

Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht*

Präambel

Die Entwicklung der intensivmedizinischen Methoden zur Akut- und Dauerreanimation hat Recht und Medizin mit einer Vielzahl neuer Probleme konfrontiert, die von der Definition des Todesbegriffes bis zur Festlegung der Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht reichen. Eines der zentralen Probleme war und ist nach wie vor die Sterbehilfe. Dazu ergingen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften „rztliche Hilfe für den Sterbenden“ von 1976 (1), die darauf fußenden „Richtlinien für die Sterbehilfe“ der Bundesrzt-kammer (BK) von 1979 (2) und ihre überarbeitete Fassung „Richtlinien zur Sterbebegleitung von 1993 (3), ferner die „Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus dem Jahr 1979 (4). Diese Stellungnahmen bezogen sich ausdrücklich auf „Sterbende“. Hierzu geben die Schweizerischen Richtlinien die Definition:

„Ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter, bei dem der Arzt aufgrund einer Reihe klinischer Zeichen zur Überzeugung kommt, daß die Krankheit oder die traumatische Schädigung infaust verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird.“

Die genannten Verlautbarungen enthalten somit keine Äußerungen zu den Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht in der Intensivmedizin oder bei irreversibel Bewußtlosen, obgleich gerade bei diesen Patienten die Problematik evident ist, ob und inwieweit der Arzt berechtigt oder auch verpflichtet ist, in Abhängigkeit von Diagnose und Prognose auf Maßnahmen zur künstlichen Aufrechterhaltung gestörter Vitalfunktionen zu verzichten.

Aus diesem Grund sah sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften veranlaßt, ihre Richtlinien aus dem Jahr 1976 zu

erweitern und mit dem Titel „Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ im Juli 1995 zu publizieren (5).

Dem folgte die BK, indem sie im September 1998 „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlichte (6), die nun drei Fallgruppen umfassen:

1. „Sterbende“ (wie bisher),
2. Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Krankheit“ sowie „Neugeborene mit schwersten kongenitalen Mißbildungen,
3. Patienten mit lebensbedrohenden Krankheiten sowie mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit (apallisches Syndrom, Wachkoma).

Intensivmedizinische Patienten sind am ehesten der 3. Gruppe zuzuordnen. Die „Grundsätze“ der BK führen in dieser Gruppe ausdrücklich jedoch auch Patienten mit apallischem Syndrom und sog. „Wachkoma“-Patienten auf, die als Langzeit-Pflegefälle eine andere Problematik bieten als die Intensivtherapie-Patienten.

Die BK-Grundsätze, ebenso wie alle anderen erwähnten Stellungnahmen zur Sterbehilfe, beziehen sich zwar auch auf Patienten in der Intensivbehandlung. Sie treffen aber insoweit nicht den Kern der Problematik. Zu entscheiden ist hier vor allem, ob bei Patienten mit infauster Prognose eine Fortsetzung und Intensivierung der lebensverlängernden Therapie noch sinnvoll und vertretbar ist, wenn sie sich, ohne bereits moribund zu sein, unter der Intensivbehandlung laufend weiter verschlechtern. In dieser, für die Dauerreanimation typischen Situation stellt sich die Frage nach der medizinischen Indikation intensivtherapeutischer Maßnahmen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod.

* Ansth. Intensivmed. 40 (1999) 94 - 96

Sie ist neben dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten von essentieller Bedeutung für die Bestimmung der Grenzen der Therapie.

Da der intensivmedizinisch tätige Arzt fast täglich mit dieser schwierigen Entscheidung konfrontiert wird, die Grundsätze der BÄK jedoch auf diese Fragestellung nicht genügend differenziert eingehen, hat das Präsidium der DGAI die nachstehenden „Leitlinien für die Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht“ beschlossen. Sie vertreten keine Gegenposition zu den Grundsätzen der BÄK, sondern sollen sie ergänzen und damit dem Intensivmediziner eine Entscheidungshilfe anbieten.

Die DGAI verwendet bewusst den Begriff Leitlinien. Sie sind ihrer Natur nach Empfehlungen, die einen Entscheidungskorridor aufzeigen, der dem Arzt Beurteilungs- und Ermessensspielräume belässt. Die Unwägbarkeiten biologischen Geschehens mit seinen fließenden Übergängen und die Bandbreite ethischer Verhaltensnormen eignen sich nur begrenzt für strikte Reglementierungen.

1. Aktive Sterbehilfe

Definition:

Tötung eines unheilbar Kranken aufgrund seines ernstlichen Willens durch eine aktive Handlung.

Leitlinie:

Die aktive Sterbehilfe, die einen infausten Krankheitsverlauf gezielt abkürzt und den Tod des Patienten herbeiführt oder beschleunigt, ist mit dem Heilauftrag des Arztes unvereinbar und ethisch nicht zu rechtfertigen. Sie ist als „Tötung auf Verlangen“ durch § 216 StGB unter Strafe gestellt. Ärztlicherseits ist die aktive Sterbehilfe kategorisch abzulehnen.

Kommentar:

Eine Lockerung des § 216 StGB würde die Tötung eines Schwerekranken für den Arzt und die Angehörigen zu einer realen Handlungsalternative machen. Angesichts physischer, psychischer und finanzieller Belastungen, die er sei-

ner Umgebung verursacht, könnte sich der Patient genötigt fühlen, den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zu äußern. Der Entscheidungsdruck, der damit für den Patienten entstünde, wäre kein Beitrag zu mehr Humanität in der Behandlung Schwerstkranker und Sterbender, zumal die palliative Medizin heute über Möglichkeiten verfügt, Schmerzen und Ängste durch medikamentöse Behandlung zu lindern.

2. Passive Sterbehilfe

Definition:

Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose.

Leitlinie:

Die Anwendung lebensverlängernder intensivmedizinischer Verfahren setzt voraus:

1. Ihre medizinische Indikation in Abhängigkeit von der konkreten Situation des Einzelfalles. Lebensverlängernde Maßnahmen sind nicht mehr indiziert und sollten unterbleiben, wenn sie bei aussichtsloser Grunderkrankung für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten, sondern nur noch das Leiden und den unvermeidlichen Sterbevorgang verlängern. Die medizinische Indikation ist auch dann kritisch in Frage zu stellen, wenn eine irreversible Bewußtlosigkeit eingetreten ist.

2. Die Einwilligung des Patienten oder, falls er nicht entscheidungsfähig ist, seiner gesetzlichen Vertreter (Eltern minderjähriger Kinder) oder des gerichtlich bestellten Betreuers, ggf. mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes.

Über unaufschiebbare Maßnahmen entscheidet der Arzt, soweit möglich nach Anhörung von Auskunftspersonen (nahe Angehörige), nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten.

Darüber hinaus soll nach neuerer höchstrichterlicher Rechtsprechung („Kemptener Fall“) auch bei einem aufschiebbaren Behandlungsabbruch (Beendigung der Sondenernährung) die mutmaßliche Einwilligung des Patienten ausreichen.

Der für die Intensivbehandlung verantwortliche Arzt sollte die Entscheidung über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Rahmen der passiven Sterbehilfe nur mit Zustimmung des für die Behandlung des Grundleidens zuständigen Arztes treffen.

Kommentar:

ad 1)

Auf Grund seiner Garantenstellung ist der behandelnde Arzt verpflichtet, seinem Patienten die bestmögliche, die wirksamste Hilfe zu leisten. „Bestmögliche Hilfe“ bedeutet in der Regel die Anwendung aller zur Verfügung stehender Mittel zur Heilung oder Besserung der Erkrankung und auch zur Verlängerung des Lebens. Beim Sterbenden und beim Schwerstkranken mit infauster Prognose kann „bestmögliche Hilfe“ hingegen die Beschränkung auf Schmerzlinderung und Anxiolyse bedeuten, wenn durch die künstliche Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen nur noch eine Verlängerung eines schweren Leidens und des Sterbens zu erreichen wäre. Auch bei irreversibel Bewußtlosen, bei denen jede Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit auf Dauer verlorengegangen ist, kann der Verzicht auf eine künstliche Lebensverlängerung gerechtfertigt sein. Die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung ihrer vitalen Funktionen bedeutet für sie keine Hilfe mehr. Die Lebensverlängerung ist dann medizinisch nicht oder nicht mehr indiziert. Die Einleitung und ebenso die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind, wie die höchstrichterliche Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat, nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie technisch möglich sind.

ad 2)

Ist der Patient entscheidungsfähig, so darf eine lebensverlängernde Maßnahme gegen seinen

Willen weder eingeleitet noch fortgeführt werden. Dies gilt selbst dann, wenn die Maßnahme aus medizinischer Sicht eindeutig indiziert ist.

Intensivbehandlungspflichtige Patienten im Grenzbereich zwischen Leben und Tod sind meist nicht mehr einwilligungsfähig. In dringenden Fällen, wie beim Beginn von Wiederbelebungsmaßnahmen, muß der Arzt als „Geschäftsführer ohne Auftrag“ nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten handeln. Ergeben sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte, so ist davon auszugehen, daß der Patient sich für die lebensrettende oder lebensverlängernde Maßnahme auch dann entscheiden würde, wenn sie nur noch geringe Chancen bietet.

Die Angehörigen können dem Arzt Hinweise zum mutmaßlichen Willen des Patienten geben. Sofern sie nicht die Rechte eines gesetzlichen Vertreters haben, wie die Eltern minderjähriger Kinder oder der vom Vormundschaftsgericht für diesen Aufgabenbereich bestellte Betreuer, steht ihnen aber keine Entscheidungskompetenz zu.

Eine im Zustand der Entscheidungsfähigkeit ausgefertigte Willenserklärung des Patienten („Patiententestament“) ist für den Arzt verbindlich, wenn ihr hinreichend präziser Inhalt mit der aktuellen Situation übereinstimmt. Bleiben Zweifel, ob der Patient von zutreffenden Vorstellungen über die medizinischen Sachverhalte ausgeht, so kann seine Willenserklärung für den Arzt eine Orientierungshilfe darstellen.

Die längerdauernde Intensivbehandlung eines entscheidungsunfähigen Patienten erfordert die Bestellung eines „Betreuers“ durch das zuständige Vormundschaftsgericht. Steht eine für den Patienten schwerwiegende Entscheidung an, wie die Frage eines Behandlungsabbruchs, ist der Betreuer gemäß § 1904 BGB verpflichtet, das Vormundschaftsgericht einzuschalten; ohne dessen Genehmigung darf ein schwerwiegender Eingriff nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung läßt zwar die mutmaßliche Einwilligung des Patienten auch beim aufschiebbaren Eingriff genügen, stellt aber strenge Anforderungen an die Annahme, daß sie im konkreten Fall gegeben ist.

Der Verzicht auf aussichtslose lebensverlängernde Verfahren bedeutet keineswegs das Ende der medizinischen Versorgung. Vielmehr hat der Patient Anspruch auf weitere ärztliche und pflegerische Betreuung einschließlich Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Weg. Zu dieser Grundversorgung gehören auch die Maßnahmen der Palliativmedizin, insbesondere die Schmerzbekämpfung, und die persönliche Zuwendung.

Hilfreich für die Abgrenzung zwischen der obligaten ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung einerseits und den zur Disposition stehenden lebensverlängernden Verfahren andererseits sind die differenzierenden Begriffe „Gewöhnliche Mittel“ und „Außergewöhnliche Mittel“ (Remedia ordinaria und Remedia extraordinaria). Zu den Remedia extraordinaria zählen die intensivmedizinischen Verfahren, insbesondere Reanimation, apparative Dauerbeatmung, Hämodialyse und parenterale Ernährung.

3. Indirekte Sterbehilfe

Definition:

Palliative Behandlung eines Schwerstkranken, insbesondere potente Schmerztherapie, unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenwirkung.

Leitlinie:

Zur bestmöglichen Hilfe, die der Arzt auf Grund seiner Garantenstellung seinem Patienten schuldet, gehört stets eine ausreichende Schmerztherapie. Diese Verpflichtung besteht bei unheilbar Erkrankten selbst dann, wenn nicht auszuschließen ist, daß eine unvermeidliche medikamentöse Nebenwirkung den Eintritt des Todes beschleunigt.

Kommentar:

Das strikte Verdikt gegenüber der aktiven Sterbehilfe setzt zwingend voraus, daß ärztlicherseits von den Möglichkeiten der Palliativmedizin, insbesondere der Schmerztherapie, im Grenzbereich zwischen Leben und Tod im erforderlichen

Umfang unter angemessener Abwägung von Wirkung und möglichen Nebenwirkungen Gebrauch gemacht werden kann.

Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung erlaubt beim Sterbenden eine schmerzlindernde Medikation unter Inkaufnahme unvermeidbarer lebensverkürzender Nebenwirkungen.

Literatur

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Richtlinien für die Sterbehilfe, DÄBI. 74 (1977), 1933
2. Bundesärztekammer, Richtlinien für die Sterbehilfe, DÄBI. 76 (1979), 957
3. Bundesärztekammer, Richtlinien für die Sterbebegleitung, DÄBI. 90 (1993), A-2404
4. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender, Anaesthesist 28 (1979), 357
5. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, Schweiz. Ärztezeitung 76 (1995), 122.
6. Bundesärztekammer, DÄBI. 95 (1998), A-2365.