

Therapie und Therapieverzicht

Die schwierigsten ärztlichen Entscheidungen bestehen nicht in der Auswahl bei mehreren möglichen Therapien, sondern ergeben sich bei der Frage, eine kurative oder lebensverlängernde Therapie abubrechen oder gar nicht erst zu beginnen (Therapieverzicht). Seitens der Patienten besteht dieses Problem in vergleichbarem Maße, wenn einerseits eine Furcht vor der „Apparatemedizin“, andererseits überzogene Erwartungen und Forderungen bei schweren oder infausten Krankheitszuständen bestehen.

Die Notwendigkeit, eine Entscheidung über einen Therapieverzicht zu treffen, ergibt sich aus der fortschreitenden Entwicklung der Medizin und Medizintechnik in vielen Fachgebieten und Situationen. Besonders sind dies Gebiete, die sich mit weit fortgeschrittenen oder rezidivierenden Tumoren oder schwersten Krankheitszuständen in der Intensivmedizin befassen. War z.B. in früheren Zeiten der Tod praktisch sofort nach einem Herz- oder Atemstillstand eingetreten, führen heute ein hocheffektives Rettungssystem und eine fortgeschrittene Intensivmedizin mitunter zu lang dauernden Krankheitszuständen, die nicht jedem Patienten einen Nutzen bringen. Das ist z.B. der Fall, wenn am Ende einer Therapie ein Patient im dauerhaften apallischen Syndrom steht. Terri Schiavo, die nach 15-jähriger Krankheitsdauer im März 2005 nach einem Verzicht auf eine weitere Ernährung gestorben ist, macht das deutlich und hat die Debatte nach den Voraussetzungen eines Therapieverzichts neu belebt. Insbesondere wurde die Frage und die Definition der Sterbehilfe ins Zentrum gerückt. Denn der Verzicht auf eine weitere kurative Therapie, kurz Therapieverzicht, bedeutet ja meist nichts anderes als Sterbehilfe.

Juristisch bedeutsam ist die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Hierfür ist wesentlich, ob die Maßnahme darauf zielt, das Leben aktiv zu verkürzen oder einen schon begonnenen Sterbeprozess nicht aufzuhalten. Da Terri Schiavo nicht moribund war, ist die hitzige Debatte verständlich, denn man kann die Auffassung vertreten, dass der Entzug von Nahrung und Wasser bei dieser Patientin einer aktiven Sterbehilfe entspricht.

Tabelle 1 **Formen der Sterbehilfe**

Aktiv	Aktive Tötung, Maßnahme mit dem Ziel der Lebensverkürzung
-------	---

	<i>(z.B. Medikamentenüberdosis, Gift)</i>
Passiv	Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen „Sterben lassen“ <i>(Verzicht auf Beatmung, Katecholamine)</i>
Indirekt	Inkaufnahme einer Lebensverkürzung durch palliative Therapie <i>(z.B. Opiate zur Schmerzbehandlung)</i>

Nach dem so genannten „Kemptener-Urteil“ von 1994 des Bundesgerichtshofes ist auch in Deutschland eine Einstellung der Therapie bei einem Wachkoma zulässig, wenn zweifelsfrei nachgewiesen ist, dass der Patient selbst eine künstliche enterale oder parenterale Ernährung für die gegebene Situation abgelehnt hat. Es ist also in Deutschland möglich, für sich selbst einen Therapieverzicht zu verfügen, auch wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Insbesondere wird an Demenzerkrankungen und ein Wachkoma gedacht. Diese Patientenverfügungen ohne eine Beschränkung der Reichweiten auf eine Behandlung am Lebensende sind nicht unumstritten. Gegner meinen, damit könne ein Tor zur aktiven Sterbehilfe aufgestoßen werden. Die Triebfeder einer solchen Patientenverfügung wäre dann nicht die Furcht vor einem quälenden Dasein, denn das ist weder für ein Wachkoma noch für eine Demenzerkrankung wahrscheinlich, sondern die Überlegung, seinen Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen. Wird ein solches Denken in der Gesellschaft etabliert, könnte der Druck auf Patienten und Ältere erhöht werden, solche Verfügungen zu verfassen („Alte, gebt den Löffel ab“, Pressemitteilung der Jungen Liberalen vom 2.3.2005).

Die Enquetekommission des Bundestages und viele weitere Diskussionsbeiträge fordern deshalb eine Reichweitenbeschränkung von Patientenverfügungen auf ausschließlich solche Situationen, in denen der Sterbeprozess schon eingesetzt hat. Allerdings ist in diesen Situationen eine gesetzliche Regelung überflüssig, denn eine lebensverlängernde Behandlungsmethode bei Sterbenden ist nutzlos und somit nicht indiziert.

Dass die Wiederbelebung und die intensivmedizinische Behandlung von Terri Schiavo nach ihrem Herzstillstand gerechtfertigt waren, steht außerhalb jeden Zweifels, denn es bestand eine realistische Heilungschance und der Endzustand „Wachkoma“ war nicht abzusehen. Wie jedoch sind die Kriterien, einen Therapieabbruch im Verlaufe einer Therapie zu erwägen oder auch in von Anfang an hoffnungslosen Fällen die Therapie gar nicht erst zu beginnen?

1. Nutzlosigkeit

Eine Therapie sollte nicht aufgenommen oder ein Abbruch erwogen werden, wenn kein Nutzen für den Patienten erzielt werden kann. Dies ist der Fall, wenn eine hinreichende Sicherheit besteht, dass das Befinden des Patienten nicht in einen menschenwürdigen Zustand zu versetzen ist, oder wenn die Lebenszeit nicht zu verlängern ist. Im Zusammenhang mit diesen beiden Faktoren, insbesondere der Verlängerung von Lebenszeit, ist immer die Lebensqualität zu sehen, denn eine Verlängerung des Lebens ohne eine hinreichende Lebensqualität resultiert ebenso in einem fehlenden Nutzen für den Patienten.

Nutzen – Wirksamkeit

Zu unterscheiden ist zwischen der Wirksamkeit einer Behandlung und deren Nutzen für den Patienten. Eine Therapie kann durchaus wirksam sein, so z.B. eine Katecholamintherapie bei einer Herzinsuffizienz. Der Nutzen jedoch hängt von der Gesamtsituation des Patienten ab. Ein Beispiel: Gelingt einem Notarzt nach mehr als 10-minütigem Kreislaufstillstand die Wiederherstellung einer spontanen Zirkulation, muss der Nutzen einer langfristigen hochdosierten Katecholamintherapie für den Patienten dennoch in Frage gestellt werden. Denn das Endergebnis wird im Hinblick auf die zerebrale Funktion desaströs sein. Natürlich wird man in jedem dieser Einzelfälle die besonderen Begleitumstände, den Verlauf, sowie Zusatzbefunde, etwa ein kraniales CT, in eine Entscheidung über den Abbruch der Katecholamintherapie mit einfließen lassen.

Validität von Fremdeinschätzungen

Seit einiger Zeit wurde versucht, mit objektiven Systemen eine Hilfe bei der Frage zu erhalten, ob eine weitere Therapie sinnvoll ist (Prognose). Wichtig wäre das schon, denn behandelte man jeden Patienten, bis er trotz einer Intensivtherapie stirbt, wird man einer Vielzahl von Patienten eine belastende und dennoch sinnlose Therapie zumuten (s. Zumutbarkeit), manche Patienten trotz tödlicher Erkrankung fast unbegrenzt am Leben halten. Objektive Scoringsysteme können jedoch in einem Einzelfall überhaupt nicht weiterhelfen, die Prognose zu bestimmen. Dies zeigt das sehr ausgefeilte System des APACHE III Scores, bei dem vor Jahren kurzzeitig der Verdacht bestand, es könnte als Entscheidungskriterium für einen Abbruch der Therapie herangezogen werden, was zu einem Aufschrei der Entrüstung in der Öffentlichkeit geführt hatte. Dieses

instinktive Unbehagen der Öffentlichkeit bestand auch zu Recht, denn trotz einer Datengrundlage von zehntausenden von Patienten gibt der Score eben nur eine statistische und keine individuelle Überlebenswahrscheinlichkeit an. Bei einer Überprüfung dieses Scores an 25.000 Intensivpatienten konnte dies belegt werden. Von der Gesamtzahl der Patienten starben 5000. Der Todeszeitpunkt war mit dem APACHE Score praktisch nicht zu bestimmen. Denn bei 51% der Patienten gab der Score ein Überleben als wahrscheinlich an, obwohl diese Patienten innerhalb von 7 Tagen starben. Und bei immerhin 17% der Patienten wurde das Überleben mittels des Scores auch noch einen Tag vor dem Tod angenommen.

Das gleiche Problem stellt sich dar, wenn man die „Erfahrung“ der intensivmedizinisch Handelnden zugrunde legt. Weder erfahrene Intensivschwestern noch erfahrene oder auch unerfahrene Ärzte unterscheiden sich mit ihrer Vorhersage über das Überleben oder Sterben von Patienten.

2. Zumutbarkeit:

Bei schwerer Krankheit kann die erforderliche wirksame Therapie eine große Belastung für den Patienten darstellen. Sowohl Nebenwirkungen von Medikamenten kommen hier in Betracht als auch Belastungen durch invasive Therapien (Bülaudrainagen bei Pleuraerguss, Chemotherapie, Operationen). Auf einer Intensivstation stellen wiederholte Versuche zur Entwöhnung eines Patienten von der Beatmung besondere Belastungssituationen dar, weil es hierzu erforderlich ist, die Sedierung und meist auch die Opiatgabe zu reduzieren. Dies geschieht, damit der Patient die Möglichkeit hat, aus einer tieferen Sedierung zu erwachen und eine vollständige Eigenatmung aufzunehmen. In der Praxis nimmt man jedoch in Kauf, dass ausgeprägte Verwirrheitszustände (Entzugsdelir), Luftnot, Angst und Schmerzen auftreten können.

Diesem Problem des „nicht schaden – nil nocere“ stellen sich Ärzte mit der immer notwendigen Abwägung von potentielltem Schaden/Zumutung und Nutzen allerdings schon von Alters her.

3. Ablehnung bzw. Einwilligung in die Therapie durch den Patienten

Für die vorstehend genannten Punkte Lebensqualität und Zumutbarkeit besteht die zwingende Notwendigkeit, den Patientenwillen zu erforschen, denn es steht weder dem medizinischen Personal noch den Angehörigen zu, zu bestimmen,

was dem Patienten zugemutet werden kann und welchen Stand der Lebensqualität er für sich akzeptiert. Hierüber kann einzig und allein der Patient selbst befinden. So sind z.B. die individuellen Einschätzungen der Lebensqualität und Zumutbarkeit bei einer hohen Querschnittslähmung oder einem Locked-in-Syndrom vielfältig (siehe z.B. Bauby: „Taucherglocke und Schmetterling“). Zur Ermittlung des Patientenwillens empfiehlt sich ein Stufenschema, wobei die Sicherheit über den tatsächlichen Patientenwillen und damit die Tragfähigkeit mit steigender Stufe abnehmen (Tabelle 2)

Tabelle 2 Stufenweises Vorgehen zur Bestimmung des Patientenwillens
(nach Marckmann)

Patient ist wach und klar orientiert	Der Patient entscheidet nach Aufklärung über die möglichen Therapien, die Therapieaussichten und Belastungen über Beginn, Fortführung oder Abbruch der Therapie.
Patient ist bewusstlos, oder nicht einwilligungsfähig, Patientenverfügung vorhanden	Prüfung, ob die Patientenverfügung eindeutig für die vorliegende Situation passt und ob sich der Wille nicht geändert hat, dann wird nach erklärtem Patientenwillen entschieden.
keine Patientenverfügung vorhanden, oder diese ist nicht eindeutig auf die vorliegende Situation anwendbar (mutmaßlicher Patientenwille)	Entscheidung nach mutmaßlichen Patientenwillen. Existiert ein gerichtlich bestellter Betreuer, muss dieser zu Rate gezogen werden und den mutmaßlichen Patientenwillen umsetzen, ansonsten Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens in Gesprächen mit nahen Angehörigen, Bekannten oder Freunden. Berücksichtigung finden Auffassungen des Patienten aus gesunden Tagen.
Kein Patientenwille zu eruieren („Objektives Wohl“)	ärztliche Entscheidung anhand allgemein geteilter Wertvorstellungen. Im Zweifelsfall Fortführung der Therapie, bis sich neue Aspekte im medizinischen Zustand oder im mutmaßlichen Patientenwillen ergeben.

4. Fairness / Ressourcen

In speziellen Fällen spielen auch eingeschränkte Ressourcen bei der medizinischen Betreuung eine Rolle. Deutlich wird dies im Katastrophenfall, wo medizinische Hilfe besonders denjenigen Patienten zugute kommen soll, die eine gute Überlebenschance haben.

Behandelt man Patienten in aussichtslosen Fällen, z.B. aus Entscheidungsschwäche, regelhaft bis zum „Sterben trotz Intensivmedizin“, wird vor allem in Kliniken mit spezialisiertem Angebot (Verbrennung, Schlaganfallstation, Neurochirurgie) unnötigerweise die Situation auftreten, dass neue Patienten wegen Bettenmangels nicht aufgenommen werden können. Durch weitere Transporte oder Aufnahme in weniger spezialisierten Einrichtungen haben diese dann eine schlechtere Überlebenschance.

Probleme mit der Fairness treten ebenfalls auf, wenn beispielsweise bestimmte Patientengruppen eine Blutübertragung ablehnen, was unter anderem einen überlangen intensivmedizinischen Aufenthalt nach sich zieht. Hierzu kommt eine starke emotionale Belastung des medizinischen Personals, sodass es gerechtfertigt sein kann, eine elektive Behandlung dieser Patienten generell oder im Einzelfall abzulehnen.

Wer entscheidet? Die Stellung des Arztes

Der Gesetzgeber hat klar geregelt und in unserer modernen Gesellschaft ist fest verankert, dass nur der Patient selbst sowohl über eine Therapie als auch einen Abbruch der Therapie entscheidet. Vordergründig besteht die Aufgabe des Arztes darin, in ausführlichen Gesprächen die Erfolgsaussichten einer Behandlung gegen die Risiken darzustellen und dem Patienten eine autonome Entscheidung zu ermöglichen.

Die typische Situation auf einer Intensivstation, wo die Patienten fast immer sediert werden müssen oder bewusstlos sind, sieht so aus, dass Patienten häufig nicht entscheidungsfähig sind. In diesen Fällen ist der Wille des Patienten zu erforschen (Tabelle 2). Eine Patientenverfügung stellt für den behandelnden Arzt eine besonders wichtige Informationen dar, wenn er entscheiden muss, eine Therapie einzuleiten oder zu unterlassen, die bestenfalls einen Zustand mit extrem stark eingeschränkter Lebensqualität erreichen kann. Denn sie zeigen die Lebensauffassungen, die in gesunden Tagen vorgelegen haben und legen konkrete Behandlungswünsche fest. Liegen solche schriftlichen Verfügungen des Patienten nicht vor, muss man auf die Angaben von Angehörigen oder andere vertraute Personen zurückgreifen. Der Vorteil der Einschaltung von Angehörigen besteht vor allem darin, dass sie eine deutlich intimere Kenntnis der Wünsche und Lebensauffassung des Patienten haben. Nicht zu vernachlässigen ist der Umstand,

dass für die Angehörigen im Gegensatz zum medizinischen Personal überhaupt kein Zeitdruck besteht, sich Klarheit über den mutmaßlichen Willen des Patienten zu verschaffen. Ein Nachteil der Befragung von Angehörigen ist, dass es selbst für die Verwandtschaft schwierig ist, den Patientenwillen von eigenen Motiven abzugrenzen. Außerdem ist nicht zu vernachlässigen, dass die Angehörigen die geäußerte mutmaßliche Willensäußerung so verstehen, als hätten sie selbst die Entscheidung über Leben und Tod des Angehörigen getroffen, woraus massive Schuldgefühle resultieren könnten.

Die weitgehende Autonomie, die der Gesetzgeber dem Patienten einräumt, könnte dazu verleiten, dem Patienten lediglich die Therapiemöglichkeiten und deren Aussichten aufzuzeigen, die Folgen zu benennen und die Entscheidung tatsächlich allein dem Patienten zu überlassen. Diese Auffassung von Autonomie herrscht in den Vereinigten Staaten von Amerika vor. Die Gefahr besteht aber darin, dass der Arzt diese absolute Form der Autonomie als Ausweichen vor einer eigenen Entscheidung missbraucht. Juristisch befände er sich dabei auch noch auf sicherem Terrain!

Die ärztliche Fürsorge bleibt trotz der weitgehenden Autonomie des Patienten bestehen, und die Auffassung des Arztes wird in jedem Fall die Entscheidung des Patienten oder seiner Angehörigen beeinflussen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist Vertrauen. In einem solchen Verhältnis ist es nach Erläuterung der Behandlungsalternativen, der Prognose, der Abwägung von Nutzen und Schaden legitim und wird zumeist auch dankbar angenommen, wenn die Entscheidung ärztlich beeinflusst wird. Dies erscheint eher als verantwortliche Fürsorge und nicht als Paternalismus.

Bei nutzloser Therapie besteht keine Indikation

Die Indikationsstellung für eine Therapiemaßnahme ist eine rein ärztliche Entscheidung. Dem Patienten steht eine Entscheidung nur dann zu, wenn eine Wahlmöglichkeit über eine durchzuführende oder zu unterlassende Therapie besteht. Ist aus ärztlicher Sicht kein Nutzen vorhanden, besteht keine Indikation die Therapie dennoch durchzuführen. Somit gibt es für den Patienten, seine Angehörigen oder Betreuer keinen Entscheidungsspielraum, die Behandlung dennoch in Anspruch zu nehmen. (Probleme: s.u. „Konsens“)

In diesem Zusammenhang ist noch einmal zu betonen, den Nutzen einer Therapie und die Wirksamkeit einer Therapie nicht zu verwechseln. Wie bereits ausgeführt, kann eine Therapie durchaus wirksam sein (die Beatmung bei respiratorischer Insuffizienz wird eine Hypoxie vermindern können, oder Katecholamintherapie bei einer Kreislaufinsuffizienz den Blutdruck steigern), dennoch wird sie bei einem Patienten mit schwersten Hirnverletzungen, die eine andauernde Bewusstlosigkeit nach sich ziehen, keinen Nutzen haben. Eine solche Therapie sollte unterbleiben. Hierbei mag es psychologisch schwieriger sein, eine schon begonnene Therapie abzubrechen als eine solche erst gar nicht aufzunehmen, ethisch ist beides gleich zu bewerten.

Prozess der Entscheidungsfindung

Zeit

Ist kein akutes Ereignis eingetreten wie z.B. eine schwere Hirnblutung, ein schwerer Unfall mit tödlichen Verletzungen, entwickelt sich der Prozess der Entscheidungsfindung, eine Therapie abzubrechen langsam in dem Maße, wie offenkundig wird, dass sich Sinn und Nutzen einer Therapie reduzieren. Der Zeitpunkt und die Grenze, wo ein Therapienutzen für den Patienten überhaupt nicht mehr besteht, ist meist nicht sicher zu bestimmen. Aber soll man eine maximale Intensivmedizin in jedem Fall auch dann durchführen, wenn nur noch winzige Hoffnung auf ein Überleben besteht? Die Frage muss verneint werden, denn sonst wird das Sterben auf der Intensivstation in vielen Fällen maßlos verlängert oder gar überhaupt nicht möglich. Genau dies sind die Situationen, die in der Bevölkerung Ängste vor der Intensivmedizin hervorrufen („Apparatemedizin“).

Konsens

Im Prozess der Entscheidungsfindung ist es wichtig, einen Konsens zwischen Ärzten, Pflegenden und Angehörigen herzustellen. Wird eine Therapie abgebrochen, ohne dass ein solcher Konsens besteht, kann dies zu großen Spannungen oder Belastungen führen. Der Konsens zwischen den genannten Gruppen stellt auch ein wirksames Instrument der Eigenkontrolle dar, ob die Entscheidung tragfähig ist. Denn jede Gruppe (Ärzte, Pflegende, Angehörige) hat ihren ganz spezifischen Blickwinkel auf den Patienten und auf den Verlauf der Krankheit. In Bezug auf die Angehörigen

sei noch einmal herausgestellt, dass aus ärztlicher Fürsorgepflicht keine Verantwortung einer Entscheidung auf Angehörige abgewälzt werden darf. Diese Verantwortung ist für Angehörige zumeist nicht tragbar. Leichter wird es ihnen, wenn sie wissen, dass sie nur den Willen des Patienten deutlich machen sollen.

Bei Dissens oder Unsicherheiten in der Frage einer Therapiebegrenzung sind klinische Ethikkomitees eine Hilfe. Solche Einrichtungen sind an vielen Krankenhäusern etabliert, an der Diako seit 1998, und sie können von jedem Beteiligten angerufen werden, also dem Patienten selbst, Ärzten, Pflegenden oder Angehörigen. Diese Kommissionen bestehen sowohl aus medizinischen Laien, häufig aber nicht notwendigerweise sind das Klinikpastoren, als auch aus pflegerischem und ärztlichem Personal, die nicht in die Behandlung involviert sind. Das Ethikkomitee entscheidet nicht über den weiteren Therapieverlauf, sondern sie gibt nach Anhörung eine Einschätzung ab. Sie stellt eine zusätzliche Instanz dar, die eine objektivere Sicht einnehmen kann.

Ist bei bewusstlosen Patienten kein Konsens mit den Angehörigen (oder auch mit den Pflegenden) herzustellen, besteht die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Bei einem Dissens mit dem Betreuer ist dies sogar zwingend erforderlich.

Bei fehlender Indikation für eine Therapiemaßnahme soll in solchen Fällen die Entscheidung über den Behandlungsabbruch konsequent umgesetzt werden. Schließlich stellt eine unnötige Verlängerung des Sterbens eine Verletzung der Fürsorgepflicht für den Patienten dar.

Offenheit

Therapieeinschränkungen oder eine Anweisung, bei einem Kreislaufstillstand nicht wiederzubeleben (Do not resuscitate, DNR) sind offen zu vertreten. Inakzeptabel ist, wenn aus Gründen vermeintlicher Rücksichtnahme auf Patienten und Angehörige diese Dinge nicht besprochen oder nicht deutlich in der Akte oder in der Krankenkurve am Bett vermerkt werden. Zum einen kann das dazu führen, dass Mitarbeiter, die in die Situation nicht voll eingeweiht sind (Bereitschaftsdienst, schlechte Übergabe bei häufigem Schichtwechsel), Maßnahmen einleiten, die im Interesse des Patienten besser unterblieben wären. Zum anderen können die Entschlüsselungsversuche kryptischer Vermerke auf der Krankenkurve oder

inkonsistente Auskünfte die Angehörigen nachhaltig irritieren und ein Vertrauensverhältnis unmöglich machen.

Therapiebegrenzung

Da der Sinn von Therapiemaßnahmen und die Hoffnung auf eine Besserung des Zustandes nicht schlagartig verschwinden, hat sich in vielen Fällen eingebürgert, die Therapie nicht abrupt zu beenden, sondern sukzessive Therapieeinschränkungen vorzunehmen. Aus der Praxis ist bekannt, dass in vielen Fällen die Invasivität der Therapie stufenweise zurückgenommen wird, wobei der Verzicht auf die Gabe von Blutkomponenten am Anfang steht, gefolgt von Einschränkungen beim Nierenersatz, der Katecholamintherapie, bei der Ernährung, Antibiotikagabe, Beatmung und am Ende der Flüssigkeitsgabe.

Ethisch gleichwertig aber aus psychologischen Gründen schwieriger durchzuführen ist ein Therapieabbruch bei einer laufenden, nicht mehr nutzbringenden Therapie. Dieses Vorgehen lässt der Krankheit ihren natürlichen Verlauf und ist dann als passive Sterbehilfe zu bezeichnen. Hierzu zählt die Beendigung der Beatmung, einer Katecholamintherapie oder auch, wenngleich das strittig ist, einer künstlichen Ernährung.

Gelöscht:

Änderung des Therapiezieles

Ist man im Prozess der Therapieeinschränkung oder -einstellung zu einer Entscheidung gekommen, wird allen Beteiligten deutlich gemacht, dass eine Änderung des Therapiezieles stattgefunden hat: Es wird nicht mehr eine kurative / lebensverlängernde Therapie angestrebt, sondern diese macht einer palliativen Medizin Platz (palliare – mit Mantel umhüllen).

Das Hauptaugenmerk im Hinblick auf den Patienten liegt darin, Angst, Schmerz, Luftnot und Durst zu verhindern. Eine immer größere Bedeutung nimmt jetzt die Begleitung von Patient und Angehörigen ein.

Die Bedeutung dieser Maßnahmen wird zunehmend erkannt, ihm wird gesellschaftlich auch mit einer besseren palliativ-medizinischen Ausbildung von Studenten und Ärzten sowie der Einrichtung von palliativmedizinischen Einrichtungen Rechnung getragen. Dass dieses noch nachhaltiger Verbesserung bedarf, zeigt F. Erbguth, Neurologe aus Nürnberg, in einer Umfrage: Von erfahrenen neurologischen Ärzten glaubten 45%, dass Morphin bei einer terminalen Dyspnoe illegal sei, und um

das Leiden solcher Patienten zu vermindern traten dann konsequenterweise 35% dafür ein, den arztassistierten Suizid zu legalisieren (Deutscher Anästhesiekongress 2005).

Aus Fürsorgepflicht für den Patienten ist die Entscheidung über einen Therapieabbruch durch den Arzt zu einem angemessenen Zeitpunkt unumgänglich. Unsicherheiten bei dieser ärztlichen Entscheidung können vermindert werden, indem zunehmende Sicherheit in der Stellung des Arztes sowie des Patienten bestehen, und indem nicht die Wirksamkeit einer Therapiemaßnahme, sondern der Nutzen für den Patienten zur Indikationsstellung herangezogen wird. Externe Gremien wie ein Ethikkomitee oder ein Vormundschaftsgericht (nach Möglichkeit vermeiden) können und sollen in unklaren Fällen eingeschaltet werden. Eine suffiziente Palliativmedizin kann den Patienten den Therapieabbruch als Wechsel des Therapiezieles angstfrei erleben lassen und ist daher unerlässlich.

Herrn PD Dr. Georg Marckmann, Tübingen danke ich für die Durchsicht des Manuskriptes.