

**Tagung der „Evangelischen Akademie Tutzing“ in Zusammenarbeit mit
dem „Institut für Geschichte und Ethik der Medizin“ der Universität
Erlangen-Nürnberg und der „Evangelischen Stadtakademie Erlangen“**

MEDIZIN – ETHIK – RECHT

Erlangen, 11.- 13. Juli 2003

**Handeln und Entscheiden zwischen medizinischen Möglichkeiten
und Grenzen, ethischen Ansprüchen und rechtlichen Normen**

von

Frank Erbguth

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth

Leitender Arzt der Klinik für Neurologie des Klinikums Nürnberg

Breslauerstr. 201

D-90471 Nürnberg

Tel: 0911-398-2491; Fax: 0911-398-3164

Mail: erbguth@klinikum-nuernberg.de

Bei den Stichworten „Medizinische Möglichkeiten und Grenzen“ drängen sich mir als Neurologe aktuell natürlich die Geschehnisse um die „siamesischen“ Zwillinge Laleh und Ladan Bijani von letzter Woche auf. Im Alltag haben wir aber ein ganz anderes Problem: da geht es nicht um das instrumentelle Ausreizen gewagter medizinischer Möglichkeiten, sondern darum, bei ganz einfach durchzuführenden medizinischen Behandlungsverfahren wie Beatmung oder Ernährung die Frage ihrer medizinischen und ethischen Angemessenheit und ihrer Legalität zu klären.

Da geht es in meinem Gebiet der Neurologie um **Tun und Unterlassen** bei lebensbedrohlichen Gehirnerkrankungen, dauerhaften Komazuständen oder auch bei wachen Patienten mit unaufhaltsamer Muskelschwund und Kraftverlust der Atemmuskulatur z.B. durch die Erkrankung „amyotrophe Lateralsklerose“. Bei diesen stellt sich oft die Frage nach einer Lebensverlängerung durch dauerhafte künstliche Beatmung – oder die Frage, ob eine in einer Notfallsituation begonnene Therapie z.B. in Form einer Beatmung auf Wunsch des Patienten oder wegen der ungünstigen Entwicklung der Erkrankung wieder beendet werden solle.

Ich möchte mich in meinem Vortrag beschränken auf Handeln und Entscheiden am Ende des Lebens und in Todesnähe, wobei ich dieses Entscheiden und Handeln nicht primär als „Müssen“ oder als eine unausweichliche Last empfinde, sondern auch als ein „Dürfen“. „Entscheiden –Dürfen“ im angesprochenen Spannungsfeld macht für mich durchaus einen wesentlichen Teil des Herausfordernden und Faszinierenden an meinem Arztberuf aus.

Der Kanon, in dem die 3 Begriffe in der Themenformulierung geordnet sind, gefällt mir eigentlich sehr gut – entspricht er doch in seiner Reihung dem, wie ich es mir Handeln und Entscheiden angemessen und sinnvoll vorstelle.

Zuoberst – oder zuallererst - steht die medizinische Einschätzung einer Situation, dann deren ethische Bewertung und für das Entscheiden ein schlussendlicher Abgleich mit den rechtlichen Normen. Dass genügend ethischer und rechtliche Diskussionsstoff zumindest im intensivmedizinischen Alltags besteht, zeigt eine Untersuchung, die bereits vor 5 Jahren auf meiner damaligen Erlanger Neurologischen Intensivstation herausfand, dass etwa 25% der Zeit der Visitingespräche nicht für rein medizinische Fragen – also zu Diagnostik und Therapie im engeren Sinne - verwendet wurden, sondern für die ethischen und rechtlichen Implikationen der Erkrankung des jeweils visitierten Patienten.

In der Themenformulierung kommt die „Ökonomie“ nicht vor; sie wird ja zunehmend in unsere Handlungs- und Entscheidungsspielräume hineingedrängt, denken Sie an die jetzt in Deutschland aufgekommene Diskussion um eine Begrenzung medizinischer Leistungen ab einem bestimmten Alter. Ich werde erst am Ende meines Vortrages noch einen Satz zum Thema „Ökonomie“ sagen.

Wie steht es um die gerade aufgestellte und einfach erscheinende Forderung, die Bestandsaufnahme der **medizinischen Möglichkeiten und Grenzen** müsse in einer komplexen Behandlungssituation an erster Stelle stehen. Das müsste doch ärztlich einfach zu leisten sein? Aus rein medizinischer Beurteilung heraus ist es aber manchmal sehr schwierig zu entscheiden, *„Wo ist die Grenze, wann kippt eine zunächst sinnvolle Therapiestrategie in ein sinnloses medizinisches Ritual ab?“* Wo ist der Wendepunkt, wo das Helfenwollen und das Helfenkönnen umkippt zur Verursachung von Leid- und Schaden. Diese Beurteilung ist aber im Bereich der Intensivmedizin besonders schwer, definiert diese sich ja gerade – und bezieht ihre Legitimation - durch die Nutzung der kleinen, oft minimalen Chancen. Wie klein darf die Chance sein, um dennoch unter Inkaufnahme eines Leidens des Patienten alles zu versuchen – auch wenn es sich später als sinnlos herausstellt ? Wie minimal muss die Chance sein, um die Situation als aussichtslos zu kennzeichnen ? Wie ist es im Verlauf, wie lange darf / muss zugewartet werden, um die Einschätzung des Zustandes sicherer zu machen ? *„Ist dieser Patient jetzt schon sterbend oder noch rettbar“*. Gerade die letztgenannte Festlegung wird aber erwartet, weil gerade die Anwendung bestimmter Rechtsnormen sich auf solche Unterscheidungen bezieht, denken Sie an die Begrifflichkeiten des „unumkehrbaren und irreversiblen Sterbevorgangs“. Da wäre ich im Alltag froh, wenn ich immer so genau wüsste, ob der aktuell kritische Zustand des Patienten ein reversibler oder ein irreversibler Sterbeprozess ist. Und ist es nicht oft genau die zur Debatte stehende Therapie, die den Sterbeprozess aufhält und eventuell „reversibel“ macht; beim „Weglassen“ geht er dann ins „Irreversible“ über. Hier lassen mich dann rein medizinische Entscheidungsalgorithmen oft im Stich und es müssen **ethische Bewertungen** vorgenommen werden.

Ethische Bewertungen sind heutzutage aber sehr plural – und gerade die Öffentlichkeit misst oft mit unterschiedlichen Maßstäben. Ein Beispiel bei den Muskelschwund-Erkrankungen: da werden am Beispiel des neuromuskulär erkrankten Physikers Stephen Hawking mit einem leichten Schaudern die technologischen Möglichkeiten moderner Medizin bewundert und es erscheint sensationell, wie ein zum eigenen Atmen und Bewegen unfähiger Mensch im Rollstuhl durch mechanische und digitale Hilfsmittel so „aufgerüstet“ werden kann, dass das schöpferische Genie quasi körperlos seine Identität bewahren kann; zum anderen wird aber gerade bei diesen Erkrankungen auf die „Unwürdigkeit“ des Zustandes der Betroffenen verwiesen und Formen aktiver Sterbehilfe oder des „ärztlich assistierten Selbstmords“ eingefordert, um den Patienten eine vermeintlich auftretende quälende Atemnot zu ersparen. Solche Überlegungen prägten z.B. die öffentliche Kritik an der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom letzten Jahr, in der das Gesuch der an ALS erkrankten 43-jährigen englischen Patientin Diane Pretty abgewiesen wurde, ihrem Mann Straffreiheit zu gewähren, wenn er ihr auf ihren Wunsch hin Hilfe zum Suizid leisten würde.

Auch die **Möglichkeiten und Grenzen** der Intensivmedizin werden in der Öffentlichkeit sehr unterschiedlich beurteilt: Da sind zum einen die Ängste, dass die Grenzen überschritten würden: Angst vor zuviel Medizin. Die Schlagworte sind: „seelenlose Apparatedizin“ und „Sterben zwischen Maschinen und Schläuchen“.

Angst gibt es aber auch vor **zuwenig** Therapie: gerade die Diskussionen über Sterbehilfe weckt in manchen die Angst vorm „Tod in Weiß“. Die Geschichten von gnadenlösendem Medizinpersonal auf Intensivstationen sind nicht vergessen und Angehörige von Koma- oder Wachkoma-Patienten fürchten oft, dass zuwenig getan werde und zu früh sterben gelassen werde. Der Pressebericht von einem angeblich nach 19 Jahren aus dem Koma erwachten Patienten von letzter Woche wird bei Angehörigen erneut solche Ängste verstärken. **Als Intensivmediziner steht man hier also zwischen den zwei Ängsten: es werde zuviel oder zuwenig getan.**

Wenn die Medizin eine grundsätzlich machbare Therapie begrenzt, bezieht sie sich neben medizinischen Kriterien immer auch auf implizite ethische Bewertungen. Ich möchte Ihnen dies an einem Beispiel erläutern:

Bei einem sehr großen Schlaganfall durch Hirninfarkt wird Hirngewebe zerstört, der Patient ist dadurch gelähmt und hat evtl. eine Sprachstörung. Wenn sich in diesen Hirninfarkt zwischen dem 3. und 5. Tag Wasser einlagert, kann es zu einer Schwellung kommen, die das gesamte Gehirn unter Druck setzt, woran man mit 80%-iger Wahrscheinlichkeit stirbt. In dieser Situation gibt es eine ganz mechanistische medizinische Lösung: man sägt die Schädeldecke auf und lässt dadurch die Schwellung aus dem Schädel heraus entweichen, das Gehirn wird nicht weiter geschädigt, der Patient stirbt nicht mehr mit einer 80%-igen sondern nur noch mit 20%-igen Wahrscheinlichkeit. Wenn das Gehirn wieder abgeschwollen ist, setzt man das Schädelknochenstück wieder ein. Allerdings hat man am großen Schlaganfall selbst keine Verbesserung erzielt, sondern nur eine lebensbedrohliche Komplikation durch einen massiven Eingriff beherrscht.

Nun gibt es übereinstimmende Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Patienten über 60 Jahre nach einem solchen Eingriff zwar in gleichem Maße wie die Jüngeren überleben, aber durch den großen Schlaganfall in allen Fällen schwerstpflegebedürftig bleiben, was bei jüngeren Patienten meist nicht eintritt. Mittlerweile haben sich die Fachgesellschaften der Neurologen und Neurochirurgen ohne große Diskussion festgelegt, diese Hirnoperation in der Regel bei über 60-jährigen nicht durchzuführen - unter Hinweis auf die schlechten Ergebnisse hinsichtlich Lebensqualität. Wohlgermerkt: man könnte also mit hoher Wahrscheinlichkeit das Leben eines 72-jährigen retten, aber eine vorgenommene **Angemessenheitsüberlegung** führte dazu, dass diese Therapie für einen solchen Patienten als nicht indiziert gilt – man könnte auch provozierender sagen: ihm vorenthalten wird. Ich verhalte mich in der Entscheidung im Alltag übrigens auch nach dieser Festlegung, halte sie auch nicht für falsch, behalte mir aber im Einzelfall auch die Abweichung von der Leitlinie vor – und akzeptiere

dann die darin gesetzte Altersgrenze nicht. Ich übersehe auch nicht die Inkonsistenzen einer solchen „leitlinien-offiziellen“ Begrenzung: denn mit einer analogen „Angemessenheitsargumentation“ muss man sich ja auch fragen, warum bei Patienten mit größeren Schlaganfällen, die alle absehbar zu schweren Behinderungen führen, andere Komplikationen wie z.B. eine schwere Lungenentzündung denn in der Regel von den meisten Ärzten fraglos behandelt werden.

Die in diesem Beispiel gezeigte in gewisser Weise willkürliche Grenzsetzung kann sich zwar auf das medizinische Faktum der unterschiedlichen Behinderungsgrade bei jungen und alten Patienten berufen – in die Grenzsetzung aber fließt eine **bewertende ethische Entscheidung** ein: dass nämlich Lebensrettung allein um jeden Preis nicht angestrebt wird.

Es gibt aber auch das entgegengesetzte prinzipienethische Handeln in der intensivmedizinischen Praxis bei schwierigen prognostisch nicht eindeutigen Problemlagen: da wird die ethische Bewertung für eine Begrenzungsentscheidung oft ganz vermieden und es wird nach dem Motto gehandelt: „... *im Zweifelsfall immer alles machen, denn dann ist man rechtlich am wenigsten angreifbar*“ - auch wenn man nicht mehr vom medizinischen Sinn der therapeutischen Maßnahme überzeugt ist.

Mit einer solchen Haltung wird auf eine Prinzipienethik zurückgegriffen, die grundsätzlich und in allen Fällen nach einem apodiktischen Leitsatz handelt. Dieses Prinzip „im Zweifelsfall immer alle Möglichkeiten auszuschöpfen“ wegen der Schwierigkeit der ethischen und juristischen Bewertung hat auch medizinhistorische Tradition – ich zitiere Hufeland von 1806:

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.

Ich selbst wurde in meiner frühen Assistentenzeit auf der Intensivstation oft mit dieser Haltung konfrontiert, mittlerweile empfinde ich sie als Selbstbeschneidung des ärztlichen Entscheidungsspielraums und Handelns durch eine vermeintliche juristische Bedrohung. Insbesondere bei der Zurücknahme einer einmal begonnenen Therapie herrscht bei Ärzten die Angst vor, dies sei - da man ja handele - **aktive** Sterbehilfe, die ethisch inakzeptabel und rechtlich verboten sei. Dazu aber später mehr.

Beide Haltungen oder Positionen, die ich Ihnen vorgestellt habe: die eine, die mehr oder weniger gut begründet Grenzen zieht und die andere, die medizinischen Möglichkeiten ohne Begrenzung ausschöpft, haben im übrigen den Willen des Patienten außen vor gelassen – es wird nicht gefragt, ob die Grenzsetzung oder die Nicht-Setzung seinem Willen entspricht.

Mit einer Haltung immer alles zu tun weicht man zwar einerseits vermeintlich ethisch problematischen Begrenzungsentscheidungen aus, man handelt aber andererseits in vielen Fällen gegen einen anderen ärztlich-ethischen Anspruch, nämlich den Anspruch „nicht zu schaden“. Spätestens nämlich durch die Möglichkeiten der Intensivmedizin ist dieser ärztliche Auftrag „nicht zu schaden“ interpretationsbedürftig geworden und die Frage, was denn das Wohl des Patienten sei – „salus aegroti suprema lex“ - kann auch nicht mehr von uns Ärzten allein definiert werden, sondern muss auch die Entscheidung des Patienten mit einbeziehen – „voluntas aegroti suprema lex“: Was der eine Patient noch als zu seinem „Wohle geschehend“ empfindet, mag der andere schon als Schaden für sich begreifen – unabhängig vom medizinischen Sinn der Maßnahme.

„Immer alles“ zu machen – ohne den Willen des Betroffenen mit einzubeziehen - ist inzwischen sowohl in der ethischen Diskussion als auch in der Rechtsprechung nicht mehr haltbar: immer alles zu machen – erfüllt ja im Zweifelsfall sogar den Tatbestand der Körperverletzung, wenn dieses Tun gegen den Willen des Patienten erfolgt. Der Wille des Patienten hat ein entscheidendes Gewicht bekommen.

Hier beobachte ich aber in der Praxis, dass mit dem Willen des Patienten von uns Ärzten besonders bei bewusstlosen Patienten in sehr unterschiedlicher Art und Weise umgegangen wird: wenn wir eine bestimmte medizinische Maßnahme gerne ausschöpfen wollen und ein bestimmtes Maß an Invasivität betreiben wollen und dem entgegengesetzt beispielsweise eine begrenzende Patientenverfügung vorliegt, dann wird von uns eher nach Gründen gesucht, den Willen des Patienten herunterzuspielen: „*ob er denn das wirklich so gemeint hat?*“, und „*ob das jetzt eigentlich so zutrifft, was er da geschrieben hat?*“. „*Vielleicht würde er sich jetzt in der konkreten Situation anders entscheiden?*“

Wenn wir Mediziner aber selbst eher der Meinung sind, eine Begrenzung sei allein rein aus medizinischen Gründen geboten – oder wir sind uns über Begrenzungen nicht sicher, dann werden bevorzugt die Angehörigen oder Betreuer in die Verantwortung genommen und ihnen der Part zugeschoben, eine Begrenzung gemäß dem mutmaßlichen Willen des Patienten einzufordern. Ich halte es für falsch verstandene Patientenautonomie, wenn Ärzte ihre Verantwortung – gerade auch im Hinblick auf eine Entscheidung in lebensbedrohlichen Situationen auf Patienten oder deren Angehörige verlagern, in dem diese nach ihren „Wünschen“ gefragt werden und sich die Ärzte nur als Anbieter einer unverbindlichen Pluralität an „Möglichkeiten“ verstehen („De-Responsibilisation“). Meiner Meinung nach bedarf es bei Entscheidungen in Grenzsituationen mehr als dem bloßen ethischen und juristischen Rekurs auf die Autonomie des Patienten. Die ärztliche Haltung soll sich nicht auf eine allgemeine distanziert deskriptiv-fachliche Ebene zurückziehen, sondern sollte normative Elemente z.B. eine durchaus „väterlich wohlmeinende Bevormundung“ nicht verbergen; der Onkologe Gallmeier hat einmal das Beispiel vom bergunkundigen Touristen und dem erfahrenen Bergführer als Allegorie für eine wünschenswerte Arzt-Patient-Beziehung in

schweren Entscheidungsfragen genannt. Dem entspricht eine **Ethik der Fürsorge**, die ihrerseits natürlich nicht ohne eine Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des Patienten möglich ist.

Eine solche Haltung ist aber nicht möglich ohne Transparenz, die sich einer Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen nicht entzieht. Hier sei noch einmal auf die mögliche Dauerbeatmung von ALS-Kranken verwiesen: Wenn ich einem Patienten gar nicht sage, das es die Möglichkeit der Dauerbeatmung gibt, erspare ich mir natürlich eine schwierige Konfrontation und ethisch-herausfordernde Diskussion. Dem Patienten steht aber die Information über die Möglichkeit zu – wobei ich ihm auch meine wertende Einschätzung seiner spezifischen Situation nicht ersparen darf - wenn ich zum Beispiel viele Probleme vorhersehe. Aber ich finde, man muss ihn über die Möglichkeit informieren – sie ihm dann kommentiert anbieten oder kommentiert abraten. Wie sieht die Realität aus ? In den USA wo in detaillierten Leitlinien die Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen in einem Indikationsalgorithmus aufgelistet ist, gibt es die klare Forderung, jeder Patient müsse frühzeitig über die Möglichkeit aufgeklärt werden. Eine Befragung erbrachte jedoch, dass fast ein Viertel der Ärzte die Möglichkeit der Beatmung nur „manchmal“ und 3% überhaupt gar nicht erwähnten. In Deutschland bieten etwa nur 1/3 der neurologischen Zentren den Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen Beatmungsmöglichkeit an – die anderen klären über diese Möglichkeit zum Großteil gar nicht auf. Die Realität ist also offensichtlich so, dass man abhängig von der Region, in der man wohnt oder vom Arzt, den man konsultiert überhaupt über eine bestehende medizinische Möglichkeit informiert wird oder nicht.

Warum wird aber von vielen Ärzten lieber gar nicht erst über eine solche Möglichkeit aufgeklärt: weil sie Angst haben, sie könnten in eine Situation kommen, in der der Patient die Beatmung gar nicht mehr möchte oder man bei Komplikationen die Sinnlosigkeit der Beatmung feststellen müsste – und dann diese nicht mehr wegnehmen dürfe, weil dies ethisch verwerflich und als aktive Sterbehilfe juristisch verboten sei; da will man sich erst mal gar nicht aufs vermeintliche Glatteis begeben. Ich hatte das Thema oben schon angerissen !

Hier findet meiner Auffassung nach besonders stark die bereits erwähnte und verbreitete **defensiven Selbstkorsettierung der Ärzte** in ihren Entscheidungs- und Handlungsräumen unter Verweis auf einen vermeintlichen ethischen Anspruch und eine potentiell drohende juristische Sanktionen statt. Da werden rechtliche Sanktionen und Verbote vermutet oder erwartet, wo gar keine sind: Ein Beispiel ist die angesprochene Frage, ob es grundsätzlich erlaubt sei, eine invasive medizinische Maßnahme – also zum Beispiel eine Beatmung - zu beenden, weil sie sich als medizinisch sinnlos erwiesen hat oder weil sie vom Patienten nicht mehr gewollt wird.

Dazu hat beispielsweise die schon von Herrn Vollmann zitierte Befragung von immerhin onkologisch und palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzten erbracht, dass fälschlicherweise 22,8% die Beendigung einer Beatmung bei Sterbenden aus juristischen Gründen für grundsätzlich nicht durchführbar hielten und 48,8% irrtümlich das Abstellen einer Beatmung in jedem Fall als „aktive“ - und damit verbotene - Sterbehilfe einordneten.

Dass dieses selbstverpasste rechtsnormative Korsett ärztlichen Handelns das Gegenteil dessen bewirken kann, was es als ethisches Prinzip zu bewahren vorgibt – nämlich „Lebenserhalt“, soll mit einem Beispiel eingeleitet werden:

Ein 82-jähriger Patient wird nach heftigem Schwindel und einer lallenden Sprache eingeliefert – der ältere Herr ist kontaktfähig und orientiert. Als Ursache stellt sich eine Blutung ins Kleinhirn heraus, die etwas auf den Gehirnstamm drückt; die Blutung ist zu klein für eine Operation. Es ist aber zu erwarten, dass sich durch eine vorübergehende Schwellung des Hirngewebes die Situation verschlechtern wird – der Patient wird über eine mögliche künstliche Beatmung aufgeklärt, die bei einer Verschlechterung eventuell notwendig wird - er willigt ein, nähere Angehörige hat er nicht mehr. Die befürchtete Situation tritt tatsächlich ein – wegen einer verschlechterten Atmung durch eine Lungenentzündung wird eine Beatmung notwendig. Innerhalb von 6 Tagen bessert sich der Zustand – eine Beendigung der Beatmung scheint absehbar. Plötzlich zeigt der Patient keine Reaktionen mehr und ist tief komatös mit schnappender Eigenatmung. Eine Kontrolle der Gehirnerkrankung mittels Computertomographie zeigt mehrere massive Blutungen in verschiedene Regionen des Gehirns. Diese Situation ist auf Dauer nicht überlebbar. Die Beibehaltung der zuvor unter anderen Voraussetzungen begonnenen Beatmung wäre in dieser Situation zwar lebensverlängernd aber sie ist jetzt medizinisch sinnlos. Wir haben sie beendet; 6 ½ Stunden nach der Extubation – also der Herausnahme des Beatmungstubus - starb der Patient.

Ist das aktive Sterbehilfe ? Es gibt viele Ärzte, die ein solches Vorgehen dafür halten würden – aktiv deswegen, weil die Beendigung eine aktive Handlung darstellt. Die Streichung von kreislaufunterstützenden Medikamenten hingegen wird für ethisch angemessen und juristisch erlaubt angesehen. Ist es handlungstheoretisch wirklich ein Unterschied, ob ich per Kugelschreiber einen beendenden Haken bei den kreislaufunterstützenden Medikamenten in der Patientenakte anbringe, oder ein Atemgerät ausschalte. Es muss doch die ethische Bewertung grundsätzlich davon ausgehen, dass eine Beatmung in einer bestimmten Situation notwendig und sinnvoll – also indiziert sein muss oder eben nicht.

Bei dem gerade beschriebenen Patienten würde unter fast allen Ärzten Einigkeit bestehen, dass, wenn er in dem Zustand eingeliefert worden wäre, in den er jetzt trotz Therapie geraten ist, eine künstliche Beatmung nicht begonnen werden sollte. Es kann aber ethisch und juristisch nicht sein, das etwas, was in einer bestimmten Situation nicht begonnen werden braucht, nicht in der identischen Situation beendet werden darf, nur weil es zuvor angesichts einer anderen medizinischen Sachlage begonnen wurde. **„Passiv werden“ in einer**

Sterbesituation oder in einer ausweglosen Situation kann nicht anders bewertet werden als „passiv bleiben“. Die ethische Bewertung geht dementsprechend davon aus, dass solche Beendigungen keine aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen darstellen und nimmt dabei Bezug auf die Theorien des „Unterlassens durch Tun“ bzw. des „Geschehenlassens durch Handlung“. Die Rechtsprechung hat bisher die prinzipiell gleiche Sichtweise. Wichtig ist beim „Unterlassen durch Tun“ die Intention der Handlung: sie muss als Verzicht auf das eigene Eingreifen verstanden werden und nicht als gewollte Herbeiführung des Todes. Nicht selten passiert es ja dann auch, dass vermeintlich lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden, und der Patient nicht wie erwartet verstirbt. Würde ein solcher Verlauf vom Handelnden mit Enttäuschung vermerkt, ist seine Motivlage und Intention zweifelhaft.

Ärzte scheinen in dieser Frage nicht nur juristisch sondern auch ethisch-moralisch unsicher zu sein: so sahen 26% amerikanischer Ärzte einen moralischen Unterschied zwischen dem Nicht-Beginnen einer Beatmung und ihrem Abbruch unter den gleichen medizinischen Bedingungen. In Deutschland sind höhere Zahlen zu erwarten. Wer aber einen solchen moralischen Unterschied sieht und eine dementsprechende rechtliche Bewertung vermutet, 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 also eventuell zum unangemessenen Therapieverzicht. Möglichkeiten werden nicht ausgeschöpft durch ethische und juristische Fehlinterpretationen.

Vielleicht finden Sie, dass ich den ärztlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraum zu optimistisch oder zu naiv sehe, wenn ich glaube, dass wir nicht defensiv gelähmt wie die Maus auf die „juristische Schlange“ starren müssen. Ich habe denn auch darüber nachgedacht, ob mir eine eigene ärztliche Entscheidung in der Vergangenheit einfällt, die ich aus rein medizinischen Erwägungen oder aus meinem Gewissen heraus anders getroffen hätte – wenn mich nicht irgendwelche Rechtsnormen daran gehindert hätten. Mir ist ein solcher Fall aber tatsächlich nicht erinnerlich.

Dennoch sehe ich schon, dass der nutzbare ärztliche Entscheidungsspielraum aktuell doch durch Rechtsnormen in Form von verwirrenden Urteilen bedroht ist. Ich denke an die bereits von Herrn Vollmann erwähnte Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 17.3. diesen Jahres. Was irritiert mich an dem Urteil des BGH, der endgültig klären sollte, inwieweit Betreuer einen in einer Patientenverfügung gewünschten Abbruch einer therapeutischen Maßnahme durch das Vormundschaftsgericht bestätigen lassen müssten. Die bisherigen Rechtsauffassungen waren ja widersprüchlich, in Bayern sah die Rechtspraxis bislang so aus, dass die Vormundschaftsgerichte sich dafür nicht für zuständig erklärten und davon ausgegangen wurde, dass eine Abbruchsfrage durch Ärzte und Angehörige „in eigener Verantwortung“ entschieden werden könne. Der BGH hat nun einerseits die Bedeutung der Patientenverfügung unterstrichen und ausgeführt, dass diese – so wörtlich - *„nicht unterlaufen*

werden dürften, unter spekulativer Berufung darauf, ... dass der Patient vielleicht in der konkreten Situation doch etwas anderes gewollt hätte.“

Aber an entscheidender Stelle wird die Bedeutung der Patientenverfügung massiv unterhöhlt, denn der BGH beschränkt die Vollziehbarkeit des per Verfügung geäußerten Willens eines Patienten nur auf unmittelbare Sterbevorgänge. In Fällen, in denen der Tod nicht absehbar droht und nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden kann, dass die Krankheit einen irreversiblen und tödlichen Verlauf angenommen hat, verneint das Gericht, dass der Arzt und der Betreuer an den in der Verfügung geäußerten Willen des Betroffenen gebunden seien. Genau für einen solchen Zustand hat aber der Patient seine Verfügung verfasst. Bei Wachkomapatienten wäre demnach auch mit einer validen Patientenverfügung eine Einstellung der PEG-Sondenernährung äußerst zweifelhaft. Das Urteil verunsichert, weil es diametral das Urteil des 1. Strafsenats des BGH – das sog. Kemptener Urteil – konterkariert, wo die Einstellung der Ernährung unter Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen des Patienten legalisiert wurde. Eine weitere Unschärfe enthält das Urteil dadurch, dass es die Zuständigkeit des Gerichts nur sieht, wenn eine Maßnahme abgebrochen werden soll, die so wörtlich „*ärztlicherseits angeboten*“ wird. Was aber ist „*ärztlicherseits angeboten*“ ? Signalisiert dieser Terminus den von mir gewünschten Entscheidungs- und Handlungsspielraum für uns Ärzte oder werden wir hier eher in eine strafrechtlich schlüpfrige Entscheidungsfalle gelockt.

Ähnliche Inkonsistenzen sehe ich auch in der Rechtsprechung um den „Traunsteiner Fall“ des Peter K., der auf dieser Tagung ja auch später noch zur Debatte stehen wird.

Nicht eindeutige, kryptische Urteile oder konkurrierende Rechtsprechungen mögen zwar die juristisch-intellektuelle Diskussion in den entsprechenden Fachblättern beleben, aber sie gefährden den mühsam errungenen Spielraum, den wir Ärzte nur dann wahrnehmen können, wenn wir auf eine einigermaßen in sich schlüssige und konsistente Rechtsprechung vertrauen können.

Wenn die Rechtsprechung Unsicherheit erzeugt, fallen Ärzte im Alltag nämlich am ehesten wieder in die oben zitierte „Prinzipienethik“ zurück, „immer alles zu machen“ - oder es wird nach dem Gesetzgeber gerufen, der solle den Graubereich regeln – also z.B. in Deutschland durch ein Sterbehilfegesetz. Abgesehen davon, dass sich im Moment keine politische Seite mit einem solchen Gesetzesvorschlag exponieren würde, bin ich mir auch nicht sicher, ob es den Alltag wirklich erleichtern würde. Verrechtlichung und rechtliche Formalisierung bis in die Details hinein ist kontraproduktiv und widerspricht den ethischen Anforderungen. Die Gefahr besteht, dass der in Überwindung befindliche ärztliche Paternalismus durch einen richterlichen Paternalismus ersetzt wird.

Meine Damen und Herren,

was bleibt im Alltag zu tun – wie kann man Handeln und Entscheiden verantwortlich gestalten. Als hilfreich empfinde ich im Alltag eine Art „**Entscheidungsmatrix**“, auf der man mosaiksteinartig alle Aspekte eines Falles zusammenträgt und in einer Art ethischem Entscheidungsraster bewertet, welches Handeln hat mit welcher Wahrscheinlichkeit welche unmittelbare Konsequenz mit welchen Folgen für die verschiedenen Beteiligten? Dazu sind eine mobile Ethikberatung wie wir sie am Klinikum Nürnberg haben, oder ein Ethikkommission, wie es in Erlangen angeboten wird, sicher hilfreich und unterstützend.

Herausgearbeitet werden müssen:

(1) die „medizinischen Fakten“?

(2) die Situation des Patienten? einschließlich seiner Interessen, Wertvorstellungen, Abwägung von Nutzen und Schaden, ein tatsächlicher oder mutmaßlicher Wille? In welchen möglichen Zwängen steckt der Patient - will er „niemand zur Last fallen“ oder fühlt er sich zum Überleben gedrängt?

(3) die Situation der Behandler? z.B. welche Wertvorstellungen, Pflichten, forensische Aspekte spielen eine Rolle? Welche aktuellen Belastungen bestehen gerade sonst noch auf Station? Wie und wie häufig bestehen Vorerfahrungen mit ähnlichen Patienten oder Situationen, wurden gute oder schlechte Erfahrungen gemacht? Existieren unterschiedliche Bewertungen zwischen Pflegepersonal und Ärzten oder innerhalb der jeweiligen Hierarchie? Gibt es Möglichkeiten der offenen Diskussion? Existieren externe Unterstützungsmöglichkeiten wie Ethik-Kommission, Teamsupervision oder Balintgruppen?

(4) die Situation der Angehörigen bzw. Betreuer? z.B. welchen Zwängen sind sie ausgesetzt, evtl. moralische Verpflichtungen eine häusliche Pflege zuzusichern? Evtl. Schuldgefühle beim Involviertsein in Therapiebegrenzungen? Materielle Rahmenbedingungen und Beziehungsgefüge zum Patienten? Widerstreitende Angehörigeninteressen? Konsens oder Kommunikationsstörungen mit den Behandlern? Eigennützige Motive z.B. attraktive Erbsituation usw.

(5) die Einordnung und Analyse der ethischen Prinzipien

Welche ethischen Prinzipien bestehen auf der Station explizit oder implizit? Inwieweit sind sie anwendbar und stehen eventuell im Konflikt miteinander? Ich hatte bereits auf die „Pflichtethik“ hingewiesen, oder wird eher eine teleologische Ethik praktiziert, die nach den Konsequenzen der Entscheidung fragt.

(6) die Einordnung der juristischen Rahmenbedingungen, die für das vorliegende Problem relevant sind. Hierzu gehört ein notwendiges Grundwissen über das, was juristisch gerade „state of the art“ ist. Ich kann nicht verstehen, dass auf Intensivstationen ein enormes stets aktualisiertes Wissen über die technischen Details unterschiedlichster Medizintechnologie besteht, aber ein enormes Nicht-Wissen über ethische Prinzipien und juristischen Positionen.

Noch ein abschließender Satz zur Ökonomie, die ja per se nichts „Schlechtes“ ist und Ressourceneinsatz impliziert immer auch ethische Entscheidungen. Wir werden nicht

verhindern können, dass sich diese Aspekte zunehmend in unsere Entscheidungen hineindrängen – z.B. durch die Einführung von pauschalierten Entgelten; da werden bereits jetzt schwerkranke Patientengruppen als potentielle „ökonomische Killer“ identifiziert. Aber gerade um hier gut gewappnet zu sein, sich von willkürlich begrenzender Ökonomie nicht dominieren zu lassen, ist ein ständiges ethisches Hinterfragen der Entscheidungen und Handlungen vonnöten.

Wir sollen auch wachsam und reflektierend sein, wenn sich in der öffentlichen Diskussion ökonomische und gesamtgesellschaftlichen Zwänge mit Wirkung auf das hier zur Debatte stehende Spannungsfeld herauschälen: Es gibt mir schon zu denken, wenn in einer Zeit, in der Magazine wie „Der Spiegel“ mit Blick auf die Rentenkassen titelt „Die Alten fressen uns auf“ – Patienten ihre Verfügungen mit der Begründung verfassen, sie wollten ihren Kindern *„nicht mehr zur Last fallen“*.

Meine Damen und Herren,

eine medizinisch kompetente Behandlung in Todesnähe muss und darf Spielräume nützen, dazu bedarf es jedoch der Kenntnis und des „Sich-Einlassens“ auf die ethischen Ansprüche und die rechtlichen Normen.

Dies und die darüber geführte ständige offene Diskussion im 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 Station ebenso aktiv und selbstverständlich gerüstet sein muss, wie für das Management rein medizinischer Probleme und Komplikationen. Eine ethisch komplexe Situation muss genauso professionell in Angriff genommen werden, wie ein Multiorganversagen. Dabei werden Konflikte, Verwerfungen und Fehlentscheidungen im genannten Spannungsfeld nicht ausbleiben – das aber ist eben so und macht auch das positiv Herausfordernde an unserem Beruf aus.