

Einmal Schrittmacher – immer Schrittmacher?

Online publiziert: 30. September 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Eine 92-jährige Patientin¹ wird wegen des Verdachts auf eine rheumatische Erkrankung stationär behandelt. Im Gespräch mit einer Psychologin äußert sie den Wunsch einer Beendigung ihrer Herzschrittmachertherapie. Der Zweikammerschrittmacher wurde im Jahr 1991 aufgrund eines AV-Blocks III. Grades implantiert – die Herzfunktion ist zu 100 % auf den Schrittmacher angewiesen. Folgende Aggregate seien „einfach so eingebaut“ worden – niemand habe sie über Vor- und Nachteile einer Implantation aufgeklärt, dabei träten bis heute Schmerzen im OP-Gebiet auf. Der Allgemeinzustand der Patientin erscheint altersentsprechend, es sind neben genanntem AV-Block keine lebensverkürzenden Erkrankungen bekannt. Die Patientin leidet unter einer ausgeprägten Schwerhörigkeit und Kurzsichtigkeit sowie einem Tinnitus und intermittierendem Schwindel, durch die sie sich in ihrem Alltag stark eingeschränkt fühle. So sei es ihr sehr unangenehm, sich in der Öffentlichkeit zu unterhalten, da sie akustisch kaum etwas verstehe, man sie sehr laut ansprechen müsse und sie aufgrund ihrer ausgeprägten Kurzsichtigkeit kaum etwas schreiben könne. Die Patientin ist am Rollator mehrere hundert Meter mobil und führt die Körperpflege sowie leichte Hausarbeiten selbstständig durch. Eine Bekannte, die auch vorsorgebevollmächtigt ist, unterstütze sie im Haushalt, sie wolle diese aber so wenig wie möglich belasten. Neuropsychologisch zeigt sich ein altersentsprechender Befund: Die Patientin wird als voll entscheidungs- und urteilsfähig eingeschätzt, Depressivität liege nicht vor. Die Patientin lebt nach dem Tod ihres Mannes Mitte der 80er Jahre allein, ihre Tochter sei mit wenigen Tagen während der Flucht im Zweiten Weltkrieg gestorben, ihr Sohn Anfang der 70er Jahre bei einem Unfall, weitere Angehörige habe sie nicht. Die Patientin äußert die Frage: „Was habe ich verbrochen in meinem Leben, dass ich noch hier sein muss?“ In einem Leben allein sehe sie keinen Sinn, sie wolle „zu ihren Lieben nach oben“. Der Gedanke, dass nach diesen traumatischen Verlustereignissen die Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer und persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten nicht bestanden zu haben scheint,

¹Das Einverständnis der Patientin für diesen Fallbericht wurde eingeholt.

bleibt im Raum stehen. An Stationsaktivitäten nimmt die Patientin teil, äußert jedoch wiederholt den Wunsch, anschließend sterben zu wollen. Sätze wie: „Wenn es doch jemand machen würde“ und „Ich bezahle auch Geld dafür“ äußerte sie mehrfach. Die Patientin wird aufgeklärt, dass eine Deaktivierung des Schrittmachers vermutlich ihren unmittelbaren Tod zur Folge hat. Daraufhin erwidert sie: „Ja, das wäre doch gut.“ Nach Bekanntwerden des Wunsches der Patientin lehnen alle an der Behandlung beteiligten ÄrztInnen der Klinik einen Therapieabbruch ab. In Äußerungen wird das Ansinnen der Patientin mit einem Suizidwunsch verglichen. Es fallen Aussagen wie: „Dann soll sie es doch selbst beenden“ bzw. „vom Dach springen“. Auf Rückfrage gibt ein Arzt an, dass er es nicht möge, wenn er alles für die Patienten „erledigen“ sollte, außerdem könne man trotz Schrittmachertherapie sterben. Auch extern konnte kein Kontakt zu einer Ärztin/einem Arzt hergestellt werden, die/der ggf. bereit wäre, die Schrittmacherbehandlung zu beenden. In der internen und externen Kommunikation stellen sich verschiedene Fragen, so z. B. was im Kontext der Schrittmacherbehandlung eigentlich eine Therapie darstellt. Beschränkt sich der Therapiebegriff auf die einmalig vorgenommene Schrittmacherimplantation oder geht es hierbei um den Aggregatwechsel? Dürfen nur „externe Geräte“ (z. B. Beatmung) abgeschaltet werden oder auch „interne“? Ebenso erscheint der Vergleich zu einem Transplantat interessant: So ist z. B. ein transplantiertes Herz eine interne Dauertherapie, aber dürfte man die Entfernung eines transplantierten Herzens fordern? Welche Chance hätte eine Klage der Patientin hinsichtlich ihres Wunsches nach einem Therapieabbruch und wer wäre der Adressat? Im Gespräch über einen möglichen Umgang mit ihrem Wunsch wurde die Patientin informiert, dass das Beenden der Schrittmacherkontrollen eine Möglichkeit sein könnte, in deren Konsequenz es zu einem Aggregatversagen komme. In diesem Zusammenhang äußert die Patientin Angst vor dem Auftreten möglicher Beschwerden wie Luftnot und Herzrhythmusstörungen, über deren mögliches Auftreten sie im Gespräch gleichzeitig informiert wurde. Diesbezüglich wird die Patientin auf die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Begleitung unter Einsatz verschiedener Medikamente zur Symptomkontrolle bis hin zu einer palliativen Sedierung hingewiesen. Letztere wünsche sie sich bei Beendigung der Therapie, da sie „nicht leiden“ und „nichts mitbekommen“ wolle. Im Gespräch äußert die Patientin jedoch, weitere Schrittmacherkontrollen in Anspruch nehmen zu wollen, um den möglichen Zeitpunkt des Batterieversagens möglichst gut terminieren und sich somit „auf das Ende vorbereiten“ zu können. An dieser Stelle bringt die Patientin ihre, zumindest leichte Ambivalenz bezüglich einer Beendigung der Schrittmachertherapie zum Ausdruck, indem sie sagt: „Manche Tage sind ja auch ganz gut, aber wenn es mir schlecht geht und ich diesen Schwindel habe und im Bett liege, dann möchte ich nicht mehr leben.“ Der Wunsch, die Schrittmacherkontrollen fortzusetzen, wird jedoch von den Behandelnden als nicht sinnvoll erachtet. Kontrollen hätten keine Konsequenz, es bestehe auf Grund des Wunsches der Patientin keine Indikation für weitere Kontrollen. Diesbezüglich sollten „eine konsequente Entscheidung und Umsetzung auch getragen werden“. Die behandelnden Kardiologen werden über das Besprochene informiert, da sie sich damit einverstanden erklärten, keine weiteren, ggf. notfallmäßigen Aggregatwechsel, vorzunehmen.

Kommentar I zum Fall „Einmal Schrittmacher – immer Schrittmacher?“

Sonja Indefrey · Gerald Neitzke

Online publiziert: 17. Oktober 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

In dem geschilderten Fall ist die Frage umstritten, ob und ggf. wie die Therapie mit einem Herzschrittmacher (SM) beendet werden kann, wenn das Leben der Patientin vollständig von dieser Funktion abhängt. Die Patientin befindet sich aktuell nicht in der Sterbephase. Zu dieser Problematik sind in der Fachliteratur einige Fälle publiziert worden (Bevins 2011; Whitlock et al. 2011). Vielfach wird für ein Beenden der SM-Therapie plädiert (Bevins 2011; Whitlock et al. 2011; Zellner et al. 2009), dieser Position wird aber auch aus grundsätzlichen Gründen widersprochen (Huddle und Bailey 2012; Kay und Bittner 2009). Wie kann eine Entscheidung in dem hier vorliegenden konkreten Fall getroffen werden?

Unserer Erfahrung nach fällt die Diskussion mit dem Behandlungsteam – etwa im Rahmen einer Ethik-Fallberatung – leichter, wenn geprüft wird, ob die *Fortsetzung* der Behandlung ethisch und juristisch zulässig ist. Während die Kriterien für die Notwendigkeit eines Beendens häufig unklar sind, liegen unstrittige Kriterien zur Feststellung der Zulässigkeit von Behandlungsmaßnahmen vor: Die Maßnahmen müssen indiziert sein und dem Patientenwillen entsprechen. Die Indikation für eine Weiterbehandlung besteht in diesem Fall offensichtlich, da dadurch das relevante Therapieziel einer deutlichen Lebensverlängerung mit hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Der Wille der Patientin kann hingegen aus der Distanz nicht mit letzter Sicherheit geklärt werden: Neben vielen eindeutigen Hinweisen, dass sie lieber sterben möchte als weiter vom SM am Leben erhalten zu werden, werden zumindest wenige ambivalente Äußerungen zitiert, denen zufolge sie in man-

Dipl.-Pfl. S. Indefrey, M.Sc. (✉)
Theodorus Hospiz Berlin (Standort Moabit), Turmstraße 21, 10559 Berlin, Deutschland
E-Mail: sonja.indefrey@freenet.de

Dr. G. Neitzke
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover,
Hannover, Deutschland

chen Momenten Lebensfreude empfinde und weiterleben wolle. Ambivalenzen sind, gerade in existentiellen Fragen, keineswegs ungewöhnlich. Die Patientin benötigt Begleitung und Raum, diese Unsicherheiten zum Ausdruck zu bringen. Dabei sollte Ambivalenz nicht vorschnell als Entscheidungsschwäche oder gar -unfähigkeit missdeutet werden. Auch für die Patientin erscheint uns eine Ethikberatung und eine Beratung durch ein Palliative Care Team angeraten.

Die Fallschilderung legt jedoch den Verdacht nahe, dass die Patientin bereits dauerhaft lebenssatt ist und sterben möchte. Falls dies bestätigt werden kann, wird das fundamentale ethische Dilemma sichtbar: Die Kriterien für die Zulässigkeit der Fortsetzung der Behandlung sind nicht erfüllt, die Therapie müsste also beenden werden. Andererseits: Darf der SM auf expliziten Patientenwunsch von außen ausgeschaltet werden, auch wenn dies – aller Voraussicht nach – den unmittelbaren Tod zur Folge hat? Umstritten ist vor allem der Status der SM-Behandlung: Wurde die Therapie einmalig beim Legen des SM durchgeführt (und abgeschlossen), wird sie lediglich beim Wechseln des Aggregats fortgeführt, oder handelt es sich um eine fortlaufende und damit ständig legitimationsbedürftige Therapie? Es ist offensichtlich, dass die Patientin permanent therapiert wird, denn ohne den SM wäre sie bereits verstorben. Deshalb bewerten wir den SM wie jedes andere technische Gerät, das eine Organfunktion permanent überbrückt, also etwa eine Dialyse oder Beatmung. Da in diesen Fällen ein Beenden der Therapie weitgehend akzeptiert ist und moralisch unproblematisch erscheint, ließe sich als Unterscheidungsmerkmal anführen, dass der SM implantiert und damit dauerhaft Teil des Körpers der Patientin geworden sei. Ist dieser Unterschied moralisch relevant? Bedeutung und Funktion einer Behandlung ändern sich nicht, wenn sie aus technischen Gründen *im* Körper durchgeführt wird. Denkbar wäre ja ein SM, der außen auf der Brust getragen wird und dessen Kabel über ein Gefäß zum Herzen geführt werden. Würde durch eine solche technische Veränderung das Beenden der Therapie zulässig? Müssten folglich Patienten vor SM-Implantation aufgeklärt werden, dass sie in Zukunft ein Beenden der Behandlung nur dann fordern können, wenn sie dieses externe Gerät wählen? Für die ethische Urteilsbildung sehen wir folglich zwischen internen und externen Geräten keinen Unterschied. Es wäre inkonsistent, die Beatmung oder Dialyse beenden zu dürfen, nicht jedoch die SM-Therapie.

Lässt sich dann aber noch ein unterschiedliches Vorgehen nach SM-Implantation und nach Herztransplantation (HTx) rechtfertigen? Oder müssten aus Gründen der Konsistenz auf Patientenwunsch sowohl die SM-Therapie beendet als auch das Transplantat entfernt werden? Der Unterschied ist aus unserer Sicht für die ethische Urteilsbildung relevant und besteht in Folgendem: Das Transplantat *ersetzt* sowohl die Organfunktion als auch das gesamte Organ, während der SM eine ausgefallene Funktion *überbrückt*. Wenn der SM ausgeschaltet wird, stirbt die Patientin an ihrer ursprünglichen Krankheit – dem AV-Block III. Grades. Nach einer HTx, die operativ rückgängig gemacht werden würde, stürbe der Mensch jedoch an diesem Eingriff, da das Transplantat ja sein erkranktes Herz *ersetzt*, nicht nur dessen Fehlfunktion *überbrückt* hat. Mit diesem Argument lässt sich auch eine Abgrenzung vornehmen von dem in der Falldarstellung angedeuteten Gedanken, es handle sich bei der Bitte um Beenden der SM-Therapie um einen Suizidwunsch. Da die Patientin aufgrund der Ablehnung der Behandlung an ihrer schweren Herzerkrankung stirbt, liegt keine

einen Suizid konstituierende Suizidhandlung (bei der eine vorhandene Lebensfunktion unterbunden würde) vor.

Die Patientin beginge also durch die Beendigung der SM-Therapie keinen Suizid, sondern nähme ihr Menschenrecht in Anspruch, im Rahmen ihrer Selbstbestimmung über medizinische Behandlung zu entscheiden. Dieses Recht besteht auch dann, wenn die Ablehnung der Behandlung oder – wie in diesem Fall – der spätere Widerruf einer zuvor erteilten Zustimmung den Tod zur Folge hat. Eine Fortführung der Schrittmachertherapie und das auf einen ungewissen Zeitpunkt in der Zukunft verschobene Unterlassen des Aggregatwechsels lösen den Konflikt jedoch nicht und erscheinen uns als halbherzige Lösung. Es sollte folglich ermöglicht werden, dass die SM-Therapie durch Ärzte wunschgemäß beendet wird, während gleichzeitig eine Symptomkontrolle im Rahmen einer palliativen Behandlung durchgeführt wird.

Literatur

- Bevins MB (2011) The ethics of pacemaker deactivation in terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 41:1106–1110
- Huddle TS, Bailey FA (2012) Pacemaker deactivation: withdrawal of support or active ending of life? *Theor Med Bioeth* 33:421–433
- Kay GN, Bittner GT (2009) Should implantable cardioverter-defibrillators and permanent pacemakers in patients with terminal illness be deactivated? An ethical distinction. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2:336–339
- Whitlock SN, Goldberg IP, Singh JP (2011) Is pacemaker deactivation at the end of life unique?: a case study and ethical analysis. *J Palliat Med* 14:1184–1188
- Zellner RA, Aulisio MP, Lewis WR (2009) Should implantable cardioverter-defibrillators and permanent pacemakers in patients with terminal illness be deactivated? Patient autonomy is paramount. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2:340–344

Kommentar II zum Fall: „Einmal Schrittmacher – immer Schrittmacher?“

Matthias Dann · Anna Mandera

Online publiziert: 7. Oktober 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Der ärztliche Heileingriff erfüllt strafrechtlich den Tatbestand der Körperverletzung. Die Rechtswidrigkeit einer Körperverletzung entfällt nur dann, wenn der Eingriff durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt ist. Hierdurch soll dem Selbstbestimmungsrecht Rechnung getragen werden. Wünscht der Patient keine weitere Behandlung, hat die Missachtung dieses Wunsches zur Folge, dass sich die behandelnden Ärzte wegen eines Körperverletzungsdeliktes strafbar machen.¹

Geht man hingegen davon aus, dass der Wille des Patienten auf eine weitere Behandlung gerichtet ist, kommt wiederum eine Strafbarkeit der behandelnden Ärzte in Betracht, wenn die erforderlichen Maßnahmen unterlassen werden (bspw. ein Aggregatwechsel). Hierbei kann es sich um die Verwirklichung eines Tötungsdeliktes durch die Deaktivierung des Schrittmachers bzw. durch das Unterlassen der weiteren Schrittmacherkontrollen handeln.

Grundsätzlich gilt, dass die behandelnden Ärzte vor dem ständigen Dilemma stehen, eine Tötung (ggf. durch Unterlassen) oder eine Körperverletzung durch Heileingriff zu begehen. Damit gewinnt der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung besondere Bedeutung.²

¹ Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, NSStZ 2008, 343 (344).

² Zur Deaktivierung von implantierbaren Defibrillatoren: Carlsson et al. (2012).

Dreh- und Angelpunkt: Prüfung der wirksamen Einwilligung

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten genießt einen hohen Stellenwert. Eine Weigerung des Patienten, sich (weiter) behandeln zu lassen, ist grundsätzlich auch bei einschneidenden Konsequenzen zu beachten.³ Liegt – wie im vorliegenden Fall – eine konkrete Einwilligung vor, ist diese auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Eine konkrete Einwilligung der selbst entscheidungsfähigen Patientin in die Beendigung der Schrittmacherkontrollen bzw. die Deaktivierung des Schrittmachers setzt nach dem Inkrafttreten des neuen Patientenrechtegesetz (vgl. § 1901a Bürgerliches Gesetzbuch BGB) und auch unter Berücksichtigung neuerer Rechtsprechung Folgendes voraus⁴:

- Die Patientin muss einwilligungsfähig sein.
- Die Entscheidung über den Behandlungsabbruch muss frei von Willensmängeln sein. Das setzt eine entsprechende Aufklärung voraus, die der Patientin die Tragweite ihrer Entscheidung hinreichend verdeutlicht. Die bloße Erklärung, dass die Behandlung nicht fortgesetzt werden soll, muss von den behandelnden Ärzten hinterfragt werden.⁵ So kann es zum Beispiel sein, dass sich der Wille zum Behandlungsabbruch nur auf einzelne Therapieschritte bezieht oder von Missverständnissen getragen ist.
- Die Einwilligung muss ausdrücklich oder konkludent erklärt werden.
- Die Einwilligung muss vor der Beendigung der Schrittmacherkontrolle/der Deaktivierung des Schrittmachers erklärt werden.
- Die Patientin muss lebensbedrohlich erkrankt sein⁶ und der Schrittmacher bzw. die Schrittmacherkontrollen müssen medizinisch zur Erhaltung oder Verlängerung des Lebens geeignet sein.
- Der Abbruch der Schrittmacherkontrollen bzw. die Deaktivierung des Schrittmachers muss sich darauf beschränken, die Krankheit nicht (weiter) zu behandeln, die Patientin letztlich dem Sterben zu überlassen. Nicht erfasst sind gezielte Eingriffe, die die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppeln.

Nach neuerer Rechtsprechung kommt es für eine wirksame Einwilligung und damit eine Rechtfertigung nicht darauf an, ob die zum Tode führende Handlung in einem Tun oder einem Unterlassen besteht.⁷ Eine Entscheidung, die sich speziell mit dem Abschalten eines implantierten Herzschrittmachers unter strafrechtlichen Gesichtspunkten beschäftigt, gibt es bislang, soweit ersichtlich, nicht. Die vom Bundesgerichtshof aufgestellten Grundsätze dürften jedoch auf den vorliegenden Fall zu übertragen sein. Demnach hängt die Wirksamkeit der Einwilligung nicht davon ab, ob die Aggregatwechsel „lediglich“ eingestellt werden oder der Schrittmacher deaktiviert wird.

³ Laufs und Kern (2010) § 58, Rn. 3.

⁴ Bundesgerichtshof Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGH NJW 2010, 2963 (2967).

⁵ BGH Beschl. v. 06.07.2016 – XII ZB 61/16.

⁶ Magnus (2013); BGH Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGH NJW 2010, 2963 (2967).

⁷ Brunhöber (2011); BGH Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGH NJW 2010, 2963 (2967).

Die behandelnden Ärzte müssen eine sehr differenzierte Einschätzung der Situation vornehmen. Hierbei sind die Umstände des Einzelfalles relevant: Die Patientin im vorliegenden Fall wird als entscheidungs- und urteilsfähig eingeschätzt. Sie weist einen altersentsprechenden neuropsychologischen Befund und keine Anzeichen von Depressivität auf. Demgegenüber zeigt sich das Verhalten der Patientin zeitweise als durchaus ambivalent. Während sie einerseits den ausdrücklichen Sterbewunsch äußert, sieht sie andererseits trotz körperlicher Möglichkeit zur Selbsttötung hiervon ab und äußert sogar Angst vor möglichen Beschwerden im Rahmen des Aggregatversagens. Seitens der behandelnden Ärzte wurde die Patientin darüber aufgeklärt, welche Folgen eine Deaktivierung bzw. eine Einstellung der Schrittmacherkontrollen hätte. Den Sterbewunsch äußerte die Patientin aber mehrfach ausdrücklich. Es besteht eine 100-prozentige Angewiesenheit auf die Schrittmachertherapie. Die Deaktivierung des Schrittmachers hätte vermutlich den unmittelbaren Tod der Patientin zur Folge. Die Einstellung der Aggregatwechsel würde zum Aggregatversagen und sodann zum Tode der Patientin führen. Das spricht für eine lebensbedrohliche Erkrankung und die Angewiesenheit auf den Schrittmacher. Schließlich dient das Unterlassen von Aggregatwechseln bzw. die Deaktivierung des Schrittmachers dazu, die Patientin dem weiteren Sterbeprozess zu überlassen.

Daher dürfte es gut vertretbar sein, dass die behandelnden Ärzte im Rahmen einer Gesamtabwägung zu dem Ergebnis eines gewollten Behandlungsabbruches kommen. Denn das Unterlassen der Aggregatwechsel ist von der Einwilligung der Patientin getragen. Um sich in strafrechtlicher Hinsicht abzusichern, ist es sinnvoll, genau zu dokumentieren, dass die Patientin umfassend aufgeklärt wurde und anschließend in den Behandlungsabbruch eingewilligt hat.

Literatur

- Brunhöber B (2011) Sterbehilfe aus strafrechtlicher und rechtsphilosophischer Sicht. *Jurist Schul* 5:401–406
- Carlsson J, Paul N, Dann M, Neuzner J, Pfeiffer D (2012) Deaktivierung von implantierbaren Defibrillatoren. *Dtsch Arztebl* 33–34:535–541
- Laufs A, Kern B (2010) *Handbuch des Arztrechts*. C.H.Beck, München
- Magnus D (2013) Sterbehilfe und Demenz. *N Z Strafr* 1:1–6