

Grenzen der ärztlichen Entscheidung am Lebensende

Einführung

Die moderne Medizin fordert, bedingt durch die rasche Entwicklung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und apparativer Möglichkeiten [15], Entscheidungen, die es früher nicht gab. Reanimiert wird häufig [16], auch im hohen Alter [5]. Kontrovers wird beurteilt, welcher Patient weiterleben muss und wer sterben darf: Juristen wollen, dass Mediziner auf Verlangen töten dürfen, sie wollen den § 216 StGB ändern [6], aber „Ärzte ... dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“, gebot die Kammer 2011 [22, 31]. Eine Lösung des Konflikts ist in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Immer häufiger entscheiden Gerichte [14, 19], ob und wer sterben darf. Auch weltweit gibt es keine einheitliche Kultur des Sterbens [24]. Ariel Sharon, seit 2006 im Koma, muss ungefragt leben, der Arzt J. Kevorkian war in den USA wegen seiner Sterbehilfe 8 Jahre in Haft. In wenigen Staaten, z. B. in den Niederlanden, haben Arzt und Patient mehr Freiraum [23]. Ihrer Zeit weit voraus war 1948 die katholische Moraltheologie unter Papst Pius XII: „...ist es erlaubt, mit Mäßigung Betäubungsmittel zu gebrauchen, die seine Schmerzen lindern, aber auch den Tod rascher herbeiführen.“ Landesrechtlich legte sich die Bundesärztekammer 1979 fest: „...kann Lebensverlängerung danach nicht unter allen Umständen Ziel ärztlichen Handelns sein“ [25], und der BGH entschied 1991: „Die Ausschöpfung intensivmedizinischer Technologie ist, wenn sie dem wirklichen oder anzunehmenden Patientenwillen widerspricht, rechtswidrig“ [30]. Heute wird den Menschen der Tod aus der Hand genommen, sie werden quasi enteignet (nach Fischer, [24]).

Der Arzt im Zeitgeist

Deprofessionalisierung bedeutet weniger Entscheidungsbefugnisse einer Berufsgruppe in ihrem Tätigkeitsfeld. Der Arzt wird vom Gestalter zum Mitgestalter, vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen herabgestuft [1]. Befürworter des Patientenrechtegesetzes (PatRG, 2012) sehen Ärzte im Rechtsverhältnis zum Patienten als medizinische Dienstleister auf Augenhöhe, als „Leistungserbringer“, deren Ergebnisqualität [18] gemessen werden muss. Gesetzgeber, Richter, Politiker und Kaufleute beeinflussen das Arzt-Patienten-Verhältnis heute maßgeblicher denn je. Daher reagieren die „Leistungserbringer“ eher hilflos, wenn sie z. B. bei „endständigen Krankheiten“ doch Arzt i. S. von Karl Jaspers [11] sein sollen, wenn es die Augenhöhe nicht mehr gibt oder diese von einem gerichtlich bestimmten Betreuer wahrgenommen wird. Aus Angst vor „forensischen Konsequenzen“ rufen sie nach dem Staat, der müsse z. B. die indirekte Sterbehilfe genauer definieren [7].

Sterben oder nicht – wann sind Therapien indiziert?

Indikation

So einfach das BGB [8] es auch formuliert, kaum etwas ist so umstritten, wie eine medizinische Indikation. Neben Diagnosen, Symptomen und statistischen Wahrscheinlichkeiten begründen neuerdings Ängste vor forensischen Konsequenzen medizinische Maßnahmen. Ärzte „tun alles, was möglich ist“.

Ohne Intensivmedizin musste man tödlichen Krankheiten ihren Lauf lassen, heute ist Sterben ein Prozess, in dem der Arzt Therapien hat, ihn umzukehren (Reanimation), ihn zu verlängern („Leben erhaltende Maßnahmen“), den er aber auch beschleunigen kann (keine Therapie). Der Arzt entscheidet in diesem Prozess, ob und welche Maßnahmen indiziert sind [8]. Dabei ist es erforderlich, dass er darlegt, welches Ziel verfolgt wird, er muss seine Indikation begründen. Leben erhalten um jeden Preis, auch um den der dauerhaften Pflegebedürftigkeit, ist heute eine zunehmend abgelehnte Begründung für eine Indikation [20].

Unkenntnis in juristischen Beurteilungen ärztlichen Handelns und damit Angst vor dem Staatsanwalt beeinflussen Entscheidungen über medizinische Maßnahmen. Medizin und Naturwissenschaften entwickeln sich schneller, als Recht und Ethik dem folgen können. Wenn das Ergebnis einer Reanimation ein Patient mit schweren, irreversiblen Hirnschäden bis hin zum (Wach-)Koma [10] ist, so gibt es ethisch, teleologisch und rechtlich nicht genug Antworten auf daraus resultierende Fragen.

Auf dem Symposium „Leben im Wachkoma“ hieß es (Zitat): „Die Entscheidung für oder gegen das „Sterben lassen“ hat folgenreiche Konsequenzen: Einerseits den Tod, andererseits eine Verpflegung ohne Wenn und Aber. Das bedeutet zum Beispiel auch eine Organtransplantation für den bedürftigen Komapatienten mit dem gleichen Recht wie für den aktiven Sportler mit langer Lebenserwartung“ [17]. Das kann nicht das Ziel ärztlicher Maßnahmen sein, sondern eine indikationsbezogene Stufentherapie bis hin zum Verzicht auf kurative Behandlung. Wiederholt und ausführlich muss darüber mit allen Beteiligten gesprochen werden. Dabei dürfen ethische, emotionale, religiöse und rechtliche Gründe für oder gegen Therapien nicht ausgespart werden.

Fallbeispiel

Nach einem Herzinfarkt musste ein eigener Patient reanimiert werden. Nach langer ReHa wurde er als Zustand nach Reanimation im Wachkoma (permanent vegetative state) in ein Pflegeheim entlassen. Trachealkanüle, PEG-Sonde, suprapubischer Katheter und

Medikamente sollten das Weiterleben sichern. In Gesprächen mit den Angehörigen, dem Pflorgeteam und dem Betreuer erklärte der behandelnde Arzt die infauste Prognose und einvernehmlich wurde die kurative Therapie schrittweise abgesetzt. Im weiteren Verlauf entwickelte der Patient eine Niereninsuffizienz und wurde entgegen der Absprachen vom Notfalldienst stationär eingewiesen. Weil eine Dialyse angeordnet wurde, und weil es nicht gelang, den Chefarzt von der Kontraindikation zu überzeugen, wurde den Krankenhausärzten nach Rücksprache mit dem Betreuer die Behandlungserlaubnis entzogen, der Patient ins Pflegeheim verlegt, wo er drei Tage später starb.

Rechtslage

Treffen (mutmaßlicher) Wille und die Prognose bei behandelndem Arzt und Betreuer auf identische Beurteilung, ist das Vorgehen des behandelnden Arztes rechtlich regelhaft nicht zu beanstanden. Wird allerdings Anzeige erstattet, muss ermittelt werden [19, 27, 28]. Dabei sind die unterschiedlichen Begründungen für oder gegen eine Indikation vom Gericht zu werten. Der „medizinische Standard“ vergleichbarer Fälle und die Beurteilung des Gutachters werden zu Grunde gelegt. Im BGB ist festgeschrieben: „Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist“ [8]. Das Ergebnis muss für einen Gutachter plausibel sein, denn Gerichte urteilen meist nach ärztlichen Gutachten; somit ist die unterschiedliche Wertung der Indikation durch den behandelnden Arzt und den Gutachter die Hauptursache der als unrichtig empfundenen Urteile [14, 19, 27, 28]. Wegen der zur Zeit noch unüberbrückbaren Gegensätze Leben erhalten um jeden Preis versus das Sterben zulassen [3, 4, 17, 20, 22], ist der Wille des Patienten zum Leitmotiv ärztlichen Handelns geworden, auch als Folge der Neuregelung des BGB, § 1901. Die Fälle, bei denen der Kranke nicht mehr nach seinem Einverständnis in Diagnostik und Therapie gefragt werden kann, in denen das Leben aber erhalten wird, haben zugenommen. Der Patient muss also vorsorgen, eine Patientenverfügung abfassen, in der er seinen Willen juristisch unmissverständlich darlegt. Zusätzlich bedarf es eines Betreuers, der diesen Willen auch durchsetzt. Damit ist dem Arzt die Entscheidung allein nach seiner für richtig gehaltenen Indikation genommen. Allerdings können Betreuer und Angehörige keine Therapie erzwingen.

Einfühlsame und zeitaufwendige Kommunikation mit allen Beteiligten ist notwendig, um im Konsens eine Entscheidung zu finden. Deren Umsetzung wird dann regelhaft juristisch nicht überprüft. Angehörige, Betreuer und Gerichte können und sollen keine Indikationen stellen, sondern der behandelnde Arzt muss entscheiden und überzeugen. Falsch sind Sätze gegenüber Angehörigen wie „...wollen Sie etwa, dass Ihre Mutter verdurstet?“

(Begründung für eine PEG-Sonde) oder „Wenn ich die Sonde entfernen soll, muss ich erst das Gericht fragen!“ Aufgabe der Gerichte ist nicht, dazu die Erlaubnis zu erteilen oder zu verweigern, sondern **ex post** zu prüfen, ob ärztliches Handeln zum einen „lege artis“ **war**, d. h. dem allgemein üblichen, fachlichen Standard entsprach: „Bindung der Behandlungsqualität an den medizinischen Standard [26].“ Dieser wird durch das Recht selbst nicht definiert, Urteile verweisen auf den medizinischen Standard, daran ändern Gesetze nichts. Zum anderen wird im konkreten Fall nach dem Strafgesetzbuch (StGB) geprüft, ob es Hinweise gibt auf Mord (§ 211), Totschlag (§ 212, § 213), Tötung auf Verlangen (§ 216), unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c) oder Körperverletzung (§§ 223, 229). Daraus folgt, dass Ärzte sich grundsätzlich mit juristischen Fragestellungen befassen müssen.

Hoffnung

Hoffnung und selektive Wahrnehmung führen besonders beim Wachkoma [10] zu Fehlinterpretationen des Patientenverhaltens [4]: „In unserem Zentrum bessert sich ein Drittel der Patienten soweit, dass sie ein selbstständiges Leben führen können und nicht auf fremde Hilfe angewiesen sind“ [3]. Erweckt das Behandlungsteam bei Angehörigen solche Hoffnungen, wird es für nachbehandelnde Ärzte schwierig, von einer kurativen zu einer rein palliativen Therapie zu wechseln. Nur schwer sind dann Angehörige zu überzeugen, entschließt sich der Arzt, ein prinzipiell behandelbares Leiden, wie z. B. eine Pneumonie, die zum Tod führen könnte (terminale Erkrankung), nicht mehr zu behandeln. Ungenügende Kommunikation und eigenmächtiges Handeln können dann zu einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung führen. Ermittlungen der Kriminalpolizei sind für Ärzte psychisch belastend, beruflich nachteilig und Ruf schädigend, auch dann, wenn das Verfahren eingestellt wird [27]. Falsche Hoffnungen hindern zudem die Lebensplanung der Angehörigen.

Töten auf Verlangen

Übertherapien und das Überschätzen der Ergebnisse von Reanimationen [5, 20] stehen im krassen Gegensatz zu den Forderungen namhafter Juristen, den § 216 StGB, die Strafbarkeit bei der Tötung auf Verlangen, aufzuheben [6]. Die Diskussion über den assistierten Suizid ist verfrüht, solange zu viele Ärzte den Wechsel von kurativer zur palliativen Therapie nicht ausreichend beherrschen, und Gerichte das Unterlassen von Therapien bei Sterbenden verfolgen [19, 27, 28]. Palliativ wird noch zu selten therapiert und finanziert. Z. B. ist Tetrahydrocannabinol (Dronabinol) seit 1998 verkehrsfähig und gut zur Linderung der Leiden Schwerstkranker geeignet, wird aber regressiert [9]. Auch ist eine

„indirekte Sterbehilfe“ bei sachgerechter Therapie kaum vorstellbar. Es ist zu fragen, wie viele Patienten überhaupt ohne kurative Therapie und ohne PEG-Sonde bei guter palliativer Behandlung ärztliche Hilfe zum Suizid benötigen. Außerdem dürfen finanzielle Interessen nicht vernachlässigt werden [12, 29, 32].

Patientenverfügung

Für die Menschen ist ein selbst bestimmtes Leben und das „niemandem zur Last fallen“ ein zentrales Anliegen. Um sich gegen ein verzögertes Sterben abzusichern, muss jeder Mensch seinen Willen festlegen, lange bevor er Patient wird. Dabei ist konkret zu wollen, nicht zu wünschen, am einfachsten über die Zeit: „Wenn ich nach 6 Monaten nicht über mich selbst bestimmen kann, so sind sämtliche kurativen Maßnahmen zu beenden. Dazu gehören z. B. Beatmung, Ernährungssonde, Herzmedikamente, Antibiotika. Eine Intensiv-Therapie muss beendet werden. Das gilt auch bei einem intellektuellen Abbau, z. B. M. Alzheimer“ [33].

Für die Ärzte ist eine Leitlinie zu fordern, nicht neue Gesetze.

Fazit – Blick in die Zukunft

Der Zustand des Lebens beinhaltet mehr als das physiologische Zusammenspiel seiner Organe. Das Ziel ärztlichen Handelns kann daher nicht der Erhalt und die Fortdauer biologischer Messwerte sein, sondern die Würde des Einzelnen zu wahren, ist das erste Motiv des Arztes.

Dem Alter und der Prognose, die sich seit über 20 Jahren festlegen lässt [20, 21], sollte eine Indikation folgen, die einer sachlichen Begutachtung am Vergleich des medizinischen Standards standhält. Den Willen des einwilligungsunfähigen Kranken vor die Indikation zu stellen, ist nur selten der richtige Weg. Solange das aber so ist, muss jeder Mensch unmissverständlich in einer Vorausverfügung seinen Willen darlegen. Patienten müssen wissen, dass die Mediziner den Schwebezustand zwischen Leben und Tod viel zu häufig mit allen Mitteln erhalten, weil ihnen juristisches Grundwissen im Bereich der Sterbehilfe fehlt, ein Wissen, das selbst Juristen oft genug überfordert [u.a. 2, 27]. So erfüllt das erneute Legen einer PEG-Sonde im Fuldaer Fall [2] alle Kriterien der strafbaren Körperverletzung. Eine Anklage gegen die Ärzte wurde jedoch nicht erhoben.

Zusammenfassung

Die neue Rechtslage hat den Willen des Patienten über die ärztliche Indikation gestellt. Damit entscheiden Gerichte zu häufig, wer sterben darf. Will ein Kranker nicht mehr leben, sollen Mediziner dabei straffrei behilflich sein dürfen, verlangen Juristen. Daraus ergeben

sich Konflikte, die höchststrichterlich entschieden werden müssen [2]. Ärzte haben viel von ihrer Entscheidungskompetenz verloren, Patienten müssen ihren Willen im Voraus festlegen und Betreuer haben weit reichende Befugnisse erhalten [8]. Schließlich ist das Gespräch mit allen Beteiligten – immer wieder – das entscheidende Kriterium, auch für oder gegen eine kurative Therapie am Lebensende. Kommunikation, weniger Angst vor dem Staatsanwalt, offener Umgang mit dem Sterben, ärztliche Entscheidungskompetenz und palliative Medizin müssen gegenüber dem Willen des Patienten wieder an Bedeutung gewinnen.

„Ich habe keine Angst vor dem Sterben, aber ich habe Angst zu leben, wenn ich tot sein sollte.“

End of Life - open communication instead of fearing the Attorney

Justice in Germany - living will - medical indication - assisted dying - assisted suicide -

Persistent vegetative state - legal guardian

Literatur

- [1] Unschuld P: (Referat 29. 1. 2008) „Die Instrumentalisierung der Gesundheit im Wandel.“ Inst. f. Chin. Lebenswissenschaften, Charite, Berlin
- [2] BGH-Urteil vom 25. Juni 2010 (Az. 2 StR 454/09), Revision Landgericht Fulda
- [3] Interview mit Dr. Berthold Lipp, Therapiezentrum Burgau, über Wachkomapatienten, MMW vom 30.4.2011 Nr. 17/2011, S. 7
- [4] Rom Houben http://de.wikipedia.org/wiki/Rom_Houben, Zugriff 13. 5. 2011
- [5] Schönberger S: Auswertung des Reanimationsregisters und Analyse des Outcome im Rettungsdienstbereich der Stadt München für die Jahre 2000 und 2001. Diss.(2008). http://edoc.ub.uni-muenchen.de/7937/1/Schoenberger_Susanne.pdf (Zugriff 11. 6. 2011)
- [6] Aufheben des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen), Befürworter: Prof. Dr. jur. R. Merkel, Prof. Dr. jur. R. Will
- [7] NWZ online 26. 1. 2011 Prof. W. Winkel Müller: der Gesetzgeber müsse die indirekte Sterbehilfe genauer definieren
- [8] BGB, § 1901
- [9] Dr. Susanne Uhlenbrock S (2002): Cannabis, von der Hippie-Droge zum Medikament (Zugriff 22. 6. 2011) <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=24013>
- [10] Kretschmer 1940. Genauer persistent vegetative state (Jennet und Plum 1972), seit 1994 unterschieden in ständig (permanent) und andauernd (persistent).
- [11] „Das Verhältnis von Arzt und Patient ist in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen, in denen der wissenschaftlich Sachkundige dem Kranken hilft.“ Karl Jaspers, zit. Nach Editorial „Der Arzt von heute“. Notfall & Hausarztmedizin 2004; 30(9): A395
- [12] Linus Geisler: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips. Im Bericht der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" vom 14. 5. 2002, S. 216-220
- [13] „Das Gewissen der Ärzte wird gleichgeschaltet“ DER SPIEGEL 20/2011 S. 115 vom 16. 5. 2011
- [14] Amtsgericht Wilhelmshaven NZS 05 XVII M338
- [15] z. B. Reanimationsgerät „Lucas“
- [16] Dtsch Arztebl 2011; 108(3): A-68 (Reanimation)
- [17] „Leben im Wachkoma“, Symposium LMU München, am 16. Juli 2010
- [18] SGB V (§§ 135 und 137)
- [19] Anzeige amb. Pflegedienst gegen den Hausarzt wegen unterlassener Therapie. Amtsger. Leipzig Az Cs 301 Js 42965/05. Staatsanwaltschaft Dresden Az 411 Js 61730/01 (verweigerte stat. Behandlung einer 99jährigen Sterbenden)
- [20] Thömke F, Weilemann S L: Prognose kardiopulmonal reanimierter Patienten – ein Diskussionsbeitrag. Dtsch Arztebl 2007; 104(42): A-2879
- [21] zu [20] Janzen C: Prognose kardiopulmonal reanimierter Patienten. Dtsch Arztebl 2008; 105(7): 130 – und Heinemann T: Prognostische Indikatoren und ärztliches Urteil Dtsch Arztebl 2007; 104(42): A-2878
- [22] De Ridder: „Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ DER SPIEGEL 23/2011 S. 124
- [23] Art. 2 des Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- [24] Dirk Kohn: Vom Restrisiko Tod zu einer neuen Kultur des Sterbens. Zugriff am 6. 6. 2011 http://www.frankfurter-hefte.de/upload/Archiv/2007/Heft_04/PDF/0704_42_45.pdf
- [25] Rendenbach U: Sterbehilfe, Bedeutung für den Hausarzt. 2001;27(5):231 Notfall-Medizin
- [26] haftungsrechtlichen Grundsatz
- [27] Leserbrief „Mit Risiken und Nebenwirkungen“ im DÄ Jg. 106 Heft 10 vom 6. März 2009 S. A 460 - Az.: 21 Ks 5/07 Landgericht Magdeburg
- [28] der spiegel 52/2008, S. 44/45 STRAFJUSTI Z Zeit für den Abschied?
- [29] De Ridder M Wie wollen wir sterben? 2010 Deutsche Verlagsanstalt
- [30] BGH vom 8. Mai 1991
- [31] Oduncu F et al.: Die ethische Verantwortung des Arztes. DÄ 2011; 108(24):A 1362-4
- [32] Salomon F Ökonomie und Ethik im Klinikalltag. AINS 2010; 45: 128-131
- [33] http://www.ulrich-rendenbach.de/dateien/patientenverfuegung_01092009.pdf (Zugriff 24. 6. 2011)

U. Rendenbach - Duderstadt

21. 7. 2011 + 4. 2. 2012 (veröffentlicht in der MMW 51-52 vom 15. 12. 2011, S. 42 ff