

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 14 – Dezember 2014

Herausgeber:

**Landesverband Geriatrie Hessen – Thüringen
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**

Vorstand: Prof. Dr. W. Vogel,
Dr. B. Braun, Dr. W. Knauf



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zum Abschluss des ereignisreichen Jahres 2014 freuen wir uns, Ihnen den nächsten Newsletter vorlegen zu können.

Angesichts der aktuellen breiten Diskussion über Sterbehilfe und Versorgung am Lebensende erwartet Sie eine Übersichtsarbeit „Patientenverfügung“ und ein Vortrag über das Thema „In Würde sterben“ – Ausführungen von Herrn Dr. Joachim Zeeh (Meiningen), inspiriert von Aussagen von Herrn Prof. Dr. W. Creutzfeldt (+ 2006).

Gleichzeitig möchten wir Ihnen und Ihren Familien Frohe Weihnachten und alles Gute für 2014 wünschen.

Der Vorstand des Landesverbandes Geriatrie
Hessen-Thüringen



Patientenverfügung

Jeder hat das Recht auf Leben – eine Pflicht zum Leben gibt es aber nicht

Kristin Memm, Dr. Joachim Zeeh

Geriatrische Fachklinik Georgenhaus, Meiningen

Wir diskutieren über Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung. Wir geben dem Leben Jahre, die es früher nicht hatte. Wir versorgen mit einer Maximaltherapie und fragen uns sogleich, ob dieses Leben noch lebenswert ist und ob wir es, wenn wir es erhalten können, auch beenden dürfen. Immerhin ist das höchste unserer Rechtsgüter das Recht auf Leben. Eine Pflicht zum Leben jedoch gibt es nicht. Immer mehr Menschen entscheiden sich, wenn sie sich mit Fragen über Sterben und Tod beschäftigen, bewusst gegen medizintechnische Maßnahmen zur bloßen Verlängerung der biologischen Existenz und fragen sich: "Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann?"

Was ist eine Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung ist eine vorformulierte schriftliche Erklärung für den zukünftigen Fall der eigenen Willensunfähigkeit, mit der ein Patient für konkrete Erkrankungssituationen vorgibt, welche medizinische Behandlung er später einmal erfahren möchte und welche nicht. Eine Patientenverfügung ist damit eine vorweggenommene Einwilligungserklärung.

Was ist eine Vorsorgevollmacht und eine Betreuungsverfügung?

Häufig wird die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung verwechselt. Während der Patient in der Patientenverfügung selbst die Behandlung vorgibt, benennt er mit der Vorsorgevollmacht einen oder mehrere Vertreter, die an seiner Stelle entscheiden, wenn er nicht mehr entscheiden kann. Mit einer Betreuungsverfügung benennt der Patient ebenfalls eine Person, die an seiner Stelle Entscheidungen treffen soll. Doch ist die Betreuungsverfügung - im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht - nicht direkt wirksam. Der in der Betreuungsverfügung Benannte muss diese zunächst dem zuständigen Betreuungsgericht vorlegen, welches ihn dann als Betreuer des Patienten einsetzt. Weder die Patientenverfügung noch die Vorsorgevollmacht noch die Betreuungsverfügung bedürfen der notariellen Form. Vorsorgebevollmächtigter und Betreuer sind sich rechtlich gleich gestellt („gleich mächtig“).

Zusammenfassung 1

Während Sie in der **Patientenverfügung** festlegen, **wie** Sie ärztlich **behandelt** werden möchten oder auch welchen anderen Maßnahmen Sie zustimmen möchten oder nicht (Organentnahme, Sterben in vertrauter Umgebung), dient die **Vorsorgevollmacht** dazu, eine Person Ihres Vertrauens zu bevollmächtigen, Ihre Wünsche durchzusetzen bzw. **für Sie zu entscheiden**, wenn Sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind. In einer Betreuungsverfügung legen Sie fest **wer zum Betreuer bestellt** werden soll (und evtl. auch **wer nicht**), wenn später einmal eine Betreuung notwendig wird.

Der Patient erteilt hier keine sofort wirksame Vollmacht, sondern gibt einen „Wunschzettel“ ans Gericht.

Rechtliche Grundlagen der Patientenverfügung

Eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch existiert seit 2009 (§§ 1901 a, 1901 b, § 1904 BGB). Die Bundesärztekammer gab 2013 darüber hinaus Empfehlungen zum „Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“. (www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenverfuegung_19082013l.pdf)

Wofür nützt mir als Ärztin/ Arzt die Verfügung meines Patienten?

Neben der **Indikation** und der **Behandlung entsprechend den Regeln der Kunst** ist der **Wille des Patienten** eine der drei Grundvoraussetzungen ärztlichen Handelns. Jedes Behandeln gegen den Willen des Patienten stellt einen unzulässigen Eingriff und strafrechtlich gesehen eine Körperverletzung dar. Grundsätzlich kann nur die Einwilligung des aufgeklärten Patienten diesen Eingriff rechtfertigen. Aus rechtlicher Sicht ist es daher entscheidend, den Willen des Patienten zu kennen. Aber auch auf menschlicher Ebene weiß jeder Arzt, der schon einmal vor der Entscheidung stand, bis zur letzten Sekunde um das Leben des Patienten zu kämpfen oder dem Tod seinen Lauf zu lassen, wie schwer diese Verantwortung wiegt und wie hilfreich in dieser Situation eine vorab getroffene Verfügung des Patienten sein kann.

Wer kann eine Patientenverfügung abfassen?

Jeder Mensch, der einwilligungsfähig ist und das 18. Lebensjahr vollendet hat. Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken einer ärztlichen Maßnahme erfassen kann.

Was kann und sollte man in einer Patientenverfügung regeln?

Grundsätzlich alles, was seine eigenen medizinischen Angelegenheiten betrifft. Das Selbstbestimmungsrecht gibt dem Patienten das Recht, vorzugeben, ob und wie er in bestimmten Situationen behandelt werden möchte. Wünscht er eine Behandlung nicht, ist dieser Wunsch zu beachten, egal ob es sich um eine infauste Prognose handelt und egal, wie fern der Tod noch ist. Ausdrücklich hat sich der Gesetzgeber gegen eine sogenannte „Reichweitenbegrenzung“ entschieden. Das bedeutet, dass es für die Beachtung des Patientenwillens weder auf die Art noch auf das Stadium der Erkrankung ankommt und eine Patientenverfügung auch dann gelten kann, wenn der Sterbevorgang noch nicht absehbar und vielleicht sogar noch Jahre entfernt ist, z.B. bei Erkrankungen aus dem dementiellen Formenkreis.

Zusammenfassung 2

Die medizinische Heilbehandlung greift in die körperliche Integrität des Patienten ein und darf daher nur mit seiner Einwilligung geschehen. Voraussetzung ist, dass der Patient in der Lage ist, diese Entscheidung zu treffen („Einwilligungsfähigkeit“). Einwilligungsfähig ist der Patient immer dann, wenn er die Tragweite seiner Entscheidung erkennen und abschätzen kann. Dafür muss er zunächst die notwendige geistige Reife besitzen (cave Minderjährige, psychisch Kranke, eingeschränkte Vigilanz) und darüber hinaus über die medizinischen Gründe und möglichen Risiken des Eingriffs ordnungsgemäß aufgeklärt worden sein. Erklärt der Patient seine Einwilligung bzw. Nichteinwilligung in den Eingriff, kann er dies *schriftlich, mündlich, durch Gestik oder durch eine Patientenverfügung* tun.

Was kann man in einer Patientenverfügung bestimmen?

Grundsätzlich kann der Patient nur über seinen eigenen Rechtskreis bestimmen und Eingriffe, die er nicht wünscht, ablehnen. In den Rechtskreis anderer, beispielsweise die Therapiehoheit des Arztes, kann er nicht eingreifen. So kann der Patient auch in einer Patientenverfügung nicht verlangen:

- aktive Sterbehilfe (strafrechtlich verboten)
- Suizidbeihilfe (standesrechtlich verboten)
- nicht indizierte Behandlungsmaßnahmen (in der Therapiehoheit des Arztes)

Was steigert den Nachdruck und die Plausibilität einer Patientenverfügung?

Neben den konkreten Behandlungsvorgaben sollte der Patient in seiner Patientenverfügung seine Gedanken und Wünsche in Bezug auf das Lebensende, seine religiösen Überzeugungen, Lebenserfahrungen und Beweggründe beschreiben. So kann sich auch ein Arzt, der den Patienten nicht so gut kennt, ein Bild von dessen Persönlichkeit machen. Hilfreich ist es, wenn sich der Patient in seiner Patientenverfügung zu Themen wie indirekte Sterbehilfe (Inkaufnahme einer Lebensverkürzung unter Schmerzmittelgabe) und Organspende positioniert. Gerade Patienten, die einen Organspendeausweis besitzen, schaffen durch die Patientenverfügung häufig ein Problem: organerhaltende Maßnahmen dürfen streng genommen nicht mehr weitergeführt werden. Ein Organspender sollte er in seiner Patientenverfügung zum Ausdruck bringen, dass z.B. eine künstliche Beatmung bis zur erfolgten Organentnahme gestattet wird. Ebenfalls hilfreich, wenn auch gesetzlich nicht vorgeschrieben, ist die regelmäßige Bestätigung der Patientenverfügung, z.B. alle 2 Jahre (z.B.: „Die in meiner Patientenverfügung vom (TT.MM.JJJJ) getroffenen Aussagen entsprechen weiterhin meinem Willen“ (Datum, Unterschrift)).

Muss sich der Patient vor der Abfassung einer Patientenverfügung ärztlich beraten lassen?

Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung setzt weder eine ärztliche Beratung oder Aufklärung noch eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit voraus. Der Gesetzgeber hat sich ausdrücklich

gegen die Einführung einer Beratungspflicht entschieden. Dennoch verleiht gerade die Tatsache, dass der Patient mit einem Arzt über seine Festlegungen gesprochen hat, der Verfügung mehr Nachdruck und Authentizität. Darüber hinaus hat der die Patientenverfügung lesende Arzt die Möglichkeit, Kontakt mit dem Kollegen oder der Kollegin aufzunehmen und bei Unklarheiten nachzufragen.

Muss ich als Ärztin oder Arzt den Patienten beraten und ihm bei dem Abfassen seiner Patientenverfügung helfen?

Eine ärztliche Pflicht zur Beratung oder Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit gibt es nicht. Bittet der Patient um eine Bestätigung seiner Einwilligungsfähigkeit, kann jeder Arzt ihm diese geben, solange er keine Zweifel an der Einsichts- und Urteilsfähigkeit hat.

Welcher Form bedarf die Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung muss **schriftlich abgefasst** und von dem von dem Patienten eigenhändig unterschrieben sein. Sie kann jederzeit formfrei, d.h. **auch mündlich oder durch Gesten, widerrufen** werden. Eine notarielle Beurkundung oder Beglaubigung ist nicht erforderlich. Ankreuzvordrucke sind erlaubt, sollten aber um individuelle Passagen ergänzt werden (siehe Abschnitt: *„Was steigert den Nachdruck und die Plausibilität einer Patientenverfügung?“*)

Wie lange gilt die Patientenverfügung?

Früher galt die vom Bundesgerichtshof aufgestellte Regel, dass eine Patientenverfügung alle zwei Jahre erneuert werden sollte. Von dieser Vorgabe ist der Gesetzgeber 2009 abgerückt. Eine Patientenverfügung hat seither unbegrenzt Gültigkeit. Sie gilt, solange sie nicht widerrufen wird.

Wo kann die Patientenverfügung aufbewahrt werden?

Ein bundesweites Register für Patientenverfügungen gibt es noch nicht. Die Verfügungen können jedoch gegen ein geringes Entgelt im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer hinterlegt werden. Das Problem besteht darin, dass nur ein Gericht von der Bundesnotarkammer Auskunft erhält. Daher ist es jedem Patienten zu empfehlen, seine Vorsorgedokumente an mehreren Orten zu hinterlegen (z.B. auch beim Hausarzt). Jeder zukünftige Betreuer bzw. jeder Vorsorgebevollmächtigte sollte eine Ausfertigung besitzen. Viele Patienten tragen eine kleine Hinweiskarte auf das Vorhandensein einer Patientenverfügung in ihrem Portemonnaie.

Wann ist eine Patientenverfügung verbindlich?

Die Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie

- von einem Volljährigen schriftlich abgefasst und eigenhändig unterschrieben wurde
- für die vorliegende Krankheitssituation zutrifft und
- konkrete Behandlungswünsche vorgibt.

Häufig erfüllen Patientenverfügungen gerade dieses letztgenannte Kriterium der Bestimmtheit nicht. Sie sind zu allgemein formuliert oder regeln die vorliegende Situation nicht. Beispielhaft ist die Formulierung: „Wenn es auf das Ende zugeht, möchte ich nicht an Schläuchen hängen.“ Hier könnte z.B. die nachvollziehbare Ablehnung einer Dialysebehandlung gemeint sein. Wie aber wäre eine transfusionspflichtige Blutung nach einem schweren Trauma zu werten? Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit einer Verfügung, dass klar und deutlich für konkrete Situationen, in denen die Verfügung gelten soll, beschrieben wird, welche medizinischen Maßnahmen gewünscht bzw. nicht gewünscht werden (z.B.: *„Wenn ich mich in einem fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung befinde (d.h. dass ich meine nächsten Angehörigen und meine Pflegepersonen nicht mehr erkennen kann), möchte ich bei sämtlichen interkurrent auftretenden Erkrankungen, und seien sie lebensbedrohlich, ausschließlich palliativ, d.h. symptomlindernd, behandelt und nicht wiederbelebt werden. Auch eine Gabe von Antibiotika soll in diesen Situationen unterbleiben“*)

Was gilt, wenn es keine medizinische Indikation gibt, der Patient die Maßnahme aber trotzdem wünscht?

Die Indikationsstellung ist die erste der zu treffenden Entscheidungen. Sie liegt in dem alleinigen Hoheitsbereich des Arztes. In diese rein ärztliche Entscheidung kann der Patient nicht eingreifen. Will er eine medizinisch indizierte Therapie nicht, kann er sie ablehnen. Erzwingen kann er eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme dagegen nicht.

Was tun, wenn der Patient eine Patientenverfügung hat?

Ein einwilligungsfähiger Patient entscheidet direkt. Sein Wille wird in einem Gespräch mit ihm (und nicht durch das Studium seiner Patientenverfügung) ermittelt.

1. Welche Maßnahme ist in der vorliegenden Situation überhaupt indiziert?

Die Indikationsstellung ist dabei eine Entscheidung, die in der Therapiehoheit des Arztes steht.

2. Einwilligungsfähiger Patient (mit Patientenverfügung)

Wenn die Indikation für eine bestimmte Maßnahme ärztlich bejaht wird, stellt sich als Nächstes die Frage nach der Einwilligung des Patienten. Ist der Patient bei Bewusstsein und einwilligungsfähig, trifft er selbst diese Entscheidung. Die Patientenverfügung wird dann nicht benötigt. Lehnt der einwilligungsfähige Patient nach einer umfassenden Aufklärung die indizierte Maßnahme ab, so ist dieser Wille verbindlich, auch wenn die Nichtbehandlung schwere Gesundheitsschäden oder den Tod des Patienten zur Folge hat. Selbstverständlich müssen dem Patienten die Folgen seiner Ablehnung bewusst sein, er muss die Tragweite seiner Entscheidung überblicken. Entscheidet sich der Patient im Gespräch oder in der konkreten Situation anders als er es in seiner Verfügung festgelegt hat, ist das als ein Widerruf der Patientenverfügung zu werten. Es gilt dann der aktuell geäußerte Wille.

3. Nicht einwilligungsfähiger Patient mit Patientenverfügung

a) es gibt einen Vorsorgebevollmächtigten / Betreuer

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig und existiert ein Stellvertreter für ihn, sieht das Gesetz vor, dass der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Stellvertreter die indizierte Maßnahme unter Berücksichtigung des verfügtten Patientenwillens erörtert. Sind sich Arzt und Vertreter des Patienten darüber uneinig, wie die Patientenverfügung auszulegen ist und was der Patient in dieser Situation gewollt hätte, bestimmt § 1904 BGB, dass das zuständige Betreuungsgericht entscheidet.

b) es gibt keinen Vorsorgebevollmächtigten / Betreuer

Gibt es eine Patientenverfügung, die auf die Situation zutrifft, gilt diese und ist direkt wirksam, auch ohne dass der Patient einen Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer hat.

4. Nicht einwilligungsfähiger Patient ohne Patientenverfügung

Was bei einem einwilligungsfähigen Patienten einfach ist, ist bei dem Bewusstlosen oder schwer Dementen unmöglich: ihn aufzuklären und nach seinem Willen zu fragen. Hat der Patient keine Patientenverfügung, so ist sein sog. mutmaßlicher Wille zu ergründen, also: „Wie würde er sich entscheiden, wenn wir ihn fragen könnten?“ (§ 1901 a Abs. 2 BGB). Dabei sind alle Umstände einzubeziehen: Aussagen Angehöriger, frühere Aussagen des Patienten selbst, Alter, Erkrankungszustand, Prognose und Lebenssituation des Patienten sowie seine religiösen Überzeugungen und Erfahrungen. Nach dem so festgestellten wahrscheinlichen (mutmaßlichen) Willen des Patienten ist zu handeln. Sind sich Arzt und Stellvertreter des Patienten über den mutmaßlichen Willen des

Patienten nicht einig, entscheidet das Betreuungsgericht. Gibt es keine Angehörigen und keine Anhaltspunkte, die auf den mutmaßlichen Willen des Patienten hindeuten, muss die Entscheidung „im Zweifel für das Leben“ getroffen werden.

Was tun, wenn die Verfügung später auftaucht und eine vom Patienten nicht gewünschte Maßnahme schon begonnen wurde?

Der Bundesgerichtshof hatte in seinem Urteil vom 25. Juni 2010 den Fall einer Frau zu entscheiden, die nach einer Hirnblutung bereits seit fünf Jahren Apallikerin war. Als die Kinder die Betreuung übernahmen, forderten sie im Konsens mit dem behandelnden Hausarzt die Beendigung der Sondenernährung, weil sie davon ausgingen, die Mutter hätte es so nicht gewollt. Kurz vor ihrer eigenen Erkrankung hatte der Ehemann der Patientin eine Hirnblutung erlitten, die jedoch weitestgehend folgenlos blieb. Gemeinsam hätte die Familie daraufhin über das Thema gesprochen und die Mutter hätte geäußert, dass sie in einer solchen Situation keine lebensverlängernden Maßnahmen in Form künstlicher Ernährung und Beatmung wünsche, sie wolle nicht an irgendwelche "Schläuche" angeschlossen werden. Gegen den Widerstand der Pflegeheimleitung durchtrennten die Kinder eigenmächtig den Sondenschlauch. Der Bundesgerichtshof hat dieses Verhalten als rechtmäßig anerkannt und noch einmal ausdrücklich klargestellt, dass es sich hierbei nicht um aktive Sterbehilfe handelte. Das Beenden einer lebenserhaltenden Maßnahme ist zulässig, wenn diese Maßnahme gegen den Willen bzw. gegen den mutmaßlichen Willen bzw. gegen die Patientenverfügung des Patienten geschieht und die

lebenserhaltende Maßnahme damit rechtswidrig ist. Aktive Sterbehilfe ist es deshalb nicht, weil die Krankheit den Tod verursacht und nicht das menschliche Handeln. Stellt sich erst später heraus, dass eine schon begonnene Maßnahme nicht dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, kann sie immer noch beendet werden.

Was gilt in der Notfallsituation?

Für den Notfall ist es schwer, eine allgemeine und weitreichende Handlungsempfehlung zu geben. Anders als in der stationären oder häuslichen Situation hat der Arzt im Notfall meist weder die Zeit noch die notwendigen diagnostischen Mittel, um eine Patientenverfügung auf Wirksamkeit und Verbindlichkeit zu prüfen. Im Notfall gilt daher grundsätzlich: in dubio pro vita – im Zweifel für das Leben. Dennoch kann gerade in der Palliativsituation die Patientenverfügung, vielleicht sogar ein speziell an die Krankheit angepasster Palliativnotfallbogen, eine hilfreiche Unterstützung bei Entscheidungen sein (z.B. Keine Krankenhauseinweisung – auch nicht bei dramatischem Verlauf, z.B. bei einer Arrosionsblutung aus einem großen Gefäß im Gefolge eines weit fortgeschrittenen Tumorleidens).

In Würde sterben – zur Sterbehilfedebatte 2014

Dr. Joachim Zeeh

Geriatrische Fachklinik Georgenhaus, Meiningen

Bis vor kurzem noch wäre die Diskussion darüber, leben zu **müssen** oder sterben zu **dürfen**, eher ungewöhnlich gewesen, war doch eine umfassende medizinische Versorgung ein begehrtes Privileg. Von manchen als seelenlose Hochtechnologiebranche empfunden, sieht sich die moderne Medizin nun aber zunehmend dem Vorwurf ausgesetzt, mehr zu tun als man eigentlich darf und vor allem alten Menschen keinen Raum mehr zu lassen für ein Sterben in Würde. Die Euthanasiebewegung in Holland, in der Schweiz und in einzelnen Staaten der USA ist eine Form, vielleicht die medienwirksamste, dieses Unbehagen zu artikulieren.

Auch bei uns hat sich die Sterbehilfedebatte in letzter Zeit wieder öffentliches Bewusstsein und mediale Präsenz verschafft. Es ist leider immer noch so, dass nicht alle Menschen in Deutschland während ihres Sterbens eine optimale Behandlung erfahren. Zu viele Sterbende leiden an Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, leiden an unbehandelten Depressionen, an Angst, Hoffnungslosigkeit, mangelnder Zuwendung und dem Gefühl, ihre Menschenwürde verloren zu haben. Daraus ergibt sich die weitverbreitete Überzeugung, dass Sterben generell ein schmerzhafter Prozess voller unnötiger, unerträglicher Schmerzen und den Verlust der menschlichen Würde darstelle.

Was will ein alter Mensch, der sagt „geben Sie mir doch eine Spritze...“? Will er in der Tat auf der Stelle sterben oder will er vielleicht lediglich eine bessere Schmerzbehandlung, mehr Zuwendung und Achtung, um seine letzte Daseinsphase nicht im Zustand des hilflosen Ausgeliefertseins erleben zu müssen?

Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), gebürtig aus Bad Langensalza in Thüringen und prominentester Arzt seiner Zeit, schreibt in „Die Verhältnisse des Arztes“ (1806):

„Das Leben des Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern ist das höchste Ziel der Heilkunst und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu thun, wodurch das Leben verkürzt werden könne“.

Er fragte dann unter Hinweis auf einen schmerzgepeinigten, sich den Tod wünschenden Kranken: *„Sollte es nicht erlaubt, sogar Pflicht seyn, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien....“* um diese Frage jedoch gleich zu beantworten: Solche *„Handlungsweise würde unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder ein Unglück sey, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist erstmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden ...“.*

Die Lockerung des Tötungsverbotes für den Arzt birgt die Gefahr eines Dammbrochs und Hufeland warnt als erster vor dieser abschüssigen, rutschigen Bahn, auf die eine Diskussion kommen könnte, wenn das bedingungslose Festhalten am Gebot: „Du sollst nicht töten“ verlassen wird.

In einem späteren Aufsatz „Von dem Recht des Arztes über Leben und Tod“ schreibt Hufeland 1823: *„Steht dem Arzt das Recht zu, über die Notwendigkeit eines menschlichen Daseins zu entscheiden und dasselbe in gewissen Fällen absichtlich zu verkürzen oder zu vernichten?“* und antwortet *„der oberste Grundsatz ist unstreitig der: Niemand als Gott allein, kommt es zu, über die Notwendigkeit eines Menschenlebens zu entscheiden“* .. *„Es können in der Tat*

Komplikationen von Pflichten entstehen, die in große Verlegenheit setzen und höchst verführerisch erscheinen. Aber wehe dem, der sich hier der Vernünftelei und Sophistik hingibt. Er ist verloren. Das einzige Rettungsmittel ist und bleibt, sich lediglich an das einfache Gebot Gottes zu halten: Du sollst nicht tödten.“

Etwa 110 Jahr später erlangten Hufenlands Visionen in Deutschland grauenhafte Aktualität, als Leben nach seinem Wert eingestuft und die Vernichtung lebensunwerten Lebens freigegeben wurde. „Wertlose“ oder als „negativ zu bewertende Existenzen“, „leere Menschenhülsen“, „Ballastexistenzen“, „minderwertige Elemente“, „Halb-, Viertels- oder Achtelskräfte“, die eine „wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft“ darstellen. Ausgangspunkt war eine Ideologie, nach der das Recht des Individuums hinter dem der Gemeinschaft zurückzutreten habe. Durch Diskriminierung und Ausgrenzung wurden Menschen einer Bewertung unterzogen und bestimmte Gruppen als weniger wertvoll für die Gemeinschaft eingestuft: Missgebildete, Behinderte, Asoziale, Straffällige, Angehörige fremder Rassen. Der Ausgrenzung folgte die Beseitigung: Sterilisierung, Vertreibung, Ermordung.

Um nochmals Hufeland zu Wort kommen zu lassen: „..... so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist erstmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden ...“.

Wenngleich die Euthanasie der Jahre 1933 – 1945 rein gar nichts mit der heutigen Sterbehilfediskussion zu tun hat – im Dritten Reich hatten die Euthanasierten ja nicht um ihren Tod gebeten, sondern wurden heimtückisch ermordet – könnte der Trend, dass verschiedenen Phasen des Lebens, der Krankheit, der Behinderung und schließlich des Sterbens ein Wert oder Unwert zugeordnet wird, dazu führen, dass Leben kein Wert mehr an sich **ist**, sondern - einen mehr oder weniger großen - Wert **hat**. Es bedarf wenig Phantasie,

sich vorzustellen, unter welchen moralischen Druck gebrechliche, alte und behinderte Menschen und deren Angehörige kommen könnten, wenn künftig der Wert eines Lebens von seiner Nützlichkeit abhängig gemacht wird und Alte und chronisch Kranke zu nutzlosen und belastenden Kostenfaktoren degradiert würden.

Der potentielle Schaden eines schleichenden Salonfähigmachens von Euthanasie, oder sagen wir besser: „aktiver Sterbehilfe“, erscheint mir beträchtlich. Die Konsequenz kann aus meiner Sicht nur die sein, den Anfängen zu wehren. Andererseits ist eine große Mehrheit der Deutschen für aktive Sterbehilfe, eine Tatsache, die nicht ignoriert werden darf. Offensichtlich treibt diese Menschen die Sorge um, in Zeiten von Krankheit die Kontrolle über ihre Person verlieren und einem seelenlosen, auf Profit orientierten Medizinsystem hilflos ausgeliefert sein zu können. Das große Interesse an der Patientenverfügung, die seit 2009 im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert ist, zeigt, dass immer mehr Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen und für eventuell kommende Zeiten ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorsorgen möchten, in dem sie im Voraus ihre Zustimmung zu bestimmten medizinischen Maßnahmen erteilen oder diese untersagen. Darüber hinaus wäre eine auf hohem Niveau praktizierte und flächendeckend verfügbare palliativmedizinische Versorgung das wirksamste Bollwerk gegen den Wunsch nach ärztlich ermöglichter Sterbehilfe oder gar nach einer Tötung durch den Arzt. Vielen Menschen böte eine qualifizierte, auch ambulant zur Verfügung stehende palliativmedizinischen Betreuung und Pflege zusammen mit liebevoller menschlicher Zuwendung die Aussicht auf ein Sterben zuhause und einen würdevollen Tod. Sowohl die Palliativmedizin als besonders auch die Geriatrie sind durch Ihr team- und assessmentbasiertes, individualisiertes Vorgehen geradezu prädestiniert, die Behandlung Todkranker rational und menschlich zu gestalten, spirituelle und religiöse Aspekte mit einzubeziehen und vor allem auch die Sorge um die Familien als ihre Aufgabe zu begreifen und so den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe bei den Allermeisten erst gar nicht aufkommen zu lassen. Es ist damit an uns, klar zu machen, dass Alternativen zur Tötung durch eigene oder

ärztliche Hand zur Verfügung stehen – oder: „Es liegt an denen, die bleiben, den Gehenden Würde zu verleihen.“

Wesentliche Gedanken zu dieser Thematik entnahm ich Vorträgen von Herrn Prof. Dr. W. Creutzfeldt (1924-2006).

Verfasser :

<p>Ass. jur. Kristin Memm Justiziarin Landesärztekammer Thüringen 07751 Jena</p>	
<p>Dr. med. Joachim Zeeh Chefarzt Geriatrische Fachklinik Georgenhaus 98617 Meiningen</p>	

TERMINE

Vorankündigung

16. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag am 19. und 20. Juni 2015 in Erfurt (Helios Klinikum Erfurt)

Thema „Der geriatrische Patient im Krankenhaus der Maximalversorgung. Moderne minimal-invasive Methoden in verschiedenen Fachgebieten – was ist machbar, was ist sinnvoll?“

Mitgliederversammlung des LV Geriatrie mit Vorstandswahl

Vorankündigung

27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in Frankfurt (Campus Westend) vom 03. bis 05. September 2015

Zukunft der Medizin – Medizin der Zukunft: Geriatrie

Nächste Sitzung

AG Medizin des LV Hessen-Thüringen

- **13. März 2015, 15.30 Uhr St. Vinzenzkrankenhaus Hanau**

Impressum:

Auflage: 1.500 Exemplare

Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

V.i.S.i.P: Dr. Beate Manus, Seligenstadt