

Die Versorgung Sterbender auf Intensivstationen*

– Gedanken zur internationalen Konsensus-Konferenz zum Thema „End-of-Life Care in the ICU“

End-of-life care in the ICU – reflections about an international consensus-conference

A. Michalsen¹ und K. Reinhart²

¹ Divisie Perioperative Zorg en Spoedeisende Hulp, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Niederlande
(Direktor: Prof. dr. C. Kalkman)

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
(Direktor: Prof. Dr. K. Reinhart)

Zusammenfassung: Im April 2003 kamen auf einer internationalen Konsensus-Konferenz in Brüssel Kernfragen zur Versorgung Sterbender auf Intensivstationen zur Sprache. Konsensus besteht darüber, dass danach gestrebt werden soll, den Patienten ein Sterben frei von vermeidbarem Schmerz und Leid zu ermöglichen. Die Verfahrensweise sollte auch von religiösen und kulturellen Wertvorstellungen des Patienten bestimmt sein. Als Modell zur Entscheidungsfindung wird das „model of shared decision“ vorgeschlagen. Eine Kommission der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) befasst sich inzwischen mit der Thematik.

Summary: In April 2003, a consensus meeting was convened in Brussels to discuss core questions of end-of-life care in intensive care units. Consensus was reached that physicians should aim to ensure that dying patients are free of avoidable pain and distress. At the same time, the cultural and religious ideals of the patient should also be taken into consideration. The „model of shared decision“ was adopted as an appropriate decision-making model. A task force of the German Interdisciplinary Society of Intensive Care and Emergency Medicine was commissioned to address relevant issues.

Schlüsselwörter: Intensivmedizin – Ethik – Palliativmedizin
Keywords: Intensive Care – Ethics – Palliative Care.

Im April 2003 wurde in Brüssel eine zweitägige internationale Konsensus-Konferenz zum Thema „End-of-Life Care in the ICU“ abgehalten. Aus diesem komplexen Themengebiet wurden in etwa 30 Vorträgen fünf Kernfragen mit dem Ziel einer Bestandsaufnahme und einer Erarbeitung gemeinsamer Standpunkte behandelt. Die Konferenz wurde von mehreren intensivmedizinischen Fachgesellschaften, darunter die European Society of Intensive Care Medicine, unterstützt und zählte etwa 130 Teilnehmer. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse dieser Konferenz unter Bezugnahme auf das entsprechende Abschlussdokument [1] dargestellt und kommentiert.

„Is there a problem with end-of-life care?“

Die Vorträge und Diskussionen zu dieser Frage zeigten, dass vielerlei Probleme bezüglich der Versorgung Sterbender auf Intensivstationen wahrgenommen werden, unter anderem terminologische Unklarheiten, prognostische Unsicherheiten oder Kommunikations- und Dokumentationsmängel. Auch werden deutliche Anforderungen an die Ausbildung zur „Sterbebegleitung“ sowie Klarheit bezüglich der (rechtlichen) Autorisierung der beteiligten Parteien vermisst. Schließlich wird eine auffallende Variabilität in Inhalt und Durchführung von Therapielimitierungen beschrieben, und zwar sowohl innerhalb einzelner Länder als auch im Ländervergleich. Konsensus besteht darin, dass Intensivstationen als Closed-format-Stationen organisiert sein sollen, wobei Ärzte und Pflegepersonal über ausgewiesene intensivmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen sollen. Es ist auch unwidersprochen, dass die Versorgung Sterbender auf Intensivstationen gesundheitsökonomisch teuer ist.

Wichtig erscheint erstens die Klärung von Begriffen und Konzepten. Der häufig gebrauchte Begriff „futility“ beispielsweise, der die Durchführung nicht sinnvoller medizini-

scher Maßnahmen bezeichnen soll, ist noch immer nicht klar umschrieben. Der Begriff „Euthanasie“ wird fälschlicherweise zur Beschreibung „passiver Sterbehilfe“ (in der Intensivmedizin) gebraucht – das entspricht weder dem historischen Kontext noch einer inzwischen in den Niederlanden und Belgien rechtlich möglichen ärztlichen Handlungsweise. Zweitens sind offene Diskussionen darüber notwendig, welche (lebensverlängernden) Therapiemaßnahmen nicht eingeleitet oder nicht weitergeführt werden sollen (z.B. auch Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr?). Auch besteht kein Konsensus darüber, ob Nichteinleiten und Abbruch solcher Maßnahmen, ethisch gesehen, als gleichwertig zu betrachten sind. Drittens bleibt die Frage zu beantworten, wie viel palliativmedizinische Kenntnis der Intensivmediziner haben soll.

Epidemiologie des Sterbens

Der Tod von Patienten auf Intensivstationen ist wohl häufig vorhersehbar. Allerdings sind verlässliche epidemiologische Aussagen zu Mortalität und Todesursachen auf Intensivstationen nicht überall verfügbar. Die Mortalität soll ungefähr 20% betragen, wobei überdurchschnittlich viele alte Menschen betroffen sind. In Bezug auf die Sterbehäufigkeit auf Intensivstationen ist nicht einheitlich geklärt, welche Patienten der „population at risk“ zugerechnet werden sollen: alle aufgenommenen Patienten oder nur Patienten mit bestimmten Score-Mindestwerten oder nur Patienten mit bestimmten Mindestliegedauern? Jedenfalls handelt es sich bezüglich der Versorgung Sterbender um eine Subpopulation, bei der die fortgesetzte Durchführung invasiver und aggressiver Therapiemaßnahmen mit großer Wahrscheinlichkeit keine Verbesserung mehr erwirken kann. Diese Subpopulation wird von den Aufnahme- und Entlasskriterien

* Rechte vorbehalten.

deutlich beeinflusst, die nicht einheitlich beschrieben sind. Die Sektionsfrequenz ist in vielen Ländern sehr klein – vermutlich auch bei auf Intensivstationen Verstorbenen. Die Inzidenz der Limitierung lebensverlängernder Maßnahmen (auf Intensivstationen) weist europaweit offenbar große Unterschiede auf, sie soll etwa 20 - 50% betragen. Die Messgrößen zur Prozess- und Ergebnisqualität sind eher qualitativ denn quantitativ, statistisch also mühsam zu bewerten. Schließlich bleiben Aussagen über die Prognose individueller Patienten trotz mehrerer Score-Systeme (z.B. APACHE, SOFA, TRISS) zweifelhaft, so dass das Risiko der Über- oder Unterversorgung zu bedenken ist.

Wichtig erscheint erstens eine Definition der “population at risk”, um zu vergleichbaren Aussagen zur Mortalität und zur Limitierung lebensverlängernder Maßnahmen auf Intensivstationen zu kommen. Dazu ist zweitens die Definition einheitlicher Aufnahme- und Entlasskriterien wünschenswert. Drittens bleibt die Frage zu beantworten, wie viel biometrische Kenntnis der Intensivmediziner haben soll.

Nationale und kulturelle Unterschiede

Die Vorträge und Diskussionen zu dieser Frage zeigten, dass einerseits transatlantische Unterschiede unter anderem in der rechtlichen Stellung der Parteien bezüglich therapeutischer Entschlüsse bestehen, wobei die Befugtheiten der Familie wohl jenseits des Atlantik deutlich größer sind. Andererseits besteht auch ein europäisches Nord-Süd-Gefälle, wobei der paternalistische Umgang mit Patienten in den südeuropäischen Ländern ausgeprägter und die Limitierung lebensverlängernder Maßnahmen seltener sind als in den mittel- und nordeuropäischen Ländern. Unterschiede bestehen auch in der Häufigkeit, mit der “do not resuscitate”-Verordnungen erfolgen. Die Kenntnis der “Ethnie” oder der “sozio-kulturellen Einbettung” von Patienten erscheint innerhalb der modernen Gesellschaften immer wichtiger, um unter anderem tatsächlich autonome Patientenentscheidungen zu ermöglichen. Allein handelt es sich hierbei um soziologische Termini, nicht um medizinische. Die Rolle religiöser Wertvorstellungen bedarf vermutlich einer weiterer Klärung ebenso wie diejenige von “ethischen Konsilen”. Konsensus besteht darin, dass die Wertvorstellungen der Patienten oder ihrer Familien nicht medizinisch sinnlose Therapiemaßnahmen erzwingen können sollen.

Wichtig erscheint erstens die Verdeutlichung der jeweils nationalen rechtlichen Sachlage, insbesondere bezüglich der Entscheidungsbefugnis bei Therapieeinschränkung oder -abbruch. Da solch schwerwiegende Entscheidungen aber prinzipiell mit den Patienten – und nicht gegen sie oder über sie hinweg – gefällt werden sollen, ist zweitens eine Vergewärtigung der persönlichen Wertvorstellungen der Patienten notwendig. Transatlantische Unterschiede in der rechtlichen Stellung des behandelnden Teams wiegen dadurch möglicherweise minder schwer. Drittens bleibt die Frage zu beantworten, wie viel soziologische Kenntnis der Intensivmediziner haben soll.

Entscheidung zur Limitierung lebensverlängernder Maßnahmen

Es besteht Konsensus, dass die Entscheidung zur Therapie-limitierung im besten Interesse des Patienten gefällt wird,

also medizinisch begründet und auf ethischen Prinzipien gegründet sein muss. Neben der Patientenautonomie und dem Prinzip des “primum nil nocere” wird die distributive Gerechtigkeit angeführt. Gerade die Beachtung dieses Prinzips kann allerdings dem einzelnen Arzt zumuten, eine Entscheidung fällen zu sollen zwischen der optimalen Behandlung seiner individuellen Patienten und dem utilitaristisch größtmöglichen Wohl für viele Patienten überhaupt. Gründe zur Therapielimitierung sind der entsprechende Wille des Patienten, eine offenbar infauste Prognose und Therapieversagen. Als Modell zur Entscheidungsfindung wird das “model of shared decision” vorgeschlagen, d.h. die gemeinsame und partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Patient (und/oder seiner Familie) und Behandlungsteam auf dem Boden der medizinischen Gegebenheiten und der persönlichen Wertvorstellungen des Patienten. Dazu sind insbesondere kommunikative Fähigkeiten erforderlich, die angelsächsisch umschrieben werden mit “communication, partnership, consensus-building”. Es ist bemerkenswert, dass nur etwa 5% der betroffenen Patienten zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung noch in der Lage sein sollen, daran selbstbestimmt teilzuhaben. Die gewichtige Rolle der kulturellen und religiösen Verwurzelung des Patienten und seiner Familie wird nochmals unterstrichen.

Wichtig erscheint erstens die Klärung der zugrundeliegenden ethischen Prinzipien und ihre jeweilige Gewichtung. Zweitens ist die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten des Behandlungsteams gegenüber den Patienten dringend erforderlich; dabei geht es im Sinne einer gemeinsam getragenen Entscheidung zur Therapielimitierung nicht darum, dem Patienten oder seiner Familie die Bürde der Entscheidung aufzuerlegen, sondern seine individuellen Wertvorstellungen noch deutlicher in die Entscheidung einfließen zu lassen. Drittens bleibt die Frage zu beantworten, wie viel anthropologische Kenntnis der Intensivmediziner haben soll.

Beste Sorge für sterbende Patienten

Konsensus besteht dahingehend, dass danach gestrebt werden soll, den Patienten ein “gutes Sterben”, frei von vermeidbarem Schmerz und Leid und in vernünftiger Übereinstimmung mit medizinischen, kulturellen und ethischen Standards zu ermöglichen. Der Schritt von der kurativen zur palliativen Behandlung von Patienten kann mühsam sein, er soll aber für alle Beteiligten deutlich erkennbar getan werden. Wenn bei Patienten dieser Schritt notwendig ist, dann besteht im strengen Sinn auch keine Indikation zur Behandlung auf einer Intensivstation mehr. Es gibt Gründe, die Patienten dann dennoch nicht zu verlegen, beispielsweise die Kontinuität der Behandlung, Bettenknappheit auf den Pflegestationen oder eine vorgesehene Organspende. Dazu finden sich in unterschiedlichen Gesundheitssystemen allerdings auch sehr unterschiedliche rechtliche, institutionelle und finanzielle Voraussetzungen. Konsensus besteht darüber, dass auch die palliativmedizinische Begleitung des Patienten eine ärztliche Aufgabe ist; sie muss prinzipiell auf Einwilligung beruhen sowie angemessen durchgeführt und evaluiert werden. Es ist deutlich geworden, dass dies noch sehr uneinheitlich gehandhabt wird.

Wichtig erscheint erstens zu prüfen, ob die medizinische Begleitung des Sterbevorgangs, beispielsweise im Sinne der verwendeten Medikamente, vereinheitlicht werden soll und wie die Dokumentation verbessert werden kann. Zweitens machen es die komplexen, häufig von Wertvorstellungen und Normen bestimmten "ethischen Gemengelage" am Lebensende von Patienten erforderlich, dass die Entwicklung einer klinischen Ethik gefördert wird, deren Vertreter Teil der intensivmedizinischen Behandlungswirklichkeit sind. Drittens bleibt die Frage zu beantworten, wie viel philosophische Kenntnis der Intensivmediziner haben soll.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend hat die Konsensuskonferenz dazu beigetragen, drängende Fragen zur Versorgung Sterbender auf Intensivstationen interdisziplinär und multinational zu erörtern. Das Abschlussdokument beinhaltet einige allgemein gehaltene, übereinstimmende Positionen, benennt aber auch unterschiedliche Sichtweisen und ungelöste Herausforderungen. Herausragend erscheinen dabei im Kontext des deutschen Gesundheitssystems die folgenden Gesichtspunkte:

1. Begriffliche Unklarheiten sollen rasch beseitigt werden, besonders um gegenüber Patienten und ihren Familien nicht "mit mehreren Zungen zu sprechen".
2. Im Zuge der Einführung der Diagnosis-related Groups wird künftig noch mehr auf Effizienz und Qualität auch in der Intensivmedizin geachtet werden. In diesem Sinne bedarf es einer klaren Beschreibung der "population at risk" und der Erarbeitung stringenterer Aufnahme- und Entlasskriterien für Intensivstationen. Ziel ist die adäquate Verteilung der Ressource "Intensivtherapieplatz".

3. Das Gelingen des "model of shared decision" bedarf insbesondere der kommunikativen Fähigkeiten der behandelnden Teams, die gefördert werden sollen. Vertrauensbildung, Mut zur Begegnung – also auch Offenheit gegenüber den kulturellen und religiösen Wertvorstellungen der Patienten und ihrer Familien – und "friendship of the heart" sind vielbenutzte Schlagwörter, die mit Leben zu erfüllen eine Herausforderung darstellt.

Inzwischen ist eine Kommission der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) berufen worden, die sich mit den entsprechenden Fragen befassen wird. Seinen Patienten ein Sterben in Würde ermöglichen zu helfen, bleibt allerdings eine Herausforderung an jeden Kliniker. Dass dabei – unter Berücksichtigung der ethischen, medizinischen und rechtlichen Grundlagen – nicht immer den Wünschen aller Beteiligten mit vernünftigem Aufwand Rechnung getragen werden kann, ist der schwierigen Aufgabe der Versorgung Sterbender immanent.

Literatur

1. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Med* 2004; 30:770-784.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Andrej Michalsen*, M.P.H./Univ. of Texas
Division of Perioperative Care and Emergency Medicine
Utrecht University Medical Centre
Postbus 85500
NL-3508 GA Utrecht
Tel.: +31 / 30 / 2509680, Fax: +31 / 30 / 2541828
E-Mail: A.Michalsen@azu.nl

Wahlen

Wiss. Arbeitskreis „Regionalanästhesie“ der DGAI

Auf der Sitzung des wissenschaftlichen Arbeitskreises „Regionalanästhesie“ der DGAI im Rahmen des DAC 2004 in Nürnberg am 19.06.2004 wurden für die Amtsperiode 2005/06 gewählt:

- | | |
|----------------|---|
| 1. Sprecher: | Prof. Dr. med. <i>H. Wulf</i> , Marburg |
| 2. Sprecher: | Dr. med. <i>J. Büttner</i> , Murnau |
| Schriftführer: | PD Dr. med. <i>H. Bürkle</i> , Münster. |

Gemeinsamer Arbeitskreis „Anästhesie und Recht“ von DGAI und BDA

Auf der Sitzung des gemeinsamen Arbeitskreises „Anästhesie und Recht“ von DGAI und BDA im Rahmen des DAC 2004 in Nürnberg am 19.06.2004 wurden für die Amtsperiode 2005/06 gewählt:

- | | |
|----------------|---|
| 1. Sprecher: | Prof. Dr. med. <i>W. Schaffartzik</i> , Berlin |
| 2. Sprecher: | Prof. Dr. med. <i>H. Forst</i> , Augsburg |
| Schriftführer: | Prof. Dr. med. <i>U. Schulte-Sasse</i> , Heilbronn. |