

Gutachten Nr. 41 vom 16. April 2007 über die Einwilligung nach Aufklärung und „DNR- Kodes“

*Antrag auf Gutachten vom 10. Mai 2004,
von Dr. M. Bogaert, Vorsitzender des Ethikrates
des Sankt-Lukas-Krankenhauses in Gent*

Frage an den Ausschuss

„Wie Sie wahrscheinlich wissen, hat die Landesärztekammer am 27. September 2003 ein Gutachten über die Problematik der NTR-Kodes („nicht reanimieren“) abgegeben.

Darin wird in Anspielung auf das Gesetz über die Patientenrechte behauptet, dass solche Entscheidungen nicht ohne vorherige Zustimmung des aufgeklärten Patienten, seiner Familie oder seines Vertreters getroffen oder ausgeführt werden dürfen.

Die Anästhesieabteilung des Sankt-Lukas-Krankenhauses in Gent hat auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die beim Beherzigen dieses Gutachtens entstehen können. In der Tat weiß nicht jeder, wie er beim Vermeiden von Therapiewut reagieren soll, wenn der Patient oder seine Familie nicht damit einverstanden ist.

Könnte sich der Beratende Ausschuss mit dieser Problematik auseinandersetzen?“

INHALT DES GUTACHTENS

- 1. Die gestellte Frage**
- 2. Semantische Probleme**
- 3. Begriffsbestimmung**
 - 3.1. Historische Entwicklung des Begriffs „Do not resuscitate“ (DNR)
 - 3.2. Definitionen
 - 3.3. Anwendung anhand von Codes
- 4. Der gesetzliche Rahmen**
- 5. Die medizinische Sittenlehre**
- 6. Klinikpraxis**
- 7. Ethische Besprechung**
 - 7.1. Informationen des Patienten oder seiner Angehörigen
 - 7.2. Historische Entwicklung des Begriffs „Do not resuscitate“ (DNR)
 - 7.3. Berufliche Autonomie des Arztes und des Pflegeteams
 - 7.4. Wirtschaftlicher Standpunkt
- 8. Schlussfolgerungen**

1. Die neugefasste Frage

Um die der Ärztekammer unterbreitete Problematik vollständig zu erfassen, hat der Beratende Ausschuss beschlossen, die Frage wie folgt zu formulieren:

„Unter welchen Bedingungen können wir dem Patienten einen Kode zuweisen, der gleichbedeutend ist mit eingeschränkter Behandlung? Welche ethischen Vorsorgemaßnahmen müssen dieser Entscheidung vorausgehen? Und wie können wir aus ethischer Sicht mit den Differenzen umgehen, die diesbezüglich zwischen dem Behandlungsteam einerseits und dem Patienten, seinem gesetzlichen Vertreter, seinem Bevollmächtigten, seiner Vertrauensperson oder seiner Familie andererseits entstehen können?“

Um auf diese Frage eine zufriedenstellende Antwort geben zu können, müssen wir die gesetzlichen, die berufsethischen und schließlich die ethischen Probleme untersuchen, um die es auf den folgenden Seiten geht.

2. Semantische Probleme

Im Verlauf dieses Gutachtens werden häufig unterschiedliche Begriffe benutzt, um auf die Personen hinzuweisen, auf die sich die Ärzte berufen, um ihre Entscheidung zu treffen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, sich selbst auszudrücken:

- den gesetzlichen Vertreter,
- den Vertreter,
- den Bevollmächtigten,
- die Angehörigen.

Der Gesetzgeber hat diese Begriffe nicht eindeutig definiert; ihr Inhalt wird in der medizinischen Praxis unterschiedlich ausgelegt.

Hervorzuheben ist allerdings, dass das Gesetz vom 22. August 2002 über die Patientenrechte verschiedene Rechtsfolgen an die Begriffe Vertrauensperson und Vertreter knüpft; wenn diese beiden Begriffe im Verlauf des Gutachtens verwendet werden, geschieht dies in der eng gefassten Bedeutung, die sie im oben erwähnten Gesetz haben, d.h., dass der Begriff „Vertrauensperson“ im Sterbehilfegesetz noch eine andere Bedeutung hat.

3. Begriffsbeschreibung

3.1. Historische Entwicklung des Begriffs „Do not reanimate“ (DNR)

Dank der Fortschritte im Diagnose- und Behandlungsbereich und der Änderungen in den Lebensgewohnheiten und im soziokulturellen Niveau der Bevölkerung konnte die Lebenserwartung erheblich gesteigert werden. Gleichzeitig sorgte die zunehmende medizinische Betreuung des Individuums für eine Verwischung der traditionellen Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen normal und pathologisch, und allmählich auch zum Wegfall der Entscheidung des Patienten über seinen Tod. Vor dem Zweiten Weltkrieg starben die meisten Patienten zu Hause, umgeben von ihrer Familie. Heute aber sterben 75 % der Bevölkerung in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung¹.

Viele dieser Sterbefälle ereignen sich auf der Intensivstation; teilweise wurde dabei die medizinische Entscheidung getroffen, die Behandlung abubrechen, einzuschränken oder sogar – aber das ist eher die Ausnahme – aktiv in die Beschleunigung des Sterbeprozesses einzugreifen².

Schon sehr früh, in den Jahren 1940 bis 1960, wurde die Ärzteschaft mit Patienten konfrontiert, die nach einer Wiederbelebung ausreichende vitale Funktionen behielten, aber keinerlei Gehirntätigkeit mehr aufwiesen. Bei diesen gehirntoten Patienten oder Patienten in einem dauernden vegetativen Zustand wurde zum erstenmal eine „DNR“-Entscheidung getroffen, und zwar im wortwörtlichen Sinn, nämlich keine Wiederbelebung bei Herz- und Lungenstillstand. Diese Haltung war ethisch akzeptiert, sogar in bestimmten Kreisen, wie aus dem „Discours à des Médecins“ von Papst Pius XII aus dem Jahre 1957³ zu ersehen ist. Diese Haltung bot jedoch keine Lösung für alle Situationen, sodass viele Patienten in permanentem vegetativem Zustand dank schwerer Behandlungen „überlebten“, die für sie selbst sehr unangenehm waren und große seelische Leiden bei ihrer Familie verursachten⁴.

Der Fall Ann Quinlan sollte 1976 für ein Umdenken in diesem Bereich sorgen. Der Oberste Gerichtshof von New Jersey sollte dem Vater dieser

1 Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et la santé (CCNE) avis n°63 du 27 janvier 2000, "Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie"

2 Sprung C.L., Cohen S., Sjøkvist P. et al: "End of life Practices in European Intensive Care Units", *Jama*, 2003, 290, p. 790-797.

3 Pie XII, « Discours à des médecins », am 24. November 1957, in : La Documentation catholique, n°1267, col.1065-1610, auf die La revue générale de droit médical n°17, 2005, auf S. 339 hinweist.

4 1974 erklärte die American Medical Association, Ziel der Herz-Lungen-Wiederbelebung sei es, das plötzliche Eintreten des Todes zu verhindern. Die Herz-Lungen-Wiederbelebung sei bei unheilbaren Krankheiten im Endstadium, bei denen der Tod nicht unverhofft komme, nicht angezeigt.

jungen Patientin, die bereits mehrere Jahre vor sich hin vegetierte, das Recht zugestehen, die Atemmaschine, die sie am „Leben“ hielt, abzuschalten.

Mehrere Staaten aus den USA fällten ähnliche Urteile. Im selben Jahr 1976 veröffentlichte das Massachusetts General Hospital im New England Journal of Medicine einen Artikel mit der Überschrift „Optimum care for hopelessly ill patients“⁵. In diesem Artikel wurde empfohlen, die Patienten in vier Kategorien einzuteilen: Diese Einteilung entspricht weitestgehend der heute auf Intensivstationen üblichen Einteilung. Die Patienten der Kategorie A wurden uneingeschränkt behandelt und diagnostiziert; die Patienten der Kategorie B erhielten dieselbe uneingeschränkte Behandlung, wurden aber wegen einer ziemlich düsteren Prognose täglich eingeschätzt; bei den Patienten der Kategorie C wurde gegebenenfalls auf eine Herz-Lungen-Wiederbelebung und auf weitere schwere Behandlungen verzichtet; bei den Patienten der Kategorie D schließlich beschränkte man sich auf eine schmerzlindernde Behandlung.

Der Umgang mit Patienten in unwiderruflichem Koma hat sich durch die Definition des Gehirntods und die etwaige Nutzung dieser Patienten als Organspender weiter geändert.

Die Entwicklung der Reanimationstechnik und der Intensivpflege zeigte allmählich, dass die vom Massachusetts General Hospital empfohlene rein passive Haltung keine Antwort auf alle Situationen bot. Um das Ableben eines Patienten in aussichtsloser Situation, der alle therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft hat, nicht unnötig zu verzögern, schien es erforderlich, auf alle schweren Therapieeinsätze und auf die Behandlung der Ursachen zu verzichten (withholding), die Unterstützung lebensnotwendiger Funktionen abubrechen (withdrawing) oder sogar die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit einzustellen. Auch wenn sich die Fachliteratur über den ethischen Charakter der Tatsache einig ist, dass auf Diagnose- und Behandlungstechniken verzichtet wird, die dem Patienten in puncto Überleben und Komfort nichts mehr bringen, wird weiter heftig diskutiert über den Abbruch sinnlos gewordener Behandlungen. Um zu verhindern, dass solche Maßnahmen Schmerzen, Komfortbeeinträchtigungen oder Angstgefühle beim Patienten verursachen, ist es übrigens manchmal angebracht, ihm Schmerzmittel in hohen Dosierungen zu verabreichen, die nicht nur schmerzstillend wirken, sondern auch den Tod beschleunigen können. Das Einstellen der Flüssigkeits- und

5 The Society of Critical Committee of the Massachusetts General Hospital, « Optimum Care for hopelessly ill patients », in: New England Journal of Medicine, 1976, 295, 362-364.

Nahrungsverabreichung dient eindeutig der Beschleunigung des Sterbeprozesses.

„DNR“-Prokoll gab es lange Zeit nur auf den Intensivstationen und – neuerdings – in den damit vergleichbaren Neugeborenenabteilungen, wengleich sich hier wegen der besonderen Gefühlskonstellation und der Tatsache, dass sich der betreffende Patient nicht äußern kann, besondere Probleme stellen. Diese Protokolle gibt es mittlerweile auch in herkömmlichen Abteilungen, zum Beispiel in der Geriatrie, in Altenheimen und Pflegeheimen – besonders in solchen mit demenzkranken Patienten –, in der Onkologie und in der Neurologie. Ihre Anwendung wirft neue Fragen auf. Die Patienten in solchen Abteilungen, für die diese Protokolle gelten, leiden zwar an unheilbaren Krankheiten, für die es entweder keine wirksamen Therapien gibt oder für die die verfügbaren Mittel ausgeschöpft sind. Sie befinden sich aber nicht alle in der Endphase ihres Lebens. Der Todeszeitpunkt kann nicht in Tagen, manchmal sogar nicht in Wochen oder Monaten vorhergesagt werden. Die Haltung des Patienten, seines Umfeldes und letztendlich des Arztes beruht dann hauptsächlich auf der Einschätzung der Lebensqualität und der therapeutischen Mittel, die eingesetzt werden müssen. Diese Anhaltspunkte sind noch subjektiver als die Vorhersage des geschätzten Todeszeitpunktes und münden in die Debatte über die Begriffe „sinnlose Behandlung“ und „Therapiewut“, die sich daraus ergeben.

3.2. Definitionen

Der technische Fortschritt in der Medizin eröffnet immer neue Behandlungsmöglichkeiten, die das Leben des Patienten verlängern können. Der Abbruch der Behandlung oder der Verzicht auf eine solche ist angebracht, wenn wissenschaftlich feststeht, dass keine Aussicht auf eine merkliche Verbesserung des Gesundheitszustandes oder des Komforts des Patienten besteht. Die Behandlung hat für den Patienten keinen therapeutischen Nutzen oder Vorteil mehr, trägt nicht zum Erhalt oder zur Verbesserung seiner Lebensqualität bei und ermöglicht ihm kein würdevolleres Sterben.

Der unterschiedliche Wortschatz in den einzelnen Sprachen verdeutlicht verschiedene Aspekte ein und desselben Begriffs:

- im Niederländischen: „therapeutische verbetenheid“;
- im Französischen: Im französischsprachigen Landesteil von Belgien ist oft von „acharnement thérapeutique“ die Rede, während die Franzosen den Begriff „obstination déraisonnable“

verwenden; die französische Gesetzgebung hat diese Begriffe unlängst bestätigt.

- im Englischen: „futile treatment“ or „non-beneficial treatment“.

Die Fachliteratur hat schon oft versucht, den Begriff „Therapiewut“ zu definieren. Nach dem Schweizer Wörterbuch für Sozialpolitik besteht das „acharnement thérapeutique“ zum Beispiel darin, „alle verfügbaren medizinischen Mittel zu nutzen, um einen Kranken am Leben zu erhalten, unabhängig von seinem Zustand“; es fügt hinzu: „Das Konzept hat eine qualitative Dimension erhalten, weil dieser Terminus für Behandlungen verwendet wird, die das Leben eines Kranken verlängern, bei dem die Lebensqualität sehr mittelmäßig zu sein scheint; mit anderen Worten für sinnlose Behandlungen. Zwei grundsätzliche Konzepte spielen bei der Definition der Sinnlosigkeit eine Rolle: die ausbleibende Wirkung, d.h. die qualitative Sinnlosigkeit, und der fehlende Nutzen, d.h. die quantitative Sinnlosigkeit. Die Wirkung wird an der Reaktion eines Organs auf die Anwendung einer Behandlung gemessen, zum Beispiel die Unterbindung einer Infektion durch ein Antibiotikum. Die Wahrscheinlichkeit, dass die erwartete Wirkung erzielt wird, beruht auf wissenschaftlichen Untersuchungen. Der Nutzen ist schwieriger zu beurteilen, weil hier eine doppelte Subjektivität mitspielt: eine individuelle, nämlich die des Kranken, seiner Familie und der Ärzteschaft, und eine kollektive, nämlich der soziale und kulturelle, ja sogar der wirtschaftliche Aspekt.

Kurz zusammengefasst: Die Therapiewut ist ein komplexes Konzept, das durch die große Bandbreite der medizinischen Praxis entstanden ist, bei der es oft schwierig ist, einen Konsens zu erzielen“⁶. Das Gutachten Nr. 1996.1 der „Commission consultative nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé“ (Nationaler ethischer Beratungsausschuss für wissenschaftliche Lebens- und Gesundheitsfragen“) des Großherzogtums Luxemburg⁷ weist darauf hin, dass die Erklärung von Venedig der World Medical Association aus dem Jahre 1983 bezüglich der Endphase des Lebens Therapiewut als „außerordentliche Behandlung, von der keinerlei Vorteil für den Kranken zu erwarten ist“ definiert. Das Gutachten betont den Begriff „acharnement“, was nach dem „Dictionnaire de la langue française“ von Robert soviel bedeutet wie: „ardeur furieuse et opiniâtre dans la lutte, la poursuite, l'effort“ und zitiert Y. Kenis⁸, für den der betreffende Ausdruck verweist auf „die Haltung der Ärzte, die systematisch alle

⁶ Der Artikel stammt von André Laszlo und verweist auf andere Werke.

⁷ Centre universitaire de Luxembourg, 1996

⁸ in: Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique, v° „Acharnement thérapeutique“ Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, De Boeck Université, Bruxelles, 2001.

möglichen Mittel verwenden, um jemanden am Leben zu erhalten“ insbesondere „den Einsatz intensiver [...] Mittel mit dem Ziel, das Leben [...] im Endstadium zu verlängern“. Laut „Dictionnaire permanent de bioéthique“⁹ „ist es eine Haltung, die darin besteht, eine schwere Therapie mit dem Ziel fortzusetzen zu genesen, obwohl keine wirkliche Hoffnung auf Besserung des Zustandes des Kranken besteht, mit dem Ergebnis, dass das Leben einfach verlängert wird“. Nachdem Mylène Baum diese Definition ins Gedächtnis gerufen hat, merkt sie an, dass das „Wort Verbissenheit“ an sich schon eine gewisse Form von Gewalt gegenüber dem Patienten ausdrückt“ und dass „Therapiewut“ ein negativ gefärbter Begriff ist, mit dem etwas angeprangert wird, was immer mehr als Medizintechnik empfunden wird, bei der das abstrakte Empfinden des Wertes des Lebens an sich Vorrang hat vor den Interessen des Patienten selbst und vor dessen persönlicher Auffassung eines guten Lebens“¹⁰. Andere Autoren, angelsächsische zum Beispiel, geben ähnliche Definitionen für besagten Ausdruck.

Der Beratende Bioethik-Ausschuss Belgiens schließt sich diesen Überlegungen an und stellt fest, dass in medizinischen Kreisen allgemein zugegeben wird, dass solche Behandlungsformen nicht angezeigt sind¹¹, merkt jedoch einerseits an, dass die Grenze zwischen sinnvoller und sinnloser Behandlung schwankt, weil sie sich mit der Zeit durch den Fortschritt der Medizin verschiebt; andererseits zeige die Praxis, dass ein Ärzteteam, das einen bestimmten Patienten zu behandeln habe, der sehr ernste Symptome aufweise, oft der Meinung sei, es müsse alles Mögliche tun – und nicht nur das, was vernünftig sei.

Ferner ist der Beratende Ausschuss der Auffassung, dass sich der Begriff „Therapiewut“ nicht auf die eigentlichen Pflegehandlungen beschränkt, sondern auch bei den invasiven Diagnosen festzustellen ist. Der Ausdruck darf in folgenden Situationen allerdings nicht verwendet werden:

- bei diagnostischen Behandlungen und Eingriffen, solange die Prognose nicht feststeht;
- bei diagnostischen Behandlungen und etwaigen Eingriffen, die für die Palliativpflege des Patienten erforderlich sind;

9 Rapport sur les sciences de la vie et les droits de l'homme, Office parlementaire d'évolution des choix scientifiques. fasc. N° 7

10 « Acharnement thérapeutique », März 1998, Text erhältlich unter: http://www.md.ucl.ac.be/ebim/scientif/Recherche/FinVie/MB_Euth1.htm.

11 Das Medical Ethics Manual der „Association médicale mondiale“ führt zum Beispiel aus, dass “the physician has no obligation to offer a patient futile or nonbeneficial treatment” (2005, p. 48), und der neue Artikel 97 des Berufsethos der belgischen Ärzte, den die Landesärztekammer am 18. März 2006 verabschiedet hat, besagt in Absatz 2:

“Therapeutische Verbissenheit ist zu vermeiden.” (Bulletin der Landesärztekammer, Nr. 112, Juni 2006)

- bei Wiederbelebungen im Hinblick auf die Entnahme von Organen zwecks Transplantation.

Die „medizinische Nutzlosigkeit“ oder „Aussichtslosigkeit“ der Behandlung ist ein Kernaspekt des Begriffs „Therapiewut“. Aus medizinischer Sicht wird das Fehlen eines therapeutischen Nutzens oder Gesundheitsvorteils für den Patienten hervorgehoben, was mit möglichst vielen wissenschaftlichen Daten untermauert wird. Eine Behandlung gilt als „nutzlos“, wenn die Chance auf die erwünschte Wirkung minimal bis inexistent geworden ist.

Die Wahrscheinlichkeit einer positiven Wirkung muss so niedrig sein, dass eine Behandlung nicht zu verantworten ist. Ein Problem, das dabei auftaucht, ist das Festlegen eines Schwellenwertes. Wie klein muss die Chance auf eine positive Wirkung sein: 1 zu 1000, 1 zu 100 oder 1 zu 10? In der Praxis ist es außerdem oft sehr schwierig, in einer konkreten Situation die objektive Chance auf Erfolg einer bestimmten Behandlung verlässlich einzuschätzen. Sowohl innerhalb als außerhalb der Behandlungsteams kann es daher zu unterschiedlichen Bewertungen kommen, wenn die wissenschaftliche „objektive“ Wahrscheinlichkeit auf einen konkreten Fall angewendet werden muss. Auch zwischen dem Ärzteteam und dem Patienten oder seiner Familie sind Meinungsverschiedenheiten nicht ausgeschlossen, wenn es darum geht zu entscheiden, ob eine bestimmte Behandlung medizinisch nutzlos ist oder nicht.

Es gilt zu unterscheiden zwischen einer „medizinisch nutzlosen“ und einer „sinnlosen“ Behandlung. Obschon die Begriffe „Nutzlosigkeit“ und „Sinnlosigkeit“ einer Behandlung oft durcheinander gebraucht werden, hält der Beratende Ausschuss es für angebracht, diese beiden Begriffe voneinander zu unterscheiden. Der Sinn oder die Sinnlosigkeit einer Behandlung hat mehr mit der Perspektive des Patienten und mit seinen Wertvorstellungen zu tun. Es liegt an ihm oder an seinem gesetzlichen Vertreter zu bestimmen, ob eine Behandlung sinnvoll ist oder nicht und zu einer besseren oder akzeptablen Lebensqualität beiträgt. In diesem Gutachten wird näher auf die Situationen eingegangen, in denen die Perspektive der Behandlungsperson nicht mit der des Patienten oder seines Vertreters übereinstimmt.

Der Begriff „Therapiewut“ verweist auch auf die Unverhältnismäßigkeit zwischen den eingesetzten Mitteln und Kosten und dem Ergebnis: Das Leben wird ohne Qualitätsvorteil für den Patienten verlängert, und der Tod wird nur durch den Einsatz unverhältnismäßig teurer

Behandlungsmethoden, die dem Patienten bestenfalls noch einen sehr begrenzten Vorteil bringen, hinausgezögert.

Bei der Behandlung von Patienten im Endstadium ist ein Unterschied zu machen zwischen einer nutzlosen Behandlung und einem unverhältnismäßigen Einsatz von Mitteln. Letzterer hat möglicherweise noch einen begrenzten Vorteil für den Patienten, aber dieser Vorteil kann die Nachteile nicht aufwiegen, die im vorgegebenen medizinischen Kontext weiterhin überwiegen.

3.3. Anwendung anhand von Kodes

Die meisten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben nach interner interdisziplinärer Beratung „Kodes“ ausgearbeitet, um den Abbruch einer medizinisch nutzlosen Behandlung oder den Verzicht auf eine solche zu regeln und somit „Therapiewut“ zu verhindern. Diese Kodes zur Therapiebegrenzung werden oft als „DNR“ (do not resuscitate) bezeichnet. Sie werden in sehr unterschiedlichen Pflegebereichen verwendet, wo sie nicht immer die gleiche Bedeutung haben, hauptsächlich jedoch auf Intensivstationen, in Neugeborenenabteilungen, in psychogeriatrischen Abteilungen und Reha-Abteilungen, in onkologischen Abteilungen, in der Palliativpflege sowie in Alten- und Pflegeheimen. Sowohl bewusste als bewusstlose Patienten, die das Endstadium ihrer Krankheit erreicht haben oder kurz davorstehen, kommen theoretisch für „DNR“ in Betracht. Die Anwendung dieser Kodes bedeutet keineswegs, dass die Komfortpflege abgebrochen wird; sie muss im Gegenteil fortgesetzt oder sogar verstärkt werden.

Zeugen aus verschiedenen Pflegebereichen haben ihre klinische Praxis hinsichtlich der Anwendung von „DNR“-Kodes (siehe Punkt 5) erläutert. Die verwendete Terminologie ist zwar unterschiedlich und deckt nicht immer denselben Sachverhalt, aber inhaltlich geht es immer um eine – meistens schrittweise – Therapiebegrenzung. Die Entscheidung wird auf einem Standardformular notiert und in der Patientenakte aufbewahrt. Die allmähliche Begrenzung kann wie folgt aussehen¹²:

- **Kode 0:** keine Therapiebegrenzung
Durch die Verwendung des Kodes 0 „keine Therapiebegrenzung“ kann der ethische Überlegungsprozess sehr früh gestartet werden, noch bevor von einer Therapiebegrenzung die Rede ist.¹³

¹² Vorbehaltlich lokaler Besonderheiten, u.a. in den Alten- und Pflegeheimen.

¹³ (u.a.) im Gutachten der Ad-hoc-Arbeitsgruppe « Ethik » der Föderalen Expertenplattform, die in Anwendung des Protokolls vom 24. Mai 2004 über „Die Pflegepolitik für Patienten mit einem

- **Kode 1:** „nicht wiederbeleben“
- **Kode 2:** „Therapie nicht erweitern“, mit ausdrücklicher Angabe der Therapien, die nicht gestartet werden dürfen (keine Therapiesteigerung mehr)
- **Kode 3:** „Therapie abbauen“, wieder mit ausdrücklicher Angabe der Behandlungen, die abzubrechen sind.

Der Therapieabbau ist besonders heikel, weil der Sterbeprozess des Patienten dadurch beschleunigt werden kann, besonders dann, wenn der Patient „ruhiggestellt“ wird, um seinen Komfort zu erhöhen. Dieselbe Einschränkung gilt natürlich auch für den Einsatz von Diagnosemitteln, die nicht mehr angezeigt sind, es sei denn, sie verbessern den Komfort des Patienten.

Das Standardformular gibt den behandelnden Arzt, das Datum und die Uhrzeit der Entscheidung an, informiert, inwiefern der Patient, die Angehörigen und der Hausarzt auf dem Laufenden gehalten wurden und sieht eine sofortige Möglichkeit für die Anwendung der bestehenden „DNR“-Maßnahme vor. „DNR“-Kodes werden in der Praxis von Ärzten in Absprache mit dem Behandlungsteam beschlossen und folgen grundsätzlich der medizinischen Gesundheitslogik.

Hier einige Begriffe und Ankürzungen, die nicht notwendigerweise gleichbedeutend sind:

DNR	Do Not Reanimate, Do Not Resuscitate
NTBR	Not To Be Reanimated
NTR	Niet Te Reanimeren
PME	Pas Moyens Extraordinaires
ACP	Advanced Care Planning
NCPR	No Cardiopulmonary Resuscitation
AND	Allowed Natural Death
NTBIT	Not to Be Intensively Treated
BPC	Best Palliative Care

Das „DNR“-Formular verfolgt mehrere Ziele:

- Es sorgt für die Einhaltung der Willensäußerung des Patienten.
- Es verhindert Therapiewut.

nichtangeborenen Gehirnschaden, insbesondere für Patienten in einem vegetativen oder minimal ansprechbaren Zustand“, Version vom 29. Juni 2006, S. 15, eingesetzt worden ist.

- Es trägt bei Patienten im Endstadium und Patienten in aussichtsloser Situation zu einem menschenwürdigen Sterbeprozess bei.
- Es richtet die Pflege so ein, wie die Patienten ihr Lebensende sehen.
- Es informiert das Pflegepersonal, das außerhalb der normalen Arbeitszeiten arbeitet, über die vereinbarten Pflegemaßnahmen, an die es sich zu halten hat.
- Es schafft Deutlichkeit innerhalb des Teams über die vereinbarten Pflegemaßnahmen.

4. Der gesetzliche Rahmen

Wir möchten keine vergleichende Rechtsstudie¹⁴ anstellen; es scheint uns aber nützlich, auf die Arbeit des Europarates hinzuweisen. In Paragraph 49 des Berichts des Ausschusses für Soziales, Gesundheitsfragen und Familienangelegenheiten vom 21. Mai 1999 an die Parlamentarische Versammlung des Europarates ist zu lesen:

„Die Wünsche hinsichtlich einer bestimmten Behandlung sind jedoch vom Standpunkt ihrer medizinischen Begründetheit zu beurteilen, da der Patient nicht vom Arzt erwarten kann, dass er eine Behandlung ansetzt, die nicht im Einklang mit den Normen seines Berufs stehen. Ein Patient kann den Arzt nicht zwingen, eine Behandlung einzuleiten, die unvereinbar mit der Medizinwissenschaft oder mit dem Ethos des Arztberufes ist. Ein Arzt, der aus beruflichen Gründen davon überzeugt ist, dass er gegen den schriftlichen Wunsch eines Patienten handeln muss, muss eine schriftliche Erklärung abgeben, die seine Entscheidung gegenüber dem Patienten, seinem Arzt und/oder seiner Familie verdeutlicht“,

und Paragraph 28 erinnert daran, dass mit einem medizinischen Eingriff bezweckt wird, die Krankheit zu heilen und den Schmerz zu lindern – und nicht, das Leben um jeden Preis zu verlängern“¹⁵. Im Anschluss an diesen Bericht hat die Parlamentarische Versammlung am 25. Juni 1999 die Empfehlung Nr. 1418 (1999) über die Rechte des Menschen und die

¹⁴ Denn eine solche Studie würde zwangsläufig unvollständig sein. Wir begnügen uns damit, zum Beispiel für Frankreich auf das Gesetz Nr. 2005-370 vom 22. April 2005 über die „droits des malades et à la fin de la vie et modifiant le code de la santé publique“ und auf das Dekret Nr. 2006-119 vom 6. Februar 2006 über die « directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 » zu verweisen.

¹⁵ Doc. 8421, 21 mai 1999 - Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants - Rapport - Commission des questions sociales, de la santé et de la famille.

Würde unheilbar Kranker und Sterbender verabschiedet, die in Paragraph 7, Buchstabe iii, hinweist auf „die künstliche Verlängerung des Sterbeprozesses, sei es durch die Anwendung medizinischer Mittel, die nicht im Verhältnis zum Zustand des Patienten stehen, sei es durch die Fortsetzung der Behandlung ohne seine Zustimmung“, und in Paragraph 8 die Mitgliedstaaten auffordert, „in ihre Rechtsordnung Bestimmungen aufzunehmen, die unheilbar Kranken und Sterbenden den nötigen Rechts- und Sozialschutz sichern gegen die spezifischen Gefahren und Sorgen, mit denen sie im Rahmen dieses Rechts konfrontiert werden können, insbesondere gegen: [...] ii; das Risiko, dass ihr Dasein gegen ihren Willen verlängert wird; [...] v. das Risiko, dass künstliche Überlebensmittel aus Gründen wirtschaftlicher Art eingeschränkt werden“¹⁶.

In Belgien passt das Gesetz vom 22. August 2002 über die Patientenrechte somit zur allgemeinen Entwicklung in Europa.

Vor Inkrafttreten dieses Gesetzes vom 22. August 2002 über die Patientenrechte war die Entscheidung, einem Patienten mit sehr schweren Symptomen die Pflege zu entziehen, eine Entscheidung, die der Arzt nach Artikel 422bis des Strafgesetzbuches zu treffen hatte:

„Wer es unterlässt, jemandem, der in großer Gefahr ist, zu helfen oder Hilfe zu verschaffen, sei es, dass er dessen Zustand selbst festgestellt hat, sei es, dass dessen Zustand ihm von den Personen beschrieben worden ist, die ihn um Hilfe bitten“, wird mit einer Gefängnisstrafe zwischen acht Tagen und einem Jahr und mit einer Geldstrafe zwischen fünfzig und fünfhundert €, oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Was ist in dieser Bestimmung unter „Hilfe“ zu verstehen? Die Rechtsprechung und die Rechtslehre haben diesbezüglich oft deutlich gemacht, dass die Hilfe selbst dann geschuldet ist, wenn sie nicht wirksam ist¹⁷. In diesem Sinne hat der Appellationshof in Brüssel am 14. Mai 1974¹⁸ entschieden, „[eigene Übersetzung] dass alle gesetzlichen Voraussetzungen des Tatbestandes selbst dann erfüllt sind, wenn bewiesen würde, dass die dem Kranken angebotene Hilfe wirkungslos

¹⁶ Empfehlung Nr. 1418 (1999), Amtsblatt des Europarates, Juni 1999.

¹⁷ Z.B. Philippe Quarré und Pierre Lambeau, „Homicides et lésions corporelles involontaires“, in : *Novelles, Droit pénal*, t. IV, Nr. 6940: «[eigene Übersetzung] Der Straftatbestand ist auch dann gegeben, wenn das Ausmaß der Verletzungen so groß ist, dass es medizinisch gesehen nicht mehr möglich war, das Eintreten des Todes zu verhindern. Es ist auch unerheblich, ob die Überlebensdauer kürzer oder länger ist. Es genügt, „dass ein Eingreifen vernünftigerweise nützlich scheint oder scheinen muss, sei es, um sich der Unmöglichkeit zu vergewissern, nützliche Hilfe zu leisten.» (Brüssel, 20. April 1966, Pas. 1967, II, 77)

¹⁸ J.T. 1975, 191

gewesen wäre, weil die Diagnose unsicher war und der Krankheitsverlauf bereits unumkehrbar war“¹⁹.

Wenn wir Artikel 422bis des Strafgesetzbuches wörtlich nehmen, scheint ein Arzt, der selbst mit Zustimmung seines Patienten oder dessen Familie²⁰ beschließt, nicht wiederzubeleben, somit ein Straftat zu begehen; dies gilt um so mehr, wenn die Entscheidung noch vor dem Herzstillstand getroffen wurde.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Patientenrechte sieht die Situation vollkommen anders aus: Artikel 5 dieses Gesetzes besagt:

„Der Patient hat unter Wahrung seiner menschlichen Würde und seiner Selbstbestimmung und ohne irgendeinen Unterschied aus welchem Grund auch immer dem Berufspraktiker gegenüber Anrecht auf eine qualitativ hochwertige Dienstleistung, die seinen Bedürfnissen entspricht.“

In seinem Kommentar zu diesem Artikel weist Yves-Henri Leleu²¹ darauf hin, dass dieser Artikel im Zusammenhang mit Artikel 8 § 4 desselben Gesetzes zu lesen ist, der besagt: „Der Patient hat das Recht, die in § 1 erwähnte Zustimmung zu einem Eingreifen zu verweigern oder zurückzuziehen“. Yves-Henri Leleu unterstreicht, dass [eigene Übersetzung] diese Bestimmung umfassend ist und für jede Intervention gilt, der sich der Patient nicht unterziehen möchte, selbst wenn die Intervention lebenswichtig ist“ und dass sie „somit Vorrang hat vor der gesetzlichen (und berufsethischen) Pflicht des Arztes hat, ihm Beistand zu leisten (Art. 422bis, Strafgesetzbuch)“²², aber er nuanciert sofort diese Schlussfolgerung: „Durch diese Verweigerung oder Rücknahme der Zustimmung verfällt laut Gesetz dem Berufspraktiker gegenüber aber nicht das Anrecht auf eine qualitativ hochwertige Dienstleistung, wie sie Artikel 5 vorsieht. Die rechtlichen Beziehungen zwischen dem Berufspraktiker und dem Patienten erlöschen übrigens nicht automatisch unter diesen Umständen, und der Berufspraktiker kann sie genauso wenig von Amts wegen beenden und den Patienten seinem Schicksal

¹⁹ Es ging um einen Bereitschaftsarzt, der nicht auf einen Anruf der Eltern eines kranken Kindes reagiert hatte, die ihn morgens um 6 Uhr dringend gebeten hatten, unverzüglich zu kommen; er hatte versprochen, im Laufe des Nachmittags vorbeizukommen, aber das Kind war vor seinem Eintreffen gestorben.

²⁰ In der Regel hebt die Zustimmung des Opfers den Straftatbestand nicht auf.

²¹ Yves-Henri Leleu, 'La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient', J.T. 2003, S. 649 ff., Nr. 13

²² Yves-Henri Leleu, op. cit., Nr. 30

überlassen. Das impliziert in concreto einerseits, dass der Berufspraktiker verpflichtet ist, dem Patienten eine andere Lösung oder die Verlegung in eine andere Pflegeeinrichtung vorzuschlagen, und dass andererseits die erforderliche hygienische Pflege fortzusetzen ist“²³.

Zu diesem Kommentar ist allerdings anzumerken, dass er nicht den Fall des Patienten berücksichtigt, der sich nicht dazu geäußert hat, ob er wiederbelebt werden möchte oder nicht.

Die parlamentarische Vorarbeit zum Gesetz ist etwas deutlicher: Im Kommentar zu Artikel 8 § 1 Absatz 1 steht nämlich in der Begründung Folgendes über den Begriff „Intervention“: „Nehmen wir an, ein Berufspraktiker wolle eine laufende Behandlung abbrechen. Ohne Zustimmung des Patienten geht das nicht, es sei denn, diese Behandlung hat für den Patienten überhaupt keinen Sinn mehr.“²⁴ Während der Ausschusssitzungen hat die Ministerin oft etwas betont, was ein Schwerpunkt des Gesetzes zu sein scheint: Der Wille des Patienten hat Vorrang vor dem Willen des Berufspraktikers. Zu Artikel 8 § 4 Absatz 4²⁵ hat die Ministerin als Antwort auf die Frage eines Abgeordneten, der einen Änderungsantrag eingebracht hatte, betont, dass der deutlich geäußerte Wille, sich einer Behandlung nicht zu unterziehen, absolut respektiert werden müsse, wobei sie das Beispiel einer Frau nannte, „die beschlossen hatte, ihr Leben zu beenden, und eine Botschaft hinterlassen hatte, in der sie ausdrücklich darum bat, nicht wiederbelebt zu werden, falls ihr Versuch scheitere“²⁶; auf die Frage eines anderen Abgeordneten, der über diese Antwort schockiert war und anmerkte, „dass das Recht des Patienten, seine Zustimmung zu einer bestimmten Intervention zu verweigern, mit der Pflicht des Arztes kollidiere, die erforderliche Pflege zu leisten. Entbindet die Weigerung des Patienten den Arzt von seiner Verpflichtung?“, konterte die Ministerin, der Text „[gebe] dem Patienten auch das Recht, jede Intervention zu verweigern, der er sich nach Ehre und Gewissen nicht unterziehen lassen könne“²⁷. Zu Artikel 5 sagte sie weiter: „Somit behält der Arzt seine therapeutische Freiheit: Er kann beschließen, eine medizinische Behandlung, die er für

²³ Ibidem, Nr. 31

²⁴ Parl.Dok., Kammer, 2002, DOC 50-1642/001, S. 24 ; diesen Aspekt haben wir unterstrichen. Der Kommentar zu Paragraph 4 Absatz 1 (S. 27 derselben Begründung) wiederholt diesen Hinweis nicht, sondern drückt sich mit den Worten von Yves-Henri Leleu aus.

²⁵ Dieser Absatz sieht die Möglichkeit für den Patienten vor, seinen Willen in einem schriftlichen Dokument kundzutun, das er aufgesetzt hat, „als er noch in der Lage war, die in diesem Gesetz verankerten Rechte auszuüben“; dieser Wille, der übrigens widerrufen werden kann, wird also vorab für den Fall ausgedrückt, dass der Patient zum gegebenen Zeitpunkt nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern; dieselbe Überlegung ist a fortiori anzustellen, wenn der Patient seinen Willen wohl äußert.

²⁶ Parl.Dok., Kammer, 2002, DOC 50-1642/012, Ausschussbericht, S. 80.

²⁷ Ibidem, S. 81.

nutzlos hält, nicht fortzusetzen. Der Patient kann sich dann an einen anderen Berufspraktiker wenden“^{28?}

Aus dieser Analyse können wir schlussfolgern, dass sich aus dem Gesetz über die Patientenrechte und aus den Vorarbeiten zur Verabschiedung dieses Gesetzes Folgendes ergibt:

1. Ein Patient hat das Recht, jede Pflege zu verweigern: Diese Entscheidung ist gesetzlich bindend für den Arzt.
2. Ein Arzt hat das Recht, eine Behandlung, die er für nutzlos hält, nicht fortzusetzen - was dem Arzt die Möglichkeit gibt, dem Patienten einen „DNR“-Kode zuzuweisen -, aber dass er dazu die Zustimmung des Patienten oder seines Vertreters erhalten muss. Falls er diese Zustimmung nicht erhält, stellt sich ein gesetzliches Problem. Über die zweite Schlussfolgerung herrscht keine Einstimmigkeit. Nach Auffassung einiger Mitglieder geht aus der parlamentarischen Vorarbeit, die auf S. 12, Zeilen 11-12, zitiert wird, hervor, dass keinerlei Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, um einen „DNR“-Kode zu vergeben. Einige Mitglieder hingegen meinen, eine Konzertierung mit dem Patienten oder mit dessen gesetzlichen Vertreter sei erforderlich.

5. Das ärztliche Berufsethos

Das von der Landesärztekammer verabschiedete Berufsethos²⁹ enthält fünf Bestimmungen, die sich auf unser Thema beziehen:

Artikel 29 Absatz 2:

„Wenn der Kranke eine vorgeschlagene Untersuchung oder Behandlung verweigert, darf der Arzt unter den Voraussetzungen nach Artikel 28 Absatz 2 von seinem Auftrag absehen“³⁰

Artikel 33;

„Der Arzt teilt dem Patienten die Diagnose und die Prognose rechtzeitig mit; dies gilt auch für eine schlimme und sogar für eine aussichtslose Prognose. Bei dem Gespräch berücksichtigt der Arzt, ob der Patient fähig ist, die Information zu verkraften, und inwieweit er informiert werden möchte.

²⁸ Ibidem, S. 64.

²⁹ Es handelt sich um die am 18. März 2006 aktualisierte Ausgabe.

³⁰ Das heißt « unter der Bedingung, dass er den Patienten oder die Angehörigen darüber informiert, die Fortsetzung der Pflege gewährleistet und dem Arzt, der seine Aufgabe übernimmt, alle nützlichen Informationen erteilt”.

Der Arzt sichert dem Patienten auf jeden Fall später eine angemessene Behandlung und Betreuung zu. Er bezieht die Angehörigen ein, es sei denn, der Patient ist damit nicht einverstanden. Er kontaktiert auf Ersuchen des Patienten die von ihm bezeichneten Personen.“

Artikel 95

„Im Zusammenhang mit Artikel 33 informiert der behandelnde Arzt den Patienten rechtzeitig über dessen nahendes Lebensende und den Beistand, der ihm dabei geleistet werden kann. Dabei berücksichtigt der Arzt den klinischen Zustand des Patienten, sein Stehvermögen, seine philosophische und religiöse Anschauung sowie das Maß, in dem er informiert werden möchte. Bei jeder Frage über das Lebensende erläutert der Arzt, welche Initiativen jede Person ergreifen kann, zum Beispiel die Benennung eines Vertreters und die Abfassung einer Verweigerung der Zustimmung zu einer bestimmten Intervention oder einer Euthanasieabsichtserklärung. Der Arzt weist seinen Patienten darauf hin, dass er immer Anrecht auf Palliativpflege hat. Der Arzt informiert den Patienten rechtzeitig und deutlich über den medizinischen Beistand, den er bereit ist, ihm beim herannahenden Lebensende zu geben. Der Patient muss über die nötige Zeit verfügen, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Der behandelnde Arzt und der Patient einigen sich über die zu informierenden Personen und über die ihnen zu erteilenden Informationen.“

Artikel 96

„Der Arzt hat für jeden Eingriff beim nahenden Lebensende die Zustimmung des Patienten einzuholen. Er hat dafür zu sorgen, dass diese in Kenntnis der Sachlage, frei und unabhängig gegeben wird. Wenn der Arzt meint, dass ein Patient nicht in der Lage ist zuzustimmen, wendet er sich an den gesetzlichen Vertreter. Der behandelnde Arzt beteiligt den minderjährigen Patienten an den Entscheidungen über das Lebensende je nach dessen Alter und Reife und je nach Art des geplanten Eingriffs. Es ist angebracht, die Meinung eines Kollegen und die des Behandlungstrams einzuholen.“

Artikel 97

„Zusätzlich zur Informationspflicht und zur Pflicht, die Zustimmung einzuholen, steht der Arzt seinem Patienten beim herannahenden Lebensende medizinisch und moralisch bei.“

Wenn der Arzt keine ausreichenden Kenntnisse über den Beistand am herannahenden Lebensende besitzt, holt er die erforderlichen Meinungen ein und/oder sucht Rat bei einem kompetenten Kollegen. Therapiewut ist zu vermeiden.

Der Arzt hilft dem Patienten beim Abfassen und Aufbewahren der Erklärungen, von denen in Artikel 95 Absatz 2 die Rede ist.

Der Arzt hält sich an die gegenüber dem Patienten eingegangenen Verpflichtungen.

Der Arzt hat bei der Anwendung der Bestimmungen dieses Kapitels des ärztlichen Berufsethos dafür zu sorgen, dass die gesetzlichen Bestimmungen sowohl von ihm selbst als vom Patienten eingehalten werden.“

All diese Bestimmungen sind heute im Zusammenhang mit Artikel 8 § 4 Absatz 1 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Patientenrechte zu lesen, da fortan der Patient entscheidet, und nicht länger der Arzt.

Die Landesärztekammer hat selber Stellung zu dieser Problematik bezogen. In ihrem Gutachten vom 22. März 2003 über Palliativpflege, Sterbehilfe und andere medizinische Entscheidungen über das Lebensende³¹ schreibt die Ärztekammer: „Der Abbruch und der Verzicht auf den Beginn einer Behandlung ist berufsethisch angezeigt, wenn wissenschaftlich feststeht, dass keine Hoffnung mehr auf eine vernünftige Verbesserung besteht und lebensverlängernde Behandlungen den Komfort des Patienten nicht verbessern, sondern ihm nur lästig und unangenehm sind“; in diesem Gutachten vertritt die Kammer ferner die Meinung, dass „DNR“-Protokolle überall dort „angebracht“ sind, wo man häufig mit dieser Problematik konfrontiert wird“, aber: „die oben erwähnten Protokolle dürfen nicht ohne vorherige Zustimmung des ausführlich informierten Patienten oder seines nach dem Gesetz vom 22. August 2002 bestellten Vertreters ausgeführt werden; wenn dieser Vertreter „nicht mit dem Abbruch oder mit dem Verzicht auf den Beginn einer Behandlung einverstanden ist und vom Arzt Therapieren um jeden Preis verlangt“, ergibt sich aus Artikel 15 § 2 des Gesetzes³², dass „das Interesse des Patienten Vorrang hat vor der Meinung des

³¹ Bulletin du Conseil national N r. 100, Juni 2003

³² Artikel 15 § 2 : « Im Interesse des Patienten und um eine Gefährdung von dessen Leben oder eine ernsthafte Bedrohung von dessen Gesundheit abzuwenden, weicht der betreffende Berufspraktiker, gegebenenfalls nach interdisziplinärer Konzertierung, von der Entscheidung ab, die die in Artikel 12, 13 und 14 § 2 erwähnte Person getroffen hat. Falls die Entscheidung von einer in Artikel 14 § 1 erwähnten Person getroffen wurde, weicht der Berufspraktiker nur davon ab, insofern sich diese Person nicht auf den ausdrücklichen Willen des Patienten berufen kann.“

Vertreter“ und dass „dieses Prinzip nicht allein bei Eingriffen gelten muss, sondern auch beim Abbruch oder beim Verzicht auf den Beginn einer Behandlung.“ Zur selben spezifischen Frage hat sich die Landesärztekammer in ihrem Gutachten vom 26. Juli 2003 über das Gesetz über die Patientenrechte³³ wie folgt geäußert: „Wenn sich der Berufspraktiker nicht mit dem Vertreter über eine Behandlung einigen kann, steht es ihm frei, die Behandlung zu beenden, insofern er die erforderlichen Maßnahmen zur Weiterführung der Pflege trifft; genauso kann die Behandlung eines Patienten beendet werden, wenn sich Arzt und Patient nicht auf einen Behandlungsplan einigen können.“ Diese Standpunkte sind ausdrücklich im Gutachten vom 27. September 2003 über den „DNR“-Vermerk in der Krankenakte³⁴ bestätigt worden, in dem wiederholt wird: „Sowohl das ärztliche Berufsethos als das Gesetz über die Patientenrechte betonen, dass eine solche Entscheidung nicht ohne vorherige Zustimmung des rechtzeitig und ausführlich informierten Patienten getroffen und ausgeführt werden kann“; es fügt hinzu: „Es kann nützlich sein, [...] diese Zustimmung [...] schriftlich festzuhalten und sie der Krankenakte beizufügen“, aber „da diese Zustimmung im Gespräch mit einem Arzt zustande kommt, bietet sie mehr Garantien als eine schriftliche Verweigerung der Zustimmung zu einer bestimmten Intervention, wie sie in Artikel 8 § 4 Absatz 4 des Gesetzes über die Patientenrechte definiert wird. Dieser Gesetzestext sieht übrigens nicht vor, dass diese schriftliche Verweigerung der Zustimmung in ausreichender Kenntnis der Sachlage und in Absprache mit einem Arzt aufgesetzt werden muss“; die Ärztekammer fügt hinzu: „Wenn der Patient oder sein Vertreter mit dem geplanten Behandlungsablauf nicht einverstanden ist und ein Vergleich der Dienstleistungsqualität nicht möglich ist, wird der praktizierende Arzt dem Patienten oder seinem Vertreter - nach Absprache mit seinem Team und einem fachlich kompetenten Kollegen - empfehlen, Rat bei einem anderen Arzt einzuholen, und in der Zwischenzeit die Pflege leisten, die er medizinisch und berufsethisch für vertretbar hält. In diesem Zusammenhang muss gesagt werden, dass das ärztliche Berufsethos immer dafür plädiert hat, die Angehörigen eines Patienten, der seinen Willen nicht äußern kann, möglichst eng an der Entscheidungsfindung zu beteiligen. Die gesetzliche Vertretungsregel hat diese berufsethische Regel nicht aufgehoben; der Vertreter des Patienten oder der Patient selbst kann die Konzertierung mit den Angehörigen aber ablehnen.“

³³ Bulletin du Conseil national Nr. 101, September 2003

³⁴ Bulletin du Conseil national Nr. 102, Dezember 2003

6. Klinische Praxis

Zur Vorbereitung dieses Gutachtens hat der verkleinerte Ausschuss Zeugen aus vier verschiedenen Bereichen der Gesundheitspflege angehört: aus Intensivstationen, Alten- und Pflegeheimen, Neugeborenenabteilungen und Palliativpflegeeinrichtungen. Sie haben über ihren Alltag berichtet, insbesondere über die Haltung, die sie gewöhnlich einnehmen, wenn zwischen dem Pflorgeteam und dem Patienten oder seinem Vertreter keine Einigkeit über die anzuwendende Strategie erzielt wird.

Trotz der sehr unterschiedlichen Situationen, sowohl in Bezug auf das Krankenhaus (bevorstehendes Ableben in einer ungewöhnlichen Situation, z.B. nach einem Verkehrsunfall oder bei einer Geburt, lange vorhersehbares Ableben wegen des Endstadiums einer Krankheit, ein altersbedingtes Dahinsiechen oder ein permanent vegetativer Zustand³⁵ usw.) als auf die Art und Weise, wie der Patient selbst, seine Angehörigen oder sein Vertreter diese erleben, ist es möglich, gemeinsame Lehren aus diesen Zeugenaussagen zu ziehen, die wir hier zusammenfassen.

a) Die Entscheidung, eine Behandlung einzuschränken oder zu reduzieren, wird nicht von einem Arzt allein getroffen, sondern in interdisziplinärer Absprache zwischen allen Mitgliedern des Behandlungsteams. Die Behandlungsstrategie und der Inhalt der „DNR“-Kodes werden besprochen, falls möglich, mit dem Patienten selbst, und, falls dieser seinen Willen nicht mehr äußern kann, mit den Angehörigen, wobei ein Konsens angestrebt wird. Nur wenn der Patient durch seine Haltung zu verstehen gibt, dass er lieber nicht informiert werden möchte, oder wenn kein Gesprächspartner vorhanden ist, wird ein „DNR“-Kode angewandt, ohne dass das Team versucht, einen solchen Konsens zu erzielen.

b) Fast alle Meinungsverschiedenheiten können beigelegt werden, wenn das Team sich die Zeit nimmt, alle Fragen zu erörtern und zu beantworten. Diese Erörterungen verlangen großes Kommunikationstalent vom Behandlungsteam und nehmen viel Zeit in Anspruch. Die Beteiligten können sich auch die Zeit nehmen, die Angehörigen so weit zu bringen, dass sie erkennen, dass die Situation

³⁵ Ein permanent vegetativer Zustand liegt nach 3 Monaten bei einem nichttraumatischen Gehirnschaden und nach 12 Monaten bei einem traumatischen Gehirnschaden vor, wenn die Aussicht auf Besserung minimal ist“ in: Gutachten der Ad-hoc-Arbeitsgruppe „Ethiek“ der Föderalen Expertenplattform, die in Anwendung des Protokolls vom 24. Mai 2004 über „Die Pflegepolitik für Patienten mit einem nichtangeborenen Gehirnschaden, insbesondere für Patienten in einem vegetativen oder minimal ansprechbaren Zustand“, Version vom 29. Juni 2006, S. 15, eingesetzt worden ist.

aussichtslos ist und dass die Fortsetzung der Intensivpflege „nebensächlich“ wird; während diesen Gesprächen geht die Pflege weiter.

c) Die Aufgabe der Palliativdienste besteht darin, dem Patienten, bei dem eine Genesung oder eine erhebliche Besserung seines medizinischen Zustandes nach vernünftigem Ermessen nicht mehr erhofft werden kann, den Abschied vom Leben zu erleichtern. Der Patient und seine Familie sind gut informiert und wissen, dass die Situation aussichtslos ist.

Die Praxis in den verschiedenen Abteilungen der Palliativeinrichtungen ist nicht immer vergleichbar. Interkurrente Leiden (zum Beispiel Lungenentzündungen) werden in gewissen Abteilungen behandelt, in anderen nicht. Die Mitglieder des Beratenden Bioethik-Ausschusses halten es nicht für erforderlich, eine Debatte zu diesem Thema anzustoßen. Sie sind hingegen der Auffassung, dass der Patient und seine Familie über die hausinterne Praxis in der Abteilung informiert werden müssen, ehe der Patient eingeliefert wird.

Akzeptieren, dass sich ein Patient im Endstadium befindet und in einen Palliativpflegedienst eingeliefert wird, bedeutet nicht, dass man bereits mit seinem nahenden Ende rechnet. Wenn jemand an den Folgen eines anderen medizinischen Leidens stirbt, für das normalerweise eine Behandlung besteht, die aber wegen der Aussichtslosigkeit der Situation nicht in Angriff genommen wurde, kann die Familie den Eindruck erhalten, dass der Patient seinem Schicksal überlassen wird (schuldhaftes Versäumnis), wenn vorab keine klaren Absprachen getroffen wurden, was die Trauerbewältigung auch erschweren kann.

Der Ausschuss betont, dass es wichtig ist, der Familie und dem Patienten Rede und Antwort zu stehen, was den Zeitpunkt und die Gründe betrifft, weswegen eine Palliativeinrichtung bestimmte Behandlungen in Angriff nimmt, und gleichzeitig zu erklären, warum solche Eingriffe ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr durchgeführt werden werden. Im vorliegenden Fall scheint ein offenes und ehrliches Gespräch das beste Mittel zu sein, um zu verhindern, dass das Umfeld des Patienten Schuldgefühle entwickelt und dem Behandlungsteam gegenüber negativ reagiert.

7. Ethische Diskussion

Ziel einer medizinischen Behandlung ist es grundsätzlich, eine therapeutische Besserung zu erreichen. Verliert die Behandlung ihre Berechtigung bei Fehlen eines Gesundheitsvorteils für den Patienten und kann sie dann abgebrochen oder nicht in Angriff genommen werden? Eine

solche Behandlung ist für den Arzt gleichbedeutend mit Therapiewut, und es stellt sich die Frage, ob diese dem Arzt aufgezwungen werden kann.

Die medizinische Nutzlosigkeit einer Behandlung ergibt sich aus einer medizinischen Bewertung, während ihre Sinnlosigkeit im Prinzip vom Patienten beurteilt werden muss. In dieser Situation ist der Arzt der Fachmann für die Möglichkeiten, die die Medizinwissenschaft bietet, und der Patient ist der Fachmann für die Situation, in der er sich befindet³⁶. Die ethische Diskussion umfasst folgende Aspekte: die Information des Patienten oder seiner Angehörigen, der Ausdruck und die Achtung ihres Willens, die berufliche Autonomie des Arztes und des Pflegeteams, der wirtschaftliche Standpunkt. Dieses Kapitel ist im Rahmen einer Situation zu lesen, in der Therapiewut vorliegt oder droht.

7.1. Information des Patienten oder seiner Angehörigen

Diese wird sowohl durch das Gesetz über die Patientenrechte³⁷ als durch Artikel 33 des Kodex für das ärztliche Berufsethos geregelt. Die Diagnose eines lebensbedrohenden Zustandes ruft oft große Verzweiflung beim Patienten und bei seinen Angehörigen hervor; diese muss vom Pflgeteam aufgefangen werden, das entsprechend geschult sein muss. Der Inhalt der Information betrifft hauptsächlich die Diagnose, die Prognose, das Ausmaß der Verletzungen oder des Organversagens und die begonnenen oder vorgeschlagenen Behandlungen. Meistens sind Patienten, die für einen „DNR“-Kode in Betracht kommen, nicht ansprechbar, sodass auf ihre Angehörigen zurückgegriffen wird. Das kann eine schwere Belastung für die Familie sein.

Zur Verhinderung der Therapiewut ist es wichtig, realistische Informationen über das zu geben, was von etwaigen Behandlungen zu erwarten ist. Oft werden die Aussichten auf kurzfristige vorübergehende Besserung überbetont, während über den langfristig zu erwartenden Verlauf zu wenig korrekte Informationen vermittelt werden. Dem Patienten und der Familie wird oft ungenügend klargemacht, dass die Behandlungsvorschläge allein eine vorübergehende Lösung für die jeweils kurzfristig auftretenden Probleme sein können. Dies weckt die falsche Hoffnung, dass „trotzdem etwas zu machen ist“.

³⁶ M. Keirse, „Therapeutische verbetenheid en patientenrechten“, *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 62, Nr. 12, 2006, S. 883.

³⁷ Artikel 8 § 4 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Patientenrechte

Informative Gespräche über die langfristige Entwicklung fallen den Ärzten schwerer, weil die Patienten und ihre Angehörigen auf den Ist-Zustand fixiert sind. Die Ärzte, sowohl die Hausärzte als die Fachärzte, müssten den Mut haben, die möglichen Optionen bei der Pflege im Endstadium zu gegebener Zeit und möglichst früh mit dem Patienten zu besprechen, ehe der lebensbedrohende Zustand eintritt. Dies setzt voraus, dass die Prognose und die mögliche langfristige Entwicklung zu einem Zeitpunkt besprochen werden, wo der Patient seinen Willen noch äußern kann. Der Patient muss dazu ermuntert oder darüber informiert werden, dass es in seinem Interesse liegt, vorab eine Willensäußerung zu verfassen und einen Vertreter zu benennen.

7.2. Historische Entwicklung des Begriffs „Do not reanimate“ (DNR)

Das Zustimmungsrecht des urteilsfähigen Patienten oder seiner Angehörigen, falls er seinen Willen nicht äußern kann, muss respektiert werden. Der Gesetzgeber³⁸ hat deutlich entschieden, dass der urteilsfähige Patient bei der Beratung über seine Behandlung das letzte Wort hat. Das Prinzip der Autonomie des Patienten hat die einseitige Entscheidung des Arztes verdrängt.

Obschon viele aus ethischer Sicht keinen Unterschied machen zwischen dem Verzicht auf den Start einer bestimmten Behandlung und dem Abbruch der bereits angelaufenen Behandlung, zeigt die Praxis, dass es meistens schwieriger ist, dem Patienten oder seinen Angehörigen zu erklären, dass es medizinisch nutzlos ist, eine bestimmte Behandlung fortzusetzen, und dass man darum vorschlägt, diese Behandlung zu stoppen, als sie zu überzeugen, diese nicht in Angriff zu nehmen.

In Wirklichkeit wird der behandelnde Arzt selten echte Informationen über eine noch nicht gestartete alternative Behandlungsmöglichkeit geben, wenn er diese medizinisch für nutzlos hält. Jeder neue Vorschlag des Arztes kann bei den Angehörigen die Illusion aufrechterhalten, dass doch noch etwas ausprobiert werden kann, und falsche Hoffnungen wecken.

Viele Patienten, von denen in diesem Gutachten die Rede ist, sind aber nicht urteilsfähig. Das ist besonders der Fall bei den Neugeborenen, aber auch bei den meisten Handlungsunfähigen, die niemals die Möglichkeit gehabt haben, sich zu äußern über die Lebensqualität, die sie verlangen, oder über die Pflege, die sie bereit wären zu akzeptieren. Aus klinischer Sicht ist die Urteilsfähigkeit ein mehrstufiger Begriff, und der Grad der

³⁸ *Idem*

Urteilsfähigkeit ist mit großer Vorsicht zu beurteilen. Bei einem Handlungsunfähigen muss das Pflorgeteam die Wünsche, Neigungen und Werte des Patienten respektieren, die von den Angehörigen geäußert werden oder die er vorher in einer Willenserklärung niedergeschrieben hat. Im letzteren Fall drängt sich ein Gespräch mit der vom Patienten benannten Vertrauensperson auf, damit die Willenserklärung richtig ausgelegt werden kann. Der Kontakt zum Hausarzt ist ebenfalls angezeigt, wenn er die Lebensgeschichte des Patienten kennt.

In Situationen, in denen Entscheidungen über Therapieeinschränkungen zu treffen sind, finden intensive und regelmäßige Gespräche zwischen dem Pflorgeteam und den Angehörigen des Patienten oder – seltener – mit dem Patienten selbst statt. Die Fachliteratur plädiert einhellig für ein Konzertierungsmodell oder ein Beteiligungsmodell, bei dem die Angehörigen intensiv an den zu treffenden „DNR“-Entscheidungen beteiligt werden. Die Vorbereitung der Angehörigen auf die Trauerarbeit ist eindeutig ein weiteres Ziel. Das Behandlungsteam muss den Angehörigen deutlich machen, dass sie – obschon sie Partner im Entscheidungsprozess sind – keine Verantwortung für das Weiterleben oder das Sterben des Patienten tragen und dass die Endverantwortung beim behandelnden Arzt liegt.

7.3. Berufliche Autonomie des Arztes und des Pflorgeteams

Ein Arzt kann nicht gezwungen werden, eine nutzlose Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen³⁹. Eine Behandlung ist nur dann medizinisch vertretbar, wenn sie einen potentiellen therapeutischen Gewinn für den Patienten beinhaltet. In verschiedenen Bereichen der medizinischen Praxis bestehen Richtlinien für eine angemessene Behandlung. Diese Richtlinien fußen nach Möglichkeit auf wissenschaftlichen Beweisen oder auf (nationalem oder internationalem) Konsens innerhalb der Berufsgruppe. Die Praxisrichtlinien sind ein dynamisierender Faktor und werden laufend anhand neuer Erkenntnisse oder therapeutischer Errungenschaften aktualisiert. Für ihre konkrete Arbeit entwickeln die Pflorgeteams meistens Behandlungsschemas oder Protokolle, die einzuhalten sind und von denen nur nach Rücksprache und aus triftigen Gründen abgewichen werden darf.

Die Patienten oder ihre Angehörigen können trotzdem beantragen, lebensverlängernde Behandlungen ohne Aussicht auf therapeutischen Gewinn zu starten oder fortzusetzen. Solche Anliegen tragen sie oft

³⁹ Eric Gampel, « Does professional autonomy protect medical futility judgments? », *Bioethics*, vol 20, Nr2, 2006, S. 92-104; Artikel 29 Absatz 2 des Kodex für ärztliches Berufsethos, siehe oben.

deshalb vor, weil es ihnen schwer fällt, die Grenzen der Medizin zu akzeptieren, oder weil sie das Ohnmachtsgefühl nicht mehr ertragen, sei es aus religiösen Überlegungen, sei es deswegen, weil der Patient oder seine Angehörigen die Qualität des Lebens, das dem Patienten noch bleibt, anders bewerten. In den meisten Fällen wird sich das Pflegeteam mit den Angehörigen (oder mit dem Patienten selbst, wenn er noch in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken) über die therapeutischen Handlungen einigen können, die noch durchgeführt oder nicht mehr durchgeführt werden sollen, nachdem das Team sie ausreichend über den Ernst der Lage und die Nutzlosigkeit der Fortsetzung der Behandlung informiert hat. Gegebenenfalls kann es angebracht sein, eine medizinisch nutzlose Behandlung eine Weile fortzusetzen, um dem Patienten oder seinen Angehörigen die Zeit zu geben, den Ernst der Lage realistisch einzuschätzen und daraus die geeigneten Schlüsse zu ziehen.

Die Initiative zu einem „DNR“-Protokoll in einem konkreten Fall wird vom behandelnden Arzt in interdisziplinärer Absprache mit dem Pflegeteam ergriffen. Durch Rücksprache mit den Angehörigen werden die zu treffenden Entscheidungen oder möglichen Alternativen erörtert. Bei einem anhaltenden Konflikt zwischen dem behandelnden Arzt und den Angehörigen ist das Einholen einer dritten Meinung angebracht. Die Angehörigen werden ermuntert, die Meinung eines Arztes ihres Vertrauens einzuholen. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, dieser Drittperson die gesamte Akte zur Verfügung zu stellen und die Behandlungsstrategie ausführlich zu besprechen. Falls die medizinische Bewertung des zu Rate gezogenen Arztes von der des behandelnden Arztes abweicht, ist eine Überführung des Patienten in einen vergleichbaren Dienst in einem anderen Krankenhaus angebracht.

Bleibt es bei dem Konflikt und ist eine Überführung nicht möglich, dann kann der behandelnde Arzt im Prinzip entscheiden, die Behandlung abzubrechen. Im angelsächsischen Umfeld kann das Gericht eingeschaltet werden, um solche Fälle zu schlichten. Dies ist in Belgien nicht der Fall und scheint uns obendrein nicht wünschenswert. In den extrem seltenen Fällen, wo kein Konsens erreicht werden kann und wo der erforderliche medizinische Eingriff keinerlei medizinischen Nutzen hat, kann der Arzt nicht verpflichtet werden, diesen vorzunehmen.

7.4. Wirtschaftlicher Standpunkt

Es gibt immer wieder neue Behandlungsmöglichkeiten, die das Leben um kurze Zeit verlängern können, manchmal mit einem sehr hohen finanziellen Aufwand.

Obschon der Arzt eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft hat und sorgfältig mit den Geldmitteln umgehen muss, die die Gesellschaft ihm zur Verfügung stellt, ist er in erster Linie zu Loyalität gegenüber seinem Patienten verpflichtet.

Die Entscheidung, dass eine bestimmte Therapie in einer bestimmten Situation keinerlei medizinischen Nutzen hat, darf daher nicht mit der Tatsache begründet werden, dass der Arzt diese Behandlung zu teuer findet.

Wenn (jetzige und künftige) Patienten den Eindruck gewinnen, dass „DNR“-Entscheidungen aufgrund von wirtschaftlichen Überlegungen getroffen werden, hätte das verheerende Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Wenn die Obrigkeit findet, dass bestimmte Therapien zu teuer sind im Verhältnis zum potentiellen therapeutischen Nutzen, liegt es in erster Linie in ihrer Verantwortung, hier einzugreifen und der Bevölkerung dies zu erklären. Sie darf diese Entscheidung nicht auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis abwälzen.

8. Schlussfolgerungen

Patienten mit ernsthaften chronischen Leiden, bei denen zu erwarten ist, dass sich ihr Zustand in absehbarer Zeit verschlechtern wird, ist ein realistisches Bild über die kurzfristigen, aber auch über die langfristigen Möglichkeiten und Schwierigkeiten zu zeichnen. Diesen Patienten muss damit die Möglichkeit gegeben werden, ihrem Arzt oder einer Vertrauensperson vorab ihre Wünsche über ihr Lebensende mitzuteilen. Bestimmte Aspekte der Therapiebegrenzung oder der „DNR“-Kode-Zuweisung können dann bereits zur Sprache gebracht werden.

Die Entscheidung zur Therapiebegrenzung oder zur Zuweisung eines „DNR“-Kodes ist zu treffen, wenn eine Herz-Lungen-Wiederbelebung oder ein anderer besonderer therapeutischer oder diagnostischer Eingriff dem Patienten kein therapeutisches Plus mehr bringt. Der Begriff „kein therapeutisches Plus“ kann sowohl auf die vollkommene Nutzlosigkeit aus medizinischer Sicht (weil keine vernünftige Chance besteht, ein bestimmtes physiologisches Ziel zu erreichen) als auf die Sinnlosigkeit des eventuell erreichbaren Ziels aus Sicht des Patienten verweisen.

Sowohl die derzeitige Gesetzgebung als die berufsethischen Vorschriften verlangen, dass der Patient (oder, falls er handlungsunfähig ist, seine Angehörigen) über die medizinische Entscheidung, die Therapie zu begrenzen oder einen „DNR“-Kode zuzuweisen, informiert werden und dass sein Wille respektiert wird. Aus ethischer Sicht haben der Arzt und

das Pfltegeteam die Pflicht zu versuchen, dass diese Entscheidung akzeptiert wird. In den meisten Fllen wird es mglich sein, hierber einen Konsens zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten oder seinen Angehrigen zu erreichen.

In den extrem seltenen Fllen, wo kein Konsens erreicht werden kann und wo der erforderliche medizinische Eingriff keinerlei medizinischen Nutzen hat, kann der Arzt nicht verpflichtet werden, diesen vorzunehmen; es ist aber seine Pflicht, die weitere Pflege zu gewhrleisten.

Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 2005/2-Bis vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:

Vorsitzende	Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
P. Cosyns	P. Cosyns	P. Beke	P. Schotsmans
J. Messinne	J. Messinne	P. Cras	
		M. Dumont	
		E. De Groot	
		E. Eggermont	
		Y. Englert	
		M. Hiele	
		G. Lebeer	
		L. Leunen	
		Th. Locoge	
		H. NyS	
		M.-G. Pinsart	
		R. Rega	
		M. Roelandt	
		G. Rorive	

Mitglied des Sekretariats

B. Orban

Angehörte Experten

Angehörte Experten:

- Dr. Marc Desmet, Leiter der Palliativabteilung, Virga-Jesse-Krankenhaus, Hasselt,
- Prof. Hugo Devlieger, Neonatologe, Uniklinik Gasthuisberg, Leuven,
- Dr. Gert Ghijsebrechts, Arzt-Koordinator in einem Alten- und Pflegeheim, Mitglied der Arbeitsgruppe „Crataegus“ der KU Leuven
- Dr. Jean-Michel Thomas, Arzt-Koordinator in einem Alten- und Pflegeheim, Professor an der Fakultät „Médecine Générale“ der ULB

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 2005/2-Bis, Fragen, persönliche Eingaben der Mitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente, werden als „Annexes 2005/2-Bis“ im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

* * * * *