

Med Klin Intensivmed Notfmed
2016 · 111:235–240
DOI 10.1007/s00063-015-0125-9
Eingegangen: 21. Juni 2015
Überarbeitet: 19. Oktober 2015
Angenommen: 4. Dezember 2015
Online publiziert: 27. Januar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Redaktion
M. Buerke, Siegen



G. Duttge

Zentrum für Medizinrecht/Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht,
Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland

Quo vadis, moderne Intensivmedizin?

Unzeitgemäße Betrachtungen zu ihren Risiken und Nebenwirkungen

Der zeitlose Anlass

„Qualität“ und „Menschlichkeit“, die übergreifende Thematik der diesjährigen Jahrestagung von DGIIN und ÖGIAIN, bilden zwei ebenso aktuelle wie zeitlose Fixpunkte des ärztlich-medizinischen Selbstverständnisses: Schon immer ging es um eine Erweiterung und qualitative Verbesserung ärztlicher Handlungsoptionen, und schon immer ging und geht es am Ende um eine bestmögliche Versorgung des individuellen, lebensbedrohlich erkrankten und besonders hilfsbedürftigen Patienten. Dass die moderne Intensivmedizin des 21. Jahrhunderts über ein wirkmächtiges Potenzial an lebenserhaltenden Interventionsmethoden verfügt, ist verglichen mit ihren Anfängen Resultat einer phänomenalen Erfolgsgeschichte [7]. Das sollte bei aller im Detail mitunter berechtigten Kritik nicht vergessen werden, und dass gleichwohl fortlaufend nach weiteren Optimierungsmöglichkeiten, verbesserten Interventionsmethoden und nicht zuletzt verbesserten Strukturen und Verlaufsprozessen [27] gesucht wird, dürfte jeder potenzielle Intensivpatient nur nachdrücklich begrüßen. Dennoch hat sich in der Bevölkerung seit längerem schon die Sorge breit gemacht, dass bei aller

Festvortrag anlässlich der 47. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN), Köln 17. bis 19. Juni 2015.

Fixierung auf das intensivmedizinisch Machbare – noch dazu unter Einsatz der im Empfinden des Publikums allzu „künstlich“ und inhuman erscheinenden Apparatechniken – der Patient als Mensch, als „Person“ mit einer Respekt und Achtung beanspruchenden Würde [11] und nicht bloß als „Krankheitsfall“ [28, S. 91] mitunter allzu leicht vergessen werden könnte. Das vielzitierte Diktum von *Heiner Geißler* mag vielleicht schon die seinerzeitige Realität überzeichnet haben, als er beklagte: „Die Intensivstation wird zur Hölle der Einsamkeit, (...) zur wissenschaftlichen Versuchstation und Folterkammer“ [15, S. 144]. Aber ist davon nicht vielleicht zumindest ein Körnchen doch wahr gewesen, und wie ist die Situation heute, ein paar Jahrzehnte später?

» Die Würde des Patienten beansprucht Respekt und Achtung

Erst vor Kurzem fand sich in einem großen Bericht der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* einfühlsam beschrieben, wie sehr die Intensiv- und Notfallmedizin im Grenzbereich menschlicher Existenz wirkt – nicht selten zum Wohle des Patienten, mitunter stürzt sie ihn und seine Angehörigen aber auch ins Unglück [32]. Ist es aber überhaupt zulässig, zwischen *akzeptabler* und *unzumutbarer* Lebensqualität zu entscheiden, und anhand welcher Kriterien, wenn das Sterbenmüssen die einzige Alternative ist?

Die Betitelung dieses Beitrags könnte den Eindruck erwecken, als ob ein „Besserwisser“ nun einmal die günstige Gelegenheit zum „offenen Wort“ nutzen möchte; und die Profession des Autors als Jurist und – schlimmer noch – als Strafrechtslehrer lässt diese unerfreuliche Aussicht von einer wenig juristenaffinen Sicht aus vielleicht noch wesentlich unangenehmer erscheinen. Aber nein: Es geht gerade nicht um Besserwisserei, sondern ganz im Gegenteil gegen eine Besserwisserei, auf der einen wie auf der anderen Seite; es sind nachdenklich stimmende Gedanken eines wohlwollenden Beobachters, der nur mehr in gleicher Weise zur Nachdenklichkeit einladen möchte. Und sollte das gelingen, so wäre am Ende dasjenige eingetreten, was der Arzt und Theologie *Albert Schweitzer* einmal als die schönste und tiefste Art zu begeistern bezeichnet hat [31, S. 379].

Drei aktuelle Problemlagen

Selbstbestimmungsrecht des Patienten

An den Anfang sei ein seit längerem vertrautes Thema gerückt, das ein Repräsentant des Medizinrechts schlechterdings nicht aussparen kann: das Selbstbestimmungsrecht von Patienten. Manche Medizinethiker sprechen hier im Überschwang von „Patientenautonomie“ (zu den vielfältigen Facetten des Begriffs „Patientenautonomie“ aus interdisziplinärer Sicht siehe die Beiträge in [37]). Es ist ein juristischer

Hebel, um zu verhindern, dass der Hilfesuchende mehr als ohnehin unvermeidbar dem nicht selten hochbelastenden Behandlungsgeschehen ausgeliefert wird. Es soll ihm trotz aller Zwänge seiner Not und trotz seiner soziostrukturellen Unterlegenheit gegenüber dem ärztlichen Experten und einem in seinen Abläufen undurchschaubaren Krankenhausapparat dennoch eine Mitbestimmungsmöglichkeit offengehalten werden, weil nur er alleine darüber befinden kann, welche der bestehenden Optionen er im Licht seiner sozialen Eingebundenheit, familiären Bindungen und seiner höchstpersönlichen Werthaltungen, also seiner Vorstellungen von einem „guten Leben“ und „guten Sterben“ noch mittragen kann (zum Pluralismus der Anschauungen über das „gute Sterben“ siehe [23], grundlegend für das Selbstverständnis der westlich-säkularen Gesellschaften siehe [24], S. 55: „In einer kulturell pluralistischen Gesellschaft muss die Mehrheitskultur die Auffassungen von Minderheitenkulturen zu Tod und Sterben tolerieren (...). Sie muss erkennen, dass ihre eigenen Auffassungen in ein komplexes Netz kultureller Überzeugungen und Einstellungen eingebunden sind, also einen gewissen Grad kultureller Relativität haben“). Darin inbegriffen ist denknotwendig das Recht eines jeden – auch lebensbedrohlich erkrankten – Patienten zur Unvernunft, gemessen an den Maximen des aktuellen Standes evidenzbasierter Medizin und ärztlicher Erfahrung, mag das den von Grund auf im Lichte seiner hippokratischen Fürsorgepflicht agierenden Behandler auch noch so sehr schmerzen. Denn inwieweit das Mit- und Letztentscheidungsrecht von Patienten tatsächlich respektiert wird, zeigt sich erst und gerade im Fall des Dissenses, wenn also der Patient das ärztlich Empfohlene einmal nicht akzeptieren will.

» Dem Patienten soll eine Mitbestimmungsmöglichkeit offengehalten werden

Es gibt einigen Grund anzunehmen, dass diese längst auch standesrechtliche (vgl. § 7 Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen

und Ärzte, MBO-Ä) und nicht bloß „juristische“ Selbstverständlichkeit (vgl. Art. 2 Abs. 1, 1 Abs. 1 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, GG; aktueller Überblick bei [13]) zwar in akademischen Vorträgen, Leitlinien und Sonntagsreden, aber noch immer nicht in allen Köpfen angekommen ist. Wie ließe sich sonst erklären, dass ausweislich der SUPPORT-Studie keineswegs nur selten Unkenntnis der konkret Verantwortlichen über die eigentlichen Patientenwünsche besteht, was in erheblichem Maß nicht konsentiertere Übertherapie zur Folge hat(te) [34]. Aber auch in Therapiebegrenzungsentscheidungen werden selbst kommunikationsfähige Patienten offenbar keineswegs immer mit einbezogen: Einer Beobachtungsstudie von Hämatonkologen am Münchener Universitätsklinikum zufolge werden Patienten, deren Therapieziel mit dem der Ärzte übereinstimmte, doppelt so häufig in die Entscheidung einbezogen wie Patienten mit abweichenden Vorstellungen [38, S. 92]. Nicht minder aufschlussreich sind die Reaktionen der Leserschaft auf eine Reihe von Kasuistiken, die vor wenigen Monaten im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert wurden: Da wird etwa bei einer Patientin mit fortgeschrittenem metastasierendem Kolonkarzinom die behandlerseitige Hinnahme der von ihr in orientiertem, aufgeklärtem Zustand unmissverständlich erklärten Ablehnung weiterer Bluttransfusionen z. T. harsch kritisiert, weil doch der „Tod in Tumoranämie“ unmöglich ein „würdiger“ sein könne [1]. Ein Leserbrief drückt die ambivalente Haltung zum Selbstbestimmungsrecht in der Weise aus, dass „natürlich der autonome Patientenwunsch zu respektieren“ sei, jedoch eben dieser doch „durch ärztliche Moderation beeinflussbar ist und insbesondere nach Einbindung der Angehörigen stets kritisch hinterfragt werden“ müsse [1]. Mit anderen Worten: Wenn uns der Wille des Patienten nicht gefällt, werden wir ihn schon umstimmen, ggf. mithilfe seiner Familienangehörigen (zur Manipulierbarkeit der von ohnehin verunsicherten und schwer belasteten Familienangehörigen artikulierten Mutmaßungen über den „mutmaßlichen Patientenwillen“ siehe [30, S. 114]).

Gewiss: Es macht das tägliche Leben und seine Organisation leichter, sich nicht mit eigenwilligen Patienten auseinanderzusetzen zu müssen; konfliktbehaftete Prozedere mühsam austragen und am Ende gar ein Geschehen hinnehmen zu müssen, das den eigenen Richtigkeitsvorstellungen zuwiderläuft, ist eine schwere Bürde. Doch ist der beste Freund bekanntlich eben nicht jener, der alles besser weiß und es immer nur „gut meint“, sondern wer dem Hilfe und Rat Suchenden auf dessen Lebenspfad selbstlos zur Seite steht (sog. Beratermodell; zu den Idealtypen näher [14]) – durchaus mit kritischen Rückfragen und Anregungen, mit einer Erweiterung der Handlungsoptionen und Vermittlung wichtiger Erfahrungen, aber nicht durch handstreichartige Übernahme des Steuers und Selbstinthonisierung als neuer „Kapitän“ des Patientenschicksals. An diesem Punkt zeigt sich deutlich, dass es im Entscheidungskonflikt eben letztlich auch um eine Machtfrage geht. Natürlich ist es nicht Ziel der Behandlung, über Patienten Macht auszuüben; aber wer – in Anlehnung an den Rechtssoziologen *Max Weber* [35] – innerhalb einer Sozialbeziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben des anderen durchzusetzen vermag oder es jedenfalls auf welche subtile Weise (der disparate Umgang mit Patientenverfügungen bietet dazu reiches Anschauungsmaterial) auch immer versucht, übt zur Verwirklichung eigener Intentionen Macht aus – und bei Missachtung des Patientenwillens auf eine weder legale noch legitime Weise!

Sinnhaftigkeit der intensivmedizinischen Intervention

Die Betonung des Selbstbestimmungsrechts v. a. im Kontext der jüngeren Sterbehilfedeбатten hat aber nicht bloß eine positive, weil den Patienten vor Bevormundung schützende, sondern zugleich eine gefährliche Seite: Denn sie verführt die Intensivmediziner tendenziell dazu, die Sinnfrage lebenserhaltender Maßnahmen gleichsam in toto zu delegieren und sich ganz auf die physischen Parameter zu konzentrieren, solange ihnen nicht per Patientenverfügung, Betreuer oder Betreuungsgericht Grenzen gesetzt werden. Das Gebot, nicht die Richtig-

keitsvorstellungen ihrer Patienten zu brechen, bedeutet jedoch nicht, sich selbst bloß noch als wertneutrale „Technik des Todesaufschubs“ zu begreifen (Hans Jonas [21], S. 242). Vielmehr ist es eine genuine Aufgabe und Verantwortung gerade auch der Intensivmediziner, die Sinnhaftigkeit ihres eigenen Tuns selbstkritisch zu hinterfragen und das „rechte Maß“ [4] nicht zu überschreiten – weil sie dem Sterbenden sonst dessen beraubt, was der Sozialphilosoph *Paul Ricoeur* in seinem Nachlassfragment die „Erfahrung des Wesentlichen“ genannt hat: nicht in trister Einsamkeit – gesichtslos – verenden zu müssen, sondern im „Angesicht des Anderen“ Gnade zu finden [29].

» Die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns ist selbstkritisch zu hinterfragen

Nun ist die „Futility-Frage“ aber bekanntermaßen eine überaus intrikate, für die gerade keine übergeordnete Maßgabe zu erkennen ist und deren Handhabung sich insbesondere nicht einfach aus der Anwendung eines computergenerierten Scores (wie z. B. APACHE, SAPS u. a.) ergibt. Denn diese sind als rein statistische Kalküle und „Schätzsysteme für Gruppen“ gedacht und nicht dazu, das Schicksal des individuellen Patienten vorauszusehen [7, S. 648]. Und dennoch kann sich der Intensivmediziner nicht auf die Devise zurückziehen, dass der Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen erst bei Feststellung des Hirntods zweifelsfrei „sinnlos“ wird. Weil jedoch auch der Blick auf die jeweiligen Umstände des konkreten Krankheitsverlaufs keine hinreichende Prognose- und Handlungssicherheit und schon gar nicht die nötige Gleichbehandlung gewährleistet, offenbart sich hier ein zentrales Feld, in dem Selbstvergewisserung in Gestalt systematischer Sammlung und Auswertung ärztlicher Erfahrungen geradezu überfällig ist. Wie in einer jüngeren Metaanalyse ernüchtert wie ernüchternd festgestellt wurde, fehlt es zur Beurteilung der *Aussichtslosigkeit* intensivmedizinischer Maßnahmen bislang offenbar an jedweder auch nur ansatzweise „brauchbaren Evidenz“ [36]. Die „Intuition“ des Einzelnen ist aber er-

Med Klin Intensivmed Notfmed 2016 · 111:235–240 DOI 10.1007/s00063-015-0125-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

G. Duttge

Quo vadis, moderne Intensivmedizin?. Unzeitgemäße Betrachtungen zu ihren Risiken und Nebenwirkungen

Zusammenfassung

Die moderne Intensivmedizin steht vor großen Herausforderungen, die nicht etwa allein durch den medizinisch-technischen Fortschritt, sondern v. a. durch die demographischen und wertbezogenen Veränderungen der Gesellschaft und ihrer Bürgerinnen und Bürger bedingt sind. Dabei fallen drei zentrale Problembereiche besonders ins Auge: die fragile Durchschlagskraft des Selbstbestimmungsrechts von Patienten am Lebensende, die Unsicherheiten bei der Indikationsstellung in Grenzziehung zur *Sinnlosigkeit* („futility“) und die Frage des Einflusses ökonomischer Erwägungen („Rationierung“) mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Ebenen der Auf-

gabenzuweisung und -erledigung. Dieser Artikel enthält die überarbeitete Fassung des Festvortrags vom 18. Juni 2015 anlässlich der 47. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN) zum Generalthema: „Qualität und Menschlichkeit“.

Schlüsselwörter

Medizinische Sinnlosigkeit · Organisationsverantwortung · Patientenautonomie · Patientenverfügung · Rationierung in der Gesundheitsversorgung

Quo vadis, modern intensive care medicine?. Outdated considerations regarding risks and side effects

Abstract

Modern intensive care medicine is faced with large challenges which are not solely caused by medical-technical progress, but above all by the demographic and value-related changes of society and its citizens. Thereby, three central problem areas are of particular interest: the fragile effectiveness of a patient's right to self-determination at the end of life, the uncertainties regarding the demarcation of *futility*, and the question of the influence of economic considerations (rationing) in view of the different levels for the allocation of duties and execution of duties. This article contains the revised version of the lecture from

June 18, 2015 on the occasion of the 47th annual joint conference of DGIIN (Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin) and ÖGIAIN (Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin) on the general subject: „quality and humanity“.

Keywords

Medical futility · Organisational management · Personal autonomy · Advance directives · Healthcare rationing

fahrungsgemäß in hohem Maß irrtumsanfällig. Ob sich die Suche nach hilfreichen Prognoseindikatoren durch eine bessere Strukturierung des Beurteilungs- und Entscheidungsverfahrens (unter Einbeziehung des gesamten Behandlungsteams und ggf. unter Inanspruchnahme des Beratungsangebots eines Ethikkomitees) ersetzen lässt, wie die neuere Debatte um die „medical futility“ vorzugeben scheint [20], dürfte jedoch sehr zu bezweifeln sein. Denn auch eine „Legitimation durch Verfahren“ qua Implementierung bestmöglicher „Verfahrensfairness“ kommt letztlich nicht ohne inhaltliche Orientierung aus, weil sich das Prozedere „sonst ins

Uferlose immer anderer Möglichkeiten verlieren“ würde [26, S. 24] und niemals sein akzeptierbares Ende (aus Betroffenen- und Beteiligtersicht) finden könnte.

» Zur Beurteilung der Aussichtslosigkeit von Maßnahmen fehlt es an Evidenz

Das geltende Recht ist dabei zugebenermaßen keine Hilfe, kann aber auch nicht als Ausrede dienen: Denn de jure ist weithin anerkannt, dass es keinen Raum mehr für das Selbstbestimmungs-

recht des Patienten oder für Therapie-wünsche seiner Stellvertreter oder Angehörigen gibt, wo ein auf Kuration gerichtetes Therapieangebot nach den Maximen ärztlicher Professionalität nicht mehr „verantwortbar“ ist (sog. „Wegfall der Indikation“; Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, BGHZ, 154, 205, 224 f.; siehe auch § 1901b I Bürgerliches Gesetzbuch, BGB: „Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.“). Solange dieser von Rechts wegen weit gefasste Handlungsspielraum aber nicht verallgemeinerbar ausgefüllt und eben dies mit der nötigen Transparenz versehen ist, setzt die Intensivmedizin ihre eigenen Berufsangehörigen dem Risiko aus, dass eine ärztliche, also eigenverantwortete Therapiebegrenzung womöglich doch als willkürliches Vorenthalten von Therapieoptionen erscheint – und zwar paradoxerweise aufgrund sachverständiger intensivmedizinischer Begutachtung (in nachfolgenden gerichtlichen Verfahren). Hier liegt also ein weites Betätigungsfeld der intensivmedizinischen Fachgesellschaften noch immer mehr oder minder brach, um aus sich selbst heraus für die nötige Orientierungs- und letztlich auch Rechtssicherheit zu sorgen. Dann wären Ärztinnen und Ärzte nicht mehr so hilflos jenen Situationen ausgesetzt, in denen Patienten – aus verständlichem Überlebensinteresse – selbst absehbar nutzlose oder gar schädliche Maximaltherapie einfordern (einschlägiges Szenario und Dilemmasituation eindrucksvoll beschrieben bei [3]). Die Sektion „Ethik“ der DIVI bearbeitet derzeit hierzu ein Positionspapier zu den „Grenzen der Intensivmedizin“.

Ökonomische Aspekte

Spätestens an dieser Stelle kommt zugleich die Ökonomie ins Spiel: Denn die moderne Intensivmedizin zählt bekanntlich zu den kostenintensivsten klinischen Anwendungsfeldern und beansprucht einen überproportional hohen Anteil an

den vorhandenen Ressourcen. Die Gesellschaft hat jedoch durchaus ein berechtigtes Interesse daran, dass die unvermeidlich immer begrenzten Mittel nicht verschwendet werden. Ein zu langes Hinausschieben der an sich gebotenen Therapiezieländerung und schon von Beginn an nicht indizierte Aufnahmen von multimorbiden Patienten auf Intensivstationen [5] scheinen ein Problem mit erheblicher praktischer Bedeutung zu sein. Ein in diesem Sinne wirtschaftlicher Mitteleinsatz ist aber mit Rücksicht auf den vorhandenen Bedarf des gesamten Patientenkollektivs zugleich ein Gebot der Sozialmoral. Und auch die Absicht einer Erzielung von Einnahmen lässt sich innerhalb einer marktorientierten Gesellschaftsordnung keineswegs per se als „unethisch“ etikettieren. Doch was folgt daraus konkret für die Intensivmedizin und für die in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte?

» Ein wirtschaftlicher Mitteleinsatz ist ein Gebot der Sozialmoral

Die Verteilung der begrenzten Mittel auf einzelne Sektoren, Klinikbereiche, Stationen usw. ist Gegenstand der budgetären Planung, die der Mittelverwendung auf der Mikroebene vorgelagert ist. Daraus folgt denknotwendig, dass die Maxime der Wirtschaftlichkeit nur innerhalb der jeweiligen Zuweisungsebenen und nicht budgetübergreifend, etwa mit Rücksicht auf andere Klinikbereiche etc., relevant sein kann. Nach welchen Kriterien innerhalb des jeweiligen Budgets knappe Ressourcen verwendet werden sollen, bedarf der vorgelagerten Wegweisung. Wo es eine solche nicht gibt, sondern sich die Planungsebene nur allgemein auf die Erwartung einer wirtschaftlichen Mittelverwendung beschränkt, kann auf der Handlungsebene innerhalb des jeweiligen Arzt-Patient-Verhältnisses keine ökonomisch geprägte Allokation jenseits absolut gleichwertiger bzw. absolut nutzloser Therapien verlangt werden. Im Gegenteil darf der Kostenfaktor dann, wenn er zu schwierigen Abwägungen mit unklarem Ergebnis zwingt, gerade keine Rolle spielen, weil sonst unweigerlich eine in-

transparente Vermischung von ärztlich-medizinischen und ökonomischen Einflussfaktoren sowie eine Rollenkonfusion in der Person des Arztes [33, S. 30] die Folge wäre. Innerhalb der vorhandenen stets unweigerlich limitierenden Rahmenbedingungen ist der behandelnde Arzt jedoch allein seinem Patienten verpflichtet.

» Der behandelnde Arzt ist allein seinem Patienten verpflichtet

Die Verfolgung ökonomischer Zielsetzungen ist dagegen einer „ordnungsethische Aufgabe“ [22, S. 722], die nur auf der Ebene der organisatorischen Leitung (Management) bzw. – einrichtungsübergreifend – auf der Ebene der Gesamtgesellschaft bewerkstelligt werden kann. Diese bringt ihre Vorstellungen von Wirtschaftlichkeit vorwiegend durch den demokratisch legitimierten Gesetzgeber zum Ausdruck: für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) siehe § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V, Konkretisierungen erfolgen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, vgl. §§ 91 f. SGB V.

Dies gilt unabhängig davon, dass eine solcherart „implizite Rationierung“ mutmaßlich längst Einzug in den Klinikalltag gehalten hat und offenbar weiterhin eine selbstverständliche Erwartung etwa der Klinikverwaltungen darstellt (siehe etwa die Ergebnisse einer Befragung auf 1000 Intensivstationen in Deutschland [6; 16]). Nur wenn aber die Planungsebene durch entsprechende Allokationsvorgaben die Verantwortung für die sich daraus mittelbar ergebenden Begrenzungsentscheidungen übernimmt, wird der ökonomische Faktor für den konkret Handlungsverantwortlichen auf der Mikroebene bedeutsam, weil eben dies seinen Handlungsspielraum verengt. Soweit und solange das jedoch nicht der Fall ist, hat auf der ärztlichen Entscheidungsebene stets die ärztlich-medizinische Einschätzung Vorrang und geht mit ökonomisch motivierten Therapieentscheidungen kraft eines eigenverantworteten ökonomischen Rasonierens, am Ende gar versteckt

hinter einem angeblichen „Wegfall der Indikation“, stets ein haftungs- und strafrechtliches Risiko (wegen pflichtwidrigen Unterlassens) einher [8]. Dass dies natürlich auch umgekehrt für ein ökonomisch motiviertes Zuviel jenseits medizinischer Notwendigkeiten gilt, also etwa für die vielzitierten Hüftoperationen bei schon absehbar tödlichem Krankheitsverlauf, versteht sich geradezu von selbst. Die Rechtsprechung betrachtet bei (eindeutig) fehlender bzw. Kontraindikation eine evtl. Einwilligung des Patienten stets als unwirksam (siehe dazu etwa [12]).

» Begrenzungsentscheidungen sollten auf der Planungsebene verantwortet werden

Dass die Planungsebenen durchweg Kostensensibilität erwarten, ohne hierfür aber nähere Verteilungsregeln zu benennen, stellt einen Akt besonderer Unfairness dar; denn es ist so gut wie unmöglich, die für die übergreifenden Budgetgrenzen Verantwortlichen für die mittelbaren Folgen ihres Tuns rechtlich zur Verantwortung zu ziehen. Dass es so gut wie keine Verurteilungen von Mitarbeitern der Krankenhausverwaltungen gibt (seltener Ausnahmefall: [2]), sehr wohl aber von Ärztinnen und Ärzten, die in der ressourcenknappen Situation erhöhte Risiken für Patienten eingegangen sind, kann schlechterdings nicht überraschen. Da innerhalb der Einrichtungen Abhilfe nicht zu erwarten ist – und schon gar nicht durch die auf gesamtgesellschaftlicher Ebene agierende Gesundheits- und Rechtspolitik, können nur die Fachgesellschaften für die nötige Entlastung ihrer Berufsangehörigen sorgen. Sie können selbst (unter Einbeziehung ökonomischen wie medizinethischen Sachverständs) durch „kostensensible Leitlinien“ die nötige Orientierung geben und damit die Verantwortung auf der Handlungsebene erträglich werden lassen. Wenn die Ökonomie ein Faktor intensivmedizinischen Handelns ist, darf und muss sie auch Gegenstand der fachgesellschaftlichen Befassung sein. Dies würde im Übrigen die jeweils vorgeordneten Planungsebenen zugleich in

disziplinär getroffenen Allokationsregeln kein Einverständnis bestehen. Nur so wird sich auf Dauer der unhaltbare, unehrliche und hochgradig unethische Zustand der versteckten Rationierung ([9]; zu „Präliminarien einer Problemlösung“ [10]) beseitigen lassen.

Krankenhausorganisation

Das Stichwort „Krankenhausorganisation“ gibt Anlass, noch auf eine weitere Gefahrenquelle für eine hochqualitative Intensivmedizin wenigstens hinzuweisen: Die weitreichende Spezialisierung und Arbeitsteilung innerhalb der Krankenhauseinrichtungen erfordert bekanntlich gesteigerte Anstrengungen, aus Gründen der Patientensicherheit verlässliche Organisations- und Kommunikationsstrukturen zu etablieren. Ein erheblicher Teil von Haftungsfällen wegen Behandlungsfehlern betrifft nicht die hochspezialisierten Tätigkeiten selbst, sondern vielmehr die Schnittstellen beim Zusammentreffen mehrerer Spezialisten, Stationen, Abteilungen oder bei der Einbeziehung von Hilfspersonen (jüngster bekanntgewordener Fall: Landgericht Bielefeld, Urteil vom 14.08.2013 – 11 Ns 11/13, 11 Ns – 16 Js 279/11 – 11/13, besprochen bei [25]). Nicht selten nehmen die Ereignisse einen Verlauf an nach dem Motto: „Die schwierige Operation war gelungen, aber an eine ordentliche Nachsorge hat leider niemand gedacht“. Obgleich Fragen des Prozessmanagements gewiss in erster Linie in die organisatorische Verantwortung der Krankenhausleitung fallen, kann es den Intensivmedizinern nicht gleichgültig sein, wenn ihr Wirken signifikant gefahrenträchtigen strukturellen Rahmenbedingungen ausgesetzt ist. Es läge daher nahe, diesen Aspekt systematisch zu evaluieren und die Erkenntnisse zu nutzen, um aus einrichtungsübergreifender fachdisziplinärer Sicht auf konkrete Verbesserungen zu dringen. *Qualität* erschöpft sich nicht in den fachspezifischen Methoden als solchen, sondern ist auch – und nicht zuletzt – abhängig von den sie umgebenden Wirkungsbedingungen.

Ausblick

Die Intensivmedizin des 21. Jahrhunderts verändert sich längst nicht mehr allein systemintern durch fortlaufende Verbesserung der klinisch-technischen Methoden, sondern sie ist nicht minder mit Veränderungen der Gesellschaft und ihrer Institutionen konfrontiert. Sie muss sich daher in verstärktem Maß fragen, ob sie etwa auf den demographischen Wandel und auf die zunehmend multikulturellen Prägungen ihrer Patienten [18, 19], aber auch auf die veränderte Wahrnehmung von Medizin im Selbstverständnis der Menschen wirklich vorbereitet ist – und ob sie ihre Berufsangehörigen, aber auch die künftigen jungen Ärztinnen und Ärzte darauf überhaupt hinreichend vorbereitet. Aus der Perspektive eines wohlwollenden Beobachters ist dies nicht der Fall: Denn es verlangt weit mehr als die randständige Ergänzung des medizinischen Curriculums oder der Kongressprogramme um eine kleine Dosis *Ethik*, sondern ein grundlegendes Überdenken des eigenen Selbstverständnisses: Intensivmedizin ist kein hermetisch abgeschlossenes Arkanum, sondern steht im Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Sie sollte sich daher auch in stärkerem Maß der Gesellschaft öffnen, damit irrationale, medial verstärkte Schreckensbilder ihre Wirkung verlieren. Sie sollte bei der Beantwortung ihrer Zweifelsfragen ethische und juristische Sachkunde systematisch einbeziehen, statt sich mitunter durch öffentlichkeitswirksame Kundgabe ihrer Wissenslücken zu blamieren (wie etwa durch die noch immer begegnende Behauptung, das Abstellen eines Defibrillators sei verbotene aktive Sterbehilfe). Und sie sollte sich stärker als bisher mit der gebündelten Expertise ihrer ärztlichen Erfahrung – also im Wege eines strukturierten Erkenntnisprozesses „bottom-up“ – in rechtspolitische Debatten einmischen, weil Juristen und Rechtspolitiker erfahrungsgemäß dazu neigen, sich mit einer „heilen juristischen Welt“ zufrieden zu geben. In dieser herrschen allzu oft Formulare und bürokratisch anmutende Verfahren vor, nicht aber die humanitären Aspekte der eigentlichen Sache. Es ist nicht zuletzt das Recht und seine Gesellschaft, die von einer

offenen vorurteilsfreien Haltung und einer aktiven gesellschaftspolitischen Rolle der modernen Intensivmedizin profitieren würden. Dass die Organisatoren der 47. gemeinsamen Jahrestagung von DGIIN und ÖGIAIN einen Rechtswissenschaftler mit der ehrenvollen Aufgabe des Festvortrags betraut haben, könnte vor diesem Hintergrund geradezu als ein Zeichen des Aufbruchs gedeutet werden, heraus aus den alten Schützengräben des früheren „Kalten Kriegs“. Bekanntlich wohnt jedem Anfang ein besonderer Zauber inne, der uns hilft zu leben (Hermann Hesse [17]).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. jur. G. Duttge

Zentrum für Medizinrecht/Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht, Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen
lduttge@gwdg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Duttge gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Abendhardt W (2015) Kasuistik: Würdiger Tod in Tumoranämie? Deutsches Ärzteblatt 112(9):A-378
- AG Gemünden, Urteil vom 3.2.2010-1 Ls 801 Js 16954/05. <http://files.vogel.de/iww/iww/quellensmaterial/dokumente/100458.pdf>. Zugegriffen: 17. Oktober 2015
- Alt-Epping B, Nauck F (2012) Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? Ethik Med 24:19–28
- Aristoteles (Neuausgabe 2013 Hrsg Guth K-M), 1. Teil, III, Felix Meiner, 1985, „Das rechte Maß liegt in der Mitte zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig“ (S. 37).
- Bangert K, Borch J, Ferahli S, Braune SA, de Heer G, Kluge S (2015) Nicht indizierte Aufnahmen auf der Intensivstation 12-Monats-Observationsstudie an einem Universitätsklinikum. Med Klin Intensivmed Notfmed. doi: 10.1007/s00063-015-0070-7
- Boldt J, Schollhorn T (2008) Ethics and monetary values. Influence of economical aspects on decision-making in intensive care. Anaesthesist 57:1075–1082
- Burchardi H (2000) Die geschichtliche Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland. Zeitgenössische Betrachtungen. Anästhesist 49:643–651
- Dannecker G, Streng AF (2011) Strafrechtliche Risiken einer impliziten Rationierung medizinischer Leistungen. Medizinrecht 29:131–140
- Duttge G (2009) Rationierung im Gesundheitswesen: Auf der Suche nach Verteilungsgerechtigkeit. In: Duttge G, Dochow C, Waschke M-W, Weber AK (Hrsg) Recht am Krankenbett. Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems. Universitätsverlag Göttingen, 139–173
- Duttge G (2013) Zwischen „Myozyme“ und „Nikolaus“: Die Ratlosigkeit des (deutschen) Rechts. In: Duttge G, Zimmermann-Acklin M (Hrsg) Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende, Universitätsverlag Göttingen. S. 73–90
- Duttge G (2015) Die „Sakralität“ des Menschen. In: Demko D, Seelmann K, Becchi P (Hrsg) Würde und Autonomie. Franz Steiner, Stuttgart. S. 145–158
- Duttge G (2013) Kommentierung des § 228 StGB (Rn. 20). In: Prütting D (Hrsg) Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. Luchterhand, Neuwied
- Duttge G (2015) Selbstbestimmung am Lebensende. In: Eckart J, Forst H, Briegel J (Hrsg) Intensivmedizin Kompendium und Repetitorium zur interdisziplinären Weiter- und Fortbildung 67. Erg.-Lfg., 6/2015, Kap. XIV-13. Ecomed Medizin, Landsberg
- Emanuel EJ, Emanuel L (1992) Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: Journal of the American Medical Association 267:2221–2226
- Geißler H (1978) Ökonomische und sozialpolitische Aspekte der Intensivmedizin. In: Eid V, Frey R (Hrsg) Sterbehilfe oder: Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht? Matthias Grünewald, Mainz. S. 133–145
- Gretenkort P (2014) Rationierung, Priorisierung, Rationalisierung. Med Klin Intensivmed Notfmed 110(8):609–613
- Hesse H (1941) Stufen. In: Michels V (Hrsg) Ein Hermann-Hesse-Lesebuch, 1986. Suhrkamp, Frankfurt/Main. <http://www.hhesse.de/gedichte.php?load=stufen>. Zugegriffen: 08. Januar 2016
- Ilklic I (2002) Der muslimische Patient. LIT, Münster
- Illhardt FJ (1998) Einverständnis und Kultur. Anmerkungen zu einem neuen Problem der Medizin. Ethik Med 10:26–39
- Janssens U (2013) „Futility“ – Aussichtslose Behandlung in der Intensivmedizin. Intensiv-News. Ausgabe 6/13
- Jonas H (1987) Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Knoepffler (2015) Priorisierung oder Rationierung in der Onkologie? Onkologe 21:717–723
- Körtner U (2015) Der gute Tod. Sterben im Zeitalter der Machbarkeit, Innsbrucker Vortrag vom 14.1.2015: http://www.uibk.ac.at/wuv/lesezimmer/wuv_transkripte/wuv_transkripte_downloads/koertner_der_gute_tod.pdf. Zugegriffen: 16. Oktober 2015.
- Charlesworth M (1997) Leben und Sterben lassen. Bioethik in der liberalen Gesellschaft. Rotbuch, Hamburg: "In einer kulturell pluralistischen Gesellschaft muss die Mehrheitskultur die Auffassungen von Minderheitenkulturen zu Tod und Sterben tolerieren (...). Sie muss erkennen, dass ihre eigenen Auffassungen in ein komplexes Netz kultureller Überzeugungen und Einstellungen eingebunden sind, also einen gewissen Grad kultureller Relativität haben" (S. 55).
- Duttge G (2014) Wider die Palmströmsche Logik: Die Fahrflüssigkeit im Lichte des Bestimmtheitsgebotes, JZ (Juristenzeitung) 69:261–270
- Luhmann N (2001) Legitimation durch Verfahren, 6. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Notz K, Dubb R, Kaltwasser A, Hermes C, Pfeffer S (2015) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Intensivpflege. Med Klin Intensivmed Notfmed 110(8):584–588
- Pöltner G (2002) Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien
- Ricoeur P (2011) Lebendig bis in den Tod. Fragmente aus dem Nachlass. Chucholowski A (Hrsg). Felix Meiner, Hamburg
- Schaidler A, Borasio GD, Marckmann G, Jox JR (2015) Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. Ethik Med 27:107–121
- Schweitzer A (1999/2000 – Nachdruck) Die Weltanschauung der Ehrfurcht vor dem Leben – Kulturphilosophie III. Günzler C, Zürcher J (Hrsg). Bd 2. C.H. Beck, München
- Staat Y (2015) Reanimation. F.A.S. vom 11. Oktober 2015, S. 4
- Strech D (2014) Rationalisierung und Rationierung am Krankenbett. Med Klin Intensivmed Notfmed 109:27–33
- The SUPPORT Principal Investigators (1995) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 274:1591–1598
- Weber M (1922) Wirtschaft und Gesellschaft (Nachdruck 1976). Mohr Siebeck, Tübingen
- Wegscheider K (2012) Gibt es eine Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit? Notfall Rettungsmed 15:667–670
- Wiesemann C, Simon A (2013) Patientenautonomie. Handbuch: Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen. mentis, Münster
- Winkler EC (2010) Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? Ethik Med 22:89–102