

Fortbildungsreihe Palliativmedizin, Folge 13

Entscheidungen am Lebensende

JOCHEN STEURER

Auch bei ethischen Entscheidungen Sicherheit zu gewinnen, ist der Wunsch vieler Ärzte. Die rigorose Entscheidung für lebensverlängernde Maximaltherapien ist ebenso wenig eine Lösung, wie diese Entscheidungen an Vormundschaftsgerichte zu delegieren. Gibt es probatere Wege?

Parallel zu den erstaunlichen Fortschritten der kurativen Medizin entsteht immer häufiger die Notwendigkeit, Maximaltherapien zu begrenzen, um Würde und Lebensqualität von Schwerstkranken aufrecht zu erhalten. Persönliche Unsicherheit, fehlendes Wissen um praktikable Lösungen und mangelnde Rechtssicherheit behindern die behandelnden Ärzte in ihrer Entscheidung dabei ebenso, wie eine oft polemische Darstellung des Themas in den Medien. Es ist für den Arzt darüber hinaus eine schwierige Aufgabe, in präfinalen und finalen Stadien zusätzliche palliative Maßnahmen, wie eine Verringerung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und gegebenenfalls eine Erhöhung der Schmerzmitteldosis (s. Folge 2/3 der Fortbildungsreihe Palliativmedizin) zu erwägen.

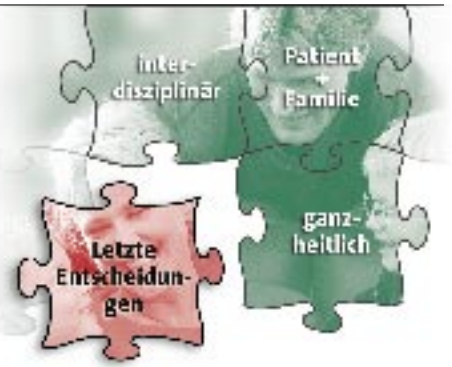
Klarere Definitionen!

Nahrung- und Flüssigkeitsrestriktion oder eine Dosiserhöhung von Schmerzmitteln sind palliativmedizinische Maßnahmen und deutlich von einer ärztlichen Beihilfe zum Selbstmord und der Euthanasie abzugrenzen. Umfrageergebnisse zeigen, dass palliativmedizinische Maßnahmen, bisher auch „passive Sterbehilfe“ genannt, aufgrund mangelnder Information in der Bevölkerung fälschlicherweise als Euthanasie bzw. „aktive Sterbehilfe“ wahrgenommen werden. Wegen dieser Trennungsunschärfe sollte die bisherige Unterscheidung in „aktive“ und „passive“

Sterbehilfe aufgegeben werden. Ärztliches Handeln ist immer „aktiv“, auch und gerade dann, wenn ein Arzt lebensverlängernde Maßnahmen nicht einleitet oder beendet. In diesem Kontext ist es angezeigt, in Zukunft von der „palliativen Sedierung“ und nicht mehr von der „terminalen Sedierung“ zu sprechen, da so bedrohliche Konnotationen vermieden werden.

Euthanasie und Lebenswert?

Die Euthanasie-Fragestellung lässt sich in der Bundesrepublik nicht ohne den Rückblick auf die Euthanasie-Praxis des Dritten Reichs behandeln. Über Lebenswert und Unwert entschieden damals Bevölkerungsplaner mit aus heutiger Sicht untragbaren Wertvorstellungen:



Werner Catel, einer der Gutachter der „Kinder-Euthanasie“ im Dritten Reich und bis 1960 Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universitätsklinik in Kiel, forderte noch 1962 in seinem Buch „Grenzsituationen des Lebens“ die Einführung einer „begrenzten Euthanasie für vollidiotische Kinder“. Im Interview mit dem Nachrichtenmagazin Der Spiegel von 1964 führte Catel u.a. aus: „Ich habe Kreaturen gesehen, die fraglos Vollidioten waren und dennoch äußerlich hübschen Kindern glichen. Auch aus diesen Wesen kann trotz intensivster ärztlicher und pflegerischer Bemühungen nichts herausgeholt werden. Sie bleiben auf der Stufe des Neugeborenen stehen – für immer. Ist die Idiotie vorhanden, so muss die ärztliche Kunst versagen [...]. Die völlige Idiotie ist Voraussetzung [für die „begrenzte Euthanasie“], also die Stufe des Neugeborenen.“ Catel spricht in diesem Interview ausführlich von „Monstern“, von „Wasserköpfen, fast größer als der übrige Körper“, und davon, dass bei vollidiotischen Kindern „keine seelische Regung vorhanden ist“. Auf die Frage,

Definitionen

- ▶ Es „kann keine der folgenden Maßnahmen als Euthanasie gelten: **Therapieverzicht bei aussichtsloser Prognose; Beendigung von aussichtslosen Maßnahmen; „Terminale Sedierung“** (der Einsatz von Sedativa zur Linderung intolerablen Leidens in den letzten Tagen des Lebens).
- ▶ „Medizinisches Töten einer Person ohne deren Einwilligung, entweder wegen Unfähigkeit der Person ihr Einverständnis geben zu können (nonvoluntary) oder indem wider ihren Willen gehandelt wird (involuntary), ist nicht Euthanasie, sondern **Mord**.“
- ▶ **Euthanasie** ist Töten auf Verlangen und wird definiert als Handlung eines Arztes, die mit der Absicht erfolgt, eine Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin zu töten, indem eine Medikation verabreicht wird.“
- ▶ **„Ärztlich assistierter Selbstmord**: Handlung eines Arztes, die mit der Absicht erfolgt, einer Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen, indem eine Medikation zur Selbstverabreichung bereitgestellt wird.“

(nach Materstvedt 2004, 104)



ob diese Kinder unter Schmerzen leiden würden, antwortet Catel: „Nachweisbar ist das nicht. Schmerzempfindung setzt Bewusstsein voraus, das idiotischen Kindern fehlt“ (Wunder, 1987).

Die Bevölkerungspyramide drehte sich in den letzten fünf Jahrzehnten auf den Kopf. Die Frage nach dem „Nichts-Mehr-Herausholen“ bleibt. Ja sie verschärft sich sogar im Hinblick auf die heute zahlreichen Apalliker, Dementen, und bewusstlosen, final Erkrankten. Klare Vorgehensweisen für Ärzte im Spannungsfeld von Patientenautonomie und eigener Wertevorstellungen sind dringend erforderlich. Wolfgang Wodarg, MdB, fragt zusammen mit J.P. aus Hamburg im Rahmen der Bioethikdebatte von Aktion Mensch: „Bringt die Legalisierung der Sterbehilfe uns nicht in Versuchung, Todkranke, Alte und Behinderte einfach loswerden zu wollen?“ Und der F.A.Z.-Herausgeber Schirmacher ergänzt: „Überall werden schon jetzt die Rechnungen darüber aufgemacht, wie hoch unser gesellschaftliches Investment am menschlichen Leben eigentlich einzuschätzen sei, anders ausgedrückt: welche ärztlichen Leistungen eigentlich lohnen [...]. Parallel zu den Debatten über die Kosten der Gesundheit hat bereits eine über die Spareffekte des Sterbens eingesetzt. Vor einigen Jahren haben Wissenschaftler in einer vergleichenden Studie dargestellt, welche Kostenersparnisse die Euthanasie („Physician-Assisted Suicide“) für das amerikanische Gesundheitswesen haben könnte. ‚Der teuerste Tag Ihres Lebens ist der Tag, an dem Sie sterben werden‘, sagte Anfang der 90er Jahre der amerikanische Gesundheitsminister. ‚Wir geben 14 Dollar unserer Gesundheitsfürsorgegelder für Ältere aus, aber nur einen Dollar für jedes Kind. An die 70–90% werden auf die letzten Monate des Lebens verwendet‘. Ein krebskranker Patient kostet in den Vereinigten Staaten in seinem letzten Lebensjahr etwa 30.000 Dollar. 33% davon werden im letzten Monat seines Lebens ausgegeben und 48% in den letzten beiden Monaten seines Lebens.“ (Schirmacher, 2004).

Internationaler Kontext

Während Behinderte, die vor Gericht ziehen, um ihrem Leben ein Ende setzen zu dürfen, sich internationaler Aufmerk-

samkeit gewiss sein können, ist das vor kurzem gesprochene Urteil des Londoner High Court im Fall eines an zerebellärer Ataxie erkrankten Mannes in Europa auf vergleichsweise wenig Interesse gestoßen. Der 43-jährige Mann wollte mit seiner Klage (F.A.Z. vom 01.03.2004) verhindern, dass sein Tod dereinst durch, wie es im Juristendeutsch freundlich heißt, Hilfe zum Sterben, beschleunigt herbeigeführt werden wird. „Leslie Burke hat Anlass zur Besorgnis, denn in Großbritannien hat der General Medical Council, die durch den Medical Act von 1858 eingesetzte oberste Aufsichtsinstanz der ärztlichen Selbstverwaltung, im August 2002 Richtlinien über ‚Nichtaufnahme und Abbruch lebensverlängernder Behandlungen‘ veröffentlicht, die in der Öffentlichkeit große Zustimmung gefunden haben. Diese Richtlinien sehen vor, dass Ärzte bei Patienten, die nicht mehr selbst über ihre Behandlung entscheiden können, in deren ‚bestem Interesse‘ die anstehenden Entscheidungen auch über Aufnahme oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, wie beispielsweise der künstlichen Ernährung und Versorgung mit Flüssigkeit, treffen“ (Oliver Tolmein, F.A.Z. vom 02.09.2004).

Seit Frühjahr 2002 sind der ärztlich assistierte Selbstmord und die Euthanasie in den Niederlanden und in Belgien gesetzlich nicht mehr verboten, wenn bestimmte Kriterien der Einwilligung, der Information und der Dokumentation eingehalten werden. In der Schweiz gibt es mit EXIT und Dignitas Organisationen, die Schweizern und Nichtschweizern die Assistenz beim Selbstmord anbieten.

Mehr statt weniger Medizin: Palliativmaßnahmen

„Wir brauchen in Deutschland keine Debatte über Euthanasie und ärztlich assistierten Suizid, sondern eine bessere Ausbildung der Ärzte in Palliativ- und Schmerzmedizin sowie eine flächendeckende ambulante Versorgung von Patienten am Lebensende“ erklärte Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (Bundes-Hospiz-Anzeiger 2004).

In Deutschland findet derzeit eher zu wenig als zuviel gute palliativmedizinische, palliativpflegerische und psycho-

soziale Behandlung von Schwerstkranken und Hochbetagten statt. Gleichzeitig sprechen sich immer mehr Menschen gegen lebensverlängernde Maximaltherapien im Alter und bei schwerer Krankheit aus. Dieser Wunsch drückt einerseits ein berechtigtes Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit aus, er spiegelt andererseits auch die Angst der Menschen vor Schmerzen, langem Siechtum und davor, den Mitmenschen zur Last zu fallen. Ein flächendeckendes und hochkompetentes Angebot von ambulanter und stationärer Palliativversorgung würde die momentane Diskussion ungemein bereichern.

Beendigung/Nichteinleitung von Maßnahmen

In besonderen Fällen ist auch eine Beendigung oder Nicht-Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen palliativmedizinisch angezeigt. Um diese eindeutig von Euthanasie abzugrenzen, ist zuerst nach Absicht und Zweck der Maßnahme zu fragen. Eine direkte Tötungsabsicht ist auszuschließen. Alle an der Maßnahme Beteiligten sind zu informieren. Als erstes muss immer die Einwilligung des Patienten eingeholt und dokumentiert werden. Ist der Patient gut informiert und kann selbst in die Beendigung/Nicht-Einleitung lebensverlängernder Maßnahmen einwilligen – und sind auch die Angehörigen zumindest informiert – wird der Arzt die Behandlung entsprechend dem Patientenwillen gestalten. Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, so sollte zusammen mit Betreuern, Bevollmächtigten und Angehörigen ein Konsens über die weitere Vorgehensweise gebildet werden (Grafik 1).

Interdisziplinäre Entscheidungsfindung

Manche Kliniken haben positive Erfahrungen mit Teamentscheidungen gemacht. Bewährt haben sich auch interdisziplinäre Ethikkomitees, wie sie z. B. am Malteser Krankenhaus Flensburg in den letzten Jahren entstanden sind. Alle, die in direktem Patientenkontakt stehen, werden hier zu „Mitentscheidern“. An den ethischen Fallbesprechungen nehmen auch Pflegende, Therapeuten und Seelsorger teil. Nur Grundsatzfragen werden zentral und patientenfern entschieden. Dabei erweist es sich als hilf-

reich, wenn der Arzt auch diejenigen, die als Pflegekräfte tagtäglich in intensivem Patientenkontakt stehen, in seine Entscheidungsfindung und die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens mit einbezieht.

Die Pflegenden haben die Umsetzung der Entscheidung letztlich mitzutragen. Darüber hinaus sind Schwestern und Pfleger meist erste Ansprechpartner

für die Angehörigen eines Patienten (Borasio, 2003).

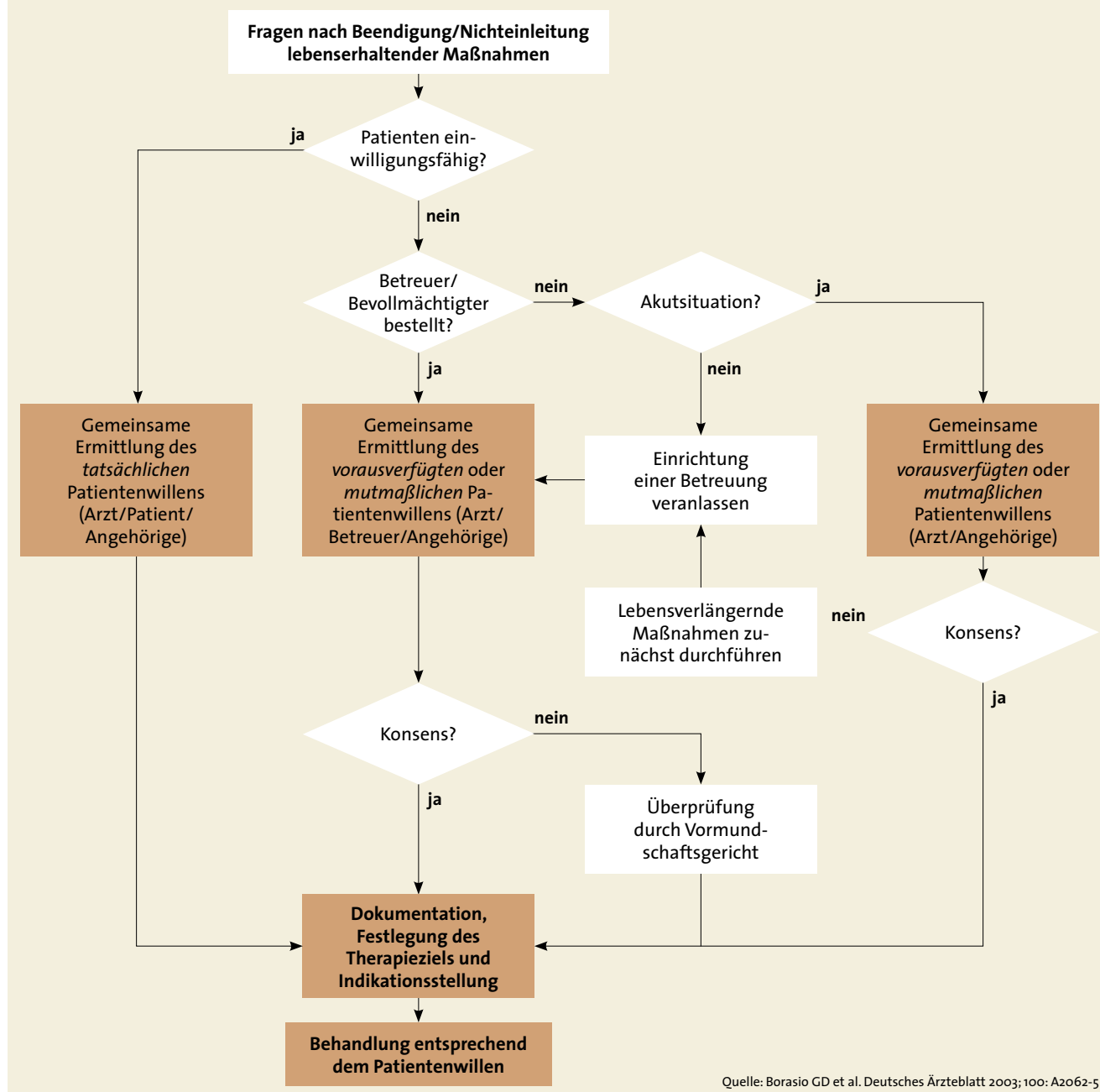
Palliative Sedierung

Die „terminale“ oder besser „palliative Sedierung“ soll in der letzten Lebensphase unerträgliches Leiden lindern. Der Einsatz von Sedativa als ultima ratio dient rein der Symptomkontrolle. Müller-Busch (2004) empfiehlt eine „bedarfs-

gesteuerte intermittierende oder kontinuierliche intravenöse oder subkutane Infusion von Sedativa (z.B. Midazolam i.v., 0,5–10 mg/h) und Kotherapie adaptiert an Willen, Zustand und Wunsch des Patienten.“ Dabei sollte ein „Sedierungsprotokoll mit kontinuierlicher Dokumentation von Symptomen und Vigilanz, Medikamentendosierungen, Kreislauf, Atmung und Kommuni-

Lebenserhaltende Maßnahmen: Ja oder nein? – Algorithmus der Entscheidungsfindung

Grafik 1



kation“ geführt werden. In der Agonie müsse die Dosis reduziert werden. Ziel und Intention der „palliativen Sedierung“ sei es, Symptome- und Angst zu lindern und einen ruhigen Nachtschlaf zu ermöglichen. Die Sedierung müsse stets unter Berücksichtigung der kommunikativen Beziehungen erfolgen. Die Maßnahmen sollen die Sterbesituation erleichtern, so Müller-Busch, und nicht das Eintreten des Todes beschleunigen.

Patientenverfügungen

Sollte der Patient seinen Willen im Voraus verfügt haben, hat der Arzt diese Vorausverfügung – bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten natürlich in besonderer Weise – zu berücksichtigen. Die Vordrucke von „Patientenverfügung“, „Bevollmächtigung in medizinischen Fragen“ oder „Betreuungsverfügungen/Vorsorgevollmacht gemäß § 1896 BGB“ werden hierfür mittlerweile häufig genutzt. Der vorausschauende Patient kann, für den Fall, dass er später einmal nicht mehr einwilligungsfähig sein sollte, einen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten bestimmen. Eine solche Patientenverfügung sollte schriftlich gefasst und regelmäßig neu unterschrieben bzw. abgeändert werden. Der Patient kann hier konkrete Wünsche auf Behandlungsfortsetzung oder -abbruch festlegen. Auch der Bevollmächtigte sollte diese Verfügung unterschreiben und mit seiner aktuellen Adresse versehen. Es können bis zu zwei Vertreter des Bevollmächtigten bestimmt werden. Besser als Multiple Choice Kataloge für alle Eventualitäten ist, wenn der Patient seine Werte, Wünsche und Lebensbilder in eigenen, selbst gewählten Worten beschreiben kann. In der Patientenverfügung können auch Vorerfahrungen, biographische Situationen und als besonders angenehm oder unangenehm erlebte Behandlungsformen erwähnt werden.

Beim Verfassen der Verfügung sollte der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte sein, freiwillig und nach reiflicher Überlegung handeln und sich dies durch eine Unterschrift von Zeugen attestieren lassen. Hilfreich für die spätere Entscheidungsfindung durch den Arzt und/oder ein Ethikteam ist sicher, wenn der Patient auch auf die Umstände hinweist, in denen er sich gerade befindet, wie z.B. eine

beginnende Krankheit, eine anstehende Operation oder den kürzlich erlebten Tod eines Angehörigen.

Eine Patientenverfügung greift in der Bundesrepublik nach heutiger Rechtsprechung nur bei infauster Diagnose ohne Aussicht auf Besserung. Ob der Gesetzgeber hier in Kürze Änderungen zulassen wird, ist derzeit noch offen. Die Vielzahl derzeit kursierender Patientenverfügungs-Vordrucke ruft nach gesicherter rechtlicher Qualität.

Streitfälle

Sollte trotz Patientenverfügung oder Bevollmächtigung der mutmaßliche oder vorausverfügte Patientenwille für die Beteiligten und insbesondere für den Arzt nicht deutlich werden, so steht eine Überprüfung der Situation durch das Vormundschaftsgericht an. Dieses wird, sofern eine rechtlich gültigen Patientenverfügung vorliegt, dieser entsprechend entscheiden, wie jüngste Urteile aufzeigen (O. Tolmein, F.A.Z. vom 20.10.20045): „Für das Amtsgericht in Offenbach am Main lag der Fall klar: ‚Die Entscheidung des Betreuers, die künstliche Ernährung der Betroffenen einzustellen, wird genehmigt.‘ Auch das Oberlandesgericht Karlsruhe kannte keine Zweifel: ‚Das Landgericht hat fälschlich angenommen, dass ein Leiden mit einem irreversibel tödlichen Verlauf nur vorliegt, wenn der Tod in kurzer Zeit bevorsteht.‘ Ohne zu zögern, entschieden die Richter der 1. Zivilkammer des Landgerichts Heilbronn: ‚Der mutmaßliche Wille der Betreuten (lässt sich) dahin feststellen, dass sie einen Zustand des so genannten Wachkomas für sich ausschließen und für diesen Fall lebensverlängernde Maßnahmen verweigern wollte.‘

Seitdem der 12. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes letztes Jahr für Recht befunden hat, dass Vormundschaftsgerichte den Antrag von Betreuern auf Abbruch der künstlichen Ernährung bei Betreuten auch ohne gesetzliche Grundlage auf der Basis eines ‚unabweisbaren Bedürfnisses des Betreuungsrechts‘ genehmigen dürfen, hat sich die Praxis der Gerichte erheblich verändert.

Es werden kaum noch Beschlüsse bekannt, die entsprechende Anträge von Betreuern ablehnen – und wenn, dann sind in der nächsten Instanz dage-

gen gerichtete Beschwerden regelmäßig erfolgreich.“

Die Rechtsprechung ist mit hoher Aktualität mit diesen Themen beschäftigt, so dass wegweisende Entscheidungen in der Zeit zwischen Abfassungs- und Erscheinungstermin dieses Artikels wahrscheinlich sind.

Literatur:

1. Borasio GD et al.: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: A 2062–5.
2. Leiter KE.: (K)eine Zeit zum Sterben. Euthanasie – Problem oder Lösung? Tyrolia-Verlag Innsbruck-Wien 2002.
3. Müller-Busch HC: Sterbende sedieren? DMW 2004; 129: 701–4. Auch: www.hospiz.net/akt/20040722_sterbende_sedieren.pdf
4. Materstvedt, L.J. u.a.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliative Medicine 2003; 17: 97–101. Auch: www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(2)Materstvedt.pdf
5. Materstvedt L.J et al.: Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid: ... Stellungnahme der ... (EAPC). Z Palliativmed 2004; 5: 102–6.
6. Schirmmayer, Frank: Das Methusalem-Komplott. Karl Blessing Verlag, München 2004.
7. Wunder, Michael: Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen? In: Mabuse 1987; 52: 46–55. Auch in: Demokratisches Gesundheitswesen. 1987; 9: 19–22.

Dr. theol. Jochen Steurer
Supervisor DGSv, Leiter des Malteser Palliativbildungszentrums Hamburg
Weidenallee 12, 20357 Hamburg
E-Mail: Praxis@steurer-online.de
Internet: www.steurer.biz

Wichtige Links zum Thema:

Dossier Sterbehilfe: u.a. Grundsätze BÄK 2004, Gesetze (NL / B), Artikel

► www.aerzteblatt.de/v4/dossiers/default.asp?id=8

Patientenverfügungen:

► www.betreuungsrecht.org/html/verfuegungen.html

► www.zeit.de/2004/26/sterbehilfe (sortiert, Stand Mitte 2004)

Patientenautonomie am Lebensende (=Arbeitsgruppenbericht vom 10.6.04):

► www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf

► www.bmj.bund.de/media/archive/791.pdf (neuer Gesetzentwurf!)

Update: Artikel / Rechtsprechung / Literatur (ab März 2005)

► <http://www.MediAcion.de>