



DIPLOMARBEIT

„Salus et voluntas aegroti suprema lex“

Leitlinien in der Medizin für Entscheidungen
am Ende des Lebens

Christian Stuphann

angestrebter akademischer Grad

Magister der Theologie (Mag.theol.)

Wien, 2104

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 011

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Katholische Fachtheologie

Betreuerin:

Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller

Meinen Mitbrüdern im Stift Schlägl gewidmet

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
1 VORWORT UND DANKSAGUNG	7
2 EINLEITUNG	9
2.1 FRAGESTELLUNG UND METHODIK	11
2.2 FORSCHUNGSSTAND UND LITERATURBERICHT	12
3 LEITLINIEN ZUR ENTSCHEIDUNGSUNTERSTÜTZUNG	15
3.1 LEITLINIEN – EINE ANNÄHERUNG AN DIE THEMATIK	15
3.2 WAS IST DIE AUFGABE VON LEITLINIEN?	16
3.2.1 <i>Verbindlichkeit</i>	21
3.3 LEITLINIEN IN ÖSTERREICH – EIN SONDERFALL	22
4 MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN AM ENDE DES LEBENS	25
4.1 STERBEHILFE	25
4.2 BEGRIFFSDEFINITION	27
4.2.1 <i>Therapieverzicht (primärer Therapieverzicht)</i>	27
4.2.2 <i>Therapiebegrenzung (sekundärer Therapieverzicht)</i>	28
4.2.3 <i>Therapiereduktion</i>	28
4.2.4 <i>Therapiebeendigung (Therapieabbruch)</i>	29
5 HIRNTODKRITERIUM	31
6 HERZ-LUNGEN-WIEDERBELEBUNG	35
7 RECHTLICHE AUSGANGSLAGE	39
7.1 AUTONOMIE DES PATIENTEN	39
7.1.1 <i>Aufklärung</i>	39
7.1.2 <i>Einwilligung</i>	40
7.1.3 <i>Patientenverfügung</i>	42
7.2 DIE ROLLE DES ARZTES	43
7.3 AKTIVE STERBEHILFE	43
8 INFORMED CONSENT UND PATIENTENWILLE	45
8.1 INFORMED CONSENT	45
8.1.1 <i>Historische Entwicklung</i>	45
8.2 AUFBAU DES INFORMED CONSENT	46
8.2.1 <i>Vorbemerkung: Die zwei Bedeutungen des Informed Consent</i>	47
8.2.2 <i>Voraussetzungen</i>	48
8.2.3 <i>Informationen</i>	50

8.2.4	<i>Entscheidung und Autorisierung</i>	54
8.3	PATIENTENWILLE	54
8.3.1	<i>Der Zeitpunkt der Willensäußerung</i>	55
8.3.2	<i>Authentizität des Willens</i>	56
8.4	PROBLEM DES NICHT EINWILLIGUNGSFÄHIGEN PATIENTEN	57
8.4.1	<i>Mutmaßlicher Patientenwille</i>	57
8.4.2	<i>Entscheidung durch einen Stellvertreter</i>	59
9	DNR-ORDER	63
9.1	ENTSTEHUNGSGESCHICHTE	63
9.2	MEDIZINISCHE KRITERIEN	64
9.3	GEFAHREN EINER DNR-ORDER	66
9.4	EINE FRAGE DER BEZEICHNUNG	67
9.5	ENTSCHEIDUNGSVERANTWORTUNG	68
9.6	GÜLTIGKEIT DER ANORDNUNG	70
10	DIE SUCHE NACH LEITLINIEN	73
10.1	WIEN KAV	74
10.2	ETHIKKOMITEE MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN	74
10.3	GESPAG – OÖ ETHIKKOMMISSION	75
10.4	VINZENZGRUPPE	76
10.5	ELISABETHINEN LINZ	76
10.6	HARTMANNSPITAL WIEN (FRANZISKANERINNEN VON DER CHRISTLICHEN LIEBE)	77
10.7	LEITLINIEN.DE	77
10.8	LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ	77
11	BEISPIELE FÜR LEITLINIEN	79
11.1	„DNR VERMERK“ AM LKH UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ	79
11.2	HERKUNFT UND AUTOREN	85
11.3	VERORTUNG	85
11.3.1	<i>LKH-Universitätsklinikum</i>	85
11.3.2	<i>Vinzenzgruppe</i>	86
11.4	EIN KURZER WARNHINWEIS	86
11.5	MENSCHENBILD	87
11.5.1	<i>Anerkennung der Begrenztheit</i>	87
11.5.2	<i>Vermeidung der Sterbensverlängerung</i>	88
11.5.3	<i>Respekt vor dem Willen des Patienten</i>	88
11.5.4	<i>Die theologische Verortung der Vinzenzgruppe</i>	89
11.6	BEGRÜNDUNG FÜR DNR	90

11.7	DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSPROZESS LKH UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ	91
11.7.1	<i>Einsichts- und urteilsfähig</i>	91
11.7.2	<i>Nicht einsichts- und urteilsfähig</i>	92
11.7.3	<i>Mutmaßlicher Patientenwille</i>	93
11.8	ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSPROZESS BEI VINZENZGRUPPE	94
12	KIRCHLICHE DOKUMENTE UND LEHRAUSSAGEN ZUM VERZICHT AUF WIEDERBELEBUNG	97
12.1	EIN FINALER BLICK AUF DIE PROBLEMSTELLUNG	99
13	ZUSAMMENFASSUNG	101
13.1	LEITLINIEN	101
13.2	MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN AM ENDE DES LEBENS	102
13.3	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN	102
13.3.1	<i>Hirntodkriterium</i>	102
13.3.2	<i>CPR – cardiopulmonale Reanimation</i>	103
13.4	RECHTLICHE SITUATION	104
13.5	INFORMED CONSENT	105
13.6	PATIENTENWILLE	105
13.6.1	<i>Nichteinwilligungsfähiger Patient</i>	106
13.7	DNR-ORDER	106
13.8	BEISPIELE FÜR LEITLINIEN	107
13.9	KIRCHLICHE LEHRAUSSAGEN	108
14	AUSBLICK	111
15	ANHANG	113
15.1	VORBEMERKUNGEN	113
15.2	TRANSKRIPTION DES GESPRÄCHS MIT DR. AICHINGER	113
16	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	115
17	BIBLIOGRAPHIE	117
17.1	QUELLEN	117
17.1.1	<i>Rechtliche Quellen</i>	117
17.2	LITERATUR	117
18	ABSTRACT	123
19	LEBENS LAUF	125

1 Vorwort und Danksagung

„Im übrigen, mein Sohn, lass dich warnen! Es nimmt kein Ende mit dem vielen
Bücherschreiben, und viel Studieren ermüdet den Leib.“

(Kohélet 12,12)

Mit dem Schreiben dieser Zeilen findet eine große Herausforderung ihren Abschluss. Im Unterschied zu Kohélet's Zeiten setzen Abgabetermine dem Bücherschreiben ein Ende.

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, Dank zu sagen.

Meinen Eltern und meinen Mitbrüdern gebührt der Dank dafür, dass sie ihre Hoffnung nicht verloren und mich treu auf meinem Weg begleitet haben.

Meiner Betreuerin, Frau Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller, gebührt Dank dafür, dass sie mir in der Erarbeitung der Fragestellung große Freiheiten geschenkt hat. Trotz eines vollen Terminkalenders stand sie mir im Fall des Falles immer prompt mit Rat und Tat zur Seite.

Meinem Kommilitonen Dr. phil. Werner Köck gebührt Dank für die genaue Durchsicht und Korrektur der Druckfahnen.

Dem Ärzteehepaar Ursula und Wolfgang Böhmendorfer gebührt mein aufrichtiger Dank. Ohne sie würde diese Arbeit nicht in der Art und Qualität existieren. Sie hatten stets ein offenes Ohr für meine medizinischen Fragen und haben durch regen Gedankenaustausch die Genese der hier vorliegenden Arbeit begleitet.

Allen Genannten und Ungenannten sei meine Anerkennung versichert.

Stift Schlägl, im Juli 2014

Matthäus Christian Stuphann O.Praem.

2 Einleitung

„Die Fortschritte der Medizin sind ungeheuer.
Man ist sich seines Todes nicht mehr sicher.“

(Hermann Kesten, dt. Schriftsteller)

Die hier vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit Leitlinien in der Medizin für Entscheidungen am Ende des Lebens, die durch das konkrete Beispiel des Verzichts auf Wiederbelebung verdeutlicht werden sollen. Der Verzicht auf Wiederbelebung, in der medizinischen Fachsprache als DNR-Order (Do Not Resuscitate) bezeichnet, ist eine der wichtigsten, oft auch eine der letzten, medizinischen Entscheidungen im Leben eines schwerst kranken Patienten.

Die Medizin hat im 20. Jahrhundert gewaltige Fortschritte und Erfolge in Forschung, Technik und deren Anwendung erzielt. Die Lebenserwartung der Menschen steigt unaufhörlich, vor allem in den Ländern der sogenannten Ersten Welt. Mit dieser Entwicklung ist es zu einem explosionsartigen Anstieg des Fachwissens gekommen. In den letzten Jahrzehnten ist daher auch der Aspekt der Qualitätssicherung immer mehr in das Bewusstsein gerückt. Sichtbares Ergebnis, neben unzähligen anderen, ist die Einführung von Leitlinien in der Medizin. Durch die Übernahme von Qualitätssicherungsmechanismen aus der Industrie soll die Qualität im Gesundheitswesen gesichert und gesteigert werden. Vorgezeichnete Entscheidungsbäume bzw. andere Hilfsmittel zur Entscheidungsunterstützung verhelfen zu besseren Entscheidungen. Einfach anwendbare Methoden zum Wissenstransfer neuer Erkenntnisse aus der Forschung hinein in die medizinische Praxis tragen ebenso zur Erhöhung des Qualitätsniveaus bei. Parallel dazu kommt es immer mehr zu einem Ökonomisierungs- und Sparzwang im Gesundheitssystem. So bieten Leitlinien zugleich einen Anreiz als Steuerungsinstrument, damit eine nachhaltige Kostenreduktion erreicht werden kann. Hand in Hand mit dem Fortschritt in der Forschung ging auch ein technischer Fortschritt. Ohne umfassende technische Unterstützung in allen möglichen medizinischen Feldern, von bildgebenden Verfahren angefangen bis hin zur Informationsverarbeitung und Haustechnik, ist ein Betrieb von

Krankenhäusern nicht mehr vorstellbar. Der Eindruck von einer Vorherrschaft der Apparatemedizin lässt sich kaum von der Hand weisen. Durch die enormen Fortschritte ist es zu einer weitreichenden Verschiebung der Grenzen gekommen: Krankheiten, die früher als nahezu sicheres Todesurteil galten, stellen aktuell keine Bedrohung mehr dar. Durch die Verbesserungen der therapeutischen Möglichkeiten tauchten bisher unbekannte Probleme auf, und neue Anfragen wurden an die Medizin gestellt. So ist die Grenze zwischen dem Möglichen und dem Unmöglichen, zwischen Leben und Tod immer mehr verschwommen. Eine praktische Folge davon ist z.B. die Entwicklung des Hirntodkriteriums, das eine Objektivierung der Unterscheidung zwischen lebend und tot garantieren soll.

Patienten leiden unter einem Gefühl der Ohnmacht. Die Beeinträchtigungen durch ihre Krankheit, eine Überflutung mit für sie unverständlichen Informationen kombiniert mit einem massiven technischen Aufwand, verleiten zum Gefühl, nicht mehr Herr im eigenen Haus zu sein.

Parallel dazu kommt es zu einer kontinuierlichen Verdrängung des Todes. Tod und Sterben werden in eine Unsichtbarkeit verdrängt. Starben Menschen früher bevorzugt im Kreis der Familie, so hat heutzutage das Sterben scheinbar seinen ausschließlichen Platz in Krankenhäusern und Hospizen.

Die Rolle der Patienten hat sich grundlegend geändert. Schien sie früher auf das Dasein eines Bittstellers an die Ärzteschaft und eines unkritischen Adressaten der medizinischen Entscheidung resp. Therapie reduziert zu sein, so hat sich das Paradigma mehr in Richtung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung verändert. Ärztlicher Paternalismus – die Übermacht des Arztes – wurde zu einem schmähhlichen Kampfbegriff. Eine neue Kultur des gemeinsamen Entscheidens ist entstanden.

Im Bewusstsein dieser Entwicklungen gewann die Beschäftigung mit Medizinethik an Bedeutung. Es stellte sich nicht mehr primär die Frage nach dem „Was kann die Medizin?“, sondern die Frage „Was soll bzw. darf die Medizin?“. Neben den objektiv messbaren Parametern rückte die Person wieder mehr in den Mittelpunkt.

2.1 Fragestellung und Methodik

Das Kernthema dieser Diplomarbeit bilden medizinische Leitlinien zur Entscheidungsfindung bei einem potentiellen Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen. Derartige Leitlinien stellen scheinbar für Theologen eine eher exotische Fragestellung dar. Die Beschäftigung damit ist aber aus theologischer Perspektive insofern vertretbar, als die Theologie immer einen Bezug zum Menschen hat. Große Teile der theologischen Ethik des Lebens befassen sich mit den Rändern des menschlichen Lebens. Der Schutz des entstehenden und des vergehenden Lebens stellt ein zentrales Anliegen zahlreicher moraltheologischer Traktate dar. So sind Theologen, vor allem, aber nicht nur die in der Seelsorge tätigen, bevorzugte Ansprechpartner, wenn es um die „letzten Dinge“ im menschlichen Leben geht.

Aus der Beschäftigung mit medizinethischen Problemen und der Neugierde, wie denn jetzt in der Praxis „wirklich“ Entscheidungen am Lebensende getroffen werden, ist die Fragestellung zu dieser Diplomarbeit entstanden.

Was sind Leitlinien und welche Funktion haben sie in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen?

Welche ethischen Einflusskriterien gibt es für medizinische Entscheidungen am Lebensende?

Existieren konkrete Beispiele von Leitlinien für den Verzicht auf Wiederbelebung?

Diese drei Fragen sollen im Verlauf der Diplomarbeit möglichst befriedigend beantwortet werden.

Die Existenz von Leitlinien für Entscheidungen über den CPR (= cardiopulmonale Reanimation) Status ist nicht selbstverständlich; eine Erkenntnis, die sich bereits in einer frühen Phase der Diplomarbeit zeigte. Daher wird der Suche nach konkreten Beispielen der notwendige Raum gegeben. Aufgrund der Neuheit und des Praxisbezugs der Fragestellung finden sich keine publizierten Leitlinien in den Bibliotheken.

Unumgänglich für eine gute ethische Entscheidung ist die Kenntnis aller relevanten Einflussfaktoren und Entscheidungskriterien. Infolgedessen werden die medizinischen, ethischen und rechtlichen Entscheidungsparameter in einer für Theologen aufbereiteten Art und Weise vorgestellt. Daraus begründet sich der modulare Charakter dieser Arbeit. Der Text lädt an manchen Stellen zu Sprüngen im Lesefluss auf andere Kapitel ein. Die hier präsentierte Abfolge der Kapitel ist daher nur eine vorgeschlagene Reihenfolge des Verfassers.

Mit der Vorstellung der zwei vorgefundenen Leitlinien werden die einzelnen Fäden des Themenkomplexes zu einem Ganzen zusammengeführt. Dadurch möge der geneigte Leser ein Gefühl für die zahlreichen Interdependenzen der bearbeiteten Fragestellung erlangen.

2.2 Forschungsstand und Literaturbericht

Wie schon weiter oben im Text angedeutet, finden sich noch keine Monographien zum Thema „Medizinische Leitlinien am Lebensende“. Über die Gründe für diese Lücke kann nur spekuliert werden. Zu dem Themenkomplex „Leitlinien in der Medizin“ finden sich aber immer wieder Publikationen in den medizinischen Fachjournalen. So hat das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“ eine Reihe von Veröffentlichungen initiiert. Wichtige und grundlegende Monographien wurden vor allem zu den etablierten Themen wie z.B. Informed Consent oder Medizinrecht verfasst.

Um eine unnötige Ausuferung des Literaturverzeichnisses zu vermeiden, wird bei mehreren möglichen Quellen für ein konkretes Zitat stets die in den Augen des Verfassers relevanteste ausgewählt und auf Mehrfachnennungen so weit als möglich verzichtet.

Da diese Arbeit explizit aus einer theologischen und medizinethischen Position heraus verfasst wurde, ist dem Verfasser bewusst, dass Experten in ihren jeweiligen Fachgebieten Unzulänglichkeiten und Verkürzungen finden werden. Dies liegt auch, aber nicht nur, in den formalen, methodischen und inhaltlichen Grenzen einer Diplomarbeit begründet.

P. Georg Braulik OSB, emeritierter Professor für Altes Testament an der Universität Wien, wird die Aussage zugeschrieben: „Ein Theologe muss immer mehr im Lager als in der Auslage haben.“ Vielleicht trägt die Lektüre dieser Arbeit dazu bei, dass ein Theologe sein Sortiment erweitern und den Lagerbestand erhöhen kann.

3 Leitlinien zur Entscheidungsunterstützung

3.1 Leitlinien – eine Annäherung an die Thematik

Leitlinien haben, um es mit einem theologischen Vergleich zu umschreiben, ihren ursprünglichen „Sitz im Leben“ im Qualitätsmanagement. Die Fortschritte in Technik, medizinischer Forschung und Pharmakologie führten im vergangenen Jahrhundert zu einer explosionsartigen Zunahme des Wissens und der Behandlungsoptionen. Mit den neuen Möglichkeiten stieg die Komplexität des Wissens und zugleich unausweichlich die Wahrscheinlichkeit für Fehler. Die Entropie der Medizin und des Gesundheitssystems stieg und steigt unaufhörlich. Daher waren neue Mittel und Wege vonnöten, um mittels neuer Organisations- und Managementmethoden das Gesamtsystem beherrschbarer zu gestalten.

Seit Anfang 1990 sind Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin im Fokus von Forschung und ärztlichen Fachgesellschaften etabliert. N. Schmacke drückt es prononciert aus:

„Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) sind auch im Gesundheitswesen zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Arbeitsabläufe geworden. Zu offensichtlich ist die Gefährdung der Gesundheit durch unzureichende Qualität in der Versorgung.“¹

Aus diesem Grund wurden bereits in der Industrie und in der Luftfahrt etablierte Managementmethoden für ihren Gebrauch im Gesundheitssystem adaptiert. Gerade die Luftfahrtindustrie ist bekannt für ihre außerordentlich hohen Sicherheitsstandards und daher ein lohnendes Paradigma, um das Rad nicht neu erfinden zu müssen. Eine Hauptaufgabe besteht in der Implementierung von Systemen, die den Nachweis von Fehlern und deren Dokumentation für wünschenswert und unabdingbar halten.² Die Herausforderung besteht darin, eine Kultur der Offenheit zu schaffen. Die Aufdeckung von Fehlern soll eben nicht

¹ SCHMACKE, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 79.

² vgl. SCHMACKE, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 79.

aufgrund niederer Motive betrieben werden, welche die Schädigung des für den Fehler Verantwortlichen intendieren. Die erkannten Mängel sollen auf ihre zugrunde liegenden Ursachen hin analysiert werden, damit Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung gesetzt werden können. Werden diese Strategien in die Praxis umgesetzt, so hebt sich idealerweise die Qualität und die durch Fehler verursachten Folgekosten können reduziert werden. Dieser Aspekt ist neben der verbesserten Sicherheit für Leib und Leben nicht zu unterschätzen, da ökonomische und Allokationsfragen immer mehr in das öffentliche Bewusstsein rücken.

3.2 Was ist die Aufgabe von Leitlinien?

Wie in vielen Bereichen hatte die Forschung im angelsächsischen Raum eine Vorreiterrolle inne, daher stammen die ersten Publikationen und praktischen Erfahrungen aus den USA. Genauer gesagt, publizierte 1990 das „Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines“ die ersten maßgeblichen Definitionen und schuf damit die Basis für die weitere Entwicklung.³

Im deutschsprachigen Raum ist das in Deutschland ansässige Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) federführend. Das ÄZQ ist ein Kompetenzzentrum für die Qualitätssicherung im Bereich der ärztlichen Berufsausübung, welches gemeinsam von der Deutschen Bundesärztekammer (BÄK) und der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im März 1995 gegründet worden ist.⁴ Die österreichische Situation wird im Anschluss an diesen Abschnitt erläutert, da diese einige Besonderheiten birgt, die einen zweiten Blick wert sind. Ungeachtet dessen beteiligen sich österreichische Fachgesellschaften an der Entwicklung von Leitlinien unter der Schirmherrschaft des ÄZQ.

ÄZQ, BÄK und KBV definieren Leitlinien als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei

³ vgl. FIELD, LOHR (Hrsg.), Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, 1990,

⁴ vgl. ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN, Aufgaben und Ziele,
URL: <http://www.aeqz.de/aezq/uber/aufgaben-und-ziele> (Stand: 16.04.14)

speziellen gesundheitlichen Problemen.“⁵ Die nachfolgenden ambitionierten Zielvorgaben für Leitlinien stammen von Farin et al.:⁶

- Transfer wissenschaftlicher Erkenntnis in die Praxis
- Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Einführung von Entscheidungshilfen für die Praxis
- Anhebung des Qualitätsniveaus, Reduktion unerwünschter Qualitätsstreuung
- Verwendung als Prüfkriterium für die Qualität der Behandlung
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, sinn- voller Ressourceneinsatz
- Verbesserung der Ausbildung der Behandler
- Information der Öffentlichkeit/der Patienten

In der Bundesrepublik Deutschland werden vier Arten von Leitlinien unterschieden. Für einen besseren Überblick sind die Beschreibungen der Eigenschaften tabellarisch angeführt⁷:

Bezeichnung	Charakteristika	Wissenschaftliche Legitimation der Methode	Legitimation für die Umsetzung
S1: Handlungsempfehlung von Experten	Selektierte Entwicklergruppe Keine systematische Evidenzbasierung Keine strukturierte Konsensfindung	gering	gering
S2k: Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentative Entwicklergruppe Keine systematische Evidenzbasierung Strukturierte Konsensfindung	gering	hoch
S2e: Evidenzbasierte Leitlinien	Selektierte Entwicklergruppe Systematische Evidenzbasierung Keine strukturierte Konsensfindung	hoch	gering
S3: Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentative Entwicklergruppe Systematische Evidenzbasierung Strukturierte Konsensfindung	hoch	hoch

⁵ BLOCH, LAUTERBACH, OESINGMANN et al., Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, A-2154.

⁶ FARIN, GLATTACKER, JÄCKEL, Leitlinien und Leitlinienforschung, 429.

⁷ LEITLINEN.DE, Leitlinien-Wirksamkeit & Leitlinien-Qualität,
URL: <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/wirksamkeit-qualitaet>
(Stand: 28.04.14)

Die hochwertigste Ausprägung, die sogenannte S3-Leitlinie, wird auch als nationale Versorgungsleitlinie bezeichnet, da sie den aktuellen Stand von Forschung und Praxis im Sinne einer *best practice* repräsentiert.

Die Forderung der Evidenzbasiertheit einer S3-Leitlinie wirft ein wissenschaftstheoretisches und auch medizinethisches Problem auf. Evidenzbasiertes Wissen ist ein naturwissenschaftlich fundiertes Wissen. Dieses gründet sich auf die Wiederholbarkeit von Experimenten und auf die Bildung von Theorien. Epistemologisch gesehen kann dieses Wissen immer nur einen Teilbereich der Wirklichkeit abbilden, da es ein Produkt aus methodischer Abgrenzung und Abstraktion der Wirklichkeit ist. Die Generierung von Daten und schlussendlich Wissen ist im medizinischen Bereich oft mit hohem technischen Aufwand und daraus folgend auch hohen monetären Kosten verbunden. Ökonomisch bedingte blinde Flecken in der Forschung können eine Folge daraus sein. Auch, oder sogar wegen der drittmittelfinanzierten Forschung besteht die latente Gefahr, dass diese Lücken nicht geschlossen werden, da sich medizinische Forschung rentieren muss, um die Interessen der privatwirtschaftlichen Stakeholder zu erfüllen. Neben den wissenschaftstheoretischen und ökonomischen Bedenken ist ein weiterer Punkt zu beachten. Manche medizinische Probleme können nie den höchsten Evidenzgrad (Doppelblindstudie) erreichen, da sie an methodische und ethische Grenzen stoßen.⁸ Es stellt sich hier in der Klassifikation von Leitlinien die Frage, ob eine systematische Evidenzbasiertheit für eine hohe wissenschaftliche Legitimation notwendig ist, oder ob in gewissen Ausnahmefällen davon Abstand genommen werden kann.

Aufgrund wachsender Popularität und Akzeptanz von Leitlinien ist deren Publikation im Steigen begriffen. In manchen Fällen, wie z.B. einer S3-Leitlinie, könnte auch von Promulgation gesprochen werden. Verschiedenste Autoren und mannigfaltige Arten der Veröffentlichung machen es für den potentiellen Anwender schwierig, den Überblick zu bewahren. Daher haben BÄK, KBV und die Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften das „Deutsche

⁸ vgl. VIRT, SCHELKSHORN, LACKNER et al., Die Anwendung von Evidence-Based-Medicine (EBM) zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Österreich als ethisches Problem, 4-5.

Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“ entwickelt.⁹ Dieses relativ einfache Scoring-Verfahren erlaubt dem Anwender eine schnelle Überprüfung der Qualität einer Leitlinie.

Für das ÄZQ ist die Feststellung eminent, dass Leitlinien nur Orientierungshilfen sind, die als Handlungs- bzw. Entscheidungskorridore verstanden werden sollen. Sie haben daher keine absolute Verbindlichkeit. Folglich kann und soll in wohl begründeten Fällen von der Leitlinie abgewichen werden.¹⁰ Gerade dieser Aspekt scheint von den Kritikern des Leitliniengedankens gerne übersehen zu werden, wenn sie Leitlinien als seelenlose Kochbuchmedizin bezeichnen, in der Patienten nur stur nach Vorgaben behandelt werden sollen.¹¹ Eine Besonderheit besteht darin, dass als Zielgrößen neben der Morbidität und Mortalität auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität berücksichtigt werden.¹² Während sich der Outcome (Morbidität und Mortalität) mit einigen methodischen Herausforderungen quantifizieren lässt, so ist dies bei Patientenzufriedenheit und Lebensqualität nicht so einfach bzw. unmöglich. Nichteinwilligungsfähige, vor allem bewusstlose Patienten sind hierbei eine große Herausforderung. Es stellt sich hier nämlich die drängende Frage, wie die Lebensqualität eines im herkömmlichen Sinne nicht zur Kommunikation fähigen Menschen beurteilt wird. So können Patienten im Wachkoma keine Rückmeldung über ihre aktuell erlebte Lebensqualität geben. Es kann zu der Situation kommen, in der die Lebensqualität eines Patienten von Dritten beurteilt werden muss. Dabei tritt eine ähnliche Konstellation auf, die sich auch beim Problem der stellvertretenden Entscheidung bietet. Hier kann es zur Übertragung der Präferenzen des Entscheidenden auf den

⁹ vgl. Mitteilungen: Das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), 370f.

¹⁰ vgl. BLOCH, LAUTERBACH, OESINGMANN et al., Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, A 2154.

¹¹ vgl. SCHMACKE, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 86.

¹² vgl. OLLENSCHLÄGER, KIRCHNER, FIENE, Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung?, 473.

Patienten kommen.¹³ Analog dazu fußt eine potentielle Beurteilung der Lebensqualität immer auf dem zugrunde liegenden Menschenbild. G. Maio tritt für eine Sichtbarmachung dieses Menschenbildes ein, um eine belastbare Ausgangsbasis zu erreichen:

„Letztlich stellt die Benennung eines Menschenbildes nichts anderes dar als die Benennung eines Leitbildes, einer Ziel- und Idealvorstellung vom Menschen. In den meisten ethischen Debatten wird diese Vorstellung vom Wesen des Menschen implizit vorausgesetzt und deshalb nur selten kritisch reflektiert. Daher wird innerhalb der Medizinethik oft ein Dissens ausgefochten, der sich zwar durchaus an der moralischen Bewertung von Handlungen orientiert. Jedoch ist dieser Dissens nicht durch die unterschiedliche Bewertung der Handlung selbst erklärbar, sondern nur durch das der Bewertung zugrunde liegende unterschiedliche Menschenbild.“¹⁴

Daher ist es wenig verwunderlich, dass die gleiche empirische Faktenlage je nach zugrunde liegendem Menschenbild des Entscheidungsträgers zu divergenten Beurteilungen der Lebensqualität des einzelnen Patienten führen kann.

Ein nicht zu vernachlässigender Einwand, der möglicherweise hinter dem Kampfbegriff Kochbuchmedizin steckt, liegt in der Natur der Leitlinie. Wird sie nicht als Werkzeug zur Entscheidungshilfe verstanden, so kann eine Charakterisierung als reine Vorschrift in den Vordergrund treten. Verständlicherweise fürchtet die Ärzteschaft um ihre Entscheidungshoheit, da sie diese durch Leitlinien beschnitten sieht. N. Schmacke sieht diesen Eingriff in die ärztliche Freiheit besonders dann verwirklicht, wenn externe Kontrollaspekte in den Instrumenten der Qualitätssicherung an Bedeutung gewinnen.¹⁵ Der alte Konflikt zwischen dem (Selbst)Verständnis von Medizin als ärztlicher Kunst und dem legitimen Wunsch der Gesellschaft nach Kontrolle tritt hier zu Tage. Ein gängiger Modus Vivendi besteht darin, dass dem behandelnden Arzt natürlich die Entscheidungshoheit über die Stellung der Indikation im einzelnen medizinischen Fall bleibt; denn nur er besitzt das Wissen in dem jeweiligen Fall und, unbeschadet

¹³ vgl. MARKS, ARKES, Patient and Surrogate Disagreement in End-of-Life Decisions: Can Surrogates Accurately Predict Patients' Preferences?, 525-529.

¹⁴ MAIO, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, 375-376.

¹⁵ vgl. SCHMACKE, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 81.

der professionellen Distanz, hoffentlich auch die persönliche Nähe zum Patienten. Nahezu jede einzelne Behandlung, Entscheidungsfindung, eigentlich sogar jedes Gespräch zwischen Arzt und Patient sind Paradebeispiele für die zugrundeliegende Kasuistik, der nicht entronnen werden kann. Jeder Mensch ist einzigartig und er reagiert auf Pharmazeutika und Therapien nur bedingt vorhersehbar. Diesem Ansatz zufolge wird der Arzt erst dann rechenschaftspflichtig, wenn er im krassen Widerspruch zum vorgegebenen Entscheidungskorridor handelt.¹⁶

Die externen Kontrollfaktoren sind besonders in der Ökonomisierung der Medizin greifbar. Von der beabsichtigten Kostenreduktion, die als Damoklesschwert über vielen Problemen hängt, wird in der Zielformulierung für Leitlinien offen gesprochen, da durch Vermeidung unnötiger oder auch überholter Maßnahmen Kosten reduziert werden sollen.¹⁷

3.2.1 Verbindlichkeit

Leitlinien können als Versuch angesehen werden, Einzelfallentscheidungen zu standardisieren, damit eine einheitliche, möglichst verbesserte Qualität der Entscheidungen erreicht werden kann. Wie in vielen Dingen richtet sich der Grad der Umsetzung und der Verbindlichkeit nicht unbedingt nach den intendierten, hehren Zielen. Liegt nicht eine ungewöhnlich hohe intrinsische Motivation vor, so können in manchen Fällen oft nur mehr extrinsische Faktoren die Umsetzung garantieren, die schlussendlich aus Sanktionsdrohungen und deren Exekution bestehen können. Nach J. Meyer haben Leitlinien keine absolute rechtliche Verbindlichkeit, da sie nur Orientierungsmarker bzw. eine Richtschnur darstellen. Sie konkretisieren die im alltäglichen Gebrauch notwendige Sorgfalt, eo ipso haben sie keine rechtliche Verbindlichkeit. Weil jedoch Leitlinien ein Ausdruck des momentan gültigen Standards sind, wird ihnen juristisch ein eigener Wert beigemessen. So kann z.B. die Nichtbefolgung einer für eine spezielle Institution

¹⁶ vgl. HOFFMANN, Leitlinien in der Medizin. Eine vornehme, aber risikobehaftete Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften, M8.

¹⁷ vgl. BLOCH et al., Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, A-2154.

gültigen Leitlinie als berufsrechtliche Verfehlung gelten, die arbeitsrechtliche Konsequenzen haben kann.¹⁸ H. Hoffmann legt in diesem Zusammenhang besonderen Wert auf die sprachliche Exaktheit. Er plädiert für die strikte Unterscheidung zwischen Leitlinien und Richtlinien, da letzteren automatisch eine höhere rechtliche Verbindlichkeit innewohnt.¹⁹ Die Bedeutung von Leitlinien im Haftungs- und Schadensersatzrecht ist jedoch im Steigen, da sich eine Leitlinie als Gradmesser für die Sorgfaltspflicht verwenden lässt. Wienke weist noch darauf hin, dass Freizeichnungsklauseln, wie z.B. ein Haftungsausschluss, der Herausgeber nicht wirksam sind. Ihre Verantwortlichkeit wird dadurch nicht gemindert. Ist eine Leitlinie aufgrund neuerer Erkenntnisse überholt, so muss diese aus dem Verkehr gezogen, oder überarbeitet werden.²⁰

3.3 Leitlinien in Österreich – ein Sonderfall

In Österreich wird die Entwicklung von Leitlinien durch das „Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz, GQG)“ aus dem Jahr 2005 vorgeschrieben. Die Erstellung von Leitlinien wird in der Bundesqualitätsstrategie vorgegeben und vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) begleitet.²¹ Bezeichnenderweise geht in Österreich die Initiative nicht von der Ärzteschaft selbst, sondern vom Gesetzgeber aus. R. Schaffler beschreibt die österreichische Situation hart an der Grenze zur Polemik:

„Die aktuelle österreichische Leitlinienmisere basiert [...] auf den unsäglichen methodischen Schwächen des GQG, der BQLL [Bundesqualitätsleitlinien, Anm.], die in keiner Weise dem entsprechen, was guidelines im internationalen Sprachgebrauch sind, der changierenden Rolle des BIQG zwischen policy maker (ausgegliederter Arm des Ministeriums) und Expertenorganisation und der zunehmend unkritischen Verwendung des Wortes Evidenzbasierung und EbM.

¹⁸ vgl. MEYER, Qualitätssicherung in der Inneren Medizin, 474.

¹⁹ vgl. HOFFMANN, Leitlinien in der Medizin. Eine vornehme, aber risikobehaftete Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften, M4-M5.

²⁰ vgl. WIENKE, Medizinischer Standard und Leitlinien—Ökonomisierung der Medizin, 97.

²¹ vgl. VIRT et al., Anwendung von EBM, 2-3.

GQG und BQLL tragen in Österreich dazu bei, die Verantwortlichkeiten endgültig zu verwischen: Nirgends in der zivilisierten Welt erlässt ein Verwaltungskörper medizinische Leitlinien oder Richtlinien und bedroht deren Nichteinhaltung mit Strafen, nirgends auf der Welt übernimmt dadurch ein Ministerium die Verantwortung für die Definition des aktuellen Standes des Wissens [...].“²²

Wie im Zitat angeführt, schafft der Gesetzgeber die Möglichkeit, die Einhaltung von Leitlinien sicherzustellen. Per Verordnung kann das Gesundheitsministerium eine Bundesqualitätsleitlinie zu einer Bundesqualitätsrichtlinie erheben, wodurch sie rechtliche Verbindlichkeit erlangt. Folglich kann die Nichteinhaltung der Behandlungsvorgabe einer Richtlinie mit einer Verwaltungsstrafe von € 10.000 pro Patient, im Wiederholungsfall € 20.000 belegt werden.²³ Die Strafandrohung ist nur eine Ärgernis, verglichen mit den schwerwiegenden Problemen mit den Bundesqualitätsleitlinien. Neben einer fragwürdigen Engführung auf evidenzbasierte Medizin bzw. auf das was das BIQG darunter verstehen mag²⁴, inkohärenten Kriterien für die Auswahl von Studien, die für die Erstellung von Leitlinien herangezogen werden²⁵, gilt es vor allem eine Frage zu klären: „Sed quis custodiet ipsos custodes?“²⁶ Denn es besteht durch die Kompetenzbündelung „die Möglichkeit einer flächendeckenden Einflussnahme von rein wirtschaftlichen Interessen“²⁷. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass zukünftig eine Rationierung und Selektion der Behandlungen nach rein wirtschaftlichen Interessen erfolgt.

Diese Kontroverse, die von der breiten Öffentlichkeit nunmehr unbemerkt seit Jahren im Hintergrund entbrannt ist, bedeutet eine Umstellung des Systems auf allen Ebenen. Inwieweit ökonomische Zwänge diese Umstellung des Gesundheitssystems bedingen, kann hier nicht geklärt werden. Ziel dieser Diplomarbeit ist nicht eine Diskussion über die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens, sondern die inhaltliche Beschäftigung mit denjenigen

²² SCHAFFLER, Leitlinien in Österreich: Nichts geht mehr, 5.

²³ vgl. VIRT et al., Anwendung von EBM, 3.

vgl. GQG §10 Abs. 1.

²⁴ vgl. VIRT et al., Anwendung von EBM, 5-6.

²⁵ VIRT et al., Anwendung von EBM, 11-13.

²⁶ Juvenal, Satirae VI, 347.

²⁷ VIRT et al., Anwendung von EBM, 10.

medizinischen Leitlinien, die Entscheidungen am Ende des Lebens betreffen. Aus diesem Grund muss hier von einer weiteren, allgemeinen Behandlung der formalen Aspekte und der Bedeutung von Leitlinien (etwa im Bereich des Rechtes), ihrer Verbindlichkeit (Haftung, Haftpflicht-Versicherung der behandelnden Personen) und ihrer potentiellen Instrumentalisierung (etwa vorrangig zur Mittelreduktion) abgesehen werden.

4 Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens

4.1 Sterbehilfe

„Bereits der Begriff der »Sterbehilfe« wird unterschiedlich verwendet. Er umfasst sowohl die Hilfe *zum* Sterben als auch die Hilfe *im* Sterben. Im ersten Fall bezieht er sich auf Handlungen, bei denen der Tod eines Menschen absichtlich herbeigeführt wird, im zweiten Fall auf die Begleitung und Betreuung Sterbender. In der deutschsprachigen Diskussion hat es sich weitgehend durchgesetzt, auch im ersten Fall von Sterbehilfe zu sprechen und [...] auf den Ausdruck »Euthanasie« zu verzichten.“²⁸

V. Lipp und D. Brauer verwenden dieselben Bezeichnungen, jedoch mit anderer Bedeutung. Bei ihnen steht „Hilfe im Sterben“ für die fehlende medizinische Indikation von lebenserhaltenden Maßnahmen und „Hilfe zum Sterben“ für die fehlende Einwilligung des Patienten für lebenserhaltende Maßnahmen.²⁹ Die Distinktion von „Hilfe zum“ und „Hilfe im“ Sterben ist nicht so sehr verbreitet wie die klassische Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Je nach Autor gibt es ähnliche, aber auch differierende Aussagen, wo die Grenze zwischen aktiv und passiv zu ziehen ist. Für D. Birnbacher besteht passive Sterbehilfe im Geschehenlassen des Sterbens. Dieses Geschehenlassen kann aber auch durch aktive Handlungen verwirklicht werden. Als aktive Sterbehilfe definiert er alle anderen Handlungen, die dem Patienten etwas tun.³⁰ G. Maio zieht die Grenze anhand des Intentionskriteriums. Passive Sterbehilfe geschieht bei ihm aus einer akzeptierenden Grundhaltung zum Sterben heraus. Die Sterbehilfe ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender Grund des Todes. Aktive Sterbehilfe stellt in seinem Ansatz z.B. die Tötung auf Verlangen dar. Die Handlung muss bewusst und intentional geschehen. Sie ist die einzig hinreichende, kausale Bedingung für den Eintritt des Todes.³¹

²⁸ vgl. ACH, WIESING, MARCKMANN, Sterbehilfe, 233.

²⁹ vgl. LIPP, BRAUER, Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht, 123.

³⁰ vgl. BIRNBACHER, Tun und Unterlassen, 260-261.

³¹ vgl. MAIO, Mittelpunkt Mensch, 341-344.

Eine zusätzliche Unterscheidung trifft Maio mit der „indirekten Sterbehilfe“. Dabei erfolgt die Behandlung des Patienten unter Duldung einer Verkürzung des Lebens. Die Argumentation folgt dem Prinzip der doppelten Wirkung, welches davon ausgeht, dass eine Handlung zwei Wirkungen haben kann. Für die Anwendbarkeit des Prinzips der doppelten Wirkung ist es wesentlich, ob ein Übel als Ziel oder als Mittel beabsichtigt wird, oder ob das Übel vorhergesehen und in Kauf genommen wird.³² Bei der indirekten Sterbehilfe wird der Prozess des Sterbens nicht ursächlich ausgelöst, sondern der frühere Tod wird durch die medizinische Behandlung bewusst in Kauf genommen, sofern der Schmerz- und Leidenszustand des Patienten anderweitig nicht mehr gelindert werden kann. Der zentrale Unterschied zur aktiven Sterbehilfe besteht in der Handlungsabsicht.³³

Als exemplarisch für die Infragestellung der Begrifflichkeit Sterbehilfe soll hier die Position R. Jox' dienen. Jox kritisiert primär die Unschärfe des Begriffs Sterbehilfe. Seiner Ansicht nach werden viele, in ihrem Wesen verschiedene Handlungen darunter subsumiert. Die landläufige Unterteilung in die beiden Kategorien aktiv und passiv trägt nicht zur Klärung bei, sondern erweckt falsche Assoziationen. Nach Jox ist die Sterbehilfe an die unmittelbare Sterbephase gekoppelt. Diese ist jedoch schwer zu diagnostizieren und zu charakterisieren. Außerdem ist die unmittelbare Sterbephase kein normaler Grund für die Zulässigkeit eines Therapieabbruchs, da ein solcher sinnvollerweise früher hätte stattfinden müssen.³⁴

Die Bezeichnungen „Deeskalation der Therapie“, „Einfrieren der Behandlung“ oder „Therapia minima“ stellen für Jox keine brauchbaren Alternativen dar, sind sie doch seiner Einschätzung nach nur Ausdrücke von linguistischer Kreativität, deren Schönfärberei die dahinterliegende Sache teilweise ethisch und rechtlich bedenklicher Art verdeckt. Jox plädiert stattdessen für die Verwendung des Begriffs „Änderung des Therapieziels“.³⁵

³² vgl. RICKEN, Allgemeine Ethik, 288-293.

³³ vgl. MAIO, Mittelpunkt Mensch, 345-346.

³⁴ vgl. JOX, Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens, 82-83.

³⁵ vgl. JOX, Sterben lassen, 97-98.

4.2 Begriffsdefinition

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden immer wieder verschiedene Entscheidungen am Ende des Lebens diskutiert. In der Fachliteratur treten, wie im obigen Abschnitt aufgezeigt, unterschiedliche Bezeichnungen für denselben Sachverhalt auf. Um potentielle Missverständnisse, schon die Bezeichnung „Sterbehilfe“ zwingt zu einer kritischen Nachfrage, und mögliche ungewollte Konnotationen zu vermeiden, versucht diese Arbeit in weiterer Folge, so weit es möglich ist, den Überbegriff „Sterbehilfe“ nicht zu verwenden. Stattdessen wird die Bezeichnung „Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens“, eine Übersetzung des im angloamerikanischen Raum gebräuchlichen „medical decisions concerning the end of life“, verwendet.³⁶ Für eine einheitliche und widerspruchsfreie Verwendung der einzelnen Bezeichnungen wird auf die Terminologie der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs zurückgegriffen.³⁷

4.2.1 Therapieverzicht (primärer Therapieverzicht)

„Dies bedeutet, dass ein Patient aufgrund seiner aussichtslosen Prognose nicht an die Intensivstation aufgenommen wird.“³⁸ In dieser Definition wird die intensivmedizinische Perspektive offensichtlich, daher ist sie eng gefasst. Wird diese Begriffsbestimmung weiter verstanden, so ist auch der generelle Verzicht auf eine Therapie enthalten. Bei der Intensivmedizin wird lediglich der Zwang zur Selektion deutlicher. Ein Zusatzbett am Gang, wie es auf Normalstationen als Ausnahme hingenommen werden muss, ist in der Intensivmedizin aus Platzgründen und aus Gründen der verwendeten Geräte-Technik (Beatmung, Motorspritzen, etc.) nicht möglich.

³⁶ vgl. DORNBERG, Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte. Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung, 7-8.

³⁷ vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICH, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen, 766.

³⁸ INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICH, Empfehlungen, 766.

4.2.2 Therapiebegrenzung (sekundärer Therapieverzicht)

„Dies bedeutet, dass ein bestimmtes Ausmaß Organsupportiver [sic] Maßnahmen nicht überschritten werden soll, eine Therapiesteigerung nicht durchgeführt werden soll, keine zusätzlichen Maßnahmen ergriffen werden sollen.“³⁹

Wie bei allen Entscheidungen am Ende des Lebens kann hier die fehlende Einwilligung des Patienten bzw. die fehlende medizinische Indikation die Ursache für den Therapieverzicht sein. Eine genaue Definition und Dokumentation der Limitationen ist unerlässlich. Sie müssen dem gesamten Behandlungsteam bekannt sein, damit in kritischen Situationen Unklarheiten in der Vorgehensweise vermieden werden können.

Beispiele für sekundären Therapieverzicht sind⁴⁰: Kein Einsatz oder keine Dosissteigerung von Katecholaminen. Pharmazeutika dieser Wirkstoffgruppe stabilisieren das Herz-Kreislauf-System, indem sie die Herzfrequenz steigern und den Blutdruck erhöhen⁴¹. Ferner gehört dazu der Verzicht auf Intubation, welche die Voraussetzung für eine Respiratortherapie (Beatmung) ist. Weiters fällt auch der Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation in diese Kategorie.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird diese Art von Therapieentscheidungen mit den Begriffen Do-not-escalate (DNE) bzw. Do-not-attempt-resuscitation (DNAR) bzw. Do-not-resuscitate (DNR) beschrieben.

4.2.3 Therapiereduktion

„Dies bedeutet, dass bereits begonnene intensivmedizinische und andere therapeutische Maßnahmen reduziert und/oder zurückgenommen werden.

Beispiele: Keine weitere Antibiotika-Therapie, Auslaufenlassen von Katecholaminen etc.“⁴²

³⁹ INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICH, Empfehlungen, 766.

⁴⁰ vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICH, Empfehlungen, 766.

⁴¹ vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, Katecholamine.

⁴² INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICH, Empfehlungen, 766.

4.2.4 Therapiebeendigung (Therapieabbruch)

„Dies bedeutet die uneingeschränkte Beendigung jener intensivmedizinischen Maßnahmen, die im Hinblick auf einen konkreten Krankheitsverlauf aussichtslos sind. Dies betrifft jedenfalls die Verfahren Beatmung, Katecholamin- und Vasopressorentherapie, extrakorporaler Organersatz.“⁴³ Beispiele für extrakorporalen Organersatz sind die Hämodialyse, welche die Nierenfunktion ersetzt, und die Herz-Lungen-Maschine. Die Beendigung der Beatmung erfolgt in Österreich nicht durch „terminal weaning“, das mit „tödlicher Entwöhnung“ übersetzt werden kann. Beim „terminal weaning“ wird das Beatmungsgerät abgeschaltet und der Tubus des Patienten entfernt. Der Kreislaufstillstand tritt innerhalb kurzer Zeit ein. Stattdessen wird in Österreich üblicherweise eine schonendere Vorgehensweise angewendet, indem statt reinem Sauerstoff nur mehr mit Raumluft beatmet wird. Allfällig mögliche Erstickungssymptome werden durch die präventive Gabe entsprechender Medikamente verhindert. Der klinische Tod tritt üblicherweise innerhalb weniger Tage ein.⁴⁴

Eines darf in der gesamten Diskussion der Behandlungsbegrenzungen nicht übersehen werden: Ein Therapieabbruch ist kein Abbruch der medizinischen und pflegerischen Betreuung. Aus ärztlicher Perspektive steht die Freiheit von Angst, Schmerz und Atemnot im Fokus der Bemühungen. Genauso wenig kommt es zum Abbruch der pflegerischen Maßnahmen. Die gesamte Grundpflege und eine abgestufte Behandlungspflege müssen weitergeführt werden.⁴⁵

⁴³ INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 766.

⁴⁴ vgl. Gespräch AICHINGER.

⁴⁵ vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 766f.

5 Hirntodkriterium

Ob ein Mensch seinem Tode sehr nahe ist oder soeben gestorben ist, lässt sich sehr schwer feststellen. Werden daraus Beurteilung weitreichende Konsequenzen für diese Person abgeleitet, so muss diese Frage mit äußerster Gewissenhaftigkeit geklärt werden.

Die Medizin spricht in diesem Zusammenhang von komatös, (ohne Bewusstsein) bzw. von verstorben, (tot).

R. Stoecker benennt drei Lebensbegriffe, bzw. Dimensionen, die den Raum für das menschliche Leben aufspannen. Die erste ist die phänomenale Dimension. Darunter fallen alle sinnlich wahrnehmbaren Vorgänge wie Atmung oder Herzschlag. Die zweite ist der biologische Lebensbegriff, der die biochemischen Voraussetzungen für das Leben umfasst. Die dritte Dimension ist die anthropologische. Auf den Punkt gebracht bezeichnet sie das eigene, gelebte Leben. Bis ins 20. Jahrhundert hinein ging man davon aus, dass beim menschlichen Tod alle drei Dimensionen des menschlichen Lebens nahezu gleichzeitig erlöschen.⁴⁶

Aufgrund enormer Fortschritte der iatrischen Heilkunst, besonders im Bereich der Intensiv- und Transplantationsmedizin, wurden die drei Dimensionen des Lebens und daher auch gleichzeitig die des Sterbens zeitlich voneinander getrennt. Der Herz-Kreislaufstillstand als Definition und Kriterium des Todes verlor seine Bedeutung. G. Maio nennt die französische Akademie der Medizin als eine der weltweit ersten Institutionen, die 1966 den Zeitpunkt des Todes mit dem irreversiblen Ausfall des Gehirns festsetzte.⁴⁷ Die bedeutendste Publikation zu dieser Fragestellung stammt vom „Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Death“. Mit diesem Bericht definierte das Ad Hoc Committee seine Definition des irreversiblen Komas als neues Kriterium der

⁴⁶ vgl. STOECKER, An den Grenzen des Todes – Ein Plädoyer für die moralphilosophische Überwindung der Hirntod-Debatte, 371-374.

⁴⁷ vgl. MAIO, Mittelpunkt Mensch, 282.

Todesfeststellung. Es ist im strengen Sinn keine Definition des Todes, sondern des Hirntodes. Folgende drei Symptome müssen vollständig und bedingungslos nachgewiesen sein, damit das Hirntodkriterium erfüllt ist:⁴⁸

- I. tiefes, irreversibles Koma
- II. vollständiges Fehlen der Hirnstammreflexe
- III. Verlust der Spontanatmung

Die Areflexie des Hirnstamms kann klinisch anhand folgender fünf Tests dargestellt werden⁴⁹:

1. Pupillenlichtreaktion: Normalerweise reagieren die Pupillen seitengleich und prompt auf direkte oder indirekte Beleuchtung.
2. Okulozephaler Reflex: Wird der Kopf des Patienten bewegt, so führen die Augen eine Gegenbewegung durch.
3. Hornhautreflex: Wird die Hornhaut berührt, so folgt normalerweise der Lidschluss.
4. Schmerzreaktion im Gesicht: Schmerzreize im Gesicht rufen mimische Muskelreaktion hervor.
5. Würgereflex: Wird am Tubus gerüttelt, so tritt normalerweise ein Würgereflex auf.

Fehlen alle fünf Reaktionen, so gilt der Ausfall des Hirnstamms als gesichert. Die klinischen Tests müssen über einen längeren Zeitraum hindurch wiederholt werden, der je nach Alter und Grunderkrankung des Patienten variiert. Alternativ kann der Funktionsausfall des Gehirns auch durch apparative Untersuchungen bestätigt werden. Neurophysiologische Verfahren (EEG⁵⁰, frühe akustisch-

⁴⁸ vgl. THE AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, A definition of irreversible coma, 85-86.

⁴⁹ vgl. SCHLAKE, ROOSEN, Hirntod – Tod des Menschen, 30.

⁵⁰ EEG: Die Elektroenzephalographie („Hirnstrommessung“) ist eine Methode zur Messung der elektrischen Potentialschwankungen des Großhirns mittels an der Kopfhaut angebrachter Elektroden. Dabei wird nicht die Aktivität einzelner Neuronen gemessen, sondern die Summenpotentiale von Neuronenverbänden. Ein normales EEG zeigt typische Wellenmuster. Bei der Hirntoddiagnostik wird das EEG dreißig Minuten lang

evozierte Potentiale⁵¹⁾ zeigen die fehlende Aktivität der Nervenzellen im Gehirn auf. Hirnzirkulatorische Verfahren (zerebrale Panangiographie⁵²⁾, Transkranielle Dopplersonographie⁵³⁾, Hirnperfusionsszintigraphie⁵⁴⁾ beweisen das Fehlen einer funktionierenden Hirndurchblutung.⁵⁵⁾

Sehr bald nach der Veröffentlichung des Ad Hoc Committee wurden erste kritische Reaktionen darauf publiziert, die eine bis heute andauernde Diskussion

kontinuierlich abgeleitet und es muss eine hirnelektrische Stille (Null-Linien-EEG, isoelektrisches EEG) bestehen, um das Diagnosekriterium zu erfüllen. (vgl. Pschyrembel: EEG)

⁵¹ Evozierte Potentiale sind mittels EEG ableitbare Reizantworten des Zentralnervensystems auf externe Stimulation. Bei den frühen akustisch evozierten Potentialen wird die Reaktion auf akustische Reize, typischerweise ein 80dB lautes Klickgeräusch, gemessen. Beim gesunden Menschen erkennt man fünf charakteristische Wellen. Beim hirntoten Patienten sind höchstens die ersten zwei Wellen, welche die Reizleitung in Richtung Gehirn anzeigen, vorhanden. Wenn die Wellen III – V erloschen sind, dann gilt der Hirntod als diagnostisch nachgewiesen. (vgl. Pschyrembel: Potentiale, akustisch evozierte)

⁵² Die Angiographie ermöglicht durch Injektion von Röntgenkontrastmittel in Blutgefäße deren röntgenologische Darstellung (vgl. Pschyrembel, Angiographie). Das Kontrastmittel muss mit Hilfe eines Katheters in eine der wichtigen, das Gehirn versorgenden Arterien eingebracht werden. In der Hirntoddiagnostik hat die Bedeutung und der Einsatz der Panangiographie aus folgenden Gründen abgenommen. Die Gefahr einer Beschädigung des Blutgefäßes durch den Katheder darf bei diesem invasiven Verfahren nicht unterschätzt werden. Ein weiteres Risiko birgt die obligatorische Verwendung von Röntgenkontrastmittel, denn es wird in die Hirngefäße eine Flüssigkeitssäule eingebracht, die keinen Sauerstoff transportiert. Aufgrund einer nicht ausschließbaren hypoxischen Schädigung kann das bereits schwer geschädigte Gehirn potentiell noch mehr beeinträchtigt werden. (vgl. SCHLAKE, Hirntod, 38f.)

⁵³ Mit Hilfe der Dopplersonographie, einer Form der nichtinvasiven Ultraschalldiagnostik, kann die Flussrichtung und die Flussgeschwindigkeit in arteriellen und venösen Blutgefäßen ermittelt werden. Die transkranielle Dopplersonographie misst die Blutflussgeschwindigkeit der zerebralen Blutgefäße durch den knöchernen Schädel hindurch. (vgl. PSCHYREMBEL, Dopplersonographie)

⁵⁴ Die Szintigraphie ist ein nuklearmedizinisches, bildgebendes Verfahren in der Funktionsdiagnostik. Hierbei werden radioaktive Präparate verwendet, die im Organismus aufgenommen werden und sich im Körper bzw. in bestimmten Organen anreichern. Mit der Szintigraphie kann die räumliche und/oder zeitliche Verteilung der radioaktiven Präparate im Organismus durch die Aufzeichnung der vom Körper ausgehenden radioaktiven Strahlung mit Hilfe einer Gamma-Kamera bildlich dargestellt werden (vgl. PSCHYREMBEL, Szintigraphie). Die Hirnperfusionsszintigraphie dient zur Messung der Durchblutung des Gehirns. Bei einem Totalinfarkt des Gehirns, bei dem der interzerebrale Blutkreislauf zum Erliegen gekommen ist, liefert die Szintigraphie das Abbild eines „leeren“ Kopfes, da die Radionuklide sich nicht im Gehirn anreichern können (vgl. SCHLAKE, Hirntod, 40 – 42).

⁵⁵ vgl. SCHLAKE, ROOSEN, Hirntod – Tod des Menschen, 33-42.

eröffneten⁵⁶. Hauptkritikpunkt ist nicht nur die Umdeutung des Todes in der Medizin durch die Hirntoddiagnostik, sondern die Kritik wendet sich auch dagegen, dass in das Sterben des Einzelnen insbesondere durch intensivmedizinische Maßnahmen eingegriffen wird. Es geht nicht mehr darum, den Einzelnen seinen eigenen Tod sterben zu lassen, sondern der Sterbeprozess wird künstlich verlängert. Mit der Festlegung auf den Hirntod ist es möglich, einem offiziell Toten, der jedoch noch einen funktionierenden Herz-Kreislauf hat, lebende Organe zur Implantation in andere, bedürftige Patienten zu entnehmen.⁵⁷ Es besteht ein gefühlter Widerspruch darin, jemanden als tot zu bezeichnen, der sinnlich wahrnehmbare Lebensfunktionen (z.B. Herzschlag) aufweist.

G. Maio liefert das Schlussresümee, das eigentlich auch als Eröffnung weiterer Diskurse dienen kann:

„Das Grundproblem der Hirntoddefinition besteht darin, dass die Bestimmung des Todes weit mehr impliziert als das, was lediglich durch Empirie nachgewiesen werden kann. Zwar lässt sich sagen, dass ab dem Moment des Hirnausfalls eine zentrale Voraussetzung für ein Weiterleben nicht mehr gegeben ist. Damit ist eine Irreversibilität des Sterbevorgangs eingetreten. Ob aber allein mit dem Ausfall des Gehirns schon vom Tod des Menschen gesprochen werden kann, hängt davon ab, was man unter Tod und somit auch unter Leben versteht. [...] Ob es tatsächlich legitim ist, den Hirntod als eigentlichen Tod des Menschen zu definieren, wird auch in Zukunft strittig bleiben.“⁵⁸

⁵⁶ exemplarisch seien hier angeführt:

JONAS, H., Philosophical reflections on experimentation with human subjects. *Daedalus* 98 (1969): 219-247.

JONAS, H., Gehirntod und menschliche Organbanken: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes., In: ders. *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Suhrkamp, Frankfurt 1987, 219-241.

⁵⁷ vgl. VOLLMANN, Ethische Probleme des Hirntods in der Transplantationsmedizin, 19.

⁵⁸ MAIO, *Mittelpunkt Mensch*, 282-283.

6 Herz-Lungen-Wiederbelebung

Da sich diese Arbeit primär an einen Leserkreis richtet, der üblicherweise keine medizinische oder pflegerische Ausbildung besitzt, soll noch vor dem Thema der konkreten Entscheidungsfindung in einem Exkurs erläutert werden, worum es sich bei einer cardio-pulmonalen Reanimation (CPR) handelt. Die CPR scheint fast jedem Menschen in der westlichen Hemisphäre bekannt zu sein. In Österreich sind beispielsweise grundlegende Wiederbelebungsmaßnahmen Teil der verpflichtenden Erste-Hilfe Unterweisung, die für den Erwerb einer Lenkerberechtigung und folglich des Führerscheins notwendig ist. Im Repertoire der TV-Drehbuchautoren ist die CPR ein fixer Bestandteil. In dramatischen Bildern werden Wiederbelebungsmaßnahmen gezeigt, die oft von Erfolg gekrönt sind. Eine mittlerweile in die Jahre gekommene Studie hat populäre TV-Krankenhausserien der 1990er (Emergency Room, Chicago Hope und Rescue 911) auf den outcome der dargestellten TV-CPR hin untersucht. Dabei sind die Autoren zu folgendem Ergebnis gekommen (jeweils in Prozent der dargestellten Fälle):⁵⁹

Short-Time Survival (Wiedererlangung eines Spontankreislaufs): 77%

Survival To Discharge (Patient kann aus KH entlassen werden): 37%

Im Vergleich dazu die Fakten von Studien, bei denen reale Ergebnisse von Herz-Lungen-Wiederbelebung zu Grunde liegen.

Die Inzidenz, das ist die Anzahl der Neuerkrankungen, für einen Kreislaufstillstand im Krankenhaus liegt bei 1 bis 5 Fällen pro 1000 Aufnahmen in ein KH.⁶⁰ M. Peberdy et al. haben 14720 Fälle von Kreislaufstillständen bei Erwachsenen untersucht, welche im NRCPR (National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation) erfasst wurden. Das NRCPR dokumentiert intramurale, das sind im Spital stattfindende, CPR-Ereignisse aus 210 teilnehmenden US-amerikanischen

⁵⁹ vgl. DIEM, LANTOS, TULSKY, Cardiopulmonary Resuscitation on Television — Miracles and Misinformation, 1578-1582.

⁶⁰ vgl. SANDRONI, NOLAN, CAVALLARO et al., In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival, 237.

Krankenhäusern.⁶¹ Ein Kreislaufstillstand im Krankenhaus stellt den Optimalfall dar, da nur hier die notwendigen Ressourcen für eine unverzügliche, alle Möglichkeiten ausschöpfende Herz-Lungen-Wiederbelebung gegeben sind. Einer der wichtigsten Faktoren für das Überleben ist die Minimierung der Zeitspanne zwischen Eintritt des Kreislaufstillstandes und dem Beginn der CPR. Aus diesem Grund ist die Überlebenswahrscheinlichkeit im KH wesentlich höher als bei extramuralen Kreislaufstillständen. Nach M. Peberdy et al. erlangen in 44% der Fälle die Patienten wieder einen eigenständigen Spontankreislauf.⁶² Dieser Erfolg ist oft nicht bleibend, da zwischen 25-67% der Patienten mit Spontankreislauf innerhalb der folgenden 24 Stunden versterben.⁶³ In 17% der im NRCPR erfassten Fälle können die Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden.⁶⁴ Sandroni et al. geben in ihrer Metastudie aus dem Jahr 2006 eine Überlebenswahrscheinlichkeit bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus nach einem im Krankenhaus aufgetretenen Kreislaufstillstand mit ungefähr 20% an. Generell hängt die Überlebenswahrscheinlichkeit sehr stark von den Komorbiditäten ab. Je höher die Anzahl und die Schwere der gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen ist, umso geringer wird die Wahrscheinlichkeit, einen Kreislaufstillstand auf längere Zeit hin zu überleben.⁶⁵

Es zeigt sich, dass die Erfolge einer CPR in den Medien überzeichnet sind und die Überlebenswahrscheinlichkeit in der Realität wesentlich geringer ist. Zwischen filmischer Darstellung und dem Alltag klafft eine Lücke von 33%. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn beim betroffenen Patienten und dessen Angehörigen eine unrealistische Vorstellung über den Erfolg einer CPR entsteht. Die Aufklärung über den realen outcome der CPR ist bei der Ermittlung des Patientenwillens eine

⁶¹ vgl. PEBERDY, KAYE, ORNATO et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation, 301.

⁶² vgl. PEBERDY et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital, 303.

⁶³ vgl. SANDRONI et al., In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival, 238.

⁶⁴ vgl. PEBERDY et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital, 303.

⁶⁵ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung bei Cardiopulmonaler Reanimation (CPR), 6.

grundlegende Voraussetzung, um eine gemeinsame Gesprächsbasis zwischen Arzt und Patient zu schaffen. Eine physiologisch erfolgreiche Reanimation bedeutet sehr oft nicht die (un)mittelbare Erlangung des Gesundheitszustands vor dem Eintritt des Kreislaufstillstands. In der Leitlinie der Vinzenzgruppe sind mögliche Aus- und Nebenwirkungen einer erfolgreichen CPR aufgelistet.

„Brustschmerzen (bis hin zu Verletzungen der Rippen) aufgrund der Thoraxkompression, eine Schädigung des Hirns aufgrund des Sauerstoffmangels, die Belastung durch eine endotracheale Intubation und Ventilation, äußerliche Verbrennungen durch die Defibrillation sowie negative Wirkungen der Medikation. Im Extremfall kann eine wirksame CPR darin enden, dass der Patient einen persistierenden vegetativen Status (apallisches Syndrom) entwickelt (12, 14, 15).“⁶⁶

Die Auflistung der Nebenwirkungen soll keinesfalls eine Herabwürdigung der CPR bedeuten. Folgt man dem Prinzip des informed consent, so ist auch eine Aufklärung über potentiell negative Auswirkungen geboten. Gebrochene Rippen, Halsschmerzen und unerwünschte Arzneimittelwirkung haben realistisch gesehen wohl einen geringen Effekt auf die Entscheidung contra CPR. Immerhin bedeutet jede erfolgreiche Reanimation ein gerettetes Leben. Nach M. Peberdy et al. besitzen 85,1% der Patienten, die nach einer CPR aus dem Krankenhaus entlassen werden, keine bis mäßige neurologischen Spätfolgen.⁶⁷ Von hundert Patienten, die im Krankenhaus einen Kreislaufstillstand erleiden, können also ca. 15 Patienten in einem guten Gesundheitszustand entlassen werden.

Zur Ehrenrettung der TV-Drehbuchautoren darf die Entwicklung im letzten Jahrzehnt nicht unterschlagen werden. D. Harris und H. Willoughby haben 2009 die Studie von S. Diem et al. in einer adaptierten Form wiederholt. In ihrer Untersuchung stützen sie sich auf die Serien Casualty, Emergency Room, Grey's Anatomy und Holby City. Dabei errechneten sie, dass in 46% der dargestellten Fälle die Patienten wieder einen Spontankreislauf erlangten.⁶⁸ Die Differenz zu den

⁶⁶ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 7.

⁶⁷ vgl. PEBERDY et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital, 240.

⁶⁸ vgl. HARRIS, WILLOUGHBY, Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama, 1276.

vorher im Text angeführten, von Peberdy et al. ermittelten, 44% beträgt nur mehr 2%. Es zeigt sich, dass die Realitätsnähe der TV-Darstellungen zugenommen hat und sich die Erfolgsraten im Fernsehen der Wirklichkeit angleichen.

7 Rechtliche Ausgangslage

In diesem Abschnitt sollen die rechtlichen Eckpunkte aufgezeigt werden, innerhalb deren sich der Entscheidungsfindungsprozess für medizinische Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, bewegen muss. In Anbetracht der theologisch-ethischen Natur dieser Arbeit werden nur Grundzüge präsentiert, die das Verständnis erleichtern sollen. Für eine genauere Darstellung sei auf die in den Referenzen angeführte Literatur verwiesen.

7.1 Autonomie des Patienten

Einen Kernbereich der Patientenrechte stellen die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen dar. Jede Person hat nach der Patientencharta des Weltärztebundes das Recht auf freie Arztwahl, Aufklärung und Selbstbestimmung.⁶⁹ Das Recht auf die freie Arztwahl ergibt sich streng genommen aus dem Recht auf Selbstbestimmung.

7.1.1 Aufklärung

Das Recht auf Aufklärung beinhaltet folgende Bereiche: Diagnose, Verlauf, Risiko (Therapie), Medikamentenwirkung und Nichtbehandlung.⁷⁰ Im (leider) hypothetischen Idealfall weiß der Patient nach dem Aufklärungsgespräch, woran er erkrankt ist und welchen Verlauf seine Erkrankung nehmen wird und wie deren Behandlung ablaufen soll. Die Risikoauflklärung beinhaltet das Behandlungsrisiko, d.h. die Komplikationen, die auftreten können, in sinnvoller Art und Weise aber nur bis zu einem bestimmten Grad an Eintrittswahrscheinlichkeit. Analog gilt dies für die Aufklärung über die Medikamentenwirkung. Nicht zu vergessen ist die Information über die Auswirkungen für den Patienten im Falle einer Nichtbehandlung der Erkrankung. Der Arzt muss beim Aufklärungsgespräch den Detailgrad der Aufklärung sorgfältig abwägen, damit er durch eine Unter- bzw.

⁶⁹ vgl. WORLD MEDICAL ASSOCIATION, WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/> (Stand: 01.07.2014).

⁷⁰ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht. Eine zusammenfassende Darstellung mit Fallbeispielen und Texten, 85-87.

Überinformation keinen Schaden anrichtet. Neben einer mangelhaften Aufklärung gibt es auch den Tatbestand der Überaufklärung durch den Arzt. Dieser ist erfüllt, wenn der Patient aufgrund zu umfassender Aufklärung selbst Schaden nimmt.⁷¹

7.1.2 Einwilligung

Eine essentielle Voraussetzung für die Legitimität einer medizinischen Heilbehandlung ist die Einwilligung des einsichts-, urteils- und äußerungsfähigen Patienten. Die Einwilligung umfasst drei Hauptpunkte: Eingriff, Gefahr, Ausforschung. Erstens muss der Therapie oder dem Eingriff selbst zugestimmt werden, damit ein juristischer Rechtfertigungsgrund für die Heilbehandlung vorliegt. Bei der „Gefahr“ willigt der Patient rechtlich gesehen nicht in die möglichen Komplikationen ein, sondern er verzichtet auf Ersatz, falls diese eintreten. Der dritte Punkt bedeutet eine Zustimmung zur Erhebung seiner Daten, auch wenn diese seine Intimsphäre berühren. Für Marginalien muss die Einwilligung des Patienten nicht explizit eingeholt werden, sondern es reicht eine schlüssige Form der Einwilligung. Dazu reicht ein Geschehenlassen oder Mitwirken an der Behandlung aus.⁷²

Dem fundamentalen Rechtsgut Selbstbestimmung, welches sehr eng mit der Menschenwürde verknüpft ist, kommt eine außerordentlich hohe Bedeutung zu.⁷³ Ein Arzt ist für alle Handlungen, die er gegen den Willen eines eigenverantwortlichen Patienten setzt, legitimierungspflichtig. Unterlässt er Handlungen auf Wunsch des Patienten, muss er sich dafür nicht rechtfertigen.⁷⁴ Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten geht bis an die Grenzen des Lebens und darüber hinaus. Ein Arzt darf sich nicht über eine Verweigerung der Behandlung durch den Patienten hinwegsetzen. Eine Berufung auf das Rechtsgut Leben ist frustan, da er als Arzt kein uneingeschränktes Recht auf die

⁷¹ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 85-87

⁷² vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 79-81.

⁷³ vgl. DIRKSEN, Arzt, Patient und Gewissen – Handlungspflicht oder Ablehnungsfreiheit?, 58.

⁷⁴ vgl. BRANDSTETTER, Die Begrenzung medizinischer Behandlungspflicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, 47.

Lebenserhaltung des Patienten geltend machen kann.⁷⁵ Lebensrettende Maßnahmen dürfen vom Patienten abgelehnt werden, falls seine Einwilligungsfähigkeit vorliegt und Ablehnung explizit zum Ausdruck gebracht wurde.

„Im Extremfall läuft dies darauf hinaus, daß man, so schwer einem das als Arzt fallen wird, einen Patienten sehenden Auges sterben lassen muß. Das ist eben letztlich die Konsequenz des Rechts des Patienten dem natürlichen Geschehensablauf einfach nichts in den Weg stellen zu lassen und selbst zu bestimmen, was an ihm mit welchen Methoden gemacht werden darf.“⁷⁶

Nur in gravierenden Ausnahmesituationen, wie z.B. bei Seuchengefahr, sind Behandlungen auch gegen den Willen des Patienten erlaubt bzw. auch geboten.⁷⁷ Zur Sicherung des Gemeinwohls stellt sich der Staat über den Einzelnen und dessen Selbstbestimmungsrecht. Einen weiteren Sonderfall stellen psychische Erkrankungen dar, durch die eine ernstliche und erhebliche Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Erkrankten selbst oder für das Leben oder die Gesundheit anderer gegeben ist.⁷⁸ Die rechtlichen Grundlagen dafür sind im Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten kodifiziert.⁷⁹

7.1.2.1 Nichteinwilligungsfähigkeit

Ist ein Patient auf Dauer nicht äußerungs-, einsichts- und urteilsfähig, und ist keine Besserung zu erwarten, so ist für eine vom Gericht berufene, gesetzliche Vertretung zu sorgen, welche die Interessen des Patienten wahrnimmt.⁸⁰ Hat ein nichteinwilligungsfähiger Patient seinen Patientenwillen nicht dokumentiert, so ist der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln. Aufgrund seiner Mutmaßlichkeit hat er natürlich nicht die gleiche Rechtsverbindlichkeit wie z.B. eine beachtliche Patientenverfügung. Eine besondere Rolle spielen dabei die Angehörigen des

⁷⁵ vgl. DIRKSEN, Arzt, Patient und Gewissen, 58f.

⁷⁶ BRANDSTETTER, Begrenzung medizinischer Behandlungspflicht, 47f.

⁷⁷ vgl. MARZI, Patienten im Krankenhaus, 15.

⁷⁸ vgl. UNTERBRINGUNGSGESETZ, § 3.

⁷⁹ vgl. UNTERBRINGUNGSGESETZ, insbes. §§35-37.

⁸⁰ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 83.

Patienten. Sie können und dürfen nicht an Stelle des Kranken entscheiden. Ihre Aufgabe besteht im Geben der Auskunft über den mutmaßlichen Willen des Kranken. Dies geschieht z.B. durch Einblick in Schriftstücke des Patienten⁸¹ oder auch mittels Erinnerung an mündliche Aussagen.⁸²

7.1.3 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist ein Rechtsinstrument zur rechtlich verbindlichen Willensbekundung, welches bei Verlust der Einsichts-, Urteils- und auch Äußerungsfähigkeit wirksam wird⁸³. Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen. Die Formalkriterien für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung sind hoch. Die Errichtung muss vor einem Rechtsanwalt, Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung erfolgen,⁸⁴ der eine umfassende ärztliche Aufklärung über die medizinischen Behandlungen vorangehen muss⁸⁵. Nach fünf Jahren verliert die Patientenverfügung automatisch ihre Gültigkeit und muss unter Einhaltung der im Text vorangegangenen formalen Bestimmungen erneuert werden. Verliert jedoch der Patient innerhalb dieser fünfjährigen Frist aus gesundheitlichen Gründen die Urteils-, Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit, so bleibt seine verbindliche Patientenverfügung auch nach dem Ablauf der Frist uneingeschränkt gültig.⁸⁶ Als beachtlich gilt eine Patientenverfügung dann, wenn sie nicht alle Formalkriterien für eine verbindliche Patientenverfügung erfüllt⁸⁷. Die hohen juristischen Anforderungen an die Errichtung einer Patientenverfügung dürften ein bedeutender Grund für den geringen Verbreitungsgrad von Patientenverfügungen sein. Als Beispiel sei hier die interne Intensivstation im Krankenhaus der Elisabethinen in Linz angeführt. Von den rund tausend Patienten, die jährlich auf

⁸¹ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 83.

⁸² vgl. Gespräch AICHINGER.

⁸³ vgl. PATIENTENVERFÜGUNGS-GESETZ §2.

⁸⁴ vgl. ebd. §6.

⁸⁵ vgl. ebd. §5.

⁸⁶ vgl. MARZI, Patienten im Krankenhaus, 16f.

⁸⁷ vgl. PATIENTENVERFÜGUNGS-GESETZ §8.

dieser Station betreut werden, haben nur drei Patienten eine derartige Verfügung errichtet.⁸⁸ Das entspricht einem Verbreitungsgrad von drei Promille.

7.2 Die Rolle des Arztes

Das Handeln des Arztes bewegt sich zwischen den beiden Extremen Behandlungspflicht und eigenmächtiger Heilbehandlung.

Die Behandlungspflicht des einzelnen Arztes ergibt sich, wenn nicht schon aus dem ärztlichen Selbstverständnis heraus, durch die Paragraphen 48 und 49 des Ärztegesetzes. Nach § 48 ÄrzteG darf ein Arzt bei drohender Lebensgefahr die Erste Hilfe nicht verweigern. Paragraph 49 befasst sich mit der Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden. Für die Behandlungspflicht bedeutend ist Absatz 1, in dem festgeschrieben ist, dass ein Arzt verpflichtet ist, jede Person gewissenhaft zu betreuen, die er in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommen hat.

Das andere Extrem ist die Eigenmächtige Heilbehandlung. Diese liegt vor, wenn jemand ohne dessen Einwilligung behandelt wird. Die Strafandrohung reicht bis zu einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten, oder bis zu einer Geldstrafe von 360 Tagessätzen. Die eigenmächtige Heilbehandlung ist kein Officialdelikt, sie wird nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten verfolgt.⁸⁹

7.3 Aktive Sterbehilfe

Aus Gründen der Vollständigkeit soll hier noch kurz Bezug auf die aktive Sterbehilfe genommen werden, auch wenn sie den Inhalt dieser Arbeit nur bedingt betrifft. Der österreichische Gesetzgeber verbietet aktive Sterbehilfe. Er unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Tötung auf Verlangen⁹⁰ und

⁸⁸ vgl. Gespräch AICHINGER.

⁸⁹ vgl. StGB §110

⁹⁰ StGB § 77: Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Mitwirkung am Selbstmord⁹¹, je nachdem welche Person die Tatherrschaft innehat. Beim Strafmaß verzichtet der Gesetzgeber jedoch auf eine Unterscheidung, denn beide Delikte werden mit dem gleichen Strafmaß von mindestens sechs Monaten bis höchstens fünf Jahren Freiheitsstrafe belegt.

⁹¹ StGB § 78: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

8 Informed Consent und Patientenwille

8.1 Informed Consent

Der Informed Consent ist sehr eng mit dem Willen des einzelnen Patienten verwoben. Die Selbstbestimmungsaufklärung, so der juristische Begriff für den Informed Consent, stellt in der Gegenwart eine unabdingbare rechtliche Voraussetzung für die Erlaubtheit einer jeden Untersuchung oder Behandlung dar, welche die psychische und physische Integrität des einzelnen Menschen berührt.⁹²

8.1.1 Historische Entwicklung

Die Zustimmung des Patienten zu einzelnen ärztlichen Handlungen ist eine späte Entwicklung in der Geschichte der Medizin. Bis ins 20. Jahrhundert hinein war der Gedanke an die Ablehnung einzelner Behandlungen durch den Patienten nebensächlich. Die Hauptsorge der Patienten galt eher dem Problem, ob sie sich überhaupt in die Hände eines Arztes begeben sollen. Die fehlende allgemeine Sozialversicherung machte für die Mehrheit der Bevölkerung jeden Arztbesuch zu einer finanziellen Herausforderung. Ein entsprechender Leidensdruck und eine gesicherte Finanzierung waren Grundvoraussetzung dafür, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Die großen Veränderungen in der Gesellschaft, Stichwort Sozialversicherung, und die immensen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft machten den Weg frei für die medizinische Versorgung breiter Gesellschaftsschichten in der sogenannten Ersten Welt. Der massive quantitative Anstieg von Heilbehandlungen, und deren verbesserte Qualität erzeugten eine Vielzahl neuer Probleme. Eines davon war das Aufkommen von Schadenersatzansprüchen nach medizinischen Kunstfehlern. Aus der Rechtssprechung heraus bildete sich das Modell des Informed Consent. Die paternalistische Entscheidung des Arztes über die notwendigen Behandlungsschritte und deren kunstgerechte Durchführung (*lege artis*) wurden für nicht mehr ausreichend angesehen, so dass eine Aufklärung über Risiken und

⁹² vgl. HELMCHEN, KANOWSKI, LAUTER, Ethik in der Altersmedizin, 141.

mögliche negativen Folgen der Behandlung für den Patienten nicht mehr ausbleiben durfte. Die Autonomie des Patienten gelangte in den Fokus des Diskurses. Erst durch immer wiederkehrende Gerichtsurteile seitens der Rechtssprechung konnte das Modell der aufgeklärten Einwilligung etabliert werden. Im klinischen Umfeld tauchte dafür der Begriff Informed Consent im Bundesstaat Kalifornien erstmals 1957 auf.⁹³ Das drohende Damoklesschwert von Schadenersatzforderungen erzwang die neue Art des Miteinanders von Arzt und Patient. Noch heute wird von vielen Ärzten der Informed Consent nicht geschätzt, da sie sich bevormundet und in ihrer Expertise begrenzt fühlen.⁹⁴

8.2 Aufbau des Informed Consent

Der informed consent ist ein medizinethisches Entscheidungsmodell, das auf der Arbeit von Tom Beauchamp und dessen Frau Ruth Faden basiert. In Zusammenarbeit mit James Childress hat Beauchamp diesen Ansatz verbessert, dem in ihrem Standardwerk „Principles of biomedical ethics“ breiter Raum gewidmet wird. Der informed consent beschreibt die Bedingungen unter denen ein Mensch eine freie und selbstbestimmte Entscheidung treffen kann:⁹⁵

⁹³ JEFFORD, MOORE, Improvement of informed consent and the quality of consent documents, 485.

⁹⁴ vgl. GIESE, Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit das Modell des "informed consent" in der Diskussion, 16.

⁹⁵ BEAUCHAMP, FADEN, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, 118.
vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 124.

I. Voraussetzungen

1. Fähigkeit (zu verstehen und zu entscheiden)
2. Freiwilligkeit des Entscheidens

II. Informationen

3. Erläuterung (der relevanten Informationen)
4. Empfehlung (einer Vorgehensweise)
5. Verständnis (der Elemente 3 und 4)

III. Einwilligung

6. Entscheidung für eine Therapie
7. Autorisierung der ausgewählten Therapie

8.2.1 Vorbemerkung: Die zwei Bedeutungen des Informed Consent

Der Informed Consent entstammt, wie oben aufgezeigt, einem juristischen Kontext. In der Literatur und auch in der allgemeinen Praxis haben sich zwei Sichtweisen bezüglich des Informed Consent etabliert.

Eine Sichtweise betont die juristische und institutionelle Natur des Informed Consent. Der Fokus wird auf die Legitimation einer medizinischen Intervention gelegt, welche den juristischen und auch den institutionellen Vorgaben, z.B. von Krankenhausträgern erlassenen Richtlinien, entspricht. Die rechtsgültige Unterschrift des Patienten bzw. dessen Vertreters auf dem Aufklärungs- bzw. Einwilligungsformular wird das entscheidende Kriterium für den Informed Consent.⁹⁶

Die andere Sichtweise betont die selbstbestimmte Autorisierung einer medizinischen Intervention durch den Patienten. Hier steht nicht die Rechtsgültigkeit im Vordergrund, sondern die Bedingungen, unter welchen ein Mensch eine freie und selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. Das lässt sich

⁹⁶ vgl. BEAUCHAMP, FADEN, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, 119-120.

vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 122-124.

mit einem simplen Auflisten von Behandlungsziel und dessen Nebenwirkungen durch den Arzt natürlich nicht erreichen. Vielmehr sind ein umfassendes Verständnis und die Unabhängigkeit von sozialen Zwängen grundlegend für eine autonome Entscheidung und deren Schutz.⁹⁷

8.2.2 Voraussetzungen

Beauchamp und Childress kategorisieren Kompetenz und Freiwilligkeit wörtlich mit „threshold“ (dt. Schwelle), da diese beiden Elemente als unabdingbare Voraussetzungen für eine autonome Entscheidung des Patienten gelten.⁹⁸

8.2.2.1 Fähigkeit zu verstehen und zu entscheiden

Die Fähigkeit zu verstehen und zu entscheiden hängt nicht von einem einzelnen Kriterium ab, sondern beruht auf verschiedenen Faktoren. Die Kompetenz hängt von der zugrundeliegenden Sache ab, über die entschieden werden soll. Weiters ist sie davon beeinflusst, wie schnell entschieden werden muss, ob z.B. eine lebensbedrohliche Situation entstehen kann, wenn mit der Entscheidung zugewartet wird. Ebenfalls sind die kognitive Kapazität und intellektuelle Fähigkeiten bestimmend für die Entscheidungskompetenz. Gerade die letztgenannten Faktoren können durch Intoxikation, psychische Erkrankung sowie emotionale Ausnahmesituation so weit eingeschränkt werden, dass eine Entscheidungsfindung verhindert wird. In diesem Fall muss auf ein stellvertretendes Entscheidungsinstrument zurückgegriffen werden.

Die Einwilligungsfähigkeit hängt immer von einer konkreten Entscheidungssituation ab. Daher können Patienten für gewisse Maßnahmen entscheidungskompetent und einwilligungsfähig sein, für eine andere allerdings nicht.⁹⁹ So können Patienten mit schwerer Demenz sehr wohl fähig sein, über die Darreichungsform eines Medikaments zu entscheiden, wenn z.B. die Wahl

⁹⁷ vgl. BEAUCHAMP, FADEN, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, 119.

vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 122.

⁹⁸ vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 124.

⁹⁹ HELMCHEN et al., Ethik in der Altersmedizin, 143.

zwischen Tropfen oder Tabletten möglich ist. Jedoch kann derselbe Patient nicht mehr kompetent genug für eine Entscheidung über die Einwilligung für eine indizierte Operation sein, falls er nicht mehr die Tragweite der Entscheidung überblicken kann. Aufgrund der schwierigen Objektivierbarkeit von Kompetenz, die, wie vorher gezeigt, von vielen Umständen beeinflusst ist, wird meist auf ein Ausschlusskriterium Bezug genommen. H. Helmchen formuliert diesen Umstand treffend:

„Dazu kommt in der klinischen Praxis noch das Problem, in welcher Weise denn das Vorliegen oder Fehlen dieser unscharfen Kriterien beim konkreten Patienten festgestellt werden kann. Verschiedene Ärzte können zu unterschiedlichen Einschätzungen der Einwilligungsfähigkeit kommen. Zu der Kriteriumsvarianz tritt also eine Beobachtungsvarianz.“¹⁰⁰

Es wird daher nicht gefragt, ob ein Patient kompetent ist, sondern ob er nicht mehr für diese Entscheidungssituation kompetent ist. Aus pragmatischen Gründen wird die Kompetenz des Patienten oft nur dann in Frage gestellt, wenn sich der Wille des Patienten gegen den ärztlichen Rat richtet.¹⁰¹

8.2.2.2 Freiwilligkeit des Entscheidens

Eine ähnlich komplizierte Situation ergibt sich für die Freiwilligkeit der Einwilligung. Primär muss geklärt werden, welches Konzept von Autonomie überhaupt zu Grunde gelegt wird, damit ein Kriterium für die Unterscheidung von freiwillig und nicht mehr freiwillig gegeben ist.

Beauchamp und Childress verwenden eine enge Definition von Freiwilligkeit. In ihrer Bestimmung handelt eine Person dann freiwillig, wenn sie nicht unter der Kontrolle bzw. Macht einer Person oder eines anderen Umstandes steht.¹⁰² Im medizinethischen Umfeld sind besonders Krankheitsfolgen von psychiatrischen Erkrankungen, degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems und Drogenabhängigkeit zu erwähnen.

¹⁰⁰ HELMCHEN et al., Ethik in der Altersmedizin, 143.

¹⁰¹ vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 114-120.

¹⁰² vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 138.

Die Freiwilligkeit kann nur durch die möglichst genaue Kenntnis der persönlichen Situation des Patienten abgeschätzt werden, da sie eben nicht nur von äußeren Faktoren, sondern auch von den psychischen und sozialen Umständen abhängt.¹⁰³ Für C. Giese besteht die Bedingung der Freiwilligkeit hauptsächlich darin, dass ungerechtfertigte Einflussnahmen unterbunden worden sind. Für sie existiert auch die Möglichkeit einer gerechtfertigten Einflussnahme, vor allem, um Patienten von einer für sie nachteiligen Entscheidung abzubringen.¹⁰⁴ Damit vertritt sie eine Definition, die dem Standpunkt von Beauchamp und Childress widerspricht. In deren medizinethischem Standardwerk, den „Principles of Biomedical Ethics“, gestehen sie jedoch die Faktizität einer realen Entscheidungssituation ein, die von konkurrierenden Einflussfaktoren wie persönlichen Wünschen, familiären Zwängen, rechtlichen Verpflichtungen und institutionalisiertem Druck beeinflusst sind. Nach ihrer Einschätzung kontrollieren diese Faktoren eine Entscheidung gewöhnlich nicht in einem moralisch bedenklichen Ausmaß. Es mag die Vermutung aufkommen, als würden sie die akademische Diskussion im Angesicht ihrer praktischen Relevanz als nicht mehr verhältnismäßig ansehen.¹⁰⁵

8.2.3 Informationen

8.2.3.1 Erläuterung der relevanten Informationen

Im institutionellen und juristischen Umfeld wird der Aufklärung des Patienten höchste Priorität beigemessen und der Informed Consent auf diese reduziert. Eine Totalaufklärung, über alle Risiken und Behandlungsfolgen für den Patienten, widerspricht dem ethischen Anspruch des Informed Consent. Beauchamp und Childress definieren für die Erläuterung der relevanten Informationen folgende fünf Punkte.¹⁰⁶

¹⁰³ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 33.

¹⁰⁴ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 34.

¹⁰⁵ vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 139.

Im Wortlaut: „Nevertheless, it is easy to inflate control by manipulation beyond its actual significance in health care. [...] These influences usually do not control decisions to a morally worrisome degree.“

¹⁰⁶ vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 125.

- Fakten und Beschreibungen, die der Patient für essentiell erachtet
- Information, die der Aufklärende für essentiell hält
- Falls vorhanden: Therapieempfehlung des Aufklärenden
- Zweck der Einholung der Zustimmung
- Die Art und die Grenzen der Einwilligung als eine Ermächtigung zur Intervention.

Der Verzicht des Patienten auf Aufklärung und das noch zu erläuternde „therapeutische Privileg“ stellen zwei Problemsituationen dar, die hier nicht übergangen werden sollen.

In gewissen Situationen braucht die Einwilligung des Patienten nicht eingeholt zu werden. Die unumstrittene Situation ist der medizinische Notfall.¹⁰⁷ Hier kommt das Prinzip „in dubio pro vita“ zum Tragen. Das fundamentale Gut des Lebens wird höher bewertet als die freie Willensentscheidung. Damit wird jedoch nicht eine ständige Aushöhlung der Autonomie beabsichtigt, viel mehr dient die Rettung des Lebens der Wiedererlangung der Fähigkeit des Patienten zu einer freien Willensentscheidung, auch wenn dieser in Folge weitere Behandlungsschritte ablehnen sollte.

Unter bestimmten Umständen kann es vorkommen, dass Patienten bewusst auf die Risikoaufklärung verzichten. S. Reiter-Theil und W. Hiddemann beschreiben Bedingungen für diese Konstellation:

„Demgegenüber ist das Recht des Patienten auf „Nichtwissen“ im Bewußtsein der Ärzte nur wenig verankert. Dieses darf nicht mit der aus alter Tradition bekannten sog. barmherzigen Lüge gegenüber dem unheilbar Kranken verwechselt werden, dem aus Schonung, aber nach alleiniger paternalistischer Entscheidung des Arztes, die „Wahrheit“ vorenthalten wird. Vielmehr geht es beim Recht auf Nichtwissen um eine vom Patienten selbst gesteuerte und zu verantwortende Entscheidung, auf die Information über nähere Details, beispielweise Narkoserisiken bei einer bereits beschlossenen Operation, zu verzichten.“¹⁰⁸

¹⁰⁷ BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 127.

¹⁰⁸ REITER-THEIL, HIDDEMAN, Patientenautonomie statt Paternalismus, 195.

Eine akzeptierte Situation ist jedoch aus ethischer Sicht potentiell problematisch, wenn der Patient von sich aus auf die Aufklärung verzichtet und dabei trotzdem seine Einwilligung gibt.

Eine umstrittene Situation ist das therapeutische Privileg, eine Form der absichtlichen Nicht-Aufklärung. In der Fachliteratur versteht man unter dem therapeutischen Privileg, dass dem Patienten eine Aufklärung im gewöhnlichen Umfang aufgrund seiner psychischen und physischen Konstitution nicht zumutbar ist und daher eine Gefahr für Leib und Leben des Patienten darstellen würde.¹⁰⁹

C. Giese lehnt die Anwendung des therapeutischen Privilegs ab. Sie bezeichnet es als Einfallstor des Paternalismus, wobei sie gewisse Formen des schwachen Paternalismus für zulässig hält. Darunter fällt die Anzweiflung der Entscheidungskompetenz des Patienten oder die Ermutigung zur Übertragung der Entscheidung auf den behandelnden Arzt. Eine Verheimlichung des Zustandes helfe nicht, da der Patient sehr wohl spüre, wie ernst es um seine Gesundheit steht.¹¹⁰

8.2.3.2 Empfehlung

Eine auffällige Leerstelle in der medizinethischen Literatur gibt es zur Therapieempfehlung durch den Arzt.

8.2.3.3 Verständnis (der Erläuterung und der Aufklärung)

„Schwieriger ist es dagegen festzulegen, welches Maß an Verständnis der medizinischen Information nötig ist, um eine Zustimmung noch als sittlich gerechtfertigte, autonome Entscheidung ansehen zu können. Um ein rein legalistisches Vorgehen auszuschließen, [...], bedarf es weiterer Kriterien.“¹¹¹

Wie die Entscheidungskompetenz stellt auch das Verständnis des Patienten eine Herausforderung dar. Wie weit muss die Einsicht des Patienten reichen, damit noch von einer moralisch gerechtfertigten Einwilligung gesprochen werden kann?

¹⁰⁹ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 50.

vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 127-131.

¹¹⁰ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 60.

¹¹¹ GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 31.

Beauchamp und Childress wählen wie schon bei der Freiwilligkeit einen minimalen Ansatz. Ihrer Ansicht nach ist ein umfassendes Verständnis nicht notwendig, da dieses nur in Sonderfällen erreicht werden kann und für einen durchschnittlichen Patienten eine zusätzliche Belastung darstellt. Vielmehr reicht ein substantielles Verständnis der zentralen Fakten aus, um eine Entscheidung treffen zu können. Das Verstehen der Diagnosen, der Prognosen, der Art und des Zwecks der Intervention, der alternativen Behandlungsmöglichkeiten, der Risiken und Vorzüge der Intervention und das Verstehen der Behandlungsempfehlung sind essentiell. Der Umfang des Verständnisses braucht nur so weit zu reichen, wie die Therapeuten es für notwendig erachten.¹¹²

Ein ernüchterndes Bild über das Verständnis in der klinischen Praxis zeigt eine im Jahre 2001 in Boston durchgeführte Untersuchung von S. Joffe et al., welche die Qualität des Informed Consent bei klinischen Studien in der Krebsforschung analysiert. So zeigten sich 90% (n=186) der Patienten zufrieden mit der Aufklärung und glaubten, gut informiert zu sein. Trotzdem wussten 74% der Patienten nicht, dass nicht Standard-Behandlungen Teil der Studie waren. Die Unkenntnis über das erhöhte allgemeine Risiko lag bei 63%; 70% der Patienten waren sich der unbewiesenen und experimentellen Eigenschaften der Behandlungen nicht bewusst.¹¹³ Dieser Auszug aus den Ergebnissen der Studie zeigt, wie gering das tatsächliche Verständnis der Patienten ist, obwohl man gerade im Umfeld einer klinischen Studie annehmen kann, dass die Aufklärungs- und Einwilligungsmodalitäten besonders hohen Standards unterliegen. M. Tattersall zeigt in einer weiteren Untersuchung auf, dass es sich bei Joffes Ergebnissen durchaus nicht um einen statistischen „Ausreißer“ handelt.¹¹⁴ Mangelndes Verständnis scheint die Regel zu sein, und hier offenbart sich deutlich eine Schwachstelle des Informed Consent.

¹¹² BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 132.

¹¹³ vgl. JOFFE, COOK, CLEARY et al., Quality of informed consent in cancer clinical trials: a cross-sectional survey, 1772.

¹¹⁴ vgl. TATTERSALL, Examining informed consent to cancer clinical trials, 1742.

8.2.4 Entscheidung und Autorisierung

Am Ende des Informed Consent kommt es zu einer Entscheidung, die im optimalen Fall gemeinsam von Arzt und Patient getroffen wird, bei der der Patient die Entscheidungshoheit besitzt, sofern die oben aufgeführten Rahmenbedingungen eingehalten werden. Diese Entscheidung kann für (informed consent) oder gegen (informed refusal) eine Intervention erfolgen. Nach D. Birnbacher ist die Natur dieser Entscheidungshoheit primär ein Abwehrrecht, welches auf die Unterlassung medizinisch indizierter Behandlungen abzielt, und kein Anspruchsrecht auf eine bestimmte Methode.¹¹⁵ Mit der Entscheidung für eine bestimmte Behandlung autorisiert somit der Patient einen Eingriff in seine physische und psychische Integrität durch einen anderen. Erst damit ist der Prozess des Informed Consent abgeschlossen. Der Informed Consent ist also wesentlich mehr als eine reine Unterschriftsleistung unter ein Aufklärungsformular.¹¹⁶

Besonderes Augenmerk legen Beauchamp und Childress auf die Prozesshaftigkeit des Informed Consent. Die Vorstellung, dass eine einmalige Zustimmung als Persilschein für alle weiteren Behandlungsschritte gilt, wird von ihnen zurückgewiesen. Vielmehr ist nach ihrem Verständnis für jede einzelne Intervention eine eigene Zustimmung erforderlich, insbesondere dann, wenn sie vom vorgesehen Verlauf abweicht.

8.3 Patientenwille

Über den Patientenwillen und die Patientenautonomie sind unzählige wissenschaftliche Publikationen verfasst worden. Die fundamentalen Grundsätze sind bereits im vorherigen Abschnitt behandelt worden und bedürfen keiner Wiederholung. Zwei Faktoren, welche die medizinischen Entscheidungen am Lebensende besonders betreffen können, werden im Anschluss vorgestellt.

¹¹⁵ vgl. BIRNBACHER, Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht, 563-564.

¹¹⁶ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 36-37.

8.3.1 Der Zeitpunkt der Willensäußerung

Eine besondere Relevanz hat der Zeitpunkt, zu dem der Patient seinen Willen äußert, sei es die Zustimmung (informed consent) oder die Ablehnung (informed refusal) einer medizinischen Intervention betreffend. Je länger der Abstand zwischen der Willensäußerung und dem Eintreten der Konsequenzen dieser Entscheidung ist, desto größere Vorsicht scheint geboten zu sein. So ist bei Patienten mit infauster Prognose immer zu berücksichtigen, in welcher Phase des Sterbens sie sich befinden. Den Begriff Sterbephase prägte E. Kübler-Ross. Sie unterscheidet fünf verschiedene Sterbephasen (Nichtwahrhabenwollen und Isolierung, Zorn, Verhandeln, Depression, Zustimmung).¹¹⁷ Ein in der Phase des Zorns geäußelter Behandlungswunsch resp. Behandlungsverzicht ist möglicherweise anders zu bewerten, wenn sich ein Patient in der Phase der Zustimmung befindet. Im Umgang mit einem aktuell einwilligungsfähigen Patienten ist der Zeitpunkt der Willensäußerung unproblematisch, da eine ständige Revision der Entscheidung erfolgen kann. Ist ein Patient jedoch nicht mehr einwilligungsfähig, so steigt die Bedeutung des Zeitpunkts der letzten Willensäußerung. M. Bobbert formuliert pointiert: „Zum Einen gibt es zwischen der aktuellen Selbstbestimmung und der Vorausverfügung wichtige Unterschiede: Der Patient mit klarem Bewusstsein kann seinen Willen neu fassen, der Komapatient nicht.“¹¹⁸ M. Rothhaar und R. Kipke äußern folgende Bedenken in Bezug auf das Verhältnis von verfügbarem und aktuellem Willen:

„Auch bei gut informierten, zeitnah abgefassten und um Genauigkeit bemühten Patientenverfügungen bleibt ein erheblicher Restzweifel, der der zeitlichen, sachlichen und epistemischen Entfernung zwischen Willenserklärung und Entscheidungssituation geschuldet ist. Zwischen aktueller und antizipierender Selbstbestimmung bleibt ein unaufhebbarer Unterschied bestehen.“¹¹⁹

¹¹⁷ vgl. KÜBLER-ROSS, Interviews mit Sterbenden, 41-119.

¹¹⁸ BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte - Theorie - Ethik, 137.

¹¹⁹ ROTHHAAR, KIPKE, Die Patientenverfügung als Ersatzinstrument. Differenzierung von Autonomiegraden als Grundlage für einen angemessenen Umgang mit Patientenverfügungen, 67.

Ein vorausverfügter Wille kann daher niemals die gleiche Qualität haben, die eine aktuelle Selbstbestimmung auszeichnet, und muss mit entsprechender Sorgfalt behandelt und respektiert werden. Durch diese Einwände wird deutlich, dass ein Abwägen der beiden medizinethischen Prinzipien Autonomie und Fürsorge zum Wohl eines Patienten stets notwendig ist.

8.3.2 Authentizität des Willens

Die Frage nach der Validität der Willensäußerung im Verhältnis zum Abstand des Ereigniseintritts führt mitten hinein in das Problem der Authentizität des Patientenwillens. Hierbei stellt sich die Frage, ob die Entscheidungen wohlüberlegt waren und authentische Bewertungen ihre Basis bilden.¹²⁰ Diese Authentizität kann nur auf der Basis der subjektiven Wertmaßstäbe einzelner Patienten überprüft werden. Eine Entscheidung, die nach allgemeinen Kriterien als autonom zu bewerten ist, muss eben zusätzlich noch in das Wertegerüst des Entscheiders passen. Die Wiederholbarkeit und die Kontinuität der Urteile stehen M. Bobbert zufolge auf dem Prüfstand.¹²¹ Ein Arzt muss seinen Patienten nicht per se vor allen unüblichen, scheinbar irrationalen Entscheidungen bewahren, sondern diese Entscheidung auf die Kohärenz mit den im Hintergrund liegenden Wertvorstellungen des Patienten prüfen. Es stellt sich das Problem, ob eine Entscheidung, die dem bisher geäußerten Patientenwillen widerspricht, als authentisch anzusehen ist und ob diese als autonom zu respektieren ist. Irrationale Entscheidungen von einsichtsfähigen und entscheidungskompetenten Patienten sind beunruhigende Erfahrungen in der Praxis von Medizinern.¹²²

Wird eine Entscheidungsauthentizität gefordert, so macht man schlussendlich die Ärzte dafür verantwortlich, dass sie ihre Patienten vor inkohärenten Entscheidungen bewahren.¹²³ Diese Forderung beruft sich auf das „nil nocere“, das Nichtschadensprinzip, das sich aus dem hippokratischen Eid ableitet. Es bleibt die Schwierigkeit, wie der Forderung nach Authentizität des Patientenwillens im

¹²⁰ vgl. SCHÖNE-SEIFERT, Medizinethik, 569.

¹²¹ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 152.

¹²² vgl. SCHÖNE-SEIFERT, Angewandte Ethik, 570.

¹²³ SCHÖNE-SEIFERT, Grundlagen der Medizinethik, 47-48.

medizinischen Alltag entsprochen werden kann. Während die Informiertheit und Einsichtsfähigkeit Kriterien sind, die im Vorhinein geprüft werden können, kann die Authentizität erst nach der Entscheidung erforscht werden. Auf dieser Tatsache gründet sich ein potentieller Konflikt zwischen Fürsorgeprinzip und der Patientenautonomie. Die Fürsorge kann in eine schwer überprüfbare Bevormundung der Patienten ausufern, wenn jede Entscheidung, die fragwürdig bzw. nicht alltäglich zu sein scheint, vorschnell als nicht authentisch, und daher auch weniger verbindlich, zurückgewiesen wird.¹²⁴

8.4 Problem des nichteinwilligungsfähigen Patienten

8.4.1 Mutmaßlicher Patientenwille

Ist weder eine Patientenverfügung vorhanden noch ein Vorsorgebevollmächtigter bestellt, so ist auf den mutmaßlichen Patientenwillen zurückzugreifen. Eine bevorzugte Rolle spielen frühere schriftliche und mündliche Äußerungen, die einen Bezug zu der Entscheidungsfindung haben. Religiöse und ethische Überzeugungen, persönliche Wertvorstellungen und Aussagen zum Schmerzempfinden sind in die Überlegungen mit einzubeziehen.¹²⁵ Die angeführten Beispiele stellen keine taxative Aufstellung aller relevanten Kriterien dar. Je nach Einzelfall können auch andere Gesichtspunkte in den Fokus rücken. Es darf dabei nicht übersehen werden, dass diese Indizien für den Willen des Patienten konkretisiert werden müssen. Das Oberlandesgericht Salzburg hat in einem Urteil festgehalten, dass eine Mutmaßung über den hypothetischen Patientenwillen nicht ausreichend ist. Es bedarf einer expliziten und beweisbaren, auf den Kontext einer zukünftigen Erkrankung bezogenen, Äußerung des Betroffenen zu einem Zeitpunkt, als dieser noch einsichts- und urteilsfähig gewesen ist.¹²⁶ Die Frage ist, ob diesem Urteil zufolge noch Raum für den mutmaßlichen Patientenwillen existiert. Die Forderung nach einer expliziten

¹²⁴ SCHÖNE-SEIFERT, Angewandte Ethik, 570.

¹²⁵ vgl. BIRNBACHER, Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht, 562-563.

¹²⁶ vgl. Urteil des LG Salzburg vom 26.08.2010, 9 Cg 191/09b, 10-13.

antizipativen Äußerung relativiert das Vertretungsinstitut des mutmaßlichen Willens, da eine derartige Willensbekundung nur schwer dokumentier- bzw. beweisbar ist. Speziell mündliche Äußerungen geschehen nicht notwendigerweise vor Zeugen, besonders zu einem von der Gesellschaft tabuisierten Thema. M. Bobbert bemerkt zu diesen Umständen:

„In unserer Gesellschaft ist nicht nur die Kultur des Sprechens über Sterblichkeit und Lebensende gering ausgebildet, sondern es fehlt vielerorts an der Fähigkeit zu konkreter Kommunikation mit Schwerkranken über den Fortgang ihrer Erkrankung und über Wünsche und Ängste in Bezug auf das Lebensende.“¹²⁷

Es stellt sich das Problem, wie über eine Fragestellung entschieden werden soll, wenn nicht im Vorhinein darüber gesprochen worden ist. Aufgrund quantitativer und qualitativer Mängel an entsprechenden Willensbekundungen wird die Erhebung des hypothetischen Patientenwillens zusätzlich erschwert.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens wird nicht an Stelle des Patienten entschieden, sondern es wird versucht den Willen des Patienten herauszufinden, als ob er entscheidungsfähig sei und ihm alle relevanten Informationen zugänglich wären. Die Abwägung nach Nutzen und Schaden der Behandlung ist im Hintergrund. Es zählt der Wille des Patienten, auch wenn dieser aufgrund der Persönlichkeit des Patienten, seiner Präferenzen und Attitüden nicht der Norm entspricht. Auch dieser mutmaßliche Willen ist zu respektieren, denn eine Nichteinwilligungsfähigkeit des Patienten berechtigt nicht automatisch zur paternalistischen Bevormundung.¹²⁸ Eine zusätzliche Erhöhung der Komplexität der Ergründung des mutmaßlichen Willens liegt in der Natur des menschlichen Willens. Wie schon weiter oben im Text unter „Zeitpunkt der Willensäußerung“ angedeutet, kann der menschliche Wille im Laufe der Zeit stark variieren. Urteile, die ad hoc getroffen wurden, aber auch wohlüberlegte Ansichten können revidiert werden. Aus diesem Grund sind Informationen über den Patienten, die sich in oder

¹²⁷ BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 155.

¹²⁸ vgl. KUHLMANN, Einwilligung in die Heilbehandlung alter Menschen, 126.

aus dessen Spontanäußerungen oder früheren Gesprächen ergeben, mit Skepsis zu betrachten.¹²⁹

Der mutmaßliche Willen und die daraus folgende mutmaßliche Einwilligung bzw. Ablehnung ist immer die des Betroffenen. Der oder die Vertreter helfen bei der Ermittlung, entscheiden aber nicht in Vertretung des Patienten, sofern keine Vertretungsvollmacht vorliegt. Der angenommene Patientenwille unterliegt dabei den gleichen Beschränkungen wie der aktuelle und der vorausverfügte Patientenwille. Widerspricht dieser Wille eminent dem Wohl des Patienten, oder ist dessen Befolgung dem Arzt nicht zumutbar, so muss der mutmaßliche Patientenwille nicht befolgt werden.¹³⁰

8.4.2 Entscheidung durch einen Stellvertreter

Für den Fall des Verlusts der Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit kann mittels einer Vertretungsvollmacht vorgesorgt werden. Die Vollmacht gilt auch bei nur vorübergehendem Verlust der Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit. Die rechtlich verbindliche Vertretungsvollmacht ist nicht sehr verbreitet, jedoch wird im Krankenhausalltag gerne von einer impliziten Vertretung durch Angehörige des Patienten ausgegangen. Dies entspricht dem Mehrheitswillen der Patienten, die in 70 – 75 Prozent der Fälle eine Stellvertretung in Behandlungsfragen am Lebensende durch Familienangehörige und Ärzte wünschen.¹³¹ Aus Sicht der Patienten stellen die Angehörigen eine Verlängerung ihrer eigenen Autonomie dar, wenn sie diese selbst nicht mehr ausüben können.¹³² Eine große Mehrzahl der Patienten geht aufgrund der Nähe zwischen Stellvertreter und Patient von einer besseren Qualität der Stellvertreterentscheidung aus. Insbesondere bei medizinischen Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, wird das eigene Leben bereitwillig in die Hände der Angehörigen gelegt.¹³³

¹²⁹ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 153.

¹³⁰ vgl. KUHLMANN, Einwilligung in die Heilbehandlung alter Menschen, 125-126.

¹³¹ BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 142.

¹³² vgl. ELIOTT, OLVER, End-of-life decision making is more than rational, 23.

¹³³ vgl. MARKS, ARKES, Patient and Surrogate Disagreement, 534.

M. Bobbert bietet in ihrer Habilitationsschrift eine Synopse und ein Resümee empirischer Studien über die Qualität der Entscheidungen durch Stellvertreter. Demnach liegt der Grad der Übereinstimmung zwischen Patienten und Angehörigen, die als Stellvertreter fungieren, nur bei ca. 70 Prozent der untersuchten Fälle.¹³⁴ Marks und Arkes untersuchten unter anderem in ihrer Studie die Übereinstimmung der Präferenz über die cardiopulmonale Reanimation bei schwer kranken, hospitalisierten Patienten. In 74 Prozent der Fälle glichen sich der Patientenwunsch und die Vorhersage ihres Stellvertreters. In ihrem Studiendesign wurden außerdem die möglichen Ursachen für die Differenz der Behandlungsentscheidungen berücksichtigt. In 62,5 Prozent der Fälle mit unterschiedlicher Präferenz war die Ursache die Projektion der eigenen Behandlungswünsche durch den Stellvertreter, welcher seine eigenen Präferenzen auf den Patienten übertrug. Er entschied daher unbewusst nach seinen eigenen Maßstäben und nicht nach denen des eigentlich Betroffenen.¹³⁵ Dem Stellvertreter fällt es offenbar schwer, zwischen seinen Wünschen für den Patienten und den Wünschen des Patienten zu unterscheiden. Marks und Arkes gehen davon aus, dass der Stellvertreter in seiner Projektion dem Patienten grundsätzlich Gutes tun will, z. B. den Angehörigen am Leben erhalten, und keine intentionale Schädigungsabsicht hat.¹³⁶ M. Bobbert vermutet als Grund für die Differenz in den Behandlungspräferenzen die mangelnde Fähigkeit des Stellvertreters, seine Perspektive zu wechseln, oder einfach die Unkenntnis des Stellvertreters über die Behandlungswünsche des Patienten.¹³⁷

Neben dem Grad der Übereinstimmung bei Angehörigen als Entscheidungsstellvertretern verglich M. Bobbert zusätzlich auch die Kongruenz der Behandlungspräferenzen, wenn Ärzte an Stelle des Patienten entscheiden sollten. Hier zeigte sich ein signifikant schlechteres Resultat. Egal ob Klinikärzte oder Hausärzte, die den Patienten üblicherweise über längere Zeit hindurch betreuen, die Entscheidung treffen, der Grad der Übereinstimmung liegt

¹³⁴ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 159.

¹³⁵ vgl. MARKS, ARKES, Patient and Surrogate Disagreement, 525-528.

¹³⁶ vgl. MARKS, ARKES, Patient and Surrogate Disagreement, 528-529.

¹³⁷ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 159.

durchschnittlich um 10 Prozent unter der Quote der Angehörigen. Die familiäre Nähe ist offenbar eine bessere Basis für den Grad der Übereinstimmung als das Fachwissen und die professionelle Distanz zwischen Arzt und Patient. Familienangehörige sind daher tendenziell bessere Stellvertreter als behandelnde Ärzte.¹³⁸

Am Ende des Kapitels über Informed Consent und Patientenwillen ein Zitat, mit dem sich ein Großteil dieses Abschnitts charakterisieren lässt.

„Das neue »Autonomie-Ethos« nämlich birgt in den Augen vieler Ethiker und Ärzte die Gefahr, Patienten beim Wort zu nehmen, die nicht wirklich verstanden haben, was sie damit veranlassen.“¹³⁹

¹³⁸ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 156-158.

¹³⁹ SCHÖNE-SEIFERT, Angewandte Ethik, 570-571.

9 DNR-Order

„After all, cardiopulmonary arrest is the final common pathway to death for all diseases.“¹⁴⁰

Der Verzicht auf Wiederbelebung ist aus mehreren Gründen paradigmatisch für einen konkreten Therapieverzicht bzw. eine Behandlungsbegrenzung. Die cardiopulmonale Reanimation selbst ist ein herausragendes Beispiel für die immense Steigerung der heutigen medizinischen Möglichkeiten, um für den Patienten lebensbedrohliche Situationen abzuwenden. Gerade hier stellt sich aber fast allen Patienten, die sich in medizinischer Behandlung und sich in einem lebensbedrohlichen Gesundheitszustand befinden die Frage, ob eine CPR noch medizinisch sinnvoll ist und daher bei einem Kreislaufstillstand anzuwenden ist.

9.1 Entstehungsgeschichte

Mit der Entwicklung der erweiterten Herz-Lungen-Wiederbelebung und ihrer wissenschaftlichen Fundierung in den 1950er und 1960er Jahren erlebte die Medizin einen grundlegenden Umbruch. Konnten Ärzte und medizinisches Fachpersonal vor dieser Entdeckung dem Sterben der Patienten nur ohnmächtig gegenüberstehen, so gab ihnen die CPR unvermittelt die Möglichkeit zu versuchen, Patienten wieder ins Leben zurückzuholen. Das Ende dieser erzwungenen Tatenlosigkeit und die relativ einfache Durchführung der Maßnahmen trugen zu einer raschen Verbreitung der CPR bei.¹⁴¹ Es ist bezeichnend, dass diese bahnbrechende Entwicklung in der Zeit des Wirtschaftswunders passiert ist. Der zugrunde liegende Optimismus über die neuen Möglichkeiten war unter Umständen dafür ausschlaggebend, dass die Anwendung von CPR bei jedem Patienten vorgesehen war.¹⁴² So wurde die CPR auch bei Patienten mit infauster Prognose im terminalen Krankheitszustand angewendet. 1976 wurde die erste

¹⁴⁰ BISHOP, BROTHERS, PERRY et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 63.

¹⁴¹ vgl. BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 61.

¹⁴² vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects, 593.

Untersuchung publiziert, welche den begrenzten Nutzen der CPR aufzeigte und die DNR Anordnungen als möglichen Ausweg aus dieser Konfliktsituation zur Diskussion stellte.¹⁴³ „Historically, the DNR-Order was an attempt to keep medicine from its implicit quest for immortality“.¹⁴⁴ In den ersten Stadien wurden diese Anweisungen mit einfachsten Mitteln dokumentiert. So war ein Stern neben dem Patientennamen oder ein rotes Herz im Patientenakt ein Hinweis darauf, dass dieser Patient nicht für eine CPR vorgesehen war.¹⁴⁵ Diese Art der DNR-Order war einerseits missverständlich, wenn Ärzte diesen Code nicht kannten oder die Anordnung schlecht kommuniziert wurde. Andererseits war sie intransparent, da der Anordner des Behandlungsverzichts nicht dokumentiert war. Zusätzlich war sie für Missbrauch anfällig, da ein derartiges Symbol rasch und unbemerkt zum Patientenakt hinzugefügt werden konnte.¹⁴⁶

Über die Jahre wurden Art, Inhalt und Form der DNR Anordnungen weiterentwickelt. Vor allem formale Kriterien, wie die Verwendung eines einheitlichen Formulars an prominenter Stelle im Patientenakt, die eindeutige Identifizierbarkeit des Anordners, vorgesehene Reevaluierungsintervalle (z.B. täglich) inklusive einer kurzen medizinischen Begründung des Behandlungsverzichts haben zu einer hohen Anwendungssicherheit beigetragen.¹⁴⁷

9.2 Medizinische Kriterien

Die medizinische Begründung für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung fußt auf der Debatte um das Konzept der futility, das am ehesten mit Aussichtslosigkeit übersetzt werden könnte. In der deutschsprachigen

¹⁴³ vgl. BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 62.

¹⁴⁴ BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 65.

¹⁴⁵ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 593.

¹⁴⁶ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 593.

¹⁴⁷ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 593-594.

BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 61-62.

SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1512.

Fachliteratur findet fast nur der Terminus technicus *futility* Verwendung. Ein Konsens über ein verbindliches Verständnis von *futility* existiert bisher nicht. Bishop et al. kommen zu einem pessimistischen Resümee über die bestehenden Definitionen: „[...] and that all attempts to find ‚cookbook‘ formulations of *futility* are themselves futile“. Folgt man trotzdem dem Definitionsversuch, den Fritz und Fuld präsentieren, so spricht man von quantitativer *futility*, wenn die Chance auf die Erreichung des physiologischen Behandlungsziels unter einem Prozent liegt.¹⁴⁸ Ein weiteres Problem in der *futility*-Diskussion liegt an funktionierenden Vorhersagemodellen. Die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer CPR lässt sich äußerst schwer vorhersagen. Nach Ebell et al. erreicht die Trefferwahrscheinlichkeit ärztlicher Prognosen zum Erfolg einer CPR keine statistische Signifikanz im Vergleich zum zufälligen Raten.¹⁴⁹

Kausal für diesen Umstand ist aller Wahrscheinlichkeit nach, dass der Herzstillstand der gemeinsame Nenner für alle Erkrankungen in der finalen Phase des Sterbens darstellt.¹⁵⁰ Daher ist eine Generalisierung unmöglich, welche die Grundlage für zutreffende Vorhersagen über Erfolg und Misserfolg bilden würde. Plakativ formuliert bedeutet dies: Nur weil fast alle Patienten, die sich in dieser Situation befinden, sterben, heißt das noch lange nicht, dass genau dieser konkrete Patient stirbt.¹⁵¹

Fritz und Fuld stellen neben dem quantitativen auch qualitative Kriterien für *futility* vor:¹⁵²

¹⁴⁸ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 594.

¹⁴⁹ vgl. EBELL, BERGUS, WARBASSE et al., The inability of physicians to predict the outcome of in-hospital resuscitation, 16-22.

¹⁵⁰ vgl. BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 63.

¹⁵¹ vgl. BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 63-64.

¹⁵² vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 594.

- zu erwartende Lebensqualität
- Vermeidung von Schmerz und Leid
- der Einsatz von knappen Ressourcen

Über Lebensqualität und Leidverminderung als Basis für eine Diskussion über Sinn und Unsinn von medizinischen Behandlungen herrscht Konsens, auch wenn die jeweiligen konkreten Bewertungen und Argumente differieren. Die Einführung einer schlussendlich monetären Bewertung menschlichen Lebens durch Fritz und Fuld stellt in seiner Explizitheit ein Novum dar. Hier treffen deontologische Argumente, welche die Unverfügbarkeit des Lebens betonen, und utilitaristische Ansätze mit voller Wucht aufeinander.

9.3 Gefahren einer DNR-Order

Neben der erwünschten Absicht, Patienten vor aussichtslosen CPR Anwendungen zu bewahren, haben DNR Anordnungen quantifizierbar negative Auswirkungen auf die Patienten. Schmidt spricht von einer insgesamt schlechteren Prognose für Patienten mit bestehender DNR-Order. Diese Prognose bleibt trotz einer Korrektur nach Schwere der Erkrankung aufrecht. Daraus lässt sich schließen, dass die Reduktion der Lebenserwartung nicht nur auf den Verzicht auf eine CPR zurückzuführen ist.¹⁵³ So lässt sich nachweisen, dass Ärzte durch eine bestehende DNR-Order in ihren Entscheidungen beeinflusst werden. Typischerweise werden Patienten signifikant seltener auf eine Intensivstation überwiesen. Hier spielen die „begrenzten Ressourcen“ eine deutlich sichtbare Rolle, da Intensivbetten nur in geringer Zahl vorhanden sind und meist belegt sind. Ebenso kommt es zu selteneren Gaben von Bluttransfusionen, denn menschliches Blut ist kein industriell beliebig produzierbarer Artikel, sondern Mangelware. Die Anwendungen von aufwendigeren therapeutischen Maßnahmen, wie z.B. dem Setzen eines zentralen venösen Zugangs, sind ebenfalls seltener.¹⁵⁴ Derartige Auswirkungen sind grundsätzlich nicht tolerierbar, denn ein Verzicht auf CPR sollte keinesfalls eine Reduktion der Therapie, Pflege und Zuwendung bedeuten.

¹⁵³ vgl. SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1512.

¹⁵⁴ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 596.

9.4 Eine Frage der Bezeichnung

In Journalen wird immer wieder die Frage nach der richtigen Bezeichnung für den Verzicht auf Wiederbelebung aufgeworfen. Derzeit sind folgende Bezeichnungen geläufig:

- DNR (Do Not Resuscitate)
- DNAR (Do Not Attempt Resucitation)
- DNE (Do Not Escalate)
- AND (Allow Natural Death)

Bei der Bezeichnung DNR rückt eindeutig der Verzicht auf CPR als Hauptintention in den Vordergrund. Einige Autoren plädieren für eine Erweiterung auf DNAR. Das Einfügen von attempt (= Versuch) soll zu einem besseren Verständnis des Sachverhalts für Angehörige und Patienten beitragen. Damit wird der Tatsache Ausdruck verliehen, dass eine erfolgreiche Wiederbelebung als Resultat einer CPR nicht selbstverständlich ist und niemals garantiert werden kann.¹⁵⁵ DNE bezeichnet ein Verbleiben auf dem aktuellen Behandlungsniveau und bedeutet daher eine umfassendere Form von Behandlungsverzicht. Treten zusätzliche Erkrankungen und Komplikationen auf, werden diese nicht mehr kurativ therapiert. Beispielsweise wird beim Auftreten einer Lungenentzündung, ein häufiger nosokomialer Infekt an Intensivstationen, auf die Gabe hoch wirksamer Antibiotika verzichtet. Analog dazu kommt bei einem Organversagen keine extrakorporale Organersatztherapie zum Einsatz. Die bekannteste Behandlung dieses Typs stellt die Hämodialyse (ugs. Blutwäsche) dar, die bei akutem und chronischem Nierenversagen angewendet wird.¹⁵⁶

AND ist die Abkürzung für Allow Natural Death. Diese Bezeichnung impliziert ein Verständnis, in welchem dem Patienten ein natürlicherer Tod ermöglicht werden soll. Folgt man der Interpretation von Venneman et al., verbessert die Verwendung des Begriffs AND die Situation der Patienten. So wirke DNR wegen des Imperativs „do not“ bedrohlicher. Die explizite Verwendung des Begriffs „death“ führe zudem

¹⁵⁵ vgl. BISHOP et al., Reviving the Conversation Around CPR/DNR, 65.

¹⁵⁶ vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 766.

zu erhöhter Klarheit. Außerdem bringt AND nach Ansicht der Autoren eine bessere Akzeptanz beim medizinischen Fachpersonal. Venneman et al. schließen, dass der semantische Fokuswechsel durch den Umstieg von DNR auf AND eine bessere „end-of-life care“ unterstütze.¹⁵⁷ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die pflegerischen, arbeitsintensiven Maßnahmen (z.B. Lagerung, Waschen, Eincremen, Absaugen etc.) niemals reduziert werden. Exemplarisch soll hier im gegebenen Umfang auf die Replik durch Chen u. Youngner eingegangen werden, die energisch auf die behauptete Äquivalenz von AND und DNR bzw. dem vorgeschlagenen Umstieg auf die Verwendung von AND antworten. Ihr Argument liegt in einer Hervorhebung der Unterschiedlichkeit. Es gibt die Möglichkeit DNR im Sinne von AND zu verstehen, wenn das Hauptziel des Behandlungsregimes von kurativ auf palliativ geändert wird. Jedoch versagt der Begriff AND genau dann, wenn zwar auf eine CPR verzichtet wird, jedoch sonst alle Möglichkeiten einer kurativen und lebensverlängernden Therapie in Betracht gezogen werden sollen¹⁵⁸.

In aktuellen Publikationen wird überwiegend DNR verwendet. Aufgrund der höheren Akzeptanz und einer potentiell besseren Beschreibung der Fakten wird in dieser Arbeit „Do Not Resuscitate“ für den Verzicht auf den Versuch einer CPR verwendet werden.

9.5 Entscheidungsverantwortung

Eine Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung erfordert immer eine Person, die sich für die Entscheidung verantwortlich zeichnet. Ansonsten würde es zu einer unklaren Entscheidungssituation kommen, die sich möglicherweise schädlich auf das Wohl des Patienten auswirkt. Die Frage nach dem „Wer entscheidet“ ist folglich essentiell für die Gültigkeit und Durchführung der Anordnung. Im Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs pochen die Autoren auf die ärztliche Entscheidungshoheit.

¹⁵⁷ vgl. VENNEMAN et al., „Allow natural death“ versus „do not resuscitate“: three words that can change a life, 2-6.

¹⁵⁸ vgl. CHEN, YOUNGNER, „Allow Natural Death“ Is Not Equivalent to „Do Not Resuscitate“: A Response, 887-888.

„Wenn immer möglich sollten in den Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch alle in die Behandlung und Pflege des Patienten involvierten Personen eingebunden werden. Es kann jedoch kein Zweifel darüber bestehen, dass die Letztverantwortlichkeit in dieser medizinischen Entscheidung beim stationsführenden Arzt bzw. zuständigen Intensivmediziner liegt.“¹⁵⁹

Die später im Text folgende Begründung mag auf den ersten Blick für Nichtmediziner und Ethiker etwas verstörend sein:

„Die Gesellschaften vertreten die Meinung, dass eine Einsetzung von Kommissionen in Spitälern (die z.B. durch bestimmte Primarii, den Pflegedirektor, Personen der Spitalsseelsorge etc. gebildet werden), um Entscheidungen hinsichtlich Therapiebegrenzung zu fällen, nicht empfehlenswert ist. Die Entscheidungen hinsichtlich Therapiebegrenzung und Therapiebeendigung sind in der überwiegenden Zahl aufgrund medizinischer Tatsachen zu treffen.“¹⁶⁰

Es scheint so, als ob hier den über die Jahre hinweg etablierten Institutionen, wie z.B. Ethikkommissionen, mit einem Federstreich die Existenzberechtigung abgesprochen wird. Im Gespräch mit Dr. Aichinger konnte dieser derartige Bedenken erklärend entkräften. Die Entscheidungshoheit ergibt sich aus der Natur des ärztlichen Berufs, die eben eine Berufung zur Entscheidung beinhaltet. Die behandelnden Ärzte, die am Bett des Patienten stehen, sind die Experten in der Entscheidungsfindung. Neben den objektiv messbaren Ergebnissen haben sie den Vorteil, den Patienten gesehen zu haben, da sich eben eine Entscheidung nicht nur auf objektive Daten, sondern auch auf die subjektiven Eindrücke gründet. Seine Formulierung „Berufen sein zur Entscheidung“ warnt vor einer leichtfertigen Abschiebung der Verantwortung. Durch den ärztlichen Beruf hat man notwendigerweise die fachliche Kompetenz und die Reife, für eine Entscheidung einzustehen. Seiner Ansicht nach haben Kommissionen und andere Gruppen das Problem, fernab vom konkreten Patienten Entscheidungen treffen zu müssen. Diese Ferne ist der Entscheidungsqualität nicht zuträglich und die Menschlichkeit

¹⁵⁹ INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 764.

¹⁶⁰ INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 765.

könnte darunter leiden.¹⁶¹ Diese Argumente bedeuten aber beileibe nicht den Ausschluss des Gesprächs mit den direkt mitwirkenden ärztlichen Kollegen, da häufig mehrere Fachärzte bei postoperativen Intensiv-Stationen (Chirurgen, Internisten, Radiologen, die dort tätigen Fachärzte für Anästhesie und Intensivmedizin) unmittelbar mit dem Patienten vertraut sind und mit in die Entscheidungen eingebunden sind. Ein Konsens ist deshalb im Sinne der intensiven Zusammenarbeit mit dem stationsführenden Oberarzt, ev. auch mit dessen Primarius, selbstverständlich.

Für den klinischen Bereich empfiehlt F. Schmidt, dass Entscheidungen über einen Verzicht auf Wiederbelebung „durch Ärzte in leitender Stellung getroffen werden, zum Beispiel Oberärzte“¹⁶². Eine allgemeine Festlegung auf eine bestimmte Personengruppe als Entscheidungsverantwortliche scheint problematisch zu sein. Vielmehr ist es angeraten, die Benennung des Verantwortlichen der jeweiligen Organisation, in der die Leitlinie zum Einsatz kommen soll, zu überlassen. Im LKH-Universitätsklinikum Graz ist der für den Patienten zuständige Fach- bzw. Oberarzt verantwortlich, der diese Verantwortung nicht weitergeben kann.¹⁶³ In der Vinenzgruppe autorisiert „der Arzt, der auch für sonstige Therapieentscheidungen beim konkreten Patienten verantwortlich ist (leitender Arzt)“¹⁶⁴.

9.6 Gültigkeit der Anordnung

Eine einmal getroffene Entscheidung über den CPR-Status hat keine unbeschränkte Gültigkeit, sondern kann gegebenenfalls jederzeit geändert werden. Neue medizinische Befunde, ein Gespräch mit Patienten, Angehörigen oder Stellvertretern können zu einer Änderung führen. Eine Infektion mit einem sehr schwer zu behandelnden Bakterium, wie dem unter seinem Akronym MRSA

¹⁶¹ vgl. Gespräch AICHINGER.

¹⁶² SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1512.

¹⁶³ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung ("DNR Vermerk") am LKH-Universitätsklinikum Graz, 2.

¹⁶⁴ EHTIKBEIRAT DER VINENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 14.

bekannten Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*, oder das Auftreten anderer schwerwiegender Komplikationen, wie z.B. Infarkte, können den Status negativ beeinflussen. Ebenso ist natürlich eine Verbesserung des Patientenzustands niemals auszuschließen, welche eine Entscheidung pro CPR zur Folge haben kann. In den Leitlinien wird diesem Umstand durch die verpflichtende Reevaluierung der Entscheidung Rechenschaft getragen. Die Vinzenzgruppe¹⁶⁵ und das LKH-Universitätsklinikum¹⁶⁶ schreiben in ihren Leitlinien ein maximales Intervall zur Kontrolle des CPR-Status von 24 Stunden vor. In der Vinzenzgruppe werden zusätzlich Reevaluationen bei Dienstübergabe und Visite empfohlen.¹⁶⁷

Bestehen Zweifel an der Gültigkeit einer DNR-Anordnung, weil sich Einflussgrößen verändert haben oder eine Diskrepanz in deren Beurteilung besteht, so ist der aktuell behandelnde Arzt, der „am Bett steht“, nicht daran gebunden, da er letztendlich seinem Gewissen verantwortlich ist.¹⁶⁸

¹⁶⁵ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 15.

¹⁶⁶ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 4.

¹⁶⁷ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 15.

¹⁶⁸ vgl. SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1515.

10 Die Suche nach Leitlinien

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Recherche war, Leitlinien in österreichischen Krankenanstalten zu finden, welche den Themenbereich Therapiezieländerung und Behandlungsbegrenzung abdecken und sich möglichst in praktischer Verwendung finden. Aus diesem Grund waren Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger die primären Ansprechpartner für die Suche.

Laut Statistik Austria gab es im Jahr 2012 in Österreich 277 Krankenanstalten mit 64.703 Betten. Diese Zahl enthält auch Sonderkrankenanstalten, Genesungsheime, Sanatorien und Pflegeeinrichtungen für chronisch Kranke. 99 der 277 Krankenanstalten sind Allgemeine Krankenanstalten mit 40.290 Betten¹⁶⁹, die landläufig als Krankenhaus bezeichnet werden. Von einer vollständigen Befragung aller Allgemeinen Krankenanstalten wurde Abstand genommen und stattdessen auf eine gezielte Auswahl gesetzt. Der Begrenzung der befragten Einrichtungen liegen drei Prämissen zugrunde. Die erste Annahme bezieht sich auf die Größe der Einrichtung: Je größer die Krankenanstalt, desto wahrscheinlicher ist die Existenz von Leitlinien, da diese auch in sehr großen Organisationen eine gleichbleibende Behandlungsqualität unterstützen können. Der Ethik-Codex der Barmherzigen Brüder¹⁷⁰ war schon im Vorfeld dieser Arbeit bekannt. Darauf gründet die zweite Annahme: In Krankenanstalten, die von katholischen Orden getragen werden, gibt es möglicherweise eine intensivere Beschäftigung mit Wertearbeit und den Fragen der Medizinethik. Eine dritte Einschränkung war geographischen und auch praktischen Ursprungs, da sich die Bemühungen auf die Bundesländer Wien (Studienort) und Oberösterreich (Wohnort) konzentrierten.

¹⁶⁹ STATISTIK AUSTRIA, Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten seit 1985, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/022339.html (Stand: 9.12.2013).

¹⁷⁰ BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH (Hrsg.), Ethik-Codex: Orientierung an Hospitalität und Professionalität, 2010,

10.1 Wien KAV

Der Wiener Krankenanstaltenverbund betreut und verwaltet 11 Krankenhäuser mit insgesamt 8521 Betten¹⁷¹. Eine telefonische Anfrage vom 18.11.2013 bei der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, welcher die Ethikkommission der Gemeinde Wien zugeordnet ist, war aufgrund der Nicht-Zuständigkeit dieser Institution weitgehend ergebnislos. Jedoch wurde auf die Zuständigkeit der Generaldirektion des KAV verwiesen. Nach einer schriftlichen Auskunft des stv. Geschäftsbereichsleiters für Medizinmanagement Dr. Stefan Dorner ist im Zuständigkeitsbereich des KAV nachfolgend skizzierte Situation gegeben. Für die Spitäler des KAV existieren keine einheitlichen Leitlinien bzw. Kriterienkataloge für den Therapierückzug und die Therapiebegrenzung. Allfällige Standards von Fachgesellschaften werden, sofern sie vorhanden sind, in die jeweils höchst individuelle Therapieentscheidung einbezogen. Aktuell wird von Experten innerhalb des KAV ein Konsenspapier zur „Onkologischen Therapie nahe dem Lebensende“ erstellt, welches in einer Fachzeitschrift publiziert werden soll.¹⁷²

10.2 Ethikkomitee Medizinische Universität Wien

Das Allgemeine Krankenhaus in Wien fällt aufgrund der Tatsache, dass es Universitätskliniken der Medizinischen Universität Wien beherbergt, auch in den Zuständigkeitsbereich des Ethikkomitees der Medizinuniversität. Die schriftliche Anfrage an Dr. Natalie Planer brachte de facto eine Absage. Die MedUni Wien hat keine eigenen Leitlinien für Therapiezieländerung und Behandlungsbegrenzung. Für die Fragestellung dieser Diplomarbeit wurde auf eine Leitlinie der Bundesethikkommission verwiesen.¹⁷³ Diese Leitlinie behandelt jedoch das Problem der klinischen Forschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten.¹⁷⁴

¹⁷¹ vgl. WIENER KRANKENANSTALTENVERBUND, Geschäftsbericht 2012, 38-41.

¹⁷² DORNER, Stefan, unveröffentlichtes E-mail vom 09.04.2014.

¹⁷³ PLANER, Natalie, unveröffentlichtes E-mail vom 22.11.2013.

¹⁷⁴ vgl. BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen – unter besonderer Berücksichtigung des Risikobegriffes.

10.3 gespag – OÖ Ethikkommission

Die Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) betreibt zur Zeit acht Krankenhäuser in Oberösterreich, die in der Trägerschaft des Landes Oberösterreich sind.¹⁷⁵ In der gespag gibt es keine eigene Ethikkommission, sondern sie liegt im Zuständigkeitsbereich der Ethikkommission des Landes Oberösterreich. Die Landesethikkommission ist nach ihrer Geschäftsordnung zuständig für die klinische Prüfung von Pharmazeutika und Medizinprodukten. Weiters fallen die angewandte Forschung am Menschen und die Anwendung neuer medizinischer Methoden in ihren Kompetenzbereich.¹⁷⁶ In der Geschäftsordnung der OÖ Ethikkommission ist unter dem Punkt II.5 folgende Aufgabe festgeschrieben: „Die Ethikkommission kann weiters zu in ihrem Wirkungsbereich auftretenden oder an sie herangetragenen medizinisch-ethischen Fragen Stellung nehmen.“¹⁷⁷ Am 18.11.2013 wurde mit dem Vorsitzenden der Ethikkommission, dem Neurochirurgen Univ.-Prof. Dr. Johannes Fischer, ein Telefonat geführt. Seiner Aussage nach ist die Ethikkommission nicht für diese Fragestellung zuständig. Es wird jedoch öfters in diesem Bereich nachgefragt. Der zuvor zitierte Punkt II.5 der Geschäftsordnung dürfte wohl von den Anfragstellern zu weit ausgelegt worden sein. Die Ethikkommission besitzt aber eine Sensibilität für die Frage der Therapiebegrenzung und des Therapierückzugs. Es sind noch keine konkreten Schritte zu dieser Thematik geplant. Eine mögliche zukünftige Stellungnahme wird seitens des Vorsitzenden nicht ausgeschlossen.

¹⁷⁵ vgl. GESPAG, Unternehmen, URL: <http://www.gespag.at/gespag/unternehmen.html> (Stand: 18.11.2013).

¹⁷⁶ vgl. ETHIKKOMMISSION DES LANDES OBERÖSTERREICH, Zuständigkeitsbereich, URL: <http://www.ooe-ethikkommission.at/zustaendigkeitsbereich.html> (Stand: 18.11.2013).

¹⁷⁷ ETHIKKOMMISSION DES LANDES OBERÖSTERREICH, Geschäftsordnung, URL: <http://www.ooe-ethikkommission.at/geschaeftsordnung.html> (Stand: 18.11.2013).

10.4 Vinzenzgruppe

Die Vinzenzgruppe ist die Dachorganisation für sieben Spitäler, zwei Pflegehäusern und je eine Einrichtung für Rehabilitation und Kur. Sie wurde von den Barmherzigen Schwestern gegründet und hat im Lauf der Jahre die Trägerschaft von sechs katholischen Frauenorden (Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, Steyler Missionsschwestern – Dienerinnen des Heiligen Geistes, Schwestern Salvatorianerinnen, Schwestern vom Göttlichen Erlöser, Dienerinnen des heiligsten Herzens Jesu, Zisterzienserinnen von Marienkron) übernommen.

Eine telefonische Anfrage vom 18.11.2013 war erfolgreich. Am 19.11.2013 wurden die Leitlinien „Entscheidungsfindung bei Cardiopulmonaler Reanimation (CPR)“ und „Ernährung im klinischen Grenzbereich“ von DGKS Anna Turnheim, Mitglied des Ethikbeirates und des Klinischen Ethikkomitees, übersandt. Der Wertebeirat der Vinzenzgruppe hatte beschlossen, dass die beiden Leitlinien an Interessierte und für wissenschaftliche Zwecke weitergegeben werden können.¹⁷⁸ Die Leitlinie zur Entscheidungsfindung bei Cardiopulmonaler Reanimation wird im nächsten Kapitel ausführlicher behandelt.

10.5 Elisabethinen Linz

OA Dr. Bernhard Reiter, Leiter der Abteilung für Palliativmedizin im Krankenhaus der Elisabethinen in Linz, verwies in einem Telefongespräch vom 19.11.2013 auf seinen Kollegen OA Dr. Josef Aichinger, Oberarzt an der internen Intensivstation und Leiter des Herzkatheterlabors. Dr. Aichinger ist auch spondierter Theologe und erklärte sich dankenswerterweise zu einem persönlichen Gespräch bereit, dessen Transkription im Anhang angefügt ist. Neben vielen wertvollen Hinweisen und Informationen aus der Praxis des Krankenhausalltags kam ein neues Programm zur Sprache, das sich zur Zeit in der Entwicklungsphase befindet. Es setzt an der Schnittstelle zwischen den einzelnen Fachabteilungen und der Intensivstation an. Die Fragestellung betrifft kritisch kranke Patienten, deren Leben ernsthaft bedroht ist. In Zukunft soll bereits auf den Fachabteilungen mit

¹⁷⁸ vgl. TURNHELM, Anna, unveröffentlichtes E-mail vom 19.11.2013.

dem einzelnen Patienten geklärt werden, ob eine eventuelle Überweisung auf die Intensivstation vom Patienten gewünscht ist und welche Strategie in der intensivmedizinischen Behandlung verfolgt werden soll.¹⁷⁹

10.6 Hartmannspital Wien (Franziskanerinnen von der christlichen Liebe)

Am 9.12.2013 erfolgte eine telefonische Anfrage bei Dr. Margit Biedermann, Mitarbeiterin in der Krankenhausseelsorge im Hartmannspital Wien. Ihrer Auskunft nach gibt es keine Leitlinien für Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung im Hartmannspital. Eventuell sind jedoch derartige Leitlinien zukünftig angedacht.

10.7 Leitlinien.de

Auf dem Internetportal www.leitlinien.de, einem Angebot des ÄZQ, sind mit Stichtag 10.5.2014 499 Leitlinien verfügbar. Eine Recherche mit den Suchbegriffen Therapieverzicht, Therapiebegrenzung, Therapierückzug, Behandlungsbegrenzung, Do Not Resuscitate, Do Not Attempt Resuscitation, Do Not Escalate, Allow Natural Death, Verzicht auf Wiederbelebung, end of life, withholding und withdrawing lieferte keinen Treffer. Es lässt sich auf diesem Weg das Vorhandensein von Leitlinien zur Behandlungsbegrenzung und zum Therapierückzug nicht aufweisen.

10.8 LKH-Universitätsklinikum Graz

Auf der privaten Homepage von DDr. Walter Schaupp, Universitätsprofessor und Lehrstuhlinhaber in Moraltheologie an der katholisch-theologischen Fakultät der Karl Franzens Universität Graz, ist unter dem Menüpunkt „Schwerpunkt Bioethik“ eine Leitlinie mit dem Titel „Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung („DNR Vermerk“) am LKH-

¹⁷⁹ vgl. Gespräch AICHINGER.

Universitätsklinikum Graz“ aus dem Jahr 2009 veröffentlicht.¹⁸⁰ Für den Inhalt verantwortlich zeichnet sich das Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz. Diese Leitlinie wird im folgenden Kapitel ausführlicher behandelt werden.

¹⁸⁰ ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung.

11 Beispiele für Leitlinien

Es wurde in dieser Arbeit bereits einiges über die Grundlagen und das Umfeld von der Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung geschrieben. Nun ist es an der Zeit, zwei konkrete Ausformulierungen von haus- bzw. organisationsinternen Leitlinien vorzustellen und ihre Charakteristika aufzuzeigen. Es wäre wünschenswert, wenn überregionale, besser nationale Leitlinien vorhanden wären, wie es z.B. F. Schmidt fordert.¹⁸¹

Auf den Prozess der Leitlinienerstellung, der durch Metaleitlinien oder anderen organisatorischen und fachlichen Vorgaben bestimmt ist, wird nur so weit als nötig eingegangen werden.

Folgende Leitlinien bilden die Grundlage für dieses Kapitel:

- Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung („DNR Vermerk“) am LKH-Universitätsklinikum Graz¹⁸²
- Leitlinien: Entscheidungsfindung bei Cardiopulmonaler Reanimation (CPR). Empfehlungen zu ihrem Einsatz und dem Verzicht darauf vom 1. Februar 2009¹⁸³, Herausgegeben von der Vinzenzgruppe.

11.1 „DNR Vermerk“ am LKH Universitätsklinikum Graz

Leitlinien zur DNR-Order sind selten. Aufgrund dieser Tatsache kann davon ausgegangen werden, dass konkrete Beispiele dafür nur einer Minderheit der Leser dieser Arbeit bekannt sein dürften. Um jedoch eine leichtere Verständlichkeit für alle Leser zu ermöglichen, wird hier die Leitlinie „DNR Vermerk“ am LKH-Universitätsklinikum Graz vollständig eingefügt. Die wesentlich

¹⁸¹ SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1515.

¹⁸² ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung.

¹⁸³ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR.

umfangreichere Leitlinie der Vinzenzgruppe wird auf Wunsch des Ethikbeirats der Vinzenzgruppe nicht angefügt.¹⁸⁴

¹⁸⁴ vgl. TURNHELM, Anna, unveröffentlichtes E-mail vom 23.06.2014.



Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung („DNR Vermerk“) am LKH-Universitätsklinikum Graz

Inhaltsverzeichnis

Präambel	S. 2
Definitionen	S. 2
Verantwortlicher Arzt für einen DNR Vermerk	S. 2
Voraussetzungen für einen DNR Vermerk	S. 2
Entscheidungsfindung bei DNR Vermerk	S. 3
DNR Vermerk - Dokumentation	S. 3
Reevaluierung eines DNR Vermerkes	S. 4
Informationsweitergabe eines DNR Vermerkes	S. 4
Der Umgang mit einem DNR Vermerk	S. 4
Literatur	S. 4

Verantwortlich für den Inhalt

Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz
p. A. Anstaltsleitung
LKH-Universitätsklinikum Graz
Auenbruggerplatz 1
8036 Graz
Tel. +43 316 385 14638
Fax. +43 316 385 12245
Email. ethikkomitee@klinikum-graz.at

Präambel

Die Anerkennung der Begrenztheit menschlichen Lebens und damit auch der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen ist unabdingbarer Bestandteil einer am Menschen und seiner Würde orientierten Medizin.

In Übereinstimmung mit den medizinethischen Prinzipien und dem österreichischen Recht ist es gute medizinische Praxis (good clinical practice), keine Wiederbelebungsmaßnahmen einzuleiten, wenn sie nur sinnlos erscheinende Sterbensverlängerung bedeuten würden.

Bei derartigen Entscheidungen kommt dem Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Menschen höchste Priorität zu.

Definitionen:

a) Geplanter Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung - DNR (do not resuscitate)

Der geplante Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung wird im angloamerikanischen Raum als DNR (do not resuscitate) bezeichnet und ist eine Form der Therapiebegrenzung. Es bedeutet, dass ein Patient im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes nicht wiederbelebt wird und bedeutet den Verzicht auf:

- Herzmassage (manuelle Thoraxkompression)
- Defibrillation
- künstliche Beatmung (manuell oder maschinell)
- endotracheale Intubation (oder alternative Atemwegszugänge wie Larynxmaske etc.)
- medikamentöse Therapie zur Behandlung eines Herz-Kreislaufstillstandes

BEMERKUNG: Zurzeit ist eine internationale Diskussion im Gange, ob der Begriff „DNR“ (do not resuscitate) durch den Begriff „AND“ (allow natural death) ersetzt werden könnte. Abgesehen vom semantischen Unterschied (positiver Begriff „allow“ bei AND – negativer Begriff „do not“ bei DNR) benennen beide Begriffe eigentlich denselben Inhalt. Da der Begriff DNR jedoch klarer und präziser definiert ist (siehe oben) soll am LKH-Univ. Klinikum Graz der Begriff DNR weiterhin verwendet werden.

b) DNR Vermerk

Ein DNR Vermerk ist die schriftliche Dokumentation einer DNR Entscheidung. Aus rechtlicher Sicht ist ein DNR Vermerk nicht als „Weisung“ sondern als „Empfehlung“ zu sehen. Der vielerorts gebräuchliche Begriff „DNR-order“ soll am LKH-Universitätsklinikum Graz daher durch den Begriff „DNR-Vermerk“ ersetzt werden.

Ein DNR Vermerk bedeutet nur den geplanten Verzicht auf Wiederbelebung und sonst nichts!
Andere Therapiemaßnahmen fallen nicht unter diesen Begriff!

Verantwortlicher Arzt für einen DNR Vermerk

Für eine DNR Entscheidung und einen entsprechenden DNR Vermerk ist der für den Patienten zuständige Fach-/ Oberarzt verantwortlich. Diese Verantwortung kann nicht delegiert werden.

Voraussetzungen für einen DNR Vermerk

Ein Verzicht auf Wiederbelebung (DNR Vermerk) ist möglich, wenn kardiopulmonale Wiederbelebungsmaßnahmen abgelehnt werden

- a) durch den einsichts- und urteilsfähigen Patienten selbst oder auf Grund einer Patientenverfügung (Selbstbestimmungsrecht des Patienten).

- b) durch den verantwortlichen Arzt bei infauster Prognose im terminalen Stadium der Erkrankung eines Patienten. Bei diesem Patienten würden nach ärztlicher Überzeugung kardiopulmonale Wiederbelebensmaßnahmen nur mehr das Leiden verlängern und den Eintritt des Todes hinauszögern. Die ärztliche Entscheidung für einen DNR-Vermerk soll im Konsens mit den Angehörigen getroffen werden und muß davon geleitet sein, dem Patienten ein würdevolles Sterben zu ermöglichen und nicht davon, sein Leben zu verkürzen.

Entscheidungsfindung bei DNR Vermerk

a) Bei einsichts- und urteilsfähigen Patienten:

Der einsichts- und urteilsfähige Patient entscheidet nach Aufklärung auf Grund seines Selbstbestimmungsrechtes selbst, ob er in die Behandlung einwilligt oder sie ablehnt. Wenn ein Patient von vorne herein erkennen lässt, dass er Wiederbelebensmaßnahmen ablehnen will, ist er besonders sorgfältig und sensibel aufzuklären und diese Aufklärung ist genau zu dokumentieren. Solche Entscheidungen des Patienten müssen reifen können und benötigen Zeit. Hat ein Patient entschieden, kardiopulmonale Wiederbelebensmaßnahmen abzulehnen, ist auch dies genau zu dokumentieren.

Der Patient hat jederzeit das Recht, seine Entscheidung zu widerrufen.

b) Bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten:

- Bei Vorliegen einer Patientenverfügung ist diese zu berücksichtigen.
- Hat der Patient eine diesen Fall umfassende Vorsorgevollmacht erteilt, entscheidet der Vorsorgebevollmächtigte.
- Ist für den Patienten ein Sachwalter für medizinische Belange bestellt, ist dieser Sachwalter beizuziehen.
- Ist keine der vorgenannten Situationen gegeben, wird auf Grund des mutmaßlichen Willens des Patienten entschieden. Die Entscheidung sollte im Konsens zwischen den Angehörigen und allen Personen, die in die Behandlung und Pflege des Patienten involviert sind, getroffen werden. Ist bezüglich eines DNR Vermerkes kein Konsens zu erreichen, ist es sinnvoll, mit der Entscheidung zuzuwarten. Die Verantwortung für einen DNR Vermerk trägt jedoch immer der für den Patienten zuständige Fach-/ Oberarzt.
- Für das Kindes- und Jugendalter ist die Erarbeitung eigener Empfehlungen geplant. Bis zu deren Fertigstellung liegt die Entscheidung für Patienten im Alter von 0-18 Jahren im Ermessen der betreuenden Ärzte.

DNR Vermerk - Dokumentation

Die schriftliche Dokumentation einer DNR Entscheidung ist erforderlich. Dafür ist der für den Patienten zuständige Fach-/ Oberarzt verantwortlich.

a) Dokumentation in der Krankengeschichte:

Der Dekurs in der Krankengeschichte soll sich an folgenden Punkten orientieren:

- Medizinische Diagnose und Einschätzung der Prognose des Patienten
- Beurteilung der aktuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten
- Informationen über Aufklärungsgespräche mit dem Patienten
- Kopie der Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht (falls vorliegend)
- Informationen über Aufklärungsgespräche mit den Angehörigen im Falle nicht gegebener Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten
- Gründe, warum eine kardiopulmonale Wiederbelebung unangemessen ist
- Ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift)

b) Dokumentation in der Fieberkurve / im Cadex:

Zusätzlich zu diesem ausführlichen Dekurs in der Krankengeschichte soll in der Fieberkurve / im Cadex eine DNR Entscheidung klar ersichtlich festgehalten werden (DNR, Datum, lesbare Unterschrift).

Reevaluierung eines DNR Vermerkes

Der Vermerk eines Wiederbelebungsverzichts (DNR Vermerk) muss zumindest alle 24 Stunden durch den zuständigen Fach-/ Oberarzt reevaluiert werden. Das Ergebnis dieser Reevaluation muss täglich (!) in der Fieberkurve / im Cadex dokumentiert werden (DNR, Datum, lesbare Unterschrift). Damit wird sichergestellt, dass der Verzicht auf Wiederbelebung mit dem Willen und/oder dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt. Die Anordnung eines Wiederbelebungsverzichts kann jederzeit durch den Patienten selbst oder durch den zuständigen Fach-/ Oberarzt widerrufen werden. Dies ist schriftlich in der Krankengeschichte (decursus morbi) zu begründen und zu dokumentieren.

Informationsweitergabe eines DNR Vermerkes

Der zuständige Fach-/ Oberarzt stellt sicher, dass ein DNR Vermerk klar und unmissverständlich sowohl dem nachfolgendem ärztlichen Dienst als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen mitgeteilt wird:

- 1) schriftlich in der Krankengeschichte [einmalig, ausführlicher Dekurs und Begründung, ärztliche Legitimation]
- 2) schriftlich alle 24 h in der Fieberkurve / im Cadex [DNR, Datum, lesbare Unterschrift]
- 3) mündlich im Rahmen der Übergabevisiten.

Der Umgang mit einem DNR Vermerk

Ein DNR Vermerk entbindet den Arzt nicht von der Pflicht zur klinischen Beurteilung der Angemessenheit der DNR Entscheidung in einer akuten Situation.

Darüber hinaus bedeutet ein DNR Vermerk nicht, dass alle vorher vereinbarten und sonstigen Therapiemaßnahmen unterbleiben sollen.

Ein DNR Vermerk bedeutet nur den geplanten Verzicht auf Wiederbelebung und sonst nichts!
Andere Therapiemaßnahmen fallen nicht unter diesen Begriff!

Entscheidungen bezüglich Therapiebegrenzung und –beendigung, die über einen Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung (DNR) hinausgehen, werden in der Leitlinie „*Empfehlung zum Umgang mit Therapiebegrenzung und –beendigung am LKH-Universitätsklinikum Graz*“ abgehandelt.

Literatur

Interdisziplinärer österreichischer Konsensus Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation: Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr* (2004) 116:763-767

Baskett PFJ et al. European Resuscitation Guidelines for Resuscitation 2005 – Section 8. The Ethics of Resuscitation and end-of-life decisions. (2005) *Resuscitation* 67S1, S171-S180.

Burns JP et al. Do-not-resuscitate order after 25 years (2003) *Crit Care Med* 31:1543-1550

Venneman S et al. "Allow natural death" versus "do not resuscitate": three words that can change a life. (2008) *J Med Ethics* 34:2-6

Verzicht auf Wiederbelebung - DNR Vermerk

Version 6.8.2009

Seite 4 von 4, Ethikkomitee

Version 6.8.2009

Seite 4 von 4, Ethikkomitee

11.2 Herkunft und Autoren

Wie schon im Abschnitt „Recherche“ aufgezeigt wurde, sind ausgearbeitete und der Öffentlichkeit zugängliche Leitlinien für die DNR-Order sehr selten. Ein Blick auf die Urheber der verfügbaren Leitlinien erhellt die Umstände der Existenz und deren Genese. Im Ethik-Codex der Barmherzigen Brüder werden als Erstautor Dr. Jürgen Wallner und als weiterer Autor Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp genannt.¹⁸⁵ Dr. Wallner fungiert als „Externer ethischer und rechtswissenschaftlicher Berater des Ethikbeirats“¹⁸⁶ der Vinzenzgruppe und wird in der Leitlinie als Mitglied des Ethikbeirats angeführt.¹⁸⁷ DDr. Schaupp ist neben seinem Vorsitz in der Provinzethikkommission der Barmherzigen Brüder Österreichs¹⁸⁸ auch Mitglied im Ethikkomitee des LKH-Universitätsklinikums Graz.¹⁸⁹ Aufgrund dieser persönlichen Verbindungen ist es nicht verwunderlich, dass gerade bei den Barmherzigen Brüdern, in der Vinzenzgruppe und am LKH Graz die wichtige ethische Reflexion über das Problem der DNR Anordnungen stattgefunden hat.

11.3 Verortung

11.3.1 LKH-Universitätsklinikum

Die Leitlinie DNR Vermerk vermittelt eine technisch-rationale Herangehensweise. Der Stil ist dicht und auf das Notwendigste reduziert. Der Fokus liegt auf schneller Vermittlung der relevanten Fakten. Es wird auf die Begründung der einzelnen Schritte größtenteils verzichtet. Entscheidend ist die Darstellung des

¹⁸⁵ vgl. BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH, Ethik-Codex: Orientierung an Hospitalität und Professionalität, 4.

¹⁸⁶ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 3.

¹⁸⁷ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 4.

¹⁸⁸ vgl. BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH, Ethik-Codex: Orientierung an Hospitalität und Professionalität, 6.

¹⁸⁹ vgl. SCHAUPP, Lebenslauf, URL: <http://moraltheologie.uni-graz.at/de/institut/mitarbeiterinnen/univ-prof-ddr-walter-schaupp/> (Stand: 12.06.2014).

vorgegebenen Entscheidungs- bzw. Prozessverlaufs. Zielgruppe für dieses Dokument sind Professionalisten.

11.3.2 Vinzenzgruppe

Die Entscheidungsfindung bei CPR der Vinzenzgruppe ist auf ein breiteres Zielpublikum ausgerichtet. Neben den medizinischen und pflegerischen Fachkräften ist sie ebenso für Patienten, deren Angehörige und interessierte Personen zugänglich.¹⁹⁰ Daher zeichnet sie sich durch einen relativ großen Umfang, und eine Sprache, die auch medizinischen Laien verständlich ist, aus. Der größere Umfang ergibt sich durch die notwendigen Erläuterungen, um die Grundlagen der Entscheidungsfindung aufzuzeigen, und ihre Verortung in der christlichen Ethik.

11.4 Ein kurzer Warnhinweis

Wer eine derartige Leitlinie konsultiert, um Definitionen von infausten Prognosen oder terminalen Krankheitszuständen zu erfahren, geht notwendigerweise in die Irre. Leitlinien zur Entscheidungsfindung definieren nur, in welcher Art und Weise bei einem gegebenen gesundheitlichen Zustand eine Entscheidung getroffen werden soll. Ihr Sinn liegt vor allem in der Sicherung der Qualität und in der Begleitung des Entscheidungsprozesses. So werden z.B. als Voraussetzung für einen DNR Vermerk eine infauste Prognose und ein terminales Erkrankungsstadium genannt.¹⁹¹ Es wird jedoch keine Aussage darüber getroffen, wann ein Patient das terminale Stadium seiner Erkrankung erreicht. Diese Einschätzung bleibt den behandelnden Ärzten vorbehalten.

¹⁹⁰ vgl. TURNHELM, Anna, unveröffentlichtes E-mail vom 19.11.2013.

¹⁹¹ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 3.

11.5 Menschenbild

Eine unerlässliche Voraussetzung für gute Entscheidungen stellt die Reflexion der eigenen Weltanschauung dar.¹⁹² Für institutionelle Vorgaben, wie eben Leitlinien, muss diese Bewusstmachung der Metaebene gleichfalls erfolgen. Die Erarbeitung dieser Entscheidungsgrundlage mag aufwendig sein, muss jedoch nur einmal grundlegend geschehen. Die Beschäftigung mit dieser Thematik findet in den Präambeln der jeweiligen Institutionen ihre Ausprägung.

Viele Krankenhäuser haben in den letzten Jahren derartige Grundsatzdokumente veröffentlicht. In Krankenhäusern, die sich in katholischer Trägerschaft befinden, wird diese Reflexion oft unter dem Titel „Wertarbeit“ geleistet.

Die beiden hier vorgestellten Leitlinien sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Herkunft bzw. Trägerschaft ein gutes Beispiel für zwei verschiedene Ansätze in der weltanschaulichen Begründung.

In der Präambel des LKH-Universitätsklinikums Graz werden die Grundsätze aufgeführt¹⁹³

- Anerkennung der Begrenztheit menschlichen Lebens und therapeutischer Maßnahmen
- Vermeidung von Sterbensverlängerung
- Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht

11.5.1 Anerkennung der Begrenztheit

Die Anerkennung der Begrenztheit des menschlichen Lebens stellt wahrscheinlich die grundlegendste Erkenntnis des medizinischen Handelns dar. Die notwendige Einsicht der Begrenztheit hindert die Medizin daran, dem Phantom der Unsterblichkeit nachzujagen.¹⁹⁴ Ein Endpunkt des Lebens bedingt auch eine

¹⁹² vgl. MAIO, Mittelpunkt Mensch, 375-376.

¹⁹³ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 2.

¹⁹⁴ vgl. EIBACH, Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, 156-157.

Begrenztheit der Medizin. Irgendwann im Lauf des menschlichen Lebens wird der Punkt erreicht, an dem jede kurative Intervention die Grenze zur Sinnlosigkeit überschreitet, an dem es keine weiteren Überlebens-Möglichkeiten gibt.

11.5.2 Vermeidung der Sterbensverlängerung

Wenn trotz der Anstrengungen sowohl des Patienten als auch der Ärzte ein unerträgliches Leben bei unheilbarer, todbringender Krankheit bestehen bleibt und daher der Wunsch und Wille des Patienten am Weiterleben dadurch verlorenght, stellt sich irgendwann unweigerlich die Frage, ob eine Verlängerung des Lebens nicht ausschließlich nur zu einer Verlängerung des Leidens führt. Zu denken ist dabei nicht nur an nicht reduzierbare, dauernde Schmerzen, sondern auch an permanente Atemnot, Herzschmerzen, etc; ja es gibt auch Situationen, in denen der Mensch buchstäblich nicht sitzen, nicht liegen, nicht stehen kann.

Der Grat zwischen Lebensverlängerung und Sterbensverlängerung ist schmal. Es ist unmöglich, eine allgemeine Aussage darüber zu treffen, wann der Sterbeprozess einsetzt. Pointiert formuliert: Mit Beginn des Lebens beginnen wir zu sterben.

11.5.3 Respekt vor dem Willen des Patienten

Wie schon im Kapitel Informed Consent und Patientenwille erläutert, kommt dem Willen des Patienten in der heutigen Zeit eine große Bedeutung zu. Der Paradigmenwechsel vom Paternalismus, als dessen Extremfall das therapeutische Privileg anzusehen ist, hin zum Respekt vor dem Willen und vor der Autonomie des Einzelnen ist vollzogen.¹⁹⁵ Paternalismus als Beschreibung für ärztliches Verhalten hat einen pejorativen Charakter bekommen. Der Respekt vor dem Willen bezeichnet jedoch nicht die absolute Unterordnung. In bestimmten Fällen kann nämlich der Patientenwille aus mehreren Gründen unerheblich sein. Wenn die Indikation für eine Therapie nicht gegeben ist, kann diese vom Patienten nicht gefordert werden. Streng genommen besteht in Österreich nur der Anspruch auf

¹⁹⁵ vgl. GIESE, Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, 50.

vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 127-131.

indizierte Behandlungen. Ist eine Therapie aus diversen Gründen nicht angezeigt, so besteht kein Anspruch darauf.¹⁹⁶ Der Extremfall würde der Wunsch nach einer verstümmelnden Behandlung darstellen. Ein Sonderfall, der hier nicht erläutert werden kann, ist die plastische Chirurgie in der Form der Schönheitsoperationen. Wenn es sich nicht gerade um rekonstruktive Eingriffe handelt, muss die Frage nach der Indikation besonders präzise geklärt werden.

11.5.4 Die theologische Verortung der Vinzenzgruppe¹⁹⁷

Jürgen Wallner und der Ethikbeirat der Vinzenzgruppe stellen in ihrer Präambel Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung in den Zusammenhang christlicher Ethik. Eine rein säkulare Argumentation würde wohl der Intention des umfassenden Projekts der Leitlinienarbeit widersprechen und das spezifisch christliche Proprium verleugnen.

Wallner argumentiert mit der Erlösung durch Christus. Der Mensch kann sich daher nie selbst erlösen, er wird immer an die Grenzen seiner eigenen Kontingenz stoßen, egal wie hoch der betriebene Aufwand auch sein mag. Im Verweis auf 1 Thess 4,13¹⁹⁸ betont er die eschatologische Hoffnung, die eine Fixierung auf das Diesseits verhindern soll. Das Leben selbst hat fundamentalen, aber keinen absoluten Wert. Würde das Leben absolut gesetzt werden, so wäre im Verbund mit modernen medizinischen Möglichkeiten eine Vergötzung des Lebens als Missinterpretation möglich. Das Leben als höchstes Gut würde letztendlich selbst lebensfeindlich. Der Mensch gebärdet sich als Schöpfer, zumindest wie ein Erhalter des endlosen Lebens. Das Scheitern in diesem Anspruch der Menschheit ist immanent. In Anbetracht des Wertes menschlichen Lebens und der in diesem Zusammenhang klassischen Aussagen des katholischen Lehramts ist der Verzicht auf Heilversuche erlaubt, falls diese nur schwache oder schmerzvolle

¹⁹⁶ vgl. PLOIER, Recht des Patienten auf Therapie - Recht des Arztes auf Therapieverweigerung?, 27.

¹⁹⁷ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 2-3.

¹⁹⁸ 1 Thess 4,13 (EÜ): „Brüder, wir wollen euch über die Verstorbenen nicht in Unkenntnis lassen, damit ihr nicht trauert wie die anderen, die keine Hoffnung haben.“

Lebensverlängerung bewirken können.¹⁹⁹ Besonders erwähnenswert ist die von J. Wallner zitierte Erklärung der oberrheinischen Bischöfe „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“. Darin konstatieren die Bischöfe, dass ein Verzicht auf kurative Therapie geboten sein kann, wenn die zu erwartende Lebensverlängerung unverhältnismäßig gering im Vergleich zu den dadurch verursachten körperlichen und seelischen Belastungen ist.²⁰⁰ Auffallend ist, dass in der Präambel auf das Argument der Heiligkeit des Lebens als Folge der Gottebenbildlichkeit des Menschen²⁰¹ verzichtet wird. Unter Umständen geschah dies in der Absicht, dieses Konzept auch nicht christlich Sozialisierten zugänglich zu machen. Zusammenfassend kann gesagt werden: Respekt vor dem Leben gehört zu den zentralen Punkten einer christlichen Ethik, aber unter strikter Vermeidung jedweder Idolatrie, einer Vergötzung des biologischen Lebens.

11.6 Begründung für DNR

Die Entscheidung über den CPR-Status fußt auf zwei Säulen, dem Willen des Patienten und der Aussicht auf Erfolg einer Reanimation.²⁰² Die Achtung vor dem Wunsch des Patienten auf Therapieverzicht beruft sich auf das Autonomieprinzip. Den Wünschen eines wohlinformierten Patienten mit gebildetem Gewissen ist Folge zu leisten. Dies sollte auch aus moralischer Sicht für die beteiligten Ärzte und Pflegekräfte vertretbar sein, da es sich hier niemals um aktiv gesetzte lebensverkürzende Maßnahmen handelt. Zu unterscheiden ist zwischen Tun und Unterlassen bzw. Tun durch Unterlassen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine CPR generell abgelehnt werden kann, weil es sich um ein außerordentliches Mittel handle. Gegen den Status des außerordentlichen Mittels spricht, dass CPR in den westlichen Industrienationen zum State-of-the-art zählt. Ihre Anwendung hat sich tausendfach bewährt, der Aufwand dafür ist relativ gering. Eine Unterscheidung

¹⁹⁹ vgl. KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, Erklärung zur Euthanasie; 5. Mai 1980.

²⁰⁰ vgl. GEMEINSAMES HIRTENSCHREIBEN DER BISCHÖFE VON FREIBURG, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, 387.

²⁰¹ vgl. SCHOCKENHOFF, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, 189-210.

²⁰² vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 2-3.

zwischen ordentlich und außerordentlich ist daher hier nicht zielführend. Aus diesem Grund änderte sich die Diktion in eine Unterscheidung zwischen verhältnismäßig und unverhältnismäßig. Vielmehr muss der Fokus auf den potentiellen outcome gelegt werden, damit dem Patienten ein Leben-Müssen um jeden Preis erspart bleibt.²⁰³ Nicht zuletzt schreiben die oberrheinischen Bischöfe. „Sie belässt ihm das Recht auf das eigene Sterben – nicht nach der Art der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinn einer bewussten Annahme des Todes.“²⁰⁴ Und sie folgern: „Der Arzt respektiert dann den Wunsch des Patienten, in Ruhe sterben zu dürfen.“²⁰⁵

11.7 Der Entscheidungsfindungsprozess LKH Universitätsklinikum Graz

In der Leitlinie des LKH Universitätsklinikums wird im Entscheidungsfindungsprozess nur auf den Willen des Patienten eingegangen. Im Gegensatz dazu zeigt die Vinzenzgruppe alle Möglichkeiten auf, die sich ergeben könnten. Das LKH Universitätsklinikum lässt die Indikation als Voraussetzung einer CPR unerwähnt. Dies lässt sich durch die Zielgruppe der Professionalisten erklären, da es sich nur um ein redundantes Wiederholen bekannter Fakten handeln würde.

11.7.1 Einsichts- und urteilsfähig

Im Fall des einsichts- und urteilsfähigen Patienten ist bemerkenswert, dass eine Diskussion über den DNR Status nicht aktiv von ärztlicher Seite angestoßen wird. Bringt der betroffene Patient das Thema selbst zur Sprache bzw. kann aufgrund anderer Äußerungen auf einen möglichen Verzicht von Patientenseite her geschlossen werden, so ist dieser „besonders sorgfältig und sensibel

²⁰³ vgl. SCHOCKENHOFF, Ethik des Lebens, 386.

²⁰⁴ GEMEINSAMES HIRTENSCHREIBEN DER BISCHÖFE VON FREIBURG, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, 386.

²⁰⁵ GEMEINSAMES HIRTENSCHREIBEN DER BISCHÖFE VON FREIBURG, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, 387.

aufzuklären“.²⁰⁶ Natürlich hat der Patient immer die Möglichkeit, seine getroffene Entscheidung zu revidieren, falls er zu einem anderen Entschluss kommen sollte.²⁰⁷ Eine interessante Frage ist, ob und wie häufig Patienten ihren Behandlungswunsch ändern. Neigt ein Patient zu wechselnder Entscheidung, so ist ein besonderes Augenmerk auf eine zeitnahe Dokumentation zu legen. Ob jedoch eine CPR auch gegen den aktuell geäußerten und dokumentierten Verzicht in dubio pro vita begonnen werden soll, bedarf einer eigenen ethischen Diskussion. Beachtet werden müsste dabei die mögliche oder offensichtliche Unschlüssigkeit des Patienten.

11.7.2 Nicht einsichts- und urteilsfähig

Im Fall des nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten wird die Entscheidung durch verschiedene Stellvertretungsmechanismen unterstützt. Natürlich kommt einer korrekt formulierten und verbindlichen Patientenverfügung eine große Bedeutung zu. Bestehen formale und inhaltliche Mängel, so ist sie nur noch als beachtlich anzusehen. In diesem Sinne könnte von einem gut dokumentierten mutmaßlichen Willen gesprochen werden. Besteht eine gültige Vorsorgevollmacht, die eine Entscheidung über CPR umfasst, so entscheidet der Vorsorgebevollmächtigte an Stelle des Patienten. Im Fall eines gerichtlich bestellten Sachwalters für medizinische Belange trifft dieser die Entscheidung zum Wohl des Patienten. J. Wallner zeigt allerdings in der Leitlinie der Vinzenzgruppe eine besondere Situation auf: „Würde ein Sachwalter eine medizinisch indizierte CPR ablehnen, müsste das PflEGschaftsgericht eingeschaltet werden, da er offenbar nicht zum Wohl des Patienten handelt.“²⁰⁸ Diese Ablehnung durch einen Sachwalter gegen die medizinische Indikation wäre in der Tat eine Ausnahmesituation, da die Ursache für diese Entscheidung einer gründlichen Untersuchung bedarf.

²⁰⁶ ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 3.

²⁰⁷ ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 3.

²⁰⁸ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 10.

11.7.3 Mutmaßlicher Patientenwille²⁰⁹

Der mutmaßliche Patientenwille wird herangezogen, falls keine der oben genannten Stellvertretungsmechanismen vorhanden sind. Die Grundlage, auf welcher die Ermittlungen des mutmaßlichen Willens basieren sollen, wird nicht erläutert. Wichtig ist für die Verfasser der Grazer Leitlinie der Konsens zwischen dem Behandlungsteam und den Angehörigen. Welche Rolle bzw. Verbindlichkeit den Äußerungen der Angehörigen und des Pflorgeteams zukommt, wird nicht geklärt. So findet z.B. die bedeutende Tatsache, dass Angehörige ohne Vertretungsvollmacht nicht an Stelle des Patienten entscheiden dürfen, keine Erwähnung. Im Falle eines Dissenses der Beteiligten wird eine Verschiebung der Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt empfohlen. Einerseits gibt die Verschiebung den Beteiligten die Möglichkeit, ihre Position zu überdenken und eventuell zu revidieren. Andererseits birgt die Verzögerung der Entscheidung die Möglichkeit einer Situation, in der Gefahr im Verzug besteht, dass also der Patient einen Kreislaufstillstand erleidet, bevor der CPR-Status geklärt werden konnte. Dieser Situation wird insofern Rechnung getragen, dass immer der für den Patienten zuständige Fach-/Oberarzt die Verantwortung für die Entscheidung trägt. Die Rolle der Primarii wird in dem Prozess der Entscheidungsfindung nicht erwähnt. Es kann natürlich sein, dass organisationsintern deren Rolle sehr wohl an anderer Stelle definiert ist. Die Entscheidung soll aber nie unter der hierarchischen Ebene des Facharztes, in der Regel des stationsführenden Facharztes bzw. Oberarztes gefällt werden. Wenn sich der Primarius der Abteilung die Entscheidung vorbehält, so ist das zu respektieren. Es besteht aber keine Notwendigkeit, das in den Leitlinien festzuhalten, da es der gesamten Abteilung bekannt ist. Bei einer rein externen Sicht, ohne diese potentielle Hintergrundinformation, bleibt dann ein gewisser Interpretationsspielraum bestehen.

²⁰⁹ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 3.

11.8 Entscheidungsfindungsprozess bei Vinzenzgruppe²¹⁰

In der Leitlinie der Vinzenzgruppe werden die einzelnen Entscheidungssituationen ausführlich dargestellt. Dies lässt sich auf die erweiterte Zielgruppe, die zusätzlich zum medizinischen Personal sowohl Patienten als auch Angehörige umfasst, zurückführen. Aus diesem Grund wird auch die Konstellation erklärt in der eine CPR physiologisch aussichtslos wäre. In dieser Situation ist der Wille des Patienten unbeachtlich. Die Aufklärung des Patienten soll sich daher nicht auf den Verzicht auf eine pathophysiologisch aussichtslose CPR konzentrieren, sondern es ist angezeigt, besonders den Fokus auf den Themenbereich einer umfassenden „end of life care“ und anderer indizierten Behandlungsmaßnahmen zu legen. Beim Beharren der Patienten oder deren Stellvertreter soll die Aussichtslosigkeit einer CPR deutlich verständlich gemacht werden. Natürlich ist in derartigen Situationen die Hinzuziehung einer Zweitmeinung möglich und sinnvoll. Nicht stellvertretungsberechtigten Angehörigen soll vermittelt werden, dass die aussichtslose CPR nicht dem Patientenwohl dient, sondern ein entsprechend palliatives Behandlungsregime sinnvoll und angezeigt ist. Auf keinen Fall soll vor Angehörigen eine absichtlich zu spät begonnene oder eine nicht fachgerechte Reanimation durchgeführt werden. Diese slow bzw. show codes sind äußerst problematisch, dienen sie doch nur einer oberflächlichen Beruhigung der Angehörigen und stellen außerdem eine vermeidbare Belastung des Patienten dar. Ein Sterben in Ruhe, so wie es die oberrheinischen Bischöfe fordern, würde dadurch auf extreme Art und Weise konterkariert werden.²¹¹

Ist sowohl die Indikation als auch der Patientenwille gleichsinnig vorhanden, so ist keine weitere ethische Diskussion nötig.

Lehnt ein Patient eine indizierte CPR im Vorfeld ab, so ist sicherzustellen, dass die Voraussetzungen für ein informed refusal, als Gegenstück zum informed consent, erfüllt sind. Für die informierte Ablehnung bedarf es einer besonders sorgfältigen

²¹⁰ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 9-10.

²¹¹ GEMEINSAMES HIRTENSCHREIBEN DER BISCHÖFE VON FREIBURG, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, 385-389.

Aufklärung über die mittelbaren und unmittelbaren Folgen dieser Entscheidung.²¹² Es ist sicherzustellen, dass der Patient in seiner Entscheidung frei ist. Ungebührliche Beeinflussung, Manipulation und sozialer Druck können den geäußerten Wunsch eines Behandlungsverzichts ungültig machen.²¹³ Eine unbedingte Voraussetzung stellt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit dar. Ist diese jedoch aufgrund einer organischen Krankheit (z.B. Hirntumor) oder auch eines emotionalen Ausnahmezustands (z.B. schlechte Prognose, Probleme im familiären Umfeld) oder vielleicht durch eine eventuell bisher nicht diagnostizierte endogene Depression beeinträchtigt, so kann die aktuelle Willensäußerung in Bezug auf CPR nicht als verbindlich gelten.²¹⁴ Chronisch progrediente Erkrankungen, wie z.B. Alzheimer und Altersdemenz, stellen eine große Herausforderung dar. Hier ist es wünschenswert Formen der Stellvertretung wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht rechtzeitig zu regeln, damit zum Wohl des Patienten entschieden werden kann.

Im medizinischen Alltag ist die Indikation einer CPR oft nicht eindeutig. Unter derartigen Umständen ist ein eindeutiger Patientenwille äußerst hilfreich, um eine Entscheidung über den CPR-Status treffen zu können.²¹⁵

Nach der Leitlinie der Vinzenzgruppe ist demnach nur im Fall der uneindeutigen Indikation eine vom behandelnden Arzt initiierte Diskussion vorgeschlagen. Ist die Entscheidung für bzw. gegen eine CPR aus medizinischer Sicht eindeutig, so soll die Diskussion nur dann erfolgen, wenn dieses Thema vom Patienten aktiv angesprochen wird.²¹⁶

²¹² vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 10.

²¹³ vgl. BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 138.

²¹⁴ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 10.

²¹⁵ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 11.

²¹⁶ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 12-13.

12 Kirchliche Dokumente und Lehraussagen zum Verzicht auf Wiederbelebung

Neben der ausführlichen Beschäftigung mit den medizinischen, ethischen und juristischen Grundlagen für eine Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung ist ein Blick auf einschlägige Aussagen des katholischen Lehramts obligatorisch.

Der Schutz unschuldigen Lebens nimmt in der Tradition der katholischen Kirche eine wichtige Rolle ein. Wie E. Schockenhoff aufzeigt, besteht unter den katholischen Theologen eine mehr als vierhundertjährige Tradition einer differenzierten Sicht auf das Gut Leben. In der Frage der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung existiert bereits seit dem 16. Jahrhundert die Unterscheidung zwischen ordentlichen und außerordentlichen Mitteln. Einer unbedingten Lebenserhaltungspflicht wird eine Absage erteilt, wenn diese nur mit außerordentlichen Mitteln möglich wäre.²¹⁷

Im Zuge des medizinischen Fortschritts ist gerade im 20. Jahrhundert wieder die Notwendigkeit für lehramtliche Stellungnahmen entstanden, da aufgrund der neuen Möglichkeiten auch neue Probleme entstanden sind. Das Leben der Menschen konnte deutlich verlängert werden; in manchen Fällen bedeutete dies aber das Hinauszögern des Sterbens. Gerade in diesem sensiblen Bereich, der die Entscheidungen am Ende des menschlichen Lebens betrifft, ist die Position des Lehramts bestimmt „von dem unbeugsamen Willen, Anwalt für das Leben zu sein“.²¹⁸ Daher kommt es scheinbar zu einem Konflikt zwischen der Pflicht, das eigene Leben zu erhalten, und dem Eingeständnis, unrettbares, nur mehr Leid verursachendes Leben nicht um jeden Preis bis zum äußersten Ende verlängern zu müssen.

²¹⁷ vgl. SCHOCKENHOFF, Ethik des Lebens, 383-385.

²¹⁸ GÖTZ, Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum, 266.

E. Schockenhoff verweist als Unterscheidungshilfe zwischen verhältnismäßig und unverhältnismäßig auf das in der Jurisdiktion verwendete Übermaßverbot, welches aussagt, dass ein Mittel geeignet, erforderlich und angemessen sein muss, um es zur Erreichung des Ziels einsetzen zu können.²¹⁹

Zur Therapiebegrenzung – nichts anderes stellt ein Verzicht auf Wiederbelebung dar – gibt es drei wichtige Aussagen des päpstlichen Lehramts. Die erste stammt aus einer Ansprache Papst Pius XII. vor einer Gruppe von Ärzten des italienischen „Gregor-Mendel-Instituts für Genetik“ über rechtliche und sittliche Fragen der Wiederbelebung, die er am 24. November 1957 gehalten hat. In seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ vom 25. März 1995 übernimmt Papst Johannes Paul II. die Kernaussagen von Papst Pius überwiegend im Wortlaut. Dies ist als ein starkes Zeichen der Kontinuität der Lehre zu werten.²²⁰ Das folgende etwas längere Zitat aus „Evangelium vitae“ verdeutlicht noch einmal die zentralen Argumente der lehramtlichen Position.

„76. In diesen Situationen, wenn sich der Tod drohend und unvermeidlich ankündigt, kann man aus Gewissensgründen »auf (weitere) Heilversuche verzichten, die nur eine ungewisse und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne daß man jedoch die normalen Bemühungen unterläßt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden«.

77. Sicherlich besteht die moralische Verpflichtung sich pflegen und behandeln zu lassen, aber diese Verpflichtung muß an den konkreten Situationen gemessen werden; das heißt, es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“²²¹

Gleichlautende Aussagen wurden bereits fünfzehn Jahre zuvor durch die Kongregation für Glaubenslehre in ihrer Erklärung zur Euthanasie „Iura et bona“

²¹⁹ vgl. SCHOCKENHOFF, Ethik des Lebens, 386-387.

²²⁰ vgl. GÖTZ, Medizinische Ethik und katholische Kirche, Fußnote 539, 272.

²²¹ PAPST JOHANNES PAUL II, Evangelium Vitae 75-77.

getätigt, in der die traditionelle Lehre der Unterscheidung zwischen verhältnismäßig und unverhältnismäßig bekräftigt wird.²²²

Im Katechismus der katholischen Kirche wird in zusammengefasster Art die gleiche Lehre präsentiert.²²³

12.1 Ein finaler Blick auf die Problemstellung

Der Kern der gesamten Problemstellung lässt sich auf die Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln reduzieren. Bei einem möglichen Verzicht auf Wiederbelebung müssen daher zwei Situationen beurteilt werden. Im Fall einer fehlenden oder nicht eindeutigen Indikation für eine cardiopulmonale Reanimation kann davon ausgegangen werden, dass eine CPR hier als ein unverhältnismäßiges Mittel angesehen werden kann und daher der Verzicht darauf sittlich erlaubt ist. So findet sich in der weiter oben im Text erwähnten Ansprache Pius XII. folgender Passus: „Da übrigens diese Arten der Behandlung die gewöhnlichen Mittel übersteigen, zu denen man sonst pflichtgemäß zu greifen hat, kann man nicht behaupten, man müsse sie anwenden und müsse folglich den Arzt dazu beauftragen.“²²⁴ Diese Feststellung muss jedoch im Kontext ihrer Zeit gesehen werden, da Ende der 1950er Jahre die Wiederbelebung noch nicht zum medizinischen Standard gezählt hat.

Besteht jedoch eine medizinische Indikation für eine CPR, so kann hier keine eindeutige Aussage getroffen werden, da eine allgemeine sittliche Verpflichtung für den Beginn einer CPR wohl ebenso fragwürdig wäre wie ein genereller Verzicht auf Wiederbelebung. In dieser Situation können Pauschalurteile nur fehlgehen und wären unredlich. Daher ist eine Entscheidung nur für den jeweiligen Einzelfall

²²² vgl. KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, Erklärung zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, IV.

²²³ Die Pflege, die man gewöhnlich einer kranken Person schuldet, darf nicht abgebrochen werden. Erlaubt sind dagegen die Verwendung schmerzlindernder Mittel, die nicht auf den Tod abzielen, sowie der Verzicht auf die Anwendung medizinischer Verfahren, die in keinem Verhältnis stehen und bei denen es keine begründete Hoffnung auf einen positiven Ausgang gibt. (KKK 2278-2279).

²²⁴ vgl. PAPST PIUS XII., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII, 3271-3272.

möglich, der eine eingehende Analyse aller Entscheidungskriterien und die Bildung des freien Gewissens vorausgehen muss.

Ein möglicher Ausweg aus dieser Dilemmasituation stammt aus der Feder Pius XII.:

„Aber sie verpflichtet gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d. h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu hart und würde die Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren.“²²⁵

Mit der Konzedierung eines ausdrücklichen Abwehrrechts, das den Schutz vor außergewöhnlichen Belastungen in sich birgt, wird ein Ausweg aus dem Dilemma aufgezeigt.

²²⁵ PAPST PIUS XII., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens, 3269-3270.

13 Zusammenfassung

Während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit hat sich immer deutlicher gezeigt, dass Leitlinien für die Entscheidungen am Ende des Lebens ein überaus vielschichtiges Thema sind. Nahezu jedes einzelne Kapitel böte Raum für eine ausführlichere, vertiefende Beschäftigung.

Um eine ins Grenzenlose reichende Ausuferung zu vermeiden, war es notwendig, eine Beschränkung auf die wesentlichen Kernpunkte vorzunehmen. Die Vielfalt der bearbeiteten Themen ergibt sich aus dem Bemühen, Theologen ein wenigstens grundlegendes Verständnis für die Hintergründe bei der Entscheidung über einen potentiellen Verzicht auf Wiederbelebung zu ermöglichen. Daher werden nachfolgend die Ergebnisse der einzelnen Kapitel in kompakter Form präsentiert.

13.1 Leitlinien

Leitlinien in der Medizin sind ein Ergebnis von Forschungen in den Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Rasante Fortschritte in Wissenschaft, Technik und das Gesundheitssystem im Allgemeinen bergen die immanente Gefahr, ein nicht beherrschbarer Komplex zu werden. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wurden unverzichtbar, denn „zu offensichtlich ist die Gefährdung der Gesundheit durch unzureichende Qualität in der Versorgung“.²²⁶

Leitlinien als Teil dieser Qualitätssicherungsstrategien sind „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“.²²⁷ Die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung, Entscheidungshilfe für die Praxis und Hebung des Qualitätsniveaus sind einige der Ziele, die durch die Anwendung von Leitlinien

²²⁶ SCHMACKE, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 79.

²²⁷ BLOCH et al., Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, A-2154.

erreicht werden sollen.²²⁸ Im Gegensatz zu Richtlinien haben Leitlinien eine beschränktere Verbindlichkeit, da sie nur als Orientierungshilfen und als mögliche Entscheidungskorridore dienen.²²⁹ Sie können als Versuch angesehen werden, Einzelfallentscheidungen zu standardisieren.

13.2 Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens

„Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens“ ist eine Übersetzung des im angelsächsischen Raum gebräuchlichen „medical decisions concerning the end of life“²³⁰ und wird in dieser Arbeit an Stelle des leicht missverständlichen Begriffs Sterbehilfe verwendet. Dadurch kann die unbefriedigende und in manchen Fällen künstliche wirkende Unterscheidung zwischen aktiv/passiv und direkt/indirekt vermieden werden. Bei den Bezeichnungen für die einzelnen Stufen der Behandlungsbegrenzung bzw. -reduktion wird auf die Terminologie der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs zurückgegriffen.²³¹ Diese unterscheiden zwischen primärem Therapieverzicht (keine Aufnahme an der Intensivstation), sekundärem Therapieverzicht (keine Therapiesteigerung), Therapiereduktion (Reduktion oder Rücknahme einzelner therapeutischer Maßnahmen) und Therapieabbruch (Beendigung von aussichtslosen Maßnahmen).²³²

13.3 Medizinische Grundlagen

13.3.1 Hirntodkriterium

Das Hirntodkriterium dient in der Medizin zur Feststellung des Todes. Durch den enormen Fortschritt in der ärztlichen Heilkunst wurde letztendlich der Prozess des Sterbens verlängert. Der Herz-Kreislaufstillstand hat als Kriterium für die

²²⁸ vgl. FARIN et al., Leitlinien und Leitlinienforschung, 429.

²²⁹ vgl. BLOCH et al., Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, A 2154.

²³⁰ vgl. DORNBERG, Angefragt: Sterbehilfe, 7f.

²³¹ vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 766.

²³² vgl. INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen, 766.

Feststellung des Todes seine Bedeutung verloren. Aufgrund intensivmedizinischer Behandlung kann die Situation eintreten, dass sich der Patient in einem irreversiblen Koma befindet, der Kreislauf jedoch noch aufrecht erhalten werden kann. Das Hirntodkriterium gilt als erfüllt, wenn ein tiefes, irreversibles Koma, das Fehlen der Hirnstammreflexe und der Verlust der Spontanatmung diagnostiziert werden können.²³³ Hirnstammreflexe sind mittels relativ einfacher Untersuchungsmethoden nachweisbar.²³⁴ Für die Feststellung des irreversiblen Komats können verschiedene bildgebende Verfahren verwendet werden.

Ist das Hirntodkriterium erfüllt, so hat man de facto einen Leichnam, der noch über einen aufrechten Kreislauf verfügt. Aus diesen und anderen Gründen wird das Hirntodkriterium immer wieder hinterfragt.

13.3.2 CPR – cardiopulmonale Reanimation

Außerhalb des medizinischen Fachpersonals besteht die Gefahr, das Erfolgspotential von Herz-Lungen-Wiederbelebung zu überschätzen. Grundlegend für die überhöhte Erwartungshaltung dürften die Erfolgs- und Wundermeldungen in den Medien, vor allem im Boulevard sein.

Aufgrund der Fragestellung der Diplomarbeit wird nur auf die Ergebnisse von Forschungen über intramurale, das sind innerhalb eines Krankenhauses auftretende Herz-Kreislaufstillstände, eingegangen. Diese bieten außerdem die Voraussetzungen für den höchsten Outcome, da bestmögliche Hilfe umgehend vorhanden ist. 44 Prozent der Patienten erlangen nach einem Kreislaufstillstand im Krankenhaus wieder einen funktionierenden Spontankreislauf.²³⁵ Die Überlebenswahrscheinlichkeit bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beträgt um die 20 Prozent²³⁶, d.h. jeder fünfte Patient kann entlassen werden. Von diesen

²³³ vgl. THE AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, A definition of irreversible coma, 85-86.

²³⁴ vgl. SCHLAKE, ROOSEN, Hirntod – Tod des Menschen, 30.

²³⁵ vgl. PEBERDY et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital, 303.

²³⁶ SANDRONI et al., In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival, 238.

haben rund 85 Prozent keine oder leichte, durch den Sauerstoffmangel verursachte neurologische Folgeschäden.²³⁷

13.4 Rechtliche Situation

Die gesetzlichen Vorgaben lassen sich relativ einfach skizzieren. Kernbereiche der Patientenrechte sind das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie. Daraus folgend hat der Patient Anspruch auf eine angemessene Risikoaufklärung.²³⁸ Erst nach der Einwilligung des Patienten entsteht ein sogenannter Behandlungsvertrag, der den Arzt zum Handeln ermächtigt.²³⁹ Gegen den Willen eines Patienten darf eine Behandlung nur in Extremsituationen, wie Seuchengefahr oder Gefahr im Verzug, durchgeführt werden.²⁴⁰ Fehlen diese Voraussetzungen, so handelt es sich um eine strafrechtlich verfolgbare eigenmächtige Heilbehandlung.²⁴¹

Bei anzunehmender längerer Nichteinwilligungsfähigkeit wird vom Gericht ein medizinischer Sachwalter bestellt, sofern der Patient keine gültige Vorsorgevollmacht ausgestellt hat.²⁴²

Eine weitere Möglichkeit zur Durchsetzung ihres Willens besteht für Patienten in der Errichtung einer Patientenverfügung.²⁴³ Verbindliche Patientenverfügungen sind jedoch sehr selten, da der Gesetzgeber hohe Hürden für deren Errichtung vorgeschrieben hat.

Das Handeln der Ärzte bewegt sich zwischen den Polen Behandlungspflicht und Ablehnungsfreiheit. Ist ein Mensch in Lebensgefahr oder besteht ein Versorgungsauftrag, wie z.B. bei einem Gemeindearzt, so ist der Arzt zur

²³⁷ vgl. PEBERDY et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital, 240.

²³⁸ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 85-87.

²³⁹ vgl. DEUTSCH, Medizinrecht, 79-81.

²⁴⁰ vgl. MARZI, Patienten mit limitierter Einwilligung im Krankenhaus – Patientengewissen versus Arztgewissen, 15.

²⁴¹ vgl. StGB §110.

²⁴² DEUTSCH, Medizinrecht, 83.

²⁴³ vgl. PatVG §2.

Behandlung verpflichtet. Die Ablehnungsfreiheit kommt besonders dann zum Tragen, wenn ein Patient eine medizinisch nicht indizierte Behandlung fordert.

Aktive Sterbehilfe, besser ausgedrückt Tötung auf Verlangen, und Beihilfe zum Suizid werden vom Gesetzgeber mit einer Strafandrohung von maximal 5 Jahren Freiheitsentzug belegt.²⁴⁴

13.5 Informed Consent

Der informed consent ist ein medizinethisches Entscheidungsmodell, das auf der Arbeit von Tom Beauchamp und dessen Frau Ruth Faden basiert.²⁴⁵ In Zusammenarbeit mit James Childress hat Beauchamp diesen Ansatz verbessert und ihm im Standardwerk „Principles of biomedical ethics“ breiten Raum gewidmet. Der informed consent beschreibt die Bedingungen unter denen ein Mensch eine freie und selbstbestimmte Entscheidung treffen kann.²⁴⁶ Grundvoraussetzungen sind die Fähigkeit zu verstehen und die Fähigkeit über den Sachverhalt zu entscheiden. Der aufklärende Arzt muss die relevanten Fakten und Informationen dem Patienten verständlich erläutern und einen Therapievorschlagn machen. Schlussendlich liegt es am Patienten, die Entscheidung für eine der gebotenen Optionen zu treffen und die ausgewählte Behandlung zu autorisieren.

13.6 Patientenwille

Die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten ist gekennzeichnet durch einen Paradigmenwechsel von einem ausgeprägten ärztlichen Paternalismus hin zu einer Hegemonie des Patientenwillens. Das heißt, dass auf die Qualität der Willensäußerungen besonders geachtet werden muss. So ist z.B. der Zeitpunkt der Willensäußerung wichtig, da sich der Wille je nach Stadium der Erkrankung bzw. mit der Änderung des Gesundheitszustands verändern kann. Wird eine Forderung

²⁴⁴ vgl. StGB §§77-78.

²⁴⁵ vgl. BEAUCHAMP, FADEN, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, 118.

²⁴⁶ vgl. BEAUCHAMP, FADEN, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, 119.

nach Authentizität der Patientenentscheidung postuliert, so muss der Arzt letztendlich seine Patienten vor ihren inkohärenten Entscheidungen bewahren.²⁴⁷

13.6.1 Nichteinwilligungsfähiger Patient

Liegen keine stellvertretenden Entscheidungsinstrumente vor, so muss auf den mutmaßlichen Patientenwillen zurückgegriffen werden. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens spielen frühere mündliche und schriftliche Äußerungen mit einem Bezug zur aktuellen Entscheidungssituation eine wichtige Rolle. Ebenso sind moralische, ethische und religiöse Überzeugungen sowie persönliche Wertvorstellungen zu berücksichtigen.²⁴⁸

Beim mutmaßlichen Patientenwillen geht es nicht darum, an Stelle des Patienten zu entscheiden, sondern herauszufinden, wie der Patient entscheiden würde, wenn er könnte. Gerade diese Unterscheidung ist für Angehörige sehr wichtig, damit sie nicht dem Eindruck erliegen, für jemanden entscheiden zu müssen.

13.7 DNR-Order

Die Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW, DNR-Order) bezeichnet den Verzicht auf die Einleitung einer CPR bei Patienten, deren Gesundheitszustand so schlecht ist, dass die CPR aussichtslos wäre. Ebenso kann der VaW auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgen. Bei den Überlegungen über den möglichen Verzicht auf eine CPR kommt das Konzept der „futility“ (Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit) zum Tragen. Es wird zwischen quantitativer und qualitativer futility unterschieden. Quantitative futility liegt vor, wenn die Chance auf die Erreichung des physiologischen Ziels der Behandlung unter einem Prozent liegt. Kriterien für qualitative futility sind die zu erwartende Lebensqualität, Vermeidung von Schmerzen und Leid und die Allokation knapper Ressourcen.²⁴⁹

²⁴⁷ vgl. SCHÖNE-SEIFERT, Grundlagen der Medizinethik, 47-48.

²⁴⁸ vgl. BIRNBACHER, Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht, 562-563.

²⁴⁹ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 594.

Die DNR-Anordnung ist jedoch nicht nur Schutz des Patienten vor unnötiger Behandlung. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine aufrechte DNR-Order sogar lebensverkürzend sein kann, da typischerweise aufwendigere therapeutische Maßnahmen nicht mehr gesetzt werden.²⁵⁰

Verantwortlich für die Autorisierung eines Verzichts auf Wiederbelebung ist normalerweise ein Arzt in Leitungsposition.²⁵¹ Eine DNR-Order hat keine unbeschränkte Gültigkeit. Sie muss regelmäßig überprüft werden. Überlicherweise geschieht dies bei Dienstübergabe, spätestens jedoch nach 24 Stunden.²⁵²

13.8 Beispiele für Leitlinien

Leitlinien, die sich mit der DNR-Anordnung beschäftigen, scheinen sehr rar zu sein. Bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Suche wurde lediglich je eine Leitlinie für die Vinzenzgruppe²⁵³ und für das LKH-Universitätsklinikum Graz²⁵⁴ gefunden, die jedoch beide bis dato nicht allgemein publiziert worden sind.

Wenig überraschend weisen die beiden Leitlinien starke inhaltliche Gemeinsamkeiten auf, die in der Natur der Sache liegen dürften und nicht notwendigerweise auf das professionelle Nahverhältnis der Autoren in ihrer Zusammenarbeit in Ethikkommissionen zurückzuführen ist.

Im Aufbau folgen sie der erwartbaren Struktur derartiger Dokumente. Zuerst werden die Begrifflichkeiten und Voraussetzungen für die Erteilung einer Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung geklärt. Ausschlaggebend für die Entscheidung pro/contra CPR sind die medizinische Indikation und der Patientenwille.²⁵⁵ Nur wenn eine medizinische Indikation und eine wenigstens

²⁵⁰ vgl. FRITZ, FULD, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders, 596.

²⁵¹ vgl. SCHMIDT, DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, 1512.

²⁵² vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 4.

²⁵³ EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR

²⁵⁴ ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung.

²⁵⁵ vgl. ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, 3.

anzunehmende Einwilligung des Patienten vorliegen, kommt es zur Anwendung der CPR. Bei fehlender Indikation ist der Wille des Patienten nicht mehr relevant, da keine ärztliche Verpflichtung zur Durchführung besteht.²⁵⁶

In ihrem Bestreben, die Qualität zu sichern und zu verbessern legen beide Leitlinien Wert auf entsprechende Dokumentation der Anordnung und deren Kommunikation innerhalb des gesamten Behandlungsteams.

Eine Besonderheit der von der Vinzenzgruppe erstellten Leitlinie ist der erweiterte Adressatenkreis. Die Leitlinie richtet sich in weiten Teilen an Patienten und deren Angehörige, damit sie im Entscheidungsfindungsprozess eine gut verständliche Unterstützung erhalten.

13.9 Kirchliche Lehraussagen

Die lehramtlichen Aussagen der letzten sechzig Jahre bekräftigen die Kontinuität der Lehre auch unter veränderten Rahmenbedingungen. Seit mehr als 400 Jahren existiert in der römisch-katholischen Kirche die Unterscheidung zwischen ordentlichen und außerordentlichen Mitteln.²⁵⁷ Es besteht in der Frage der Lebenserhaltung bzw. -rettung die sittliche Verpflichtung nur für die Anwendung ordentlicher Mittel. Außerordentliche Maßnahmen dürfen abgelehnt werden.²⁵⁸ Die Unterscheidung zwischen ordentlich und außerordentlich ist in den letzten Jahrzehnten jedoch vermehrt ins Hintertreffen geraten, da sie in Zeiten einer flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung nicht mehr adäquat ist. Daher wird in aktuelleren moraltheologischen Texten zwischen verhältnismäßig und unverhältnismäßig unterschieden.²⁵⁹

Der Verzicht auf Wiederbelebung bei fehlender medizinischer Indikation ist im Hinblick auf die lehramtlichen Stellungnahmen absolut legitim, da eine CPR ein unverhältnismäßiges Mittel darstellen würde.²⁶⁰ Bei einer fraglichen Indikation

²⁵⁶ vgl. EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung CPR, 9-10.

²⁵⁷ vgl. SCHOCKENHOFF, Ethik des Lebens, 383-385.

²⁵⁸ PAPST PIUS XII., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens, 3271-3272.

²⁵⁹ vgl. BOBBERT, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, 422-424.

²⁶⁰ PAPST PIUS XII., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens, 3269-3270.

mit geringen bzw. ungewissen Erfolgsaussichten scheint ebenso eine Unverhältnismäßigkeit vorzuliegen. Ist die medizinische Indikation vorhanden, so kann pauschal keine Aussage zur Verpflichtung getroffen werden, sondern es ist jeder Einzelfall gesondert zu beurteilen.

14 Ausblick

Trotz einer intensiven Beschäftigung mit der Fragestellung über „Leitlinien für medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens“ fällt ein wirklicher Abschluss des Themas schwer. Offensichtlich stehen wir erst an einem Ausgangspunkt, an dem viel Neues möglich scheint, jedoch mit dem Anspruch innovativ sein zu müssen und nicht auf Altbewährtes zurückgreifen zu können. Aufgrund der Brisanz des Grundproblems „Wie wird über einen potentiellen Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen entschieden?“ und der Novität des Ansinnens, diese Entscheidungen mittels Leitlinien zu unterstützen, existieren keine Standardwerke für diese Problemstellung. Künftige Forschungen und gewonnene Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung der „Pionierleitlinien“ schaffen die Voraussetzungen, dieses große Manko zu beheben. Bisherige Anstrengungen im Bereich der Entscheidungsunterstützung erfolgten im vergleichsweise kleinen Rahmen. Es wäre äußerst wünschenswert, wenn große Stakeholder, wie das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, eine eigene Leitlinie für den Verzicht auf Wiederbelebung publizieren würden. Im Zuge dieser Bemühungen sollten auch minderjährige Patienten explizit berücksichtigt werden, da der Entscheidungsfindungsprozess bei Erwachsenen nicht eins zu eins auf Minderjährige übertragen werden kann.

Eine weitere lohnende Forschungsfrage stellen die Auswirkungen derartiger Leitlinien dar. Gibt es quantifizierbare Änderungen der Versorgungsqualität in Krankenhäusern, in denen eine Leitlinie zum Verzicht auf Wiederbelebung implementiert ist? Durch die Erfolgskontrolle kann die weitere Entwicklung des Leitlinieneinsatzes gesteuert werden.

Im Zuge dieser medizinischen und ethischen Forschungen darf eine wichtige Tatsache nicht aus der Wahrnehmung verschwinden. Das Heil und der Wille des Patienten müssen die Basis jeden medizinischen Handelns darstellen.

15 Anhang

15.1 Vorbemerkungen

Das Gespräch mit Dr. Aichinger war kein Interview im klassischen Sinn, sondern eine Unterhaltung mit informellem Charakter. Aus diesem Grund wird, mit ausdrücklichem Einverständnis von Dr. Aichinger, nur die Transkription der in der Diplomarbeit zitierten Gesprächsabschnitte angefügt.

15.2 Transkription des Gesprächs mit Dr. Aichinger

Terminal weaning machen wir nicht. Ich muss allerdings sagen, da sind wir kongruent. Ich glaube, da gibt es Daten darüber, dass maximal ein Viertel der Intensivstationen terminal weaning macht. Terminal weaning heißt, wenn ich mich für einen totalen Rückzug entscheide, dass ich auch den Tubus herausnehme und den Patienten sofort versterben lasse. Ich kann mich kaum erinnern, ich bin jetzt 25 Jahre Intensivmediziner, wenn man sich für totalen Therapierückzug entscheidet und den Patienten sonst alles absetzt und ihn mit Raumluft weiter beatmet, dass es länger wie zwei, drei Tage dauert. Ich denke, das ist auszuhalten. Das ist auch für Angehörige an sich ein extrem brutaler Akt. Sozusagen den Tubus heraus, und der macht noch eine paar Schnapper, und die schauen aus wie massive Erstickungsanfälle. Es ist glaube ich trotzdem argumentierbar, dass man terminal weaning nicht macht.

Ich glaube, dass etwas Wahres dahinter steckt, dass man in die Entscheidung gerufen ist. Das ist eher ein Argument für die Personalisierung der Medizin, dass man wirklich dem gegenüber, den man behandelt, die Entscheidungen trifft, und sich nicht ausflüchtet und sich eigentlich die Bestätigung holt. Wenn man solche Kommissionen einsetzt, macht man es ja meistens dann, wenn man von Angehörigen einen Rechtsstreit befürchtet. [...] Oder weil man sich eine Unterstützung holen will in einer Entscheidung, die man selber eigentlich nicht treffen will. Ich möchte die Therapie abbrechen, aber ich will mir noch die

Zustimmung von anderen holen, damit ich später kein schlechtes Gewissen habe. Ich kann dem viel abgewinnen. Dass man sagt: „Ok, zu diesen Entscheidungen muss man auch stehen.“ Ich möchte das nicht als Präpotenz interpretieren, sondern dass man wirklich in die Entscheidung gerufen ist. Das hat viel mehr Impetus, dass man sich wirklich mit dem Patienten auseinander setzt. Die Mitglieder einer Kommission haben den Patienten nie gesehen. Das Beispiel, das ich Ihnen vorher genannt habe, mit der Patientenverfügung. Aufgrund dieser juristischen Entscheidungen sind wir unten gesessen. Für mich waren das grausame Besprechungen. Keiner hat den Mann gekannt. Ich war am Boden zerstört, weil sich keiner mit dem Menschen selbst befasst hat.

Wir wollen ein Programm auf den Weg bringen, dass mit diesen Leuten vorher ernsthafte Gespräche geführt werden. Um auf Ihre Frage zurück zu kommen, auf der Intensivstation führen wir ja diese Gespräche in einem Zustand der fortgeschrittenen Krankheit, nicht im Zustand des Gesundseins. Ich kenne Programme in Deutschland, da betrifft es nicht diese schweren Krankheiten. Sondern es gibt dort Institutionen, die Seniorenheime betreuen, die diesen Senioren bereits beim Eintritt in das Seniorenheim diese Eventualitäten besprechen und einmal im Quartal das Gespräch mit denen revidieren. Und diese Idee finde ich gut.

Ich frage immer Angehörige bei bewusstlosen Patienten bei uns auf der Intensivstation ausdrücklich: „Hat das ihr Vater, ihre Mutter irgendwann einmal verbal geäußert?“ Damit kann ich eintragen: „Der [Anm. Patient] hat anlässlich des Todes seiner Schwägerin gesagt: ‚Das möchte ich nicht, oder so ähnlich.‘“ Denn meistens schreibt das niemand auf. Wir haben hier pro Jahr ungefähr tausend Patienten auf der Intensivstation, und davon haben drei eine Patientenverfügung.

16 Abkürzungsverzeichnis

AND	Allow Natural Death
ÄrzteG	Ärztegesetz
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Deutsche Bundesärztekammer
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BQLL	Bundesqualitätsleitlinien
CPR	cardiopulmonale Reanimation
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DNAR	Do Not Attempt Resuscitation
DNE	Do Not Escalate
DNR	Do Not Resuscitate
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
KBV	kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KKK	Katechismus der Katholischen Kirche
LKH	Landeskrankenhaus
NRCPR	National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation
OA	Oberarzt
VaW	Verzicht auf Wiederbelebung

17 Bibliographie

17.1 Quellen

Pius XII, Rechtliche und sittliche Fragen der Wiederbelebung. Ansprache an eine Gruppe von Ärzten, die auf Veranlassung des Georg-Mendel-Institutes für Genetik zusammengekommen waren vom 24. November 1957, AAS 49 (1957) 1027-1033, in: Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII, Bd. 3 von 3, UTZ, Arthur Fridolin/GRONER, Joseph Fulko (Hrsg.), Paulusverlag, Fribourg 1961.

JOHANNES PAUL II, Enzyklika Evangelium Vitae vom 25.03.1995, AAS 87 (1995) 401-522.

Katechismus der Katholischen Kirche. Neuübersetzung aufgrund der Editio typica Latina, Korrigierter Nachdr. der Ausg. von 2003, Oldenbourg - Wien 2007.

KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, Iura et bona, Erklärung zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, AAS 72 (1980) 542-552

17.1.1 Rechtliche Quellen

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte, BGBl. I Nr. 169/1998 idF BGBl. I Nr. 156/2005. [Ärztegesetz 1998, ÄrzteG 1998]

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 idF BGBl. I Nr. 81/2013. [Gesundheitsqualitätsgesetz, GQG]

Bundesgesetz über Patientenverfügungen, BGBl. I Nr. 55/2006. [Patientenverfügungs-Gesetz, PatVG]

Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen, BGBl. Nr. 60/1974 idF BGBl. I Nr. 134/2013. [Strafgesetzbuch, StGB]

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten, BGBl. Nr. 155/1990 idF BGBl. I Nr. 18/2010. [Unterbringungsgesetz, UbG]

17.2 Literatur

Mitteilungen: Das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), in: Deutsches Ärzteblatt International 4 (2005): 370-371.

ACH, Johann/WIESING, Urban/MARCKMANN, Georg, "Sterbehilfe." in: Ethik in der Medizin. Ein Reader, WIESING, Urban (Hrsg.), Reclam, Stuttgart 2012, 232-243.

- ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN, Aufgaben und Ziele,
URL: <http://www.aezq.de/aezq/uber/aufgaben-und-ziele> (Stand: 16.04.14)
- BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH (Hrsg.), Ethik-Codex: Orientierung an
Hospitalität und Professionalität. Facultas.WUV, Wien 2010.
- BEAUCHAMP, Tom L./CHILDRESS, James F., Principles of biomedical ethics,
Oxford Univ. Press, New York – Oxford ⁷2013.
- BEAUCHAMP, Tom L./FADEN, Ruth R., Bedeutung und Elemente des Informierten
Einverständnisses in: Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, WIESING,
Urban (Hrsg.), Philipp Reclam jun., Stuttgart ⁴2012, 117-120.
- BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, Forschung an nicht
einwilligungsfähigen Personen – unter besonderer Berücksichtigung des
Risikobegriffes, Wien 2013.
- BIRNBACHER, Dieter, Tun und Unterlassen, Reclam, Stuttgart 1995.
- BIRNBACHER, Dieter, Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus
medizinethischer Sicht, in: Medizinrecht 30 (2012): 560-565.
- BISHOP, Jeffrey P./BROTHERS, Kyle B./PERRY, Joshua E. et al., Reviving the
Conversation Around CPR/DNR,
in: The American Journal of Bioethics 10 (2010): 61-67.
- BLOCH, R. E./LAUTERBACH, K./OESINGMANN, U. et al., Bekanntmachungen:
Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung
Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher
Bundesvereinigung,
in: Deutsches Ärzteblatt International 94 (1997): 2154-2155.
- BOBBERT, Monika, Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen
Schwerkranken. Geschichte - Theorie - Ethik, mentis-Verl., Münster 2013.
- BRANDSTETTER, Wolfgang, Die Begrenzung medizinischer Behandlungspflicht
durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. in: Grenzfragen der
ärztlichen Behandlung, MAZAL, Wolfgang (Hrsg.) 1998.
- CHEN, Y. Y./YOUNGNER, S. J., "Allow Natural Death" Is Not Equivalent to "Do Not
Resuscitate": A Response,
in: Journal of Medical Ethics 34 (2008): 887-888.
- DEUTSCH, Erwin, Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und
Medizinprodukterecht. Eine zusammenfassende Darstellung mit
Fallbeispielen und Texten, Springer, Berlin [u.a.] ⁴1999.
- DIEM, Susan J./LANTOS, John D./TULSKY, James A., Cardiopulmonary
Resuscitation on Television — Miracles and Misinformation,
in: New England Journal of Medicine 334 (1996): 1578-1582.
- DIRKSEN, Hans-Hermann, Arzt, Patient und Gewissen – Handlungspflicht oder
Ablehnungsfreiheit? in: KERN, Gerson (Hrsg.), Arzt und Gewissen.
Handlungspflicht versus Ablehnungsfreiheit, 2010.

- DORNBERG, Martin, Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte. Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung, Lang, Frankfurt am Main – Wien [u.a.] 1997.
- EBELL, Mark H/BERGUS, George R/WARBASSE, Lawrence et al., The inability of physicians to predict the outcome of in-hospital resuscitation, in: Journal of General Internal Medicine 11 (1996): 16-22.
- EHTIKBEIRAT DER VINZENZGRUPPE, Entscheidungsfindung bei Cardiopulmonaler Reanimation (CPR), 2009.
- EIBACH, Ulrich, Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchener Verl.-Haus, Neukirchen-Vluyn 2000.
- ELIOTT, Jaklin A./OLVER, Ian N., End-of-life decision making is more than rational, in: Communication & Medicine 2 (2005): 21-34.
- ETHIKKOMITEE AM LKH-UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ, Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung ("DNR Vermerk") am LKH-Universitätsklinikum Graz, 2009.
- ETHIKKOMMISSION DES LANDES OBERÖSTERREICH, Geschäftsordnung, URL: <http://www.ooe-ethikkommission.at/geschaeftsordnung.html> (Stand: 18.11.2013).
- ETHIKKOMMISSION DES LANDES OBERÖSTERREICH, Zuständigkeitsbereich, URL: <http://www.ooe-ethikkommission.at/zustaendigkeitsbereich.html> (Stand: 18.11.2013).
- FARIN, E./GLATTACKER, M./JÄCKEL, W. H., Leitlinien und Leitlinienforschung, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54 (2011): 429-435.
- FIELD, Marilyn J./LOHR, Kathleen N. (Hrsg.), Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, The National Academies Press, 1990.
- FRITZ, Zoë/FULD, Jonathan, Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects, in: Journal of Medical Ethics 36 (2010): 593-597.
- GEMEINSAMES HIRTENSCHREIBEN DER BISCHÖFE VON FREIBURG, STRASBOURG UND BASEL, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, in: Amtsblatt der Erzdiözese Freiburg (2006): 385-388.
- GESPAG, Unternehmen, URL: <http://www.gespag.at/gespag/unternehmen.html> (Stand: 18.11.2013).
- GIESE, Constanze, Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des "informed consent" in der Diskussion, Lit, Münster 2002.
- GÖTZ, Christoph, Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum, Lit, Münster [u.a.] 2000.

- HARRIS, Dylan/WILLOUGHBY, Hannah, Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama, in: Resuscitation 80 (2009): 1275-1279.
- HELMCHEN, Hanfried/KANOWSKI, Siegfried/LAUTER, Hans, Ethik in der Altersmedizin, Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- HOFFMANN, H., Leitlinien in der Medizin. Eine vornehme, aber risikobehaftete Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften, in: Internist 40 (1999): M003-M010.
- INTENSIVMEDIZINISCHE GESELLSCHAFTEN ÖSTERREICHS, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen, in: Wiener klinische Wochenschrift 116 (2004): 763-767.
- JEFFORD, Michael/MOORE, Rosemary, Improvement of informed consent and the quality of consent documents, in: The Lancet Oncology 9 (2008): 485-493.
- JOFFE, Steven/COOK, E. Francis/CLEARY, Paul D. et al., Quality of informed consent in cancer clinical trials: a cross-sectional survey, in: The Lancet 358 (2001): 1772-1777.
- JOX, Ralf, Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens, Rororo, Reinbek bei Hamburg 2013.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, Interviews mit Sterbenden, Kreuz-Verl., Stuttgart - Berlin ⁶1973.
- KUHLMANN, Jens-Michael, Einwilligung in die Heilbehandlung alter Menschen, Lang, Frankfurt am Main - Wien [u.a.] 1996.
- LEITLINEN.DE, Leitlinien-Wirksamkeit & Leitlinien-Qualität, URL: <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/wirksamkeit-qualitaet> (Stand: 28.04.14)
- LIPP, V./BRAUER, D., Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht, in: Palliativmedizin 14 (2013): 121-126.
- MAIO, Giovanni, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Schattauer, Stuttgart 2012.
- MARKS, Melissa A. Z./ARKES, Hal R., Patient and Surrogate Disagreement in End-of-Life Decisions: Can Surrogates Accurately Predict Patients' Preferences?, in: Medical Decision Making 28 (2008): 524-531.
- MARZI, Leopold-Michael, Patienten mit limitierter Einwilligung im Krankenhaus – Patientengewissen versus Arztgewissen. in: KERN, Gerson (Hrsg.), Arzt und Gewissen. Handlungspflicht versus Ablehnungsfreiheit, 2010.
- MEYER, J., Qualitätssicherung in der Inneren Medizin, in: Internist 41 (2000): M164-M165.
- OLLENSCHLÄGER, G./KIRCHNER, H./FIENE, M., Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung?, in: Der Internist 42 (2001): 473-438.

- PEBERDY, Mary Ann/KAYE, William/ORNATO, Joseph P. et al., Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation, in: Resuscitation 58 (2003): 297-308.
- PLOIER, Monika, Recht des Patienten auf Therapie - Recht des Arztes auf Therapieverweigerung?, in: Journal für Hypertonie 13 (2009): 26-28.
- PSCHYREMBEL, Willibald, Klinisches Wörterbuch, de Gruyter, Berlin [u.a.] ²⁶¹2007.
- REITER-THEIL, St/HIDDEMANN, W., Patientenautonomie statt Paternalismus, in: Onkologie 6 (2000): 190-197.
- RICKEN, Friedo, Allgemeine Ethik, Grundkurs Philosophie Bd. 4, Kohlhammer, Stuttgart u.a. 1983.
- ROTHHAAR, Markus/KIPKE, Roland, Die Patientenverfügung als Ersatzinstrument. Differenzierung von Autonomiegraden als Grundlage für einen angemessenen Umgang mit Patientenverfügungen. in: FREWER, Andreas (Hrsg.), Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis, Bd. 2, Jahrbuch Ethik in der Klinik, Königshausen & Neumann, Würzburg 2009.
- SANDRONI, Claudio/NOLAN, Jerry/CAVALLARO, Fabio et al., In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival, in: Intensive Care Medicine 33 (2007): 237-245.
- SCHAFFLER, Roland, Leitlinien in Österreich: Nichts geht mehr, in: Qualitas (2012): 4-7.
- SCHAUPP, Walter, Lebenslauf, <http://moraltheologie.uni-graz.at/de/institut/mitarbeiterinnen/univ-prof-ddr-walter-schaupp/> (accessed 12.06.2014).
- SCHLAKE, Hans-Peter/ROOSEN, Klaus, Hirntod – Tod des Menschen. in: HÖGLINGER, Günter/KLEINERT, Stefan (Hrsg.), Hirntod und Organtransplantation, de Gruyter, Berlin [u.a.] 1998.
- SCHMACKE, Norbert, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, KomPart-Verl.-Ges., Bonn - Bad Homburg ²2005.
- SCHMIDT, Frank P., DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied, in: Deutsches Ärzteblatt 106 (2009): 1511-1515.
- SCHOCKENHOFF, Eberhard, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Herder, Freiburg im Breisgau ²2013.
- SCHÖNE-SEIFERT, Bettina, Medizinethik, in: NIDA-RÜMELIN, Julian (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch, Kröner, Stuttgart 1996, 552-648.
- SCHÖNE-SEIFERT, Bettina, Grundlagen der Medizinethik, Kröner, Stuttgart 2007.

- STATISTIK AUSTRIA, Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten seit 1985,
URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/022339.html
(Stand: 9.12.2013).
- STOECKER, Ralf, An den Grenzen des Todes – Ein Plädoyer für die moralphilosophische Überwindung der Hirntod-Debatte, in: WIESING, Urban (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Reader, Reclam, Stuttgart 2012, 371-376.
- TATTERSALL, Martin H. N., Examining informed consent to cancer clinical trials, in: The Lancet 358 (2001): 1742-1743.
- THE AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, A definition of irreversible coma, in: The Journal of the American Medical Association 205 (1968): 337-40.
- VENNEMAN, S S/NARNOR-HARRIS, P/PERISH, M et al., “Allow natural death” versus “do not resuscitate”: three words that can change a life, in: Journal of Medical Ethics 34 (2008): 2-6.
- VIRT, Günter/SCHELKSHORN, Hans/LACKNER, Franz Xaver et al., Die Anwendung von Evidence-Based-Medicine (EBM) zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Österreich als ethisches Problem, Wien 2012.
- VOLLMANN, Jochen, Ethische Probleme des Hirntods in der Transplantationsmedizin, Medizin-Ethik, Fischer, Stuttgart [u.a.] 1998.
- WIENER KRANKENANSTALTENVERBUND, Geschäftsbericht 2012, Wien 2012.
- WIENKE, A., Medizinischer Standard und Leitlinien—Ökonomisierung der Medizin, in: Notfall + Rettungsmedizin 7 (2004): 95-97.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION, WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>
(Stand: 01.07.2014).

18 Abstract

Die Einführung von Entscheidungshilfen für die Praxis ist eines der wesentlichen Ziele für die Anwendung von Leitlinien in der Medizin. Die Entscheidung über den potentiellen Verzicht auf eine cardiopulmonale Reanimation betrifft nahezu jeden schwerst kranken Patienten, der sich in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus befindet. Leitlinien sind dafür systematisch entwickelte Entscheidungshilfen, die den Entscheidungsfindungsprozess unterstützen und dazu beitragen, dass die Qualität der Entscheidungen gesteigert und stabilisiert wird. Der Einsatz von Leitlinien zum Verzicht auf Wiederbelebung ist ein Novum und noch nicht weit verbreitet. Für Österreich konnte die Existenz zweier Leitlinien für den Verzicht auf Wiederbelebung nachgewiesen werden. Die Nähe zur Sterbehilfe liegt in der Natur der Sache. Die unbefriedigende und in manchen Fällen künstlich wirkende Unterscheidung zwischen aktiv/passiv und direkt/indirekt wird vermieden, indem die Bezeichnung „medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens“ verwendet wird. Die DNR-Anordnung ist die schriftliche Dokumentation der Entscheidung, ob bei einem Patienten im Fall des Kreislaufstillstands eine CPR durchgeführt werden soll. Gründe für den Verzicht sind die fehlende Einwilligung des Patienten oder die mangelnde Indikation für eine CPR, bedingt durch deren physiologische Aussichtslosigkeit. Erleiden Patienten in einem Krankenhaus einen Kreislaufstillstand, so kann in rund 17-20% der Fälle der betroffene Patient aus dem Krankenhaus entlassen werden. Bei ungünstiger Grunderkrankung und allfälligen Begleiterkrankungen kann sich die Überlebensrate dramatisch senken. Die beiden gefundenen Leitlinien unterstützen den gesamten Entscheidungsfindungsprozess, angefangen bei den Voraussetzungen für eine DNR-Order, der Kompetenzregelung, der Dokumentation im Patientenakt bis hin zu der Reevaluierung der getroffenen Entscheidung.

Bedeutende Aussagen des katholischen Lehramts zur Behandlungsbegrenzung konzedieren das Recht auf Ablehnung einer Behandlung, wenn der erwartete Erfolg im Vergleich zu den Belastungen durch die Therapie unverhältnismäßig gering ist.

19 Lebenslauf

* 05.03.1981	St. Pölten, wohnhaft Hofstetten-Grünau (NÖ)
09/1987-06/1991	Volksschule Grünau
09/1991-06/1995	Hauptschule Grünau-Rabenstein
09/1995-06/2000	HTBLuVA St. Pölten, Abteilung für EDV und Organisation
26.6.2000:	Reife- und Diplomprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg
10/2001-06/2005	Studium der medizinischen Informatik, TU Wien, Universität Wien, Medizinische Universität Wien
ab 10/2006	Studium der Katholischen Fachtheologie, Universität Wien
06/2009-05/2011	ÖH Mandatar, Studienvertretung Katholische Fachtheologie
07/2000-09/2000	Niederösterreichische Versicherung: Softwareentwicklung
10/2000-09/2001	Zivildienst, ASBÖ Landesverband Niederösterreich Rettungssanitäter
12/2000-07/2005	Gleiss & Leeb GmbH: Softwareentwicklung, Support
28.08.2005	Einkleidung im Prämonstratenser Chorherrenstift Schlägl
28.08.2007	zeitliche Profess
28.08.2011	feierliche Profess