

Dialyse bei hochbetagten Patienten

Ethische Aspekte



DR. MED. SUSANNE KUHLMANN, M.MEL

Dialyse



- „Dialysis is both a life-prolonging therapy and a death-prolonging treatment“

(Cohen et al, JAMA 2003, 289 (16): 2113-2119)

Ältere Patienten mit terminalem NV:



kurativ

palliativ

Tod



Ältere Patienten mit terminalem NV



- Dialyse beginnen? Vorenthalten? Abbrechen?
- Entscheidungen fallen am Lebensende
- Dialyseabbruch: ca. 5% - 20% der Todesfälle an der Dialyse
- Problem: Einwilligungsunfähigkeit, Patientenverfügung, Krankheitsverlauf, kognitive Defizite

Therapieverzicht/-abbruch bei termin. NV



- Palliative Situation
- Tod tritt ein durch den **natürlichen** und **unaufhaltsamen** Verlauf der **zugrundeliegenden Erkrankung**

Sterbehilfe



- **Aktive Sterbehilfe:** lebensverkürzende Maßnahmen, Tötung auf Verlangen, strafbar
- **Passive Sterbehilfe:** Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei Sterbenden, Hilfe zum Sterben, Sterben-Lassen, straffrei
- **Indirekte Sterbehilfe:** Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenfolge einer Schmerztherapie
- **Ärztlich assistierter Suizid:** Beihilfe zur Selbsttötung, Tatherrschaft liegt beim Patienten, straffrei, standesrechtlich abgelehnt
- **Tötung durch Unterlassen:** Einseitiger Behandlungsabbruch als Sterben-Lassen ohne Einverständnis, strafbar

Passive Sterbehilfe



- Hilfe **im** Sterben
- Sterbehilfe im **engeren** Sinne
- Sterbeprozess hat bereits begonnen
- Indikation entfällt
- Behandlungsabbruch straffrei

- Hilfe **zum** Sterben
- Sterbehilfe im **weiteren** Sinne
- Sterbeprozess hat noch nicht eingesetzt
- Indikation besteht
- Behandlungsabbruch mit Einwilligung straffrei

Einwilligungsfähigkeit nach individueller geistiger/sittlicher Reife



Vorhanden:

- Geistige Fähigkeit ist da, **Folgen und Tragweite** zu erkennen, den **Willen** danach auszurichten und diesen zu **kommunizieren**

Nicht vorhanden:

- Sachverhalt wird nicht verstanden, **Folgen und Risiken nicht** bewertet, der **Wille nicht** abgeleitet, **nicht kommuniziert**

Einwilligungsfähige Patienten



- Autonomie (informed consent)
- Therapie kann abgelehnt/abgebrochen werden
- Einwilligung wird entzogen
- Arzt hat kein Recht zur Zwangsbehandlung
- *Aber:* Kompetenz , Symptome, Aufklärung

Einwilligungsunfähige Patienten



- Gesetzlicher Vertreter: Betreuer/Bevollmächtigter
 - Wille soll verwirklicht werden:
 - Erklärter Wille/PV (aktuelle Situation?)
 - Mutmaßlicher Wille (hohe Anforderungen)
- Arzt berät, informiert, prüft
- Genehmigungsvorbehalt des Betreuungsgerichts

BGH Urteil vom 25. Juni 2010:



- „Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen, oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen **Patientenwillen** entspricht (§ 1901 a BGB) und dazu dient, einem **ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess** seinen Lauf zu lassen.“

Leitlinien der ASN/RPA



- Shared Decision-Making: Stufenweiser Entscheidungsfindungsprozess, der möglichst nicht nur Patient (bzw. Betreuer) und Arzt, sondern auch Angehörige oder Freunde, das Pflegepersonal, auch Psychologen und Ethiker involviert
- Informed consent: Umfassende Information über Diagnose, Prognose, Behandlungsalternativen, Lebensqualität, Dialyseabbruch, Palliation
- Prognose/Lebensqualität im Verlauf in regelmäßigen Abständen abschätzen, ggffs. Dialyseabbruch vorschlagen
- Konflikt-Management bei unterschiedlichen Interessen

Ältere Patienten mit terminalem NV:



kurativ

palliativ

Tod



Vier Prinzipien (nach Beauchamp und Childress)



- Respekt vor Selbstbestimmung (autonomy)
- Nicht-Schaden (nonmaleficance)
- Gutes-Tun (beneficance)
- Gerechtigkeit (justice)

Therapeutische Interaktion: Salus ex voluntate aegroti suprema lex



Patient:

- Autonomie (voluntas)
- Personalität
- Würde

Arzt:

- Fürsorge (salus)
- Wohltunsverpflichtung
- Wissen/Erfahrung

Situation des Patienten



- Durch chron. Erkrankung physisch, psychisch, organisatorisch belastet
- Tatsächlicher/vermeintlicher Druck vom Umfeld
- Akzeptieren und Bewältigen von Krankheit/Sterben
- Autonomie oft eine Überforderung

Situation des Arztes



- Schuldgefühle (Uneinigkeit, Ideale)
- Angst (Konsequenzen/Kollegen/Angehörigen)
- Unsicherheit (juristische/palliative Kenntnisse)
- Verantwortungsdruck
- Kommunikationsprobleme
- Konfliktvermeidung (passiv, füllt Rolle nicht aus)

Arztprofil im Entscheidungsprozess:



- Wahrhaftigkeit
- Kommunikative Zuwendung (Placeboeffekt!)
- Individualität und Würde des Patienten
- Empathie
- Zeit
- Vertrauen
- Verantwortung

Algorithmus:



- 1. Therapieziel für den Patienten? Therapeutische Maßnahme hierfür geeignet? Ziel erreichbar?
- 2. Nutzen/Schaden-Abwägung durch den Arzt
- 3. Medizinische Situation dem Patient verdeutlichen
- 4. Will Patient die Therapie bei diesem Nutzen/Schaden-Verhältnis?
- 5. Diesen Algorithmus regelmäßig wiederholen!

Zusammenfassung



- Therapieentscheidungen bei hochbetagten Patienten mit terminalem NV sind hochkomplexe Einzelfallentscheidungen
- Übergang kurative in palliative Phase
- Biographischer Endpunkt Tod
- Ausgestaltung der letzten Lebensphase ermöglichen
- Palliative Versorgung stärken, Sterben zuhause

Zusammenfassung



- Dialyseabbruch beim Einwilligungsfähigen nach aktuellem Willen, beim Einwilligungsunfähigen nach erklärtem oder mutmaßlichem Willen
- Prozessuales, transparentes, nachvollziehbares Verfahren („Shared decision making“ der ASN/RPA)
- Therapieplanung vorausschauend, palliativer Kontext
- Patientenverfügung/Therapieentscheidungen am Lebensende rechtzeitig thematisieren!



- Am Kranken können sich die ethischen Ressourcen der menschlichen Natur zeigen, ebenso aber auch die Zerbrechlichkeit der Kultur.

(E. Spranger)