

Fall und Kommentare

Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen?

Ein Fallbericht aus der Intensivmedizin

Der 55jährige Türke, Diabetiker seit 1990, wurde im Januar 1997 als Stahlarbeiter wegen verminderter Leistungsfähigkeit aus dem Schichtbetrieb genommen. Ein Jahr später, im Januar 1998 erfolgte dann eine stationäre Behandlung wegen manifester Herzinsuffizienzen, deren Ursache multiple Coronararterien-Verschlüsse waren. Interventionsmöglichkeiten bestanden nicht. Der Patient wurde mangels Alternativen in das Transplantationsprogramm der Medizinischen Hochschule Hannover angemeldet, aber wegen des noch tolerablen Zustandes zurückgestellt.

Am 31.5.1998 kam es plötzlich zu Kammerflimmern mit funktionellem Kreislaufstillstand. Der zufällig anwesende Sohn begann eine Reanimation. Bis zum Eintreffen des Notarztwagens vergingen „einige Minuten“. Sofortige effektive Reanimationsbemühungen, zunächst durch Defibrillation, danach per Intubation, Beatmung, Legen eines Zentralvenenkatheters und Infusionstherapie mit Katecholaminen führten zur Kreislaufstabilisierung. Die anschließende stationäre Aufnahme erfolgte bereits mit regelrechten Kreislaufverhältnissen, Sinusrhythmus und Linksschenkelblock. Die Beatmung unter Sedierung war problemlos, es entwickelte sich jedoch ein Mittelhirnsyndrom: fehlende Spontanatmung, keine Reaktion auf Reize, Temperatur 39 Grad und laufende kleine generalisierende Krampfäquivalente aus einer konstanten basalen motorischen Unruhe.

Dieses Bild änderte sich innerhalb von sechs Tagen unter den üblichen Maßnahmen nicht. Der Vorschlag an die Ehefrau und den jüngeren Sohn, die Beatmung des Patienten mit Blick auf die Aussichtslosigkeit seines inkurablen Grundleidens zu beenden und das natürliche Ende unter Sedierung abzuwarten, stieß auf Verständnis.

Zu diesem Zeitpunkt erschien jedoch als das designierte Oberhaupt der Familie der älteste – auswärts wohnende – Sohn. Er verlangte die Fortsetzung aller therapeutischen Maßnahmen und – nach einem längeren Gespräch – die Hinzuziehung eines Neurologen sowie die Erstellung eines EEGs.

Wir kamen diesem Verlangen nach. Es zeigte sich ein hypoxischer Hirnschaden, empfohlen wurde eine Computertomographie („zu Abgrenzung“), das EEG ergab eine unruhige Grundaktivität, und bezüglich des *Procedere* einigte man sich auf eine abwartende Haltung.

Da aus internistischer Sicht keine anderen Konsequenzen gezogen werden konnten, wurden die begonnenen Maßnahmen fortgeführt. Drei Tage später kam es durch plötzlichen Herzstillstand zum Tode des Patienten. Bei der Aufarbei-

tung des Falles stellte sich heraus, daß zwar jeder Laborwert, jede Puls- und Blutdruckmessung, Atemfrequenz und Blutgasanalysen akribisch eingetragen worden waren, daß aber jede Dokumentation über die Gespräche mit dem Patienten, über Gespräche mit Angehörigen und die jeweiligen Gesprächsinhalte fehlte.

Kritische Retrospektive:

1. Bei der desolaten Vorgeschichte des Patienten war der Therapieverzicht nach einigen Tagen lebenserhaltender Basismaßnahmen sinnvoll. Dieser Meinung schlossen sich die Angehörigen an, nachdem durch tagelange Kontakte ein Vertrauensverhältnis aufgebaut worden war. Der Patient selbst hatte trotz der langen und schweren Krankheit durch keine Äußerung vorher zu erkennen gegeben, was er erwartete, offenbar sogar nie über seine Situation gesprochen.
2. Das designierte Familienoberhaupt hat die Entscheidung sofort an sich gerissen und gegen die übrigen Mitglieder durchgesetzt.
3. Wir haben in Unkenntnis des mutmaßlichen Patientenwillens diese Entscheidung zunächst akzeptiert, unter Vorbehalt eines eventuell günstigen neurologischen Konsiliarberichtes. Wir hätten die Therapie allerdings bei einer als infaust beurteilten Prognose sofort abgebrochen, in diesem Falle im Einvernehmen mit der Familie.
4. Der soziokulturelle Einfluß auf die Therapieentscheidung ist in diesem Fall unverkennbar. Das Oberhaupt – selbst wenn die Situation noch in der Schwebe war – hat in der türkischen Familie die Entscheidungsbefugnis. Der Wunsch, die Prognose noch etwas genauer abzuklären, war für uns nachvollziehbar und Anlaß zu entsprechenden Maßnahmen. Daß daraus kein Erkenntnisgewinn resultierte, spricht nicht gegen die Richtigkeit dieses Weges. Das zentrale Problem war letztlich im Patienten selbst zu sehen, der seine Situation trotz langer Krankheitsdauer nicht so zu reflektieren wußte, daß eine Entscheidungshilfe für ihn selbst, für seine Familie und die Ärzte erwachsen konnte.
5. Die Dokumentation psychischer und kommunikativer Parameter kommt sicher nicht nur auf unserer Intensivstation zu kurz, die wie alle derartigen Einrichtungen ganz auf somatische Handlungen eingerichtet ist.

Kommentar I

Im vorgestellten Fall erleidet ein schwer herzkranker Patient einen Kreislaufstillstand. Der Sohn beginnt mit Wiederbelebungsmaßnahmen. Dem Notarzt gelingt die Wiederherstellung und Stabilisierung der Kreislauffunktion. Ein solcher Notfall gehört zur täglichen Praxis im Rettungsdienst. Die wenigen aufgeführten Details des Fallberichts weisen allerdings zunächst auf einen günstigen Verlauf hin. Der Kreislaufstillstand scheint angesichts der Grunderkrankung primär kardial bedingt. Im Rahmen der bekannten koronaren Herzerkrankung ist es wahrscheinlich zu einer myokardialen Ischämie mit Kammerflimmern und funktionellem Kreislaufstillstand gekommen. Bei einer kardialen Ursache eines Kreislaufstillstandes ist die Überlebenschance allgemein besser als bei traumatisch oder hypoxisch bedingtem Versagen der Pumpfunktion des Herzens [1]. Der Kollaps des Patienten erfolgt offensichtlich in der häuslichen Umgebung. Ein frühzeitiger Beginn der Basismaßnahmen durch den Sohn (sog. Laienhelfer-Reanimation) erhöht deutlich die Aussicht auf ein Überleben des Kreislaufstillstandes [1]. Ein weiterer positiver prognostischer Parameter ist das Vorliegen eines Kammerflimmerns bei Eintreffen des Notarztes [1]. Dies weist auf eine noch erhaltene Restaktivität des Myokards hin. Ein Kammerflimmern als erster vom Notarzt erhobener EKG-Befund ist mit einer besseren Aussicht auf Wiederherstellung der Kreislauffunktion und einem Überleben des Kreislaufstillstandes verbunden als etwa eine Asystolie oder eine elektromechanische Entkopplung [1]. Das noch bei Eintreffen des Notarztes bestehende Kammerflimmern kann auch als Hinweis auf die Effektivität der durchgeführten Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung gesehen werden. Ein weiterer wesentlicher prognostischer Parameter für die Überlebenschance des Patienten läßt sich aus dem Fallbericht nicht klären: der zeitliche Ablauf der Rettungskette, vom (beobachteten?) Kollaps des Patienten über den Beginn der Basismaßnahmen bis zum Einsetzen der professionellen Hilfe mit Defibrillation, Intubation und Medikamentengabe. Die Überlebenschance bei einem Kreislaufstillstand nimmt mit frühzeitigem Beginn der Basismaßnahmen (< 4 Min.) und einem schnellen Einsetzen der erweiterten ärztlichen Hilfsmaßnahmen (< 8 Min.) deutlich zu [1].

Trotz der genannten günstigen Begleitumstände zeigt sich nach der Stabilisierung der Kreislaufverhältnisse auf der Intensivstation, daß der Patient eine cerebrale Läsion im Sinne eines hypoxischen Hirnschadens erlitten hat. Die erfolgreiche Wiederherstellung des Blutkreislaufs und der Herzfunktion bedeutet eben leider noch nicht automatisch auch die vollständige Wiederherstellung der gesundheitlichen Verfassung. In vielen Fällen wird ein Kreislaufstillstand nur mit neurologischen Schäden unterschiedlichen Ausmaßes überlebt, von der leichten Gedächtnisstörung bis hin zum Apallischen Syndrom. Das Myokard toleriert eine Unterbrechung oder Verminderung der Durchblutung und damit der Sauerstoffversorgung länger als die cerebralen Strukturen. Daher kann die Wiederherstellung der Myokardfunktion noch gelingen, wenn ein hypoxischer Hirnschaden bereits eingetreten ist. Keine anderen Zellen sind in vergleichbarer Weise von der Versorgung mit Sauerstoff abhängig wie die Neurone des Gehirns [2]. Schon eine Reduktion der cerebralen Durchblutung auf weniger als 20 %

des Ausgangswertes kann zu einer neuronalen Schädigung führen [3]. Bei dem hier vorgestellten Patienten liegt möglicherweise nicht nur eine koronare Herzkrankung, sondern eine generalisierte Arteriosklerose vor. Solche vorbestehenden pathophysiologischen Veränderungen mit eingeschränkter cerebraler Perfusion würden die trotz Laienhelfer-Reanimation eingetretene neuronale Läsion verständlich machen.

Im vorliegenden Fall dauert die neurologische Ausfallssymptomatik nach sechs Tagen unverändert an. Doch die Entscheidung, den Patienten sterben zu lassen, erscheint nach sechs Tagen verfrüht. Von einer schlechten Prognose des neurologischen Befundes muß zwar ausgegangen werden, die Entwicklung der cerebralen Symptomatik läßt sich aber zu einem solch frühen Zeitpunkt nur sehr eingeschränkt abschätzen. Zu fordern ist in dieser Phase die Erhebung weiterer klinisch-diagnostischer Parameter, wie die Ableitung somatosensorisch-evozierter Potentiale und die Verlaufsbestimmung der Neuronen-spezifischen Enolase. Auch die von dem hinzukommenden Sohn gewünschten Maßnahmen, wie Einbeziehung eines Neurologen und die Durchführung eines EEGs, sind durchaus indiziert. Wie kritisch es ist, die Entscheidung zur Beendigung der Beatmung bereits nach sechs Tagen zu treffen, zeigt auch die Feststellung der Autoren in der Retrospektive: „Wir hätten die Therapie allerdings bei einer infaust beurteilten Prognose sofort abgebrochen ...“. Dies bezieht sich anscheinend auf den nachträglich erhobenen Konsiliarbefund des Neurologen, der offensichtlich zu einem Zeitpunkt später als sechs Tage die Prognose (noch) nicht als infaust betrachtet hat.

Ist die Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten festgestellt, so muß diskutiert werden, in welcher Form sich diese Einschätzung auf die aktuelle Therapie auswirkt. Denkbar ist als Konsequenz die gesamte Bandbreite möglicher Maßnahmen, vom Verzicht auf eine Therapie-Intensivierung, wie etwa keine zusätzlichen Antibiotika bei einem neuen pulmonalen Infekt, bis hin zur Therapiebeendigung, wie beispielsweise das Abschalten des Respirators. Die Maßgabe „keine Therapie-Intensivierung“ erscheint als eine leichter zu rechtfertigende Position im Vergleich zur Beendigung der Beatmungstherapie bei einem respiratorabhängigen Patienten [4]. Zumal Ärzte und Pflegekräfte durch die Beendigung einer Therapie möglicherweise eine stärkere unmittelbare Verantwortung für den Tod des Patienten empfinden als durch einen Verzicht auf zusätzliche Maßnahmen [5]. In der ethischen Bewertung ist allerdings ein Unterschied zwischen der Entscheidung, auf eine zusätzliche Therapie zu verzichten, und der, die laufende Therapie zu beenden, nicht zwingend gegeben [6].

Die Erfahrung des intensivmedizinischen Alltags zeigt, daß die konkrete Umsetzung einer Therapiebeendigung bei einem mit hohem technischen Aufwand versorgten Patienten eine Grauzone darstellt. Das praktische Vorgehen variiert vielfach von Klinik zu Klinik und Intensivstation zu Intensivstation. Zur Beendigung der Therapie ist im vorliegenden Fall die Einstellung der Beatmung beabsichtigt. Bei diesem Schritt sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Das Abstellen des Respirators ist sicherlich für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige emotional belastend. Der Patient zeigt keine Spontanatmung und in einem engen zeitlichen Zusammenhang (Minuten) mit dem Abstellen des Beatmungsgerätes ist mit dem Todeseintritt zu rechnen. Folgender fiktiver Ablauf ist vorstellbar: Die Angehörigen weilen am Bett des unter Sedierung wie schlafend wirkenden Patienten. Der Arzt diskonnektiert und entfernt die Beatmungsschläuche, danach drückt er den Netzschalter des Respirators. Innerhalb von Sekunden

verfärbt sich die Hautfarbe des Patienten von rosig nach graublau. Agonal kommt es möglicherweise zu einer Phase mit Schnappatmung. Die Alarmleuchten des Überwachungsmonitors blinken bei abnehmender Herzfrequenz und sinkendem Blutdruck. Schließlich ziehen sich nur noch gerade Linien durch das Monitorbild. Der Arzt erklärt den Patienten für tot. Zwar bleibt ein solcher Ablauf im vorliegenden Fall Fiktion, doch dürfte diese Beschreibung der zu erwartenden Praxis bei abrupter Beendigung der Beatmung entsprechen. Ein solches Handeln mit unmittelbar folgendem Kreislaufstillstand ist problematisch. Als Alternative zum Abschalten des Respirators kommt grundsätzlich die Reduktion oder Beendigung anderer Maßnahmen (z.B. Dosisreduzierung von Katecholaminen u.ä.) in Betracht. Dies führt in der Regel zu einem verzögerten Todeseintritt (Stunden). Ein solches Vorgehen erscheint Ärzten und Pflegekräften vielfach als eine Annäherung an den „natürlichen“ Sterbevorgang eines Schwerkranken und wird eher akzeptiert [5].

Zu der potentiell belastenden Situation nach Abschalten des Respirators kommt es im vorliegenden Fall nicht. Einer der Söhne lehnt das Vorgehen ab und fordert die Fortsetzung aller therapeutischen Maßnahmen. Verblüffend ist die medizinische Kompetenz des neu hinzutretenden Sohnes, der ein neurologisches Konsil und die Durchführung eines EEGs verlangt. Grundsätzlich können sowohl ein Patient als auch seine Angehörigen mit therapeutischen Forderungen an einen Arzt herantreten. Dieser muß diese Forderungen, ausgenommen in Notfallsituationen, aber nicht erfüllen. Nicht nur der Patient, auch der Arzt ist autonom und hat ein Recht auf Selbstbestimmung. Ein Arzt sollte sich nicht durch Patienten oder Angehörige zu Handlungen verleiten lassen, die er nicht mit seinem Fachverstand oder seinem Gewissen vereinbaren kann. Dieses Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Arztes wird in der Praxis oft wenig beachtet. Im vorliegenden Fall war die Forderung des Sohnes allerdings fachlich sinnvoll. Unabhängig von der medizinischen Qualität solcher Forderungen ist es empfehlenswert, eine Entscheidung zur Therapiebeendigung nicht gegen den ausdrücklichen Wunsch von Angehörigen nach Fortsetzung der Therapie durchzusetzen. Der Sohn scheint Zweifel an der Aussichtslosigkeit der Prognose seines Vaters zu haben und wünscht zusätzliche Untersuchungen. In einer solchen Konfliktsituation gilt der Grundsatz: *in dubio pro vita*. Natürlich ist es mühselig, den über sechs Tage mit der Familie gewonnenen Konsens nochmals zu hinterfragen und ein Vertrauensverhältnis auch mit dem von auswärts angereisten Sohn aufzubauen. Dies ist eine besondere Herausforderung, zumal der Sohn eine abweichende Position zum Rest der Familie bezieht und offensichtlich für sich das alleinige Entscheidungsrecht fordert. Gegen den Willen der Ärzte könnte der autoritär auftretende Sohn die gewünschten medizinischen Maßnahmen für seinen Vater nicht ohne entsprechende juristische Schritte durchsetzen. Die tägliche Erfahrung im Umgang mit Angehörigen läßt eine Einbindung des Sohnes in die Entscheidungsfindung, wie im vorliegenden Fall tatsächlich erfolgt, zur Erleichterung der Kommunikation und der Arbeit ratsam erscheinen. Wieweit das Auftreten des Sohnes und die Interaktion innerhalb der Familie soziokulturell geprägt wird, ist sicherlich in der Realität eher erkennbar und erschließt sich nicht eindeutig aus dem Fallbericht. Möglicherweise leitet sich die Autorität des Sohnes innerhalb der Familie auch aus seiner persönlichen Kompetenz ab, die sich beispielsweise in seinen medizinischen Forderungen widerspiegelt. Insofern sind die genannten Familienprozesse nicht eindeutig für einen bestimmten soziokulturellen Hintergrund.

Das in der kritischen Retrospektive angesprochene Problem fehlender Hinweise auf den Patientenwillen gehört in der Intensivmedizin leider zum Alltag. In der Regel liegen keine Patientenverfügungen vor. In der Praxis werden vielfach die Angehörigen stellvertretend befragt. Es sollte allerdings der vermeintliche Wille des Patienten und nicht der von den Angehörigen vermutete Wille erfragt werden [7]. Oft kommt es hier zu einer Vermischung in den Aussagen der Angehörigen. Hat der Patient sich nicht früher mündlich geäußert, so werden die Angehörigen, wenn überhaupt, nur über eine Analyse der Gesamtpersönlichkeit zu einer Einschätzung des vermeintlichen Patientenwillens kommen können. Vielfach wird aber die eigene Einstellung zu Leiden, Sterben und Tod die Aussage der Angehörigen beeinflussen und dominieren. Die behandelnden Ärzte können jedoch nur auf diese Aussage zurückgreifen. Wiederum gilt im Entscheidungskonflikt der Grundsatz: im Zweifel für das Leben.

Von den Autoren des Fallberichtes wird das Dilemma der fehlenden oder unstrukturierten Dokumentation von Gesprächsinhalten angeführt. Problematisch ist es sicherlich, wenn gerade die Konsequenzen solcher Gespräche für das medizinische Vorgehen nicht schriftlich festgehalten wurden und damit für jedermann nachvollziehbar sind. Die eigene Erfahrung zeigt, daß Entscheidungen hinsichtlich einer Therapiereduktion oder -beendigung oder bezüglich des Verzichts auf Maßnahmen wie Wiederbelebungsversuche bei Kreislaufstillstand oftmals nicht in der Akte des Patienten fixiert werden. Vorteilhaft ist ein entsprechender Vordruck in der Akte, der für alle und zu jeder Zeit erkennbar solche Entscheidungen festhält. Sonst läuft man Gefahr, daß tagsüber im Team und mit den Angehörigen ein Verzicht auf weitere Interventionen vereinbart wird, dieser Konsens dem Assistenzarzt im Nachtdienst bei der Konfrontation mit einer Notfallsituation aber nicht bekannt ist. Derartige Vermerke, etwa in Form sog. "Do not resuscitate"-Verfügungen, haben leider bei uns noch nicht eine vergleichbare Verbreitung gefunden wie beispielsweise in den angelsächsischen Ländern [8, 9].

Literatur

1. Eisenberg M, Cummins R, Larsen M (1991) Numerators, denominators and survival rates: reporting survival from out-of-hospital cardiac arrest. *American Journal of Emergency Medicine* 9: 544–546
2. Silverman HS, Stern MD (1996) Cellular dying. In: Paradis NA, Halperin HR, Nowak RM (Hrsg) *Cardiac Arrest: the science and practice of resuscitation medicine*. Williams & Wilkins, Baltimore, S 49–72
3. Abramson NS (1988) Brain resuscitation. In: Rosen P, Baker FJ, Barkin RM, Braen GR, Dailey RH, Levy RC (Hrsg) *Emergency Medicine*. Mosby, St. Louis, 2. Aufl, S 143–157
4. List WF (1997) Ethik in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 46: 261–266
5. Melltorp G, Nilstun T (1997) The difference between withholding and withdrawing life sustaining treatment. *Intensive Care Medicine* 23: 1264–1267
6. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine (1990) Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Critical Care Medicine* 18: 1435–1439
7. Beckmann JP (1999) Die Rolle des Patienten bei der Therapieentscheidung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Vortrag 9. Internationales Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege, Bremen
8. Mohr M (1997) Ethische Konflikte während der Anästhesie. "Do not resuscitate"-Verfügungen im Operationssaal. *Anaesthesist* 46: 267–274
9. Melltorp G, Nilstun T (1997) Decisions to forego life-sustaining treatment and the duty of documentation. *Intensive Care Medicine* 22: 1015–1019

Kommentar II¹

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung muß in moralphilosophischer Perspektive zum einen von einem negativen Recht des Patienten auf Selbstbestimmung ausgegangen werden: Niemand darf einen entscheidungsfähigen Menschen gegen seinen Willen behandeln, und nur dem entscheidungsfähigen Menschen selbst steht das letzte Urteil über sein Wohl zu. Zum anderen findet ein positives Recht des Patienten auf die Ausführung einer von ihm gewünschten Behandlung seine Grenzen an den individuellen moralischen Grundrechten anderer und am Prinzip der gerechten Verteilung knapper Ressourcen. Kann ein Mensch aufgrund fehlender Urteilsfähigkeit sein Recht auf autonome Selbstbestimmung nicht wahrnehmen, bleiben seine moralischen Grundrechte, u.a. das Lebensrecht und das Recht auf Schutz bzw. Förderung seines (in diesem Fall durch schwierige Erwägungen zu bestimmenden) Wohls unangetastet.

„Mutmaßlicher“ Patientenwille

Im geschilderten Fall stellt sich bei einem aktuell eindeutig nicht entscheidungsfähigen Patienten, der keine schriftliche oder mündliche Vorausverfügung getroffen hat, die Frage des Behandlungsverzichts.² Das Recht auf Selbstbestimmung gebietet unter diesen Umständen, daß Außenstehende nach Hinweisen suchen, um begründete Vermutungen über den „mutmaßlichen“ Willen des Patienten anzustellen. Meist werden Familienangehörige oder andere Nahestehende herangezogen, da sie in der Regel mit dem Betroffenen eine enge Beziehung und eine gemeinsame Geschichte teilen. Um zu erkunden, was der Patient gewollt hätte, hätte er von seinem jetzigen Zustand Kenntnis gehabt, müssen die Angehörigen ihre eigenen Interessen und Emotionen zurückstellen, sich einfühlen, sich an Äußerungen des Patienten zum Leben mit Einschränkungen erinnern und dessen Wertüberzeugungen und Lebenseinstellungen mit den anstehenden Behandlungsentscheidungen in Verbindung zu bringen suchen.³ Im vorliegenden Fall bleibt offen, ob die Angehörigen explizit zur Suche nach Indizien für den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten aufgefordert wurden.

Nun könnten Familienmitglieder auch um die Bestimmung des „objektiv“ besten Interesses oder Wohls ihres inkompetenten Angehörigen bemüht sein [2]. Sobald sie jedoch Urteile auf dieser Ebene anstreben, haben sie gegenüber „fremden“ Außenstehenden keinen ausgezeichneten Entscheidungsstatus mehr. Wenn es keine Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten gibt,

¹ Für Hintergrundinformationen und Verbesserungsvorschläge danke ich Dr. Ilhan Ilkic und Micha H. Werner. Der Fallkommentar basiert auf Überlegungen, die Micha H. Werner und ich anlässlich der Neufassung der Richtlinie zur Sterbebegleitung der BÄK entwickelten. Vgl. [1]

² Damit ist sowohl der Abbruch von bereits begonnenen wie auch der Verzicht auf zusätzliche Behandlungen gemeint

³ Bisläng gibt es noch kaum Diskussionen über ethische -materiale und formale- Kriterien zur Gewichtung von „Indizien“

muß eine Außenbeurteilung stattfinden, die auf verallgemeinerbaren ethischen Überlegungen und Kriterien beruht. Nicht ausreichend ist es, auf allgemeine Wertvorstellungen und Mehrheitsentscheidungen zurückzugreifen oder auf die innerhalb einer Berufsgruppe üblichen medizinischen oder pflegerischen „Standards“ und Lebensqualitätsurteile. So erleichternd auch ein faktischer Konsens innerhalb eines Teams oder zwischen Team und Angehörigen sein mag: daß er nicht nur auf „zufällig“ koinzidierenden partikularen Wertvorstellungen beruht oder durch Druck von außen zustande kam, sondern daß es sich um einen moralisch qualifizierten Konsens handelt, muß erst argumentativ gezeigt werden. Der Fall läßt keine Vermutungen zu, weil beispielsweise nicht berichtet wird, ob der Konsens zwischen Ärztinnen, Ärzten und Familie mit dem Auftreten des ältesten Sohnes zerbrach oder nun innerhalb der Familie ein Dissens bestand.

Maximale Weiterbehandlung oder Behandlungsverzicht

Die Frage nach Behandlungsverzicht wird im vorliegenden Fall in einer Situation gestellt, in der noch kein irreversibler Sterbeprozess eingesetzt hat und noch nicht sicher von einem unwiederbringlichen Bewußtseinsverlust ausgegangen werden kann. Im schlechtesten Fall bleibt der Patient unter künstlicher Beatmung im Koma. Im besten Falle wird er das Bewußtsein wiedererlangen, jedoch aller Voraussicht nach schwerst-behindert (durch Hirnschäden und die Vorerkrankungen Diabetes und Herzinsuffizienz) und damit gänzlich auf die Pflege anderer angewiesen sein. Generell sind drei Handlungsoptionen denkbar: Maximaltherapie, Beschränkung (durch Beendigung oder Vorenthaltung) der Behandlung auf bestimmte Maßnahmen oder Beendigung aller Behandlungsmaßnahmen.

Folgende grundlegende Fragen, die eingehender ethisch-systematischer Diskussion bedürfen, spielen bei schwerkranken Patienten, bei denen kein Rekurs auf ihren selbstbestimmten Willen möglich ist, eine Rolle:⁴

- Welche Schutzrechte haben nicht mehr urteilsfähige Menschen? Gibt es kategorische Behandlungspflichten? Ist die Unverzichtbarkeit bestimmter Maßnahmen (z.B. Beatmung, Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr) begründbar?
- Welche ethischen Kriterien zur Bewertung des Wohls bzw. der Lebensqualität sind argumentativ ausweisbar? Sind weitere Kriterien wie z.B. Lebenserwartung, Vorerkrankungen ethisch relevant?
- Unter welchen Bedingungen (z.B. Dehydrierung, Nahrungsentzug, Ersticken unter Sedierung) leiden Kranke nachweislich (nicht)? Was entzieht sich einer Beurteilung (z.B. das „Leiden“ eines komatösen oder schwer dementen Patienten)?
- Wie kann die statistische Wahrscheinlichkeit von Besserungsmöglichkeiten, (Nicht-) Behandlungsrisiken und Folgeproblemen ethisch bewertet werden?
- Welchen moralischen Stellenwert haben Wünsche und Interessen von Familienangehörigen angesichts ihrer emotionalen Bindung zum Patienten, ihres Fürsorgeanliegens, ihrer Empfindungen und Moralvorstellungen? (Mitentscheidungsrechte in eigener Sache oder lediglich Zeugen für vormalige

⁴ Vgl. für differenzierte und klärende Erörterungen zu Behandlungsverzicht und Sterbehilfe mehrere Publikationen von Schöne-Seifert, u.a. [3]

Patientenwünsche?) Wie sind innerfamiliär divergierende Wünsche und Werturteile zu gewichten?

- Wie können Qualität und Stellenwert faktischer Konsense zwischen den am Geschehen beteiligten Personen beurteilt werden?
- Was sind ethische Kriterien für die Verteilung knapper Ressourcen?
- Sind Unterscheidungen wie Tun und Unterlassen (z.B. der Gabe von Antibiotika), Behandlungsabbruch (z.B. Absetzen von Kreislaufmitteln) oder Behandlungsbeginn, „außerordentliche“ Mittel oder Basismaßnahmen, „Warten auf Komplikationen“ oder aktives Handeln moralisch relevant? Wie sind die damit verbundenen Handlungsabsichten zu bewerten (z. B bei der Schmerzbehandlung)?
- Welchen Stellenwert könnten wertende Begriffe und Vorstellungen wie z.B. „natürlicher Krankheitsverlauf“, oder „natürliches Sterben“ haben?
- Welchen Stellenwert haben indirekte moralische Argumente (mögliche Mißbräuche, negative soziale Folgen) gegen eine allgemeine Praxis des Behandlungsverzichts?

Medizinisch-fachliche Einschätzung

Der Vorschlag auf Abbruch aller Behandlungsmaßnahmen nach 6 Tagen erscheint früh. Er erfolgte ohne die Absicht, alle diagnostischen Möglichkeiten abzuklären und dazu auch einen neurologischen Facharzt hinzuzuziehen. Die Tatsache, daß sich im später aufgezeichneten EEG noch eine Grundaktivität zeigte, bestätigt im Nachhinein das Bestreben des ältesten Sohnes nach einer erschöpfenden Diagnostik. Denn dieser Befund spricht für eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, daß der Patient nochmals zu Bewußtsein kommt.

Implizite Wertungen über Lebensqualität und über die Verteilung von Ressourcen

Es ist nicht bekannt, ob das Kriterium „Vorerkrankung“ bereits bei der Rückstellung des Patienten von der Transplantation eine Rolle spielte. Auch wenn „Vorerkrankungen“ oder etwa „Alter“ in einigen klinischen Bereichen üblicherweise als Entscheidungskriterien gelten, müßte ihre moralische Gültigkeit innerhalb eines größeren Rahmens von Verteilungsfragen diskutiert werden. Das Ergebnis betraf auch multimorbide, beatmete Komapatienten. Dem Vorschlag der Ärztinnen und Ärzte, die gesamten Behandlungsmaßnahmen einzustellen, lagen vermutlich Prognosen und deren Bewertung nach dem Kriterium „Lebensqualität“ zugrunde. Die Relativität von Lebensqualitätsurteilen zeigt sich jedoch schon allein daran, daß manche Patienten an jedem zusätzlichen Lebenstag, fast gleichgültig welcher „Qualität“, hängen.⁵ Im Prozeß der Diagnostizierens und Prognostizierens schlagen sich viele partikuläre Wertungen der behandelnden Ärzte, aber auch des Umfelds nieder, was zur Folge hat, daß keine Aufklärung und noch viel weniger ein ärztlicher Vorschlag ausschließlich auf medizinischen Fakten beruht. So übernimmt beispielsweise der bereits medizinisch unscharfe

⁵ Vgl. die neuerdings über ein Biofeedback-Programm der Forschungsgruppe Birbaumer in Tübingen erhällichen Mitteilungen von „Locked-in-Patienten, die Vermutungen über Lebensüberdruß und Verzweiflung in keiner Weise bestätigen

Begriff⁶ der „infausten Prognose“ in diesem Zusammenhang wertende Funktion, obwohl seine moralische Relevanz fraglich ist.

Fehlende Vorabverfügung

Zur Förderung eines stärker selbstbestimmten Verhaltens in Sachen Krankenversorgung hätten die Ärztinnen und Ärzte den bereits seit längerer Zeit gesundheitlich beeinträchtigten, ja stark gefährdeten Patienten über die Möglichkeit informieren können, für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit Vorkehrungen zu treffen.⁷ Leider besteht häufig die Tendenz, ein derartiges Gespräch mit einem noch kompetenten Patienten so lange hinauszuzögern, bis dieser nicht mehr urteilsfähig ist.⁸

Kulturell geprägte Wertvorstellungen

Ausgehend vom Primat der Selbstbestimmung des Patienten sind religiöse und traditionelle Wertvorstellungen insofern bedeutsam, als sie für den (mutmaßlichen) Willen des Patienten eine Rolle spielen. Bei Differenzen zwischen Patient und Familienangehörigen oder Patient und Ärztinnen und Ärzten wären die Wertpräferenzen des Patienten aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts zu respektieren, vorausgesetzt, keine begründeten moralischen Individualrechte anderer stünden dem entgegen.

Aus der islamischen Religionszugehörigkeit des Patienten sind keine direkten Hinweise auf dessen Haltung zur Frage des Behandlungsverzichts zu gewinnen. Da es im Islam bezüglich dieser Frage vielfältige theologischen Handlungsanweisungen gibt, wäre letztlich der Umgang des Gläubigen mit dem Ratsschlag einer religiösen Autorität ausschlaggebend.

Aufgrund der traditionsgemäß wichtigen Funktion der Familie hätte sich der Patient selbst im Wissen um die Möglichkeit von Vorausverfügungen vermutlich darauf verlassen, daß seine Angehörigen für ihn entscheiden.⁹ Im vorliegenden Fall läßt sich jedoch fragen, ob aufgrund einer traditionellen Einstellung des türkischen Patienten von einer impliziten prozeduralen Vorausverfügung in dem Sinne ausgegangen werden muß, daß der älteste Sohn designierter Entscheidungsstellvertreter ist. Die Eindeutigkeit einer solchen traditionell begründeten Regelung hängt beispielsweise davon ab, aus welcher Region der Türkei (Ostanatolien oder Westtürkei, Stadt oder Land) die Familie stammt, wie lange die Familie bereits in Deutschland lebt, ob hinsichtlich dieser Praxis der stellvertretenden Entscheidungsbefugnis (und der meist damit verbundenen

⁶ Der Begriff steht lediglich für den Eindruck, daß eine günstige Prognose verneint wird

⁷ Vgl. beispielsweise den 1991 in den USA in Kraft getretenen Patient Self-Determination Act. Dieser schreibt zur Förderung des Rechts auf Selbstbestimmung vor, daß jeder Mensch bei Einlieferung in eine öffentlich mitfinanzierte Einrichtung des Gesundheitswesens über die Möglichkeit von Vorausverfügungen (Patientenverfügung oder Patientenstellvertreter) zu informieren ist

⁸ Ursache für diese Nicht-Förderung der Selbstbestimmung seitens der professionellen Helferinnen und Helfer mag unter anderem eine mangelnde Gesprächsführungskompetenz und die Scheu vor dem Ansprechen des Themas Sterben und Tod sein

⁹ Im übrigen zeigen auch US-amerikanische empirische Studien, daß ca. 25% aller Patienten sich gegen Vorabverfügungen mit dem Hinweis auf ihre Familienangehörigen aussprechen.[4]

finanziellen Verantwortung) in der Familie Einigkeit besteht. Da im vorliegenden Fall die Familienangehörigen die Entscheidung nicht bis zur Ankunft des ältesten Sohnes vertagen wollten, ist eine eindeutige, wenn auch implizite Autorisierung des Sohnes durch den Vater eher unwahrscheinlich.¹⁰ Die Beweggründe des ältesten Sohnes sind unbekannt, doch zeichnet er sich offensichtlich durch Durchsetzungsvermögen gegenüber den behandelnden Ärzten bzw. durch medizinischen Sachverstand aus. Außerdem könnte es sein, daß das in der Fallbeschreibung angeführte „Verständnis“ der türkischen Ehefrau und des jüngeren Sohnes für den Vorschlag der Ärztinnen und Ärzte weniger durch ein „Vertrauensverhältnis“ als durch eine große Asymmetrie in der Beziehung (in Bezug auf Sprache, Bildungsniveau, Umgang mit deutschen Institutionen etc.) bedingt war.

Schlußbemerkung

Da es sich, wie mir versichert wurde, um einen sehr typischen Fall aus der Intensivmedizin handelt, tut Klärung not. Auf viele zentrale ethischen Fragen, die hier eine Rolle spielen, bin ich eine Antwort schuldig geblieben. Angesichts der Komplexität der Problematik kann im Rahmen einer Fallbesprechung nicht der Anspruch erhoben werden, zu abschließenden ethischen Bewertungen zu kommen. Die erste Aufgabe der ethischen Reflexion kann jedoch darin gesehen werden, unausgewiesene partikulare Wertungen aufzuzeigen und auf deren Begründungsbedürftigkeit hinzuweisen. Dies habe ich oben versucht. Für die weitergehende Aufgabe, Begriffe zu klären und Begründungen für die moralische Relevanz von Unterscheidungen und Bewertungen zu liefern, muß auf ausführlichere medizinethische Erörterungen und den öffentlich-gesellschaftlichen Diskurs verwiesen werden. In der Praxis muß allerdings trotz bestehender Unklarheiten gehandelt werden. Sofern dies auf der Grundlage nicht als allgemeingültig ausgewiesener Werturteile geschieht, müssen diese gekennzeichnet und für die weitere kritische Diskussion offengehalten werden.

Literatur

1. Bobbert M, Werner MH (1997) “Keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte?” Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und deren Grenzen zumutbarer Behandlung. In: Zf. Ethik i.d. Medizin, 9: 209–219
2. Dworkin G (1988) *The Theory and Practice of Autonomy*, Chicago University Press
3. Schöne-Seifert B (1996) Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen, in: Honnefelder L, Streffer C (Hg.) (1997) *Jahrbuch f Wiss. u. Ethik Bd 2*, 205–226
4. Silverman HJ, Tuma, P, et. al. (1995), Implementation of the Patient Self-Determination Act in a Hospital Setting. *Arch Intern Med* 155: Mar 13, 502–510

¹⁰ Obwohl sich eine solche formale Beauftragung durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten legitimierte, könnte der Repräsentant sie auf drei Arten verstehen: a) als Interpretator dessen, was der Patient gewollt hätte. b) Als formal Bevollmächtigter, der nach seinen eigenen Präferenzen entscheidet. c) Als jemand, der im besten „objektiven“ Interesse des Patienten entscheidet. Die Urteile hätten dementsprechend einen je anderen moralischen Status