

Behandlung



Erstes Urteil gegen **Übertherapie** am Lebensende

Leidensverlängerung ist ein Behandlungsfehler: Anfang des Jahres hat das Landgericht München I die Fortsetzung einer PEG-Sondenernährung ohne Therapieziel als ärztlichen Behandlungsfehler eingestuft.

Die Anlage einer PEG-Magensonde bei Demenz ist seit Jahrzehnten umstritten und Gegenstand kontroverser Standpunkte und rechtlicher Auseinandersetzungen. Aktuell stuft die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie sie bei fortgeschrittener Demenz als nicht indiziert ein [1]. Eine orale Ernährungsunterstützung ist hinsichtlich der Ergebnisse Sterblichkeit, Aspirationspneumonie, funktioneller Status und Wohlbefinden mindestens so effektiv wie eine Sondenernährung via PEG. Eine aktuelle Studie aus 2016 belegt nun sogar: PEG-Versorgte sterben eher [2].

Der Fall

Der 82-jährige Pflegeheimpatient stand wegen einer Demenz seit 1997 unter Betreuung. Bei bereits fortgeschrittener Demenz wurde ihm 2006 eine PEG-Magensonde wegen Exsikkose und Gewichtsabnahme gelegt. Sein diesbezüglicher Wille konnte nicht ermittelt werden, ein Berufsbetreuer traf die Entscheidungen. Der beklagte Hausarzt selber stuft den Patienten als Palliativpatienten ein, notiert am 21.1.2010 „PEG, Multiinfarktdemenz, Palliativbehandlung“.

Vielfältige Leidenszustände sind aktenkundig: „extrem ausgeprägte Gelenkfehlstellungen mit der Unmöglichkeit sich selber zu bewegen, eine Tetraspastik mit derartigen Kontrakturen, dass sich in der Handinnenfläche eine Pilzerkrankung entwickelte, ein Nackenrigor, ein komplett marodes Gebiss mit der Notwendigkeit nahezu alle Zähne zu ziehen, rezidivierende Konjunktivitiden wegen der Unfähigkeit zum Lidschluss, eine Paraphimose, wiederkehrende Druckgeschwüre an Ellenbeuge, Kreuzbein, Fingergrundgelenken, Knie, Knöchel, gluteal und der Schulter sowie Erstickungsanfälle mit unzureichendem Abhusten.“



Der Wille des Patienten zählt. Liegt keine Verfügung vor, wird das Leiden oft unnötig verlängert.



Ernährungsfehler

Gleichwohl erfolgte die Fortsetzung der Ernährungsbehandlung, er wurde regelhaft abgesaugt und bei Komplikationen in die Klinik eingewiesen, dort lehnte man zuletzt aufgrund des schlechten Zustandes Operationen ab. Im November 2011 starb er im Rahmen einer Aspirationspneumonie, einer typischen Komplikation der PEG Ernährung.

Hausarzt verklagt

Wegen nicht indizierter künstlicher Ernährung verklagte der Sohn den Hausarzt. Das Gericht sieht einen Behandlungsfehler darin, die künstliche Ernährung mittels PEG oh-

ne allerdings kein Schmerzensgeldanspruch erkannt, da der Beweis für das dann erfolgte Beenden der PEG-Ernährung nicht geführt worden wäre. Das Urteil ist nicht rechtskräftig, die Berufung ist vom Kläger eingereicht.

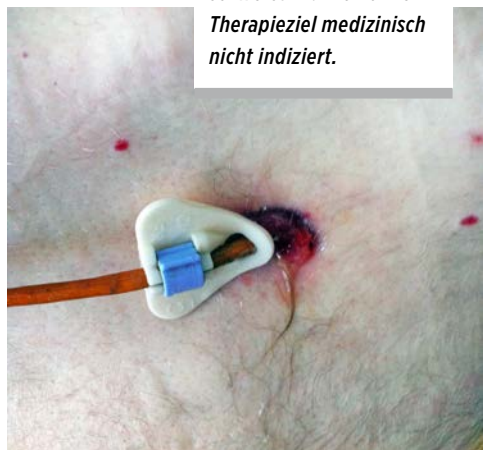
Meilenstein im Medizinrecht

Die Entscheidung ist ein neuer Meilenstein im Medizinrecht. Denn erstmals hat ein Landgericht entschieden, dass die künstliche Lebensverlängerung durch eine Magensonde bei schwerst leidenden Kranken ohne Therapieziel, also alleine lebens- und leidensverlängernd, medizinisch nicht indiziert ist. Das gilt



Dr. med. Matthias Thöns,
Facharzt für Anästhesiologie, Notfall-, Schmerz- und Palliativmedizin, Witten
E-Mail: thoens@web.de

Eine Lebensverlängerung durch Magensonde ist bei schwerst Kranken ohne Therapieziel medizinisch nicht indiziert.



Der Wille des Patienten

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

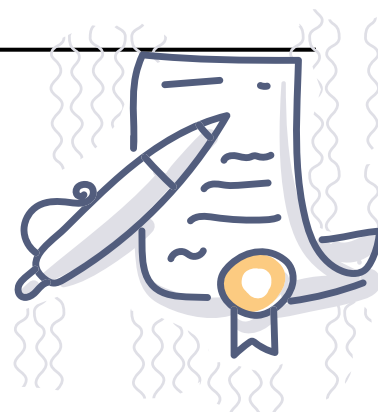
Vorausverfügter Wille: In einer Patientenverfügung konkret geschilderte zutreffende Krankheitssituation mit dem entsprechenden Behandlungswunsch („bei weit fortgeschrittener Demenzerkrankung und fehlender Fähigkeit zu normaler Nahrungsaufnahme lehne ich eine künstliche Ernährung ab“)

Behandlungswunsch: Früher geäußertes Wille von Zeugen belegt (Beim Pflegeheimbesuch: „Wenn ich einmal so krank bin wie Tante Erna mit ihrer Alzheimerkrankheit, möchte ich keine PEG“)

Mutmaßlicher Wille: Wie bei Behandlungswunsch, nun hat der Betroffene aber eine vaskuläre Demenz.

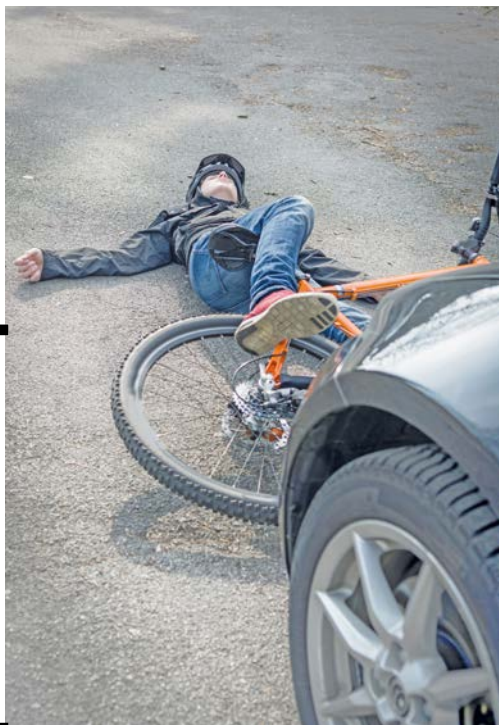
ne Behandlungsziel fortgesetzt zu haben [3]. Der Hausarzt sei ab Anfang 2010 verpflichtet gewesen, den Betreuer darüber in Kenntnis zu setzen, dass ein über die reine Lebenserhaltung hinausgehendes Therapieziel nicht mehr zu erreichen war. Dass dies nicht geschehen ist, stelle eine Verletzung der Verpflichtung aus § 1901b BGB dar und sei somit ein Behandlungsfehler. Erstinstanzlich wur-

auch für die Fortsetzung einer solchen PEG-Ernährung durch einen Arzt, der selbst bei Anlage der Sonde nicht verantwortlicher Arzt war. Die Indikation war fortlaufend zu überprüfen. Das Urteil reiht sich in eine verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit für das Problem der Übertherapie am Lebensende ein. Überwirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und Ausweitung



Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Volljährigen Erwachsenen in guten Zeiten kann nur zu einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geraten werden: Ohne sie wird fast zwangsläufig eine teils sehr kostspielige rechtliche Betreuung notwendig und ein Unfall kann jedermann jederzeit treffen. Die Beratung dazu ist eine äußerst sinnvolle hausärztliche IGeL-Leistung.



mit der Maßnahme ein vom Patienten gewünschtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreicht werden? Bei fortlaufenden Behandlungen – künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse – ist die Indikationsprüfung in Intervallen zu wiederholen.

Wille des Patienten zählt

Nach dieser Prüfung erfolgt dann die Behandlung naturgemäß erst nach Aufklärung und rechtswirksamer Einwilligung. Hier ist der Wille des Patienten zu beachten und da gibt es eine erhebliche Wortvielfalt (siehe Kasten). Der aktuelle und vorausverfügte Wille ist sofort umzusetzen. Vorausverfügter Wille heißt in diesem Zusammenhang, dass eine Krankheits-situation in einer Patientenverfügung treffend beschrieben ist und für diese Situation ein Behandlungswunsch vorausverfügt wurde. Liegt bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten eine Patientenverfügung nicht vor oder trifft sie auf die aktuelle Behandlungskonstellation nicht zu, so ist rechtlich stets ein benannter Vertreter erforderlich. Dies kann ein Vorsorgebevollmächtigter sein (Vorsorgevollmacht ersetzt Betreuung), ansonsten ist über das Gericht ein Betreuer zu bestellen. Der rechtliche Vertreter soll nun durch Zeugenaussagen zu früheren konkreten Äußerungen den Willen ermitteln, dies nennt der Gesetzgeber dann „Behandlungswünsche“. Derlei zeugenschaftlich belegte Behandlungswünsche haben also die gleiche Rechtswirkung, wie eine unterzeichnete Patientenverfügung. Ansonsten kann aus seinen Äußerungen zu vergleichbaren Situationen auf den Willen geschlossen werden. Dies wird als der mutmaßliche Wille bezeichnet. Nur wenn auch hier ein Wille nicht ermittelt werden kann, muss der Arzt die indizierte Maßnahme einfach so durchführen. Dabei gilt nach dem Urteil des Landgerichts München I der frühere Lehrspruch „in dubio pro vita“ zumindest bei schweren Leidenszuständen nicht mehr.

der Indikationen sowie die Durchführung von nicht indizierten Eingriffen berichten die Bundesärztekammer [4], die Bertelsmann-Stiftung [5], der Deutsche Ethikrat [6] und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin [7] in einem Positionspapier mit dem wegweisenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“ Das Buch „Patient ohne Verfügung“ ist seit Monaten Spiegel-Bestseller [8]. Anfang des Jahres startete gar „The Lancet“ mit einer Artikelserie zum „right care“ und dokumentiert die international vorhandene Problematik. Hier belegt Deutschland mit 33 Prozent unnötigen Krankenhausbehandlungen eine Spitzenposition. Vielfach wird eine zu aggressive Krebsbehandlung am Lebensende aufgezeigt, bei jungen Patienten in den letzten 30 Lebenstagen bei drei von vier Betroffenen [9]. Aber auch andere Verfahren werden international kritisiert, neben der PEG-Ernährung auch Chemotherapie, die das Leben verkürzt, Bestrahlungsbehandlung kurz vor dem Lebensende, nutzlose Medikation, ineffektive Intensivtherapie am Lebensende oder die ziellose intravenöse Ernährung. Dagegen erfolgte Palliativversorgung nur in sechs Prozent der Fälle am Lebensende [10].

Indikation muss geprüft werden

Der Arzt hat in einem ersten Schritt stets zu prüfen, ob eine Indikation vorliegt: Kann



Literatur unter www.hausarzt.eu.
Mögliche Interessenkonflikte:
Der Autor hat keine deklariert.