

## Vorwort

---

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund<sup>1</sup>.

Aufgrund des medizinischen und vor allem des medizintechnologischen Fortschrittes in den letzten Dekaden sowie dank der insgesamt verbesserten Verfügbarkeit qualifizierter notfall- und intensivmedizinischer Behandlungsteams, können lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Patienten, oft auch trotz erheblicher Vorerkrankungen, auf Intensivstationen in vielen (vor allem Industrie-)Staaten Organschäden überleben, an denen sie noch vor nicht allzu langer Zeit verstorben wären. Die demographischen Veränderungen und die zunehmende Anspruchshaltung innerhalb der Bevölkerung, aber auch der technologische Fortschritt und seine mediale Vergegenwärtigung bedingen in der Tat eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch in der Intensivmedizin.

Andererseits zeigen die Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen vieler Volkswirtschaften, neue epidemiologische Herausforderungen (beispielsweise die Verbreitung multi-resistenter oder erst neuerlich humanpathogener Krankheitserreger) sowie ungelöste diagnostische und therapeutische Fragen bei bestimmten Krankheitsbildern, die Furcht vieler Menschen vor der Technisierung der Fürsorge und die Stärkung der Patientenrechte die Grenzen (intensiv-)medizinischer Behandlungsmöglichkeiten auf.

Zwar lassen sich mit Hilfe medizinischer, pharmazeutischer und technologischer Verbesserungen sowie durch strukturelle und prozedurale Veränderungen die Behandlungsqualität und -effektivität und die Patientensicherheit vermutlich noch weiter steigern. Aber wenn im individuellen Fall die »Prospekte und Maschinen« nicht mehr helfen können oder sollen, wenn also die Organschädigungen trotz des Einsatzes lebensverlängernder intensivmedizinischer Maßnahmen nicht reversibel oder jedenfalls, dem Willen des Patienten entsprechend, nicht ausreichend reversibel sind, dann gelingt häufig der Schritt nicht in Richtung zu der konsequenterweise erforderlichen Rücknahme (oder Zurückstellung) lebensverlängernder Maßnahmen und zur Begrenzung der Behandlung auf die dem dann veränderten Therapieziel dienlichen Maßnahmen, nämlich der Symptomkontrolle und Begleitung während der letzten Lebensphase.

Eine adäquate Entscheidungsfindung und Umsetzung der Therapiebegrenzung in diesem Sinne werden unter anderem erschwert durch Unsicherheiten bei der Prognostizierung (grundsätzlich und im individuellen Fall), Unterschiede in der Bewertung des Verlaufs und auch des Patientenwillens zwischen verschiedenen Fachdisziplinen und Berufsgruppen, Kommunikationsmängel (vor allem ärztlicherseits), Konflikte im behandelnden Team oder zwischen Team und Familie, unterschiedliche weltanschauliche oder religiöse Wertesysteme

---

<sup>1</sup> Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 2011; 108:A346-348.

sowie mangelnde Kenntnis sowohl der geltenden rechtlichen Bestimmungen als auch der ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns.

Ebenso wie die intensivmedizinische Behandlung unter kurativer Zielsetzung ist die Versorgung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase, also die Intensivmedizin am Lebensende, eine genuine verantwortungsvolle Aufgabe für das gesamte intensivmedizinische Behandlungsteam. Da häufig erst im Verlauf von schweren Erkrankungen oder Verletzungen deutlich wird, dass die jeweils davon Betroffenen daran versterben werden, ließe sich diese Aufgabe, selbst wenn es je gewünscht würde, auch trotz konzis gefasster und durchgesetzter Aufnahme- und Entlassregelungen für Intensivstationen nicht »hinwegadministrieren«. Sie wird künftig sogar eher häufiger zu lösen sein – weitgehend unabhängig von der Größe oder der Trägerschaft eines Hauses. Insofern gilt es, die oben genannten Hindernisse bei der Durchführung einer adäquaten End-of-Life Care in der Intensivmedizin konsequent zu benennen und zu überwinden.

Absicht dieses Buches ist es, die medizinischen, juristischen und vor allem ethischen Grundlagen für die Intensivmedizin am Lebensende zu vermitteln, ihre vielfältigen Einflussfaktoren darzustellen und den behandelnden Teams fach- und berufsgruppenübergreifend Handreichung zu bieten für die Entscheidungsfindung und deren Umsetzung hinsichtlich des je individuell zu bestimmenden Therapieumfangs. Dies bedeutet vielfach eine Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung. Insofern sind am Ende eines Menschenlebens Intensiv- und Palliativmedizin nicht als sich einander ausschließende, sondern vielmehr als sich durchdringende Behandlungsformen für Symptomkontrolle und Begleitung zu betrachten.

Wir hoffen, dass unser Buch, das sich im wesentlichen mit erwachsenen Patienten befasst, einen Beitrag dazu leisten kann, die Qualität der Intensivmedizin am Lebensende zu verbessern, damit am unvermeidlichen Ende des Daseins möglichst ein »guter Abschied« stehen kann.

Als Herausgeber danken wir zunächst allen Autoren, zum einen für den mannigfaltigen gemeinsamen Gedankenaustausch, zum anderen für ihre auf klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Expertise basierenden Beiträge, die sich zu dieser ausgiebigen Darstellung der Thematik im deutschen Sprachraum zusammenfügen. Danken möchten wir auch Prof. Charles L. Sprung, M.D., J.D., Jerusalem, Israel, und Prof. J. Randall Curtis, M.D., M.P.H., Seattle, U.S.A., für langjährige Unterstützung und viele wichtige Anregungen. Wir danken außerdem Frau Barbara Karg, Frau Dr. Anna Krätz, Frau Dr. Monika Merz, Frau Gisela Schmitt und Herrn Axel Treiber beim Springer-Verlag, die mit geduldiger Hilfsbereitschaft die Entstehung dieses Buchs begleitet und befördert haben.

Persönlich danke ich schließlich einerseits meiner Frau Joanne Vincenten, Director, European Child Safety Alliance, Birmingham, und unserer Tochter Anna für Rat und Verständnis während der Entstehung des Buches sowie Prof. Elizabeth Heitman, Ph.D, Nashville, U.S.A., dr. Reinier Hoff, Utrecht, Niederlande, und Prof. Robert D. Truog, M.D., Boston, U.S.A., für vielfältige Inspiration und Unterstützung bei der Bearbeitung ethischer Frage-

stellungen [AM]. Andererseits geht in Jena mein besonderer Dank an die engagierten Ärzte und Pflegekräfte der Intensivstationen des Universitätsklinikums und an die Angehörigen von Intensivpatienten, von denen ich viel gelernt habe [CH].

**Dr. med. Andrej Michalsen, m. P. H. / Univ. of Texas**

Tettnang, im Oktober 2013

**PD Dr. med. Christiane S. Hartog**

Jena, im Oktober 2013

End-of-Life Care in der Intensivmedizin

Michalsen, A.; Hartog, C.S. (Hrsg.)

2013, XXIII, 171 S. 5 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-36943-8