

# Ethische Probleme in der Neurologisch/Neurochirurgischen Frührehabilitation – Gedanken zu Grenzsituationen

D. Steube

*Abteilung Intensivmedizin und zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter  
der Neurologischen Klinik GmbH Bad Neustadt/S.*

## Zusammenfassung

Trotz optimaler Notfall-, akutmedizinischer und neurorehabitativer Behandlungsverfahren können Patienten mit erworbenen Hirnschäden in jeder der Behandlungsebenen versterben, und andererseits sind beim Verbleiben im kompletten apallischen Syndrom (»vegetative state«) Grenzsituationen möglich, die höchste Anforderungen an den Arzt und die Angehörigen stellen. Aus diesem Grund muß man sich mit den Fragen um Sterben und Tod, ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung/ärztliche Tötung auf Verlangen, Einsatz von Medikamenten mit »doppelter Wirkung« oder der Organspende auseinandersetzen, um sich eigene ärztliche Grundsätze in Übereinstimmung mit anerkannten zu erarbeiten.

**Schlüsselwörter:** Ethik in der Neurorehabilitation, ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung, ärztliche Grundsätze, Medikamenteneinsatz, Organspende

## Ethical problems in neurological/neurosurgical early rehabilitation – thoughts on borderline situations

D. Steube

### Abstract

In spite of optimal emergency treatment, critical care and early neurorehabilitation patients with acquired brain damage may die or remain in permanent vegetative state. In all treatment settings a number of life-prolonging treatment decisions have to be made and the consensus-building process puts a great strain on the attending physician and the patient's family or guardian. Therefore it is necessary to consider questions like withholding and withdrawal of life-sustaining therapy, assisted suicide, drug intervention, e.g. drugs with »double effect« or organ donation. Own guidelines need to be developed in accordance with established principles.

**Key words:** ethics in neurorehabilitation, assisted suicide, basic principles of medical ethics, drug intervention, organ donation

Neurol Rehabil 2000; 6 (1): 7-10

## Einleitung

Es muß als hinlänglich bekannt angesehen werden, daß trotz optimaler Notfall-, akutmedizinischer und neurorehabitativer Behandlungsverfahren Patienten mit erworbenen Hirnschäden in jeder der Behandlungsebenen versterben können und andererseits beim Verbleiben im apallischen Syndrom (»vegetative state«) Grenzsituationen möglich sind, um deren Lösung man stets intensiv bemüht sein muß.

Bei diesem genannten Patientenklitel kann man sehr schnell und leider auch immer wieder an mögliche Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht stoßen. Man wird als Behandler zum Entscheider über die Anwendung von oder den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Ist man in der akuten Phase noch Geschäftsführer ohne Auftrag, so gilt es später, die Gesetzlichkeiten des Betreuungsgesetzes (Paragraph 1896 BGB), einer Anordnung aus dem Patiententestament (Paragraph 1901 BGB) oder einer Vorsorgevollmacht (Paragraph 1904, 1906 BGB) zu beachten, und

es ist absolute Verpflichtung, sich sehr intensiv mit den Begriffen des Tötens und »Sterbenlassens« auseinanderzusetzen [19].

## Sterben und Tod

Sterben und Tod sind Grenzsituationen, die nicht nur eine Bedeutung für jeden Menschen und die moderne Medizin, sondern auch für die Gesellschaft und Kultur darstellen [8]. Dabei wird das Sterben als physische Auflösung und soziale Isolation angesehen und ist mit viel Lebenstrauer verbunden. Viel problematischer als das Sterben ist die Todesangst, nicht so sehr in der Gewißheit, daß man sterben muß, sondern viel eher in der Ungewißheit, wie man sterben muß – Schmerzen, Entwürdigung, Verlieren der Selbstbestimmtheit [23].

In der Antike wurde der Tod noch als unwesentlich angesehen, da im Leben der Tod nicht existiert, und wenn er eingetreten ist, der Mensch ihn nicht mehr erlebt. Im Mittelal-

ter dagegen entwickelte sich eine Kunst des Sterbens, das heißt man muß sich bewußt machen, daß man mitten im Leben immer zugleich auch vor dem Tod steht (*media vita in morte sumus*). In der Folgezeit entwickelte sich das Sterben zu einem privaten und diesseitigen Ereignis, einem einsamen und stummen Geschehen, quasi als bloßes biologisches und objektives Tatsachengeschehen. Demzufolge wurde der Tod als Gefühl von Verlorensein und Sinnlosigkeit angesehen [8].

In der Jetztzeit ergeben sich ganz neue Anforderungen an die Familie, die Gesellschaft, den Staat, die Kultur und an die Medizin. Der ärztliche Auftrag muß neben dem uneingeschränkt vordergründigen – der Heilung – den Beistand und die Begleitung des Sterbenden als ebenso wichtig begreifen [23]. Mit *von Engelhardt* [8] kann dahingehend übereinstimmend ausgedrückt werden, daß die Fragen der Sterbebegleitung eine größere Bedeutung als das Pro und Kontra der aktiven Euthanasie haben sollten, auch wenn man sich gerade in Deutschland der Situation des Wiederauflebens der Idee des »lebensunwerten Lebens« immer wieder kritisch bewußt sein muß [14].

### Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung/ärztliche Tötung auf Verlangen

Bei der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung (sog. *physician assisted suicide*) muß zunächst die Selbsttötungsabsicht beachtet werden. Befindet sich der Betroffene in einer normalen psychischen Situation, besteht eine primäre psychische Störung, liegt eine schwere reaktive Depression vor oder existieren innere und äußere beeinflussende Faktoren und ist diese Selbsttötungsabsicht zeitlich fluktuierend oder konstant [27]. Daraus ableitend sollte unter Einschränkungen eine Beihilfe nur dann gestattet sein, wenn der Betroffene zurechnungsfähig ist, sich in einer terminalen Phase einer unheilbaren Krankheit befindet und den Wunsch mehrfach und glaubwürdig äußert [6]. Sie sollte weiterhin eine allerletzte Maßnahme sein, wenn andere adäquate versagt haben. In den verschiedenen Ländern gibt es hierzu sehr differente Ansichten und Anwendungsvorfahren. Erlaubt sind solche Vorgehensweisen beispielsweise in den Niederlanden [11, 15] und in einigen Bundesstaaten der USA [27]. Wechselhafte Entscheidungen findet man in Australien [27]. Eindeutig verboten sind die oben genannten Maßnahmen z. B. in Israel [2] oder aber in Deutschland [9, 26, 27]. Als Gründe hierfür werden in Israel und Deutschland angegeben, daß jede Form der Tötung verboten ist, auch wenn dies mit ausdrücklichem und selbstbestimmtem Willen eines schwer Leidenden erfolgen soll. Es existiert die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, der Arzt ist an seine ethische Tradition (Eid des Hippokrates) gebunden, und es wird die Gefahr der Manipulierbarkeit des Patientenwillens durch Interessen der Angehörigen oder aus fragwürdigen ökonomischen Faktoren diskutiert. Die Bundesärztekammer Deutschlands [3, 4], die Chirurgen Deutschlands [21] und auch der Weltärztebund [28] haben sich sehr eindeutig zu dieser Frage dahingehend ge-

äußert, daß die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung als unärztlich und dem ärztlichen Berufsethos widersprechend anzusehen ist. Vielmehr sollte der Arzt die Verpflichtung darin sehen, den Betroffenen aufzufordern und zu unterstützen, nach Möglichkeiten zur Veränderung dieses Verlangens zu suchen.

Als eine der wesentlichsten Gefahren der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung oder der ärztlichen Tötung auf Verlangen wird das LAWER-Prinzip (*life terminating without explicit request of the patients*) angesehen, da immer dann, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, einen Wunsch auf aktive Sterbehilfe zu äußern, die Entscheidung durch den Arzt oder Familienangehörige herbeigeführt werden soll [22].

### Prinzip der »doppelten Wirkung«

Im Rahmen der ärztlichen Tötung auf Verlangen oder der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung muß auch das Prinzip der »doppelten Wirkung« eingeschlossen, aber differenziert betrachtet werden.

Ärztliche Handlungen können unter bestimmten Bedingungen tödliche Nebenwirkungen haben. Dies bedeutet im hier vorliegenden Zusammenhang, daß bei der Verabreichung bestimmter Analgetika oder Sedativa durchaus tödliche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden müssen. Aus diesem Grund sollten bestimmte Grundsätze gewissenhaft beachtet werden [1, 18], die darin bestehen, daß die Nebenwirkung nicht das eigentliche Gewollte sein sollte, daß die positive Wirkung und nicht der negative Nebeneffekt beabsichtigt sein muß, daß die Proportion zwischen positiver und negativer Wirkung gewahrt bleiben muß. Oder anders ausgedrückt, der positive Effekt sollte den negativen deutlich überwiegen und der Handelnde muß sich stets unter Handlungszwang befinden.

### Ärztliche Grundsätze

In den aktuellen Grundsätzen der Bundesärztekammer Deutschlands [5] werden die Aufgaben des Arztes darin gesehen, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Eine aktive Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten und eine ärztliche Mitwirkung bei der Selbsttötung werden, wie auch bereits 1979 und 1993 ausgeführt, erneut abgelehnt. Andererseits muß aber die Art und das Ausmaß einer Behandlung in der Verantwortung des Arztes liegen, der Patientenwille auch als mutmaßlicher muß beachtet werden, und es sollte Konsens hinsichtlich der Einschätzung und Maßnahmen zwischen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern angestrebt werden.

Bei Einwilligungsfähigen gilt der aktuell geäußerte Wille des angemessenen Aufgeklärten, auch wenn ein Widerspruch zu erforderlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen besteht und auch dann, wenn lebenserhaltende Maßnahmen bereits eingeleitet sind. Der Arzt hat die Aufgabe, auch im mehrfachen Versuch, Hilfe anzubieten, damit der Betroffene

ne jederzeit seine Entscheidung überdenken kann. Beim Entscheidungsunfähigen muß die Entscheidung der Eltern, des Bevollmächtigten oder des Betreuers Beachtung finden. Bei jedem berechtigten Zweifel sollte das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Im Notfall sollte versucht werden, dem mutmaßlichen Willen des Patienten gerecht zu werden, wobei Kenntnisse über Lebenseinstellung, religiöse Überzeugung oder Haltung zu Schmerzen hilfreich sein können.

Beim Sterbenden mit einem irreversiblen Versagen einer oder mehrerer Vitalfunktionen ist eine palliative Behandlung unter Verzicht auf technische Hilfsmittel zu fordern. In diesem Zusammenhang sollte sehr deutlich darauf hingewiesen werden, daß eine klare Entscheidung zum Verzicht auf die *Remedia extraordinaria* [2, 19] herbeigeführt werden soll. Das bedeutet den bewußten Verzicht auf eine Beatmung, eine Sauerstoffzufuhr, eine Bluttransfusion, eine Hämodialyse, gegebenenfalls auch der Verzicht auf eine aggressive (intravenöse) Antibiose und die Beendigung einer Thromboseprophylaxe. Eingeschlossen sein muß auch der Einsatz aller Formen der Reanimationsmöglichkeiten. Letztlich sollte in einer solchen Situation jede Maßnahme, die die Integrität des Körpers verletzt, kritisch geprüft werden.

Demgegenüber sollten alle Maßnahmen der *Remedia ordinaria* oder Basisbetreuung [2, 5, 19] in Form einer menschenwürdigen Unterbringung, ausreichender Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Beseitigung einer Atemnot in eingeschränktem Umfang, Beseitigung einer Übelkeit und von Erbrechen sowie das Stillen von Hunger und Durst gewährleistet werden. Dabei muß unbedingt darauf hingewiesen werden, daß eine alleinige Flüssigkeitsgabe ohne ausreichende Kalorienzufuhr das Sterben verlängert und erschwert und bei erlebter Kachexie die Entstehung intractabler Dekubitalgeschwüre ermöglicht. Demgegenüber kann eine Exsikkose im terminalen Stadium als sedierende und das Sterben erleichternde Stoffwechsellentgleisung angesehen werden [13, 16, 24, 25]. Die medizinischen Maßnahmen zur Behandlung eines Todkranken, die lediglich den natürlichen Ablauf des Sterbens verzögern, sind kein Gebot des Lebensschutzes, sondern eine Verfälschung des Sterbens. In diesen Fällen sei daher ein Abbruch der Behandlung erlaubt und in der Regel geboten [7, 24].

### Organspende

Nach sorgfältiger Gewissensprüfung ist es legitim [12], Gewebe oder Organe zu spenden, wenn damit keine finanziellen Gewinne erzielt werden. Beim eingetretenen Hirn- oder Herztod sollte der zu Lebzeiten geäußerte Wille des Verstorbenen oder die Entscheidung nächster Angehöriger im Sinne des mutmaßlichen Willens (Totensorgerecht) zur Entscheidung führen.

Zwischenzeitlich gibt es klare Festlegungen für die Hirntodbestimmung, während die Organentnahme nach Herzstillstand (»Non heart-beating donor«) erneut in die Dis-

kussion geraten ist [20]. In Deutschland gibt es hierfür aber nach wie vor die klaren Regelungen des Transplantationsgesetzes vom 01.12.1997.

### Minimierung ethischer Standards

Nach bisherigen strengen ethischen Regeln in der biomedizinischen Forschung am Menschen werden Neuerungen diskutiert, die unter anderem darin bestehen, daß eine Ethikkommission nicht mehr wie bisher an der jeweiligen Klinik oder Universität angesiedelt sein muß und daß keine Unterscheidung mehr zwischen therapeutischer und nicht therapeutischer Forschung erfolgt. Entscheidend für das vorgestellte Fachgebiet ist aber, daß wissenschaftliche Versuche an Nichteinwilligungsfähigen problemlos möglich werden sollen [17], was die gesamte Fragestellung »Tötung auf Verlangen« oder »physician assisted suicide« ad absurdum führen würde.

Aus diesem Grund muß dahingehend klar Stellung bezogen werden, daß auch eine biomedizinisch fundierte Forschung an Nichteinwilligungsfähigen nur dann möglich sein darf, wenn alle vorgenannten Gesetzmäßigkeiten Beachtung finden.

### Zusammenfassung

Bei Patienten mit erworbenen schweren Hirnschäden ist bei Erfordernis die Sterbehilfe als sterbenbegleitende Medizin unter Einschluß indirekter und passiver Sterbehilfemaßnahmen nicht nur erlaubt, sondern auch geboten. Zum anderen gilt es, diese Patientenklintel vor Eingriffen zu schützen, wie sie aus Diskussionen zur Gewebe- und Organentnahme sowie zur Minimierung ethischer Standards erwachsen könnten.

Eine kritische und immer wiederkehrende Auseinandersetzung sollte dazu beitragen, dem Patienten ein Optimum an therapeutischer Sicherheit auch für diese Phase des Lebens zu geben. Andererseits sollten andere Ansichten dankbar aufgenommen werden, da die Diskussionen zu dieser Thematik bei weitem noch keinen allgemeinen Konsens gefunden haben.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Diethard Steube  
Neurologische Klinik GmbH  
Von-Gutenberg-Str. 10  
97616 Bad Neustadt/S.

## Literatur

1. Bartens W: Sterbehilfe. Welche Auswirkungen hat das Prinzip der »doppelten« Wirkung in der klinischen Praxis? Dtsch med Wschr 1998; 123: A9
2. Benzenhöfer U: Diskussion über die passive Euthanasie in Israel. Dt Ärztebl 1997; 94: B 1183
3. Bundesärztekammer: Richtlinien für die Sterbehilfe. Dt Ärztebl 1979; 76: 957-960
4. Bundesärztekammer: Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung. Dt Ärztebl 1993; 90: 1791-1792
5. Bundesärztekammer: Ärztliche Sterbebegleitung – Grundsätze der Bundesärztekammer. Dt Ärztebl 1998; 95: 1851-1853
6. Csef H: Suizid verhindern oder Beihilfe zum Suizid. Nervenheilkunde 1998; 17: 135-142
7. Dt. Juristentag: Deutscher Juristentag zur künstlichen Befruchtung und Sterbehilfe. Dt Ärztebl 1986; 83: 3272-3276
8. Engelhardt D v: Sterben und Tod in unserer Gesellschaft. Versicherungsmedizin 1998; 50: 167-168
9. Eser A: Sterbehilfe – Recht. In: Eser A, Lutterotti AM v, Sporken P (Hrsg): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Hercher, Freiburg 1992; 1095-1101
10. Fuchs T, Lauter H: Euthanasie, Kein Recht auf Tötung. Dt Ärztebl 1997; 94: 186-188
11. Groenewoud JA, Maas PJ van der, Wahl G van der, Fengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, Heide A van der: Physician assisted death in psychiatric practice in the Netherland. New Engl J Med 1997; 336: 1795-1801
12. Gubernatis G: Transplantationsgesetz. Signal und Versorgungsauftrag der Gesellschaft an die Medizin. Dtsch med Wschr 1998; 123: A13-14
13. Knupp B, Stille W: Sterbebegleitende Medizin – Grundlagen und Perspektiven. Med Klein 1997; 92: 106-111
14. Lauter H: Ärztliche Überlegungen zur aktuellen Euthanasiediskussion. In: Csef H (Hrsg): Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Königshausen und Neumann, Würzburg 1997
15. Maas PJ van der, Wahl G van der, Haverkate J, Graaff CLM de, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, Heide A van der, Bosma JM, Willems DL: Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherland 1990-1995. New Engl J Med 1996; 335: 1699-1705
16. Mc Cann RM, Hall WJ, Groth-Junker A: Comfort Care for terminally ill patients. J Amer Med Ass 1994; 272: 1263-1266
17. Medizinische Ethik-Kommissionen: Gegen Minimierung ethischer Standards. Dt Ärztebl 1998; 95: B2403
18. Meisner J: Stellungnahme zur Sterbehilfe. Dt Ärztebl 1997; 94: B2697
19. Opperbecke HW, Weissauer W: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht in der Intensivmedizin. Arzt und Krankenhaus 1997; 2: 34-38
20. Organentnahme: Organentnahme nach Herzstillstand (»Non heart-beating donor«). Dt Ärztebl 1998; 95: B2511
21. Pichelmayr R: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Langenbecks Arch Chir Suppl II, 1996; 682-693
22. Pijnenborg L, Maas PJ van der, Delden JJM van, Looman CWN: Life-terminating acts without explicit request of patient. Lancet 1993; 341: 1196-1199
23. Röglin H-Ch: Zum Umgang mit Sterbenden. Versicherungsmedizin 1998; 50: 207
24. Schäfer Th: Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden. Dtsch med Wschr 1997; 48: 1507
25. Schüffel W: Künstliche Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden. Dtsch med Wschr 1998; 123: 439-440
26. Schreiber HL: Behandlungsabbruch und Sterbehilfe. In: Deutsche Sektion der Internationalen Juristen-Kommission (Hrsg): Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht. Müller, Heidelberg 1995; 129-145
27. Vollmann J: Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. Dtsch med Wschr 1998; 123: 93-96
28. Weltärztebund: Erklärung des Weltärztebundes über die ärztliche Hilfe zum Selbstmord, verabschiedet von der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes Marbella, Spanien, September 1992. In: Weltärztebund (Hrsg): Handbuch der Deklarationen. Bundesärztekammer; Köln 1996, 17