

Kann ein Gesunder sich das Koma vorstellen?

von Dr. Wolfgang Wodarg, MdB

Der Tod der Amerikanerin Terri Schiavo ist nicht nur in den Vereinigten Staaten von grundsätzlichen Diskussionen um Sterbehilfe und selbstbestimmten Tod begleitet, auch in Deutschland wollen viele Menschen wissen, wie sie auch im Pflegefall sicherstellen können, dass ihr Wille respektiert wird. Ein Weg ist die Patientenverfügung. In seinem Gastbeitrag für unsere Zeitung beschreibt der Arzt, Medizin-Ethiker und Bundestagsabgeordnete Dr. Wolfgang Wodarg die Möglichkeiten und Grenzen dieser Verfügung.

Die amerikanische Patientin Theresa Marie Schiavo wurde nach 15 Jahren im Wachkoma getötet. Man entzog ihr 13 Tage lang Nahrung und Flüssigkeit, woran sie am Donnerstag verstarb.

Terri Schiavo hatte als junge Frau aufgrund einer Stoffwechselstörung einen Herzstillstand erlitten und war daraufhin in ein Wachkoma gefallen. Ihr Ehemann hatte, nachdem sie mehrere Jahre in Rehabilitationseinrichtungen behandelt worden war, einen Schadenersatzprozess gewonnen, in dem er beteuert hatte, er „werde Terri in guten wie schlechten Tagen beistehen“ und mit ihr für den Rest seines Lebens zusammenbleiben und sie pflegen. Wegen ärztlicher Behandlungsfehler wurde ihm eine erhebliche Summe zugesprochen.

Erst nach Abschluss dieses Verfahrens kam es zum Streit mit den Eltern von Terri Schiavo. Der Ehemann widersprach weiteren Rehabilitationsbehandlungen und ließ in der Krankenakte vermerken, dass eine Wiederbelebung nicht erwünscht sei und lebensgefährliche Infektionen nicht behandelt werden sollten. Er gab an, gemäß dem Willen seiner Frau zu handeln. Sie habe ihm früher gesagt, dass sie in solcher Lage nicht am Leben erhalten werden wolle. Die Eltern bestreiten derartige Äußerungen ihrer Tochter. Im Schadenersatzprozess sei davon auch nie die Rede gewesen.

Terri Schiavo brauchte keine Intensivmedizin, sie war bewusstlos und brauchte Pflege. Über die Tiefe ihrer Bewusstseinsstörung stritten sich die Gutachter beider Parteien. Die Eltern wollten weitere Pflege und Rehabilitation ihrer Tochter, während der Ehemann ihr die Magensonde ziehen lassen wollte, über die sie Nahrung und Flüssigkeit aufnahm.

Was ist der mutmaßliche Patientenwille?

Es bleibt unklar, ob es sich bei Terri Schiavo um ein Wachkoma im eigentlichen Sinn handelte, oder um das, was Fachleute einen „minimal response state“ nennen. In einem solchen Fall besteht nicht nur eine gewisse Kommunikationsfähigkeit seitens der Patienten, es muss auch davon ausgegangen werden, dass diese Patienten wesentlich mehr empfinden und „mitbekommen“ als das bei einem echten Wachkoma der Fall wäre. Zudem könnte ein derartiger Zustand durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen erheblich verbessert werden, ist also keineswegs völlig irreversibel.

Die Frage, um die es im Rechtsstreit zwischen Michael Schiavo und den Eltern der Patientin geht, ist vor allem die, was Terri Schiavo selbst in der Situation des Wachkomas wahrscheinlich gewollt hätte. Juristen sprechen in diesem Zusammenhang vom „mutmaßlichen Willen“ eines Patienten oder einer Patientin.

Dieser „mutmaßliche Wille“ spielt auch im deutschen Rechtssystem eine entscheidende Rolle, wenn es um den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten geht, die sich selbst nicht mehr äußern können. Der Bundesgerichtshof hat bereits 1994 in einem Präzedenzfall, dem so genannten „Kemptener Urteil“ entschieden, dass die Beendigung der Ernährung mittels einer Magensonde bei „unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten“ zulässig sein kann, wenn dies dem „mutmaßlichen Willen“ des Patienten entspricht. Allerdings seien, so der BGH weiter, an die Ermittlung des mutmaßlichen Willens hohe Anforderungen zu stellen, da es um Fragen um Leben und Tod geht. Sobald - wie im Falle Terri Schiavo - Zweifel über den mutmaßlichen Willen bestünden, müsse für das Leben entschieden werden. Der Abbruch einer Behandlung bedarf nach der in Deutschland geltenden Rechtslage daher auch der Genehmigung durch ein Vormundschaftsgericht.

Vor diesem Hintergrund empfehlen nun viele, auch in der deutschen Debatte eine Stärkung und Ausweitung des Instruments der Patientenverfügungen. Hätte Terri Schiavo, so argumentieren sie, schriftlich niedergelegt, was sie im Falle von Demenz oder Koma gewollt hätte, dann wäre der Fall klar gewesen. Die Gültigkeit von Patientenverfügungen müsse daher deutlicher als bisher festgeschrieben werden; vor allem müsse klargestellt werden, dass Patientenverfügungen auch in Fällen gelten, in denen das Sterben noch nicht begonnen hat, sondern erst durch den Abbruch der künstlichen Ernährung oder einer anderen medizinischen Maßnahme eingeleitet wird.

Diese Forderungen entsprechen einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen in besonderen Fällen und würden das Tor zur aktiven Sterbehilfe öffnen.

Würde eine solche Regelung die zugrunde liegenden ethischen Probleme aber wirklich lösen? Sollte man schon von Zwanzigjährigen fordern, sie sollten sich Gedanken über alle möglichen Unfälle und Krankheiten machen und im Voraus klare Anweisungen für ärztliche Behandlungen schriftlich festlegen?

Das grundlegende Problem der Patientenverfügung liegt darin, dass es sich bei ihnen um Vorausverfügungen handelt, die ein Mensch zumeist in gesundem Zustand abfasst. Kein gesunder Mensch kann sich aber vorstellen, was es bedeutet, im Koma zu liegen oder dement zu sein. Ganz schnell können sich in solchen Grenzsituationen die Einschätzungen darüber ändern, wann man ein Leben noch für „lebenswert“ hält und wann nicht.

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages hat daher in ihrem Zwischenbericht zu Patientenverfügungen zu größter Vorsicht im Umgang mit diesem Instrument geraten. Die Empfehlungen der Mehrheit sehen unter anderem vor, dass nur schriftliche Patientenverfügungen Gültigkeit haben sollen. Eine mündliche Äußerung wie die, die Terri Schiavo ihrem Ehemann zufolge gemacht haben soll, würde daher nicht als Patientenverfügung gelten, sondern wäre eines von vielen Indizien bei der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“.

Weiterhin hat die Enquete-Kommission empfohlen, die Gültigkeit von Patientenverfügungen, die einen Behandlungsabbruch beinhalten, der zum Tode führen würde, auf solche Fälle zu beschränken, in denen ein Leiden einen unumkehrbaren und tödlichen Verlauf genommen hat. Da Wachkoma, Demenz usw., soweit es nicht zu zusätzlichen Komplikationen kommt, keine tödlich verlaufenden Leiden sind, sollte die Reichweite von Patientenverfügungen hierfür begrenzt werden. Hinter diesem Vorschlag steht die Auffassung, dass der Sinn von Patientenverfügungen nur der sein kann, einem begonnenen Sterben seinen Lauf zu lassen, nicht aber den Tod herbeizuführen, indem man einem Menschen nicht einmal mehr die grundlegendsten Bedürfnisse, Essen und Trinken, befriedigt.

(siehe auch: http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte_stellg/04_12_16_kurzfassung_zwischenbericht_patientenverfuegungen.pdf)

In Deutschland ist bereits jetzt vieles rechtlich klar geregelt: Jeder Patient hat das Recht, in medizinische Heileingriffe oder Maßnahmen einzuwilligen oder sie zu verweigern. Vor einem Heileingriff oder einer anderen medizinischen Maßnahme muss der Patient ausreichend informiert werden.

Jeder Patient kann gerade auch am Ende seines Lebens Maßnahmen zur Verlängerung seines Sterbens ablehnen. Das gilt auch für die Anwendung von Maßnahmen der Apparatemedizin; er kann also künstliche Beatmung oder Ernährung verweigern und die medizinische Behandlung auf Schmerztherapie und Palliativmedizin konzentrieren. Auch vor einer solchen Maßnahme ist indes eine ausreichende Information nötig.

Jeder Patient hat das Recht, die Schmerzmittel und Schmerztherapie zu bekommen, die zur Linderung seiner Schmerzen notwendig ist. Dieses Recht bezieht sich auf die Menge, wie auch auf die Häufigkeit von Schmerzmitteln/Schmerztherapie. Die Entscheidung darüber steht – nach Beratung durch den Arzt – ihm zu. Wird dem nicht entsprochen, so kann das den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen. Dieses Recht gilt auch, wenn mit der Gabe von mehr/häufigerem Schmerzmittel das Leben verkürzt wird, weil dies eine zwar klare, aber nicht intendierte Nebenfolge ist.

Kein Patient kann von Ärzten oder Pflegekräften verlangen, dass diese aktive Sterbehilfe, also Tötung auf Verlangen begehen. Diese liegt dann vor, wenn Absicht der medizinischen oder pflegerischen Maßnahme ist, den Tod des Patienten herbeizuführen. Hier gibt es in Deutschland eine klare Grenze des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten.

Der Wille des Patienten gilt auch, wenn dieser zum Zeitpunkt der notwendigen Entscheidung nicht mehr bei Bewusstsein ist. Der Wille muss aber erkennbar sein und auf die Situation passen.

Als Instrument zur Durchsetzung des Willens eignet sich der nach den Bestimmungen des Betreuungsrechts eingesetzte, besondere „Vorsorgebevollmächtigte“ besonders gut, weil er einerseits den Willen des Patienten kennt und gleichzeitig als Partner des Arztes (gerade für sich ändernde Situationen) zur Verfügung steht. (siehe auch: www.bmj.de/enid/Ratgeber/Betreuungsrecht_kh.html)

Patientenverfügung: Was muss beachtet werden?

Eine Patientenverfügung drückt den Willen des Patienten aus. Angehörige, Betreuer und med. Personal sind daran gebunden, so weit die Patientenverfügung genau die anstehende Entscheidungslage trifft (Information über die Entscheidungslage muss bei Abfassung der Patientenverfügung vorgelegen haben, zeitliche Nähe, alle Entscheidungsalternativen erkennbar abgewogen) und die Grenzen eingehalten sind, die dem Patientenwillen (s.o.) allgemein durch unsere Rechtsordnung gezogen sind. (Die besten Empfehlungen hierzu findet man bei http://www.hospiz-stuttgart.de/doc/Patientenver_5_Schritte.doc)

Im Deutschen Bundestag wird gegenwärtig heftig darüber diskutiert, ob und wie Patientenverfügungen auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt werden sollen. Im vergangenen November hatte die Justizministerin einen Gesetzentwurf vorgestellt, den sie als Regierungsentwurf in den Bundestag einbringen wollte. Von diesem Vorhaben ist sie mittlerweile wieder abgerückt. Wie es einer grundlegenden ethischen Frage wie dieser angemessen ist, werden stattdessen nun Entwürfe aus der Mitte des Parlaments heraus

formuliert und eingebracht werden. Möglicherweise wird die Diskussion aber auch zeigen, dass es gar keines neuen Gesetzes bedarf, weil die geltende Rechtslage ausreichend ist.

Die Entscheidungen von Menschen in letzter Not sind auch immer davon abhängig, welche Perspektiven wir ihnen bieten. Schon heute gibt es viele, die wollen anderen nicht zur Last fallen und verfügen z.B. in ihrem Testament aus diesem Grund eine anonyme Bestattung. Sie könnten sich in Zukunft nicht nur verpflichtet fühlen, eine anonyme Grabstätte zu wählen, sondern auch dazu, im Fall von Koma oder Demenz ohne großen Aufwand zu verhungern.

Am Lebensanfang und am Lebensende sind wir als Menschen aufeinander besonders angewiesen. Wer hier die Tötung auf Verlangen als übliche Lösung in das Repertoire unseres Miteinander einführt, setzt gerade die Schwächsten unserer Gesellschaft einem für mein Empfinden nicht hinnehmbaren Druck aus.

Vielleicht werden wir auch dahin kommen, über ganz andere Wege nachzudenken. In der Ärzteschaft hat sich in den letzten Jahren immer mehr die Einsicht durchgesetzt, dass das Ziel einer Behandlung in der letzten Lebensphase eines Menschen nicht in der Lebensverlängerung um jeden Preis bestehen sollte, sondern darin, Leid zu lindern und ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Ein ganzer neuer Zweig der Heilkunde, die Palliativmedizin, hat sich aus dieser Einsicht entwickelt. Darauf sollten wir setzen. Palliative Sorgestrukturen müssen überall verlässlich funktionieren. Keiner darf Angst vor Schmerzen, vor Einsamkeit oder vor Über-, Unter- und Fehlversorgung haben müssen. Dann wird auch die Nachfrage nach Patientenverfügungen – die ängstliche Suche nach letztem Recht – nur noch ein kleines Randproblem sein.