

Dr. med. R. Paganoni
Vorstandsmitglied und Sekretär
Schweizerische Gesellschaft für
Intensivmedizin (SGI)
Leitender Arzt
Kantonsspital
4600 Olten

Herrn
Prof. Dr. med. W. Stauffacher
Präsident
Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
(SAMW)
Petersplatz 13
4051 Basel

Olten, 27.04.2004

**Vernehmlassung zu den medizinisch – ethischen Richtlinien der SAMW:
Betreuung von Patienten am Lebensende**

Sehr geehrter Herr Professor Stauffacher
Sehr geehrte Frau Salathé

Zunächst möchte ich mich im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) für die Einladung zur Vernehmlassung Ihrer medizinisch – ethischen Richtlinien mit dem Titel „*Betreuung von Patienten am Lebensende*“ bedanken. Unsere Fachgesellschaft anerkennt das enorme Engagement und die grosse Arbeit, welche im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Richtlinien geleistet wurde.

Die Intensivmedizin ist nicht selten mit der Betreuung von Patienten¹ in ihrer letzten Lebensphase konfrontiert. Dieses Thema ist somit für die Intensivmediziner nicht neu. Viele ärztliche Leiter und Pflege – Verantwortliche von Intensivstationen haben für ihre eigene Station gemeinsame interne Verhaltensmassregeln für eben diese Situation geschaffen, oder – wenn nicht in schriftlicher Form vorliegend – leben weitgehend nach denselben Grundsätzen, wie sie in Ihren Richtlinien nun klar festgehalten werden. Umso mehr begrüsst die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin offizielle, breit abgestützte und allgemeingültige Richtlinien zur Betreuung dieser besonderen Patientenkatgorie.

Es ist dem Vorstand bewusst, dass die Zahl der intensivmedizinisch betreuten Patienten, auf welche die vorliegenden Richtlinien anwendbar sind, klein ist. Trotzdem erscheinen uns unsere Kommentare wegen der Besonderheiten der Intensivmedizin, bzw. wegen der speziellen Umgebung der Intensivstation besonders erwähnenswert.

¹ Im vorliegenden Text werden bei Personen der Einfachheit halber nur die männlichen Formen verwendet. Sie gelten aber stellvertretend auch für alle weiblichen Personen.

Der Vorstand unserer Fachgesellschaft möchte zum vorliegenden Dokument wie folgt Stellung nehmen:

I. Präambel

Seite 1:

- Wie bereits in den vorliegenden Richtlinien erwähnt, scheint es uns entscheidend darauf hinzuweisen, dass es sich bei der betroffenen Patientengruppe um Patienten in ihrer **„letzten, prognostisch nicht mehr beeinflussbaren Lebensphase (sterbende Patienten)“** handelt.

II. Richtlinien

Seite 2:

1. Geltungsbereich:

- Je mehr objektivierbare Befunde bei einem kritisch kranken Patienten vorhanden sind, desto eher kann die Wahrscheinlichkeit für ein potenzielles Überleben, bzw. für das Nicht – Überleben abgeschätzt werden, ohne dass es dabei eine hundertprozentige Sicherheit für die Überlebensprognose gibt. Deshalb schlagen wir folgende Textänderung vor: „...Damit sind Kranke gemeint, bei welchen der Arzt aufgrund **objektiver Befunde (klinische Zeichen, Krankheitsverlauf, bildgebende Verfahren, Laborbefunde, etc.) und seiner klinischen Erfahrung** zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der innerhalb von Tagen oder einigen Wochen ...“

2. Patientenrechte:

- Weitere Differenzierung empfohlen: „...verständliche Aufklärung des Patienten, **seines durch ihn bestimmten Vertreters, bzw. seiner Angehörigen** über die medizinische Situation...“

2.1. Urteilsfähiger Patient:

„...und unabhängig davon, ob der Patient ein Kind, ein Jugendlicher oder entmündigt ist.“:

- Unserer Ansicht nach sollte die Urteilsfähigkeit des Kindes näher umschrieben werden. Zum Beispiel: „...**wenn aufgrund des Alters, bzw. aufgrund der Reife, sowie des Verständnisses des Kindes davon ausgegangen werden kann, dass eine entsprechende Krankheitseinsicht vorliegt.**“
- Für juristische Laien steht der „urteilsfähige Patient“ im Titel etwas im Widerspruch zum „entmündigten Patienten“ im Text. Eventuell sollte die Formulierung etwas konkretisiert werden.

2.2. Nicht urteilsfähiger Patient:

- Die Priorität der Vertretung im Falle eines nicht urteilsfähigen Patienten müsste deutlicher zum Ausdruck kommen:
 - Priorität 1 = Patientenverfügung
 - Priorität 2 = Vertrauensperson (= bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten)
 - Priorität 3 = Angehörige (gesetzlicher Vertreter) gemäss Verwandtschafts – grad
 - Priorität 4 = Entscheidung orientiert sich an den wohlverstandenen Interessen des Patienten (= mutmasslicher Wille des Patienten)
- Unseres Erachtens sollte bei einer allfälligen Inkongruenz der Prioritäten 1 (Patientenverfügung) und 2 (Vertrauensperson) die Priorität der Angehörigen höher bewertet werden, als die der Vormundschaftsbehörde (siehe Seite 3, Abschnitt 1)
- Es sollte stärker betont werden, dass „Entscheidungen am Lebensende wenn immer möglich vom Betreuungsteam und von den Angehörigen, bzw. Eltern **mitgetragen, nicht jedoch letztinstanzlich getroffen** werden sollen“. Konkret heisst das, dass den Angehörigen, bzw. Eltern die Verantwortung über Leben oder Tod nicht alleine überlassen werden darf, weil dies möglicherweise früher oder später bei den Angehörigen, bzw. den Eltern zu einer Überforderungs -, bzw. Konfliktsituation führen könnte. Die Diskussion über das Mittragen solcher schwierigen Entscheide verlangt vom betroffenen Ärzte – und Pflegeteam extremes Einfühlungsvermögen und muss behutsam vorgenommen werden.

Seite 3:

3. Behandlung und Betreuung:

- Generelle Bemerkung: In den vorliegenden Richtlinien wird stets davon ausgegangen, dass es in der Regel die Ärzte sind, die medizinisch mehr investieren wollen, als es die Patienten, bzw. deren Angehörige wünschen. Nun gibt es aber immer wieder Situationen, in denen die Patienten, bzw. deren Angehörige mehr Medizin verlangen, als unter den gegebenen Umständen (sterbende Patienten) medizinisch, ethisch und ökonomisch zu rechtfertigen ist. In diesem Fall, welcher in diesen Richtlinien leider nicht erwähnt wird, **muss die letztinstanzliche Entscheidungskompetenz beim verantwortlichen Arzt bleiben**, vorausgesetzt, dass die eingangs erwähnten Behandlungs – und Betreuungsprinzipien (Linderung des Leidens, bestmögliche Lebensqualität des Patienten, Begleitung des Patienten und dessen Angehöriger) weiterhin im Vordergrund stehen.

3.1. Palliative Betreuung:

- Der Vorstand der SGI teilt die Auffassung, dass allen Patienten an ihrem Lebensende eine optimale Symptomtherapie, sowie eine möglichst optimale Begleitung für ihn und seine Angehörigen zuteil werden sollte. **In diesem Sinne muss die psychische, soziale und seelsorgerliche Begleitung gefördert werden, sofern dies die personellen und finanziellen Ressourcen der Abteilung, bzw. des Spitals erlauben.** Auch „...die Begleitung der Angehörigen,

in manchen Fällen auch über den Tod hinaus...“ ist wünschenswert und sollte unterstützt, kann aber nicht garantiert werden.

- Oberstes Gebot der Betreuung der Patienten an ihrem Lebensende ist und bleibt die Linderung von Schmerzen und Leiden. Deshalb unterstützt der Vorstand der SGI uneingeschränkt die in den vorliegenden Richtlinien erwähnte Schmerztherapie, selbst wenn „...dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte (sog. indirekte aktive Sterbehilfe)“. Auch die gezielt eingesetzte „palliative Sedation“ – wie im vorliegenden Dokument beschrieben – wird vom Vorstand der SGI vollumfänglich unterstützt.
- Die Forderung, den „nötigen Raum für die kulturellen und religiösen Rituale der Hinterbliebenen zu gewähren“ (Abschnitt 3, Seite 4), ist unseres Erachtens zu rigoros und müsste milder formuliert werden. Zum Beispiel: „...den kulturellen und religiösen Ritualen der Hinterbliebenen **solte wenn möglich** der nötige Raum gewährt werden. **Dabei müssen allfällige Einflüsse auf Dritte unbedingt berücksichtigt werden. Es dürfen bei der Ausübung solcher kultureller und religiöser Rituale (beispielsweise auf einer Intensivstation) weder andere Patienten gestört, noch das anwesende Personal in seiner Arbeit behindert werden.**

Seite 4:

3.2 Behandlungsverzicht oder –abbruch:

- Die Empfehlungen betreffend Verzicht auf, bzw. Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen (sog. passive Sterbehilfe) werden vom Vorstand der SGI uneingeschränkt unterstützt.

Seite 5:

4. Grenzen des ärztlichen Handelns

4.1. Beihilfe zum Suizid

- Vorrangiges und oberstes Ziel bei der Betreuung von Patienten an ihrem Lebensende ist für die SGI – wie bereits mehrfach erwähnt – die Linderung von Schmerz und Leid, die Verbesserung der Lebensqualität, sowie die psychische Unterstützung des Patienten und dessen Angehöriger. Der Vorstand der SGI kann die Beihilfe zum Suizid – auch wenn dies nach Art. 115 StGB straflos ist – nicht grundsätzlich befürworten, in begründeten Einzelfällen jedoch respektieren, sofern die in den Richtlinien erwähnten Mindestanforderungen vom verantwortlichen Arzt eingehalten werden.

4.2. Tötung auf Verlangen

- Die Tötung auf Verlangen wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin grundsätzlich abgelehnt.

III. Kommentar

Seite 6:

Ad 3.1. Palliative Betreuung: *Weiter – und Fortbildung*

- Der Vorstand der SGI ist durchaus auch der Ansicht, dass die Betreuung von Patienten am Lebensende Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung voraussetzt. Er geht aber davon aus, dass die entsprechenden Fertigkeiten und Lerninhalte, sowohl im Studium, als auch im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt vermittelt werden. So sind beispielsweise Fragen zu medizinisch – ethischen Problemen Teil der schriftlichen und mündlichen Prüfung zur Erlangung des Facharztstitels Intensivmedizin FMH.

Seite 7:

Ad 3.2. Behandlungsverzicht oder –abbruch:

- „Zu den lebenserhaltenden Massnahmen gehören insbesondere die künstliche Wasser– und Nahrungszufuhr, die künstliche Beatmung und die kardiopulmonale Reanimation.“ In diese Definition gehört auch „**die künstliche Unterstützung des Herz – Kreislaufsystems**“ (unabhängig von der kardiopulmonalen Reanimation).

IV. Empfehlungen zuhanden der zuständigen Gesundheitsbehörden

Ad Aus – und Weiterbildung

- Wie bereits weiter oben erwähnt, gehören palliativmedizinische Lerninhalte nach Ansicht des Vorstandes der SGI grundsätzlich in die Aus – und Weiterbildung von allen Berufsgruppen, die in irgendeiner Form an der Betreuung von sterbenden Patienten beteiligt sind. Die Fortbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin soll nach Ansicht der SGI auch weiterhin auf freiwilliger Basis erfolgen und darf auf keinen Fall reglementiert werden. Zudem lehnt die SGI die Schaffung eines fortbildungspflichtigen Titels in Palliativmedizin ab.

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen die weitere Diskussion auf diesem wichtigen Gebiet angeregt zu haben und wünschen uns, dass möglichst viele unserer Anliegen und Kommentare in die definitive Version der Richtlinien Eingang finden werden. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Im Namens des Vorstandes

Dr. med. R. Paganoni