

# Wann ist weniger mehr? Ethische Perspektiven der Akutmedizin im Alter\*

*Ethical perspectives of acute medicine with aged patients*

A. W. Bauer

Institut für Geschichte der Medizin, Universität Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. W. Eckart)

**Zusammenfassung:** Therapieabbrüche und Therapiebegrenzungen bei hochbetagten Patienten in der Akut- und Notfallmedizin unterliegen nicht der autonomen und selbstbestimmten Entscheidung der meist bewußtlosen Patienten. Schriftliche Voraussetzungen des Patienten erscheinen in der Akut- und Notfallmedizin als wenig hilfreich, da die spezifische Situation kaum zutreffend antizipiert werden kann. Statistische Erhebungen deuten darauf hin, daß paternalistisch gefällte Entscheidungen einer subjektiven Moraltheorie der Ärzte folgen, die von ihnen jedoch nicht unter normativen Aspekten diskutiert wird. In dieser Theorie spielt das hohe Lebensalter offenbar eine limitierende Rolle bei der Reanimation alter Menschen. Das Lebensrecht auch alter, akut und lebensbedrohlich erkrankter Patienten darf aber nicht von Expertenbefragungen abhängen, deren schwache ethische Legitimation aus Zirkelschlüssen gewonnen wird.

## Akutmedizin im Alter im Trilemma zwischen "Beneficence", "Non-Maleficence" und "Respect for Autonomy"

"Tod und Sterben sind zu ernste Angelegenheiten, um sie Ärzten allein zu überlassen. Das ärztliche Gewissen sollte nicht allein Maßstab für die Behandlung sein. Diese (...) Entscheidung ist aber auch zu ernst, um sie Juristen allein zu überlassen" (17). So schrieb der Philosoph und Medizinethiker *Arnd May* in einer 1998 erschienenen Arbeit über das Thema Betreuungsrecht und Selbstbestimmung am Lebensende. Tatsächlich sieht es jedoch ungeachtet zahlloser Beschwörungen des in der modernen Medizinethik geläufigen Prinzips *Respect for Autonomy* (5) so aus, als seien es in erster Linie gerade Ärzte, denen die faktische, und Juristen, denen die normative Entscheidung über eine Therapiebegrenzung (*withholding*) oder über einen Therapieabbruch (*withdrawing*) zufalle (23). Oft kommt es dabei zwischen den beiden Berufsgruppen zu Mißverständnissen, die mit ihren unterschiedlichen Aufgaben zu tun haben: Während der Arzt mit dem Blick des biomedizinischen Empirikers die natürlichen Tatsachen der Pathophysiologie betrachtet, fokussiert der Jurist seine Aufmerksamkeit normativ auf die institutionellen Tatsachen der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen. Wie soll schließlich der

schwererkrankte und oft bewußtlose hochbetagte Patient in seiner ohnehin prekären Situation in der Lage sein, von seinem Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung angemessen Gebrauch zu machen?

Es ist das vor allem aus der Sprechstunde des Allgemeinmediziners abgeleitete, romantisch verklärte "Gesprächsmodell" der Arzt-Patient-Beziehung (3, 6), das die Illusion einer stets harmonischen Verbindung von paternalistischer ärztlicher Fürsorge aus kontinentaleuropäischer Tradition mit der vollen autonomen Entscheidungsfreiheit des mündigen Patienten im Sinne der angloamerikanischen Bioethik nährt und konserviert. Erscheint dieses Bild schon angesichts der grundsätzlichen Asymmetrie der Beziehung zwischen Experten und Laien in der Praxis des niedergelassenen Arztes als deutlich idealisiert, so verfehlt es jedenfalls die Realität der Akut- und Notfallmedizin beim alten Menschen bei weitem. "Herr Doktor, machen Sie nur, was Sie denken", so schildert der Leipziger Notfallmediziner *Wulf-Hinrich Storch* die typische Äußerung eines Patienten. Das heißt, Menschen sind auch sehr schnell bereit, auf ihre Autonomie zu verzichten, wenn Angst und Schmerzen groß genug sind und sie sich hilflos fühlen (27).

In den meisten Fällen haben die plötzlich Erkrankten keine andere Wahl, als die im gesunden Zustand emotional vielleicht abgelehnte invasive "Apparatemedizin" zu dulden. Aus diesem latenten Widerspruch heraus sind die Anforderungen und Erwartungen an die Akut- und Notfallmedizin außergewöhnlich hoch. Der Notfallmediziner handelt unter enormem Streß, weil er trotz aller Bemühungen die Randbedingungen seines Wirkens in der gebotenen Eile nicht voll überblicken kann. *Klaus Ellinger* hat darauf hingewiesen, daß Notfallmediziner im Gegensatz zu den meisten anderen Arztgruppen unter höchstem Handlungsdruck stehen (12). Sie fällen Sofortentscheidungen von großer Tragweite, verfügen dabei nur über minimale Patienteninformationen und haben keine Möglichkeit, sich mit Kollegen oder Supervisoren zu beraten. Dabei wird es für den Notarzt immer wichtiger werden, gerade bei chronischkranken, multimorbiden und hochbe-

\* Nach einem Vortrag auf dem 2. Südwestdeutschen Notfallsymposium, 19. - 20.10.2001 in Kaiserslautern

tagten Patienten schon am Notfallort Informationen zu gewinnen, die für die Behandlungsqualität entscheidend sein können. Ein systematisches Qualitätsmanagement (z.B. unter Verwendung des Minimalen Notarztdatensatzes MIND) bleibt also ein notwendiges Desiderat der Notfall- und Akutmedizin, und dennoch dürfen alle Bemühungen um hohe qualitative Standards und alle eingesetzten Geräte nicht das trügerische Gefühl auslösen, eine schwere akute Erkrankung sei genauso sicher beherrschbar wie ein Defekt am Kühlschrank oder an der Waschmaschine. Selbst wenn der Mensch "nur" eine biologische Maschine wäre, was übrigens ganz unwahrscheinlich ist (4), so überstiege die Komplexität dieser Konstruktion doch auf jeden Fall die Leistungsfähigkeit auch des besten Datenmodells, sowohl im Hinblick auf die Vollständigkeit und Genauigkeit der Abbildung als auch in bezug auf die Treffsicherheit der Prognose.

Bereits die nur auf den ersten Blick selbstverständliche, rund 2400 Jahre alte Hippokratische Formel, der Arzt solle dem Patienten nützen oder ihm doch wenigstens nicht schaden, die neuerdings mit den beiden Termini Beneficence und Non-Maleficence charakterisiert und somit als eine Innovation zweier amerikanischer Bioethiker des ausgehenden 20. Jahrhunderts betrachtet wird (5), läßt sich für die Akut- und Notfallmedizin beim alten Menschen oft nicht präzise verifizieren. Es entsteht vielmehr leicht ein Trilemma oder zumindest ein latentes Spannungsverhältnis zwischen drei der vier von *Beauchamp* und *Childress* beschriebenen ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite, nämlich zwischen Wohltätigkeit (Beneficence), Schadensvermeidung (Non-Maleficence) und Selbstbestimmung des Patienten (Respect for Autonomy). Wie können diese primär gleichberechtigten Prinzipien adäquat gegeneinander abgewogen werden, ohne dabei in sozialem Hinsicht das vierte Prinzip, die Gerechtigkeit (Justice) zu verletzen? Über die Einhaltung der individuellen Gerechtigkeit wacht zudem die Jurisprudenz als normative Beurteilungsinstanz, die im Streitfall das ärztliche Handeln gegebenenfalls a posteriori straf- oder zivilrechtlich bewerten muß.

### Fallgeschichte: Ein 90jähriger Notfallpatient

Betrachten wir eine konkrete Fallvignette: Ein 90jähriger Patient hatte bis auf einen gut eingestellten Diabetes mellitus keine wesentlichen Vorerkrankungen. Er befand sich bisher in gutem körperlichen Zustand, machte tägliche Spaziergänge von fünf Kilometern Länge und war geistig sehr rege. Nun erlitt er überraschend einen akuten Vorderwandinfarkt mit AV-Block II. Grades Typ II mit 3:1-Überleitung und kardiogenem Schock. *Dlubis-Dach* und *Glogner* (10) legten diese fiktive Kasuistik insgesamt 287 Ärztinnen und Ärzten aus internistischen Intensivstationen von 43 Krankenhäusern verschiedener Versorgungsgrade

zur Beurteilung vor. Eine Reanimation hielten 66,7% der Ärzte an Universitätskliniken (UK) für geboten, 62,1% des ärztlichen Personals an Krankenhäusern mit gehobener Ausstattung (GA) und 74,7% der Ärzte an Krankenhäusern der Grundversorgung (GV). Eine Beatmung des Patienten wurde von 54,8% der Universitätskliniker, von 51,6% der ärztlichen Mitarbeiter von Krankenhäusern mit gehobener Ausstattung bzw. von 63,6% der Ärzte an Krankenhäusern der Grundversorgung für richtig gehalten. Sämtliche Unterschiede waren zwar nicht signifikant, doch zeigte sich eine Tendenz zur relativ größten Bereitschaft zu aktiven Maßnahmen in Krankenhäusern der Grundversorgung und eine Tendenz zur relativ geringsten Aktivität in Häusern mit gehobener Ausstattung. Umgekehrt bedeuten diese Zahlen aber: 37,9% der Ärzte in Krankenhäusern mit gehobener Ausstattung, 33,3% der Ärzte in Universitätskliniken und immer noch 25,3% der Ärzte in Krankenhäusern der Grundversorgung hätten den alten Herrn gar nicht erst reanimiert, und mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 36,4% (GV) und 48,4% (GA) wäre er nicht beatmet worden. Hoch signifikant ( $p < 0,01$ ) fielen jedoch im vorliegenden Fall die Unterschiede zwischen Ärzten einerseits und Pflegekräften andererseits aus: Während im Durchschnitt 67,9% der Ärzte für eine Reanimation votierten, waren dies nur 52,0% bei den Pflegekräften. Die Beatmung wurde zwar von 56,8% der Ärzte, aber nur von 45,2% der Pflegekräfte befürwortet. Der entscheidende Parameter, durch den die Entscheidungen jeweils beeinflusst wurden, war allein das hohe Alter des Patienten, nicht aber die Schwere seiner Herzerkrankung.

Der geschilderte Befund erscheint unter medizinsoziologischen, medizinethischen, zivil- und strafrechtlichen Aspekten als sehr beunruhigend. Erstens läßt sich aus ihm ableiten, daß nach Meinung der Pflegekräfte von ärztlicher Seite bei alten Menschen zu häufig reanimiert und beatmet wird. Rund die Hälfte der Pflegekräfte wäre dafür gewesen, den 90jährigen Infarktpatienten schlicht auf Grund seines hohen Alters sterben zu lassen. Immerhin knapp ein Drittel der Ärzte teilt diese Auffassung mit den Pflegekräften. Zweitens deuten die Zahlen darauf hin, daß es für das Überleben des Patienten nicht ganz unerheblich sein könnte, in welchen Typ Krankenhaus er zur Akutbehandlung eingewiesen wird. Drittens verweisen die Zahlen darauf, daß sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegekräften große Unsicherheit darüber herrscht, welche therapeutischen Anstrengungen bei einem akut vitalbedrohten hochbetagten Patienten angemessen sind. Viertens muß aus den Resultaten abgeleitet werden, daß Ärzte und Pflegekräfte sich unter Umständen auch dann gegen die Leben rettende Behandlung eines Patienten entscheiden und damit dessen höchstpersönliches Recht auf Leben nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes unwiderruflich verwirken, wenn sie keine Kenntnis über eine mögliche Patientenverfügung oder eine sonstige Willensbekundung des Kranken haben.

Notarzteinsetze in Alten- und Pflegeheimen sind heute alltäglicher Bestandteil des Rettungsdienstes. Die Frage nach dem Sinn von Reanimationsbemühungen bei schwerkranken und hochbetagten Menschen ist medizinisch wie ethisch sicher nicht einfach zu beantworten (16), doch bleibt jedenfalls festzuhalten: das Lebensalter per se kann kein Ausschlußkriterium für eine Reanimation sein. Nach Ansicht des Osnabrücker Geriaters *Dieter Lüttje* (13) ist die Annahme falsch, daß Altenheimbewohner überproportional häufig nicht reanimiert werden wollten. In Umfragen äußerten sich wohl mehr als die Hälfte der befragten Älteren gegen eine kardiopulmonale Reanimation bei älteren Menschen, immerhin ein Drittel sprach sich jedoch für den Fall des eigenen Betroffenseins dafür aus. Selbst im Finalstadium einer Erkrankung kann der Wunsch nach Reanimation noch gegeben sein. Angehörige überschätzen zwar oft den Wunsch des Kranken nach Wiederbelebung, Ärzte jedoch unterschätzen ihn.

Die häufigsten Gründe für eine Reanimation sind Finalstadien von Tumor-Erkrankungen, Elektrolytentgleisungen und (stumme) koronare Herzkrankheiten. Die Erfolgsaussichten einer Reanimation sind grundsätzlich begrenzt, aber es gibt weder bei der primär noch bei der sekundär erfolgreichen Reanimation einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Patienten, der spezifisch auf das Lebensalter zurückzuführen wäre. Im Krankenhaus sind etwa 15% der Reanimationen sekundär erfolgreich, etwa 1,6% hinterlassen irreversible neurologische Folgeschäden, wobei auch diese Zahl nach *Lüttje* altersunabhängig ist. Der Geriater warnt daher vor einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung im Rettungsdienst. So hätten einzelne Untersuchungen gezeigt, daß der Rettungsdienst zu einem Altersheim bereits langsamer ausrücke als etwa zu einem Kinderheim. Nicht sinnvoll sei eine Reanimation bei älteren Menschen grundsätzlich in drei Fällen:

1. im Finalstadium unheilbarer Erkrankungen,
2. bei mehr als 10 - 15 Minuten anhaltender Asystolie trotz Reanimation,
3. bei einem bekannten Wunsch des entscheidungsfähigen Patienten nach Unterlassung von Wiederbelebensmaßnahmen; in diesem Falle mangelt es an der erforderlichen Einwilligung des Patienten in die tatbestandliche Körperverletzung (§ 228 StGB), welche durch die Reanimation herbeigeführt würde (25).

### Die jüngere Rechtsprechung zu Therapiebegrenzung (withholding) und Therapieabbruch (withdrawing)

Damit wären die juristischen Fragen im Zusammenhang mit Akut-, Notfall- und Intensivmedizin angesprochen. Seit einigen Jahren haben die in Fachkreisen wie in der Öffentlichkeit zunehmend debattierten Themen Therapiebegrenzung, Therapieabbruch und

Sterbehilfe auch die Diskussionen um Sinn, Nutzen und Grenzen von Akut-, Notfall- und Intensivmedizin bei alten Menschen entfacht. Dabei ist eine zum Teil verwirrende straf- und zivilrechtliche Problembetrachtung in den Vordergrund gerückt, die sich dem unmittelbaren Verantwortung tragenden Arzt jedenfalls nicht mühelos erschließt (11). Insbesondere ein Beschluß des 20. Zivilsenats des OLG Frankfurt am Main vom 15.7.1998 (20 W 224/98, NJW 1998, 2747-2749), ein diesem in der Tendenz widersprechender Beschluß der 13. Zivilkammer des Landgerichts München I vom 18.2.1999 (13 T 478/99) sowie ein wiederum dazu konträrer Beschluß des Landgerichts Duisburg vom 9.6.1999 (22 T 22/99, NJW 1999, 2744-2746) haben bezüglich der Frage der rechtlichen Voraussetzungen eines zulässigen Therapieabbruchs (withdrawing) bzw. einer Therapiebegrenzung (withholding) eher für Konfusion als für abschließende Rechtsklarheit gesorgt. Obwohl die zu entscheidenden Fälle selbst nicht aus der geriatrischen Notfallmedizin kamen, haben sie für die grundsätzliche Rechtsproblematik dennoch erhebliche Bedeutung, denn eine nicht erfolgte Akutbehandlung mit Todesfolge könnte strafrechtlich unter Umständen einem Begehen durch Unterlassen (§ 13 Absatz 1 StGB) gleichgestellt werden.

In dem vom OLG Frankfurt zu entscheidenden Fall befand sich eine fast 85jährige Patientin seit mehreren Monaten in stationärer Behandlung. Ein ausgedehnter Hirninfarkt hatte zu einem anhaltenden Koma mit vollständigem Verlust der Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit geführt. Sie wurde über eine Magensonde (PEG) ernährt. Eine Besserung ihres Zustandes schien nicht zu erwarten. Zu einer freien Willensbestimmung war sie nicht in der Lage. Die Tochter und Betreuerin gemäß § 1896 Absatz 1 BGB hatte - weil ihre Mutter früher einmal geäußert habe, kein langes Sterben ertragen zu wollen - die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 1904 BGB zu einem Behandlungsabbruch durch Einstellung der Sondenernährung beantragt, die ärztlicherseits empfohlen worden war. In einem dazu eingeholten Gutachten wurde ausgeführt, daß bei anhaltendem Koma eine relevante Besserung, d.h. ein bewußtes und selbstbewußtes Leben, nicht mehr zu erwarten sei. Offen bleibe, ob die Betroffene ihren Zustand als leidvoll erlebe und Schmerzen erdulden müsse. Bei Abbruch der Sondenernährung bestehe die Gefahr, daß sie im Verlaufe von Wochen bis Monaten sterbe. Wenn davon ausgegangen werden könne, daß der Verzicht auf eine künstliche Lebensverlängerung ihrem anzunehmenden Willen entspreche, sei die Einstellung der Kalorienzufuhr - bei Fortsetzung der Versorgung mit Flüssigkeit - eine vertretbare Maßnahme.

Nachdem sowohl das zuständige Amtsgericht als auch das Landgericht diesen Antrag abgelehnt hatten, wurde die hiergegen gerichtete Beschwerde vom OLG Frankfurt zu Gunsten der Tochter und Betreuerin entschieden. Es liege zwar mangels unmittelbarer Todesnähe keine geplante sogenannte "passive Sterbehilfe" im engeren Sinne vor, sondern es gehe um den Ab-



bruch einer lebenserhaltenden Maßnahme ("Hilfe zum Sterben"). Bei dieser sei das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Ausdruck seiner allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) grundsätzlich anzuerkennen, jedoch seien an die Annahme eines erklärten oder mutmaßlichen Willens deswegen erhöhte Anforderungen zu stellen, weil der Gefahr entgegengewirkt werden müsse, daß Arzt, Angehörige oder der Betreuer nach eigenen Vorstellungen das für sinnlos gehaltene Leben des Betroffenen beenden wollten. Es gelte also, den Konflikt zwischen dem hohen Anspruch an die Achtung des Lebens und den ebenfalls hohen Anspruch auf Achtung der Selbstbestimmung der Person und ihrer Würde zu lösen, wobei der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht habe, daß er den Betreuer ermächtigen wolle, die mutmaßliche Weigerung des Betroffenen bezüglich einer lebensverlängernden Maßnahme zur Geltung zu bringen. In Folge einer "planwidrigen Unvollständigkeit", welche die Formulierung des § 1904 Absatz 1 BGB enthalte, sei eine Analogie zwischen dem dort geregelten Tatbestand Risikooperation und dem nicht geregelten Tatbestand Behandlungsabbruch gegeben, da beide Handlungen "bei wertendem Denken nicht absolut ungleich" seien. Im Hinblick darauf könne es einer Analogie nicht entgegenstehen, daß beim Behandlungsabbruch ärztliches Untätigbleiben mit tödlichem Ausgang vorliege, während § 1904 BGB ausdrücklich nur ein aktives ärztliches Handeln mit dem Risiko des Todes beinhalte. Hinter der Ansicht, daß in der Rechtsordnung ein "Richter über Leben und Tod" nicht vorgesehen sei und sich dies aus rechtsethischen und rechtshistorischen Gründen auch verbiete, sei der Gedanke an das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten verborgen, das mit dem Ziel der Vernichtung "lebensunwerten" Lebens keine Parallele zum vom wenigstens mutmaßlichen Willen des Betroffenen getragenen Behandlungsabbruch sein könne, auch weil die richterliche Genehmigung einem Mißbrauch entgegenwirken solle. Im Rahmen der Anwendung des § 1901 BGB sei im Falle des Behandlungsabbruchs die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen maßgeblich, an deren Feststellung wegen des Lebensschutzes in tatsächlicher Hinsicht strenge Anforderungen zu stellen seien, während bei nicht aufklärbarer mutmaßlicher Einwilligung dem Lebensschutz der Vorrang einzuräumen sei.

Während sich die Bundesärztekammer in ihren im September 1998 herausgegebenen revidierten Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung auf diesen Gerichtsbeschuß bezog und damit die letzte formale Entscheidung über einen möglichen Therapieabbruch künftig in die Jurisdiktion der Vormundschaftsgerichte gegeben zu sein schien (7), hatte sich der Vormundschaftsgerichtstag bereits in seiner Stellungnahme vom 27.7.1998 von dieser Interpretation distanziert: der Beschluß des OLG Frankfurt verstoße gegen die Verfassung. Das Thema Sterbehilfe müsse gesetzlich geregelt werden, da ein Eingriff in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nur auf Grund-

lage eines Gesetzes möglich sei. Der Gesetzgeber stelle derzeit, wie aus der Strafvorschrift in § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) ersichtlich sei, den Lebensschutz sogar über das Selbstbestimmungsrecht des Getöteten. Vormundschaftsrichter hätten nicht das Recht, über Leben und Tod zu entscheiden.

Auf den ersten Blick sah es sieben Monate später so aus, als schließe sich die 13. Zivilkammer des Landgerichts München I in ihrem Beschluß vom 18.2.1999 dieser vom Vormundschaftsgerichtstag dargelegten Auffassung an. Der im hier zu entscheidenden Fall betroffene 75jährige Patient hatte einen apoplektischen Insult erlitten, in dessen Folge ein schweres hirnorganisches Psychosyndrom auftrat. Zur Absaugung von Schleim wurde eine Trachealkanüle erforderlich. Die Ernährung erfolgte über eine PEG-Sonde, die Harnableitung über einen transurethralen Dauerkatheter. Der zum Betreuer gemäß § 1896 Absatz 1 BGB bestellte Sohn beantragte nach vier Monaten Krankheitsdauer, das Vormundschaftsgericht möge seine Einwilligung, die Ernährung des Vaters einzustellen und die Flüssigkeitszufuhr auf ein Mindestmaß zu beschränken, genehmigen. Diese Vorgehensweise des Betreuers richtete sich formal nach dem Beschluß des OLG Frankfurt vom 15.7.1998. Der zuständige Amtsrichter versagte jedoch die Genehmigung dieses Antrags. Hiergegen richtete sich nun die Beschwerde des Sohnes als Betreuer beim Landgericht München I, die von dessen 13. Zivilkammer jedoch mit folgender Argumentation abgewiesen wurde:

Ein genehmigungsfähiger Antrag des Betreuers liege bereits deshalb nicht vor, weil der von ihm beabsichtigte Abbruch der Ernährung des Betroffenen mit dem Ziel des Todes nicht von seinem Aufgabenkreis als vorläufiger Betreuer gedeckt sei. Zum einen habe das "Sterbenlassen" des Betroffenen als eigentliches Ziel mit Gesundheitsfürsorge nichts zu tun. Hiergegen könne auch nicht eingewandt werden, daß dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entsprechend die Weiterbehandlung Körperverletzung wäre, wovor er durch die Maßnahme des Betreuers bewahrt werde. Denn die Einstellung der Ernährung sei jedenfalls eine aktive Maßnahme mit dem Ziel des Todes des Betroffenen und nicht bloß ein Unterlassen; der Erhaltung der Gesundheit diene sie ersichtlich nicht. Zum anderen handele es sich bei der Entscheidung, sterben zu wollen, um eine derjenigen höchstpersönlichen Angelegenheiten, die einem Betreuer ohnehin nicht übertragen werden könnten. Der Fall sei vergleichbar mit der Abgabe einer Organspendeerklärung, die ein Betreuer ebenfalls nicht für den noch lebenden Betroffenen abgeben könne. Daß auch einige höchstpersönliche Angelegenheiten, wie z.B. eine Sterilisation, einem Betreuer übertragen werden könnten, stehe dem nicht entgegen, da diese Maßnahmen nicht eine Entscheidung über den Tod des Betroffenen zum Inhalt hätten und sie die Menschenwürde nicht in vergleichbarer Art tangierten. Darüber hinaus sei § 1904 BGB dem Wortlaut nach nicht auf le-

## Notfallmedizin

bensbeendende ärztliche Maßnahmen anwendbar, da er nur ärztliche Eingriffe betreffe, die lebensgefährlich sein könnten. Auch eine entsprechende Anwendung sei jedoch aus mehreren Gründen nicht möglich, denn es fehle bereits an der für jede Analogie erforderlichen Regelungslücke. Ein ärztlicher Heileingriff mit dem Risiko des Todes (geregelter Tatbestand in § 1904 BGB) sei etwas anderes als ein ärztlicher Eingriff mit dem Ziel des Todes, da er gerade nicht der Gesundheit des Betroffenen diene, deren Schutz jedoch der Zweck des § 1904 BGB sei. Darüber könne auch ein angeblich in der Vorschrift enthaltener Rechtsgedanke, daß bei jeglicher Maßnahme mit Lebensgefahr für den Betroffenen das Vormundschaftsgericht entscheiden solle, nicht hinwegtäuschen.

Um so frappierender mußte die nach dieser im Sinne der Patientenautonomie und des Lebensschutzes aufgebauten Argumentation unerwartete Schlußfolgerung anmuten, welche die Kammer aus der von ihr skizzierten Einschätzung der Sach- und Rechtslage zog: Das "somit" gefundene Ergebnis lautete nämlich, daß Ärzte und Angehörige über lebensbeendende Maßnahmen in eigener Verantwortung zu entscheiden hätten. Schließlich sei die strafrechtliche Seite dieser Problematik mittlerweile durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) hinreichend geklärt. Entspreche die Maßnahme dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen, so hätten Angehörige und Ärzte in der Regel nichts zu befürchten. Von einem unzumutbaren Risiko könne daher nicht die Rede sein. Daß Angehörige und Ärzte das Risiko einer Fehleinschätzung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen trügen, sei nur folgerichtig, denn Rechte und Pflichten des Betreuers, die sich aus § 1901 BGB ergäben, blieben durch eine etwaige Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes im Sinne von § 1904 BGB ohnehin unberührt.

"Nicht Vormundschaftsrichter, sondern die Familie und Ärzte treffen die schwerwiegende Entscheidung", überschrieb die "Süddeutsche Zeitung" ihren den Beschluß erläuternden Artikel (22). Nach Meinung des den Beschwerdeführer vertretenden Rechtsanwaltes sei der Beschluß als "ein bedeutender Schritt in Richtung Patientenrecht" zu werten. Passive Sterbehilfe sei jetzt im Münchner Gebiet durch expliziten richterlichen Beschluß erlaubt. Angehörige könnten sich ihrer Entscheidung zumindest aus juristischer Sicht sicher sein. Doch war dies tatsächlich ein Sieg des Autonomieprinzips in der Medizinethik? Auf welche minimalistische Bedeutung reduziert man eigentlich den Begriff Autonomie, wenn Ärzte und Angehörige stellvertretend für den schwerkranken Patienten über dessen Weiterleben oder dessen Tod entscheiden sollen? Werden hier womöglich Verantwortlichkeiten abgewälzt, die man den Betroffenen weder zumuten noch in jedem Einzelfall zutrauen darf? Kann wirklich erwartet werden, daß ein dem Patienten Nahestehender objektiv darüber entscheiden soll, ob eine Therapie fortgesetzt oder eingestellt wird, ohne daß später Selbstvorwürfe zu befürchten sind?

Knapp vier Monate nach dem Beschluß des Landgerichts München I folgte das Landgericht Duisburg nun wiederum den Vorgaben des OLG Frankfurt aus dessen Beschluß vom 15.7.1998. In einem Beschluß vom 9.6.1999 stellte das Gericht fest, daß der Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge eines Betreuers sehr wohl die Befugnis zur Einwilligung in einen Behandlungsabbruch umfasse. Die Einwilligung des Betreuers in einen Behandlungsabbruch unterliege der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung analog § 1904 BGB. Im Duisburger Fall ging es um eine 67jährige Patientin, die in Folge eines mehrfach operierten Hirntumors seit 1991 schwerstpflegebedürftig war. Seit 1993 mußte sie wegen einer Schlucklähmung mit einer Magensonde ernährt werden. Seit Jahren war die Patientin zu einer Kommunikation nicht mehr in der Lage. Die seit 1993 als Betreuerin eingesetzte Tochter beantragte nun im August 1998, ihre Einwilligung in den Abbruch der künstlichen Ernährung gemäß § 1904 BGB zu genehmigen. Das LG Duisburg bestätigte die vom Vormundschaftsgericht erteilte Genehmigung. Hierbei erkannte es ausdrücklich an, daß die Geltendmachung des mutmaßlichen Willens eines nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten zur Frage der Fortsetzung intensivmedizinischer Behandlung dem Aufgabenbereich eines Betreuers unterfalle. Intensivmedizinische Maßnahmen setzten wie jede andere ärztliche Behandlung die Einwilligung des Patienten voraus. Sei der Betroffene auf Grund einer Erkrankung nicht mehr in der Lage, seinem natürlichen Willen Ausdruck zu verleihen, so müsse dies ein Vertreter für ihn übernehmen. Die Frage, ob die Entscheidung über einen Therapieabbruch zwingend von einem gerichtlich bestellten Betreuer getroffen werden müsse oder auch im Verhältnis zwischen Angehörigen und Arzt geregelt werden könne, ließ das Gericht offen. Wenn aber ein Betreuer diese Aufgabe wahrnehme, unterliege er jedenfalls der Kontrolle des Vormundschaftsgerichtes.

Im materiellen Teil seines Beschlusses wagte sich das LG Duisburg in brisante medizinische und ethische Konfliktzonen vor: So sei zwar als Voraussetzung für den Therapieabbruch zunächst ein Zustand der krankheitsbedingten Entscheidungsunfähigkeit erforderlich. Eine Bewußtlosigkeit im engeren Sinne, also ein komatöser Zustand, müsse jedoch nicht zwingend vorliegen. Ein Patient müsse sich nicht erst im Koma befinden, damit eine Einwilligung seines Betreuers in einen Ernährungs- und Behandlungsabbruch erteilt werden könne. Selbst die Möglichkeit, daß der Patient sein Sterben nach Abbruch der künstlichen Ernährung leidend miterleben könne, schließe eine Einwilligung des Betreuers nicht von vornherein aus. Zu klären sei insoweit nur, ob sich der mutmaßliche Wille des Patienten auch auf die Inkaufnahme etwaig auftretender Hunger- und Durstgefühle erstrecke. Voraussetzung einer positiven Genehmigungsentscheidung sei allerdings das Vorliegen einer sogenannten infausten Prognose. Darunter sei ein unheilbarer Zustand zu verstehen, bei dem auszuschließen sei, daß der Patient je wieder ein bewußtes oder selbstbestimmtes Leben

führen könne. Weitere Voraussetzung sei die Feststellung, daß der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspreche. An diese Feststellung seien strenge Anforderungen zu stellen. Maßgeblich sei insoweit, ob konkrete Äußerungen des Patienten in der Vergangenheit vorlägen, die den ernsthaften Wunsch nach einem Behandlungsverzicht in Voraussicht oder gar Kenntnis dessen widerspiegeln, daß dem Patienten der Übergang in einen schwerstpflegebedürftigen Zustand unter Verlust der Kommunikationsfähigkeit real bevorstehe.

### **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung - Entscheidungshilfen oder Irrwege?**

Wie kann vor allem der ältere Mensch sein Recht auf Selbstbestimmung beizeiten so wahrnehmen, daß sein mutmaßlicher Wille im Fall eines oft plötzlich und unerwartet eintretenden notfallmedizinischen Behandlungsdilemmas unmißverständlich zum Ausdruck kommt? Verstärkt wird in letzter Zeit von juristischer, standespolitischer und medizinethischer Seite auf die zunehmende Bedeutung von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen als Entscheidungshilfen hingewiesen, die möglichst jeder Bürger weit vor dem Eintritt einer lebensbedrohlichen Erkrankung verfassen und von Zeit zu Zeit aktualisieren solle (1, 17, 19, 20).

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Verfügende bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näherumrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen. Mit einer Vorsorgevollmacht kann jemand für den Fall, daß er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn zu treffen. Eine Vorsorgevollmacht muß schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf einen möglichen Therapieabbruch im Sinne von § 1904 BGB erstreckt. Eine Betreuungsverfügung schließlich ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben fixiert sein. Die Betreuungsverfügung wird der Natur der Sache nach in der Akut- und Notfallmedizin kaum eine Rolle spielen, sondern nur in der Intensivmedizin zur Wirkung kommen.

Nicht immer jedoch sind derartige Willensbekundungen, wenn sie überhaupt existieren und im Notfall auch sofort gefunden bzw. dem Notarzt vorgelegt werden, eine echte Entscheidungshilfe für den stets unter massivem Zeitdruck handelnden Akutmediziner, da

ihm die genauen Lebensumstände, unter denen sie verfaßt wurden, nicht bekannt sind und da vor allem die unvorhersehbare individuelle und spezifische Situation eines Notfallpatienten in gesunden Tagen kaum treffend und im Detail korrekt antizipiert werden konnte (8, 14). Die Problematik der ethischen Fragen in Verbindung mit der Notfall- und Akutmedizin liegt ja gerade im Versagen des Selbstbestimmungsprinzips für diese Patienten. Es kann vom Notarzt nicht erwartet und ihm auch kaum zugemutet werden, daß er in der extrem kurzen Zeit, die ihm zur Verfügung steht, ein solches allgemein gehaltenes Dokument korrekt und fehlerfrei, auf seinen konkreten Notfall bezogen, interpretiert. Ein Nicht-Handeln aber wäre in jedem Falle irreversibel.

### **Akutmedizin zwischen Paternalismus und moralischer Intuition**

So bleibt dem Akutmediziner nichts anderes übrig, als seine Zuflucht zu einer milden Form des Paternalismus zu nehmen. Letztlich steht der Notarzt als Einzelperson vor einer Entscheidung, die ihm kein Angehöriger und kein Kollege abnehmen kann. Doch gerade dann fühlt er sich nicht selten ziemlich allein gelassen, auch im Hinblick auf eine spätere juristische Würdigung seines Handelns. Dies gilt angesichts der widersprüchlichen Beschlüsse des OLG Frankfurt vom 15.7.1998, des Landgerichts München I vom 18.2.1999 und des Landgerichts Duisburg vom 9.6.1999 nach wie vor und sogar mehr denn je. Es ist zu fragen, ob hier nicht doch früher oder später durch den Gesetzgeber mehr Rechtssicherheit geschaffen werden sollte, denn es wird bei dem Problem der Therapiebegrenzung und des Therapieabbruchs immerhin das höchstrangige und höchstpersönliche Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG tangiert, das nicht einfach von Dritten stellvertretend für den Patienten interpretiert werden darf.

Letztlich können weder Ärzte noch Angehörige ein überwiegendes Interesse daran haben, daß sie über das höchstpersönliche Lebensrecht eines anderen Menschen definitiv und irreversibel befinden sollen. Das grundlegende ethische Dilemma auch des milden Paternalismus liegt nämlich, neben der kaum tolerablen Vernachlässigung des Selbstbestimmungsprinzips, in dem notwendigerweise unsicheren prognostischen Vermögen des Arztes, genau zu wissen, was - jenseits medizinischer Indikationen - wirklich "das Beste" für seinen individuellen Patienten ist. In dieser Konfliktsituation entscheiden oft subjektive Instanzen wie das "Einfühlungsvermögen" oder das "Gewissen" des Arztes. Auch bei redlichem Bemühen ist das Urteil des verantwortlich Handelnden aber niemals frei von persönlichen Werteinschätzungen. Keine ärztliche Entscheidung ist jemals risikolos, und diese prinzipiell nicht zu eliminierende Unsicherheit wird besonders beim Problem des Therapieabbruchs bzw. der nicht



begonnenen Notfallbehandlung zu einem äußerst beunruhigenden Faktor.

Die eigentlich naheliegende Frage nach emotionalen Reaktionen des Arztes wurde erst neuerdings von dem Medizinspsychologen *Wilfried Laubach* am Universitätsklinikum Leipzig untersucht (15). Gerade im Zusammenhang mit Therapiebegrenzung und Therapieweiterführung in Fällen mit infauster Prognose werden auf ärztlicher Seite immer wieder Unsicherheit, Angst, Scham, Ärger, Wut, Zerrissenheit, Erschrecken, aber auch Gleichgültigkeit und allgemeine Unzufriedenheit festgestellt. *Laubach* sah darin einen wichtigen Hinweis darauf, daß es in den von den Ärzten geschilderten Konfliktsituationen keine den Belastungen adäquate Bewältigungsmöglichkeit gab. Dies könnte unter anderem daran liegen, daß bislang kaum tragfähige handlungsleitende Modelle verfügbar sind, die über den von *Sprenger* schon 1984 beschriebenen Standardfall der "institutionalisierten Krisensituation" hinaus reichen würden (24). Nach dieser jedenfalls immer noch von außen an das Fach herangetragenen Vorstellung ist der "wünschenswerte" Patient der jüngere akute Notfallpatient mit vitaler Bedrohung und notwendiger Maximaltherapie. An ihm lassen sich oft dramatische Behandlungserfolge nachweisen. Beim hochbetagten Akutpatienten ist dieser Standardfall jedoch oft nicht gegeben, aus dem Notfallpatienten wird allzu rasch ein Intensivpatient mit ungünstiger Prognose.

*Hans-Peter Schuster* hat 1999 darauf hingewiesen, daß jenes "optimistische" Paradigma aus der Gründungsphase der Intensivmedizin, wonach bei Patienten mit lebensbedrohlichen Störungen vitaler Funktionssysteme eine maximal mögliche Intensivtherapie einzusetzen ist, bis unter der Behandlung des ursächlichen Grundleidens in Kombination mit der Organersatztherapie die spontanen Organfunktionen wieder restituiert sind, heute so nicht mehr gültig sei (21). Doch bedeutet intellektuelle Einsicht nicht schon emotionale Akzeptanz: *Schuster* gelangte zu der Feststellung, daß sowohl primärer Verzicht auf Therapie als auch eine sekundäre Therapiebegrenzung oder Therapiereduktion zu selten als die gebotene Entscheidung realisiert würden. Zu den Maßnahmen der Therapiebegrenzung (withholding) rechnete *Schuster* vor allem die Vereinbarung über die Nichtanwendung von kardiopulmonaler Reanimation (DNR), von extrakorporalen Nierenersatzverfahren, von Respiratortherapie, von Vasopressoren sowie von Blut oder Blutkomponenten. Demgegenüber seien Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch (withdrawing) durch die Rücknahme begonnener Maßnahmen wie Bluttransfusion, Antibiotikagabe, Verabreichung von Antiarrhythmika, gastroenteraler Ernährung oder Beatmung gekennzeichnet.

Eine Studie von *Christakis* und *Asch* (9) ergab, daß Ärzte im Falle einer Therapiereduktion offenbar eher intuitiv eine bestimmte Reihenfolge bevorzugen: Zunächst werden Bluttransfusion und Hämodialyse

beendet, später die Gabe von intravenösen Vasopressoren und Antibiotika, erst zuletzt kommt es zur Einstellung von mechanischer Beatmung, gastroenteraler Ernährung und intravenöser Flüssigkeitszufuhr. Dahinter verbirgt sich eine Art subjektiver Moraltheorie der Ärzte, die psychologisch zwar sehr verständlich sein mag, die jedoch das harte ethische und rechtliche Dilemma nicht wirklich kaschieren kann: Bevorzugt werden solche Behandlungsmaßnahmen zurückgenommen, deren Fehlen den Patienten scheinbar eher mittelbar an seiner Erkrankung sterben läßt als unmittelbar an einer medizinischen Intervention.

### Der Therapieabbruch als Resultat eines demoskopischen Zirkelschlusses von Experten?

Besorgnis muß in diesem Zusammenhang jedoch die Leipziger Studie von *Laubach* (15) angesichts der Tatsache auslösen, daß in keinem der dort angeführten Beispielfälle zum Thema Therapiebegrenzung und Therapieabbruch eine Orientierung an einem möglichen oder zu vermutenden Patientenwillen überhaupt in Erwägung gezogen wurde. Daß de facto eine Absprache mit dem Patienten zumeist nicht realisierbar sein wird, stünde der Überlegung immerhin nicht entgegen. Die fehlende Berücksichtigung dieses juristisch wie ethisch so essenziellen Aspekts verstärkt offenbar die Belastungen und den Entscheidungsdruck für die beteiligten Mediziner. Auch nahe Angehörige sind in diesem Dilemma eine fragwürdige Entscheidungsinstanz.

Das grundgesetzlich garantierte Recht auf Leben bei einem plötzlich schwer erkrankten alten Patienten stößt angesichts limitierter personeller und materieller Ressourcen mitunter an sehr enge Grenzen der Realisierbarkeit, vor allem dann, wenn eine kapazitätsbedingte Konkurrenz mit dem vergleichbar akut bedrohten Leben eines anderen Patienten entsteht. Nach einer 1996 publizierten Studie von *Turner et al.* (28) ging auf der Intensivstation des Londoner Royal Brompton National Heart and Lung Hospital in 81,5% aller Todesfälle eine Therapiereduktion bzw. ein Therapieabbruch voraus. Auf der Chirurgischen Intensivstation des Groote Schuur Krankenhauses in Kapstadt betrug die entsprechende Rate sogar 86,7%. Die hierzu in der Weltliteratur veröffentlichten Zahlen differieren je nach Land zwischen rund 50% und mehr als 80%, und sie zeigen im Verlauf der letzten Jahre eine insgesamt steigende Tendenz. Es gibt keinen sicheren Beweis und noch nicht einmal eine ausreichende Plausibilität, daß für diese Entwicklung ausschließlich neue medizinisch-wissenschaftliche oder humanitäre ärztlich-ethische Gesichtspunkte verantwortlich sind.

Die Kriterien, nach denen Ärzte Patienten zur Aufnahme in die Intensivstation selektionieren, sind von der Society of Critical Care Medicine empirisch unter-

sucht worden (26). Auch in ihnen spiegelt sich eine subjektive Moralthorie der Ärzte wider, die im intuitiven Mehrheitskonsens wohl erfüllt, aber kaum systematisch reflektiert wird. Demnach rangieren die subjektive Lebensqualität des Patienten (52%) und seine objektive Überlebenswahrscheinlichkeit (40%) an oberster Stelle der Kriterienliste für eine Entscheidung zur Aufnahme. Sodann folgt die Frage nach Reversibilität oder Irreversibilität der akuten Erkrankung (39%). An fünfter und sechster Stelle (19% bzw. 18%) werden aber bereits die Einstellung des Arztes (attitude) und dessen Einschätzung der Lebensqualität des Patienten genannt. Was sich dahinter konkret verbirgt, bleibt völlig unklar und beunruhigend, nicht zuletzt im Licht der eingangs zitierten Umfrage von *Dlubis-Dach* und *Glogner* (10). Auch muß angesichts der in der wissenschaftlichen Ethik selbst zweieinhalb Jahrhunderte nach den Arbeiten des Philosophen *David Hume* (1711-1776) immer noch bestehenden Gefahr eines deduktiven naturalistischen Fehlschlusses vom Sein auf das Sollen einmal sehr kritisch und grundsätzlich in Abrede gestellt werden, daß sich allgemein verbindliche moralische Werte und Normen - noch dazu in derart wichtigen Angelegenheiten - überhaupt durch empirische Umfragen unter den handelnden Fachleuten gewinnen ließen, ganz so, als seien diese in Wahrheit institutionellen Tatsachen Naturkonstanten, die es lediglich psychometrisch und soziologisch aufzudecken gelte, ohne sie gründlich und öffentlich zu diskutieren. Hier liegt die Gefahr neuer autoritativer Dogmen nahe, wenn auch diesmal im modischen Gewand der scheinbaren normativen Kraft des durch Expertenbefragungen im demoskopischen Zirkelschluß ermittelten Faktischen. Ein solches Vorgehen ist weder unter ethisch-methodologischen noch unter rechtlichen Erwägungen akzeptabel (2).

Die Gewinnung und die Erhaltung des Vertrauens in die künftige Akutmedizin beim alten Menschen setzen voraus, daß Sachkompetenz und ethische Reflexion die Entscheidungen und Handlungen lenken. Diese schwierige Aufgabe darf jedoch von der Öffentlichkeit nicht allein den Notärzten im Besonderen oder der Medizin im Allgemeinen zur Lösung aufgebürdet werden. Sie geht vielmehr uns alle an, denn es gilt zu bedenken: Moralische Wertestandards werden als intersubjektive institutionelle Tatsachen von Menschen gemacht, sie werden nicht durch eine lediglich rationale philosophische Untersuchung entdeckt. Moralische Normen werden von sozialen Gemeinschaften stets aufs neue geschaffen, bestätigt, modifiziert oder aufgegeben, und sie werden in konkreten Situationen möglichst adäquat neu interpretiert (2). Diese filigrane Struktur der Moral bürdet uns eine große Verantwortung auf, sie läßt uns aber auch einen gewissen Spielraum für eigene Entscheidungen, die indessen sehr sorgfältig bedacht werden müssen. So vermag nach Meinung des Berliner Internisten und Rettungsmediziners *Michael de Ridder* unsere gegenwärtige Politik nicht mehr hinreichend zwischen Pflicht und Kür zu trennen: Sie schenke den Sirenen- gesängen der kommenden Biomedizin mehr Aufmerk-

samkeit als den aktuellen medizinischen Behandlungs- und Versorgungsnotwendigkeiten einer alternden Gesellschaft (18). Es zeigt sich, daß medizinethische Fragen bereits wegen der ökonomischen Perspektive stets im größeren Kontext behandelt werden müssen: Es gibt einen gesundheitspolitischen wie sozialetischen Zusammenhang, der kontinuierlich von der Stammzellforschung an Embryonen bis hin zur Akutmedizin im Alter reicht. Prioritäten werden zu setzen sein.

**Summary: Withdrawing and withholding treatment with elderly patients in acute and emergency medicine is usually not a matter of an autonomous decision. Advance directives written by geriatric patients seem to be a rather unreliable aid in acute and emergency medicine, as the specific situation can scarcely be anticipated. Statistical inquiries reveal that real decisions are made by physicians in a paternalistic manner based on subjective moral conventions in which old age itself seems to be a limiting factor concerning resuscitation. Their justification is usually based on mere description while normative aspects are not discussed. The aged patient's strictly personal right to live, however, must not depend on the result of polls amongst experts, which yield no more than circular arguments for moral justifications.**

**Key-words:**  
Emergency medicine;  
Aged;  
Resuscitation order;  
Treatment refusal.

## Literatur

1. Arbeitsgruppe "Sterben und Tod" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. Eine Handreichung für Ärzte und Pflegende, AEM Göttingen 1998
2. *Bauer A W*: Braucht die Medizin Werte? Reflexionen über methodologische Probleme in der Bioethik. In: *Bauer A W* (Hrsg.): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte - Klinische Probleme - Ärztliches Handeln (= Medizin im Dialog), S. 1-18, J.A. Barth Heidelberg, Leipzig 1998
3. *Bauer A W*: Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: Ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin. *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung* 2000, 7: 9-12
4. *Bauer A W*: Ist das menschliche Bewusstsein supervenient? Biophilosophische Reflexionen zum Projekt der multiplen Realisierbarkeit von Geist und Gefühl in der Turing-Maschine. *Würzburger medizinhistorische Mitteilungen* 2000, 19: 427-440
5. *Beauchamp T L, Childress J F*: Principles of Biomedical Ethics, 4th Edition, Oxford University Press Oxford, New York 1994
6. *Bender H J*: Intensivmedizin zwischen Faszination und Wirklichkeit. In: *Bauer A W* (Hrsg.): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte - Klinische Probleme - Ärztliches Handeln (= Medizin im Dialog), S. 102-113, J.A. Barth Heidelberg, Leipzig 1998



## Notfallmedizin

7. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 1998, 95: C-1690-C-1691
8. Bundesärztekammer: Handreichung für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 1999, 96: C-1995-C-1996
9. *Christakis N A, Asch D A*: Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet* 1993, 342: 642-646
10. *Dlubis-Dach J, Glogner P*: Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? *Ethik in der Medizin* 2001, 13: 76-86
11. Dordegge G: Die Entwicklung des Betreuungsrechts bis Anfang Juni 1999. *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, 52: 2709-2714
12. *Ellinger K*: Notfallmedizin - Von der Rettungsmedizin zur Akutmedizin. *Management & Krankenhaus* 2001, 20 (6): 17
13. jr: Reanimation: Alter per se kann kein Ausschlußkriterium sein. *Der Geriater* Dr. Dieter Lüttje aus Osnabrück über die Chancen und die Grenzen der Reanimation von älteren Menschen. *Ärztezeitung* Nr. 92 vom 18./19.5.2001, S. 20
14. *Koch H G*: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 1999, 54: 397-400
15. *Laubach W*: Ethische Probleme in der Intensivmedizin. In: Riha O (Hrsg.): *Ethische Probleme im ärztlichen Alltag. Vorträge 1997-1999* (= Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin e.V. Leipzig, 3.), S. 26-37, Shaker Verlag Aachen 2000
16. *Maio G*: Reanimieren oder nicht? Ethische Überlegungen zur deutschen Diskussion über den Therapieverzicht. In: Gordijn B, ten Have H (Hrsg.): *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, S. 105-139, Frommann-Holzboog Stuttgart-Bad Cannstatt 2000
17. *May A T*: Betreuungsrecht und Selbstbestimmung am Lebensende (= *Medizinethische Materialien*, 117), Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1998
18. de Ridder M: Verwahrlost und verendet. *Der Spiegel* Nr. 23 vom 2.6.2001, S. 208-210
19. *Sass H M, Kielstein R*: Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Vorbereitungsmaterial, Modell einer Betreuungsverfügung, Hinweise für Ärzte, Bevollmächtigte, Geistliche und Anwälte (= *Medizinethische Materialien*, 111), 5. Auflage, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1999
20. *Schell W*: Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements), 2. Auflage, Brigitte Kunz Verlag Hagen 2000
21. *Schuster H P*: Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. *Internist* 1999, 40: 260-269
22. *Sippell D*: Nicht Vormundschaftsrichter, sondern die Familie und Ärzte treffen die schwerwiegende Entscheidung. *Süddeutsche Zeitung* vom 24.4.1999
23. *Smedira N G, Evans B H, Grais L S, Cohen N H, Lo B, Cooke M, Schechter W P, Fink C, Epstein-Jaffe E, May C, Luce J M*: Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *New England Journal of Medicine* 1990, 322: 309-315
24. *Sprenger A*: Zur Strukturierung des therapeutischen Geschehens auf Intensivstationen - Auswirkungen der unterschiedlichen Perspektiven von Ärzten und Pflegekräften. In: Tewes U (Hrsg.): *Angewandte Medizinpsychologie*, S. 228-234, Fachbuchhandlung für Psychologie Frankfurt am Main 1984
25. *Tag B*: Zum Verhältnis von Medizin, Recht und Ethik. In: Bauer A W (Hrsg.): *Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte - Klinische Probleme - Ärztliches Handeln* (= *Medizin im Dialog*), S. 207-220, J.A. Barth Heidelberg, Leipzig 1998
26. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee: Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Critical Care Medicine* 1994, 22: 358-362
27. *Storch W H*: Ethische Probleme in der Notfallmedizin. In: Riha O (Hrsg.): *Ethische Probleme im ärztlichen Alltag. Vorträge 1997-1999* (= Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin e.V. Leipzig, 3.), S. 38-45, Shaker Verlag Aachen 2000
28. *Turner J S, Michell W L, Morgan C J, Benatar S R*: Limitation of life support: frequency and practice in a London and a Cape Town intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 1996, 22: 1020-1025.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer  
 Institut für Geschichte der Medizin  
 Universität Heidelberg  
 Im Neuenheimer Feld 327  
 D-69120 Heidelberg.