



Leidensverlängerung gilt als Behandlungsfehler

Wegweisendes Urteil Darf das Leben eines schwerstkranken Menschen künstlich aufrechterhalten werden, wenn dadurch sein Leiden verlängert wird? Das Landgericht München hat diese Frage im Januar 2017 mit einem klaren Nein beantwortet. Das Urteil gilt als Meilenstein. Erstmals hat ein Gericht entschieden, dass die künstliche Lebensverlängerung bei schwerst chronisch Kranken ohne Therapieziel nicht medizinisch indiziert ist.

Von Dr. Matthias Thöns

Die Ernährung Demenzbetroffener über eine Magensonde durch die Bauchwand (PEG) ist seit Jahrzehnten umstritten und Gegenstand kontroverser Standpunkte sowie rechtlicher Auseinandersetzungen. Seit 2016 spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) eindeutig gegen sie aus (1): Unter den fünf Dingen, die ein Arzt unterlassen sollte, steht die PEG bei fortgeschrittener Demenz auf Platz 2, gleich nach dem Rat gegen zu viele Medikamente.

Eine Ernährungsunterstützung auf natürlichem Wege ist bezüglich der Ergebnisse Sterblichkeit, Lungenentzündung, verbleibende Fähigkeiten und Wohlbefinden mindestens so wirksam wie eine Sondenernährung via PEG. Eine aktuelle Untersuchung aus 2016 belegt nun sogar: PEG-Versorgte sterben früher (2). Warum die DGG die Empfehlung auf die fortgeschrittene Demenz begrenzt, bleibt unklar. Nur in Ausnahmefällen dürfte es außerhalb dieser Situation zu einer Ernährungsproblematik kommen, grenzt man akute andere Erkrankungen in frühen Demenzstadien aus.

Anfang des Jahres hat das Landgericht München I die Fortsetzung einer PEG-Ernährung ohne Therapieziel als ärztlichen Behandlungsfehler eingestuft (3).

Der Fall: Sohn verklagt Hausarzt

Der 82-jährige Patient stand wegen einer Demenz bereits seit 1997 unter rechtlicher Betreuung, schon 2003 wurde eine „mutistische Störung“ diagnostiziert, seit 2006 wurde er in einem Pflegeheim versorgt. Kurze Zeit nach dem Einzug dort wurde er in die Klinik eingewiesen. Dort legte man ihm eine PEG-Magensonde wegen Exsikkose und Mangelernährung. Sein diesbezüglicher Wille konnte nicht ermittelt werden, ein Berufsbetreuer traf die Entscheidungen. Wegen fortschreitender Kontraktionen konnte er sich bald kaum selber mehr bewegen.

2008 wurden ein Nackenrigor und eine spastische Tetraparese festgestellt. Alle Zähne bis auf fünf mussten gezogen werden. Es kamen Fieber, Atembeschwerden und Druckgeschwüre hinzu, aufgrund des schlechten Zustandes wurde bereits im Mai 2011 eine operative Sanierung einer Cholezystitis mit Abszessen nicht vorgenommen. Im November 2011 starb der Patient im Rahmen einer Aspirationspneumonie nach notfallmäßiger Einweisung in die Klinik.

Der traurige Verlauf ist kein Einzelfall. Wenn man Demenzbetroffene nur lange genug mit intensivmedizinischen Verfahren (künstliche Ernährung, Beatmung, Herzersatz) am Sterben hindert, ist regelhaft mit derartigen Leidenszuständen zu rechnen (Abb. 1).

Wegen nicht indizierter künstlicher Ernährung verklagte der Sohn den Hausarzt. Das Gericht sieht übereinstimmend mit dem klagenden Sohn einen Behandlungsfehler darin, die künstliche Ernährung mittels PEG ohne Therapieziel fortgesetzt zu haben. Der Hausarzt sei ab Anfang 2010 verpflichtet gewesen, den Betreuer darüber in Kenntnis zu setzen, dass ein über die reine Lebenserhaltung hinausgehendes Therapieziel nicht mehr zu er-

reichen war. Vor diesem Hintergrund war zu erörtern, ob die PEG-Sonden-Ernährung fortgesetzt beziehungsweise abgebrochen werden soll. Dies war nie geschehen. Die fehlende Erörterung stelle eine Verletzung der Verpflichtung aus § 1901b BGB dar und sei somit ein Behandlungsfehler.

- Erstickungsanfälle
- Nackenrigor
- Zahnfäule
- Fixierte Gelenkfehlstellungen
- Tetrapastik in der Hand mit Pilzerkrankung
- Augenentzündungen (Augen stehen offen)
- Wiederkehrende Druckgeschwüre

Abb. 1

Leidenszustände des Demenzbetroffenen

Erstinstanzlich wurde allerdings der Schmerzensgeldanspruch abgelehnt, weil nicht bewiesen war, dass der Sohn dem Abbruch der PEG-Ernährung wirklich zugestimmt hätte. Denn der Sachverständige erklärte vor Gericht: „Es gibt immer wieder Patienten, die bei vergleichbarem Leiden die Entscheidung für eine Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen getroffen hätten.“ So sei es aus seiner Sicht sehr schwierig, allein aus den Leiden den Rückschluss darauf zu ziehen, welche Entscheidung im Sinne des Patienten gewesen wäre. Diesbezüglich soll noch mal an die Leidenszustände (Abb. 1) erinnert werden. Wie hätte wohl ein Angehöriger die Frage beantwortet: Angesichts der nicht heilbaren Erkrankung und der Leidenszustände – was würde uns Ihr Vater heute auftragen, wenn er seiner Situation gewahr wäre?

So hat jedenfalls das Landgericht festgestellt, dass es an der Kausalität des Behandlungsfehlers für den Gesundheitsschaden mangelt. Mithin wurde ein Schmerzensgeld nicht anerkannt. Das Urteil ist nicht rechtskräftig, die Berufung ist vom Kläger eingereicht.

Erstes Urteil gegen Übertherapie am Lebensende

Die Entscheidung ist gleichwohl ein Paukenschlag im Medizinrecht. Denn erstmals in der Rechtsgeschichte Deutschlands hat ein Landgericht entschieden, dass die Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung bei schwer leidenden Kranken ohne Therapieziel, also alleine lebens- und leidensverlängernd, nicht medizinisch indiziert ist. Das gilt auch für die Fortsetzung einer solchen PEG-Ernährung durch einen Arzt, der selbst bei Anlage der Sonde gar nicht verantwortlicher Behandler war. Die fortgesetzte Behandlung müsse fortlaufend überprüft werden.

Das Urteil reiht sich in eine zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit für das Problem der Übertherapie am Lebensende ein. Über wirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und Ausweitung der Indikationen sowie die Durchführung von nicht indizierten

Eingriffen berichten Bundesärztekammer (4), Bertelsmann Stiftung (5), der Deutsche Ethikrat (6) und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (7) in einem Positionspapier mit dem wegweisenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“ Das Buch zum Thema des Autors „Patient ohne Verfügung“ ist monatelang Spiegel-Bestseller (8).

Anfang des Jahres startete die weltweit bekannteste Medizinzeitschrift „The Lancet“ mit einer Artikelserie zum „right care“ und dokumentiert die international vorhandene Problematik. In einem der Artikel belegt Deutschland mit 33 Prozent unnötigen Krankenhausbehandlungen eine Spitzenposition. Vielfach wird eine zu aggressive Krebsbehandlung am Lebensende aufgezeigt, bei jungen Patienten in den letzten 30 Lebenstagen zu zirka 75 Prozent (9). Es handelt sich also nicht um ein Randproblem, sondern um ein Problem großer Patientengruppen am Lebensende. Auch andere Verfahren werden von den

internationalen Wissenschaftlern deutlich kritisiert, neben der PEG-Ernährung auch Chemotherapie, die das Leben verkürzt, Bestrahlungsbehandlung kurz vor dem Lebensende, nutzlose Medikation, ineffektive Intensivtherapie am Lebensende oder die ziellose intravenöse Ernährung. Dagegen erfolgte Palliativversorgung nur in sechs Prozent am Lebensende (10), obgleich seit Jahren belegt ist, dass sie die Lebensqualität bessert, die Lebenszeit verlängert.

So kann man wohl feststellen: Palliativversorgung ist die einzige Revolution, die das Leben verbessert, die Menschen am von ihnen gewünschten Ort versorgt und das Leben verlängert – und das bei geringeren Kosten. Während also bereits 2012 alle amerikanischen Krebsmediziner mit einem Informationstelegramm darüber informiert wurden, dass Palliativversorgung früh im Krankheitsverlauf einzubinden ist, stellen wir in Deutschland immer kürzere Palliativversorgungszeiten fest. In unserem Team liegt die Versorgungszeit aktuell bei 18 Tagen bis zum Tod.

Aktueller Wille: Vom einwilligungsfähigen Patienten geäußelter Wille („Ich möchte diese nebenwirkungsreiche Chemotherapie nicht“).

Vorausverfügter Wille: In einer Patientenverfügung konkret geschilderte zutreffende Krankheitssituation mit dem entsprechenden Behandlungswunsch („bei weit fortgeschrittener Demenzerkrankung und fehlender Fähigkeit zu normaler Nahrungsaufnahme lehne ich eine künstliche Ernährung ab“)

Behandlungswunsch: Durch Zeugen belegte frühere Willensäußerungen des Patienten zu seiner ärztlichen Behandlung in Krankheitssituationen, die der jetzigen Situation des Patienten vergleichbar sind (etwa beim Pflegeheimbesuch: „Wenn ich einmal so krank bin wie die Tante mit ihrer Alzheimer-Krankheit, will ich keine künstliche Ernährung!“)

Mutmaßlicher Wille: Aus der gesamten Vita des Patienten, der Gesamtheit seiner religiösen und/oder sonstigen Wertvorstellungen und ggf. Äußerungen muss ermittelt werden, wie sich der Patient in der konkreten Behandlungssituation zur Gestaltung seiner ärztlichen Behandlung positionieren würde, wenn er aktuell noch entscheiden könnte.

Abb. 2

Vorgehen bei fehlender Patientenverfügung

1. Rechtlicher Vertreter muss bestimmt werden (Betreuungsgericht bestimmt rechtlichen Betreuer), sollte eine Vorsorgevollmacht fehlen.
2. Der rechtliche Vertreter sollte ein Dokument nach Ermittlung des Willens aus den Angaben von Angehörigen oder andere nahestehenden Personen erstellen: Wie hat er sich angesichts von Berichten über vergleichbare Situationen geäußert, wie hat er sich angesichts des Besuchs von pflegebedürftigen Angehörigen geäußert, wie waren seine eigenen Einstellungen zu Krankheit und Leiden?
3. Anhand des auch von Zeugen unterschriebenen Dokuments sollte der Kontakt mit dem Arzt gesucht werden. Der so ermittelte Wille ist durchzusetzen.

Abb. 3

Was folgt aus dem Urteil?

Mit dem Münchener Urteil sind Ärzte nun einem gravierenden Haftungsrisiko ausgesetzt, wenn sie bei solchen Fallkonstellationen nicht an die Familie des Patienten (Betreuer oder Bevollmächtigte) herantreten. Mit dieser muss über Therapieziele, fortgesetzte Indikation und Willen gesprochen werden, insbesondere bei reiner Aufrechterhaltung eines leidvollen Zustandes. Bei fortlaufenden Behandlungen – künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse – ist diese Indikationsprüfung in Intervallen zu wiederholen.

Nach dieser Prüfung darf dann die Behandlung naturgemäß erst nach Aufklärung und rechtswirksamer Einwilligung erfolgen. Hier ist der rechtlich absolut bindende Patientenwille zu beachten. Um diesen Willen zu ermitteln, gibt das Gesetz in § 1901 a BGB verschiedene gleichwertige Wege vor (Abb. 2). Der aktuelle und vorausverfügte Wille ist sofort umzusetzen. Vorausverfügter Wille heißt in diesem Zusammenhang, dass eine Krankheitssituation in einer Patientenverfügung treffend beschrieben ist und für diese Situation eine Behandlung vorausverfügt wurde. In diesen Konstellationen ist das Behandlungsteam gleich handlungsfähig.

Liegt bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten eine Patientenverfügung jedoch nicht vor oder trifft sie auf die aktuelle Behandlungskonstellation nicht zu, so ist stets ein rechtlicher Vertreter erforderlich, der den Willen ermittelt und ihm Geltung verschafft. Dies kann ein Vorsorgebevollmächtigter sein (Vorsorgevollmacht ersetzt Betreuung), ansonsten ist über das Gericht ein Betreuer zu bestellen. Aktuell gibt es eine Gesetzesinitiative, dass Ehepartner automatisch rechtliche Vertreter werden (11).

Der Wille des Patienten kann also mit gleicher Rechtsverbindlichkeit, wie sie eine Patientenverfügung bewirkt, durch Zeugenaussagen ermittelt werden. Diese Aussagen können „Behandlungswünsche“ betreffen: In diesem Fall hat der Patient früher für gewisse Behandlungssituationen konkrete Behandlungswünsche oder Behandlungsverbote ausgesprochen. Die Zeugenaussagen können aber auch den

„mutmaßlichen Willen“ ergeben: Hier entsteht ein umfassendes Bild von der Wertewelt des Patienten aus früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen, seiner Spiritualität und seinen allgemeinen Wertvorstellungen, wie sich diese aus seinen Worten und seiner tatsächlichen Lebensführung ergeben.

Daraus lässt sich dann als rechtlich verbindlicher, mutmaßlicher Wille ermitteln, wie der Patient in der konkreten Behandlungssituation entscheiden würde, wenn man ihn fragen könnte. Auch ein so ermittelter Patientenwille bindet den Arzt mit aller strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konsequenz. Abbildung 3 fasst das Vorgehen bei nicht vorliegender Patientenverfügung zusammen.

Pflegende fungieren als Anwälte des Patienten

Das Pflegepersonal ist am intensivsten und am längsten im Patientenkontakt. Dies spiegelt sich auch in einer Untersuchung zur Wichtigkeit des Patientenwillens wider: Während 70 Prozent des befragten Pflegepersonals diesen beachtenswert fand, fanden dies nur 36 Prozent der Chefarzte und 22,9 Prozent der Verwaltungsdirektoren (12). Pflegepersonal ist also quasi der Anwalt des Patienten.

Nur wenn sich über keinen der vier oben beschriebenen Wege der Patientenwille ermitteln lässt, so muss der Arzt die medizinisch indizierten Behandlungsmaßnahmen durchführen. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer muss er die Indikation sorgfältig stellen. Die reine Lebensverlängerung allein ist nach dem Urteil des Landgerichts München I keine ausreichende Begründung für eine Dauerbehandlung, wenn sie etwa zugleich untrennbar schwerste Leidenszustände bewirkt. Verstößt der Arzt bei der Behandlung gegen seinen Facharztstandard, so macht er sich stets und ausnahmslos straf- und haftbar, auch bei einer lebens- und leidensverlängernden Behandlung.

Insofern gilt nach dem Urteil des Landgerichts München I der frühere Lehrspruch „in dubio pro vita“ – im Zweifel für das Leben – zumindest bei schweren Leidenszuständen nicht mehr uneingeschränkt.

- (1) <http://www.dggeriatrie.de/home-54/aktuelle-meldungen/64-topmeldung/1050-gemeinsam-klugentscheiden-empfehlungen-der-dgg-zur-%C3%BCber-und-unterversorgung-in-deutschland.html>
- (2) Ticinesi A et al: Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical nutrition* 35 (2016) 1512–1516
- (3) LG München I 9 O 5246/14, Urteil vom 18.01.2017
- (4) Wiesing, U.: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten.“ *Deutsches Ärzteblatt* 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1.752 A-1.756, im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64
- (5) Bertelsmann Stiftung: Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/regionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
- (6) Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf, 05.04.2016
- (7) DGIM: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DMW 07/2015 http://www.dgim.de/portals/pdf/Positionspapier_Schumm-Draeger_%C3%96konomisierung.pdf
- (8) Thöns, M.: Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. Piper 2016
- (9) <http://meetinglibrary.asco.org/content/170424-176>
- (10) Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J. et al: Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- (11) <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw10-pa-recht/494904>
- (12) Schimmer C 2016



Dr. med. Matthias Thöns ist Anästhesist und spezialisiert auf Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie. Er ist Gründungsmitglied und Vorsitzender des Palliativnetzes Witten e.V. und Stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.
Mail: thoens@web.de



Neues
Workshop-
Angebot!

Zu den Besten gehören

Effizientes Führen und
Leiten in der Intensivpflege

Der Workshop findet dreimal
in unterschiedlichen Städten statt:

30. Juni 2017 in Münster
01. September 2017 in Tübingen
20. Oktober 2017 in Berlin

Zielgruppe:
Stationsleitungen und
Abteilungsleitungen

Kosten:
350 Euro, ermäßigt: 290 Euro
für Bibliomed-Abonnenten
und DGF-Mitglieder
(inkl. Verpflegung und
Tagungsunterlagen)

Anmeldeschluss:
Jeweils 6 Wochen vor der
Veranstaltung

Anmeldung und Kontakt:
Bibliomed Medizinische
Verlagsgesellschaft mbH,
Nergis Karayel,
Tel.: (0 56 61) 73 44-28,
veranstaltungen@bibliomed.de,
www.bibliomed.de/veranstaltungen

Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH