würdiges Leben und Sterben, dominiert die Tendenz zur Tabuisierung dieser Thematik wegen der menschenverachtenden Verbrechen des Nationalsozialismus.

Wir sind hingegen der Auffassung, daß die deutsche Ärzteschaft, gerade wegen der unter ihrer eigenen Mitwirkung begangenen Verbrechen, die Verpflichtung hat, diese Debatte aktiv mitzugestalten. Sie darf sich nicht durch den gebetsmühlenartig wiederholten Verweis auf die deutsche Vergangenheit ihrer Verantwor-

tung für moribunde Patienten entziehen, denen sie ein Sterben in Würde und frei von Angst und Schmerz schuldet.

In Deutschland fordert die Vereinigung Schädel-Hirn-Patienten in Not e. V. den maximalen Einsatz aller medizinischen Möglichkeiten, um apallischen Patienten „eine langfristige und menschenwürdige Lebensperspektive“ zu gewähren. Nach Ansicht des Vorsitzenden dieses Vereins, Walter Ullmer, ist „die Ernährung über Magensonde für Patienten im Wachkoma normal und über Jahre unproblematisch durchzuführen“. Uns bleibt nur Fassungslosigkeit angesichts einer solchen Vorstellung von menschlicher Würde.

Mitunter stellen Angehörige von Wachkomapatienten aus weltanschaulichen oder persönlichen Gründen oder weil sie an Wunder oder an göttliche Heilung glauben, an Ärzte und Pflegepersonal die Forderung, für die Erhaltung des Lebens alles Erdenkliche zu tun. Gemeint ist die Behandlung von Komplikationen, die beispielsweise einen operativen Eingriff oder gar eine „Wiederbelebung“ bei einem Wachkomapatienten erforderlich machen.

Wer religiöse oder kulturelle Gründe oder Wunderglauben zum Maßstab medizinischen Handelns macht, widerspricht dem fundamentalen Prinzip der Medizin, die Begrenztheit ihres Handelns zu respektieren. Im Falle des apallischen Patienten, den wir schildern (Fall 2), überträgt der Vater die ganze Bürde, das Leben seines Sohnes immer wieder und mit allen Mitteln zu erhalten, auf Ärzte und Pflegepersonal, für die dieser Auftrag ein würdeloses Ausüben ihres Berufes darstellt. Es muß die Frage erlaubt sein, ob hier nicht zielgerichtetes medizinisches Handeln in symbolisches Tun transformiert wird, das darauf hinausläuft, den Vater zu „behandeln“, und nicht seinen aussichtslos kranken Sohn.

Erstaunlicherweise ist die Rechtsprechung zu Fragen der Medizin am Lebensende beispielsweise in den USA (jüngste Urteile des Supreme Court), aber auch in



Notärztlicher Einsatz: Für viele wurde die Medizin inhuman, sprachlos und kalt

Deutschland (BGH-Urteile), der praktizierten Medizin weit voraus. Sie mißt den Ärzten in Entscheidungssituationen am Lebensende einen wesentlich größeren Handlungsspielraum zu, als diese auszuschöpfen bereit oder willens sind.

Mehr noch: Heute kann die Vorenthaltung einer medizinisch gebotenen und vom Patienten gewünschten Behandlung von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen (Angst, Luftnot, Erbrechen) eine strafrechtsrelevante Körperverletzung durch Unterlassen darstellen, selbst wenn der Tod die unbeabsichtigte Folge derartiger Hilfe darstellt. Umgekehrt ist eine Operation oder Ausschöpfung intensivmedizinischer Technik rechtswidrig, wenn sie dem mutmaßlichen oder erklärten Willen eines kompetenten Patienten widerspricht, wie im Fall der 91jährigen Dame (Fall 3).

Der seit April 1997 zur Diskussion stehende Entwurf der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlungen“ verdient die Bezeichnung Richtlinie bisher nicht, weil er oberflächlich bleibt und ungenau dort, wo der klinische Alltag klare Entscheidungshilfen fordert.

Bei Patienten mit hoffnungsloser Prognose oder apallischem Syndrom fordert der Entwurf Basishilfen: „Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Freihalten der Atemwege, Flüssigkeitszufuhr und natürliche Ernährung.“ Im Klartext: Ein Patient, der auf natürlichem Wege keine Nahrung zu sich nehmen kann, darf verhungern, aber nicht verdursten.

Wir sind der Meinung, daß ein Sterbender oder apallischer Patient nicht in Teile zerlegt werden kann, denn jeder Teilaspekt hat Auswirkungen auf das Ganze. Und in der Medizin ist das Ganze der ganze Patient.

Es verwundert nicht, wenn in der gegenwärtigen Situation das Patiententestament zentrale Bedeutung haben soll. Der Patient soll autonom entscheiden, sein eigenes Schicksal vorsorglich bestimmen.

In Wirklichkeit ist das Patiententestament allenfalls eine gutgemeinte Illusion. Es ist letztlich geboren aus der Not von Patienten und Angehörigen, gegenüber denen die Medizin versagt, weil sie ein Sterben in Würde, ohne Schmerz und unnötiges Leid nicht möglich macht. Der Schwund des Vertrauens in die Medizin bei großen Teilen der Gesellschaft ist nach unserer Überzeugung der tiefere Grund für die Propagierung des Patiententestaments, das die Ärzteschaft entlastet, den Patienten aber belastet.

„Futile Medicine“ nicht zu akzeptieren bedeutet nicht Hoffnungslosigkeit, therapeutischen Nihilismus oder Ablehnung medizinischen Fortschritts. Vielmehr gilt es zu erkennen, daß für manche Patienten medizinische Möglichkeiten zur Behandlung ihrer Krankheit noch nicht existieren, vielleicht nie existieren werden. Diese Grenze

bedeutet aber vor allem: Notwendig, wenn auch allen mächtigen Strömungen gegenwärtiger Medizin zuwiderlaufend, ist ein Richtungswechsel der Medizin. Will sie auch künftig ihrer Verantwortung gerecht werden und ihren Auftrag erfüllen, muß die Medizin ihre Fixierung auf technologische Behandlungen aufgeben und sich der Herausforderung einer offensiven, qualitativ hochwertigen und liebevollen Patientenversorgung stellen. Plakatativ formuliert: Care statt cure.

Nicht wenige Menschen glauben, daß die Verheißungen der Medizin zu Drohungen geworden sind; daß die Medizin die Verpflichtung und die Chance, ihr ethisches Selbstverständnis zu erneuern, längst vertan hat. Wahrscheinlich ist, daß allein sogenannte ökonomische Zwänge und in ihrer Folge der Selektionsgedanke die Zukunft der Patientenversorgung bestimmen und die Bedeutung ärztlichen

Fall 3: Wegen einer akuten schweren Darmblutung wird die 91jährige Wilhelmine S. in Begleitung ihrer Tochter in der Rettungsstelle eines Krankenhauses aufgenommen. Die Auswirkungen des Blutverlusts lassen sich zunächst durch Infusionen beherrschen. Frau S., im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte, lehnt unmißverständlich und einvernehmlich mit ihrer Tochter jeglichen operativen Eingriff ab, einer Darmspiegelung stimmt sie zu. Sie erklärt, daß sie nach einem erfüllten Leben nun sterben möchte. Die notfallmäßige Spiegelung des Dickdarms zeigt eine Blutung, die mit dieser Intervention jedoch nicht zum Stillstand zu bringen ist. Die Patientin lehnt eine Bauchoperation wiederum ab. Dies wird ärztlicherseits schließlich hingenommen. Am folgenden Morgen wird Frau S. einem leitenden Chirurgen vorgestellt. Er akzeptiert die getroffenen Entscheidungen nicht und setzt eine Dickdarmresektion zwecks Stillung der Blutung durch. Frau S. verstirbt wenige Stunden nach der Operation.

Handelns relativieren und einschränken werden.

Roger C. Bone, ein US-Intensivmediziner, äußerte sich in der Fachzeitschrift „Critical Care Medicine“. Selber todkrank und um die Hoffnungslosigkeit seiner Erkrankung wissend, wünschte er sich und allen Patienten in ähnlicher Lage das Glück eines zugewandten und kompetenten Arztes, der ihn an die Hand nimmt, ihn den Gedanken an magische Heilung vergessen läßt und ihm im Sterben hilft, ihn begleitet: Wie würdest du, Arzt, für deine geliebten Angehörigen in meiner Situation entscheiden? Ein Wunsch, naheliegend und schlicht. Warum ist er so schwer zu erfüllen? ◆