

Ärztliches Tun und Unterlassen am Lebensende *Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth (Nürnberg)*

1. Einleitung

Viele ältere Menschen stellen sich die Frage, ob sie bei schwerer Krankheit, wenn vielleicht die „Zeit zum Sterben“ gekommen sein mag, von den Möglichkeiten der modernen Medizin noch einmal profitieren können oder ob ihr Leben bei einer möglichen Therapie „um jeden Preis“ verlängert werden würde. Entsprechend wird vielfach geäußert, man wolle nicht „an Schläuchen und Maschinen hängend“ künstlich am Leben erhalten werden. Befürchtet wird ein Verlust der Selbstbestimmung und Würde. Hatten die Menschen in früheren Jahrhunderten Angst vor dem „Scheintod“, so fürchten sie heute eher ein „Scheinleben“ – in dem sie um den Preis schwerster Beeinträchtigungen am Leben erhalten werden. Die Medizin steht im Spannungsfeld der Erwartungen, Wünsche und Kritik. Es bestehen widersprüchliche Ängste: zum einen wird befürchtet, es werde im Zweifelsfall „zu viel“ Medizin zum Einsatz gebracht – zum anderen wird befürchtet, es werde zu wenig getan und zu früh aufgegeben.

2. Was kann ein Neurologe zur Diskussion beitragen?

Einen wesentlichen Platz im ethischen Diskurs nimmt die Diskussion über den angemessenen Umgang mit neurologischen Krankheitssituationen am Ende des Lebens ein. Es geht um Krankheiten wie Schlaganfall, „Wachkoma“, Parkinson und Demenz, aber auch um Lähmungserkrankungen mit voranschreitendem Muskelschwund. Diese neurologischen Erkrankungen spielten auch bei den meisten wegweisenden Urteilen in der deutschen und internationalen Rechtsprechung eine wichtige Rolle, man denke an Terry Schiavo in den USA oder den „Kemptener Fall“ in Deutschland. Insbesondere der Neurologe muss sich eingehend mit ethischen Fragen der „angemessenen Therapie“ einschließlich des Verzichts auf Lebenserhalt „um jeden Preis“ am Ende des Lebens auseinandersetzen, weil zum einen die Erkrankungen seines Fachgebietes häufig prognostisch ungünstig verlaufen und zum anderen die Funktion des (Zentral-) Nervensystems als entscheidendes Kriterium für die Gesamtprognose einer Erkrankung und damit für eine eventuelle vom Patienten gewünschte Therapiebegrenzung gilt. Gerade auch Patientenverfügungen heben ja meist explizit auf „dauerhafte Bewusstlosigkeit“ als Voraussetzung einer Therapiebegrenzung ab, was zu einer diagnostisch und prognostisch möglichst sicheren Aussage zwingt und eine korrekte Einschätzung des ethisch-juristischen Kontexts für solche schwierigen Entscheidungen verlangt. Relevant sind solche Überlegungen vor allem bei der Frage der Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen mit voranschreitenden Atem- und Schluckstörungen oder der Sondenernährung bei schwersten Gehirnschäden.

3. Zur aktuellen Situation

Im Rahmen der Debatte im Deutschen Bundestag über die zukünftige bessere gesetzliche Verankerung von Vorsorgeinstrumenten wurden die damit zusammenhängenden Fragen auch in der Öffentlichkeit erneut kontrovers diskutiert. Aber auch bereits jetzt - vor einer möglichen zukünftigen gesetzlichen Regelung - existiert inzwischen eine Rechtsprechungslage, aus der klar

hervorgeht, dass Vorsorgeinstrumenten wie Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen eine wichtige Bedeutung zukommt, wenngleich sich auch bislang nur ein geringer Prozentsatz der Bundesbürger (10-15%) solcher Instrumente bedient. In Patientenverfügungen geht es fast immer um im Voraus verfügte Unterlassungswünsche in Bezug auf medizinische Maßnahmen im Sinne der Therapiebegrenzung für den Fall einer wie auch immer definierten „schlechten Prognose“. Interessant ist, dass sich diese Einforderungen auf Unterlassung und Begrenzung von Therapien vor dem Hintergrund der momentan ebenfalls breiten und brisanten gesellschaftlichen und politischen Debatte um Ressourcenbegrenzung abspielen, angesichts derer man sich als älterer Mensch eher genötigt sehen könnte, auf einer Inanspruchnahme der maximal medizinischen Möglichkeiten zu bestehen.

4. Zwei einführende Fallberichte

Der „Fall Welby“: Der 60-jährige Italiener Piergiorgio Welby litt an einer Muskeldystrophie, wegen derer er bei zunehmender Schwäche seiner gesamten Muskulatur einschließlich Atemmuskulatur seit 10 Jahren künstlich beatmet wurde; Welby hatte damals in die Beatmung eingewilligt. Mittlerweile hatte sich eine weitgehende Bewegungsunfähigkeit entwickelt, weswegen Welby wiederholt auch öffentlich erfolglos einforderte, die Beatmung zu beenden. Am 21. Dezember 2006 beendete der italienische Anästhesist Mario Ricchio die Beatmung und verabreichte Welby ein sedierendes Medikament, um die zu erwartende Atemnot zu mindern, woraufhin Welby starb. Die katholische Kirche verweigerte dem Katholiken Welby ein christliches Begräbnis mit dem Hinweis, man würde damit die „aktive Euthanasie“ befördern, was einem „Mord“ gleichkomme. Die italienische Justiz ermittelte zunächst gegen den Anästhesisten, später attestierte allerdings eine Kommission des italienischen Ärzteverbandes medizinisch korrektes Handeln. Auch in Deutschland wäre das Verhalten des Anästhesisten rechtskonform und ethisch gerechtfertigt gewesen. Eine Weiterbeatmung gegen den Willen von Piergiorgio Welby hätte den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt (s. unter [5]). Das Ausschalten des Beatmungsgerätes stellt keine „aktive“ sondern eine „passive“ Sterbehilfe dar (s. unter [6]).

Ein eigener Fall (Elfriede S.): Die 82 jährige rüstige Hamburgerin befand sich auf einer Busreise durch Franken und fühlte sich zunehmend unwohl, sie bekam Fieber und verlor schließlich das Bewusstsein. Der Bus fuhr direkt an der Kliniknotaufnahme vor. Die Patientin wurde umgehend versorgt, musste beatmet werden und wurde auf die Intensivstation verlegt. Schnell wurde eine bakterielle Hirn- und Hirnhautentzündung festgestellt und eine Antibiotikabehandlung eingeleitet. Diese Situation war für die Behandler „Routine“ und primär unproblematisch; keiner zweifelte am Sinn und der Berechtigung dieser Behandlung; es gab begründete Hoffnung auf eine Heilung der Patientin. Statistisch waren die Chancen bzw. Risiken für einen guten bzw. schlechten Ausgang wie folgt verteilt: 50% Gesundung ohne nennenswerte Folgen, 25% tödlicher Ausgang, 25% Überleben mit schwerer behindernden Folgen. Am Tag nach der Einlieferung meldete sich aus Hamburg die mittlerweile informierte Tochter der Patientin und war entsetzt, dass ihre Mutter auf einer Intensivstation behandelt würde; das habe sie nie gewollt. Es existiere eine Patientenverfügung, in der einer „Lebensverlängerung“ auf einer Intensivstation klar widersprochen werde. Es bestehe keine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung. Die Verfügung wurde uns gefaxt, enthielt eher vage formulierte Wünsche auf Unterlassung von Beatmung und Ernährung bei „schlechten Aussichten auf ein unbehindertes Weiterleben“ und einen Satz, dass sie nie auf einer

Intensivstation behandelt werden wolle. Im Gespräch mit der Tochter konnte geklärt werden, dass sich die Mutter niemals vorstellen konnte, dass eine Krankheit in ihrem Alter auf einer Intensivstation überhaupt eine Heilungschance haben könnte. Die Tochter fühlt sich hin und hergerissen, dem Wunsch der Mutter auf Unterlassung einer Intensivbehandlung „Nachdruck“ zu verleihen und deren „Vollzug“ einzufordern, wollte aber auch die Chance auf eine Besserung nicht ungenutzt lassen. Man einigte sich auf Zeitgewinn und Einleitung eines Betreuungsverfahrens. Nach 2 Tagen war die Betreuung für die Tochter eingerichtet und der Patientin ging es bereits besser. Angesichts dieser Entwicklung willigte die Tochter in eine Fortführung der intensivmedizinischen Behandlung ein, nach 5 Tagen konnte die künstliche Beatmung beendet werden und die Patientin erholte sich, ohne bleibende Schäden zu behalten. In einer Befragung äußerte sich sehr zufrieden, dass man sich über ihre Patientenverfügung zunächst hinweggesetzt hatte; sie hätte sich vielleicht bei deren Abfassung besser informieren sollen. Die Krankengeschichte zeigt, dass ungenaue Patientenverfügungen im konkreten Kontext schwierig zu interpretieren sein können und dass es günstig ist, die Verfügung mit einer bevollmächtigten Person (Vorsorgevollmacht) zu verbinden, da dann eine Adjustierung des Gehalts einer Verfügung an die jeweilige konkrete Situation angemessener erfolgen kann. Die Fallgeschichte ist „gut“ ausgegangen; wenn sich allerdings die 25% Wahrscheinlichkeit eines „Überlebens mit Behinderung“ verwirklicht hätte, wäre die Behandlung rückblickend sicher nicht im Sinne der Patientin gewesen. Man hätte dann aber weitere lebenserhaltende Maßnahmen in diesem Stadium der schweren Behinderung (z.B. Zufuhr von Flüssigkeit und Ernährung) dann immer noch beenden können.

5. Die Rechtssystematik und ethische Stellung des ärztlichen Eingriffs

Aus Sicht der deutschen Rechtsprechung und der wissenschaftlichen und praktischen ethischen Diskussion hat der Anästhesist im Fall Welby – wie im Fallbericht bereits angedeutet - legal und legitim gehandelt. Die Beatmung stellt zweifelsfrei eine medizinische Behandlung einer Erkrankung dar, die ohne diese Behandlung zum Tode im Rahmen der Ateminsuffizienz führen würde. An die Legalität jedes medizinischen Eingriffs – also auch der Beatmung oder Sondenernährung sind zwei Anforderungen zu stellen: (1) sie muss indiziert sein und (2) der Patient muss in sie einwilligen. Eine nicht indizierte Behandlung kann nicht eingefordert werden; in eine indizierte Behandlung muss eingewilligt werden. Eine Behandlung gegen den Willen des Patienten stellt eine Körperverletzung dar. Diese juristische Sicht hat in Deutschland Rechtstradition, da bereits 1894 vom Deutschen Reichsgericht ausgeführt wurde: *„... so gewiss ist der derselbe Kranke auch befugt, der Anwendung jedes Heilmittels, seien es innerlich wirkende Medikamente, seien es äußere operative Eingriffe, rechtswirksame Weigerung entgegenzusetzen, auch wenn dies dem Arzt unvernünftig erscheint ...“*. Dieser klaren Betonung der Patientenautonomie steht rechtlich nur in einigen Ausnahmefällen (z.B. Suizidversuch) die sogenannte „Garantenstellung“ aus § 13 I StGB entgegen, die vom Arzt ein Eingreifen nach dem vermuteten Wohl des Patienten verlangt - und sich damit über den gezeigten Sterbewunsch hinwegsetzt.

Die Beatmung bei einer zunächst langsam fortschreitenden neuromuskulären Erkrankung wie im Fall Welby ist potentiell medizinisch indiziert; eine Einwilligung hat aber spätestens seit dem nachhaltig und wiederholt geäußerten Wunsch nach Beendigung der Beatmung bei Welby nicht mehr vorgelegen. In einer solchen Situation ist also eine Beatmung gegen den Willen des Patienten

nicht (mehr) gerechtfertigt (9). Dabei ist es sowohl aus rechtlicher als auch ethischer Sicht unerheblich, ob diese Beatmung bei einer Ablehnung gar nicht erst begonnen wird, was von vielen Ärzten intuitiv als legal und legitim angesehen wird, oder ob sie – wie im vorliegenden Fall – beendet wird, nachdem sie zuvor unter anderen Bedingungen begonnen wurde. Bei dem „Akt“ der Beendigung handelt es sich unter Verwendung der missverständlichen gebräuchlichen deutschen Terminologie nicht um „aktive Sterbehilfe“, sondern um erlaubte passive Sterbehilfe“ im Sinne von „Geschehenlassen durch Handeln“ (10, 13). Die Gabe einer sedierenden oder eine Dyspnoe verhindernden Medikation stellt eine erlaubte sogenannte „indirekt aktive Sterbehilfe“ im Sinne eines palliativen Handelns im Sterben dar. In einem etwas anders gelagerten Fall um die Beendigung einer Sondenernährung hat die 12. Zivilkammer des Bundesgerichtshofs“ 2005 ausgeführt, *„Eine gegen den erklärten Willen des Patienten durchgeführte künstliche Ernährung ist folglich eine rechtswidrige Handlung, deren Unterlassung der Patient verlangen kann ... auch wenn sie zum Tode ... führen würde.....“* (7).

Ärzte empfinden oft die rechtliche Bewertung von „Therapie als Körperverletzung“ als eine Verunsicherung ihres Rollenverständnisses und favorisieren in der Verunsicherung eher traditionelle deontologische Konzepten des „Lebenserhalts um jeden Preis“. Letzteres formulierte am eindringlichsten Christoph Wilhelm Hufeland im Jahre 1806 (14): *Der Arzt soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate.* Als Ausweg aus der fruchtlosen Polarisierung „Paternalismus vs. Patientenautonomie“ könnte eine „Ethik der Fürsorge“ (ethics of care) dienen, die allerdings die Autonomie des Patienten grundsätzlich achtet.

Ist die Situation bei einwilligungsfähigen Patienten rechtlich eindeutig – wenngleich hier auch praktische Handlungskonflikte auftreten können wie z.B. bei der lebensrettenden Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas – so stellt sie sich komplexer dar beim nicht einwilligungsfähigen Patienten. Hier ist die Zustimmung oder Ablehnung einer Maßnahme unter Bezug auf den zuvor dokumentierten Willen (Patientenverfügung) möglich oder wird von einem vom Patienten selbst ernannten Vorsorgebevollmächtigten oder einem vom Gericht ernannten Betreuer ausgesprochen. Dabei müssen sich diese „Vertreter im Willen“ an eine vorliegende Verfügung halten oder den mutmaßlichen Willen (re-) konstruieren.

6. Tun oder Unterlassen

Oft wird von Ärzten oder Pflegekräften befürchtet, der Abbruch einer therapeutischen Maßnahme (insbesondere einer Beatmung) in einer ausweglosen Situation wenn sie also nicht mehr indiziert ist – oder wenn sie dem Willen eines Patienten nicht oder nicht mehr entspricht, stelle „aktive Sterbehilfe“ dar. Für unproblematischer wird das „Nicht-Beginnen“ gehalten – weil es „passiv“ erscheint. Eine medizinische Maßnahme legitimiert sich aber doch aus zwei Gründen: (1) der medizinischen Indikation und (2) der Zustimmung des Patienten. Ist eines von beiden nicht oder nicht mehr gegeben, ist die Maßnahme nicht mehr legal – und da ist es gleich, ob diese Maßnahme nicht begonnen wurde oder ob sie beendet wird. Auch kann es diesbezüglich keinen moralischen Unterschied geben: „Passiv werden“ in einer ausweglosen oder einer vom Patienten nicht mehr gewollten Situation kann nicht anders bewertet werden, als „passiv bleiben“. Es geht – ethisch

gesprächen – um „Unterlassen durch Tun“ bzw. um „Geschehenlassen durch Handeln“. Die Rechtsprechung hat bisher die prinzipiell gleiche Sichtweise. Im übrigen gilt: Wer einen moralischen und rechtlichen Unterschied sieht zwischen dem Nicht-Beginnen – was er für „legitim“ hält - und dem Abbrechen – was er für „verboten“ ansieht -, wird manche Therapie in einer noch unentschiedenen Lage gar nicht erst anfangen, weil er glaubt, bei einer Wendung zum Schlechten dürfe er das einmal Begonnene dann nicht mehr beenden. Dies führt zum unangemessenen Therapieverzicht.

7. Vorsorgeinstrumente (z.B. Patientenverfügung)

Gegen die unkritische Gültigkeit von schriftlichen Verfügungen zugunsten einer Therapiebegrenzung wird von Ärzten oft eingewandt, dass Betroffene ihre „wahre“ Entscheidung in kritischen Lebenssituationen nicht vorhersehen könnten und beispielsweise vielleicht in der konkreten Situation doch eine bestimmte Behandlung zum Überleben gewollt hätten. Wir Neurologen erleben bei ALS-Patienten ja immer wieder, dass sich die Entscheidung ändert. Solche Änderungen sind also unbestreitbar und der krebskranke Francois Mitterrand hat einmal gesagt: „Leiden, das man sich vorstellt ist unerträglich – das Leiden, das man erlebt, ist erträglich“.

Allerdings ist der Bundesgerichtshof 2003 diesen relativierenden Einwänden insofern entgegengetreten, in dem er die Verbindlichkeit der Patientenverfügung im Fall eines Wachkomapatienten gestärkt hat: nach Ansicht des BGH darf eine Verfügung nicht unterlaufen werden *„unter spekulativer Berufung darauf, [...] dass der Patient vielleicht in der konkreten Situation doch etwas anderes gewollt hätte.“*

Damit wird dem Patienten zugunsten seiner Selbstbestimmung durch Antizipation ein Irrtumsrisiko zugestanden und auferlegt, welches er im Falle des späteren Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen meist nicht überleben wird. Verfügungen sollen umso bindender sein, je konkreter sie auf eine bestimmte gesundheitliche Situation Bezug nehmen. Damit besteht in der Praxis die Frage wie genau und detailliert denn eine Patientenverfügung formuliert sein muss, um hohen Verbindlichkeitscharakter zu erlangen. Eine Lösung dürfte in der Kombination einer so detailliert wie möglich verfassten Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht liegen. Dabei wird für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit eine vertraute Person benannt, die Entscheidungen treffen und durchsetzen kann und die Inhalte einer Patientenverfügung an die aktuelle Situation justieren kann.

Die ethische Debatte bezweifelt weitgehend nicht den grundsätzlichen Wert einer therapiebegrenzenden Patientenverfügung, problematisiert aber die Frage der konkreten Umsetzung und der damit verbundenen notwendigen Prüfung und Feststellung, inwieweit die vom Betroffenen gemeinte prognostisch ungünstige Situation (z.B. bleibender Verlust des Bewusstseins) überhaupt eingetreten ist, in der eine therapiebegrenzende Verfügung wirksam sein soll. Die Enquete-kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (8) hat im Unterschied zu allen anderen Kommissionsvorschlägen (1, 16) eine „Reichweitenbeschränkung“ von Patientenverfügungen auf unmittelbare Sterbeprozesse gefordert, womit z.B. für Situationen des Wachkomas vom Patienten nicht therapiebegrenzend vorausbestimmt werden könnte. Auch einer der drei momentan vorgelegten Gesetzesentwürfe zur Regelung der „Sterbehilfe“ sieht eine solche Reichweitenbeschränkung vor.

8. Probleme in der Debatte

Momentan bestehen aus ethischer Sicht beim Tun und Unterlassen am Lebensende folgende Probleme in der Debatte:

1. Die unbefriedigende Kompetenz und Informiertheit von Ärzten, Pflegekräften und sogar Vormundschaftsrichtern über den aktuellen ethisch-juristischen Diskussionsstand. Etwa die Hälfte der jeweils Befragten gab eklatante Fehlbeurteilungen ab und bewerteten z.B. irrtümlich das Abstellen einer Beatmung in jedem Fall als „aktive“ - und damit verbotene – Sterbehilfe. Es wird von den „Profis“ erschreckend wenig gewusst, was man darf – oder nicht darf (Legalität), bzw. was man soll oder nicht soll (Ethik) (3, 17, 19).
2. Die Semantik und Terminologie im Kontext des Sterbens vor allem hinsichtlich „aktiver“ vs. „passiver“ Sterbehilfe. Durch konkrete Benennung des Gemeinten könnte die Diskussion an Klarheit gewinnen. Geredet werden sollte dann anstatt von „aktiver Sterbehilfe“ von „gezielter Tötung“, anstatt von „passiver Sterbehilfe“ von „Unterlassung oder Beendigung lebenserhaltender Therapien, die nicht mehr indiziert sind oder vom Patienten nicht mehr gewollt werden“ und anstatt von „indirekt aktiver“ Sterbehilfe von „Palliativtherapie z.B. Schmerzlinderung unter Inkaufnahme einer ungewollten Lebens- und Sterbeverkürzung“.
3. Verunsichernde Inkonsistenzen in der aktuellen Rechtsprechung (z.B. zu Fragen der Beschränkung der verfügbaren Unterlassung auf „unmittelbare Sterbeprozesse“ oder hinsichtlich vermeintlicher Widersprüche zwischen Zivil- und Strafrecht). Auf diesbezügliche Details kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. Im Moment liegen drei von verschiedenen Parlamentariergruppen fraktionsübergreifend formulierte Gesetzesentwürfe zur rechtlichen Bedeutung der Patientenverfügung vor.
4. Der Fall des in einem Traunsteiner Pflegeheim lebenden „Peter K.“ im „Wachkoma“ zeigte, dass zwar Ärzte und der Betreuer für eine Einstellung der künstlichen Ernährung waren, jedoch die Pflegedienstleitung unter Bezug auf eine „Pflegethik“ die von ihr geforderte Unterlassung verweigerte. Es stellt sich die Frage, ob sich aus „pflegerischer“ und „ärztlicher“ Position unterschiedliche ethische Positionen zur Frage der Unterlassung von Maßnahmen entwickeln lassen, die als „Basistherapie“ angesehen werden, wozu meistens Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gezählt werden.
5. Zunehmende Therapieunterlassungen als Folge von Patientenverfügungen bei schwerkranken alten Menschen könnten bei den Therapeuten zur Einschätzung und Erfahrung einer vermeintlichen Aussichtslosigkeit dieser Erkrankungskonstellation führen, womit zukünftig bereits die medizinische Indikation dieser Maßnahme zur Disposition steht. Es wäre dann eine Erfahrung generiert, die hieße: „eine Therapie macht bei alten Patienten mit einer bestimmten Erkrankung keinen Sinn mehr“. Eine solche Entwicklung wiese Züge der Altersdiskriminierung auf. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den zunehmend arbeitsteiligen Therapieprozess zwischen prognosestellendem Akutmediziner und prognoseerlebendem Rehabilitationsarzt. Durch die zunehmende Nicht-Zulassung prognostisch schwieriger Krankheitsverläufe werden überraschend gute Verläufe kaum mehr auftreten und wahrgenommen. Im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ generieren damit intuitive negative Prognosemodelle im Zusammenhang mit limitierenden

Patientenverfügungen „objektive“ negative medizinische Prognoseprädiktoren (2). In diesem Zusammenhang sollte im Alltag immer bedacht werden, ob bei Einforderung von Unterlassungen durch Angehörige das Leiden des Betroffenen oder das Leiden der Beteiligten („Nicht-mit-Ansehen-Können“) handlungsstiftend ist. Neueste Untersuchungen bei ALS-Patienten zeigen, dass die subjektive Lebensqualität trotz von außen vermuteter schwerer Einschränkung ein erstaunlich hohes Maß beinhalten kann (11, 15).

9. Woran man sich halten kann

Als Orientierung für den Alltag sind die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (4) und die Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“ (5) gut geeignet. Erleichternd ist die Einrichtung klinischer interdisziplinärer und interprofessioneller Ethikkomitees oder mobiler Ethikberatungen – wie sie z.B. im Klinikum Nürnberg erfolgt ist.

10. Fazit

Die angesprochenen Themen und Probleme bedürfen der klinischen und der Grundlagenforschung vor allem auch hinsichtlich ihrer akutmedizinischen, palliativmedizinischen, pflegerischen und ethischen Aspekte. Es müssen empirisch viele offenen Fragen unseres ethischen Handelns am Ende des Lebens geklärt werden: wie beispielsweise sind die Folgen, wenn wir uns so oder anders verhalten. Gefordert ist eine Meta-Ethik, die neue Entwicklungen im Bereich „Tun und Unterlassen“ empirisch begleitet. Amerikanische Arbeiten haben hier gute Vorarbeit geleistet und bereits erwähnte Gefahren aufgezeigt: Stichwort: „self-fulfilling prophecies“. Wissenschaftliche Untersuchungen haben beispielsweise auch herausgefunden, dass die Vergabe von „Nicht-Wiederbelebungsanordnungen“ (DNR_Orders) bei Patienten mit Hirnblutungen teilweise zu unangemessenem Verzicht auf andere durchaus noch sinnvolle Therapieregimes führte (12). Wichtig ist auch die elaboriertere Klärung ungelöster Fragen der Resthirnfunktionen bei Wachkomapatienten oder die Fragen von Hunger- und Durstreaktionen oder -empfindungen solcher Patienten. Kritisch gesehen muss die Entwicklung einer „Begleitethik“, die im Sinne eines „Schmiermittels der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens“ ressourcensparende Fehlentwicklungen des Gesundheitssystems nur noch argumentativ armiert und legitimiert.

Kompetente Behandlung und Pflege am Lebensende muss und darf Spielräume nützen. Die darüber geführte ständige offene Diskussion im jeweiligen Behandlungsteam sollten dazu führen, dass der Umgang mit komplexen ethisch brisanten Situationen nicht mehr länger defensiv als „manchmal unvermeidbar“, sondern als originäre Aufgabe betrachtet wird, für die eine Krankenhaus- oder Pflegeheimstation ebenso aktiv, kompetent und selbstverständlich gerüstet sein muss, wie für das Management rein medizinischer Probleme und Komplikationen.

Literatur:

1. Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ (2004) Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht vom 10. Juni 2004, <http://www.bmj.bund.de>
2. Becker KJ, Baxter AB, Cohen WA et al. (2001) Withdrawal of support in ICH may lead to self-fulfilling prophecies. *Neurology* 56:766-772
3. Borasio GD, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S (2004) Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. Eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. *Nervenarzt* 75: 1187-1193.

4. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 101: A1298-1299
5. Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dtsch Ärztebl 104: A891.
6. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss AZ: XII ZB 2/03 vom 17.03.2003. NJW: 1588-1594
7. Bundesgerichtshof (2005) Beschluss Az XII ZR 177/03 vom 08.06.2005.
8. Deutscher Bundestag (2004) Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Drucksache 15/3700 (13.09.2004).
9. Erbguth F (2003) Ethische und juristische Aspekte der intensivmedizinischen Behandlung bei chronisch-progredienten neuromuskulären Erkrankungen. Intensivmed 40:646–657 (2003)
10. Erbguth F (2008) Ethische und rechtliche Grundlagen. In: (Schwab S. et al. Hrsg.) NeuroIntensiv. Springer-Verlag, Heidelberg
11. Förstl H. Lebenswille statt Euthanasie (2008) Dtsch Ärztebl 105:395-396.
12. Hemphill JC 3rd, Newman J, Zhao S, Johnston SC (2004) Hospital usage of early DNR Orders and outcome after ICH. Stroke 35:1130-1134.
13. Hopkins PD (1997) Why does removing machines count as „passive“ euthanasia? Hastings Cent Rep 27:29-37
14. Hufeland C (1806) Die Verhältnisse des Arztes. Neues Journal der praktischen Heilkunde. Bd. 16.
15. Lulé D et al. (2008) Depression und Lebensqualität bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose. Dtsch Ärztebl 105: 397-403.
16. Nationaler Ethikrat (2005) Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme vom Juni 2005. www.ethikrat.org.
17. Simon A et al. (2004) Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. MedR 22: 303-307
18. Voltz R et al. (2004) Palliative care in neurology. Oxford University Press, New York.
19. Weber M, Stiehl M, Reiter J, Rittner C (2001) Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Dtsch Ärztebl; 98: A3184-3188

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth
Leitender Arzt der Klinik für Neurologie – Klinikum Nürnberg
Breslauer Str. 201 • 90471 Nürnberg
Tel: 0911-398-2491; Fax: 0911-398-3164
Mail: erbguth@klinikum-nuernberg.de