T. Graf-Baumann • Teningen

Ethik in der Intensivmedizin

Braucht der Arzt Entscheidungshilfen von außen?

„Verzicht auf Therapie
muß keine Entscheidung zum
'Sterbenlassen' bedeuten.“

Die Diskussion von ethischen Fragen in der Intensivmedizin ist einerseits geprägt von den umfangreichen Möglichkeiten, die eine forcierte Intensivtherapie bietet, andererseits von ihren Grenzen, die sich allein aus der Tatsache ergeben, daß die Intensivmedizin Patienten zuteil wird, die an lebensbedrohlichen Erkrankungen mit Ausfall einer oder mehrerer wichtiger Organfunktionen leiden.

Es kommt dabei wesentlich darauf an, daß solche Patienten diese Erkrankungen ohne intensivmedizinische Maßnahmen nicht überleben würden, worauf List in seinem Beitrag zu Recht hinweist. Die nunmehr über 30jährige Erfahrung mit intensivmedizinischen Maßnahmen und die ungeheuere technische Entwicklung auf diesem Gebiet haben natürlich zunehmend – auch unter dem Druck öffentlicher Diskussionen und der Einschränkung ökonomischer Ressourcen im gesamten Gesundheitswesen – Fragen aufgeworfen, wo denn die Grenzen dieser Intensivmedizin liegen.

Solche Grenzen finden wir einmal da, wo jeder Einsatz intensivmedizinischer Verfahren einfach zu wenig ist, um Leben zu erhalten oder wiederherzustellen, da Art und Ausmaß der Erkrankung oder Verletzung eine wirksame Therapie ausschließen. Wir stehen trotz aller Möglichkeiten vor der unabänderlichen Tatsache des Todes und sind als Ärzte und Pflegekräfte gefordert, dies akzeptieren zu können und für die hinterbliebenen Angehörigen tröstende Gesprächspartner zu sein.

Grenzen liegen aber auch da, wo wir von einem Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken sprechen. Hier sind diese Grenzen der Intensivtherapie keineswegs so eindeutig durch die Art und das Ausmaß der Erkrankung/Verletzung bestimmt, daß jede Hilfe aussichtslos wäre. Der Begriff „Sterbehilfe“ mit seiner gerade in dieser Gesellschaft belasteten Historie kommt in die Diskussion. Moralische Debatten über die Zulässigkeit von Sterbehilfe drehen sich in Deutschland vorrangig um deren aktive Form, insbesondere um Tötung auf Verlangen, was unter Strafe steht.

Den im intensivmedizinischen Alltag stets im Vordergrund stehenden Fragen der sogenannten passiven Sterbehilfe bei Schwerstkranken wird dagegen weniger Aufmerksamkeit geschenkt, so B. Schöne-Seifert und C. Eickhoff in ihrem Beitrag „Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken“ (Ethik in der Medizin, 1996, 8:183-216). Beide Autoren bevorzugen in diesem Zusammenhang den Begriff „Therapieverzicht“ nicht wegen seiner größeren Harmlosigkeit, sondern vor allem deswegen, weil er – anders als „Sterbehilfe“ mit ihren uneinheitlichen und normativ aufgeladenen Aktiv-Passiv-Klassifizierungen – zunächst ein rein deskriptiver Oberbegriff ist. „Therapieverzicht“ muß keineswegs eine Entscheidung zum Sterben (lassen) sein, sondern kann sich auch auf weniger einschneidende Maßnahmen beziehen.

Prof. Dr. T. Graf-Baumann
Schillerstraße 14, D-79331 Teningen

Es herrscht allgemeine Uneinigkeit bereits über die begriffliche Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Therapieverzicht und erst recht über die relevanten moralischen Unterscheidungen. Fragen stellen sich ferner zur Definition zureichender Patienten-Urteilsfähigkeit, der Verbindlichkeit verschiedener Formen von Patientenverfügungen, der Bedeutung von Angehörigenwünschen, den Kriterien des Wohls und der Würde nicht mehr urteilsfähiger Patienten oder der Unverzichtbarkeit bestimmter Behandlungsformen. Überdies ist die Rechtsunsicherheit in diesen Fragen allgemein groß. Gesetzlich sind sie nicht ausdrücklich geregelt, von Gerichten wurden bisher nur wenige Sterbehilfefälle verhandelt, und das umfangreiche juristische Schrifttum zu diesen Fragen diskutiert und plädiert sehr kontrovers. Wie diese Defizite sich für tatsächliche Entscheidungen zum Therapieverzicht auswirken, ist weitgehend unbekannt.

In einer sogenannten Vignetten-Studie im Rahmen eines größeren Ethik-Projektes der Deutschen Forschungsgemeinschaft werden mit Hilfe von 10 hypothetischen Therapieverzichts-fällen Entscheidungs- und Begründungsmuster erfasst, die jedenfalls einen gewissen Rückschluß auf die tatsächliche Handhabung von Therapieverzichts-fällen erlauben und so zum Ausgangspunkt einer problemorientierten Ethikdiskussion dienen könnten.

Auf diese problemorientierte Ethikdiskussion kommt es entscheidend an.

Im Ergebnis der Studie kommt kurz zusammengefaßt zum Ausdruck, daß sich die befragten Ärzte offensichtlich weniger als die Pflegekräfte Entscheidungshilfen von außen wünschen. Ob sie dabei ihre „Erfahrung“, ihr „Gewissen“ oder das Team-Votum für tatsächlich ausreichend oder nur für die beste aller schlechten Möglichkeiten halten, bleibt offen. Pflegekräfte plädieren in höherem Maße als Ärzte für Reformen

im Standes- oder Strafrecht und für das Einbinden von Klinikseelsorge oder klinischen Ethik-Kommissionen in Entscheidungsprozesse über den Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken. Ermutigen muß in dieser Studie schließlich das in beiden Gruppen hohe Interesse an Debatten und die Fortbildung in der Medizinethik.

Nur bei manchen mag dieses Interesse durch die Auseinandersetzung mit diesen hypothetischen Fällen (Vignetten) geweckt worden sein, denn auch hier sind die Reaktionen noch einmal völlig unterschiedlich. Von „Ich habe dazu nichts mehr zu sagen“, „Bin damit gut klar gekommen“ bis zu „Ja, gelegentlich ist mir fast heiß geworden, da war es gut, das nicht selbst entscheiden zu müssen; manche Fälle waren eine wahre Zwickmühle und hoch brisant“ reichten die Antworten auf die nachträgliche Frage nach Schwierigkeiten beim Beantworten der Vignetten-Fragen. Bemerkenswert war in dieser Studie der auffällig stark geäußerte Bedarf nach mehr Fortbildung und Diskussionen in der Medizinethik, die Forderung nach klinischen Ethikkommissionen, einer deutlicheren Haltung des Strafrechts aber auch die Feststellung, daß 42% der Ärzte und 33% der Pflegekräfte das eigene Gewissen in den Vordergrund stellen, während 24% der Ärzte und 17% der Pflegekräfte eine Teamentscheidung anstreben.

Das Ergebnis dieser Studie scheint in eindrucksvoller Weise wiederzugeben, daß die zunehmende Auseinandersetzung mit Fragen der medizinischen Ethik und die damit verbundene Fortbildung in den vergangenen Jahren wesentlich mehr zu einem „normalen“ Umgang mit den Grenzen der Intensivmedizin beigetragen haben als es normative Regelungen konnten, wie sie z.B. in dem Beitrag von Moor über die DNR-Verfügungen in den USA dargestellt sind.

Eine Auseinandersetzung mit Fragen der medizinischen Ethik setzt die Kenntnis der Terminologie und ein weitgehend unselektives Wahrnehmungsvermögen bei allen Beteiligten voraus.

Begriffe wie Wertebild, Menschenbild, persönliche und institutionelle Verantwortlichkeit, aber auch Gesundheit und Lebensqualität sind von grundlegender Bedeutung. Auseinandersetzungen mit dem sozialen und politischen Wandel in unserer Gesellschaft, den Veränderungen der Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung, einer geänderten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, die das Solidaritätsprinzip in Frage stellt und schließlich die Notwendigkeit einer Neuformulierung des therapeutischen Auftrages gehören zur Auseinandersetzung mit Fragen der medizinischen Ethik.

Elemente aus der modernen Organisationsentwicklung und Organisationspsychologie erleichtern die Fortbildung für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter intensivmedizinischer Einrichtungen, da sie die vielfachen Vernetzungen in Organisationen besser verstehen und akzeptieren helfen, Aspekte wie Hierarchie, Zielvorstellungen, Leitlinien, Rahmenbedingungen, Kommunikation und Motivation, Unterschiedlichkeit von Persönlichkeitsstrukturen, den Wert von Bildung und Fortbildung, Führungsverhalten und Gruppenfähigkeit und schließlich Analysen struktureller und funktioneller Störungen.

Die Beschäftigung mit diesen Themen, das möchte ich abschließend feststellen, betrifft allerdings nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Intensivmedizin, sondern alle im Gesundheitswesen Tätigen.

Toni Graf-Baumann