

Über die Verantwortung des Arztes

Juristische und ethische Fragen der Intensivmedizin

Medizinrechtliche und -ethische Fragen standen im Mittelpunkt einer Vortragsreihe, die im Wintersemester 1998/99 am Fachbereich Rechtswissenschaften gestartet wurde. Unter dem Thema „Leben müssen – Sterben dürfen“ stellten drei Mediziner – ein Kinderarzt, ein Neurochirurg und ein Internist – und zwei Juristen aus ihrer jeweiligen beruflichen Perspektive die Grenzen ärztlichen Handelns zur Diskussion. Aktueller Anlass waren die damals neuen „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die die Bundesärztekammer veröffentlicht hatte. Mit der intensivmedizinischen Behandlung im Spannungsfeld zwischen Rechtspflicht und ärztlicher Verantwortung setzte sich Hanns Gotthard Lasch, emeritierter Professor für Innere Medizin und ehemaliger Leiter des Zentrums für Innere Medizin der Universität Gießen, in seinem Vortrag unter dem Titel „Der Arzt und das Sterben“ auseinander.

Von Hanns Gotthard Lasch

„**W**enn nach dem Kinderarzt und dem Neurochirurgen nun auch der Internist in der Vortragsreihe „Leben müssen – sterben dürfen“ zu Worte kommen soll, dann steht er vor der nicht einfachen Aufgabe, einige für sein Fach charakteristische Besonderheiten aus dem Gesamtthema herauszugreifen, ohne vieles von dem zu wiederholen, was bereits in den vorherigen Referaten erwähnt und diskutiert wurde und allgemein verbindlichen Charakter hat. Das gilt vor allen Dingen auch für die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu diesem Fragenkomplex.

Vor diesem Hintergrund sollte mein heutiger Vortrag auch nicht dazu angetan sein, als Grundlage für Verallgemeinerungen zu dienen. Er

ist vielmehr der Bericht eines alten Kliniklers über den Tod seiner ihm anvertrauten Patienten, den er über ein Leben lang erlebt hat und zu dem sich immer wieder neue und alte Fragen gestellt haben, ohne auch immer eine Antwort zu finden. Ihm haftet die ganze Subjektivität des Erlebten an, rekonstruiert aus wenigen Aufzeichnungen und der Erinnerung an Dinge, die aus dem Alltäglichen herausgerissen, Spuren hinterlassen haben. Beim Versuch einer Ordnung des Erlebten bieten sich zwei Gruppen an: der Tod auf Intensivstation, also im Gefolge einer akuten, manchmal aus voller Gesundheit auftretenden tödlichen Krankheit oder ein Unfalles, und andererseits der Tod auf der normalen Station im Gefolge einer schweren, konsumierenden Krankheit, mehr oder minder lange Zeit vorhersehbar, und letztendlich doch den gleichen Gesetzen folgend. Erlauben Sie, dass ich aus der gesamten Fragestellung in meinem heutigen Vortrag ein besonderes Kapitel herausgreife und zur Diskussion stelle: „Die intensivmedizinische Behandlung im Spannungsfeld zwischen Rechtspflicht und ärztlicher Verantwortung“.

Über 60% aller Kranken unserer Klinik sterben auf der Intensivstation, als einer hochtechnisierten

Wach- und Behandlungsabteilung. Herzinfarkt, Lungenembolie, Schock, Vergiftung, große, unstillbare Blutungen, Sepsis und Infektion mit Organversagen von Gehirn, Lunge, Leber und Niere stehen in der Reihe der Diagnosen, die zum Tode geführt haben. Die Grenzsituation zwischen Leben und Tod wird von diesen Kranken oft ohne irgendeine Anlaufzeit erreicht, ihre Dauer ist nicht zuletzt abhängig vom Einsatz technischer Hilfsmaßnahmen zum Aufrechterhalten der Funktion von Herz, Lunge, Kreislauf und Niere. In der Regel sind die Patienten nicht ansprechbar, sei es durch die zu Grunde liegende Krankheit selbst, sei es durch eine medikamentöse Sedierung, um die Voraussetzung für die funktionierende Apparatur – etwa der künstlichen Atmung – zu schaffen. Der Tod erfolgt hier nicht selten durch das Abschalten der Beatmung bei Auswegslosigkeit. Die Zeitdauer des Sterbens ist nur wenige Minuten lang, ohne dass der Kranke sein Bewusstsein wiedererlangt. Es besteht kein Zweifel, dass die Intensivmedizin – die von manchen auch als „Apparatemedizin“ zu Unrecht apostrophiert wird – größte Erfolge gebracht hat. Mancher Kranke, der in dieser Grenzsituation des Lebens keine Chance mehr zu haben schien, ist nicht nur al-

lein durch den Einsatz der Technik am Leben geblieben, sondern hat auch ein erfolgreiches Leben danach in Angriff nehmen können.

Wahrnehmungen des Kranken auf der Intensivstation

Will man Tod und Sterben auf einer solch akuten Wachstation besprechen, dann stößt man schnell an die eigenen Grenzen, fehlt aus den gesagten Gründen oft jede verbale Kommunikation mit dem Kranken, die uns eine verwertbare Information liefern könnte. Oft sind es mehr Veränderungen der Mimik, schwache Handbewegungen und vor allen Dingen auch der Ausdruck der Augen, die als Signale Hinweise geben und die Gefühle, wie Verzweiflung, Schmerz, Angst und Trauer, aber auch Hoffnung und Dankbarkeit, ahnen, ja sogar wissen lassen. Gerade in dieser Grenzsituation kann viel richtig gemacht werden, aber eben auch sehr viel falsch. Dabei spielt oft die Fehleinschätzung des Bewusstseins des Sterbenden eine große Rolle, erfasst er doch völlig unerwartet die Tätigkeit um ihn, Gesten der ihn betreuenden Menschen, ein gesprochenes Wort und vieles mehr, als es die klinische Symptomatik scheinen lässt. Jeder erfahrene Arzt hat erlebt, dass Kran-



ke nach Aufklaren des Bewusstseins in der Rekonvaleszenz über Einzelheiten aus der Zeit berichteten, in der die Umgebung sie in der Dunkelheit tiefer Bewusstlosigkeit währte.

Ich werde nie vergessen, wie mir ein Schwerstkranker nach einem Herzinfarkt, der im Kreislaufchock und künstlicher Beatmung bei tagelanger Bewusstlosigkeit auf Intensivstation lag, Wochen später nach der Genesung im ernstesten Gespräch sagte, wie bedrohend er mein Verhalten gegen eine pflegende Schwester empfunden hätte, das ich in der

ten, ja die Haltung derer ist, die um den todkranken Patienten als Helfer sich bemühen.

Eindrucksvoll wird das im Krankenbericht des englischen Anaesthetisten J. Robbinson deutlich. Er war selbst Leiter einer Intensivstation, als er lebensbedrohlich erkrankte und auf seiner eigenen Station behandelt wurde. Er war todkrank, wurde reanimiert, war tagelang tief bewusstlos und wurde beatmet. Sein eigenes, von ihm selbst hervorragend ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal behandelte ihn mit großem Erfolg. Er überlebte

den muss: die Zuwendung und Hingabe als solche, wobei nicht allein die Sprache, oft vielmehr Augen und Hände als Vermittler von Hilfe, von Zuneigung, von Führung und auch von Liebe den Ausschlag geben.

Gesetzgebung und Rechtsprechung

Juristische Fragen spielen in der Intensivmedizin eine zunehmend größere Rolle. Ziel des ärztlichen Handelns auf Intensivstation ist es, lebensbedrohliche Situationen und Komplikationen im Krankheitsverlauf zu überwinden, um Zeit zur



Aufregung um einen vermeintlichen Fehler in der Behandlung an den Tag gelegt hatte. Mit anderen Worten: Reflektionen um das Erleben Todkranker auf Intensivstation können wir nur dann anstellen, wenn wir die Worte und Erfahrungen, ja das Erleben derer zu Grunde legen, die vielleicht in der Grenzsituation des Todes gewesen sein mögen, die Grenze selbst aber nicht überschritten haben. Trotz dieser Einschränkung und ihrer letzten Verbindlichkeit der Aussage gilt es aber zu lernen, gilt es zu begreifen, von welcher ungeahnten Bedeutung das Verhal-

und wurde gesund. Als er gefragt wurde, was ihm in der Zeit der Krise mit wachsendem Bewusstsein am meisten geholfen habe, sagte er sehr schlicht: „Die Hand meiner Frau“. Von ihr ging die Kraft aus, die ihm das Team, das ihn vielleicht sogar schon aufgegeben hatte, nicht geben konnte. Deutlicher kann dem Arzt kaum vor Augen geführt werden, dass es eben auch in dieser Situation – das Wissen um die richtige Behandlung vorausgesetzt – nicht nur auf die intellektuelle Leistung um die Krankheit ankommt, sondern dass hier mehr verlangt wer-

kausalen Behandlung des Grundleidens zu gewinnen und um ein weiteres Leben unter ertragbaren Bedingungen zu gewährleisten. Um dieses Ziel zu erreichen, wird der volle Einsatz zur Wiederherstellung des ganzen menschheitlichen Lebens verlangt, die Voraussetzung zur Erhaltung und Entfaltung der Persönlichkeit. Es gilt also, den in die Intensivbehandlung aufgenommenen Kranken in seiner Individualität genauso in den Blick zu nehmen, wie in seinem mitmenschlichen Bezugssystem, ihn in seiner ihm eigenen Würde zu begreifen und zu achten.

Intensivmedizin ist also für den Einzelnen zeitlich begrenzt, ja umgrenzt, wobei Eintritt und Austritt schon von der Definition her die Grenzen markieren.

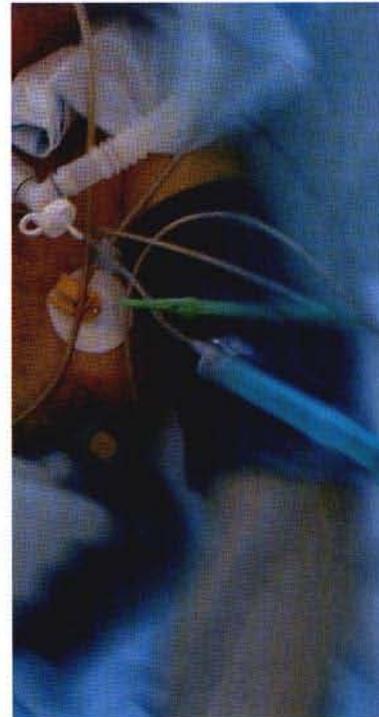
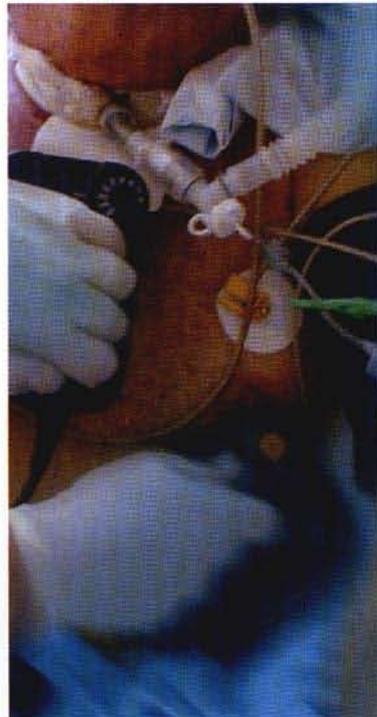
Zwangsläufig werden sich so die Entscheidungskonflikte in der Intensivmedizin vornehmlich an diesen Grenzen abspielen. Gleichmaßen werden immer wieder juristische Bedenken in die Diskussion gebracht, wenn im Team der Intensivstation und mit den beteiligten Ärzten über die Einleitung, die Begrenzung oder die Rücknahme einer Behandlung bei einem Kranken gesprochen wird, dessen Tod man nach menschlichem Ermessen bald erwarten könnte. Solche rechtlich begründeten Bedenken führen nicht selten auch zur Angst bei Ärzten und Pflegepersonal, Selbstverantwortung für eine Therapiebegrenzung zu übernehmen; Unsicherheit und Fehler aus dieser Unsicherheit heraus können die Folge sein. So ist es auch nicht verwunderlich, dass Gesetzgebung und Rechtsprechung von Ärzten und Pflegekräften in diesen Grenzbereichen eher negativ, bedrohlich und als Einschränkung der eigenen Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit erlebt werden. Oft wird nicht gewusst, dass aus juristischer Sicht dem Arzt mehr Entscheidungsspiel-

raum gegeben ist, als er es selbst wahrhaben möchte. Rechtliche Regelungen erfassen den Grenzbereich zwischen Leben und Tod, doch besteht von juristischer Seite aus eine sehr viel größere Zurückhaltung vor ausgefeilten Reglementierungen, als wir Ärzte vielfach meinen. Im Sinne meines Vortrages scheint das Spannungsfeld zwischen Rechtspflicht und ärztlichem Handeln sehr viel weniger ausgeprägt, ja weniger bedrohlich für die Handelnden auf der Intensivstation zu sein, wissend, dass rechtliches Urteil und ärztlicher Ansatz auf der gleichen ethischen Basis fußen und von dort ihren Handlungsspielraum ableiten. Die letzte Entscheidung liegt natürlich beim Arzt, eine Entscheidung, in die neben seinem medizinischen Wissen auch die Erkenntnisse und Ergebnisse anderer Disziplinen, etwa aus dem ethisch-moralischen oder dem rechtlichen Sektor einzufließen haben.

Die Verantwortung des Arztes

Die Entscheidung, ob eine alleine am Leben erhaltende Intensivbehandlung überhaupt begonnen werden soll, liegt allein in der Hand des Arztes. In der Regel wird die Definition der Intensivmedizin und ihr Ziel

– etwa bei einem Notfall – zur Aufnahme verpflichtet, weil innerhalb von wenigen Minuten eine eindeutige Beurteilung und Festlegung auf eine infauste Prognose des Grundleidens nicht zweifelsfrei getroffen werden kann. Dem Arzt in der Inneren Medizin wird auch bei Krankheitsbildern, wie Herzinfarkt, Lungenembolie, Lungenödem, akutes Kreislaufversagen, genauso wie dem Kollegen in der Unfallmedizin die Entscheidung abgenommen, weil die Kranken bereits im Notarztwagen intubiert, nicht selten mit dem Beutel beatmet und mit liegenden invasiven Zugängen (Kathetern) zur Aufnahme kommen. Es ist praktisch ausgeschlossen, hier bereits vor dem Hintergrund anamnestischer Fremangaben, ja sogar bei ausgeprägter neurologischer Symptomatik, die auf einen nicht reparablen Hirnschaden hindeuten, die einmal begonnene Intensivbehandlung nicht fortzusetzen. Die Kranken, die von außen mit nur intensiv zu behandelnden Komplikationen in die Klinik kommen, haben genauso Anspruch auf eine detaillierte klinische Untersuchung und die Erfassung prognostisch relevanter Parameter wie Patienten, die auf normalem Weg in die Klinik eingewiesen werden. Diese Vorgänge brauchen Zeit, wenn sie



auch in der Intensivmedizin im „Zeitraffer“ durchzuführen sind. Hinzu kommt, dass oft nur – wenn auch kurzfristig – der zu beobachtende Verlauf oder eine sich anzeigende und ausweitende bedrohliche Störung die Sicherheit der Vorhersage erhärten hilft. In der Regel sind so aufgenommene Patienten intuitiv, nicht selten ohne klares Bewusstsein und aus beiden Gründen nicht ansprechbar; im Sinne des Gesetzes hat hier der auf Intensivstation übernehmende Arzt im juristischen Sinne die Funktion der „Geschäftsführung ohne Auftrag“.

Die Behandlung alter Menschen

Zwei Probleme seien besonders herausgegriffen: die Reanimation und Intensivbehandlung alter Menschen und die Intensivbehandlung von Kranken, die einen schweren, wahrscheinlich zum Tode führenden Selbstmordversuch unternommen haben. Im Zusammenhang mit Reanimationsmaßnahmen bei alten Kranken jenseits des siebten Lebensjahrzehnt wird in zunehmendem Masse über den Sinn solcher Maßnahmen diskutiert. In dieser Diskussion spielen, sowohl mit Blick auf die vom Lebensalter und vom Allgemeinzustand abhängigen geringeren Überlebens- und Rehabilitations-

chancen sowie auch – und für mich möchte ich sagen: leider – Fragen der immensen Kostensteigerungen im intensivmedizinischen Bereich eine Rolle. Besonders angefacht ist die Diskussion durch eine breit angelegte Studie in fünf Kliniken in Boston, die durchaus geeignet sein könnte, ein schematisiertes „Selektionsdenken“ bei älteren Menschen ins Spiel zu bringen. Nach den Untersuchungen an fünf Krankenhäusern wurde festgestellt, dass bei 512 über 70-jährigen Patienten mit Herz- und Kreislaufstillstand außerhalb und nach erfolgter Reanimation, nur 19 überlebten, das sind also nur 3,8%. Von den überlebenden Patienten mussten sogar elf in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen auf Dauer verbleiben. Bei den über 70-Jährigen, die außerhalb einer Klinik zusammenbrachen, wiederbelebt und eingewiesen wurden, waren es sogar nur 1% Überlebende. Aufgrund dieser deprimierenden Resultate wurden Richtlinien gefordert, wann eine Reanimation bei über 70-Jährigen gewagt werden kann und wann sie zu unterlassen ist.

Allein vor dem Hintergrund des Strafgesetzbuches kann ich unsere Ärzteschaft nur dringend vor einem derartigen Selektionsdenken warnen, ganz abgesehen von ethischen

Gesichtspunkten. Alte Menschen unterscheiden sich von denjenigen jüngerer und mittlerer Lebensalter natürlich statistisch durch ihre kürzere Lebenserwartung und – wenn man einmal ökonomisch denkt – durch den größeren, intensivmedizinischen Aufwand in Relation zu den zu erwartenden Lebensjahren. In der Regel haben wir es bei alten Menschen auch mit Patienten mit chronischen Leiden zu tun, multimorbide Patienten, die auch bei einer akuten Verschlechterung oder bei einer akuten andersartigen Komplikation den Rahmen dessen, was nach der Überwindung dieser Komplikation zu erreichen ist, zunehmend einschränken können. So ist natürlich die Kompensationsfähigkeit biologischer Regelkreise im fortgeschrittenen Alter allgemein reduziert.

So hat z.B. ein akutes Nierenversagen – selbst bei Anwendung adäquater Dialyseverfahren durch Elektrolyt- und Volumenverschiebung und somit Eingriff in das hämodynamische Gleichgewicht – viel gravierendere Konsequenzen für den Gesamtorganismus als bei jüngeren Menschen mit eben größerer Regulationsbreite. Natürlich muss man beim alten Menschen diesen Bedingungen Rechnung tragen und nicht nur den naturwissenschaftli-



chen Hintergrund, sondern im Vordergrund natürlich auch die psychische und soziale Individualität des alten Kranken im Auge haben. Wie überall in der Medizin aber muss man sich vor uniformiertem Denken hüten und den Kranken ganz in seiner Individualität in die Entscheidung seiner persönlichen Medizin einbeziehen. Schon daraus ergibt sich, dass die Anwendung intensivmedizinischer Techniken nicht vom kalendarischen Alter abhängig gemacht werden darf.

den. Zu gleichen Zahlen kommen auch italienische Autoren, die darüber hinaus feststellen, dass in der Überlebenschance von Patienten der Überlebensgruppe bei 65 bis 75 und der von 75 bis 85 kein wesentlicher Unterschied bestand. Natürlich kann man die so negative Bostoner Studie und die hier aufgeführten Zahlen gar nicht vergleichen: Bei der einen konzentrierte sich die Beurteilung auf eine primäre Reanimation bei akutem Kreislaufversagen und ihre unmittelbaren Folgen, bei

Aufnahme in die intensivmedizinische Behandlung wie für jüngere Jahrgänge – nämlich, dass eine akute Problematik überbrückt werden soll, wenn eine grundsätzliche Perspektive zur Erhaltung oder Gewinnung menschenwürdiger Lebensqualität durch die intensivmedizinische Behandlung gegeben ist.

Ich verhehle nicht, dass wir auf unserer Intensivstation auch alte Menschen aufgenommen haben, nicht nur um diese am Leben zu erhalten, sondern auch, um ihr Lei-



Hierfür stehen auch einige statistische Erhebungen: Gsell beziffert in seiner Studie den Anteil von über 65-jährigen Patienten auf Schweizer Intensivstationen auf ein Drittel aller Kranken, und von diesen waren 64% nach sechs Monaten Intensivbehandlung mit zufriedenstellender Rekonvaleszenz in den häuslichen Bereich entlassen. Campion berechnet die kumulative Mortalität der über 75-Jährigen, welche intensivmedizinisch behandelt wurden, mit 44% innerhalb eines Jahres. Jarandau findet bei über 70-jährigen intensivmedizinischen Patienten 50%, die mit guten Ergebnissen in den häuslichen Bereich entlassen wur-

den aufgeführten jetzt letztlich zitierten Untersuchungen wurde die gesamte intensivmedizinische Zeit aller Patienten und unabhängig von primärer Reanimation ins Auge gefasst. Aber sicher ist, dass kalendarisches Alter einerseits und biologisch-physiologisches Alter im sozialen Umfeld andererseits erheblich dissoziieren können.

Das kalendarische Alter ist so allein nicht geeignet, über die Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen nachzudenken, als Kriterium für eine Selektion ist es ungeeignet und meiner Ansicht nach verwerflich. Für den alten Menschen gelten die gleichen Bedingungen zur

den zu lindern, wenn dies auf einer Normalstation nicht so gut realisierbar erschien. Zu lange haben wir an der Vorstellung festgehalten, dass unheilbar kranke oder sterbende Patienten auf einer Intensivstation fehl am Platze seien. Wenn Sterbehilfe neben einer akuten Pharmakotherapie vor allen Dingen menschliches Begleiten bedeutet, Gegenwart, Berührung und Gespräch, wo anders könnte dies besser verwirklicht werden, als auf einer vernünftig besetzten Intensivstation, auf der Schwestern und Ärzte rund um die Uhr anwesend sind, und der Patient eingebettet wird in das Klima einer solchen Sta-

tion, die nur zu Unrecht manchmal in der Öffentlichkeit als inhuman und auf Geräte ausgerichtet dargestellt wird, die aber in Wirklichkeit durch das gemeinsame Erleben von Leiden und Sterben unter den Helfern und den ihnen anvertrauten Patienten ein einmaliges Klima von Wärme, Zuwendung und Hilfsbereitschaft schafft. Das bedeutet natür-

auf einer freien und ernstlichen Entscheidung beruht.“ Dies sollte spätestens dann gelten, wenn der Selbstmörder die Herrschaft über den Geschehensablauf verliert. So ist der Arzt auch grundsätzlich dazu verpflichtet, alle ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Erhaltung des Lebens einzusetzen. In den letzten Jahren ist die Diskussion in

Eine 44-jährige Frau, Mutter von zwei Kindern, wird mit einer schweren Insulinvergiftung, tief bewusstlos im Kreislaufchock, beatmungspflichtig auf die Intensivstation eingeliefert. Sie hat schwere toxische Krämpfe des Gehirns. Aus der Vorgeschichte ist zu erfahren, dass die Patientin wenige Wochen vor dem Selbstmordversuch von ihrem Haus-



lich nicht, dass die Intensivstationen zu Sterbestationen werden sollen.

Suizidversuche

Nicht selten steht auch der Arzt auf der Intensivstation vor der Frage, ob ein aus suizidaler Absicht erfolgter und ohne Intensivbehandlung auch tödlich ausgehender Versuch, das Leben zu beenden, eine zwingende Indikation zur Anwendung aller intensivmedizinisch zur Verfügung stehender Methoden ist. Die Rechtslage scheint klar, die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes lautet: „Jeder, der von einem Selbsttötungsversuch Kenntnis erlangt und eine Rettungsmöglichkeit hat, ist verpflichtet, die zur Abwendung des Todes erforderliche Hilfe zu leisten, auch wenn der Selbsttötungsversuch

der Öffentlichkeit – insbesondere durch die Aktivitäten einer sogenannten „Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben“ – entfacht worden, die das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben und damit auch das Recht auf einen, bei voller Zurechnungsfähigkeit gewollten Freitod herauszustellen versucht. Der alte Arzt, der sich sein Leben lang auf Intensivstation mit diesem Problem auseinandergesetzt und in der Regel immer für das Leben entschieden hat, wird solchen allgemeinen Forderungen mit Unverständnis, ja mit Ablehnung gegenüberstehen, umso mehr, als sich praktisch fast alle von ihm behandelten Selbstmordpatienten nach erfolgreicher Behandlung von ihren Suizidabsichten später distanzieren haben. Ein Beispiel mag das belegen:

arzt erfahren hatte, dass sie an einem großen, nicht mehr operablen bösartigen Tumor der Leber leide und ihre Lebenszeit nicht nur begrenzt sei, sondern dass ihr auch eine qualvolle Leidenszeit bevorstünde. Mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gelingt es auf Intensivstation, den akuten, zunächst desolat erscheinenden Verlauf zu stoppen; nach fünf Tagen wird die Patientin wach, die künstliche Beatmung kann weggenommen werden, der Kreislauf stabilisiert sich, die Funktionen werden wieder normal. Die nun eingeleitete Diagnostik führt zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Tumor in der Leber nicht um eine bösartige Geschwulst, sondern um ein gutartiges, großes Hämangiom handelt, dessen Vorhersage günstig ist. Die Patientin verlässt nach entsprechen-

der Behandlung glücklich die Klinik und kehrt mit allen Chancen für eine gute Zukunft in ihre Familie zurück. Hier war die Fehldiagnose eines Arztes Anlass für einen wohlüberlegten Freitod.

Wenn in diesem Falle vielleicht auch durch Nichtausschöpfen aller zur Verfügung stehender Möglichkeiten die falsche Diagnose die Entscheidung zum Suizid brachte, in folgendem Fall konnte davon nicht mehr die Rede sein: Ein 50-jähriger Patient hatte bei einem weit metastasierenden Hypernephrom der Niere mit Befall fast aller Organe bei Ablehnung sämtlicher palliativer Maßnahmen nach Rücksprache mit der Familie und Zugrundelegung der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben den Selbstmordversuch unternommen. Bei dem Patienten fand sich eine handschriftliche Verfügung, die den behandelnden Ärzten jede Therapie untersagte. Ein unvorhergesehener Verlauf im schnell zu erwartenden tödlichen Ausgang zwang die intensivbehandelnden Ärzte aber trotzdem zum Eingreifen, der Patient überlebte. Die gute Behandlung auf Intensivstation, die rührende Fürsorge von Schwestern, Ärzten und Pflegern führten zum Überdenken und zur Erlaubnis zum Einsatz palliativ-

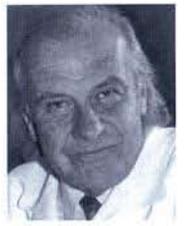
ver Maßnahmen. Der Kranke erholte sich, hat noch ein halbes Jahr mit neuem, zurückgewonnenen Lebenswillen gelebt und konnte in der ihm noch verbleibenden Zeit im Schoße der Familie geborgen viele der sich stellenden Lebensfragen regeln.

Natürlich wird es Fälle geben, bei denen ein fataler, naturwissenschaftlich begründeter Hintergrund, ein zerstörtes psychisches und soziales Umfeld – und dies in kritischer Würdigung – das akute Eingreifen bei einem Suizid immer wieder problemhaft gestalten. Unterlässt der Arzt unter Abwägung aller Kriterien dann eine Behandlung und beruft sich auf die Unzumutbarkeit des Rettungsversuches, dann trägt er das Risiko einer Strafverfolgung, welches aber kleingehalten werden kann, wenn es ihm – durch genaue Dokumentation unterlegt – gelingt, seine unterlassene Hilfeleistung zu begründen. Erfahrungsgemäß aber wird es in der Praxis außerordentlich selten vertretbar sein, einen Rettungsversuch zu unterlassen.

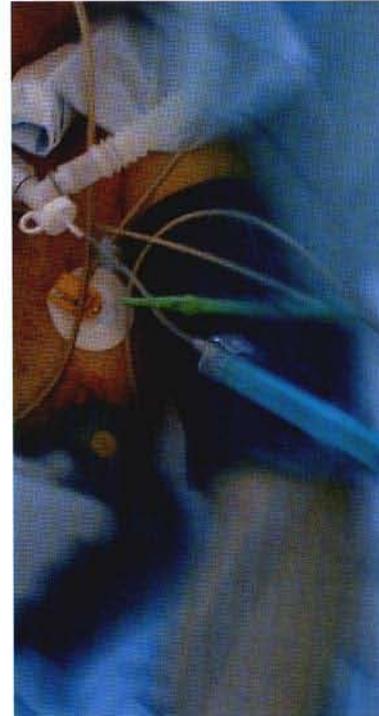
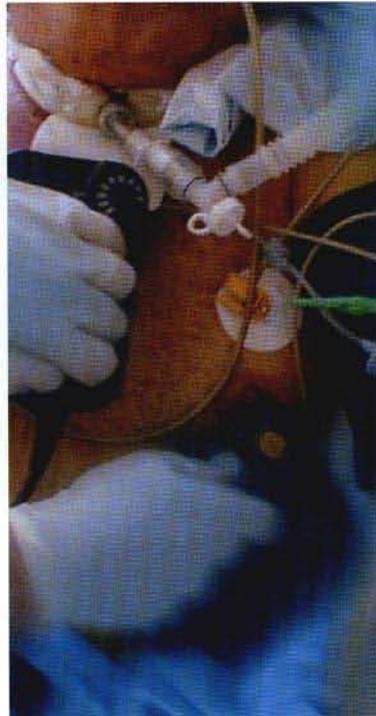
Verzicht auf intensivmedizinische Behandlung?

Komplexer und störanfälliger ist die Entscheidung, auf eine intensivmedizinische Behandlung zu verzich-

ten, wenn eine akute, lebensbedrohliche Komplikation bei Kranken auftritt, die bereits in stationärer Behandlung sind, deren Vorgeschichte und klinischer Befund bekannt sind, sei es, dass sie mit einer akuten Erkrankung wenige Tage in Beobachtung und Behandlung sind, sei es, dass die akute lebensbedrohliche Komplikation bei einer vorher sicher diagnostizierten, chronischen Erkrankung aufgetreten ist. Hier gehen in die Entscheidungsfindung die Kenntnisse der Grundkrankheit, ihr Verlauf, ihre Langzeitvorhersage und natürlich auch das Wissen um die persönliche Situation des Kranken ein. Hier muss die Aufnahme in eine intensivmedizinische Behandlung sofort erfolgen, will sie Anrecht auf Erfolg haben. Das komplexe und vielschichtige Wissen um die Situation des Kranken hilft auf der einen Seite, schnell zu reagieren, lässt aber auch eher Fehlentscheidungen zu. Verpflichten im akuten Notfall im weitesten Sinne des Wortes die Unsicherheitsfaktoren in Diagnose und Prognose zur Handlung, so lassen hier die bekannten Daten und ihre Akzentuierung in der Entscheidungsfreiheit des verantwortlichen Arztes einen größeren Spielraum. Fachliche Kompetenz, Erfahrung und subjektiver



Hanns Gotthard Lasch, Jahrgang 1925, Studium der Medizin an den Universitäten Breslau und Erlangen, Promotion: 1951, Habilitation: 1958/59 an der Universität Heidelberg, von 1965 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1993 Professor für Innere Medizin und Direktor des Zentrums für Innere Medizin der Universität Gießen. Prof. Lasch ist Mitglied der Akademie Leopoldina, Halle, und der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Er war u.a. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Mitglied des Senats der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Hauptausschusses der DFG. Neben zahlreichen anderen Ehrungen, darunter mehrere Ehrendokortitel, wurde er 1992 mit dem Großen Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

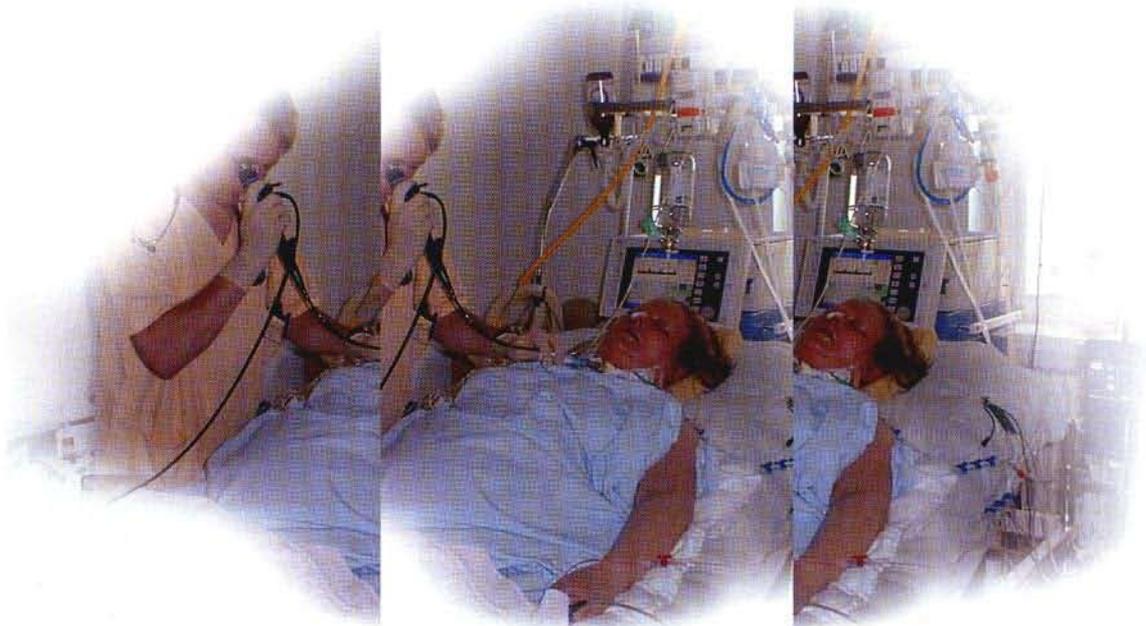


Ansatz des Helfers gehen in die Entscheidung in viel größerem Maße ein. Die Grenze zwischen richtig und falsch ist fließend und wird nicht selten zur Nahtstelle zwischen richtig und falsch verstandener Intensivmedizin.

Ein Beispiel mag dies belegen: Bei einer 54-jährigen Patientin mit schwerer myeloischer Leukämie im Endstadium, mit allgemeiner Abwehrschwäche, mit generalisierten Blutungen und Fieber, mit Leukopenie und Thrombopenie kommt es zu einer akuten Exazerbation einer seit Jahren bestehenden chronischen Bronchitis. Infolge alveolärer Unterbeatmung kommt es zum Anstieg des Kohlendioxidpartialdruckes im Blut. Die Angehörigen drängen auf maschinelle Beatmung und in-

übrige Behandlung auf ein am Leben erhaltendes Maß reduziert werden kann. Hier hat der Patient auf Intensivstation das gleiche Recht wie jeder andere Kranke, bei dem ein sinnloses „Am-Leben-Erhalten“ – und die Frage nach dem Sinn darf hier gestellt werden – nicht Ziel der Behandlung sein kann. In diesem Sinne ist zur passiven Euthanasie ein bedingtes „Ja“ zu sagen, wobei etwa das Abschalten der Atmungsmaschine mit dem Weglassen einer antibiotischen Behandlung bei terminaler Lungenentzündung bei sterbenden Kranken gleichgesetzt werden darf. Die Frage ist und bleibt, zu welchem Zeitpunkt diese Entscheidung getroffen werden kann, welche Kriterien erfüllt sein müssen und wer letztendlich die Verantwort-

und wer hat hier die letzte Entscheidung zu fällen: der Patient, seine Angehörigen oder der Arzt? Natürlich entlastet es die Ärzte, wenn die Kranken die Verantwortung selbst übernehmen. Manche chronisch Kranke, die mit ihrem Leiden gefasst umgehen, wünschen keine maximale Behandlung mehr am Lebensende. Diesem Wunsch hat der Arzt – vorausgesetzt, dass sein Patient bei vollem Bewusstsein und bei Erkennen aller sich auftuenden Möglichkeiten, aber auch Gefahren diese Entscheidung getroffen hat – zu respektieren. Was aber ist zu tun, wenn der Kranke bei vollem Bewusstsein und bei Aufklärung sich nicht entscheiden kann, sich nicht entscheiden will oder gar eine Behandlung wünscht, die nach allge-

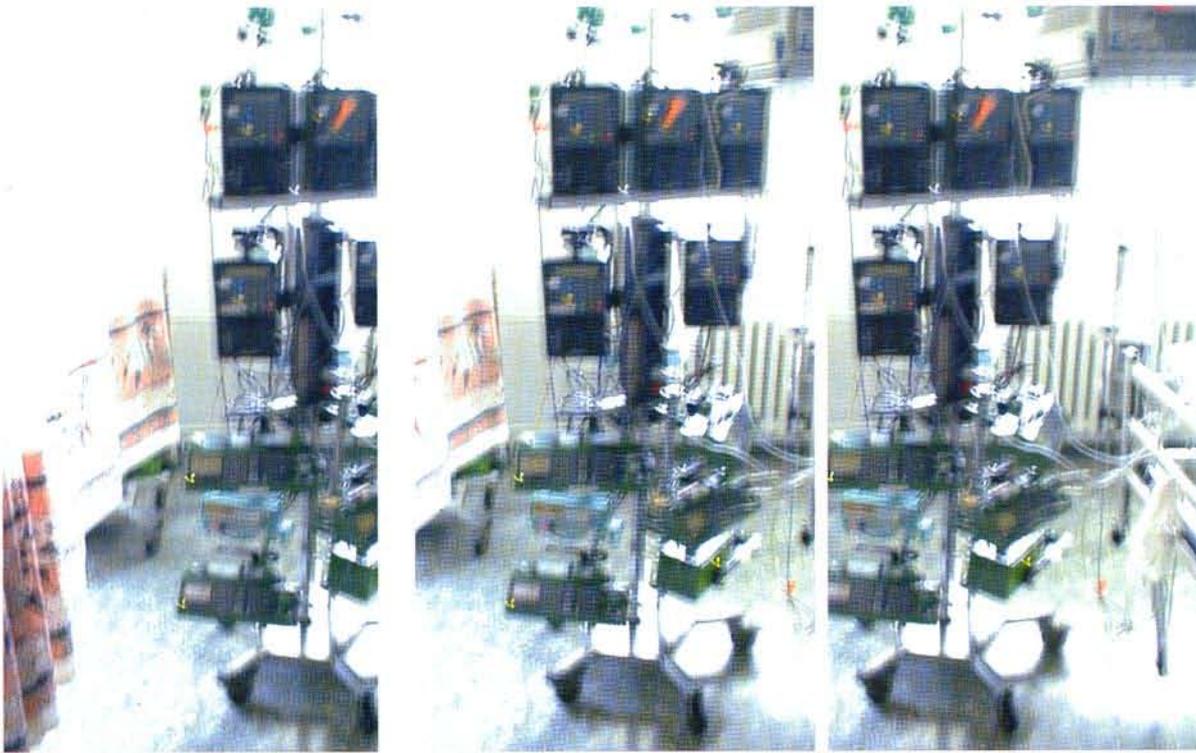


tensivmedizinische Maßnahmen. Diese werden nicht durchgeführt. Die Patientin stirbt friedlich in der sie umfassenden Kohlendioxidnarkose. Bei diesem Beispiel zeigt es sich deutlich, wo Intensivmedizin ihre Grenzen finden muss.

Nicht weniger schwierig gestaltet sich für den Arzt oft die Frage, wann eine lebenserhaltende Maschine bei einmal initiiertem Intensivbehandlung und sich herausstellender Ausweglosigkeit abgeschaltet und die

Verantwortung zu übernehmen hat. Es überrascht daher auch nicht, dass seit Einführung der Intensivmedizin immer wieder – auch in der Öffentlichkeit – die Frage gestellt wird, wann der drohende Tod aufgehalten werden soll und wann nicht. In den USA wird diese Debatte von Ärzten unter dem Stichwort der „futility“, der Nutzlosigkeit, geführt. Wann, so lautet die entscheidende Frage, ist eine lebensrettende Maßnahme für den Patienten nutzlos,

meiner Einschätzung sinnlos, nutzlos ist? Hat dann der Arzt trotz besseren Wissens und nur an den Wunsch des Patienten gebunden, die Behandlung durchzuführen? Die aufkommenden Zweifel dürfen und können aber nicht daran vorbeiführen, dass der einwilligungsfähige Patient grundsätzlich aufgeklärt und mit ihm die Situation besprochen werden soll. Dies wird auf Intensivstation allerdings selten der Fall sein, in der Regel wird die Entscheidung



zum Abstellen der maschinellen Hilfen bei nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Patienten gefällt werden müssen. Hier handelt der Arzt im juristischen Sinne gewissermaßen als „Geschäftsführer ohne Auftrag“. Angehörige, die ständigen und freien Zutritt zu ihren Kranken auf der Intensivstation haben müssen, eignen sich als Helfer einer Entscheidung über den Abbruch einer Behandlung – meiner Ansicht nach – nicht, ja sie würden dadurch und auch durch Mitwirkung an der letzten Entscheidung in eine nicht zu verantwortende, eigene Extrembelastung hineingetrieben.

Ein Beispiel mag das wieder belegen: Ein 24-jähriger Medizinstudent, Sohn eines renommierten Zahnarztes und seit Jahren heroinsüchtig, wird nach einem sogenannten „goldenen Schuss“ vom Notarzt reanimiert und in die Klinik eingewiesen. Hier gelingt es nicht, mit den bereits eingetretenen Organveränderungen fertig zu werden, insbesondere zeigen sich schwerste Ausfallserscheinungen des Gehirns. Eine fulminante, offensichtlich von der Lunge ausgehende Sepsis führt zur dauernden Verschlechterung, ein Multiorganversagen ist die Folge. Die betreuenden Helfer kennen die

Nutzlosigkeit ihrer Bemühungen in jeder Beziehung, der Verfall ist nicht aufzuhalten. Mit einer gewissen Kreislaufstabilität wehrt sich der Organismus gegen den Tod. Der Vater, der jeden Tag von früh bis abends am Bett seines sterbenden Sohnes steht, kann diesen so augenscheinlichen Verfall nicht ertragen und fragt die Schwestern immer wieder, wann hier denn endlich mit diesen am Leben erhaltenden Maßnahmen Schluss gemacht würde, er könne das Leiden seines Sohnes einfach nicht mehr ertragen. Als junger Chef der Klinik und überzeugt von der Sinnlosigkeit weiteren Eingreifens fasse ich den Entschluss, die Maschinen abzustellen. Ich trete an den Vater heran und frage ihn, ob er mir erlaubt, jetzt die Maschinen abzustellen und so das Leben zu beenden. Der Vater fährt mich entsetzt an: „Sie sind ein Unmensch, Sie wollen von mir die Entscheidung, die Maschinen bei meinem heißgeliebten Sohn, abzustellen. Was sind Sie doch für ein schlechter Arzt.“

Dieses Beispiel zeigt doch sehr deutlich, wie weit die Grenzen der Belastbarkeit bei einem Angehörigen gehen können, und seit diesem

Erleben habe ich die Angehörigen – um sie nicht zu belasten – nie mehr in die letzte Entscheidung einbezogen.

Mit den Vorgaben des Betreuungsgesetzes, wonach für einwilligungsunfähige Intensivpatienten ein Betreuer zu bestellen ist, der in die letzten Entscheidungen am Krankenbett – was Leben und Tod anbelangt – einbezogen werden sollte, ist in vielen Fällen der Intensivmedizin schon wegen des zeitlichen Rahmens wenig geholfen. Seine Funktion als Betreuer sehe ich vielmehr in der Vertretung des bewusstlosen Patienten, wenn es um die Frage geht, ob der Patient in die klinische Forschung eingebunden werden kann, ob klinische Studien am tod-

JUSTUS-LIEBIG-

 UNIVERSITÄT
GIESSEN

Prof. em. Dr. Dr. h.c. mult.
Hanns Gotthard Lasch

Zentrum für Innere Medizin
Klinikstraße 36
Tel.: 0641/99-42142
Fax.: 0641/99-42149

kranken Patienten durchgeführt werden sollen, ob ein nicht anerkannter Heilversuch noch einmal und letztendlich unternommen werden kann. In der Frage der Beendigung der Therapie wird auch er in der Regel – entweder zu spät kommen – oder mit seinem Beitrag wenig hilfreich sein müssen. Nach wie vor wird der Arzt die Entscheidung und die Verantwortung zu übernehmen haben. Kann er sich in seiner Entscheidung aber auf sichere Daten, die etwa über die Prognose Auskunft geben, verlassen? Ich meine nicht. Dazu sind die Situationen viel zu heterogen und verlangen immer wieder eine neue und persönliche Entscheidung.

Score-Systeme sind essentiell für wissenschaftliche Vergleiche von Patientenkollektiven, eignen sich aber nicht als direkter Bezug und Ableitung eines Handlungsmandates bei Patienten. Es darf auf keinen Fall so sein – wie kürzlich in der Laienpresse dargestellt wurde – dass, wenn ein computererhobener Score-Wert eine bestimmte Höhe über- oder unterschreitet, die Maschinen abgestellt werden müssen. Selbst wenn wir den Prozentsatz der Überlebenschancen genau wüssten – was hilft das?

Mit dem Schlagwort „Evidence Based Medicine“ kommt aus den USA eine Richtung in der naturwissenschaftlich fundierten Medizin, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen nur vor dem Hintergrund nachgewiesener Wirksamkeit zu entwickeln. Mit anderen Worten heißt das, nur eine Behandlung einzusetzen, deren Wirksamkeit in gesicherten, großen klinischen Studien nachgewiesen ist. Hier will man gewissermaßen eine neue Richtung in der Medizin ausmachen, die für alle Sparten des Faches Gültigkeit haben sollte. Sie bekennt sich klar zur wissenschaftlichen Medizin, dient zur klaren Abgrenzung von alternativen Methoden und liefert auch im ökonomischen Bereich eine Basis für Verhaltensweisen. Sie fordert Forschung als Grundlage eines jeglichen Fortschrittes und räumt mit nebulösen und unwissenschaftlichen Praktiken um den Patienten auf.

Obwohl manches im theoretischen Ansatz der „Evidence Based Medicine“ nicht neu ist, darf sie

doch als ein verbindliches Konzept ärztlichen Handelns für unsere augenblickliche Situation akzeptiert werden. Die Frage bleibt nur, inwieweit eine allzu strenge Bindung des Arztes an ihre Grundsätze ihm einen Spielraum in einer unbedingt notwendigen, individuellen und – wie ich es nenne – „persönlichen Medizin“ lässt. Ein solcher Spielraum muss auch in der Intensivmedizin in der personalen Beziehung zwischen Arzt und Patient unter allen Umständen erhalten bleiben. Eine noch so abgesicherte Statistik liefert sicher wichtige Basisinformationen. Zur Weitergabe von zwischenmenschlichen und ethischen Wechselwirkungen in einer persönlichen Medizin alleine taugt sie nicht. Sie ist eine ärztliche Entscheidung im besten, im verantwortlichsten Sinne. Ich beobachte immer wieder, dass es gerade jüngeren Ärzten außerordentlich schwer fällt, sich zu dieser Entscheidung durchzuringen, steht doch oft ihr Bild vom Arzt in seiner Funktion als Heiler Maßnahmen entgegen, die den Tod des Patienten nicht aufhalten, ja sogar beschleunigen und als persönliche Niederlage empfinden lassen.

Man sollte in einer solchen Situation die Rolle des Älteren und Erfahrenen, des Chefs, nicht unterschätzen. Gerade von ihm wird hier Kompetenz erwartet, die er aber nicht aus seiner Stellung oder vom Grünen Tisch der Chefetage heraus entwickeln kann, sondern die entsteht, wenn er eingebunden ist in die täglichen Interaktionen im Spannungsfeld der Intensivstation zwischen Kranken, Ärzten und Pflegepersonal. Die Entscheidung kann niemals im Sinne einer demokratischen Abstimmung als Gruppenmeinung vertreten werden, die Verantwortung trägt der Arzt, der Chef oder sein Vertreter. Sie ist nicht teilbar. Gerade hier entwickeln sich in der Öffentlichkeit Ängste, wenn die Intensivstationen als „Stätten der Apparatedizin“ manchmal sogar als „Horrorabstimmung“ dargestellt werden, auf denen zu allem Übermaß auch noch Forschung am Menschen getrieben wird. Gerade hier werden die Vorwürfe laut, dass wir Ärzte sicherlich in unserer Forschung einmal vom kranken Menschen ausgegangen sind, dass wir

uns aber dann zunehmend von ihm entfernt, uns den Krankheiten zugewandt haben, später nur dem „Material“ kranker Menschen als Objekt biochemischer, molekularbiologischer Experimente an Molekülen und genetischen Aberrationen und dabei häufig in einer immer komplexeren Spezialisierung der Technik und einer Einengung der wissenschaftlichen Fragestellung das eigentliche Ziel vergessen haben. Zuweilen, so heißt es, haben wir den ganzen Menschen aus den Augen verloren, der von uns eben mehr verlangt, als nur die molekulare Analyse seiner gestörten Signaltransduktion.

Für eine „persönliche Medizin“

Volker Diehl, unser jetziger Internistenpräsident, erlaubt sich die Frage, ob unser Streben nach Spezialisierung und die Überbetonung der wissenschaftlichen Medizin nicht eine Verdrängungs- und Fluchtreaktion ist, als Ausdruck der eigenen, verarmenden Emotionalität, des Verlustes einer geistig-geistlichen Dimension des Arztes, der Furcht vor den überbordenden Anforderungen des Informations- und Wissensterrors und dem Unbehagen einer immer komplexer werdenden Lebenssituation des Patienten. Es gilt, sich wieder zurückzubedenken auf das künstlerische Element unseres Arztseins. Kunst bedeutet Intuition, Individuation, Phantasie, laterales und kreatives Denken und Widerstand gegen Dogmatismus, Automatismus und Einengung. Die Kunst ist in jedem ihrer Gebilde – auch im kleinsten und unscheinbarsten – immer ganz enthalten. Das heißt übersetzt auf das Arzttum, dass es dem Arzt gelingen muss, trotz seiner klinischen oder wissenschaftlichen Spezialisierung in seinem Werk das Ganze seines Berufes oder die Gesamtheit der Person des Patienten wieder mehr in sich aufzunehmen und zur Geltung zu bringen. Gerade in dieser Endstrecke des Lebens eines Patienten wird deutlich, ob der behandelnde Arzt seinen Auftrag lediglich als korrekte Wieder- und Weitergabe des Wissens unserer Zeit oder aber im alten Sinne als Kunst versteht. Es wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob Universitäten

in der heutigen Zeit noch in der Lage sind, über die Vermittlung des reinen Wissens hinaus die ethisch-moralische Grundlage unseres Faches zu vermitteln. Mit einer zunehmenden Betonung medizinischer Ethik im Lehrplan und mit Ethik-Kursen versucht man, hier Abhilfe zu schaffen. Ich meine, dass das in den letzten Jahrzehnten etwas abhanden gekommene „Meister-Schüler-Verhältnis“ wieder an Bedeutung gewinnen muss.

Vielen scheint es heute eher anti-quiet, das Meister-Schüler-Verhältnis in eine Betrachtung über die Weitergabe von Wertvorstellungen einzubeziehen, und das in einer Zeit, in der der persönliche Bezug eher den Beigeschmack von Günstlingswirtschaft bekommen hat, seinem Abbau selbst vom Staate das Wort geredet und die Erziehung zur Elite von den Gesetzen moderner sozialer Ordnung als überholt empfunden wird. Nie wurde gerade auch die Beziehung des Erziehers zum Erziehenden radikaler in Frage gestellt, ja die Bedeutung überhaupt geleugnet, als das heute der Fall ist. Es ist sicher richtig, dass sich vieles in dem Verhältnis zwischen Lehrendem und Lernendem gewandelt hat; mit der Ausweitung des Wissens und seiner zunehmenden Spezialisierung ist es für den Lehrer heute

einfach unmöglich, dem Lernenden immer voraus zu sein – umso mehr, als die Weitergabe des reinen Wissens nicht durch persönliche Übergabe erfolgt, sondern eine unübersehbare Fülle des geschriebenen Wortes und heute noch dazu die Verbreitung und Zugänglichkeit durch die Massenmedien, das Fernsehen und etwa durch das Internet Informationsvorsprünge ausgleicht.

Der ständige Umgang mit jüngeren Assistenten und Schülern einer Klinik lehrt den Älteren ja sehr schnell, dass er in vielem – insbesondere im Detailwissen – oft überfragt ist, dass der Fluss auch streckenweise in umgekehrter Richtung fließen kann und muss. Dies zu erkennen ist ebenso Aufgabe der älteren Generation der Lehrer, die – und nie war das anders – nur so lange gute Lehrer waren, solange sie sich auch ständig um die eigene Auffüllung ihres Wissens bemühten. Der Schatz des Wissens liegt heute mehr denn je allen offen dar, die Weitergabe des Wissens war zu allen Zeiten Aufgabe der Erziehung. Wissenschaft besteht auch nur zum Teil aus objektiven, gleichsam passiven Erkenntnissen, das Wissen in unserer ärztlichen Aufgabe ist zugleich auch das Können und als solches die Beherrschung unserer Methode. Die Aneignung dieser Methode, ihre

Durchdringung und Aufnahme in eigenes Handeln, das ist es, was allein im lebendigen Umgang von Meister und Schüler erworben werden soll. Es war nie der objektive Umfang des Wissens, es war immer die Methode im weitesten Sinne, also im Denken, Fühlen und Handeln, in dem sich Lehrende und Lernende fanden, in der Gemeinsamkeit von Arbeit und Ziel die Solidarität ihrer Interessen entdeckten und sich im Ideal näherten und berührten. Hier auf der Intensivstation steht im Zentrum aller Entscheidungen der Arzt als Grenzgänger und dies in Verantwortung für den ihm anvertrauten Menschen. Fliehen darf er nicht, er muss standhalten, wenn auch kaum lösbare Fragen und der immer bestehende Zweifel ihn fordern und die eigenen Grenzen offenlegen. Dabei sind natürlich fundierte naturwissenschaftliche Kenntnisse über die Krankheit und ihre Vorhersage und eine optimale Ausbildung im biomedizinisch-technischen Ansatz einer Intensivabteilung wichtigste Voraussetzung für seine Entscheidung. Darüber hinaus aber – und auf der Intensivstation eben ganz besonders – wird er seine ethische Bindung – kurzum seine Person selbst – immer und zu jeder Zeit in sein Urteil und in sein Handeln einzubringen haben.“ •